



bernhoven

# Jaarverslag Bernhoven 2016

---

Mei 2016

# Inhoud

<b>INHOUD</b>	<b>2</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
<b>1 ALGEMENE INFORMATIE</b>	<b>7</b>
1.1 IDENTIFICATIEGEGEVENS	7
1.2 CAPACITEIT	7
1.3 STRUCTUUR VAN HET CONCERN	7
1.3.1 <i>Juridische structuur</i>	7
1.3.2 <i>Besturingsmodel</i>	8
1.3.3 <i>Toelating</i>	8
1.3.4 <i>Organisatiestructuur</i>	8
1.3.5 <i>Financieel participatiemodel</i>	11
1.3.6 <i>Locaties</i>	11
1.4 MEDEZEGGENSCHAPSTRUCTUUR	11
1.5 UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING	12
1.6 MISSIE, VISIE, KERNWAARDEN, BRANDSTATEMENT	12
<b>2 BELEIDSDOELSTELLINGEN</b>	<b>14</b>
2.1 DROOMSTRATEGIE: ZINNIGE ZORG	14
2.2 MEDISCH BELEID	15
2.2.1 <i>Medisch beleidsplan 2016-2019</i>	15
2.2.2 <i>Medisch-inhoudelijke focusgebieden</i>	15
2.3 INHOUDELIJKE INITIATIEVEN BINNEN DE STRATEGIE IN DE ZORGMODELLEN	17
2.3.1 <i>Inleiding</i>	17
2.3.2 <i>Acute opname afdeling (AOA)</i>	17
2.3.3 <i>Diagnose- en indicatiestelling</i>	18
2.3.4 <i>Interventie zorgstraten</i>	19
2.3.5 <i>Chronische zorg</i>	19
2.4 TRIALBUREAU	19
2.5 KWALITEIT EN VEILIGHEID	19
2.5.1 <i>Kwaliteitsstructuur</i>	19
2.5.2 <i>Excellente zorg en lerende organisatie</i>	20
2.5.3 <i>NIAZ-accreditatie QMentum</i>	20
2.5.4 <i>Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)</i>	20
2.5.5 <i>Keurmerken</i>	20
2.5.6 <i>Externe benchmarking</i>	20
2.5.7 <i>Nieuw kwaliteitsmanagementsysteem</i>	21
2.5.8 <i>Veiligheid binnen Bernhoven</i>	21
2.5.9 <i>Incidenten</i>	22
2.5.10 <i>Calamiteiten</i>	22
2.5.11 <i>Klachten</i>	23
2.5.12 <i>Implementatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg</i>	24
2.5.13 <i>Capaciteitsmanagement en integrale planning</i>	24
2.5.14 <i>Kwaliteitsplatform</i>	25
2.5.15 <i>Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)</i>	25
2.6 MEDISCHE TECHNOLOGIE EN ICT	26

2.6.1	<i>Innovatie &amp; Informatisering</i> .....	26
2.6.2	<i>Programma Kliniek Digitaal</i> .....	26
2.6.3	<i>MICT-beheerorganisatie</i> .....	26
2.6.4	<i>Medische technologie</i> .....	27
2.7	PERSONEEL & ORGANISATIE.....	27
2.7.1	<i>Organisatieontwikkeling: organisatiestructuur en aansturing</i> .....	27
2.7.2	<i>Leiderschapsontwikkeling</i> .....	28
2.7.3	<i>Gedragscode</i> .....	28
2.7.4	<i>Strategische personeelsplanning</i> .....	28
2.7.5	<i>Professionele kwaliteit</i> .....	29
2.7.6	<i>Werken, Leren en Mobiliteit</i> .....	29
2.7.7	<i>Bernhoven Vitaal</i> .....	30
2.7.8	<i>MIM-meldingen/bedrijfsongevallen</i> .....	31
2.7.9	<i>Vertrouwenspersoon personeel</i> .....	32
2.7.10	<i>Klachtencommissie personeel</i> .....	32
2.8	FINANCIEEL BELEID & BEDRIJFSVOERING.....	32
2.8.1	<i>Financieel beleid</i> .....	32
2.8.2	<i>Bedrijfsvoering</i> .....	33
2.9	SAMENWERKING.....	35
2.9.1	<i>Bernhoven Diagnostisch Centrum (BDC)</i> .....	35
2.9.2	<i>Medisch specialistisch bedrijf</i> .....	35
2.9.3	<i>Academisch medisch netwerk</i> .....	36
2.9.4	<i>Dialysecentrum Ravenstein</i> .....	36
2.9.5	<i>ZANOB</i> .....	36
2.9.6	<i>Eerste lijn</i> .....	37
2.9.7	<i>Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen</i> .....	37
2.9.8	<i>Andere partners</i> .....	37
2.9.9	<i>Vereniging Samen in Zorg</i> .....	37
2.9.10	<i>Gemeenten</i> .....	38
2.10	COMMERCIELE ZAKEN.....	38
2.10.1	<i>Zorgverzekeraars</i> .....	38
2.10.2	<i>Communicatie</i> .....	38
<b>3</b>	<b>GOVERNANCE</b> .....	<b>40</b>
3.1	BESTUURSSTRUCTUUR.....	40
3.2	RAAD VAN TOEZICHT.....	41
3.2.1	<i>Samenstelling Raad van Toezicht</i> .....	41
3.2.2	<i>Focus 2016</i> .....	42
3.2.3	<i>Commissies Raad van Toezicht</i> .....	42
3.2.4	<i>Informatievoorziening en overleg met gremia</i> .....	43
3.2.5	<i>Bezoldiging</i> .....	43
3.3	CLIËNTENRAAD.....	44
3.4	ONDERNEMINGSRAAD.....	46
3.5	RVE-RAAD.....	46
3.6	VERPLEEGKUNDIG PLATFORM.....	47
3.7	GOODWILLFONDS MEDISCH SPECIALISTEN.....	47
3.8	ZORGBREDE GOVERNANCECODE 2010 EN GOVERNANCECODE ZORG 2017.....	47
<b>4</b>	<b>FINANCIËLE INFORMATIE</b> .....	<b>48</b>
4.1	FINANCIËLE INFORMATIE.....	48

4.1.1	<i>Investerings en financiering</i>	49
4.1.2	<i>Kengetallen</i>	49
4.2	ONTWIKKELINGEN	50
4.2.1	<i>Transitiebedrag</i>	50
<b>5</b>	<b>RISICO- EN COMPLIANCEMANAGEMENT</b>	<b>51</b>
5.1.1	<i>Risico- en compliancemanagement</i>	51
5.1.2	<i>Financiële en Treasury-risico's</i>	52
5.2	NIET-FINANCIËLE RISICO'S	53
5.2.1	<i>Inleiding</i>	53
5.2.2	<i>Compliance aan wet- en regelgeving</i>	54
5.2.3	<i>Vernieuwing van en discontinuïteit IT-systemen/medische technologie</i>	54
5.2.4	<i>Ontoereikende specifieke expertise/expertontwikkeling</i>	54
5.2.5	<i>Risico's in het kader van de strategie Droom</i>	55
<b>6</b>	<b>TOEKOMSTPARAGRAAF</b>	<b>56</b>
	<b>BIJLAGE 1 NEVENFUNCTIES DIRECTIECOMITÉ</b>	<b>58</b>
	<b>BIJLAGE 2 NEVENFUNCTIES RAAD VAN TOEZICHT</b>	<b>59</b>
	<b>BIJLAGE 3 SAMENSTELLING ONDERNEMINGSRAAD</b>	<b>61</b>
	<b>BIJLAGE 4 SAMENSTELLING CLIËNTENRAAD</b>	<b>62</b>
	<b>BIJLAGE 5 SAMENSTELLING VERPLEEGKUNDIG PLATFORM</b>	<b>63</b>
	<b>BIJLAGE 6 SAMENSTELLING KLACHTENCOMMISSIE 2016</b>	<b>64</b>
	<b>BIJLAGE 7 PUBLICATIES</b>	<b>65</b>

## Inleiding

Bernhoven richt zich op het samen eigentijds de allerbeste zorg bieden. Met de ingezette Strategie Droom beoogt Bernhoven een ziekenhuis te zijn dat in lijn met de nationale agenda veilige, betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg biedt. Een voor het verzorgingsgebied passend hoogwaardig zorgaanbod met een substantieel verbeterde kostenstructuur en onderdeel van een strategisch zorgnetwerk. Deze vanaf 2014 ingezette strategie is in 2016 het derde jaar ingegaan. En ook dit jaar zijn we ver gekomen. Hierbij doen wij verslag van de belangrijkste resultaten die wij met elkaar bereikt hebben.

In oktober 2016 is vanuit de drie hoofdactiviteiten van de zorgprofessional, te weten adviseren, behandelen en begeleiden, de zorgorganisatie geherstructureerd in vier zorgmodellen: Acute Zorg, Diagnose & Indicatiestelling, Interventie Zorgstraten en Chronische Zorg. Hiermee wordt de organisatie in staat gesteld meer patiëntgeoriënteerde zorg te verlenen in processen die aansluiten bij de hoofdactiviteiten. Aan het hoofd van de vier zorgmodellen staan vier medisch leiders die eveneens als specialist in het ziekenhuis werkzaam zijn.

Naast de herstructurering hebben we verder uitvoering gegeven aan de zorginhoudelijke initiatieven, die bottom-up door de organisatie zijn uitgedacht. Van de 100 geselecteerde initiatieven in 2014 zijn er eind 2016 59 geïmplementeerd. Eind 2016 kunnen we concluderen dat de inzet op kwaliteit leidt tot een lagere productie op een vergelijkbare populatie. Dit is voor een deel de resultante van de ingezette strategie. De (DBC-)omzet is met meer dan 10% gedaald waarbij er geen sprake is van verplaatsing van zorg in de tweede lijn. Er is voorts een lichte stijging van adherentie vastgesteld. We behandelen dus meer patiënten voor een lager bedrag. Het aantal operaties is gedaald met 14%, het aantal opnamen met 15% en de gemiddelde verpleegduur met 22%.

De inzet op kwaliteit leidt ook vanuit kwaliteits- en patiëntoogpunt tot resultaten. In juni 2016 is Bernhoven geaccrediteerd door het NIAZ op basis van de nieuwe QMentum-norm. Van alle criteria die de auditoren hebben getoetst, voldeed Bernhoven aan 99% van deze criteria. Dat ook de patiënt een stijging van de kwaliteit van de zorg ervaart blijkt uit het CQI-onderzoek 2016: Bernhoven scoort klinisch over het geheel beter dan in 2015 en dan benchmark-ziekenhuizen. Poliklinisch is er eveneens over de gehele linie een stijging zichtbaar.

Bernhoven mag zich voorts in 2016 wederom het meest gastvrije ziekenhuis van Nederland noemen. Het gastvrijheidsbeleid van het ziekenhuis is gebaseerd op de visie van Bernhoven 'het meest mensgerichte ziekenhuis van Nederland in 2016' en de missie 'samen eigentijds de allerbeste zorg bieden'. Voor Bernhoven staan de drie pijlers in een driehoek, te weten: Natuurlijk Beter, Natuurlijk Gastvrij en Natuurlijk inspirerend. Natuurlijk Gastvrij is hiervan het kloppend hart.

Het jaar 2016 is met positief resultaat van 3,9 miljoen afgesloten. De bedrijfskosten zijn stabiel gebleven in 2016. De patiëntgebonden kosten zijn gedaald in lijn met de daling van

de productie. De personeelskosten blijven daar nog bij achter. Daar zit een 'naijleffect' in. In 2017 zullen deze verder dalen.

Wij kijken terug op een druk maar mooi jaar. Naast het feit dat Bernhoven en onze patiënten de vruchten plukken van de ingezette strategie, willen we ook een voorbeeld zijn waarbij vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg en de patiënt, 'zinnige zorg' de zorg toegankelijk en betaalbaar houdt. Dit is alleen mogelijk door inzet en inspanning van de medewerkers en stakeholders. Dat de landelijke media en vakbladen veel aandacht hebben voor onze strategie en het concept van medisch leiderschap, helpt ons deze ambitie te vervullen.

De gewijzigde organisatiestructuur en de nieuwe manier van werken waarbij de patiënt leidend is, heeft ook veel gevraagd van het verandervermogen van de organisatie. Het jaar 2017 zal derhalve vooral in het teken staan van bestendigen en borgen van hetgeen we met elkaar bereikt hebben. In 2017 staan nog enkele organisatiewijzigingen op onderdelen op de planning. Deze zijn echter van beperkte omvang. De nieuwe werkwijzen kunnen inslijten en het verbetervermogen wordt ingebed om een structureel lerende organisatie te zijn. De organisatie zal in staat worden gesteld te borgen en bestendigen en we verwachten dat de ervaren werkdruk en het ziekteverzuim daarmee verlaagd zullen worden. Bovenal is het van belang dat onze medewerkers gemotiveerd en met plezier in Bernhoven werkzaam zijn. Want mensgerichtheid betekent niet alleen patiëntgerichtheid maar ook aandacht en zorg voor de professionals en vrijwilligers in onze organisatie. De professionals die al zo veel hebben bereikt de afgelopen jaren, waarmee wij hen dan ook met trots willen complimenteren. In 2017 zullen we ons gezamenlijk verder richten op de volgende fase van onze strategie en deze ambitie.

P. Bennemeer

Algemeen directeur

G. Peeters

voorzitter Raad van Toezicht

Uden, 19 mei 2017

# 1 Algemene informatie

## 1.1 Identificatiegegevens

<b>Naam verslagleggende rechtspersoon:</b>	<b>Stichting ziekenhuis Bernhoven</b>
Adres:	Nistelrodeseweg 10
Postcode:	5406 PT
Plaats:	Uden
Telefoonnummer:	0413 - 40 40 40
Identificatienummer:	NZa 010 – 2211
Nummer Kamer van Koophandel:	17120496
E-mailadres:	communicatie@bernhoven.nl
Internetpagina:	<a href="http://www.bernhoven.nl">www.bernhoven.nl</a>

### Tot de Stichting ziekenhuis Bernhoven behoren tevens:

- Stichting Diagnostisch Centrum & Trombosedienst ziekenhuis Bernhoven  
*Nummer Kamer van Koophandel: 17141900*
- Stichting Zelfstandig Behandelcentrum Bernhoven  
*Nummer Kamer van Koophandel: 17209817*

## 1.2 Capaciteit

Op 31 december 2016 heeft Bernhoven 392 beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling. Hiervan zijn 41 bedden beschikbaar voor dag/deeltijdbehandeling.

## 1.3 Structuur van het concern

### 1.3.1 Juridische structuur

De zorginstellingen ‘Stichting ziekenhuis Bernhoven’, ‘Stichting Diagnostisch Centrum & Trombosedienst ziekenhuis Bernhoven’ en ‘Stichting Zelfstandig Behandelcentrum Bernhoven’ behoren tot het concern Stichting ziekenhuis Bernhoven.

Aan het hoofd van deze groep staat Stichting ziekenhuis Bernhoven te Bernheze. De jaarrekeningen van de genoemde zorginstellingen zijn opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van het concern Stichting ziekenhuis Bernhoven te Bernheze.

In 2016 is gewerkt aan de voorbereiding voor een omzetting van Stichting Ziekenhuis Bernhoven naar een besloten vennootschap Bernhoven. Deze omzetting heeft per 1 april 2017 plaats gevonden. De aandelen in Bernhoven B.V. zijn in handen van Stichting Bernhoven. Deze Stichting is daartoe in december 2016 opgericht. Het bestuur van de Stichting bestaat uit drie onafhankelijke personen.

### 1.3.2 Besturingsmodel

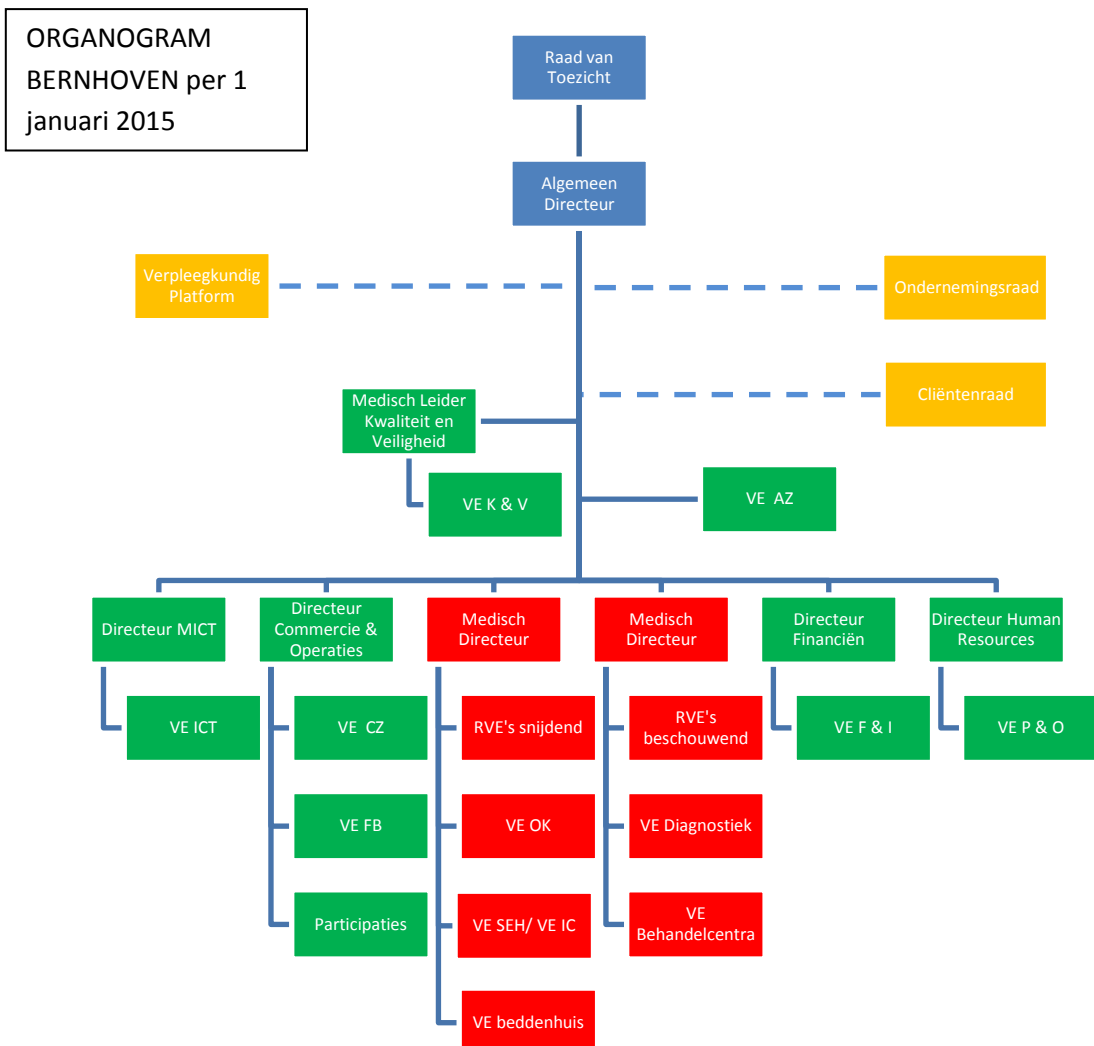
De besturing van ziekenhuis Bernhoven vindt plaats volgens het raad van toezicht-/raad van bestuurmodel (two tier-model). De taken en bevoegdheden van de toezichthouders zijn geborgd in statuten. De dagelijkse besturing van de organisatie is in handen van een directiecomité. In paragraaf 3.1 is het model nader toegelicht.

### 1.3.3 Toelating

Bernhoven beschikt over een toelating (met bouw) als instelling voor medisch specialistische zorg.

### 1.3.4 Organisatiestructuur

Bernhoven was in 2016 als weergegeven in het onderstaande schema georganiseerd.





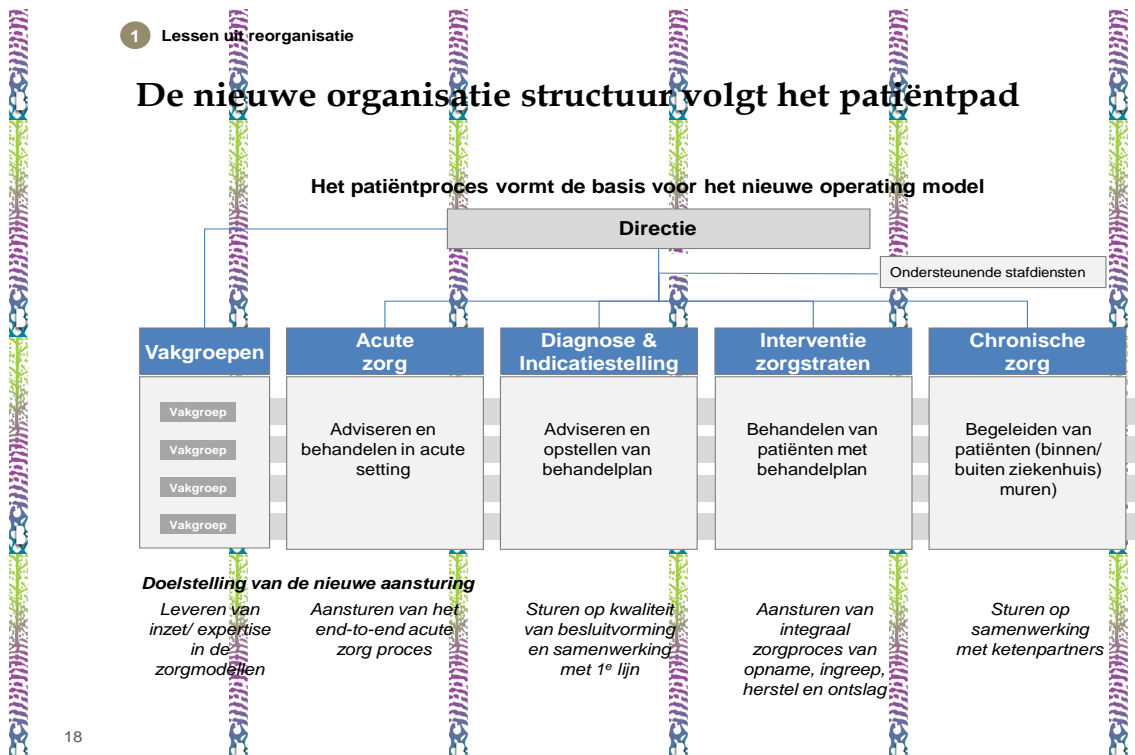
De patiënt is de focus van Bernhoven. Betere zorg door zinnige zorg. Bernhoven maakt de transitie van productiegerichte zorg naar patiëntgerichte zorg. Om deze ambitie te kunnen realiseren is er door de eigen zorgprofessionals een ander, beter passend organisatiemodel ontworpen.

Per 1 oktober 2016 is de organisatie geherstructureerd en zijn de bijna twintig primaire zorgeenheden gereduceerd naar vier zorgmodellen. Hierbij is de zorgorganisatie ingericht vanuit de drie hoofdactiviteiten van de zorgprofessional, te weten adviseren, behandelen en begeleiden. De volgende vier zorgmodellen zijn ingericht:

- Acute zorg (adviseren en behandelen in acute setting);
- Diagnose- en indicatiestelling (adviseren van patiënten op de poli);
- Interventie zorgstraten (behandelen; OK- en niet-OK-interventies);
- Chronische zorg (begeleiden van patiënten met een chronische aandoening).

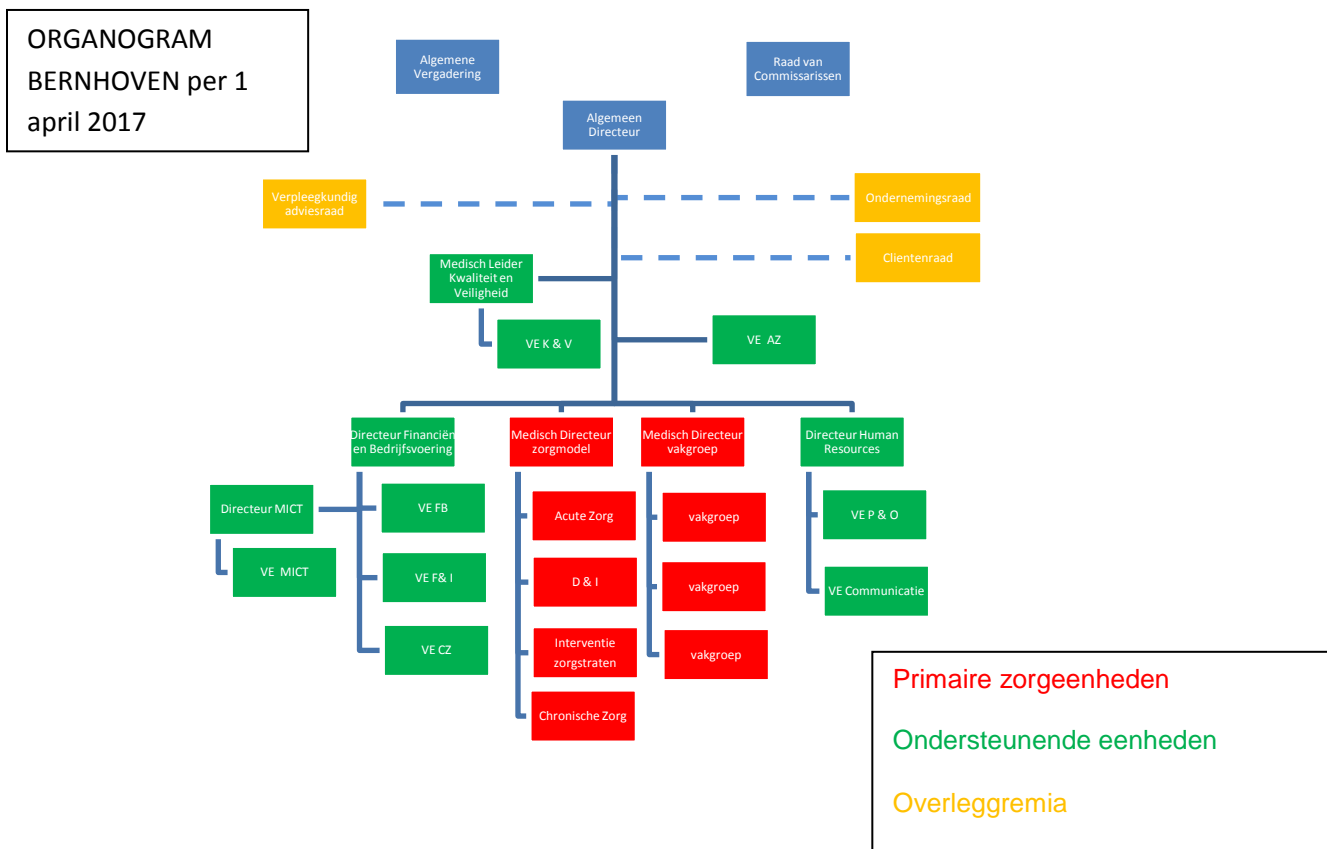
Uitgangspunten bij de herinrichting zijn:

- De organisatie volgt het patiëntproces, van het begin tot het eind;
- De dokter is in the lead; medisch leiderschap krijgt vorm op strategisch, tactisch en operationeel niveau;
- De verantwoordelijkheid voor de organisatie van zorg ligt in vier zorgmodellen, de vakinhoudelijke verantwoordelijkheid van medisch specialisten en paramedische professionals ligt in vakgroepen – zo ontstaat een matrixorganisatie. De vakgroepen leveren expertise en capaciteit aan de vier zorgmodellen.



Aan het hoofd van elk zorgmodel staat een medisch leider, ondersteund door een bedrijfsleider. De medisch leider vervult deze functie parttime en is daarnaast ook als medisch specialist werkzaam binnen Bernhoven. Het Medisch Ondersteunend Bedrijf wordt aangestuurd door de medisch leider van het zorgmodel Diagnose & Indicatiestelling. Stafdiensten ondersteunen de bedrijfsvoering van de zorgmodellen, de vakgroepen en het ziekenhuis als geheel.

In de nieuwe structuur is uitgewerkt hoe de aansturing in de lijn ligt alsmede hoe de coördinatie en afstemming in de matrixorganisatie werken. Inzichtelijk is gemaakt wat het concept van dokter in the lead inhoudt en hoe zich dat vertaalt naar de praktijk in een matrixstructuur. We streven naar een goede dialoog, maar ook naar een minimale overlegstructuur. We besteden op de juiste wijze tijd aan wat nodig is voor veiligheid, kwaliteit en een optimale bedrijfsvoering. Zowel in frequentie, tijdsduur als in bezetting.



### 1.3.5 Financieel participatiemodel

Per 1 januari 2015 zijn de medisch specialisten in dienst getreden van Stichting ziekenhuis Bernhoven. Naar afspraak is dit model in 2016 doorontwikkeld naar een participatiemodel, waarbij in eerste instantie medisch specialisten en management financieel gaan participeren in het ziekenhuis. In juli 2016 heeft de Raad van Toezicht het besluit tot omzetting naar een besloten vennootschap genomen. Het is een belangrijke stap om de belangen van Bernhoven en de medisch specialisten nog verder te harmoniseren en gelijkgericht te maken, dan met het loondienstmodel al was bereikt. Per 1 april 2017 is de omzetting een feit.

Met de door de medisch specialisten van Bernhoven opgerichte Stichting Goodwillfonds is een (obligatie)lening afgesloten waarbij deze stichting 4,5 miljoen leent aan het ziekenhuis. Zodra het wetsvoorstel winstuitkering in de zorg wordt aangenomen zal deze lening automatisch converteren in aandelen.

### 1.3.6 Locaties

Bernhoven levert zorg vanuit de hoofdlocatie in Uden.

In februari 2016 is het gezondheidscentrum Oss geopend op het voormalige ziekenhuisterrein. In het centrum worden door een groot aantal specialismen poli's aangeboden. Daarnaast is er een prikpost voor bloedafname en kleinschalige diagnostiek. Met het zorgconcept 'Gezond in het Oss van Morgen' wordt een omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag nagestreefd. Het verlegt de aandacht van nazorg naar voorzorg. Met dit zorgconcept is het mogelijk om in verschillende programmaliijnen concreet aan de slag te gaan. Door deze beweging ontstaan er logische samenwerkingsverbanden tussen de cliënt en de 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup>- en 2<sup>e</sup> -lijnszorg en -dienstverlening. Participerende partijen zijn onder andere BrabantZorg, GGZ Noordoost Brabant, Medifit en Pantein.

In Veghel wordt een gedeelte van de zorg dicht bij de patiënt verleend en draaien specialisten op diverse locaties een spreekuur.

## 1.4 Medezeggenschapstructuur

De wettelijke medezeggenschap van zowel cliënten/patiënten als medewerkers wordt vormgegeven op concernniveau. Bernhoven kent een Cliëntenraad (CR), een Ondernemingsraad (OR) en een verpleegkundig platform. De bevoegdheden van de Cliëntenraad en de Ondernemingsraad zijn afgeleid van respectievelijk de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen en de Wet op de Ondernemingsraden. Het verpleegkundig platform wordt in 2017 geformaliseerd naar een Verpleegkundige Adviesraad. De betrokkenheid van de verpleegkundig beroepsgroep wordt hiermee verder geborgd.

Tot 1 oktober kende Bernhoven een RVE-raad. Stemgerechtigd lid van de RVE-raad waren de medisch leiders van de (Resultaat) Verantwoordelijke Eenheden. De RVE-raad adviseerde het directiecomité ten aanzien van ziekenhuisbreed beleid op onder meer de

volgende thema's: strategie, productportfolio, jaarlijks jaarplan en begroting, grote innovaties of investeringen, kwaliteit en veiligheid en andere (R)VE-overstijgende onderwerpen. Verder vond er in de RVE-raad informatie-uitwisseling en -afstemming plaats over het operationele beleid en over de exploitatie bedrijfsvoering (R)VE's.

Per 1 oktober 2016 is de organisatie geherstructureerd (zie paragraaf 1.2.4.) en is de RVE-raad opgeheven.

## 1.5 Uitgangspunten van de verslaggeving

Het jaarverslag 2016 is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van het directiecomité.

Ook wordt verslag gedaan van Diagnostisch Centrum & Trombosedienst ziekenhuis Bernhoven en het Zelfstandig Behandelcentrum, die beide deel uitmaken van het concern Stichting ziekenhuis Bernhoven. De jaarverslagen van de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad, het verpleegkundig platform en diverse operationele commissies zijn in het jaarverslag verwerkt. Enkele van deze gremia zullen door middel van het eigen jaarverslag verantwoording afleggen aan de voor hen relevante stakeholders.

Het directiecomité en de Raad van Toezicht leggen met dit jaarverslag verantwoording af over het gevoerde beleid in 2016 aan de diverse stakeholders.

## 1.6 Missie, visie, kernwaarden, brandstatement

### Missie

In 2010 heeft een heroverweging van de missie plaatsgevonden. De missie van Bernhoven is: **'Samen eigentijds de allerbeste zorg bieden'**.

### Doelstelling/kernactiviteit

Bernhoven is een algemeen ziekenhuis. De kernactiviteit is het leveren van met name algemene basiszorg dicht bij de patiënt in de regio. Een compleet overzicht van de specialismen is te vinden op de website van Bernhoven.

### Visie

Bernhoven is in 2016 het meest mensgerichte ziekenhuis.

### Kernwaarden

Al enige jaren wordt zorg verleend volgens de breed gedragen kernwaarden: Met passie, Met aandacht, Professioneel en Ondernemend.

### Brandstatement Natuurlijk Bernhoven

In 2012 heeft Bernhoven naast een nieuw logo en een nieuwe huisstijl een brandstatement gedefinieerd: *Natuurlijk Bernhoven*.

#### *Natuurlijk beter*

Wij zijn een eigentijds algemeen ziekenhuis waar veiligheid en kwaliteit voorop staan. Onze artsen en verpleegkundigen bieden kwalitatief goede en veilige medische zorg. Wat we doen, doen we goed. We werken daarbij nauw samen met huisartsen en andere

zorgpartners die, als het nodig is, de zorg overnemen of aanvullen. Zo zijn we altijd voorbereid op de zorg en de gezondheid van overmorgen.

*Natuurlijk gastvrij*

Bernhoven is in 2016 het meest mensgerichte ziekenhuis. Waar zowel patiënten als medewerkers centraal staan. Zo voegen we onze diensten naar de wensen van 'onze' mensen en hun dierbaren. Want we weten dat de manier waarop je wordt behandeld mede bepaalt hoe je je voelt. Een goede bejegening draagt bij aan het persoonlijk welbevinden. Bernhoven is niet alleen een ziekenhuis voor zieke mensen. We willen meer zijn, we geven voorlichting over ziekten en aandoeningen, we zijn een ontmoetingsplek voor lotgenoten en bieden gelegenheid om gezond te eten en te drinken en nog veel meer.

*Natuurlijk inspirerend*

Bernhoven heeft de ambitie dat zorg voor iedereen in Noordoost-Brabant dichtbij is. Op de locatie Oss is een polikliniek ingericht voor met name onze chronische en oudere patiënten. In Uden, midden in natuurgebied De Maashorst, staat de hoofdlocatie van Bernhoven. Op deze locatie maken we de schoonheid van de natuur tastbaar en creëren een 'healing environment'. Wij geloven dat deze unieke locatie bijdraagt aan het welzijn van onze patiënten.

## 2 Beleidsdoelstellingen

### 2.1 Droomstrategie: zinnige zorg

Bernhoven is in 2014 een nieuwe weg ingeslagen met de Droomstrategie: Betere zorg door minder zorg of anders verwoord: zinnige zorg. Deze strategie is onderbouwd met een groot aantal kwaliteitsinitiatieven die nu geïmplementeerd worden in samenwerking met de huisartsen en andere partners in de regio. De strategie wordt ondersteund en mogelijk gemaakt door financiële afspraken met zorgverzekeraars.

Bernhoven is een eigentijds ziekenhuis dat in lijn met de nationale agenda betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg biedt. Als onderdeel van een strategisch zorgnetwerk. En met een voor het verzorgingsgebied passend hoogwaardig zorgaanbod met een substantieel verbeterde kostenstructuur. De strategie betekent een transformatie van het ziekenhuis op meerdere fronten:

- Zorginhoudelijk: welke interventies dragen bij aan kwaliteitsverbetering en zorgkostenverlaging?
- Organisatie: hoe organiseren we onszelf door niet meer te sturen op productie maar op kwaliteit?
- Cultuur: hoe creëren we een cultuur waarin kwaliteit nog meer de norm wordt en we ook verantwoordelijkheden nemen voor kostenbeheersing?

In 2014 zijn 100 initiatieven geselecteerd die fasegewijs over een aantal jaren worden geïmplementeerd. Eind 2016 kunnen we concluderen dat het wegnemen van de productieprikkel en de inzet op kwaliteit leiden tot een lagere productie op een vergelijkbare populatie. Dit is voor een deel als resultante van de ingezette strategie. In 2 jaar tijd heeft Bernhoven de schadelast met 12% verlaagd; 7% in 2015; nog eens 5% in 2016

Dat de strategie succesvol is blijkt ook uit het feit dat het aantal operaties met 14% is gedaald en het aantal opnamen vanuit de Spoedeisende Hulp met 15% ten opzichte van 2014. De verpleegduur is met 22% verkort. Daarnaast is het aantal unieke patiënten licht gestegen. Daarboven komen dan nog patiënten die niet in het ziekenhuis zijn geweest maar wel 'bediend' zijn, in bijvoorbeeld spreekuren van dermatologen bij de huisarts, in de zogenaamde anderhalvelijnszorg.

Actief terugverwijzen en initiatieven op de SEH toonden een substantieel stijgende impact in 2016. Er zijn minder opnames vanuit de SEH als resultante van een kwalitatief betere personele bezetting op de SEH.

Bernhoven scoorde in het CQI (Consumer Quality Index)-onderzoek 2016 over het geheel beter dan in 2015 en dan benchmark-ziekenhuizen. 90% Van de patiënten beveelt Bernhoven aan.

Toegangstijden zijn eind 2016 iets gestegen maar zijn intussen weer dalend; gestreefd wordt om deze binnen de Treeknorm te houden.

## 2.2 Medisch beleid

### 2.2.1 Medisch beleidsplan 2016-2019

In het begin van 2016 is het op de Droomstrategie gebaseerde medisch beleidsplan vastgesteld. In dit beleidsplan is het medisch inhoudelijke beleid opgenomen dat de basis vormt voor welke medische zorg Bernhoven in de zorgmodellen gaat leveren en hoe dit past binnen het zorgaanbod van partners in de zorgregio. De belangrijkste uitgangspunten liggen dan ook in het verlengde van deze strategie:

- Bernhoven is een algemeen ziekenhuis met een sterke inbedding in de regio en een breed zorgaanbod van een groot aantal medisch specialismen.
- Bernhoven is sterk in diagnostiek: patiënten kunnen met elke klacht bij ons terecht. In onze investeringen krijgt het versterken van diagnostiek dan ook voorrang.
- We doen alleen de behandelingen waar we zelf voldoende volume hebben om de verrichtingen op excellente wijze zelf uit te voeren.
- Als we een behandeling niet zelf uitvoeren verwijzen we door naar een zorgvuldig gekozen partnerziekenhuis, de nazorg vindt weer in Bernhoven plaats.
- Patiënten kunnen snel bij ons terecht: onze toegangstijden behoren tot de kortste van de regio.
- De patiënt echt centraal zetten betekent dat we consequent inzetten op passende zorg.
- Excellente ouderenzorg; nodig vanwege een toenemende vergrijzing, wordt ziekenhuisbreed als focuspunt benoemd en ondersteund met scholingen voor alle medisch specialisten.

Het beleid stimuleert verder een veilige omgeving en cultuur voor professionals om de gewenste veiligheid en kwaliteit van zorg voor de patiënten te garanderen. Sturing zal meer op kwaliteit gebeuren en minder op volume.

### 2.2.2 Medisch-inhoudelijke focusgebieden

Op enkele gebieden heeft Bernhoven een bovenregionale functie. Bernhoven is verwijscentrum voor otologie in de regio. Bernhoven doet van de 9 ziekenhuizen in de regio de meeste coloscopieën voor het landelijke bevolkingsonderzoek darmkanker. Mede als gevolg hiervan is het aantal darmkankeroperaties stijgend en daardoor is de afdeling darmkankerchirurgie van Bernhoven momenteel een van de grootste van Brabant, met uitstekende scores in de landelijk verplichte kwaliteitsregistratie DICA.

De navolgende gebieden zijn als groeispecialismen geduid:

#### MDL/ GE chirurgie

Door de bovenregionale functie van MDL en darmkankerchirurgie en het bevolkingsonderzoek darmkanker, is invulling gegeven aan een bovenregionaal screeningscentrum.

Bernhoven participeert in de landelijke kwaliteitsregistratie voor darmkankerchirurgie van DICA, Dutch Institute for Clinical Auditing. Uit deze registratie blijkt dat Bernhoven in 2016 ruimschoots voldoet aan de volume- en kwaliteitscriteria van de wetenschappelijke verenigingen als SONCOS (Stichting Oncologische Samenwerking) en de verzekeraars. Darmkankerchirurgie en endeldarmchirurgie worden daarom ook door de verzekeraars bij Bernhoven ingekocht.

#### Reumatologie

Reumatologie was historisch slechts een kleine afdeling binnen Bernhoven; veel patiënten uit ons verzorgingsgebied bezochten een reumatoloog buiten onze eigen regio. Door de reumatologie te benoemen als groeispecialisme konden extra reumatologen worden aangetrokken. De vakgroep zet in op kwaliteit en de goede reputatie van de nieuwe vakgroep heeft er zo ook voor gezorgd dat er een sterke groei heeft plaats gevonden; veel reuma patiënten uit ons eigen verzorgingsgebied zijn inmiddels ook weer in Bernhoven teruggekeerd

#### Oncologie (verspreid over enkele vakgroepen)

Door onder andere vergrijzing komen er meer patiënten met een kwaadaardige ziekte. Bernhoven wil deze patiëntengroep zo goed mogelijk helpen en daarom is er voor gekozen de oncologische zorg mee te laten groeien. Er is geïnvesteerd in het binnenhalen van expertise en de faciliteiten voor het geven van chemotherapie zijn uitgebouwd. Bepaalde patiëntengroepen, die voorheen niet binnen Bernhoven behandeld konden worden, zoals patiënten met niet-kleincellige longkanker worden nu wel volledig binnen Bernhoven behandeld.

#### Geriatric

Om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, wordt vanuit de transmurale zorg en eerste lijn nadrukkelijk gevraagd om hier extra capaciteit ter beschikking te stellen door herallocatie van specialistenformatie. Intussen zijn ook geriaters beschikbaar op de SEH om (kwetsbare) ouderen direct te kunnen beoordelen.



## **2.3 Inhoudelijke initiatieven binnen de Strategie in de zorgmodellen**

### **2.3.1 Inleiding**

Om zinnige zorg te kunnen leveren zijn er bottom-up verschillende initiatieven ontwikkeld. Van de in 2014 geselecteerde 100 initiatieven zijn er in 2015 en 2016 59 geïmplementeerd. Met trots zouden we de initiatieven en effecten laten zien, maar dat zou in het kader van het jaarverslag veel te ver gaan gelet op het aantal initiatieven. We noemen daarom een aantal initiatieven binnen de verschillende zorgmodellen. VGZ heeft een netwerk opgezet van een aantal andere Nederlandse ziekenhuizen, dat ook wil gaan inzetten op de 'zinnige zorg'-agenda. Bernhoven speelt een actieve voorbeeldrol in dit netwerk en naar andere ziekenhuizen toe.

### **2.3.2 Acute opname afdeling (AOA)**

Met de organisatieverandering in 2016 is ook een volledige scheiding gemaakt tussen acute zorg en planbare zorg. Voor de acute zorg zijn medisch specialisten vrij geroosterd; ze doen de acute zorg er niet meer bij. Tevens is er inzet van een cardioloog, internist en chirurg tijdens kantooruren op de SEH. Hierdoor is er meer rust op de polikliniek. In het beddenhuis van Bernhoven zijn acute zorg en planbare zorg ook gescheiden. Door de acute patiëntenstroom te isoleren wordt het niet-acute deel van het ziekenhuis beschermd tegen de hectiek van de acute zorg.

Op 1 oktober 2016 is de AOA geopend waar alle patiënten die acuut worden opgenomen (dus niet via het electieve, planbare proces) verblijven. De visie van de zorg op de AOA is dat er integraal naar de patiënten wordt gekeken en dat de kwaliteit van de zorg overdag en buiten kantooruren niet van elkaar verschilt.

De zorg wordt verleend door ziekenhuisartsen, een relatief nieuw specialisme. Ziekenhuisartsen zijn breed opgeleide generalisten met tevens uitgebreide expertise op gebied van de oudere patiënt. Hiermee zijn zij bij uitstek toegerust om de regie voor de zorg op de AOA op zich te nemen omdat op de AOA veelal oudere patiënten met multimorbiditeit worden opgenomen. Omdat het aantal beschikbare ziekenhuisartsen in Nederland nog beperkt is wordt de vakgroep aangevuld met algemeen internisten en internisten met het aandachtsgebied acute geneeskunde. Aanvullend is binnen kantooruren inzet van geriaters op de SEH en AOA.

Patiënten verblijven maximaal 48 uur op de AOA. Tijdens dit verblijf wordt versneld diagnostiek ingezet om tot een diagnose te komen. Hierna gaan patiënten met ontslag of ze worden met een uitgewerkt behandelplan overgeplaatst naar de langverblijf-afdeling van het acute beddenhuis. Met de AOA beogen we de kwaliteit van zorg te verbeteren.

#### **Fotodiagnostiek op de HAP**

Op jaarbasis krijgen ongeveer 1.400 patiënten radiologie op de HAP, daarvan wordt rond de 60% niet meer alsnog naar de SEH gestuurd

### 2.3.3 Diagnose- en indicatiestelling

#### **Samen beslissen**

Bernhoven is een van de tien ziekenhuizen in Nederland dat werk maakt van samen beslissen. Het principe is dat de patiënt meer de regie in eigen hand neemt. Arts en patiënt nemen samen de tijd om tot een juiste beslissing te komen voor een behandeling die past bij de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt. De deelnemende ziekenhuizen en UMC's ontvingen hiervoor een subsidie van het Zorginstituut Nederland zodat zij het programma Beslist Samen versneld kunnen implementeren.

Bernhoven startte al in het najaar van 2015 met de campagne '3 goede vragen' die in 2016 een vervolg kreeg in 'Samen beslissen'.

#### **Screeningscentrum oogheelkunde**

Alle patiënten die door de huisarts zijn verwezen voor een oogheelkundig probleem worden eerst in het screeningscentrum door een optometrist beoordeeld, waarbij vervolgens alleen niet-pluis-beoordelingen ook nog gezien worden door een oogarts. Door een effectievere inzet van de optometrist, die veel zorgvragen zelfstandig kan afhandelen, kan de patiënt sneller geholpen worden, tegen lagere kosten. De oogarts krijgt meer ruimte voor patiënten met complexe problematiek. In 2015 zijn ca. 4.000 verwezen patiënten op deze wijze behandeld. Voor slechts 40% van de verwijzingen was uiteindelijk een consult bij de oogarts nog noodzakelijk. De forse reductie heeft zich in 2016 voortgezet.

#### **Anderhalvelijnszorg**

In samenwerking met de huisartsen in de regio zijn afspraken gemaakt om de patiënt zo lang mogelijk in de eerste lijn te kunnen blijven behandelen en begeleiden. Hiertoe zijn diverse initiatieven ontwikkeld, waarbij de specialist een adviesrol heeft voor de huisarts. Dit zorgt ervoor dat een doorverwijzing niet altijd meer nodig is, terwijl de patiënt toch de juiste en kwalitatief goede zorg ontvangt. De samenwerking gebeurt op verschillende wijzen, afgestemd op de behoefte van de huisarts. Meerdere vakgroepen waaronder orthopedie, dermatologie en urologie hebben in 2015 deze zogeheten anderhalvelijnszorg ontwikkeld. Voorbeelden zijn een digitaal huisarts-adviesconsult, een gezamenlijk spreekuur bij de huisarts en uitgebreide diagnostische advisering. Een periodiek spreekuur van dermatologen voor geselecteerde patiënten in huisartspraktijken voorkomt een ziekenhuisbezoek bij meer dan 80% van deze patiënten. Dit leidt derhalve tot minder doorverwijzingen en kosten, en de zorg blijft dicht bij de patiënt. De patiënt behoudt bij deze zorgvormen zijn eigen risico.

#### **Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)**

Dit gaat over het voorkomen of vertragen van hart- en vaatziekten door risicofactoren tijdig te behandelen en, daarnaast, patiënten te begeleiden bij een aanpassing van hun levensstijl. Na de behandeling of operatie in Bernhoven kan die begeleiding voor de meeste patiënten weer overgenomen worden door de huisarts. Nauwe samenwerking tussen huisarts en cardioloog bij implementatie heeft over het afgelopen jaar betekend dat ongeveer 3.000 patiënten actief zijn terugverwezen naar de huisarts.

### **2.3.4 Interventie zorgstraten**

Binnen dit zorgmodel vinden alle planbare electieve behandelingen en operaties plaats. Als na het doorlopen van het samen beslissen-traject gekozen wordt voor het uitvoeren van een operatie, dan komt de patiënt in dit zorgmodel. Naast operaties kan het ook gaan om diagnostische ingrepen zoals een hartkatheterisatie of een endoscopisch onderzoek. Al deze interventies en behandelingen hebben met elkaar gemeen dat ze efficiënt en geclusterd kunnen worden uitgevoerd in zorgstraten, waarbij de hogere volumes en de focus van het behandelteam leiden tot een betere kwaliteit en betere uitkomsten van de geleverde zorg. De leiding van dit zorgmodel probeert de uitkomsten van de zorg zo steeds verder te verbeteren en ondernutting van capaciteit terug te dringen. Voor de professionals betekent dit een verdere specialisatie op bepaalde onderdelen van de zorg.

### **2.3.5 Chronische zorg**

Binnen het zorgmodel chronische zorg is veel aandacht voor netwerkzorg voor chronische patiënten. Op basis van deze vraagstelling zijn in het afgelopen jaar patiënten met diabetes type II en hart- en vaatziekten in afstemming met de huisartsen terugverwezen naar de 1<sup>e</sup> lijn en ontvangen nu zorg dicht bij huis. Gestart is met de ontwikkeling van de Persoonlijke Gezondheidsomgeving. In 2016 is het persoonlijke zorgplan bij reumatologie en dialyse geïmplementeerd.

## **2.4 Trialbureau**

Nieuwe geneesmiddelen moeten voordat ze op de markt komen uitgebreid getest worden op klinische effecten en bijwerkingen. Bernhoven heeft grote aantallen patiëntengroepen met goed gedocumenteerde ziektebeelden en is daarmee een aantrekkelijke partij voor bedrijven die zoeken naar een setting waar met professionele ondersteuning in korte tijd veel gegevens kunnen worden verzameld over innovatieve producten op het gebied van diagnostiek of therapie. Bernhoven heeft in 2016 een eigen trialbureau opgericht van waaruit geneesmiddelenonderzoek gecoördineerd en ondersteund kan worden.

## **2.5 Kwaliteit en Veiligheid**

### **2.5.1 Kwaliteitsstructuur**

In 2015 is de kwaliteitsstructuur van Bernhoven geactualiseerd. Naar aanleiding van de herstructurering van de organisatie in vier zorgmodellen, zijn de adviseurs met ingang van 1 oktober gekoppeld aan de zorgmodellen. Met de nieuwe organisatie is het zorgproces nog meer leidend geworden en zal het verbeteren en borgen van de kwaliteit dan ook in de zorgmodellen worden georganiseerd.

Het functioneren van de Kwaliteitsraad is geëvalueerd en met de nieuwe organisatie is ook de samenstelling gewijzigd. De senioradviseurs zullen de diverse kwaliteitscommissies op afstand volgen en ondersteunen.

De medisch leider Kwaliteit & Veiligheid is voorzitter van de Kwaliteitsraad. In 2016 heeft de kwaliteitsraad diverse adviezen uitgebracht aan de organisatie.

### **2.5.2 Excellente zorg en lerende organisatie**

Mede ook ondersteund door de NIAZ-accreditatie is er veel aandacht voor een lerende cultuur in Bernhoven. We leren van wat er mis gaat en dat vraagt om een veilige omgeving waar mensen fouten mogen maken, mits uiteraard gewerkt wordt volgens de richtlijnen en afspraken die er zijn. Het SILK-programma (zie paragraaf 2.7.2) ondersteunt om deze cultuur met elkaar te realiseren. Alleen dan kunnen we als organisatie steeds verder verbeteren en veilige en kwalitatief excellente zorg bieden aan onze patiënten.

### **2.5.3 NIAZ-accreditatie QMentum**

Ondanks de reorganisatie werd besloten om de NIAZ-accreditatie door te laten gaan, deze werd afgesloten door een accreditatiebezoek van 14 tot en met 17 juni. Met slechts een tweetal uitdagingen op medicatieveiligheid en enkele verbeterpunten is deze accreditatie zeer goed verlopen, maar liefst 99% van de getoetste criteria van het accreditatieprogramma QMentum werd behaald. Een prachtig resultaat voor een organisatie die ook midden in een enorme transitie zit.

### **2.5.4 Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)**

Over de periode 2013-2015 is de HSMR van Bernhoven 101. Hiermee wijkt Bernhoven niet significant af van het landelijk gemiddelde. Ook als we alleen kijken naar het jaar 2015 is dit het geval. De gestandaardiseerde HSMR in 2015 was 104. Er zijn in Bernhoven dus niet meer of minder klinische patiënten overleden dan verwacht mag worden op basis van de patiënten die waren opgenomen.

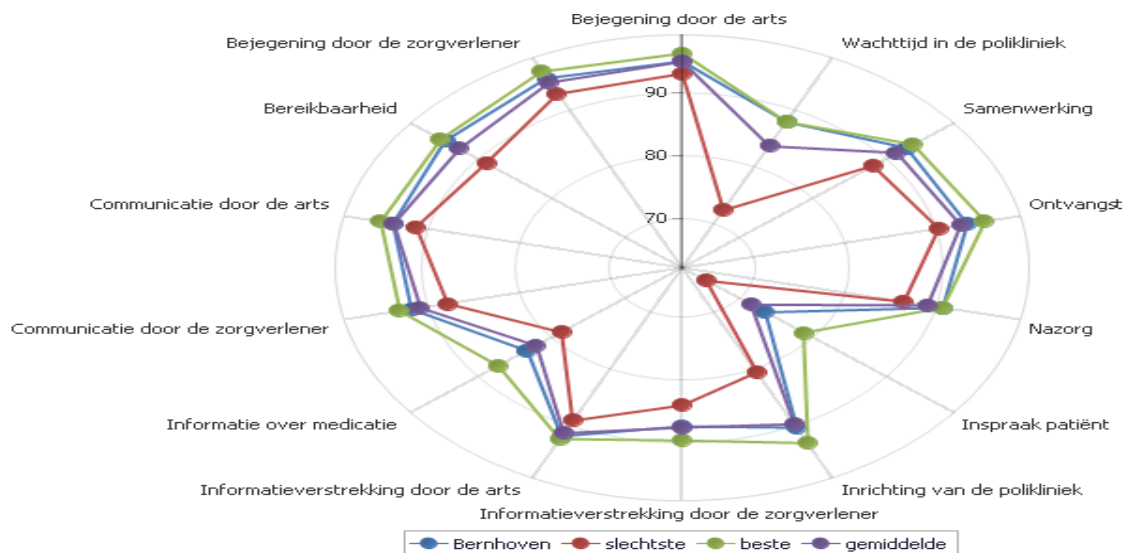
### **2.5.5 Keurmerken**

In 2016 heeft Bernhoven alle relevante keurmerken verlengd (zie de website van Bernhoven: [www.bernhoven.nl/keurmerken/](http://www.bernhoven.nl/keurmerken/) [www.bernhoven.nl/over-bernhoven/kwaliteitsveiligheid/keurmerken](http://www.bernhoven.nl/over-bernhoven/kwaliteitsveiligheid/keurmerken/)).

### **2.5.6 Externe benchmarking**

In 2016 zijn alle verplichte indicatoren aangeleverd. In de externe benchmarks heeft Bernhoven goed gescoord, in de ranglijst van Algemeen Dagblad zijn we op plaats 30 (61) geëindigd, bij de Elsevier hebben we in het eindoordeel 3 bolletjes gehaald, een duidelijk verbetering ten opzichte van 2016. Op Zorgkaart Nederland haalde Bernhoven een score van 8,6, gelijk aan 2015. Dit op basis van 242 beoordelingen.

Bij de CQ-index is er over 2016 een kleine terugval op de totaalscore (8,29 vs. 8,36 in 2015), maar ligt de score bovengemiddeld in de benchmark met vergelijkbare ziekenhuizen. Duidelijke verbeterpunten in de kliniek zijn de communicatie door artsen, communicatie over medicatie en informatie bij ontslag. De totaalscore voor de polikliniek is gestegen, ook scoort Bernhoven boven het gemiddelde van de benchmark. Het effect van de campagne ‘samen beslissen’ was al terug te zien in de resultaten. Ook hier is communicatie over medicatie het verbeterpunt.



CQI-index 2016

### 2.5.7 Nieuw kwaliteitsmanagementsysteem

In 2016 is het besluit genomen het bestaande en sterk verouderde Kwaliteit Management Systeem te vervangen. In het najaar is daarop het selectieproces doorlopen en is een keuze gemaakt. De verschillende onderdelen zullen in 2017 en 2018 worden geïmplementeerd, te starten met documentbeheer, procesmanager en incident- en klachtmelden. Later zullen risicomangement en auditbeheer worden ingevoerd.

### 2.5.8 Veiligheid binnen Bernhoven

Patiëntveiligheid is een essentieel onderdeel van de kwaliteit van zorg, die moet zijn geborgd in de organisatie. Belangrijkste voorwaarde is dat de organisatie lerend moet zijn, wat wil zeggen dat er transparantie is over fouten en bijna-fouten en dat we daardoor kunnen leren en verbeteren. Daar waar de risico's voor de patiënt groot zijn wordt er strikt volgens procedures en protocollen gewerkt, waar de risico's echter klein zijn moet er vertrouwen zijn dat medewerkers de goede dingen doen: 'high trust, zero tolerance'. Dit altijd met wederzijds respect voor elkaar als collega's.

Voor specifieke risicogebieden zijn er commissies om die risico's te bewaken en zo nodig maatregelen te adviseren om dit te beheersen. Dit betreft de volgende commissies:

- medicatieveiligheid
- medische technologie
- infectiepreventie
- centrale commissie incidenten en patiëntveiligheid

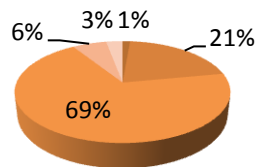
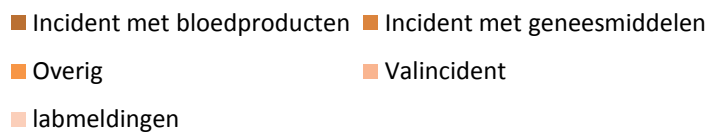
### 2.5.9 Incidenten

Veilig Incident Melden (VIM) is onderdeel van het VeiligheidsManagementSysteem (VMS) van Bernhoven. Hoofddoelstelling van incidentmelden is het verkrijgen van centraal zicht op patiëntveiligheidsrisico's binnen Bernhoven en het onderhouden van een kwaliteitscyclus naar aanleiding van incidenten, gericht op continue verbeteren. In 2016 zijn er 2.638 incidenten gemeld, dit is 5% minder dan in 2015. Van deze meldingen is 78% afgehandeld.

Ongeveer 20% van deze meldingen heeft een hoge risicocategorie. Er zijn 545 medicatie-incidenten gemeld, dit zijn er 22 meer dan in 2015 en is 6% van het totaal aantal meldingen.

Ook het aantal valincidenten is licht verhoogd, namelijk 28 meer dan in 2015 en 21% van het totaal aantal meldingen.

#### overzicht categorieën



### 2.5.10 Calamiteiten

Een calamiteit is volgens de definitie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt heeft geleid. Als er een melding gemaakt wordt van een mogelijke calamiteit, wordt direct de directie ingelicht. Het onderzoeken, analyseren en inzetten van verbetermaatregelen is bij deze meldingen verplicht conform de daartoe vastgestelde procedure.

Voor het onderzoeken van (mogelijke) calamiteiten wordt de SIRE-methodiek gebruikt. De onderzoeken worden uitgevoerd door een aantal hiervoor opgeleide medisch specialisten en casemanagers. In 2016 zijn in totaal 12 mogelijke calamiteiten met de SIRE-methode onderzocht. In 4 van deze onderzoeken luidt de conclusie dat het inderdaad een calamiteit betrof, 1 onderzoek is nog bij IGZ ter beoordeling; van 1 onderzoek kon IGZ niet beoordelen of wel/niet sprake van calamiteit was. Bij andere onderzoeken werd geconcludeerd dat er geen sprake was van een calamiteit, maar bijvoorbeeld van een (zeldzame) complicatie.

De resultaten van de SIRE-onderzoeken zijn een vast onderdeel op de agenda van het Kwaliteitsplatform voor medisch specialisten waarbij leer- en verbeterpunten besproken worden.

### **2.5.11 Klachten**

#### **Bemiddeling**

In 2016 ontvangen PatiëntService en de klachtenfunctionaris in totaal 420 klachten. In 2015 betreft dit 376 klachten. In 2014 waren het 470 klachten. Bij 187 van deze klachten is de klachtenfunctionaris ingeschakeld.

25% van de klachten had betrekking op methodisch-technisch handelen. De klachten over methodisch-technisch handelen betreffen klachten over de kwaliteit van onderzoek, diagnose, behandeling, verzorging en verpleging en het voorschrijven van medicijnen.

Een kwart van de klachten betrof ook organisatieklachten. Het gaat dan onder meer over de bereikbaarheid, coördinatie en beschikbare faciliteiten.

17% betrof klachten met betrekking tot bejegening van de patiënt.

13% van de klachten betrof de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Klachten over WGBO-items gaan over informed consent, privacy, informatie over onderzoek/behandeling en second opinion.

Bij klachten over wachttijden (12%) gaat het om wachttijden bij een gemaakte afspraak, wachttijden voor een operatie, wachttijden voor een controleafspraak, uitstel bij opname en eerste polikliniekbezoek.

Over een aantal jaren bekeken blijven de klachten over de verschillende hoofdonderwerpen zich bewegen in grofweg een range van -10% en +10%. Gelet op de transitie waarin Bernhoven in 2016 verkeerde is een lichte stijging van het aantal klachten niet geheel onverwacht. Daarbij zijn we ver onder de aantallen van 2014 en daarvoor gebleven. Opvallende tendens blijft de toenemende mondigheid en assertiviteit van de patiënt. Een ontwikkeling die Bernhoven toejuicht.

Met de aanschaf van een nieuw kwaliteitsmanagementsysteem in 2017 verwachten we betere analyses te kunnen maken om te gebruiken in de leercurve. De klachten maken thans deel uit van de maandrapportage en worden besproken in de overleggen in de lijn.

#### **Klachtencommissie Cliënten**

De klachtencommissie Cliënten ontvangt in het verslagjaar van vier klagers een klachtbrief (in 2015 zijn dit er ook vier). Van één klacht uit 2015 vindt de behandeling en de uitspraak plaats in 2016; deze klacht wordt verder in dit overzicht meegenomen. Een klachtbrief kan meerdere aspecten/deelklachten bevatten. Dit leidt tot in totaal 19 (deel)klachten.

Van de 19 klachten verklaart de commissie 12 klachten ongegrond en 7 gegrond.

Klachten	2013	2014	2015	2016
Absoluut	27	35	12	19
Relatief (= aantal klachtbrieven)	8	7	3	5

### Aanbevelingen

De commissie heeft aan het directiecomité de volgende aanbevelingen gedaan:

- Neem maatregelen die voorkomen dat planningsfouten gemaakt worden bij het maken van afspraken voor (borst)kankerpatiënten, met name in de interactie tussen chirurgen en internisten;
- Zorg dat de aanmelding van een casus bij de oncologiecommissie direct (digitaal) kan gebeuren door de hoofdbehandelaar, zonder tussenkomst van een doktersassistente en/of secretaresse.

### Maatregelen

- Beide aanbevelingen betreffen dezelfde casus. In deze casus heeft ook een SIRE-onderzoek plaats gevonden. Op basis van de aanbeveling van de klachtencommissie en het SIRE-onderzoek wijzigt de directie de interne organisatie en rolt de bestaande planningsmodule verder uit naar de polikliniek. Hierdoor zal de efficiency toenemen en onzorgvuldige planning van patiënten worden vermeden.
- De directie neemt de tweede aanbeveling beargumenteerd niet over omdat zij van mening is dat de gehanteerde structuur van de oncologiebespreking voldoende efficiënt is.

De samenstelling van de klachtencommissie is opgenomen in bijlage 6.

### 2.5.12 Implementatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg

In 2016 is de implementatie van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg voorbereid zodat per 1 januari 2017 aan de Wet wordt voldaan.

### 2.5.13 Capaciteitsmanagement en integrale planning

Het programma Integrale Planning is in september 2014 van start gegaan. Doel van het programma is om alle patiëntgerelateerde capaciteiten in Bernhoven (beter) op elkaar aan te sluiten zodat ziekenhuisbrede 'flow' ontstaat.

In 2017 is een capaciteitsmanager aangesteld. Capaciteitsmanagement heeft tot doel alle patiëntgerelateerde capaciteiten (zorgvraag en zorgaanbod) in het ziekenhuis met elkaar in relatie te brengen en beter op elkaar af te stemmen. Hiermee worden de initiatieven uit het project Integrale Planning een standaardonderdeel van de processen in het ziekenhuis.



### **2.5.14 Kwaliteitsplatform**

Het kwaliteitsplatform medisch specialisten stelt zich ten doel door en onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle medisch specialisten kwalitatief goede medisch specialistische zorg voor patiënten in Bernhoven te bevorderen. Dit platform wordt voorgezeten door de medisch leider kwaliteit & veiligheid.

De volgende onderwerpen zijn in het kwaliteitsplatform besproken en in subcommissies uitgewerkt:

- Leidraad overdracht: de leidraad beschrijft de wijze waarop overdracht van (patiënt)informatie plaats dient te vinden op een systematische manier en op een vaste wijze door middel van de SBAR-methode.
- Introductie van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg: de wijzigingen t.o.v. de 'oude' situatie en de gevolgen hiervan zijn toegelicht.
- Kliniek digitaal: Introductie van het klinisch EPD.
- Introductie elektronisch voorschrijven medicatie.
- In 2015 is twee keer een transmuraal kwaliteitsplatform met de huisartsen georganiseerd. Thema's van deze bijeenkomsten waren o.a. "Professioneel functioneren" en scholing 'Delier'.
- De voorbereiding op de NIAZ-heraccreditatie.
- De implementatie van het Convenant Medische Technologie.
- Bespreken SIRE-onderzoeken n.a.v. incidenten en/ of calamiteiten.

### **2.5.15 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

Bernhoven is in 2016 een aantal keren bezocht door de IGZ, onder andere in het kader van een herbezoek naar aanleiding van het Thematisch Toezicht infectiepreventie en een herbezoek naar aanleiding van het Thematisch Toezicht medicatieverificatie bij opname- en ontslag en het klinisch Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS). De bezoeken verliepen goed, gesignaleerde verbeterpunten uit eerdere bezoeken waren goed opgepakt door de organisatie. Thema van het jaargesprek in november 2016 was de wijze waarop het directiecomité de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid in het algemeen, en risicosignalering en -beheersing in het bijzonder invult. Aandachtspunt uit dit gesprek vormde de visie op het hoofdbehandelaarschap op de Acute Opname Afdeling.

## 2.6 Medische technologie en ICT

### 2.6.1 Innovatie & Informatisering

#### I&I Masterplan en Informatieplannen

Begin 2016 is het I&I Masterplan vastgesteld waarin de ontwikkelingen op het gebied van MICT voor de periode 2016-2019 zijn beschreven.

De strategische koers van Bernhoven met Droom is richtinggevend geweest.

De verdere concretisering naar projecten en acties is uitgewerkt in vier Informatieplannen. Voor ieder zorgmodel is op basis van behoeften en wensen vanuit het zorgmodel een plan opgesteld voor 2016-2017, passend binnen de kaders van het I&I Masterplan.

Deze projecten zijn geordend naar verandergebieden en –thema’s. Vanwege de onderlinge samenhang en afhankelijkheden van de verschillende projecten, zijn drie programma’s uitgewerkt, die in 2017 worden geïmplementeerd. Deze programma’s zijn:

- Zorgdesktop 2.0
- Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO)
- Infrastructuur.

#### Samenwerking strategisch partner(s)

Met strategisch partner Nexus is een samenwerkingsovereenkomst aangegaan voor een te implementeren PDMS-module (Patient Data Management System) op de IC. Ter verbetering van geïntegreerde informatievoorziening wordt het portfolio van Nexus preferent gebruikt (PDMS, Obstetrisch dossier, SEH-zorgdesktop, etc.)

### 2.6.2 Programma Kliniek Digitaal

In 2016 is onder de naam Kliniek Digitaal een programma gestart dat een nieuwe versie van het xCare EPD (Elektronisch Patiëntendossier) heeft uitgerold, zowel in de polikliniek als in het beddenhuis voor klinische patiënten. Naast dit klinisch EPD voor de artsen omvat het programma ook een Elektronisch Verpleegkundig Dossier (EVD) voor de verpleegkundigen. Eind 2016 is het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) ziekenhuisbreed in gebruik genomen. Als sluitstuk van het programma is begin 2017 het elektronische toedieningsregistratie van medicatie (TRS) in gebruik genomen. Met deze Closed Loop Medication wordt op dit punt niveau 6 van het zogenaamde EMRAM-model (Electronic Medical Record Adoption Model) bereikt.

### 2.6.3 MICT-beheerorganisatie

In 2016 is verder invulling gegeven aan de integratie van de afdelingen Medische Technologie en ICT. De voorbereidingen zijn gestart voor de samenvoeging van twee afzonderlijke meldpunten tot één MICT-Servicedesk.

De ICT-beheerorganisatie werkt volgens een gestandaardiseerde werkwijze voor procesmatig werken volgens het ISM-procesmodel (Integrated Service Management). Er is een start gemaakt om de werkprocessen van Medische Technologie en ICT op basis van dit model op eenzelfde manier in te richten. Ter bevordering van integraal beheer is keuze gemaakt voor eenzelfde servicemanagementtool waarmee de processen worden ondersteund. Medische technologie werkte al met deze tool, in 2017 wordt deze tool ook geïmplementeerd bij ICT.

### **Verbeteringen ICT-infrastructuur**

De infrastructuur dient altijd de voorwaarden voor de te leveren functionaliteit mogelijk te maken. Ten behoeve van de implementaties van het klinisch EPD, het EVD en het poliklinisch EVS zijn er vervangings- en uitbreidingsinvesteringen gedaan, met name op server- en storagegebied.

De te borgen c.q. te verbeteren performance blijft om bijzondere aandacht vragen. Met een verbeterplan hiervoor is een begin gemaakt waarbij realisaties in 2017 zijn voorzien, vanuit het perspectief van de belangrijke gebruikersgroepen.

### **2.6.4 Medische technologie**

De afdeling Medische Technologie heeft gestuurd op het minimaliseren van achterstallig onderhoud. Om de kennis te verhogen, sneller te kunnen reageren op defecten en de algemene kwaliteit te verbeteren wordt er ook meer onderhoud in eigen beheer uitgevoerd. Naast kwaliteitsverbetering heeft dit ook geresulteerd in professionalisering van de medewerker en kostenverlaging voor het ziekenhuis. Voorbereidingen zijn getroffen om budgetten met betrekking tot onderhoud, reparaties en instandhouding te centraliseren.

Werkprocessen zijn herzien en geoptimaliseerd, vanzelfsprekend aansluitend bij de richtlijnen omschreven in o.a. het Convenant Medische Technologie.

## **2.7 Personeel & Organisatie**

### **2.7.1 Organisatieontwikkeling: organisatiestructuur en aansturing**

De patiënt staat in het middelpunt van onze aandacht, dat is de focus van Bernhoven. Betere zorg door zinnige zorg. Bernhoven maakt de transitie van productiegerichte zorg naar patiëntgerichte zorg. Om deze ambitie te kunnen realiseren is er een ander beter passend organisatiemodel ontworpen en wordt de organisatie vanaf medio 2016 gefaseerd hiernaar ingericht. In paragraaf 1.2.3. is de nieuwe organisatiestructuur toegelicht.

#### **Realisatie 2016**

Bernhoven heeft in 2016 diverse stappen in de realisatie van de nieuwe inrichting van de organisatie gezet. Per 1 juli 2016 is het nieuwe leiderschap van de zorgmodellen en vakgroepen benoemd. Zij kregen de opdracht om de zorgmodellen volgens de uitgangspunten verder te verfijnen en in te richten. Per 1 oktober 2016 zijn alle RVE's en een aantal VE's ondergebracht binnen de nieuwe organisatiestructuur.

Daarna is gestart met de verdere inrichting van het primair proces (zorgmodellen en vakgroepen) en de praktische uitwerking van de visie qua aansturing/leiderschap in de teams. Per november 2016 zijn de teammanagers van het zorgmodel Diagnose- en Indicatiestelling – polibedrijf en de teammanager van het zorgmodel Interventie zorgstraten – niet-OK-interventies als eerste benoemd.

## 2.7.2 Leiderschapsontwikkeling

2016 was het jaar van het wisselen van leiderschap. De focus lag op het ontwikkelen van een visie op aansturing en leiderschap passend bij het nieuwe organisatiemodel en de uitwerking in leiderschapsprofielen. De detectie en selectie van leiderschapstalent binnen Bernhoven en uit de externe arbeidsmarkt was in 2016 cruciaal. Dit proces wordt in 2017 verder voortgezet.

Ondertussen bleef er aandacht voor de zittende leidinggevenden om leiderschap te blijven tonen en aandacht te hebben voor medewerkers in een organisatie die in transitie is. Ter ondersteuning van het ontwikkelen van hun eigen leiderschap konden leidinggevenden leeractiviteiten blijven volgen vanuit het Management Development-programma. Daarnaast is er geïnvesteerd in intervisie en individuele reflectiegesprekken.

### Persoonlijk leiderschapsprogramma SILK

In 2016 heeft eveneens een driedaagse training op het gebied van persoonlijk leiderschap plaatsgevonden. Ook was er in oktober een terugkomavond voor degenen die de afgelopen jaren de driedaagse gedaan hebben. Ook dit traject wordt in 2017 verder opgevolgd.

## 2.7.3 Gedragscode

Op de Dag van de Zorg (12 mei 2016) is de uniforme Gedragscode voor medisch specialisten en medewerkers formeel binnen Bernhoven gelanceerd. Medisch specialisten en medewerkers hebben de Gedragscode digitaal geaccordeerd in 2016. Nieuwe medisch specialisten en medewerkers ontvangen en conformeren zich bij indiensttreding aan de Gedragscode. Ook externen die binnen Bernhoven werken conformeren zich aan de Gedragscode als ze bij Bernhoven gaan werken. Op deze manier creëren we duidelijkheid over de basis met betrekking tot het gedrag dat vanuit je rol bij Bernhoven verwacht wordt. Er wordt hier bij aanvang van werkzaamheden een goed gesprek over gevoerd. Ieder handelt volgens de gedragscode en is hierop aanspreekbaar.

## 2.7.4 Strategische personeelsplanning

Strategische personeelsplanning (SPP) zet Bernhoven in als een tool om antwoorden en richtingen te formuleren op de kwantitatieve en kwalitatieve personeelsvraagstukken.

### *Doktersassistenten*

Vanaf april 2016 tot juli 2016 is het SPP-project voor de groep doktersassistenten doorlopen. Hierbij is voor de komende 2,5 jaar gekeken naar de kwantitatieve en kwalitatieve verschillen in wat verwacht nodig is en wat verwacht aanwezig is. Het zorgmodel D&I is eind 2016 ingericht. Dit betekent andere aansturing en structuur. In 2017 zijn er leerinterventies gepland om in lijn met deze ontwikkelingen en met in achtneming van de bevindingen uit de SPP-analyse de groep doktersassistenten gericht te ontwikkelen.

### 2.7.5 Professionele kwaliteit

Alle medewerkers van Bernhoven onderhouden hun professionele kwaliteit en registreren ondernomen activiteiten in hun digitaal portfolio. In dat portfolio wordt tevens geregistreerd wat via Bernhoven Leert aan scholingsactiviteiten is ondernomen. Met ingang van 1 januari 2016 is de nieuwe toebedeling van uren voor onderhouden professionele kwaliteit ingevoerd. Door een toename van het aantal scholingsonderwerpen blijft er een spanningsveld tussen beschikbare tijd en te volgen scholingen waardoor alle medewerkers ook eigen tijd investeren.

#### Beroepsopleidingen

Voor de meeste initiële beroepsopleidingen heeft Bernhoven de keuze gemaakt om op te leiden via leerroutes die bestaan uit een combinatie van leren en stage. Bernhoven biedt met name stageplaatsen aan studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, ROC de Leijgraaf en het Koning Willem I College. De opleidingen tot anesthesiemedewerker en operatieassistent zijn een combinatie van leren en werken waarbij studenten een leerarbeidsovereenkomst krijgen bij Bernhoven.

### 2.7.6 Werken, Leren en Mobiliteit

#### Digitaal leren en (loopbaan)ontwikkeling

Bernhoven Leert, het leermanagementsysteem van Bernhoven, biedt zowel leercontent als stuurinformatie op het gebied van leren. Verpleegkundigen en andere zorgprofessionals beschikken over een kwaliteitsdashboard waar alle eisen qua scholing, zoals voorbehouden handelingen, VMS-thema's, reanimatie en werken met medische apparatuur, zichtbaar zijn. Zo kunnen medewerker en leidinggevende monitoren welke leertrajecten lopen, welke afgerond zijn, wat de resultaten zijn en welke certificaten verlopen en weer opnieuw behaald moeten worden. Behaalde certificaten worden automatisch toegevoegd aan het digitaal portfolio in het personeelsdossier. Daarnaast zijn er e-modules voor alle medewerkers beschikbaar op het gebied van persoonlijke ontwikkeling, persoonlijke effectiviteit, management, communicatie en kantoorautomatisering (office). Bernhoven stimuleert hiermee onbepaald en zelfsturend leren.

Medewerkers kunnen via Bernhoven Leert gebruik maken van e-learning,

#### *Gesprek tussen leidinggevende en medewerker staat centraal*

Leidinggevendens coachen hun medewerkers en maken leer-, ontwikkel- en loopbaanvragen bespreekbaar. Het gesprek en de dialoog tussen medewerker en leidinggevende staat centraal. Ter ondersteuning en verdieping is er digitale informatie beschikbaar, kunnen medewerkers gebruik maken van e-learning en zijn er diverse interne en externe mogelijkheden voor trainingen, coaching en loopbaanbegeleiding.

## 2.7.7 Bernhoven Vitaal

### Vitaliteit

Een wendbare organisatie op kwaliteit gericht heeft vitale medewerkers nodig. Het gesprek over vitaliteit tussen medewerker en leidinggevende, geborgd binnen Bernhoven als vast onderwerp binnen het jaargesprek, is cruciaal. Om het bewustzijn te stimuleren m.b.t. vitaliteit en om actief werken aan de eigen vitaliteit te ondersteunen biedt Bernhoven geregeld activiteiten aan die bij diverse levensfasen aansluiten. Denk hierbij aan een cursus Mindful werken, startcursus Hardlopen, workshops over de overgang, slapen etc. Ook is er jaarlijks een Vitaliteitsweek waar aandacht is voor de diverse aspecten van vitaliteit en er laagdrempelig activiteiten worden aangeboden.

### Arbeidsomstandigheden

Bernhoven heeft veiligheid hoog in het vaandel, ook voor medewerkers. Het monitoren en reduceren van risico's is een continu proces en is geborgd door de Risico Inventarisatie & Evaluatie.

De gehele organisatie heeft inmiddels de RI&E uitgevoerd m.b.t. van digitale vragenlijsten.

Als gevolg van de wijzigingen in de organisatiestructuur is het belangrijk om opnieuw inzichtelijk te maken welke risico's er zijn en hierop actie te ondernemen om deze te reduceren.

De eerste stappen zijn in 2016 gezet, zoals het ontwikkelen van nieuwe vragenlijsten, om de RI&E opnieuw fasegewijs uit te voeren in 2017 binnen de nieuw gedefinieerde organisatiestructuur.

Grote risico's zijn uit de RI&E niet gebleken, maar wel verbeterpunten, zoals:

- het bewust worden van veiligheid door elkaar hierop aan te spreken.
- duidelijkheid over afspraken, procedures door het ontwikkelen van nieuw beleid, zoals beleid fysieke belasting.

### Verzuim

Het verzuim in Bernhoven is in 2016 (5,12% excl. Vangnet) lichtelijk gestegen ten opzichte van 2015 (4,8%). Ten opzichte van de branche (5,23%), waar een stijgend verzuim te zien is, is ook het verzuim in Bernhoven stijgende.

Het verzuimpercentage is over diverse leeftijdscategorieën inzichtelijk gemaakt: < 26 jaar, 26-35 jaar, 36-45 jaar, 46-55 jaar en >55 jaar. In de volgende leeftijdscategorieën scoort Bernhoven hoger dan het branchegemiddelde 26-35 jaar en 46-55 jaar. In de overige leeftijdscategorieën scoort Bernhoven lager.

De meldingsfrequentie is in 2016 gelijk gebleven: 1,20 (branchegemiddelde is 1,21). In 2016 is het aandeel tweede ziektejaar (dus langer dan 1 jaar ziek) afgenomen van 11,4% naar 8,8% van het totale verzuim. Dit is lager dan de branche, waar dit verzuim 11,4% is.

Het percentage medewerkers dat nul of één keer verzuimt is 38,4% respectievelijk 29,7% en is gedaald ten opzichte van 2015. Ten opzichte van de branche ligt het 0-verzuim binnen Bernhoven iets lager en met 1-ziekmelding nagenoeg gelijk.

Aangezien het verzuim in 2016 een stijgende lijn heeft laten zien en hoog is afgesloten, zijn in 2016 extra activiteiten ondernomen om de grip op het verzuim te vergroten en daarmee het verzuimpercentage te reduceren. Leidinggevenden zijn opnieuw getraind, de regie bij de medewerker is vergroot en het verzuimsysteem is verder geoptimaliseerd. Dit heeft niet tot voldoende resultaat geleid. Met name binnen de acute zorg is het verzuim hoog. Per afdeling wordt een plan van aanpak gemaakt door de teammanager om het verzuim terug te dringen. Deze plannen worden in 2017 gerealiseerd.

### **Eigenrisicodragerschap WGA en Ziektewet**

Bernhoven was sinds 1 januari 2008 Eigenrisicodragers van de WGA-vast (Regeling Werkhervatting gedeeltelijk Arbeidsgeschikten voor medewerkers met een vast dienstverband). Hiervoor is Bernhoven verzekerd. Per 1 januari 2016 is Bernhoven WGA-publiek verzekerd bij het UWV en is dus geen Eigenrisicodragers WGA-vast meer.

De WIA-instroom (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) betreft het aantal en percentage medewerkers dat na langdurig verzuim een WGA-uitkering (Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten) ontvangt. In 2016 zijn vier medewerkers ingestroomd in de WGA.

Drie medewerkers zijn vervroegd ingestroomd in de IVA (Inkomensvoorziening voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten).

Voor ZW-flex is Bernhoven Eigenrisicodragers (Ziektewet voor medewerkers met een tijdelijk dienstverband die ziek uit dienst gaan) sinds 1 juli 2014. De uitvoering voor verzuimbegeleiding van deze ex-medewerkers is uitbesteed aan een externe partij (AON Hewitt). Het financiële voordeel van Eigenrisicodragers ZW ten opzichte van het UWV in 2016 is groot. Hieruit is te concluderen dat het Eigenrisicodragerschap ZW financieel gunstiger is geweest dan het UWV.

### **2.7.8 MIM-meldingen/bedrijfsongevallen**

In 2016 zijn er 21 MIM-meldingen binnengekomen (melding incident medewerker). Dit betreft meldingen van onveilige werkomstandigheden. Daarnaast zijn er 17 meldingen van (bijna-)ongevallen binnengekomen.

#### *MIM-meldingen*

MIM-meldingen hebben overwegend betrekking op incidenten van ongewenst gedrag. Het merendeel van de meldingen betrof verbaal en fysiek geweld door patiënten en/of bezoekers.

#### *Ongevallen*

Van de 17 ongevallen in 2016 vonden er 3 plaats op het parkeerterrein van Bernhoven. De overige ongevallen vonden plaats in de hoofdvestiging Uden.

Opvallend was dat een aantal ongevallen een prikincident betrof door naalden tussen het afval en een aantal maal was sprake van een ongeval met een papiercontainer. In totaal was 14 keer sprake van lichamelijk letsel. Alle ongevallen zijn geanalyseerd en waar mogelijk zijn structurele maatregelen genomen om herhaling te voorkomen.

### **2.7.9 Vertrouwenspersoon personeel**

Binnen Bernhoven zijn twee personen naast hun reguliere functie benoemd tot vertrouwenspersoon personeel inzake grensoverschrijdend gedrag. In 2016 werden 22 meldingen/vragen ontvangen. Deze hadden onder meer betrekking op gevoelens van intimidatie in gesprek met een teamleider of collega, op arbeidsgerelateerde conflicten en op pesten. Verder vonden er twee ongevraagde adviesgesprekken plaats met management omtrent beleving van bejegening en communicatie. Bovengenoemde meldingen hebben niet geleid tot het indienen van een klacht bij de klachtencommissie personeel.

### **2.7.10 Klachtencommissie personeel**

Sinds medio mei 2015 wordt de rol van klachtencommissie ingevuld door een extern professioneel bureau. In 2016 hebben zij geen formele klachten ontvangen.

## **2.8 Financieel beleid & bedrijfsvoering**

### **2.8.1 Financieel beleid**

2016 Was het tweede jaar van de meerjarenafspraken die met VGZ en CZ gemaakt zijn over effectuering van de strategie. De aanneemsommen die met deze verzekeraars vanaf 2015 gemaakt zijn hebben een omzetsdaling van ruim 10% voorkomen. In 2016 zijn bovendien ook met Zilveren Kruis Achmea en Menzis aanneemsommen overeengekomen waardoor, van de gerealiseerde omzet uit het schadelastjaar 2016, 95% onder een aanneemsom viel.

Voor 2017 zijn ook met de andere verzekeraars aanneemsommen afgesproken.

Daarnaast zijn in 2016 met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over overheveling van budget vanuit het JBZ naar Bernhoven, verband houdend met patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom die binnen Bernhoven behandeld en niet meer doorverwezen worden, alsmede budgettoekenning voor de overname van de praktijk Reumasupport. Ook zijn we gesprekken gestart over het meer op nacalculatiebasis vergoed krijgen van de zogenoemde dure geneesmiddelen. Dit heeft in 2016 al tot een verruiming van de afspraken geleid waardoor het alsmaar toenemende kostenniveau minder zwaar op de schouders van Bernhoven rust.



Al deze punten zorgen voor rust en zekerheid aan de omzetkant. Zoals gewenst kon het vizier dan ook steeds meer op de kostenkant gericht worden. De schadelastreductie zoals die zich zonder aanneemsommen zou hebben voorgedaan moet immers gepaard gaan met een kostenreductie om de zorg daadwerkelijk goedkoper te maken. Met name de personeels- en patiëntgebonden kosten (zullen) dalen als gevolg van de ingezette strategie.

In het verleden was het voor een resultaatverantwoordelijke eenheid mogelijk om het financiële resultaat te verbeteren door extra productie te leveren. Dit staak haaks op de strategie van Bernhoven waarin wordt gestuurd op het reduceren van onzinnige zorg. Om deze redenen zijn met ingang van 2016 de zorgopbrengsten niet meer decentraal begroot. Ook de realisatie, inclusief aanvullingen en afslagen naar de aanneemsommen en plafondafslagen, is in 2016 centraal geboekt.

In 2016 is het BTW-dossier rond de nieuwbouw afgerond hetgeen tot een substantieel eenmalig positief resultaat heeft geleid. In de bezwaarprocedure bij de NZA tegen de transitiegelden is Bernhoven in 2016 op twee van de vier punten in het gelijk gesteld. Tegen de uitspraak van de NZA op de andere twee punten is Bernhoven bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven is beroep gegaan. Begin 2017 heeft de zitting plaatsgevonden. Een uitspraak van het College laat (eind april) nog op zich wachten.

Ook over 2016 zijn de boeken gesloten met een positief operationeel financieel resultaat.

## **2.8.2 Bedrijfsvoering**

### **Planning-en-controlcyclus**

De planning-en-controlcyclus is vastgelegd in een proces. Voor 2016 is een aanpassing in het proces doorgevoerd van 3 naar 2 jaarprognoses; niet meer per kwartaal maar per 4 maanden (tertiaal). Elke jaarprognosecyclus wordt afgesloten met zogenaamde reviewgesprekken: individuele gesprekken tussen het management van een (R)VE en een vertegenwoordiging van het directiecomité. Hierbij wordt vastgesteld in welke mate de afdelingsdoelstellingen zijn gerealiseerd. Naast financiële cijfers komen ook beleidsdoelstellingen en kwaliteitsindicatoren aan bod.

### **Interne beheersing**

In de loop van 2016 is de eerste, grote stap gezet in de aanpassing van de organisatie gericht op de aansturing via vier zorgmodellen. Vanaf dat moment zijn de rapportagesystemen ingericht geweest op de oude én de nieuwe organisatiestructuur. Door de grote organisatiewijziging was het maken van vergelijkingen tussen het verleden en de nieuwe situatie vanaf dat moment alleen nog maar op het niveau van heel Bernhoven mogelijk.

De landelijk voorgeschreven Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC), beschreven in de kaderregeling AO/IC, is in 2016 geheel toegepast. De risico's in het registratie- en facturatieproces worden tot een minimum beperkt door de geïmplementeerde controlemaatregelen. De zorgadministratie heeft in 2016 de controletool van Performance (Notiz) geïmplementeerd en afscheid genomen van ValueCare. Hiermee is een verdere integratie van de informatievoorziening bereikt.

Vanzelfsprekend zijn ook in 2016 de wijzigingen in de wet- en regelgeving doorgevoerd in de registratierichtlijnen en controles (uitvoering van de 'handreiking').

### **Financiële verantwoording**

Elke zesde werkdag van de maand wordt de maandrapportage van de afgelopen maand in het managementinformatiesysteem gepubliceerd. Deze rapportages worden zowel voor het ziekenhuis als geheel als voor elke (R)VE afzonderlijk gerapporteerd. Deze rapportage bevat onder meer de kosten, FTE's, productiecijfers en KPI's. Ook zijn er benchmarkrapportages beschikbaar en wordt er gerapporteerd over de volledigheid en tijdigheid van de productieregistratie en het werkkapitaal.

Er wordt aan gehecht de rapportages zo vroeg mogelijk in de maand te realiseren en daarmee de blik zo kort mogelijk op het verleden te richten en zo lang mogelijk naar voren te houden. De maandrapportage wordt standaard in het directiecomité besproken. Op organisatieniveau gebeurt dit ook met de RVE-raad, de Raad van Toezicht, Ondernemingsraad en Cliëntenraad.

### **Fraudebeleid Financiën & Informatievoorziening**

In Bernhoven wordt fraude ontmoedigd door diverse maatregelen op het gebied van AO/IC, zoals de interne en externe procuratieregeling, functiescheiding, regelingen op het gebied van arbeidsvoorwaarden en regelingen op het gebied van (informatie)beveiliging. Bij aanstelling van nieuwe medewerkers wordt aandacht geschonken aan de gedragsregels die binnen Bernhoven van toepassing zijn.

Het directiecomité heeft over het jaar 2016 geen fraude geconstateerd of bijzonderheden die dit doen vermoeden. Dit is ook gemeld aan de accountant.

### **Crisisbeheersingsplan**

Op donderdag 21 april 2016 werd het integrale crisisbeheersingsplan voor Bernhoven opgeleverd. Het plan is gebaseerd op het CONCRIS-model dat procesgericht integraal crisismanagement faciliteert. Door een procesmatige voorbereiding is een flexibel en uitvoerbaar systeem opgezet dat ook onder druk en bij onverwachte omstandigheden en onvoorziene ontwikkelingen toepasbaar is. Dit in tegenstelling tot een aanpak met te vaste scenario's of deelplannen. In de gezondheidszorg is dit nog relatief nieuw en Bernhoven vervult daarmee een voortrekkersrol.

## 2.9 Samenwerking

### 2.9.1 Bernhoven Diagnostisch Centrum (BDC)

Bij de invoering van de zorgmodellen heeft BDC een plaats gekregen binnen zorgmodel Diagnose & Indicatiestelling. Samen met Laboratorium en Radiologie vormt BDC het Diagnostisch bedrijf waarmee alle Functieafdelingen binnen het Diagnostisch bedrijf zijn geëpositieerd.

In 2016 is de samenwerking met het Laboratorium verder geïntensiveerd. Concreet voorbeeld daarvan is de samenwerking van de Oproepdienst van het BDC en de administratie van het Laboratorium. Diagnose & Indicatiestelling beoogt samenwerking van afdelingen binnen het zorgmodel en integratie van functies, denk aan de staffuncties. In 2016 zijn een medisch leider en een bedrijfsleider D&I Diagnostisch bedrijf aangesteld. Medio 2017 wordt de hiërarchische laag van teammanagers en bedrijfscoördinatoren ingevuld.

In 2016 is door Markteffect een onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid van patiënten van Medisch Diagnostische Centra. De klanttevredenheidsmetingen zijn uitgevoerd binnen de trombosedienst, bloedafnamedienst, echocentrum, oproepdienst (fundusfotografie) en radiologie. De meting leverde een gemiddelde score van 8,5 op (gelijk aan score in 2015). Op poliklinieken werden Positive Perception Program-metingen uitgevoerd.

In 2016 is intensief samengewerkt met het laboratorium om de overstap naar de gezamenlijke NEN-ISO-certificering voor te bereiden (daarvoor was het CCKL de accrediterende instantie). Begin juli heeft de Raad voor Accreditatie een auditbezoek gebracht. Eind 2016 kreeg BDC bericht dat de accreditatie succesvol was afgerond. Een van de resultaten van het gezamenlijke accreditatietraject is de realisering van één Handboek BDC en Laboratorium.

In 2016 zijn eerste stappen gezet tot samenwerking tussen de Trombosedienst Bernhoven met de Trombosedienst Eindhoven. In afwachting van de interne organisatieaanpassingen is definitieve samenwerking geparkeerd en is het gebleven bij een intentieverklaring. In 2017 wordt eventuele samenwerking geformaliseerd.

### 2.9.2 Medisch specialistisch bedrijf

De kaakchirurgen en plastisch chirurgen hebben zich gevestigd in afzonderlijke medisch specialistische bedrijven. Met deze bedrijven is een formele samenwerking aangegaan, in lijn met landelijke modellen van NVZ en de Federatie maar aangepast aan de bijzondere situatie van Bernhoven. In het verlengde zijn servicelevelagreements overeengekomen. De samenwerking wordt regelmatig geëvalueerd. De plastisch chirurgen zullen in 2017 een zelfstandig behandelcentrum oprichten.

De radiologen zijn in 2016 in loondienst van Bernhoven getreden.

### **2.9.3 Academisch medisch netwerk**

Bernhoven en RadboudUMC werken beiden actief aan het vernieuwen van de gezondheidszorg. Het is hun missie en ambitie om voorop te lopen in het vormgeven van een duurzame gezondheidszorg, die van hoge kwaliteit is, toegankelijk en betaalbaar. Hoewel zij dat vanuit hun eigen context, eigenheid en identiteit doen, zijn beider visies en kernwaarden opvallen gelijklopend. De verantwoordelijkheid voor patiënt én maatschappij is daarin een belangrijke drijfveer.

Tegen die achtergrond is in 2016 onderzocht of beide huizen door een nauwere samenwerking elkaar in ambities en doelstellingen zouden kunnen versterken.

In een serie gesprekken tussen professionals is het thema samenwerken verkend. De gesprekken vonden plaats op bestuurlijk, professioneel en operationeel niveau. Daarnaast is op vele gebieden al sprake van een constructieve samenwerking.

In de loop van 2016 zijn beide huizen er gaandeweg van overtuigd geraakt dat de samenwerking verder uitgediept kan worden en in 2017 tot een meer formele samenwerking zal gaan leiden (in de vorm van een Academisch Medisch Netwerk.)

### **2.9.4 Dialysecentrum Ravenstein**

Dialysecentrum Ravenstein B.V. is een initiatief van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, ziekenhuis Bernhoven en de maatschappen Interne Geneeskunde van beide ziekenhuizen. Het Dialysecentrum behandelt dialysepatiënten. Stichting Bernbosch behartigt de belangen van Dialysecentrum Ravenstein B.V. naar de zorgverzekeraars. Bernhoven heeft een minderheidsbelang van 22% in Dialysecentrum Ravenstein B.V. en neemt deel aan het bestuur van Stichting Bernbosch.

### **2.9.5 ZANOB**

Bernhoven is lid van de coöperatie ZANOB U.A. Bij deze coöperatie zijn verschillende instellingen aangesloten. De coöperatie heeft een dochteronderneming (B.V.) die de werkorganisatie vormt voor de coöperatie. ZANOB verschaft op locatie in ziekenhuizen en andere instellingen farmaceutische zorg, ingebed in de organisatie, als ware de apotheek onderdeel van het ziekenhuis of de instelling. Door concentratie van ondersteunende diensten en faciliteiten in een centrale eenheid zijn de voordelen van schaalgrootte te realiseren.

Bekeken wordt of en hoe de toekomstige organisatiestructuur van en de dienstverlening door de ziekenhuisapotheek nog efficiënter kunnen worden ingericht. Dit zal in 2017 leiden tot een gewijzigde structuur.

### **2.9.6 Eerste lijn**

Met de strategie Droom is de samenwerking met de eerste lijn in ontwikkelingsfase en uitvoering sterk toegenomen. Zorg dicht bij de patiënt is daarbij uitgangspunt. Huisartsen vanuit huisartsenpost HOV, Huisartsenkring Noord-Brabant Noordoost en Zorggroep Synchron zijn vertegenwoordigd in alle organisatielagen van de Droom-projectorganisatie. Huisartsen werken actief mee aan het tot stand komen van transmurale projecten binnen Droom. Sinds 2014 worden gefaseerd plannen uitgewerkt en geïmplementeerd.

Bernhoven kent een samenwerking met Zorggroep Synchron. Deze samenwerkingsorganisatie van huisartsen in de regio Oss-Veghel-Uden heeft in samenwerking met andere hulpverleners meerdere zorgprogramma's ontwikkeld (bijvoorbeeld voor COPD).

Jaarlijks worden het transmuraal symposium en de Bernhoven Breed georganiseerd voor medisch specialisten en huisartsen.

### **2.9.7 Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen**

Bernhoven is aangesloten bij de SAZ (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen). De SAZ bundelt de krachten van ongeveer 40 algemene ziekenhuizen en behartigt belangen van deze ziekenhuizen vanuit de visie zorg dichtbij. De SAZ werkt daarnaast themagericht aan specifieke dossiers zoals verloskunde, oncologie en intensive care.

### **2.9.8 Andere partners**

Met de regionale GGZ wordt overleg gevoerd ter optimalisatie van de geriatrische zorg. Voorts is een raamovereenkomst opgesteld waarbinnen samenwerking op verschillende onderdelen nader vormgegeven kan worden.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis verricht voor Bernhoven de dienstverlening op het gebied van pathologie, medische microbiologie en nucleaire geneeskunde.

Met de Raad van Bestuur van het JBZ wordt regulier bestuurlijk overleg gevoerd.

De samenwerking met het Neurochirurgisch Science Centrum Tilburg is onder de geldende voorwaarden verder verlengd.

Voor de zorgverlening wordt ook met andere ziekenhuizen in de regio samengewerkt, onder andere op het gebied van laagvolume- en hoogcomplexe zorg.

### **2.9.9 Vereniging Samen in Zorg**

'Samen in Zorg' is een vereniging die bestaat uit zorgpartners in de regio Oss-Uden-Veghel. Zij stellen zich ten doel de onderlinge samenhang van zorg tussen verschillende zorgaanbieders te verbeteren. Betere afstemming leidt tot effectievere en efficiëntere inzet van middelen en capaciteit in de zorg, en daarmee ook tot een betere zorg voor de patiënten.

Daarnaast is er een samenwerking met zes ziekenhuizen in het netwerk patiëntveiligheid in Zuid-Nederland ter verdere verbetering van de patiëntveiligheid. Speerpunten zijn infectiepreventie en antibioticaresistentie, medicatieveiligheid en medische technologie.

### **2.9.10 Gemeenten**

Op diverse niveaus bestaan er contacten tussen de Colleges van Burgemeester en Wethouders en medewerkers van gemeenten in het adherentiegebied en Bernhoven.

## **2.10 Commerciële zaken**

### **2.10.1 Zorgverzekeraars**

In 2016 zijn met de zorgverzekeraars Zilveren Kruis, Menzis, Multizorg, DSW en ASR meerjarencontracten gesloten in lijn met de Droomstrategie en de contracten die al bestonden met CZ en VGZ. Ook met alle budgetpolissen zijn contracten gesloten, waardoor alle personen met een zorgverzekering binnen Bernhoven behandeld mogen worden. Daarmee is de volledige omzet voor Bernhoven tot een risicovrije garantie verworven zodat 100% inzet kan worden gepleegd om alle initiatieven binnen de strategie tot een succes te maken.

Ook zijn de eerste gesprekken gevoerd met het ministerie van VWS en de NZa over een mogelijk vervolg van Droom in 2020. Ideeën over bekostigingswijzen van de nieuwe zorgmodellen van Bernhoven zijn uitgewisseld en zullen in 2017 nader geconcretiseerd worden.

### **2.10.2 Communicatie**

#### **Communicatie**

In 2016 is er veel aandacht geweest voor de nieuwe strategie van Bernhoven in de landelijke en regionale media. Op 4 maart verscheen een eerste interview in het Financieele Dagblad onder de titel 'Minder zorg, minder omzet, ziekenhuis blij'. Dit artikel had een enorme spinoff in de (landelijke) media en bracht het maatschappelijke gesprek over zinnige zorg op gang. Een serie van vijf achtergrondartikelen in het Brabants Dagblad, interviews in Medisch Contact, Skipr, Rabobank Scoop en een achtergronditem op Radio 1 volgden. En ook in 2017 blijft er veel aandacht vanuit de landelijke media. Daarnaast ontvangt Bernhoven bijna wekelijks zorgpartners, ziekenhuisbestuurders, koepelverenigingen, geïnteresseerden vanuit de politiek en andere stakeholders over de nieuwe strategie 'Toekomstbestendige zorg voor de regio'. Allemaal vanuit de gedachte de nieuwe strategie van Bernhoven te delen. Met als doel dat het leveren van zinnige zorg de zorg beter maakt. Als andere zorginstellingen volgen, dan komt de opbrengst hiervan allereerst ten goede aan de patiënt en vervolgens levert dit een bijdrage van de betugeling van de nationale zorgkosten.

Naast veel externe communicatie is er ook veel aandacht voor de interne communicatie om collega's mee te nemen in de nieuwe strategie en om ze mee te nemen in de implementatie van het nieuwe organisatiemodel. Dit vraagt een andere rol van de afdeling communicatie en daarom ontwikkelt de afdeling communicatie zich van een operationele afdeling naar een tactische en strategische partner. Leiderschapscommunicatie is essentieel in een organisatietransformatie.

Externe communicatie geschiedt structureel door de navolgende acties:

- In 2016 is er driemaal een huis-aan-huisbrochure voor de regio uitgebracht in een oplage van 150.000 stuks.
- De voorlichtingsavonden Dokter op Dinsdag @ Bernhoven blijven goed bezocht en zijn uitgebreid in de regio. Er zijn bijeenkomsten geweest in Heesch en in Veghel.
- Daarnaast wordt er tweemaandelijks digitaal een Extern Bulletin naar alle medisch specialisten en huisartsen verstuurd. En is er een speciale nieuwsbrief voor huisartsen ontwikkeld met daarin de informatie over de nieuwe initiatieven die worden uitgerold in samenwerking met de huisartsen.

## 3 Governance

### 3.1 Bestuursstructuur

#### Directiecomité

Het dagelijks bestuur ligt in handen van een directiecomité, bestaande uit verschillende directeuren onder voorzitterschap van een algemeen directeur. De algemeen directeur is de statutaire bestuurder. Een en ander is geregeld in een door de Raad van Toezicht goedgekeurd directiereglement. Twee medisch directeuren sturen de zorginhoudelijke eenheden aan. De medische beroepsbeoefenaren zijn leidend ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Tevens is een medisch specialist benoemd als medisch leider kwaliteit & veiligheid. Deze rapporteert aan de algemeen directeur en is met adviserende stem aanwezig bij de vergaderingen van het directiecomité.

De algemeen directeur is eindverantwoordelijk. De verschillende directeuren zijn gemandateerd en bevoegd binnen hun portefeuilles. Een en ander is geconcretiseerd in een RACI-model (Responsible, Accountable, Consulted en Informed) en de procuratieregeling. Daarmee is eenduidig vastgelegd hoe verantwoordelijkheden zijn belegd in de nieuwe structuur.

Het directiecomité bestaat uit de volgende functies:

Algemeen directeur (voorzitter)	P. Bennemeer
Financieel directeur	G.J. van den Enden
Directeur HR	Mw. H. Wouters
Directeur MICT	J.E. Slot
Directeur Commercie en Operaties	Mw. M. Jacobs
Medisch directeur snijdend	R.J.J. Koopman tot 1 juli 2016. Mw. M. Bartholomeus vanaf 1 juli 2016
Medisch directeur beschouwend	W.A. de Boer

Per 1 oktober 2016 is de organisatie gekanteld en zijn de resultaatverantwoordelijke eenheden in de zorg opgegaan in vier zorgmodellen. M. Bartholomeus stuurt als medisch directeur vakgroepen de vakgroepen aan. W. de Boer is als medisch directeur zorgmodellen verantwoordelijk voor de zorgmodellen.

Een overzicht van eventuele andere nevenfuncties is in bijlage 1 bij dit jaarverslag opgenomen.



## 3.2 Raad van Toezicht

### 3.2.1 Samenstelling Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de algemeen directeur en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie. De Raad van Toezicht oefent zijn toezicht uit op basis van de statuten van het ziekenhuis en het reglement Raad van Toezicht.

In 2016 heeft er een wisseling plaats gevonden van de Raad van Toezicht. Op 18 maart 2016 is de heer Peeters benoemd tot voorzitter van de Raad van Toezicht. Na zijn benoeming heeft de heer Peeters zich samen met de Raad van Toezicht, het directiecomité, de Cliëntenraad en de Ondernemingsraad gebogen over de verdere vormgeving en samenstelling van een nieuwe Raad van Toezicht. Dit heeft geleid tot benoeming per 23 mei 2016 van de heer M. Duvivier, mevrouw P. Snijders en mevrouw A. Heckman. De heer Duvivier is benoemd op voordracht van de Cliëntenraad en mevrouw Heckman op voordracht van de Ondernemingsraad. Tegelijkertijd is door de nieuwe Raad van Toezicht decharge verleend aan de Raad van Toezicht. De heer M. Duvivier is benoemd tot vicevoorzitter.

De Raad van Toezicht bestaat tot 18 maart 2016 uit de volgende leden:

Mw. H. van de Wouw-Strijbos, vicevoorzitter

Mw. H. Beard, lid

Mw. I. Koopmans, lid

P.H. Maas, lid

Per 18 maart 2016 is de heer G. Peeters benoemd tot voorzitter van de Raad van Toezicht.

Met ingang van 23 mei 2016 kende de Raad van Toezicht de volgende samenstelling:

G. Peeters, voorzitter

M. Duvivier, vicevoorzitter

Mw. A. Heckman, lid

Mw. P. Snijders, lid

Een overzicht van de hoofdfunctie en eventuele andere nevenfuncties is in bijlage 2 bij dit jaarverslag opgenomen.

### 3.2.2 Focus 2016

De Raad van Toezicht richtte zich in 2016 in belangrijke mate op die thema's waarop ook de focus van het directiecomité voortvloeiend uit de strategie gericht was. Thema's in 2016 waren:

- realisatie van de begroting 2016 en de daaronder liggende bezuinigingsmaatregelen;
- continuïteit van de organisatie, liquiditeitsontwikkeling en solvabiliteit;
- bespreking en goedkeuring van de begroting 2017;
- goedkeuren jaarplan 2017;
- rapportages in het kader van planning-en-controlcyclus;
- uitwerking van het participatiemodel voor – in eerste instantie – medisch specialisten en managers en het ontwerp van de bijbehorende governance;
- businesscase en Droomstrategie voor 2016;
- besluit tot invoering van de BV-structuur, tevens voorstel tot wijziging van de statuten van de huidige Stichting Ziekenhuis Bernhoven;
- organisatiewijziging ter ondersteuning van strategie naar vier zorgmodellen;
- absorptievermogen van medewerkers in een organisatie in transitie.
- medisch beleidsplan 2016-2020;
- ICT-strategie; Informatie- en communicatietechnologie in Bernhoven;
- kwaliteitsstructuur in Bernhoven en borging daarvan mede in relatie tot de strategie;
- leer- en verbetervermogen van Bernhoven;
- werving en selectie nieuwe leden Raad van Toezicht;
- reglement Raad van Toezicht;
- vaststelling vacatievergoedingen Raad van Toezicht voor 2016 en 2017;
- Alert: voortgang gerechtelijke procedure;
- overleg met gremia in huis (OR en CR).

### 3.2.3 Commissies Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft drie permanente commissies ingesteld:

1. De **financiële commissie**, bestaande uit mw I. Koopmans en P.H. Maas tot 23 mei 2016. Met ingang van 23 mei 2016 is P. Snijders tot voorzitter benoemd en M. Duvivier als lid.  
De financiële commissie staat de Raad van Toezicht bij in zijn toezichthoudende verantwoordelijkheden op het financiële vlak. In dit kader beoordeelt de commissie de financiële informatieverschaffing door Bernhoven en financiële aspecten van samenwerkingsverbanden. Andere onderwerpen in 2016 waren de begroting en jaarrekening en de managementletter met het directiecomité en/of de externe accountant. De commissie heeft in 2016 vier keer vergaderd.
2. De **commissie kwaliteit**, bestaande uit mw. I. Koopmans (voorzitter), mw. H. van de Wouw-Strijbos en mw. H. Beard tot 23 mei 2016. Met ingang van 23 mei 2016 is de heer M. Duvivier benoemd tot voorzitter van de commissie en de heer G. Peeters tot lid van de commissie. De commissie kwaliteit staat de Raad van Toezicht bij bij zijn toezichthoudende verantwoordelijkheden voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

De commissie toetst de wijze waarop de kwaliteit en veiligheid van het primaire proces ontwikkeld, bewaakt en geborgd worden. De medisch leider kwaliteit & veiligheid woont de vergaderingen van de commissie bij. Tijdens deze bijeenkomsten is gesproken over NIAZ-accreditatie, kwaliteitsstructuur en –indicatoren, compliance Wet Bescherming Persoonsgegevens, medicatieveiligheid, voortgang project elektronisch voorschrijven, borging medische technologie, integraal risicomanagement en implementatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. Verder is de commissie geïnformeerd over calamiteiten, het contact met de IGZ en het aantal (on)verwachte inspecties en de uitkomst daarvan. De commissie is in 2016 drie keer bijeen geweest.

3. De **renumeratiecommissie** bestond tot 23 mei 2016 uit de voorzitter en vicevoorzitter van de Raad van Toezicht. Per 23 mei 2016 vormen G. Peeters (voorzitter) en mw. A. Heckman de renumeratiecommissie. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de algemeen directeur vast. Bij het vaststellen van de hoogte hiervan gelden de richtlijnen van de NVZD als uitgangspunt. Bernhoven kent geen bonusregeling. De renumeratiecommissie is in 2016 niet bijeen geweest.

### **3.2.4 Informatievoorziening en overleg met gremia**

Op basis van het informatieprotocol zijn afspraken vastgelegd over de informatievoorziening aan de Raad van Toezicht. Periodiek informeert het directiecomité de Raad van Toezicht over de voortgang van de belangrijkste prioriteiten en belangrijke dossiers door middel van een beknopte voortgangsrapportage. De maandrapportages worden uitgebreid besproken in de financiële commissie, die vervolgens haar bevindingen in de plenaire vergadering van de Raad terugkoppelt.

Eenmaal per jaar woont een delegatie van de Raad van Toezicht een vergadering van de Ondernemingsraad bij ter bespreking van de algemene gang van zaken. Tevens vindt een overleg met de Cliëntenraad plaats.

### **3.2.5 Bezoldiging**

De hoogte van het honorarium in 2016 van de voorzitter, vicevoorzitter en leden van de Raad van Toezicht valt binnen de door de NVTZ (Nederlandse Vereniging van Toezichthouders Zorg en Welzijn) gehanteerde normen. In de jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie wordt hierover conform wettelijke vereisten en verplichtingen, voortvloeiend uit de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT), verantwoording afgelegd.

In de tabellen in DigiMV en/of de geconsolideerde en de enkelvoudige jaarrekening zijn meer details te vinden.

### 3.3 Cliëntenraad

De Cliëntenraad vergadert iedere maand. Het afgelopen jaar zijn er twaalf vergaderingen geweest. De vergadering wordt ondersteund door de ambtelijk secretaris, die ook de volledige administratie verzorgt. In oktober heeft de Cliëntenraad wederom een heidag georganiseerd om het beleid voor 2017 vorm te geven.

De gekozen aandachtsgebieden zijn vaste agendapunten tijdens de vergadering. Deze zijn:

- Kwaliteit en veiligheid
- Medisch specialistisch zorgproces
- Verpleegkundig zorgproces
- Facilitaire zorgprocessen
- Ondersteunende processen
- Organisatie Cliëntenraad

De Cliëntenraad heeft haar activiteiten vanuit de gekozen aandachtsgebieden in toenemende mate ingericht naar de organisatiewijzigingen binnen Bernhoven en de invulling van de nieuwe zorgmodellen.

Met het directiecomité vindt formeel tweemaandelijks overleg plaats. Dit overleg wordt vooraf door beide partijen samen voorbereid. In 2016 hebben de ingrijpende organisatiewijzigingen tot een intensiever contact met de directie geleid. Er heeft acht keer een overlegvergadering plaatsgevonden met daarnaast meerdere ad hoc contactmomenten tussen de voorzitter en het directiecomité.

Onderwerpen van gesprek waren aanpassing en herinrichting beleid en governance, patiëntenparticipatie, kwaliteit en veiligheid, uitvoeringsbesluiten en rapportages uit de organisatie

Vanuit de Cliëntenraad is aandacht gevraagd voor:

- Voortgang zorgactiviteiten Veghel
- Reductie wachttijden
- Inbreng en opzetten nieuwe klachtenregeling
- Inrichting nieuwe zorgmodellen
- Voortgang inrichting Acute Opname Afdeling
- Voortgang mensgericht werken

Met een afvaardiging van de nieuwe Raad van Toezicht heeft de Cliëntenraad eenmaal een overlegvergadering gehad, waarin naast de wederzijdse introductie en kennismaking het nieuwe organisatie-model van Bernhoven en de toekomstvisie is besproken.

Binnen Bernhoven participeert de Cliëntenraad in diverse reguliere overlegorganen. In 2016 heeft de Cliëntenraad deelgenomen aan de volgende bijeenkomsten:

- Kwaliteitsraad
- Werkgroep Patiënt als Partner
- Werkgroep Gastvrijheid
- Klankbordgroep Droom
- Werkgroep Palliatieve zorg
- Werkgroep Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg

Daarnaast heeft de Cliëntenraad contacten met diverse medewerkers en gremia binnen de organisatie.

De Cliëntenraad is vertegenwoordigd geweest bij de uitreiking van de Gastvrijheidsaward 2016 in Amsterdam, bij de aftrap van de campagne 'Samen beslissen' op het Ministerie van VWS en bij de uitreiking van de accreditatie van het NIAZ.

### **Adviezen**

De Cliëntenraad heeft het recht gevraagd en ongevraagd het Directiecomité te adviseren. In 2016 zijn de volgende schriftelijke adviezen uitgebracht:

- Adviesaanvraag benoeming medisch directeur is akkoord bevonden.
- Adviesaanvraag kandidaatstellingen leden Raad van Toezicht is akkoord bevonden.
- Adviesaanvraag organisatiewijziging is akkoord bevonden.
- Adviesaanvraag inzake omzetting rechtsvorm is akkoord bevonden.
- Adviesaanvraag implementatie WKKGZ en klachtenregeling is akkoord bevonden.
- Ongevraagd advies inzake de profilering van zorgaanbod in Veghel. Het directiecomité heeft hier naar tevredenheid op gereageerd.
- Ongevraagd advies inzake de inrichting van de AOA en de aanwezige werkdruk. Het directiecomité heeft hier naar tevredenheid op gereageerd.

De positieve wijze van samenwerken met de diverse geledingen binnen Bernhoven zorgt voor een aangenaam werkklimaat, waarin het toekomstperspectief van de cliënt door de beide partijen verbeterd kan worden.

In de visie van de Cliëntenraad betekent de strategie van toekomstbestendige zorg dat de rol van de patiënt meer in beeld moet komen. Communicatie met de patiënt in plaats van over de patiënt dient leidend te zijn en de betrokkenheid van de achterban zal versterkt moeten worden. Een actieve opstelling van de Cliëntenraad in deze mag verwacht worden en er zal tevens aansluiting gezocht worden met de initiatieven die Bernhoven op het gebied van patiëntenparticipatie gaat ondernemen.

De samenstelling van de Cliëntenraad is opgenomen in bijlage 4 van dit jaarverslag.

### 3.4 Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) bestaat uit vijftien leden, waarvan drie leden het dagelijks bestuur vormen. De huidige zittingsperiode loopt van 2013 – 2016.

De algemeen directeur overlegt maandelijks met de Ondernemingsraad. De algemeen directeur wordt hierbij ondersteund door de directeur HR en de manager algemene zaken. Tijdens deze overlegvergaderingen worden het beleid van de organisatie en advies- en instemmingsplichtige onderwerpen besproken. Het directiecomité en het dagelijks bestuur van de Ondernemingsraad stellen gezamenlijk de agenda op.

De OR heeft in 2016 geadviseerd over de voorgenomen benoemingen van de voorzitter en een lid van de Raad van Toezicht.

Belangrijke adviesaanvragen zijn voortgekomen uit organisatiewijzigingen als gevolg van de strategie. Denk aan diverse organisatiewijzigingen (zoals Laboratorium, AOA, Beddenhuis), het Masterplan Droom Organisatiemodel, visiedocument Droom en de inrichting van de vier zorgmodellen met bijbehorende leidinggevende structuur. In zijn adviezen heeft de OR gefocust op de personele gevolgen van de organisatiewijzigingen, de toetsing aan het sociaal kader, het inzetten van tijdig en zorgvuldig preventief beleid bij boventaligheid en de manier waarop medewerkers bij de wijzigingen worden betrokken en geïnformeerd.

Vanwege de grote en ingrijpende organisatieveranderingen is de zittingsperiode van de OR met een half jaar verlengd (tot maart 2017). Deze verlenging heeft de OR tevens benut voor het aanbrengen van wijzigingen in de medezeggenschapsstructuur en het neerzetten van de OR van de toekomst: aanpassing van het reglement (o.a. het loslaten van kiesgroepen), de omvang van de OR (van 15 naar 13 leden), digitalisering van de OR-verkiezingen en het stimuleren dat dokters een OR-zetel innemen. Om dit laatste te realiseren is er ook in 2016 een 'open stoel' voor medisch specialisten beschikbaar gesteld door de OR. Een van de specialisten heeft tot eind 2016 deze open stoel bezet.

De samenstelling van de ondernemingsraad is opgenomen in bijlage 3 van dit jaarverslag. Tevens is daarin een opsomming opgenomen van de gegeven instemmingen en uitgebrachte adviezen over 2016.

### 3.5 RVE-raad

De RVE-raad is in 2016 negen keer bij elkaar gekomen. De RVE-raad bespreekt maandelijks de financiële maandrapportage. De RVE-raad neemt besluiten die het karakter van een zwaarwegend advies aan het directiecomité dragen. De onderwerpen waren in 2016 dan ook van verschillende aard. Veel is gesproken over de inhoudelijke zorginitiatieven Droom en de hoofdactiviteiten van het ziekenhuis binnen de zorgmodellen alsmede de wijziging van de organisatiestructuur die daarmee samenhangt. Zorginhoudelijk is aan de orde geweest medische techniek en medische technologie, diverse inhoudelijke zorgprotocollen, NIAZ-accreditatie, gedragscode Bernhoven, integrale planning, overgang naar nieuw elektronisch patiëntendossier en elektronisch voorschrijfsysteem. Met de organisatiewijziging per oktober 2016 is de RVE-raad opgeheven.

### **3.6 Verpleegkundig platform**

In 2016 heeft het Verpleegkundig Platform Bernhoven (VPB) zich volgens het VARiantenmodel ontwikkeld van 'Adviseur' tot "Partner".

Als partner onderhoudt het VPB contact met beroepsgenoten, adviseert het directiecomité en legt contact met stakeholders gericht op het doorgroeien naar een VAR. Er is sprake van een structurele samenwerking met de vertegenwoordiging van beroepsgenoten, door middel van de contactpersonenbijeenkomsten. Met hen worden inhoudelijke thema's en adviesthema's besproken. Het VPB geeft samenhangende adviezen gericht op het realiseren van de ambitie van de organisatie, voorbeelden hiervan zijn de deelname aan de klankbordgroep van DROOM, de stuurgroep toekomstbestendige verpleegkundige zorg en de stuurgroep van de AOA. Overige activiteiten van het VPB waren de deelname aan de Dag van de Zorg, het organiseren van een symposium voor de verpleegkundigen en het organiseren van inloopsessies. Eind 2016 is een start gemaakt met de transitie tot VAR, welke in 2017 afgerond gaat worden.

De samenstelling van het VPB is opgenomen in bijlage 5 van dit jaarverslag.

### **3.7 Goodwillfonds medisch specialisten**

In het verlengde van de in 2013 ingevoerde collectieve in- en uitverdienregeling binnen de stafmaatschap, hebben de vrijgevestigde specialisten in het tijdperk van integrale bekostiging afgesproken de collectiviteitsgedachte bij praktijkoverdracht te handhaven. Daartoe is door de specialisten een stichting opgericht. Het bestuur bestaat uit drie medisch specialisten in loondienst bij Bernhoven en twee externe bestuursleden.

Het directiecomité overlegt regelmatig met het bestuur van de stichting in het kader van het vormgeven van het financiële participatiemodel. In 2016 heeft de Stichting aan Bernhoven een lening verstrekt.

### **3.8 Zorgbrede Governancecode 2010 en Governancecode Zorg 2017**

Bernhoven voldoet aan de Zorgbrede Governancecode 2010 alsmede aan de per 1 januari 2017 geldende Governancecode zorg 2017.

## 4 Financiële informatie

### 4.1 Financiële informatie

Bernhoven heeft het verslagjaar 2016 afgesloten met een positief resultaat van EUR 3.893.392 (2015: EUR 4.384.361).

De balans en belangrijkste financiële kengetallen staan hieronder verkort weergegeven.

#### Balans per 31 december 2016:

<b>BALANS (x € 1.000)</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
Immateriële vaste activa	7.787	6.136
Materiële vaste activa	125431	132.603
Financiële vaste activa	1.463	1.463
Voorraden	1.498	1.245
Onderhanden werk	896	752
Overige vlottende activa	60.438	68.063
<b>Totaal activa</b>	<b>197.513</b>	<b>210.263</b>
Eigen vermogen	24.841	21.036
Voorzieningen	13.424	10.084
Langlopende schulden	114.352	119.421
Kortlopende schulden	44.896	59.722
<b>Totaal passiva</b>	<b>197.513</b>	<b>210.263</b>



<b>RESULTATENREKENING (x € 1.000)</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
Som der bedrijfsopbrengsten	205.951	202.450
Personeelslasten	123.920	120.589
Afschrijvingskosten	9.913	10.546
Overige bedrijfskosten	61.847	59.618
Financiële baten en lasten en resultaat deelneming	6.378	73.09
<b>Resultaat boekjaar</b>	<b>3.893</b>	<b>4.384</b>

Voor een verdere toelichting verwijzen wij naar de jaarrekening.

#### **4.1.1 Investeringen en financiering**

Er zijn in 2016 slechts op beperkte schaal investeringen uitgevoerd ten aanzien van vervangingen. Jaarlijks wordt door de Innovatie & investeringsraad een advies gegeven aan de directie over de besteding van beschikbare investeringsgelden. Prioriteit hebben de innovaties die noodzakelijk zijn voor de verdere implementatie van de strategie.

#### **4.1.2 Kengetallen**

Uit de jaarrekening zijn de belangrijkste financiële kengetallen in onderstaande tabel opgenomen. De normen die hieronder staan weergegeven betreffen de normen voor kengetallen die zijn overeengekomen met het bankenconsortium. Bernhoven voldoet aan alle overeengekomen kengetallen en rapporteert deze ieder kwartaal.

## Ratio's

<b>RATIO'S</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
Solvabiliteit	14,86%	12,84%
Solvabiliteit norm	>14,75%	n.v.t.
Leverage ratio	5,08	4,29
Leverage ratio norm	< 6,50	n.v.t.
Debt Service Cover Ratio	1,95	2,20
Debt Service Cover Ratio norm	> 1,4	> 1,2

**Toelichting op de ratio's**

Het eigen vermogen is ten behoeve van de solvabiliteit gecorrigeerd met de achtergestelde lening van 4,5mln.

**4.2 Ontwikkelingen****4.2.1 Transitiebedrag**

In het kader van het afronden van de functiegerichte budgettering (FB-bekostiging) hebben alle ziekenhuizen het definitieve transitiebedrag moeten aanvragen. De NZa heeft de aanvraag voor transitiegelden door Bernhoven niet geheel gehonoreerd. Ten opzichte van 2012 heeft de NZa een bedrag met cumulatief een netto impact van 4,7 miljoen euro niet goedgekeurd. De financiële effecten van de beschikking zijn volledig verwerkt in de jaarrekening. Bernhoven bestrijdt de zienswijze en het besluit van de NZa en heeft bezwaar tegen deze uitspraak aangetekend. Op 26 februari 2016 heeft de de NZa de beslissing op bezwaar genomen en het bezwaar gedeeltelijk gegrond verklaard. Bernhoven stelt tegen de ongegrond verklaarde bezwaren beroep in bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) . De zitting is op 19 januari 2017 gehouden. Op het moment van vaststelling van dit jaarverslag is er nog geen uitspraak van het CBb.

## 5 Risico- en compliancemanagement

### 5.1.1 Risico- en compliancemanagement

Als zorginstelling realiseert Bernhoven dat het zijn kerntaak van goede zinnige zorg alleen kan effectueren indien het zorgproces wordt gefaciliteerd door integrale en beheerste bedrijfsvoering. Zowel in het primaire als in het secundaire proces heeft Bernhoven een expliciet proces van risicomanagement en compliance ingericht. Dit proces draagt bij aan meer focus, integraal management en betere besluitvorming. Elk jaar verbetert Bernhoven dit proces, waarbij het directiecomité, de verantwoordelijke beleidsadviseurs en de Raad van Toezicht betrokken zijn. Hierbij komt dat Bernhoven zich uiteraard ook conformeert aan wettelijke en externe toezichtseisen, zoals van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Bernhoven heeft een keuze gemaakt voor een risicomanagementraamwerk dat aansluit bij de werkwijze en cultuur van Bernhoven en als marktconform bestempeld kan worden, naast de geldende richtlijnen ten aanzien van risicomanagement. Zo werkt Bernhoven met het COSO-Enterprise Risk Management (ERM) en het RAVC ©-model voor het concretiseren van het risicomanagementproces aan de ene kant en de risicohouding en risicobereidheid aan de andere kant.

Bernhoven heeft bovenstaande proces ingedeeld naar twee cycli:

#### 1. De strategische risicomanagementcyclus:

Deze cyclus behelst onder andere het inrichtingsvraagstuk over risicogovernance, risicohouding van het directiecomité en risicobereidheid vastgesteld door het directiecomité en de strategische risico's in relatie tot de strategie. Onderdelen van deze cyclus zijn doorlopen in 2016 en voorjaar 2017.

#### 2. De operationele risicomanagementcyclus:

Deze cyclus gaat over het expliciteren van de operationele IT-, HR-, medische, compliance- en financiële risico's. De (zorg)afdelingen voeren een Prospectieve Risicoanalyse (PRA) uit bij proceswijzigingen of de introductie van nieuwe werkwijzen. De uitkomsten worden zo nodig met andere afdelingen gedeeld. Tevens wordt er gewerkt met een incidentenproces (VIM). De uitkomsten hiervan worden ook gedeeld en besproken binnen de afdelingen en afdelingsoverstijgend. Door het aanmoedigen van het melden van (mogelijke) incidenten, stimuleren we openheid, zelfreflectie en lerend vermogen van de organisatie.

Alle twee cycli maken onderdeel uit van de reguliere planning-en-controlcyclus van Bernhoven en vormt zo een integraal onderdeel van de gehele bedrijfsvoering.

De operationele cyclus wordt binnen Bernhoven verder gecategoriseerd als:

1. Financiële en Treasury-risico's
2. Niet financiële risico's.

## 5.1.2 Financiële en Treasury-risico's

### Liquiditeit en cashflow

Het directiecomité heeft een treasurybeleid vastgesteld dat gericht is op het minimaliseren van financiële risico's door middel van het onder voorwaarden gebruikmaken van financiële instrumenten. Het renterisico voor de bouwfinanciering voor de komende zes jaar is nagenoeg volledig afgedekt via renteswaps. Verder is er actief gewerkt met zowel de maandelijkse als de meerjarige liquiditeitsprognose, om goed inzicht te hebben in mogelijke liquiditeitsknelpunten.

Periodiek wordt er een actuele liquiditeitsprognose opgesteld. Het thans beschikbare werkkapitaal, gevormd door de bevoorschotte bedragen van de zorgverzekeraars en de banken, is afdoende.

### Garantieregeling kapitaallasten

Bernhoven zal in 2017 bij de NZa een verzoek indienen voor het gebruik van de 'garantieregeling kapitaallasten', hiervoor dient eerst het beroep op de uitkomst van de bezwaarprocedure over het transitiebedrag afgewikkeld te zijn. Landelijk bestaat nog onduidelijkheid over de exacte invulling van de regeling en de te hanteren definities. De implicaties voor Bernhoven zijn afhankelijk van het definitieve NZa-beleid. Op het moment van opmaak van het jaardocument is hier nog geen nadere invulling door de NZa aan gegeven. In de jaarrekening 2016 heeft Bernhoven op realistische en prudente wijze met de vergoeding voor 2016 rekening gehouden. Bernhoven heeft hierover inhoudelijk advies ingewonnen.

### Financiële instrumenten

Financiële instrumenten worden door Bernhoven ingezet om variabele rentelasten van langlopende financiering om te zetten in een vaste rentelast. Bernhoven dekt daarmee het risico van een rentestijging af. Bernhoven toetst periodiek de effectiviteit van de ingezette derivaten aan de hand van de hedgecontracten, de met de derivaten gerealiseerde resultaten en de hedgedocumentatie. Het betreffen relatief eenvoudige producten waar niet mee wordt gespeculeerd of in wordt gehandeld, en die louter een rentefixatie ten doel hebben en tevens gelijklopen met de gekoppelde langlopende leningen.

Bernhoven maakt in de normale bedrijfsuitoefening gebruik van uiteenlopende financiële instrumenten die de instelling blootstelt aan markt-, valuta-, rente-, kasstroom-, krediet- en liquiditeitsrisico. Om deze risico's te beheersen heeft de instelling een beleid inclusief een stelsel van limieten en procedures opgesteld om de risico's van onvoorspelbare ongunstige ontwikkelingen op de financiële markten en daarmee de financiële prestaties van de instelling te beperken. Bernhoven zet afgeleide financiële instrumenten, interest rate swaps in om risico's te beheersen. Afgeleide instrumenten worden niet ingezet voor handelsdoeleinden. In verband met de landelijke onzekerheden in de zorg ontwikkelen banken aangepast rentebeleid.

### **Afwikkeling Zorghotel Udens Duyn**

In 2016 heeft Bernhoven een overeenkomst gesloten met Brabant Zorg betreffende zorghotel Udens Duyn. Bernhoven heeft per 15 juli 2016 haar deelname aan Udens Duyn beëindigd in financiële en bestuurlijke zin. Brabant Zorg heeft het aandeel van Bernhoven overgenomen. De financiële effecten hiervan waren reeds voorzien in de jaarrekening 2015.

### **Bijzondere risico's**

In 2015 heeft een boekenonderzoek van de Belastingdienst plaatsgevonden over het jaar 2013. Reden hiervoor is dat Bernhoven werd getrokken uit een steekproef van de Belastingdienst onder grote ondernemingen in deze regio. Deze steekproef had tot doel de Tweede Kamer te kunnen informeren inzake de effectiviteit van het Horizontaal Toezicht. Na aanleiding van het onderzoek stelde de Belastingdienst zich op het standpunt dat Bernhoven niet op alle punten de belastingwetgeving volledig juist heeft toegepast. Na overleg tussen de Belastingdienst, de door Bernhoven ingehuurd adviseur en Bernhoven, is er overeenstemming bereikt op alle punten uit het onderzoek. De (mogelijke) effecten zijn in 2016 voorzien dan wel afgehandeld in de financiële administratie. Bernhoven heeft waar nodig interne beheersmaatregelen getroffen.

Bernhoven neemt deel aan de ZANOB. De Coöperatie ZANOB U.A. verricht diensten op het gebied van (dure) geneesmiddelen ten behoeve van de leden van de coöperatie (zie ook paragraaf 2.9.5). De leden van de coöperatie hebben in 2016 onderzoek laten verrichten naar de organisatiestructuur. Dit heeft geleid tot een voornemen om de coöperatie als zodanig te beëindigen. In 2017 volgt de definitieve besluitvorming. Vooruitlopend hierop heeft Bernhoven haar belang in de Coöperatie afgewaardeerd in de jaarrekening 2016.

### **Alert**

Alert Life Sciences Computing B.V. en Alert Life Sciences Computing S.A. hebben Bernhoven gedagvaard. In de onderhavige procedure stelt Alert – kort samengevat - dat Bernhoven onrechtvaardig over is gegaan tot ontbinding in mei 2012 van de overeenkomst van 11 december 2008 met Alert tot levering en implementatie van een zorglogistiek systeem. Daarnaast stelt Alert dat Bernhoven samen met andere ziekenhuizen zich onrechtmatig heeft gedragen jegens Alert. Bernhoven meent dat zij terecht en juist de overeenkomst ontbonden heeft. Ook is er volgens haar geen sprake van een onrechtmatige gedraging van Bernhoven jegens Alert. De rechtbank heeft op het moment van vaststelling van dit verslag nog geen vonnis gewezen.

## **5.2 Niet-financiële risico's**

### **5.2.1 Inleiding**

Niet-financiële risico's die Bernhoven onderkent betreffen:

1. compliance aan wet- en regelgeving;
2. vernieuwing van en discontinuïteit IT-systemen/medische technologie;
3. ontoereikende specifieke expertise/expertontwikkeling;
4. risico's in het kader van de strategie.

### **5.2.2 Compliance aan wet- en regelgeving**

Voldoet een ziekenhuis niet aan de wet- en regelgeving, dan kunnen boetes of sluiting van afdelingen met imagooverlies het gevolg zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om ingrijpen door toezichthoudende organen, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waardoor sluiting van kernonderdelen moet plaatsvinden. Dit risico wordt beheerst door het zorgvuldig volgen van de wet- en regelgeving en het tijdig inspringen op mogelijke wijzigingen. Er is een veiligheidsmanagementsysteem opgezet en de eisen van de IGZ worden tijdig opgevolgd. Specifieke aandacht is in 2015 en 2016 gegeven aan de privacywetgeving en implementatie Wkkgz. Beleid en procedures zijn geactualiseerd. In 2015 is een functionaris gegevensbescherming aangesteld. Er zijn daarmee maatregelen genomen om de risico's te beperken.

### **5.2.3 Vernieuwing van en discontinuïteit IT-systemen/medische technologie**

Een ziekenhuis wordt steeds afhankelijker van ICT. Een steeds grotere uitdaging vandaag de dag is dan ook om de continuïteit van ICT-toepassingen te garanderen. Met name uitval van energie kan leiden tot organisatiebrede problematiek, die een geheel ziekenhuis kan lamleggen en zelfs tot ontruiming kan leiden. Hoewel de kans hierop door een grote hoeveelheid maatregelen sterk is gereduceerd, is de impact ervan nog altijd zo groot dat het door Bernhoven als een hoofdrisico gezien wordt.

De afhankelijkheid van IT is ook relevant in het kader van de strategie en de initiatieven die hierin ontwikkeld worden. IT is een onderscheidende factor in onze procesondersteuning. Dit vraagt een goede afstemming van de zorgmodellen met de afdeling MICT en prioritering door het directiecomité van besteedbare gelden aan innovatie. De I & I-raad heeft hier een adviserende stem. Innovaties en investeringen worden gedaan op basis van een positieve businesscase.

### **5.2.4 Ontoereikende specifieke expertise/expertontwikkeling**

Bij onvoldoende kwaliteit van specialisten en medische en/of verpleegkundige kwaliteit bestaat de kans op suboptimale zorg. Het ziekenhuis loopt het risico op imagoschade. De kwaliteit en continuïteit van de zorg komen hiermee in gevaar. Om dit te voorkomen is er veel aandacht voor kwaliteit bij het werven van medisch specialisten. De eisen zijn gebaseerd op CanMEDS en andere gangbare eisen die worden gesteld aan medisch specialisten. Kandidaten worden aan de hand van deze eisen getoetst aan de hand van een assessment en in gesprekken. Daarnaast zijn er procedures die beschrijven hoe gehandeld moet worden bij disfunctionerende specialisten. Voor verpleegkundigen zijn verplichte opleidingen ontwikkeld. Het IFMS is geïmplementeerd en groeps-IFMS is ingevoerd. Om de kwaliteit te borgen, wordt tijdens ieder gesprek in de jaargesprekcyclus met medewerkers gesproken over het onderhouden van de professionele kwaliteit; meer concreet: welke acties hierin zijn gedaan en welke wellicht nog moeten worden ondernomen.

### **5.2.5 Risico's in het kader van de strategie Droom**

Belangrijkste risico's in het kader van de realisatie van de strategie Droom zijn:

- oplopende wachtlijsten;
- onvoldoende beheersing van bedrijfskosten.

#### **Oplopende wachtlijsten**

Ook over oplopende wachtlijsten zijn heldere afspraken met verzekeraars gemaakt. Het oplopen van wachtlijsten als gevolg van de implementatie van de strategie is niet acceptabel. In 2016 is een lichte toename van wachttijden geconstateerd. Deze zijn in 2017 weer dalende. In het geval er sprake is van oplopende wachttijden, heeft Bernhoven de mogelijkheid tot gerichte opschaling van capaciteit om aan de toegenomen zorgvraag zo spoedig mogelijk invulling te kunnen geven.

#### **Onvoldoende beheersen van bedrijfskosten**

In 2016 zijn zoals gezegd de patiëntgebonden kosten gedaald met de daling van de productie. De personeelskosten zijn stabiel gebleven. Dit is deels te wijten aan een 'naijleffect'. In 2017 zullen de efficiency-effecten die gerealiseerd worden met het nieuwe operating model ook zichtbaar te laten zijn in dalende personele kosten.

## 6 Toekomstparagraaf

In 2017 gaan we een volgende fase van de strategie in. Het jaar is gericht op het bestendigen en consolideren van hetgeen we de afgelopen twee jaar met elkaar bereikt hebben: een transitie naar zinnige zorg vanuit het uitgangspunt van de patiënt. De gewijzigde organisatiestructuur en de nieuwe manier van werken hebben ook veel gevraagd van het verandervermogen van de organisatie. Het bestendigen en borgen en creëren van rust in de organisatie is derhalve ook vanuit medewerkersperspectief van belang. In het verlengde van het financieel participatiemodel onderzoeken we in 2017 de mogelijkheid om dit voor het gehele personeel vorm te geven.

Aan de patiënt gaan we in 2017 ook bijzondere aandacht geven, niet alleen de patiënt als uitgangspunt voor de organisatie van de zorg, maar ook vanuit het perspectief van de patiënt. Hiertoe zal organisatiebreed een programma worden uitgewerkt om de inzichten die vanuit de strategie zijn verworven te verbinden aan het daadwerkelijk centraal stellen van de patiënt als mens.

Tegelijkertijd staan we niet stil. In 2017 zullen 15 nieuwe initiatieven opgeleverd worden. Het nieuwe organisatiemodel wordt ingezet om beproefde verbeteringen Bernhovenbreed te implementeren. Zorginhoudelijk zijn voor 2017 een aantal prioriteiten vastgesteld. Dit zijn onder andere het uitbreiden van de samenwerking met Verloskundige Samenwerkingsverband in het kader van integrale geboortezorg, verdere integratie van de SEH en HAP en het openstellen van 1<sup>e</sup> lijnsbedden voor patiënten die niet per se in het ziekenhuis behoeven te zijn. In samenwerking met partner RadboudUMC ontwikkelen we in 2017 een Academisch Stragisch Netwerk. Het concept Academisch Medisch Netwerk zien we als hét model van de toekomst, waarmee vraagstukken op het vlak van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid veel beter beantwoord kunnen worden dan door afzonderlijke instellingen. In een eerste fase wordt aan de hand van een aantal gezamenlijk uit te voeren pilots dit vorm gegeven.

In de strategie kiezen we voor een gedifferentieerd begrip van kwaliteit. Doordat de toegevoegde waarde die zorgprofessionals leveren in elk van de vier zorgmodellen anders is, verschilt het pad naar kwaliteit en de manier om kwaliteit te evalueren tussen de modellen. In 2017 is voor elk zorgmodel bepaald hoe we de kwaliteit gaan meten en kan er daadwerkelijk gemeten worden. Integraal risicomangement zal in 2017 organisatiebreed geïmplementeerd worden.

In financiële zin zal Bernhoven de bedrijfsvoering en verdere implementatie van de strategie zodanig uitvoeren dat een winst van € 2.205.000 gerealiseerd zal worden. Personele kostenreductie zal verder geëffectueerd worden door de gerealiseerde kwaliteits- en efficiencyverbeteringen en daling van het aantal verrichtingen in de vier zorgmodellen. Productieparameters in Q1 2017 laten een verdere dalende trend zien; we verwachten dat schadelastontwikkeling meebeweegt.

De onderhandelingen met de zorgverzekeraars zijn gestart om na afloop van de meerjarige omzetafsprake over te gaan tot een 'rolling' contract voor een meerjarige periode en niet terugvallen op jaarlijkse onderhandelingen. In 2017 zal in samenwerking met landelijke partijen een onderzoek gedaan worden naar een nieuwe gedifferentieerde bekostigingssystematiek in de zorg. Zinnige zorg kan niet worden beloond met een



bekostiging op basis van productie. De organisatiestructuur van Bernhoven is ingericht naar verschillende activiteiten van de zorgprofessional waarbij ook een andersoortige bekostigingssystematiek ontwikkeld kan worden die beter aansluit. Bernhoven wil ook op dit vlak een voorbeeld zijn om bij te dragen aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

## Bijlage 1 Nevenfuncties directiecomité

Naam	Functie in Bernhoven	Nevenfuncties
P. Bennemeer	Algemeen Directeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurslid Stichting Diagnostisch Centrum &amp; Trombosedienst ziekenhuis Bernhoven</li> <li>• Bestuurslid Stichting Zelfstandig Behandelcentrum ziekenhuis Bernhoven</li> <li>• Bestuurslid Coöperatie ZANOB U.A.</li> <li>• Commissaris Koninklijke Zeelandia</li> </ul>
M. Bartholomeus Vanaf 1 juli 2017	Medisch Directeur Snijdend/Vakgroepen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurslid en penningmeester NVN (Nederlandse vereniging voor Neurologie)</li> <li>• Bestuurslid RMSC (regionaal MS centrum)</li> <li>• Redactielid De Neuroloog</li> <li>• Adviesraad redactie Medisch Specialist van de FMS</li> <li>• Beoordeling vrijstelling opleiding laboranten KNF en afnemen praktijkexamens LOI</li> </ul>
W.A. de Boer	Medisch Directeur Beschouwend/Zorgmodellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lid van de vergadering van afgevaardigden van het beroepspensioenfonds Medisch specialisten</li> </ul>
G.J. van den Enden	Financieel Directeur	
R. Koopman Tot 1 juli 2016	Medisch Directeur Snijdend	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Nationaal Huidfonds</li> </ul>
J.E. Slot	Directeur MICT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIMSS Europe, Berlin, Governing Council Vice-Chair</li> <li>• Universiteit van Amsterdam, Faculteit Geneeskunde, Docent Medische Informatiekunde</li> <li>• College of Healthcare Information Management Executives (CHIME) member of the Board of Trustees</li> </ul>
Mw. H. Wouters	Directeur HR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lid Raad van Toezicht Robbert Coppes Stichting, Vught</li> </ul>

## Bijlage 2 Nevenfuncties Raad van Toezicht

Naam	Functie en aandachtsgebied in RvT	Hoofdfunctie	Nevenfuncties
G.J.H.C.M. Peeters	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorzitter</li> <li>- Lid commissie kwaliteit</li> <li>- Renumeratie-commissie</li> </ul> <p>Vanaf 18 maart 2016</p>	Voorzitter bestuur Stichtingen Annadal, Maastricht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter HFL (Health foundation Limburg)</li> <li>• Voorzitter NIAZ</li> </ul>
H.M. van de Wouw-Strijbos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vicevoorzitter</li> <li>- Commissie kwaliteit</li> <li>- Zorgbeleid</li> </ul> <p>Tot 23 mei 2016</p>	Directeur Herlaarhof, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Vught, onderdeel van Reinier van Arkel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter van het bestuur van de Stichting Muzerije, huis voor de amateurkunst, 's-Hertogenbosch</li> <li>• Bestuurslid van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam</li> </ul>
M. Duivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vicevoorzitter</li> <li>- Voorzitter commissie kwaliteit</li> <li>- Lid Financiële commissie</li> </ul> <p>Vanaf 23 mei 2016</p>	Eigenaar Gramercy (strategisch marketingadvies)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Raad van Commissarissen TVM</li> <li>• Voorzitter Raad van Commissarissen Loyalis</li> </ul>
H. Beard	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Commissie kwaliteit</li> </ul> <p>Tot 23 mei 2016</p>	Gepensioneerd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Raad van Toezicht Zorgplein Maaswaarden, Wijk en Aalburg</li> <li>• Lid Raad van Toezicht Het Spectrum, Dordrecht</li> </ul>
A.G. Heckman	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renumeratiecommissie</li> <li>- Lid Raad van Toezicht Stichting Bernbosch</li> </ul> <p>Vanaf 23 mei 2016</p>	Directeur HR Royal Cosun / Aviko Group	
P.H. Maas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lid Financiële commissie</li> </ul> <p>Tot 23 mei 2016</p>	Directeur Bouwgroep Wijnen	

Naam	Functie en aandachtsgebied in RvT	Hoofdfunctie	Nevenfuncties
Mw. I.M. Koopmans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lid Commissie kwaliteit</li> <li>- Financiële commissie vanaf 24-08-2015</li> <li>- Juridische zaken</li> <li>- Lid Raad van Toezicht Stichting BernBosch</li> </ul> <p>Tot 23 mei 2016</p>	Officier van Justitie Functioneel Parket 's-Hertogenbosch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lid Raad van Toezicht Stichting Lunet Zorg</li> <li>• Lid Raad van Toezicht Stichting CONRISQ, Zetten</li> <li>• Lid Raad van commissarissen Wonen</li> <li>• Limburg, een woningcorporatie in Limburg</li> </ul>
P.F.I.M. Snijders	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorzitter Financiële commissie</li> <li>- Lid Raad van Toezicht Stichting Bernbosch</li> </ul> <p>Vanaf 23 mei 2016</p>	Directeur Control & Compliance Erasmus MC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penningmeester Erfocentrum</li> </ul>

## Bijlage 3 Samenstelling Ondernemingsraad

<b>Naam lid</b>	<b>Aandachtsgebied en/of rol binnen de OR</b>
Dhr. W. Gielis	Voorzitter
Dhr. T. van Boxmeer	Vice-voorzitter
Mw. E. van Doren	Lid dagelijks bestuur
Mw. A. van Beek-Bongers	Lid
Mw. H. van de Geer	Lid (tot sept.2016)
Mw. Ph. Huijbregts	Lid
Mw. G. Heimans	Lid (tot sept. 2016)
Mw. J. van Kampen	Lid (tot sept. 2016)
Dhr. T. van Kan	Lid (tot sept. 2016)
Dhr. J. Konings	Lid
Mw. L. Penninx	Lid
Mw. Y. van Roosmalen	Lid
Mw. M. Sanders	Lid
Mw. M. Smits	Lid
Mw. M. Wellen	Lid
Mevr. G. Filippini	Open stoel (medisch specialist)

## Bijlage 4 Samenstelling Cliëntenraad

De volgende personen maakten eind 2016 deel uit van de Cliëntenraad:

De heer H. Maertens	Voorzitter
De heer A. Floor	Vicevoorzitter
Mevrouw M. Manders	Lid
Mevrouw A. Reith	Lid
De heer Q. de Veer	Lid
De heer J. Ras	Lid
Mevrouw J. van Santvoort	Lid
De heer J. van Putten	Lid
Mevrouw M. Ceelen	Ambtelijk secretaris

## **Bijlage 5 Samenstelling Verpleegkundig Platform**

Vanaf medio februari 2016 heeft het Verpleegkundig Platform de navolgende samenstelling:

- H. Peters, voorzitter (verpleegkundige IC)
- L. Muis, vicevoorzitter (praktijkopleider B4west)
- I. de Reuver, lid (PPO-verpleegkundige)
- E. van Haare, lid (verpleegkundige B1-West)

J. van Giersbergen en S. van den Broek hebben tot medio zitting gehad in het platform.

## Bijlage 6 Samenstelling klachtencommissie 2016

De klachtencommissie cliënten is in 2016 als volgt samengesteld:

Mr. E. Haaxma	Extern voorzitter (juridische achtergrond)
C.W. Brink	Extern lid (medische achtergrond)
R. van der Linden	Lid (medische discipline)
M. van den Bogart	Lid (medische discipline)
Mw. E. Jessee	Lid (paramedische discipline)
J. van Dongen	Lid (verpleegkundige discipline)
Ambtelijk secretarissen:	Mw. mr. M.E.L. Nabbe en mr. H. Groenen



## Bijlage 7 Publicaties

1. van West SE, de Bruin HG, **van de Langerijt B**, Swaak-Kragten AT, van den Bent MJ, Taal W. Incidence of pseudoprogression in low-grade gliomas treated with radiotherapy. *Neuro Oncol* 2017;19(5):719-725 [Advanced Access published September 21, 2016]
2. Razenberg LGEM, Creemers GJ, Beerepoot LV, **Vos AH**, van de Wouw AJ, Maas HAAM, Lemmens VEPP. Age-related systemic treatment and survival of patients with metachronous metastases from colorectal cancer. *Acta Oncologica* 2016;55(12):1443-1449
3. Smits M, **Smorenburg MK, Ramakers BP**. Een vrouw met een holte in een tussenwervel op de CT-scan. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D269
4. Hess MW, de Baaij JHF, Broekman M, Bisseling TM, **Haarhuis B**, Tan A, te Morsche RH, Hoenderop JGJ, Bindels RJM, Drenth JPH. Inulin significantly improves serum magnesium levels in proton pump inhibitor-induced hypomagnesaemia. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;43(11):1178-1185
5. Hess MW, de Baaij JH, Broekman MM, Bisseling TM, **Haarhuis BJ**, Tan AC, te Morsche RH, Hoenderop JG, Bindels RJ, Drenth JP. Common single nucleotide polymorphisms in transient receptor potential melastatin type 6 increase the risk for proton pump inhibitor-induced hypomagnesemia: a case-control study. *Pharmacogenet Genomics* 2016;Dec 6 [Epub ahead of print]
6. Berger FH, Körner M, Bernstein MP, Sodickson AD, Been LF, McLaughlin PD, **Kool DR**, Bilow RM. Emergency imaging after a mass casualty incident: role of the radiology department during training for and activation of a disaster management plan. *BJR* 2016;89(1061):20150984
7. Beernink TMJ, Wever PC, Hermans MHA, **Bartholomeus MGT**. Capnocytophaga canimorsus meningitis diagnosed by 16S rRNA PCR. *Pract Neurol* 2016;16:83
8. van den Akker PA, Zusterzeel PL, Aalders AL, Snijders MP, Samlal RA, **Vollebergh JH**, Kluivers KB, Massuger LF. Use of risk of malignancy index to indicate frozen section analysis in the surgical care of women with ovarian tumors. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;133(3):355-358
9. Joosen AM, **van der Linden IJ**, de Jong-Aarts N, Hermus MA, Ermens AA, de Groot MJ. TSH and fT4 during pregnancy: an observational study and a review of the literature. *Clin Chem Lab Med* 2016;54(7):1239-1246
10. Aarts CA, Heesterbeek PJ, **Jaspers PE**, Stegeman M, Louwerens JW. Does osteoarthritis of the ankle joint progress after triple arthrodesis? A midterm prospective outcome study. *Foot Ankle Surg* 2016;22(4):265-269
11. **van der Linden JWM**, Arendrup MC, Melchers WJG, Verweij PE. Prevalence of azole-resistance in specific patient populations with invasive Aspergillus disease [letter]. *Emerg Infect Dis* 2016;22:158-9
12. **van der Linden JWM**. Azole resistance in Aspergillus: epidemiology and surveillance. Thesis, Radboud University Medical Center, Nijmegen, 2016, ISBN/EAN: 978-90-825729-0-2
13. Steunebrink LMM, Vonkeman HE, ten Klooster PM, Hoekstra M, **van Riel PLCM**, van de Laar MAFJ. Recently diagnosed rheumatoid arthritis patients benefit from a treat-to-target strategy: results from the DREAM registry. *Clin Rheumatol* 2016;35:609
14. Steunebrink LM, Versteeg GA, Vonkeman HE, Ten Klooster PM, Kuper HH, Zijlstra TR, **van Riel PLCM**, van de Laar MA. Initial combination therapy versus step-up therapy in treatment to the target of remission in daily clinical practice in early rheumatoid arthritis patients: results from the DREAM registry. *Arthritis Res Ther* 2016;18:60

15. Fransen J, Kazemi-Bajestani SMR, Bredie SJH, **Popa CD**. Rheumatoid Arthritis Disadvantages Younger Patients for Cardiovascular Diseases: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2016;11(6):e0157360
16. Arts EE, **Popa CD**, Den Broeder AA, Donders R, Sandoo A, Toms T, Rollefstad S, Ikdahl E, Semb AG, Kitas GD, **van Riel PLCM**, Fransen J. Prediction of cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: performance of original and adapted SCORE algorithms. *Ann Rheum Dis* 2016;75(4):674-80 [Epub 2015 Feb 17]
17. Kitas GD, **van Riel PLCM**. A different perspective: Inflammatory rheumatic diseases and other organs. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2016;30(5):787-788 [Epub 2016 Nov 22]
18. **van Riel P**, Alten R, Combe B, Abdulganieva D, Bousquet P, Courtenay M, Curiale C, Gómez-Centeno A, Haugeberg G, Leeb B, Puolakka K, Ravelli A, Rintelen B, Sarzi-Puttini P. Improving inflammatory arthritis management through tighter monitoring of patients and the use of innovative electronic tools. *RMD Open* 2016;2(2):e000302 [eCollection 2016]
19. **van Riel PLCM**, Renskers L. The Disease Activity Score (DAS) and the Disease Activity Score using 28 joint counts (DAS28) in the management of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2016;34(5 Suppl 101):S40-S44 [Epub 2016 Oct 18]
20. Kienhorst L, Janssens H, Radstake T, **van Riel P**, Jacobs J, van Koolwijk E, van Lochem E, Janssen M. A pilot study of CXCL8 levels in crystal proven gout patients during allopurinol treatment and their association with cardiovascular disease. *Joint Bone Spine* 2016 pii: S1297-319X(16)30213-5 [Epub ahead of print]
21. Hendrikx J, de Jonge MJ, Fransen J, Kievit W, **van Riel PL**. Systematic review of patient-reported outcome measures (PROMs) for assessing disease activity in rheumatoid arthritis. *RMD Open* 2016;2(2):e000202
22. Bhansing KJ, **van Riel PL**, van Engelen BG, Fransen J, Vonk MC. Patients with Systemic Sclerosis/polymyositis Overlap Have a Worse Survival Rate Than Patients Without It. *J Rheumatol* 2016;43(10):1838-1843 [Epub 2016 Aug 15]
23. Manders SH, Kievit W, Jansen TL, Stolk JN, Visser H, Schilder AM, Vonkeman HE, Adang E, van de Laar MA, **van Riel PL**. Effectiveness of Tumor Necrosis Factor Inhibitors in Combination with Various csDMARD in the Treatment of Rheumatoid Arthritis: Data from the DREAM Registry. *J Rheumatol* 2016;43(10):1787-1794 [Epub 2016 Aug 1]
24. Chatzidionysiou K, Lie E, Nasonov E, Lukina G, Hetland ML, Tarp U, Ancuta I, Pavelka K, Nordström DC, Gabay C, Canhão H, Tomsic M, **van Riel PL**, Gomez-Reino J, Kvien TK, van Vollenhoven RF. Erratum to: Effectiveness of two different doses of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis in an international cohort: data from the CERERRA collaboration. *Arthritis Res Ther* 2016;18(1):144
25. Mavrogeni SI, Kitas GD, Dimitroulas T, Sfikakis PP, Seo P, Gabriel S, Patel AR, Gargani L, Bombardieri S, Matucci-Cerinic M, Lombardi M, Pepe A, Aletras AH, Kolovou G, Miszalski T, **van Riel P**, Semb A, Gonzalez-Gay MA, Dessein P, Karpouzas G, Puntmann V, Nagel E, Bratis K, Karabela G, Stavropoulos E, Katsifis G, Koutsogeorgopoulou L, van Rossum A, Rademakers F, Pohost G, Lima JA. Cardiovascular magnetic resonance in rheumatology: Current status and recommendations for use. *Int J Cardiol* 2016;217:135-48 [Epub 2016 Apr 27]
26. **Rongen-van Dartel SA**, Repping-Wuts H, Donders R, van Hoogmoed D, Knoop H, Bleijenberg G, **van Riel PL**, Fransen J. A multidimensional 'path analysis' model of factors explaining fatigue in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2016;34(2):200-6 [Epub 2016 Mar 25]

27. Hendrikx J, Kievit W, Fransen J, **van Riel PL**. The influence of patient perceptions of disease on medication intensification in daily practice. *Rheumatology (Oxford)* 2016;55(11):1938-1945 [Epub 2016 Mar 23]
28. Chatzidionysiou K, Lie E, Nasonov E, Lukina G, Hetland ML, Tarp U, Ancuta I, Pavelka K, Nordström DC, Gabay C, Canhão H, Tomsic M, **van Riel PL**, Gomez-Reino J, Kvien TK, van Vollenhoven RF; Rheumatic Diseases Portuguese Register. Effectiveness of two different doses of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis in an international cohort: data from the CERERRA collaboration. *Arthritis Res Ther* 2016;18:50. Erratum in: *Arthritis Res Ther* 2016;18(1):144
29. Ghiti Moghadam M, Vonkeman HE, Ten Klooster PM, Tekstra J, van Schaardenburg D, Starmans-Kool M, Brouwer E, Bos R, Lems WF, Colin EM, Allaart CF, Meek IL, Landewé R, Bernelot Moens HJ, **van Riel PL**, van de Laar MA, Jansen TL; Dutch National POET Collaboration. Stopping Tumor Necrosis Factor Inhibitor Treatment in Patients With Established Rheumatoid Arthritis in Remission or With Stable Low Disease Activity: A Pragmatic Multicenter, Open-Label Randomized Controlled Trial. *Arthritis Rheumatol* 2016;68(8):1810-7
30. Edwards MH, Parsons C, Bruyère O, Petit Dop F, Chapurlat R, Roemer FW, Guermazi A, Zaim S, Genant H, Reginster JY, Dennison EM, Cooper C; SEKOIA Study Group (Collaborator (148): **van Riel PL**). High Kellgren-Lawrence Grade and Bone Marrow Lesions Predict Worsening Rates of Radiographic Joint Space Narrowing; The SEKOIA Study. *J Rheumatol* 2016;43(3):657-65 [Epub 2016 Jan 15]
31. van den Reek JMPA, Pijls PARR, Tummers M, **van Riel PL**CM, Kievit W, Hoentjen F, de Jong EM. Adalimumab drug survival in patients with psoriasis, Crohn's disease, and rheumatoid arthritis: Relevant differences using the same treatment. *J Am Acad Dermatol* 2016;74(1):177-9
32. Ferwerda M, van Beugen S, **van Riel PL**CM, van de Kerkhof PC, de Jong EM, Smit JV, Zeeuwen-Franssen ME, Kroft EB, Visser H, Vonkeman HE, Creemers MC, van Middendorp H, Evers AW. Measuring the Therapeutic Relationship in Internet-Based Interventions. *Psychother Psychosom* 2016;85(1):47-9 [Epub 2015 Nov 27]
33. **Lamers-Karnebeek F**, Moghadam MG, Vonkeman HE, Tekstra J, Schilder A, Visser H, ten Klooster PM, Sasso EH, Chernoff D, Lems W, van Schaardenburg D, Landewe R, Van Albada I, Radstake TRDJ, **van Riel P**, van de Laar MAFJ, Jansen T. Multi-Biomarker Disease Activity Score As a Predictor of Flare in Patients with Rheumatoid Arthritis Who Stop TNF-Alpha-Inhibitor Therapy. 2015 ACR/ARHP Annual Meeting: supplement
34. Santegoets KC, Wenink MH, Braga FA, Cossu M, **Lamers-Karnebeek FB**, **van Riel PL**, Sturm PD, van den Berg WB, Radstake TR. Impaired Porphyromonas gingivalis-Induced Tumor Necrosis Factor Production by Dendritic Cells Typifies Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016;68(4):795-804
35. Gabay C, Riek M, Hetland ML, Hauge EM, Pavelka K, Tomšič M, Canhao H, Chatzidionysiou K, Lukina G, Nordström DC, Lie E, Ancuta I, Hernández MV, **van Riel PL**, van Vollenhoven R, Kvien TK. Effectiveness of tocilizumab with and without synthetic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis: results from a European collaborative study. *Ann Rheum Dis* 2016;75(7):1336-42 [Epub 2015 Sep 15]
36. Brandwagt DA, Herremans T, **Schneeberger PM**, Hackert VH, Hoebe CJ, Paget J, van der Hoek W. Waning population immunity prior to a large Q fever epidemic in the south of The Netherlands. *Epidemiol Infect* 2016:1-7 [Epub ahead of print]

37. van de Wardt J, Olde Dubbelink TBG, Visée HF, **Schneeberger PM**, Lutgens SPM en van Eijk JJJ. Neurologische symptomen bij hepatitis E-infectie. NED TIJDSCHR GENEESKD 2016;160: D107
38. Brooke RJ, Teunis PF, Kretzschmar ME, Wielders CC, **Schneeberger PM**, Waller LA. Use of a Dose-Response Model to Study Temporal Trends in Spatial Exposure to *Coxiella burnetii*: Analysis of a Multiyear Outbreak of Q Fever. Zoonoses Public Health 2017;64(2):118-126 [Epub 2016 Aug 23]
39. Loeffler J, Obara H, Bove P, Newton D, Zettervall S, **van Petersen AS**, Charlton-Ouw K, Shalhub S, Humphries M, Lawrence P. Medical Therapy and Intervention Do Not Improve Uncomplicated Isolated Mesenteric Artery Dissection Outcomes Over Observation Alone. J Vasc Surg 2016;64(2):542
40. Hagenaaers JC, Wever PC, Vlake AW, Renders NH, **van Petersen AS**, Hilbink M, **de Jager-Leclercq MGL**, Moll FL, Koning OH, Hoekstra CJ. Value of 18F-FDG PET/CT in diagnosing chronic Q fever in patients with central vascular disease. Neth J Med 2016;74(7):301-308
41. de Jong A, Kwee TC, Quarles van Ufford HM, Beek FJ, Quekel LG, de Klerk JM, Zijlstra JM, Fijnheer R, **Ludwig I**, Kersten MJ, Stoker J, Nievelstein RA. Computed Tomography Observer Agreement in Staging Malignant Lymphoma. J Comput Assist Tomogr 2016;40(2):261-5
42. van Helmond N, Steegers MA, **Filippini-de Moor GP**, Vissers KC, Wilder-Smith OH. Hyperalgesia and Persistent Pain after Breast Cancer Surgery: A Prospective Randomized Controlled Trial with Perioperative COX-2 Inhibition. PLoS ONE 2016;11(12):e0166601
43. van der Vorm LN, van Meijel LJ, **Lips J**, Galesloot TE, Laarakkers CM, Swinkels DW. Underestimation of hepcidin concentration by time of flight mass spectrometry and competitive ELISA in hepcidin p.Gly71Asp heterozygotes. Clin Chem Lab Med 2016;54(5):e173-6
44. Santegoets KC, Wenink MH, Braga FA, Cossu M, **Lamers-Karnebeek FB**, van Riel PLCM, Sturm PD, van den Berg WB, Radstake TR. Impaired Porphyromonas gingivalis-Induces Tumor Necrosis Factor Production by Dendritic Cells Typifies Patients With Rheumatoid Arthritis. Arthritis Rheumatol 2016;68(4):795-804
45. Bruyn GA, Naredo E, Damjanov N, Bachta A, Baudoin P, Hammer HB, **Lamers-Karnebeek FB**, Moller Parera I, Richards B, Taylor M, Ben-Artzi A, D'Agostino MA, Garrido J, Iagnocco A. An OMERACT reliability exercise of inflammatory and structural abnormalities in patients with knee osteoarthritis using ultrasound assessment. Ann Rheum Dis 2016;75(5):842-6
46. Smit R, van Marum RJ, Pequeriaux NCV, Hollander AAMJ, **Bleeker MWP**, Hermens WAJJ, Derijks HJ. Prevalentie van correcte anti-Xa-bloedspiegels bij patienten met verminderde nierfunctie op basis van dosisadvies conform richtlijn Nederlandse Federatie voor Nefrologie. Nederlands Platform voor Farmaceutisch Onderzoek 2016;1:a1610
47. **van Lieshout I**, Munsterman ID, Eskes AM, Maaskant JM, van der Hulst R. Systematic review and meta-analysis: Sodium picosulphate with magnesium citrate as bowel preparation for colonoscopy. UEG Journal 2016 [Epub ahead of print December 12, 2016]
48. Knoop B. Ziekenhuis Bernhoven doet meer met minder. Medisch Contact 2016;26:14-17
49. Wissink GJ. Diabeteszorg op maat. Medisch Contact 2016;42:36-38
50. **Bennemeer P**. 'Er kan veel lucht uit ons zorgsysteem'. ZorgScoop;3:2-3

51. **Klerkx M, Schenkels M, Otten M**, Kremer J. Improving quality and reducing volumes in the region. International Forum on Quality and Safety in Healthcare 2016, Gothenburg Sweden
52. Leclercq WK, Sloot S, **Keulers BJ**, Houterman S, Legemaate J, Veerman M, Thomas L, Scheltinga MR. Challenging the knowledge base and skillset for providing surgical consent by orthopedic and plastic surgeons in the Netherlands: an identified area of improvement in patient safety. *Patient Saf Surg* 2016;10:21 [eCollection 2016]
53. Hensen LC, Delgado V, van Wijngaarden SE, Leung M, de Bie MK, Buiten MS, Schalijs MJ, **van de Kerkhof JJ**, Rabelink TJ, Rotmans JI, Jukema JW, Bax JJ. Echocardiographic associates of atrial fibrillation in end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 2016;pii: gfw352 [Epub ahead of print]
54. Razenberg LG, Creemers GJ, Beerepoot LV, **Vos AH**, van de Wouw AJ, Maas HA, Lemmens VE. Age-related systemic treatment and survival of patients with metachronous metastases from colorectal cancer. *Acta Oncol.* 2016;55(12):1443-1449 [Epub 2016 Sep 1]
55. de Jongh MA, Kruithof N, Gosens T, van de Ree CL, de Munter L, Brouwers L, Polinder S, Lansink KW; BIOS-group (**Stevens CT** is aangesloten bij de BIOS group). Prevalence, recovery patterns and predictors of quality of life and costs after non-fatal injury: the Brabant Injury Outcome Surveillance (BIOS) study. *Inj Prev* 2017;23(1):59 [Epub 2016 May 6]
56. **Bouwman AE**, Weber WE, Leentjens AF, Mess WH. Transcranial sonography findings related to depression in parkinsonian disorders: cross-sectional study in 126 patients. *PeerJ* 2016;4:e2037
57. **Bouwman AE**, Leentjens AF, Mess WH, Weber WE. Abnormal Echogenicity of the Substantia Nigra, Raphe Nuclei, and Third-Ventricle Width as Markers of Cognitive Impairment in Parkinsonian Disorders: A Cross-Sectional Study. *Parkinsons Dis.* 2016;2016:4058580 [Epub 2016 Jan 10]
58. Wong DR, Coenen MJ, Derijks LJ, Vermeulen SH, van Marrewijk CJ, Klungel OH, Scheffer H, Franke B, Guchelaar HJ, de Jong DJ, Engels LG, Verbeek AL, Hooymans PM; TOPIC Recruitment Team (Collaborator (100): **Gisbertz IAM**). Early prediction of thiopurine-induced hepatotoxicity in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2017;45(3):391-402 [Epub 2016 Dec 12]
59. Verhaert DV, Bonnes JL, Nas J, **Keuper W**, van Grunsven PM, Smeets JL, de Boer MJ, Brouwer MA. Termination of resuscitation in the prehospital setting: A comparison of decisions in clinical practice vs. recommendations of a termination rule. *Resuscitation* 2016;100:60-5
60. Limonard GJM, Peters JB, Besselink R, **Groot CAR**, Dekhuijzen PNR, Vercoulen JH, Nabuurs-Franssen MH. Persistence of impaired health status of Q fever patients 4 years after the first Dutch outbreak. *Epidemiology & Infection* 2016;144:1142-1147