

# JAAR- DOCUMENT 2012



# **Jaarverslag 2012**

**Jeroen Bosch Ziekenhuis**

## **Colofon**

Jaarverslag Jeroen Bosch Ziekenhuis 2012

Jeroen Bosch Ziekenhuis

Bezoekadres  
Henri Dunantstraat 1  
5223 GZ 's-Hertogenbosch

Postadres  
Postbus 90153  
5200 ME 's-Hertogenbosch

Telefoon (073) 533 20 00  
Website [www.jbz.nl](http://www.jbz.nl)

# Inhoudsopgave

Voorwoord voorzitter Raad van Bestuur en voorzitter Bestuur Vereniging Medische Staf 7

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord voorzitter Raad van Toezicht                      | 9  |
| 1.     Uitgangspunten voor verslaggeving                    | 10 |
| 2.     Profiel van de organisatie                           | 12 |
| 2.1.   Geschiedenis Jeroen Bosch Ziekenhuis                 | 12 |
| 2.2.   Algemene gegevens Jeroen Bosch Ziekenhuis            | 12 |
| 2.3.   Organisatiestructuur Jeroen Bosch Ziekenhuis         | 13 |
| 2.4.   Besturingsmodel                                      | 14 |
| 2.5.   Medezeggenschap in het Jeroen Bosch Ziekenhuis       | 14 |
| 2.6.   Aan het Jeroen Bosch Ziekenhuis gelieerde entiteiten | 15 |
| 2.7.   Kerngegevens Jeroen Bosch Ziekenhuis                 | 15 |
| 2.8.   Werkgebied Jeroen Bosch Ziekenhuis                   | 18 |
| 2.9.   De patiënt centraal                                  | 18 |
| 2.10.   Partners in zorg                                    | 19 |
| 3.     Bestuur, toezicht en medezeggenschap                 | 23 |
| 3.1.   Raad van Bestuur                                     | 23 |
| 3.1.1.   Taak, samenstelling en portefeuillevverdeling      | 24 |
| 3.1.2.   Werkwijze Raad van Bestuur                         | 24 |
| 3.1.3.   Overleg met de medische staf                       | 24 |
| 3.1.3.   Overleg met de externe accountant                  | 24 |
| 3.1.4.   Arbeidsvoorwaarden en honorering                   | 24 |
| 3.1.5.   Nevenfuncties                                      | 25 |
| 3.2.   Raad van Toezicht                                    | 26 |
| 3.2.1.   Taak en reglement                                  | 26 |
| 3.2.2.   Profiel en samenstelling                           | 27 |
| 3.2.3.   Evaluatie eigen functioneren                       | 30 |
| 3.2.4.   Honorering                                         | 30 |
| 3.2.5.   Informatievoorziening aan Raad van Toezicht        | 30 |
| 3.2.6.   Vergaderingen Raad van Toezicht                    | 30 |
| 3.2.7.   Commissies Raad van Toezicht                       | 32 |
| 3.2.8.   Overleg met interne belanghebbenden                | 34 |

|        |                                             |    |
|--------|---------------------------------------------|----|
| 3.3.   | Medezeggenschap                             | 34 |
| 3.3.1. | Clëntenraad                                 | 34 |
| 3.3.2. | Bestuur Vereniging Medische Staf            | 35 |
| 3.3.3. | Verpleegkundige Adviesraad                  | 37 |
| 3.3.4. | Ondernemingsraad                            | 38 |
| 3.4.   | Commissies                                  | 41 |
| 4.     | Meerjarenbeleid en strategie 2012           | 42 |
| 4.1.   | Missie en visie                             | 42 |
| 4.2.   | Strategie 2012                              | 43 |
| 4.3.   | Realisatie strategische doelstellingen 2012 | 45 |
| 4.4.   | Specifieke beleidsonderwerpen 2012          | 50 |
| 5.     | Veiligheidsmanagementsysteem                | 54 |
| 5.1.   | Medisch Specialist Patiëntveiligheid        | 54 |
| 5.2.   | Veilig Incidenten Melden                    | 54 |
| 5.3.   | Calamiteiten en contacten met IGZ           | 58 |
| 5.4.   | Sterftecijfer                               | 60 |
| 5.5.   | Klachten                                    | 61 |
| 5.5.1. | Klachtencommissie                           | 61 |
| 5.5.2. | Klachtenbemiddeling                         | 66 |
| 6.     | Bedrijfsvoering                             | 67 |
| 6.1.   | Plan- en controlecyclus                     | 67 |
| 6.2.   | Verbetering bedrijfsvoering                 | 68 |
| 6.3.   | Financiering                                | 69 |
| 6.4.   | Financiële instrumenten                     | 70 |
| 6.5.   | Risico's                                    | 71 |
| 6.6.   | Fraudebeleid                                | 72 |
| 7.     | Medewerkers                                 | 74 |
| 7.1.   | Personeelsbeleid                            | 74 |
| 7.2.   | Doorlopend Sociaal Plan                     | 74 |
| 7.3.   | Adviescommissie Sociale Begeleiding         | 74 |
| 7.4.   | Individuele Klachtencommissie Medewerkers   | 74 |
| 7.5.   | Personeelsvoorziening                       | 74 |
| 7.6.   | Inzet flexibel personeel                    | 75 |
| 7.7.   | Verpleegkundig leiderschap                  | 75 |
| 7.8.   | Talenten management bank                    | 76 |
| 7.9.   | Herplaatsing medewerkers                    | 76 |
| 7.10.  | FWG                                         | 76 |
| 7.11.  | Verzuim                                     | 76 |
| 7.12.  | Arbeidsomstandigheden                       | 77 |
| 7.13.  | Contactpersonen                             | 77 |
| 7.14.  | Incidenten medewerkers                      | 77 |

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 8. Onderwijs, opleiding en onderzoek                                     | 80  |
| 8.1. Jeroen Bosch Academie                                               | 80  |
| 8.2. Medisch Onderwijs                                                   | 81  |
| 8.3. Opleiding tot ziekenhuisarts                                        | 81  |
| 8.4. OOR-partners                                                        | 81  |
| 8.5. Centrale OpleidingsCommissie                                        | 81  |
| 8.6. STZ-visitatie                                                       | 82  |
| 8.7. MSRC-erkende vervolgoopleidingen                                    | 82  |
| 8.8. Beleidslijnen en resultaten 2012                                    | 83  |
| 8.9. Onderwijsactiviteiten                                               | 83  |
| 8.10. Visitaties en erkenningen                                          | 84  |
| 8.11. Coassistenten                                                      | 84  |
| 8.12. Zorgdomein en bedrijfsopleidingen                                  | 84  |
| 8.13. Kwaliteitseisen en accreditatie                                    | 85  |
| 8.14. JBZ-leerplein                                                      | 86  |
| 8.15. Wetenschap en innovatie                                            | 86  |
| 9. ICT-beleid                                                            | 88  |
| 9.1. Operationeel beheer                                                 | 88  |
| 9.2. Projecten met ICT ondersteuning in 2011                             | 89  |
| 9.3. Instandhouding en vernieuwing ICT infrastructuur                    | 89  |
| 9.4. Programma Bring Your Own Device                                     | 90  |
| 9.5. Programma Digitaal werken                                           | 90  |
| 9.6. Nieuw ICT werkplekconcept Jeroen Bosch Ziekenhuis                   | 90  |
| 9.7. Onderhoud van applicaties                                           | 90  |
| 9.8. Informatiebeveiliging en privacy binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis | 91  |
| 10. Samenleving                                                          | 92  |
| 10.1. Milieu                                                             | 92  |
| 10.2. Energie                                                            | 93  |
| 10.3. Gebouwen                                                           | 93  |
| 11. Financieel beleid                                                    | 95  |
| 11.1. Behaalde omzet en resultaten                                       | 95  |
| 11.2. Financiële positie                                                 | 97  |
| 12. Tolbrug Specialistische Revalidatie                                  | 99  |
| 12.1. Structuur van de organisatie                                       | 99  |
| 12.2. Beleid, inspanningen en prestaties 2012                            | 100 |
| 12.3. Doelstellingen 2013                                                | 102 |
| 12.3.1. Samenwerking                                                     | 102 |
| 12.3.2. Marketing en communicatie                                        | 104 |
| 12.3.3. Financiering revalidatiezorg                                     | 105 |

## Bijlagen

|                                                     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|
| 1. Overzicht commissies                             | 106 |
| 2. Geaccrediteerde en gecertificeerde afdelingen    | 107 |
| 3. Kwaliteitsindicatoren                            | 108 |
| 4. Jaarverslag Cliëntenraad Jeroen Bosch Ziekenhuis | 110 |

## Voorwoord

### Raad van Bestuur en Bestuur Vereniging Medische Staf

Kwaliteit van zorg en de veiligheid van onze patiënten, bezoekers en medewerkers stonden ook in 2012 centraal. Tot onze vreugde is ons doel om dit jaar het VMS-certificaat te behalen, in december bereikt. Dat betekent, dat ons veiligheidsmanagementsysteem (VMS) - het systeem waarmee we continu veiligheidsrisico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen - voldoet aan de basiseisen die daaraan gesteld worden. In 2013 willen we doorgaan op de ingeslagen weg met de implementatie van een integraal kwaliteitssysteem op basis van het normenkader van de Joint Commission International (JCI). De kwaliteit van zorg wordt hiermee getoetst door een internationale partij die koploper is op het gebied van internationale certificering in de gezondheidszorg. Wanneer wij door de JCI geaccrediteerd zijn, zien patiënten(verenigingen), huisartsen, zorgverzekeraars dat wij aantoonbaar voldoen aan de strenge eisen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid. Medio 2015 hopen we geaccrediteerd te zijn.

In het verlengde daarvan verdient ook de positief verlopen visitatie van de STZ vermelding. Elke vijf jaar wordt getoetst of een STZ-ziekenhuis nog voldoet aan de eisen op het gebied van opleidingen en toepast wetenschappelijk onderwijs. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft de accreditatie met glans doorstaan. De visitatiecommissie was vol lof over het kwaliteitssysteem dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis in alle medische vervolgoopleidingen heeft doorgevoerd. Vastgesteld werd dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis voorop loopt bij de invoering van het competentiegerichte onderwijs.

Bij de bouw van het nieuwe ziekenhuis stond duurzaamheid hoog in het vaandel. Met ons systeem van warmte en koudeopslag bijvoorbeeld, maken we in de winter gebruik van restwarmte die in de zomer is opgeslagen en in de zomer van de 's winters opgeslagen koelte. Met de ondertekening van het MVO-manifest in de zorg in december 2011 heeft het ziekenhuis zich ten doel gesteld de activiteiten op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen te verbreden. Goede zorg is duurzame zorg. Ook toekomstige generaties moeten kunnen profiteren van een hoogwaardig zorgaanbod.

Daarvoor is een gezonde financiële situatie van groot belang. Door strak te sturen op de kosten en veel aandacht te geven aan efficiëntie en effectiviteit, zijn wij erin geslaagd om ook in 2012 ongeveer vier miljoen toe te voegen aan ons eigen vermogen. Dit is nodig om in 2018 te komen tot de door ons noodzakelijk geachte solvabiliteit van 15%. Dat dit niet altijd zonder consequenties voor individuele medewerkers kon plaatsvinden, mag duidelijk zijn. Gedwongen ontslagen konden gelukkig voorkomen worden. De financiële stabiliteit van het ziekenhuis stelt ons in staat te blijven investeren in zorgvernieuwing en kwaliteit van zorg. Het is onze overtuiging dat kwaliteit van zorg zichzelf terugverdiend.

In de bedrijfsvoering hebben we flinke stappen gezet naar een organisatie waarbij medisch specialisten mede verantwoordelijk zijn voor de resultaten van hun afdeling. Managers bedrijfsvoering en medisch managers zijn samen verantwoordelijk voor productie, kwaliteit van zorg, kwaliteit van dienstverlening en kosten. Op tal van manieren worden artsen,



verpleegkundigen én cliënten betrokken bij de ontwikkeling van beleid. Daardoor ontstaat een krachtige organisatie die het verschil kan maken voor de patiënt. Uit de groei die ons ziekenhuis in 2012 heeft doorgemaakt, blijkt ook dat door de patiënt wordt herkend.

Bij ons streven een open, gastvrij, vernieuwend en veilig ziekenhuis te zijn, worden we ondersteund door de Stichting Vrienden van het Jeroen Bosch Ziekenhuis en werken we samen met onze ketenpartners. Zo hebben de huisartsen 'ja' gezegd tegen de komst van een HuisArtsenPost (HAP) in het ziekenhuis. In 2013 krijgt de samenwerking op het gebied van de Spoedeisende Zorg nader vorm.

In april 2012 mochten we met vreugde constateren dat patiënten en bezoekers ons nieuwe ziekenhuis positief waarderen. Het Brabants Dagblad publiceerde een opinieonderzoek na één jaar nieuwbouw, waarbij we een 7.7 kregen. Ook in onze eigen PatiëntTevredenheidsOnderzoeken scoren we rond de 8. Dat betekent niet dat we op onze lauweren gaan rusten. Op het gebied van kwaliteit en service is nog steeds ruimte voor verbetering. De digitalisering gaat ons daarbij helpen. De implementatie van een systeem als Zorgdomein, waarmee huisartsen gemakkelijk naar ons ziekenhuis kunnen verwijzen, heeft een positief effect op de kwaliteit van zorg in de keten. In 2013 en 2014 ligt de prioriteit bij het programma Digitaal Werken. Het werkproces in de polikliniek wordt papierarm. Daartoe worden in 2013 zes projecten opgestart, variërend van het digitaliseren van de papieren dossiers tot de selectie van een nieuw Elektronisch PatiëntenDossier (EPD).

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is veerkrachtig genoeg gebleken om de gevolgen van de bezuinigingen in de gezondheidszorg op te vangen en in te spelen op nieuwe ontwikkelingen. De Raad van Bestuur en het Bestuur Vereniging Medische Staf zien de toekomst met vertrouwen tegemoet.

Namens de Raad van Bestuur en het Bestuur Vereniging Medische Staf van het Jeroen Bosch Ziekenhuis

Prof. dr. Willy Spaan

Drs. Mike Korst

Voorzitter Raad van Bestuur

Voorzitter Bestuur Vereniging  
Medische Staf

## Voorwoord

### Raad van Toezicht

Als Raad van Toezicht kijken wij terug op een bijzonder jaar. Met veel inzet en plezier waren wij een sparring partner van de Raad van Bestuur bij soms lastige beslissingen. Elke toezichthouder gaf daarbij vanuit de eigen achtergrond zijn of haar onafhankelijke kijk op de zaak. In vergaderingen en bij werkbezoeken toonden alle leden grote betrokkenheid.

Zo was de Raad van Toezicht nauw betrokken bij de ontwikkeling van een nieuwe missie, visie en strategie in gesprekken met de Raad van Bestuur, het management en de medische staf. In juni heeft de Raad van Toezicht hierover bijvoorbeeld een themadag gehouden samen met de Raad van Bestuur en het Bestuur Vereniging Medische Staf.

Ook heeft de Raad van Toezicht meegedacht over de consequenties van het stopzetten van de samenwerking met Alert in 2011. Daardoor kon een belangrijk element van nieuwbouw (digitaal werken) niet worden gerealiseerd. De Raad steunt het tweesporenbeleid van de Raad van Bestuur:

- aansluiten bij bestaande systemen voor de korte termijn; vernieuwingen met spoed oppakken zodat de dagelijkse zorg patiëntveilig doorgaat
- daarnaast de tijd nemen om een weloverwogen keuze te maken voor het nieuwe EPD en daarbij kiezen voor een in Nederland bewezen oplossing.

Vanuit de Raad van Toezicht wordt goed voeling gehouden met het programma Digitaal Werken. De Raad legt daarbij de focus op een programmatische aanpak en let scherp op de risico's. Daarbij waken de toezichthouders onder meer voor te hoge verwachtingen van de mogelijkheden van het nieuwe ZIS/EPD.

Sinds 2011 wordt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis een Quality Board Letter gemaakt. Dit is voor de Raad van Toezicht een uniek instrument om inzicht te krijgen in ontwikkelingen met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Het opstellen van deze Quality Board Letter sluit aan bij de kernwaarde openheid die ook door de Raad van Toezicht wordt ondersteund. Het document wordt intensief besproken in de Kwaliteitscommissie van de Raad van Toezicht in het bijzijn van de stafmanager Kwaliteit & Veiligheid en de Medisch Specialist Patiëntveiligheid.

Het stemt ook de Raad van Toezicht tot vreugde dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis eind 2012 VMS-gecertificeerd is. De Raad verwacht veel goede ontwikkelingen door het streven van het ziekenhuis om ook geaccrediteerd te worden door de Joint Commission International.

Tot slot ondersteunt de Raad van Toezicht de wil van het ziekenhuis de kosten en opbrengsten met elkaar in evenwicht te brengen en de maatregelen te treffen die nodig zijn om dit te realiseren. De Raad spreekt zijn waardering uit voor de inspanningen die een ieder zich daarbij getroost heeft. We zijn er trots op dat het gelukt is om het jaar positief af te sluiten!

Namens de Raad van Toezicht,

Drs. M.P.M. de Raad, voorzitter

## 1. Uitgangspunten van de verslaggeving

Met ingang van 2013 is het voor zorginstellingen niet meer verplicht een maatschappelijk verslag uit te brengen als onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De verplichting betreft alleen de gegevens die via Digimv voor het grote publiek en voor externe toezichthouders als CBS, NZa en IGZ worden gepubliceerd op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). Dat betreft kern- en productiegegevens van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ), de scores van het Jeroen Bosch Ziekenhuis op geformuleerde prestatie-indicatoren alsmede de jaarrekening 2012.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis vindt het als maatschappelijke onderneming van belang breed verantwoording te blijven afleggen aan de samenleving over de wijze waarop het de cyclus van beleid, inspanningen, prestaties en bijstelling van beleid vormgeeft. Het jaardocument, dat het jaarverslag en het Digimv omvat, geeft niet alleen inzicht in financiële gegevens en productiecijfers, maar ook in kwaliteit en medezeggenschap. Ook wil het ziekenhuis transparantie van de zorgsector in het algemeen en die van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in het bijzonder bevorderen.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis brengt daarom naast de verplichte gegevens een jaarverslag uit dat vergelijkbaar is met het maatschappelijk verslag zoals de afgelopen jaren uitgebracht.

Met het jaardocument voldoet het Jeroen Bosch Ziekenhuis aan de jaarlijkse verantwoordingsverplichtingen op basis van

- Artikel 16 van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), alsmede de artikelen 8 en 9 van de Regeling verslaglegging WTZi
- De Kwaliteitswet Zorginstellingen
- De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
- De Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen
- De Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
- De Wet op het Centraal Bureau voor de Statistiek
- De Wet Openbaarheid uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens
- De Wet op de Ondernemingsraden

Het jaardocument voldoet tevens aan de eisen van de Richtlijn 655 inzake de Jaarverslaglegging Zorginstellingen. Het vervangt het bestuursverslag bij de jaarrekening.

Het jaardocument wordt samen met de jaarrekening van het Jeroen Bosch Ziekenhuis gepubliceerd op de website [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl) en op de eigen website [www.jeroenboschziekenhuis.nl](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl). Tevens verschijnt een flyer met kerngegevens. Deze is ook te lezen op [www.jeroenboschziekenhuis.nl](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl).

De verslagperiode betreft het boekjaar 2012; waar van toepassing zal een korte vooruitblik worden gegeven naar de volgende jaren.

De reikwijdte van het jaardocument betreft de rechtspersoon Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis. Tolbrug Specialistische Revalidatie vormt hier onderdeel van. Het revalidatiecentrum hoort bij het ziekenhuis. Daarom wordt over de financiële resultaten verantwoording afgelegd in de jaarrekening van het ziekenhuis.

Net als in voorgaande jaren is ervoor gekozen om ook in 2012 over het inhoudelijke gevoerde beleid en de behaalde prestaties van Tolbrug Specialistische Revalidatie afzonderlijk verslag te leggen. 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.

De aan de Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis gelieerde rechtspersonen worden in het jaardocument gemeld. Het betreft rechtspersonen waarin het Jeroen Bosch Ziekenhuis in meer of mindere mate een deelbelang heeft.

Het jaardocument 2012 is samen met de jaarrekening goedgekeurd door de Raad van Toezicht van het Jeroen Bosch Ziekenhuis op 28 mei 2013, in aanwezigheid van accountant (Deloitte). De accountantsverklaring is opgenomen bij de jaarrekening.

## 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. En 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 verantwoord en hoogwaardige zorg ontvangen, waar medisch specialisten voor 22 specialisaties worden opgeleid en wetenschappelijk onderzoek langs een drietal beleidslijnen wordt verricht. Kortom, een medisch centrum in het hart van Brabant voor uiteenlopende doelgroepen met diverse zorgvoorzieningen en waarbinnen de van oorsprong zo vertrouwde Bossche gastvrijheid is gebleven.

In 2011 is de nieuwbouw aan de Henri Dunantstraat 1 te 's-Hertogenbosch betrokken, een prachtig, licht en vriendelijk ogend modern ziekenhuis.

### 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](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl)



| Huisvestingslocaties 2012  |                                                  | Bijzonderheden                                                                                                     |
|----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jeroen Bosch Ziekenhuis    | Henri Dunantstraat 1<br>5223 GZ 's-Hertogenbosch | Hoofdlocatie met klinische, poliklinische, dagbehandelings- en diagnostische faciliteiten. Tevens bestuurscentrum. |
| Liduina                    | Liduinahof 35<br>5281 AD Boxtel                  | Poliklinische en diagnostische faciliteiten en geplande dagbehandeling                                             |
| Bommels Gasthuis           | Kerkstraat 2<br>5301 EH Zaltbommel               | Poliklinische faciliteiten                                                                                         |
| Revalidatiecentrum Tolbrug | Henri Dunantstraat 7<br>5223 GZ 's-Hertogenbosch | Klinisch en poliklinisch revalidatiecentrum                                                                        |
| Buitenpoli Nieuwkuijk      | Middelweg 2B<br>5253 CA Nieuwkuijk               | Gesloten per 15 september 2012, nu alleen locatie bloedafname.                                                     |
| Sport Medisch Centrum      | Marathonloop 9<br>5235 AA 's-Hertogenbosch       | Valt niet onder buitenpoli's                                                                                       |
| Rosmalen                   | De Hoef 90<br>5242CN Rosmalen                    | Poliklinische en diagnostische faciliteiten                                                                        |

### 2.2.1. Opening buitenpoli Rosmalen

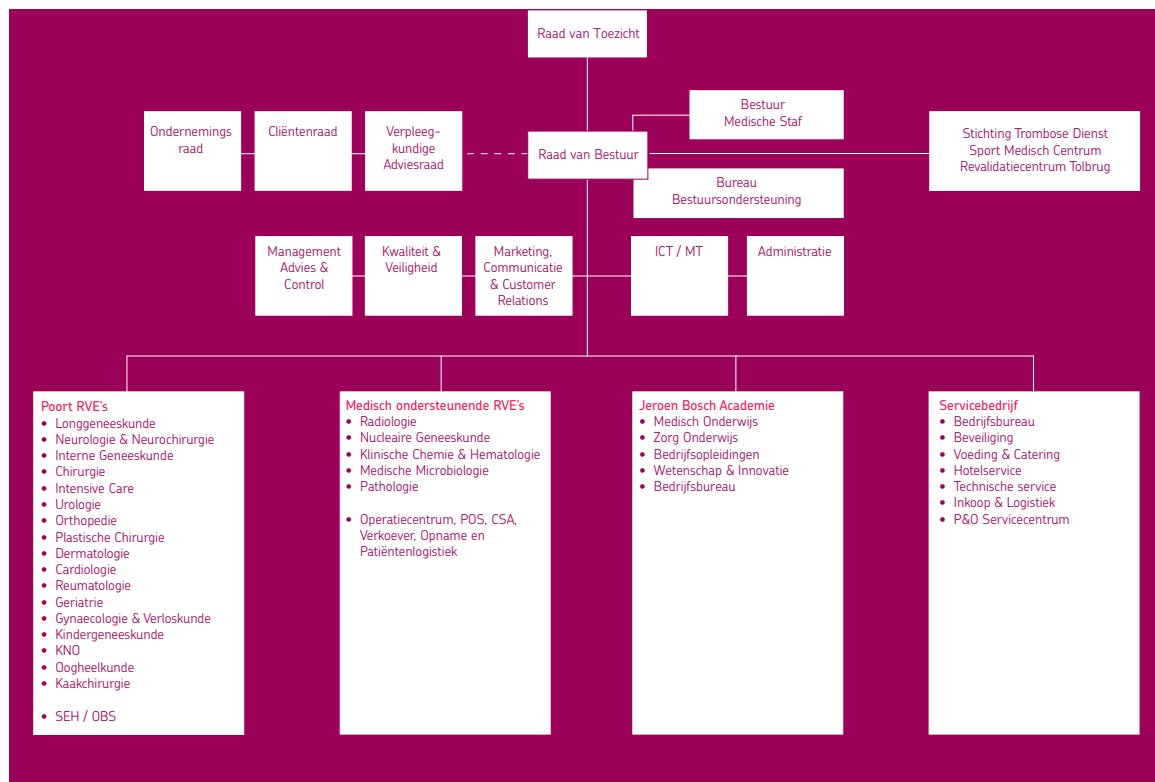
Eind juli 2012 is het multifunctionele pand aan de Hoef in Rosmalen in gebruik genomen. In dit pand worden wonen, zorg en welzijn gecombineerd. Zo is woonzorgcentrum De Annenborch met 124 bewoners in het gebouw gehuisvest en komen er dagelijks veel kinderen naar kinderdagverblijf Zoete-Lieve-Gerritje. Diverse zorgverleners van het Jeroen Bosch Ziekenhuis houden er spreekuur: Diabetesverpleegkundige, Cardiologie, Hartfalenverpleegkundige, Geriatrie, Gynaecologie, Verpleegkundig specialist Gynaecologie, Interne Algemeen Endocrinologie, Interne Nefrologie, Keel-, Neus,- en Oorheelkunde, Neurologie, Oogheelkunde, Optometrist, Orthoptist, Orthopedie, Plastische Chirurgie, Urologie. Deze buitenpolikliniek voorziet in een behoefte na het vertrek van het Jeroen Bosch Ziekenhuis uit de locatie Carolus in 's-Hertogenbosch-Oost.

### 2.2.2. Sluiting buitenpolikliniek in Nieuwkuijk

Besloten werd de buitenpoli in Nieuwkuijk in oktober 2012 te sluiten. Deze buitenpoli was in december 2008 geopend om patiënten tegemoet te komen, die last ondervonden van de sluiting van de locatie Willem-Alexander. De buitenpoli zou van tijdelijke aard zijn tot het nieuwe ziekenhuis zou zijn geopend. Na het betrekken van de nieuwbouw werd het handhaven van een buitenpoli op 7,6 kilometer afstand van de locatie 's-Hertogenbosch, niet langer verantwoord geacht. De bloedafnamepost in Nieuwkuijk bleef in bedrijf.

## 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 en behaalde resultaten en hierover verantwoording aflegt aan een raad van toezicht. De Raad van Toezicht kent een vertegenwoordiging van onafhankelijke leden en vertegenwoordigt verschillende disciplines. De Raad van Bestuur werkt nauw samen met het bestuur van de Vereniging Medische Staf, met name op het gebied van kwaliteit van zorg.



## 2.4. Besturingsmodel

Om de patiënt nog meer centraal te stellen en de zorg vanuit het klantperspectief te kunnen organiseren is een besturingsmodel en organisatie-inrichting gekozen die transparant is en korte lijnen in de aansturing kent. Resultaatverantwoordelijke 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 24 RVE's, ondersteund door 9 managers bedrijfsvoering. Ook de Jeroen Bosch Academie is een RVE. Voor 2013 wordt een herbundeling voorzien van de RVE's rondom de managers bedrijfsvoering.

De RVE's zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse beslissingen en de uitvoering van de strategie, binnen de daarvoor aangereikte kaders. Dit vormt de opmaat naar integrale verantwoordelijkheid op alle niveaus in de organisatie. Het duaal management van de RVE's legt rechtstreeks verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

Voor de herstructurering van de stafdiensten en centrale staf zijn in 2012 voorstellen ontwikkeld. Ook deze eenheden leggen rechtstreeks verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

## 2.5. Medezeggenschap

De Raad van Bestuur wordt bijgestaan door een viertal adviesorganen. Het bestuur VMS (BVMS) adviseert op het gebied van kwaliteit van zorg; richtinggevend is hetgeen hierover is vastgelegd in het Document Medische Staf. De verpleegkundige adviesraad (VAR) adviseert op het gebied van verpleegkundige zaken; richtinggevend is het in 2010 vastgestelde visiedocument op de verpleegkundige professional. Daarnaast zijn de ondernemingsraad (OR) en cliëntenraad (CR) adviesorganen die een wettelijke verankering hebben, te weten in de Wet op de Ondernemingraden (WOR), respectievelijk de Wet Medezeggenschap Cliënten in de Zorg (WMCZ).

Allen adviseren de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd over voorgenomen besluiten en over beleidsaangelegenheden.

## 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                                                  |
| ZIL 96 BV en ZIL 97 BV                                                                                                | Stichting Brabant Medical School<br>Stichting Onderwijs Ziekenhuis Geneeskunde                                                           | Stichting Vrienden van Kapel                                                                    |
| Bruine Invent 2002, 2003, 2004, 2005                                                                                  | Vereniging Inkoop Alliantie Ziekenhuizen                                                                                                 | Stichting health 2 business                                                                     |
|                                                                                                                       | Stichting BernBosch                                                                                                                      | Stichting administratiekantoor                                                                  |

|                                                                                                              |                                                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|
| Ressorterend onder stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis (verantwoording via eigen jaarverslag en jaarrekening ) | Stichting Samenwerkende ziekenhuizen NO Brabant (Stichting SSZ) |  |
| Stichting Trombosedienst                                                                                     | Coöperatie ZANOB en ZANOB Holding B.V.                          |  |
| Sport Medisch Centrum                                                                                        | Rubigen BV                                                      |  |
| Stichting SOZ                                                                                                | Stichting Godshuizen                                            |  |
|                                                                                                              | METOPP                                                          |  |
|                                                                                                              | Hervensebaan CV                                                 |  |
|                                                                                                              | 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 vertegenwoordigde medische specialismen |                           |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Anesthesie                                                                                 | 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. Bijzondere ziekenhuisfunctie betreft de interventiecardiologie. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis beschikt over een Intensive Care, level 3 en een SEH level 2.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis profileert zich als opleidingsziekenhuis in hart en nieren. Jaarlijks biedt het Jeroen Bosch Ziekenhuis onderwijs aan een groot aantal co-assistenten in de laatste jaren van hun opleiding. Tevens worden zestien MRSC erkende opleidingen en vier niet erkende MRSC vervolgoopleidingen aangeboden. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft naam gemaakt als excellent opleidersziekenhuis.



| <b>Categorie</b> | <b>Vergunning</b>                                            | <b>2012</b> |
|------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|
|                  | Percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)       | ja          |
|                  | Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering      | deels       |
|                  | In Vitro Fertilisatie (IVF) (deelerkenning fase 2 en fase 3) | ja          |
|                  | Hemofiliebehandeling                                         | ja          |
|                  | Traumazorg                                                   | ja          |
|                  | Pijnrevalidatie en revalidatietechnologie                    | ja          |

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft een hoog aantal wetenschappelijk opgeleide medewerkers en is vanaf 2013 langs drie beleidslijnen actief op het gebied van toegepast klinisch onderzoek, te weten voeding&lifestyle, veiligheid en ketenzorg. Meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 8.15.

Onderstaand is in een tweetal tabellen een aantal kerngegevens van het Jeroen Bosch Ziekenhuis opgenomen over capaciteit, productie en personeel. De financiële bedrijfsgegevens staan in hoofdstuk 11.1.

| kernegegevens Jeroen Bosch Ziekenhuis,<br>exclusief Revalidatiecentrum Tolbrug | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Capaciteit</b>                                                              |             |             |             |             |
| Aantal erkende bedden                                                          | 1.120       | 1.120       | 1.120       | 1.120       |
| Waarvan aantal bedden voor hartbewaking                                        | 10          | 10          | 12          | 14          |
| Waarvan aantal bedden intensive care met beademingsmogelijkheid                | 14          | 14          | 16          | 16          |
| Waarvan aantal bedden intensive care zonder beademingsmogelijkheid             | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Gemiddeld aantal beschikbare bedden                                            | 739         | 737         | 715         | 709         |
| Gemiddeld bedbezettingspercentage                                              | 87,7%       | 88,1%       | 90,9%       | 91,3%       |
| 7 x 24 uren afdeling spoedeisende hulp                                         | ja          | ja          | Ja          | Ja          |
| <b>Personeel</b>                                                               |             |             |             |             |
| Aantal personeelsleden in loondienst                                           | 3.976       | 3.981       | 4.019       | 3.894       |
| Aantal fte personeelsleden in loondienst                                       | 2.789       | 2.873       | 2.971       | 2.775       |
| Aantal medisch specialisten op 31 december                                     | 236         | 245         | 248         | 241         |
| Aantal fte medisch specialisten op 31 december                                 | 206         | 213         | 221         | 216         |
| <b>Bedrijfsopbrengsten</b>                                                     |             |             |             |             |
| Totaal bedrijfsopbrengsten                                                     | 255.244.000 | 318.118.000 | 289.239.000 | 308.453.149 |
| Waarvan wettelijk budget aanvaardbare kosten                                   | 163.041.000 | 216.572.000 | 177.349.000 | 295.213     |
| Waarvan niet gebudgetteerde zorgprestaties                                     | 8.638.000   | 6.049.000   | 4.105.000   | 4.790.697   |
| Waarvan omzet A-segment                                                        | 0           | 0           | 0           | 171.029.526 |
| Waarvan omzet B-segment                                                        | 42.431.000  | 73.757.000  | 79.253.000  | 91.863.181  |
| Waarvan overige bedrijfsopbrengsten                                            | 20.307.000  | 21.740.000  | 28.532.000  | 35.410.655  |
| <b>Productie</b>                                                               |             |             |             |             |
| Aantal geopende DBC's                                                          | 306.731     | 325.678     | 312.084     | 440.928     |
| Aantal geopende DBC's in                                                       |             |             |             |             |
| - A-segment (tarieven Nza)                                                     | 230.098     | 251.258     | 236.151     | 162.512     |
| - B-segment (vrije tarieven)                                                   | 76.633      | 74.420      | 75.933      | 278.416     |
| Aantal gesloten DBC's                                                          | 299.932     | 309.988     | 323.311     | 302.255     |
| Aantal gesloten DBC's in                                                       |             |             |             |             |
| - A-segment (tarieven Nza)                                                     | 246.471     | 231.556     | 239.367     | 92.272      |
| - B-segment (vrije tarieven)                                                   | 53.461      | 78.432      | 83.944      | 209.983     |

|                                                   |         |         |         |         |
|---------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Aantal opnamen en dagverpleging                   | 63.116  | 65.902  | 68.390  | 75.294  |
| Aantal ontslagen patiënten                        | 63.120  | 65.938  | 68.368  | 74.608  |
| Aantal operatieve verrichtingen                   | 44.557  | 43.534  | 45.279  | 65.056  |
| Aantal klinische opnamen                          | 34.842  | 35.551  | 36.232  | 38.612  |
| Aantal klinische verpleegdagen                    | 197.436 | 195.269 | 191.988 | 189.386 |
| Aantal dagverplegingsdagen                        | 28.274  | 30.351  | 32.158  | 36.682  |
| Gemiddelde verpleegduur klinische opnamen         | 5,7     | 5,5     | 5,3     | 4,9     |
| Gemiddelde verpleegduur per specialisme           |         |         |         |         |
| anesthesie                                        | 1,0     | 0,8     | 0,7     | 1,1     |
| cardiologie                                       | 5,8     | 5,4     | 5,3     | 4,4     |
| algemene chirurgie                                | 6,3     | 6,3     | 6,3     | 5,4     |
| dermatologie                                      | 13,4    | 15,5    | 9,1     | 6,8     |
| gynaecologie, obstetrie                           | 2,8     | 2,8     | 2,7     | 2,6     |
| interne geneeskunde                               | 7,3     | 7,1     | 6,7     | 6,2     |
| kaakchirurgie                                     | 2,8     | 2,5     | 2,5     | 2,3     |
| keel-, neus-, oorheelkunde                        | 2,2     | 2,2     | 2,1     | 2,1     |
| kindergeneeskunde                                 | 4,2     | 4,4     | 4,3     | 4,2     |
| klinische geriatrie                               | 14,4    | 13,6    | 12,3    | 12,2    |
| longgeneeskunde                                   | 7,4     | 7,1     | 6,7     | 6,6     |
| neurologie                                        | 8,5     | 8,7     | 8,8     | 7,3     |
| oogheelkunde                                      | 2,1     | 2,7     | 2,1     | 2,5     |
| orthopedie                                        | 5,7     | 5,1     | 5,0     | 4,7     |
| plastische chirurgie                              | 3,8     | 3,3     | 3,5     | 2,9     |
| reumatologie                                      | 12,8    | 11,2    | 12,4    | 12,0    |
| urologie                                          | 4,1     | 3,9     | 3,6     | 3,9     |
| Gemiddeld percentage verkeerd-bed-patiënten       | 1,47%   | 0,88%   | 0,62%   | 0,5%    |
| Aantal 1 <sup>e</sup> polikliniekbezoeken - EAC's | 208.467 | 208.770 | 206.023 | 208.864 |
| Aantal overige polikliniekbezoeken                | 329.863 | 340.875 | 350.142 | 334.486 |

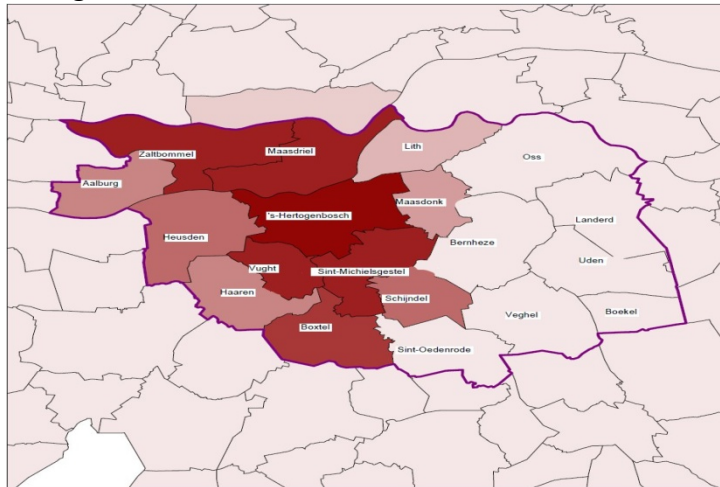
|                                                             |            |            |            |            |
|-------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| kernegegevens revalidatiecentrum Tolbrug                    | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       |
| <b>Capaciteit</b>                                           |            |            |            |            |
| Aantal erkende bedden                                       | 25         | 25         | 32         | 36         |
| Aantal feitelijk beschikbare poliklinische behandelplaatsen | 39         | 42         | 45         | 48,5       |
| <b>Personeel</b>                                            |            |            |            |            |
| Aantal personeelsleden in loondienst                        | 134        | 147        | 240        | 260        |
| Aantal medisch specialisten op 31 december                  | 14         | 13         | 21         | 22         |
| Aantal fte medisch specialisten op 31 december              | 12         | 12         | 16         | 15         |
| <b>Bedrijfsopbrengsten</b>                                  |            |            |            |            |
| Totaal bedrijfsopbrengsten                                  | 10.803.000 | 11.578.000 | 14.291.000 | 14.813.000 |
| Waarvan wettelijk budget aanvaardbare kosten                | 10.119.000 | 10.819.000 | 13.294.000 | 13.681.000 |
| Waarvan overige bedrijfsopbrengsten                         | 684.000    | 759.000    | 997.000    | 1.132.000  |
| <b>Productie</b>                                            |            |            |            |            |
| Aantal klinische opnamen                                    | 146        | 150        | 168        | 212        |
| Aantal klinische verpleegdagen                              | 8.311      | 8.475      | 10.622     | 12.227     |
| Aantal klinische revalidatiebehandeluren                    | 15.109     | 15.283     | 19.205     | 23.041     |
| Aantal poliklinische revalidatiebehandeluren                | 52.476     | 58.018     | 62.014     | 64.568     |
| Aantal eerste consulten in verslagjaar                      | 2.943      | 3.617      | 4.457      | 4.376      |

## 2.8. Werkgebied Jeroen Bosch Ziekenhuis

Het verzorgingsgebied van Jeroen Bosch Ziekenhuis omvat de regio 's-Hertogenbosch en 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

- patiënten die zorg nodig hebben waarbij robotchirurgie wordt ingezet (m.n. patiënten met urologische problemen).
- kinderen met diabetes
- kinderen met obesitas
- patiënten met aangeboren afweerstoornissen
- patiënten met multiple sclerose

Werkgebied Jeroen Bosch Ziekenhuis



Met Ziekenhuis Bernhoven in Oss en Veghel bestaat een samenwerkingsrelatie. Negen vakgroepen werken zowel in het Jeroen Bosch Ziekenhuis als in Bernhoven. Op onderstaande kaart omvat de paarse lijn het gehele verzorgingsgebied. De donker gekleurde 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.

## 2.9. De patiënt centraal

De belangrijkste direct belanghebbende van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is natuurlijk de patiënt met zijn omgeving. Het is een continue uitdaging om de zorg- en dienstverlening nóg beter te richten op hun wensen en behoeften. 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 een 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. Bij de maandelijkse publiekslezingenreeks 'Dokter op dinsdag' is ook vrijwel altijd een patiëntenvereniging aanwezig. In deze populaire lezingen krijgt de patiënt informatie over de nieuwste ontwikkelingen op een bepaald vakgebied en is er volop gelegenheid om in gesprek te gaan met de dokter of andere zorgverleners.

Wanneer patiënten ontevreden zijn over de zorgverlening kent het Jeroen Bosch Ziekenhuis een goed werkende regeling voor klachtopvang en –behandeling.

## 2.10. Partners in zorg

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

In 2012 startten gesprekken met UMC St.Radboud in Nijmegen om meer dan voorheen te kunnen profiteren van elkaars' kennis en kunde. Gedacht werd aan een strategische netwerksamenwerking, met als doel om in Nederland onderscheidende kwaliteit van zorg te kunnen leveren. De eerste contacten verliepen veelbelovend.

| Samenwerkingspartner                                                    | Onderwerp                                                                                                                                                                                                                                                                         | Overeenkomst/<br>Convenant |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Zorginhoudelijk                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |
| Centrum Ziekenhuispsychiatrie<br>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 Ziekenhuis laboratoria.                                               | ja                         |
| Stichting Godshuizen                                                    | Afstemming tussen deelnemende instellingen voor gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijnsorganisaties in regio 's-Hertogenbosch                                                                                                                                                    | ja                         |
| 9 - 12 collega-ziekenhuizen in Noord Brabant, Midden Zeeland en Limburg | Overleg over uitbreiding aantal opleidingsplaatsen voor OK medewerkers en werven van personeel. Krachtenbundeling op gebied van intensieve zorg (delen kennis en kunde, collegiale consultering, gezamenlijke zorgprotocollen, personeelsuitwisseling en overname van patiënten). | Ja                         |
| Kidz & Ko                                                               | Samenwerkingsverband ziekenhuizen regio Zuidoost Brabant op gebied van gezondheid van kinderen met diabetes (uitwisseling kennis en ervaring,                                                                                                                                     | Ja                         |

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                                                    | gezamenlijke activiteiten en doorontwikkeling subspecialisaties).                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |
| Eerste lijn                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| Huisartsen                                                                                                         | Jaarlijkse ontmoetingsdagen gericht op persoonlijke kennismaking huisartsen en medisch specialisten, periodiek een-twee-overleg gericht op gezamenlijke initiatieven om de zorg beter vorm te geven.                                                                                                                                                | Nee              |
| Verloskundigen                                                                                                     | Periodieke afstemming tussen 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijns verloskundigen, verkenning mogelijkheden geboortehotel, gecombineerde studie-/voorlichtingsdagen over organisatie van verloskundige zorg binnen de regio<br>Met een aantal verloskundigen uit de regio is een overeenkomst gesloten in verband met verplaatste thuisbevallingen | Nee<br><br>ja    |
| Bedrijfsleven                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| Fhealinc (samenwerking Jeroen Bosch Ziekenhuis, Hogeschool HAS, Avans Hogeschool, ZLTO, gemeente 's-Hertogenbosch) | Fhealinc ondersteunt en stimuleert ondernemingen en kennisinstellingen bij het ontwikkelen en toepasbaar maken van innovatieve producten op het snijvlak van voeding en gezondheid.                                                                                                                                                                 | Ja               |
| Health 2 Business (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 |
| Vriendenstichtingen                                                                                                | Verwerven fondsen waarmee extra voorzieningen in het ziekenhuis worden gerealiseerd die het verblijf van patiënten veraangename.                                                                                                                                                                                                                    | via statuten     |
| Onderwijs/opleiding/onderzoek                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (25 opleidingsziekenhuizen)                                                | Delen van kennis en ervaring op gebied van medisch specialistische opleidingen, toegepast wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie                                                                                                                                                                                                               | via lidmaatschap |
| Brabant Medical School                                                                                             | Netwerkorganisatie van opleidingsziekenhuizen en instituten in de provincie Noord-Brabant die zich richt op realisatie opleidingsplaatsen                                                                                                                                                                                                           | Ja               |

|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 | voor medisch professionals.                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                          |
| Opleidings- en Onderwijsregio's (OOR) Oost Nederland en Utrecht | OOR richt zich op kennisontwikkeling rondom vaardigheidsleren en docentprofessionalisering. Ook worden zaken besproken als de bekostiging van specialisten in opleiding.                                                                    | Ja                                                                                       |
| Stichting opleiding ziekenhuisgeneeskunde                       | Samen met 3 andere ziekenhuizen een erkende profielopleiding ziekenhuisarts realiseren                                                                                                                                                      | Ja                                                                                       |
| Koning Willem I college                                         | Samenwerking gericht op realiseren van stageplaatsen.                                                                                                                                                                                       | --                                                                                       |
| Avans Hogeschool                                                | Samenwerking gericht op met name verpleegkundige opleidingen.                                                                                                                                                                               | --                                                                                       |
| Metopp                                                          | Samen met Instituut Verbeeten en het TweeSteden ziekenhuis heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis de Metopp opgericht als onafhankelijk medisch-ethische toetsingscommissie. Onderzoekssituaties met patiënten (WMO) worden bij Metopp getoetst. | Ja, een vertegenwoordiger van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is in het bestuur afgevaardigd |
| Bestuurlijk                                                     |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
| Nederlandse Vereniging Van Ziekenhuizen (NVZ)                   | NVZ is de branche-organisatie voor ziekenhuizen en via NVZ heeft collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van leden plaats.                                                                            | via lidmaatschap                                                                         |
| Deltagroep                                                      | Samenwerking tussen 4 ziekenhuizen (o.a. oprichting vastgoedfonds)                                                                                                                                                                          | Ja                                                                                       |
| Ziekenhuis Bernhoven                                            | Verbetering kwaliteit en continuïteit van zorg in de regio Noordoost Brabant.                                                                                                                                                               | Ja                                                                                       |
| Ziekenhuisapotheek Noordoost Brabant (ZANOB)                    | Samenwerkingsverband van ziekenhuizen en diverse zorginstellingen in Noordoost Brabant op gebied van farmaceutische dienstverlening (o.a. op gebied van inkoop en bereiding).                                                               | Via lidmaatschap en aandeelhouder                                                        |
| Inkoop Alliantie Ziekenhuizen (9 ziekenhuizen)                  | Realiseren inkoopvoordelen                                                                                                                                                                                                                  | Ja                                                                                       |

| Overheidsorganisaties      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gemeente 's-Hertogenbosch  | Gesprekspartner van het Jeroen Bosch Ziekenhuis 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 en naar aanleiding van meldingen                                                                                                                                                                                                                                    | nee |
| Nederlandse Zorgautoriteit | Overleg over diverse bekostigingsvraagstukken                                                                                                                                                                                                                                                                              | nee |
| Kapitaalverschaffers       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
| ABN Amro                   | huisbankier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ja  |
| Waarborgfonds Zorgsector   | Borgstellingsverklaring langlopende lening                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ja  |
| Zorgverzekeraars           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
| VGZ, CZ, Multizorg         | Technisch overleg:<br>afspraken Productie schaduw FB en B-segment en productieontwikkeling (realisatie)<br>afspraken zorgvernieuwingsprojecten (LPC)<br>Strategisch overleg:<br>Medisch inhoudelijke ontwikkelingen, Kwaliteitsindicatoren, kapitaallasten, financiële ontwikkelingen, fusie/samenwerking zorgverzekeraars | ja  |
| Achmea en Menzis           | Technisch overleg:<br>afspraken Productie B-segment en productieontwikkeling (realisatie)<br>Strategisch overleg:<br>Medisch inhoudelijke ontwikkelingen, Kwaliteitsindicatoren, kapitaallasten, financiële ontwikkelingen, fusie/samenwerking zorgverzekeraars                                                            | ja  |

### 3. Bestuur, toezicht en medezeggenschap

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis hanteert de Zorgbrede Governance Code van de Branche-organisaties Zorg (BoZ). Dit betekent dat het ziekenhuis zich wil houden aan de uitgangspunten van deze code of dat het, wanneer dit niet het geval is, uitlegt waarom dit niet gebeurt (het 'pas toe of leg uit' principe). De code bevat gedragsregels voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. De principes van deze code zijn toegepast in de statuten en de reglementen van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht, die in 2012 ongewijzigd zijn gebleven. Statuten en reglementen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn gepubliceerd op [www.jeroenboschziekenhuis.nl](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl).

Raad van Bestuur en Raad van Toezicht onderkennen dat zij een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Zij tonen zich aanspreekbaar in regels en gedrag. Dit komt tot uitdrukking in de openheid die beiden betrachten bij de totstandkoming van besluiten en bij de verantwoording over behaalde resultaten.

#### 3.1. Raad van Bestuur

##### 3.1.1. Taak, samenstelling en portefeuillevdeling

Volgens de statuten van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is het besturen van de stichting opgedragen aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis bestaat sinds september 2011 uit de heren prof. dr. W.J.M. Spaan, mevrouw drs. B.M.J. Gallé en drs. P.M. Langenbach RC.

Binnen de Raad van Bestuur wordt onderscheid gemaakt tussen de voorzitter en beide leden. De Raad van Bestuur heeft ongeacht de portefeuillevdeling een ongedeelde verantwoordelijkheid voor alle onderwerpen. De voorzitter Raad van Bestuur is met name verantwoordelijk voor de kwaliteit van het bestuur en de relatie tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Sinds november 2012 word de Raad van Bestuur ondersteund door mevrouw mr. I.W.F.D. Verkuylen als secretaris Raad van Bestuur. Dit in opvolging van mevrouw drs. I.M. van Delft CCMM.

| Samenstelling en portefeuillevdeling Raad van Bestuur |                 |                                                                                                                                                                                                                  |                 |
|-------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Naam                                                  | Bestuursfunctie | Portefeuille                                                                                                                                                                                                     | Datum in dienst |
| Prof. dr. W.J.M. Spaan                                | Voorzitter      | Voorzittersrol<br>Kwaliteit en Veiligheid<br>Strategie en beleid<br>Onderwijs, Opleiding, Onderzoek en Innovatie<br>Communicatie<br>Integraal risicomanagement<br>Compliance<br>Aansturing RVE's en stafdelingen | 01-01-2008      |



|                            |     |                                                                                                                                                                                                                         |            |
|----------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Mw. drs. B.J.M Gallé       | Lid | HRM beleid<br>Organisatieontwikkeling<br>Patiëntgerichtheid<br>EPD, Zorglogistiek en<br>Capaciteitsplanning<br>Marketing en Customer<br>Relations<br>Relatiebeheer eerste lijn<br>Aansturing RVE's en<br>stafafdelingen | 01-02-2010 |
| Drs. P.M. Langenbach<br>RC | Lid | Finance & Control<br>Administratie<br>LTHP en Vastgoed<br>IT en MT<br>Facilitair Bedrijf<br>Zorgverkoop<br>Aansturing RVE's en<br>stafafdelingen                                                                        | 01-09-2011 |

### 3.1.2. Werkwijze Raad van Bestuur

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

### 3.1.3. Overleg met medische staf

De Raad van Bestuur vergadert tweewekelijks met het bestuur van de Vereniging Medische Staf (VMS). In dit overleg staan naast strategische onderwerpen met name kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de patiëntenzorg, alsmede personele zaken leden medische staf als vaste onderwerpen op de agenda.

Voor onderwerpen gerelateerd aan het specialistenhonorarium wordt gesproken met de Stafmaatschap. Daarin hebben de vrijgevestigde medisch specialisten zich verenigd. Driemaal per jaar vindt overleg plaats tussen Raad van Bestuur, bestuur VMS en stafmaatschap.

De maandelijkse vergadering van de VMS wordt structureel door de Raad van Bestuur bijgewoond.

### 3.1.3. Overleg met externe accountant

Raad van Bestuur en Raad van Toezicht vergaderen tweemaal per jaar met de externe accountant: aan het eind van het jaar rondom het uitbrengen de managementletter en in het voorjaar rond het vaststellen van de jaarrekening.

### 3.1.4. Arbeidsvoorwaarden en honorering

De arbeidsvoorwaarden en het jaarinkomen van de bestuurders zijn bepaald op basis van de adviesregeling Arbeidsvoorwaarden raden van bestuur van de NVZD (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren).

De afspraken met de heer Spaan zijn tot stand gekomen op grond van de code Tabaksblatt en conform de destijds geldende NVZD-regeling (d.w.z. vóór de invoering van de Wet

Openbaarheid uit Publieke Middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT) en vastgelegd in de arbeidsovereenkomst. Zij zijn in het verslagjaar niet gewijzigd.

De afspraken met mevrouw Gallé en de heer Langenbach zijn gebaseerd op de vigerende beloningscode bestuurders zorg, zoals opgesteld door de NVZD en de NVTZ (Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg) en vastgelegd in een arbeidsovereenkomst. Voor alle bestuurders geldt dat in de arbeidsovereenkomst afspraken zijn vastgelegd over hoe te handelen in geval een vertrek wordt overeengekomen zonder dat er sprake is van een aan betrokkene verwijtbare situatie. Aan bestuurders worden geen bonussen of tantièmes uitgekeerd. In de jaarrekening en via DigiMV is een overzicht van bezoldiging per bestuurder opgenomen.

Met de benoeming van mevrouw Gallé is aangesloten bij het principe uit de Zorgbrede Governance Code om bestuurders voor bepaalde tijd te benoemen. Mevrouw Gallé heeft een contract voor onbepaalde tijd; overeengekomen is om na 4 jaar (1-2-2014) een evaluatie te houden. Met de heer Langenbach is een benoemingsperiode van 6 jaar overeengekomen, derhalve tot 1-9-2017.

### 3.1.5. Nevenfuncties

De Raad van Bestuur is vertegenwoordigd in diverse externe bestuurlijke functies. Sommige nevenfuncties houden verband met de functie van bestuurder Jeroen Bosch Ziekenhuis, of vloeien hieruit voort. Andere staan hier los van (gemarkeerd met \*).

| Relevante nevenfuncties                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prof. dr. W.J.M Spaan                                                                                                                                   |
| Hoogleraar medische microbiologie Universiteit Leiden (parttime)*                                                                                       |
| Bestuurslid Stichting Contacten Bedrijfsleven Universiteit Leiden*                                                                                      |
| Voorzitter Commissie Veiligheid in de Zorg ZonMw (Nederlandse organisatieonderzoek en zorginnovatie)                                                    |
| Lid Commissie Gezondheidszorgonderzoek ZonMw (Nederlandse organisatieonderzoek en zorginnovatie)                                                        |
| Voorzitter NWO Commissie NACCAP (Nederlands Afrikaans partnership voor Capaciteitsopbouw en Klinische Interventies tegen armoede gerelateerde ziekten)* |
| Lid Raad van Advies Avicenna (KMBV)*                                                                                                                    |
| Lid Bestuurscommissie Onderwijs & Opleiding (Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen)                                                                   |
| Lid Bestuurscommissie Wetenschappelijk Onderzoek (Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen)                                                              |
| Lid Bestuursadviescommissie Onderwijs & Opleiding NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)                                                         |
| Vicevoorzitter Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde                                                                                                |
| Bestuurslid Stichting Trombosedienst                                                                                                                    |
| Bestuurslid Sport Medisch Centrum                                                                                                                       |
| Lid Raad van Toezicht Koning Willem I College*                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mw. drs. B.J.M Gallé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Lid Raad van Commissarissen CentraMed*<br>Lid Raad van Toezicht Ronald McDonald Kinderfonds*<br>Lid Raad van Toezicht RTV Utrecht (Omroep voor de provincie en stad Utrecht)*<br>Lid Raad van Advies SMPE/e (School of Medical Physics and Engineering Technische Universiteit Eindhoven)*<br>Lid Comité van Aanbeveling Vicki Brown Huis 's-Hertogenbosch<br>Voorzitter commissie Implementatie en vicevoorzitter commissie Doelmatigheidsonderzoek ZonMW<br>Bestuurslid Stichting Bernbosch, Ravenstein<br>Bestuurslid Stichting Trombosedienst<br>Bestuurslid Sport Medisch Centrum |
| Drs. P.M. Langenbach                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Bestuurslid H2B (Health 2 Business)<br>Bestuurslid stichting Godshuizen<br>Voorzitter coöperatiebestuur ZANOB (Ziekenhuisapotheek NO Brabant)<br>Bestuurslid stichting BAZIS<br>Lid Raad van Toezicht Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant*<br>Bestuurslid Sport Medisch Centrum<br>Bestuurslid Stichting Trombosedienst                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Bij de toetsing of er sprake is van **belangenverstrengeling** 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 belangenverstrengeling tussen enig bestuurslid en de organisatie wordt vermeden. Het individueel handelen is voor elkaar inzichtelijk en maakt collegiale toetsing goed mogelijk. Dit gebeurt tijdens collegiale overlegmomenten. Hieruit is gedurende het verslagjaar geen handelswijze of praktijk uit gebleken die hiermee strijdig is.

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. Dit gebeurt in beginsel bij aantreden, voorts worden wijzigingen gemeld en getoetst in een gemeenschappelijke vergadering van de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur.

### 3.2. Raad van Toezicht

#### 3.2.1. Taak en reglement

De Raad van Toezicht heeft tot taak integraal toezicht te houden op het beleid van de Raad van Bestuur en de kwalitatieve invulling van diens taken (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 Raad van Toezicht. Dit reglement is gepubliceerd op [www.jeroenboschziekenhuis.nl](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl). Het reglement is in 2012 ongewijzigd gebleven.

### 3.2.2. Profiel en samenstelling

Als onderdeel van het reglement Raad van Toezicht is in 2008 een generieke profielschets opgesteld rond aandachtsgebieden. De vijf aandachtsgebieden die door de leden raad van toezicht gezamenlijk worden gedekt betreffen:

1. strategie en beleid
2. financieel/economisch
3. zorginhoudelijk/kwaliteit,
4. bestuurlijk en juridisch
5. 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. Eén lid neem zitting in de Raad van Toezicht op voordracht van de Cliëntenraad. Dat is mw. M.Paes.

In het verslagjaar bestond de Raad van Toezicht uit zeven leden. De samenstelling was ongewijzigd. De leden van de Raad van Toezicht zijn geselecteerd op kennis en ervaring in met de gezondheidszorg. In 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, bijvoorbeeld door het volgen van workshops van het Nationaal Register van Toezichthouders.

#### Overzicht leden Raad van Toezicht

| Drs. A.L.M. Barendregt                |                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Persoonsgegevens                      | 65 jaar, opleiding: HBS-A, bedrijfseconomie en vervoerseconomie                                                                                       |
| Functie Raad van Toezicht             | Lid                                                                                                                                                   |
| Aandachtsgebied                       | Strategie en beleid, financieel-economisch, maatschappelijke omgeving en andere stakeholders                                                          |
| Commissielidmaatschappen              | Lid auditcommissie en beloningscommissie                                                                                                              |
| Maatschappelijke functie/beroep       | Voorheen bestuurslid Nza                                                                                                                              |
| Maatschappelijke functie/nevenfunctie | Lid Raad van Advies Nza<br>Lid Raad van Toezicht St. Zuidwester, Middelharnis<br>Lid Raad van Toezicht St. Plurijn, Oosterbeek<br>Bestuurslid SUO WTZ |
| Mw. Prof.dr. J.M. Bensing             |                                                                                                                                                       |
| Persoonsgegevens                      | 62 jaar, opleiding: gymnasium B, klinische psychologie, PhD                                                                                           |
| Functie Raad van Toezicht             | Vicevoorzitter                                                                                                                                        |
| Aandachtsgebied                       | Kwaliteit/zorginhoudelijk, sociaal beleid, maatschappelijke omgeving, cliënten en andere stakeholders                                                 |
| Commissielidmaatschappen              | Voorzitter kwaliteitscommissie                                                                                                                        |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Maatschappelijke functie/beroep       | Honorary research fellow NIVEL<br>Hoogleraar gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Maatschappelijke functie/nevenfunctie | Vice voorzitter Raad van Toezicht Erasmus Universiteit<br>Lid Raad van Toezicht Consumentenbond<br>Lid Raad van Toezicht TNO<br>Lid Raad van Toezicht Flevoziekenhuis<br>Vice voorzitter bestuur Utrecht Universiteitsfonds<br>Lid Gezondheidsraad<br>Lid Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen<br>Lid Raad van Toezicht Revalidatiecentrum De Hoogstraat                                                                                                         |
| <b>Drs. H.J. van Essen</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Persoonsgegevens                      | 66 jr, opleiding: HBS-B bedrijfseconomie, accountancy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Functie raad van toezicht             | Lid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Aandachtsgebied                       | Strategie en beleid, financieel-economisch                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Commissielidmaatschappen              | Voorzitter auditcommissie en beloningscommissie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Maatschappelijke functie/beroep       | Voorzitter Ver. Toezichthouders Woningcoöperaties<br>Voorheen voorzitter hoofddirectie PGGM<br>Voorheen lid Raad van Bestuur Canisius Wilhelmina Ziekenhuis<br>Voorzitter Revalidatie Nederland                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Maatschappelijke functie/nevenfunctie | Voorzitter Raad van Toezicht Universiteit Twente<br>Voorzitter Raad van Commissarissen Menzis Wageningen<br>Voorzitter Raad van Commissarissen Innovact Amstelveen<br>Lid Raad van Commissarissen KSYOS Amstelveen<br>Lid Raad van Commissarissen Rodersana Oirschot<br>Lid bestuur vrienden Hubrecht Laboratorium Utrecht<br>Lid Raad van Toezicht NEC Holdings BV Nijmegen<br>Lid Raad van Advies Springer/Axioma/BSI Baarn<br>Lid Raad van Toezicht St. Bernbosch Ravenstein |
| <b>Prof. Mr. J. Legemaate</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Persoonsgegevens                      | 54 jr, opleiding: Atheneum A, rechten, promotie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Functie raad van toezicht             | Lid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Aandachtsgebied                       | Zorginhoudelijk/kwaliteit, strategie en beleid, bestuurlijk en juridisch (corporate governance) sociaal beleid, maatschappelijke omgeving, cliënten en andere stakeholders                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Commissielidmaatschappen              | Lid kwaliteitscommissie en selectie/benoemingscommissie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Maatschappelijke functie/beroep          | Hoogleraar Gezondheidsrecht AMC/Universiteit van Amsterdam                                                                                                                                                                                           |
| Maatschappelijke<br>Functie/nevenfunctie | Voorzitter vereniging voor Gezondheidsrecht<br>Lid Gezondheidsraad<br>Lid Raad van Advies College Bescherming<br>Persoonsgegevens<br>Plaatsvervangend lid-jurist Centraal Tuchtcollege<br>voor de Gezondheidszorg                                    |
| Mw. E.A.P.M. Thewessen, arts             |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Persoonsgegevens                         | 55 jr. opleiding: Atheneum B, geneeskunde                                                                                                                                                                                                            |
| Functie raad van toezicht                | Lid                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Aandachtsgebied                          | Kwaliteit/zorginhoudelijk, sociaal beleid,<br>maatschappelijke omgeving, cliënten en andere<br>stakeholders                                                                                                                                          |
| Commissielidmaatschappen                 | Lid kwaliteitscommissie                                                                                                                                                                                                                              |
| Maatschappelijke functie/beroep          | Lid Raad van Bestuur De Riethorst Stromenland,<br>Geertruidenberg                                                                                                                                                                                    |
| Maatschappelijke<br>functie/nevenfunctie | Bestuurslid stichting STEM (Sterven op je eigen<br>manier)<br>NIAZ auditor<br>Lid College Kwaliteitsverklaringen NIAZ                                                                                                                                |
| Mw. dr. M.J.H. Paes                      |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Persoonsgegevens                         | 61 jr, opleiding: MMS, verpleegkunde,<br>maatschappelijk werk, master strategisch<br>management, promotie sociale wetenschappen                                                                                                                      |
| Functie raad van toezicht                | Lid                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Aandachtsgebied                          | Kwaliteit/zorginhoudelijk, sociaal beleid,<br>maatschappelijke omgeving, cliënten en andere<br>stakeholders                                                                                                                                          |
| Commissielidmaatschappen                 | Lid kwaliteitscommissie en<br>selectie/benoemingscommissie                                                                                                                                                                                           |
| Maatschappelijke functie/beroep          | Directeur Provinciale Raad voor de Volksgezondheid<br>en Maatschappelijke Zorg Noord Brabant                                                                                                                                                         |
| Maatschappelijke<br>functie/nevenfunctie | Lid Raad van Toezicht St. Bernbosch Ravenstein<br>Lid adviesraad Tranzo UvT<br>Commissielid ZonMW                                                                                                                                                    |
| Drs. M.P.M. de Raad                      |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Persoonsgegevens                         | 67 jr, opleiding: sociale wetenschappen                                                                                                                                                                                                              |
| Functie raad van toezicht                | Voorzitter                                                                                                                                                                                                                                           |
| Aandachtsgebied                          | Strategie en beleid, financieel-economisch                                                                                                                                                                                                           |
| Commissielidmaatschappen                 | Voorzitter selectie/benoemingscommissie, lid<br>beloningscommissie                                                                                                                                                                                   |
| Maatschappelijke functie/beroep          | Partner in First Capital Partners GmbH (Duitsland)<br>Voorheen lid Raad van Bestuur Koninklijke Ahold NV<br>Voorheen lid Raad van Bestuur Metro AG (Duitsland)<br>Voorheen voorzitter directie SHV Makro NV<br>Voorheen lid directie SHV Holdings NV |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Maatschappelijke functie/nevenfunctie | Vice-voorzitter Raad van Commissarissen CSM NV<br>Lid Raad van Commissarissen HAL Holding NV<br>Lid Raad van Commissarissen VION Holding NV<br>Lid Raad van Commissarissen Vollenhoven Olie Groep BV<br>Lid Raad van Commissarissen Metro AG, Duitsland<br>Lid Raad van Commissarissen TiasNimbis business School Universiteit van Tilburg/TU Eindhoven |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3.2.3. Evaluatie eigen functioneren

Voor het eigen functioneren hanteert de Raad van Toezicht de algemene vastgelegde regels uit de Zorgbrede Governance Code. Ieder jaar vindt een beoordeling plaats van het functioneren van de raad van toezicht. Eind 2011 heeft een zelfevaluatie plaatsgevonden aan de hand van het evaluatie-instrument toezichthouders zorginstellingen. De resultaten zijn besproken in de raad van toezicht-vergadering van maart 2012.

| Rooster van aftreden     |                    |                |               |                     |
|--------------------------|--------------------|----------------|---------------|---------------------|
| Naam                     | Datum 1e benoeming | Datum aftreden | Herbenoembaar | Datum def. Aftreden |
| Drs. A.L.M. Barendregt   | 01-01-2009         | 01-01-2013     | Ja            | 01-01-2017          |
| Mw. prof.dr.J.M. Bensing | 04-04-2006         | 01-01-2010     | nee           | 01-01-2014          |
| Drs. H.J. van Essen, RA  | 22-01-2008         | 01-01-2012     | Ja            | 01-01-2016          |
| Prof. Mr. J. Legemaate   | 01-01-2009         | 01-01-2013     | Ja            | 01-01-2017          |
| Mw. E.A.P.M. Thewessen   | 01-01-2011         | 01-01-2015     | Ja            | 01-01-2019          |
| Mw. dr. M.J.H. Paes      | 01-01-2010         | 01-01-2014     | Ja            | 01-01-2018          |
| Drs. M.P.M. de Raad      | 04-04-2006         | 01-01-2010     | nee           | 01-01-2014          |

### 3.2.4. Honorering

De toezichthouders ontvangen voor hun werkzaamheden ten behoeve van het Jeroen Bosch Ziekenhuis een vergoeding op jaarbasis, alsmede een vergoeding voor gemaakte onkosten. Jaarlijks wordt getoetst of op basis van richtlijnen (o.a. vanuit de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg, NVTZ) aanpassing nodig is. Conform de zorgbrede governancecode wordt de vergoeding openbaar gemaakt in de jaarrekening en via DigiMV.

### 3.2.5. Informatievoorziening aan Raad van Toezicht

Om te kunnen voldoen aan de toezichthoudende taak krijgt de Raad van Toezicht periodiek informatie over de realisatie van de doelstellingen, eventuele risico's verbonden aan activiteiten, financiële verslaglegging, ontwikkelingen op gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg, samenwerkingsrelaties en de relatie met belanghebbenden. Om dit te structureren is in 2012 een Informatieprotocol Raad van Bestuur – Raad van Toezicht vastgesteld.

### 3.2.6 Vergaderingen Raad van Toezicht

In 2011 hebben Raad van Toezicht en Raad van Bestuur zevenmaal overleg gevoerd. De aanwezigheid van alle leden werd als ruim voldoende beoordeeld. In alle vergadering was het quorum altijd aanwezig. Voorafgaand aan iedere vergadering heeft tenminste tussen de voorzitters Raad van Toezicht en Raad van Bestuur in aanwezigheid van de secretaris een

agendaoverleg plaatsgehad. Tevens zijn alle meningsvormende en besluitvormende onderwerpen voorafgaand aan de reguliere vergadering besproken in de kwaliteitscommissie en/of auditcommissie.

| <b>presentieoverzicht</b> |         |                    |         |
|---------------------------|---------|--------------------|---------|
| Raad van Toezicht         | Present | Raad van Bestuur   | present |
| Drs. Barendregt           | 7/6     | Prof. dr. Spaan    | 7/7     |
| Mw. prof. Bensing         | 7/7     | Mw. drs. Galle     | 7/7     |
| Drs. Van Essen            | 7/7     | Drs. P. Langenbach | 7/7     |
| Prof. Mr. Legemaate       | 7/6     |                    |         |
| Mw. Thewessen             | 7/7     |                    |         |
| Mw. Paes                  | 7/6     |                    |         |
| Drs. De Raad              | 7/7     |                    |         |

Belangrijke onderwerpen op de agenda waren:

1. opstellen van een missie en visie Jeroen Bosch Ziekenhuis
2. strategie voor 2013 en de monitoring van de realisatie van de beleidsvoornemens in 2012
3. voornaamste risico's:
  - a. financiële situatie en de noodzakelijke ombuigingen als gevolg daarvan
  - b. de rentederivaten waarover het Jeroen Bosch Ziekenhuis beschikt
  - c. afronding contractuele relatie met voormalige leverancier EPD
  - d. opstart programma om te komen tot nieuw Elektronisch Patiëntendossier
4. uitkomst van de beoordeling door de raad van bestuur van de interne risicobeheersings- en controlesystemen
5. Accreditatie VeiligheidsManagementSysteem
6. vervolg implementatie RVE vorming (RVE vorming fase 3 en 3b: medische ondersteuning, bedrijfsondersteuning en bestuursondersteuning/centrale staf)
7. kwaliteit van zorg: prestatie-indicatoren, quality board letter, jaargesprek IGZ);
8. implementatie DOT (ipv DBC's); onderhandelingen zorgverzekeraars
9. participaties en gelieerde rechtspersonen.

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

Een keer per jaar wordt een meerdaagse strategiesessie tussen Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en Bestuur Vereniging Medische Staf gehouden. Veelal wordt een externe deskundige uitgenodigd. In 2012 werd in de strategiesessie aandacht besteed aan de ontwikkeling van een nieuwe missie, visie en strategie van het ziekenhuis, alsmede aan de kaderbrief 2013.

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



De Raad van Toezicht heeft in 2012 de volgende **besluiten** genomen:

1. vaststelling rooster van aftreden Raad van Toezicht 2012
2. Jaarrekening en Jaardocument 2011
3. goedkeuring beslisdocument begroting 2013
4. goedkeuring begroting 2013
5. goedkeuring benoeming prof. dr. W.J.M. Spaan tot lid RvT ROC KWI College
6. vaststelling informatieprotocol Raad van Bestuur – Raad van Toezicht
7. participaties Jeroen Bosch Ziekenhuis in rechtspersonen
8. herbenoeming prof. mr. J. Legemaate en drs. A.L.M. Barendregt per 1-1-2013 als lid Raad van Toezicht
9. wijziging vergoedingsregeling Raad van Toezicht in verband met de wijziging van de commissarissenregeling

### 3.2.7. Commissies Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht kent een viertal commissies. Hun taak en werkwijze zijn vastgelegd in reglementen. Deze reglementen zijn in 2012 niet gewijzigd.

| Auditcommissie |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taak           | Houdt toezicht en controle op de werking van de interne risicobeheersings- en controlsystemen en adviseert de raad van bestuur hierin. Beoordeelt financiële managementrapportages, ziet toe op de financiële informatieverschaffing van het Jeroen Bosch Ziekenhuis 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 2012 viermaal bijeen.<br>De vergaderingen van de auditcommissie worden vast bijgewoond door de manager finance & control. Tevens is bij twee vergaderingen de accountant uitgenodigd voor een toelichting op de jaarrekening, respectievelijk managementletter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Agenda         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaderbrief , beslisdocument begroting en begroting 2013</li> <li>- Jaarrekening 2011</li> <li>- Meerjarenperspectief</li> <li>- Managementletter accountant</li> <li>2. kapitaallastenregeling</li> <li>3. Tragpi benchmark</li> <li>4. Ombuigingsprogramma Jeroen Bosch Ziekenhuis 2018</li> <li>5. Digitalisering patiëntendossiers</li> <li>6. ICT en informatiebeveiliging</li> <li>7. exploitatieontwikkeling, liquiditeitsprognose</li> <li>8. stand van zaken onderhandelingen met zorgverzekeraars</li> <li>9. rentederivaten</li> </ol> |

| Kwaliteitscommissie |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taak                | Adviseert Raad van Toezicht en Raad van Bestuur over relevante ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en treedt op als sparringpartner van de raad van bestuur met betrekking tot kwaliteit van zorg (toetsen en enthousiasmeren aangaande de gemaakte beleidskeuzes en implementatie daarvan).                                                                                                                                                                                                                             |
| Overleg             | Kwam in 2012 vier maal bijeen.<br>De vergaderingen van de kwaliteitscommissie worden vast bijgewoond door de manager kwaliteit & organisatie. In een van de vergaderingen is de regionale inspecteur voor de volksgezondheid uitgenodigd.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Agenda              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Digitalisering patiëntendossiers</li> <li>2. Ziekenhuisinfecties en preventiebeleid</li> <li>3. Laaggeletterdheid</li> <li>4. Prestatie-indicatoren</li> <li>5. Klachten Jeroen Bosch Ziekenhuis</li> <li>6. kwartaalrapportages CVIM</li> <li>7. Quality Board Letter</li> <li>8. evaluatie calamiteitenonderzoek, aandachtspunten vanuit IGZ hierop</li> <li>9. certificering VeiligheidsManagementSysteem</li> <li>10. JCI-accreditatie</li> <li>11. Patiëntgerichtheid</li> </ol> |

| Selectie en benoemingscommissie |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taak                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. opvolgingsplanning en (her) benoeming leden Raad van Toezicht en Raad van Bestuur;</li> <li>2. bewaken omvang en samenstelling Raad van Toezicht en Raad van Bestuur</li> <li>3. de periodieke beoordeling van het functioneren van individuele leden Raad van Toezicht en Raad van Bestuur en de rapportage hierover aan de Raad van Toezicht;</li> <li>4. het voorstellen voor (her)benoemingen; het toezicht op het beleid van het bestuur inzake selectiecriteria en benoemingsprocedures voor hoger management.</li> </ol> |
| Overleg                         | Kwam in 2012 eenmaal bijeen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Agenda                          | Herbenoeming 2 leden Raad van Toezicht per 1-1-2013<br>Opvolging en gewenste profielen voor vacatures voorzitter en lid Raad van Toezicht per 1-1-2014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Beloningscommissie |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taak               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. adviseren Raad van Toezicht over het beloningsbeleid leden Raad van Bestuur;</li> <li>2. adviseren over de individuele beloning leden Raad van Bestuur;</li> <li>3. het opmaken van een remuneratierapport over het gevoerde beloningsbeleid in het verslagjaar.</li> </ol> |
| Overleg            | Kwam in 2012 tweemaal bijeen.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Agenda             | Effectuering Wet Normering Topinkomens<br>Effectuering Commissarissenregeling (BTW voor toezichthouders)<br>Beloning bestuurders                                                                                                                                                                                      |

### 3.2.8. Overleg met interne belanghebbenden

De Raad van Toezicht kent geen overleg of jaarlijks ontmoetingsmoment met de Raad van Bestuur gecombineerd met een vertegenwoordiging van het management, waarin gesproken wordt over beleidsontwikkeling of andere voor het ziekenhuis relevante thema's. Met de ontwikkeling van RVE-vorming is het voornemen dit wel vorm te geven. In 2012 heeft de manager Kwaliteit en Veiligheid in het reguliere overleg van de Raad van Toezicht een presentatie gegeven over 15 jaar patiëntveiligheid in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

In 2012 hebben de volgende werkbezoeken plaatsgevonden:

- Poliklinische OK Oogheelkunde
- Urologie
- Vakgroep MDL
- Nucleaire Geneeskunde (hartonderzoek met rubidium 82).

Tijdens een dergelijk bezoek informeert de RVE manager bedrijfsvoering en de medisch manager de Raad van Toezicht over ontwikkelingen in de RVE.

Daarnaast sluit een delegatie van de Raad van Toezicht eenmaal per jaar aan bij een vergadering van de Raad van Bestuur met de respectievelijke adviesorganen. In dit overleg wordt ingezoomd op voor het ziekenhuis actuele thema's en specifieke onderwerpen. De raad van toezicht heeft het overleg met de adviesorganen als uitermate waardevol en constructief ervaren. Zaken werden in alle openheid besproken en verschil in gezichtspunten werd gerespecteerd.

## 3.3. Medezeggenschap

### 3.3.1. Cliëntenraad

Sinds april 2001 beschikt het ziekenhuis over een cliëntenraad die voldoet aan de eisen die gesteld worden in artikel 2 van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Hoe kan bewerkstelligd worden, dat de mening van cliënten (patiënten) invloed heeft op de inrichting van de zorg die zij van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) ontvangen? Dat is de vraag, die de Cliëntenraad zich als vertegenwoordiger van deze cliënten continu stelt.

De Cliëntenraad bestaat uit negen vrijwillige leden woonachtig binnen het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. De raad wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris en heeft een beperkt budget ter beschikking voor activiteiten. Daarnaast stelt het ziekenhuis basisfaciliteiten beschikbaar als werkruimte, literatuur en deelname aan symposia.

Jaarlijks stelt de Cliëntenraad een werkplan op waarin de activiteiten voor het lopend jaar zijn verwoord. Een keuze is gemaakt uit de veelheid van onderwerpen en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in het algemeen en binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis in het bijzonder, resulterend in een drietal speerpunten. Per speerpunt is een deelcommissie benoemd.

Het Jaarverslag 2012 van de Cliëntenraad is als bijlage aan dit jaarverslag toegevoegd. Voor een uitgebreide toelichting op de activiteiten van de Cliëntenraad wordt daarnaar verwezen.

### 3.3.2. (Bestuur) Vereniging Medische Staf

De Vereniging Medische Staf (VMS) van het Jeroen Bosch Ziekenhuis telde op 31 december 2012 241 leden. De leden hebben een dienstverband bij het ziekenhuis of zijn in vrije vestiging binnen het ziekenhuis werkzaam of via de Stichting Ondersteuning Ziekenhuiszorg (SOZ). Alle medisch specialisten, en ook vergelijkbare universitair opgeleide stafleden zoals klinisch fysici, klinisch chemici en apothekers, zijn lid van de VMS. De VMS kent een eigen reglement en eigen statuten.

De VMS heeft tot doel om:

- de optimale medische zorg voor de patiënten te bevorderen;
- het naar behoren functioneren van het ziekenhuis en de ziekenhuisorganisatie te bevorderen;
- de functionele belangen van zowel de VMS als van de medisch specialist te behartigen.

Het nastreven van deze doelen gebeurt binnen het kader van de doelstellingen van het ziekenhuis, met behoud van de verantwoordelijkheid van de medisch specialist. De VMS houdt zich niet bezig met vraagstukken die het vrij ondernemerschap van de medisch specialist betreffen.

Het bestuur van de VMS bestaat uit zeven gekozen leden die zorgen voor:

- het dagelijks bestuur van de VMS;
- vertegenwoordiging van de VMS bij interne contacten (raad van bestuur, management, OR, CR, VAR, diensten en medewerkers van het ziekenhuis);
- vertegenwoordiging van de VMS bij externe contacten (zorgverzekeraars, overige ziekenhuizen etc.);
- het stimuleren van beleidsvorming, zoals het schrijven van een medisch beleidsplan en investeringsplan.

Het bestuur wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris en twee parttime secretaresses. De VMS heeft een eigen begroting en jaarrekening.

De Vereniging Medische Staf vergadert maandelijks. Vaste agendaonderwerpen zijn kwaliteit & veiligheid en organisatie. Bij kwaliteit en veiligheid worden met name nieuwe en bestaande medische protocollen besproken. Wat organisatie betreft is in 2012 intensief

gesproken over de positionering van de medische staf in de organisatie en de wijze waarop de medische staf is georganiseerd.

Ook is in 2012 regelmatig de voortgang ten aanzien van de tien veiligheidsthema's uit het VeiligheidsManagementSysteem (VMS) gepresenteerd door de medisch specialisten die kartrekker zijn van deze thema's.

Het succesvol doorlopen van de DNV audit en het behalen van de VMS-certificering eind 2012, is voor de medische staf een belangrijke prestatie van de organisatie en in het kader van kwaliteit van zorg een noodzaak.

In 2012 was de STZ-hervisiting ook voor de medische staf een mijlpaal. In de voorbereiding op deze visitatie heeft de medische staf de bestaande derdelijnsfuncties en expertisecentra getoetst. Uit deze toetsing is duidelijk gebleken dat het aantal derdelijnsfuncties en expertisecentra ruim voldoet aan de STZ-criteria. Desalniettemin is de medische staf van mening dat met name het aantal expertisecentra uitgebreid moet kunnen worden in de komende jaren. Het resultaat van de STZ-visitatie was op alle terreinen, o.a. opleiding, wetenschap, succesvol.

De medische staf heeft zich in 2012 ook op zijn relatie met de huisartsen gericht. Zo is er een succesvolle kennismakingsbijeenkomst georganiseerd voor nieuwe huisartsen en nieuwe medische specialisten. Het persoonlijk contact tussen dokters en huisartsen is ook in de tweejaarlijkse Bossche Samenscholingsdagen gefaciliteerd. Beide activiteiten zijn door de deelnemers zeer positief gewaardeerd. Dergelijke ontmoetingsmomenten worden als cruciaal gezien om de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten te bevorderen. Wanneer men elkaar kent verloopt overleg soepeler, heeft men meer begrip voor elkaars werkwijzen en ziet men elkaar als gelijkwaardige samenwerkingspartners. De (keten)zorg voor patiënten komt daarmee op een hoger plan.

Via Appraisal&Assessment (A&A) vindt intercollegiale toetsing plaats. In 2012 zijn weer 9 appraisoren opgeleid, waarmee het totaal aantal op 29 komt. Doel is dat alle leden van de medische staf eind 2014 tenminste eenmaal een A&A-proces hebben doorlopen.

In 2012 heeft de VMS het protocol Verantwoordelijkheidsverdeling Medisch Specialisten vastgesteld. Daarmee is helderheid gecreëerd over de vraag welke arts verantwoordelijk is voor de coördinatie van en regie over behandeling van een patiënt.

Als strategische partner van de Raad van Bestuur heeft het bestuur VMS een tweewekelijks regulier overleg met de Raad van Bestuur. Gedurende het jaar 2012 waren, naast de vaste agendapunten zoals strategie, kwaliteit en veiligheid, nadrukkelijk aan de orde

- de ontwikkeling van een missie en visie voor het ziekenhuis, waarbij na raadpleging van alle vakgroepen gekozen is voor een breed profiel

- de inrichting en werkwijze van de Stuurgroep ten behoeve van het Digitaal Werken
- de inrichting en werkwijze van de Stuurgroep Accreditatie Joint Commission International

Bij de laatste twee onderwerpen is zorgvuldig is gekeken naar de betrokkenheid van de medische staf.

De VMS heeft gedurende het verslagjaar 6 adviezen uitgebracht:

- Adviesaanvraag inzake JCI
- Adviesaanvraag inzake EPD Zorglogistiek
- Adviesaanvraag inzake Missie, Visie, Strategie Document
- Adviesaanvraag inzake regionale uitwisseling patiënteninformatie
- Adviesaanvraag inzake Beslisdocument fase 3 RVE vorming
- Ongevraagd advies inzake vervanging hechtmateriaal

### 3.3.3. Verpleegkundige adviesraad

De verpleegkundige adviesraad (VAR) is een expertiseplatform voor de verpleegkundige zorg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Dat betekent dat de leden van de VAR deskundig zijn op het gebied van de verpleegkundige zorg. De VAR is geen belangenbehartiger. De Raad van Bestuur stimuleert dat de VAR eenzelfde ontwikkeling doormaakt als het bestuur VMS in het verleden heeft gedaan. Daarmee zou op zorginhoudelijk gebied een stevige partnerschap binnen het bereik liggen.

Het VAR-bestuur kent vier tot zes leden en houdt zich bezig met de ontwikkeling en evaluatie van het verpleegkundig beleid. Zij worden gefaciliteerd om acht uur per week te besteden aan hun werkzaamheden voor de VAR. Deze uren worden betaald vanuit een centraal budget.

Het VAR-beraad bestaat uit één tot twee afgevaardigden (verpleegkundigen en unithoofden) per unit. Voor deelname aan het VAR beraad wordt zes uur compensatie per maand geboden, die ten laste van de afdeling komt.

De VAR beschikt over een eigen budget, waaruit onder meer de salariskosten van de ambtelijk secretaris wordt betaald, de opleiding en training van de VAR-leden, de kosten voor het bezoeken van symposia en het organiseren van themabijeenkomsten.

Het VAR bestuur komt wekelijks bijeen en overlegde 4 keer met de Raad van Bestuur. Daarnaast heeft het VAR bestuur contacten op alle niveaus in de organisatie. Het VAR Beraad heeft één keer per zes weken een bijeenkomst van twee uur waaraan een korte relevante themabijeenkomst wordt gekoppeld. Daarnaast kunnen beraadsleden deelnemen aan autonome werk- en projectgroepen, die ieder gespecialiseerd zijn in een bepaald thema. Projectgroepen worden afhankelijk van de thema's waar de VAR op dat moment mee bezig is geformeerd. In 2012 heeft de VAR deelnemers afgevaardigd in de Kerngroep Verpleegkundig Proces, onderdeel van het programma Digitaal Werken, de werkgroep Medicatieoverdracht, Stuurgroep Duidelijk Beter, Stuurgroep Joint Commission International

In 2012 heeft de VAR een succesvol symposium georganiseerd over "Verpleegkundig Leiderschap, pak die rol!" Tijdens het symposium is het thema verpleegkundig leiderschap vanuit verschillende perspectieven benaderd. Het gaat daarbij om de individuele verpleegkundige, leiderschap aan het bed, leiderschap door verpleegkundigen in de organisatie en participeren in de VAR. Diverse sprekers uit verschillende windstreken hebben een bijdrage geleverd aan het programma.

In 2012 heeft de VAR zich intensief gericht op het benutten van het lidmaatschap van de 'Global Centre for Nursing Executives' onderdeel van de Advisory Board International (ABI). De ABI geeft toegang tot een (inter)nationaal netwerk inclusief een database met een groot aanbod van 'best practices' op het gebied van verpleegkundige zorg, kwaliteitszorg en verpleegkundig management. Doelgroep is onder andere de verpleegkundige. Na anderhalf

jaar is het lidmaatschap geëvalueerd en heeft de VAR de raad van bestuur geadviseerd het lidmaatschap te beëindigen.

De VAR heeft in 2012 de beleidsnotitie “Verpleegkundig onderzoek in het Jeroen Bosch Ziekenhuis 2011 – 2013” opgesteld. Deze notitie is vastgesteld door de raad van bestuur. De visie is gericht op stimuleren van onderzoekscultuur, neerzetten van onderzoeksstructuur en initiëren, ondersteunen en realiseren van onderzoek

In 2012 heeft de VAR in totaal 14 adviezen (gevraagd en ongevraagd) uitgebracht aan de Raad van Bestuur. De adviezen van de VAR varieerden van zorginhoudelijk tot strategisch. De VAR gaf onder meer advies over:

- Voorzetting lidmaatschap Advisory Board Company
- EPD Zorglogistiek
- JCI Accreditatie
- Medicatieveiligheid
- Missie, Visie en Strategie
- Nota geldstromen klinisch onderzoek
- Beleidsplan Wetenschap & Innovatie
- Verpleegkundig Oproepsysteem
- Opname, overname en ontslagbeleid

#### 3.3.4. Ondernemingsraad

De medewerkers van het Jeroen Bosch Ziekenhuis worden vertegenwoordigd door de ondernemingsraad (OR). Die bestaat uit 19 leden. De OR is een gekozen groep collega's uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De OR is de wettelijke vertegenwoordiging van alle medewerkers in dienst van het Jeroen Bosch Ziekenhuis en is een serieuze gesprekspartner voor de Raad van Bestuur.

De OR bewaakt niet alleen het medewerkerbelang, maar ook dat van de organisatie. In de visie van de OR van Jeroen Bosch Ziekenhuis moet de aandacht voor de medewerker, in alle lagen van de organisatie, in balans zijn met het organisatiebelang.

De OR bestaat uit negentien personen en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. In april werden door het uitschrijven van tussentijdse OR-verkiezingen, drie openstaande vacatures ingevuld.

De OR wordt gefinancierd door het ziekenhuis, maar beschikt niet over een eigen budget binnen de begroting. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis stelt verschillende middelen beschikbaar ter ondersteuning van de OR. Afspraken zijn gemaakt over tijdsbesteding en het beschikbaar stellen van basisfaciliteiten als werkruimte, literatuur, deelname symposia en trainingsdagen.

De OR brengt op basis van zijn wettelijke taak gevraagd en ongevraagd advies uit aan de Raad van Bestuur over onderwerpen die in het belang zijn van het goed functioneren van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in al haar doelstellingen. De OR heeft daarbij volgens de wet een tweeledige taak, te weten het plegen van overleg met de Raad van Bestuur en het vertegenwoordigen van de medewerkers van het ziekenhuis. De taakverdeling en werkwijze van de OR zijn vastgelegd in een reglement. Om het werk goed te kunnen uitvoeren heeft de OR vijf vaste commissies en daarnaast t.b.v. Revalidatiecentrum Tolbrug een Onderdeelcommissie. De verslagen van de Ondernemingsraadvergaderingen en van de

overlegvergaderingen tussen Raad van Bestuur en OR zijn openbaar en worden gepubliceerd op de intranetpagina's van de Ondernemingsraad. Daarnaast brengt de OR regelmatig een Nieuwsbrief uit waarop medewerkers zich kunnen abonneren.

De OR draagt de volgende speerpunten uit en toetst hierop:

*Gezonde, goedlopende organisatie*

- Een gezonde goedlopende organisatie is efficiënt en slagvaardig, is financieel gezond en heeft een goed werkklimaat;
- Een organisatie die zich kenmerkt door transparante, tijdige communicatie en (proces) informatie voor iedere medewerker;
- Een organisatie met oog voor onderlinge afhankelijkheid, waarbij het gezamenlijk belang zwaarder weegt dan het RVE-belang;
- Een organisatie die pro-actief inspeelt op externe ontwikkelingen.

*Medezeggenschap is medewerkerparticipatie*

- De OR is in de werkwijze gericht op het bevorderen van medewerkerparticipatie;
- Medewerkers worden uitgedaagd om mee te denken over het beleid en de organisatie van de eigen directe werkomgeving. Daardoor wordt rekening gehouden met de belangen van de medewerker, beleid wordt getoetst, initiatieven worden gehoord en draagvlak wordt gecreëerd;
- Een betrokken medewerker biedt een meerwaarde voor de organisatie en dient hiervoor gefaciliteerd te worden.

*Goed werkgeverschap en werknemerschap*

- Werkgevers en werknemers zorgen voor balans tussen het belang van de medewerker en het organisatiebelang;
- Werkgever zorgt voor ruimte voor initiatief en het nemen van verantwoordelijkheid en faciliteert deze;
- Werkgever faciliteert een sociale, veilige en goed geoutilleerde werkomgeving en de werkgevers en werknemers nemen samen hierin hun verantwoordelijkheid;
- Werkgevers en werknemers zorgen samen voor een open, transparante samenwerking en communicatie.

De volgende onderwerpen zijn in 2012 behandeld:

*Adviesaanvragen*

- Opheffing projectbureau Nieuwbouw
- Inrichtingsplannen RVE's Hart, Long en Neuro
- Integratie clusters ICT en MT
- Reorganisatieplan Secretariaat RvB
- Rapportage verbetering EPD en zorglogistiek
- Voorgenomen besluit JCI accreditatie
- Voorgenomen besluit Integratie Tolbrug-PMA
- Beleidsplan Wetenschap en Innovatie
- Document Missie, visie en strategie
- Notitie Plan van Aanpak beheer ruimtes
- Kaderbrief en Jaarplan 2013



- Reorganisatie bibliotheek juli 2012
- Bezuinigingen
- Beslisdocument begroting 2013

#### Instemmingaanvragen

- Wijziging werktijden patiëntenregistratie
- Regeling Bescherming en Gebruik Personeelsgegevens
- Wijziging Werktijden LKCH
- Wijziging Werktijden Intern Transport
- Uitvoeringsregeling Generiek onderwijs
- Wijziging Werktijden Recovery
- Wijziging werktijden RVE Oogheelkunde
- Notitie beheersing arbeidsrisico's
- Collectieve roostervrije dagen
- Wijziging pauzetijden OK
- Berekening reiskosten woon-werkverkeer
- Voorstel wijziging handhaving parkeergedragsregels medewerkers
- Reglement Cameratoezicht
- Wijziging arbeidstijden verpleegafdeling orthopedie A8-zuid

#### Overige onderwerpen

- Missie en visie Ondernemingsraad
- Uitkomsten Medewerker Tevredenheids Onderzoek
- Onderzoek naar besluitvormingsprocessen binnen Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Capaciteitsmanagement
- Verpleegkundig leiderschap 3
- Notitie beheersing arbeidsrisico's
- Servicecentrum P&O
- Sancties verlies personeelspas
- Werkgroep Generiek Functiehuis
- Uitvoeringsplan parkeren voor medewerkers
- RVE-vorming fase 3 Implementatieplan ICT & MT
- Verhuizing B3
- Functieprofielen managers Finance & Controll, Human Resources en Hoofd Bureau BestuursOndersteuning
- Pilot Dedicated Team Orthopedie
- Talentenbank
- Verbeteringen gebouw Den Bosch/BIM en knelpunten rondom parkeergarage personeel.
- Beleidsnota voorbehouden en risicovolle handelingen
- Toetsing Kerteza
- Beleidsnotitie Regionale Zorgcommunicatie
- Quality Board Letter
- Notitie geldstromen klinisch onderzoek
- Format evaluatie wijziging werktijden
- Evaluatie werktijden neonatologie en kindergeneeskunde
- Evaluatie diensttijden C6 zuid

- Evaluatie reorganisatie LKCH
- Evaluatieverslag gewijzigde dienstroostering dialysecentrum
- Tussenevaluatie Service2Care
- Evaluatie jaargesprek en introductie nieuwe medewerkers

Tevens vonden regelmatig gesprekken plaats betreffende de financiële stand van zaken, sociale zaken, nieuwbouw, integratie maatschappen en RVE's, ARBO, bedrijfshulpverlening en milieu en uitvoeringen m.b.t. Sociaal Plan. Hiervoor vonden regelmatig overleggen plaats met interne en externe deskundigen, en andere adviesgremia en vakbonden.

De OR vergaderde in 2012 negen keer met de Raad van Bestuur, waarbij een keer ook de Raad van Toezicht aanwezig was.

Alle adviezen van de OR zijn betrokken bij de besluitvorming Raad van Bestuur. Ten aanzien van de advies- en instemmingaanvragen zijn er geen besluiten genomen die niet door de adviesorganen werden ondersteund en zijn op meerdere aspecten aandachtspunten van de OR verwerkt in de definitieve besluiten van de Raad van Bestuur.

### **3.4. Commissies**

Voor een overzicht van de binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis actieve commissies wordt verwezen naar bijlage 1.

## 4. Meerjarenbeleid en strategie 2012

### 4.1. Missie en visie

In het verslagjaar is in samenspraak met het Bestuur Vereniging Medische Staf, Ondernemingsraad, Cliëntenraad, Verpleegkundige Advies Raad en RVE-management een missie en visie voor het ziekenhuis opgesteld: Jeroen Bosch Ziekenhuis: werken uit het hart. De vier kernwaarden: *veilig, gastvrij, open en vernieuwend*, zijn daarbij leidend.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis spreekt zich in deze missie en visie uit om op elke moment van de dag een (t)huis te zijn voor mensen die ziek zijn, vanaf de diagnose tot en met de nazorg. Dat laatste natuurlijk samen met huisartsen en thuishulp, verpleeginstellingen en mantelzorgers. De medewerkers van het Jeroen Bosch Ziekenhuis bieden samen met hen zorg van voortreffelijke kwaliteit in een veilige en gastvrije omgeving. Zij willen betrokken zorg leveren, snel en servicegericht als het kan, ingetogen en zorgzaam waar het moet. De zorg is ook maatwerk, want iedere patiënt is uniek en heeft een unieke zorgvraag die vraagt om een unieke aanpak. 'Patient empowerment' wordt dat genoemd: zorgen dat de patiënten zoveel mogelijk zelf de regie voeren over hun gezondheid en behandeling. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wil ook goed samenwerken, binnen het ziekenhuis tussen medewerkers van allerlei verschillende disciplines, maar ook met zorgverleners buiten het ziekenhuis als huisartsen, thuiszorgmedewerkers, verpleeghuizen en geestelijke gezondheidszorg. En vanzelfsprekend wil het Jeroen Bosch Ziekenhuis ook goed samenwerken met mantelzorgers.

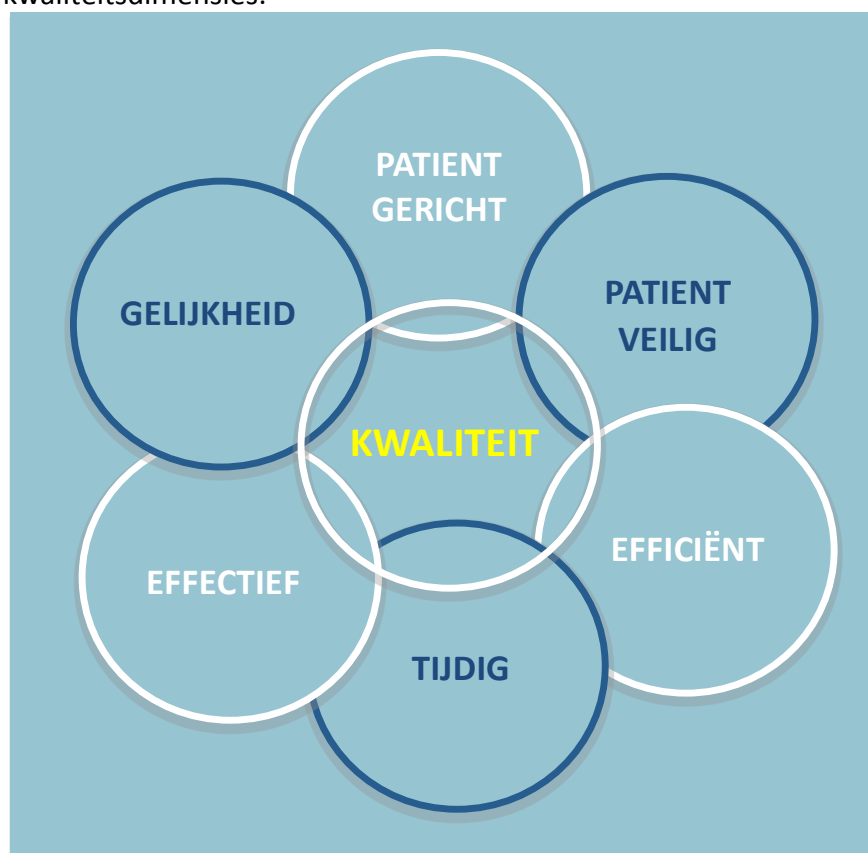
Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wil veilige zorg leveren, dat wil zeggen vermijdbare en onbedoelde schade en sterfte voorkomen, door continu risico's te signaleren, verbeteringen door te voeren en elkaar als bestuur, management en medewerkers aanspreken.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis levert een breed scala aan hoogwaardige zorg voor zeer verschillende patiënten. De zorg voldoet aan alle kwaliteitsnormen en volumennormen. Het leveren van duurzame zorg, met zo weinig mogelijk energiegebruik en optimale afvalscheiding, staat hoog in het vaandel. Daarbij hoort ook dat het ziekenhuis het voedsel van dichtbij haalt en samenwerkt met partners in de regio aan slimme oplossingen in de zorg.

Door steeds te blijven leren zorgt het Jeroen Bosch Ziekenhuis ervoor dat de medewerkers hun kennis en kunde, methodieken en vaardigheden up-to-date zijn en blijven. Als topklinisch opleidingsziekenhuis heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis een hoog aantal wetenschappelijk opgeleide medewerkers. In samenwerking met academische centra en andere kennisinstellingen voert het vooral toegepast klinisch of zorgonderzoek uit. Drie thema's staan centraal: voeding & lifestyle, veiligheid en ketenzorg.

#### 4.2. Strategie 2012

In de 4 resultaatgebieden Productie, Kosten, Kwaliteit van zorg en Kwaliteit van arbeid zijn de strategische doelstellingen voor 2012 vervat. Leidend kader daarbij zijn de zes kwaliteitsdimensies:



Vanuit elke kwaliteitsdimensie is voor 2012 in de kaderbrief een strategische doelstelling geformuleerd. Deze strategische doelstellingen zijn door de RVE's en stafafdelingen vertaald naar tactisch/operationele doelstellingen. De mate waarin het Jeroen Bosch Ziekenhuis in staat is de strategische doelstellingen te realiseren hangt af van het succes in de RVE's om de doelstellingen te behalen.

|                   |                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patiëntveiligheid | Het leveren van zorg die erop gericht is onnodige schade en vermijdbare mortaliteit te voorkomen                                                                                                                          |
| Klantgerichtheid  | Zorg gericht op service, uitstekende bejegening en wederzijds respect voor de individuele patiënt en zijn sociale context; de patiënt heeft, in dialoog met de zorgverlener(s), een beslissende rol over zijn eigen zorg. |
| Effectiviteit     | De geleverde zorg is evidence based, wetenschappelijk bewezen effectief.                                                                                                                                                  |
| Tijdigheid        | Zorg die wordt geleverd op het juiste moment, zonder lange, onnodige toegang- en wachttijden.                                                                                                                             |
| Efficiëntie       | Correct gebruik van het aanbod van zorg; zonder doublures/hiaten en verspillingen.                                                                                                                                        |
| Gelijkheid        | Iedere patiënt krijgt dezelfde kwaliteit van zorg onder dezelfde condities.                                                                                                                                               |

De strategische doelstellingen voor 2012 waren:

*Productie*

1. De toegangstijden en wachttijden van het operatiecentrum, afdelingen en poliklinieken zijn concurrerend met die van soortgelijke eenheden binnen ons adherentiegebied (kwaliteitsdimensie tijdigheid)

*Kosten*

2. Mensen, middelen en kapitaal worden op RVE/stafniveau gerelateerd aan de zorgvraag optimaal en zo concurrerend mogelijk ingezet (kwaliteitsdimensie efficiëntie)

*Kwaliteit van zorg*

3. Eind 2012 is het VMS-programma, inclusief de 10 veiligheidsthema's, geïmplementeerd en is het ziekenhuis NTA certificeerbaar (kwaliteitsdimensie patiëntveiligheid)
4. Patiënten worden prettig bejegend, er is heldere communicatie met hen en de informatievoorziening is up to date (kwaliteitsdimensie patiëntgerichtheid)
5. De patiëntenzorg voldoet volledig aan de Jeroen Bosch Ziekenhuis- en IGZ-normen en wordt evidence based en conform de bestaande richtlijnen geleverd (kwaliteitsdimensie effectiviteit)
6. Elke patiënt krijgt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis eenzelfde kwaliteit van zorg (kwaliteitsdimensie gelijkheid)

*Kwaliteit van arbeid*

7. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is een aantrekkelijke werkgever, die talentvolle medewerkers in alle levensfasen aan zich weet te binden
8. Onze medewerkers en professionals leveren excellente zorg, tonen compassie, betrokkenheid en aandacht
9. Leren en opleiden gebeurt in de praktijk; de leeromgeving voorziet in geprogrammeerde rijke leermomenten

Samen met de financiële doelstellingen vormden deze strategische doelstellingen het beleidskader voor de begroting 2012.

De *financiële doelstellingen* voor 2012 waren:

10. Financieel kader = financieel kader 2011
11. Groei van het eigen vermogen met €3,5 mln, teneinde uiterlijk in 2018 qua solvabiliteit (eigen vermogen / totaal vermogen) te groeien van 9% naar 15%
12. €1 mln reservering voor ziekenhuisbrede speerpunten, kwaliteitsprojecten en innovatie.

Voor het *medisch beleid* is in 2012 ingezet op de volgende speerpunten:

- oncologische zorg
- cardiovasculaire zorg
- transmurale zorg
- endoscopische chirurgie

Deze speerpunten zijn in de loop van beoordeeld op onderscheidendheid, draagvlak en toegevoegde waarde. Tussen de Vereniging Medische Staf en de Raad van Bestuur zijn

gesprekken gevoerd over de medische speerpunten in relatie tot een profielkeuze van het ziekenhuis. Vanuit de keuze voor het Jeroen Bosch Ziekenhuis om een groot regionaal opleidingsziekenhuis te willen zijn met een breed zorgpakket is besloten in 2013 de medische speerpunten te herdefiniëren, passend bij de aandachtsgebieden van de organisatie en de specialisme-specifieke keuzes. Uiteraard spelen de diverse kwaliteitsnormen voor de verschillende specialismen, waaronder volumennormen, bij deze discussie een rol. Een en ander gaat uitmonden in RVE-plannen, waarvoor de missie en visie van het ziekenhuis primair het leidende kader vormt. De (geherdefinieerde) medische speerpunten vormen – naast bedrijfsmatige elementen - input voor de RVE's.

#### **4.3. Realisatie strategische doelstellingen**

1. De toegangstijden en wachttijden van het operatiecentrum, afdelingen en poliklinieken zijn concurrerend met die van soortgelijke eenheden binnen ons adherentiegebied.

In 2012 verschilden de resultaten per RVE op de prestatie-indicatoren die te maken hebben met de toegankelijkheid enorm. Het meten en monitoren van de telefonische bereikbaarheid, toegangstijd en doorlooptijden is nog onvoldoende.

Tevens is geconstateerd dat de onverwacht lange opnameduur significant afwijkt van de landelijke norm (landelijk 12,6% versus Jeroen Bosch Ziekenhuis 16,4%). Analyse van de verschillende uitkomsten wijst onder andere uit dat er bij de bron verschillen zitten in de wijze registreren. Vanuit de Dutch Hospital Data (DHD) is onlangs informatie gekomen dat de huidige wijze van registreren wordt aangepast, omdat deze niet betrouwbaar blijkt. Het vraagt inspanning om de prestaties op dit terrein met voldoende betrouwbaarheid te kunnen kwantificeren. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is zich hiervan bewust en levert naar vermogen inspanningen om de transparantie op dit punt te verbeteren.

2. Mensen, middelen en kapitaal worden op RVE/stafniveau gerelateerd aan de zorgvraag optimaal en zo concurrerend mogelijk ingezet.

In 2012 is sterk ingezet op vergroting van de efficiency. Zo zijn op verpleegafdelingen werkplekken efficiënter ingericht. Verbeterborden worden op de afdelingen gebruikt om continu problemen op te lossen. Ook is geanalyseerd wat de stand van zaken van de procesverbetering in de kliniek is. De uitkomsten gaven aanleiding tot een plan van aanpak voor bottlenecks op strategisch en tactisch niveau. Verbeteren in de keten, aanpak van verspillingen en ligduurmanagement zal in 2013, als follow-up van de analyse, extra aandacht krijgen.

Tevens is deze strategische doelstelling mede de aanleiding geweest om een discussie te starten over de portfolio van het zorgaanbod dat ons ziekenhuis wil leveren. Per RVE worden daartoe voorstellen ontwikkeld. Dit mede in het licht van de volumennormen van een aantal wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars alsmede de landelijke discussie rondom spreiding en concentratie.

Om een cultuur van continu verbeteren te bouwen en daarbij de rol van de leidinggevende te benadrukken, is in 2012 voorts geïnvesteerd in een training procesoptimalisatie aan 25 unithoofden door Dhr. Paul Levy.

Het opstarten van zorgpaden werd in 2012 zelfstandig binnen de RVE's opgepakt. De taskforces colon- en mammacarcinoom hebben, in opdracht van de raad van bestuur, de

multidisciplinaire zorgpaden verbeterd, met name door het verbeteren van doorlooptijden. In 2013 wordt dit vervolgd.

3. Eind 2012 is het VMS-programma, inclusief de 10 veiligheidsthema's, geïmplementeerd en is het ziekenhuis NTA certificeerbaar

Geheel 2012 heeft in het teken gestaan van het realiseren van het VeiligheidsManagementSysteem. Centraal daarin stond de voorbereiding op en uitvoering van de initiële certificeringsaudit door DNV Business Assurance. Deze heeft geleid tot het behalen van het VMS-certificaat eind 2012. Daarbij zijn zeven zogenaamde non conformities geconstateerd, waarvoor inmiddels verbeterplannen zijn gemaakt en goedgekeurd door DNV. De verbeterpunten zijn:

- a. Medicatieproces
- b. Cultuur en follow-up van Veilig incidenten melden
- c. Patiëntenparticipatie bij patiëntveiligheid
- d. Beheer en risicomanagement bij introductie van nieuwe methoden en apparatuur
- e. Oefeningen van noodprocedures
- f. Gebrekkige naleving protocollen
- g. Vastlegging bevoegdheid en bekwaamheid bij nieuwe verrichtingen

De impact van de verbeterpunten loopt uiteen: de eerste twee verbeterpunten vragen het meeste aandacht.

Hervisitatie door DNV op de zeven non-conformiteiten vindt plaats eind 2013. Na 2013 vindt de borging van het VMS en de toetsing daarop plaats door de JCI accreditatie.

Na vergelijking van verschillende accrediterende instellingen (JCI, ISO, HKZ, NIAZ) is in september 2012 besloten om per januari 2013 te starten met het accreditatietraject door Joint Commission International (JCI). Dit is een logische vervolgstap om het Jeroen Bosch Ziekenhuis te laten toetsen op een integraal kwaliteitskader dat niet alleen focust op patiëntveiligheid, maar ook op de andere dimensies van kwaliteit van zorg. De NTA-normen zijn onderdeel van het internationale JCI normenkader. Het streven is er op gericht om in de zomer van 2015 geaccrediteerd te zijn.

Eind 2012 waren zes van de oorspronkelijk tien veiligheidsthema's van het landelijke patientveiligheidsprogramma voldoende tot goed geïmplementeerd. Dit betrof de thema's postoperatieve wondinfecties (POWI), lijnsepsis/ernstige sepsis IC/SEH, vitaal bedreigde patiënten, acute coronaire syndromen, pijn en voorkomen van nierinsufficiëntie. De thema's 'high risk medicatie' en 'medicatieverificatie' bleken onvoldoende voortgang te hebben geboekt. Dit komt overeen met de bevindingen van DNV. Ook het thema 'kwetsbare ouderen' werd niet volledig geïmplementeerd. Ook de SURPASS (methode om de patiëntveiligheid van patiënten die worden geopereerd, te waarborgen; surgical patient safety-methode) bleek wisselend geïmplementeerd en gehanteerd. Voor alle bovenstaande thema's zijn extra plannen van aanpak gemaakt om deze doelstellingen in 2013 wel te realiseren.

4. Patiënten worden prettig bejegend, er is heldere communicatie met hen en de informatievoorziening is up to date

Het programma patiëntgerichtheid richt zich op het verbeteren van de kwaliteitsdimensie patiëntgerichtheid. Na het realiseren van Deelprogramma 1 in de tweede helft van 2012 is de kerngroep opgeheven en wordt patiëntgerichtheid vanuit de stafdelingen Marketing, Communicatie en Customer Relations (MCCR) en Kwaliteit&Veiligheid (K&V) getrokken. Deelprogramma 1 behelsde de aanpassing van het HR-instrumentarium, de inventarisatie van tools voor patiëntenraadpleging alsmede de oprichting van een kennisplatform. Dat is een platform voor interne communicatie over de 6 dimensies en alle interne activiteiten op het gebied van kwaliteit van zorg. In verband met de ombuigingen als gevolg van de financiële situatie van het ziekenhuis werd de ontwikkeling van de Serious Game in het kader van patiëntgerichtheid on hold gezet.

In een patiëntgericht ziekenhuis komen tevreden patiënten. Patiënttevredenheid wordt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis op verschillende afdelingen gemeten via gestructureerde patiënttevredenheidsonderzoeken (PTO's). In 2012 werden 52 PTO's uitgevoerd. Het ziekenhuisgemiddelde van de patiënttevredenheidsonderzoeken was een 8.2, en voor sommige afdeling 8,3. Daarmee is de ambitie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (8.0 of hoger) overtroffen

|                     | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| Polikliniek         | 8.0         | 8.2         | 8.3         |
| Kliniek             | 7.8         | 7.9         | 8.1         |
| Functionaafdelingen | 7.9         | 8.3         | 8.3         |

Het monitoren van de patiënttevredenheid en het onderzoeken van de wensen en behoeften van patiënten en bezoekers is een taak voor de nieuwe afdeling Customer Relations. In 2013 wordt de huidige PTO-systematiek afgezet tegen de CQi-methodiek en worden keuzes gemaakt voor de toekomst. Ook de andere vormen van patiëntenraadpleging en patiëntenparticipatie worden daarin meegenomen.

Naast het kwantitatief (cijfermatig) meten van patiënttevredenheid in het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve methodiek: de spiegelgesprekken. Tijdens een spiegelgesprek wordt een specifieke patiëntenpopulatie (bijv. cataract, knie vervanging etc.) door een onafhankelijke gespreksleider bevraagd op hun ervaringen. Betrokken zorgverleners zijn bij dit gesprek als toehoorder aanwezig. In 2012 werden 6 spiegelgesprekken gehouden.

In 2012 werden daarnaast 73 enquêtes ingevuld via de permanente patiëntenenquête op de website van het ziekenhuis. Verbeterpunten en complimenten uit deze enquêtes worden doorgestuurd naar de verantwoordelijke RVE's.



5. De patiëntenzorg voldoet volledig aan de Jeroen Bosch Ziekenhuis- en IGZ-normen en leveren we zorg evidence based en conform de bestaande richtlijnen

Diverse afdelingen in ons ziekenhuis werden door certificatie-instellingen c.q. patiëntenverenigingen van een keurmerk voorzien. Een overzicht daarvan treft u aan in bijlage 2.

Beroepsverenigingen van medisch specialisten hebben voor een aantal ingrepen volumenormen 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.

| <b>Ingrepen die aan de volumenormen voldoen</b>                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Mammacarcinoom                                                        |
| Maagresectie maagcarcinoom                                            |
| Pancreaticoduodenectomieën                                            |
| Leverresecties                                                        |
| Colonresecties                                                        |
| Rectumresecties                                                       |
| Longresecties                                                         |
| AAA                                                                   |
| Chirurgische behandeling carotislijden                                |
| Chirurgische behandeling wervelfractuur                               |
| Inguinoscrotale operaties bij kinderen tussen 6 maanden en 2 jaar oud |
| Cystectomieën voor blaaskanker                                        |
| Radicale prostatectomie ingrepen                                      |
| Debulkingoperaties ovariumcarcinoom                                   |
| PCI procedures                                                        |

6. Elke patiënt krijgt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis eenzelfde kwaliteit van zorg

In 2012 werd veel aandacht besteed aan de 'uitwijkpatienten'. Dat zijn patiënten die op een andere afdeling verblijven dan het medisch specialisme waarvoor ze zijn opgenomen. Dit wordt als een risico voor de patiëntveiligheid aangemerkt.

Een adequate aanpak of oplossing is echter nog niet voorhanden. Wel werd er contact gelegd met IQ healthcare van het UMCN om een onderzoek naar deze patiëntengroep te starten.

Bij het project 'capaciteitsmanagement' werd de problematiek van deze patiëntengroep ook onder de aandacht gebracht. Tevens werden vele initiatieven genomen ter verbetering van ons opname-, overname- en ontslagbeleid. Dit om te voorkomen dat patiënten moeten uitwijken naar andere afdelingen.

In samenwerking met IQ-Healthcare zal in 2013 een onderzoek plaatsvinden om te bekijken wat de mogelijke schade is van het hebben van uitwijkpatiënten.

Uit onderzoek blijkt dat lageropgeleiden soms minder goed toegang hebben tot goede zorg dan hoger opgeleiden. Hoger opgeleiden weten vaak beter de weg in het ziekenhuis en beschikken over betere gezondheidsvaardigheden. In de visie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis moeten zorgverleners rekening houden met de gezondheidsvaardigheden van patiënten. Het team patiëntencommunicatie doet een onderzoek naar een tool om de gezondheidsvaardigheden van patiënten in te schatten. Ook is onderzoek gedaan naar de communicatie van artsen met oudere patiënten, dat heeft geleid tot aanbevelingen die zijn gepresenteerd aan de medische staf.

7. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is een aantrekkelijke werkgever, die talentvolle medewerkers in alle levensfasen aan zich weet te binden

Met een groot aantal ziekenhuizen in Zuid Nederland zijn belangrijke stappen gezet om vorm te geven aan de strategische personeelsplanning. De 'arbeidsmarktvoorspeller' voor een aantal strategische functies en regionale afspraken over het minimaal aantal op te leiden medewerkers wordt ook in 2013 gecontinueerd.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis doet elke twee jaar onderzoek naar de MedewerkersTevredenheid. In januari 2012 zijn de resultaten gepresenteerd van het eind november 2011 gehouden medewerkerstevredenheidonderzoek. Op basis van de resultaten en de gesprekken met medewerkers zijn per organisatieonderdeel 3 verbeterpunten gekozen waarvan de voortgang wordt gerapporteerd in de kwartaalrapportages aan de Raad van Bestuur. Op ziekenhuisniveau is Medewerkerveiligheid als speerpunt gekozen en door HR geïmplementeerd. Het speerpunt Professionaliteit & Partnership wordt in 2013 verder uitgewerkt. Eind 2013 wordt opnieuw de medewerkertevredenheid gemeten.

8. Onze medewerkers en professionals leveren excellente zorg, tonen compassie, betrokkenheid en aandacht

Jaarlijks wordt de kwaliteit van zorg inzichtelijk gemaakt door de publicatie van kwaliteitsindicatoren. Hiermee laten ziekenhuizen zien hoe het met hun dienstverlening is gesteld. Potentiële patiënten kunnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis vergelijken met andere ziekenhuizen in Nederland. De kwaliteitsindicatoren worden uitgevraagd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en zorgverzekeraars. De uitkomsten van de indicatoren zijn openbaar. Over het algemeen scoort het Jeroen Bosch Ziekenhuis goed op de effectiviteit van behandelingen en is het aantal heroperaties, acute opnames en complicaties laag. Het aanbieden van informatie, zowel schriftelijk als digitaal verbeterde sterk. Het aantal behandelingen per specialist, de wachttijd tot diagnose en OK, geplande nazorgconsulten en routinecontroles zijn de onderwerpen waarop het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 2012 gemiddeld minder goed scoorde.

In bijlage 3 staat een aantal kwaliteitsindicatoren uitgewerkt. Patiënten en bezoekers vinden meer informatie op [www.jeroenboschziekenhuis.nl](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl) onder de noemer Kwaliteit voor U! Hier staan onder andere de cijfers over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en alle gegevens die het ziekenhuis jaarlijks aanlevert aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

9. Leren en opleiden gebeurt in de praktijk; de leeromgeving voorziet in geprogrammeerde rijke leermomenten

In hoofdstuk wordt uitgebreid ingegaan op alle opleidings- en onderwijsactiviteiten van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Korthedshalve verwijzen wij daarnaar.

10-12. financiële doelstellingen: financieel kader = financieel kader 2011, groei van het eigen vermogen met €3,5 mln (solvabiliteit in 2018 15% ) en €1 mln reservering voor ziekenhuisbrede speerpunten, kwaliteitsprojecten en innovatie.

Halverwege 2012 bleek dat bij ongewijzigd beleid de financiële doelstellingen voor 2012 niet gerealiseerd zouden kunnen worden. Integendeel, een resultaatsverbetering van € 11 mln bleek nodig. In juli werd daarom een vacaturestop afgekondigd voor staffuncties en medisch ondersteunende afdelingen, werd het aantal stafmanagers verminderd, kreeg de taskforce OK een aangescherpte taakstelling, en kregen projecten JCI en patiëntgerichtheid een nieuwe fasering. Andere projecten werden on hold gezet, de aanschaf van PC's werd sterk beperkt en de catering voor de medewerkers werd versoberd.

Het jaar werd afgesloten met een positief resultaat van € 4 miljoen, waarmee het eigen vermogen versterkt is.

Sinds 2008 is er een geoormerkt budget voor medische speerpunten, kwaliteitsprojecten op RVE/vakgroepniveau en klinisch wetenschappelijk onderzoek. Ook de medisch specialist patiëntveiligheid (zie hierna) is uit dit budget gefinancierd.

In 2012 zijn uit dit budget 4 wetenschapscoördinatoren aangesteld, die de onderzoekslijnen afweerstoornissen en infectie, leven in balans, zorg en innovatie en hart&vaat ondersteunen. Een van de resultaten hiervan is de oprichting van het Expertisecentrum voor Voeding, Afweer en Allergie (EVAA). Onderzoek naar de relatie tussen voeding en ons afweersysteem staat hier centraal.

#### **4.4. Specifieke beleidsonderwerpen**

Buiten de reguliere planning- en controlcyclus en bovengenoemde items waren belangrijke onderwerpen in 2012:

- **Strategische samenwerking**

Random zorg, opleidingen en onderzoek werd in 2012 de samenwerking gezocht met enerzijds het UMC St. Radboud te Nijmegen en anderzijds met Tranzo, Wetenschappelijk centrum op het gebied van zorg en welzijn van de Universiteit van Tilburg. Met het UMCN vonden verkennende besprekingen plaats tussen professionals om tot komen tot, met name rond de thema's oncologie, kwaliteit&veiligheid en opleidingen&onderzoek. Doel is te onderzoeken of een netwerksamenwerking kan bijdragen om een antwoord te geven op bestaande en toekomstige uitdagingen op het gebied van demografie, technologie, doelmatigheid en hedendaagse opvattingen over de rol van de patiënt in zijn zorgproces. De eerste contacten waren veelbelovend. In 2013 wordt de balans opgemaakt en besloten of deze samenwerkingsvorm toekomstperspectief biedt.

- EPD

Nadat in 2011 was besloten niet verder te gaan met de leverancier van het elektronisch patiëntendossier Alert, werd in juli 2012 besloten een tweesporenbeleid te gaan volgen: een tussenoplossing voor de meest de belangrijkste knelpunten (een basale digitale statusvoering in combinatie met het scannen van bestaande papieren dossiers, de implementatie van het EVS op de polikliniek alsmede de verbetering van de complicatieregistratie) en de selectie van een nieuw EPD/ZIS.

In december werd fiat gegeven aan het programmaplan en de programma-organisatie, op basis waarvan het programma Digitaal Werken feitelijk van start kon gaan.

Besloten werd de voormalige leverancier van het EPD, waarmee het contract in 2011 werd ontbonden, in rechte aan te spreken voor de financiële gevolgen voor het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

- Samenwerking met huisartsen

In de loop van 2012 werd het gesprek met de HOV opgepakt om te komen tot de realisatie van een huisartsenpost in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, iets waarmee al rekening was gehouden bij de bouw van het nieuwe ziekenhuis. Eind 2012 liet de HOV zich in positieve zin uit. Concrete plannen kunnen nu worden uitgewerkt.

- Regionale zorgcommunicatie

Om de zorg rondom de patiënt te optimaliseren werd door verschillende zorgaanbieders in de regio besloten een project zorgcommunicatie te starten met als doel dat zorgverleners gemakkelijker dan nu kunnen beschikken over relevante informatie voor de behandeling van de aan hun zorg toevertrouwde patiënten.

- Opleiding tot ziekenhuisarts

Vier Nederlandse ziekenhuizen, waaronder het Jeroen Bosch Ziekenhuis, hebben in 2012 geparticipeerd in het project Ziekenhuisgeneeskunde, gesubsidieerd door het ministerie van VWS. Doel is om een nieuwe profielerkenning voor een medische opleiding te maken. Gebleken is dat er een dringende behoefte is om vanuit een generalistisch perspectief algemene ziekenhuiszorg te kunnen verlenen. Zorg die tot nu toe vooral wordt verleend door jonge basisartsen zonder verdere opleiding.

- Vervolg implementatie RVE vorming (fase 3 en 3b)

Vanaf 2009 is het Jeroen Bosch Ziekenhuis aan het reorganiseren. Dit startte met het opstellen van een nieuwe besturingsfilosofie, de beëindiging van de directielaag onder de Raad van Bestuur en de inrichting van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Allereerst werden de poortspecialismen omgevormd tot Resultaat Verantwoordelijke Eenheden. In de daaropvolgende fases werd deze inrichting ook vorm gegeven bij de medisch ondersteunende diensten en de stafafdelingen.

Voor de stafafdelingen is gekozen voor een model waarbij een onderscheid wordt gemaakt in beleid, advies en control aan de ene kant versus administratieve uitvoering en dienstverlening aan de andere kant. Deze zogenaamde fase 3 is het sluitstuk van de ingezette reorganisatie. Op basis van de veranderende financiële situatie is in de zomer van 2012 besloten tot een heroriëntatie op fase 3, de zogenaamde fase 3B. Aanvullend werd gesteld dat de managementlaag zo efficiënt mogelijk dient te worden ingericht. Dat

betekent onder meer het afzien van een nieuw in te richten afdeling Organisatie & Logistiek en een samenvoeging van de afdelingen F&C en HR tot een afdeling Management, Advies en Control.

| <b>Doelstelling en realisatie RVE vorming</b>                         |                                                               |                                                                                                            |                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | planning                                                      | realisatie                                                                                                 | inhoud                                                                                                                                        |
| RVE vorming fase 1 (topstructuur)                                     | Start: 1 februari 2010                                        | Na overgangperiode<br>feitelijke start per 1 april 2010                                                    | Driehoofdige RvB met nieuwe portefeuilleverdeling<br>Afbouw directoraten                                                                      |
| RVE vorming fase 2 (patiëntenzorg)                                    | Start: 1 september 2010                                       | Feitelijke start 1 september 2010                                                                          | -17 RVE's rond de poortspecialismen<br>-2 multi-user RVE's<br>-Duaal management met afspraken over inzet medisch managers<br>-mandaatregeling |
| Plan RVE vorming fase 3 (medisch en bedrijfs-ondersteunende clusters) | Gereed: 31 december 2010                                      | Plan van aanpak op hoofdlijnen gerealiseerd op 31 december 2010<br>Uitwerking in 1 <sup>e</sup> helft 2011 | RVE vorming voor de medisch ondersteunende en bedrijfsondersteunende clusters.                                                                |
| Aanpassing administratie en systemen                                  | Gereed: 1 september 2010<br>Implementatie t/m verhuizing 2011 | Plan gereed op 1 september 2010                                                                            |                                                                                                                                               |
| MD programma                                                          | Start: 1 september 2010                                       | Start na verhuizing in 2011                                                                                |                                                                                                                                               |
| Fase 3b                                                               | Medio 2012                                                    | Medio 2013                                                                                                 | medische ondersteuning, bedrijfsondersteuning en bestuursondersteuning/centrale staf                                                          |

- STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen) expertisecentra en kwaliteitshandboek SOP's

Kinderobesitas, aangeboren afweerstoornissen, multiple sclerose en (robotondersteunde) minimaal invasieve urologische chirurgie: dat zijn de bijzondere medische functies van het Jeroen Bosch Ziekenhuis die binnen STZ-verband worden erkend als expertisecentrum. In deze expertisecentra werken professionals die beschikken over door het beroepsveld erkende unieke kennis en/of vaardigheden in het desbetreffende aandoeningsgebied en die sterk betrokken zijn in wetenschappelijk onderzoek. Hun kennis en vaardigheden zijn uniek in Nederland. Meer dan 30% van de patiënten die voor de desbetreffende aandoening behandeld worden, veelal met bijzondere omstandigheden en complexe ziektebeelden, komt van buiten het verzorgingsgebied van het ziekenhuis.

In 2012 werd het Jeroen Bosch Ziekenhuis geherviseerd door de STZ; de vier expertisecentra werden wederom erkend voor vijf jaar.

Voorts verscheen – door actieve medewerking vanuit het ziekenhuis - het kwaliteitshandboek Standard Operating Procedures STZ. Daarin worden de procedures rondom klinisch wetenschappelijk onderzoek gestandaardiseerd, teneinde het klinisch wetenschappelijk onderzoek binnen de STZ-ziekenhuizen verder te professionaliseren.

- Vergunning voor Rubidium-82

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis kreeg in 2012 een vergunning voor het produceren en toepassen van de radioactieve stof Rubidium-82. De stof wordt gebruikt voor onderzoek naar de doorbloeding en werking van het hart met de PET/CT scanner. Voorheen gebeurde dit onderzoek met Technetium-99m en een gammacamera. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is het eerste in Nederland en één van een handvol ziekenhuizen in Europa die Rubidium-82 kan produceren. Voor de productie heeft nucleair geneeskundige dr. Roel Claessens eigenhandig een generator gebouwd waarvoor een octrooi is verleend. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft voorts nog van de Inspectie voor Volksgezondheid alleen een vergunning gekregen voor kleinschalige productie van Rubidium-82 en voor de toepassing ervan. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wil uiteindelijk de generator ook voor andere ziekenhuizen in Nederland gaan maken.

- PIP-implantaten

Onder vrouwen met borstprothesen van het merk PIP is in 2011 en 2012 veel onrust ontstaan. Vrouwen vreesden dat lekkende implantaten hun gezondheid zouden bedreigen. De relatie tussen de borstprothesen en ziekten is volgens de industrie nooit duidelijk aangetoond. Ook in het Jeroen Bosch Ziekenhuis is gebruik gemaakt van PIP-implantaten. Vrouwen die in of voor 2001 een PIP- of M-borstimplantaat hebben ontvangen op de locaties Willem-Alexander of Groot Ziekengasthuis zijn opgeroepen omdat deze implantaten mogelijk tot gezondheidsproblemen kunnen leiden. Ze zouden zijn gemaakt van industriële siliconen die niet bestemd waren voor medische toepassing. Deze merkimplantaten zouden kunnen gaan lekken en daardoor een mogelijk risico vormen voor de gezondheid van de drager. Het ziekenhuis volgde met deze oproep het beleid van de Inspectie.

- MoM-heupprothesen

Ook in het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn MoM ('metaal-op-metaal') prothesen gebruikt. Vanaf 2010 zijn er vragen gerezen rond deze prothesen, op grond waarvan de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) adviseerde de betreffende patiënten te informeren en jaarlijks te controleren. In 2012 werd geadviseerd om geen grote koppen (vanaf 38 mm) meer te plaatsen, de zogenaamde 'sportheupen'. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de minister van VWS schaarden zich achter dit advies.

Er lopen verschillende onderzoeken in binnen- en buitenland naar de veiligheid van MoM-prothesen. Eindresultaten zijn nog niet bekend. Het IGZ schat dat 10% van de MoM-patiënten met complicaties te maken krijgt. Blijvende schade bij patiënten is uit onderzoek nog niet gebleken. Op dit moment wordt gewacht op de uitkomsten van het onderzoek dat SCENIHR en IGZ doen naar de MoM-prothesen. Naar verwachting zullen de rapporten in april 2013 worden opgeleverd.

## 5. Veiligheidsmanagementsysteem

### 5.1 Medisch Specialist Patiëntveiligheid (MSP)

In september 2010 werd de functie van Medisch Specialist Patiëntveiligheid in het leven geroepen. Voor de motivatie hiertoe en uitleg over de functie verwijzen we graag naar het Jaardocument 2011.

De Medisch Specialist Patiëntveiligheid valt organisatorisch onder de voorzitter van de raad van bestuur en is onder andere verantwoordelijk voor de volgende activiteiten:

- contactpersoon namens de Raad van Bestuur voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- uitvoering calamiteitenregeling;
- ondersteuning van gesprekken met patiënten en hun familieleden naar aanleiding van calamiteiten;
- voorzitter Centrale VIM-commissie;
- coördinatie van IGZ-onderzoeken en –visitaties;
- coördinatie van de 10 veiligheidsthema's in samenwerking met veiligheidsofficier.
- onderwijs in patiëntveiligheid voor nieuwe artsen tijdens de introductiedagen en in het kader van het discipline-overstijgend onderwijs voor arts-assistenten

Inmiddels heeft de functie van MSP een vaste plaats in de organisatie. Naast bovengenoemde activiteiten heeft de MSP een nauwe samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten. Samen zijn zij bezig met het opzetten van een landelijk netwerk voor MSP's. De startbijeenkomst hiertoe was in september 2012 in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Uit de vele enthousiaste reacties van de aanwezigen bleek dat dit netwerk in een behoefte gaat voorzien.

Daarnaast is zij lid van de commissie patiëntveiligheid van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

### 5.2. Veilig Incidenten Melden (VIM)

#### Kerngegevens 2012

Het aantal meldingen liet in 2012 een toename zien van 450 meldingen. Hiervan betrof het ruim 26% medicatiemeldingen. Het aantal valincidenten (ruim 380) nam ondanks verschillende interventies niet af. De centrale VIM commissie heeft hiervoor aandacht in 2013.

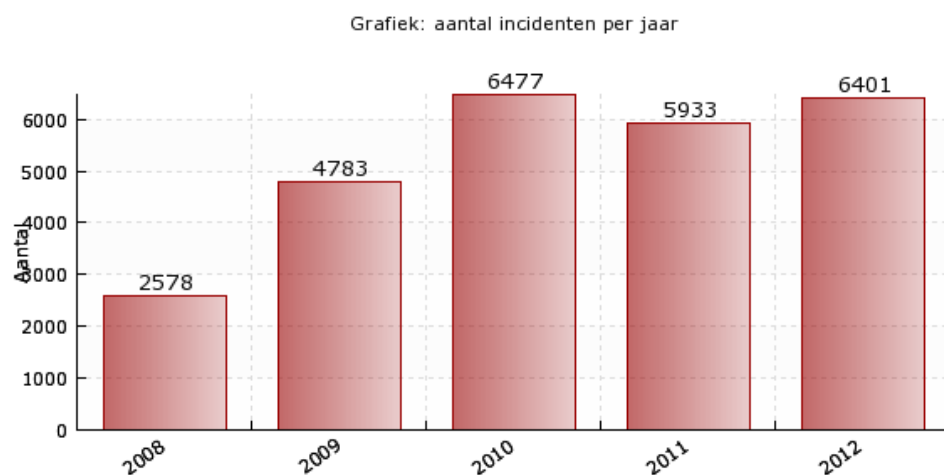
In onderstaande tabel is het aantal meldingen afgezet tegen het aantal medewerkers binnen een functie groep die de meldingen hebben gedaan. Er zijn significant meer meldingen gedaan t.o.v. aantal melders. Dit houdt in dat er medewerkers zijn die meerdere meldingen hebben gedaan. Ook laat het zien dat er in het Jeroen Bosch Ziekenhuis ook veel medewerkers zijn die geen melding hebben gedaan in 2012.

| Functie                                 | Aantal meldingen | Aantal melders |
|-----------------------------------------|------------------|----------------|
| Arts                                    | 120              | 60             |
| Arts-assistent                          | 176              | 75             |
| Manager                                 | 26               | 13             |
| Medewerker BT                           | 206              | 65             |
| Medewerker Lab                          | 138              | 24             |
| Medewerker PMD                          | 69               | 21             |
| Medewerker Polikliniek                  | 445              | 124            |
| Physician Assistant/Nurse Practitioner* | 18               | 5              |
| Verpleegkundige                         | 4027             | 843            |
| Overig                                  | 1178             | 491            |

In het onderstaande tabel het % melders binnen een discipline. Met name het % verpleegkundigen dat een melding heeft gedaan is toegenomen.

| Functie         | 2010   | 2011   | 2012   |
|-----------------|--------|--------|--------|
| Arts            | 25,60% | 27,47% | 25,75% |
| Arts-assistent  | 58,40% | 42,24% | 45,45% |
| Manager         | -      | 26,23% | 21,31% |
| Verpleegkundige | 38,65% | 56,51% | 61,62% |

Aantal meldingen per jaar:



Functioneren VIM 2012:

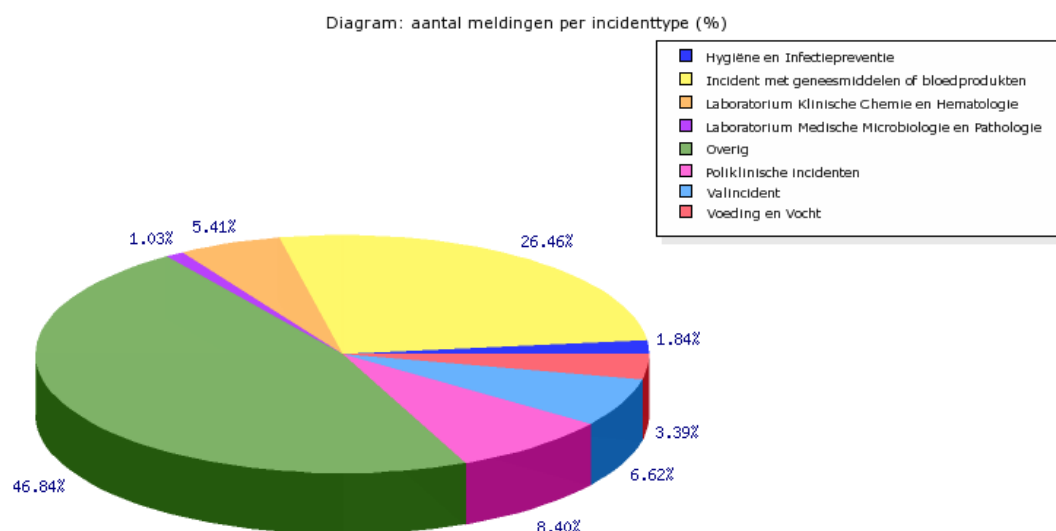
VIM is in de gehele organisatie ingevoerd. Tussen de afdelingen bestaat er verschil in functioneren van het VIM. Er zijn verschillen in meldcultuur, het analyseren van de meldingen en het via de Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus) aanpakken van



verbeteracties. Ditzelfde speelde in 2011; gelukkig is in 2012 een duidelijke verbetering waarneembaar. De redenen voor de genoemde verschillen zijn dezelfde als in 2011:

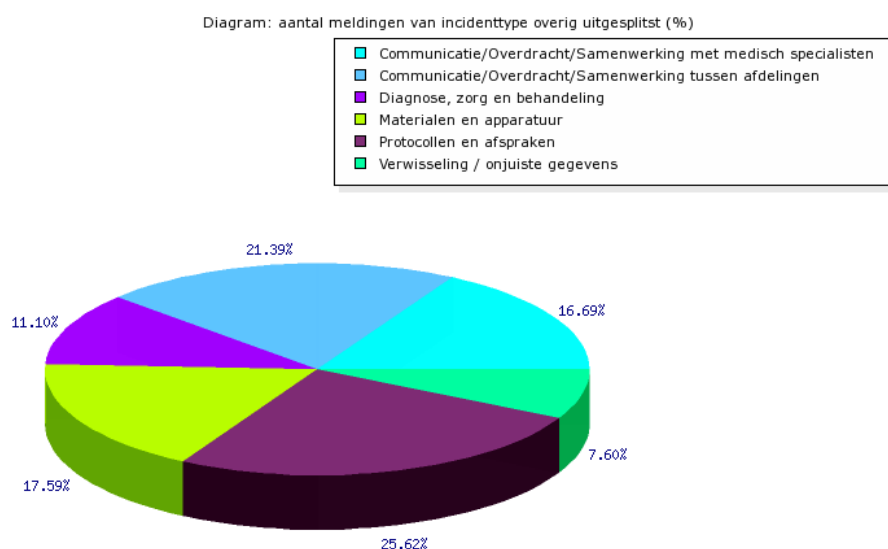
- Randvoorwaarden schieten tekort (tijd)
- Geen digitaal verbetervolgsysteem
- Onvoldoende kennis van het hanteren van de PDCA-cyclus.

Figuur 1: Meldingen naar incidenttype



Het % incidenten met geneesmiddelen en bloedproducten is ruim 26%. Sinds 2008 is het ongeveer 3 a 4% gedaald.

Figuur 2: Incidenttype “overig” uitgesplitst



Deze figuur laat duidelijke risicogebieden zien. Bv “Communicatie” (medisch specialisten en tussen afdelingen) samen is 38,8%.

Doelstelling VIM 2013:

Ieder VIM team stelt een kwartaalrapportage op. Binnen deze rapportages wordt weergegeven hoe er vorm en inhoud wordt gegeven aan de implementatie van verbeteracties aan de hand van de PDCA- cyclus.

CVIMC (Centrale VIM Commissie )

In het beleidsplan Centrale VIM Commissie 2012-2015 zijn de missie en visie vastgelegd van de Centrale VIM-commissie:

**Missie:** op alle niveaus in het ziekenhuis de patiëntveiligheid verbeteren, met de nadruk op het voorkomen van schade aan de patiënt.

**Visie:** gestructureerd leren van (bijna-) fouten, en gestructureerd trends en incidenten onderzoeken na verzoek hiertoe door de Raad van Bestuur of afdelingsmanagement. Tevens een voorbeeld functie in het uitdragen van de veiligheidscultuur in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

CVIMC in 2012

Met behulp van de afdeling MCCR is een communicatieplan opgesteld. Dit geeft handen en voeten aan de vastgestelde plannen van de CVIMC en helpt de CVIMC verder op de kaart te zetten in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Dit plan is een vast agenda punt in de CVIMC vergadering geworden.

Binnen de CVIMC zijn eind 2011 daartoe taken nader verdeeld. Voorafgaand aan de maandelijkse vergadering worden de ziekenhuisbrede VIM cijfers door de voorzitter, de secretaris en de data manager voorbereid en wordt een top-3 voorgesteld waaruit één (verdiepings)analyse wordt gekozen en ingezet. Dit zijn bij voorkeur Prospectieve Risico Inventarisaties (PRI).

De CVIMC heeft in 2012 vier thematische ziekenhuisbrede bijeenkomsten met de VIM teams gehouden. Doel: informatie- en kennis uitwisselen.

Via kwartaalrapportages informeert de CVIMC de Raad van Bestuur. Zo nodig wordt op onderwerpen verdiepingsonderzoek uitgevoerd.

Doelstellingen CVIMC voor 2013:

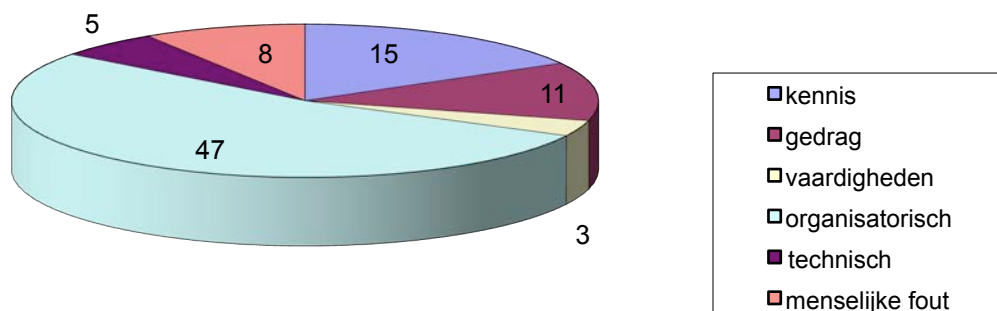
1. De gegevens uit VIM dienen onderdeel te worden van een integraal, ziekenhuisbrede risico inventarisatie en –management.
2. Per eind 2013 heeft de CVIMC een database opgesteld bestaande uit verbetermaatregelen die (met redenen omkleed) bewezen hebben wel of niet effectief te zijn. Deze database is voor iedereen toegankelijk via iPortal en wordt elk kwartaal bijgewerkt.
3. De CVIMC maakt haar eigen PDCA cyclus in 2013 rond door het opzetten van een dynamische werklijst waarin opgenomen staat wie (lees welke afdeling/RVE) welke adviezen (op voordracht van de Raad van Bestuur n.a.v. CVIMC advies) moet oppakken. De informatie hieromtrent krijgt de CVIMC teruggemeld per kwartaal van de raad van bestuur. De toets op effect van de adviezen en verbetermaatregelen wordt door de CVIMC gedaan door in het IMS (incident meldingssysteem) naar overeenkomstige meldingen te zoeken.

4. De CVIMC houdt en gebruikt de ziekenhuisbrede kwartaalbijeenkomsten om blijvend aandacht te vestigen op de doelstellingen van het VIM, het ingaan op problemen bij het uitvoeren hiervan, en het uitdragen van nieuwe gezichtspunten.
5. De CVIMC zal vanaf november 2012 voorzien in periodieke communicatie via intranet. Het communicatieplan hiervoor is in de vergadering van 6 november 2012 door de CVIMC aangenomen.
6. De CVIMC geeft per kwartaal aan 5 decentrale teams een terugkoppeling m.b.t. vorm en inhoud, de genomen acties en de gevolgde PDCA cyclus, zoals dat blijkt uit de aangeleverde decentrale kwartaalrapportage van betreffende afdeling. De terugkoppeling is schriftelijk met het doel verhoging van kwaliteit van de VIM cyclus en dus de patiëntveiligheid. Realisatie vanaf 3<sup>e</sup> kwartaal 2013.
7. De CVIMC zet elk kwartaal een verdieppingsanalyse (bij voorkeur PRI) in naar aanleiding van gegevens van Jeroen Bosch Ziekenhuis brede VIM gegevens. De gegevens worden door de datamanager, secretaris en voorzitter voorbereid en daaruit wordt een top 3 voorgesteld in de CVIMC vergadering. Start 2<sup>e</sup> kwartaal 2013.
8. De kwartaalrapportages richting de RvB blijven aandacht vragen voor samenstelling en logistieke (on-)mogelijkheden van de VIM teams (dit gebeurde tot nu toe periodiek in het jaarverslag)
9. De CVIMC bezoekt vanaf 1 januari 2013 maandelijks 1 VIM team en bespreekt de kwartaal rapportages, de grootste afdelingsrisico's en hoe hierop te acteren.

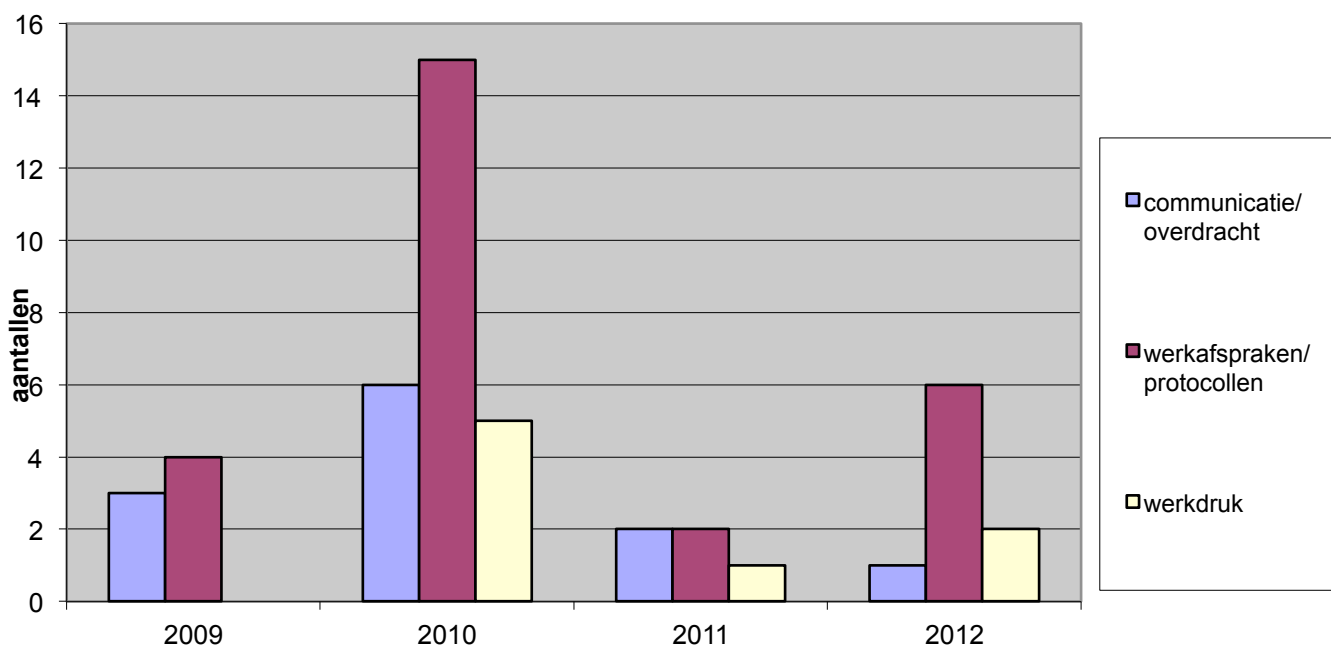
### **5.3. Calamiteiten en contacten met IGZ**

De calamiteitenprocedure loopt goed. In 2012 is er 18 keer een vermoeden van calamiteit gemeld bij de MSP. Deze werden alle met behulp van de SIRE-methodiek onder coördinatie van de Medisch Specialist Patiëntveiligheid onderzocht. Hiervan zijn tot nu toe 10 calamiteiten gemeld bij de IGZ. De verwachting blijkt te kloppen, dat door openheid in dezen te betrachten en de calamiteiten te analyseren de meldingsbereidheid zal toenemen. Het monitoren, borgen en meten van de ingezette verbetermaatregelen blijft echter een belangrijk aandachtspunt.

Tussen 2009 en 2012 zijn 24 calamiteiten bij de inspectie gemeld. Door deze calamiteiten te analyseren konden verschillende basisoorzaken geïdentificeerd worden. Bij een calamiteit is doorgaans sprake van meerdere oorzaken oftewel een stapeling van elementen. In onderstaand diagram staan deze weergegeven. Het betreft hier aantallen en geen percentages. Er was dus 47 keer sprake van organisatorische fouten. Acht keer ging het om een medische fout.



In een flink aantal gevallen was er sprake van een organisatorisch probleem. Als dit verder wordt uitgesplitst, zien we het volgende beeld (aantal per jaar):



Deze gegevens geven geen inzicht in de individuele onderzoeken en de verbetermaatregelen. Wel leert het ons waar de risico's in onze processen/afspraken zitten. Voor 2013 bestaat het voornemen de geaggregeerde gegevens van de calamiteiten op het internet te publiceren.

Op 18 december van het verslagjaar vond het jaargesprek met de Inspectie voor de Gezondheidszorg plaats. Daarbij werd gesproken over de volgende onderwerpen:

- Ontwikkeling ziekenhuislandschap
- Acute zorg
- Functioneren beroepsbeoefenaren
- Ziekenhuisspecifieke onderwerpen

Aan de hand van een aantal presentaties werden de onderwerpen door de inhoudsdeskundigen vanuit het Jeroen Bosch Ziekenhuis toegelicht, waarna verdiepende vragen vanuit de IGZ volgden.

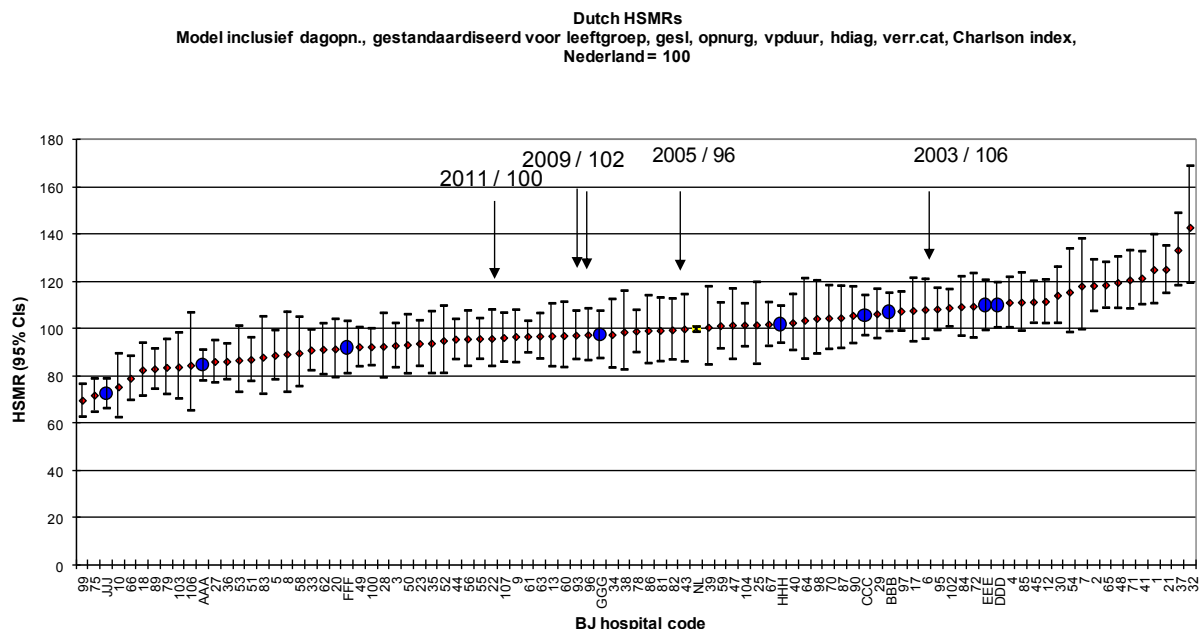
Ten aanzien van de calamiteiten heeft ook het Jeroen Bosch Ziekenhuis te maken gehad met de veranderde werkwijze als het gaat om melden aan en terugmelden door de IGZ. Wat is gebleven is de toegankelijkheid van de lokale Inspectie als het gaat om overleg.

De Inspecteur van 's-Hertogenbosch is bij herhaling bereid gevonden deel te nemen aan het onderwijs in patiëntveiligheid aan de arts-assistenten. Dit wordt door beide partijen als leerzaam en inspirerend ervaren.

#### 5.4. Sterftecijfer

De Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) is een indicator voor het vergelijken van sterfte in ziekenhuizen. Bij een HSMR <honderd overlijden in een ziekenhuis minder patiënten dan verwacht mag worden op basis van het Nederlands gemiddelde; bij een HSMR >honderd kent een ziekenhuis meer sterfte dan het landelijk gemiddelde. Zowel naar boven als naar beneden geldt een bandbreedte van 10. De HSMR van het Jeroen Bosch Ziekenhuis ligt vanaf 2003 (zie grafiek) tussen de 106-96. Dit betekent dat de HSMR van het Jeroen Bosch Ziekenhuis binnen het Nederlands gemiddelde ligt.

Vanaf 2008 verricht het Jeroen Bosch Ziekenhuis onderzoek naar kwaliteitsverbetering bij overleden patiënten. Zoals voorgenomen in 2012, is inmiddels een intensieve samenwerking gekomen tussen de necrologie-commissie en het analyseteam van Move Your Dot. Dit heeft geresulteerd in een onderzoek naar de mogelijkheid van het systematisch screenen van alle overleden patiënten. Dit is onderzoek is eind 2012 gestart en medio 2013 wordt hierover een besluit genomen door de Raad van Bestuur.



## 5.5. Klachten

### 5.5.1. Klachtencommissie

#### *De klachtenregeling van het Jeroen Bosch Ziekenhuis*

Een zorggebruiker heeft het recht om te klagen. Dat is sinds het van kracht worden van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKC) in 1995 wettelijk geregeld. Volgens deze wet is elke zorgaanbiedende instelling verplicht een sluitende regeling te hebben voor de behandeling van klachten. Binnen dit systeem is een onderscheid te maken in enerzijds klachtenopvang en -bemiddeling door een klachtenfunctionaris, en anderzijds de meer formele behandeling door een onafhankelijke klachtencommissie.

Bij de klachtencommissie kunnen cliënten klachten over de zorg op een onafhankelijke wijze laten behandelen. De klachtencommissie doet, op grond van eigen onderzoek, schriftelijk uitspraak over de gegrondheid van een klacht. In voorkomende gevallen wordt naar aanleiding van een uitspraak een advies geformuleerd aan de raad van bestuur met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De klachtencommissie neemt geen schadeclaims in behandeling. Indien een zorggebruiker het ziekenhuis aansprakelijk wil stellen voor zaak- en/of personenschade, dient men een claim rechtstreeks naar de Coördinator Schadebehandeling te sturen.

#### *Informatie voor zorggebruikers*

In het ziekenhuis is een folder beschikbaar '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 is er uitvoerige informatievoorziening over klachtmogelijkheden op de website van het ziekenhuis.

### **Samenstelling klachtencommissie**

#### *Externe leden*

Mevrouw mr. P.G.T. Lindeman-Verhaar voorzitter

De heer mr. J.L.M. van Helmond, longarts vicevoorzitter

De heer C.P. de Kraker chirurg

#### *Interne leden*

Mevrouw dr. M.F. Ernst chirurg

Mevrouw H.E. Haerkens-Arends cardioloog

De heer dr. G. Jager radioloog

Mevrouw E.A.J. Mölder hoofd paramedische afdeling, per 1 oktober 2012

Mevrouw H. Schmitz unithoofd afdeling dagbehandeling en kort verblijf

Mevrouw dr. W. Smit internist-nefroloog

Mevrouw L.D. Trimbos hoofd paramedische afdeling, tot 1 oktober 2012

Mevrouw J. Vonk-Kamp verpleegkundig coördinator

De heer dr. J.A.M. Widdershoven kinderarts

#### *Secretariaat*

Mevrouw dr. W.M.C.M. Caris-Verhallen secretaris

Mevrouw M. Huiskamp-Kaanders plaatsvervangend secretaris

### *Werkwijze klachtencommissie*

De klachtencommissie hanteert een formele procedure bij de behandeling van een klacht, die is vastgelegd in een reglement. Na ontvangst van de klachtbrief wordt een bevestiging van ontvangst gestuurd. Tevens wordt via een machtigingsformulier toestemming gevraagd om inzage te hebben in dossiers en om informatie in te winnen over het gebeurde.

Zodra de klachtencommissie de ondertekende machtiging met een kopie van een persoonsbewijs van de klager ontvangen heeft, wordt een kopie van de klacht naar de betrokkene(n) gestuurd en/of een diensthoofd of manager. Hen wordt verzocht binnen twee weken schriftelijk te reageren op de door klager geuite klacht. In de meeste gevallen worden ook medische en verpleegkundige dossiers opgevraagd.

De reacties van de betrokkenen en de voor de klachtbehandeling relevante gegevens worden ter beschikking gesteld aan de klager en deze wordt uitgenodigd daarop te reageren. Als de klager van die mogelijkheid gebruik maakt dan wordt ook deze reactie, indien zinvol, weer voorgelegd aan de betrokkene(n).

Na ontvangst van alle gevraagde informatie wordt de klacht in de vergadering van de commissie besproken. De commissie vergadert gemiddeld één maal per maand. De commissie kan besluiten om op verzoek van partijen een hoorzitting te houden. In voorkomende gevallen kan om de visie van een externe deskundige worden gevraagd voordat de commissie overgaat tot een beoordeling van de klacht.

Nadat het onderzoek is afgerond komt de klachtencommissie tot een uitspraak.

### *Strekking van de oordelen van de klachtencommissie*

De klachtencommissie doet alleen 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.

In 2012 werden 44 klachtenprocedures doorlopen. Klagers brengen bij een klachtenprocedure doorgaans meer dan een klacht naar voren. Dientengevolge heeft de klachtencommissie in 44 procedures een oordeel gegeven over 110 klachten, waarvan 61 klachten gegrond werden geacht.

### *Adviezen 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 zeventien klachtenprocedures aanleiding gezien om de raad van bestuur opmerkzaam te maken op aspecten van zorg die verbetering behoeven. In totaal werden 22 aanbevelingen gedaan. Hieronder volgt een overzicht van de aanbevelingen.

### *Aanbevelingen in 2012*

#### Continuïteit van zorg en hoofdbehandelaarschap

1. Aandacht voor de rol van de hoofdbehandelaar, ook wanneer het een monodisciplinaire behandeling betreft.
2. Verbeteren van procedure voor consultaanvragen van de hoofdbehandelaar aan een andere /medisch specialist.

3. Verbeteren van dossiervoering en rapportage in complexe situaties waarbij meerdere behandelaars van verschillende disciplines zijn betrokken.
4. Optimaliseren van overleg tussen hoofdbehandelaars en medisch specialisten in medebehandeling.
5. Optimaliseren van intradisciplinaire overdracht.  
Supervisie van arts-assistenten door medisch specialisten
6. Adequate supervisie door medisch specialisten van maatschappen waar arts-assistenten betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt.
7. Adequate supervisie door medisch specialisten van maatschappen waar arts-assistenten betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt.  
Optimalisering van logistieke processen
8. De procedure van archivering en beschikbaarheid van medische en verpleegkundige dossiers dient te worden verbeterd.
9. Afstemming roostertijden van het Pathologische Anatomisch Laboratorium en het Operatie Centrum, waarmee het mogelijk wordt om weefselpreparaten na 15:30 uur aan te bieden.
10. Stroomlijnen van de opnameprocedure voor patiënten die bij herhaling via afdeling spoedeisende hulp worden opgenomen, teneinde de doorlooptijd van de opname te verbeteren.

#### Aanpassing richtlijnen en protocollen

11. Aanpassing van richtlijnen voor verpleegkundig toezicht op patiënten die behandeling ondergaan met risico op ernstige bijwerkingen
12. Aanpassing van het SURPASS formulier ten aanzien van specificatie van antibiotica profylaxe.
13. Nader invullen van protocol Osteoporose met aandacht voor taaktoedeling en de wijze van supervisie van de osteoporose verpleegkundige door de medisch specialist.
14. Heroverweging richtlijn toediening cytostatica.
15. Aanpassing verpleegkundige richtlijnen bij toediening cytostatica.

#### Naleving richtlijnen en protocollen

16. Naleving richtlijnen voor zorgverlening aan patiënten met acute problemen op het gebied van gynaecologie en obstetrie.
17. Naleven van het MRSA protocol.
18. Naleven SURPASS-protocol.
19. Naleven richtlijn inzake het bespreken van de wens tot al dan niet reanimeren.

#### Ontwikkeling en optimalisering van informatie voor zorggebruikers

20. Ontwikkelen van brochure over het beleid in het Jeroen Bosch Ziekenhuis met betrekking tot een Niet Reanimeren Niet Beademen besluit.
21. Ontwikkeling brochure licht / schedel hersenletsel.
22. Optimaliseren van informatievoorziening over terminale zorg.



Acties naar aanleiding van de aanbevelingen

In 2012 werden onder meer de volgende acties ter verbetering van de zorgverlening in gang gezet:

#### *De rol van de hoofdbehandelaar*

In een groot opleidingsziekenhuis als het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waarin veel specialisten en arts-assistenten werkzaam zijn, blijkt de coördinatie van zorg en de regie in de behandeling een regelmatig terugkerend probleem te zijn. Dit aspect werd naar aanleiding van enkele uitspraken alsmede in het kader van het patiëntenveiligheidsprogramma onder de aandacht gebracht van de medische staf. Er werd een richtlijn “Hoofdbehandelaarschap en consulten” aangenomen in de medische staf. In 2012 werd deze richtlijn aangepast waarbij afspraken betreffende de rapportage en overdracht bij consulten in medebehandeling werden geconcretiseerd. Ondanks deze voortdurende aandacht blijkt de materie in de praktijk weerbarstig te zijn. De Raad van Bestuur heeft opnieuw aandacht voor dit probleem gevraagd aan het Bestuur Vereniging Medische Staf (BVMS). Daar wordt de huidige richtlijn geëvalueerd waarbij opnieuw aandacht wordt besteed aan de door de klachtencommissie aangedragen casuïstiek.

#### *Aanpassing en naleving SURPASS-protocol*

Het protocol werd aangepast met betrekking tot de registratie van antibiotica profylaxe. De naleving van het SURPASS-protocol werd in de OK-raad en de Vereniging Medisch Staf besproken, waarbij het belang van naleving van het protocol werd benadrukt. In het operatiecentrum werd in 2011 naar aanleiding van uitspraken van de klachtencommissie een sanctiebeleid ontwikkeld voor situaties waarin het SURPASS-protocol niet werd nageleefd. De Raad van bestuur heeft de OK-raad opdracht gegeven het sanctiebeleid betreffende het SURPASS aan te scherpen.

#### *Naleving MRSA protocol*

De Raad van Bestuur heeft de Dienst Hygiëne en Infectiepreventie opdracht gegeven om het MRSA-protocol met afdelingsverpleegkundigen te bespreken en hen te instrueren bij het hanteren van de in dit protocol vervatte richtlijnen.

Herziening richtlijnen verpleegkundige begeleiding bij toediening cytostatica

Naar aanleiding van een klacht over het niet tijdig signaleren van extravasatie werd het bestaande protocol aangepast en werden instructies gegeven aan de betrokken verpleegkundigen.

#### *Informatie over het Niet Reanimeren beleid in het Jeroen Bosch Ziekenhuis*

Er is een brochure ontwikkeld voor patiënten en hun naasten, waarin wordt uitgelegd dat iedere patiënt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt gereanimeerd, als de ademhaling of bloedcirculatie stopt, tenzij een patiënt uitdrukkelijk heeft aangegeven dit niet te wensen of een arts heeft beoordeeld dat een reanimatie zinloos is. Tevens informeert de brochure zorggebruikers erover dat de vraag of men al of niet gereanimeerd wenst te worden, als een “standaardvraag” bij de opname wordt gesteld.

## Klachtencommissie door de jaren heen

Tabel 1 Overzicht van klachten door de jaren heen

|                                                                    | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 |
|--------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ingekomen brieven                                                  | 103  | 96   | 67   | 74   | 74   | 66   | 72   |
| In behandeling genomen                                             | 44   | 50   | 38   | 44   | 47   | 40   | 44   |
| Gehele procedure doorlopen                                         | 44   | 50   | 38   | 44   | 46   | 40   | 41   |
| Behandelde (deel)klachten                                          | 110  | 128  | 110  | 140  | 118  | 114  | 117  |
| Aantal klachten gegrond<br>(en deels gegrond)                      | 61   | 70   | 60   | 80   | 66   | 69   | 61   |
| Percentage klachten gegrond<br>(en deels gegrond)                  | 55%  | 55%  | 55%  | 57%  | 56%  | 61%  | 52%  |
| Aantal aanbevelingen                                               | 22   | 17   | 17   | 18   | 20   | 22   | 20   |
| Percentage gegronde klachten dat<br>heeft geleid tot aanbevelingen | 36%  | 24%  | 28%  | 23%  | 30%  | 32%  | 33%  |

Tabel 2 Totaal aantal klachten in het Jeroen Bosch Ziekenhuis

|                     | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Klachtenbemiddeling | 1039 | 1258 | 664  | 651  | 775  | 816  | 752  |
| Klachtencommissie   | 110  | 128  | 110  | 140  | 118  | 114  | 117  |
| Totaal              | 1149 | 1386 | 774  | 791  | 893  | 930  | 869  |

### 5.5.2. Klachtenbemiddeling

#### Door klachtenfunctionarissen opgevangen/bemiddelde klachten in 2009, 2010, 2011, 2012

|                                   | 2009 | % v. totaal | 2010 | % v. totaal | 2011 | % v. totaal | 2012 | % v.    |
|-----------------------------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|---------|
| totaal                            |      |             |      |             |      |             |      |         |
| Professioneel handelen            | 157  | [24.12]     | 210  | [31.67]     | 243  | [19.32]     | 216  | [20.79] |
| Informatie                        | 83   | [12.75]     | 76   | [11.46]     | 138  | [10.97]     | 137  | [13.19] |
| Relatie                           | 129  | [19.82]     | 137  | [20.66]     | 145  | [11.53]     | 171  | [16.46] |
| Organisatie                       | 265  | [40.71]     | 215  | [32.43]     | 655  | [52.07]     | 451  | [43.41] |
| Financiën                         | 17   | [ 2.61]     | 25   | [ 3.77]     | 77   | [ 6.12]     | 64   | [ 6.16] |
| Totaal bemiddeld                  | 651  | [100]       | 663  | [100]       | 1258 | [100]       | 1039 | [100]   |
| Totaal opgevangen                 | 199  |             | 242  |             | 273  |             | 204  |         |
| Totaal opgevangen en/of bemiddeld | 850  |             | 905  |             | 1531 |             | 1243 |         |

In 2012 werd bemiddeld voor 694 personen, die klachten hadden over 1039 aspecten van de zorg. Daarnaast stonden de klachtenfunctionarissen 159 personen te woord, die gezamenlijk 204 klachten hebben geuit. Deze personen werden opgevangen en van informatie en advies voorzien. In een aantal gevallen werden ze vervolgens op weg geholpen naar een andere instantie, waaronder de onafhankelijke Klachtencommissie en de schadecoördinator van het ziekenhuis. Daar waar de noodzaak tot schriftelijke indiening deze voorzieningen voor de klager ontoegankelijk dreigden te maken, werd door de klachtenfunctionarissen assistentie verleend bij het opstellen van de aanklacht of de aansprakelijkstelling. Anderen werden door de klachtenfunctionarissen geholpen met een probleem, dat niet als een klacht werd verwoord, maar als een hulpvraag.

De klachtenbemiddeling geschiedt door drie klachtenfunctionarissen. Zij streven naar het oplossen van problemen en het herstel van de relatie tussen, enerzijds, personen met een klacht en, anderzijds, zorgverleners en de organisatie. De klachtenfunctionarissen stellen zich daarbij onpartijdig op. Zij oordelen niet over het al dan niet gegrond zijn van een klacht. Patiënten die hun klacht willen laten beoordelen, worden verwezen naar de onafhankelijke Klachtencommissie. De managementrapportages van de klachtenfunctionarissen vormen een van de informatiebronnen voor het kwaliteitsbeleid van de organisatie.

In 2012 werden de belangrijkste overeenkomsten vanuit de verschillende bronnen (klachten, incidenten, patiënttevredenheidsmetingen) binnen het veiligheidsmanagementsysteem gekoppeld. Hieruit kwamen onder andere communicatie, overdracht en rapportage naar voren als belangrijke risicocategorieën. Tevens bleek dat de monitoring van verbetermaatregelen naar aanleiding van klachten, complicaties, incidenten en calamiteiten nog onvoldoende was en grote aandacht verdient.

## 6. Bedrijfsvoering

### 6.1. Planning- en controlcyclus

De planning- en controlcyclus van het Jeroen Bosch Ziekenhuis 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 het INK-model heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis gekozen voor het PKKK-model (productie, kosten, kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid). Leidend denkkader in de beleidsontwikkeling zijn de eerder genoemde zes dimensies van kwaliteitszorg. Vanuit elke dimensie is voor 2012 in de kaderbrief een strategische doelstelling geformuleerd. Deze strategische doelstellingen zijn vertaald naar tactisch/operationele doelstellingen voor de RVE's/stafafdelingen. Deze hebben aan de hand hiervan hun jaarplannen opgesteld. De ziekenhuisbegroting 2012 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 Raad van Bestuur en RVE/stafmanagement.

In de vigerende beleidscyclus worden de behaalde resultaten elk kwartaal getoetst op het niveau van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) en stafafdelingen. Ieder kwartaal 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), anderzijds via de maandelijkse managementsrapportages, die inzicht geven in het ziekenhuisresultaat, kansen en bedreigingen, inclusief potentiële financiële gevolgen. Beide rapportages worden besproken met de Raad van Toezicht. De financiële kwartaalrapportage werd behalve aan de Raad van Toezicht ook ter beschikking gesteld van interne adviesorganen en relevante externe partijen (Waarborgfonds voor de Zorgsector, bank, de zorgverzekeraars).

Het actualiseren van het financieel meerjarenperspectief is een belangrijker pijler in het kader van de plan- & 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 planning- & control cyclus*

Na de aanpassing in 2011 van de plan- en controlcyclus op het besturingsconcept met Resultaat Verantwoordelijke Eenheden is gedurende het verslagjaar 2012 gewerkt aan de verfijning hiervan. Zo is een belangrijke start gemaakt met het presenteren van managementinformatie met behulp van een dashboard. Tevens is gewerkt aan de inrichting van een systeem van interne doorbelastingen (horizontale contractering) met als eerste stap een pilot tussen de RVE's Operatiecentrum en Orthopedie. Medio 2013 wordt deze pilot geëvalueerd.

Daarnaast is een voorstel gedaan aangaande managementcontracten met incentives (verticale contractering).

Tot slot zijn in 2012 updates gemaakt van de nieuwe informatieproducten (o.a. DOT-benchmark en formatieve benchmark) die naast de reeds bestaande producten dienen ter ondersteuning/advisering van het RVE-management.

### *Continue monitoring financieel meerjarenperspectief*

Met het oog op de nieuwbouw, de financiering daarvan en het effect op de exploitatie is ook in 2012 aandacht besteed aan het financieel meerjarenperspectief. Minimaal twee keer per jaar wordt dit perspectief met behulp van de meest recente informatie geactualiseerd. Een geactualiseerd meerjarenperspectief is nu onderhanden ten behoeve van de start van het jaarplanproces 2014. Met name de gevolgen op langere termijn van de overgang naar de nieuwe wijze van prestatiebekostiging resp. DOT-systematiek in 2012 heeft hier een essentiële rol in.

### *Externe toetsing*

De externe accountant (Deloitte) geeft in zijn rapportages aan dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis op het gebied van verstrekken van betrouwbare managementinformatie opnieuw vorderingen heeft gemaakt en dat de kwaliteit van de rapportages van bovengemiddeld niveau is. De procesbeheersing is in 2012 op orde en draagt bij aan de betrouwbaarheid van de jaarrekening. De opzet van de verbijzonderde interne controle op de effectieve werking van de procesbeheersing was al goed; de kwaliteit van de uitvoering van de controlewerkzaamheden is in 2012 sterk verbeterd.

### *AO/IC organisatie*

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis beschikt over een professionele verbijzonderde interne controle functie die is ingebed in de organisatie en toeziet op de kwaliteit van de interne beheersing van een groot aantal (financiële) bedrijfsprocessen en de jaarrekening. Hiermee onderscheidt het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich volgens het oordeel van de externe accountant nog steeds positief van vele andere ziekenhuizen. De kwaliteit van de controlewerkzaamheden is in 2012 sterk verbeterd. Dit komt vooral tot uitdrukking in snelle doorlooptijden en een snelle afronding van controles in combinatie met adequate dossiervorming en opvolging van bevindingen. Naast de reguliere controlewerkzaamheden is de scope uitgebreid naar bv controle op handmatige betalingen en een risicoanalyse ten aanzien van de registratie en verantwoording van DOT zorgproducten.

### *Treasury*

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis voert een risicomijdend treasurybeleid. Rentestanden op de kapitaal- en geldmarkten accepteert het Jeroen Bosch Ziekenhuis als een gegeven en beslissingen worden gebaseerd op voorspellingen uit de markt (met name van de grote handelsbanken). Het Jeroen Bosch Ziekenhuis baseert de treasury-activiteiten op een actueel meerjarenfinancieringsplan (van Montesquieu) en op een gedetailleerde liquiditeitsbegroting voor de eerstkomende twee jaren. Onderdeel van dit plan is een analyse van de financiële risico's en de maatregelen om deze risico's waar mogelijk op voorhand te minimaliseren.

In 2012 vonden meerdere gesprekken met huisbankier ABN Amro plaats. Onderwerpen van gesprek waren de financiële stand van zaken van het ziekenhuis, de liquiditeitspositie, de hoogte van de limiet van de rekening-courant en de afwikkeling van de contracten van het eind 2011 gesloten derivaat.

Met de borging in 2011 van de NWB-lening van € 40 mln heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis het maximum per instelling te borgen bedrag bereikt. Het WfZ wordt periodiek geïnformeerd over de exploitatie van het ziekenhuis. De jaarlijkse herbeoordeling door het fonds leverde geen bijzonderheden op.

### *Ontwikkeling liquiditeit*

De facturering van de DOT-zorgproducten is als gevolg van langdurige onderhandelingen met zorgverzekeraars pas in het vierde kwartaal van het verslagjaar op gang gekomen. Gelukkig bleken de zorgverzekeraars bereid het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 2012 voor ruim € 117 mln te bevoorschotten. Samenvattend kan vastgesteld worden, dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 2012 permanent over voldoende liquide middelen kon beschikken om het werkkapitaal te financieren.

### *Bewaking vermogenspositie*

Bewaking van het resultaat en de vermogenspositie heeft continu plaatsgehad. Het boekjaar 2012 is afgesloten met een positief resultaat van € 4 miljoen en een eigen vermogen van circa € 54,1 miljoen. Dit resultaat past in de beleidsdoelstelling om te komen tot een solvabiliteitspercentage van 15% eind 2018.

## **6.3. Financiering**

2012 is een overgangsjaar waarin de oude wijze (Functiegericht Budget en omzet segment B DBC's) wordt gecombineerd met de nieuwe wijze van financiering. Deze overlap in de regelgeving maakt het voor ziekenhuizen complex om deze te vertalen in (zowel intern als extern) af te spreken productie/omzet voor 2012. De afrekensystematiek met de NZa en (individuele) verzekeraars is vanaf 2012 vanwege gewijzigde verantwoordelijkheden en bevoegdheden veranderd. In 2012 zijn intensieve en langdurige onderhandelingen gevoerd met de 5 grote verzekeraars om tot een afspraak voor 2012 te komen. Deze zijn uiteindelijk allemaal tegen het einde van 2012 rondgekomen.

Het gevolg hiervan was dat de monitoring van de gerealiseerde productie ten opzichte van de zowel intern als extern gemaakte afspraak niet mogelijk was en daarmee het hele jaar

2012 onzekerheid bestond over het financiële resultaat van het ziekenhuis. Dit probleem speelde bij alle ziekenhuizen in Nederland.

Daarnaast is er een honorariumplafond voor de vrijgevestigde specialisten ingevoerd wat invloed kan hebben op de bereidwilligheid van deze specialisten om de productieafpraak van het ziekenhuis mede te realiseren. Dit is met name een risico indien dit plafond lager is dan de afspraak waarmee het ziekenhuis rekent. Binnen de Stafmaatschap zijn afspraken gemaakt over o.a de verdeling van het beschikbare plafond over de vakgroepen/vrijgevestigde specialisten en is ook de vulling van het plafond nadrukkelijk gevolgd.

#### **6.4. Financiële instrumenten**

Het renterisico bij de langlopende leningen heeft betrekking op eventuele veranderingen in de marktwaarde van opgenomen en uitgegeven leningen en het kasstroomrisico op eventuele veranderingen in het rentepercentage van deze leningen. Bij 2 op 30 december 2011 gesloten leningen bij ABN Amro van € 90 mln en € 10 mln is sprake van een variabel rentepercentage gedurende de gehele looptijd van de leningen. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft als beleid om afgeleide financiële instrumenten te gebruiken om (tussentijdse) rentefluctuaties te beheersen. Het renterisico van de hiervoor genoemde leningen wordt afgedekt door middel van een renteswap. Het betreffende derivatencontract is in december 2011 afgesloten als onderdeel van de definitieve consolidatie van de nieuwbouwfinanciering. De in 2009 afgesloten derivatencontracten, waaronder een cap en een floor, zijn als onderdeel van dezelfde transactie ontbonden.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis maakt om een tweetal redenen gebruik van derivaten:

- om het (mogelijk) risico van toekomstige rentestijgingen af te dekken
- omdat de bank het beheersen van het renterisico als één van de voorwaarden voor het verkrijgen van financiering had gesteld.

Het Treasury-Statuut van Jeroen Bosch Ziekenhuis en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) staan het gebruik van rentederivaten toe, mits deze ingezet worden om (toekomstige) risico's te reduceren of geheel weg te nemen.

In oktober 2012, toen de eerste perspublicaties verschenen naar aanleiding van financiële problemen van andere organisaties in de woningbouw- en zorgsector, heeft de RvB de situatie en de risico's van het Jeroen Bosch Ziekenhuis uitvoerig besproken. Het beleid is ingezet om in de liquiditeitsprognoses rekening te blijven houden met de maximale negatieve waarde. Tevens is besloten om bij toekomstige investeringen zoals EPD op basis van een businesscase aanvullende financiering aan te trekken, indien nodig.

## 6.5. Risico's

In deze paragraaf wordt ingegaan op de voornaamste risico's en onzekerheden waarmee het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt geconfronteerd. In onderstaand schema worden de risico's in beeld gebracht en vervolgens nader toegelicht.

| Risicotabel                                       |                                                         |                                                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Risico                                            | Effect                                                  | Beheersing                                                                  |
| Hoofdlijnenakkoord                                | Groei wordt niet volledig vergoed door zorgverzekeraars | Onderhandelingen met zorgverzekeraars. Focus op kostenresultaat.            |
| Vergoeding kapitaallasten                         | Kapitaallasten niet volledig vergoed vanuit productie   | Overgangsmodeel kapitaallasten.                                             |
| Niet behalen solvabiliteitsdoelstelling eind 2018 | Aanvullende zekerheden door bank en Waarborgfonds       | Financieel Meerjarenperspectief. Indien noodzakelijk aanvullende opdrachten |
| 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.                                      |

### *Hoofdlijnenakkoord*

Medio 2011 is door de overheid, zorgverzekeraars en ziekenhuizen een hoofdlijnenakkoord afgesproken met als doel het beperken van de uitgavengroei in de zorg. Op macroniveau is een jaarlijkse volumegroei van 2,5% afgesproken. Voor 2012 gold, vanwege overschrijdingen uit het verleden, een macrogroei van 0,85%. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft echter sinds het betrekken van de nieuwbouw een sterke groei doorgemaakt. Deze groei is grotendeels gecompenseerd door de verzekeraars door hogere afspraken over 2012.

### *Vergoeding kapitaallasten*

De kapitaallasten uit hoofde van gebouwen, installaties en langlopende rente, investeringen in medische apparatuur, ICT en overige inventaris zitten versleuteld in de DOT-prijzen. De werkelijke kapitaallasten van de nieuwbouw van het Jeroen Bosch Ziekenhuis liggen landelijk gezien op een aanzienlijk hoger niveau, waardoor het risico bestaat dat deze hogere kapitaallasten niet worden vergoed.

In 2012 gold er voor het ziekenhuis een overgangsmodeel, waarbij via een schaduwbudget nog 95% van de werkelijke kapitaallasten in het zogenaamde A-segment gegarandeerd is. Daarnaast ontvangt het ziekenhuis in 2012 nog de laatste tranche uit de "oude" landelijk getroffen overgangsregeling kapitaallasten.

In 2013 tot en met 2016 gaat het Jeroen Bosch Ziekenhuis gebruik maken van de "nieuwe" landelijke garantieregeling kapitaallasten. Dit is een stapsgewijs afbouwend vangnet waarmee ziekenhuizen in staat worden gesteld in een aantal jaren toe te groeien naar een situatie dat het ziekenhuis zelf volledig risicodragend is ten aanzien van de kapitaallasten van de nieuwbouw.



#### *Niet behalen solvabiliteitsdoelstelling eind 2018*

De financiële strategie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is om eind 2018 een solvabiliteitspercentage van 15% te behalen. Indien dit niet wordt behaald bestaat de kans dat de bank en het Waarborgfonds aanvullende zekerheden gaan vragen.

Het is van belang de jaarlijks benodigde vermogensopbouw te monitoren. Hiervoor is een financieel meerjarenperspectief opgesteld. Dit model wordt minimaal twee keer per jaar geactualiseerd waarbij alle op dat moment bekende ontwikkelingen worden meegenomen. Op basis daarvan worden eventueel aanvullende opdrachten verstrekt aan de organisatie.

#### *Niet realiseren van rendementsverbeteringen*

Voor het behalen van de benodigde vermogensgroei is in de begroting 2013 rekening gehouden met een begroot resultaat van € 3,5 miljoen. In deze begroting zijn voor circa € 15 miljoen rendementsverbeteringen opgenomen. Het niet behalen van dit begroot resultaat brengt het behalen van de solvabiliteitsdoelstelling in gevaar.

De ontwikkeling van de realisatie zowel in omzet als in kosten wordt periodiek gemonitord en besproken met het management. RVE's met een verhoogd risico krijgen extra ondersteuning vanuit Financien & Control en hebben een maandelijks voortgangsgesprek met de portefeuillehouder binnen de RvB.

#### *Ontwikkelingen vanuit de overheid*

Voor 2013 is er landelijk geen macrokorting opgelegd. Gezien de noodzakelijke landelijke bezuinigingen en een mogelijke overschrijding van het macrokader 2012 is het te verwachten dat voor 2014 een macrokorting in het verschiet ligt. Het is nog onduidelijk op welke wijze deze korting in dat geval zal worden opgelegd.

De ontwikkelingen op dit vlak worden nauwgezet gevolgd. Zodra er meer duidelijkheid is wordt dit verwerkt in de begroting voor 2013.

## 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 schade met zich meebrengen. Het herstel van deze immateriële schade is moeilijk en kost zeer veel tijd. Het is daarom van belang om als organisatie voldoende aandacht te besteden aan fraudepreventie.

Om te onderzoeken in welke mate het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich bezig houdt met fraudepreventie, heeft de externe accountant tijdens de interim controle een fraudescan uitgevoerd. Op basis van vragenlijsten ingevuld door medewerkers van verschillende afdelingen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, heeft de externe accountant geconcludeerd dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich terdege bewust is van het belang van fraudepreventie. Dit komt tot uitdrukking in de volgende genomen maatregelen:

- Opstellen van een organisatiebreed integriteits- en sanctiebeleid.
- Interne registratie van nevenfuncties van Jeroen Bosch Ziekenhuis medewerkers en beoordeling op mogelijke belangenverstrengelingen.

Jaarlijks intern onderzoek naar het declaratiegedrag van de leden van de Raad van Bestuur. Wel merkt de externe accountant in de Managementletter 2012 op dat er nog een extra positieve impuls kan worden gegeven door een overkoepelend fraudebeheersingsproces in te richten en te formaliseren. Dit wordt in 2013 nader opgepakt.

Er zijn in 2012 geen fraudegevallen geconstateerd.

## **7. Medewerkers**

2012 was het eerste volwaardige jaar dat de medewerkers met elkaar in één huis samenwerkten. De organisatiestructuur conform RVE fase 2 kon zich verder ontwikkelen. Centraal stond de inrichting van de ondersteunende diensten en stafafdelingen. Werving van managers en de ontwikkeling van inrichtingsplannen bepaalden de wijze waarop de medewerkers in 2013 en volgende jaren gaan samenwerken. De nieuwe klant-leverancierrollen worden nu ontwikkeld. Dit vereist criteria die nog ingevuld moeten worden op de gebieden van gewenste competenties en Human Development. De in 2012 uitgevoerde audit door DNV op het gebied van patiëntveiligheid raakte hierbij ook de toets op de kwaliteit ten aanzien van medewerkers. Een plan van aanpak voor met name de bewaking van de bekwaamheid en bevoegdheid van medewerkers is hierbij opgesteld.

### **7.1. Personeelsbeleid**

Het sociaal beleid van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is gericht op het realiseren van kwalitatief hoogwaardige medische diagnostiek en -behandeling en deskundige verpleegkundige zorg. Om dit te bereiken is het essentieel dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis voldoende en kwalitatief goede medewerkers heeft en dat de kwaliteiten van deze medewerkers worden benut en verder ontwikkeld. Met een adequaat sociaal beleid ondersteunt en stimuleert het ziekenhuis medewerkers om zich optimaal in te zetten voor het ziekenhuis. De bouwstenen hiervoor zijn in dit hoofdstuk verder opgenomen.

### **7.2. Doorlopend Sociaal Plan**

In verband met de geplande afbouw van de formatie in de eerste jaren van het betrekken van de nieuwbouw en de vele reorganisaties die dit met zich meebrengt, is met de werkgeversorganisaties een sociaal plan afgesproken. Het sociaal plan heeft een doorlopend karakter, en wordt in 2013/2014 geëvalueerd.

### **7.3. Adviescommissie Sociale Begeleiding**

De adviescommissie kwam in 2012 tweemaal bijeen. Er is in 2012 één casus behandeld.

### **7.4. Individuele Klachtencommissie Medewerkers**

In 2012 is één klacht binnengekomen. Na gesprekken met de klachtencommissie is in onderling overleg tot een oplossing gekomen.

### **7.5. Personeelsvoorziening**

Tegelijk met de afbouw van de formatie van het ziekenhuis moet de organisatie actief blijven op de arbeidsmarkt. Enerzijds om op de toekomstige vervangingsvraag in een schaarse markt te anticiperen (alle prognoses wijzen op tekorten in de nabije toekomst door de toename van de vraag naar zorg en anderzijds door de uitstroom van een grote groep oudere medewerkers), anderzijds omdat er nu al sprake is van schaarste in enkele voor het

ziekenhuis cruciale gespecialiseerde functies (denk aan recovery verpleegkundige, functielaboranten).

Met een groot aantal zorginstellingen in Zuid Nederland zijn belangrijke stappen gezet om vorm te geven aan de strategische personeelsplanning. De 'arbeidsmarktvoorspeller' voor een aantal strategische functies en regionale afspraken over het minimaal aantal op te leiden medewerkers worden gecontinueerd.

Met de warme steun van de Verpleegkundige Adviesraad zet het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich in voor het aantrekken en behouden van kwalitatief goede verpleegkundigen. Dit is cruciaal, gelet op de verwachte daling van het aantal beschikbare arbeidskrachten. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wil een ziekenhuis zijn waar verpleegkundigen graag willen werken, omdat zij er hun beroep goed kunnen uitoefenen. Trotse verpleegkundigen, een open, gelijkwaardige manier van communiceren en betrokkenheid van verpleegkundigen en medisch specialisten zijn kenmerken van een voor verpleegkundigen aantrekkelijk ziekenhuis. Belangrijk is ook dat verpleegkundigen invloed hebben op het ziekenhuisbeleid. Een dergelijk ziekenhuis heeft, vanwege de hoge kwaliteit van verpleegkundige zorg, ook een aantrekkingskracht op patiënten.

In december 2012 waren er 4136 medewerkers in dienst (2.947 fte) t.o.v. 4.259 medewerkers (2.987 fte) in 2011. Het verloop bedroeg 15,1%. 447 nieuwe medewerkers kwamen in dienst (237 fte).

In juli 2012 heeft de Raad van Bestuur aangegeven dat bijgestuurd moet worden op de ingezette formatie om de gestelde doelen te behalen. In het kader van de het financieel gezond zijn en blijven is een Formatie-Invulling-Toetsingscommissie (FIT-commissie) opgericht. In deze commissie wordt wekelijks getoetst of individuele aanvragen voor invulling van formatie noodzakelijk en financieel mogelijk zijn. Doel is om de afbouw van de formatie en de efficiëntieverbetering zoveel als mogelijk via natuurlijk verloop te realiseren.

## **7.6. Inzet flexibel personeel**

In 2012 werd door de interne flexpool gemiddeld per maand 18 fte verpleegkundigen, 30 fte administratieve medewerkers en 9 fte civiel personeel ingezet.

## **7.7. Verpleegkundig leiderschap**

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis beschikt over 975 (673 fte) verpleegkundigen. De ambities van het Jeroen Bosch Ziekenhuis en de toegenomen complexiteit van zorg maakt dat we steeds hogere eisen aan de verpleegkundigen stellen. Verpleegkundigen worden opgeleid als Wetenschappelijk, HBO master, HBO of MBO verpleegkundigen. Bij deze verschillende niveaus horen verschillen vaardigheden, verantwoordelijkheden en competenties. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn verschillende verpleegkundige functies afgelopen jaar goed omschreven. Afdelingen zijn op zoek naar een evenwichtige verhouding tussen de verschillende functies, zodanig dat benodigde en beschikbare professionele competenties op elkaar zijn afgestemd en optimale inrichting van de zorgprocessen mogelijk is.

In het platform verpleegkundig leiderschap komen het verantwoordelijk management, een afvaardiging van de VAR en betrokken ondersteunende adviseurs samen en wordt aandacht besteed aan thema's als positief leerklimaat voor de verpleegkundige student, de begeleiding van startende verpleegkundigen naar taakvolwassen beroepsbeoefenaren, het

onderhouden van de professionele rol en het stimuleren van horizontale en verticale beroepsontwikkeling. Het visie document van de Verpleegkundige Adviesraad, Visie op de verpleegkundige professional dient als leidraad voor deze activiteiten.

### **7.8. Talenten management bank**

De Talenten Management Bank is een combinatie van een mobiliteitsconcept en een virtuele marktplaats waar talenten uit vier ziekenhuizen (naast het Jeroen Bosch Ziekenhuis, St. Elisabeth Ziekenhuis, Amphia Ziekenhuis en Maximá Medisch Centrum) zich kunnen aanmelden en ziekenhuizen vacatures kunnen plaatsen. Het doel hiervan is om talent en ambitie voor de zorg samen te laten komen en het te behouden.

Medewerkers kunnen zich in overleg met de leidinggevende inschrijven en hebben zo de gelegenheid zich te blijven ontwikkelen. Het is voor een medewerker verrijkend om zich eens in een andere omgeving te bevinden en zijn/haar kennis en ervaring verder uit te breiden. Deze ervaringen kunnen ze later weer meenemen naar de eigen afdeling.

Er hebben zich in 2012 25 Talenten ingeschreven; 7 detacheringen zijn gerealiseerd vanuit het Jeroen Bosch Ziekenhuis naar de andere huizen. 1 detachering werd gerealiseerd naar het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

### **7.9. Herplaatsing medewerkers**

Medewerkers die als gevolg van verhuizing naar de nieuwbouw of reorganisatie boventallig zijn geworden, worden begeleid naar een andere functie in of buiten het ziekenhuis.

Het aantal medewerkers dat in 2012 herplaatst is negen en in 2012 zijn zes medewerkers herplaatsbaar verklaard.

De eerder verwachte aantallen zijn niet uitgekomen, mede door een aanzienlijk verloop en vanwege het ontbreken van een digitaal patiëntendossier waardoor extra medewerkers nodig zijn. De projectstructuur Van Werk naar Werk is in 2012 opgeheven en de werkzaamheden zijn opgegaan in het Servicecentrum P&O.

### **7.10. FWG**

In 2012 zijn stappen gezet in het realiseren van een generiek functiehuis. Het doel is hierbij te komen tot een vereenvoudigd, organiek, generiek functiehuis dat:

Beheersbaar en samenhangend is;

Valide en toekomstbestendig;

Transparant;

Onderhoudsarm

In 2012 zijn 24 functies definitief vastgesteld in het kader van het generieke functiehuis.

### **7.11. Verzuim**

Het verzuimpercentage voor het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 2012 daalde ten opzichte van 2011 met 0,5 % van 5,1% naar 4,6. Landelijk was er sprake van een daling in de branche van 4,5% in 2011 naar 4,3% in 2012. Het verschil met de branche wordt kleiner en de trend is dalend. Om deze dalende lijn voort te zetten wordt de visie op het verzuim (*Ziekte overkomt je, verzuim overleg je*) opnieuw gedefinieerd en uitgedragen, zodat in de hele organisatie die visie bekend is en er naar wordt gehandeld.

### **7.12. Arbeidsomstandigheden**

De verantwoordelijkheid voor de structurele zorg voor arbo, milieu en bedrijfshulpverlening ligt in de lijn. Deskundigen van het servicebedrijf en hygiëne en infectiepreventie ondersteunen de leiding met het in kaart brengen en beheersen van de arbeidsrisico's, opleiding, training en evaluatie. De deskundigen zijn georganiseerd in beheersgroepen per arbeidsrisico. Daarnaast zijn er medewerkers die de leiding ondersteunen en deelnemen in netwerken.

### **7.13. Contactpersonen**

Ruim 100 arbo- en milieucontactpersonen kregen presentaties over beheersmaatregelen en wisselden ervaringen of vragen uit in de netwerkbijeenkomsten. In 2012 is er aandacht besteed aan MIM-meldingen, security in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, de milieustraat en afdelingsontruimingsplannen.

### **7.14. Incidenten medewerkers**

100 medewerkers en leidinggevendenden nemen deel in MIM-teams (35 afdelingen). MIM staat voor Melding Incidenten Medewerkers. Deze teams evalueren en behandelen decentraal gevaarlijke situaties en incidenten waar medewerkers mee geconfronteerd werden. Er zijn in totaal 386 incidenten gemeld, waarvan 21 (2011: 20) meldingen van inbraak, diefstal of vernieling, 5 meldingen in verband met de garderobe (onjuiste of vermiste kleding) en 360 meldingen (2011: 232) in relatie tot de arborisico's. De meldingen worden besproken in de beheersgroepen (zie hieronder). 28 Ongevallen (2011: 6) hebben geleid tot ziekteverzuim. De totale verzuimduur als gevolg van incidenten bedroeg 365 dagen.

#### *Fysieke belasting*

De beheersgroep fysieke belasting organiseert scholing, voert werkplekonderzoeken (41 maal ergonomisch advies) en organiseert het rugtrainingsprogramma graded activity. De beheersgroep is verder betrokken geweest bij advisering, voorlichting en trainingen. De beheersgroep heeft veel aandacht besteed aan eerder uitgebrachte adviezen met betrekking tot verhogen van vaatwassers op de verpleegafdelingen en routes van beddentransport, waardoor hier met hoge prioriteit acties op is ondernomen. Nieuwe adviezen betroffen onder andere pakketten van eisen bij hulpmiddelen (o.a. bedden, hostessmeubel) en begeleiding bij risico-inventarisaties en evaluaties.

Zo'n 70 ergocoaches zijn getraind op vaardigheden bij de beheersmaatregelen fysieke belasting. In 2 netwerkbijeenkomsten per jaar wisselen ze onderling en met de beheersgroep kennis en ervaringen uit.

#### *Biologische agentia*

De beheersgroep biologische agentia behandelt de beheersmaatregelen op het gebied van arbeidsgezondheidskundige screening en infectiepreventie voor medewerkers. Deze maatregelen betreffen naast de monitoring van de reguliere screening en incidenten onder andere advisering en voorlichting.

Er zijn in 2012 naast de prikaccidenten 33 incidenten (MIM-meldingen) geëvalueerd over besmettingsrisico's, afwijkingen van protocollen (o.a. bij de ontvangst van verkeerd verpakt extern diagnostisch materiaal) en gevaarlijke situaties.

De commissie ondersteunt bij de invoering van veilige naalden, heeft op de verpleegafdelingen audits uitgevoerd met betrekking tot de beschikbaarheid van de juiste voorzieningen en toepassing van de algemene voorzorgsmaatregelen. Ook is een e-learning module infectiepreventie aangekocht ten behoeve van de voorlichting over algemene voorzorgsmaatregelen en handhygiëne.

#### *Gevaarlijke stoffen en cytostatica*

Deze beheersgroep houdt zich bezig met het verantwoord werken, opslaan, verwijderen en registreren van gevaarlijke stoffen. Ook wordt op bepaalde plekken de blootstelling onderzocht. Er zijn in 2012 11 incidenten met cytostatica en 7 incidenten met chemische stoffen geëvalueerd (o.a. laboratoria, operatiecentrum, CSA). Er zijn veegtesten uitgevoerd in het oncologisch centrum. Er konden geen sporen van cytostatica worden aangetoond. Medewerkers van het facilitair bedrijf die met gevaarlijke stoffen te maken krijgen hebben een training gevolgd. Er is een e-learning module ontwikkeld over veilig werken met cytostatica in samenwerking met de Jeroen Bosch Academie. De verpleegkundig specialist oncologie heeft diverse trainingen verzorgd voor risicoafdelingen en Jeroen Bosch Ziekenhuis-cleancare.

#### *Bedrijfshulpverlening*

In 2012 heeft de beheersgroep de afdelingsontruimingsplannen van 70 zorgafdelingen opgesteld. De plannen zijn op de afdeling aanwezig in de noodkoffer en digitaal te raadplegen via iPortal. Er is een e-learning in ontwikkeling voor BHV-ers en voor medewerkers in het algemeen. Ook in 2012 hebben nieuwe BHV-ers de basiscursus afgerond en hebben zo'n 130 BHV-ers de herhalingscursussen gevolgd.

#### *Agressie, Geweld en Intimidatie*

De beheersgroep ondersteunt bij de afhandeling van ernstige agressie incidenten. Het aantal agressiemeldingen via MIM is fors gestegen, waren het er in 2011 87 waarvan 50 verbaal en 37 fysieke agressie, in 2012 156 waarvan 78 verbaal en 78 fysiek. De contacten met het OM en de politie waren minimaal. Er zijn in 2012 geen aangiftes gedaan bij de politie. De belangrijkste reden hiervoor is dat, ondanks de toezeggingen van de minister, anonimiteit nog steeds niet is gegarandeerd. Het aantal ontzeggingen dat door de afdeling Beveiliging is uitgereikt was in 2012 19, in 2011 waren het er 16. Op basis van observaties en mededelingen van medewerkers en de afdeling Beveiliging zal het werkelijk aantal incidenten hoger liggen. Dat betekent dat we de bekendheid van de mogelijkheid om te melden moeten vergroten in 2013. Op diverse afdelingen is voorlichting gegeven en ook zijn er meerdere teams getraind. Op 21 november is er een goed bezocht minisymposium over agressie in de zorg geweest.

### *Psychosociale arbeidsbelasting*

In de loop van 2012 kreeg de beheergroep PSA zijn vorm. Op de agenda staan onder andere het medewerkerstevredenheidonderzoek (2011) en de risico's van schokkende gebeurtenissen en ongewenst gedrag. Ook de opvang na schokkende gebeurtenissen en activiteiten van BMW zijn aandachtspunt.

Vanaf medio 2012 is het mogelijk ongewenst gedrag tussen medewerkers onderling te melden in het MIM-systeem. Er kwamen 15 meldingen binnen, alle meldingen gingen over bejegening. Daarnaast zijn er vertrouwenspersonen waar medewerkers een beroep op kunnen doen bij ongewenst gedrag van collega's. Er is in 2012 7 maal (2011: 4 maal) een beroep gedaan op de vertrouwenspersoon, 2 mannen en 5 vrouwen. De vertrouwenspersoon voor de arts-assistenten is in 2012 geen enkele keer benaderd.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis telt 15 bedrijfsopvangsers, zij vangen medewerkers op na een schokkende gebeurtenis, ondersteunen collega's of leidinggevenden bij de opvang en geven voorlichting. De bekendheid is redelijk, het gebruik van deze mogelijkheid van opvang lijkt toe te nemen. Via het MIM-formulier is bij 45 van de 386 incidenten aangegeven dat er sprake was van een schokkende gebeurtenis, dat is 11,6%. In 2011 was dit 12,3%. In 20% van de gevallen betrof het een agressie incident

### *Bedrijfsmaatschappelijk werk (BMW)*

Er hebben 195 medewerkers gebruik gemaakt van BMW in het kader van verzuim of verzuimpreventie. In 2011 waren dat 200 medewerkers. 87 trajecten zijn doorgelopen in 2012 dat maakt dat er 282 medewerkers in behandeling waren bij BMW.

In 2012 organiseerde BMW een aantal trainingen Persoonlijke Effectiviteit. Ook bewerkte het BMW samenwerkingsproblematiek op diverse afdelingen. Op een aantal afdelingen zijn bijeenkomsten georganiseerd over "Omgaan met verandering".

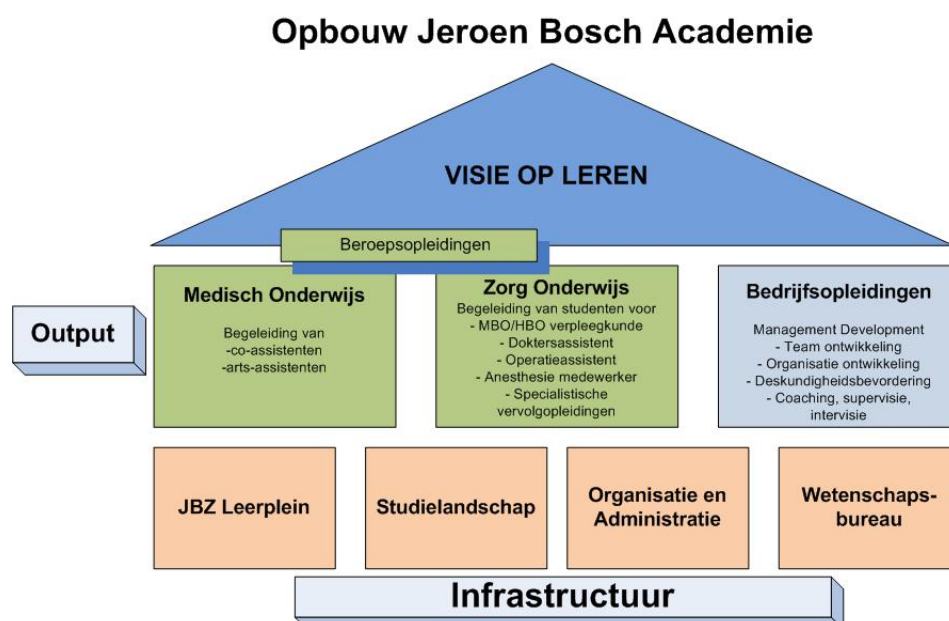


## 8. Onderwijs, opleiding en onderzoek

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 strategische missie. In het ziekenhuis vindt de beroepsvorming plaats van zorgprofessionals. Het betreft hier zowel initiële als specialistische vervolgopleidingen op MBO-, HBO- en wetenschappelijk niveau. Daarnaast hecht het Jeroen Bosch Ziekenhuis veel waarde aan continue professionele ontwikkeling van haar medewerkers en medische staf. Met de daadwerkelijke uitvoering hiervan draagt het ziekenhuis bij aan de kwaliteit en veiligheid van zorg 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.

### 8.1. Jeroen Bosch Academie (JBA)

In de JBA, een resultaatverantwoordelijke eenheid, zijn alle functionaliteiten samengebracht die opleiding, onderwijs en onderzoek ondersteunen. In verschillende domeinen wordt respectievelijk het medisch, verpleegkundig en medisch assisterend beroepsonderwijs en het management development vormgegeven vanuit een patiëntgeoriënteerde visie op leren. 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**

Alle medische vervolgoopleidingen in het Jeroen Bosch Ziekenhuis hebben een lokaal opleidingsplan conform het nieuwe Kaderbesluit en regelgeving (NB.: Het Jeroen Bosch Ziekenhuis had de landelijke primeur van een lokaal opleidingsplan bij interne geneeskunde, SEH en urologie, dat als voorbeeld voor velen heeft gediend). Vakgroepen zijn alle bezig met de implementatie en bevinden zich daarmee in verschillende stadia. Een aantal opleidingen stelt op basis van evaluaties hun eerste versie van het opleidingsplan alweer bij.

Op systematische wijze is gewerkt aan de omvorming van het onderwijs naar competentiegerichte ontwikkeling van studenten geneeskunde en artsen in opleiding tot specialist. Per eind 2012 heeft 90% van de leden van de verschillende opleidingsgroepen het certificaat Docentprofessionalisering behaald.

In 2012 werden twee nieuwe medische vervolgoopleidingen geaccrediteerd, te weten Oogheelkunde en Anesthesiologie. AIOS voor deze opleidingen volgen vanaf 2012 een gedeelte van hun medisch specialistische opleiding binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft affiliatie-overeenkomsten (co-assistentschappen) met het UMC St.Radboud en het UMC Utrecht.

## **8.3. Opleiding tot ziekenhuisarts**

In 2012 heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis als één van vier Nederlandse ziekenhuizen geparticipeerd in het project Ziekenhuisgeneeskunde, waarvan het doel is om in een periode van drie jaar een nieuwe profielerkenning voor een medische opleiding te maken. Er is een dringende behoefte aan artsen die vanuit een generalistisch perspectief algemene ziekenhuiszorg kunnen verlenen. Tot nu toe wordt die zorg vooral verleend door jonge basisartsen zonder verdere opleiding. De nieuwe opleiding is daarom gericht op basisartsen die zich verder willen specialiseren in het uitvoeren van algemene basiszorg bij patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. Tijdens deze opleiding van drie jaar staat de verdieping centraal op het gebied van de algemene medische kennis en het medisch handelen, vooral met betrekking tot algemene ziektekunde, patiëntveiligheid en continuïteit van zorg. Het innovatieve project wordt gesubsidieerd vanuit het ministerie van VWS.

## **8.4. OOR-partners**

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis fungeert als lid van de Onderzoeks en Opleidingsregio's Nijmegen (OOR Oost Nederland) en Utrecht (OOR Utrecht). In beide OOR's wordt actief geparticipeerd hetgeen zich heeft geuit in bijdragen aan symposia in beide OOR's en in artikelen in de OOR-tijdschriften. De samenwerking met beide OOR's richt zich zowel op strategische kwesties - zoals de bekostiging van specialisten in opleiding - als op kennisontwikkeling rondom docentprofessionalisering en implementatie van kwaliteitsopleidingen.

## **8.5. Centrale opleidingscommissie (COC)**

De centrale regie voor het medisch vervolgonderwijs valt onder de verantwoordelijkheid van de COC en haar dagelijks bestuur. In de functie van specialist-opleider maken 23 medische stafleden 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 afwachting

van de erkenning voor plastische chirurgie, heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft 21 erkende medisch specialistische opleidingen en overige ziekenhuisopleidingen.

## 8.6. STZ-visitatie

In juni 2012 werd het Jeroen Bosch Ziekenhuis gehervisiteerd in het kader van het lidmaatschap van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen. De visitatie werd positief afgesloten met een 5-jaars verlenging zonder verdere voorwaarden.

## 8.7. MSRC erkende Vervolgopleidingen 2012

(bron: realisatie 2012 aanvraag subsidievaststelling zorgopleidingen)

| Medische opleidingen 2012             | Erkende (plv) opleiders                                  | FTE AIOS          |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|
| Anesthesiologie                       | Drs. H.J.G.M. Cornelissen, Drs. F.R.C. van Dorsten (plv) | Erkenning in 2012 |
| Cardiologie                           | Dr. M.C.G. Daniëls, Dr. H.J.W. Meijburg (plv)            | 2,01              |
| Dermatologie en venerologie           | Dr. M.P.M. Andriessen, Drs. A. van Geest plv)            | 1,00              |
| Heelkunde                             | Dr. K. Bosscha, Drs. J.G. Olsman (plv)                   | 4,50              |
| <i>Wv vo Orthopedie</i>               |                                                          | 0,25              |
| Interne geneeskunde                   | Dr. P.M. Netten, Dr. J.J. Beutler (plv)                  | 34,67             |
| <i>Wv vo cardiologie</i>              |                                                          | 4,92              |
| <i>Wv vo klinische geriatrie</i>      |                                                          | 5,99              |
| <i>Wv vo Longziekten</i>              |                                                          | 4,44              |
| <i>Wv vo MDL</i>                      |                                                          | 5,92              |
| <i>Wv vo Reumatologie</i>             |                                                          | 1,00              |
| Kindergeneeskunde                     | Dr. E. de Vries, Dr. J.A.M. Widdershoven (plv)           | 3,00              |
| Klinische chemie                      | Dr. G.C.M. Kusters, Dr. P. van 't Sant                   | 2,89              |
| Klinische fysica                      | Dr. A.J.J. Maas, Dr. C. Peters (plv)                     | 1,66              |
| Klinische geriatrie in ziekenhuiszorg | Dr. R. van Marum, Dr. P.L.J. Dautzenberg (plv)           | 3,61              |
| Longziekten en tuberculose            | Dr. A.J.M. Schreurs, Dr. B. Biesma (plv)                 | 3,92              |
| Maag-darm-leverziekten                | Dr. I.P. van Munster, Dr. L. Schipper (plv)              | 2,08              |
| Medische microbiologie                | Dr. P.C. Wever, Dr. P.M. Schneeberger (plv)              | 1,00              |
| Obstetrie en gynaecologie             | Dr. H.P. Oosterbaan, Dr. C.J.C.M. Hamilton               | 3,57              |
| Oogheelkunde                          | Dr. H.M.A. Brink, drs. J. van Haarlem (plv)              | Erkenning in 2012 |

|                                                |                                                        |                                     |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Pathologie                                     | Dr. P.T.G.A. Nooijen,<br>Dr. J.C. van der Linden (plv) | 1,00                                |
| Plastische Chirurgie                           | Ralph Franken,<br>Brigitte van der Heijden (plv)       | Erkenning<br>aangevraagd<br>in 2012 |
| Radiologie                                     | Dr. M.J.C.M. Rutten,<br>Dr. G.J. Jager (plv)           | 11,14                               |
| Revalidatiegeneeskunde                         | Dr. A. van Kuijk,<br>Prof. Dr. A.C.H. Geurts (plv)     | 2,14                                |
| Spoedeisende geneeskunde                       | Drs. C.P.C. de Jager,<br>Drs. F.W. Rozendaal (plv)     | 6,06                                |
| Urologie                                       | Dr. H.P. Beerlage,<br>Dr. B. Ph. Schrier               | 2,93                                |
| Ziekenhuisfarmacie                             | Dr. W.A.J.J. Hermens                                   | 1,50                                |
| Gezondheidszorgpsycholoog in<br>ziekenhuiszorg | Drs. J.J.M. Lenders,<br>Drs. F.S. van Bergen           | 1,45                                |

## 8.8. Beleidslijnen en resultaten 2012

De in ingezette herstructurering van de medische vervolgoopleidingen heeft verdere voortgang doorgemaakt in 2012. Voor de medisch specialistische opleidingen geldt dat de kwaliteitscyclus ten behoeve van de implementatie van de modernisering van medische vervolgoopleidingen voor de eerste maal volledig kon worden afgesloten. Met alle vakgroepen werd een jaargesprek gevoerd.

Co-schappen en bedside teaching werden in 2012, evenals in voorgaande jaren overwegend positief geëvalueerd.

## 8.9. Onderwijsactiviteiten

In 2012 werd uitvoering gegeven aan een breed scala aan vakgroepgebonden en discipline-overstijgende opleidingsactiviteiten:

### Trainingen

- Teamtraining Advanced Life Support trainingen (jaarlijkse verplichting voor specifieke afdelingen)
- SABAR-training (communicatiemethodiek voor artsen en verpleegkundigen)
- Management Development (Developmentcentre: voor verpleegkundig unithoofden en medisch en bedrijfsvoerend managers)
- Multiprofessionele scenariotrainingen rondom kritische patiëntenprocessen.

### Onderwijs

- Critical-incidentsbespreking (in het kader van Veiligheidsmanagement)
- Woensdagmiddagonderwijs: wekelijks onderwijs tussen 17.00-18.30 dat aansluit aan de dagelijkse vakgerichte opleiding van de verschillende medisch specialistische opleidingen en ook toegankelijk is voor verpleegkundig specialisten en physician assistants.
- Coassistentenonderwijs

## 8.10. Visitaties en erkenningen

De volgende opleidingen werden, in het kader van de opleidingserkenning gevisiteerd. Alle visitaties leidden tot verlenging/toekenning van de erkenning:

- Heelkunde
- Maag Darm Leverziekten
- GZ-psychologie
- Oogheelkunde
- Klinische Fysica

## 8.11. Coassistenten

In totaal zijn er 47 jaarplaatsen. In totaal werd 710 maal een coassistentenschap, weekstage in een coschap, keuze coassistentenschap of wetenschappelijke stage aangeboden..

## 8.12. Zorgdomein en bedrijfsopleidingen

Het beleid van het verpleegkundig onderwijs was in 2012 gericht op twee hoofdthema's: competentiegericht opleiden en patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid verankeren in het beroeps- en organisatieleren. Zorgstudenten van de eerste cohorten van de herziene opleidingen bevonden zich in 2012 in het afsluitende jaar (MBO-verpleegkunde), dan wel in het voorlaatste opleidingsjaar (HBO-verpleegkunde, OA/AM, spec.vervolgopleidingen). In 2012 werd tevens ingezet op het ontwerp van kwaliteitssystematiek analoog aan het systeem bij medische vervolgopleidingen. Dit wordt in 2013 gecontinueerd.

| Aantallen studenten/cursisten t.b.v. jaardocument 2012     |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Verpleegkundige BBL/Duaal (peildatum 31-12-2012)           |    |
| HBOV-duaal                                                 | 20 |
| MBO-BBL                                                    | 72 |
| Verpleegkundige BOL/Voltijd (gemiddelde bezetting 2012)    |    |
| HBOV-voltijd                                               | 39 |
| MBO-BOL                                                    | 59 |
| Doktersassistente BOL/Deeltijd (gemiddelde bezetting 2012) |    |
| BOL                                                        | 8  |
| Deeltijd                                                   | 6  |
| Helpende niveau 2 BBL (gemiddelde bezetting 2012)          |    |
| Zorg en/of Welzijn                                         | 5  |
| NP & PA                                                    |    |
| Advanced nurse practitioners                               | 3  |
| Physician assistant                                        | 7  |
| Verpleegkundige vervolgopleidingen (peildatum 31-12-2012)  |    |
| IC Verpleegkundige                                         | 12 |
| Kinderverpleegkunde                                        | 1  |
| Neonatologie                                               | 1  |
| Dialyse verpleegkundige                                    | 1  |

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Oncologie verpleegkundige                                         | 3  |
| SEH-verpleegkundige                                               | 6  |
| Obstetrie-verpleegkundige                                         | 5  |
| Cardiac Care verpleegkundige                                      | 7  |
| Overige beroepsopleidingen (peildatum 31-12-2012)                 |    |
| Operatie assistenten                                              | 15 |
| Anesthesie-assistenten                                            | 7  |
| Recovery                                                          | 6  |
| CSA                                                               | 5  |
| Doktersassistente Operatieve zorg                                 | 1  |
| SPH (voltijd)                                                     | 2  |
| Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (dual)    | 7  |
| Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (voltijd) | 2  |
| Gipsverbandmeester                                                | 1  |
| Laborant longfunctie                                              | 1  |
| Laborant KNF                                                      | 2  |
| Hartfunctielaborant                                               | 5  |
| Ziekenhuishygiënist                                               | 2  |

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis kent een Stuurgroep Management Development waarin de Raad van Bestuur en de afdeling HR als opdrachtgever zijn vertegenwoordigd, de Jeroen Bosch Academie als leverancier en de Poort RVE's als afnemer. In 2011 en 2012 heeft de Jeroen Bosch Academie samen met de Academie voor Leiderschap (Avicenna) een leiderschapsprogramma ontwikkeld en uitgevoerd voor het 1e en 2e echelon leidinggevenden van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Dienend leiderschap, patiëntveiligheid, patiëntgerichtheid en effectiviteit waren de kernbegrippen waar het programma rondom werd opgebouwd. Het programma is geaccrediteerd en in 2012. Voor het 3e echelon (unithoofden) is begin maart 2012 een leiderschapsprogramma van start gegaan. Beide programma's zijn als 'action learning program's' vormgegeven en zijn daarmee in onderwijskundig opzicht vernieuwend.

### 8.13. Kwaliteitseisen en accreditatie

Ook in 2012 voldoet het Jeroen Bosch Ziekenhuis 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;
- Jeroen Bosch Ziekenhuis is een door Calibris erkend leerbedrijf ;
- Jeroen Bosch Ziekenhuis is een door ECABO erkend leerbedrijf en ingeschreven bij de CRKBO;
- Jeroen Bosch Ziekenhuis werkt samen met AVANS t.b.v. de HBO-verpleegkunde opleiding; 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;

- Jeroen Bosch Ziekenhuis is een erkende praktijkinstelling voor de opleiding tot Verpleegkundig Specialist, acute zorg;
- Jeroen Bosch Ziekenhuis is een V&VN erkende instelling t.b.v. bij en nascholing voor verpleegkundigen;
- het Reanimatie-onderwijs van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is NRR-geaccrediteerd;
- Jeroen Bosch Ziekenhuis vraagt waar dat mogelijk is accreditatie aan bij betreffende gremia voor haar onderwijsprogramma's. Er wordt veel gebruik gemaakt van accreditatie via GAIA, waar het Jeroen Bosch Ziekenhuis onderwijs voor de volgende beroepsgroepen laat accrediten:
  - medisch specialisten
  - verpleegkundigen
  - verpleegkundig specialisten
  - fysiotherapeuten

#### **8.14. JBZ-Leerplein**

Het in 2010 gestarte implementatietraject voor de elektronische leeromgeving van het JBZ-Leerplein heeft in 2011 en in 2012 een vervolg gekregen. Iedere medewerker in het Jeroen Bosch Ziekenhuis beschikt via het JBZ-leerplein over een portfolio waarin alle activiteiten die een medewerker op het gebied van onderwijs heeft ontplooid, worden bijgehouden. Het portfolio is direct beschikbaar voor de individuele medewerker en de direct leidinggevende. Daarnaast ontvangt de direct leidinggevende stuurinformatie vanuit het JBZ-leerplein op afdelingsniveau.

#### **8.15. Wetenschap & innovatie**

Ontwikkelingen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis worden door de wetenschapscommissie gevolgd. Daarnaast heeft de commissie een rol om het wetenschappelijk onderzoek binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis te bevorderen. De commissie rapporteert jaarlijks door middel van een jaarverslag aan de Raad van Bestuur en VMS. De commissie heeft in 2012 een nieuw meerjarenbeleidsplan ontwikkeld dat eind 2012 ter besluitvorming is voorgelegd aan de Raad van Bestuur.

In de landelijke CWTS analyse 2012 bleek dat het Jeroen Bosch Ziekenhuis de 1<sup>e</sup> plaats ranking impact compared to World field average heeft, waar het gaat om succesvolle wetenschappelijke samenwerking met (veelal) universitaire partners.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wetenschapsmagazine " FOCUS" , dat als doel heeft om inspanningen en prestaties op wetenschappelijk gebied te delen met de buitenwereld, is conform plan in 2012 twee maal verschenen.

Het wetenschapsbureau heeft tot taak het onderzoeksklimaat in het Jeroen Bosch Ziekenhuis te verbeteren en ondersteuning te bieden bij de verschillende facetten van een onderzoek. Zoals hulp bij METC goedkeuringsprocedures, ondersteuning bij het schrijven van een protocol, patiëntinformatie, statistische ondersteuning, hulp bij het schrijven van een wetenschappelijk artikel en hulp bij financiering (onder andere in samenwerking met het projectbureau subsidie). Via het wetenschapsbureau kan toegang tot de volgende

ondersteunende software worden aangevraagd: research manager, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en Endnote.

Het wetenschapsbureau heeft een bijdrage geleverd aan het disciplineoverstijgend onderwijs, waarbij de volgende thema's aan de orde zijn gekomen: onderzoeksdesigns, beschrijvende statistiek, kwaliteit van diagnostische tests en schrijven van een wetenschappelijke publicatie. Daarnaast werd in 2012 tweemaal een Good Clinical Practice training georganiseerd.

Jaarlijks wordt er een wetenschapsmiddag georganiseerd. Deze is bedoeld om met name arts assistenten, verpleegkundigen en paramedici hun onderzoek te laten presenteren. Dit jaar zijn er naast voordrachten over recent wetenschappelijk onderzoek in het Jeroen Bosch Ziekenhuis ook e-posterpresentaties gegeven. De meest recente wetenschapsmiddag vond plaats op 15 februari 2012. Voor de beste E-poster is door de Stichting Vrienden van het Jeroen Bosch Ziekenhuis een prijs uitgereikt.

Toetsingen lokale haalbaarheid: In 2012 is de lokale haalbaarheid in 47 totaal maal getoetst: 30 keer was dat een WMO-plichtige studie, in 17 gevallen niet.

Inventarisatie van de wetenschappelijke publicaties in 2011 en 2012 heeft de volgende resultaten opgeleverd:

| <b>Jaar</b> | <b>Artikelen PubMed</b> | <b>Abstracts/ voordrachten posters</b> | <b>Hoofdstukken in boeken</b> | <b>Promoties</b> | <b>Publicaties Niet PubMed</b> |
|-------------|-------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------------|
|             |                         |                                        |                               |                  |                                |
| <b>2011</b> | 123                     | 133                                    | 6                             | 1                | 25                             |
| <b>2012</b> | 114                     | 125                                    | 10                            | 2                | 28                             |



## 9. ICT-beleid

Het strategisch ICT beleid is vastgelegd in het meerjarig Informatieplan ICT. Jaarlijks vindt zo nodig bijstelling van dit plan plaats. In 2012 was hier geen aanleiding toe.

De toepassingen en mogelijkheden van informatie communicatie technologie (ICT) in de zorg worden steeds uitgebreider en complexer. Zowel binnen als buiten het ziekenhuis vindt een verdergaande informatisering en vervlechting met de patiëntenzorg plaats. Innovatieve ontwikkelingen in de ICT markt zijn hierbij ondersteunend aan de strategie van het ziekenhuis. Het ICT- beleid richt zich op een adequate informatievoorziening en onderhoud ervan zodat de patiënt, de verwijzers, de zorgpartners, de medische specialisten, het management en overige medewerkers op een optimale wijze worden ondersteund. Het gaat daarbij steeds meer om ondersteuning van procesvernieuwingen, organisatieveranderingen en optimalisering van de dienstverlening aan patiënten en huisartsen.

Daarnaast ontstaan steeds meer samenwerkingsinitiatieven ontstaan in de regio's Noord-Oost-Brabant en West- en Midden Brabant ten aanzien van digitale uitwisseling van patiëntinformatie.

In de afgelopen jaren zijn meerdere nieuwe informatiesystemen geïmplementeerd zowel op afdelingsniveau als Jeroen Bosch Ziekenhuis breed. Hierbij worden steeds meer informatiesystemen ingezet ter ondersteuning van het primaire zorgproces. Daarnaast neemt de betrokkenheid van ICT bij de medische automatisering toe, bijvoorbeeld bij koppelingen van medische apparatuur aan het ziekenhuis informatiesysteem en bij digitale beeldverwerking. In 2012 is een inrichtingsplan voorbereid tussen ICT en Medische Technologie gebaseerd op gezamenlijk dienstverleningsconcept waardoor de intensivering van de samenwerking ook organisatorisch vorm gaat krijgen.

Het ICT-beleid wordt besproken in het periodiek overleg van de ziekenhuisbrede commissie ICT waarin onder andere medisch specialisten en RVE/clustermanagers uit de (ondersteuning) patiëntenzorg vertegenwoordigd zijn. De Kerngroep Commissie ICT, die onder meer adviseert over investeringen in ICT adviseert tevens inzake prioritering van advies- en implementatieprojecten. Daarnaast is er regulier overleg met de raad van bestuur.

Het beleid wordt jaarlijks vertaald in een projectenkalender die vastgesteld wordt door de Raad van Bestuur. De kalender geeft inzicht in intakes, adviestrajecten en implementatieprojecten.

### 9.1. Operationeel beheer

Voor ICT is een belangrijke taak weggelegd op het gebied van beheer. Dit beheer is gericht op het instandhouding en vernieuwing van de ICT infrastructuur. Instandhouding en blijvend vernieuwen is een continu proces waarin verouderde bouwstenen worden vervangen om de beschikbaarheid te blijven garanderen en noodzakelijke vernieuwingen worden doorgevoerd om toekomstige IT diensten mogelijk te maken. Over het beheer wordt periodiek

gerapporteerd bijv. door vastlegging van incidenten en wijzigingsverzoeken door de servicedesk. Het rapporteren aan de gebruiker betreffende de voortgang van deze incidenten en wijzigingsverzoeken vindt plaats. Het accent van beheer ligt op de technische componenten bestaande uit servers, netwerken, werkplekken, randapparatuur, databases, besturingssystemen en applicaties. Sedert 2012 wordt applicatiebeheer Zorg eveneens geregistreerd voor wat betreft de ziekenhuisbrede zorg toepassingen. Enkele kengetallen over 2012:

- 4.800 werkplekken, incl. PC's, patiënten service terminals, aanmeldzuilen en tablets
- 800 multifunctionele printers, gewone printers en labelprinters
- 46.100 incidenten

Het aantal incidenten, storingen worden ruimschoots binnen de afgesproken servicelevels (90%) en gestelde escalatietijd opgelost. Percentage 2012 was 94% inclusief de incidenten van applicatiebeheer Zorg.

Sedert augustus 2012 is als bezuinigingsmaatregel een PC stop ingesteld om het aantal PC's terug te dringen en waar mogelijk de overige ICT-middelen. Nieuwe werkplekaanvragen zijn als gevolg hiervan in de 2<sup>e</sup> helft van 2012 beduidend afgenomen. Tevens is een analyse gestart op de intensiteit van het huidige gebruik van werkplekapparatuur.

Gelet op de toegenomen afhankelijkheid van de ICT voorzieningen zijn noodprocedures door de gebruikersorganisatie ontwikkeld. Die worden in werking gesteld als de digitale voorzieningen niet beschikbaar zijn. Naast deze crisisvoorzieningen zijn de meeste vitale ICT-bouwstenen redundant uitgevoerd en wordt een start gemaakt met integraal continuïteitsmanagement.

## **9.2. Projecten met ICT ondersteuning in 2012**

ICT heeft in 2012 geïnitieerd en/of deelgenomen in meerdere advies- en implementatie projecten:

- nazorg als gevolg van het betrekken van de nieuwbouw en de hierbij in gebruik genomen nieuwe technieken ( telefonie, audiovisuele hulpmiddelen en zwakstroom installaties.)
- ICT-ondersteuning voor nieuwe buitenlocatie Rosmalen
- video conference faciliteit ten behoeve van de oncologie besprekingen
- routeplansysteem voor het laboratorium
- documentbeheer en workflowmanagement, waaronder de pilot Digitaal vergaderen m.b.v. SharePoint bij de raad van bestuur

## **9.3. Instandhouding & vernieuwing ICT infrastructuur**

De noodzakelijke werkzaamheden zijn verricht in het kader van instandhouding en vernieuwing. Specifiek kan hierbij vermeld worden de oplevering van het draadloos netwerk. Vanaf begin juli kunnen patiënten en bezoekers in de openbare ruimten en poliklinieken gratis en veilig gebruik maken van draadloos internet via KPN Hotspots (gasten internet). Ook op de buitenpoli's in Boxtel en Rosmalen wordt draadloos internet aangeboden. Op de verpleegafdeling kunnen patiënten gebruik maken van bedsite terminals van Patiëntline. Hierop worden allerlei vormen van multimedia diensten aangeboden o.a. telefoon, webcam, televisie, internet, video on demand.

#### **9.4. Programma Bring Your Own Device**

Een programma is gestart op het gebied van Bring Your Own Device gericht op de nieuwe manieren van werken. Deze vragen om veel vrijheid, flexibiliteit en autonomie voor gebruikers. Het credo “anytime, anyplace, anywhere en anydevice” is daardoor actueler dan ooit. Mobile devices, zoals smartphones en tablets sluiten daar naadloos bij aan. Door de invoering van Bring Your Own Device (BYOD) wordt het voor medewerkers mogelijk om met hun eigen mobiel apparaat toegang te krijgen tot het Jeroen Bosch Ziekenhuis netwerk. Dit ligt in de lijn met de visie op het nieuwe werken, ofwel het vergroten van de mobiliteit en flexibiliteit en tijd-, plaats- en apparaat onafhankelijk werken. Hiervoor is in de tweede helft van 2012 de technische basis gelegd en zal een pilot starten in de 1e helft van 2013.

#### **9.5. Programma Digitaal Werken**

In 2012 is het programma Digitaal Werken gestart. De eerste stap betreft het vergroten van de beschikbaarheid van medische patiënteninformatie om de grootste knelpunten op te lossen en te voldoen aan wettelijke regelgeving. Stap twee start als een goed werkend Elektronisch Patiënten Dossier/ ZorgLogistiek (EPD/ZL)- systeem is geselecteerd om in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in te voeren. Via dit EPD-ZL systeem komen onder andere alle medische gegevens, verpleegkundige gegevens, radiologiebeelden, overige medische beeldinformatie en labuitslagen beschikbaar. ICT is op diverse manieren betrokken bij dit programma, w.o. advies- en projectwerkzaamheden.

#### **9.6. Nieuw ICT werkplekconcept Jeroen Bosch Ziekenhuis**

Het project nieuw ICT werkplekconcept Jeroen Bosch Ziekenhuis is gestart in 2009. Doel vormt het realiseren van een betrouwbare, beveiligde en uniforme omgeving waarmede de gebruikers een moderne “rijke”, gelet op functionaliteit, werkplek wordt geboden, ongeacht het tijdstip of de locatie van werken. In het nieuwe werkplekconcept wordt gewerkt met een virtuele omgeving. De standaard werkplekken binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn uitgerold met het nieuwe werkplekconcept. In maart 2012 is gestart met het uitrollen van de speciale werkplekken. Specials zijn pc's die niet volgens de standaard zijn ingericht, bijvoorbeeld functie-pc's met daarop speciale software, of er is speciale hardware aan gekoppeld, of er geldt een speciale licentie voor. In 2012 is een groot gedeelte van deze specials omgezet.

#### **9.7. Onderhoud van applicaties**

Volgens de daarvoor geldende wet- en regelgeving heeft in het Jeroen Bosch Ziekenhuis regulier onderhoud van bestaande applicaties plaatsgevonden. Specifiek kan hierbij vermeld worden de invoering van de DOT per 1 januari 2012 en de hieraan verbonden nazorg in samenwerking met de zorgadministratie. Dit project is gericht op een nog beter werkend en stabiel DBC-systeem, dit als onderdeel van het landelijk plan DBC's op weg naar Transparantie (DOT).

Daarnaast heeft het cluster ICT nieuwe software geïnstalleerd en noodzakelijk onderhoud gepleegd aan reeds operationele systemen. Afgelopen jaar zijn er 30 nieuwe applicaties geïnstalleerd, vonden 69 updates plaats van bestaande software, werden 25 applicaties

voorzien van nieuwe versies voor het Nieuwe Werkplek Concept en zijn 21 componenten of tools voorzien van nieuwe versies.

### **9.8. Informatiebeveiliging en privacy binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis**

Informatiebeveiliging en privacy voor haar patiënten en medewerkers heeft binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis altijd veel aandacht gekregen.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis werkt continue aan het verder implementeren en borgen van informatiebeveiliging in haar organisatie. Vanuit de ambitie om het meest patiëntgerichte en patiëntveilige ziekenhuis van Nederland te zijn wordt er volgens het Plan - Do- Check - Act principe continue gewerkt om informatiebeveiliging en privacy daar waar nodig aan te passen of te verbeteren.

Jaarlijks wordt er een informatiebeveiligingsplan samengesteld en door de raad van bestuur goedgekeurd om deze doelen te bereiken. Uitgangspunten voor dit plan zijn de:

- NEN 7510: 2011 Informatiebeveiliging in de zorg;
- Risico en kwetsbaarheids analyses op alle processen en informatie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis;
- Interne en externe audits

In 2012 lag de nadruk op het vergroten van awareness op het gebied van informatiebeveiliging voor alle medewerkers van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Hiervoor werden 80 presentaties gegeven en was er een workshop rondom privacy en patiëntgegevens.

Binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis is er de privacycommissie die gevraagd en ongevraagd advies en controle uitvoert opdat de privacy voor patiënten en medewerkers volgens geldende (Europese) wet & regelgeving wordt nageleefd zonder daarbij de mogelijkheid voor goede zorg uit het oog te verliezen.

Daarnaast heeft de privacycommissie Jeroen Bosch Ziekenhuis zitting in de regionale privacy commissie voor de gezondheidszorg.

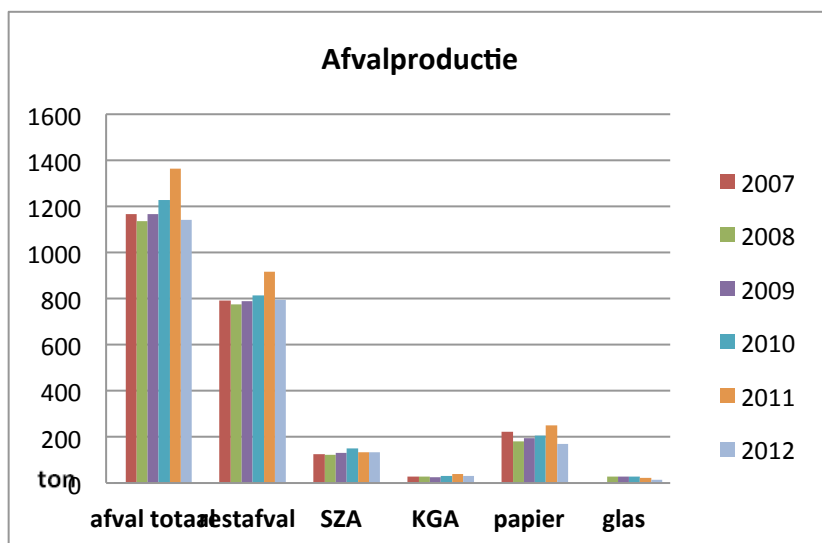
## 10. Samenleving

### 10.1. Milieu

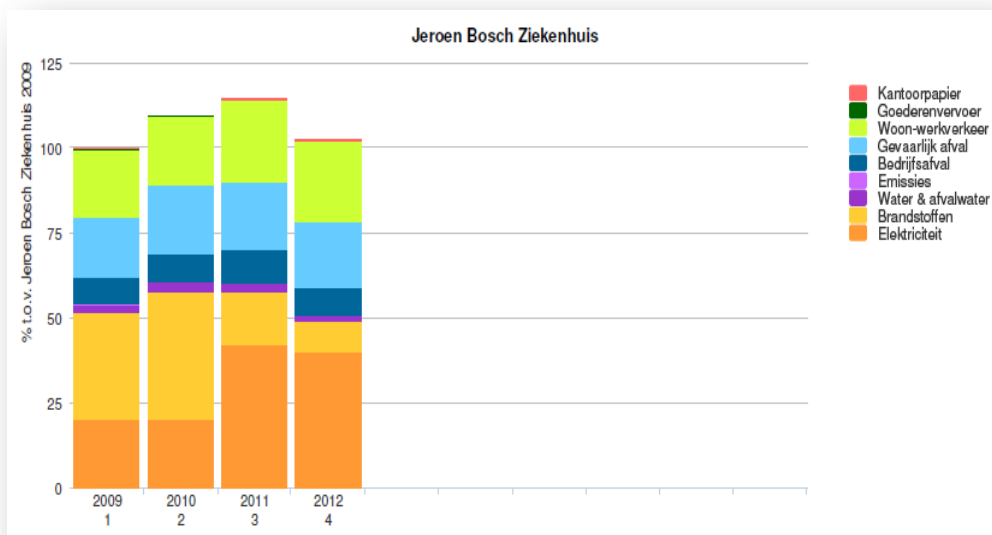
Het jaar stond vooral in het teken van nieuwe vergunningen, een inspectie en een toenemende aandacht voor duurzaamheid binnen het ziekenhuis.

Het monitoren van milieu-indicatoren en het coördineren van milieumaatregelen

- Het vastleggen van de inzameling van ruim 40 afvalstromen in een Afvalhandboek
- Het monitoren van een goede afvalscheiding en de bepaling van het effect van een heel jaar in de nieuwbouw: de totale hoeveelheid afval nam af met 17%



- Het optimaliseren van de jaarlijkse afvalwaterbemonstering voor controle van zuiveringsvoorzieningen als vetputten, gipsvangers en olie- en slibafscidders
- Het begeleiden van de inspectie Leefomgeving en Transport voor de opslag en transport van gevaarlijke stoffen en –afval en de aanpak van verbetermaatregelen
- Het organiseren van periodieke bijscholing ‘Veilig werken met Gevaarlijke stoffen’ voor diverse groepen medewerkers van het Facilitair Bedrijf
- Het behandelen van een calamiteit na lekkage van olie tijdens groenonderhoud
- Het aanvragen van zowel een nieuwe Omgevingsvergunning voor de activiteit Milieu als een Watervergunning.
- Het bepalen van de totale milieubelasting ten gevolge van alle zorgprocessen in het ziekenhuis. De Milieubarometer gaf over 2012 een vermindering van 12% aan



### Bijdragen aan de ontwikkeling van beheersmaatregelen

- Het bijdragen aan het opstellen van ontruimingsplannen van hoog- en midden-risicoafdelingen vanuit een gezamenlijke Risico Inventarisatie en Evaluatie van Bedrijfs hulpverlening, Gevaarlijke stoffen en Milieu
- Het leveren van bijdragen aan bijeenkomsten en nieuwsbrieven voor ruim 100 Arbo & Milieucontactpersonen
- Het geven van advies vanuit de beheerscommissie Gevaarlijke stoffen voor de inrichting van opslaglocaties
- In het kader van Vervoersmanagement werd bijgedragen aan maatregelen ter verbetering van het woon- en werkverkeer. Ook werd deelgenomen aan overleg met gemeente, provincie en wijk voor het verbeteren van de bereikbaarheid van het ziekenhuis.

## 10.2. Energie

In 2012 bedroegen de uitgaven voor energie 2,7 miljoen euro. Dit betekent een daling van 17 % ten opzichte van 2011. Deze afname wordt voornamelijk veroorzaakt doordat in de eerste maanden van 2011 een gelijktijd gebruik was van zowel de oude locaties GZG en Carolus als de nieuwbouw. Pas na mei 2011 was alleen de nieuwbouw in gebruik; 2012 was het eerste volledige jaar met uitsluitend nieuwbouw gebruik.

De verschuiving in het verbruikspatroon naar meer elektra en minder aardgas heeft zich in 2012 verder doorgezet. Het elektraverbruik is gestegen van 19 naar 24 miljoen kWh en het aardgasverbruik is gedaald van 3,2 naar 1,6 miljoen m<sup>3</sup>.

## 10.3. Gebouwen

Het nieuwbouwcomplex dat sinds eind april 2011 in gebruik is, wordt voor gebouw en installatie beheerd in een samenwerkingsverband met externe installateurs.

De meeste aandacht ging nog steeds uit naar het verhelpen van kinderziektes en opstartproblemen aan gebouwen en installaties. Daarnaast vroegen diverse mutaties om aandacht. De ontwikkeling van beheersplannen (o.a. water, medische gassen en lucht) werd

verder uitgebouwd al naar gelang de vereisten in wet- en regelgeving. De gebouwen van het Carolus zijn inmiddels gesloopt en op het vrijgekomen terrein wordt inmiddels woningbouw gerealiseerd. Het complex van het Groot Ziekengasthuis werd overgedragen voor hergebruik.

## 11. Financieel Beleid

### 11.1 Behaalde omzet en resultaten

In onderstaande tabel is het resultaat 2012 in relatie tot het resultaat 2011 weergegeven:

|                                                         | Realisatie<br>2011<br>x € 1 mlj | Realisatie<br>2012<br>x € 1 mlj | Mutatie<br>x € 1 mlj |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| <b>BEDRIJFSOPBRENGSTEN:</b>                             |                                 |                                 |                      |
| Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten               | 190,6                           | 0,3                             | -190,3               |
| Niet gebudgetteerde zorgprestaties                      | 4,1                             | 4,8                             | 0,7                  |
| Omzet DBC's/DBC-zorgproducten B-segment                 | 79,3                            | 91,9                            | 12,6                 |
| Omzet DBC's/DBC-zorgproducten A-segment                 | 0                               | 183,6                           | 183,6                |
| Opbrengsten uit hoofde van transitiebedrag              | 0                               | 6,3                             | 6,3                  |
| Subsidies                                               | 15,0                            | 17,9                            | 2,9                  |
| Overige bedrijfsopbrengsten                             | 14,6                            | 18,1                            | 3,5                  |
| <i>Som der bedrijfsopbrengsten</i>                      | <i>303,6</i>                    | <i>322,9</i>                    | <i>19,3</i>          |
| <b>BEDRIJFSLASTEN:</b>                                  |                                 |                                 |                      |
| Personeelskosten                                        | 167,0                           | 170,1                           | 3,1                  |
| Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa | 35,4                            | 29,0                            | -6,4                 |
| Overige bedrijfskosten                                  | 85,5                            | 104,9                           | 19,4                 |
| <i>Som der bedrijfslasten</i>                           | <i>287,9</i>                    | <i>304,0</i>                    | <i>16,1</i>          |
| <b>BEDRIJFSRESULTAAT</b>                                | <b>15,7</b>                     | <b>18,9</b>                     | <b>3,2</b>           |
| Financiële baten en lasten                              | -14,2                           | -14,9                           | -0,7                 |
| <b>RESULTAAT</b>                                        | <b>1,5</b>                      | <b>4,0</b>                      | <b>2,5</b>           |

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het resultaat over het boekjaar 2012 € 4,0 miljoen positief bedraagt. In vergelijking met het boekjaar 2011 is het resultaat met € 2,5 miljoen toegenomen. Hierna zijn de afzonderlijke mutaties groter dan € 5 miljoen toegelicht.

Vanaf boekjaar 2012 is nieuwe regelgeving van toepassing op de omzetbepaling. De Nza vereist in de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-208) dat een instelling voor medisch specialistische zorg de gerealiseerde omzet uit prestatiebekostiging en de omzet die zou zijn behaald onder de oude bekostigingssystematiek jaarlijks vaststelt. Er is in de jaarrekening 2012 geen sprake meer van een wettelijk budget voor aanvaardbare kosten. In 2012 is alleen een budgetcorrectie op voorgaande jaren verwerkt ad € 0,3 miljoen.



De omzet DBC's B-segment is fors toegenomen ten opzichte van 2011. Dit is enerzijds het gevolg van de nieuwe bekostigingssystematiek en anderzijds heeft het betrekken van de nieuwbouw een positieve invloed op de omzet B-segment gehad.

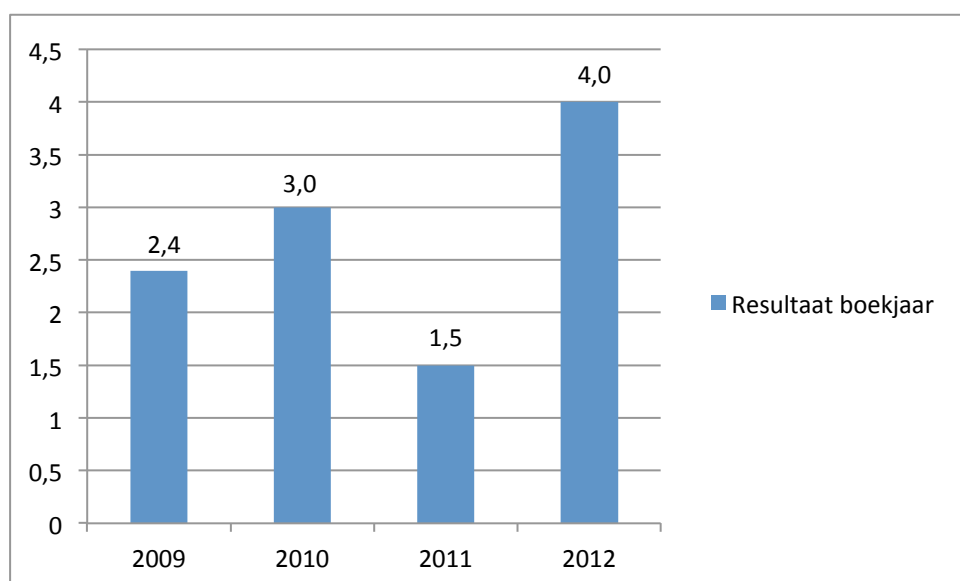
In 2012 bedroeg de omzet DBC's A-segment € 183,6 miljoen ten opzichte van nihil in 2011. Deze toename is een direct gevolg van de nieuwe bekostigingssystematiek, waarbij de omzet A-segment voor het eerst als afzonderlijke jaarrekeningpost is opgenomen.

95% van het verschil tussen de omzet uit prestatiebekostiging en de omzet die zou zijn behaald onder de oude bekostigingssystematiek vormt het transitiebedrag. De omzet uit hoofde van het transitiebedrag bedroeg voor 2012 € 6,3 miljoen (2011: nihil).

De afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa zijn met € 6,4 miljoen afgenomen ten opzichte van 2011. Deze afname is met name veroorzaakt door de hoge afschrijvingen in 2011 als gevolg van de compensatieregeling IVA B-segment.

De forse toename van de overige bedrijfskosten ad € 19,4 miljoen wordt in belangrijke mate verklaard door de opname in 2012 van de kosten van tnf-alafaremmers ad € 7,4 miljoen en de verwerking in deze rubriek van een aantal eenmalige lasten in 2012 ten opzichte van een aantal eenmalige baten in 2011.

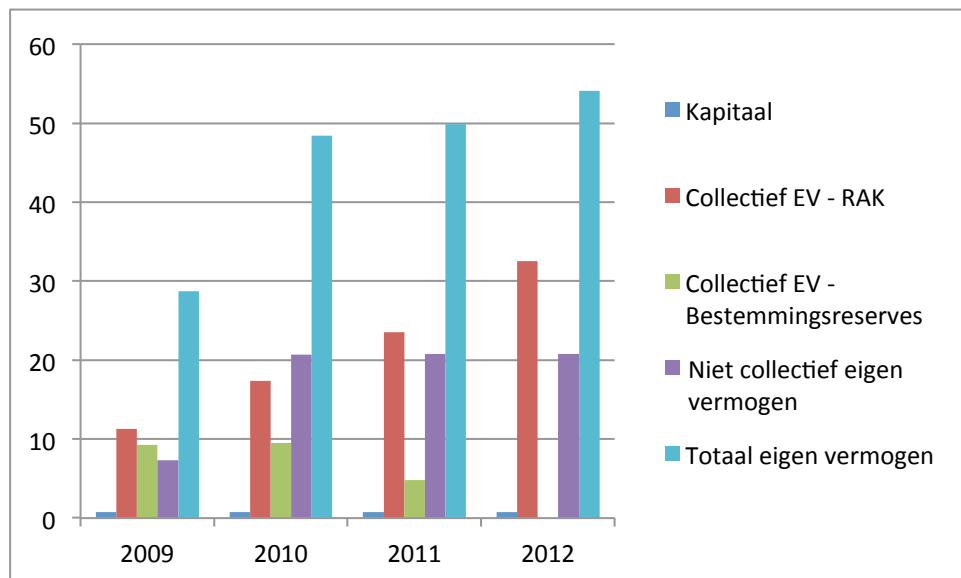
De ontwikkeling van het exploitatieresultaat over de jaren 2009 tot en met 2012 kan als volgt worden weergegeven (x € 1 miljoen):



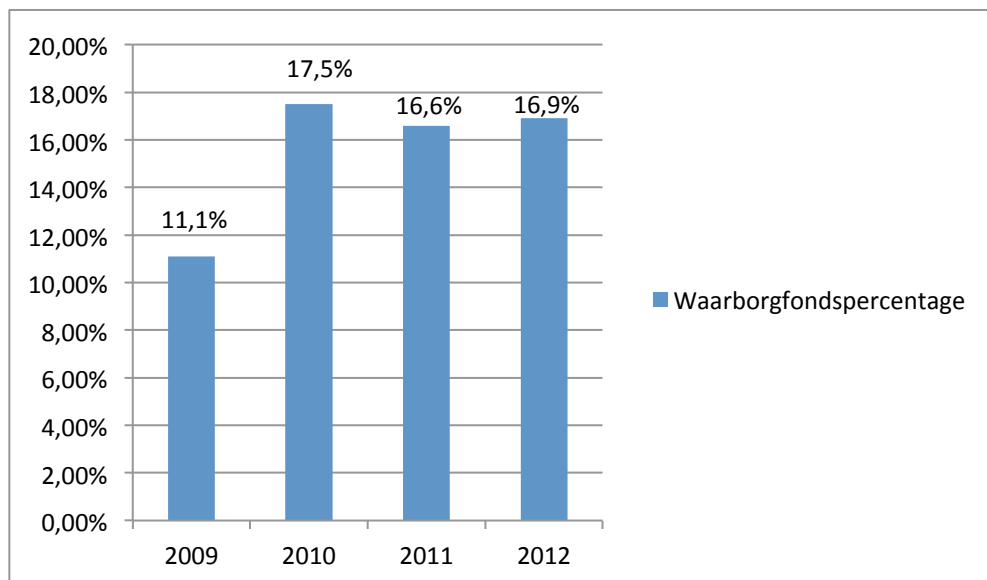
## 11.2 Financiële positie

### *Eigen vermogen*

De ontwikkeling van het eigen vermogen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis over de jaren 2009 tot en met 2012 kan als volgt worden weergegeven (x € 1 miljoen):



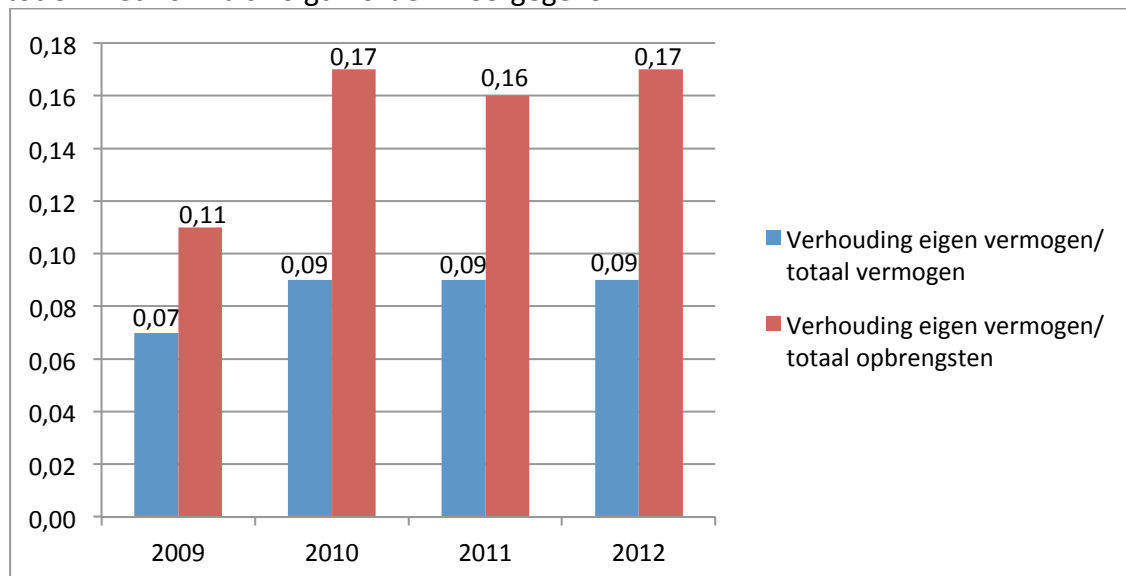
Het eigen vermogen uitgedrukt in een percentage van het risicobudget is hierna weergegeven:



Het eigen vermogen bedroeg ultimo 2012 € 54,1 miljoen en is aanzienlijk gestegen als gevolg van het behaalde positieve resultaat over 2012 ad € 4 miljoen. Dit heeft tevens een positieve invloed op het waarborgfondspercentage. Dat is gestegen naar 16,9%.

### *Solvabiliteit*

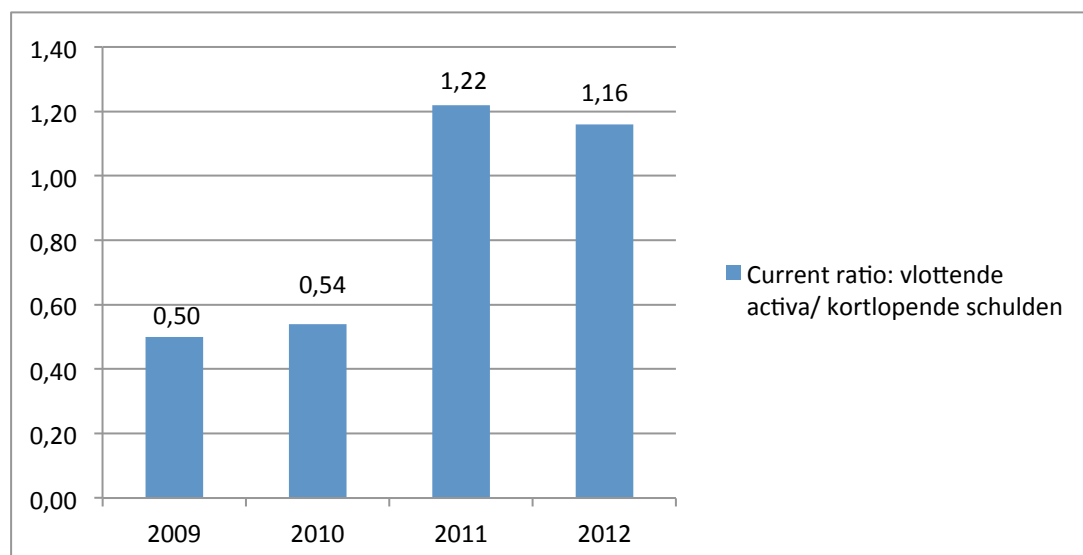
Een organisatie is solvabel wanneer op de langere termijn aan de verplichtingen aan derden kan worden voldaan. De solvabiliteit van het Jeroen Bosch Ziekenhuis kan over de jaren 2009 tot en met 2012 als volgt worden weergegeven:



Vanaf 2010 vertoont de solvabiliteit een (nagenoeg) stabiel niveau. De verwachting is dat de solvabiliteit door de afschrijvingen op de nieuwbouw en de aflossingen op de leningen in de toekomst aanzienlijk zal toenemen.

### *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 2009 tot en met 2012 kan de liquiditeit in de vorm van de current ratio (verhouding 'vlottende activa/kortlopende schulden') als volgt worden weergegeven:



De liquiditeit is licht gedaald ten opzichte van 2011. De belangrijkste mutaties in de liquiditeitspositie worden veroorzaakt door de investeringen in de materiële vaste activa, de bijstortingsplicht op derivaten en de aflossingen op langlopende leningen (financiering nieuwbouw).

## 12. Tolbrug Specialistische Revalidatie

### 12.1. Structuur van de organisatie

#### Algemene identificatiegegevens

|                                          |                                                         |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Naam verslagleggende rechtspersoon       | Tolbrug Specialistische Revalidatie, Jaap Jan Pieterman |
| Adres                                    | Henri Dunantstraat 7                                    |
| Postcode                                 | 5223 GZ                                                 |
| Plaats                                   | 's-Hertogenbosch                                        |
| Telefoonnummer                           | (073) 553 56 00                                         |
| Identificatienummer Kamer van Koophandel | 41084046                                                |
| E-mailadres                              | j.j.pieterman@tolbrug.nl                                |
| Internetpagina                           | <a href="http://www.Tolbrug.nl">www.Tolbrug.nl</a>      |

Tolbrug maakt deel uit van Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis, maar geniet een 'status aparte'. 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.

Tolbrug is gevestigd naast de hoofdingang van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Daarnaast voert Tolbrug zijn programma uit op meerdere locaties, te weten voor de kinderrevalidatie op de locatie van Mytylschool Gabriël en locatie Elzengaard in 's-Hertogenbosch. Sinds 22 oktober 2012 zijn Gabriël en locatie Elzengaard samengevoegd in Atlent aan de Kooikersweg in 's-Hertogenbosch. Tolbrug biedt op de locatie van Ziekenhuis Bernhoven in Oss ook revalidatiedagbehandeling aan. Daarnaast biedt Tolbrug op meerdere locaties aan verschillende zorginstellingen consultatie, waaronder de ouderen- en gehandicaptenzorg.

#### Organisatiestructuur & werkwijze

Tolbrug is georganiseerd in drie businessunits, waarbij de clustering van activiteiten zo optimaal mogelijk aansluit bij het vraagpatroon van klanten en het verwijspatroon van verwijzers:

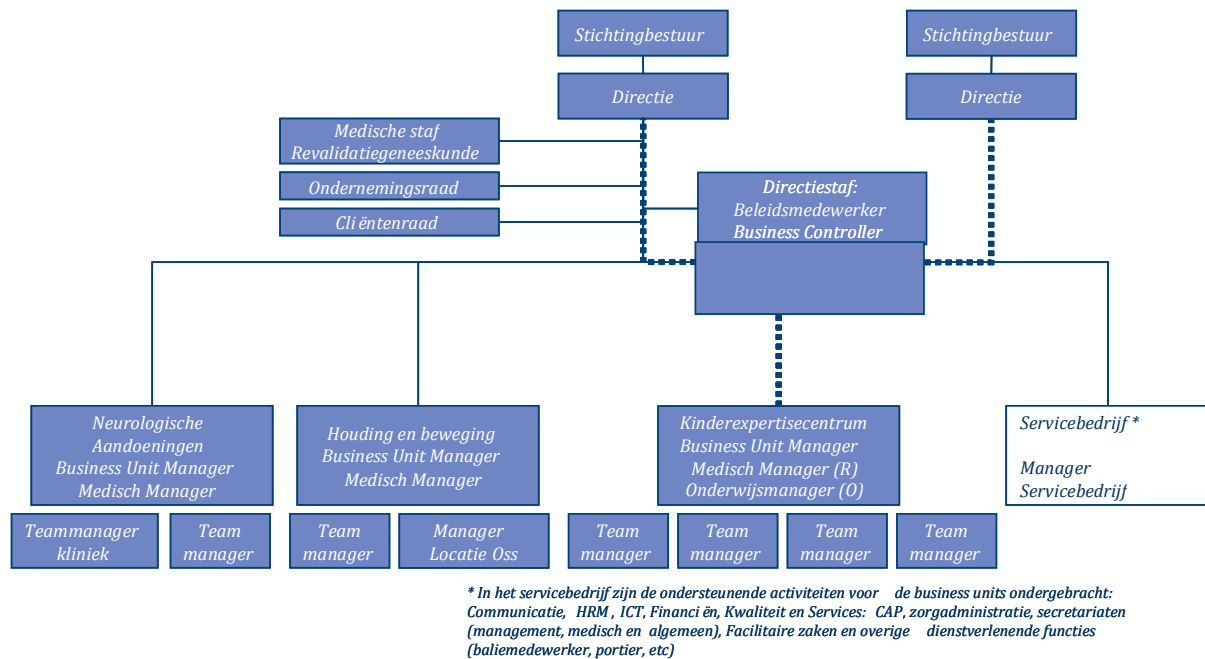
- Revalidatie Houding en Beweging (inclusief Revalidatie locatie Oss);
- Revalidatie Neurologische aandoeningen (inclusief aansturing kliniek Tolbrug);
- Kinderrevalidatie Expertise Centrum (KEC) (kinderrevalidatie en Mytylschool Gabriël).

Het management van de business units wordt gevormd door een business unit manager en een medisch manager. Het managementduo is integraal verantwoordelijk voor alle activiteiten binnen de business unit. De business unit manager bepaalt samen met de medisch manager het beleid, passend binnen de kaders van het revalidatiecentrum.

Naast de organisatie van het primaire proces worden de ondersteunende processen georganiseerd vanuit een servicebedrijf. Daarin zijn de werkzaamheden onder te verdelen in een tweetal onderdelen: administratieve processen en facilitaire ondersteuning.

De structuur kent de volgende adviesorganen: de vakgroep revalidatiegeneeskunde, de cliëntenraad en de onderdeelcommissie van de Jeroen Bosch Ziekenhuis-ondernemingsraad. Zij adviseren de directie.

In schema ziet dit er als volgt uit (n.b. deze structuur is van begin 2012, in dit schema is de nieuwe business unit Paramedische Ziekenhuiszorg nog niet opgenomen):



## 12.2. Beleid, inspanningen en prestaties 2012

In 2012 is veel werk verzet om die toekomstplannen verder inhoud en vorm te geven. Het nieuwe strategisch kader 2012 – 2014 is vastgesteld. Daarnaast hebben we onze intrek genomen in de nieuwbouwlocatie in 's-Hertogenbosch. Verder zijn we volop betrokken bij de voorbereidingen van de nieuwbouwlocaties Zorghotel Uden en het Kinderrevalidatie Expertise Centrum in 's-Hertogenbosch.

De ontwikkeling en uitbreiding van het aanbod in de regio, expertisecentra op de terreinen van kinderen, NAH en Hand & Pols zijn voorbeelden van de ambities die door Tolbrug worden nagestreefd en waargemaakt. Opvallend hieraan is dat in alles de verticale samenwerking met andere zorgaanbieders voorop staat. Samenwerking die het revalidatieproces kenmerkt en waarin de meerwaarde voor de revalidant het beste tot zijn recht komt. De revalidant is namelijk het meest gebaat bij optimale maatschappelijke participatie. Tolbrug trekt die lijn door met samenwerking ook als basis te zien voor de kwalitatieve en kwantitatieve groei in de komende jaren.

In de afgelopen jaren heeft Tolbrug bewezen dat zij in staat is om te groeien en te ontwikkelen. Vooruitlopend op de beoogde groei en uitbreiding van de samenwerking, was het daarom van het grootste belang om, met de DBC's in aantocht, de processen in de organisatie goed te stroomlijnen. Met inachtneming van de resultaten in 2012 kan gesteld worden dat Tolbrug op haar toekomst is voorbereid.

Als gevolg van de intrek in de nieuwbouw is het klinisch aanbod van Tolbrug verder uitgebreid. De poliklinische productie en eerste consulten zijn ook verder toegenomen. In het verslagjaar voldeed Tolbrug daarmee ruimschoots aan de taakstelling zoals deze met de zorgverzekeraars was afgesproken. Hiermee beantwoordt Tolbrug weer beter aan de vraag in de regio noordoost Brabant. Het uiteindelijke resultaat is hieronder terug te vinden.

| kerngegevens revalidatiecentrum Tolbrug                     | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       |
|-------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Capaciteit</b>                                           |            |            |            |            |
| Aantal erkende bedden                                       | 25         | 25         | 32         | 36         |
| Aantal feitelijk beschikbare poliklinische behandelplaatsen | 39         | 42         | 45         | 48,5       |
| <b>Personeel</b>                                            |            |            |            |            |
| Aantal personeelsleden in loondienst                        | 134        | 147        | 240        | 260        |
| Aantal medisch specialisten op 31 december                  | 14         | 13         | 21         | 22         |
| Aantal fte medisch specialisten op 31 december              | 12         | 12         | 16         | 15         |
| <b>Bedrijfsopbrengsten</b>                                  |            |            |            |            |
| Totaal bedrijfsopbrengsten                                  | 10.803.000 | 11.578.000 | 14.291.000 | 14.813.000 |
| Waarvan wettelijk budget aanvaardbare kosten                | 10.119.000 | 10.819.000 | 13.294.000 | 13.681.000 |
| Waarvan overige bedrijfsopbrengsten                         | 684.000    | 759.000    | 997.000    | 1.132.000  |
| <b>Productie</b>                                            |            |            |            |            |
| Aantal klinische opnamen                                    | 146        | 150        | 168        | 212        |
| Aantal klinische verpleegdagen                              | 8.311      | 8.475      | 10.622     | 12.227     |
| Aantal klinische revalidatiebehandelingen                   | 15.109     | 15.283     | 19.205     | 23.041     |
| Aantal poliklinische revalidatiebehandelingen               | 52.476     | 58.018     | 62.014     | 64.568     |
| Aantal eerste consulten in verslagjaar                      | 2.943      | 3.617      | 4.457      | 4.376      |

#### *Nieuw baken*

Tolbrug heeft in haar meerjarenbeleidplan een nieuw baken gedefinieerd voor de periode 2012-2014. Tolbrug stelt zichzelf in 2014 ten doel:

- te allen tijde de mens centraal te stellen, naar hem/haar te luisteren en te weten waar ieders uitdagingen en valkuilen liggen;
- de revalidant uit te dagen het maximale uit zichzelf te halen;
- het aanbod, de organisatie en medewerkers voortdurend te ontwikkelen, door grenzen op te zoeken, ook buiten het eigen vakgebied;

een verbindende rol in de verticale keten te vervullen voor de belangrijkste doelgroepen, waarbij niet het volume en de kwantiteit, maar de kwaliteit en complementariteit van samenwerkende partijen centraal staat;

- revalidanten te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun copingvaardigheden en optimale maatschappelijke participatie, op het gebied van wonen, werken, onderwijs, vrije tijd, gezin en relaties;
- in 2014 een bedrijfsopbrengst van circa € 20 miljoen te genereren (inclusief het paramedisch aanbod in het Jeroen Bosch Ziekenhuis) met een jaarlijks rendement van 2%.

Het realiseren van deze doelstellingen gebeurt in fasen. 2012 stond in het teken van inrichten en ontwerpen van al wat nodig is om het strategisch beleidsplan te realiseren. Na het betrekken van de nieuwbouw in 2011 heeft Tolbrug in 2012 haar eerste jaar volledig in de nieuwbouw gedraaid.

Desondanks is 2012 een roerig jaar geweest, met name door het lastige onderhandelingstraject met de zorgverzekeraars alsmede de realisatie van de beoogde groei inclusief het behalen van het rendement van € 300.000,-- door de productieoverheveling van het Jeroen Bosch Ziekenhuis naar Tolbrug. In 2013 staat de implementatie centraal, inclusief het leggen van verbindingen met de samenwerkingspartners. De verfijning gebeurt in 2014.

### **12.3. Doelstellingen voor 2013**

#### **12.3.1. samenwerking**

Het management neemt verantwoordelijkheid en initiatief in het zoeken naar potentiële samenwerkingspartners met dezelfde intrinsieke behoefte om revalidanten te laten participeren in de maatschappij (op de gebieden wonen, werken, onderwijs, relaties en vrije tijd), complementair aan onze dienstverlening.

#### *Samenwerking met het Jeroen Bosch Ziekenhuis*

De Raad van Bestuur heeft besloten dat Tolbrug geen eigen juridische entiteit krijgt en de status aparte van Tolbrug in 2013 verder wordt geformaliseerd.

#### *Atlent*

ATLENT is de naam van het samenwerkingsverband dat Tolbrug heeft met Mytyschool Gabriel, Cello en SWZ. OP 22 oktober 2012 is ATLENT in haar nieuwe gebouw getrokken. De verschillende organisaties zullen zich in 2013 verder inspannen om vorm te geven aan het principe “1 kind, 1 plan”. De keuze om intensief samen te werken in plaats van in elkaar op te gaan zal een behoorlijke investering van de partners vergen.

#### *Udens Duyn*

De samenwerkingspartners (Ziekenhuis Bernhoven, Brabant Zorg en Tolbrug) werken aan de realisatie van Herstelhotel Udens Duyn in Uden. Tolbrug, locatie Oss, neemt medio 2013 haar intrek in Udens Duyn. In 2012 zijn de voorbereidingen getroffen en is er intensief met de participanten overlegd over de inhoudelijke afstemming en samenwerking. In 2013 krijgen deze gesprekken een vervolg om de inhoudelijke samenwerking op behandelniveau verder vorm te geven, mede met de ontwikkeling van de landelijke proeftuinen in het achterhoofd. Momenteel wordt gezien of er nieuwe doelgroepen dan wel nieuwe producten/diensten met deze partners ontwikkeld kunnen worden.

### *Verwijzersmanagement*

Er is een startdocument opgesteld met een voorstel hoe verwijzersmanagement binnen Tolbrug vorm te geven. De focus daarin ligt met name op het opbouwen van een sterke relatie met de (top)verwijzers van Tolbrug en met hen te werken aan samenwerking en verbinding. Dit doen we door goede afspraken te maken op het gebied van de werkwijze, productie, netwerken en marketing. Vanwege onder andere onze wachtlijsten en wachttijden en het beperken van de productiegroei door zorgverzekeraars, is verwijzersmanagement nog belangrijker geworden. Niet zozeer met als primaire doel de verwijzersstromen te laten toenemen, maar om de juiste verwijzingen te krijgen en zo de instroom (en dus de uitstroom van verwijzers) qua timing en inhoudelijke kwaliteit te optimaliseren.

### *Medewerkers*

Met alle medewerkers vindt een jaargesprek plaats. Hierin worden de professionele en persoonlijke ontwikkeling gemonitord en adequate afspraken vastgelegd. Dit wordt vastgelegd in een Persoonlijk Ontwikkel Plan (POP). Ook in 2013 vindt Tolbrug het van belang dat medewerkers worden uitgedaagd om het beste uit zichzelf te halen. In de interne visiedocumenten o.a. over de kernwaarden wordt hier aandacht aan besteed.

### *Integratie PMA*

Tolbrug en de paramedische afdeling van het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn in 2012 geïntegreerd.

Na een positief besluit van de Raad van Bestuur over het inrichtingsdocument 'Integratie PMA en Tolbrug, vormt de PMA nu tijdelijk een vierde businessunit (BU) binnen Tolbrug. Feitelijk is hiermee een nieuw Tolbrug ontstaan, die bestaat uit een BU Neurologie, een BU Houding en Beweging, een BU Kinderen- en Jongeren-revalidatie, een BU Paramedische Ziekenhuiszorg en een Servicebedrijf.

De BU Paramedische Ziekenhuiszorg valt onder de verantwoordelijkheid van het businessunitmanagement van Houding en Beweging. In 2013 zal verder uitvoering worden gegeven aan het integratieplan. Belangrijk onderdeel daarin is o.a. de kosten en baten van het portfolio van paramedische ziekenhuiszorg goed met elkaar in evenwicht te brengen/te houden. We trekken graag samen op met de RVE's in het Jeroen Bosch Ziekenhuis om tot een verantwoord en financieel rendabel aanbod te komen.

### *Veranderingen in management*

Het waarborgen van continuïteit in de sturing van processen in een periode van verandering, productiegroei en kostenreductie is een lastig gegeven met de vele wijzigingen in c.q. de halvering van het leidinggevend kader. In 2013 zal de organisatiestructuur van Tolbrug en de invulling van het leidinggevend kader worden bekeken om te komen tot een slagvaardig en flexibele organisatie die haar status kan waarmaken.



### 12.3.2. Marketing & Communicatie

#### *Externe communicatie*

Revalidanten en zorgverzekeraars stellen steeds meer eisen aan kwaliteit en richten zich meer op de inhoud van de geleverde zorg en toegevoegde waarde. Tolbrug wil zich onderscheiden als aanbieder van specialistische revalidatiezorg. Tolbrug communiceert naar andere zorgaanbieders en klanten open en transparant over onze behandeling en resultaten. In 2013 werkt Tolbrug aan een extern communicatie- en marketingplan, waarin is uitgewerkt hoe Tolbrug zich extern profileert. De visie moet automatisch onderdeel zijn van de boodschap. Tolbrug moet een autoriteit en kenniscentrum worden op het gebied van maatschappelijke participatie. De inzet van digitale media neemt hier een belangrijke rol in.

#### *Interne communicatie*

Het strategisch beleid wordt alleen een succes als de medewerkers doordrongen zijn van de visie van Tolbrug. De medewerkers dienen de visie over maatschappelijke participatie te kunnen ademen! Daartoe is een intern communicatieplan opgesteld, waarin de identiteit van Tolbrug is vastgelegd en waarmee de interne samenwerking en kennisdeling wordt gestimuleerd. In 2013 wordt verder gewerkt aan de interne communicatie.

#### *Marketingcommunicatie: Arbeidsreintegratie*

In 2012 heeft Tolbrug “Brug naar Arbeid”, een gespecialiseerd re-integratiebedrijf gelanceerd. Hiervoor is in september 2012 de eerste commerciële website gerealiseerd. De website (<https://www.brugnaararbeid.nl>) geeft informatie aan werknemers, werkgevers en bedrijfsartsen over de werkwijze. Aanmelding voor begeleiding bij re-integratie kan eveneens via de website. Met deze service kan Tolbrug zich ook in 2013 onderscheiden van andere aanbieders. In 2012 is gestart bij de BU Neurologie. In 2013 zal dit initiatief worden verder worden uitgebreid.

#### *ICT*

De implementatie van de nieuwe versie van Ecaris zal in 2013 plaatsvinden.

Eveneens zal gestart worden met een project waarbij verbetervoorstellen kunnen worden gerealiseerd met betrekking tot:

1. digitaliseren correspondentie revalidant;
2. digitaliseren communicatie beschikbaarheid;
3. communicatie op website over spreekuren en therapietijden;
4. afzeggingen afspraken (w.o. herinneren aan afspraken per sms).

Ook de overgang van DBC's naar DOT vraagt de nodige aanpassingen van de ICT omgeving. Belangrijk is ook het traject dat reeds in 2012 is ingezet om de managementinformatie te optimaliseren. Hierin wordt samen opgetrokken met de afdeling F&C van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, met als doel de managementinformatie te integreren in het ziekenhuissysteem. Het plan is om in 2013 een start te maken met het implementeren van het landelijke revalidatie-EPD. Dit zal een forse investering van mensen en middelen vragen.

### *Telemedicine*

Tolbrug heeft zich aangemeld voor deelname aan het project Telemedicine. Telemedicine is een project om laagdrempelig ervaring op te doen met 'zorgprocessen thuis'. Het is een aanvulling op behandeling in een centrum, maar vervangt het niet. Het omvat 2 toepassingen: een webbased oefenprogramma (revalidant doet oefeningen thuis, géén interactie met professional) en facetalk

(een interfacemogelijkheid voor face tot face contact tussen patiënt-arts/behandelaar, professionals onderling etc).

Het doel van dit initiatief is de kans op succesvolle implementatie van telemedicine in de dagelijkse revalidatiezorg te vergroten en te versnellen door elk revalidatiecentrum in Nederland te outillieren met de benodigde technologie en educatie om telemedicine diensten te kunnen leveren. De centra worden voorzien van een aantal telemedicine toepassingen, zorgverleners worden opgeleid in het gebruik van telemedicine en ze krijgen de mogelijkheid met de telemedicinetoepassingen te experimenteren. Hierdoor wordt een belangrijke stap naar routinematige toepassing van telemedicine in de dagelijkse zorg gemaakt.

### *Opleiding revalidatie geneeskunde*

Met het vertrek van de opleider in 2012 is een nieuwe aanvraag gedaan voor het opleiderschap om in het circuit Nijmegen/Arnhem/Den Bosch te blijven participeren in de opleiding tot revalidatiearts.

Er is een senior onderzoeker aangesteld om het doen en aanvragen van wetenschappelijk onderzoek te stimuleren.

### *Alliantie*

Er zijn verkenningen geweest om als Tolbrug samen te werken met de Radboud universiteit op het gebied van cognitie en motoriek, samen met Neurologie en Geriatrie uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

## 12.3.3. Financiering Revalidatiezorg/Zorgverzekeraars

### *DBC / DOT*

Met ingang van 2012 heeft een belangrijke wijziging in de financiering van revalidatiezorg plaatsgevonden. Geleidelijk aan maakt de functionele budgettering plaats voor prestatie bekostiging via DBC's/DOTs. Deze overgangsfase duurt 3 jaar en voor deze periode geldt een soort vangnet waarmee wordt voorkomen dat zorginstellingen op grondde van deze wijzigingen in de financiering geconfronteerd worden met significante mutaties in hun budgetten zowel in positieve als negatieve zin. Met ingang van 2015 zal de financiering van revalidatiezorg volledig gericht zijn op DOT afspraken vermoedelijk gebaseerd op vrije prijsvorming.

Deze wijzigingen in de financieringsstructuur hebben geleid tot een herinrichting van het proces voor het maken van afspraken met zorgverzekeraars. Met onze regionale zorgverzekeraars ( VGZ en CZ Groep) worden de afspraken over het schaduwbudget (FB parameters) gemaakt. DOT afspraken worden per zorgverzekeraar gemaakt hoofdzakelijk door met elke zorgverzekeraar een omzetplafond af te spreken. De basis voor dit soort "plafond" afspraken is om het schaduwbudget te relateren aan het individueel marktaandeel per zorgverzekeraar.

## Bijlage 1

### Organisatorisch - logistieke commissies

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| (Commissie) Algemene Individuele Klachtenregeling Medewerkers |
| Centrale Opleidingscommissie (COC)                            |
| ICT-commissie                                                 |
| Materialencommissie                                           |
| Wetenschapscommissie                                          |
| Privacy Commissie                                             |

### Commissies in het kwaliteitsdomein

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| Anti-Stollingscommissie                             |
| Bloedtransfusiecommissie                            |
| Centrale Commissie Pijn                             |
| Centrale VIM                                        |
| Decubituscommissie                                  |
| Donatiecommissie                                    |
| Duidelijk Beter (stuurgroep)                        |
| (Commissie) Endoscopische Chirurgie                 |
| Ethiek, medische (stuurgroep)                       |
| Geneesmiddelencommissie                             |
| IC commissie                                        |
| Infectie Preventie Commissie                        |
| (Commissie) Intensieve en spoedeisende geneeskunde  |
| Kindermishandeling                                  |
| Onafhankelijke Klachtencommissie conform de Wet KCZ |
| Necrologiecommissie                                 |
| OK Raad / Commissie                                 |
| Oncologiecommissie                                  |
| Reanimatiecommissie                                 |
| SEH commissie                                       |
| Stralingshygiëne Jeroen Bosch Ziekenhuis            |
| Voedingscommissie                                   |
| (Commissie) Voorbehouden en Risicovolle Handelingen |
| Commissie Medicatieveiligheid                       |

### Commissies vanuit de medische staf

|                                              |
|----------------------------------------------|
| Appraisal & Assessment commissie             |
| Bossche Samenscholing                        |
| (Commissie) Investerings Medische Apparatuur |
| Kwaliteitsoverleg MS                         |
| Vacaturecommissie VMS                        |

## Bijlage 2

### Geaccrediteerde en gecertificeerde afdelingen

| Afdeling                                | Geaccrediteerd<br>(naam label) | Datum<br>uitreiking | Geldigheid | Naam toetsende<br>instantie                                                                                                                                                 | Volgende<br>certificering/accreditatie |
|-----------------------------------------|--------------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Dialyse                                 | HKZ / ISO9001                  | 01-07-2011          | 30-06-2014 | Lloyds/DiaVisie                                                                                                                                                             | 12 september 2013**                    |
| Nefrologie                              | CZO                            | 09-12-2010          | 09-12-2015 | CZO 1707                                                                                                                                                                    | 9 december 2015                        |
| Oncologie opleiding en<br>werkprocessen | CZO                            | 19-11-2011          | 30-11-2016 | CZO 1922                                                                                                                                                                    |                                        |
| Sport Medisch Centrum                   | TMS                            | 8 juli 2011         | 4 jaar     | SCAS                                                                                                                                                                        | 8 juli 2015                            |
| Klinische Chemie en<br>Hematologie      | RVA/CCKL                       | 27-06-2012          | 4 jaar     | RVA/CCKL                                                                                                                                                                    | 2016<br>Controlebezoek 28-2-13         |
| Trombosedienst                          | RVA/CCKL<br>FNT                | 27-06-2012          | 4 jaar     | RVA/CCKL<br>FNT                                                                                                                                                             | 2016<br>Controlebezoek 28-2-13         |
| Laboratorium voor<br>Pathologie         | RvA/CCKL                       | 30-11-2004          | 2017       | RvA/CCKL                                                                                                                                                                    | 2016                                   |
| Laboratorium voor<br>Med.Microbiologie  | RvA/CCKL                       | 30-06-2010          | 2015       | RvA/CCKL                                                                                                                                                                    | Juni 2015                              |
| Medische Technologie                    | ISO 9001:2008                  | 01-12-2000          | 01-03-2016 | DEKRA                                                                                                                                                                       | Najaar 2013                            |
| Jeroen Bosch Academie                   |                                |                     |            | -MSRC-visitaties<br>-NVAO bij HBO<br>-Calabris bij MBO<br>-V&VN bij-nascholing<br>verpleegk.doelgroepen<br>-V&VN verpleegk.spec.<br>-CZO<br>-CRKBO<br>-Ned. Reanimatie Raad |                                        |
| Poli Fertiliteit (IVF)                  | ISO                            | 23-03-2012          | 3 jaar     | Lloyd's                                                                                                                                                                     | 2013                                   |
| Intra Uteriene<br>Inseminatie           | ISO                            | Maart 2012          | 3 jaar     | Lloyd's                                                                                                                                                                     | 2016                                   |
| Kinderafdeling                          | Gouden Smiley                  | 13-02-2013          | 3 jaar     | Kind en Ziekenhuis                                                                                                                                                          | 2016                                   |
| Kinderdagbehandeling                    | Gouden Smiley                  | 13-02-2013          | 3 jaar     | Kind en Ziekenhuis                                                                                                                                                          | 2016                                   |
| Kraamsuites<br>Perinatologieafdeling    | Gouden Smiley                  | 13-02-2013          | 3 jaar     | Kind en Ziekenhuis                                                                                                                                                          | 2016                                   |
| HIC-C / C-STC                           | HOVON                          | Dec. 2012           | ?          | HOVON                                                                                                                                                                       | ?                                      |

## Bijlage 3

### Kwaliteitsindicatoren

Hieronder ziet u ter illustratie de resultaten in 2012 van de kwaliteit en veiligheid van onze zorg op de verpleegafdelingen. Deze resultaten gelden voor het hele ziekenhuis en zijn niet afhankelijk van een bepaalde behandeling. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg geven deze resultaten een goed beeld van de kwaliteit van de zorg in een ziekenhuis. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft deze resultaten vergeleken met 28 andere topklinische ziekenhuizen in Nederland. Hiervan bevinden zich er 6 in de regio Brabant. Hieruit blijkt dat de verpleegkundige basiszorg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis van hoog niveau is.

#### Doorligwonden

|  | 2011 | 2012   | Wij streven naar |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|--------|------------------|
| % patiënten met decubitus (graad 2 t/m 4)<br><i>Een lage score is beter</i>       | 2,2% | 2,1% 😊 | minder dan 5%    |

Patiënten die een doorligwond krijgen tijdens hun ziekenhuisopname hebben een grotere kans op andere problemen, waardoor zij langer in het ziekenhuis moeten verblijven. Door op tijd maatregelen in te zetten, kan voorkomen worden dat doorligwonden ontstaan.

#### Pijn

|  | 2012 (3e kwartaal) | 2012 (4e kwartaal) | Wij streven naar |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| % patiënten gevraagd naar pijn<br><i>Een hoge score is beter</i>                    | 91%                | 95% 😊              | 95% en hoger     |
| % patiënten met matige tot ernstige pijn<br><i>Een lage score is beter</i>          | 13%                | 10% 😊              | minder dan 5%    |

In het Jeroen Bosch Ziekenhuis willen wij dat patiënten niet onnodig pijn lijden. Slecht behandelde (plotselinge) pijn kan ernstige medische problemen geven en het herstel vertragen. Ook kan pijn de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden.

## Ondervoeding

|  | 2011<br>(3e kwartaal) | 2012<br>(4e kwartaal) | Wij streven naar                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| % patiënten volledig gescreend<br><i>Een hoge score is beter</i>                  | 97%                   | 100% 😊                | 95% en hoger<br>(landelijk 80%) |
| % patiënten met voldoende eiwitinname<br><i>Een hoge score is beter</i>           | 53%                   | 48% 😞                 | 60% en hoger                    |

Ondervoeding door ziekte komt vaak voor. Landelijke cijfers tonen aan dat ongeveer één op de drie patiënten bij opname ondervoed is. Dit verhoogt de kans op problemen. Door voldoende te eten neemt de weerstand toe, krijgen infecties minder kans en genezen wonden sneller. Daarom vinden we het belangrijk om ondervoeding op te sporen en aan te pakken.

## Verwardheid

|                           | 2011<br>(3e kwartaal) | 2012<br>(4e kwartaal) | Wij streven naar |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| % patiënten volledig gescreend<br><i>Een hoge score is beter</i>                                            | 94%                   | 98% 😊                 | 90% en hoger     |
| % patiënten bij wie zorgplan gestart is binnen 24 uur<br><i>Een hoge score is beter</i>                     | 69%                   | 84% 😊                 | 90% en hoger     |
| % patiënten die gedurende 3 dagen en 3 diensten geobserveerd is (DOS 3x3)<br><i>Een hoge score is beter</i> | 71%                   | 83% 😊                 | 90% en hoger     |

Oudere mensen (70+) hebben meer risico om tijdens de opname in het ziekenhuis plotseling verward te raken. Dit noemt men 'een delier'. Ook onrust en hallucinaties zijn belangrijke symptomen. Verschillende factoren, zoals een operatie of infectie, kunnen de kans op een delier vergroten. Dit verhoogt de kans op problemen, wat leidt tot verminderde kwaliteit van leven en tot meer en langere opnames in het ziekenhuis. Daarom vinden we het belangrijk om plotselinge verwardheid te voorkomen.

## **Bijlage 4**

Jaarverslag 2012

Cliëntenraad

Jeroen Bosch Ziekenhuis



# JAARVER- SLAG

## CLIËNTEN- RAAD 2012





**Jaarverslag 2012**  
**Clëntenraad**  
**Jeroen Bosch Ziekenhuis**

## Colofon

**Het jaarverslag 2012  
is een uitgave  
van de Cliëntenraad van het  
Jeroen Bosch Ziekenhuis**



Januari 2013

**Redactie:**  
Cliëntenraad

Secretariaat Cliëntenraad  
Jeroen Bosch Ziekenhuis  
Postbus 90153  
5200 ME 's-Hertogenbosch  
Telefoon: 073 – 553 31 97  
[clienraad@jbz.nl](mailto:clienraad@jbz.nl)

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

Het jaarverslag 2012 staat op de website van het ziekenhuis [www.jeroenboschziekenhuis.nl](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl)  
JBZ-medewerkers kunnen ook de eigen JBZ-intranetpagina (Organisatie, Adviesorganen,  
Cliëntenraad) raadplegen.

## Inhoud

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord                                                                                     | 4  |
| Algemene informatie                                                                           | 5  |
| Activiteiten 2012                                                                             | 7  |
| Speerpunten                                                                                   | 9  |
| Afscheid mw. L.A.M. van der Sloot - van der Heijden en dhr. A.A.M. van Grinsven op 28-06-2012 | 13 |
| Adviezen 2012                                                                                 | 14 |
| Budget Cliëntenraad 2012                                                                      | 17 |
| Een vooruitblik op 2013.                                                                      | 18 |

## Voorwoord

De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) heeft het mogelijk gemaakt dat cliënten meer invloed hebben gekregen op de zorg die zij ontvangen in een zorginstelling. In dit jaarverslag wordt nog eens het doel en de missie van de Cliëntenraad van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) aangegeven en tevens wordt getoond op welke wijze de doelen zijn nagestreefd en of er ook daadwerkelijk resultaten zijn behaald in 2012. De Cliëntenraad van het JBZ behartigt, als vertegenwoordiger van de cliënten van dit ziekenhuis, naar eer en geweten deze belangen en legt ieder jaar hierover via het jaarverslag verantwoording af.

Met een werkplan als uitgangspunt, waarin vele onderwerpen en afspraken met interne relaties zijn vastgelegd, is de Cliëntenraad ook dit jaar weer vol enthousiasme aan de slag gegaan en heeft zich intensief beziggehouden met de patiëntenparticipatie, evenals met de verbeterpunten die in het jaar na de ingebruikname van de nieuwbouw nog aan het licht kwamen. Ook heeft de Cliëntenraad gesproken met externe contacten en relaties van het ziekenhuis, teneinde een beeld te krijgen van de onderlinge samenwerking en de wijze van overdragen van de medische gegevens van de cliënten.

Bij de adviezenaanvragen vanuit de Raad van Bestuur heeft de Cliëntenraad zich iedere keer weer afgevraagd wat het voorstel of het besluit van de Raad van Bestuur betekent voor de cliënt/patiënt en heeft dan ook steeds vanuit dat perspectief een advies gegeven. “De patiënt centraal” is onze missie. Het meest patiëntveilige, patiëntgerichte en patiëntvriendelijke ziekenhuis worden is het doel waarnaar de Cliëntenraad streeft.

In dit verslag vindt u de onderwerpen terug die met diverse gremia binnen het JBZ zijn besproken, evenals de conclusies en aanbevelingen die uit de gesprekken zijn voortgevloeid. De relatie van de Cliëntenraad met de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, het bestuur van de Vereniging Medische Staf en de managers van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RvE-managers) is openhartig en de Cliëntenraad wordt als een serieuze gesprekspartner gezien. Ook de contacten met de andere adviesraden zoals de Verpleegkundige Advies Raad en de Ondernemingsraad zijn plezierig, doelmatig en transparant.

2012 was een druk, maar boeiend jaar. We hebben statutair afscheid moeten nemen van twee zeer competente en bevlogen bestuurders, te weten Betsie van der Sloot, voormalig voorzitter en Adrie van Grinsven, onze financieel expert en tevens lid van het Dagelijks Bestuur. Cor de Jager, lid van de Cliëntenraad en Henrian Selten, ambtelijk secretaris van de Cliëntenraad hebben op eigen verzoek om persoonlijke redenen afscheid genomen. Wij danken hen allen heel hartelijk voor hun belangrijke bijdrage, want mede aan hun inzet hebben wij in grote mate onze tot nu toe bereikte status te danken.

Een goede onderlinge verstandhouding binnen de Cliëntenraad is de basis van waaruit wij willen werken en gelukkig heeft de Cliëntenraad in 2012 drie nieuwe en betrokken leden en een nieuwe ambtelijk secretaris mogen verwelkomen, die zich allen reeds geheel naar tevredenheid hebben ingewerkt. De Cliëntenraad ziet uit naar 2013 en zal zich wederom maximaal inspannen om het eerder genoemde doel te bereiken en zal o.a. door het stellen van vragen aan de deelnemers van het Digipanel nog beter zicht proberen te krijgen op de noden en wensen van de cliënten van het JBZ. Het Digipanel is een belangrijke bron van informatie en de Cliëntenraad zal dan ook trachten het aantal leden van dit panel in 2013 verder uit te breiden.

Renée Spermon-Marijnen,  
Voorzitter Cliëntenraad JBZ

## Algemene informatie

### De Cliëntenraad

Sinds april 2001 kent het JBZ een Cliëntenraad. De Cliëntenraad van het JBZ is een onafhankelijke en zelfstandige raad, die bestaat uit negen vrijwillige leden uit het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. De raad wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris.

### Missie

Als onafhankelijk adviesorgaan van het JBZ heeft de Cliëntenraad de volgende missie:  
*“De Cliëntenraad oefent, zoveel mogelijk door samenwerking, daar waar dat kan invloed uit op de beleidsvorming en beleidsuitvoering van het JBZ voor de beste en meest veilige zorg, het creëren van keuzemogelijkheden voor cliënten en permanente cliëntenparticipatie”.*

### Doel

De Cliëntenraad adviseert de Raad van Bestuur van het JBZ gevraagd en ongevraagd over allerlei onderwerpen waar cliënten mee te maken (kunnen) krijgen. De rechten die de Cliëntenraad hierbij heeft, staan beschreven in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).

### Werkwijze

De Cliëntenraad richt zich op algemene belangen, wensen en behoeften van de cliënten van het JBZ. De Cliëntenraad volgt daarom medische, ethische en maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg in zijn algemeenheid en binnen het JBZ in het bijzonder. Het cliëntenperspectief wordt via adviezen onder de aandacht van de Raad van Bestuur én zorg- en dienstverleners van het JBZ gebracht.

De Cliëntenraad vergadert maandelijks. Vier maal per jaar vindt een overleg met de Raad van Bestuur plaats waarvan een maal per jaar samen met de Raad van Toezicht. Om goed geïnformeerd te zijn praat de Cliëntenraad daarnaast ook met patiëntenverenigingen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de zorgverzekeraars en natuurlijk met zorgverleners en dienstverleners binnen en buiten het ziekenhuis.

### Leden

De samenstelling van 1 januari 2012 tot 1 juli 2012 was als volgt:



- Mw. L.M.A. van der Sloot-van der Heijden, Liempde, voorzitter
- Dhr. A.A.M. van Grinsven MPM, Schijndel, vice-voorzitter
- Mw. H.E.M. Spermon-Marijnen, 's-Hertogenbosch, secretaris,

- Mw. W.G.M. van de Wassenberg-van Ravensteijn, Berlicum
- Mw. H.J.M. van Lierop, Haaren,
- Mw. A.M.J.G. de Bonth-van Lier, 's-Hertogenbosch
- Dhr. T.C.M.A. van den Hout, Berlicum
- Dhr. W.T.J. Smetsers, Boxtel

De samenstelling vanaf 1 juli 2012 was als volgt:



- Mw. H.E.M. Spermon-Marijnen, 's-Hertogenbosch, voorzitter
- Mw. W.G.M. van de Wassenberg-van Ravensteijn, Berlicum, vice-voorzitter
- Mw. H.J.M. van Lierop, Haaren, secretaris
- Dhr. A.E. Blatter, Hedel,
- Mw. A.M.J.G. de Bonth-van Lier, 's-Hertogenbosch
- Dhr. T.C.M.A. van den Hout, Berlicum
- Dhr. J.C.P. Marcelis, Rosmalen,
- Dhr. W.T.J. Smetsers, Boxtel
- Mw. C.W.M. Verhoeven, Udenhout,

De Cliëntenraad is tot 01-11-2012 ondersteund door H. Selten-Tromp, ambtelijk secretaris. Vanaf 15-10-2012 wordt de Cliëntenraad ondersteund door A.J. Biesheuvel-van Loon, ambtelijk secretaris vanuit het JBZ.

## **Activiteiten 2012**

### **Vergaderingen**

De Cliëntenraad is in 2012 elfmaal voor een reguliere vergadering bij elkaar gekomen. Met de Raad van Bestuur (RvB) is vijfmaal overleg gevoerd. Met het bestuur van de Vereniging Medische Staf (VMS) is vier maal en met de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) is driemaal gesproken.

Vanuit de Cliëntenraad hebben diverse gesprekken plaatsgevonden met RVE-managers en andere functionarissen van bijvoorbeeld de afdelingen Kwaliteit en Veiligheid, Marketing, Communicatie & Customer Relations, Geestelijke Verzorging en Klachtenbemiddeling.

Door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid worden spiegelgesprekken gepland, waarin teruggekeken wordt op de ervaringen van patiënten rond hun ziekenhuisopname en behandeling. Een delegatie van de Cliëntenraad is hier als toehoorder bij aanwezig.

De Cliëntenraad heeft door middel van afvaardiging deelgenomen aan de stuurgroep klantgerichtheid (later "initiatiefgroep klantgerichtheid"), en aan de werkgroep rookbeleid.

### **Nightingale prijs 2012**

Op initiatief van de Cliëntenraad is voor de vijfde keer de Nightingale prijs uitgereikt voor de meest patiëntvriendelijke medewerker. Iedereen die werkzaam is binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis en die zich bijzonder verdienstelijk heeft gemaakt voor het welzijn van de patiënten, komt in aanmerking voor nominatie voor deze prijs.

De nominatie staat open voor artsen en verpleegkundigen, maar ook voor medewerkers die wat meer op afstand van de patiënt zich inzetten, zoals stafmedewerkers, voedingsassistenten, administratief medewerkers of laboratoriummedewerkers.

De prijs, die ter beschikking gesteld wordt door de Raad van Bestuur, bestaat uit een kunstwerk en een dinerbon voor de winnaar. De winnaar krijgt voor de afdeling waar die persoon werkzaam is een bedrag van € 5.000 te besteden voor verdere verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Het geldbedrag van € 5000 is door de Nightingale 2011, mw. Tamara Schalken, nog niet besteed maar zal een goede bestemming op haar afdeling krijgen.

De prijs is inmiddels binnen het ziekenhuis een begrip geworden. Publiciteit voor het JBZ omtrent de uitreiking is te vinden in diverse geschreven en online media. Deze prijs draagt bij aan het streven om te komen tot het meest patiëntvriendelijke ziekenhuis.

De samenstelling van de jury 2012 was als volgt:

- Mw. R. Spermon-Marijnen, voorzitter Cliëntenraad (voorzitter jury)
- Mw. W. van de Wassenberg-van Ravenstein, lid Cliëntenraad
- Mw. M. Paes, lid Raad van Toezicht van het Jeroen Bosch ziekenhuis
- Mw. D. van de Veerdonk, huisarts in Sint Michielsgestel.
- Dhr. M. Knoops, directeur van Woonzorgcentrum De Beemden in Sint Michielsgestel.

De winnaar van 2012 werd bekend gemaakt voorafgaand aan de nieuwjaarsreceptie van het ziekenhuis op maandag 7 januari 2013.

***En de winnaar is ...***



In 2012 gaat de Nightingale prijs naar mw. Margreet Langenhuijsen.

Mw. Margreet Langenhuijsen is zorgassistent op afdeling A6 zuid, Maag-, Darm-, Leverziekten en Reumatologie. Margreet is door haar hele afdeling voorgedragen voor deze prijs. Margreet heeft een hart van goud en neemt haar taak zeer ruim op in de goede zin van het woord. Haar enorme inzet en enthousiasme zijn fantastisch. Haar tomeloze inzet voor patiënten en collega's is bekend in het JBZ. Zij doet haar werk met liefde en passie.



### **Digipanel**

Nadat in 2011 toestemming is verkregen om een digipanel op te richten, zijn in dit kader allerlei activiteiten ondernomen die in 2012 nog verder zijn uitgewerkt. Zo is het digipanel in eerste instantie samengesteld uit mensen die zich hiervoor hebben aangemeld tijdens een wervingsactie van de Cliëntenraad tijdens de Open dag op 12 november 2011. Daarnaast zijn diverse patiëntenorganisaties en belangenverenigingen benaderd met het verzoek of zij willen deelnemen aan het digipanel. Een eerste inventariserende vragenronde is in mei 2012 uitgezet onder alle leden van het digipanel, de respons was groot. Het is de bedoeling dat het digipanel enkele malen per jaar zal worden benaderd. Welke vragen aan het digipanel worden voorgelegd, wordt in overleg met de Raad van Bestuur en de afdeling Marketing, Communicatie & Customer Relations bepaald in de vergadering van de Cliëntenraad aan de hand van actuele onderwerpen. De uitkomsten van de vragenrondes worden besproken met de Raad van Bestuur.



## Speerpunten

Om een keuze te maken uit de veelheid van onderwerpen en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in het algemeen en binnen het JBZ in het bijzonder, is in 2012 gekozen tot het vaststellen van een drietal speerpunten. Voor deze speerpunten zijn drie deelcommissies benoemd, elk met een eigen opdracht.

- **Speerpunt Aandachtige zorg**

In 2012 heeft een werkgroep van de Cliëntenraad zich ingespannen om een aantal concrete zaken voor de verbetering van patiëntgerichtheid onder de aandacht te brengen en waar mogelijk en wenselijk verbeterpunten voor te leggen aan de Raad van Bestuur. Zij deed dit onder de noemer 'Aandachtige zorg'.

De werkgroepleden hebben gesproken met verschillende functionarissen die ten aanzien van aandachtige zorg een belangrijk rol vervullen of zouden kunnen vervullen. Op het programma stonden gesprekken met onder meer dhr. Cor van Sante over de uitkomsten van spiegelgesprekken en mevr. Wilma Caris over aandachtspunten rondom de klachtenafhandeling en tevredenheidonderzoeken. Werkgroepleden hebben daarnaast vragen geformuleerd voor het digipanel onder meer over bezoektijden en bereikbaarheid van het ziekenhuis.

### *Anti-mopperdag*

Leden van de werkgroep hebben uitvoerig gesproken met mevr. Tamara Schalken. Zij heeft in 2011 de Nightingale prijs gewonnen en zou met die erkenning mogelijk als boegbeeld voor aandachtige zorg kunnen functioneren. Mevr. Schalken vindt het een goed idee om alle winnaars van de Nightingale prijs in te schakelen om met concrete acties aandachtige zorg een gezicht te geven en zij was ook zeer bereid haar medewerking te verlenen. Op haar eigen afdeling Neurologie heeft zij de anti-mopperdag ingevoerd.

### *Kwaliteitsborden afdeling*

Het afgelopen jaar hebben leden van de werkgroep de kwaliteitsborden op de afdeling Neurologie bezocht. De kwaliteitsborden zijn een goed initiatief en kunnen zowel voor patiënten als medewerkers een meerwaarde hebben. Patiënten kunnen aangeven hoe zij de opname in het JBZ hebben ervaren. Voor de medewerkers leveren de kwaliteitsborden aanknopingspunten om hun werkwijze waar nodig aan te passen of te perfectioneren. De Cliëntenraad heeft dan ook ten zeerste aanbevolen de kwaliteitsborden op een goede manier te blijven hanteren.

### *'Werken uit het hart én uit het hart van Brabant'*

In juni 2012 stond een werklunch gepland, waarbij de nota 'Werken uit het hart en uit het hart van Brabant' zou worden besproken. Deze lunch kon geen doorgang vinden, omdat eerst het besluit van de Raad van Bestuur over de missie en visie diende te worden afgewacht. De werkgroep wilde de nota bestuderen op aanknopingspunten voor patiëntgerichtheid en op grond daarvan een gesprek hebben met mevr. Gita Gallé. Om toch vooruitgang te boeken heeft de werkgroep zelf een overleg afgesproken, waarvoor alle betrokkenen waren uitgenodigd. Helaas waren slechts drie genodigden aanwezig, te weten de dames Byvanck en Scholman van de afdeling Marketing, Communicatie & Customer Relations, en mw. Bouman van de afdeling klachtenopvang en bemiddeling. Tijdens dit gesprek heeft de werkgroep vooral gepleit voor een traject van patiëntgerichtheid waarbij je start vanaf de werkvloer, om op deze manier meer draagvlak te creëren.

Het besluit van de Raad van Bestuur om de vaststelling van missie en visie uit te stellen heeft zeker tot gevolg gehad dat de werkgroep aan de overige punten van het plan van

aanpak niet is toe gekomen. Zo zijn de doelstellingen van invoering van shadowing (overleg met de Raad van Bestuur) en deelname aan de commissie 'Maaltijdvoorziening' niet gerealiseerd.

### *Conclusies*

Voor de werkgroep is duidelijk dat de nota 'Werken uit het hart' de basis moet zijn om vorm en inhoud te geven aan 'Aandachtige zorg'. Dat geeft namelijk duidelijke handvatten om te onderzoeken;

- op welke manier de winnaar / winnares van de Nightingale prijs ondersteunend kan zijn om de aandachtige zorg een gezicht te geven;
- hoe medewerkers van de "werkvloer" kunnen worden uitgenodigd om aan te geven wat goed is voor de patiënt en welke bijdrage eenieder daaraan kan leveren of zou moeten leveren;
- welke voorzieningen/randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het welbevinden van de patiënt c.q. de patiëntgerichtheid van de medewerkers waar mogelijk en wenselijk te bevorderen.

### *Aanbeveling*

De Cliëntenraad heeft in 2012 aandachtige zorg als een van haar speerpunten benoemd. Omdat aandachtige zorg of patiëntgerichtheid de basis zou moeten zijn van al ons handelen, pleit de Cliëntenraad ervoor aandachtige zorg als leidraad bij de speerpunten van 2013 te laten terug komen. De Cliëntenraad vindt het van belang dat vooral medewerkers betrokken worden bij de verdere ontwikkeling van de aandachtige zorg.

- ***Speerpunt Evaluatie van het ziekenhuis, de JBZ-nieuwbouw***

#### *Doel van de evaluatie:*

Het in beeld brengen van de stand van zaken in het ziekenhuis één jaar na het betrekken van de nieuwbouw. Naar aanleiding van eigen bevindingen en reacties van bezoekers en patiënten onderzochten we de volgende onderwerpen:

- Werking oproepsysteem op de poli's en de situering van de monitoren.
- Fietsenstalling voor bezoekers op het voorplein.
- Bewegwijzering.
- Vloeren badkamers.
- Logo van ziekenhuis bij hoofdingang.
- Gebruik van de liften voor patiëntenvervoer.
- Islamitische gebedsruimte.
- Klok bij de receptie en op andere plaatsen in de openbare ruimte.
- Prijzen restaurant.
- Geldautomaat.
- Parkeertarieven.
- Rolstoelen en wachtende bezoekers in de regen.
- Rookbeleid.
- Geboorteloket.
- Uitzetten ommetjes.
- Koffie en thee verstrekken aan wachtende bezoekers.
- Oversteek tussen parkeergarage/taxistandplaatsen en hoofdingang.
- Advisering pimp your poli.
- Bevoorrading verpleegafdelingen.

Deze onderwerpen bespraken we met de Raad van Bestuur en veel zaken zijn ter hand genomen en uitgevoerd.

Naar aanleiding van een bezoek aan de verpleegafdeling Neurologie en een gesprek met een vertegenwoordiger van het gehandicaptenplatform moeten de volgende onderwerpen nog met de Raad van Bestuur besproken worden:

- Diversiteit behandelprotocollen.
- Medicijnbereiding op de afdelingen.
- Gebrek aan overlegruimtes op de verpleegafdelingen.
- Schoonmaak.
- Situering badkamers.
- Geleidelijnen voor slechtzienden.
- Toegangsdeur naast draaideur hoofdingang.

#### *Conclusie:*

De Cliëntenraad concludeert dat het nieuwe Jeroen Bosch Ziekenhuis een prachtig gebouw is, waar de medewerkers zich met veel deskundigheid en werkplezier inzetten voor de patiënten. Ook de patiënten ervaren het gebouw als patiëntvriendelijk. Er zijn echter, anderhalf jaar na de ingebruikname, nog steeds zaken voor verbetering vatbaar.

- ***Speerpunt Naar buiten gerichtheid van het JBZ / Onderzoek externe contacten van het JBZ***

#### *Inleiding*

Het JBZ is de laatste jaren voor de verhuizing erg gericht geweest op interne processen. Een (logisch) gevolg van de fusie van drie ziekenhuizen en de voorbereidingen op (het betrekken van) de nieuwbouw. In het jaar na de opening van het nieuwe JBZ is het een voor de hand liggende stap voor ons als belangenbehartiger van de (potentiële) cliënten om te onderzoeken hoe het JBZ de kwaliteit van zorg ook waarborgt buiten de muren van het ziekenhuis.

#### *Doelstelling*

Het ultimo 2012 kunnen aanreiken van een aantal conclusies/aanbevelingen aan de Raad van Bestuur, die ertoe kunnen leiden de kwaliteit van zorg zowel binnen als buiten het JBZ nog beter gestalte te geven en te waarborgen

#### *Werkwijze*

De werkgroep heeft gesprekken gevoerd met zowel interne als externe deskundigen:

- Intern JBZ:
  - Relatiemanager huisartsen
  - Unithoofd maatschappelijk werk en transferpunt
  - Veiligheidscoördinator Cluster Kwaliteit en Organisatie (CKO)
  - Hoofd Bureau Bestuursondersteuning - Secretaris Raad van Bestuur
  - Medisch specialist patiëntveiligheid
  - Student geneeskunde keuze co-schap
- Extern:
  - Thuiszorgorganisatie Vivent
  - Huisartsen
  - Regionale ondersteuningsstructuur Zuid-Nederland Robuust (voorheen Rose / Phoenix)

#### *Conclusies en aanbevelingen*

- Een goedwerkend Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is van groot belang. Verdere digitalisering en ontwikkeling hiervan is een noodzaak.
- Gebruik van 'zorgdomein' (internetapplicatie voor communicatie tussen huisarts en zorginstelling) bij huisartsen moet verder worden gepromoot, zodat het gebruik

hiervan toeneemt. Het is vooralsnog de enige betrouwbare (digitale) manier om informatie over te dragen.

- Er moeten concrete afspraken worden gemaakt en criteria worden opgesteld voor verwijzing per specialisme. De mogelijkheid om dit te koppelen aan het gebruik van zorgdomein is evident omdat als zorgdomein gehanteerd wordt, de patiënt zeker is van een verwijzing en ook dat die aanwezig is bij het eerste polikliniekbezoek.
- Het zou wenselijk zijn dat de patiënt de regie heeft (voor zover dat kan) over zijn eigen dossier en dit ook altijd bij zich heeft.
- De mantelzorg moet binnen het ziekenhuis worden 'erkend'.
- Voor de huisarts laat de bereikbaarheid van de dienstdoende specialist voor collegiale consultatie vaak te wensen over.
- De bejegening door sommige specialisten wordt door de huisartsen niet altijd als gelijkwaardig ervaren.
- Overdracht van opname naar thuissituatie of verzorgingshuis verdient extra aandacht.
- Als de thuis- of gezondheidssituatie complex is, is het aan te bevelen dat het "Transferpunt" naar de patiënt toegaat. Het Transferpunt brengt de situatie van de patiënt beter in kaart dan de verpleegafdeling en stelt ook adequatere vragen.
- Een algemeen loket voor hulpmiddelen en informatie over thuiszorgmogelijkheden wordt gemist, waardoor de zorg thuis niet altijd goed geregeld is en/of mensen niet weten welke mogelijkheden er zijn voor de thuissituatie of waar ze hulpmiddelen kunnen halen.
- Op de verpleegafdelingen worden huiskamers gemist, mensen vereenzamen, er is geen activiteitenbegeleiding. Uitbehandelde patiënten kunnen ook op een afdeling worden geplaatst, dat is goedkoper en beter voor de patiënt.

Het is de leden van de werkgroep bekend dat van de hiervoor genoemde conclusies en aanbevelingen er sommige inmiddels in uitvoering zijn genomen, dan wel op korte termijn in de organisatie worden uitgezet.



**Afscheid mw. L.M.A. van der Sloot - van der Heijden en dhr. A.A.M. van Grinsven, MPM, op 28 juni 2012.**

Betsie van der Sloot en Adrie van Grinsven hebben na 8 jaar lidmaatschap statutair afscheid genomen van de Cliëntenraad. De Cliëntenraad, opgericht in 2001, had in de beginjaren erg veel moeite om haar positie te bepalen en een juiste manier van werken te vinden. Betsie en Adrie traden in 2004 tegelijk toe als lid en hebben ook die moeizame beginfase meebeleefd. In de afgelopen acht jaar is er veel veranderd en veel verbeterd; er zijn veel zaken en thema's opgepakt door de Cliëntenraad, waarbij zowel Betsie als Adrie, vanuit hun eigen persoonlijkheid en expertise, een cruciale rol hebben gespeeld.

Als prominent voorbeeld mag dan ook het instellen van de Nightingale prijs genoemd worden. In het kader van de naamsbekendheid van de Cliëntenraad had Betsie bedacht een patiëntvriendelijkheidsprijs in te stellen en kwam Adrie op het lumineuze idee deze prijs te noemen naar Florence Nightingale. Afgelopen januari is de prijs voor de zesde maal uitgereikt en zijn ook de namen van Betsie en Adrie nog even gevallen.

Beschouwen we hen individueel, dan kan het volgende worden gezegd: Betsie, met haar bijzondere aandacht voor mensen met beperkingen en/of van allochtone afkomst, heeft veelvuldig de aandacht van de Cliëntenraad voor deze groepen gevraagd. Daarnaast was zij ook heel creatief; ze regelde dat de Cliëntenraad samen met de patiënten de eerste nacht in het nieuwe ziekenhuis kon doorbrengen, teneinde de volgende morgen meteen de tips en de tops aan de Raad van Bestuur te kunnen doorgeven. Daarbij kregen alle leden van de Cliëntenraad een zogenaamd "overlevingspakket" mee. De laatste 3,5 jaar was Betsie voorzitter van de Cliëntenraad en ook dat heeft zij met verve gedaan. Haar twee belangrijkste speerpunten waren: bejegening van en communicatie met de cliënten.

Adrie heeft zijn deskundigheid op financieel gebied acht jaar lang getoond en de leden van de Cliëntenraad steeds weer geduldig uitleg gegeven over allerlei financiële perikelen en financiële risico's. Vaak stuurde hij de Cliëntenraad mailtjes over belangrijke onderwerpen die hij ergens gelezen had en waarvan hij vond dat die in de Cliëntenraad moesten worden besproken. Of het nu ging over voeding of ondervoeding van patiënten, de medezeggenschap van cliëntenraden of over de financiering van de zorg; Adrie liet het weten en de Cliëntenraad deed er haar voordeel mee.

Het waren fijne collega's. De sfeer binnen de Cliëntenraad was uitstekend en zowel de contacten binnen het ziekenhuis als daarbuiten verliepen altijd in een zeer positieve sfeer. Beiden hebben zich 8 jaar lang maximaal ingezet voor de belangen van de cliënten van het JBZ en de Cliëntenraad is hen hier uiterst dankbaar voor.



## Adviezen 2012

De positie van de Cliëntenraad is voor een belangrijk deel te vergelijken met de rol van een Ondernemingsraad. Door gevraagd en ongevraagd te adviseren geeft de Cliëntenraad praktische invulling aan medezeggenschap waarbij het belang van de cliënten voorop staat.

De term “advies” geeft al aan dat de Raad van Bestuur niet verplicht is het standpunt van de Cliëntenraad over te nemen. Waar het echter gaat om “direct” cliëntenbelang, zoals bij voorgenomen wijzigingen op het gebied van voeding, veiligheid, gezondheid en hygiëne, geestelijke verzorging, en de klachtencommissie heeft de Cliëntenraad verzwaard adviesrecht. Indien de Raad van Bestuur een besluit wil nemen dat afwijkt van het advies van de Cliëntenraad dient er overleg met de Cliëntenraad plaats te vinden. Komen partijen samen niet tot overeenstemming, dan zal de zogeheten “Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden” (LCV) een uitspraak doen.

De Cliëntenraad kan daarnaast ook ongevraagde adviezen uitbrengen. Bijvoorbeeld wanneer de Cliëntenraad signalen opvangt dat zaken niet lopen zoals ze, gezien vanuit cliëntenperspectief, zouden moeten lopen. Ongevraagde adviezen kunnen ook ingegeven worden door bevindingen vanuit de speerpunten, landelijke ontwikkelingen, persoonlijke of gecommuniceerde bevindingen, door persberichten en anderszins.

De Cliëntenraad hanteert het cliëntenperspectief, zoals beschreven in de missie, als rode draad voor de adviezen. De Cliëntenraad stelt zich steeds de vraag op welke wijze het belang van de cliënt het meest gediend wordt. Of het nu gaat om beleidsmatige zaken zoals de begroting van het ziekenhuis, om meer praktische problematieken zoals bewegwijzering in de nieuwbouw of met betrekking tot het aanbieden van keuzemogelijkheden wat betreft de voeding.

## Uitgebrachte gevraagde adviezen in 2012

- *Beslisdocument begroting 2012.*  
Het leidend denkkader, te weten de zes dimensies van kwaliteitszorg; patiëntveiligheid, klantgerichtheid, effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid, spreekt de Cliëntenraad erg aan. Ook het gegeven dat het begrotingsproces het jaarplanproces steeds beter verbindt, vroeger in het jaar opstart en steeds meer door het RvE-management gedragen wordt, stemt tot tevredenheid. De Cliëntenraad adviseert positief.
- *Document Missie Visie en Strategie.*  
De Cliëntenraad complimenteert de Raad van Bestuur met de wijze waarop de zorg rondom de patiënt van het JBZ hierin is verwerkt. Naast de zorg voor de patiënt binnen de muren van het ziekenhuis, wordt ook een relatie gelegd met de zorg voor de patiënt buiten het ziekenhuis. Het optimaliseren van contacten met externe zorgaanbieders wordt toegejuicht. De Cliëntenraad plaatst wel enkele kanttekeningen onder andere bij de keuze voor een breed zorgaanbod en het ontbreken van een standpunt inzake fellowships en bij de bijzonder hoog geformuleerde ambities.  
De Cliëntenraad stemt in met de versie van 5 juni 2012 van dit document
- *Accreditatietraject met behulp van Joint Commission International (JCI)*  
De Cliëntenraad onderschrijft het inzetten van een accreditatietraject gericht op een continue verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg en de patiëntveiligheid.  
De Cliëntenraad adviseert positief.

- *Integratie PMA en Tolbrug.*  
De Cliëntenraad wil met inachtneming van een vijftal zorgpunten positief adviseren inzake de integratie van de paramedische zorg binnen het revalidatiecentrum Tolbrug. Deze zorgpunten betreffen het afschaffen van de activiteitenbegeleiding, het niet opnemen van de registratie in een kwaliteitsregister als functie-eis voor de therapeuten, de concurrentiepositie van de Tolbrug, onduidelijkheid rond het hoofdbehandelaarschap en de organisatorische invulling van het profiteren van het delen van expertises.
- *Jaarrekening 2011*  
De Cliëntenraad geeft een positief advies over de jaarrekening 2011, maar plaatst daarbij de volgende kanttekeningen; het resultaat is door incidentele baten positief beïnvloed en de financiële positie werd sterk verbeterd door aangebrachte stelselwijzigingen. Doelstellingen die voor de sector Kwaliteit van Zorg jaarlijks worden opgenomen in de Roadmap dan wel in het Kader/Jaarplan dienen als verantwoording terug te komen in het jaardocument en te worden gezet naast de feitelijke realisatie.
- *Advies Beleidsplan wetenschap en innovatie 2012 -2014*  
De Cliëntenraad beoordeelt het beleidsplan als een goed onderbouwd en helder beleidsplan. De plannen die hierin worden verwoord, worden door de Cliëntenraad onderschreven.
- *Advies beleidsnotitie inzake regionale zorgcommunicatie*  
Het initiatief om de infrastructuur voor gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders op regionaal niveau verder uit te bouwen en te verbeteren wordt door de Cliëntenraad toegejuicht. De Cliëntenraad adviseert positief ten aanzien van een meer regionale uitwisseling van patiëntgegevens. De Cliëntenraad stelt hierbij wel vragen over de bescherming van digitale patiëntgegevens.
- *Zorgkaartnederland.nl*  
De Cliëntenraad spreekt haar zorgen uit over deze pilot en vraagt zich af of een en ander juridisch acceptabel is en stelt voor om deelname aan deze website juridisch te laten onderzoeken.
- *Reglement cameratoezicht in relatie tot privacy.*  
De Cliëntenraad adviseert positief met de volgende kanttekeningen; de bekendmaking van het cameratoezicht dient op een duidelijk zichtbare manier te gebeuren, de regels voor toegankelijkheid van de beelden moeten strikt nageleefd worden.
- *Tarieven bezoekersparkeergarage 2012.*  
De Cliëntenraad onderschrijft het voorstel om de tariefverhoging van € 0,05 per uur uit te stellen tot 1 januari 2013 in verband met optimalisering van de parkeervoorzieningen rond het JBZ. Daarnaast vindt de Cliëntenraad het huidige dagtarief van € 12,50 erg hoog.
- *Begroting 2013*  
Mede door de in de toelichting genoemde overtuiging van de Raad van Bestuur dat er een begroting ligt met voldoende ambitie en draagvlak en de genoemde noodzaak voor een strakke regie, adviseert de Cliëntenraad positief over de begroting 2013.

**En verder ...**

- Is de Cliëntenraad naast advisering over het projectvoorstel Pimp your Poli gevraagd een prioritering aan te brengen in het serviceconcept voor de ontvangstruimten op de poliklinieken. Met betrekking tot dit project is de Cliëntenraad blij dat meer en meer wordt gekeken naar de algehele serviceverlening aan de patiënt. In een concurrerende markt is het van groot belang, dat de belangen van de patiënt voortdurend onder de aandacht blijven.
- Na herhaaldelijk aandringen van de Cliëntenraad en de Stichting Vrienden is een Islamitische gebedsruimte in gebruik genomen. De Cliëntenraad heeft aandacht gevraagd voor het opnemen van deze ruimte in het schoonmaakprogramma van het ziekenhuis.
- Waardeert de Cliëntenraad het dat het draagvlak en de bereidwilligheid in de organisatie om opnieuw een EPD/Zorglogistiek implementatietraject in te gaan groot is. De Cliëntenraad complimenteert de adviesgroep met het plan om te komen tot de integrale invoering van het zorglogistiek EPD, met daarbij de focus op de patiënt en de externe zorgpartners. Het ziekenhuis is ontworpen voor papierarm werken en voor zowel de medewerkers als voor de patiënten is het een grote stap voorwaarts, wanneer deze efficiëncyslag gemaakt kan worden.
- Heeft de Cliëntenraad zijn zorg uitgesproken over het veelvuldig uitvallen van spiegelgesprekken binnen het JBZ. In de spiegelgesprekken wordt de patiënt op een open en veilige manier een platform geboden om ervaringen kenbaar te maken aan behandelaars en verplegend en verzorgend personeel.





## Budget Cliëntenraad 2012

In 2010 is voor het eerst een “basisbudget” samengesteld waarop de Cliëntenraad een beroep kan doen bij de uitvoering van het werkplan. Dit budget is integraal opgenomen binnen het budget van de Raad van Bestuur/centrale staf.

Op basis van de ervaringen in 2010 en 2011 is voor 2012 een aantal bouwstenen voor het budget vastgesteld. Rekening houdende met extra kosten voor de werving van nieuwe leden van de Cliëntenraad is opnieuw het budget toegekend van maximaal € 40.000 op jaarbasis.

De opbouw van het budget 2012 is als volgt:

Vaste kosten:

- Vacatiegeld leden Cliëntenraad
- Reiskostenvergoeding a.g.v. vaste overlegmomenten Cliëntenraad (10x) overleg met Raad van Bestuur (5x + 1x met RvT), BVMS (2x) , VAR (2x).
- Kantoorkosten leden Cliëntenraad thuis (printpapier, inktcartridges)
- Lidmaatschap LSR
- Financiële bijdrage aan symposium georganiseerd door Cliëntenraad t.b.v. achterban/stakeholders
- Zelfevaluatie en teambuilding

Variabele kosten:

- Reiskostenvergoeding (als gevolg van overige activiteiten/overleg in JBZ \*)
- Scholing ambtelijk secretaris
- Scholing (nieuwe) leden Cliëntenraad
- PR/communicatie
- Wervingskosten

\*) De overlegmomenten worden zo efficiënt mogelijk worden gepland, zodat niet onnodig veel reisbewegingen ontstaan en de reiskosten worden beperkt. Bij bezoeken buiten het ziekenhuis wordt zoveel mogelijk samen gereisd.

Daarnaast stelt het JBZ de volgende faciliteiten ter beschikking:

- 20 uur secretariaatsondersteuning
- kantoorruimte binnen JBZ (voorzien van PC, gebruik algemene printer, internet en e-mailverbinding, bureau/kast, etc.)
- Vergaderruimte + koffie/thee voorziening
- Kantoorbenodigdheden (papier, mappen, schrijfgerei, etc.)
- Portokosten

## Een vooruitblik op 2013

### *Beleidsvoornemens/speerpunten*

De Cliëntenraad heeft drie speerpunten gekozen, waaraan het komende jaar bijzondere aandacht zal worden geschonken. Het betreft de volgende onderwerpen:

- *Gelijkheid en ethische vraagstukken.*  
De deelcommissie zal o.a. overleggen met de Stuurgroep Ethiek binnen het JBZ en zich beraden op ethische vraagstukken binnen het JBZ.
- *Beleid opname, ontslag en overdracht.*  
De deelcommissie zal de procedure rond opname in het JBZ en ontslag van een patiënt naar de thuissituatie of naar een verpleeghuis nader onderzoeken.
- *De oudere en gehandicapte Cliënt.*  
De deelcommissie zal aan de specifieke problematiek van deze groepen binnen het JBZ aandacht schenken.



#### **'S-HERTOGENBOSCH**

**Bezoekadres**

Henri Dunantstraat 1  
5223 GZ 's-Hertogenbosch

**Postadres**

Postbus 90153  
5200 ME 's-Hertogenbosch  
**Telefoon** (073) 553 20 00

#### **BOXTEL**

**Bezoekadres**

Liduinahof 35  
5281 AD Boxtel

**Postadres**

Postbus 10100  
5280 GA Boxtel  
**Telefoon** (073) 553 20 00

#### **ROSMALEN**

**Bezoek- en postadres**

De Hoef 90  
5242 CN Rosmalen  
**Telefoon** (073) 553 35 30

#### **ZALTBOMMEL**

**Bezoek- en postadres**

Kerkstraat 2  
5301 EH Zaltbommel  
**Telefoon** (0418) 54 00 27

