

Bestuursverslag 2018

Mei 2019

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 Organisatieontwikkeling, organogram en besturingsmodel
- 2.2 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 Klanttevredenheidsonderzoek
 - 3.4.7 Sterftecijfer
 - 3.4.8 iDocument
 - 3.4.9 Integraal crisisplan
 - 3.4.10 Calamiteiten patiëntenzorg
- 3.5 Communicatie

4. Personeel en Opleidingen

- 4.1 Duurzame inzetbaarheid
 - 4.1.1 Verzuim
 - 4.1.2 Generatiebeleid
 - 4.1.3 Actuele ontwikkelingen
- 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,

Het jaar 2018 ligt al weer even achter ons en met deze terugblik staan we daar nog bij stil. Alhoewel er wederom veel patiënten in ons ziekenhuis behandeld zijn en er door al onze medewerkers veel werk verzet is, ligt er eveneens nog veel in het verschiet. We zijn blij dat we als regioziekenhuis een breed pallet aan basiszorg kunnen blijven bieden en dat onze medewerkers er voor zorgen dat dit ook goed gewaardeerd wordt. Dat vraagt een grote inspanning die we er graag voor over hebben. Met de toenemende druk op de arbeidsmarkt en de noodzaak om nog steeds veel vast te leggen wordt het er voor onze zorgprofessionals niet eenvoudiger op. Juist de gezamenlijkheid zorgt er voor dat we dat keer op keer weer voor elkaar krijgen.

Dat is een bedankje waard, wat ik dan ook graag hierbij naar een ieder uitspreek. Juist de gezamenlijkheid betekent dat we nog vele jaren in Weert het ziekenhuis kunnen zijn.

Veel leesgenoegen!

*Inge de Wit
Bestuurder*

1. Kerngegevens

1.1 Medewerkers/productie/omzet/resultaat

	2017	2018	index 2018/2017
Personeel in dienst absoluut (ultimo)	1.065	1.092	102,5%
Personeel in dienst fte (gemiddeld)	663	671	101,2%
Eerste poli bezoeken	53.587	54.066	100,9%
Herhalingsbezoeken	98.475	96.863	98,4%
Dagbehandelingen (incl. < 2 uur)	10.818	10.136	93,7%
Opnames (incl. eendaagse opnames)	9.299	8.983	96,6%
Verpleegdagen	42.624	40.273	94,5%
Gemiddeld verpleegdagen	4,58	4,48	97,8%
Omzet x € 1.000	96.080	96.804	100,8%
Resultaat x € 1.000	5.121	247	4,8%

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 2018 zijn ten tijde van vaststelling van het bestuursverslag nog niet beschikbaar. De adherentiecijfers 2017 (bron: DHD) worden onderstaand weergegeven.

	2017
Adherentie ambulans	94.676
Adherentie kliniek	87.647
Adherentie dagverpleging	116.315

1.3 Samenwerking

‘SJG Weert weet hoe belangrijk het is om zorg voor patiënten in samenwerking met andere partners te verzorgen’. Zo benadrukten wij vorig jaar onze blik op de samenwerking en dat geldt nog steeds onverkort. SJG Weert bestaat voor de patiënten, met de patiënten en door de patiënten en in dat licht hoort daarbij dat we als netwerkziekenhuis de samenwerking met partners als cruciaal zien. Kwaliteit van zorg bestaat alleen als we bereid zijn dit in de keten te organiseren.

Partners in Weert zorgen ervoor dat de patiënt wordt gezien en gehoord in zijn zorgvraag. De huisarts is daarin een zeer belangrijke schakel. Onze specialisten hebben dagelijks contacten over de patiënten en dat betekent dat we daar goede afspraken over moeten maken om de zorg te stroomlijnen. Dat gaat vaak goed, maar kan altijd beter. Want daarin moeten we ook kritisch blijven kijken hoe we werkelijk de stappen kunnen maken naar integrale zorgaanpak. Hoge verwachtingen hebben we van de coöperatie die door alle huisartsen in het adherentiegebied van Weert is opgericht en in januari 2019 van start is gegaan. In de relatie tussen huisarts en ziekenhuis zijn eenduidigheid en een gelijkgerichte koers onontbeerlijk. Door overleg met de huisartsenorganisaties Meditta en Pozob en een vertegenwoordiging van de huisartsen geven we dit verder vorm. Het opzetten van 1,5 lijns zorg is nog lastig gebleken. Daar willen we verder aan werken om dat mogelijk te gaan maken.

Ondanks alle inspanningen blijkt een effectieve doorstroming en het beperken van de ‘verkeerde’ bedden een zware opgave. Partners uit de Verpleging & Verzorging, waaronder Land van Horne en De Zorggroep, zijn onze partner hierin. In de regio wordt blijvend ingezet op de afspraken voor veilige overdracht in de keten voor kwetsbare ouderen die voldoen aan de normen van veilige overdracht van de IGZ.

Regionale netwerken is een andere poot waar SJG Weert aan deelneemt. Dit geldt voor bijvoorbeeld palliatieve zorg en dementie. Met Robuust en partners in de zorg in de regio worden gezondheidsprogramma's nader uitgewerkt.

In 2018 is SJG Weert ook overgestapt naar een uitbesteding van de laboratoriumdiagnostiek en microbiologie naar de PAMM. Op deze wijze zullen wij een uitstekende kwaliteit kunnen blijven borgen. Bestaande partners als DVU voor de klinische chemie en Libra voor de revalidatie worden verder in tevredenheid voortgezet.

SJG Weert is aangesloten van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) en met andere collega-ziekenhuizen is een heldere strategie neergezet, waardoor we onderling verder kunnen ontwikkelen en leren, samen kennis kunnen delen en vanuit SAZ onze stem in het zorglandschap en naar het Rijk kunnen laten horen. Wij zijn erg blij met de duidelijke koers die is uitgestippeld hierin. Een mooi voorbeeld is hoe onze specialisten samen met andere SAZ-collega specialisten hun uitkomsten van zorg onderling bespreken om zo verder te kunnen excelleren. Partnerziekenhuizen in de regio stellen ons in staat de zorg vorm te geven of de zorg indien nodig aan uit te besteden. Het MUMC+, Catharina Ziekenhuis Eindhoven alsmede Laurentius ziekenhuis en Maxima Medisch Centrum (MMC) maken deel uit van ons netwerk.

2. Organisatie

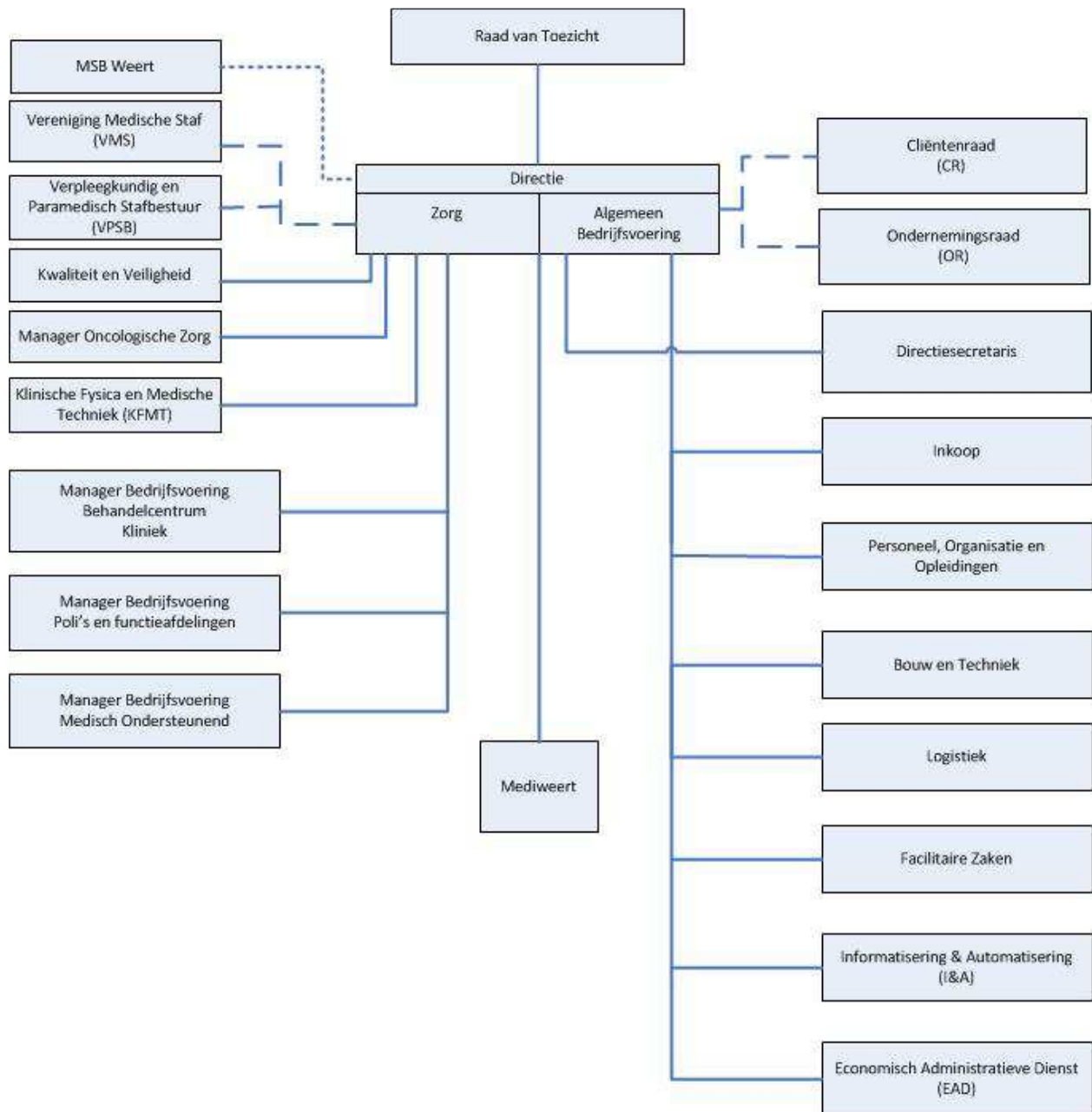
2.1 Organisatieontwikkeling, organogram en besturingsmodel

In 2018 is de start gemaakt met het programma Fit voor de Toekomst. Doel van dat programma is om het ziekenhuis toekomstbestendig te laten blijven. We zien immers grote (zowel interne als externe) uitdagingen op het ziekenhuis afkomen waarop we ons moeten voorbereiden. Met het programma Fit voor de Toekomst denken we vanuit verschillende invalshoeken de noodzakelijk benodigde verandering in beeld te hebben gebracht en zijn we in 2018 gestart met de implementatie daarvan. We richten ons daarbij op verschillende gebieden namelijk 1) strategie/zorgprofiel, 2) structuur/systemen en processen, 3) cultuur, 4) medewerkers en 5) stijl van leidinggeven.

Tijdens deze planvorming bleek dat de toenmalige voorzitter RvB zou vertrekken vanwege het aanvaarden van een functie elders. Om de effecten van Fit voor de Toekomst op de bestuurlijke aansturing van het ziekenhuis eerst te bezien, is gekozen voor een tijdelijke eenhoofdige voortzetting van de Raad van Bestuur met de zittende bestuurder. Veel werd verwacht van de versterking van het integraal (medisch) management, de aanpassing van de overlegstructuur waarmee draagvlak en tegenspraak beter werden georganiseerd alsmede versterking van het financieel en facilitair management. Op basis van een evaluatie waarin alle medezeggenschapsorganen, medische staf en management nauw zijn betrokken wordt begin 2019 een besluit genomen over het definitieve bestuursmodel.

Organogram

2018 is een transitiejaar voor wat betreft het organogram van het ziekenhuis. In de eerste helft van 2018 zag het organogram er als volgt uit:



In de tweede helft van 2018 is gestart met de aanpassing van de bestaande structuur. Hoewel het eindbesluit hierover in 2019 zal volgen, zal de invoering van integraal management zijn beslag krijgen in het nieuwe model. Dit integraal management wordt onder meer vorm gegeven door de koppeling van een medisch specialist aan een bedrijfsvoerend manager. In het verlengde daarvan zal een ontwikkeling worden ingebracht waarbij de aansturing van de zorg minder vanuit vakgroepen en capaciteiten geschiedt maar meer vanuit bepaalde clusters van zorgproblematiek. Bijvoorbeeld een cluster rondom bewegen of vrouw/moeder/kind. Met de reeds aangestelde Patient Flow Managers, management en directie is de verkenning hiernaar in de tweede helft van het verslagjaar opgestart.

Beleidscyclus

In het kader van de planning- en controlcyclus zijn 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.

Overleggen

Medio 2018 is de overlegstructuur aangepast, waarmee de versterking van het integraal (medisch) management wordt weerspiegeld. Naast het overleg RvB, zijn twee nieuwe overlevormen in de plaats het oude MT gekomen namelijk het kwaliteitsoverleg en het matrixoverleg. Hiermee is een splitsing aangebracht in kwaliteitsonderwerpen en tactisch bedrijfsvoerende onderwerpen. Beide overleggen vinden maandelijks, alternerend plaats.

Het Matrixoverleg SJG Weert is per 31 december 2018 als volgt samengesteld:

Lid	Functie
Mw. I. de Wit	Bestuurder
Mw. W.T.P.F. van der Werf	Secretaris Raad van Bestuur
Dhr. T.P.W.M. Goertz	Clustermanager Acuut
Mw. F.J.M. van de Laar	Clustermanager Chronisch
vacature	Clustermanager Electief
Dhr. D.J.R. Keereweer	Patient Flow Manager Acuut (SEH arts)
vacature	Patient Flow Manager Chronisch
Mw T. Lettinga	Patient Flow Manager Electief (chirurg)
Dhr. C.J.M. Lambregts	Hoofd personeel & organisatie
Dhr. W. van Grimbergen	Manager Facilitaire Services & Vastgoed a.i.
Dhr. P.J. de Groot	Manager Financiën a.i.
Mw. M. Breeuwer	Teamleider Communicatie

Het Kwaliteitsoverleg SJG Weert is per 31 december 2018 als volgt samengesteld:

Lid	Functie
Mw. I. de Wit	Bestuurder
Mw. W.T.P.F. van der Werf	Secretaris Raad van Bestuur
Mw. F.J.M. van de Laar	Clustermanager Chronisch
Dhr. D.J.R. Keereweer	Patient Flow Manager Acuut (SEH arts)
vacature	Patient Flow Manager Chronisch
Mw T. Lettinga	Patient Flow Manager Electief (chirurg)
Mw. M. Zijlmans	Klinisch fysicus
Mw. I. Scheffers	Hoofd afdeling Kwaliteit & Veiligheid
Dhr. G. Kamps	Voorzitter Vereniging Medische Staf
Dhr. H. Doensen	Lid Verpleegkundig Paramedisch Stafbestuur

Vereniging Medische Staf

In het verslagjaar 2018 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 2018. 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. Per 1 januari 2018 is het bestuursmodel binnen het MSB veranderd, er is een directie die op 1 januari 2018 bestaat uit de volgende personen:

	Naam	
1	Dhr. J. van Essen	Medisch directeur
2	Dhr. V. Marapin	Directielid
3	Dhr. P.de Wet	Directielid
4	Dhr. A. Jacobs	Financieel directeur
	secretariaat: mw. M.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 2018 zijn besproken betroffen onder meer:

- Toenemende registratiedruk en ondersteuning vanuit de polikliniek;
- Verbetering van registratie en inzet van ondersteuning (Inocare);
- Het verlenen van onverzekerde zorg vanuit het ziekenhuis of externe locatie;
- Gezamenlijk ondernemen, ontwikkelingen in de 1,5^e lijns zorg;
- Uitbouwen en investeringen in MDL praktijk;
- Continuïteit van de praktijk reumatologie;
- Fiscale eisen in relatie met ontwikkelingen MSB;
- Honorarium 2017 en 2018;
- Het meerjarenbeleidsplan SJG Weert.
- De doorontwikkeling van het bestuursmodel binnen SJG Weert;
- Netwerk ontwikkeling van SJG Weert en relatie met diverse partners;
- Doorontwikkeling bestuursmodel MSB 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 Normen voor goed bestuur

SJG Weert past de Zorgbrede Governancecode 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 lijnszorgaanbieders, DVU, instellingen in de 3^e lijnszorg, PAMM, 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 (in verslagjaar 2018 is dat mw. drs. K. Troe) 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 2018 als volgt samengesteld:

Naam	Functie	Nevenfuncties
Dhr. H.L.M. Rikkert Tot 1 september 2018	voorzitter Raad van Bestuur	Lid bestuur Zorg aan Zet
Mw. drs. I. de Wit	Lid Raad van Bestuur/directeur zorg (m.i.v. 1 september 2018 voorzitter Raad van Bestuur)	Lid kwaliteitscommissie NVZD STAK poliklinische apotheek SJG Weert Color Consultancy, ZZP

Er is een reglement Raad van Bestuur waarin de volgende onderdelen zijn benoemd:

- Bestuurszaak;
- 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. Een actualisatie van die reglement, alsmede van andere reglementen en statuten, is voorzien in 2019.

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. In de reglementen zijn evenwel de onderwerpen benoemd waarover beide gremia elkaar informeren.

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 aan de Raad van Toezicht rapporteren over de voortgang.

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 > € 0,1 mln.;
- Lange termijn geldleningen;
- Mutaties in bestaande rekening-courant faciliteiten.

Aan de beleidsplannen wordt 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 2018 uit zeven personen met verschillende achtergronden. De Raad van Toezicht kwam in 2018 zeven 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 Raad van Toezicht bijgewoond. Ook heeft een extra themabijeenkomst plaatsgevonden.

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 2018 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, (1948), voorzitter tot 1-3-2018	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	1

Dhr. H.P. Muller, lid (1946)	commissie kwaliteit en veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Lid Raad van Toezicht Maasstad ziekenhuis • Lid Raad van Advies MSB Isala • International surveyor ISQua • Consultant Health Care DGA 	01-02-2016 / 31-01-2020 herbenoembaar	7
Dhr. drs. K. van der Esch, lid (1958) Per 1-3-2018 voorzitter	auditcommissie (tot 1 april), werving- en selectiecommissie, remuneratie- en agendacommissie (vanaf 1 maart)	<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	7
Mw. M.P.H. Princen – Stultiëns, vice-voorzitter/ secretaris (1962)	werving- en selectiecommissie, remuneratie- en agendacommissie	<ul style="list-style-type: none"> • Hoofd administratie TalTechniek BV • Voorzitter MKB Limburg • Voorzitter Stg Sectorplan MKB 	01-01-2018/ 31-12-2021 Niet herbenoembaar	7
Dhr. J.L.G. Creemers, lid (1965)	auditcommissie, werving- en selectiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur eigenaar Johan Creemers Consultancy • Voorzitter TWC Weert • Voorzitter RvT VVV Midden Limburg • Lid ledenraad Rabobank • Lid RvT samenwerkende VVV's Limburg • Bestuurslid stichting administratiekantoor Handels Belastingadviseurs • Lid RvT Lunet Zorg • Lid RvA van Doormalen Retail Groep 	01-07-2018/ 30-06-2021 Niet herbenoembaar	7
Mw Y. Guldemond-Hecker	commissie kwaliteit en veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Senior stafflid Huisartsopleiding MUMC • Programmaleider PROFclass • Programmaleider opleiding Spoedzorg Huisartsopleiding Nederland 	1-4-2018/31-3-2022	5
Mw. I. Koopmans	auditcommissie	<ul style="list-style-type: none"> • Officier van Justitie Functioneel Parket Openbaar Ministerie • Vice-voorzitter RvC Wonen Limburg • Lid RvT Stichting De Waalboog • Lid RvT Stichting Openbaar Voortgezet Onderwijs Tilburg • Lid RvT Kanteel Beheer B.V. 	1-4-2018/31-3-2022	5

De Raad van Toezicht beoordeelt of nevenfuncties belangenverstrengeling 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, en vanaf 1 april heeft mevrouw Koopmans deze commissie overgenomen van de heer Van der Esch. De juridische discipline was vertegenwoordigd door mevrouw Van Schaik tot 1 maart 2018, daarna is de deze vertegenwoordigd door mevrouw Koopmans, de kennis van de zorg bij de heer Muller (voormalig internist) en vanaf 1 april eveneens bij mevrouw Guldemond (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 (dit betreft de zetel van mevrouw Guldemond).

2.4.2 Bezoldiging Raad van Toezicht

De honorering van de leden van de Raad van Toezicht bedroeg in 2018 € (10.715,-) bruto excl. btw per jaar per lid. De voorzitter ontving een toeslag van 50% respectievelijk € 16.073,-. 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 2018.

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 2018 is de Raad van Toezicht zeven keer regulier bijeengekomen (soms met één of meer genodigden). Verder zijn er leden aanwezig geweest bij o.a. Homerun van de stichting OpStap en stakeholdersbijeenkomsten.

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 2018 hebben, naast de ‘going concern’ zaken, een aantal majeure projecten specifiek aandacht gehad waaronder:

- Livegang standaard content HIX;
- PAMM;
- Organisatie ontwikkeling;
- Value Bases Health Care;
- Gezamenlijke prioriteiten 2018;
- Registratie;
- Samenwerkingsverbanden met CZE en andere ketenpartners;
- AVG;
- Jaarrekening;
- Jaargesprek IGJ;

- Fit voor de toekomst;
- Kaderbrief 2019;
- ICT;
- Balanced Score Card;
- (Ver)nieuwbouw;
- Begroting 2019;
- Investeringsaanvraag nieuwbouw CSA;
- Zorgprofiel;
- Evaluatie bestuursmodel.

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 2018 is er extra aandacht geweest voor de meerjarige investeringsbegroting en liquiditeitsprognose in verband met de noodzakelijk geachte vernieuwbouw.

2.4.7 Besluiten ter goedkeuring aan de Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft onder meer goedkeuring verleend aan:

- Investeringsaanvraag nieuwbouw CSA;
- Herziening kadastrale grens SJG Weert-Land van Horne;
- Toezichtsvisie Raad van Toezicht;
- Procuratiehoudersregeling;
- Herbenoeming RvT lid;
- Goedkeuring jaarrekening 2017;
- Outsourcing medisch microbiologisch laboratorium.

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 2018 tweemaal 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. Begin 2018 (in aanwezigheid van het hoofd Financiële Administratie en het hoofd Planning & Control en in december 2018 (na het besluit Fit voor de Toekomst) in aanwezigheid Manager Financiën en Manager Facilitair. Daarnaast was de externe accountant tweemaal aanwezig.

De vergaderingen in 2018 hebben naast de 'going concern' zaken hoofdzakelijk een aantal majeure projecten tot onderwerp gehad. Onder andere de volgende onderwerpen zijn in de auditcommissie geagendeerd:

- Management informatie;
- Registratie/HliX standaard content;
- Jaarrekening 2017;
- Management Letter 2017 BDO;

- Toelichting op rechtszaak Vincent van Gogh;
- Toelichting op stappenplan registratie kwaliteit;
- Status investeringsplannen en projecten;
- Begroting 2018.

Vanaf het verslagjaar 2015 worden de uitgaven van de leden van de Raad van Bestuur door de auditcommissie geaudit. Dit heeft plaatsgevonden. 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/bestuurder, het hoofd afdeling Kwaliteit & Veiligheid en de voorzitter van de Vereniging Medische Staf.

Onderwerpen op de ‘going concern’ agenda:

- Stand van zaken vakgroepen met aandacht;
- Indicatoren IGZ;
- Invoering integrale kwaliteitskaart;
- HSMR;
- Ontwikkelingen medisch microbiologisch laboratorium;
- HDV (hospital data viewer) en dossier onderzoek;
- Start VPSB;
- Bezoek afdeling IC;
- MediRisk benchmark rapportage;
- Voorbereiding jaargesprek IGJ;
- Resultaten veilig incident meldingen (VIM rapport);
- Overzicht klachten en claims;
- Duaal management;
- Overzicht calamiteiten;
- Informatie protocol.

2.4.10 Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter van de Raad van Toezicht. De commissie doet voorstellen voor de bezoldiging van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. In 2018 is de remuneratiecommissie een aantal malen bijeen geweest.

2.4.11 Agendacommissie

De agendacommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter. Zij komt vóór elke reguliere vergadering met 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 2018 uit de volgende leden:

zie bijlage.

	Naam	Specialisme
1	Dhr. G. Kamps, voorzitter	KNO arts
2.	Mw. A. Speetgens,	SEH arts KNMG
	Stafsecretariaat: mw. J. Levels	

Dhr. A. Gajic, internist, maakt geen deel meer uit van het stafbestuur, maar vervult nog wel de portefeuille van penningmeester.

Het stafbestuur vergadert 1 keer per 2 weken onderling en 1 keer per 4 weken met de Raad van Bestuur. Extern zijn er bijeenkomsten met stafbesturen en RvB van andere ziekenhuizen zoals Laurentius ziekenhuis, Catharina ziekenhuis, St. Anna ziekenhuis en Maxima Medisch Centrum.

Belangrijk aandachtsgebied voor het stafbestuur is bewaking en bevordering van de kwaliteit en veiligheid. Het stafbestuur speelt ook een belangrijke rol in functioneringstrajecten van individuele specialisten en vakgroepen.

Tot de taken van de Vereniging 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. Bewaking van kwaliteit en veiligheid is dan ook een belangrijk aandachtsgebied. Het stafbestuur heeft ook een belangrijke rol in functioneringstrajecten van individuele specialisten en vakgroepen.

Lidmaatschap staf

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 2018 heeft de VMS zich onder meer ingezet met betrekking tot:

- 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 valide HSMR te krijgen (PatSaf commissie);
- 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;
- Afscheid van vertrekkende en benoeming diverse nieuwe stafleden;
- 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 IGJ;
- Afspraken schriftelijke overdracht naar andere zorgverleners, met in 2018 doorontwikkeling van de medicatie-overdracht;
- Ontwikkelingen Value Based Healthcare;
- Verdere ontwikkelingen m.b.t. duaal management en inrichting kwaliteitsbureau
- Heroverwegen rol medische staf in governance structuur ziekenhuis en overleg tussen voorzitters van VMS, MSB en VMSD m.b.t. opties om samen te gaan in één gremium in één gremium;
- Inzet expertise medische dossiers door stafvoorzitter. Stafvoorzitter is duaal partner van de RvB bij medisch inhoudelijke zaken;
- VIM meldingen;
- Deelname CCPat;
- Verandering organogram in samenwerking met RvB en opstellen nieuw zorgprofiel toekomst ziekenhuis.

In 2018 zijn er diverse medisch specialisten als lid van de vereniging aangenomen.

2.6 Verpleegkundig en Paramedisch Stafbestuur (VPSB)

Op 31 december 2018 kent het Verpleegkundig en Paramedisch Stafbestuur de volgende samenstelling:

	Naam	Afdeling
1	Mw. A. Reijnen, voorzitter	Vrouw-Moeder-Kind centrum
2	Dhr. H. Doensen, vice-voorzitter	Special care
3	Mw. M. Van Doorn, secretaris	Polikliniek Geriatrie
4	Mw. M. Schaeffer	Vrouw-Moeder-Kindcentrum
5	Dhr. R. Henderikx	Klinische afdeling Interne geneeskunde

In april 2018 is er een nieuw VPSB benoemd bestaande uit 5 leden. Het VPSB heeft een start gemaakt met een scholingstraject om te groeien tot volwaardig bestuursorgaan. Het VPSB heeft in 2018 wekelijks vergaderd en maandelijks overlegd directie. Tevens heeft er overleg plaatsgevonden met de manager bedrijfsvoering Kliniek en Behandelcentrum en is kennis gemaakt met de RvT, bestuur VMS, CR en OR.

De belangrijkste activiteiten in 2018 waren:

- Verankering van de regieverpleegkundige in de organisatie;

- Er is een advies uitgebracht over de volgende onderwerpen, te weten de kwetsbare oudere , de verpleegkundig specialist en klinisch redeneren voor anesthesie verpleegkundigen;
- Project ‘Ontregel de zorg’, wat nu nog een afstudeeropdracht is word gevolgd door het VPSB;
- Deelname aan project Peer Support;
- Het VPSB heeft deelgenomen aan de volgende overleg:
 - o kwaliteitsoverleg
 - o Centrale Vim-commissie
 - o CCPAT commissie
 - o Kernteam continu verbeteren
 - o Commissie voorbehouden handelingen
 - o Programma Fit voor de toekomst

Speerpunten voor 2019 zijn:

- Communicatieplan opzetten voor de achterban;
- Meedenken inzake Fit voor de toekomst;
- Voortgang project “Ontregel de zorg”;
- Project Werkdruk en personeelsverloop;
- Deelname aan gesprekken met zorgverzekeraar en inspectie;
- Werkbezoek bij andere VAR/VSB;
- Voortzetten scholingstraject.

2.7 Ondernemingsraad (OR)

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 13 zetels (waarvan 12 ingevuld) en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. Op 31 december 2018 ziet de OR er als volgt uit:

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

2.7.1. 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. Het doel is een open communicatie met een eerlijke overlegvorm en transparante samenwerking.

2.7.2. 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:

- **De medewerker als mantelzorger**
Mensen in de zorg zijn vaak ook mantelzorger. De OR onderzoekt hoe de medewerkers een goede balans kunnen vinden in deze dubbele zorgtaak. De OR heeft zitting in de werkgroep duurzame inzetbaarheid en heeft meegewerkt aan de informatievoorziening richting medewerkers (intranet). Daarnaast is er aandacht in de nieuwsbrief van de OR over dit onderwerp.
- **Mantelzorgers in de zorg, rol zorgmedewerkers**
Mantelzorgers spelen een prominente rol in het zorgproces van de patiënt. Het komt voor dat zorgtaken van de mantelzorger en een verpleegkundige overlappen. Hoe zit het met verantwoordelijkheid? De OR onderzoekt of er beleid is hierover. Dit speerpunt is in 2018 niet afgerond en krijgt in 2019 een vervolg.

2.7.3. Advies- en instemmingsaanvragen

De OR heeft in 2018 de navolgende adviesaanvragen, instemmingsaanvragen ontvangen en behandeld. Ook de pre-adviezen en initiatiefvoorstellen van de OR worden benoemd.

Advies-/instemmingsaanvraag en initiatiefvoorstellen	Toelichting
instemmingsverzoek wijziging klachtenregeling	De OR stemt in met de verlenging van de bewaartermijn van de dossiers van patiënten van 2 naar 5 jaar.
adviesaanvraag aanpassing organisatiestructuur	De OR gaat akkoord met het voornemen van bestuurder om de functie afdelingsmanager paramedische diensten in te voeren. Deze manager zal leiding gaan geven aan de afdelingen fysiotherapie en diëtetik.
herbenoeming intern lid klachtenonderzoekscommissie	De OR gaat akkoord met de herbenoeming van een van de interne leden van de klachtenonderzoekscommissie.
instemmingsverzoek sportregeling	De OR stemt in met de nieuwe sportregeling voor medewerkers, die door hoofd P&O samen met de OR arbocommissie is opgesteld.
instemmingsverzoek privacyreglement	De OR stemt in met wijziging van het privacyreglement, noodzakelijk op grond van de AVG.
adviesaanvraag directiestructuur en benoeming bestuurder	De OR kan zich vinden in het besluit om gedurende de periode van september 2018 tot juni 2019 het zittende lid RvB te benoemen als algemeen directeur en in deze periode in de vorm van pilot te onderzoeken of er voldoende draagvlak bestaat om een eenhoofdig bestuur op structurele basis voort te zetten.

adviesaanvraag Fit voor de Toekomst	De OR adviseert over het voorgenomen besluit voor een organisatieontwikkeling, verandernoodzaak en aanpak worden onderschreven. De OR benoemt diverse uitgangspunten om intensief betrokken te blijven bij het proces en goed voorbereid te zijn op de uiteindelijke adviesaanvraag.
adviesaanvraag Bureau Integraal Capaciteitsmanagement	Met veel inzet en overtuiging is er de laatste jaren gewerkt aan het realiseren van een capaciteitsmanagementcultuur. Inmiddels is het BIC ingericht en operationeel, is er draagvlak bij de medische staf. De OR kan zich vinden in het voorstel.
instemmingsverzoek procedure aanvraag voorzieningen	De OR stemt in met de procedure voor de aanvraag van hulpmiddelen om de inzet van werknemers bij hun werk te optimaliseren.
instemmingsverzoek opleidingsplan t.b.v. aanvraag KIPZ	De OR stemt in met het strategisch opleidingsplan.
instemmingsverzoek gebruik Quatro	De OR stemt niet in met het voorstel omtrent het gebruik van Quatro (onbemand kassasysteem voor personeel). Reden is het risico op verkeerd (of geen) gebruik van de onbemande kassa. De OR vraagt aandacht voor de gebruiksvriendelijkheid en verzoekt om steekproefmeting ten aanzien van het niet gebruiken van de kassa.
instemmingsverzoek sanctiebeleid naleving kledingreglement	De OR is gevraagd in te stemmen met een sanctiebeleid naleving kledingreglement. De OR onderschrijft de noodzaak van een dergelijk sanctiebeleid echter verzoekt het sanctiebeleid ook van toepassing te laten zijn op vrijgevestigd medisch specialisten.
generatiebeleid	SJG Weert besluit in 2018 om geen generatiebeleid in te voeren. De OR kan zich hier niet in vinden en gaat hierover diverse malen in gesprek met de bestuurder. De bestuurder geeft aan geld vrij te maken voor projecten die de duurzame inzetbaarheid van werknemers vergroten. De OR zal hier het komende jaar aandacht aan besteden.
arboproof maken kledingruimte	De OR adviseert de bestuurder om de huidige kledingruimte voor medewerkers arboproof te maken. De huidige staat voldoet niet aan de huidige arbo richtlijnen. De bestuurder heeft aangegeven de aanpassingen van de kleedruimte mee te nemen in de verbouwplannen.

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

- Duurzame inzetbaarheid;
- Mee-roosteren;
- Balans werk & privé;
- Veilige werkomgeving;
- Verzuimanalyse en -preventie;
- Regieverpleegkundige;
- Zorgprofiel SJG Weert;
- Communicatie en zichtbaarheid OR;
- Nieuwe intranet;
- Bouwzaken;
- Pilot prikklab, weekenddiensten;
- Flexibilisering personeelsinzet;
- Verzuimpreventie;
- Opleidingsbeleid.

2.8 Cliëntenraad (CR)

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 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 2018 bestond de CR uit de volgende leden:

	Naam	Aandachtsgebied
1	Dhr J. Bouten, voorzitter	dagelijks bestuur, markt en beleid
2	Mw. M. Kursten, vice-voorzitter	dagelijks bestuur, communicatie en PR
3	Mw. R. Schuttelaar	patiëntenzorg
4	Mw. F. Schmitz	patiëntenzorg
5	Dhr. P. Gloudi	communicatie en PR
6	Mw. W. Tijks	communicatie en PR
7	Dhr. H. Elzenaar	facilitaire zaken
8	Dhr. M. van Eijnsden	markt en beleid
	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 gesprekspartners in het ziekenhuis.

2.8.2 Speerpunten

In 2018 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 2018 van SJG Weert hierin meegenomen. Dit heeft geresulteerd in de volgende speerpunten:

Cliëntgerichte zorg

- **Mantelzorg**

Mantelzorgers krijgen een steeds prominentere rol in zorginstaties. Het is dan ook noodzakelijk voor zowel de mantelzorger als wel de organisatie, dat er een duidelijk beleid is. Reeds in 2017 is de CR gestart met onderzoek binnen SJG Weert. De CR heeft deelgenomen aan een themabijeenkomst rondom mantelzorg en er hebben diverse constructieve gesprekken plaatsgevonden met de verantwoordelijke manager. Ook in 2018 zal dit speerpunt verder op de agenda van de CR blijven staan.

- **Keurmerk Seniorvriendelijk ziekenhuis**

In 2017 is het keurmerk opnieuw gekeurd in SJG Weert, met positief resultaat. Het keurmerk is ook in 2018 een stimulans geweest om ouderenzorg onder de aandacht te blijven brengen. SJG heeft vanwege diverse redenen besloten het keurmerk niet te verlengen. De CR zal ook zonder toets van een keurmerk de gerealiseerde kwaliteit van ouderenzorg blijven volgen en onder de aandacht brengen.

- **Rookbeleid**

De CR heeft aandacht gevraagd voor het rookbeleid van het ziekenhuis. Er is voorgesteld een algemeen rookverbod in te stellen voor het ziekenhuis. Ook in 2018 heeft dit onderwerp diverse keren op de agenda van de CR en bestuurder gestaan.

- **Samen beslissen**

Artsen en patiënten hebben beiden baat bij het Samen Beslissen over de meest geschikte behandeling van de patiënt. Samen beslissen leidt tot verstandige keuzes, patiënten zijn vaker tevreden en houden zich beter aan behandelvoorschriften. In samenwerking met een werkgroep uit

de organisatie is in 2018 actie ondernomen om Samen Beslissen te implementeren. Er is deelgenomen aan een bijeenkomst ter voorbereiding voor een informatiemarkt voor patiënten, daarnaast is een symposium voor zorgverleners voorbereid. Het symposium heeft helaas geen doorgang gevonden als gevolg van een te beperkt aantal aanmeldingen. Samen Beslissen zal in 2019 de aandacht houden van de CR.

Cliëntenraad in het ziekenhuis

- **CR op bezoek bij...**

Een aantal keren in het jaar gaat de CR op bezoek bij een afdeling met als doel feeling te krijgen met de organisatie en om een kijkje in de keuken van de afdeling te nemen. Tijdens dit bezoek wordt er tevens een leidinggevende en/of medewerker geïnterviewd. Dit interview wordt gebruikt als onderleggen voor een artikel in de Impuls (personeelsblad). In 2018 heeft de CR een bezoek gebracht aan de verpleegafdeling op de 3^e etage en de intensive care.

- **Zorgkaart Nederland**

De CR blijft aandacht vragen voor een goede verspreiding van Zorgkaart Nederland. Vooral gezien Zorgkaart Nederland de enige overkoepelende klanttevredenheidsmeting is van SJG Weert.

- **Parkeren**

De CR heeft onderzoek gedaan naar de parkeertarieven van SJG Weert ten opzichte van andere ziekenhuizen en het praktische gebruik van de parkeerruimte. Dit onderwerp wordt voortgezet in 2019.

Cliënt, privacy en toekomst

- **Continuïteit**

Continuïteit van ziekenhuiszorg in het werkgebied van SJG Weert is datgene waar de CR zich met name op richt.

- **Marketing**

Een duidelijk marketingbeleid waarvoor de markt (klantbehoeften, technologische ontwikkelingen, samenwerkingsmogelijkheden etc.) nadrukkelijk moet worden onderzocht, voorkomt dat er geen goede aansluiting met diezelfde markt is. Deze uitgangspunten en de daarvoor binnen de CR gevoerde discussies waren in 2018 redenen om adviezen uit te brengen aan de bestuurder. De gesprekken die met de directie naar aanleiding van de adviezen zijn gevoerd waren uiterst positief en een deel van de voorstellen zijn terug te vinden in de strategische koers van SJG Weert.

Werkgroepen:

De CR stelt ieder jaar vaste werkgroepen samen, voor 2018 betroffen dit de werkgroepen communicatie – patiëntenzorg – en markt en beleid. Deze werkgroepen gaan aan de slag met de speerpunten.

2.8.3 Adviezen Cliëntenraad

De Cliëntenraad heeft in 2018 (ongevraagd) advies gegeven over de volgende onderwerpen:

Adviesaanvraag	Toelichting
adviesverzoek wijziging klachtenregeling	De CR stemt in met de verlenging van de bewaartermijn van de dossiers van patiënten van 2 naar 5 jaar.
adviesverzoek Jaarrekening 2017	De CR complimenteert de bestuurder met het goede resultaat en staat positief tegenover de Jaarrekening 2017. Het advies is te komen tot een lange termijn financiële projectie gebaseerd op een heldere visie waarmee inzicht wordt geboden in de continuïteit van het ziekenhuis.

herbenoeming intern lid klachtenonderzoekscommissie	De CR gaat akkoord met de herbenoeming van een intern lid van de klachtenonderzoekscommissie.
adviesverzoek Fit voor de Toekomst en adviesverzoek tijdelijke invulling Raad van Bestuur	De CR gaat akkoord met de tijdelijke invulling van de Raad van Bestuur door het huidige lid als algemeen directeur binnen een eenhoofdig bestuur. Met een sterk bestuur en management en goede samenwerking met de medische staf wordt een stabiele basis geschetst om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. De CR houdt het cliëntenbelang scherp in het vizier.
begroting 2019 Cliëntenraad	De CR begroting 2019 is opgesteld en ter goedkeuring naar de bestuurder gestuurd.
adviesverzoek focus gesprekken	De CR stemt in met een voorstel voor een pilot focusgesprekken. Deze komen in de plaats van de huidige spiegelgesprekken waar vanwege arbeidsintensieve voorbereiding en beperkt rendement, afscheid van wordt genomen.

Naast de (ongevraagde) adviezen heeft de Cliëntenraad zich met de volgende zaken bezig gehouden:

- jaarverslag CR 2017, jaarplan 2019, werkplan werkgroepen;
- zorgprofiel SJG Weert;
- VBHC;
- hygiënebeleid;
- e-health;
- stakeholdersbijeenkomst Fit voor de Toekomst;
- diverse contacten met externe verenigingen, partijen
- poll van de CR;
- patiëntervaringen - verbeterpunten;
- klanttevredenheid;
- zichtbaarheid CR;
- werving nieuwe leden voor de Cliëntenraad;
- ketenzorg;
- ethiek;
- verbouwing;
- diverse artikelen voor de Gezondheidskrant en Impuls.

2.9 Klachten

Voor informatie over de mogelijkheden om een klacht in te dienen kunnen patiënten terecht bij de afdeling Patiëntenvoorlichting, bij de Klachtenfunctionaris of kunnen zij de website van SJG Weert raadplegen, waar ook de klachtenregeling te raadplegen is.

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. SJG Weert biedt via de afdeling Patiënteninformatie ook de mogelijkheid om zonder afspraak terecht te kunnen voor het bespreken van een klacht.

De klachtbehandeling is gericht op het doel van de klager en wordt veelal door een vorm van bemiddeling naar tevredenheid van de klager afgerond.

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 2018 zijn 212 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:

	2017	2018
Totaal aantal klachten, waarvan:	218	212
- Medisch technisch	46	40
- Materieel	31	34
- Relatieel	31	28
- Organisatie van de zorg	96	106
- Overig	14	4

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. Het is niet meer mogelijk een klacht rechtstreeks bij de Klachtenonderzoekscommissie in te dienen.

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 2018 heeft de Klachtenonderzoekscommissie 8 klachten in behandeling genomen. De invoering van de Wkkgz is een mogelijke verklaring voor de daling van het aantal klachten in vergelijking met voorgaande jaren.

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

	2017	2018
Totaal aantal klachten, waarvan:	12	8
- Medisch technisch	6	4
- Materieel	-	-
- Relationeel	2	1
- Organisatie van de zorg	1	-
- Overig	3	3

Adviezen

Naar aanleiding van de klachten heeft de Klachtenonderzoekscommissie 3 aanbevelingen gedaan aan de Raad van Bestuur. Deze adviezen hadden betrekking op:

- de communicatie met de patiënt naar aanleiding van onduidelijkheid over de behandelmogelijkheden en over het hoofdbehandelaarschap;
- het geven van een toelichting op de hoogte van een factuur, mocht de patiënt daar behoefte aan hebben.

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 van deze mogelijkheid geen gebruik hoeven te maken.

3. Beleid

3.1 Gezamenlijke prioriteiten 2018

Evenals voorgaande jaren hebben Raad van Bestuur en bestuur VMS voor het verslagjaar 2017 een aantal gezamenlijke prioriteiten vastgesteld. Deze zijn geclusterd rondom een drietal 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		
<p>Zorg is mensenwerk. 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.</p>		
1.	<p>SJG Weert is een moderne werkgever met aandacht voor duurzame inzetbaarheid, ziekteverzuim, opleiding, loopbaanontwikkeling en arbeidsomstandigheden.</p>	<p>Het programma Fit voor de Toekomst behelst onder meer een organisatieontwikkeling met focus op leiderschapsontwikkeling. De organisatiestructuur is wordt aangepast (nieuwe functies, verandering van rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en overlegstructuur) en een MD programma ontwikkeld. Daarin aandacht voor (inter)persoonlijke ontwikkeling en leiderschapsontwikkeling en vakinhoudelijke kennisoverdracht. Een projectplan strategische personeelsplanning is een opgesteld dat in 2019 wordt geïmplementeerd.</p> <p>Inspiratiedagen rondom het thema duurzame inzetbaarheid zijn gehouden voor alle medewerkers gehouden, leidinggevenden getraind in dialoogvaardigheden en ergo coaches opgeleid. Een pilot regieverpleegkundigen heeft plaatsgevonden gericht op het verhogen van de kwaliteit van verpleegkundige zorg, het coördineren van zorgprocessen en het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking. In 2019 wordt besloten over de structurele invoering daarvan.</p> <p>Als uitvloeisel van het ziekenhuisbrede leantraject zijn diverse afdelingen gestart met de invoering van de dagstart. In de sector Kliniek is een aanvang gemaakt met de weekstart waarin alle teamleiders samen met hun leidinggevende wekelijks een vast moment hebben om ontwikkelingen door te nemen. Dit blijkt tevens een goed platform voor het verbeteren van het onderling aanspreken ('kritische vriend').</p> <p>In 2018 heeft de voorbereiding voor een nieuw roostersysteem Ortec plaatsgevonden. Invoering vindt plaats in 2019. In het verlengde daarvan is ook een gestart met de voorbereiding van het project meeroosteren waarbij medewerkers meer invloed krijgen in het plannen van hun rooster.</p> <p>In 2019 is de invoering van klinisch redeneren voor de reguliere verpleegafdelingen, dagcentrum en recovery gestart. MUMC+ verzorgt de trainingen samen met lokale trainers en organiseert de assessments. In 2019 wordt deze werkwijze door meer afdelingen ingevoerd.</p>
2.	<p>Samen met de Vereniging Medische Staf ervoor zorgen dat de kwaliteit van de medische specialistische zorg van goed en verantwoord niveau is.</p>	<p>Met de organisatieontwikkeling wordt voorzien in het verbeteren van actieve inbreng, het verkrijgen van draagvlak en uitdragen van verantwoordelijkheid van de medische staf. In het nieuwe organisatiemodel is sprake van versterking van het duaal management (clustermanager en patient flow manager) en wordt de focus verlegd van capaciteit/specialisme naar patiëntenstroom. Hiermee wordt aangesloten op de principes van Value Based Health Care. In 2018 zijn twee patient flow managers aangesteld en heeft een herziening van de overlegstructuur plaatsgevonden. Hiermee is inbreng en draagvlak van medisch specialisten alsmede verpleegkundigen en paramedici beter geborgd. Tevens betekent het een versterking van het integrale management omdat bedrijfsvoering en zorginhoud meer in onderlinge afstemming</p>

		<p>optrekken.</p> <p>In 2018 heeft de Vereniging Medisch Staf een verkenning uitgevoerd voor herziening van de eigen governance in relatie tot vereniging van VMS, MSB en VMSD. Dit krijgt zijn beslag in 2019.</p> <p>In het kader van verbetering van registratiemethodiek en verantwoordelijkheden heeft door Innocare een verkenning plaatsgevonden. Dit heeft geleid tot belangrijke aanbevelingen om registratie- en grouperfouten terug te dringen.</p>
3.	Het Verpleegkundig Paramedisch Staf Bestuur ontwikkelt zich tot een volwaardige vertegenwoordiger van de verpleegkundige staf en een volwaardige gesprekspartner van organisatie en medische staf.	Aan de doelstellingen van het VPSB is in 2018 hard gewerkt. Die betreffen onder meer kwaliteit, scholing en professionalisering. De bemensing van het bestuur is vernieuwd. Het VPSB ontwikkelt zich toenemend tot waardevolle gesprekspartner bijvoorbeeld voor Raad van Bestuur, management en medische staf.
4.	Er is structureel aandacht voor de gewenste attitude, gastvrijheid, het aanspreken en aanspreekbaar zijn.	In 2018 is sprake van voortzetting van initiatieven om aanspreken en aangesproken worden te verbeteren. Met name bij die dossiers die aandacht behoeven zoals hygiëne, kleding, 'kritische vriend', 'safety awareness' teamtraining.
5.	Medewerkerstevredenheid wordt 1 keer per 3 jaar gemeten en verbeteringen wordt georganiseerd op onderdelen waarover medewerkers minder tevreden zijn.	Een inventarisatie heeft plaatsgevonden van knelpunten bij polikliniek interne geneeskunde. De doelstelling daarvan was zo effectief en efficiënt mogelijk de patiënt in het poliproces te begeleiden, inclusief de daarbij horende registratie te realiseren. Op basis hiervan zijn verbetertrajecten gestart om telefonische verstoringen te verminderen en is een nieuw raster ingevoerd als gevolg waarvan telefonische afspraken en de follow up efficiënter verlopen.
6.	Leiderschap en eigenaarschap op de werkvloer vergroten op basis van duidelijke doelstellingen, kaders en voorwaarden.	Het programma Continu Verbeteren is in 2018 verder uitgebouwd met een toenemend aantal betrokken medewerkers en verbetertrajecten. Drie rondes ziekenhuisbrede verbetertrajecten zijn inmiddels gestart waarvan er diverse zijn afgerond. Medewerkers zijn opgeleid als Green Belt en worden ingezet bij verbetertrajecten. Leidinggevend zijn opgeleid als Lean Leaders, gericht op aansturing van verbetertrajecten op eigen afdeling.
7.	Beleid formuleren voor de kwetsbare functies zodat de continuïteit van zorg, gegeven de beperkte schaal van SJG Weert, blijft gegarandeerd.	Uit de evaluatie van de pilot regieverpleegkundigen is gebleken dat er breed draagvlak bestaat hiermee verder te gaan. Het biedt een positieve stimulans voor verbetering van de verpleegkundige zorgverlening. Gedurende het jaar vindt contact plaats met collega-instellingen in zowel care als cure om de druk van kwetsbare functies te verminderen. Het is echter een structureel vraagstuk dat niet eenvoudig oplosbaar is.
8.	Stappen maken in het proces waarin de zorgmedewerker samen mét de patiënt besluit over diens zorg en begeleiding.	Er is aandacht besteed aan het thema Samen beslissen in het teken van het 'in gesprek gaan met patiënt' door de zorgprofessional en het samen beslissen met patiënt over behandeling en proactieve zorgplanning (scholing, inzet keuze hulpen). Start pilot VBHC in het kader van een artrosecentrum en mammacare. In deze trajecten worden ervaringen van patiënten nadrukkelijk betrokken bij het herontwerp van zorgprocessen.
<p>Speerpunt Zorg Dichtbij</p> <p>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.</p>		
1.	Optimalisatie zorgproces en verbetering van de patiëntenzorg-logistiek.	Besloten is het stafbureau BIC (Bureau Integraal Capaciteitsmanagement) in 2019 structureel voort te zetten.
2.	Het polikliniekbedrijf richt zich op	Na de invoering in 2017 van het zorglogistiek document is in

	verdere professionalisering en flexibilisering (verpleegkundige specialisatie c.q. spreekuren).	2018 voortgegaan met breder uitwisselen van personeel. Rasters zijn herzien en in eerste instantie is er een nieuwe verdeling gemaakt van de poliklinieken op basis van drie stromen (acuut, chronische en electief) waardoor op een ander niveau kan worden gekomen tot uitwisseling van personeel. Tevens is ingezet op een flexpool.
3.	Samen met ketenpartners de bestaande grens afbouwen tussen ziekenhuis en 1 ^e lijn.	In 2018 is met zorgverzekeraars en 1 ^e lijn overlegd over ontschotting en de transitie van zorg naar de 1 ^e lijn. Met behulp van een externe voorzitter van het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) is een stabiele samenwerkingsstructuur neergezet.
4.	Ontwikkelen zorgprojecten met ketenpartners en gemeenten om patiënten zo lang mogelijk in eigen omgeving van zorg te kunnen voorzien.	Data-analyse en gesprekken met interne en externe stakeholders hebben plaatsgevonden ten behoeve van het aangescherpte zorgprofiel (onderdeel Fit voor de Toekomst). In 2019 zal dit profiel worden vastgesteld en samen met ketenpartners uitwerking aan worden gegeven. Een crisisregeling Kwetsbare Ouderen/Zorgvragers Weert e.o. is opgezet, implementatie volgt in 2019.
5.	De zorg letterlijk en figuurlijk dichterbij te brengen door de inzet van innovatieve ICT toepassingen zoals bijvoorbeeld E-consulting, de inrichting van een klantportaal, (tele-)monitoring en zelfdiagnostiek.	Ten behoeve van het ontvangen van de VIPP subsidies (zorgportaal en medicatie) heeft een positieve audit plaatsgevonden. Een verkenning heeft plaatsgevonden naar outsourcing van ICT onderdelen, definitieve besluitvorming volgt in 2019. De BeterDichtbij app is bij verschillende vakgroepen gestart als pilot. De resultaten van de pilot waren positief en de toepassing wordt naar andere poliklinieken uitgebreid.
<p>Speerpunt Samenwerking in de keten SJJG Weert biedt zelf uitstekende basiszorg maar, maar drempelloze samenwerking in de hele keten is nodig voor een optimaal eindresultaat. De zorg verleend in het ziekenhuis is voor veel patiënten cruciaal. Echter de zorg verleend door SJJG Weert is onderdeel van een grotere keten. Voor een deel van onze patiënten start en eindigt de zorg niet in het ziekenhuis.. SJJG Weert is een belangrijke schakel van de keten afwisselend als regievoerder, facilitator of uitvoerder.</p>		
1.	Samenwerking met onze belangrijkste ketenpartners en andere samenwerkingsverbanden steeds structureler en minder vrijblijvend te maken door goede afspraken over patiëntenzorg.	In het afgelopen jaar is de samenwerking met CZE nadere invulling gegeven bij de neurologie (IAT). Ten aanzien van de MDL is de inzet van CZE MDL artsen beëindigd omdat SJJG Weert in staat bleek hierin met eigen mensen te voorzien. Tevens zijn onder meer gesprekken gevoerd over de samenwerking op terreinen van chirurgie (trauma), cardiologie en apotheek. Naast CZE zijn mogelijkheden tot samenwerking op specifieke deelterreinen onderwerp van gesprek in de reguliere contacten met bijvoorbeeld St. Anna ziekenhuis, Laurentius ziekenhuis, MUMC+ en MMC.
2.	Betrouwbare acute keten voor onze patiënten die acute zorg nodig hebben.	Met het oog op het borgen van de continuïteit van spoedzorg binnen ons adherente gebied (en daarmee de continuïteit van de spoedzorg in SJJG Weert) zijn diverse contacten geweest met onze regionale partners tevens in ROAZ verband. In 2019 zal dit verder worden uitgewerkt samen met de betreffende patient flow manager.
3.	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.	SJJG Weert neemt deel aan diverse projecten zoals Samen Gezond Leven, substitutie overleg met Meditta en zorgverzekeraar, verkenning van samenwerking met Libra (revalidatie) en Land van Horne en er ligt een verzoek voor participatie in het gezondheidscentrum in Ittervoort. Een transmuraal wondzorgprotocol is door alle ketenpartners vastgesteld en intern gepresenteerd aan de achterban (wondverpleegkundigen, medisch specialisten).
4.	We beschikken over gedegen beleid voor de kwetsbare oudere patiënt.	De overdracht voor de kwetsbare oudere patiënt is door PoZoB en Meditta benoemd als speerpunt voor 2019. De set van kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van (kwetsbare) oudere is er, maar moet nog worden geïmplementeerd in de regio. Besloten is om keurmerken waarvoor geld betaald moet worden

		niet langer ondersteund, zo ook het keurmerk Senior Vriendelijk Ziekenhuis. In de praktijk blijven we wel zoveel mogelijk aan deze eisen voldoen.
5.	Goede ketenzorg wordt verankerd in bijbehorende ketenzorgpaden.	In 2018 is het VBHC project voor het artrosecentrum orthopedie van start gegaan en afgerond, een traject rondo borstkankerzorg is gestart en voorbereiding voor arterieel vaatlijden aangevangen.
6.	Met schaalvergroting van laboratorium-faciliteiten ervoor zorgen dat onze patiënten kwalitatief de beste zorg kunnen blijven krijgen.	Besloten is tot overgang van het medisch microbiologisch laboratorium naar de PAMM. De afronding van de implementatie ervan krijgt in 2019 zijn beslag.
7.	SJG Weert biedt actief tools aan samenwerkingspartners om onze expertise, faciliteiten en materialen in te zetten (bijvoorbeeld ten behoeve van 1,5 lijnszorg).	In het substitutie overleg met partners in de 1 ^e lijn worden mogelijkheden verkend voor toepassing van medisch specialistische kennis of technologie in een 1 ^e lijnsetting waardoor verwijzing naar de 2 ^e lijn kan worden voorkomen of uitgesteld (oogheelkunde, cardiologie). Met het 'meekijkconsult' kunnen afspraken worden gemaakt over de inzet van aanvullende 2 ^e lijns (diagnostische) middelen en/of het raadplegen van een medisch specialist zonder doorverwijzing van de dat patiënt.
Basisvoorwaarden 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.		
1.	Goede kwaliteit van zorg	Een nieuw interne incidentmeldingen is in gebruik genomen (iTask)
2.	Productieafspraken met zorgverzekeraar zodanig dat deze passen bij de zorgbehoefte adherentiegebied en kwaliteit van de te leveren zorg.	Er hebben stakeholdersbijeenkomsten plaatsgevonden in het kader van de aanscherping van ons zorgprofiel. Voor 2018 zijn met onze belangrijkste verzekeraars jaarafspraken gemaakt, in 2019 zal worden ingezet op meerjarenafspraken.
3.	Moderne huisvesting en infrastructuur.	Op basis van het aangescherpte zorgprofiel zal een lange termijn huisvestingsplan worden afgestemd (vormt de basis van verbouwingen in de kliniek) en daarmee verband houdende een meerjaren financieel plan. Een renovatie van de IC en de afdeling flexibele scopenreiniging heeft plaatsgevonden.
4.	Verbeteren van duurzaamheid.	Er zijn laadpalen voor elektrische auto's geplaatst. Tijdens de renovatie van de IC is de gevel van het verbouwde gedeelte geïsoleerd en is triple glas toegepast.
5.	Goede communicatie	Vorbereidingen voor nieuw intranet zijn afgerond, begin 2019 wordt dit operationeel. Nieuwe voorlichtingsmiddelen zijn geïntroduceerd zoals Beter Dichtbij, MijnSJG en Whatsapp. De onlinestrategie is verder uitgebouwd en in uitvoering gebracht.

3.2 Belangrijke resultaten uit sectoren

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

Oncologie

- Op het terrein borstkankerzorg zijn er twee projecten gestart. Een nieuwere techniek namelijk radioactive seed localization (RSL) is geïntroduceerd. Bij RSL wordt preoperatief onder echogelegeide of mammografische controle een radioactieve jodiumbron in de laesie gebracht. Deze radioactieve jodiumbron kan gedetecteerd worden met een gammastralingdetector. Zodoende kan de chirurg tijdens de operatie de jodiumbron opsporen en nadien de borstsparende operatie op basis van de locatie van deze bron uitvoeren. De lokalisatie van de borsttumor met een radioactieve jodiumbron is een patiënt- en chirurgvriendelijke manier om deze niet-palpabele tumoren preoperatief te lokaliseren en het aantal resecties kan hierdoor verminderd worden. Om bovenstaande voordelen heeft SJG Weert besloten om deze techniek te gaan gebruiken bij de

behandeling van borstsparende operaties. Daarnaast zijn we gestart met een VBHC traject voor borstkankerzorg.

- Immunotherapie of immuuntherapie is een behandeling bij kanker. Er zijn veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van immunotherapie. Bij een behandeling met immunotherapie bij kanker wordt het immuunsysteem van de patiënt gebruikt om de kankercellen aan te vallen. Het immuunsysteem wordt door de behandeling ondersteund of extra actief gemaakt. Gesprekken zijn gestart met collega ziekenhuizen en zorgverzekeraars om deze therapie in Weert te kunnen bieden.
- Ten aanzien van darmkanker is een VBHC benchmark gestart in samenwerking met de SAZ (vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen).
- Reeds in 2018 is gestart met multidisciplinaire complicatiebesprekingen voor de oncologie, deze zijn in 2018 structureel gepland waarmee wordt voldaan aan deze SONCOS eis.
- Meerdere oncologische zorgpaden zijn uitgewerkt.
- In het kader van vereiste deelname aan oncologie studies (ook SONCOS eis) is besloten dat er SJG Weert een Good Clinical Practice cursus wordt gegeven. Dit is toenemend een eis voor bij deelname aan studies. De cursus vindt plaats in 2019.

Informatie en Automatisering

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

- Verdere uitbouw PowerBI (technische realisatie in 2017, uitbouw gebruik in 2018);
- Inrichting van de Change Advisory Board voor BI;
- Implementatie van extra beveiliging voor internetgebruik (Cisco Umbrella);
- Gestart met de vervanging van het gehele netwerk;
- Herimplementatie modules Opname en OK in HiX op basis van standaard content;
- Implementatie Patiëntenportaal ten behoeve van inzage dossier door patiënten;
- Implementatie nieuwe beveiligingstool op smartphones ten behoeve van inloggen bij telewerken;
- Migratie naar de Standaard Content en de update naar HiX 6.1 (livegang januari 2018);
- Het informatiebeleidsplan is in concept gereed en in combinatie met het traject rondom de outsourcing van ICT onderdelen wordt hierover in 2019 een besluit verwacht.

Informatiebeveiliging

2018 heeft voor informatiebeveiliging & privacy in het teken gestaan van de implementatie van de AVG. Er zijn met bestaande partners een 70-tal verwerkersovereenkomsten afgesloten of nog in onderhandeling. Er zijn privacy-analyses uitgevoerd op niveau van informatiedomein en reeds diverse analyses op nieuwe persoonsverwerkingen, zoals een nieuwe aanlevering van gegevens extern, wetenschappelijke onderzoeken of systeemimplementaties. Naast de implementatie van de AVG heeft de focus ook gelegen op het vernieuwen van het ISMS (Information Security Management System). De nieuwe versie maakt het mogelijk om met efficiënt beheer compliance aan diverse wet- en normenkaders aan te tonen.

3.3 Rijksinspecties

SJG Weert in het verslagjaar 2018 in uiteenlopende dossiers onderworpen aan monitoring door diverse rijksinspecties. Meer concreet betroffen dit de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd en de Inspectie voor Leefomgeving en Transport. Actieve monitoring, waaronder (on)aangekondigde inspecties, betrof de volgende dossiers:

- Antistolling;
- Legionellabeheer;
- Jaargesprek (thema Governance);
- Sturing RvB op afwijkende indicatoren alsmede uitvoering verbetermaatregelen calamiteiten.

Daarnaast heeft een aankondiging plaatsgevonden rondom aanscherping beleid antibiotica resistentie in het kader van het Nationaal Actieplan ABR.

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

3.4 Kwaliteit en Veiligheid

3.4.1 NIAZ accreditatie en VMS certificatie

In 2018 is voor elke NIAZ normenset een zelfevaluatie uitgevoerd. De huidige NIAZ accreditatie is geldig tot april 2020. Heraccreditatie vindt plaats in januari 2020 op basis van Kwaliteitsnorm Zorginstelling Qmentum Global. De zelfevaluatie heeft geleid tot het inzicht aan welke normen nog niet volledig voldaan wordt. Hierop zijn actieplannen gemaakt met verbetermaatregelen.

3.4.2 Interne audits

Tracer audits

In 2018 hebben 3 tracer-auditdagen plaats gevonden. Getrainde interne auditoren toetsen NIAZ-normen tijdens het volgen van 7 zorg/patiëntprocessen en 2 VTMT-processen. Aan de hand van auditrapportages werden verbeter-/actieplannen opgesteld en uitgevoerd door de verantwoordelijk leidinggevende.

Hygiëne rondes

In 2018 zijn in totaal 12 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 de hygiëneronde is in handen van de betreffende teamleider/afdelingsmanager.

Veiligheidsronde

In 2018 heeft 1 veiligheidsronde plaatsgevonden waaraan de directie heeft deelgenomen. Doel hiervan is om vanuit hoger management betrokkenheid te tonen met het gevoerde veiligheidsbeleid, belang van patiëntveiligheid uitdragen, veiligheid gerelateerde problemen identificeren en ondersteunen van de medewerkers bij het verbeteren van de veiligheid. Om dezelfde manier zijn ook 2 rondes gelopen met als onderwerp een vereiste instellingsrichtlijn van NIAZ.

3.4.3 Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI)

In 2018 is het uitvoeren van een prospectieve risico inventarisatie (PRI) onderdeel geworden van het ontwikkelproces van een zorgpad. Uitvoering vindt plaats in een multidisciplinair team op basis van de methode HFMEA light. Voor elk geanalyseerd risico wordt een strategie bepaald (accepteren, beheersen, elimineren) en passende maatregelen geformuleerd. Verbeterpunten worden toegewezen aan een teamlid met een deadline.

3.4.4 Retrospectieve Risico Inventarisatie

In 2018 heeft hernieuwde implementatie van decentrale en centrale VIM commissies plaatsgevonden. Per decentrale commissie is een coördinator, back-up coördinator en medisch specialist betrokken. De inrichting en werking van de VIM commissies zijn verbeterd met als doel slagvaardige organisatie die een zichtbare bijdrage levert aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Samen met deze hernieuwde implementatie is het meldsysteem vervangen. De nieuwe inrichting ondersteunt het meldproces en het proces van behandelen van meldingen en formuleren van verbetermaatregelen.

In 2018 werden alle dossiers van patiënten overleden in ons ziekenhuis onderzocht conform de systematiek van het Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (EMGO/NIVEL). Vanaf eind 2018 is dossieronderzoek ondergebracht in de triggertool van Hospital Data Viewer. 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 Information Security Officer. De bevindingen

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

3.4.5 Prestatie-indicatoren

In 2018 werden alle verplichte indicatoren tijdig aangeleverd in de OmniQ portal. Daarnaast wordt deelgenomen aan de verplichte kwaliteitsregistraties, zoals DICA, LROI en Perined. Voorafgaand aan de jaarlijkse aanleveringen wordt alle data getoetst en besproken met de proceseigenaar (medisch specialist). Hierbij wordt een analyse gedaan op de afwijkingen en wordt gekeken waar de verbeterpunten liggen. Tussentijds is de prestatie van een groot deel van de indicatoren door de proceseigenaren en procesverantwoordelijken inzichtelijk via het dashboard kwaliteit.

3.4.6 Klanttevredensheidsonderzoek

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 bestuur VMS en verder verspreid in de organisatie.

Het is een uitdaging gebleken om voldoende patiënten beschikbaar te krijgen voor het voeren van een spiegelgesprek. In 2018 is daarom ervaring opgedaan met een variant op de spiegelbijeenkomsten. Hierbij werden in het traject van een zorgpad ontwikkeling 2 patiënten uitgenodigd tijdens een teambijeenkomst hun ervaringen te delen en aan te geven wat hebben gewaardeerd en gemist. Deze ervaring en informatie werd direct gebruikt voor het verbeteren van de zorgstandaard.

3.4.7 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. Na verantwoorde HSMR-cijfers in de afgelopen jaren, kregen we in 2018 te maken met een significant verhoogde cijfer over 2017. Analyse heeft zich in het bijzonder gericht op data-analyse en regulier dossieronderzoek. Dossieronderzoek heeft geen vermijdbare zorggerelateerde schade aan het licht gebracht. Aangenomen wordt dat de slechte doorstroommogelijkheden voor de oudere patiënten naar de V&V sector het hogere sterftecijfer van het ziekenhuis verklaart.

3.4.8 iDocument

In 2018 is de inrichting van iPortal verbeterd wat ten goede is gekomen aan de zoekfunctie en het documentbeheer.

3.4.9 Integraal crisisplan

Het integraal crisisplan van SJG Weert is een overkoepelend plan die de basiswerkwijze beschrijft bij crisissituaties waarin bestaande deelplannen worden geïntegreerd (bij zowel op- als afschaling). In het verslagjaar 2018 zijn 21 crisistrainingen gehouden, 2 gezamenlijke OT /BT oefeningen, 1 grote gezamenlijke ROP oefening met OT, BT, SEH, IC, OK en onze ketenpartner de GHOR, een alarmeringsoefening en een CBRN oefening voor het personeel van de SEH. De gezamenlijke oefening met onze ketenpartner de GHOR stond in teken van samenwerking als voorbereiding op de grote regionale ketenoefening BIOWARE die in oktober 2019 gehouden zal worden. De crisiscoördinator/hoofd receptie neemt actief deel aan het kennisplatform crisiscoördinatoren Limburg, geïnitieerd door OTO Limburg. Met uitzondering van de zomervakantieperiode, werden in 2018 maandelijks 2 trainingen Brand, Communicatie en Ontruiming gegeven voor alle bedrijfshulpverleners. Tevens hebben 2 onaangekondigde ontruimingsoefeningen plaatsgevonden. 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. Het OK personeel is getraind voor specifieke bedrijfshulpverlenerstaken op de OK en aansluitend zijn 8 ontruimingsoefeningen gehouden op de OK.

3.4.10 Calamiteiten patiëntenzorg

Voor de melding en onderzoek naar (mogelijke) calamiteiten beschikt SJG Weert over een werkwijze die voorziet in intern onderzoek en open communicatie met betreffende patiënt alsmede inspectie. Hiermee volgt SJG Weert de wettelijke kaders. De werkwijze is 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 moet de professional deze terstond aan de Raad van Bestuur melden. Indien bij aanvang duidelijk is dat sprake is van een calamiteit wordt deze binnen 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 wordt patiënt (of diens nabestaanden) geïnformeerd, gewezen op de mogelijkheden voor klachtbehandeling en uitgenodigd voor een gesprek met de onderzoekscommissie.

Betrokkenheid patiënt en professional

Naast contact dat door de behandelend arts wordt onderhouden, zijn alle patiënten (of diens nabestaanden) van de in 2018 aan de inspectie gemelde casus uitgenodigd om hun visie te geven ten behoeve van het interne onderzoek. In 2018 hebben 2 nabestaanden, daarvan gebruik gemaakt. Na afronding van het interne onderzoek is hierover gerapporteerd aan de inspectie. Alle patiënten zijn hierover geïnformeerd en uitgenodigd voor een toelichtend gesprek met de Raad van Bestuur en – indien gewenst – de betrokken professionals. In geen van de 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. Hiertoe is in 2018 een team medewerkers/medisch specialisten getraind om zogenaamde peer support te verlenen. Met de invoering van het nieuwe meldsysteem iTask is in de structuur verankerd dat melders van ernstige incidenten (o.a. calamiteiten) nu standaard worden gewezen op de mogelijkheid van een dergelijke ondersteuning.

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 medische staf betreffen worden onder regie van het stafbestuur geïmplementeerd waarbij veelal gebruik wordt gemaakt van de Medical Auditbijeenkomsten om deze met de voltallige medische staf te bespreken.

Aantal onderzoeken (mogelijke) calamiteiten

In verslagjaar 2018 hebben 7 calamiteitenmeldingen plaatsgevonden aan de inspectie. Daarvan waren er ten tijde van het opstellen van dit bestuursverslag 2 nog in behandeling, 4 daarvan bleken na onderzoek te classificeren als calamiteit en 1 bleek na onderzoek niet te voldoen aan de definitie van een calamiteit. Aanvullend op deze aan de inspectie gemelde casus heeft intern onderzoek plaatsgevonden naar 12 gebeurtenissen die niet onder de wettelijke omschrijving van calamiteit vielen (en derhalve niet gemeld) maar waaruit wel verbetermaatregelen zijn voortgevloeid.

Basisoorzaken en verbetermaatregelen

Hoewel er in 2018 geen groot aantal calamiteiten zijn voorgevallen, zijn basisoorzaken terug te voeren op organisatorische en menselijke oorzaken. Voorbeelden daarvan zijn tekortschietende protocollen, onvoldoende regie- en dossiervoering alsmede menselijke fouten.

Voortvloeiend uit de aan Inspectie gemelde casus waarvan de behandeling is afgerond, zijn er in totaal 19 verbetermaatregelen door de Raad van Bestuur opgelegd. Deze maatregelen zijn onder meer gericht op nadere standaardisering van scopieverslaglegging, aanscherping van voorbereidingsprocedure voor bepaalde ingrepen, aanscherping van diverse protocollen en reflectiegesprekken van de Raad van Bestuur met betrokken professionals.

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.

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 zelf en de daaruit voortvloeiende verbetermaatregelen het geval is.

3.5 Communicatie en patiëntenvoorlichting

Middelen

- *Interne communicatie (regulier)*

Het personeelsblad Impuls kwam afgelopen jaar - net als in 2017 - 4 keer uit. De interne nieuwsbrief Info Intern is 52 keer verschenen. Aanvullend daarop zijn gedurende het jaar zeepkistsessies georganiseerd om het voltallige personeel kort bij te praten over actuele ontwikkelingen.

- *Externe communicatie (regulier)*

De Gezondheidskrant is 3 keer verschenen. Het Specialist-Huisarts Bulletin is in totaal 5 keer verspreid onder medisch specialisten en eerstelijnszorgaanbieders. In de folderlijn zijn 18 nieuwe folders gemaakt en 171 folders aangepast. Er zijn 21 folders vervallen. In totaal zijn 2020 folders extern besteld. Op de achtergrond zijn de voorbereidingen getroffen voor het moderniseren en digitaliseren van de folderlijn. Naar verwachting kan dit in 2019 geïmplementeerd worden.

- *Social media*

		2018	2017	2016	2015	2014
Facebook	Aantal berichten	121	123	120	145	158
	Volgers op 31 december	2510	2307	1999	1562	907
	Elk bericht gemiddeld gezien door unieke personen	3211	3303	3516	2575	1072
	Elk bericht gemiddeld weergegeven	6420	6332	6553	4673	2483
	Elk bericht gemiddeld 'geliked'	58	56	63	45	38
	Reacties op berichten (totaal)	771	765	597	657	600
Twitter	Aantal tweets	80	100	75	194	101
	Volgers op 31 december	808	790	743	628	512
	Gemiddeld aantal weergaven per bericht	754	879	840	297	-
YouTube	Filmpjes geplaatst	4	17	6	18	12

- *Informatiebijeenkomsten*

In 2018 zijn 33 reguliere informatiebijeenkomsten georganiseerd waarvan 11 in samenwerking met andere organisaties zoals de Thuiszorg of Parkinsonnet. Ruim 1500 bezoekers bezochten deze bijeenkomsten. Dit is exclusief de bezoekers van de bijeenkomsten van het Longfonds. Naast de bijeenkomsten zijn er ook 14 rondleidingen georganiseerd voor groepen basisschoolleerlingen (20-30 kinderen per groep). De leskist voor scholen is 6 keer uitgeleend.

- *Website*

Vorbereidingen zijn getroffen voor het bouwen van een nieuwe website in 2019. Dit hangt ook samen met de modernisering van de folderlijn. Daarnaast is een pilot gestart rondom SEO (Search Engine Optimisation) om te kijken welke mogelijkheden hier liggen voor marketinggerichte communicatie.

Projecten

De afdeling Communicatie was in 2018 betrokken bij de diverse projecten waaronder:

- Fit voor de Toekomst;
- Nieuw roostersysteem en voorbereidingen meeroosteren;
- Dag van de verpleging;
- Continu verbeteren;
- MijnSJG;
- Voorbereidingen 150-jarig jubileum
- Campagne hygiëne;
- Communicatie rondom verbouwingen
- Hix Standaard Content;
- BeterDichtbij App;
- Griepvaccinatie campagne;
- Zorgnetwerk Weert;
- VPSB nieuw bestuur;
- Promotie Singelloop Mediweert;
- Zorgzeker campagne;
- Communicatie rondom AVG;
- Duurzame inzetbaarheid;
- Samen Beslissen;
- Eindejaarsgeschenk;
- MijnHelpdesk;
- iTask /VIM;
- MRI-fit;
- Training OK;
- Communicatie VBHC;
- Week van reflectie.

4. Personeel en Opleidingen

4.1 Duurzame inzetbaarheid

Het is bekend dat we allemaal langer moeten doorwerken en dat de omgeving waarin we werken onderhevig aan heel veel veranderingen die elkaar ook steeds sneller lijken op te volgen. Duurzame inzetbaarheid richt zich op de behoeften van *alle* medewerkers. Gericht op inzetbaarheid van medewerkers, nu en in de toekomst, heeft SJG Weert vorig jaar aandacht geschonken aan beleid rondom de persoonlijke (arbeids)situatie en de behoeften van de individuele medewerkers. Werknemers moeten doorlopend over realiseerbare mogelijkheden kunnen beschikken om in het huidige en toekomstige werk te blijven functioneren met behoud van gezondheid en welzijn. 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 immers in essentie om de continue aansluiting tussen wat de medewerker professioneel kan en wil en wat de werkgever aan werk vraagt en biedt.

SJG Weert ziet duurzame inzetbaarheid van de medewerker vanaf diens eerste werkdag als een strategisch aspect van personeelsbeleid – en daarmee van bedrijfsvoering en ondernemingsdoelstellingen. Werk en gezondheid worden in onderlinge samenhang gezien. Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van medewerker en werkgever. Een goede communicatie is essentieel, evenals het besef bij werkgever, leidinggevenden en werknemers dat ze alleen samen invulling kunnen geven aan duurzame inzetbaarheid.

SJG Weert wil medewerkers stimuleren om concrete acties te ondernemen om hun gezondheid en arbeidsomstandigheden te bevorderen, ook in situaties waarbij medewerkers arbeidsongeschikt zijn. Een voorbeeld daarvan is dat medewerkers bewust omgaan met de balans tussen werk, privé of gezonde voeding. Maar het kan ook gaan over concrete arbeidsomstandigheden; zaken op de werkplek die de medewerker helpen om beter en langer door te werken. SJG Weert creëert voorwaarden waaronder de medewerker zich kan ontwikkelen en kan inzetten.

De medewerker kan gebruik maken van die voorwaarden en heeft de verantwoordelijkheid om, binnen zijn of haar mogelijkheden, kennis en competenties in de breedte op peil te houden en daarmee de opties voor (huidig en toekomstig) werk open te houden.

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 samen werken. Vanuit deze doelstelling zijn er in 2018 een aantal zaken in dit verband opgepakt en gerealiseerd. Die worden hieronder kort opgesomd:

- Om de betekenis van het begrip duurzame inzetbaarheid te laten ontstaan zijn er masterclasses duurzame inzetbaarheid gegeven;
- Een scholingsprogramma voor ergocoaches;
- Een sportregeling;
- Ontwikkeling van een webportal met informatie en verwijzingen betreffende thema's van duurzame inzetbaarheid;
- Versterking van de aanpak op het gebied van arbeidsomstandigheden.

Daarnaast zijn er in maart 2018 ook inspiratiedagen georganiseerd. Deze waren erop gericht om medewerkers bewust te maken van de eigen vitaliteit, zijn of haar verantwoordelijkheden en de eigen regie. Deze dagen waren een succesvol startevenement waarna er vervolg is gegeven in de vorm van onder meer trainingen dialoogvaardigheden en lunchbijeenkomsten.

4.1.1 Verzuim

De ziekteverzuimpercentages van SJG Weert worden onderverdeeld in twee organisatie-eenheden zorg en algemeen. Over 2018 was het verzuim (exclusief zwangerschap) 5,28% en het aantal fte's was 667 fte.

Weliswaar is het verzuimcijfer hiermee lager dan over het verslagjaar 2017, het lijkt erop dat het verzuim de afgelopen jaren langzaam toeneemt. Daarom zijn in voorgaande jaren maatregelen genomen zoals trainingen en sociaal medische overleggen. Met daarnaast uiteraard aandacht voor werkdruk, arbeidsomstandigheden, ergonomie, risico inventarisatie en frequent verzuim aanpak. Het aandeel van langdurig arbeidsongeschikten is fractioneel toegenomen. Van 0,79% in 2017 naar 0,80 in 2018. Aandacht voor de verzuimproblematiek is en blijft belangrijk. Dit besef heeft er toe geleid in de 2^e helft 2018 een uitgebreide verzuimanalyse uit te voeren. Deze resultaten van deze verzuimanalyse zijn begin 2019 gerapporteerd aan de Raad van Bestuur en management.

4.1.2 Generatiebeleid

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. Op basis van dit advies heeft de Raad van Bestuur afgewogen het Generatiebeleid niet als arbeidsvoorwaardelijk instrument in te voeren maar de aanpak gericht op duurzame inzetbaarheid te intensiveren. De redenen daarvoor zijn de volgende:

- De beoogde regeling Generatiebeleid is bestemd voor een beperkte groep medewerkers die aan de leeftijdscriteria voldoen. Zo ontstaat er scheefgroei tussen (leeftijds)groepen van personeel. De directie is daar geen voorstander van en van mening dat beleid betreffende duurzame inzetbaarheid op het voltallig personeel gericht dient te zijn.
- De beoogde regeling Generatiebeleid schept geen recht. De instelling is niet verplicht een regeling Generatiebeleid in te voeren binnen de eigen organisatie. Werknemers hebben, op basis van de cao-afspraken over Generatiebeleid, geen aanspraak op toepassing van een regeling Generatiebeleid.
- Tegen de achtergrond van de grootte van ons ziekenhuis is de inschatting gemaakt dat de herbezetting van vrijgevallen uren allerlei praktische problemen oproept met mogelijke, weliswaar onbedoeld, gevolgen voor de patiënt. De directie vindt dat onwenselijk.
- De huidige PLB regeling in de cao ziekenhuizen voorziet in feite in dezelfde mogelijkheden als de beoogde regeling Generatiebeleid. Daar liggen nog voldoende mogelijkheden en kansen die te benutten in het kader van duurzame inzetbaarheid alvorens de noodzaak zich aandient een nieuwe regeling te ontwerpen.

4.1.3. Actuele ontwikkelingen

Vervanging dienstroosterpakket Square door OWS van ORTEC

In het verslagjaar is een stuurgroep en een projectgroep aan de slag geweest om het vigerende dienstroosterpakket Square te vervangen door OWS van ORTEC. Deze vervanging is begin 2019 gerealiseerd.

SJG Weert is voornemens over te stappen 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. Over mee-roosteren is veelvuldig overleg gevoerd met de OR en beoogd is dit in 2019 te implementeren.

4.2 Opleidingen en stages

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

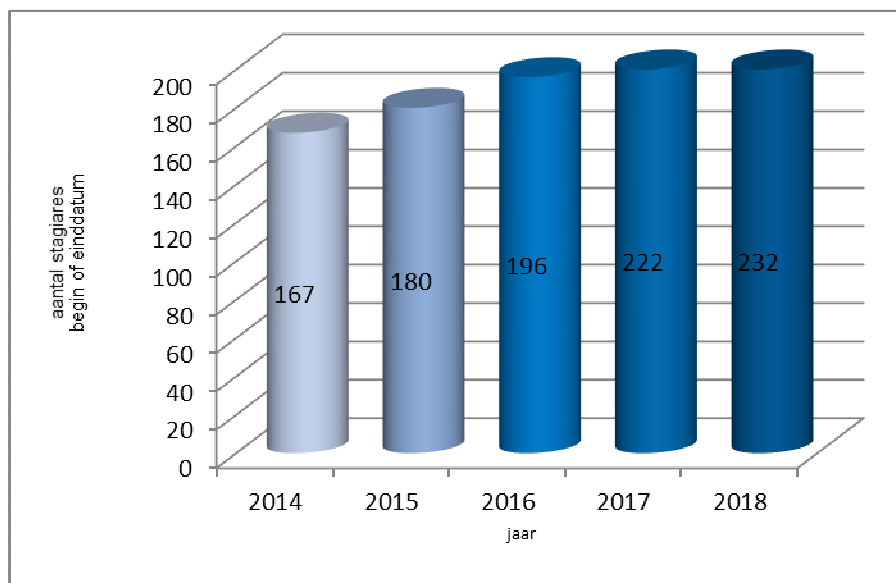
4.2.1 Strategisch opleidingsplan

SJG Weert heeft een nieuw strategisch opleidingsplan met een looptijd tot en met 2025. In dit strategisch opleidingsplan wordt uitgegaan van de strategie van SJG Weert, de bijbehorende strategische thema's en de interne visie op leren naar gewenst gedrag van medewerkers en

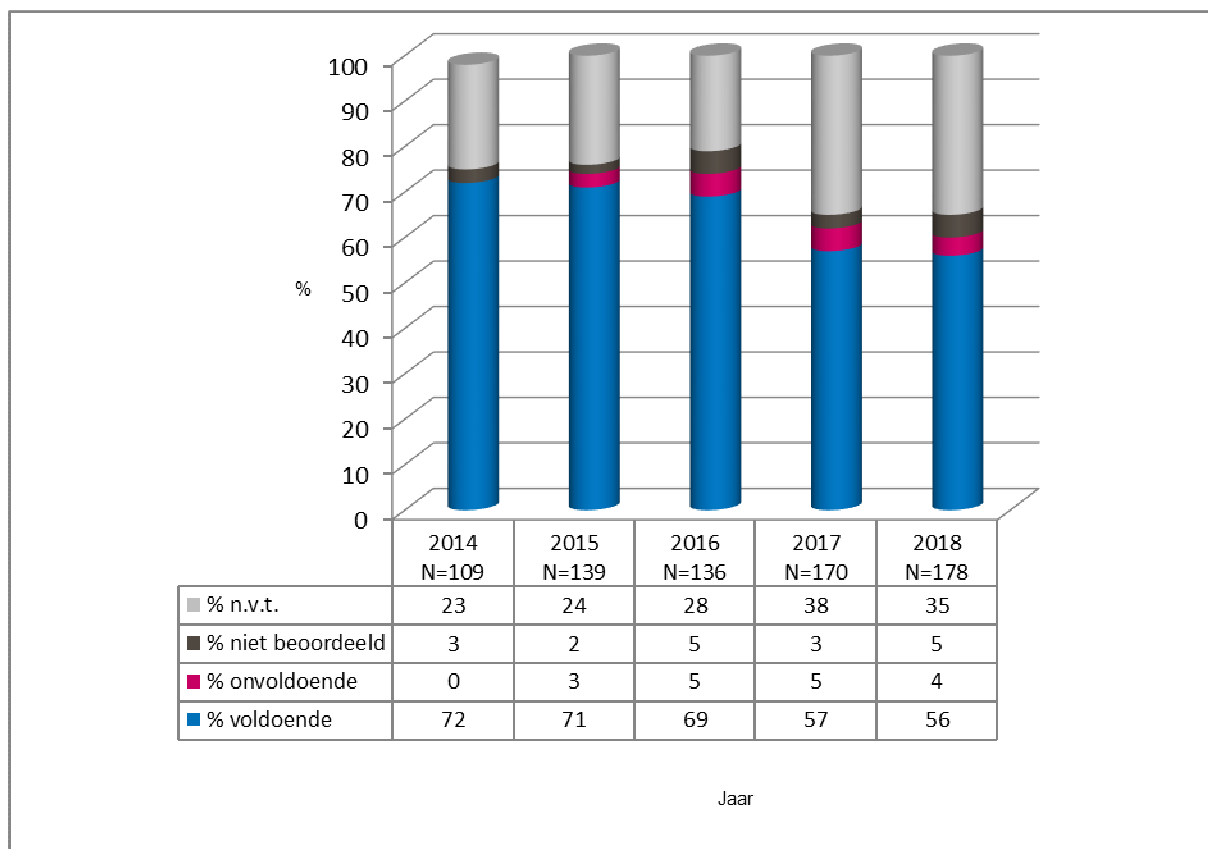
naar (concrete en nog te ontwikkelen) leerinterventies die nodig zijn om het gewenste gedrag te ontwikkelen. Evaluatie en borging van deze leerinterventies is een belangrijk onderwerp. Dit strategisch opleidingsplan is een dynamisch document dat jaarlijks geëvalueerd en bijgesteld wordt met betrokken partijen. Dit is van belang om een bijdrage te kunnen leveren aan het realiseren van de strategische richting van de organisatie. Tevens dient dit document om de operationele opleidingsplannen te kunnen monitoren.

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 2018 hebben in totaal 232 stagiaires in SJG Weert een stageperiode doorlopen (begin of einddatum stage in selectiejaar). Onderstaand een overzicht van het aantal stagiaires met betrekking tot de laatste 5 jaren, geselecteerd op begin of einddatum stage in selectiejaar.



In het onderstaande 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 van het College Zorg Opleidingen (CZO):

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

Daarnaast is er ook een erkenning voor de opleiding tot anesthesie medewerker en operatie assistent.

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 72 manuals beschikbaar in het LMS voor medewerkers.

Geopende manuals laatste 5 jaar	Aantal
2018	7.985
2017	5.435
2016	6.155
2015	5.105
2014	8.128

Top 5 meest geopend in 2018	Aantal	Top 5 Vorig jaar (2017)	Aantal
1. Handhygiëne	1.128	1. BLS (reanimatie volwassenen)	1.235
2. BLS (reanimatie volwassenen)	938	2. BHV theorie	604
3. Isolatiemaatregelen	825	3. Ultimo	258
4. BHV theorie	689	4. HiX	243

5. Persoonlijke hygiëne	632	5. BLS-baby	205
-------------------------	-----	-------------	-----

4.2.5 Inlogtijd Leerplein

Het totaal aantal uren dat deelnemers in het Leerplein zijn ingelogd.

Overzicht laatste 5 jaar	Aantal
2018	27.308
2017	26.077
2016	21.335
2015	8.515
2014	11.653

In 2018 zijn er 8.341 certificaten (incl. deelnamebewijs) centraal uitgereikt in het digitale portfolio van de actuele medewerkers. In totaal zijn er nu 58.172 certificaten van de actuele deelnemers opgenomen in het Leerplein (peildatum 20 februari 2018)¹.

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 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 2017 zijn bekend en dit heeft niet geleid tot een materiële aanpassing van het resultaat 2018. Het rechtmatigheidsonderzoek 2018 is momenteel onderhanden en de verwachte uitkomsten zijn betrokken bij het opstellen van de jaarrekening 2018. Er vinden door het jaar heen uitgebreide controles plaats door de AO/IC functionaris. De definitieve rapportage zal naar verwachting voor 1 juli 2019 plaatsvinden en voor 1 oktober 2019 volgt 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.
- In 2018 is met ZN overeenstemming bereikt over de vaststellingsovereenkomst.
- De rechtbank heeft de zittingsdatum vastgesteld op 20 mei 2019 en tevens bepaald dat de behandeling in een meervoudige kamer zal plaatsvinden.

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 2018 is er een omzet gerealiseerd van € 97,0 mln. tegenover € 96,1 mln. in 2017 zijnde een omzettoename van 1,0%. De stijging van de omzet Zorgverzekeringwet van € 0,2 mln. is nagenoeg geheel veroorzaakt door prijsindexatie van de zorgverzekeraars. In 2018 heeft SJG Weert in het kader van het “Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional” een subsidie ontvangen van € 0,3 mln. Daarnaast zijn de opleidingssubsidies in 2018 gestegen met € 0,3 mln.

De personeelskosten (inclusief personeel niet in loondienst) zijn gestegen met € 2,6 mln. (6%) van € 42,8 mln. in 2017 naar € 45,4 mln. in 2018.

Deze stijging wordt veroorzaakt door de cao afspraken en uitbreiding van het personeelsbestand. Met ingang 1 juli van 2018 zijn de lonen met 2% gestegen. Daarnaast is er sprake van verhoging van de vakantietoeslag met 0,33% (vanaf 1 januari) en is per 1 september 2018 een eenmalige uitkering van € 200,- per FTE verwerkt.

Het personeelsbestand in loondienst bedroeg in 2018 gemiddeld 681 FTE's ten opzichte van 673 FTE's in 2017. De loonquote bedroeg in 2018 54,1%, tegenover 51,4% in 2017. De omzet 2018 en 2017 zijn in deze berekening gecorrigeerd voor het honorarium vrijgevestigde specialisten. De kosten van personeel niet in loondienst zijn in 2018 gestegen met 0,4 mln ten opzichte van 2017. Deze stijging wordt enerzijds veroorzaakt door het programma Fit voor de Toekomst en anderzijds door het vertrek van een RvB lid, wiens dossiers deels binnen de managementstructuur tijdelijk zijn ingevuld.

De Overige Bedrijfskosten stegen met 2,1% van € 29,6 mln. in 2017 tot € 30,2 mln. in 2018. De onderhoud - en energiekosten zijn met € 0,4 mln. toegenomen als gevolg van gestegen energieprijzen en de algemene kosten waren in 2018 ca. € 0,3 mln. hoger als gevolg van ICT – en advieskosten. Daartegenover staat dat er bij de patiëntgebonden kosten sprake is van een lichte daling van € 0,1 mln. ten opzichte van 2017. De kosten voor huur en leasing zijn gelijk gebleven.

De afschrijvingen bedragen in 2018 € 5,8 mln. Vooruitlopend op de verbouwing van de kliniek zijn oude activa componenten voor een bedrag van € 0,6 mln. versneld afgeschreven.. In 2018 is er daarnaast sprake van een (bijzondere) waardevermindering van de vaste activa van € 1,6 mln. als gevolg van gedeeltelijke buitengebruikstelling.

De rente lasten en baten zijn als gevolg van de reguliere aflossingen in 2018 licht gedaald.

Geschetste ontwikkelingen leidden in 2018 tot een licht positief resultaat van € 0,2 mln., tegenover € 5,1 mln. in 2017.

5.3 Investerings

In 2018 is er voor een bedrag van € 8,2 mln. geïnvesteerd. De investeringen hebben betrekking op medische apparatuur (€ 1,7 mln.) en ICT (€ 1,2 mln.). Daarnaast is er bouwkundig geïnvesteerd in de IC/CCU (€ 1,0 mln.) en de nieuwbouw van logistiek (€ 1,7 mln.).

5.4 Kasstroom

Uit de operationele activiteiten is een positieve liquiditeitsstroom gegenereerd van bijna € 17,8 mln. (2017: € 0,8 mln.). De toename van de liquide middelen is met name het gevolg van afname van een extreem hoog debiteurensaldo ultimo 2017. Deze hoge positie was ontstaan als gevolg van de vertraging in de facturatie over de maand oktober 2017 tot begin 2018. Inmiddels is het debiteurensaldo is genormaliseerd. In 2018 is evenals in 2017 op de bestaande langlopende leningen een bedrag van € 2,4 mln. afgelost. Per saldo zijn de liquide middelen met € 7,1 mln. toegenomen terwijl er in 2017 sprake was van een afname van € 6,0 mln.

De Debt Service Capacity Ratio is gedaald van 3,4 in 2017 naar 2,7 in 2018 hiermee wordt voldaan aan de minimale eis van 1,3 die de ABN-AMRO Bank N.V. heeft gesteld.

5.5 Balans

Per saldo werd de balans per ultimo jaar met 3,8% verkort van € 82,7 mln. ultimo 2017 naar € 79,6 mln. ultimo 2018. Deze verlenging is geheel toe te schrijven aan een aanzienlijke afname van de vlottende activa.

Na toevoeging van het Resultaat (€ 0,2 mln.) en herwaardering van de grond (-/- €0,4 mln.) - die rechtstreeks in mindering is gebracht op de Herwaarderingsreserve - bedraagt het Eigen Vermogen € 34,4 mln. waarmee de Solvabiliteit ultimo 2018 uitkomt op 43,3%. (41,8% in 2017).

De Current Ratio is ultimo 2018 licht gedaald naar 2,3 ten opzichte van 2,4 ultimo 2017.

5.6 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.

De financiële risico's zijn in 2017 in het middellange termijnplan meegenomen. In 2018 is gestart met het programma Fit voor de Toekomst. Dit programma bevat twee grote pijlers, namelijk het zorgprofiel en de bijhorende vastgoedontwikkelingen. Beide pijlers hebben risico's die opgenomen moeten worden in een geheel nieuw middellang termijn plan. Omdat de ontwikkelingen in het najaar van 2018 gestart zijn en in het voorjaar 2019 duidelijk worden, is het middellange termijn plan niet in 2018 herzien. In de eerste helft van 2019 komen alle onderwerpen bij elkaar en zal het MTP voor het tijdvak 2020-2025 worden opgesteld. Hierin zijn dan de gevolgen voor verlies & winstrekening, balans en kasstroom alsmede de afbouw van de kapitaallastenvergoeding opgenomen. In combinatie met de ten behoeve van bouwplannen vereiste middelenbehoefte kan er tijdig, beleidsmatig worden gereageerd, gericht op rendementsbehoud, voorwaarde voor continuïteit.

SJG Weert in 2018 gestart met het proces om over te gaan op horizontaal toezicht zorg (HT). Volgens de definitie "Bij horizontaal toezicht gaat het om wederzijds vertrouwen tussen de inspectie en de geïnspecteerde, het scherper naar elkaar aangeven wat ieders verantwoordelijkheden en mogelijkheden zijn om het recht te handhaven en het vastleggen en naleven van wederzijdse afspraken."

Alles is erop gericht om de risico's van de DBC registratie tot en met facturatie te kennen, om vervolgens hiervoor beheersmaatregelen in te richten. In 2018 zijn er procesafspraken gemaakt met de accountant en de representerende verzekeraars.

In grote lijn bestaat het HT project uit:

- Beschrijven van de hoofdprocessen van SJG, inclusief taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden
- Identificeren en analyseren van mogelijke risico's, gerangschikt naar de kans dat ze voorkomen en het mogelijke schadelijke effect hiervan
- Bepalen en beschrijven en implementeren van de benodigde beheersmaatregelen
- Verbeteren en beschrijven van de administratieve organisatie van de hoofdprocessen
- Beschrijven van het gehele controlesysteem van SJG, inclusief de verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van instructie, registratie, controle en eventuele correcties.

6. Huisvesting

De huisvesting zal in de komende jaren onze agenda domineren. Lopende projecten zijn in 2018 afgerond, zoals de verbouwing van de oogheelkunde, de verplaatsing van de Intensive Care en de nieuwbouw van logistiek en het milieuplein is bijna een feit.

Nadrukkelijk is besloten onze huisvestingsopgave integraal te bezien en niet in de afzonderlijke onderdelen te besluiten. De uitwerking van het zorgprofiel voor de toekomst van SJG Weert maakt dat in Q2 2019 een integraal lange termijn huisvestingsplan opgeleverd zal worden. Daarvoor zal eerst de benodigde financiering een plek moeten krijgen.

Deze stappen resulteerden er in dat geen opstart is gemaakt met de verbouwing van de kliniek om zo het gehele terrein van SJG Weert in ogenschouw te nemen.

Daarbij zullen goede inzichten en landelijke ontwikkelingen zoals bedbezetting, logistieke concepten en duurzaamheid een plek krijgen. Essentieel voor de toekomst is dat onze gebouwen flexibiliteit laten zien, flexibel in de vraag van de gebruiker.

7. Vooruitzicht

Waar in 2018 de voorbereidende werkzaamheden zijn getroffen om tot een zorgprofiel te komen, zal dit in 2019 vorm gaan krijgen. Veerkracht en flexibiliteit zullen voorop moeten blijven staan. Het zorgprofiel baseert zich op vele beschikbare cijfers van CBS, RIVM en anderen die voor de komende 5 tot 10 jaar zicht geven op de ontwikkelingen. De vergrijzing in onze regio zal een forse uitdaging worden voor de zorgvraag. De ontwikkeling dat we met elkaar patiënten langer thuis willen houden is een andere. Dat ICT de zorg gaat veranderen zal duidelijk zijn. De BeterDichtbij app die ons ziekenhuis in gebruik genomen heeft maakt al dat meerdere patiëntengroepen in de gelegenheid zijn digitaal vragen te stellen aan hun behandelend specialist. De ICT ontwikkeling gaat echter nog veel verder. Het gebruik van 'wearables' zal de komende jaren groeien. Het zal onze aandacht vragen op het juiste moment en op de juiste ontwikkeling in te stappen.

Onze inzet op met behulp van Lean processen te stroomlijnen gaat zijn vruchten afwerpen. Dag- en weekstarts zorgen ervoor dat afdelingen hun gezamenlijke vragen snel kunnen delen en het team een kort moment heeft om op gestructureerde wijze knelpunten en uitdagingen vlot en goed het hoofd te kunnen bieden.

Value Based Health Care heeft ons al meerdere trajecten kennis laten maken met de kracht van het team om op uitkomsten te sturen (artrosecentrum, borstkanker en darmkanker). Dit zullen we in 2019 verder uitbreiden om zo een blijvende kwaliteitsverbetering en -stroomlijning tot stand te brengen. Een volgende stap wordt genomen om dit transmuraal vorm te gaan geven, zodat er veel minder obstakels zijn met de partner zorgverleners. Dan kunnen we echt spreken van blijvende impact op kwaliteit en beleving voor patiënten.

De accenten die ons ziekenhuis al heeft zullen ook vanuit de analyses naar de toekomst bestendig worden. Ouderenzorg is gezien onze regio van grote meerwaarde. De basiszorg in de Oncologie en in het bijzonder borstcarcinoom zal een ander accent zijn, waar we als SJG de meerwaarde goed kunnen neerzetten. Vanuit het netwerk OncoZon krijgt dat de oncologie een brede aanpak en worden protocollen integraal afgestemd.

Om al onze zorg mogelijk te maken betekent dat ook dat we onze ondersteunende stafafdelingen een prominente plek moeten geven. Of dit nu gaat over de afdeling Kwaliteit, die de voorbereiding voor de NIAZ accreditatie begeleidt, de ICT afdeling die 24/7 zorg draagt dat al onze systemen adequaat hun werk doen en met hoge snelheid de ontwikkelingen bijbeent, of dat de afdeling Inkoop er zorg voor gaat dragen dat we in 2019 een nieuw ERP gaan introduceren dat ons in staat stelt onze contracten goed te volgen, de inkoop bewaakt en onze financiën bij kan houden. Niet te vergeten is ook de afdeling Bouw & Techniek die alle zeilen bij zal zetten om de veelheid aan huisvestingsvraagstukken te regisseren of de afdeling Voeding & Service die in 2019 nieuwe voedingsconcepten zal mogelijk gaan maken.

Bijlage 1: Vereniging Medische Staf

Leden Vereniging Medische Staf SJG Weert 31.12.2018:

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

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

Waarnemers/chef de cliniques, - nog - geen lid VMS SJG Weert 2018

1. Mw. M. van Boreen, internist
2. Dhr. P.L. Kubben, neurochirurg
3. Mw. I. Lutgens, KNO arts

4. Mw. A.M. Leloux, gynaecoloog
5. Dhr. Prof. Dr. J.J. van Overbeeke, neurochirurg
6. Mw. J.R. Steenbakkens, radiotherapeut

Bijlage 2: Afkortingen

AO/IC	Administratieve Organisatie/Interne Controle
ANW	Avond, Nacht en Weekend
CR	Cliëntenraad
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
RIE	Risico Inventarisatie en Evaluatie
SIT	Spoed Interventie Team
VBHC	Value Based Health Care
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