

Bestuursverslag 2017

Versie mei 2018

Inhoudsopgave

Bericht van de Raad van Bestuur

1. Kerngegevens

- 1.1 Medewerkers/productie/omzet/resultaat
- 1.2 Werkgebied
- 1.3 Samenwerking

2. Organisatie

- 2.1 Organogram
- 2.2 Besturingsmodel
 - 2.2.1 Normen voor goed bestuur
- 2.3 Raad van Bestuur
 - 2.3.1 Afspraken tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht
- 2.4 Raad van Toezicht
 - 2.4.1 Samenstelling
 - 2.4.2 Bezoldiging Raad van Toezicht
 - 2.4.3 Werkwijze
 - 2.4.4 Inhoud reguliere vergaderingen
 - 2.4.5 Toezicht op strategie en prestaties
 - 2.4.6 Toezicht op het interne beheersings- en controlesysteem
 - 2.4.7 Besluiten ter goedkeuring aan de Raad van Toezicht
 - 2.4.8 Auditcommissie
 - 2.4.9 Commissie Kwaliteit en Veiligheid
 - 2.4.10 Remuneratiecommissie
 - 2.4.11 Agendacommissie
 - 2.4.12 Informatiebronnen Raad van Toezicht
- 2.5 Vereniging Medische staf
- 2.6 Verpleegkundig Stafbestuur
- 2.7 Ondernemingsraad
 - 2.7.1 Uitgangspunten samenwerking
 - 2.7.2 Communicatie
 - 2.7.3 Speerpunten
 - 2.7.4 Advies- en instemmingsaanvragen
- 2.8 Cliëntenraad
 - 2.8.1 Doelstelling
 - 2.8.2 Speerpunten
 - 2.8.3 Adviezen Cliëntenraad
- 2.9 Klachten
 - 2.9.1 Klacht bespreken met klachtenfunctionaris/afdeling Patiëntenvoorlichting
 - 2.9.2 Klacht indienen bij Klachtencommissie

3. Beleid

- 3.1 Gezamenlijke prioriteiten 2017
- 3.2 Belangrijke resultaten uit sectoren
- 3.3 Rijksinspecties
- 3.4 Kwaliteit en Veiligheid
 - 3.4.1 NIAZ heraccreditatie en VMS certificatie
 - 3.4.2 Interne audits
 - 3.4.3 Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI)
 - 3.4.4 Retrospectieve Risico Inventarisatie
 - 3.4.5 Prestatieindicatoren
 - 3.4.6 Kwaliteitscertificaten, -labels en accreditatie
 - 3.4.7 Klanttevredenheidsonderzoek
 - 3.4.8 Sterftecijfer
 - 3.4.9 iDocument
 - 3.4.10 Integraal crisisplan
 - 3.4.11 Calamiteiten patiëntenzorg
- 3.5 Communicatie

4. Personeel en Opleidingen

- 4.1 Sociaal en personeelsbeleid
 - 4.1.1 Verzuim
 - 4.1.2 Arbo
 - 4.1.3 CAO
- 4.2 Opleidingen en stages
 - 4.2.1 Opleidingsbeleid
 - 4.2.2 Stages
 - 4.2.2 Professionaliseren van de verpleegkundige beroepsgroep
 - 4.2.3 Leerplein

5. Financiën

- 5.1 Algemeen
- 5.2 Resultatenrekening
- 5.3 Kasstroom
- 5.4 Balans
- 5.5 Risicomanagement

6. Huisvesting

7. Vooruitzicht

Bijlage 1: Vereniging Medische Staf

Bijlage 2: Afkortingen

Bericht van de Raad van Bestuur

Geachte lezer,

Voor u ligt het jaarverslag 2017 van SJG Weert. Als u zo door de inhoud bladert zult u zien dat er weer veel bereikt is in dat jaar. Zowel op het gebied van kwaliteit van zorg, samenwerking in de keten, als financieel zijn er goede resultaten geboekt. Druk van buitenaf (verantwoording, financiële druk, kwaliteitseisen, onderhandelingen met zorgverzekeraars) maakten evenwel dat er in de breedte hoge werkdruk wordt ervaren. Het is duidelijk dat de grote gezamenlijke inspanningen er toe leiden dat SJG Weert steeds beter 'op de kaart staat': het imago is de laatste jaren sterk verbeterd.

Wij danken een ieder voor zijn/haar bijdrage en vertrouwen erop dat die gezamenlijke inzet ook de komende jaren zal bijdragen aan een nog verder stijgende lijn, continue verbetering en behoud van het profiel dat past bij ons mooie SJG Weert.

Veel leesgenoegen!

*Eric Rikkert
Algemeen directeur*

*Inge de Wit
Directeur Zorg*

1. Kerngegevens

1.1 Medewerkers/productie/omzet/resultaat

	2016	2017	index 2017/2016
Personeel in dienst absoluut (ultimo)	1.063	1.065	100,2%
Personeel in dienst fte (gemiddeld)	667	673	100,9%
Eerste poli bezoeken	57.132	53.587	93,8%
Herhalingsbezoeken	101.257	98.475	97,3%
Dagbehandelingen	8.736	8.656	99,1%
Opnames (incl. eendaagse opnames)	9.605	9.299	96,8%
Verpleegdagen	44.455	42.624	95,9%
Gemiddeld verpleegdagen	4,63	4,58	99,0%
Omzet x € 1.000	94.842	96.080	101,3%
Resultaat x € 1.000	3.263	5.121	157,0%

1.2 Werkgebied

SJG Weert is een algemeen ziekenhuis, primair gericht op het westelijk deel van Midden-Limburg en het zuidoosten van Noord-Brabant. SJG Weert fungeert als basisziekenhuis met een belangrijke gidsfunctie ten behoeve van inwoners van met name Weert, Nederweert, Leudal en Cranendonck. De adherentiecijfers 2017 zijn ten tijde van vaststelling van het bestuursverslag nog niet beschikbaar. De adherentiecijfers 2016 (bron: DHD, 06011113 Markt-Medisch_20181221_94) worden onderstaand weergegeven.

	2016
Adherentie ambulante	78.797
Adherentie kliniek	77.725
Adherentie dagverpleging	80.084

1.3 Samenwerking

SJG Weert weet hoe belangrijk het is om zorg voor patiënten in samenwerking met andere partners te verzorgen. Continuïteit en kwaliteit staan bovenaan en zijn hierdoor beter gewaarborgd. De samenwerking binnen de 2e lijn, met andere ketenpartners en met zorgverzekeraars is constructief. Het huisartsen-ziekenhuisoverleg is voor ons belangrijk omdat dit zorgt voor korte communicatielijnen naar de 1e lijn. De op initiatief van de huisartsen en medisch specialisten opgerichte stichting OpStap - met als doel betere samenwerking door de organisatie van evenementen op het gebied van scholing en integratie - functioneert goed. Afgelopen jaar zijn hier verscheidene gezamenlijke initiatieven uit voortgekomen die ten goede komen aan de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Zorgdomein, een online verwijsmodule voor de huisartsen, is een blijvend succes. Met Meditta, de ondersteuningsorganisatie voor huisartsen, is frequent bestuurlijk overleg. Naast afspraken over 1e lijns diagnostiek wordt gewerkt aan afspraken gericht op het verantwoord en haalbaar verschuiven van consulten van de 2e lijn naar de 1e lijn en het opzetten van 1,5e lijns zorg. Het motto daarbij is 'door de huisarts als het kan, door de medisch specialist als het moet'. Belangrijke mijlpaal is de spoedpost Weert die in januari 2017 officieel in gebruik is genomen en de samenwerking verder heeft versterkt in het belang van de patiënt.

In onze regio werkt SJG Weert ook samen met POZOB, een huisartsenorganisatie die in Noord-Brabant en Noord-Limburg actief is. Samen worden nieuwe initiatieven ontplooid om de zorg met de 1^e lijn te verbeteren. Het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) ontwikkelt zich op geleide van de eisen van overheid en vakverenigingen tot een zelfstandige entiteit voor integrale inkoop van geboortezorg. Dit zal vanaf 2018 plaatsvinden.

De zorginhoudelijke samenwerking met het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) gaat gestaag door. Ten aanzien van diverse vakgroepen en patiëntencategorieën zijn kwaliteitsafspraken gemaakt rondom de verwijzing en overdracht van patiëntenzorg (bijvoorbeeld chirurgie, cardiologie, longgeneeskunde en klinische fysica). De werkzaamheden van de ziekenhuisapotheek worden geleverd door CZE. Op het gebied van de oncologische zorg zijn, tegen de achtergrond van de ONCO-ZON, zorgpaden vastgesteld en afspraken over tumorspecifieke MDO's nader uitgewerkt.

De oogheekkundige zorg wordt geleverd door de oogartsen van de vakgroep oogheekkunde van MUMC+. Dermatologie, reumatologie, medische microbiologie en pathologie worden georganiseerd in samenwerking met LZR. Voorbereid wordt een besluit tot het uitbesteden van het laboratorium medische microbiologie.

De poliklinische apotheek - eigendom van regionale apothekers en het ziekenhuis - blijkt te voorzien in een behoefte.

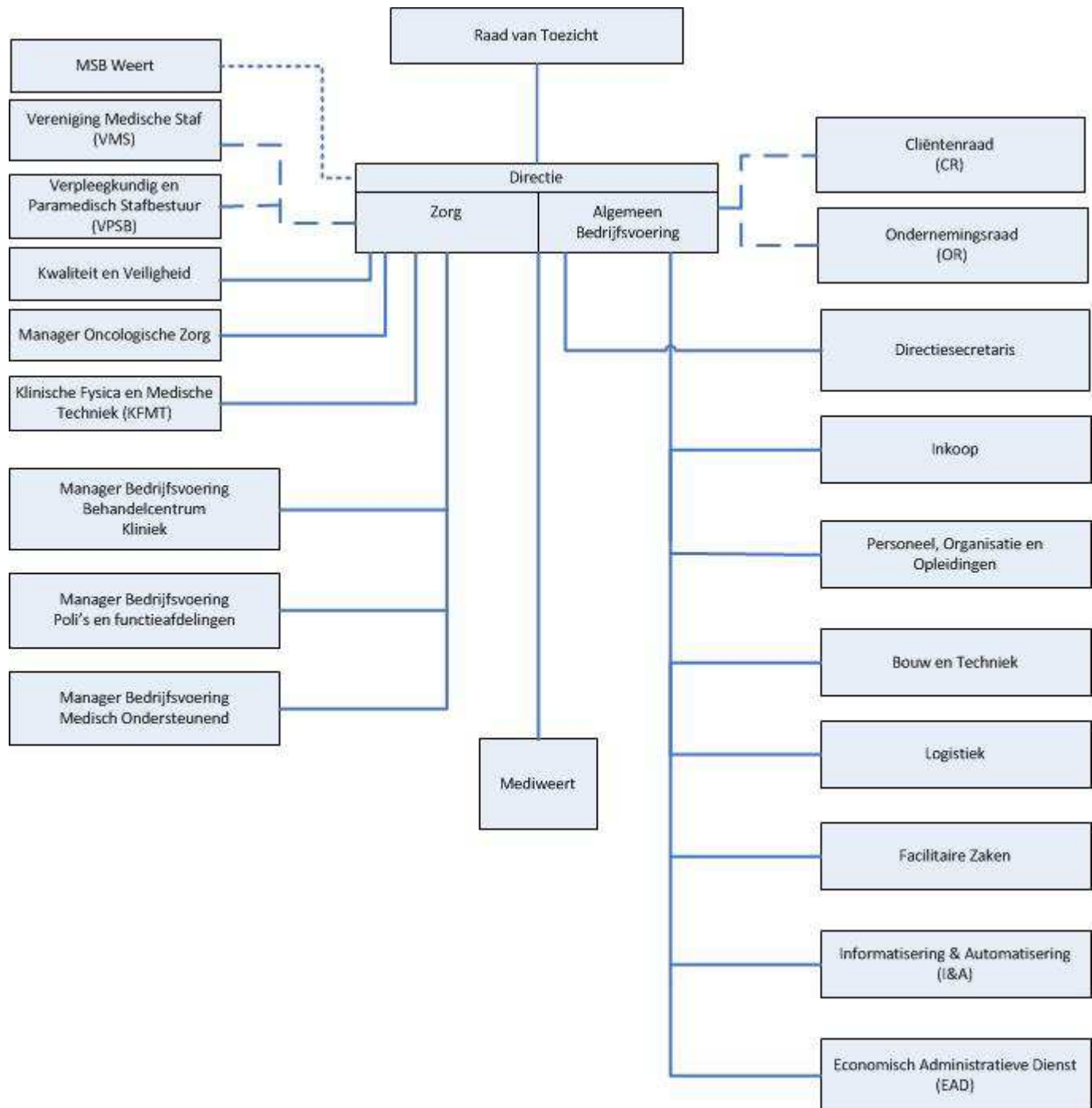
Het klinisch chemisch laboratorium en de klinisch chemici worden geleverd in goede samenwerking met DVU. Met de partners uit de sector Verpleging & Verzorging, waaronder Land van Horne en De Zorggroep, is frequent overleg gericht op effectieve doorstroming en het beperken van de 'verkeerde' bedden. In de regio wordt meegewerkt aan afspraken voor veilige overdracht in de keten voor kwetsbare ouderen die voldoen aan de normen van veilige overdracht van de IGZ.

In 2016 is besloten toe te werken naar een regio-bestuurders overleg met de partijen die betrokken zijn bij de zorg in de regio Weert. In 2017 is daartoe een overeenkomst getekend door LvH, VvGI, Meditta, gemeente, Huis voor de Zorg en SJG Weert. Met ondersteuning van de zorgverzekeraars wordt ROBUUST ingezet voor programma-management in het kader van proeftuinprojecten. Er is actieve deelname aan regionale netwerken zoals palliatieve zorg, dementie en CVA.

2. Organisatie

2.1 Organogram

Het organogram van de stichting SJG Weert ziet er als volgt uit:



2.2 Besturingsmodel

SJG Weert kent een tweehoofdige Raad van Bestuur die eindverantwoordelijk is voor het te voeren beleid en de totale gang van zaken binnen het ziekenhuis. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht.

In het kader van de planning- en controlcyclus worden jaarlijks door Raad van Bestuur en bestuur Vereniging Medische Staf (VMS) gezamenlijk prioriteiten vastgesteld. Deze zijn gebaseerd op de

meerjaren medische en bestuurlijke beleidsplannen. In combinatie met de kwantitatieve ruimte die voortvloeit uit de begroting vormt dit het referentiekader voor de jaarlijkse plannen van de verschillende bedrijfsonderdelen. De voortgang wordt tweemaal per jaar met de betreffende vakgroep, manager bedrijfsvoering en Raad van Bestuur besproken in de zogenaamde voor- en najaarsoverleggen. De vakgroepen en de capaciteiten (kliniek, behandelcentrum, poliklinieken & functieafdelingen, medische ondersteuning) stellen jaarlijks een jaarverslag op over de bereikte resultaten uit het voorgaande jaar.

Het plenair overleg tussen Raad van Bestuur en management kent de volgende structuur:

- overleg Raad van Bestuur (1x per 2 weken);
- Managementteam (1x per 2 weken);
- Staf- en Managementoverleg (1x per 3 maanden).

Het MT van SJG Weert was per 31 december 2017 als volgt samengesteld:

Lid	Functie
Dhr. H.L.M. Rikkert	Bestuursvoorzitter/algemeen directeur
Mw. drs. I. de Wit	Directeur zorg
Dhr. T.P.W.M. Goertz	Manager bedrijfsvoering behandelcentrum, kliniek en zorgplanning
Dhr. R.A. van den Broek	Manager bedrijfsvoering poliklinieken & functieafdelingen
Mw. F.J.M. van de Laar	Manager bedrijfsvoering medisch ondersteunend en Liasonofficer 1e en 3e lijn
Dhr. drs. C.J.M. Lambregts	Hoofd personeel & organisatie
Mw. drs. W.T.P.F. van der Werf-Day	Secretaris Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur heeft regulier overleg met de Raad van Toezicht (plenair en in commissieverband). Met de vertegenwoordiging van de medisch specialisten vindt regulier overleg plaats met de Vereniging Medische Staf en het Medisch Specialistisch Bedrijf. Voorts heeft de Raad van Bestuur regulier overleg met het 'vertegenwoordigend overleg' te weten de Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Verpleegkundige Adviesraad/Verpleegkundig Stafbestuur.

Vereniging Medische Staf

In het verslagjaar 2017 is de betrokkenheid van de medische staf bij de beleidsvoorbereiding geborgd door wekelijks overleg tussen Raad van Bestuur en bestuur VMS. Belangrijke onderleggers daarbij zijn het meerjaren bestuurlijk beleidsplan, het meerjaren medisch beleidsplan en de gezamenlijk prioriteiten 2017. Daarnaast is de Raad van Bestuur maandelijks als toehoorder aanwezig bij de vergaderingen van de VMS.

Medisch Specialistisch Bedrijf

In het kader van de invoering van de integrale bekostiging is per 1 januari 2015 de Coöperatie MSB Weert u.a. (MSB) opgericht. Het bestuur van het MSB bestond op 1 januari 2017 uit de volgende leden:

	Naam	Specialisme
1	Dhr. J.A. van Essen, voorzitter	Chirurg-oncoloog
2	Dhr. J.M. Swalve, secretaris	Anesthesioloog
3	Dhr. P.F. de Wet, penningmeester	KNO arts
4	Dhr. A. Jacobs	financieel directeur
	secretariaat: mw. M.J.A.G. Timmermans	

Tot januari 2015 waren vrijgevestigde medisch specialisten aan SJG Weert verbonden via een toelatingsovereenkomst. Na die datum zijn de vrijgevestigde medisch specialisten verenigd in het MSB en is de relatie met hen vastgelegd in de Samenwerkingsovereenkomst tussen Raad van Bestuur en bestuur MSB. In deze overeenkomst zijn rollen en verantwoordelijkheden jegens elkaar

vastgelegd met als doel te komen tot een geïntegreerd aanbod van medisch specialistische zorg. Het MSB is de formele gesprekspartner van de RvB – en medeverantwoordelijk - voor onderhandelingen/afspraken met zorgverzekeraars. In voornoemde samenwerkingsovereenkomst zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop productie- en honoraria afspraken worden gemaakt en over aanvullende verantwoordelijkheden en aanspreek-/aanwijsmogelijkheden. Er zijn aanvullende afspraken gemaakt met VMS en MSB die borgen dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijkheid kan nemen voor kwaliteit en veiligheid.

Onderwerpen die in 2017 zijn besproken betroffen onder meer:

- Toenemende registratiedruk en ondersteuning vanuit de polikliniek;
- Het verlenen van onverzekerde zorg vanuit het ziekenhuis of externe locatie;
- Gezamenlijk ondernemen, ontwikkelingen in de 1,5^e lijns zorg;
- Opzetten en investeringen in MDL praktijk;
- Fiscale eisen in relatie met ontwikkelingen MSB;
- Honorarium 2017 en 2018;
- Het meerjarenbeleidsplan SJG Weert.

In het kader van art. 11 van de Samenwerkingsovereenkomst Coöperatie MSB Weert U.A. (verder te noemen MSB) en de Raad van Bestuur is een informatieprotocol vastgesteld. Gelet op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen voor de in het ziekenhuis verleende zorg, waarbij de eindverantwoordelijkheid bij het bestuur van de instelling berust, leggen partijen over en weer periodiek verantwoording af over de kwantiteit en de kwaliteit van de door hen geleverde medisch specialistische zorg en van hun overige met die zorg samenhangende activiteiten. MSB en Raad van Bestuur verschaffen elkaar daartoe de nodige gegevens overeenkomstig een daartoe door hen vastgesteld informatieprotocol.

2.2.1 Normen voor goed bestuur

SJG Weert past de Zorgbrede Governancecode volledig toe. De verantwoording over het beleid vindt plaats via de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording (Bestuursverslag, Jaarrekening en DiGiMV). Daarnaast treedt SJG Weert over strategische onderwerpen in overleg met diverse interne en externe belanghebbenden. Dit is gebeurd met betrekking tot alle onderwerpen in het Meerjaren Bestuurlijk Beleidsplan. Onder externe belanghebbenden worden hier verstaan: huisartsen, verloskundigen, apothekers en overige 1^e lijnszorg, DVU, instellingen in de 3^e lijnszorg, stichting Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg, Riagg Zuid, patiëntenorganisaties, IGZ, zorgverzekeraars, gemeenten, banken en leveranciers.

Met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overige belanghebbenden vindt regelmatig overleg plaats over verbetering van de kwaliteit van de zorg, risicobeheersing en innovatie.

De Raad van Toezicht benoemt op voordracht van de Raad van Bestuur de (register) accountant van de stichting. Met ingang van 2010 is BDO als accountant voor het ziekenhuis benoemd. In 2017 is de overeenkomst met BDO verlengd en deze loopt nu tot en met de jaarrekeningcontrole 2019. De accountant brengt een ‘managementletter’ uit met zijn bevindingen aan zowel Raad van Bestuur als Raad van Toezicht. De accountant is op uitnodiging aanwezig in de auditcommissie van de Raad van Toezicht.

2.3 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van SJG Weert was in 2017 als volgt samengesteld:

Naam	Functie	Nevenfuncties
Dhr. H.L.M. Rikkert	voorzitter Raad van Bestuur	Lid bestuur Zorg aan Zet
Dhr. drs. M.O.J.M. Visser, kinderarts tot 1 juli 2017	lid Raad van Bestuur/directeur zorg	voorzitter RvT SGL voorzitter Raad van Commissarissen MCC OMNES

Mw. drs. I. de Wit, vanaf 1 maart 2017	Lid Raad van Bestuur/directeur zorg ad interim	Color Consultancy, ZZP Lid RvT Raphael Stichting(t/m mei 2017)
--	--	---

Er is een reglement Raad van Bestuur (vastgesteld in juli 2010) waarin de volgende onderdelen zijn benoemd:

- Bestuurstaak;
- Verantwoordelijkheid en verantwoording;
- Besluitvorming;
- Waarneming en vacature;
- Openbaarheid en belangenverstrengeling;
- Medezeggenschap;
- Openheid en verantwoording intern;
- Geheimhouding.

Het reglement kan worden gewijzigd door de Raad van Bestuur na goedkeuring door de Raad van Toezicht. Conform dit reglement wordt per 1 januari 2016 onderstaande portefeuillevdeling gehanteerd:

Functie	Verantwoordelijkheidsgebied
bestuursvoorzitter/ algemeen directeur	<ul style="list-style-type: none"> - bestuurlijk eindverantwoordelijk - kernstaf, overleg stafbestuur - Raad van Bestuur - samenwerkingsverbanden - financiën, planning & control - P&O, opleidingen - ICT - inkoop - vastgoed - facilitaire zaken - zorgverzekeraars en accountant - Ondernemingsraad, Cliëntenraad - Mediweert - technische dienst
bestuurslid/ directeur zorg	<ul style="list-style-type: none"> - patiëntenzorg - kwaliteit - medische ondersteuning - kernstaf, overleg stafbestuur - Raad van Bestuur - patiëntenlogistiek - VSB - overleg huisartsen - Mediweert - medische technologie

2.3.1 Afspraken tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

Naast de reglementen van Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht is geen specifiek informatieprotocol vastgesteld. De afspraken tussen beide raden zijn vastgelegd in een notitie die 14 september 2006 is overeengekomen.

De Raad van Toezicht houdt conform de Zorgbrede Governancecode toezicht op de bedrijfsvoering van de Raad van Bestuur. In de Zorgbrede Governancecode wordt aangegeven dat de Raad van Toezicht ten minste bewaakt:

- De realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;
- De strategie en de risico's verbonden aan activiteiten van de organisatie;
- De opzet en werking van de interne risicobeheersing- en controlesystemen, waaronder kwaliteit en veiligheid;
- De financiële verslaglegging;

- De naleving van wet- en regelgeving;
- Het uitvoering geven aan het zijn van een 'zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid'.

Het gaat er daarbij om de uitvoering te toetsen aan beleidsplannen en beleidsuitgangspunten die helder zijn geformuleerd. De Raad van Bestuur moet daarnaast per kwartaal rapporteren over de mate waarin de doelstellingen zijn bereikt en de acties die zij daarop gaat nemen (conform Plan-Do-Check-Act).

De volgende besluiten worden genoemd in statuten en reglementen ter goedkeuring door de Raad van Toezicht:

- Beleidsplannen;
- Begroting en jaarrekening;
- Fusie/ontbinding/splitsing;
- Oprichting/ontbinding rechtspersoon;
- Strategische samenwerking;
- Overeenkomsten t.a.v. registergoederen;
- Verlenen van procuratie;
- Investerings overeenkomstig goedgekeurde investeringsbegroting > € 1 mln.;
- Overige investeringen die niet begroot zijn > € 0,1mln.;
- Lange termijn geldleningen;
- Mutaties in bestaande rekening-courant faciliteiten.

Aan de beleidsplannen wordt groot belang gehecht. Zij vormen een kader voor de door de Raad van Bestuur te nemen beslissingen. Door middel van een door de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht tezamen bepaald beleidsplan wordt voorkomen dat de bestuurder komt tot een beleid dat achteraf door de Raad van Toezicht niet blijkt te worden goedgekeurd.

2.4 Raad van Toezicht

2.4.1 Samenstelling

De Raad van Toezicht bestond in 2017 uit zes personen met verschillende achtergronden. De Raad van Toezicht kwam in 2017 acht keer bijeen in een reguliere vergadering. Daarnaast vond overleg plaats via e-mailverkeer, kwamen de diverse commissies regelmatig bijeen, was er regelmatig tussentijds contact tussen de agendacommissie van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur en tussen de voorzitters van de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. Verder werden enkele vergaderingen van Ondernemingsraad en Cliëntenraad door leden van de RvT bijgewoond.

De Raad van Toezicht ziet toe op de besturing van de organisatie via dialoog met de Raad van Bestuur over onder andere de management- en kwartaalrapportages, de begroting en het jaar- en strategisch plan. De leden van de Raad van Toezicht volgen de actuele ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg in het algemeen en specifiek op het gebied van de ziekenhuiszorg. De Raad van Toezicht is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ).

De RvT van SJG Weert was per 31 december 2017 als volgt samengesteld:

Naam, functie (geboortejaar)	Aandachtsgebied	Nevenfuncties	Eerste benoeming / moment van aftreden	RvT formele vergaderingen aanwezig
Mw. mr. J.A.M. van Schaik-Veltman, voorzitter (1948)	juridische zaken, contact CR, remuneratie-commissie, agendacommissie, wervings- en selectiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> • senior-raadsheer gerechtshof 's-Hertogenbosch 	01-03-2010 / 28-02-2018 niet herbenoembaar	8
Dhr. H.P. Muller, lid (1946)	commissie kwaliteit en	<ul style="list-style-type: none"> • Lid Raad van Toezicht Maasstad ziekenhuis 	01-02-2016 / 31-01-2020	8

	veiligheid, remuneratie-commissie	<ul style="list-style-type: none"> • Lid Raad van Advies MSB Isala • International surveyor ISQua • Consultant Health Care DGA 	herbenoembaar	
Dhr. drs. K. van der Esch, lid (1958)	auditcommissie, wervings- en selectiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> • zelfstandig ondernemer DGA Kastia B.V. • zaakvoerder en mede-eigenaar Jeker en Geer SPRL • lid rekenkamer Maastricht 	01-07-2017/ 31-06-2021 niet herbenoembaar	8
Mw. M.P.H. Princen – Stultiëns, vice-voorzitter/secretaris (1962)	wervings- en selectiecommissie, remuneratie- en agendacommissie	<ul style="list-style-type: none"> • hoofd administratie TalTechniek BV • voorzitter MKB Limburg • voorzitter Weerterlandprijs • voorzitter Stg Sectorplan MKB 	01-01-2014/ 31-12-2017 herbenoembaar	7
Dhr. J.W. van der Kouwe, lid (1957)	commissie kwaliteit en veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenaar Van der Kouwe Consultancy 	01-02-2016/ 1-1-2018 voortijdig afgetreden i.v.m. verhuizing	5
Dhr. J.L.G. Creemers, lid (1965)	auditcommissie, wervings- en selectiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> • directeur eigenaar Johan Creemers Consultancy • lid ledenraad Rabobank • voorzitter TWC Weert • voorzitter RvT VVV Midden Limburg • Lid RvT samenwerkende VVV's Limburg • Bestuurslid stichting administratiekantoor Handels Belastingadviseurs • Lid RvT Lunet Zorg • Lid RvA van Doormalen Retail Groep 	01-07-2014/ 30-06-2018 herbenoembaar	7

De Raad van Toezicht beoordeelt of nevenfuncties belangenverstremgeling met zich (kunnen) meebrengen. In de Raad van Toezicht is een samenstel van disciplines opgenomen. De financieel-economische discipline is vertegenwoordigd door de heren Van der Esch en Creemers. De juridische discipline is vertegenwoordigd bij mevrouw Van Schaik, de kennis van de zorg bij de heren Muller (voormalig internist) en Van der Kouwe (voormalig huisarts). De Raad van Toezicht hanteert op basis van zijn reglement een algemeen en een specifiek profiel, waarmee bij een vacature rekening wordt gehouden. De Ondernemingsraad heeft recht van aanbeveling ten aanzien van nieuwe leden in de Raad van Toezicht. De Cliëntenraad heeft recht van bindende voordracht voor één van de leden van de Raad van Toezicht.

2.4.2 Bezoldiging Raad van Toezicht

De honorering van de leden van de Raad van Toezicht bedroeg in 2017 € (10.375,-),- bruto excl. btw per jaar per lid. De voorzitter ontving een toeslag van 50% respectievelijk € 15.563,-. Deze honorering blijft ruimschoots binnen de thans door de Wet Normering Topinkomens (WNT) en de ministeriële regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen in de zorg bepaalde maxima en het door de NVTZ afgegeven advies.

Voor de bezoldiging van de Raad van Toezicht wordt verder verwezen naar de Jaarrekening 2017.

2.4.3. Werkwijze

De Raad van Toezicht werkt conform de principes van de Zorgbrede Governancecode. Daarnaast is er een reglement voor de Raad van Toezicht. In dit reglement zijn onder meer de volgende zaken geregeld: informatievoorziening door de Raad van Bestuur, samenstelling en profiel Raad van Toezicht, onverenigbaarheid van functies voor leden van de Raad van Toezicht, intern en extern overleg en optreden van de Raad van Toezicht, benoeming leden van de Raad van Toezicht, einde lidmaatschap, werkwijze, commissies, evaluatie, honorering en onkostenvergoeding, verantwoording en geheimhouding.

In 2017 is de Raad van Toezicht acht keer regulier bijeengekomen (soms met één of meer genodigden). Verder zijn er leden aanwezig geweest bij de Nieuwjaarsbijeenkomst, de Zeepkistensessies, NVTZ bijeenkomsten, de Open Dag, brainstormsessie en themabijeenkomst van de VSB. Ook zijn er enkele leden aanwezig geweest bij de opening van de HAP/SEH.

De Raad van Toezicht bespreekt doorgaans elke reguliere vergadering de stand van zaken in de bedrijfsvoering en kwaliteit en veiligheid op basis van schriftelijke en mondelinge informatie van de Raad van Bestuur en de bevindingen van de Raad van Toezicht-commissies.

Enkele leden van de Raad van Toezicht hebben bijeenkomsten en cursussen bezocht om zich op de hoogte te houden van de ontwikkelingen in corporate governance en andere relevante onderwerpen en om hun kennis op het gewenste niveau houden.

Er zijn vier commissies binnen de Raad van Toezicht met elk een eigen voorzitter. De commissies hebben een voorbereidende en adviserende rol ten behoeve van de Raad van Toezicht.

Deze commissies zijn:

- Auditcommissie;
- Commissie kwaliteit en veiligheid;
- Remuneratiecommissie;
- Agendacommissie.

Overleg met medezeggenschapsraden

Een of meer leden hebben enkele malen een vergadering van de Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Verpleegkundig Stafbestuur bijgewoond.

2.4.4 Inhoud reguliere vergaderingen

In de vergaderingen in 2017 hebben, naast de ‘going concern’ zaken, een aantal majeure projecten specifiek aandacht gehad waaronder:

- Samenwerkingsverbanden met CZE en andere ketenpartners;
- Procesverbetering;
- HR zaken waaronder duurzame inzetbaarheid;
- Opvolging Zorgdirecteur na het vertrek van de heer Visser;
- Functioneren van de Raad van Bestuur en MT;
- Eigen functioneren van de Raad van Toezicht in welk verband de Raad van Toezicht heeft deelgenomen aan het project ‘Kijk in de spiegel’ van de NVTZ.;
- 1,5 lijnszorg/ketenzorg;
- Investeringsaanvraag verbouwing VMK, Techniek en Logistiek;
- Heroriëntatie laboratorium medische microbiologie;
- Plannen privekliniek CortoClinic in Weert;
- Ontwikkelingen 1,5 lijnszorg;
- Besluitvorming Vincent van Gogh Instituut om te stoppen met de dienstverlening in Weert;
- Bestuurdersmodel SJG Weert;
- Nieuwe governance code.

2.4.5 Toezicht op strategie en prestaties

De auditcommissie heeft door middel van toetsing van de kwartaalrapportages en verschillende tussentijdse rapportages aan het meerjarenbeleidsplan beoordeeld of de hierin vastgelegde strategie en

financiële prestaties nog in lijn liggen met de huidige resultaten. Hierin zijn geen majeure afwijkingen geconstateerd. De constatering van de auditcommissie zijn uitgebreid besproken in de reguliere vergaderingen.

2.4.6 Toezicht op het interne beheersings- en controlesysteem

De auditcommissie heeft zich een aantal malen gebogen over de kwaliteit van het interne financiële beheersings- en controlesysteem waarbij de aanbevelingen van de accountant op dit vlak aan de orde zijn gesteld. De bevindingen zijn besproken in de reguliere Raad van Toezicht vergaderingen. In 2017 is er extra aandacht geweest voor de meerjarige investeringsbegroting en liquiditeitsprognose in verband met de noodzakelijk geachte vernieuwbouwing.

2.4.7 Besluiten ter goedkeuring aan de Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft onder meer goedkeuring verleend aan:

- Jaarverslag 2016 (inclusief Jaarrekening 2016);
- Gezamenlijke prioriteiten 2017;
- Reglement Raad van Toezicht en auditcommissie;
- Investeringsaanvragen;
- Investeringsaanvraag data netwerk;
- Wijziging honorering leden Raad van Toezicht met ingang van januari 2017;
- Begroting 2018;
- Heroriëntatie laboratorium medische microbiologie;
- Aanstellen interim directeur Zorg;
- Aanstellen directeur Zorg;
- Benoeming nieuwe voorzitter RvT per 1 maart 2018;
- Herbenoeming lid RvT.

2.4.8 Auditcommissie

Taak conform Reglement Raad van Toezicht: ondersteunen uitvoering toezicht op financieel beleid en beheer, door voorbereidende werkzaamheden te verrichten ten behoeve van en verslag te doen aan de Raad van Toezicht. De functie en werkwijze zijn vastgelegd in een uitvoeringsreglement conform raamwerk NVTZ.

De auditcommissie heeft in 2017 drie maal regulier vergaderd en twee keer in een extra overleg ten behoeve van het 'FB budget', registratieproblematiek en de afkoop van het ICT Leasecontract. Elk overleg vond plaats met de voorzitter Raad van Bestuur, het hoofd Financiële Administratie en het hoofd Planning & Control. Daarnaast was de externe accountant tweemaal aanwezig.

De vergaderingen in 2017 hebben naast de 'going concern' zaken hoofdzakelijk een aantal majeure projecten tot onderwerp gehad. Onder andere de volgende onderwerpen zijn os de auditcommissie geagendeerd:

- Jaarrekening 2016
- Begroting 2018;
- Accountantsverslag 2016;
- Toetsing klasse-indeling en honorering RvB en RvT aan de WNT;
- Evaluatie taken en verantwoordelijkheden;
- Maand en kwartaal rapportages, ontwikkelingen liquiditeit(prognose), voortgang investeringen;
- Bewaking realisatie budget RvT 2017;.
- Concept Financieel Middellang Termijnplan 2017-2022;
- Nieuwe overeenkomst accountant BDO;
- Onderhandelingen zorgverzekeraars;
- Registratieproblematiek;
- Afhandeling FB budget;
- Beoogde outsourcing medisch microbiologisch lab aan de Stichting PAMM;
- Door Vincent van Gogh Instituut gewenste ontbinding doorlopend huurcontract.

Vanaf het verslagjaar 2015 worden de uitgaven van de leden van de Raad van Bestuur door de auditcommissie geaudit. Indien de Zorgbrede Governancecode daartoe aanleiding geeft zal SJG Weert het eigen beleid daaromtrent aanpassen.

2.4.9 Commissie kwaliteit en veiligheid

De commissie kwaliteit en veiligheid is een vaste commissie van de Raad van Toezicht. Zij adviseert en ondersteunt de Raad van Toezicht om het toezicht op het terrein van kwaliteit en veiligheid adequaat uit te voeren. In 2017 is de commissie kwaliteit en veiligheid driemaal bijeen geweest in aanwezigheid van de directeur zorg, het hoofd afdeling Kwaliteit & Veiligheid en de voorzitter van de Vereniging Medische Staf.

Onderwerpen op de 'going concern' agenda:

- Kwartaalrapportages kwaliteit en veiligheid;
- Veiligheidscultuur/hygiëne;
- Gesprekken IGZ;
- Wachtlijsten poliklinieken;
- Wachtijden poliklinieken;
- Jaarverslag Klachtenonderzoekcommissie (KOC) en Klachtenfunctionaris;
- Rankings in de media;
- Beleid rond indicatoren;
- Dashboard indicatoren;
- Spiegelgesprekken;
- Schadelast Medirisk;
- Klanttevredenheid;
- Hospital Standardised Mortality Ratio's en dossier audits;
- Bezettingsgraad klinische bedden;

Daarnaast waren de volgende specifieke onderwerpen aan de orde:

- Toezicht IGJ ten aanzien van Infectiepreventie;
- Duaal management;
- SIT procedure;
- EPD;
- Convenant Veilige Toepassing Medisch Technologie;
- Medisch specialisten en patiëntveiligheid;
- Wachtijden SEH.

2.4.10 Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter van de Raad van Toezicht. De commissie stelt de bezoldiging voor de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht voor. In 2017 is de remuneratiecommissie een aantal malen bijeen geweest ter voorbereiding en uitvoering van de functionerings- en beoordelingsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur, en inzake de opvolging van de directeur Zorg.

2.4.11 Agendacommissie

De agendacommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter. Zij komt vóór elke reguliere vergadering met de (voorzitter van de) Raad van Bestuur bijeen ter voorbereiding van de agenda voor die vergadering.

2.4.12 Informatiebronnen Raad van Toezicht

Naast informatie van de Raad van Bestuur ontvangt de Raad van Toezicht informatie uit onder meer de volgende bronnen:

- Contacten met bestuur VMS, OR, CR en Verpleegkundig Stafbestuur;
- Contacten met functionarissen binnen de organisatie;
- Contacten met externe partijen in Weert en elders;
- Bijeenkomsten en informatiebulletins van de NVTZ;

- Interne informatiebulletins van het ziekenhuis;
- Literatuur en andere informatiebronnen.

2.5 Vereniging Medische staf

Het bestuur van de Vereniging Medische Staf bestaat d.d. 31 december 2017 uit de volgende leden:

	Naam	Specialisme
1	Dhr. G. J.P. Kamps, voorzitter	KNO arts
2	Mw. L.M. van den Broek, secretaris (tot 1 mei 2017)	kinderarts
3	Dhr. A. Gajic, penningmeester	internist
4	Mw. T. Lettinga, bestuurslid portefeuille kwaliteit (tot 1 september 2017)	chirurg
	Stafsecretariaat: mw. J.W. Levels	

Het stafbestuur vergadert 1 keer per 2 weken onderling en 1 keer per 2 weken met de RvB. Extern hebben regionale en landelijke bijeenkomsten plaatsgevonden met stafbesturen van andere ziekenhuizen (LZR, CZE).

Het stafbestuur hanteert een portefeuillevreiding waarbij tenminste de portefeuilles penningmeester/financiën, secretaris, voorzitter, kwaliteit en veiligheid expliciet bij leden van het stafbestuur zijn belegd. Andere aandachtsgebieden zijn in onderling overleg verdeeld.

Tot de taken van de medische staf behoren:

- Het al dan niet gevraagd verlenen van adviezen en het doen van voorstellen aan de RvB.
- Het bij- en vaststellen van het medisch beleidsplan, inclusief de jaarlijkse prioritering.
- Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit en veiligheid.
- Het bevorderen van de juiste uitvoering van het door de RvB goedgekeurde ziekenhuisbeleid.
- Het representeren van het collectieve verantwoordelijkheidsbesef van de leden van de vereniging, alsmede van het individuele verantwoordelijkheidsbesef van de medisch specialist voor de kwaliteit van het medisch specialistisch werk.
- Het bevorderen van een goede samenwerking, zowel tussen de leden van de vereniging onderling, als tussen de leden en de RvB, alsmede met de ziekenhuismanagers en alle daarvoor in aanmerking komende personen en instanties binnen en buiten het ziekenhuis.
- Aandacht voor de naleving van de regels van de medische ethiek.
- Het bevorderen van een goed wetenschappelijk niveau van het werk van iedere medisch specialist.
- Het waarborgen van professionele autonomie.
- Het bevorderen van en het meewerken aan het geven van onderwijs.
- Het coördineren en toetsen van medisch specialistisch werk.
- Het verlenen van medewerking aan de medische registratie en verslaglegging van medisch specialistisch werk.
- Het bevorderen van begrip omtrent noodzaak van kostenefficiëntie en doelmatigheid in het ziekenhuis.
- Het bevorderen van een zo goed mogelijke organisatie in het ziekenhuis rondom medisch werk.
- Het bevorderen van goede intermenselijke verhoudingen binnen het ziekenhuis.
- Het bevorderen van de gezondheidszorg in de regio.

De VMS is het belangrijkste orgaan voor medisch specialisten om de governance (kwaliteit en veiligheid) vorm te geven. Iedere medisch specialist die meer dan 0.1 fte werkzaam is in SJG Weert is verplicht lid van de VMS. De overige specialisten werken onder een ander contract dat dezelfde kwaliteitseisen verlangt.

In het verslagjaar 2017 heeft de VMS zich onder meer ingezet met betrekking tot:

- Aanpassen van het kwaliteitsreglement en de procedure disfunctioneren medisch specialisten.

- Het verder uitbreiden van het kwaliteitsinstrument Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) binnen SJG Weert onder de titel Waardering en Investering. De uitbreiding zit in de ontwikkeling van groepsfunctioneren in vakgroepen.
- Necrologie en Medical Audits (laten) organiseren voor alle leden van de VMS. Hierin worden onder andere calamiteiten besproken en wordt lering getrokken uit ongewenste uitkomsten van zorg;
- Begeleiden en onderwijzen van co-assistenten (een aantal stafleden is ook mentor);
- Aandacht voor de registratie van activiteiten m.b.t. de DOT-systematiek, kwaliteitsparameters en EPD;
- Statusonderzoek van alle overleden patiënten om kwaliteit te toetsen en een juiste HSMR te krijgen (PatSaf commissie);
- Het ontwikkelen en implementeren van de functie van gemandateerd vakgroepvertegenwoordiger;
- Het bijdragen aan verbetering van zorglogistiek door onder meer de samenstelling en de implementatie van zorglogistieke documenten te bevorderen;
- Het bevorderen van de kwaliteit van zorg voor mensen in de laatste levensfase, zoals palliatieve zorg en zorg rond de stervensfase;
- Implementeren van het convenant VTMT, het toetsen en vaststellen van bekwaam- en bevoegdheid;
- Afscheid van vertrekkende en benoeming diverse nieuwe stafleden;
- Gezamenlijke prioriteiten 2017;
- Versterken communicatie met de 1^e lijns zorgaanbieders;
- Actualiseren overzicht commissies niet-patiëntgebonden activiteiten;
- Toewerken naar RTA in regio rond levenseinde;
- In kaart brengen van de prestatie indicatoren voor IGZ;
- Deelname aan kwaliteitsoverleg CZ;
- Informeren bij vakgroepen wat het meerjaren beleidsplan per vakgroep betekent;
- Heroverwegen rol medische staf in governance structuur ziekenhuis.
- Afspraken schriftelijke overdracht naar andere zorgverleners, met in 2017 doorontwikkeling van de medicatie-overdracht;
- Leren en nadenken over ontwikkelingen Value Based Healthcare;
- Verdere ontwikkelingen m.b.t. duaal management en inrichting kwaliteitsbureau
- Stafbrede dossieraudit;
- Overleg tussen voorzitters van VMS, MSB en VMSD m.b.t. opties om samen te gaan in in één gremium.

Ter besluitvorming in de VMS is 2017 aangenomen:

- Benoeming van diverse stafleden;
- Update van het ziekenhuisbrede protocol betreffende antistolling profilaxe;
- Ingestemd is met de pilot werkwijze investeringscommissie.

2.6 Verpleegkundige Stafbestuur

	Naam	Afdeling
1	Mw. M. Zaäboul, voorzitter	Vrouw-Moeder-Kind centrum
2	Mw. M.G.M. Venner, vice-voorzitter	Special care (tot 1 december)
3	Dhr T. Goossens, secretaris	Verpleegkundig specialist Oncologie
4	Mw. H. Lockkamper	Spoedeisende hulp (tot 1 december)

Het VSB heeft in 2017 tweewekelijks vergaderd. Er heeft regelmatig overleg plaatsgevonden met de directeur zorg, de manager bedrijfsvoering Kliniek en Behandelcentrum en daarnaast ook met de Raad van Toezicht, bestuur Vereniging Medische Staf en OR.

Belangrijkste activiteiten in 2017 zijn geweest:

- Themabijeenkomst voor verpleegkundigen over het onderwerp ‘Verpleegkundigen van de toekomst, met als gastspreker van Mw. Marieke Schuurmans, hoogleraar verplegingswetenschappen aan de Universiteit van Utrecht ;

- Opstellen van een advies aan het MT m.b.t. scholingsbeleid voor verpleegkundigen, in samenwerking met de OR;
- Deelname aan activiteiten van diverse werkgroepen van het cluster kliniek;
- Informatie-uitwisseling c.q. intensivering samenwerking met VAR/VSB van andere ziekenhuizen.

Vanaf 1 december heeft het VSB bestaan uit twee personen. Tezamen met de directeur Zorg wordt gekeken naar een adequate invulling van de vrijgekomen plaatsen.

2.7 Ondernemingsraad

De OR komt op voor de belangen van de medewerkers binnen de organisatie. De OR neemt als leidraad de continuïteit van de organisatie en de gezamenlijke belangen van de medewerkers en de organisatie. De doelstelling hierbij is deze balans te waarborgen. De OR neemt een rol aan als gesprekspartner van de organisatie om, afhankelijk van de eigen uitgangspunten, mee te denken of geïnformeerd te worden over beleidsvormingen.

Daarnaast heeft de OR een rol bij voorstellen die, conform Wet op de Ondernemingsraden (WOR), ter advies of instemming worden voorgelegd. De wetgeving en de CAO worden hierbij in acht genomen. De OR bewaakt zo het proces van beleidsontwikkelingen en de logische samenhang tussen beleidskeuzes. De OR streeft ernaar een bijdrage te leveren op een heldere, duidelijke en besluitvaardige manier waarbij transparante communicatie een centrale rol speelt.

Samenstelling

De Ondernemingsraad van SJG Weert beschikt over dertien zetels (waarvan 12 ingevuld) en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. Op 31 december 2017 ziet de OR er als volgt uit:

	Naam	Afdeling
1	Yvonne van de Voort-Campen (voorzitter)	VMK
2	Léon Nijnens (vice-voorzitter)	IC
3	Gienie Hopmans - Hermans (secretaris)	OK
4	Marion Caris – Saes	Polikliniek Orthopaedie
5	Ivonne van der Meer	OK
6	Rachma Kasmi - Al Kamouchi	CSA
7	Rob Ketelaers	Fysiotherapie
8	Simone Barents – van Loos	Hartfalenpoli
9	Anita Maas - van Teeffelen	Dagcentrum
10	Jacqueline Mies - Snelders	Klachtencommissie
11	Cindy van Bree – Roosen	4e etage
12	Thea Sieben - Winkelmolen	OK
	Ambtelijk secretaris: Marieke Loijen	

2.7.1. *Uitgangspunten samenwerking*

De OR heeft enkele uitgangspunten benoemd die volgens de OR noodzakelijk zijn voor een goede en gefundeerde samenwerking binnen alle lagen van de organisatie. De adviezen die de OR in 2017 heeft gegeven zijn alle gebaseerd op en ter bevordering van de navolgende uitgangspunten:

- Prettige en open overlegsfeer met elkaar;
- Betrokkenheid en respect in alle lagen van de organisatie;
- Vertrouwen in elkaar;
- Veranderbereidheid van eenieder binnen de organisatie;
- Objectieve informatie van medewerker en beleidsmaker.

2.7.2. *Communicatie*

De wijze van communiceren binnen de organisatie is bepalend of er steun en draagkracht is of wordt gecreëerd bij medewerkers inzake de beleidsplannen die uitgezet worden. De OR streeft ernaar dat er wordt gecommuniceerd op een eerlijke, tijdige en transparante manier binnen alle lagen van de organisatie. Bij ieder onderwerp dat binnen de OR aan bod komt zal de wijze van communiceren

getoetst worden aan de kaders die hiervoor zijn uitgezet (zie uitgangspunten). Het doel is een open communicatie met een eerlijke overlegvorm en transparante samenwerking.

2.7.3. *Speerpunten*

De OR heeft speerpunten vastgesteld. Voor het kiezen van deze speerpunten heeft de OR geput uit eigen ervaring, feedback van medewerkers, ontwikkelingen in de zorg, visie en beleid van de organisatie en het MTO. Per speerpunt is er een werkgroep opgesteld.

De werkgroep maakt een plan van aanpak. Tijdens iedere werkvergadering kunnen de werkgroepen aan de slag met het plan van aanpak. De voortgang van de werkgroepen wordt besproken in de OR vergadering.

De OR heeft gekozen voor de navolgende onderwerpen:

- Werkoverleg;
- Balans werk en privé;
- Opleidingen.

2.7.4. *Advies- en instemmingsaanvragen*

De OR heeft in 2017 de navolgende adviesaanvragen, instemmingsaanvragen ontvangen en behandeld. Ook de pre-adviezen en initiatiefvoorstellen van de OR worden benoemd.

Advies-/instemmingsaanvraag en initiatiefvoorstellen	Toelichting
Instemmingsverzoek reistijd tijdens bereikbaarheid	De OR stemt in met de nieuwe regeling omtrent bereikbaarheidsdienst en aanwezigheidsdienst en verzoekt de directie om deze regeling kenbaar te maken onder alle medewerkers.
Adviesaanvraag structuurverandering IC en SEH	Gezien de huidige arbeidsproblematiek kan de OR zich vinden in de oplossingen die geboden worden omtrent de inzet van personeel op de afdelingen IC en SEH. De OR vraagt aandacht voor de bezetting van IC verpleegkundigen, vooral op kwetsbare uren waarin er minder personeel gepland staat. Dit om de kwaliteit van de zorg te blijven garanderen, maar ook om de medewerker te beschermen.
Adviesaanvraag uitbesteding medische microbiologie (deel 1)	De OR erkent de noodzaak tot de beslissing om het laboratorium medische microbiologie uit te besteden en onder te brengen bij de stichting PAMM (laboratoria voor Pathologie en Medische Microbiologie). De afwegingen en financiële consequenties zijn duidelijk en de OR vertrouwt erop dat de kwaliteit van de diensten op deze wijze gewaarborgd blijft.
Adviesaanvraag uitbesteding medische microbiologie (deel 2)	Over de personele consequenties gaat de OR nog in beraad. Er vinden ondertussen gesprekken plaats met de vakbonden, medewerkers van de betreffende afdelingen en P&O van zowel SJG Weert en stichting PAMM. De OR vraagt om een vastgesteld overgangsprotocol en het sociaal plan van de stichting PAMM. De OR zal pas na 20 april een advies uitbrengen inzake de personele consequenties, als de gesprekken afgerond zijn.
Adviesaanvraag uitbesteding medische microbiologie (deel 3)	De onderhandelingen met de vakbonden en de betrokken organisaties zijn afgerond en hebben geresulteerd in een gedragen overdrachtsprotocol. De OR heeft tevens inzage gehad in het sociaal plan van de stichting PAMM. De combinatie van beide documenten maakt dat de OR van mening is dat de veiligheid van de medewerkers bij de overname voldoende gewaarborgd is en wenst de directie veel succes met de verdere overdracht.
Instemmingsverzoek verlenging pilot prikken in het weekend	De OR stemt in met de verlenging van de pilot prikken in het weekend op de verpleegafdeling 3 en 4 door medewerkers van het prikklab tot 1 januari 2018.
Adviesaanvraag investering interim IC, 5 ^e etage klinieken, CSA en logistiek	De OR wordt om advies gevraagd inzake investeringen die te maken hebben met verbouwingen/verplaatsen/verbeteren van diverse afdelingen. De OR geeft advies over de volgende onderwerpen: <u>Arbeidsomstandigheden</u> : de OR ziet graag dat arbo deskundigheid wordt

	<p>ingeschakeld in de diverse fases en verzoekt de directie in kaart te brengen wie hierbij wordt betrokken en hoe deze betrokkenheid eruit ziet.</p> <p><u>Schuifplan</u>: de OR verzoekt de directie om, zodra het schuifplan gereed is, een plan van aanpak met de OR te bespreken inzake de inzet van extra personeel tijdens de verbouwing.</p> <p><u>Communicatie</u>: de OR verzoekt de directie om medewerkers zo goed mogelijk op de hoogte te brengen van de plannen en wat dit betekent voor de werkzaamheden en de (flexibele) inzet van medewerkers.</p>
Instemmingsverzoek vergoeding beeldschermbril	De OR stemt in met de aanpassing van de regeling vergoeding beeldschermbril.
Instemmingsverzoek wijziging dienstroosterpatroon 4-9 uursdiensten	Volgens de OR is het wijzigen van een dienstroosterpatroon onlosmakelijk verbonden aan het 'mee roosteren'. De OR stemt pas in met wijziging van een dienstroosterpatroon als het mee roosteren is ingevoerd. Daarnaast onderstreept de OR dat ieder team onder leiding van de teamleider bespreekt welke diensttijden er nodig zijn voor de desbetreffende afdeling. Medewerkers moeten hierin gehoord worden en er moet een juiste afstemming zijn met de werkprocessen.
Instemmingsverzoek verlofregeling	De OR stemt in met de aangepaste verlofregeling en heeft als uitgangspunt dat de huidige tekst vereenvoudigd en prettig leesbaar gemaakt moet worden.
Adviesaanvraag benoeming directeur zorg	De OR gaat akkoord met de benoeming van de directeur zorg.
Investeringsaanvraag netwerk	De OR is het eens met de kern van de investeringsaanvraag.
Overeenkomst met bedrijfsarts	De OR kan zich vinden in de overeenkomst die de organisatie wil sluiten met de bedrijfsarts. De OR wil dat er in de overeenkomst wordt opgenomen dat alle organisatie brede adviezen, rapportages en analyses van de bedrijfsarts aan de directie, tevens aan de OR voorgelegd worden.
Initiatiefvoorstel werkoverleg	Vergroten van betrokkenheid en veranderbereidheid van medewerkers in de organisatie is van belang, vooral met het oog op de verandercultuur. Medewerkers moeten meegenomen in organisatieproblematiek en –besluiten, medewerkers moeten ruimte krijgen voor ideeën en input. Het werkoverleg is daarvoor bij uitstek het geschikte middel. De OR doet via het initiatiefvoorstel voorstellen om het werkoverleg uniform te verbeteren en uit te dragen.

Daarnaast heeft de OR zich met de volgende zaken bezig gehouden:

- Begroting SJG Weert 2018;
- Duurzame inzetbaarheid;
- Mee-roosteren;
- Balans werk&privé;
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek;
- Arbozaken;
- Opleidingsbeleid;
- Timemanagement;
- Bouwzaken;
- Strategische personeelsplanning;
- Samenwerking SJG Weert en Catharinaziekenhuis Eindhoven;
- Werkdruk verpleegafdelingen;
- Ergocoaches en agressiecoaches;
- Pilot Bureau Integraal Capaciteitsmanagement (BIC);
- Pilot prikclub;
- Flexibilisering personeelsinzet;
- Meerjarenbeleidsplan;
- Opleidingsbegroting 2018;
- Ziekteverzuim;
- Verzuimpreventie;

- Jaarverslag OR 2017.

Meer informatie staat in het jaarverslag van de OR. Dit wordt ieder jaar in het tweede kwartaal op de website van SJG Weert geplaatst.

2.8 Cliëntenraad

Op grond van het wettelijk kader (Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen WMCZ) geeft de Cliëntenraad gevraagde en ongevraagde adviezen die aansluiten bij deze onderwerpen en bespreekt deze met de directie. De Cliëntenraad (CR) ziet zich samen met de directie in een partnerrol om het gemeenschappelijk belang, namelijk de cliënt, te dienen. De CR waakt - namens de cliënten van SJG Weert - over de kwaliteit van de dienstverlening van het ziekenhuis en wil zijn achterban zoveel als mogelijk daarbij betrekken.

Op 31 december 2017 bestond de CR uit de volgende leden:

	Naam	Aandachtsgebied
1	Dhr J.G.J. Bouten, voorzitter	dagelijks bestuur, markt en beleid
2	Mw. M.P.C. Kursten, vice-voorzitter	dagelijks bestuur, communicatie en PR
3	Mw. R. Schuttelaar	patiëntenzorg
4	Mw. F. Schmitz	patiëntenzorg
5	Mw. M. van Heel	communicatie
6	Dhr. M. van Eijnsden	markt en beleid
7	Dhr. H. Elzenaar	facilitaire zaken
	Ambtelijk secretaris: mw. M. Loijen	

2.8.1. Doelstelling

De CR neemt een proactieve rol aan bij het toezien op de kwaliteits- en veiligheidseisen van de geleverde zorg aan klanten van SJG Weert. De CR streeft naar een werkwijze met heldere doelstellingen en afspraken en een transparante samenwerking met hun partners in het ziekenhuis.

2.8.2 Speerpunten

In 2017 heeft de CR speerpunten benoemd. Bij het vaststellen van deze speerpunten heeft de CR de huidige kwaliteitsnormen, onderzoeken en patiëntervaringen gebruikt. Ook zijn het meerjarenbeleidsplan en de gezamenlijke prioriteiten 2017 van SJG Weert hierin meegenomen. Dit heeft geresulteerd in de volgende speerpunten:

Cliëntgerichte zorg

- *Zachte zorg*

Bij zachte zorg gaat om het gevoel van de cliënt. Is er sprake van een dialoog? Want als er niet geluisterd wordt kom je nooit te weten wat de zorgbehoevende ervaart en beleeft. De Cliëntenraad onderzoekt hoe de samenwerking en verhouding tussen patiënt en arts er momenteel uitziet en - belangrijker nog - in de toekomst uit gaat zien.

- *Privacy*

Een cliënt heeft het recht op de best mogelijke behandeling én op artsen en andere ziekenhuis-medewerkers die geen privégevoelige informatie over hem of haar prijsgeven. De Cliëntenraad richt de aandacht vooral op de privacy van de cliënt op het moment van contact met artsen en verpleegkundigen.

- *Klanttevredenheidsmeting*

De klanttevredenheidsmeting is een belangrijk instrument om de cliëntbeleving te meten. SJG Weert gebruikt hiervoor Zorgkaart Nederland. Het is belangrijk dat het stimuleren van cliënten om hun bevindingen achter te laten op Zorgkaart Nederland een continue proces is. De Cliëntenraad houdt de vinger aan de pols.

Senior cliënt / mantelzorger

- *Seniorvriendelijk Ziekenhuis*

Eén op de drie mensen van 70 jaar en ouder verlaat het ziekenhuis slechter dan ze er ingekomen zijn. En dat heeft niets te maken met de aandoening waarvoor ze opgenomen worden. Om de zorg en voorzieningen voor ouderen te verbeteren, hebben de ouderenorganisaties kwaliteitsaspecten opgesteld die van groot belang zijn voor de ziekenhuiszorg aan ouderen.

Het zogenaamde Seniorvriendelijke Keurmerk. SJG Weert heeft het keurmerk in het bezit. Het keurmerk is gericht op senioren, maar is een prima onderlegger voor alle gebruikers van het ziekenhuis. De CR wil dat de klant het ziekenhuis dicht bij huis blijft zoeken. De CR heeft diverse onderwerpen op de agenda gehad afgelopen jaar die belangrijk zijn in de borging van dit proces. Zo stond goede afgestemde zorg, o.a. met ketenpartners, en beheersing van zorgkosten op de agenda. Daarnaast waren klantvriendelijkheid en ethiek onderwerpen die constante aandacht kregen van de CR. De Cliëntenraad speelt een actieve rol in het behouden en uitdragen van het keurmerk.

- *Mantelzorg*

Steeds meer cliënten brengen een mantelzorger mee of krijgen deze als bezoeker aan het bed. Mantelzorgers worden steeds belangrijker voor de zorg. Het is dan ook belangrijk dat er een duidelijk beleid is voor zowel de mantelzorgers als de organisatie. De CR doet hier in 2017 binnen SJG Weert onderzoek naar.

Cliënt en toekomst

- *SJG in 2030*

Voor de continuïteit van het ziekenhuis en het borgen van goede zorg voor het adherentiegebied is een goede relatie met de zorgverzekeraars, ketenpartners en andere belanghebbenden belangrijk. De CR ondersteunt dit proces en wil de mogelijkheden onderzoeken om met betreffende partijen een brainstormsessie te organiseren.

- *Kennisbevordering en cultuuromslag*

De CR kijkt naar de directe relatie tussen kennisbevordering, vaardigheden en de cultuuromslag van medewerkers en hoe deze in verhouding staan tot de zorg voor de cliënt.

- *De efficiënte SJG organisatie*

De CR stelt de klantvraag centraal; bedrijfsprocessen moeten hierop afgestemd zijn en efficiënt ingericht worden. De CR houdt proces in de gaten.

- *Ketenpartners*

De cliënt is erbij gebaat dat de keten zo optimaal mogelijk functioneert. De CR kijkt welke mogelijkheden zij heeft om de samenwerkingsprocessen waarmee SJG momenteel en in de toekomst bezig is, te ondersteunen.

De speerpunten worden geagendeerd en besproken in de maandelijkse vergadering. Per onderwerp zijn er minstens twee CR leden die zich met het speerpunt hebben bezig gehouden. Dit resulteerde in gesprekken met medewerkers, management en Raad van Bestuur. Soms werd er een bijeenkomst belegd om het onderwerp met de voltallige CR en een deskundige te bespreken. De CR zag scherp toe op naleving, feedback en evalueert de resultaten.

2.8.3 Adviezen Cliëntenraad

De Cliëntenraad heeft in 2017 (ongevraagd) advies gegeven over de volgende onderwerpen:

Adviesaanvraag	Toelichting
mee-eten met patiënt	De CR is na onderzoek, van mening dat samen eten (patiënt en mantelzorger) veel voordelen kan bieden. De CR heeft verzwaard adviesrecht inzake het beleid rondom voedingsaangelegenheden en vraagt de directie om mogelijkheden te creëren om mee-eten met de patiënt

	aangeboden kan worden.
outsourcing medische microbiologie	De CR is ingelicht door de directie over het voorgenomen besluit om het laboratorium Medische Microbiologie uit te besteden en de keuze voor de stichting PAMM (laboratoria voor Pathologie en Medische Microbiologie) als samenwerkingspartner. De CR adviseert positief inzake de outsourcing.
advies directeur zorg	De interim directeur Zorg is aangesteld om de ontstane vacature in te vullen. Later in het jaar ontvangt de CR een adviesaanvraag inzake de benoeming van de directeur zorg.
begroting Cliëntenraad 2018	De CR legt de begroting over het jaar 2018 voor aan de directie.
rookbeleid SJG Weert	De CR adviseert om een algemeen rookverbod in te stellen. Dit betekent dat er in en rondom het ziekenhuis niet meer gerookt mag worden en hier ook geen voorzieningen voor worden aangeboden.
advies Jaarrekening	De CR adviseert positief over de Jaarrekening 2017.
financiële rapportages	De CR vraagt aan de directie om wijzigingen in de begroting voor te leggen aan de CR zodat de CR gebruik kan maken van het adviesrecht. De CR gaat akkoord met de begroting 2018 van SJG Weert.
Evaluatie spiegelbijeenkomsten	De CR adviseert om een evaluatietraject in gang te zetten met betrekking tot de spiegelbijeenkomsten. De CR is vooral benieuwd naar het proces rondom de voorbereidingen van de spiegelbijeenkomsten, de resultaten en de acties op de verbeterpunten. De CR wil evaluatiecriteria aanleveren en betrokken worden bij de bespreking van de resultaten.

Daarnaast heeft de Cliëntenraad zich met de volgende zaken bezig gehouden:

- Jaarverslag CR 2016, jaarplan 2018, werkplan werkgroepen;
- Financieel jaarverslag CR 2016;
- Seniorvriendelijk keurmerk;
- Poll van de CR en de onderwerpen die daar uit voortvloeien;
- Samenwerking SJG Weert en CZE;
- Spiegelgesprekken;
- Organiseren bijeenkomst voor vrijwilligers;
- Klanttevredenheid;
- Zichtbaarheid CR;
- Contacten met diverse verenigingen;
- Cliëntenraad 'Op bezoek bij' diverse afdelingen;
- Werving nieuwe leden voor de Cliëntenraad;
- Patiëntervaringen - verbeterpunten;
- Open dag 2017;
- Wachttijden;
- Ketenzorg;
- Bezoektijden en aantal bezoekers per kamer;
- Project 'samen beslissen';
- Ethiek;
- Verbouwing;
- Inrichting VMK;
- Diverse artikelen voor de Gezondheidskrant en Impuls.

2.9 Klachten

In verband met de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft SJG Weert per 1 januari 2017 haar klachtenregeling aangepast. De Wkkgz beoogt een laagdrempelige en effectieve opvang en afhandeling van klachten. Organisaties zijn verplicht een Klachtenfunctionaris aan te stellen. De verplichting om een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen, is vervallen. SJG Weert heeft bewust gekozen voor het handhaven van een klachtenonderzoekscommissie. Het belangrijkste motief is dat SJG Weert klagers de mogelijkheid wil blijven bieden de klacht op objectieve wijze te laten onderzoeken voordat de Raad van Bestuur een formeel standpunt inneemt. Voor informatie over de mogelijkheden om een klacht in te dienen kunnen patiënten terecht bij de afdeling Patiëntenvoorlichting of kunnen zij de website van SJG Weert raadplegen. Ook de klachtenregeling is te vinden op de website of te verkrijgen bij de afdeling Patiënteninformatie.

2.9.1 De behandeling van klachten door de Klachtenfunctionaris/afdeling Patiënteninformatie

Klachten komen voor het merendeel via een meldingsformulier op de website bij de Klachtenfunctionaris terecht. Daarnaast maken klagers veel gebruik van de mogelijkheid om hun klacht telefonisch te bespreken. Sinds de bouwkundige samenvoeging van de locatie Patiënteninformatie/Klachtenfunctionaris worden klagers vaker rechtstreeks met hun verhaal naar de Klachtenfunctionaris verwezen. Bij 37 meldingen verliep het eerste contact met de klager via Patiënteninformatie.

De klachtbehandeling is gericht op het doel van de klager. Het beleid is om veelal door een vorm van bemiddeling een klacht naar tevredenheid van de klager af te ronden.

Registratie

Alle klachten worden geregistreerd. Het doel hiervan is tweeledig:

1. Beleidsondersteunende informatie. Uit klachten kunnen mogelijke patronen en/of structurele tekortkomingen naar voren komen waaruit een verbeterpunt gehaald kan worden.
2. Ondersteuning van het werk van de Klachtenfunctionaris.

Aantal ingediende klachten

In 2017 zijn 218 klachtenaspecten behandeld door de Klachtenfunctionaris. Hoewel het aantal klachten in omvang enigszins is afgenomen, blijkt de doorlooptijd van een klacht gemiddeld langer in beslag te nemen. Dit heeft vooral te maken met het doel van de klager. Daar waar in het verleden regelmatig een klacht als ‘melding’ bij de Klachtenfunctionaris binnen kwam, is dit aantal afgenomen.

Onderstaand de verdeling van het aantal klachten over de verschillende rubrieken:

	2016	2017
Totaal aantal klachten, waarvan:	230	218
- Medisch technisch	60	46
- Materieel	34	31
- Relationeel	31	31
- Organisatie van de zorg	100	96
- Overig	5	14

Rapportage

Iedere klacht wordt door de Klachtenfunctionaris behandeld in samenwerking met de behandelend specialist of teamleider van een betreffende afdeling. De Klachtenfunctionaris verzorgt een kwartaalrapportage en een jaarrapportage naar de Raad van Bestuur en de Managers Bedrijfsvoering waarin het aantal klachten per afdeling inzichtelijk wordt gemaakt.

2.9.2 De behandeling van klachten door de Klachtenonderzoekscommissie

Algemeen

Als de behandeling van de klacht door de Klachtenfunctionaris niet tot een bevredigende oplossing heeft geleid of als de klager een oordeel wenst, dan heeft hij de mogelijkheid de klacht in overleg met de Klachtenfunctionaris voor te leggen aan de Klachtenonderzoekscommissie.

De Klachtenonderzoekscommissie van SJG Weert bestaat uit minimaal 5 personen en is samengesteld uit interne en externe leden. De voorzitter is onafhankelijk en heeft een juridische en/of medische achtergrond. Uit de Klachtenonderzoekscommissie kan een deelcommissie worden gevormd, die het onderzoek doet. Deze deelcommissie bestaat uit 1 extern en 1 intern lid en de voorzitter, en kan worden aangevuld met een vierde lid. De commissie rapporteert schriftelijk over haar bevindingen en conclusies en brengt daarbij advies uit aan de Raad van Bestuur. Dit advies kan een (voorlopig) oordeel inhouden, maar ook een mogelijke manier om tot een oplossing te komen.

De Raad van Bestuur spreekt op basis van dit advies een oordeel c.q. standpunt uit en vermeldt daarbij welke beslissingen naar aanleiding van de klacht zijn genomen en, indien van toepassing, binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd.

Aantal ingediende klachten

In het verslagjaar 2017 heeft de Klachtenonderzoekscommissie 12 klachten in behandeling genomen. Het aantal klachten is ten opzichte van 2016 afgenomen. Onduidelijk is in hoeverre de veranderende wetgeving hierop van invloed is.

In onderstaande tabel is het aantal ingediende klachten per rubriek weergegeven.

	2016	2017
Totaal aantal klachten, waarvan:	18	12
- Medisch technisch	11	6
- Materieel	-	-
- Relationeel	5	2
- Organisatie van de zorg	2	1
- Overig	-	3

Alle klachten zijn in het verslagjaar afgehandeld. Eén klacht is tijdens de behandeling ingetrokken.

Adviezen

Naar aanleiding van 5 klachten (41,7%) heeft de Klachtenonderzoekscommissie de Raad van Bestuur geadviseerd maatregelen te treffen. Deze adviezen hadden betrekking op:

1. het verstrekken van uitrijkaarten;
2. het inbouwen van meer ruimte voor uitleg;
3. het aanpassen van een folder;
4. het vastleggen van telefonische communicatie tussen zorgverleners onderling;
5. het regelen van een controleafspraak bij een ander ziekenhuis.

Doorlooptijd behandeling klachten

Conform de klachtenregeling moet de Raad van Bestuur binnen 6 weken nadat het verzoek om een oordeel bij de klachtenonderzoekscommissie is binnengekomen, een besluit hebben genomen. Als dit niet lukt, is verlenging van deze termijn tot maximaal 10 weken mogelijk. De Raad van Bestuur heeft tweemaal van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

3. Beleid

3.1 Gezamenlijke prioriteiten 2017

Evenals voorgaande jaren hebben Raad van Bestuur en bestuur VMS voor het verslagjaar 2017 een aantal gezamenlijke prioriteiten vastgesteld. Deze zijn geclusterd rondom een 3 speerpunten en basisvoorwaarden zoals vastgelegd in het Meerjarenbeleidsplan 2017 – 2020. In het verslagjaar is ten aanzien van deze prioriteiten de volgende voortgang geboekt.

Speerpunt Zorgverleners/medewerkers <i>We maken hier een speerpunt van omdat zorg mensenwerk is. Goede zorg kan niet zonder goed opgeleide medewerkers die iedere dag gemotiveerd en bevlogen hun werk doen. Dat geldt voor medewerkers die betrokken zijn bij de directe zorg aan de patiënt, evenzeer voor medewerkers die het primaire proces mogelijk maken door te zorgen voor een juiste ondersteuning daarvan.</i>		
1.	SJG Weert is een moderne werkgever met aandacht voor duurzame inzetbaarheid, ziekteverzuim, opleiding, loopbaan-ontwikkeling en arbeidsomstandigheden.	<ul style="list-style-type: none"> • Visiedocument Duurzame inzetbaarheid is opgesteld. In 2017 hebben in dat kader masterclasses en trainingen plaatsgevonden. Voorbereidingen zijn gestart voor een webportal, een vitaliteitsevenement, activiteiten rondom ‘mee-roosteren, aanpassingen van het jaargesprek en de uitrol van een arbeidsongeschiktheidsverzekering Loyalis. • Arbo jaarplan is opgesteld en trainingen voor ergocoaches opgezet. • Leiderschapstraining voor leidinggevenden gestart binnen programma Continu Verbeteren.
2.	Samen met de Vereniging Medische Staf ervoor zorgen dat de kwaliteit van de medische specialistische zorg van goed en verantwoord niveau is.	<ul style="list-style-type: none"> • Werkprocessen aantal poliklinieken (cardiologie, longgeneeskunde) samen met de vakgroepen doorgelicht en waar nodig aangepast. • Aandacht voor goede verdeling van taken (naar kunnen, bevoegdheid en wet) met oog op verantwoorde administratieve werkbelasting voor de medisch specialist. In nauwe samenspraak tussen RvB, VMS, MSB en afzonderlijke vakgroepen.
3.	Medisch specialisten betrekken bij de integrale bedrijfsvoering en beleidsontwikkeling van het ziekenhuis.	<ul style="list-style-type: none"> • Oriëntatie plaatsgevonden op herijking governancestructuur medisch specialisten (positie van vrijgevestigden c.q. MSB en de dienstverbanders c.q. VMSD binnen de VMS). Alvorens hierin een keuze wordt gemaakt is een periodiek voorzittersoverleg (MSB, VMS en VMSD) ingesteld. • Dialoog is opgestart over versterking duaal management (mogelijke invoering ‘medisch manager’), mede met het oog op de in 2018 voorziene invoering van Value Based Health Care.
4.	Medewerkerstevredenheid wordt 1 keer per 3 jaar gemeten en verbeteringen wordt georganiseerd op onderdelen waarover medewerkers minder tevreden zijn.	<ul style="list-style-type: none"> • De onderzoeksresultaten van de voorgaande MTO zijn met alle leidinggevenden besproken. Tevens is een methodiek vastgesteld voor de beoordeling, opvolging en het actief volgen van MTO verbetervoorstellen.
5.	Beleid formuleren voor de kwetsbare functies zodat de continuïteit van zorg, gegeven de beperkte schaal van SJG Weert, blijft gegarandeerd.	<ul style="list-style-type: none"> • Zicht is verkregen op vakgroepen/subspecialisaties die kwetsbaar zijn in termen van continuïteit van de basiszorg alsmede beleidskeuzes om risico’s op te vangen. Kleine omvang betekent niet per definitie kwetsbaar als er een solide basis gecreëerd is met regio afspraken. • Kwetsbare functies zijn beschreven en voorzien van een back up scenario. Dit kan variëren van intern (op basis van samenwerking kliniek), inhuur/samenwerking of vacaturestelling tot aan zelf opleiden.
6.	Goede samenhang tussen de meer traditionele functies, de ‘nieuwe’ beroepen als gevolg van functiedifferentiatie en de rol van onze ketenpartners.	<ul style="list-style-type: none"> • In samenwerking met het VSB is de HBO-verpleegkundige duidelijker gepositioneerd, zowel vanuit het oogpunt van strategische personeelsplanning als de voorbereiding op de pilot regieverpleegkundigen.
7.	Leiderschap en eigenaarschap op de werkvloer vergroten op basis van duidelijke	<ul style="list-style-type: none"> • Start Lean programma Continu Verbeteren gericht op invoering verbetermethodiek en –systematiek. Trainingen in de vorm van Vogelvluchten, Greenbelt opleidingen en leiderschapstrainingen zijn gehouden. Diverse ziekenhuisbrede verbetertrajecten zijn gestart

	doelstellingen, kaders en voorwaarden.	(capaciteitsplanning dagcentrum vanuit poli /zorgplanning, logistiek instrumentarium op de OK, overdracht van SEH naar de verpleegafdeling, telefonische bereikbaarheid poli orthopedie). Daarnaast nog diverse kleinere projecten. Vervolg loopt door in 2018.
8.	Stappen maken in het proces waarin de zorgmedewerker samen mét de patiënt besluit over diens zorg en begeleiding.	<ul style="list-style-type: none"> In het project Samen Beslissen is een regionale transmurale afspraak opgesteld tussen zorgverleners in de regio Noord-Limburg over voeren Advance Care Planning gesprek met patiënt. De patiënt kan daarmee beter meebeslissen over het eigen behandeltraject, daarbij zijn eigen levensdoelen, wensen en verwachtingen meenemend.
<p>Speerpunt Zorg Dichtbij <i>We maken hier een speerpunt van omdat SJG Weert er is voor de patiënt en niet andersom. Als basisziekenhuis staat SJG Weert aan de provinciegrens tussen Midden-Limburg en Zuidoost- Brabant. De afstand tot onze medewerkers in het ziekenhuis is letterlijk en figuurlijk klein. Meer nog dan voorheen verzilveren we dit zodanig dat onze patiënten en samenwerkingspartners merken dat de zorg zich dicht bij hen allemaal bevindt. Dichtbij in termen van tijd tot de afspraak, de ingreep of de diagnose. Maar ook dichtbij in termen van het leggen van contact, het zoeken van informatie of het kunnen maken van een afspraak.</i></p>		
9.	Optimalisatie zorgproces en verbetering van de patiëntenzorg-logistiek door te investeren in slimme oplossingen om mensen en middelen zo goed mogelijk in te kunnen zetten.	<ul style="list-style-type: none"> Een visie rondom integraal capaciteitsmanagement is opgesteld in nauwe afstemming met de medische staf. Pilot is gestart en er loopt onderzoek naar de relatie tussen polibezetting en OK bezetting waarbij tevens wordt gekeken naar betrouwbare voorspelling benodigde OK capaciteit. Eind 2017 is de keuze gemaakt voor een nieuw roosterpakket en gestart is met begeleiding afdelingen om te komen tot mee roosteren. Werkprocessen en resultaten zijn doorgelicht (3^e en 4e etage) rondom het werken met een voorlopige ontslagdatum. Deze is onderdeel geworden van het ‘dagelijks werk’ en wordt besproken tijdens de visite. Centrale roosterplanning heeft veel aandacht gekregen vanuit leidinggevenden met de teamleden, mede gericht op proactieve houding naar bijvoorbeeld zomerplanning, feestdagenplanning en andere seizoenspatronen. Samen met afdeling zorgplanning is door de teamleiders succesvol gestuurd op afbouw van overloopen.
10.	Het ondernemerschap vanuit het MSB krijgt verder vorm en invulling.	<ul style="list-style-type: none"> Verkenning heeft plaatsgevonden in kader anderhalvelijnszorg (samen met Meditta) naar vormgeving substitutie 2^e en 1^e lijn ten aanzien van kleine chirurgie. Nadere uitwerking 2018.
11.	Gezamenlijk met onze ketenpartners de bestaande grens afbouwen tussen ziekenhuis en 1 ^e lijn.	<ul style="list-style-type: none"> Plan van aanpak opgesteld, in overleg met Meditta, voor anderhalvelijn project cardiologie voor patiënten met verdenking op hartfalen, atriumfibrilleren en op angina pectoris. Afronding daarbij behorende business casus in 2018.
12.	De zorg letterlijk en figuurlijk dichterbij te brengen door de inzet van innovatieve ICT toepassingen .	<ul style="list-style-type: none"> Strategisch Informatiebeleidsplan is opgesteld waarin de prioriteiten voor prioriteiten voor de komende jaren en beleidskeuzes zijn benoemd. In het kader van het landelijke Versnellingsprogramma Informatieuitwisseling Patient & Professional (VIPP) is een planning opgesteld om – met inpassing van andere lopende ICT projecten – zo goed mogelijk gebruik te kunnen maken van deze financiële middelen. Het project van de digitale aanmeldzuilen is in 2017 niet ten uitvoer gebracht mede vanwege de extra kosten maar vooral omdat SJG Weert de persoonlijke ontvangst en begeleiding hierin onvoldoende kon waarborgen. Deze modaliteit zal waarschijnlijk in het Zorgportaal worden ingepast en in 2018 opnieuw worden bekeken.
13.	Mantelzorgers en vrijwilligers structureel inzetten in de patiëntenzorg	<ul style="list-style-type: none"> Inzet vrijwilligers woonkamers 3e en 4e etage. Stimulering vocht- en voedingsintake heeft aantoonbaar resultaat opgeleverd. Bezoektijden zijn aangepast en verruimd (voortaan van 15.00 – 19.30 uur). Mantelzorgers hebben mogelijkheid om maximaal te ondersteunen. Met Steunpunt Welzijn is gewerkt aan uitrollen van een ‘buddy-netwerk’, wordt vervolgd als onderdeel van het gemeentelijk beleid in 2018.
14.	Gastvrijheid en de menselijke maat die SJG Weert eigen is, vast te houden	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht bestaat in de behoeftes van onze cliënten en klanttevredenheid wordt structureel en op diverse wijzen gemeten. Bij de renovatieplannen van kliniek zijn deze thema’s evenals de Cliëntenraad betrokken.

<p>Speerpunt Samenwerking in de keten <i>We maken hier een speerpunt van omdat SJG Weert uitstekende basiszorg kan bieden in het ziekenhuis zelf, maar drempelloze samenwerking in de hele keten nodig is voor een optimaal eindresultaat. De zorg verleend in het ziekenhuis is voor veel patiënten cruciaal. Echter de zorg verleend door SJG Weert is onderdeel van een grotere keten. Voor een deel van onze patiënten start en eindigt de zorg niet in het ziekenhuis. Of het nu gaat om de keten van 1^e lijn tot universitair medisch centrum of om de keten van preventie, behandeling en palliatie. SJG Weert is een belangrijke schakel van de keten afwisselend als regievoerder, facilitator of uitvoerder.</i></p>		
15.	Samenwerking met onze belangrijkste ketenpartners en andere samenwerkingsverbanden steeds structureler en minder vrijblijvend te maken door goede afspraken over patiëntenzorg.	<ul style="list-style-type: none"> • Samen met Land van Horne, Vincent van Gogh Instituut, Meditta en andere partners is aandacht geschonken aan ketenprojecten in de care. Crisisregeling dementie is tot stand gebracht die op een aantal onderdelen nog moet worden ingevuld (o.a. crisisplaats PG, respijtplak WMO). • Voorbereidingen zijn getroffen voor de opzet van een Integraal Expertisecentrum Psychogeriatric (IEP) voor ouderen met ernstige gedragsproblemen. Er wordt samengewerkt met Vincent van Gogh Instituut en Land van Horne. Voornemen is een beperkt aantal bedden beschikbaar te stellen voor PG patiënten met ernstige gedragsproblemen. • In de samenwerking met derden (waaronder CZE) is actueel overzicht in de samenwerking op niveau vakgroepen en andere diensten. Bij inrichting van de samenwerking op patiëntenzorg met derden wordt de richtlijn Kwaliteitsborging samenwerking patiëntenzorg gebruikt zodat continuïteit en kwaliteit zijn geborgd. Met CZE zijn in het afgelopen jaar nadere afspraken gemaakt t.a.v. de samenwerking op het gebied van onder meer urologie, oncologie, farmacie en informatiebeveiliging.
16.	Betrouwbare acute keten voor onze patiënten die acute zorg nodig hebben.	<ul style="list-style-type: none"> • In 2017 is de spoedpost SJG Weert/Meditta officieel geopend. Deze is in pandig gekoppeld aan de (tevens) gerenoveerde afdeling SEH. • SJG Weert is samen met onder meer eerstelijnsverloskundigen lid van het Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) regio Weert. In 2017 is het VSV versterkt met een externe voorzitter om onderlinge samenwerkingsverbanden te versterken gericht op optimaliseren integrale geboortezorg. • Binnen het samenwerkingsverband ICUZON stuurt SJG Weert actief op regionale samenwerking en inzet van Intensivisten en IC-verpleegkundigen als reactie op het landelijk tekort hieraan en daarmee dreigende discontinuïteit van deze zorg. Lokaal is functiedifferentiatie doorgevoerd op de Special Care.
17.	Voor onze patiënten die ook op verzorging gerichte zorg nodig hebben, is sprake van een betrouwbare keten voor de care/chronische zorg met 1 ^e en 3 ^e lijn waarbij goede overdracht vanzelfsprekend is.	<ul style="list-style-type: none"> • Met POZOB (Praktijk Ondersteuning Zuidoost-Brabant) zijn voorbereidingen getroffen voor de ontwikkeling van chronische zorgprogramma's gericht op patiënten met chronische aandoening, fysieke en digitale consultaties en een afspraken over samenwerking. De uitwerking daarvan loopt door in 2018. • Partijen in de keten (SJG Weert, Land van Horne, thuiszorg, huisartsen, wondverpleegkundigen en medisch specialisten) hebben gezamenlijk gewerkt aan een transmuraal wondprotocol. De implementatie bij thuiszorgorganisaties, huisartsen en ziekenhuis is voorzien begin 2018. • Het palliatief advies en ondersteuningsteam (PAOT) speelt in samenwerking met Land van Horne, huisartsen en thuiszorg een actieve rol in het regionaal netwerk palliatieve zorg.
18.	Goede ketenzorg wordt verankerd in bijbehorende ketenzorgpaden .	<ul style="list-style-type: none"> • In totaal zijn 4 nieuwe zorgpaden vastgesteld op het terrein van wondzorg, palliatieve zorg, beleid rond niet-reanimeren en CVA.
19.	Met schaalvergroting van laboratorium-faciliteiten ervoor zorgen dat onze patiënten kwalitatief de beste zorg kunnen blijven krijgen.	<ul style="list-style-type: none"> • Voorgenomen besluitvorming in uitvoering rondom de mogelijke uitbesteding van het laboratorium medisch microbiologie naar de een andere partij, in samenspraak met het MSB Weert en de microbiologen.
<p>Basisvoorwaarden <i>Naast de drie bovengenoemde speerpunten voldoet SJG Weert aan basisvoorwaarden. Basisvoorwaarden waarin we gewoon goed willen en moeten zijn en die een relatief beperkt onderscheidend vermogen hebben. Deze basisvoorwaarden vergen blijvend aandacht.</i></p>		

20.	Moderne huisvesting en infrastructuur.	<ul style="list-style-type: none"> • Planvorming voor de in 2018 beoogde verbouwing kliniek (o.a. VMK, IC en CSA) heeft plaatsgevonden. Investeringsaanvraag is goedgekeurd. • De polikliniek KNO is gerenoveerd, gestart is met de renovatie van de polikliniek oogheelkunde.
21.	Zicht op de toekomstige zorgvraag in ons verzorgingsgebied.	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen het Zorgnetwerk (deelname van o.a. ziekenhuis en huisartsen) zijn de contouren geschetst om te komen tot inzicht in de toekomstige zorgvraag binnen ons adherentiegebied. In relatie met de in 2018 op te stellen zorgvisie van SJG Weert is een aanpak in voorbereiding waarmee vakgroepen de wenselijke en noodzakelijke ontwikkelingen vanuit het eigen vakgebied in beeld te brengen.
22.	Goede communicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Marketingcommunicatiebeleid 2017 – 2020 is vastgesteld.
23.	Goede kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinische patiënten worden actief uitgenodigd om deel te nemen aan ons klanttevredenheidsonderzoek via Zorgkaart.nl. zodat feed back over het bezoek wordt verkregen. • Spiegelgesprekken met patiënten hebben plaatsgevonden ten overstaan van professionals van de betrokken afdelingen. • Aanpassing van het incidentmeldingssysteem Triasweb en de afhandeling van meldingen is voorbereid. Doel is vergroten gebruikersvriendelijkheid, meer meldingen leiden en een betere follow up en borging van maatregelen.
24.	Transparantie over prestaties en klant-ervaringen	<ul style="list-style-type: none"> • Communicatie over prestaties en klantervaringen vindt regelmatig en in diverse media plaats zoals resultaten van Zorgkaart.nl en de SJG Weert website (kwaliteitsprestaties conform NVZ Kwaliteitsvenster).

3.2 Belangrijke resultaten uit sectoren

Aanvullend aan deze prioriteiten hebben in het verslagjaar de volgende vermeldenswaardige ontwikkelingen plaatsgevonden:

Oncologie

In 2017 heeft de oncologiebeleidscommissie onder leiding van een dual leiderschap (internist-oncoloog en manager oncologie) de verschillende tumorgroepen operationeel en voldoen hiermee aan de SONCOS-normering landelijk. SJG Weert is partner van het Oncologisch Netwerk Zuidoost Nederland (OncoZON) en participeert daarmee in onderdelen wat betreft gegevensuitwisseling middels XDS tijdens multidisciplinaire overleggen (MDO's) en tumorspecifieke overlegsituaties in het belang van onze patiënten. Tevens maakt onze internist-oncoloog deel uit van het dagelijks bestuur OncoZON. Casemanagers en verpleegkundig specialisten zijn actief binnen de oncologie en dragen bij aan een verdere verbetering van de interne en externe patiëntprocessen. Ook de opleiding van oncologieverpleegkundigen heeft onze aandacht om voor zowel beschouwende alsmede snijdende afdelingen 24 uur per dag voldoende expertise aanwezig te hebben.

Informatie en Automatisering

Vanuit het aandachtsgebied Informatie en Automatisering zijn de volgende resultaten geboekt:

- Informatiebeleid opgesteld;
- Veilig mailen op basis van Zivver ingevoerd;
- Aansluiting op cloudplatform Azure van Microsoft voor het gebruik van PowerBI en Office 365;
- Implementatie Power BI;
- Inrichting CAB voor EPD;
- Voorbereiding migratie naar de Standaard Content en de update naar HiX 6.1 (livegang januari 2018);
- Onderzoek en voorbereidingen voor gehele netwerkvervangingen, beoogde uitvoering 2018;
- Eerste aanzet uitwerking beeldstrategie;
- Voorbereiding Patiëntenportaal, beoogde invoering 2018.

Informatiebeveiliging

Het verslagjaar 2017 heeft met betrekking tot informatiebeveiliging in het teken gestaan wijzigingen in wetgeving en normen, waaronder:

- **AVG**
Vanaf mei 2018 wordt de Algemene verordening gegevensbescherming van kracht. Dit is de Europese privacy wet die de WBP vervangt. SJG Weert is vergoederd met de implementatie van deze wetgeving. Het restant richt zich voor het grootste deel in het opzetten van het verwerkingenregister, het completeren van verwerkersovereenkomsten met onze partners en het uitvoeren privacy impact assessments op deze verwerkingen.
- **NEN7510**
In december 2017 is een nieuwe versie van de NEN7510 van kracht gegaan. Aanpassingen als gevolg van deze nieuwe versie worden in 2018 geïmplementeerd.

Mediweert

De focus van Mediweert is het afgelopen jaar steeds meer op het Sport Medisch Adviescentrum (SMA) komen te liggen. De officiële erkenning van de sportartsen als medisch specialist, het kunnen declareren van consulten volgens DBC structuur en gebruik van Zorgdomein, hebben naast de reeds bestaande korte wachttijden en ruime flexibele spreekuurtijden bijgedragen aan een verder groeiend aantal verrichtingen voor sportmedische consulten door de sportartsen. Ook het aantal verrichte preventief sportmedische onderzoeken blijft groeien. Eén dag per week houdt een van de sportartsen ergometrie spreekuur bij Diagnostiek voor U.

Als preferred sportmedisch partner van een tweetal Regionale Trainings Centra in Weert, is SMA Mediweert zijn multidisciplinaire dienstverlening blijven professionaliseren mede door het houden van periodieke MDO's en inzet van online screeningstool en platform SpartaNova om de sporttalenten te screenen en te monitoren. Met een buitenpoli op Sportpark St. Theunis, samenwerking met verschillende sportverenigingen en mede-organiseren van de Mediweert Singelloop blijft SMA Mediweert zich ook inzetten op sportmedische dienstverlening in een meer sportieve en informele omgeving buiten het ziekenhuis en dichtbij de sporter zelf. Naast het Sportmedisch Adviescentrum is Mediweert lactatiekundige zorg blijven aanbieden.

3.3 Rijksinspecties

Inzake overheidstoezicht werd SJG Weert in het verslagjaar 2017 in uiteenlopende dossiers onderworpen aan monitoring door diverse rijksinspecties. Meer concreet betroffen dit de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming. Actieve monitoring – waaronder (on)aangekondigde inspecties – betrof de volgende dossiers:

- Thematisch Toezicht Infectiepreventie (TIP 3);
- Convenant Veilige Toepassing Medische Technologie;
- Leidraad Kritieke Bevindingen (radiologie);
- Jaargesprek.

Alle inspecties zijn naar tevredenheid verlopen en de verbeteringsuggesties/-maatregelen van de inspecties zijn voortvarend opgepakt.

3.4 Kwaliteit en Veiligheid

3.4.1 NIAZ accreditatie en VMS certificatie

In januari 2016 heeft een auditteam van NIAZ in SJG Weert een initiële audit uitgevoerd volgens de NIAZ 3.0 norm. Op basis van dit profiel is SJG Weert aan de hand van traceraudits volledig onder de loep genomen door het NIAZ auditteam. Op basis van traceraudits zijn de processen getoetst aan de hand van de gouden norm en alle Vereiste Instellingen Richtlijnen. SJG Weert heeft voldaan aan de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0 en daarmee blijkt gegeven de organisatie zo te hebben ingericht dat derden zoals patiënten, samenwerkingspartners en verzekeraars erop kunnen vertrouwen dat de zorg op een adequaat niveau van kwaliteit wordt geboden. Daarmee is tevens de veiligheid van patiënten en medewerkers geborgd. Voor SJG Weert betreft het de derde accreditatie die loopt van april 2016 tot april 2020.

3.4.2 Interne audits

SJG Weert is in 2017 overgestapt van afdelingsgebonden audits naar afdelingsoverstijgende tracer-auditdagen. Per jaar worden drie auditdagen gepland, verspreid over het jaar. Op die dagen gaan 2 of 3

auditteams op één dag de organisatie in om 2 of 3 traceraudits uit te voeren. De onderwerpen die ge-audit worden lopen uiteen en gaan over een ziekteproces of een systeemaudit. Hiervoor worden opgeleide auditoren (medewerkers en medisch specialisten) ingezet. Aan de hand van auditrapportages worden verbeter-/actieplannen opgesteld en uitgevoerd door de verantwoordelijk leidinggevende. Signalering en invoering van verbetermaatregelen zijn hierdoor structureel geborgd. Naast de organisatiebrede NIAZ audit in 2016 zijn 2 proces traceraudits uitgevoerd die behoren bij aanschaf van apparatuur en steriele medische hulpmiddelen. Het operatiecentrum en de SEH worden op deze manier jaarlijks getoetst. Aanvullend hierop participeert SJG Weert in regionale audits van OK's waarbij de ziekenhuizen uit de provincie Limburg periodiek een audit uitvoeren bij elkaars OK.

Hygiëne rondes

In 2017 zijn in totaal 11 hygiënerondes uitgevoerd waarbij op basis van de WIP-richtlijnen en richtlijnen Steriele Medische Hulpmiddelen een groot aantal afdelingen is geaudit. De follow up van de bevindingen van zowel de interne audit als de hygiëneronde is in handen van de betreffende teamleider/afdelingsmanager.

Veiligheidsronde

In 2017 heeft 1 veiligheidsronde plaats gevonden waaraan de directie heeft deelgenomen. Tijdens de reguliere audits en hygiëne audits worden systematisch ook veiligheid issues meegenomen.

3.4.3 Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI)

De prospectieve risico inventarisatie (PRI) wordt uitgevoerd op basis van de methode HFMEA light. De uitdagingen ten aanzien van het uitvoeren van een PRI volgens de HFMEA methodiek zijn in kaart gebracht. Onder andere op het gebied van het initiëren ervan, verantwoordelijkheden en uniformiteit in de werkwijze. Het proces van een PRI is aangepast door het eerste gedeelte digitaal te laten verlopen. De uitvoering van een PRI is daardoor aanzienlijk verkort (de kritische processtappen worden alleen met de betrokkenen besproken) en verbeterpunten geïnitieerd. Deze verbeterpunten worden toegewezen aan een persoon en deadline vastgesteld.

3.4.4 Retrospectieve Risico Inventarisatie

In kader van het voldoen aan de NTA normen voor patiëntveiligheid heeft SJG Weert extra aandacht geschonken aan de retrospectieve risico analyse. Hiervoor wordt Triasweb - het digitale meldsysteem voor incidenten – als tool gebruikt. Decentrale VIM (Veilig Incident Melden) commissies zijn geïnstalleerd op de afdelingen en zijn deze decentrale VIM commissies getraind. De doelstelling van deze commissies is om te beoordelen of processen verbeterd kunnen worden en herhaling van incidenten in de toekomst voorkomen. De verbeterpunten worden in werkoverleggen aan het team voorgelegd en gekeken naar verbeterpotentieel. De managers bedrijfsvoering ontvangen een kwartaalrapportage met meldingen binnen hun sectoren. De directie ontvangt een jaarrapportage Triasweb.

SJG Weert heeft een Patiënt Safety commissie bestaande uit medisch specialisten en verpleegkundigen, die alle dossiers van overleden patiënten analyseert en bekijkt of er aanwijzingen zijn voor onbedoelde gebeurtenissen in het uitgevoerde zorgproces. Dit gebeurt conform de landelijke systematiek van het Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (EMGO/NIVEL). De commissie wordt voorgezeten door de voorzitter van de VMS en ondersteund door de afdeling Kwaliteit & Veiligheid. De commissie rapporteert haar bevindingen aan de directie. Buiten de rapportage aan de directie worden opvallende zaken vanuit de optiek van het leereffect besproken binnen de VMS.

Jaarlijks wordt structureel onderzoek naar 'rechtmatigheid dossierinzage' uitgevoerd. Doel van deze werkgroep om steekproefsgewijs te kijken of medewerkers die geen behandelrelatie hebben met de patiënt onrechtmatig in het dossier hebben gekeken. Hiervoor wordt een aselechte steekproef genomen van patiënten in een bepaalde periode en uit diverse disciplines. De werkgroep bestaat uit één medisch specialist, medewerker Kwaliteit & Veiligheid en een projectmedewerker ICT. De bevindingen

worden gerapporteerd aan de betreffende manager bedrijfsvoering die verantwoordelijk is voor de afhandeling ervan.

3.4.5 Prestatie-indicatoren

SJG Weert gebruikt prestatie-indicatoren en andere kwaliteitsinformatie als stuurinstrumenten. Voor elke prestatie-indicator is een proceseigenaar aangesteld. In de meeste gevallen betreft het een medisch specialist. Jaarlijks wordt in februari/maart het jaarresultaat van de indicator besproken met de proceseigenaar. Hierbij wordt een analyse gedaan op de afwijkingen en wordt gekeken waar de verbeterpunten liggen.

Het merendeel van de indicatoren wordt halfjaarlijks opgeleverd om in kaart te brengen of de prestatie volgens verwachting is en om eventuele effecten van verbetermaatregelen zichtbaar te maken.

Opvallende of onverwachte resultaten worden besproken met de manager bedrijfsvoering. Indien nodig wordt deze tussentijdse oplevering per indicator frequenter ingepland.

Naast de proceseigenaar zijn er procesverantwoordelijken (veelal teamleiders of vakgroepvoorzitters). Zij kunnen de prestatie van een groot aantal indicatoren volgen via het dashboard kwaliteit, waar zij inzage hebben in de real-time prestatie. Hierin is zichtbaar tot op patiëntniveau waar de processen niet zijn gelopen zoals afgesproken. Dit maakt direct herstel op patiëntniveau mogelijk, maar ook bijsturing op procesniveau. In algemene zin vertonen de prestatie-indicatoren een positieve en stabiele uitkomst (met name het operatief proces, verpleegkundige zorg en kwetsbare groepen tonen zeer goede resultaten).

3.4.6 Kwaliteitscertificaten, kwaliteitslabels en accreditatie

SJG Weert heeft in 2017 de volgende certificaten in bezit:

- NIAZ/Qmentum accreditatie;
- VMS certificaat;
- Afdeling Medische Microbiologie & Ziekenhuishygiëne Raad voor Acreditatie;
- Roze lintje (borstkankerzorg);
- Spataderkeurmerk;
- Stomazorgwijzer;
- Vaatkeurmerk (Hart- en Vaatgroep);
- Baby Friendly Hospital;
- Smiley (Vereniging Kind en Ziekenhuis);
- Senior vriendelijk ziekenhuis 2017;
- Kwaliteitszegel dermatologie;
- NVOI Nederlandse Vereniging voor Orale Implantaten;
- Pluscertificaat van Achmea voor 'Ouderenzorg';
- Voor Mediweert:
 - o FSMI Federatie sportmedische instelling;
 - o Supply-partner Topsport Limburg.

3.4.7 Klanttevredensheidsonderzoek

De tevredenheid van onze klanten is in het verslagjaar op diverse manieren onder meer als volgt gemeten:

- De SEH neemt deel aan landelijke onderzoek van het Julius Centrum Utrecht naar de klanttevredenheid;
- Op de buitenpoli in Budel wordt klanttevredenheid structureel gemeten;
- SJG Weert participeert in de CQ Borstkankermonitor;
- Op de afdeling Special Care wordt een patiënt-familie klanttevredenheid vragenlijst uitgereikt;
- Door de gehele organisatie wordt actief gewezen op Zorgkaart Nederland:
 - o bij alle poliklinieken na 1^e bezoek,
 - o bij bezoek SEH (zonder opname),
 - o bij ontslaggesprek.

SJG Weert wijst alle patiënten actief op de mogelijkheid om via Zorgkaart Nederland waardering over het ziekenhuis te melden. Iedere melding wordt via een e-mail alert anoniem aan SJG Weert gerapporteerd. Bij een melding waarbij de patiënt aangeeft niet tevreden te zijn, wordt door het ziekenhuis een reactie geplaatst met het verzoek contact op te nemen met de Klachtenfunctionaris. Uit de beschikbare data van Zorgkaart Nederland wordt door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid een analyse gemaakt. Deze rapportage wordt aangeboden aan directie en medisch stafbestuur en verder verspreid in de organisatie.

Spiegelgesprekken worden gevoerd in het kader van patiëntenparticipatie. Per jaar worden hiervoor ex-patiënten uitgenodigd om in een gesprek hun ervaringen te delen met de zorgverleners. Tijdens deze gesprekken wordt als het ware een spiegel voorgehouden aan de zorgverleners door de verhalen van patiënten waarin veel positieve punten naar voren komen. Maar er wordt ook ingezoomd op de kritische opmerkingen. Zowel de positieve bevindingen als de kritische opmerkingen geven de zorgverleners een blik op de beleving van de patiënt tijdens een opname.

3.4.8 Sterftecijfer

De HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio) zet de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken wordt verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte. SJG Weert heeft net als alle andere ziekenhuizen in 2017 het definitieve sterftecijfer van 2016 ontvangen via Dutch Hospital Data (DHD). Dit cijfer was sterk verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren en de kwaliteit van de dataregistratie is nu op alle punten goed. De HSMR van SJG Weert over 2016 wijkt niet significant af van het landelijk gemiddelde.

3.4.9 iDocument

Na 3 jaar het documentbeheersysteem iProva te hebben gebruikt is SJG Weert overgestapt naar iPortal 5.0 van Infoland. Het niet meer ondersteunen van de gebruikte versie 4.8 van iDocument door de leverancier is aanleiding geweest om over te stappen naar de versie 5 en hoger. De snelle doorontwikkeling van dergelijke tools dwingt de organisatie om eerder over te stappen naar een nieuwe versie. Doelstelling is het systeem dusdanig in te richten dat de zoekfunctie sterk zou verbeteren en het gebruik van het documentbeheer verhoogd zou worden. Hiermee komen protocollen, processchema's en zorgpaden sneller beschikbaar voor gebruikers.

3.4.10 Integraal crisisplan

Het integraal crisisplan van SJG Weert is een overkoepelend, beknopt plan waarin een basiswerkwijze staat beschreven bij crisissituaties. Het integraal crisisplan verbindt en beschrijft de bestaande plannen in zowel op als afschaling.

In het verslagjaar 2017 zijn een drietal gezamenlijke OT/BT oefeningen gehouden, 1 ROP oefening, 1 CBRN instructie op de SEH en 1 training basisbegrippen crisisbeheersing ketenpartners.

8 personen uit de organisatie zijn in 2017 opgeleid als omgevingsanalist, 1 persoon als hoofd taakorganisatie communicatie, 1 persoon als crisisteamondersteuner en 1 persoon als Pers- en Publieksvoorlichters / Web redacteurs. De crisiscoördinator bezoekt maandelijks het kennisplatform crisiscoördinatoren Limburg breed. Dit platform wordt geïnitieerd door OTO Limburg.

In 2017 werden, met uitzondering van de vakantiemaanden juli en augustus, maandelijks 2 trainingen Brand, Communicatie en Ontruiming gegeven voor alle bedrijfshulpverleners. Er zijn 2 onaangekondigde ontruimingsoefeningen gehouden.

Voor het overig personeel zijn in totaal 10 trainingen kleine blusmiddelen gegeven. Alle personeelsleden zijn verplicht deze training 1 maal per 4 jaar te volgen.

In de maand mei is het OK personeel getraind voor specifieke bedrijfshulpverlenerstaken op de OK. Aansluitend zijn daarop een 8 tal ontruimingsoefeningen gehouden op de OK.

3.4.11 Calamiteiten patiëntenzorg

Voor de melding en onderzoek naar (mogelijke) calamiteiten beschikt SJG Weert over een werkwijze die voorziet in gedegen intern onderzoek en open communicatie met betreffende patiënt alsmede Inspectie. Hiermee volgt SJG Weert de wettelijke kaders. De werkwijze is bovenal gericht op een zo groot mogelijk leereffect en daarmee op vermijdbaarheid van herhaling in de toekomst.

Procedure

Een calamiteit wordt in de Wet Kwaliteit, Klachten, Geschillen Zorg omschreven als een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid. Indien sprake is van een (mogelijke) calamiteit dient de professional deze terstond aan de Raad van Bestuur te melden. Indien bij aanvang duidelijk is dat sprake is van een calamiteit wordt deze binnen de daarvoor geldende termijn van 3 werkdagen aan de Inspectie gemeld. Wanneer na 6 weken nog twijfel bestaat of er sprake is van een calamiteit (het kan bijvoorbeeld een complicatie betreffen) dan wordt ook melding gedaan aan de Inspectie. Ingeval melding aan de Inspectie plaatsvindt informeren we de patiënt (of diens nabestaanden) hier altijd over, nodigen we hem/haar uit voor een gesprek met de onderzoekscommissie en wijzen we op de mogelijkheden voor klachtbehandeling.

Betrokkenheid patiënt en professional

Naast het feit dat de behandelend arts eveneens contact onderhoudt met patiënt of diens nabestaande, zijn alle patiënten van de in 2017 aan de inspectie gemelde casus uitgenodigd om hun visie te geven ten behoeve van het interne onderzoek. In 2017 hebben alle patiënten met uitzondering van één, daarvan gebruik gemaakt. Na afronding van het interne onderzoek is hierover gerapporteerd aan de Inspectie. Alle patiënten zijn hierover geïnformeerd en opnieuw uitgenodigd voor een gesprek met de Raad van Bestuur en – indien gewenst – de betrokken professionals. In twee gevallen is van deze uitnodiging gebruik gemaakt. De ervaring is dat deze contacten met patiënten (of diens nabestaanden) zeer waardevol zijn, zowel voor de patiënt als voor het ziekenhuis. Daarnaast is er ook aandacht voor de zogenaamde ‘second victims’ (de betrokken hulpverleners) omdat bekend is dat de impact van calamiteiten ook op hulpverleners in potentie groot is.

Methode onderzoek en follow up

Interne calamiteitenonderzoek vindt plaats aan de hand van de PRISMA methode en is gericht op het achterhalen van basisoorzaken van de zogenaamde topgebeurtenis (bijvoorbeeld wat ligt in de basis ten grondslag aan de uiteindelijke vertraging van diagnostiek). Aan deze basisoorzaken worden waar mogelijk verbetermaatregelen gekoppeld die erop gericht zijn om het risico te reduceren dat eenzelfde gebeurtenis zich nogmaals voordoet. De Raad van Bestuur legt deze maatregelen op en ziet actief toe op implementatie ervan. Verbetermaatregelen die de volledige Vereniging Medische Staf betreffen worden onder regie van het stafbestuur geïmplementeerd waarbij veelal gebruik wordt gemaakt van de Medical Auditbijeenkomsten waar deze met de voltallige medische staf worden besproken.

Aantal onderzoeken (mogelijke) calamiteiten

In verslagjaar 2017 hebben 6 calamiteitenmeldingen plaatsgevonden aan de Inspectie. Daarvan bleken er 3 als calamiteit door de Inspectie te zijn geclassificeerd. Van één melding kon door ziekenhuis noch Inspectie vastgesteld worden of sprake was van een calamiteit. Aanvullend op deze aan de Inspectie gemelde casus heeft intern onderzoek plaatsgevonden naar 22 gebeurtenissen die niet onder de wettelijke omschrijving van calamiteit vielen (en derhalve niet gemeld) maar waar wel verbetermaatregelen uit zijn voortgevloeid.

Basisoorzaken en verbetermaatregelen

Hoewel er in 2017 geen groot aantal calamiteiten zijn voorgevallen, zijn basisoorzaken terug te voeren op organisatorische en menselijke oorzaken. Voorbeelden daarvan zijn de keuze voor het type aanvullende diagnostiek, regievoering, dossievoering en beoordeling van diagnostiek.

Voortvloeiend uit de aan Inspectie gemelde casus, zijn er in totaal 27 verbetermaatregelen door de Raad van Bestuur opgelegd. Deze maatregelen zijn onder meer gericht op verbetering van dossievoering en differentiaal diagnostiek, op extra scholing van arts-assistenten, betere medicatieverificatie en diagnostisch onderzoek of de ontwikkeling van een zorgpad voor een specifieke aandoening. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van het instrument van de medical audit waarmee in een bepaald verband (bijvoorbeeld de Vereniging Medische Staf of een verpleegafdeling) casuïstiek wordt besproken binnen met het oogpunt daarvan te leren.

Ook de overige interne onderzoeken die niet aan de Inspectie hoeven te worden gemeld maar wel intern worden onderzocht leiden tot verbetermaatregelen.

Omwille van de privacy waarbij informatie niet herleidbaar mag zijn tot concrete casuïstiek en personen, is bovenstaande beschrijving in meer algemene termen geformuleerd dan in de onderzoeken en daaruit voortvloeiende verbetermaatregelen uiteraard het geval is.

3.5 Communicatie en patiëntenvoorlichting

Middelen

- Interne communicatie (regulier):
Het personeelsblad Impuls kwam afgelopen jaar - net als in 2016 - 4 keer uit. De interne nieuwsbrief Info Intern is 55 keer verschenen.
- Externe communicatie (regulier):
De Gezondheidskrant is 3 keer verschenen. Het Specialist-Huisarts Bulletin is in totaal 6 keer verspreid onder medisch specialisten en eerstelijnszorgaanbieders. De advertentiepagina's zijn verder afgebouwd, waardoor er budget vrij is gekomen om 6 professionele filmpjes te maken. Ook zijn 4 advertentiepagina's geplaatst in Weert Magazine. In de folderlijn zijn 57 nieuwe folders gemaakt en 135 folders aangepast. Er zijn 8 folders vervallen. In totaal zijn bijna 7.000 folders extern besteld.
- Social media:

		2017	2016	2015	2014	2013
Facebook	Aantal berichten	123	120	145	158	195
	Volgers op 31 december	2307	1999	1562	907	557
	Elk bericht gemiddeld gezien door unieke personen	3303	3516	2575	1072	580
	Elk bericht gemiddeld weergegeven	6332	6553	4673	2483	1563
	Elk bericht gemiddeld 'geliked'	56	63	45	38	28
	Reacties op berichten (totaal)	765	597	657	600	700
Twitter	Aantal tweets	100	75	194	101	139
	Volgers op 31 december	790	743	628	512	366
	Gemiddeld aantal weergaven per bericht	879	840	297	-	-
YouTube	Filmpjes geplaatst	17	6	18	12	-

- Informatiebijeenkomsten:
In 2017 zijn 31 reguliere informatiebijeenkomsten georganiseerd waarvan 10 in samenwerking met andere organisaties zoals Longfonds of Hoormij. Ruim 1500 bezoekers bezochten deze bijeenkomsten. Dit is exclusief de bezoekers van de bijeenkomsten van het Longfonds. Naast de bijeenkomsten zijn er ook 9 rondleidingen georganiseerd voor groepen basisschoolleerlingen (20-30 kinderen per groep). De leskist voor scholen is 6 keer uitgeleend.
- Website:
Op de website zijn de zorgpaden verder uitgebouwd. Dit blijkt echter een arbeidsintensief traject te zijn dat in 2018 goed geëvalueerd moet worden.
- Open dag:
Kijken, doen, beleven: dat stond op zaterdag 17 juni in SJG Weert centraal tijdens de open dag. Ruim 400 bezoekers namen een kijkje achter de schermen. Favoriet was het OK-centrum waar demonstraties m.b.v. dottersimulator plaatsvonden naast uitleg en demo over vaatonderzoek. De afdelingen VMK, medische beeldvorming, diëtetiek, de huiskamer voor ouderen en dagbehandeling oncologie gaven acte de présence. Ook bij de vakgroepen neurologie en plastische chirurgie konden bezoekers terecht voor respectievelijk een demonstratie EMG onderzoek en uitleg over carpaal tunnel syndroom alsook een mini-consult bij plastische chirurgie. De Cliëntenraad ging in gesprek met bezoekers over hun ervaringen en wensen met betrekking tot de zorg in SJG Weert. Een dag die door de enthousiaste inzet van professionals een succes werd.

Projecten

Belangrijke communicatieprojecten in 2017 betroffen:

- Dag van de verpleging;

- Medewerkerstevredenheidsonderzoek;
- Continu Verbeteren;
- Griepvaccinatie campagne;
- Opnames documentaire Ode aan de nachtzuster;
- HiX 6.1, Zivver, informatiebeveiliging;
- Samen Beslissen;
- Niaz-prijsvraag;
- Duurzame inzetbaarheid;
- Interne campagne rondom ziekenhuis hygiëne en aanspreekcultuur;
- Wervingscampagne Loyalis;
- Beter Dichtbij App;
- Introductie HiX Nutrition;
- Communicatie verbouwingen;
- Introductie recruitmenttool;
- Communicatie aangepaste bezoektijden;
- Communicatie diverse keurmerken zoals het Roze Lintje, Senior-vriendelijk ziekenhuis en het vaatkeurmerk;
- Week van de valpreventie;
- Richtlijn beeld- en geluidopnames;
- Nieuwe roosteren;
- Communicatie nazorgpoli;
- Week van de reflectie;
- Spoedpost Weert.

4. Personeel en Opleidingen

4.1 Sociaal en personeelsbeleid

Doelen van het sociaal en personeelsbeleid van SJG Weert in relatie tot de strategie van ziekenhuis is:

- Kweken van commitment bij personeel inzake de strategie en de ondersteuning bij de uitvoering ervan;
- Realiseren van loopbaanontwikkeling voor medewerkers;
- Binnenhalen, binden en boeien van expertise en menselijk talent in relatie tot de kennis- en activiteitengebieden die voor de strategie van belang zijn;
- Gericht ontwikkelen van gedrag in relatie tot cultuurveranderingen die met de uitvoering van de strategie gepaard gaan;
- Zorgen voor de aanwezigheid van de juiste systemen en procedures om het bovenstaande te ondersteunen.

Medewerkers zijn voor SJG Weert de spil van de organisatie en de belangrijkste schakel naar onze klanten/patiënten. Dat impliceert dat het van groot belang is dat onze medewerkers goed opgeleid zijn voor het verrichten van hun taak, dat ze goed functioneren in hun functie – anders gezegd, taakvolwassen functioneren, dat ze plezier in hun werk hebben en dat ze zich kunnen ontwikkelen. Mensen aanspreken op hun verantwoordelijkheid is de sleutel tot ontwikkeling en voortdurende optimalisering – een voortdurende 'drive' tot verbetering.

Enkele belangrijke ontwikkelingen die betrekking hebben op deze doelstellingen worden hiernavolgend beschreven.

4.1.1 Verzuim

De ziekteverzuimpercentages van SJG Weert worden onderverdeeld in twee organisatie-eenheden zorg en algemeen. In het vorig jaarverslag werd over deze eenheden separaat het ziekteverzuim weergegeven. Met ingang van dit jaarverslag wordt nog maar één verzuimcijfer gerapporteerd, namelijk het verzuimcijfer voor de gehele organisatie.

Over 2017 was het verzuim (exclusief zwangerschap) 5,91% en het aantal fte's was 658 fte.

Het lijkt er op dat het verzuim de afgelopen jaren langzaam toeneemt. Daarom zijn in voorgaande jaren tal van maatregelen genomen. Te denken valt aan maatregelen op het gebied van ondersteuning voor leidinggevenden, zoals trainingen en sociaal medische overleggen. Met daarnaast uiteraard aandacht voor werkdruk, arbeidsomstandigheden, ergonomie, risico inventarisatie en frequent verzuim aanpak. Ondanks deze aandacht is het verzuim in 2017 toch weer iets opgelopen. Met name het aandeel van langdurig arbeidsongeschikten is toegenomen. Van 0,27% in 2016 naar 0,79% in 2017. Aandacht voor de verzuimproblematiek is en blijft belangrijk.

4.1.2 Arbo – duurzame inzetbaarheid

Verzuim is en blijft belangrijk werd in de vorige paragraaf gesteld. Toch is het belangrijk verder te kijken dan alleen verzuim. Leeftijd is ook een belangrijke variabele.

	2016	2016	2017	2017
1 t/m 24	41	4,5%	49	5,3%
25 t/m 34	140	15,2%	139	15,1%
35 t/m 44	202	22,0%	191	20,8%
45 t/m 54	294	32,0%	290	31,6%
55 t/m 59	154	16,8%	147	16,0%
60 t/m 64	84	9,1%	96	10,4%
65 en ouder	4	0,4%	7	0,8%
Totaal	919	100%	919	100%

Bron: Pfwz; profielkaart werkgever

Doordat de formatie de komende jaren niet zal groeien en medewerkers langer zullen blijven doorwerken dan vroeger, zal de gemiddelde leeftijd verder toenemen. Is dit erg? Het is in elk geval een gegeven waar SJG niet omheen kan. Mogelijke gevolgen hiervan zijn: een kennislek als grote

groepen mensen tegelijk gaan uitstromen, meer uitval vanwege fysieke ongemakken, bezettingsproblematiek. Alle reden dus om gericht aandacht te besteden aan de duurzame inzetbaarheid van de medewerkers van SJG Weert. Hebben we het hier dan over ouderenbeleid? Nee, vitaliteit, blijven ontwikkelen en wendbaar blijven is voor alle medewerkers, jong en oud, van belang. Concentratie van beleid op de oudere categorie medewerkers zal ertoe leiden dat dezelfde problematiek zich blijft voordoen. Verbreding van het denkraam naar duurzame inzetbaarheid is aan de orde.

Preventie is minstens net zo belangrijk. Dat roept de vraag op hoe dat aan te pakken. Een arbobeleid dat op de organisatie is afgestemd en voldoet aan de wettelijke normen is hierin instrumenteel. Het arbo beleid is gericht op verzuimdoelstellingen, preventie en re-integratiemaatregelen. Een belangrijk onderdeel van preventie is het beleid ten aanzien van duurzame inzetbaarheid. Waarom? Er zijn een aantal duidelijke ontwikkelingen waar te nemen. De kwalificatie-eisen aan het personeel in de zorg nemen toe. De te leveren zorg wordt immers complexer door de dubbele vergrijzing van de bevolking (relatief meer ouderen die ook langer leven), de toenemende culturele diversiteit en het toenemend aantal mensen met chronische aandoeningen. Zorgverzekeraars stellen in steeds meer gevallen ook hogere eisen aan de inzet van personeel, met name op HBO niveau. In de zorg wordt steeds meer technologie toegepast. Het gebruik van (nieuwe) technologie stelt ook hogere eisen aan de opleiding en competenties van medewerkers. Medewerkers moeten met de technologie kunnen omgaan en moeten voortdurend bijgeschoold worden in de laatste ontwikkelingen. Ontwikkelingen in de technologie hebben ook impact op de ziekenhuislogistiek, minder noodzaak tot polikliniekbezoeken, minder invasieve chirurgische ingrepen en het veiligheidsbewustzijn. Deze ontwikkelingen stellen ook eisen aan de competenties die behoren tot de zogenaamde 'soft skills' van personeel in termen van attitude, communicatie en samenwerking. Daarnaast is duidelijk dat SJG Weert vergrijst. Er is tegen deze achtergrond een duidelijke aanleiding voor de organisatie aan *duurzame* inzetbaarheid te werken. Duurzame inzetbaarheid gaat in essentie om de continue aansluiting tussen wat de medewerker professioneel kan en wil en wat de werkgever aan werk vraagt en biedt. Anders gezegd, de medewerker is in elke levensfase goed inzetbaar voor het werk, is gezond en blijft dat. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten. Duurzame inzetbaarheid gaat in essentie om de continue aansluiting tussen wat de medewerker professioneel kan en wil en wat de werkgever aan werk vraagt en biedt. Nu en in de toekomst. Duurzame inzetbaarheid draait om inzetbaarheid van de medewerker, nu en in de toekomst.

Hoe wil SJG Weert dat vervolgens vorm en inhoud geven? *Directie en management streven er naar iedere medewerker – ongeacht zijn of haar leeftijd of functie – binnen de doelstellingen van de organisatie gezond en productief te laten werken.* Een ambitieuze doelstelling. Belangrijk is daarom voor een realistische aanpak te kiezen. Dat betekent: klein beginnen, zorgen dat we zaken realiseren en borgen. Daarna pas het vervolg oppakken. Gedoseerd en gefaseerd. Een passend verwachtingenmanagement hoort hier bij in de vorm van een jaarplan.

4.1.3 Generatiebeleid

De cao-afspraken omtrent Generatiebeleid betreffen bandbreedte afspraken. Dit houdt in dat sociale partners in de cao een kader geschapen hebben waarbinnen eventuele toepassing van Generatiebeleid vorm kan krijgen. In terminologie moet daarom onderscheid gemaakt worden tussen een visie op Generatiebeleid, een regeling Generatiebeleid en eventuele varianten van de regeling Generatiebeleid (maatwerk).

Cao-partijen beogen met Generatiebeleid duurzame inzetbaarheid van werknemers binnen de Ziekenhuizen branche te stimuleren en oudere werknemers op een gezonde wijze de AOW-gerechtigde leeftijd te laten behalen. Generatiebeleid maakt onderdeel uit van een visie op in- en uitstroom van werknemers binnen de organisatie. De cao biedt instellingen daarom de mogelijkheid om op vrijwillige basis een regeling Generatiebeleid in te voeren.

Met de regeling Generatiebeleid wordt bedoeld een invulling van de visie op Generatiebeleid in een regeling binnen de organisatie. Van een instelling mag immers verwacht worden dat deze een visie

heeft (of ontwikkelt) op in- en uitstroom van werknemers binnen de eigen organisatie. Binnen deze visie past een regeling Generatiebeleid. De regeling Generatiebeleid is het instrument dat oudere werknemers de mogelijkheid biedt om op gezonde wijze de AOW-gerechtigde leeftijd te laten bereiken en duurzame inzetbaarheid stimuleert. Maar ook de instroom van nieuwe werknemers mogelijk maakt en de doorstroom van werknemers binnen de organisatie faciliteert. In de regeling Generatiebeleid is het kader opgenomen dat uitgangspunten biedt voor overleg met een werknemer over aanpassing van de arbeidsduur, loonbetaling en pensioenopbouw. Afspraken met een werknemer binnen het kader van de regeling Generatiebeleid (varianten van Generatiebeleid) betreffen maatwerk. In 2017 is er een werkgroep aan de slag geweest met het kader van het Generatiebeleid en heeft een advies begin 2018 aan de directie uitgebracht. Dit advies maakt geen deel uit van dit jaarverslag.

4.1.4. Actuele ontwikkelingen

Visie op roosteren

Naar aanleiding van een initiatiefvoorstel door de OR en het gegeven dat het vigerende dienstroosterpakket Square vervangen moet worden heeft de directie een stuurgroep ‘visie op roosteren’ ingesteld met als opdracht te komen tot een visie op roosteren, een toepasselijk concreet kader en een voorstel tot aanschaf van een nieuw dienstroosterpakket dat aan de eisen voldoet.

In de visie op roosteren komt duidelijk naar voren dat gestreefd wordt naar het vergroten van de betrokkenheid/verbondenheid tussen medewerkers en organisatie. De verwachting van de stuurgroep is dat dit, onder andere, bereikt wordt door medewerkers meer zeggenschap te geven over het opstellen van hun eigen roosters. SJG Weert streeft er naar teams, teamleiding en medewerkers te begeleiden in de organisatieontwikkeling naar het zogeheten ‘mee-roosteren’. De directie heeft dit advies tot ‘mee-roosteren’ overgenomen en vindt het belangrijk dat de individuele medewerker (mede) verantwoordelijk is voor het werk, de werkomgeving en niet in de laatste plaats zijn eigen welbevinden in het werk. Van elke medewerker wordt een eigen bijdrage daarin verwacht. Die eigen bijdrage hangt af van de wijze waarop teams met roostering kunnen en willen omgaan. SJG Weert streeft er naar de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers voor het opstellen van het rooster en het oplossen van eventuele belemmeringen die zich daarin voordoen zoveel mogelijk te bevorderen.

Ten aanzien van de vervanging van het dienstroosterpakket Square is een werkgroep aan de slag gegaan met een programma van eisen, demo’s van verschillende dienstroosterpakketten en referentiebezoeken aan een drietal ziekenhuizen. Op basis hiervan heeft de werkgroep de directie een advies uitgebracht.

4.2 Opleidingen en stages

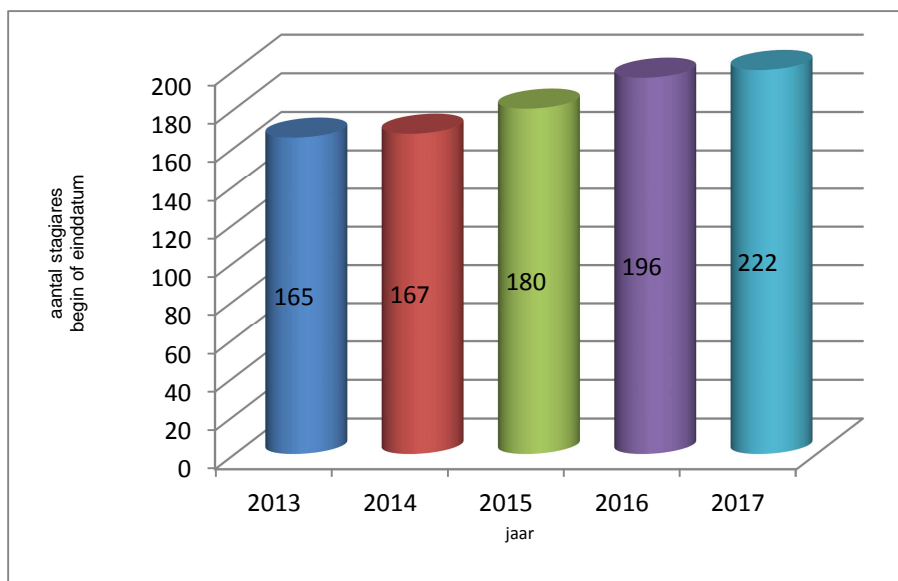
Het opleidingsbeleid is gericht op het faciliteren van opleidingen en stages en het doorontwikkelen en verder professionaliseren van de verschillende professionals.

4.2.1 Strategisch opleidingsplan

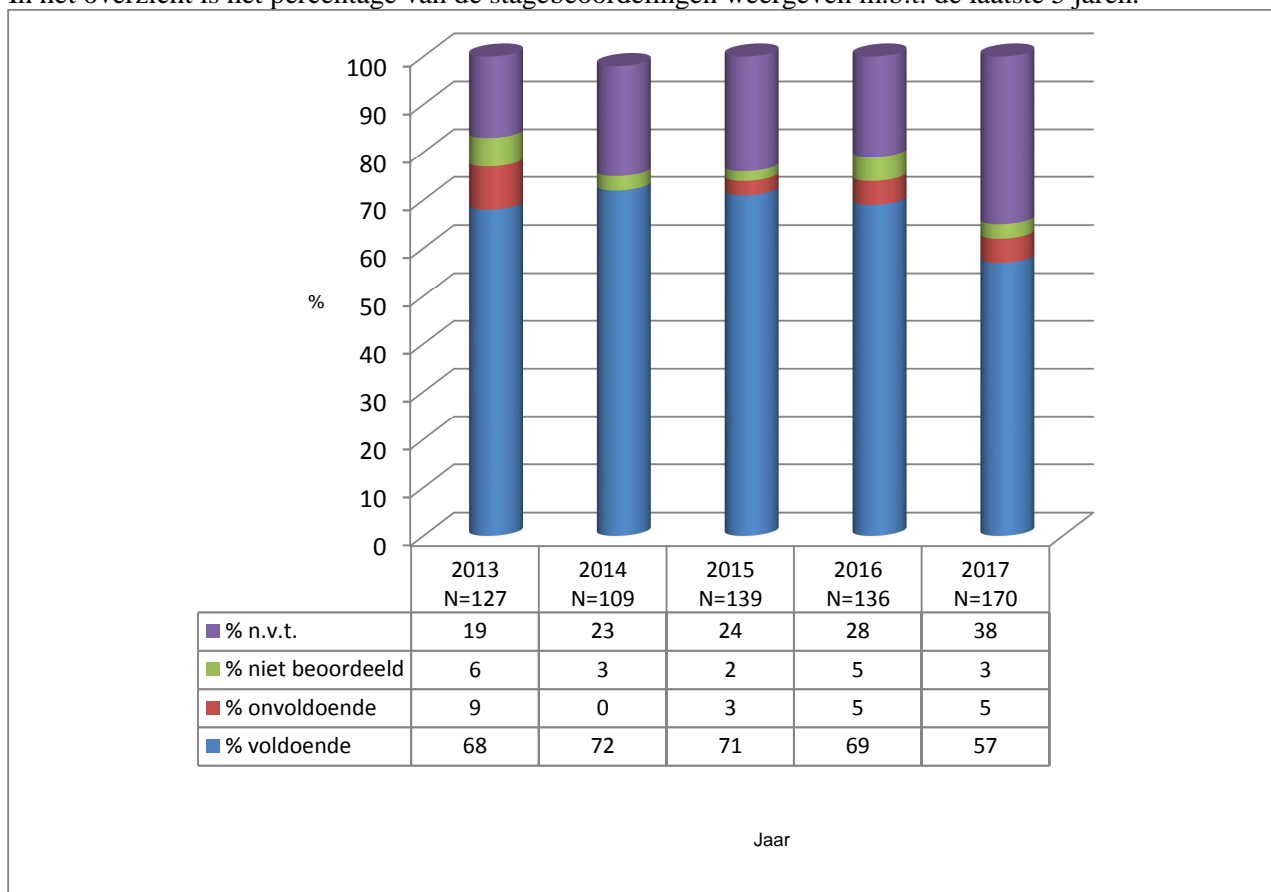
SJG Weert heeft een strategisch opleidingsplan met een looptijd tot en met 2017. Dit plan helpt te bepalen hoe en aan welke doelen opleidingsgeld besteed zal worden. De subsidieregeling Kwaliteitsimpuls voor de ziekenhuizen biedt financiële mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering, verbeteringen van het leerklimaat en het opzetten of uitbreiden van een ondersteunend instrumentarium zoals een leer-managementsysteem (Leerplein). Ook in 2017 is ten aanzien van het strategisch opleidingsplan met name aandacht besteed om te komen tot de gewenste omvang van het personeel naar kwalificatieniveau en kwalificatierichting en is gestart met een groot opleidings- en verandertraject Continu verbeteren.

4.2.2 Stages

Subsidiegelden vanuit het stagefonds (VWS) worden gebruikt om de beroepspraktijkvorming op de afdelingen verder uit te breiden en/of te verbeteren. Jaarlijks worden de stages geëvalueerd. In 2017 hebben in totaal 222 stagiaires in het SJG een stageperiode doorlopen (begin of einddatum stage in selectiejaar). Onderstaand een overzicht van het aantal stagiaires m.b.t. de laatste 5 jaren, geselecteerd op begin of einddatum stage in selectiejaar.



In het overzicht is het percentage van de stagebeoordelingen weergegeven m.b.t. de laatste 5 jaren.



4.2.3 Professionaliseren van de verpleegkundige beroepsgroep

In SJG Weert geldt voor de volgende Verpleegkundige Vervolgopleidingen een landelijke regeling c.q. erkenning:

- intensive care verpleegkundige;
- kinderverpleegkundige;
- obstetrisch verpleegkundige;
- oncologie verpleegkundige;
- spoedeisende hulp verpleegkundige.

4.2.4 Leerplein

Leerplein is een applicatie die door SJG Weert gebruikt wordt als een Leermanagementsysteem. Leerplein heeft tal van online cursussen ontwikkeld dan wel ter beschikking gesteld waardoor de bevoegd- en bekwaamheden van – met name zorgprofessionals - geborgd (kunnen) worden en daarvoor certificaten kunnen behalen. In het verslagjaar zijn 60 manuals beschikbaar in het LMS voor medewerkers.

Dit overzicht geeft een beeld van het aantal modules dat per jaar per organisatiecluster via het Leerplein is gestart/geregistreerd.

Overzicht per cluster	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010 ¹
Behandelcentrum algemeen	4.758	6.146	2.296	1.844	1.449	1.791	362	
Directie algemene zaken	405	439	300	467	325	227	41	
Directie overig	235	494						
Directie zorg	219	182	106	141	116	47	137	
Kliniek	3.011	5.235	2.910	1.839	1.919	2.738	765	
Medisch Ondersteunend alg.	844	1.191	361	442	535	294	-	
Paramedische diensten	-	-	-	-	-	-	13	
Polikliniek / functie afd. alg.	1.147	1.948	626	442	742	705	62	
Raad van toezicht	1.187	1.350	237	261	319	14	-	
RCGGZ	-	12	17	17	3	80	-	
Zonder cluster	163	261	108	146	217	88	41	
totaal	11.969	17.258	6.961	5.599	5.650	5.984	1.421	308

In 2017 zijn er 9.318 certificaten (incl. deelnamebewijs) centraal uitgereikt in het digitale portfolio van de actuele medewerkers. In totaal zijn er nu 40.541 certificaten van de actuele deelnemers opgenomen in het Leerplein (peildatum 10 januari 2018)².

De toename vanaf 2016 is veroorzaakt door met name een stijging van de certificering in het kader van het VTMT. Daarnaast zijn in 2017 de scholingen voor HiX geregistreerd en wordt de procedure met betrekking tot uitblijvende certificering gehanteerd.

¹ In oktober 2010 gestart met pilot op de 3e etage

² In dit aantal zijn niet de certificaten opgenomen die zijn uitgereikt aan deelnemers die inmiddels uit dienst zijn.

5. Financiën

5.1 Algemeen

In 2015 heeft, de integrale bekostiging zijn intrede gedaan. Dat betekent dat er bij de prijsonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen kostendeel ziekenhuis en honorariumcomponent specialisten. Er wordt met de zorgverzekeraars enkel nog onderhandeld over één integraal tarief per zorgproduct/overig product. Vervolgens moeten de ziekenhuizen met de vrijgevestigde medisch specialisten afspraken maken over de omvang van de honorariumvergoeding.

De uitkomsten van het rechtmatigheidsonderzoek Medisch Specialistische Zorg 2016 zijn bekend en dit heeft niet geleid tot een materiële aanpassing van het resultaat 2017. Het rechtmatigheidsonderzoek 2017 is momenteel onderhanden en de verwachte uitkomsten zijn betrokken bij het opstellen van de jaarrekening 2017. Er vinden door het jaar heen uitgebreide controles plaats door de AO/IC functionaris. De definitieve rapportage zal naar verwachting voor 1 juli 2018 plaatsvinden en volgt voor 1 oktober 2018 uitsluitel over dit onderzoek door de zorgverzekeraars.

Ten aanzien van de afwikkeling FB tot en met 2011 kan worden gemeld dat:

- De koepels ZN, NVZ en NFU een convenant hebben gesloten over de afwikkeling hiervan.
- De koepels ZN, NVZ en NFU een Expertcommissie hebben benoemd om de afwikkeling vlot te trekken.
- SJG Weert samen met een aantal andere ziekenhuizen - die in dezelfde situatie verkeren – kenbaar heeft gemaakt dat zij zich niet kunnen vinden in de samenstelling van de Expertcommissie, de opdrachtformulering en de rol die in deze is weggelegd voor de NZA.
- Er geen overeenstemming is bereikt over een eventuele andere samenstelling van de Expertcommissie.
- Gelet op de veelheid van betrokken partijen in dit geschil, tussen welke partijen dezelfde rechtsvraag speelt, hebben partijen uit praktische overwegingen ervoor gekozen procesafspraken te maken en vast te leggen in een vaststellingsovereenkomst.
- Er is een dagvaarding in voorbereiding namens de ziekenhuizen en het besluit om deze in te dienen moet nog genomen worden.

De voorziening die hiervoor was getroffen is grotendeels weg, omdat het bedrag waarover het dispuut loopt door de meeste verzekeraars inmiddels is verrekend met de openstaande vorderingen van SJG Weert. Indien wij uiteindelijk in het gelijk wordt gesteld, zal er nog een bate ten gunste van het resultaat kunnen worden genomen.

5.2 Resultatenrekening

In 2017 is er een Omzet gerealiseerd van € 96,1 mln tegenover € 94,8 mln. in 2016. Als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015 is het honorarium vrijgevestigde specialisten opgenomen in de omzet en apart verantwoord in de resultatenrekening. Gecorrigeerd voor het honorarium aandeel van de vrijgevestigde specialisten bedraagt de omzet 2017 € 83,3 mln. en is er in 2017 een omzettoename van 1,3 % t.o.v. 2016. De stijging is voor een belangrijk deel veroorzaakt door indexatie van de plafonds bij de zorgverzekeraars. De subsidie in het kader van “Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO)” bedraagt in 2017 € 02 mln. zijnde een daling van 34% ten opzichte van 2016. Daarnaast is de premie voor beroepsaansprakelijkheid sinds 2016 fors verlaagd omdat de stop-loss variant verplicht is door onze verzekeraar. Dit betekent ook een lagere doorbelasting aan het MSB.

De Personeelskosten, samengesteld uit Salarissen, Sociale Lasten, Pensioenpremie, Andere Personeelskosten en Personeel Niet In Loondienst, namen per saldo af met 0,3% , € 0,1 mln. van € 43,0 mln. in 2016 tot € 42,8 mln. in 2017. Naastde stijging als gevolg van de reguliere jaarlijkse periodieken is er sprake van een structurele CAO verhoging van 1,75% per 1 juli 2017 en een eenmalige uitkering € 200,- per 1 september 2017. De kosten van personeel niet in loondienst zijn toegenomen met € 0,2 mln. ten opzichte van 2016. Het personeelsbestand bedroeg gemiddeld 673

fte's in 2017 ten opzichte van 667 in 2016. De loonquote bedroeg 51,4%, tegenover 52,5% in 2016. De omzet 2017 en 2016 zijn in deze berekening gecorrigeerd voor het honorarium vrijgevestigde specialisten.

De Overige Bedrijfskosten stegen van € 29,3 mln. in 2016 tot € 29,6 mln. in 2017, ofwel met 0,7% (€ 0,2) mln. De onderhoud - en energiekosten zijn met € 0,9 mln. afgenomen (o.a. nieuwe energiecentrale), de algemene kosten waren in 2017 ca. € 0,7 mln. hoger en de patiëntgebonden kosten € 0,4 mln. hoger ten opzichte van 2016. De patiëntgebonden kosten zijn o.a. toegenomen door de stijging van de kosten van duurzame geneesmiddelen en kosten voor onderzoeken door derden. Beide componenten zijn grotendeels gecompenseerd middels de doorfacturatie naar de zorgverzekeraars. Enkele zorgverzekeraars hanteren nog plafonds m.b.t. de duurzame geneesmiddelen en wij zien dat in toenemende mate de duurzame geneesmiddelen niet meer volledig gedekt worden door de zorgverzekeraars hetgeen ook een landelijk discussiepunt is. De kosten voor huur en leasing zijn vrijwel gelijk gebleven.

De Afschrijvingen bedragen in 2017 € 5,0 mln. en zijn met € 0,5 mln. toegenomen t.o.v. 2016. In 2017 is er vooral geïnvesteerd in installaties ter voorbereiding van de verbouwing van de kliniek. Er hebben in 2017 ook enkele interne verbouwingen plaatsgevonden en is er tenslotte ook aanzienlijke geïnvesteerd in de ICT en medische apparatuur. In de komende jaren verwachten wij een toename in de investeringen, mede in verband met de verbouwing van de kliniek. De Rente lasten en baten waren in 2016 vrijwel gelijk aan 2017. Geschetste ontwikkelingen leidden in 2017 tot een Resultaat van ca. € 5,1 mln., tegenover € 3,2 mln. in 2016.

5.3 Kasstroom

Uit de operationele activiteiten is een positieve liquiditeitsstroom gegenereerd van bijna € 0,8 mln (2016: € 5,4 mln.). In 2017 is op de bestaande langlopende leningen een bedrag van € 2,4 mln. afgelost. Per saldo zijn de liquide middelen met € 5,9 mln. afgenomen. In 2016 waren deze met € 0,7 mln. afgenomen. De afname van de liquide middelen is mede veroorzaakt door een vertraging in de facturatie waardoor de vorderingen aanzienlijk zijn toegenomen en betalingen later zijn ontvangen. De vertraging is overigens ingelopen.

5.4 Balans

Per saldo werd de balans per ultimo jaar met 4,3% verlengd van € 79,3 mln. ultimo 2016 tot € 82,7 mln. ultimo 2017. Deze verlenging is geheel toe te schrijven aan een aanzienlijke toename van de vlottende activa. De current ratio is ultimo 2017 gestegen naar 2,4 ten opzichte van 2,2 ultimo 2016. Na toevoeging van het Resultaat bedraagt het Eigen Vermogen € 34,6 mln. waarmee de solvabiliteit uitkomt op 41,8%. (37,2% in 2016).

5.5 Risicomanagement

Risicobeheersing begint met de onderkenning daarvan. Raad van Bestuur, medische staf, management en medewerkers zijn zich bewust van de aan de bedrijfsvoering, divers van aard, verbonden risico's. Continu wordt gewerkt aan tijdige onderkenning van risico's alsmede aan een beleidsmatige aanpak gericht op risicobeheersing en onderzoek naar oorzaken van incidenten en calamiteiten.

Met de actualisering van het middellange termijnplan in het voorjaar 2017 zijn voor het tijdvak 2017-2022 de gevolgen voor verlies & winstrekening, balans en kasstroom alsmede de afbouw van de kapitaallastenvergoeding in kaart gebracht. In combinatie met de ten behoeve van bouwplannen vereiste middelenbehoefte kan er tijdig, beleidsmatig worden gereageerd, gericht op rendementsbehoud, voorwaarde voor continuïteit. In 2018 zal er het middellange termijnplan opnieuw worden geactualiseerd.

De bouwplannen zullen de komende jaren een beroep doen op de aanwezige liquide middelen.

6. Huisvesting

De afgelopen jaren en de komende jaren staan in het teken van de verbouwingen in het ziekenhuis. In 2017 is er aan de volgende projecten gewerkt;

- Vervangen van een deel van de bestaande infrastructuur/luchtbehandeling (meerjaren project);
- Afronden nieuwbouw energiecentrale;
- Nieuwbouw KNO behandel units;
- Laf kasten vervangen apotheek (cleanroom);
- Koudwater installaties vervangen in één van de gebouwen;
- Start verplaatsing Intensive Care van de 5e naar de 1e etage;
- Start nieuwbouw logistiek en techniek;
- Start renovatie milieuplein;
- Start verbouw oogheelkunde.

In 2017 zijn ook de voorbereidingen getroffen voor de start renovatie kliniek in 2018:

- Verplaatsen en nieuwbouw Vrouw Moeder Kind centrum (dit is vertraagd in verband met het eerst verplaatsen van de IC van de 5e naar de 1e etage);
- Voorbereiden aanpak verbouw diverse etages kliniek.

Aan alle projecten werd in 2017 veel aandacht besteed, ook door de stuurgroep bouw waarin meerdere disciplines zijn vertegenwoordigd. Het blijft lastig om de toekomstige ontwikkelingen in de patiëntenzorg in te schatten en de specifieke rol van SJG Weert in de regio. ICT gaat een steeds belangrijkere rol spelen in de gezondheidszorg en maakt zorg op afstand ook heel goed mogelijk waardoor dit gevolgen kan hebben voor de bedbezetting in de toekomst en voor het aantal polibezoeken. Dit alles heeft er toe geleid dat de verbouwing in fases zal worden uitgewerkt om zo goed mogelijk in te kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen. In 2018 zal de eerste fase van de verbouw kliniek gaan starten. De verbouwing van de kliniek vergt gedegen voorbereidingstijd zodat gedragen en juiste keuzes gemaakt kunnen worden, binnen beheerste financiële kaders.

7. Vooruitzicht

Voor een ieder die in de zorg werkzaam is wordt het duidelijk dat niets blijft zoals het was. Voor SJG Weert betekent dit dat het van uitermate groot belang is om veerkrachtig en flexibel te kunnen zijn op de ontwikkelingen die komen gaan. Vergrijzing, zwaardere en complexere zorgvraag van patiënten, zorg dichtbij huis met goede partners nabij die het mogelijk maken 24/7 zorg te blijven bieden vraagt dat we voortdurend alert zijn op welke keuzes we maken. We zijn er van overtuigd dat de ICT ontwikkelingen de zorg aanzienlijk zullen veranderen. Alhoewel we erg veel voordelen hiervan zien, zijn we ons eveneens bewust van de kwetsbaarheid en kosten. De portfolio keuzes die gemaakt zijn zetten we onverminderd voort, de speerpunten Oncologie en Ouderenzorg zullen veel aandacht blijven houden. Met onze ketenpartners willen we intensief op blijven trekken omdat we ons realiseren dat patiënten voorbijgangers zijn in het ziekenhuis en ketenzorg van cruciaal belang zijn voor het welbevinden van onze patiënten. In 2018 wordt ingezet op Value Based Healthcare. Dit betekent dat we actief enkele zorgpaden onder de loep nemen en met alle betrokken zorgverleners, inclusief huisarts en patiënt gaan vaststellen hoe we de processen kunnen verbeteren. Dat moet een blijvende impact hebben op de kwaliteit en beleving voor de patiënt. Hierbij zullen we gebruik maken van de leanmethodiek om processen te stroomlijnen en zal de ondersteuning van ICT en business controllers belangrijker worden. Als ziekenhuis willen we blijven stimuleren dat actief gezocht wordt naar mogelijkheden om de 1,5^e lijnszorg mogelijk te maken. De € 75 mln. die beschikbaar is gesteld voor 2018 voor initiatieven omtrent verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de 1^e lijn verdient inspanningsverplichtingen van alle direct betrokkenen. We schreven al eerder dat het voor patiënten en ziekenhuis een uitdaging is om – passend bij onze visie om zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt aan te bieden - daaraan vorm en inhoud te geven. Mooie voorbeelden in het land willen we ook voor SJG Weert mogelijk maken. Daarbij blijft het van belang dat zorgverzekeraars ons in deze transitie ondersteunen. Onze vooraanstaande positie op ouderenzorg en palliatieve zorg willen we verder uitbouwen. De gidsfunctie die we daarin vervullen biedt voldoende mogelijkheden voor patiënten om deze zorg bij ons te krijgen. SJG Weert is een actieve partner in de zorgnetwerken in Weert. De uitdagingen voor de ICT zijn groot in deze tijd en het is de kunst om als zorgaanbieder de juiste keuzes te maken voor het inzetten van de ICT middelen. Wij zien een duidelijke ontwikkeling naar Multiparty. Dat wil feitelijk zeggen dat er vele partijen (1^e, 2^e, 3^e lijn, thuiszorg, gemeente etc.) nodig zijn om tot een optimale samenwerking te komen waarbij er een digitaal platform noodzakelijk is om de beschikbare informatie op een veilige wijze met elkaar te kunnen delen. ICT heeft invloed op de plek waar de zorg kan plaatsvinden. De zorgprocessen gaan wijzigen door zorg op afstand en virtueel zal fysieke contacten steeds meer gaan vervangen. E-health diensten zullen toenemen en zorgprocessen zullen ingrijpend gaan veranderen. Daarnaast zal ICT invloed hebben op preventie omdat de analyse van big data een belangrijke bijdrage levert aan de ontwikkeling van behandelmethoden die steeds beter zal aansluiten bij de behoefte van de individuele patiënten. SJG Weert acht het van groot belang om actief te participeren in deze ontwikkelingen die uiteindelijk direct in het belang zijn van het welzijn van onze patiënten.

Net als in vorig jaar al benoemd werd zal capaciteitsplanning en het programma Continu Verbeteren hoog op de agenda staan. In het komende jaar willen we onze zorgpaden nog beter neerzetten, waarbij een goede afstemming tussen onze ondersteunende diensten, kliniek, poli en OK's cruciaal zijn. De patiënt rekent op goed afgestemde trajecten binnen ons ziekenhuis.

SJG Weert heeft richting de zorgverzekeraars altijd aangegeven een actieve rol te ambiëren in haar regio om optimaal te kunnen inspelen op de ontwikkelingen in de zorg en de behoefte van onze klanten/patiënten. Daarbij denken wij wel dat het van belang is met de zorgverzekeraars van gedachten te wisselen over de 'regie'functie van SJG Weert en hoe SJG Weert enerzijds een actieve rol kan spelen in VBHC, preventie, substitutie, gevolgen vergrijzing en anderzijds de "blokkades" die er zijn als gevolg van de verschillende financieringsvormen/schotten van alle betrokken geledingen. Hoe gaan wij daar met elkaar uitkomen en moet er niet meer onderzoek gedaan worden naar regiofinanciering? SJG Weert is er van overtuigd als basisziekenhuis hier een belangrijke rol in te kunnen spelen maar er zijn meer partijen nodig om deze rol ook actief invulling te kunnen geven. SJG Weert streeft naar meerjarenafspraken in dit kader waarbij op een efficiënte wijze invulling gegeven kan worden aan de zorgbehoefte in ons gebied. Al onze medewerkers zijn optimaal gemotiveerd om hier verder invulling aan te geven.

Bijlage 1: Vereniging Medische Staf

Leden Vereniging Medische Staf SJG Weert 31-12-2017:

1. Dhr. F. Ak, poliklinisch apotheker
2. Mw. O. J. Akse, SEH-arts
3. Dhr. M. Al-Ali, anesthesist
4. Dhr. T. Alleman, neuroloog
5. Dhr. M. Alsoodany, anesthesist
6. Mw. C. Backx/ev van Bergen
7. Mw. M. Bakkers, neuroloog
8. Dhr. J.J.A.M. van den Bergh, longarts
9. Mevr. G. de Boer, geestelijk verzorger, pastor
10. Dhr. S. Boskan, poliklinische apotheker
11. Mw. N.A. Botta-Steeneken, ziekenhuisapotheker
12. Dhr. M. Braakman, orthopedisch chirurg
13. Dhr. J.J.I. Brandenburg, uroloog
14. Mw. M.J.L. Brinkman, sportarts
15. Mw. L.M. van den Broek, kinderarts
16. Mw. C.L. Broekhuysen, plastisch chirurg
17. Dhr. D. Carli, radioloog
18. Dhr. dr. B. Cost, cardioloog
19. Dhr. F.B. Curiel, radioloog
20. Dhr. R.P.M. Dahlmans, internist
21. Dhr. dr. R.H. Dakheel, anesthesioloog
22. Mw. K.M.T. Dermout, klinisch geriater
23. Mw. B.J. van Dijke, microbioloog
24. Dhr. I.M.A. van Dooren, gynaecoloog
25. Mw. M. van Dooren, neuroloog
26. Mw. A.G.A. van Druenen - van de Laar, revalidatie-arts
27. Mw. L.J. van Eijdsden, longarts
28. Mw. S.L.J. van Elst, klinische psycholoog
29. Mw. E.J.M. van Es, gynaecoloog
30. Dhr. dr. J.A. van Essen, chirurg
31. Dhr. T.C.G. Feenstra, oogarts
32. Dhr. A. Gajic, internist
33. Dhr. P.R. Geerlings, cardioloog
34. Dhr. W. de Goede, orthopedisch chirurg
35. Dhr. R.P.T.G.C. Groetelaars, chirurg
36. Dhr. B. Gulix, kaakchirurg
37. Dhr. P.J. den Haan, internist
38. Dhr. Dr. E.J.M. Hannen, kaakchirurg
39. Mw. M. Hanssen, klinisch psycholoog
40. Mw. M.J.C.E. van Helvoirt-Jansen, kinderarts
41. Mw. E.L.J. Heuft-Dorenbosch, reumatoloog
42. Mw. J. Holtkamp, intensivist
43. Mw. A. Hoogerwerf, longarts
44. Dhr. J. Hoogmoed, klinisch geriater
45. Mw. B. Jacobs, ziekenhuisapotheker
46. Mw. W. Jager, gynaecoloog
47. Mw. L. de Jong - Janssen, geestelijk verzorger/pastor
48. Mw. R. Kalkman, cardioloog
49. Dhr. G.J.P. Kamps, kno-arts
50. Dhr. R.O. Kalkman, cardioloog
51. Mw. L.S. Kapteijns-van Kordelaar, kinderarts

52. Mw. S. van Keeken, SEH arts
53. Dhr. D.J.R. Keereweer, SEH arts
54. Mw. E.M. Kerkvliet, kinderarts
55. Mw. W.J.C. Kneepkens, kinderarts
56. Mw. L. Kuipers-Mannaerts, internist
57. Mw. M.H.E. Lammers, geriater
58. Dhr. Dr. M. Landman, uroloog
59. Mw. T. Lettinga-van Poll, chirurg
60. Dhr. N.E.K.L. Liem, sportarts
61. Dhr. T. Linden, anesthesist
62. Dhr. B.G.P.M. Lohman, patholoog
63. Dhr. dr. H. Lövenich, neuroloog
64. Dhr. A.M.J. Lucassen, cardioloog
65. Dhr. I. Lundqvist, oogarts
66. Dhr. V. Marapin, internist
67. Dhr. dr. E. Michielsen, klinisch chemicus
68. Mw. dr. V.M.P. Moers-Hornikx, neuroloog
69. Mw. E.M. Molhoek, klinisch chemicus
70. Mw. K.C.A.M. Nabbe, klinisch chemicus
71. Dhr. J.C. Paling, intensivist
72. Mw. N.A.J.B. Peters, internist
73. Mw. T.L. Pinto, reumatoloog
74. Dhr. K. Piotrowski, anesthesioloog
75. Dhr. B. Pi van de Venne, dermatoloog
76. Dhr. J. Pijpe, kaakchirurg
77. Mw. A.C. P. Quintus, SEH arts
78. Dhr. dr. F.T.G. Rahusen, orthopedisch chirurg
79. Mw. E. de Ruijter-van Rijsewijk, klinisch psycholoog
80. Dhr. J.D. Rupa, patholoog
81. Dhr. A. M. Saritas, reumatoloog
82. Mw. M.E.A. de Saegher, longarts
83. Dhr. J.M.P. Schots, plastisch chirurg
84. Mw. dr. T. Schülin, medisch microbioloog
85. Dhr. R.J.E.M. Smeets, revalidatie arts
86. Dhr. A. Sondakh, chirurg
87. Mw. A. Speetgens-Sonit, SEH arts
88. Dhr. dr. P.D.J. Sturm, medisch microbioloog
89. Dhr. A. Supit, orthopedisch chirurg
90. Dhr. J.M. Swalve, anesthesioloog
91. Mw. C.A.C.B. Thissen, dermatoloog
92. Mw. N. Troelstra, ziekenhuisapotheker
93. Dhr. F.J.G. Vanhimbeeck, chirurg
94. Dhr. dr. B.W.J. Van Iseghem, radioloog
95. Dhr. dr. G.B.C. Vasbinder, radioloog
96. Dhr. P.M.L. Veekmans, radioloog
97. Dhr. J.M.A. Verkeyn, chirurg
98. Mw. M. van de Water, gynaecoloog
99. Dhr. P.F. de Wet, kno-arts
100. Dhr. N.E.R. Wilbers, anesthesioloog/intensivist
101. Mw. K. Zijlmans, klinisch fysicus

Waarnemers/chef de cliniques, - nog - geen lid VMS SJG Weert 2017

1. Mw. M. van Boreen, internist
2. Dhr. P.L. Kubben, neurochirurg
3. Dhr. Prof. Dr. J.J. van Overbeeke, neurochirurg

Bijlage 2: Afkortingen

AO/IC	Administratieve Organisatie/Interne Controle
ANW	Avond, Nacht en Weekend
CR	Cliëntenraad
DiGiMV	Digitale portal Jaardocument
DKG	Digitale KlankbordGroep
DOT	DBC's Op weg naar Transparantie
DSMH	Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen
EPD	Electronisch Patienten Dossier
GHOR	Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio
HAP	HuisArtsen Post
HMIMS	Hospital Major Incident Medical Management
HSMR	Hospital Standardised Mortality Ratio
MT	Management Team
NEN 7510	Vigerende norm voor Informatiebeveiliging in de zorgsector
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NTA	Nederlands Technische Afspraak
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg,
ISMS	Information Security Management System
LTHP	Lange Termijn HuisvestingPlan
NVTZ	Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg
OR	Ondernemingsraad
OTO	Opleiden, Trainen, Oefenen
PAOT	Palliatief Advies en Ondersteuningsteam
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PRI	Prospectieve Risico Inventarisatie
RC GGz	Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
RIE	Risico Inventarisatie en Evaluatie
SIT	Spoed Interventie Team
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
VAR	Verpleegkundige AdviesRaad
VIM	Veilig Incident Melden
VMS	Veiligheids Management Systeem
VPSB	Verpleegkundige en Paramedisch Stafbestuur
VSB	Verpleegkundig Staf Bestuur
WCKZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WKKGz	Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen zorg
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen