

Bestuursverslag 2016

22 mei 2017

Inhoudsopgave

Bericht van de Raad van Bestuur

1. Kernegegevens

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

2. Organisatie

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

3. Beleid

- 3.1 Gezamenlijke prioriteiten 2016
- 3.2 Belangrijke resultaten uit sectoren
 - 3.2.1 Speerpunten
 - 3.2.2 Overige sectoren
 - 3.2.3 Mediweert
- 3.3 Rijksinspecties
- 3.4 Kwaliteit en Veiligheid
 - 3.4.1 NIAZ heraccreditatie en VMS certificatie
 - 3.4.2 Interne audits
 - 3.4.3 Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI)
 - 3.4.4 Retrospectieve Risico Inventarisatie
 - 3.4.5 Prestatieindicatoren
 - 3.4.6 Kwaliteitscertificaten, -labels en accreditatie
 - 3.4.7 Klanttevredenheidsonderzoek
 - 3.4.8 Sterftecijfer
 - 3.4.9 iDocument
 - 3.4.10 Integraal crisisplan
 - 3.4.11 Calamiteiten patiëntenzorg
- 3.5 Externe gebeurtenissen gedurende het boekjaar
- 3.6 Communicatie

4. Personeel en Opleidingen

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

5. Financiën

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

6. Huisvesting

7. Vooruitzicht

Bijlage 1: Vereniging Medische Staf

Bijlage 2: Afkortingen

Bericht van de Raad van Bestuur

Geachte lezer,

Voor u ligt het jaarverslag 2016 van SJG Weert. Als u zo door de inhoud bladert zult u zien dat er weer veel bereikt is in dat jaar. Zowel op het gebied van kwaliteit van zorg als financieel zijn er goede resultaten geboekt. Druk van buitenaf (verantwoording; financiële druk; kwaliteitseisen; onderhandelingen met zorgverzekeraars) maakte evenwel dat er in de breedte hoge werkdruk wordt ervaren. Het is duidelijk dat de grote gezamenlijke inspanningen er toe leiden dat SJG Weert steeds beter “op de kaart staat”: het imago is de laatste jaren sterk verbeterd.

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

Veel leesgenoegen!

*Eric Rikkert
Algemeen directeur*

*Inge de Wit
Waarnemend directeur Zorg*

1. Kerngegevens

1.1 Medewerkers/productie/omzet/resultaat

	2016	2015	index 2016/2015
Personeel in dienst absoluut (ultimo)	1.063	1.036	102,6%
Personeel in dienst fte (gemiddeld)	667	659	101,2%
Eerste poli bezoeken	57.132	55.471	103,0%
Herhalingsbezoeken	101.257	102.718	98,6%
Dagbehandelingen	8.736	8.983	97,3%
Opnames (incl. eendaagse opnames)	9.605	9.506	101,0%
Verpleegdagen	44.455	45.152	98,5%
Gemiddeld verpleegdagen	4,63	4,75	97,4%
Omzet x € 1.000	94.842	92.660	102,4%
Resultaat x € 1.000	3.263	2.609	125,1%

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 2016 (Prisma Management Facetten) zijn ten tijde van vaststelling van het bestuursverslag nog niet beschikbaar. De adherentiecijfers 2015 worden onderstaand weergegeven.

	2015
Adherentie polikliniek	84.396
Adherentie kliniek	77.294
Adherentie kliniek + dagverpleging	80.749

1.3 Samenwerking

SJG Weert is een relatief klein ziekenhuis. Voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg zijn er samenwerkingsafspraken die goede zorg voor onze patiënten uit het adherentiegebied waarborgen. De samenwerking binnen de 2^e lijn, met andere ketenpartners en met zorgverzekeraars kan als ‘goed’ en ‘constructief’ worden omschreven. Het huisartsen-ziekenhuisoverleg functioneert goed en draagt bij tot korte communicatielijnen naar de 1^e lijn. De op initiatief van de huisartsen en medisch specialisten opgerichte stichting OpStap - met als doel betere samenwerking door de organisatie van evenementen op het gebied van scholing en integratie - functioneert goed. Het leidt tot gezamenlijke initiatieven die ten goede komen aan de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Zorgdomein, een online verwijsmodule voor de huisartsen, is een blijvend succes. Inmiddels komen vrijwel alle verwijzingen digitaal binnen. Daarnaast is Zorgdomein uitgebreid met de module voor het aanvragen van diagnostiek.

Vorbereidingen zijn getroffen om begin 2017 verwijzingen vanuit de HAP ook via Zorgdomein te laten verlopen.

Met Meditta, de ondersteuningsorganisatie voor huisartsen, is frequent bestuurlijk overleg. Naast afspraken inzake 1^e lijns diagnostiek wordt gewerkt aan afspraken gericht op het verantwoord en haalbaar terugleggen van consulten van de 2^e lijn naar de 1^e lijn en het opzetten van 1,5^e lijns zorg. Het motto daarbij is ‘door de huisarts als het kan, door de medisch specialist als het moet’. Belangrijke mijlpaal zijn de vastgelegde afspraken voor de ontwikkeling van een geïntegreerde HAP/SEH. De spoedpost Weert is in januari dit jaar officieel in gebruik genomen. Met POZOB, huisartsenorganisatie die in Noord-Brabant de chronische zorg voor huisartsen organiseert, zijn contracten getekend aangaande COPD, DM type 2, CVRM en dementie. Het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) ontwikkelt zich op geleide van de eisen van overheid en vakverenigingen tot een zelfstandige entiteit voor integrale inkoop van geboortezorg. Dit zal voorsnog vanaf 2018 plaatsvinden.

De zorginhoudelijke samenwerking met het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) gaat gestaag door. Ten aanzien van diverse vakgroepen en patiëntencategorieën zijn kwaliteitsafspraken gemaakt rondom de verwijzing en overdracht van patiëntenzorg (interne geneeskunde, chirurgie, cardiologie,

longgeneeskunde en klinische fysica). De werkzaamheden van de ziekenhuisapotheek worden geleverd door CZE. Op het gebied van de oncologische zorg zijn, tegen de achtergrond van de ONCO-ZON, zorgpaden vastgesteld en afspraken over tumorspecifieke MDO's nader uitgewerkt.

De oogheelkundige zorg wordt geleverd door de oogartsen van de vakgroep oogheelkunde van MUMC+. De apparatuur voor oogheelkunde is in 2016 geheel vernieuwd en voldoet aan de eisen voor goede zorg passend bij het beleid van het ziekenhuis. Dermatologie, reumatologie, medische microbiologie en pathologie worden georganiseerd in samenwerking met LZR. Voorbereid wordt een besluit tot het volledig uitbesteden van het laboratorium MMB.

De poliklinische apotheek - eigendom van regionale apothekers en het ziekenhuis - blijkt te voorzien in een behoefte. Openingstijden zijn uitgebreid naar de zaterdag en van de dienstapotheek - op dezelfde locatie gevestigd - wordt ook veel gebruik gemaakt. Ontslaggesprekken met patiënten over medicatie zijn geheel overgenomen door de poliklinische apotheek.

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

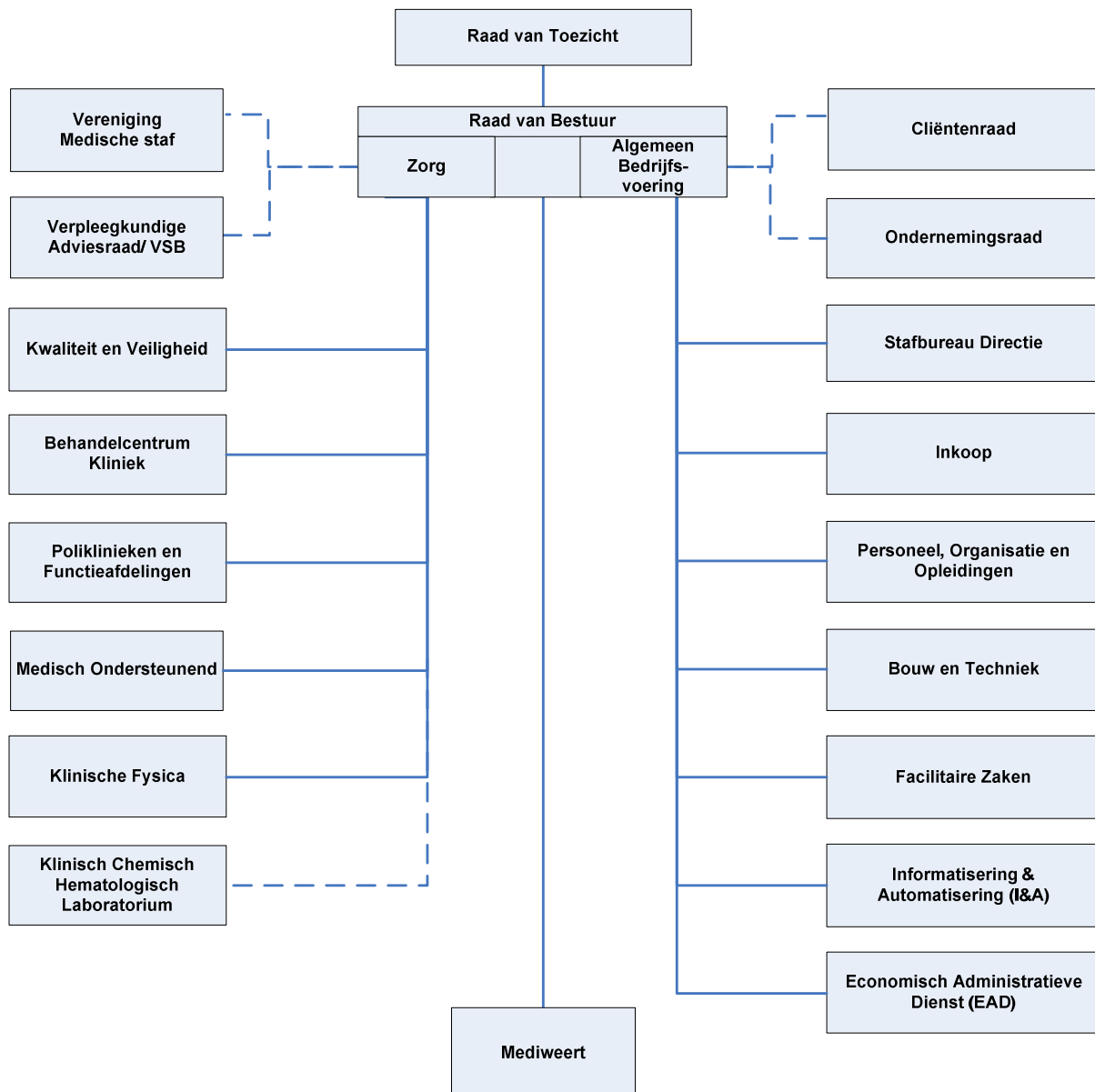
In 2016 is besloten toe te werken naar een regio-bestuurders overleg met de partijen die betrokken zijn bij de zorg in de regio Weert. In 2017 wordt daartoe een overeenkomst getekend door LvH, VvGI, Meditta, gemeente en SJG Weert. Met ondersteuning van de zorgverzekeraars wordt ROBUUST ingezet voor programma-management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

Er is actieve deelname aan regionale netwerken zoals palliatieve zorg, dementie en CVA. Het Palliatief Advies en Ondersteuningsteam (PAOT) ontwikkelt nadere transmurale samenwerking met doel te komen tot een organisatie-overstijgend PAOT.

2. Organisatie

2.1 Organogram

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



2.2 Besturingsmodel

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

In het kader van de planning- en controlcyclus worden jaarlijks door Raad van Bestuur en bestuur Vereniging Medische Staf (VMS) gezamenlijk prioriteiten vastgesteld. Deze zijn gebaseerd op de meerjaren medische en bestuurlijke beleidsplannen. In combinatie met de kwantitatieve ruimte die voortvloeit uit de begroting vormt dit het referentiekader voor de jaarlijkse plannen van de verschillende bedrijfsonderdelen. De voortgang wordt tweemaal per jaar met de betreffende vakgroep,

manager bedrijfsvoering en Raad van Bestuur besproken in de zogenaamde voor- en najaarsoverleggen. De vakgroepen en de capaciteiten (kliniek, behandelcentrum, poliklinieken & functieafdelingen, medische ondersteuning) stellen jaarlijks een jaarverslag op over de bereikte resultaten uit het voorgaande jaar.

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

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

Het MT van SJG Weert was per 31 december 2016 als volgt samengesteld:

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

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

Vereniging Medische Staf

In het verslagjaar 2016 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 2016. Daarnaast is de Raad van Bestuur maandelijks als toehoorder aanwezig bij de vergaderingen van de VMS.

Medisch Specialistisch Bedrijf

In het kader van de invoering van de integrale bekostiging is per 1 januari 2015 de Coöperatie MSB Weert u.a. (MSB) opgericht. Het bestuur van het MSB bestond op 1 januari 2016 uit de volgende leden:

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

Tot januari 2015 waren vrijgevestigde medische specialisten aan SJG Weert verbonden via een toelatingsovereenkomst. Na die datum zijn de vrijgevestigde medische 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 2016 onder meer zijn besproken betroffen:

- Toenemende registratiedruk en ondersteuning vanuit de polikliniek;
- Het verlenen van onverzekerde zorg vanuit het ziekenhuis of externe locatie;
- Gezamenlijk ondernemen, ontwikkelingen in de 1,5^e lijns zorg;
- Honorarium 2016;
- Het meerjarenbeleidsplan SJG Weert.

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

Nadere afspraken ten aanzien van de onderlinge dienstverlening op terreinen van P&O en Financiële Administratie zijn in overeenkomsten vastgelegd.

2.2.1 Normen voor goed bestuur

SJG Weert past de Zorgbrede Governancecode volledig toe. De verantwoording over het beleid vindt plaats via de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording (Bestuursverslag, Jaarrekening en DiGiMV). Daarnaast treedt SJG Weert over strategische onderwerpen in overleg met diverse interne en externe belanghebbenden. Dit is gebeurd met betrekking tot alle onderwerpen in het Ondernemingsplan/ Meerjaren Bestuurlijk Beleidsplan. Onder externe belanghebbenden worden hier verstaan: huisartsen, verloskundigen, apothekers en overige 1^e lijnszorg, DVU, instellingen in de 3^e lijnszorg, stichting Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg, Riagg Zuid, patiëntenorganisaties, IGZ, zorgverzekeraars, Huis voor de Zorg, 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 2015 is de overeenkomst met BDO voor de derde keer verlengd en deze loopt nu tot en met de jaarrekeningcontrole 2017. 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 2016 als volgt samengesteld:

Naam	Functie	Nevenfuncties
Dhr. H.L.M. Rikkert	voorzitter Raad van Bestuur	
Dhr. drs. M.O.J.M. Visser, kinderarts	lid Raad van Bestuur/directeur zorg	voorzitter RvT SGL voorzitter Raad van Commissarissen MCC OMNES

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

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

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

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

2.3.1 Afspraken tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

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

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

- De realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;
- De strategie en de risico's verbonden aan activiteiten van de organisatie;
- De opzet en werking van de interne risicobeheersing- en controlesystemen, waaronder kwaliteit en veiligheid;
- De financiële verslaglegging;
- De naleving van wet- en regelgeving;
- Het uitvoering geven aan het zijn van een 'zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid'.

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

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

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

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

2.4 Raad van Toezicht

2.4.1 Samenstelling

De Raad van Toezicht bestond in 2016 uit zes personen met verschillende achtergronden. De Raad van Toezicht kwam in 2016 zevenmaal 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 bijgewoond en vond een bijeenkomst plaats van Raad van Toezicht met Raad van Bestuur en het bestuur VMS.

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 2016 als volgt samengesteld:

Naam, functie (geboortejaar)	Aandachtsgebied	Nevenfuncties	Eerste benoeming / moment van aftreden	RvT formele vergaderingen aanwezig
Mw. mr. J.A.M. van Schaik-Veltman, voorzitter (1948)	juridische zaken, contact CR, remuneratie-commissie, agendacommissie, wervings- en selectiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> • senior-raadsheer gerechtshof 's-Hertogenbosch 	01-03-2010 / 28-02-2018 niet herbenoembaar	7
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)	auditcommissie, wervings- en selectiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> • zelfstandig ondernemer DGA Kastia B.V. • zaakvoerder en mede-eigenaar Jeker en Geer SPRL • lid rekenkamer Maastricht 	01-07-2013/ 31-06-2017 herbenoembaar	7
Mw. M.P.H. Princen – Stultiëns, vice-voorzitter/ Secretaris (1962)	wervings- en selectiecommissie, remuneratie- en agendacommissie	<ul style="list-style-type: none"> • hoofd administratie TalTechniek BV • voorzitter MKB Limburg • voorzitter Weerterlandprijs • voorzitter Stg Sectorplan MKB 	01-01-2014/ 31-12-2017 herbenoembaar	6
Dhr. J.W. van der Kouwe, lid (1957)	commissie kwaliteit en veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenaar Van der Kouwe Consultancy 	01-02-2016/ 31-01-2020 herbenoembaar	6
Dhr. J.L.G. Creemers, lid (1965)	auditcommissie, wervings- en selectiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> • directeur eigenaar Johan Creemers Consultancy • lid ledenraad Rabobank • voorzitter TWC Weert • voorzitter RvT VVV Midden Limburg • Lid RvT samenwerkende VVV's Limburg • Bestuurslid stichting administratiekantoor Handels Belastingadviseurs • Lid RvT Lunet Zorg 	01-07-2014/ 30-06-2018 herbenoembaar	7

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. De juridische discipline is vertegenwoordigd bij mevrouw Van Schaik, de kennis van de zorg bij de heren Muller (voormalig internist) en van der Kouwe (voormalig huisarts). De Raad van Toezicht hanteert op basis van zijn reglement een algemeen en een specifiek profiel, waarmee bij een vacature rekening wordt gehouden. De Ondernemingsraad heeft recht van aanbeveling ten aanzien van nieuwe leden in de Raad van Toezicht. De Cliëntenraad heeft recht van bindende voordracht voor één van de leden van de Raad van Toezicht.

2.4.2 Bezoldiging Raad van Toezicht

De honorering van de leden van de Raad van Toezicht bedroeg in 2016 € 8.438,- bruto excl. btw per jaar per lid. De voorzitter ontving een toeslag van 50%. Tevens ontvingen de leden een vaste vergoeding van € 25,- per maand voor posten zoals communicatie/IT kosten. Deze honorering is conform het advies van de NVTZ (update 2012). Op de honorering zijn geen – door de NVTZ wel geadviseerde – indexeringen toegepast. Deze honorering blijft ruimschoots binnen de thans door de Wet Normering Topinkomens (WNT) en de ministeriële regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen in de zorg bepaalde maxima.

Voor de bezoldiging van de Raad van Toezicht wordt verwezen naar de Jaarrekening 2016.

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 2016 is de Raad van Toezicht zeven keer regulier bijeengekomen (soms met één of meer genodigden). Verder zijn er leden aanwezig geweest bij de Nieuwjaarsbijeenkomst, de Zeepkistensessies, NVTZ bijeenkomst, uitreiking accreditatie NIAZ en de Open Dag.

De Raad van Toezicht bespreekt doorgaans elke reguliere vergadering de voortgang 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 vijf 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. De commissies hebben geen besluitvormende bevoegdheden. De commissies zijn:

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

Overleg met medezeggenschapsraden

Een of meer leden hebben enkele malen een vergadering van de Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Verpleegkundig Stafbestuur bijgewoond. De Raad van Toezicht heeft verder tezamen met de Raad van Bestuur een bijeenkomst gehad met het bestuur van de Vereniging Medische Staf.

2.4.4 Inhoud reguliere vergaderingen

In de vergaderingen in 2016 hebben, naast de 'going concern' zaken een aantal majeure projecten specifiek aandacht gehad waaronder de nieuwe energiecentrale, verbouwing Spoedeisende Hulp en integratie SEH/HAP (Spoedpost Weert) en vergaande samenwerkingsverbanden met CZE en andere ketenpartners. Naast deze zaken is er extra aandacht geweest voor de ontwikkeling van en de contacten met het Medisch Specialistisch Bedrijf, HRM-beleid en in het bijzonder het ziekteverzuim. Verder is aandacht besteed aan het functioneren van de Raad van Bestuur en MT en aan het eigen functioneren van de Raad van Toezicht. Ook zijn het FB budget en de aankoop ICT middelen (afkoop lease) aan de orde gekomen.

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. De bevindingen zijn besproken in de reguliere Raad van Toezicht vergaderingen. In 2016 is er extra aandacht geweest voor het risico op 'datalekken' en 'hacken' van het computersysteem. De Security Officer van SJG Weert heeft hierover een uiteenzetting gegeven in een reguliere vergadering en informatie verstrekt over de borging van de risico's.

2.4.7 Besluiten ter goedkeuring aan de Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft onder meer goedkeuring verleend aan:

- Jaarverslag 2015 (inclusief Jaarrekening 2015);
- Gezamenlijke prioriteiten 2016;
- Treasury Statuut;
- Fiscaal Statuut;

- Wijziging honorering leden Raad van Toezicht met ingang van januari 2017;
- Begroting 2017.

2.4.8 Auditcommissie

Taak conform Reglement Raad van Toezicht: ondersteunen uitoefening 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 2016 drie maal regulier vergaderd en twee keer in een extra overleg ten behoeve van het FB Budget en de afkoop van het ICT Leasecontract. Elk overleg vond plaats met de voorzitter Raad van Bestuur, het hoofd Financiële Administratie en het hoofd Planning & Control. Daarnaast was de externe accountant tweemaal aanwezig.

De vergaderingen in 2016 hebben naast de 'going concern' zaken hoofdzakelijk een aantal majeure projecten tot onderwerp gehad waaronder het FB Budget, afkoop ICT Leasecontract en voortgang investeringen. Verder zijn deactualisering van het Treasury Statuut en het Fiscaal Statuut, en de honorering van de Raad van Toezicht in het licht van de WNT2 behandeld. De 'going concern' onderwerpen op de agenda waren onder andere:

- Jaarrekening 2015
- Begroting 2017;
- Accountantsverslag 2015;
- Herziening Treasury Statuut;
- Herziening Fiscaal Statuut;
- Toetsing klasse-indeling en honorering RvB en RvT aan de WNT;
- Evaluatie taken en verantwoordelijkheden;
- Maand en kwartaal rapportages, ontwikkelingen liquiditeit(prognose), voortgang investeringen;
- Bewaking realisatie budget RvT 2016;
- Review kostenpost (uitgaven) directie 2015.

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

2.4.9 Commissie kwaliteit en veiligheid

De commissie kwaliteit en veiligheid is een vaste commissie van de Raad van Toezicht. Zij adviseert en ondersteunt de Raad van Toezicht om het toezicht op het terrein van kwaliteit en veiligheid adequaat uit te voeren. In 2016 is de commissie kwaliteit en veiligheid driemaal bijeen geweest in aanwezigheid van de directeur zorg en het hoofd afdeling Kwaliteit & Veiligheid.

Onderwerpen op de 'going concern' agenda:

- Kwartaalrapportages kwaliteit en veiligheid;
- Veiligheidscultuur/hygiëne;
- Gesprekken IGZ;
- Wachtlijsten poliklinieken;
- Wachttijden poliklinieken;
- Jaarverslag Klachtencommissies en Klachtenfunctionaris;
- Rankings in de media;en beleid rond indicatoren;
- Dashboard indicatoren;
- Spiegelgesprekken;
- Schadelast Medirisk;
- Klanttevredenheid;
- Hospital Standardised Mortality Ratio's; en dossier audits;
- Aanwezigheid medisch specialist in de commissie;
- Bezettingsgraad klinische bedden;

- Aanwezigheid medisch specialist in de commissie;
- Niaz audit volgens Qmentum standaarden.

Daarnaast waren de volgende specifieke onderwerpen aan de orde:

- Legionella;
- SIT procedure;
- EPD;
- Oncologisch netwerk Zuidoost Nederland (OncoZON);
- Convenant Veilige Toepassing Medisch Technologie;
- Medisch specialisten en patiëntveiligheid;
- Wachttijden SEH.

2.4.10 Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter van de Raad van Toezicht. De commissie stelt de bezoldiging voor de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht voor. In 2016 is de remuneratiecommissie een aantal malen bijeen geweest ter voorbereiding en uitvoering van de functionerings- en beoordelingsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur.

In 2016 heeft de NTVZ haar advies voor de honorering van de Raad van Toezicht leden herzien op basis van de WNT 2 richtlijnen. De Remuneratiecommissie heeft de huidige honorering van de Raad van Toezicht leden getoetst aan een benchmark en aan het advies van de NVTZ. Op basis van deze toetsing is geconcludeerd dat de honorering van de Raad van Toezicht leden een aanpassing behoeft om recht te doen aan de toegenomen verantwoordelijkheid en het daarmee gepaard gaande tijdsbeslag. De aanpassing zal met ingang van 1 januari 2017 worden doorgevoerd.

2.4.11 Agendacommissie

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

2.4.12 Informatiebronnen Raad van Toezicht

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

- Contacten met bestuur VMS, OR, CR en Verpleegkundig Stafbestuur;
- Contacten met functionarissen binnen de organisatie;
- Contacten met externe partijen in Weert en elders;
- Bijeenkomsten en informatiebulletins van de NVTZ;
- Interne informatiebulletins van het ziekenhuis;
- Literatuur en andere informatiebronnen.

2.5 Vereniging Medische staf

Het bestuur van de Vereniging Medische Staf bestaat d.d. 31 december 2016 uit de volgende leden:

	Naam	Specialisme
1	Dhr. G. J.P. Kamps, voorzitter (vanaf 1 september 2014)	KNO arts
2	Mw. L.M. van den Broek, secretaris (vanaf september 2015)	kinderarts
3	Dhr. A. Gajic, penningmeester (vanaf oktober 2015)	internist
4	Mw. T. Lettinga, bestuurslid portefeuille kwaliteit (vanaf maart 2015)	chirurg
	Stafsecretariaat: mw. J.W. Levels	

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

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

Tot de taken van de medische staf behoren:

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

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

In het verslagjaar 2016 heeft de VMS zich onder meer ingezet met betrekking tot:

- Aanpassen van het kwaliteitsreglement en de procedure disfunctioneren medisch specialisten. Het verder uitbreiden van het kwaliteitsinstrument Individueel Functioneren Medisch Specialist (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.
- Het in goed overleg met de huisartsen vormgeven van gezamenlijk beleid door middel van een huisartsen-ziekenhuisoverleg en het OpStap initiatief van waaruit een denktank is ontstaan en een enkel 1,5^e lijnszorg initiatief.
- 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; Versoepelen overgang nieuw EPD.
- Statusonderzoek van alle overleden patiënten om kwaliteit te toetsen en een juiste HSMR te krijgen; (PatSaf commissie).
- Het ontwikkelen en implementeren van de functie van gemandateerd vakgroepvertegenwoordiger.
- Het bijdragen aan verbetering van zorglogistiek door onder meer de samenstelling en de implementatie van zorglogistieke documenten te bevorderen.
- Het bevorderen van de kwaliteit van zorg voor mensen in de laatste levensfase, zoals palliatieve zorg en zorg rond de stervensfase.
- Implementeren van het convenant VTMT, het toetsen en vaststellen van bekwaam- en bevoegdheid.

- Afscheid van vertrekkende en benoeming diverse nieuwe stafleden.
- Gezamenlijke prioriteiten 2016.
- Versterken communicatie met de 1^e lijns zorg.
- Zorglogistieke proces poliklinieken.
- Actualiseren overzicht commissies niet-patiëntgebonden activiteiten.
- Toewerken naar RTA in regio rond levenseinde.
- In kaart brengen van de prestatie indicatoren voor IGZ.
- Deelname aan kwaliteitsoverleg CZ.
- Opstellen van een meerjaren medisch beleidsplan.
- Vaststelling van de EWS score en procedure.
- Heroverwegen rol medische staf in governance structuur ziekenhuis.
- Afspraken schriftelijke overdracht naar andere zorgverleners.

Ter besluitvorming in de VMS is 2016 aangenomen:

- Kwaliteitsreglement en procedure disfunctioneren medisch specialist.
- Vaststelling van de EWS score en procedure.
- Benoeming van diverse stafleden.

2.6 Verpleegkundige Stafbestuur

	Naam	Afdeling
1	Mw. M. Zaïboul, voorzitter	Vrouw-Moeder-Kind centrum
2	Mw. M.G.M. Venner, vice-voorzitter	Special care
3	Dhr T. Goossens, secretaris	Verpleegkundig specialist Oncologie
4	Mw. H. Lockkamper	Spoedeisende hulp
5	Mw. L. Warnert	4 ^{de} etage (t/m 18-1-2016)

Het VSB heeft in 2016 tweewekelijks vergaderd. Er heeft regelmatig overleg plaatsgehad met de directeur zorg, de manager behandelcentrum, kliniek en zorgplanning, Raad van Toezicht, bestuur Vereniging Medische Staf en OR.

Belangrijkste activiteiten in 2016 zijn geweest:

- Themabijeenkomst voor verpleegkundigen over het onderwerp 'Beroepscode Verpleegkundigen en Verzorgenden' met een gastspreker van de V&VN;
- Opstellen van een advies aan het MT m.b.t. scholingsbeleid voor verpleegkundigen, in samenwerking met de OR;
- Deelname aan activiteiten van diverse werkgroepen van het cluster kliniek;
- Informatie-uitwisseling c.q. intensivering samenwerking met VAR/VSB van andere ziekenhuizen.

2.7 Ondernemingsraad

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

Daarnaast heeft de OR een rol bij voorstellen die, conform Wet op de Ondernemingsraden (WOR), ter advies of instemming worden voorgelegd. De wetgeving en de CAO worden hierbij in acht genomen. De OR bewaakt zo het proces van beleidsontwikkelingen en de logische samenhang tussen beleidskeuzes.

De OR streeft ernaar een bijdrage te leveren op een heldere, duidelijke en besluitvaardige manier waarbij transparante communicatie een centrale rol speelt.

Samenstelling

De Ondernemingsraad van SJG Weert beschikt over dertien zetels en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. Op 31 december 2016 ziet de OR er als volgt uit:

	Naam	Afdeling
1	Yvonne v.d. Voort-Campen (voorzitter)	VMK
2	Léon Nijmens (vice-voorzitter)	IC
3	Gienie Hopmans-Hermans (secretaris)	OK
4	Marion Caris-Saes	Polikliniek Orthopaedie
5	Nicki Geurts	Voeding
6	Rachma Kasmi-Al Kamouchi	CSA
7	Rob Ketelaers	Fysiotherapie
8	Simone Barents – v. Loos	Hartfalenpoli
9	Anita Maas-v. Teeffelen	Dagcentrum
10	Jacqueline Mies-Snelders	Klachtencommissie
11	Cindy v. Bree - Roosen	4e etage
12	Thea Sieben-Winkelmolen	OK
13	Marco Vaessen	Receptie en beveiliging
	Ambtelijk secretaris: mw M. Loijen	

2.7.1. Uitgangspunten samenwerking

De OR heeft enkele uitgangspunten benoemd die volgens de OR noodzakelijk zijn voor een goede en gefundeerde samenwerking binnen alle lagen van de organisatie. De adviezen die de OR in 2016 heeft gegeven zijn alle gebaseerd op en ter bevordering van de navolgende uitgangspunten:

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

2.7.2. Communicatie

De wijze van communiceren binnen de organisatie is bepalend of er steun en draagkracht is of wordt gecreëerd bij medewerkers inzake de beleidsplannen die uitgezet worden. De OR streeft ernaar dat er wordt gecommuniceerd op een eerlijke, tijdige en transparante manier binnen alle lagen van de organisatie. Bij ieder onderwerp dat binnen de OR aan bod komt zal de wijze van communiceren getoetst worden aan de kaders die hiervoor zijn uitgezet (zie uitgangspunten). Het doel is een open communicatie met een eerlijke overlegvorm en transparante samenwerking.

2.7.3. Speerpunten

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

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

De OR heeft gekozen voor de navolgende onderwerpen:

- Werkoverleg
- Balans werk en privé
- Opleidingen

2.7.4. Advies- en instemmingsaanvragen

De OR heeft in 2016 de navolgende adviesaanvragen, instemmingsaanvragen ontvangen en behandeld. Ook de pre-adviezen en initiatiefvoorstellen van de OR worden benoemd.

Advies-/instemmingsaanvraag en initiatiefvoorstellen	Besluit OR	Toelichting
Instemmingsaanvraag kledingreglement	Positief	De OR stemt in met het aangepaste kledingreglement 'Persoonlijke hygiëne en representatie'. Er wordt aangegeven dat diverse documenten binnen de organisatie die raakvlakken hebben met het kledingreglement aan elkaar gelinkt moeten worden.
Instemmingsverzoek Arbo	Positief	De OR stemt in met de aanscherping van de arbostructuur.
Instemmingsverzoek collectieve roostervrije dag	Positief	De OR stemt in met het verzoek om de carnavalsmaandag 'jaarlijks' aan te wijzen als collectieve vrije dag. Daarmee wordt de instemming beschouwd als doorlopende instemming die, met motiverende redenen, door zowel de OR als de bestuurder beëindigd kan worden.
Instemmingsverzoek gedragscode social media	Positief	De gedragscode social media is een aanvulling op de reeds bestaande gedragscode inzake internet- en emailgebruik en maakt hier onlosmakelijk deel van uit. De documenten worden hiermee gekoppeld. De OR stemt in met deze aanvulling.
Instemmingsverzoek 6-uursdiensten 4 ^e etage (verpleegafdeling)	Negatief	In maart ontvangt de OR een instemmingverzoek inzake het inzetten van 6-uursdiensten op de 4 ^e etage (verpleegafdeling). De OR benadrukt de noodzaak om eerst onderzoek te doen in hoeverre de huidige en toekomstige capaciteitsplanning aansluit bij de belastbaarheid van de medewerkers (toenemen zorgzwaarte, vergrijzing neemt toe, veel piekbelasting enz.). De OR stemt niet in met de inzet van 6-uursdiensten en adviseert de directie het jaargesprek te stimuleren. Hierin kunnen op individuele basis afspraken gemaakt worden met betrekking tot de JUS. Op vrijwillige basis kan de werknemer dan aangeven of hij/zij een (kortere) dienst ingepland wilt hebben. Dit kan voor een jaar vastgelegd worden.
Adviesverzoek organisatiestructuur patiëntenvervoer	Positief	De afdeling patiëntenvervoer werkt op, en voor, diverse afdelingen binnen het ziekenhuis en moet vanuit dat oogpunt breed aangestuurd worden. Door deze afdeling onder te brengen bij de afdeling Service en Zorg wordt deze aansturing goed geregeld. De OR adviseert positief.
Initiatiefvoorstel voorbereidingen visie op roosteren / nieuw roostersysteem	-	Per 1 januari 2018 vervalt het huidige roostersysteem Square en zal er overgeschakeld moeten worden op een ander roostersysteem. De OR wil tijdig in de ontwikkelingen hiervan meegenomen worden en deelt dit via een initiatiefvoorstel met de directie. De OR vindt het belangrijk dat er, voordat er een keuze wordt gemaakt voor welk roostersysteem er wordt gekozen, een visie wordt ontwikkeld (of bijgesteld) over het huidige roosterbeleid. De OR zal tijdens de gesprekken als uitgangspunt "medewerkerstevredenheid" nemen.
Meerjarenbeleidsplan 2017-2020	-	Op verzoek van de directie geeft de OR input op het meerjarenbeleidsplan 2017-2020. Volgens de OR worden alle belangrijke onderwerpen voor nu en in de toekomst benoemd. Er moet voldoende ruimte zijn om mee te bewegen met de ontwikkelingen in de zorg en de bedreigingen van buitenaf. De OR geeft aan tijdig geïnformeerd/meegenomen te willen worden als onderwerpen meer concreet worden.

Instemmingsaanvraag digitale salarisstroom	Positief	De OR stemt in met het digitaliseren van de loonstrook.
Instemmingsverzoek herziene klachtenregeling	Positief	De OR stemt in met de herziene klachtenregeling
Instemmingsaanvraag aanpassing regeling personeelsvoorziening	Positief	In de aanpassing regeling personeelsvoorziening wordt aangegeven dat interne kandidaten bij interne vacatures voorrang hebben. Pas bij onvoldoende geschiktheid van interne kandidaten wordt overgegaan op externe werving. De OR stemt in met de aanpassing van de regeling personeelsvoorziening.
Instemmingsverzoek nieuwe kledingreglement	Positief	De OR kan zich vinden in het protocol zolang er wordt voldaan aan de WIP richtlijnen en aan de hygiënevoorschriften en stemt in met het aangepast document. Er wordt tevens instemming gevraagd voor de lijst met uitzonderingen. De OR ziet het niet als haar verantwoording om te controleren of de lijst met uitzonderingen wel of niet conform geldende WIP richtlijnen is. Dit is de verantwoording van de ziekenhuishygiënist, de manager bedrijfsvoering en de directeur zorg. De OR hoeft deze lijst dan ook niet ter instemming aangeboden te krijgen.
Initiatiefvoorstel uitvoering opleidingsbeleid	-	Samen met het VSB (verpleegkundig stafbestuur) heeft de OR een initiatiefvoorstel ingediend. In dit voorstel worden stappen en processen beschreven die meer uniformiteit en duidelijkheid kunnen scheppen voor medewerkers inzake het opleidingsbeleid.
Voorgenomen benoeming leden klachtenonderzoekscommissie (KOC)	Positief	De OR stemt in met de benoeming van de leden van de klachtenonderzoekscommissie.
Instemmingsverzoek wijziging diensttijden	Negatief	De OR krijgt een verzoek tot wijziging van diensttijden op de spoedpost. Momenteel wordt er organisatie breed gekeken naar de visie op roosteren. Diensttijden is een onlosmakelijk onderdeel van de visie op roosteren. De OR zit in de stuurgroep visie op roosteren en het onderwerp diensttijden staat nog niet ter bespreking op de agenda. Het is een stap te ver om hier nu als OR een mening over te vormen en een beslissing te nemen, terwijl het onderwerp nog uitgebreid binnen de stuurgroep besproken moet worden. De OR stemt niet in met de wijziging van diensttijden op de spoedpost en adviseert de diensttijden op individuele basis met de medewerkers af te spreken n het jaargesprek.

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

- Medewerkerstevredenheidsonderzoek;
- Verkiezingen OR;
- Verlofregeling;
- Pilot Bureau Integraal Capaciteitsmanagement (BIC);
- Pilot prikclub;
- Samenwerking SJG Weert met CZE;
- Flexibilisering personeelsinzet;
- Duurzame inzetbaarheid;
- Meerjarenbeleidsplan;
- Onregelmatigheidstoeslag;
- Opleidingen;
- Ergocoaches;
- Werving- en selectiebeleid;

- Opleidingsbegroting 2016;
- Ziekteverzuim;
- Jaarverslag 2015;
- Jaarplan 2016.

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

2.8 Cliëntenraad

Op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) artikel 2 en 8 en de Kwaliteitswet artikel 5 dient de zorginstelling informatie te verstrekken over de wijze waarop de Cliëntenraad (CR) is gefaciliteerd alsmede over de adviezen die de CR (gevraagd of ongevraagd) heeft uitgebracht en de beleidsonderwerpen die met de CR zijn besproken.

Invulling artikel 2 van de WMCZ

De CR behartigt de gemeenschappelijke belangen van mensen die zich wenden tot SJG Weert voor hun ziekenhuiszorg. De raad overlegt daarover met de directie en denkt mee over onderwerpen die voor klanten van belang zijn. Klanten zijn alle mensen die te maken krijgen met SJG Weert: (potentiële) patiënten, familie/begeleiders en bezoekers. Volgens de Wet op de Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) heeft de CR adviesbevoegdheid (gevraagd en ongevraagd). De voorwaarden om aan zijn taak te voldoen staan beschreven in een samenwerkingsovereenkomst (SO) tussen CR en de Raad van Bestuur. Ook zijn de rechten, plichten en bevoegdheden van Raad van Bestuur en CR in deze overeenkomst opgenomen. Er is tevens een huishoudelijk reglement (HR) waarin o.a. de doelstelling en werkwijze van de CR zijn beschreven. De SO en HR zijn in 2014 geëvalueerd en daar waar nodig aangepast.

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 2016 bestond de CR uit de volgende leden:

	Naam	Aandachtsgebied
1	Dhr J.G.J. Bouten, voorzitter	dagelijks bestuur, facilitaire zaken en financiën
2	Mw. M.P.C. Kursten, vice-voorzitter	dagelijks bestuur, communicatie en PR
3	Mw. E.A.M. Gubbels-Stappers	patiëntenzorg
4	Mw. M. van Heel	communicatie en PR
5	Dhr. M. van Eijdsen	facilitaire zaken en financiën
6	Mw. H.E. Reuter-Stege	patiëntenzorg
7	Dhr. H. Elzenaar	facilitaire zaken
	Ambtelijk secretaris: mw M. Loijen	

2.8.1. Doelstelling

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

2.8.2 Speerpunten

In 2016 heeft de CR speerpunten benoemd. Bij het vaststellen van deze speerpunten heeft de CR de huidige kwaliteitsnormen, onderzoeken, patiëntervaringen. Ook zijn het meerjarenbeleidsplan en de gezamenlijke prioriteiten van 2016 hierin meegenomen. Dit heeft geresulteerd in de volgende speerpunten:

1) *Facilitaire zaken*

De CR heeft ervoor gekozen om de laatste ontwikkelingen op het beleidsterrein facilitaire zaken in beeld te krijgen. Op deze manier kon de CR vanuit de juiste uitgangspositie een relevante bijdrage leveren op de onderdelen die voor de cliënten van SJG Weert van belang zijn. De CR heeft

onderzoek gedaan naar de privacy van patiënten, de ontwikkeling van E-zorg en E-health, verbouwwaken, asielzoekers, hygiëne, route en bewegwijzering en WiFi.

2) *Patiëntenzorg*

De CR wil dat de klant het ziekenhuis dicht bij huis blijft zoeken. De CR heeft diverse onderwerpen op de agenda gehad afgelopen jaar die belangrijk zijn in de borging van dit proces. Zo stond goede afgestemde zorg, o.a. met ketenpartners, en beheersing van zorgkosten op de agenda. Daarnaast waren klantvriendelijkheid en ethiek onderwerpen die constante aandacht kregen van de CR.

3) *Communicatie*

In de gezondheidszorg is het belangrijk dat klanten meedenken, meepraten en beslissen. Niet alleen over de keuzes van behandeling van zorg maar ook over de algemene ontwikkelingen in de organisatie die gevolgen (kunnen) hebben voor de cliënten. Om een goed beeld te krijgen van de behoefte van de doelgroep en de afstemming hiervan binnen de organisatie heeft de CR zowel intern als extern acties uitgezet in de vorm van: werkbezoeken (intern), contacten met diverse geledingen binnen SJG Weert, informatie bijeenkomsten (patiënten)verenigingen, website CR, herkenbaarheid en bereikbaarheid van de CR en overige communicatie.

4) *Financiën en control*

De CR heeft diverse contacten gehad met de afdeling financiële administratie om in het vizier te houden hoe ver de ontwikkelingen zijn. In de informele overleggen met de voorzitter RvB werden de cijfers met elkaar besproken.

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

2.8.3 *Adviezen Cliëntenraad*

De Cliëntenraad heeft in 2016 (ongevraagd) advies gegeven over de volgende onderwerpen:

Adviesaanvraag	Besluit CR	Toelichting
Advies concept meerjarenbeleidsplan	Positief	In juli 2016 reageert de CR op het concept meerjarenbeleidsplan. De CR ziet graag aanscherping in plannen ICT en belangen patiënten, Met deze twee uitgangspunten meegenomen, geeft de CR een positief advies.
Ongevraagd advies gratis WiFi	-	Aan de hand van een uitgezette poll concludeert de CR dat 84% van de ondervraagden als bezoeker van SJG Weert toegang moet kunnen krijgen tot een gratis openbaar WiFi-netwerk. De CR adviseert de directie om gratis WiFi aan te bieden aan cliënten van het ziekenhuis.
Klachtenregeling SJG Weert	Positief	De CR stemt in met de herziene klachtenregeling van SJG Weert. Een en ander naar aanleiding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) die 1 januari 2017 in werking treedt.
Voorgenomen benoeming leden klachtenonderzoekscommissie (KOC)	Positief	De CR adviseert positief inzake de benoeming van de leden van de Klachtenonderzoekscommissie (KOC). Een benoemd lid is reeds eerder, op voordracht van de Cliëntenraad, toegetreten tot de klachtencommissie.
Mee-eten met de Cliënt	-	De CR heeft als speerpunt voeding en heeft het onderwerp

		'mee-eten met de cliënt' onderzocht. De CR kondigt aan dit onderwerp in het jaar 2017 verder uit te diepen.
Rol cliëntenraden bij Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis	-	Door het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis, Unie KBO, wordt een werkwijze geschetst waarbij de CR een rol krijgt als toezichthouder, die actief is in het invullen van de vragenlijsten en de taak van senior scout op zicht neemt en rapporteert aan het Keurmerk. De CR van SJG Weert geeft in een schrijven aan de directie aan, hoe zij hierin staan. De CR is een onafhankelijk adviesorgaan en wil deze positie ook graag zo houden en rapporteert niet aan het keurmerk maar aan de directie. Dit is tevens zo gecorrespondeerd naar het LSR en de Unie KBO.

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

- Jaarverslag CR 2015, jaarplan, werkplan en communicatieplan van 2016 en 2017;
- Financieel jaarverslag CR 2015, Begroting CR 2017;
- Rol van CR bij het Seniorvriendelijk keurmerk;
- Poll van de CR en de onderwerpen die daar uit voortvloeien;
- Samenwerking SJG Weert en CZE;
- Spiegelgesprekken;
- Organiseren bijeenkomst voor vrijwilligers;
- Klanttevredenheid;
- Zichtbaarheid CR;
- Contacten met diverse verenigingen;
- Cliëntenraad 'Op bezoek bij' diverse afdelingen;
- Werving nieuwe leden voor de Cliëntenraad;
- Inrichting Spoedpost Weert;
- Patiëntervaringen - verbeterpunten;
- Diverse artikelen voor de Gezondheidskrant en Impuls.

2.9 Klachten

Per 1 januari 2016 is de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking getreden. Het jaar 2016 is een overgangsjaar waarin de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) nog vigeert.

De Wkcz verplicht de zorgaanbieder tot het treffen van een passende regeling voor de behandeling van klachten en het instellen van een onafhankelijke klachtencommissie. SJG Weert biedt haar patiënten de volgende mogelijkheden om klachten kenbaar te maken:

1. De klacht rechtstreeks bespreken met de betreffende hulpverlener of zijn/haar leidinggevende;
2. De klacht bespreken met de klachtenfunctionaris / afdeling Patiënteninformatie;
3. De klacht indienen bij de Klachtencommissie Patiëntenzorg;
4. De klacht kan worden gemeld aan de RvB.

Door middel van de voorlichtingsfolder: 'Idee, opmerking of klacht?' brengt SJG Weert deze mogelijkheden bij de cliënt onder de aandacht. De folder is te verkrijgen bij de afdeling Patiënteninformatie en is verspreid over de verschillende afdelingen en poliklinieken van het ziekenhuis. Ook via de website verstrekt SJG Weert informatie over de mogelijkheden om een klacht in te dienen en de procedures die daarbij worden gehanteerd.

SJG Weert heeft in 2016 haar klachtenregeling aangepast aan de nieuwe wetgeving. Deze klachtenregeling is op 1 januari 2017 ingegaan.

2.9.1 De klacht bespreken met de klachtenfunctionaris/afdeling Patiënteninformatie

Klachten komen voor het merendeel via een meldingsformulier op de website bij de Klachtenfunctionaris terecht. Daarnaast maken klagers veel gebruik van de mogelijkheid om hun klacht telefonisch te bespreken. Sinds het samenvoegen van de locatie Patiënteninformatie/

Klachtenfunctionaris worden klagers vaker rechtstreeks met hun verhaal naar de Klachtenfunctionaris verwezen. Bij 37 meldingen verliep het eerste contact met de klager via Patiënteninformatie.

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

Registratie

Alle klachten worden geregistreerd in een database klachten. 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. Ter ondersteuning van het werk van de klachtenfunctionaris.

Aantal ingediende klachten

In 2015 zijn 220 klachtenaspecten behandeld door de Klachtenfunctionaris. Dit is een minimale stijging ten opzichte van 2014. Het aantal klachten op medisch-technisch gebied is het meest gestegen ten opzichte van het voorgaande jaar. Klachten over materiële zaken, zoals de hoogte van een nota of kosten die naar de mening van een zorgvrager onterecht gedeclareerd worden ook met regelmaat gemeld. Onderstaand de verdeling van het aantal klachten over de verschillende rubrieken waarin deze geregistreerd worden:

	2015	2016
Totaal aantal klachten, waarvan:	220	230
- Medisch technisch	49	60
- Materieel	44	34
- Relationeel	35	31
- Organisatie van de zorg	79	100
- Overig	13	5

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 klacht indienen bij de Klachtencommissie

Algemeen

Indien de tussenkomst van de Klachtenfunctionaris niet tot een bevredigende oplossing heeft geleid, is er de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Klachtencommissie Patiëntenzorg. De Klachtencommissie behandelt een klacht volgens een vaste procedure en doet op grond van haar onderzoek schriftelijk een uitspraak over de gegrondheid van de klacht. De doelstelling, uitgangspunten, taken en bevoegdheden, samenstelling en werkwijze van de Klachtencommissie zijn vastgelegd in de 'Klachtenregeling Klachtencommissie Patiëntenzorg'.

De Klachtencommissie 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.

Aantal ingediende klachten

In het verslagjaar 2016 heeft de Klachtencommissie 18 klachten behandeld, waarvan 1 klacht in het jaar 2015 was ingediend.

Overzicht wijze van afhandeling klachten 2016

2016	Aantal klachten	Gegrond	Ongegrond	
Aantal klachten	18	10	8	
Medisch technisch / medisch en paramedisch inhoudelijk	11	6	5	
<i>a. Medisch specialisten</i>	6	2	4	
<i>b. verpleegkundigen en overige medewerkers</i>	5	4	1	
Relationeel	5	3	2	
<i>a. Medisch specialisten</i>	5	3	2	
<i>b. verpleegkundigen en overige medewerkers</i>	-	-	-	
Organisatorisch / organisatie zorg	2	1	1	
Overig	-	-	-	

De Klachtencommissie heeft de behandeling van alle klachten in 2016 afgerond.

Oordeel klachten

Van de 18 afgeronde klachten is 55,5 % (10 klachten) gegrond verklaard. In 2015 was 73,7 % en in 2014 is 55,5 % van de klachten gegrond verklaard.

Doorlooptijd klachten

De Klachtencommissie streeft ernaar binnen een termijn van twee tot uiterlijk vier maanden tot een uitspraak te komen. De behandeling van één klachtbrief heeft 4 maanden in beslag genomen. De overige klachten zijn binnen 2 à 3 maanden afgehandeld.

Aanbevelingen

In het kader van de verbetering van de kwaliteit van zorg heeft de Klachtencommissie 4 aanbevelingen gedaan.

De Raad van Bestuur heeft de aanbevelingen overgenomen en met de betrokkenen besproken. In de meeste gevallen hadden de betrokkenen naar aanleiding van de gebeurtenissen zelf al verbetervoorstellen gedaan en/of maatregelen getroffen. Alle gegrond verklaarde klachten hebben, al dan niet op advies van de Klachtencommissie, tot verbetermaatregelen geleid.

De aanbevelingen en verbetermaatregelen zijn opgenomen in het Jaarverslag Klachtencommissie Patiëntenzorg 2016 (zie www.sjgweert.nl).

3. Beleid

3.1 Gezamenlijke prioriteiten 2016

Evenals voorgaande jaren hebben Raad van Bestuur en bestuur VMS voor het verslagjaar 2016 een aantal gezamenlijke prioriteiten vastgesteld. Deze zijn geclusterd rondom een drietal speerpunten en basisvoorwaarden met daarbinnen concreter geformuleerde doelstellingen. In het verslagjaar is ten aanzien van deze prioriteiten de volgende voortgang geboekt.

	Thema	Doelstelling/resultaat
Speerpunt Zorgverleners/medewerkers <i>We maken hier een speerpunt van omdat zorg mensenwerk is. Goede zorg kan niet zonder goed opgeleide medewerkers die iedere dag gemotiveerd en bevlogen hun werk doen. Dat geldt voor medewerkers die betrokken zijn bij de directe zorg aan de patiënt, evenzeer voor medewerkers die het primaire proces mogelijk maken door te zorgen voor een juiste ondersteuning daarvan.</i>		
1.	SJG Weert is een <i>moderne werkgever.</i>	Duurzame inzetbaarheid/ziekteverzuim Een visie op duurzame inzetbaarheid is vastgesteld. De doelstelling het ziekteverzuim met 1% te reduceren is nog niet behaald (januari 2016: 4,82%, december 2016: 4,37%). Diverse acties gericht op reductie ziekteverzuim worden voortgezet. Sociaal medische overleggen zijn met betrokkenheid van de bedrijfsarts geëvalueerd op effectiviteit. Analyse is gedaan naar verzuimcijfers, daarbij betreffend inspanningen inzake verzuimreductie (binnen SJG Weert en in de sector). Opleidingen In de KiPZ regeling 2016 (Kwaliteitsimpuls personeel zorginstellingen) is door het ministerie van VWS een bedrag van € 621.685 voor opleidingsmiddelen vastgesteld. De aanvraag voor de subsidie voor 2017 ter waarde van € 712.661 is bij het ministerie van VWS ingediend. Arbeidsomstandigheden De betrokkenheid van de arbo/ergonomie bij (ver)bouwprojecten en reguliere werkzaamheden is verbeterd.
2.	Er is sprake van goede <i>betrokkenheid van medisch specialisten</i> bij de integrale bedrijfsvoering en beleidsontwikkeling van het ziekenhuis.	Vakgroepvertegenwoordiging Er is een functiebeschrijving voor GVV'ers opgesteld met o.a. als doel de medisch specialisten meer te betrekken bij zowel het beleid als de operatie. De inbedding en relatie met het capaciteitsmanagement zal in 2017 verder gemonitord worden. MSB/governance medisch specialisten In evaluatieve zin is de oprichting van het MSB in relatie tot de organisatie van de medisch specialisten (governance) onderwerp van aandacht geweest. Daarbij tevens de positie van de medisch specialisten in dienstverband beschouwd. De rol van de Vereniging Medische Staf ten aanzien van het bewaken en borgen van de kwaliteit van zorg is bekrachtigd. In 2017 zal deze evaluatie, in samenspraak met de RvB, worden voortgezet. evaluatie.
3.	<i>Medewerkerstevredenheid</i> wordt 1 keer per 3 jaar gemeten.	MTO Een MTO heeft in 2016 plaatsgevonden. De resultaten zijn geanalyseerd en afdelingen hebben een plan van aanpak opgezet. Voor de ziekenhuisbrede verbeterpunten is besloten over de aanpak voor uitwerking daarvan welke in 2017 zal worden gerealiseerd. Een voorstel om de medewerkerstevredenheid bij leden van de Vereniging Medische Staf te onderzoeken is nog niet gerealiseerd.
4.	Er is beleid ten aanzien van de zogenaamde <i>kwetsbare functies</i> zodat de continuïteit van zorg, gegeven de beperkte schaal van SJG Weert, kan worden geborgd.	Kwetsbare functies Kwetsbare functies zijn in kaart gebracht en van de hoog risicofuncties is beleid bij uitval beschreven waarmee risico's worden beperkt. In het kader van de samenwerking met derden (met name CZE, MUMC, LZR, Maastru en andere 2°lijnszorgaanbieders) wordt actief geanticipeerd op vakgroepen en/of subspecialisatie die kwetsbaar zijn in termen van continuïteit van de basiszorg voor SJG Weert.
5.	Het <i>Verpleegkundig Staf Bestuur</i> ontwikkelt zich tot een volwaardige vertegenwoordiger en is een goede	VSB Een beleidsnotitie is opgesteld die moet bijdragen aan versterking van de relatie van het VSB met haar achterban. Tevens heeft het VSB zich verder doorontwikkeld in de richting van een volwaardige vertegenwoordiger en gesprekspartner.

	gesprekspartner.	
Speerpunt Zorg Dichtbij We maken hier een speerpunt van omdat SJG Weert er is voor de patiënt en niet andersom. Als basisziekenhuis staat SJG Weert aan de provinciegrens tussen Midden-Limburg en Zuidoost- Brabant. De afstand tot onze medewerkers in het ziekenhuis is letterlijk en figuurlijk klein. Meer nog dan voorheen verzilveren we dit zodanig dat onze patiënten en samenwerkingspartners merken dat de zorg zich dicht bij hen allemaal bevindt. Dichtbij in termen van tijd tot de afspraak, de ingreep of de diagnose. Maar ook dichtbij in termen van het leggen van contact, het zoeken van informatie of het kunnen maken van een afspraak.		
6.	Verdere procesoptimalisatie en verbetering van de patiëntenzorglogistiek .	Patiëntenzorglogistiek Het Bureau Integraal Capaciteitsmanagement (BIC) gaat integraal verantwoordelijkheid dragen voor alle zorglogistieke activiteiten en borgt de capaciteitsmanagementcyclus in de organisatie. Het BIC is inmiddels als pilot van start gegaan. <hr/> Procesoptimalisatie Een inventarisatie van verbetermogelijkheden in termen van procesvoering poliklinieken heeft plaatsgevonden bij alle vakgroepen/GVVERS, vakgroepmanagers en teamleiders. Aandachtspunten daarbij zijn bewustwording/rolduidelijkheid, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De verzamelde 'proces' knelpunten bleken nagenoeg alle oplosbaar, uitvoering wordt hier momenteel aan gegeven. <hr/> Registratieproblematiek Een inventarisatie heeft plaatsgevonden naar de registratieproblematiek bij medisch specialisten gericht op vermindering registratiedruk. Mogelijkheden om te komen tot oplossing hiervan worden in 2017 verder verkend.
7.	Het polikliniek bedrijf richt zich op verdere professionalisering en flexibilisering om snel in te kunnen spelen op deze veranderende zorgvraag en behoefte van onze klant.	Flexibilisering verpleegkundigen poliklinieken <ul style="list-style-type: none"> • Besluitvorming heeft plaatsgevonden en duidelijkheid is gecreëerd bij alle verpleegkundige functies van de polikliniek ten aanzien van de inpassing van de verpleegkundige functie in het loongebouw. Alle verpleegkundigen van de polikliniek hebben nieuwe functiebeschrijvingen. . • Opleidingskaders voor doktersassistenten zijn beschikbaar en worden toegepast. Toekenning van verpleegkundige spreekuren aan een polikliniek, geschiedt enkel indien de werkzaamheden en/of expertise buiten het domein van doktersassistenten (niveau 4) vallen. • Alle doktersassistenten zijn in 2017 gediplomeerd en kunnen zelfstandig als poli assistent worden ingezet. <hr/> Flexibilisering verpleegkundigen Beleid is vastgesteld voor het breed inzetten van verpleegkundigen binnen en buiten SJG Weert (klinisch en poliklinisch). <hr/> Flexibilisering personeel poliklinieken: <ul style="list-style-type: none"> • Centraal roosteren is poli breed ingevoerd. • Voor de polikliniek is er een actueel inwerkplan dat aangepast is aan de nieuwe werkwijze zoals beschreven in het logistiek document en is opgenomen in Leerplein. • Rasterproces is polikliniek breed geüniformeerd en geïmplementeerd. • Alle vakgroepen (in elk geval GVV'er) zijn geïnformeerd over de aanleiding/achtergrond en mogelijkheden ten aanzien van het uniform werkproces poliklinieken. <hr/> Verdere professionalisering medewerkers poliklinieken De scholing voor alle senioren poliklinieken is afgerond. De scholing betrof onder meer competentietrainingen t.a.v. rolduidelijkheid, organisatorische speel- en regelruimte, verantwoordelijkheden, conflicthantering, geven van feedback, LEAN, achtergronden van zorgprocessen, registratiecoach etc.
8.	Het ondernemerschap vanuit het MSB krijgt verder vorm en invulling.	De directie werkt binnen de mogelijkheden van het ziekenhuis mee aan verder uitbreiden van onverzekerde zorg. Initiatief daartoe ligt bij MSB en directie gezamenlijk. In samenwerking met het MSB is een concept ondernemingsplan opgesteld om onverzekerde zorg in een aparte entiteit te kunnen opzetten. Bij het MSB is draagvlak om hierin ondernemend te participeren en zij hebben daarin een eigen verantwoordelijkheid.
9.	Het ondernemerschap vanuit het MSB en de	<ul style="list-style-type: none"> • Samen met Meditta en POZOB zijn chronische zorgprogramma's op het terrein van DM2, astma/COPD en CVRM in voorbereiding.

	RvB wordt vorm en invulling gegeven door initiatieven voor 1,5 lijnszorg waarin partners in de zorgketen gezamenlijk de bestaande institutionele grens afbouwen.	<ul style="list-style-type: none"> De vakgroep chirurgie is bezig met een verkenning naar de mogelijkheden voor verplaatsing kleine chirurgische ingrepen van POK naar 1e lijn. Een project is in voorbereiding ten aanzien van het opzetten van een wondexpertisecentrum. Implementatie beoogd voor 2017.
10.	De inzet van innovatieve ICT toepassingen brengt de zorg letterlijk en figuurlijk dicht bij.	<p>Pilots Vanuit de werkgroep innovatie is actieve betrokkenheid bij de pilots Telemedicine en E-nose. Besluit over toekomstige investering in beide projecten volgen in 2017.</p> <p>VIPP In verband met het eind 2016 door het ministerie van VWS uitgebrachte subsidieprogramma VIPP (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional) is de jaarplanning innovatie aangepast. Inzet is om te prioriteren op het Patiëntenportal en Vereenvoudiging registratie werkplekken. Dit zal in 2017 zijn beslag krijgen.</p>
<p>Speerpunt Samenwerking in de keten</p> <p><i>We maken hier een speerpunt van omdat SJG Weert uitstekende basiszorg kan bieden in het ziekenhuis zelf, maar drempelloze samenwerking in de hele keten nodig is voor een optimaal eindresultaat. De zorg verleend in het ziekenhuis is voor veel patiënten cruciaal. Echter de zorg verleend door SJG Weert is onderdeel van een grotere keten. Voor een deel van onze patiënten start en eindigt de zorg niet in het ziekenhuis. Of het nu gaat om de keten van 1^e lijn tot universitair medisch centrum of om de keten van preventie, behandeling en palliatie. SJG Weert is een belangrijke schakel van de keten afwisselend als regievoerder, facilitator of uitvoerder.</i></p>		
11.	Er is sprake van niet-vrijblijvende samenwerking met onze belangrijkste ketenpartner en samenwerkingsverbanden , met name regionale huisartsen, Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Land van Horne, Onco-ZON, Icu-ZON en de regionale ambulancedienst, verloskundigen (VSV) en de GGZ.	Zie paragraaf 1.3 van dit bestuursverslag.
12.	Voor onze patiënten die acute zorg nodig hebben is sprake van een betrouwbare acute keten ten aanzien van SEH/HAP zorg, ambulancezorg, verloskundige zorg (VSV) en intensive care.	HAP/SEH Seriële samenwerking tussen HAP en SEH is eind 2016 startklaar. Doelstelling: optimaliseren acute zorg in ANW uren voor patiënt, effectievere samenwerking tussen zorgprofessionals en meer doelmatig gebruik van (acute) zorg. De verbouwing van de SEH en HAP is afgerond. In januari 2017 is de officiële opening gepland van de Spoedpost Weert.
13.	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.	Ketenoverdracht Project zorginhoudelijke overdracht in de keten in Noord en Midden Limburg is ingevoerd. Hieraan nemen deel de regionale huisartsen, VVT en ziekenhuizen. Doel is het optimaliseren van de informatieoverdracht in de keten ten aanzien van de zorginhoudelijke overdracht (medisch, verpleegkundige en farmaceutisch) Expertisecentrum ouderenzorg Regionale organisaties LvH, VvGI, Meditta en SJG Weert hebben de intentie om gezamenlijk te komen tot goede ketenzorg bij dementie. Met een ander uit te werken plan wordt beoogd de verwachte toename in de vraag tegemoet treden, de huidige bottlenecks die ontstaan in de coördinatie van zorg vanuit verschillende organisaties zoveel mogelijk wegnemen en de kwaliteit van zorg voor de

		doelgroep verbeteren. De intentieovereenkomst is in afrondende fase.
14.	Bij ketenzorg horen ketenzorgpaden , met aandacht voor onderlinge afstemming van zorglogistiek.	Een concept ketenzorgpad CVA – met betrokkenheid huisarts, revalidatiearts en verpleeghuisarts – is gereed. Afronding wordt voorzien voor begin 2017. SJG Weert/CZE zorgpaden longcarcinoom, bariatrische chirurgie, upper GI (schildkliercarcinoom en slokdarmcarcinoom) en maagcarcinoom zijn volledig geïmplementeerd.
15.	Ontwikkelingen op het gebied van laboratoria klinische chemie, medische microbiologie en pathologie leiden er toe dat het aantal lokale analyse-laboratoria zal afnemen. SJG Weert werkt samen met derden. Vanuit kwalitatief en financieel oogpunt staat er een toekomstbestendige organisatie.	Mede op basis van offertes en kwaliteitseisen is het voorgenomen besluit van de directie over het toekomstscenario van de medisch microbiologie van de directie in afrondende fase. In 2017 zal besluitvorming verder worden afgerond.
<p>Basisvoorwaarden</p> <p><i>Naast de drie bovengenoemde speerpunten voldoet SJG Weert aan basisvoorwaarden. Basisvoorwaarden waarin we gewoon goed willen en moeten zijn en die een relatief beperkt onderscheidend vermogen hebben. Deze basisvoorwaarden vergen blijvend aandacht.</i></p>		
16.	We bieden goede kwaliteit van zorg.	<ul style="list-style-type: none"> • SJG Weert is in bezit van een geldige NIAZ/QMentum accreditatie tot januari 2020. • Het interne auditsystematiek is aangepast aan de eisen van NIAZ/Qmentum. Interne auditoren zijn bekend en bijscholing geregeld. • Het huidige incidentmeldingssysteem Triasweb is geëvalueerd. Voorstel beschikbaar met keuzemogelijkheden over aangepast of nieuw systeem. Er wordt rekening gehouden met behoeftes van specifieke gebruikers. • Kwartaalrapportages van Zorgkaart Nederland en Triasweb worden gerapporteerd aan MT. • SJG Weert neemt deel aan het NVZ Kwaliteitsvenster waarmee patiënten inzicht krijgen in specifieke indicatoren. • In oktober heeft de Raad van Accreditatie een transitiebeoordeling verricht. • De afdeling Medische Microbiologie & Ziekenhuishygiëne heeft in 2016 verdere invulling gegeven aan de transitie van de kwaliteitsnorm CCKL 4e praktijkrichtlijn naar de norm ISO 15189. Een controlebezoek door de Raad van Accreditatie heeft plaatsgevonden. De vervolfbeoordeling wordt begin 2017 verwacht. • Een projectplan ‘Samen beslissen’ over Advanced care planning (ACP) en Shared Decision Making (SDM) ontwikkeld. De implementatie volgt in 2017.
17.	SJG Weert spant zich in om te komen tot productieafspraken met onze zorgverzekeraars die passen bij de zorgbehoefte van ons adherentiegebied, zodanig dat we basiszorg snel en goed kunnen bieden.	Van de doelstelling voor 2017 om met een aantal zorgverzekeraars meerjarencontacten af te sluiten is afgezien. Reden daarvoor was het ontbreken van tijdige concretisering van de doelstellingen van deze meerjarencontracten. Derhalve is voor 2017 gekozen voor een jaarcontract. Voor de contractonderhandelingen 2018 e.v. wordt opnieuw beoordeeld of het lange termijn belang van SJG Weert hiermee gediend is.
18.	Onze huisvesting en onze infrastructuur zijn van deze tijd.	Het investeringsplan voor de renovatie van de 5 ^e verdieping van het beddenhuis is vrijwel volledig uitgewerkt. Begin 2017 wordt de definitieve investeringsaanvraag voor de verbouwing van de 5 ^e etage alsmede de globale verbouwings- en investeringsaanvragen van de overige afdelingen bij de Raad

		van Toezicht ingediend in combinatie met een meerjarig financieel plan.
--	--	---

3.2 Belangrijke resultaten uit sectoren

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

3.2.1 Speerpunten

Speerpunt Oncologie

In 2016 is substantiële voortgang geboekt in de realisatie van het ondernemingsplan oncologie, onder aanvoering van het dagelijks bestuur van de oncologiecommissie (oncoloog en organisatorisch manager). De oncologiebeleidscommissie gereorganiseerd en per tumorgroep is een verantwoordelijk specialist aangesteld die ook betrokken is bij de regionale samenwerking. Met de inzet van casemanagers zijn de tumorgroepen long, mamma, prostaat en colonrectaal verder vormgegeven. SJG Weert is partner van het Oncologisch Netwerk Zuidoost Nederland (OncoZON) en participeert daarmee in het Comprehensive Cancer Network. Deze samenwerking heeft in 2016 inhoud gekregen met een bestuur en regionale tumorwerkgroepen zodat meer afstemming plaatsvindt tussen de ziekenhuizen, bv. in kader van multidisciplinair overleg. De strategische samenwerking met het topklinische CZE wordt verder inhoud gegeven onder meer door de ontwikkeling van service level agreements ten behoeve van diverse vormen van oncologische patiëntenzorg. Hiertoe zijn diverse oncologische zorgpaden – conform SONCOS normering - ontwikkeld zoals bijvoorbeeld ten behoeve van de long, mamma, colonrectaal, prostaat en schildklier en upper GI tumoren. In het verslagjaar is het met CZE gezamenlijke zorgpad voor upper GI en schildklier ingevoerd. Een tweetal kleine en één grote videoconferencingruimtes zijn ingericht. Hiermee komen we tegemoet aan de SONCOS normering die bindend is voor elk ziekenhuis. Er heeft in 2016 een verdere differentiatie plaatsgevonden tussen de oncologisch verpleegkundig specialist en specialistisch verpleegkundige en casemanager. In 2017 zal dit op de werkvloer worden uitgerold zodat de meerwaarde van deze functies tot haar recht komt. Hierbij kan gedacht worden aan participatie aan (basis) wetenschappelijk onderzoek (conform SONCOS normering). Dit laatste verloopt in nauwe samenwerking met IKNL en onze netwerkpartners vanuit topklinische en academische setting. Ook mogen per 2016 verpleegkundig specialisten DBC's openen in een behandeltraject in samenspraak met de oncoloog en andere tumorspecialisten.

Speerpunt Ouderenzorg

Ook in 2016 heeft SJG Weert het keurmerk van Senior Vriendelijk ziekenhuis behaald. De transmurale zorgoverdracht in samenwerking met de lokale huisartsen en verpleeghuisartsen is verbeterd en protocollair vastgelegd. De inzet van een casemanager ouderenzorg bewijst zijn waarde doordat de kwaliteit en hoeveelheid multidisciplinaire overleggen zijn toegenomen.

In 2016 is een 2^e Huiskamer voor oudere patiënten geopend.

De huiskamers zijn zeer functioneel doordat de oudere patiënten meer bewegen en gezamenlijke maaltijden gebruiken en extra aandacht krijgen. waardoor de patiënt meer zelfregie heeft, eerder met ontslag kan en minder vaak opnieuw wordt opgenomen. Een beweegtherapeut werkt als schakel tussen 2^e lijn en 1^e lijn. Zij zorgt voor meer sociale participatie en laat ouderen meer bewegen met inzet van innovatieve interactieve hulpmiddelen. Aanvullend daarop is sprake van inzet van diverse vrijwilligers vanuit SJG Weert en verzorgenden vanuit Land van Horne om verzorging en begeleiding van ouderen in het ziekenhuis te verbeteren.

3.2.2 Overige sectoren

Informatie en automatisering

- Met het oog op de verbetering van de werkplekverbindingen met andere instellingen zijn professionele, beveiligde videoverbindingen gerealiseerd in 2 extra ruimtes en is tevens betreffende apparatuur vervangen in de conferentieruimte van de radiologie. Ten aanzien van de beeldenuitwisseling is een business case in voorbereiding, in samenspraak met de Limburgse ziekenhuizen, voor de inzet van XDS.

- Het ISMS (Information Security Management System) waarmee in het voorgaande verslagjaar was gestart is in 2016 gerealiseerd.
- De HiX migratie is in 2015 gestart. Het doel van HiX is om in de toekomst gegevensuitwisseling beter te faciliteren, de basis te leggen voor een patiëntportaal, gebruik op mobiele apparatuur mogelijk te maken en voor e-Health toepassingen. HiX is in 2016 gerealiseerd.
- Ten behoeve van het nieuwe BI (Business Intelligence) systeem heeft een leveranciersselectie plaatsgevonden waarbij is besloten te standaardiseren op het Datawarehouse van ChipSoft. In 2017 wordt dit gerealiseerd. In 2017 wordt vergaande standaardisatie op Microsoft software door de inzet van innovatieve BI en data analyse software onderzocht.

3.2.3 Mediweert

Mediweert heeft zich verder doorontwikkeld op sportgebied. Zo zijn innovatieve toepassingen ingezet, waaronder talentvolgsystemen en diagnostische apparatuur zodat voor zowel de breedtesporter als de topsporter onderscheidend maatwerk geleverd kan worden. Mediweert is preferred sportmedisch diagnostische partner voor verschillende regionale trainingscentra waar alle toptalenten van binnen en buiten de regio samenkomen. Ook is de sportmedische begeleiding verder uitgebreid met sportpsychologie en fysieke krachtraining volgens NOC/NSF certificering (naast sportartsen, sportfysiotherapeut, sportpodotherapeute, sportdiëtetiek e.a.). Het sport medisch adviescentrum Mediweert is supply partner van Topsport Limburg, verleent diensten tevens vanaf onze buitenpoli op sportpark St. Theunis en is betrokken bij het sport beweegbeleid 2.0 voor de regio Weert. Vanuit sociaal-maatschappelijk ondernemen is Mediweert betrokken bij scholen en sportverenigingen in kader van preventie en bewustwording van levensstijl. Mediweert is actief betrokken in kader van duurzame inzetbaarheid van medewerkers binnen SJG. Zo krijgen medewerkers looptraining en worden presentaties verzorgd op gebied van voeding en lifestyle. Per januari 2016 zijn sportartsen officieel erkend als medisch specialist met daaraan gekoppelde DBC-structuur. Door kortere wachttijden en avondbeschikbaarheid zien we een toenemende verwijzing naar sportgeneeskunde door de huisartsen aangaande musco-skeletale klachten.

Tenslotte heeft Mediweert middels inzet van lactatiekundige en het aanbieden van 4D-echo's als onverzekerde zorg meer marktaandeel weten te realiseren over 2015. Per 2107 is de lactatiekundige en 4-d echo beschikbaar vanuit SJG en website. Mediweert heeft een nieuwe website volledig op Sport gericht van recreant tot topsporter. Vanuit een samenwerkingsovereenkomst met de grootste sportvereniging in de regio (atletiekvereniging weert) is mediweert dichtbij voor de sporter met een buitenpoli op het sportcomplex St. Theunis.

3.3 Rijksinspecties

Inzake overheidstoezicht werd SJG Weert in het verslagjaar 2016 ten aanzien van uiteenlopende dossiers onderworpen aan monitoring door diverse rijksinspecties. Meer concreet betroffen dit de Inspectie voor de Gezondheidszorg, inspectie SZW, Inspectie Leefomgeving en Transport en de nieuwe Voedsel- en Warenautoriteit. SJG Weert heeft in 2016 ten aanzien van de volgende thema's actieve monitoring – waaronder (on)aangekondigde inspecties - gekend door inspecties:

- Gebruik botvervangend middel vakgroep orthopedie;
- Toetsingskader Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV);
- Kwaliteit van de overdracht tussen ziekenhuis en de sector verpleging/verzorging/thuiszorg;
- Convenant Veilige Toepassing Medische Technologie;
- Energie audit;
- Transport gevaarlijke stoffen;
- Regulier jaargesprek met de accounthouder IGZ;
- Legionellabeheer;
- Herinspectie Vergunning ten behoeve verrichten sentinel node procedure.

Alle inspecties zijn naar tevredenheid verlopen en nuttige verbeteringsuggesties zijn voortvarend opgepakt door betrokkenen.

3.4 Kwaliteit en Veiligheid

3.4.1 NIAZ accreditatie en VMS certificatie

In januari 2016 heeft een auditteam van NIAZ in SJG Weert een initiële audit uitgevoerd volgens de NIAZ 3.0 norm. Op voorhand is een profiel van alle zorgactiviteiten in SJG Weert opgesteld. Op basis van dit profiel is aan de hand van tracer audits SJG Weert volledig onder de loep genomen door het NIAZ auditteam. Hierbij hebben de auditoren tracer audits uitgevoerd en zijn de processen getoetst op basis van de gouden norm en alle VIR (Vereiste Instellings Richtlijnen).

SJG Weert heeft voldaan aan de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0 en daarmee blijkt gegeven de organisatie zo te hebben ingericht dat derden, zoals patiënten, samenwerkingspartners en verzekeraars erop kunnen vertrouwen dat de zorg op een adequaat niveau van kwaliteit wordt voortgebracht.

Daarmee is tevens de veiligheid van patiënten en medewerkers geborgd.

Voor SJG Weert betreft het een derde accreditatie welke periode loopt van 1 april 2016 tot 1 april 2020.

3.4.2 Interne audits

SJG Weert heeft een cyclisch systeem van interne audits waardoor elke afdeling periodiek getoetst wordt door intern opgeleide auditoren (medewerkers en medisch specialisten). Aan de hand van auditrapportages worden verbeter/actieplannen opgesteld en uitgevoerd door de verantwoordelijke sectormanager bedrijfsvoering of teamleider. Signalering en invoering van verbetermaatregelen zijn hierdoor structureel geborgd. De frequentie van interne audits bedraagt 1 keer per 3 jaar, met uitzondering van de OK en de SEH die 1 keer per 2 jaar worden ge-audit.

In 2016 heeft het NIAZ een organisatiebrede audit uitgevoerd. Buiten deze ziekenhuisbrede audit zijn 2 proces tracer audits uitgevoerd welke behoren bij aanschaf van apparatuur en steriele medische hulpmiddelen. Een tracer audit beoordeelt een proces dat over het algemeen over diverse afdelingen loopt. Dit houdt in dat er meerdere afdelingen zijn getoetst.

Aanvullend hierop participeert SJG Weert in regionale audits van OK's waarbij de ziekenhuizen uit de provincie Limburg periodiek een audit uitvoeren bij elkaars OK.

Hygiëne rondes

In 2016 zijn in totaal 11 hygiënerondes uitgevoerd waarbij op basis van de WIP richtlijnen en richtlijnen Steriele Medische Hulpmiddelen een groot aantal afdelingen is ge-audit. De follow up van de bevindingen van zowel de interne audit als de hygiëneronde is in handen van de betreffende teamleider/afdelingsmanager.

Veiligheidsronde

In 2016 heeft 1 veiligheidsronde plaats gevonden waarbij directie aan deel heeft genomen. Tijdens de reguliere audits en hygiëne audits worden systematisch ook veiligheid issues meegenomen.

3.4.3 Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI)

In 2012 zijn medewerkers opgeleid als PRI-begeleider op basis van de methode HFMEA light. Als aandachtspunt daarbij kwam naar voren dat het ontbreken van een casemanager als problematisch werd ervaren. Inmiddels heeft de manager oncologie voor dat deel van de patiëntenzorg voor elke tumorgroep een casemanager aangesteld die samen met de verantwoordelijk arts en de afdeling Kwaliteit & Veiligheid de zorgpaden beschrijven. SJG Weert heeft hiervoor in 2013 al aansluiting gezocht bij het Netwerk Klinisch Paden (CBO/Leuven) om zodoende op uniforme wijze de zorgpaden te ontwikkelen volgens de principes van dat netwerk.

Conform de Soncos norm zijn voor oncologische processen in 2014 zorgpaden beschreven en in dat jaar nagenoeg alle afgerond. Tijdens de ontwikkeling van de zorgpaden zijn ook de mogelijke risico's meegenomen en de kritische punten benoemd. De uitdagingen ten aanzien van het uitvoeren van een PRI volgens de HFMEA methodiek zijn in kaart gebracht. Onder andere op het gebied van het initiëren ervan, verantwoordelijkheden en uniformiteit in de werkwijze. Het proces van een PRI is aan gepast door het eerste gedeelte digitaal te laten verlopen. De uitvoering van een PRI is daardoor aanzienlijk verkort en worden de kritische processtappen alleen met de betrokkenen besproken en verbeterpunten geïnitieerd. In 2016 zijn 6 PRI's uitgevoerd op zorgpaden.

De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de PRI's medische apparatuur ligt in de lijn. Bij de uitvoering wordt in principe de klinisch fysicus betrokken. In 2016 zijn 11 PRI's uitgevoerd op medische apparatuur.

De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van PRI's m.b.t. steriele medische hulpmiddelen ligt ook in de lijn. Bij de uitvoering hiervan wordt de DSMH (Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen) betrokken. Er is in 2016 voor steriele medische hulpmiddelen 15 maal een PRI uitgevoerd.

3.4.4 Retrospectieve Risico Inventarisatie

In kader van het voldoen aan de NTA normen voor patiëntveiligheid heeft SJG Weert extra aandacht geschonken aan de retrospectieve risico analyse. Triasweb - het digitale meldsysteem voor incidenten - is voorzien van een korte meldroute. Deze route maakt het eenvoudiger om incidenten te melden die niet leiden tot schade bij klanten. Tevens zijn er aanvullende decentrale VIM (Veilig Incident Melden) commissies geïnstalleerd op de afdelingen en zijn de decentrale VIM commissies getraind. De doelstelling van VIM is door middel van retrospectieve analyse inzicht te krijgen in de oorzaken van onbedoelde gebeurtenissen, fouten en bijna-fouten. Hierdoor kunnen we processen verbeteren en herhaling van incidenten in de toekomst voorkomen. De decentrale VIM commissies kunnen zelf rapporten uit Triasweb genereren en hiervoor - indien nodig - zelf verbeterpunten in gang zetten. De managers bedrijfsvoering ontvangen een kwartaalrapportage met meldingen binnen hun sectoren. Deze worden sindsdien als stuurinstrument ingezet. De directie ontvangt een jaarrapportage Triasweb.

In 2014 is gestart met een HSMR commissie die alle dossiers van overleden patiënten analyseert en bekijkt of er aanwijzingen zijn voor onbedoelde gebeurtenissen in het uitgevoerde zorgproces. Dit gebeurt conform de landelijke systematiek van het Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (EMGO/NIVEL). De commissie bestaat uit 6 specialisten en 8 verpleegkundigen met ondersteuning van de afdeling kwaliteit & veiligheid. De commissie rapporteert haar bevindingen aan de directie.

In 2014 is gestart met een structureel onderzoek (4 x per jaar) naar 'rechtmatigheid dossierinzage'. Doel van deze commissie om steekproefsgewijs te kijken of medewerkers die geen behandelrelatie hebben met de patiënt onrechtmatig in het dossier hebben gekeken. Hiervoor wordt een random keuze gemaakt uit patiënten in een bepaalde periode en in diverse disciplines. De werkgroep bestaande uit één specialist, hoofd kwaliteit & veiligheid en projectmedewerker ICT. De bevindingen worden gerapporteerd aan de betreffende manager bedrijfsvoering die het initiatief neemt voor de afhandeling ervan.

3.4.5 Prestatie-indicatoren

In september 2013 is gestart met het EPD. In de ontwikkelfase van de diverse modules zijn de variabelen benodigd voor een prestatie indicator getoetst aan de best practice modules van Chipsoft. Het is niet mogelijk geweest om alle variabelen hierin te verwerken c.q. zijn niet beschikbaar in de betreffende modules. Er worden op zeer beperkte schaal wijzigingen doorgevoerd. Wel zijn er na ingebruikname van het EPD meer mogelijkheden ontstaan om 'real time' informatie te genereren zodat tijdig kan worden bijgestuurd. Sinds 2014 wordt wekelijks een 'real time' dashboard aangeboden aan proceseigenaren en procesverantwoordelijken. Op deze wijze is inzichtelijk of op dat moment aan de betreffende IGZ normen wordt voldaan en kan sneller worden gereageerd op afwijkingen. Inmiddels worden wekelijks 17 metertjes getoond aan proceseigenaren, procesverantwoordelijken en sinds 2015 ook aan managers bedrijfsvoering en Raad van Bestuur.

Halfjaarlijks wordt een overzicht gegenereerd door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van alle indicatoren die rechtstreeks uit het EPD kunnen worden gehaald. Met de managers bedrijfsvoering worden de resultaten vergeleken met het voorgaande jaar en gesignaleerd waar mogelijke bijsturing in de processen noodzakelijk is.

3.4.6 Kwaliteitscertificaten, kwaliteitslabels en accreditatie

SJG Weert heeft in 2016 de volgende certificaten in bezit:

- NIAZ/Qmentum accreditatie,

- VMS certificaat,
- Afdeling Medische Microbiologie & Ziekenhuishygiëne CCKL,
- Roze lintje (borstkankerzorg),
- Spataderkeurmerk,
- Stomazorgwijzer,
- Vaatkeurmerk (Hart- en Vaatgroep),
- Baby Friendly Hospital,
- Smiley (Vereniging Kind en Ziekenhuis),
- Senior vriendelijk ziekenhuis 2016,
- Kwaliteitszegel dermatologie,
- NVOI Nederlandse Vereniging voor Orale Implantaten,
- Plus – certificaat van Achmea voor ‘Ouderenzorg’,
- Voor Mediweert:
 - FSMI Federatie sportmedische instelling,
 - Supply-partner Topsport Limburg.

3.4.7 Klanttevredenheidonderzoek

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

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

SJG Weert wijst al patiënten al sinds 2013 actief op de mogelijkheid om via Zorgkaart Nederland waardering over het ziekenhuis te melden. Iedere melding wordt via een e-mail alert anoniem aan SJG Weert gerapporteerd. Bij een melding waarbij de patiënt aangeeft niet tevreden te zijn, wordt door het ziekenhuis een reactie geplaatst met het verzoek contact op te nemen met de Klachtenfunctionaris. Uit de beschikbare data van Zorgkaart Nederland wordt door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid een analyse gemaakt. Deze rapportage wordt aangeboden aan directie en medisch stafbestuur en verder verspreid in de organisatie.

In het kader van patiënten participatie voert SJG Weert vanaf 2014 spiegelgesprekken. Hiervoor zijn 4 medewerkers bij het CBO opgeleid als gespreksleider. In november 2014 heeft een eerste spiegelgesprek plaatsgevonden wat een uitstekende toegevoegde waarde bleek om de tevredenheid van de klant in beeld te krijgen vanwege de zelfreflectie naar een ieder die met de patiënt te maken heeft gehad. In 2015 heeft een spiegelgesprek bij een klinische afdeling plaatsgevonden. In 2016 heeft een spiegelgesprek bij een klinische afdeling en bij de dagbehandeling plaats gevonden. In het kader van senior vriendelijk ziekenhuis is begin 2017 een spiegelgesprek gepland.

3.4.8 Sterftecijfer

De HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio) zet de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken wordt verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte. SJG Weert heeft net als alle andere ziekenhuizen in 2016 het definitieve sterftecijfer van 2015 ontvangen via Dutch Hospital Data (DHD). Dit cijfer was sterk verbeterd t.o.v. voorgaande jaren en de kwaliteit van de dataregistratie is nu op alle punten goed. De HSMR van SJG Weert over 2015 wijkt niet significant af van het landelijk gemiddelde.

3.4.9 iDocument

Na 8 jaar DKS als documentbeheersysteem te hebben gebruikt is SJG Weert overgestapt naar iPortal

van Infoland. Doelstelling is het systeem dusdanig in te richten dat de zoekfunctie sterk zou verbeteren en het gebruik van het documentbeheer verhoogd zou worden. Hiermee komen protocollen, processchema's en zorgpaden sneller beschikbaar voor gebruikers. In februari 2015 heeft de overgang van DKS naar iDocument plaatsgevonden.

3.4.10 Integraal crisisplan

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

In het verslagjaar 2016 zijn aan het integraal crisisplan plannen ten aanzien van Uitbraak infectieziekten, Tekort aan personeel, Ontruiming en brandbestrijding en uitval ICT.

Er zijn een tweetal HMIMMS trainingen gehouden, 1 gezamenlijke OT /BT oefening, 1 OT /BT review avond, een BOB training voor alle leden van het OT en BT en een alarmeringsoefening. De directeur zorg heeft deelgenomen aan de masterclass crisisbeheersing voor zorgbestuurders.

De crisiscoördinator bezoekt maandelijks het kennisplatform crisiscoördinatoren Limburg breed. Dit platform wordt geïnitieerd door OTO Limburg.

In 2016 werden - met uitzondering van de vakantiemaanden juli en augustus - maandelijks 2 trainingen Brand, Communicatie en Ontruiming gegeven voor alle bedrijfshulpverleners. Aansluitend is in 2016 een onaangekondigde ontruimingsoefening gehouden. Voor het overig personeel zijn in totaal 10 trainingen kleine blusmiddelen gegeven. Alle personeelsleden zijn verplicht deze training eenmaal per 4 jaar te volgen. In de maand mei is het OK-personeel getraind voor specifieke bedrijfshulpverleningstaken. Aansluitend daarop zijn een 8 tal ontruimingsoefeningen gehouden op de OK.

3.4.11 Calamiteiten patiëntenzorg

Binnen SJG Weert is de Calamiteiten Commissie Patiënten (CCPAT) actief die onderzoek verricht naar de oorzaak en vermijdbaarheid van interne calamiteiten. Gebeurtenissen met onverwacht ernstige, mogelijk blijvende schade voor de patiënt worden conform de wettelijke richtlijn gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

In het verslagjaar 2016 zijn 13 (mogelijke) calamiteiten aan de IGZ gemeld. De CCPAT heeft daarnaast op verzoek van de Raad van Bestuur intern onderzoek ingesteld naar 21 incidenten die na onderzoek niet als calamiteit zijn geïdentificeerd. Bij de meeste daarvan heeft dit wel geleid tot het opleggen van verbetermaatregelen omdat tekortkomingen in de patiëntenzorg zijn geïdentificeerd. De aanbevelingen van de commissie worden – indien overgenomen - door de Raad van Bestuur intern opgelegd en actief gemonitord.

3.5 Externe gebeurtenissen gedurende het boekjaar

In 2016 is de discussie over de acute zorg (voorlopig) beëindigd met het aanbieden van het rapport van het Kwaliteitsinstituut over spoedzorg. SJG Weert voldoet aan de criteria zoals gesteld in het rapport. Doordat tem aanzien van de acute zorg al eerder afspraken zijn gemaakt wat wel en wat vooral ook niet in SJG Weert behandeld wordt heeft het rapport geen gevolgen voor het huidige portfolio in de acute zorg. Ook de zorgverzekeraars handelen daar naar.

De invoering van de integrale geboortezorg laat nog op zich wachten. Vooruitlopend daarop bereid het Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) zich voor door zich goed te oriënteren op 'best practice' voorbeelden uit het land en wacht af tot er een landelijk format wordt aangeboden. Verwachting is nu dat integrale geboortezorg in fases vanaf 2018 zal starten.

Voor het ontwikkelen van een nieuw meerjarenbeleidsplan is er gesproken met veel stakeholders. Dit waren samenwerkingspartners die concept ideeën over de ontwikkeling van SJG Weert voorgelegd kregen en hun visie daarover konden spiegelen. De input is verwerkt in het definitieve meerjarenbeleid 2017-2020.

Het afgelopen jaar is ons beleid om als basisziekenhuis onze klanten basiszorg te bieden - met de speerpunten oncologie en ouderenzorg - verder uitgebouwd. De samenwerking in de keten is verder geïntensiveerd waardoor wij onze klanten optimale zorg kunnen bieden. SJG Weert is van mening dat

de klanten in ons adherentiegebied recht hebben op deze zorg en dat zorg dichtbij huis zoals o.a. verloskunde geen luxe is maar een basisvoorziening.

In gesprekken met zorgverzekeraars zijn de contouren van onze lange termijn visie aan de orde gesteld en zorgverzekeraars hebben hiertoe hun steun uitgesproken. Samen met onze professionals, ketenpartners en stakeholders wordt de lange termijnvisie verder uitgewerkt zodanig dat wordt ingespeeld op onder meer nieuwe (technologische)ontwikkelingen. Het lijkt er steeds meer op dat toenemend onderwerpen als kostenbeheersing, efficiency, ‘continu verbeteren’ en flexibiliteit een centralere rol gaan spelen naast de zorg voor de patiënt. Daarnaast is sprake van een niet aflatend stroom eisen die betrekking hebben op registratie en opleveren van kwaliteitskengetallen. Nut en noodzaak hiervan moeten goed worden afgewogen zodat het niet ten koste gaat van beschikbare tijd voor de zorg aan onze patiënten.

SJG Weert beseft dat het mee moet met het implementeren van innovatieve zorg ideeën. In het afgelopen jaar is er meegewerkt aan een pilot telemedicine: beeldcontact direct uit de ambulance ter ondersteuning van problemen in de ambulance. Mogelijk dat de pilot breder gaat worden uitgevoerd. Daarnaast is er ook een kennis genomen van de mogelijkheden bij inzet van de E-Nose, een diagnosticum waar via een analyse van uitademingslucht iets kan worden gezegd over de waarschijnlijkheid van een specifieke aandoening. Mogelijk dat dit in 2017 ingezet gaat worden.

Fusies blijken in de praktijk niet immer de beste oplossing. SJG Weert gelooft in intensieve samenwerking met onder meer andere ziekenhuizen ten dienste van de zorgbehoefte van onze patiënten waar SJG Weert een belangrijke regiefunctie in dient te kunnen voeren. De structuur waarin dit kan worden gerealiseerd moet geen doel op zich zijn maar zal vanzelf volgen als het belang van de patiënt daarmee gediend is. Voor SJG Weert staat de zorg voor de patiënt en de continuïteit van ziekenhuisorganisatie centraal in de samenwerkingsmodellen die mogelijk zijn.

3.6 Communicatie en patiëntenvoorlichting

Ontwikkelingen binnen de afdeling

De afdeling Communicatie heeft in 2016 een nieuwe kwaliteitsslag gemaakt. Door een kleine reorganisatie beschikt het team nu over drie HBO-geschoolde adviseurs. Dit is bereikt binnen dezelfde formatie. Eind 2016 heeft de afdeling een nieuw marketingcommunicatiebeleid geschreven welke in de komende jaren stap-voor-stap uitgerold gaat worden.

Daarnaast is er meer aandacht voor crisiscommunicatie. De adviseurs hebben deelgenomen aan diverse trainingen en tabletop-oefeningen en hebben de werkwijze rondom crisiscommunicatie verder aangescherpt. In de praktijk zijn er in 2016 geen grote crisissen of calamiteiten geweest, maar is de werkwijze wel al op enkele kleinere casussen toegepast. Denk daarbij aan de recall van de Mirena spiraal, de leverproblemen rondom de heupprothesen in november en december en de mogelijke Klebsiella in februari.

Middelen

- Interne communicatie (regulier)
Het personeelsblad Impuls kwam afgelopen jaar - net als in 2015 - 4 keer uit. De interne nieuwsbrief Info Intern is 52 keer verschenen.
- Externe communicatie (regulier)
De Gezondheidskrant is 3 keer verschenen. Het Specialist-Huisarts Bulletin is in totaal 4 keer verspreid onder medisch specialisten en eerstelijnszorgaanbieders. Ook zijn 4 advertentiepagina's geplaatst in Weert Magazine. In de folderlijn zijn 60 nieuwe folders gemaakt en 200 folders aangepast. Er zijn 11 folders vervallen. In totaal zijn bijna 4.000 folders besteld. Vanuit een groeiende vraag vanuit de medewerkers en specialisten is een online 'toolkit patiënteninformatie Arabisch' geïntroduceerd met daarin 22 voorlichtingsdocumenten in het Arabisch en een tweetal externe folders gericht het ondersteunen van de communicatie met o.a. asielzoekers.
- Social media

		2016	2015	2014	2013	2012
Facebook	Aantal berichten	120	145	158	195	30
	Volgers op 31 december	1999	1562	907	557	232
	Elk bericht gemiddeld gezien door unieke personen	3516	2575	1072	580	245
	Elk bericht gemiddeld weergegeven	6553	4673	2483	1563	727
	Elk bericht gemiddeld 'geliked'	63	45	38	28	59
	Reacties op berichten (totaal)	597	657	600	700	
Twitter	Aantal tweets	75	194	101	139	93
	Volgers op 31 december	743	628	512	366	180
	Gemiddeld aantal weergaven per bericht	840	297	-	-	-
YouTube	Filmpjes geplaatst	6	18	12	-	-
	Gemiddeld aantal weergaven per video	598	356	102	-	-

- Free publicity
Ondanks de wens om in de traditionele papieren media aanwezig te zijn, blijkt het bereik online vele malen groter te zijn. Met name regionale nieuwssites zoals Weert de Gekste, Weert Actueel en Nederweert24 zorgen voor veel exposure. De contacten met deze media zijn erg goed en berichten worden bijna één-op-één doorgeplaatst.
- Informatiebijeenkomsten
In 2016 zijn 36 reguliere informatiebijeenkomsten georganiseerd waarvan 10 in samenwerking met andere organisaties zoals Longfonds of Hoormij. Ruim 1770 bezoekers bezochten deze bijeenkomsten. Dit is exclusief de bezoekers van de bijeenkomsten van het Longfonds. Naast de bijeenkomsten zijn er ook 20 rondleidingen georganiseerd voor groepen basisschoolleerlingen (20-30 kinderen per groep). De leskist voor scholen is 5 keer uitgeleend. In 2016 is een pilot gedaan met een nieuwe opzet voor voorlichtingsbijeenkomsten. Rondom het thema 'spataderen' zijn 2 informatieavonden 'nieuwe stijl' georganiseerd. Hierbij werkten meerdere specialismen samen. De avonden vonden deels plaats op locatie (POK) en bevatten demo's en interactieve elementen. Beleving van de patiënt stond hierbij centraal. De reacties hierop waren heel positief.
- Website
Op de website zijn de eerste zorgpaden vormgegeven als zorgtraject voor de patiënt: een helder en overzichtelijk stappenplan van een zorgtraject met daarin de mogelijkheden voor verdere informatie vermeld. Door deze gelaagdheid kan de patiënt zelf bepalen wanneer hij welke informatie tot zich neemt en wordt een kapstok geboden voor alle beschikbare informatie.

Projecten

De afdeling Communicatie was in 2016 leading, dan wel als communicatieadviseur betrokken bij de diverse projecten. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste projecten:

- Spoedpost Weert
- NEN7510;
- Dag van de verpleging;
- Opening huiskamer;
- Communicatie rondom speerpunten Oncologie en Ouderenzorg;
- Qmentum;
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek;
- Communicatieopzet vakgroep Chirurgie;
- Duurzame inzetbaarheid;
- Logistiek document;
- Deelname Kwaliteitsvenster;
- Opening digitaal geboorteloket;
- Opmaak en drukwerk meerjarenbeleidsplan;
- Migratie Hix;
- Ketenoverdracht;
- Bewustwording rondom dove en slechthorende patiënten;
- Organisatie lustrumbijeenkomst Toon Hermans Huis;
- Campagne griepvaccinatie;
- Eindejaarsgeschenk 2016.

4. Personeel en Opleidingen

4.1 Sociaal en personeelsbeleid

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

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

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

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

4.1.1 Verzuim

De ziekteverzuimpercentages van SJG Weert worden onderverdeeld in twee organisatie-eenheden zorg en algemeen.

	FTE's 2016	Verzuim excl. zwangerschap 2016	FTE's 2015	Verzuim excl. zwangerschap 2015
Zorg	667	4,09%	659	5/01%

Na een periode van gestage stijging van verzuimcijfers vanaf 2013 daalt het verzuim in 2016. In 2013 steeg het verzuim van 3,7% naar 5% (SJG Weert totaal) in 2015. Naar aanleiding van de stijging van het ziekteverzuim in voorgaande jaren zijn tal van maatregelen genomen. Onder meer maatregelen op het gebied van ondersteuning voor leidinggevenden zoals trainingen en sociaal medische overleggen zijn getroffen, met daarnaast aandacht voor werkdruk, arbeidsomstandigheden, ergonomie, risico inventarisatie en frequent verzuim aanpak. Aandacht voor de verzuimproblematiek is en blijft belangrijk. Het komt met grote regelmaat terug op de agenda van het MT.

4.1.2 Arbo – duurzame inzetbaarheid

Verzuim is en blijft belangrijk werd in de vorige paragraaf gesteld. Toch is het belangrijk verder te kijken dan alleen verzuim. Preventie is minstens net zo belangrijk. Dat roept de vraag op hoe dat aan te pakken.

Een arbobeleid dat op de organisatie is afgestemd en voldoet aan de wettelijke normen is hierin instrumenteel. Het arbo beleid is gericht op verzuimdoelstellingen, preventie en re-integratiemaatregelen.

Een belangrijk onderdeel van preventie dat in 2015 is opgepakt en in 2016 vervolgd, is het beleid ten aanzien van duurzame inzetbaarheid. Duurzame inzetbaarheid gaat in essentie om de continue aansluiting tussen wat de medewerker professioneel kan en wil en wat de werkgever aan werk vraagt en biedt. Anders gezegd, de medewerker is in elke levensfase goed inzetbaar voor het werk, is gezond en blijft dat. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten. Duurzame inzetbaarheid gaat in essentie om de continue aansluiting tussen wat de medewerker professioneel kan en wil en wat de werkgever aan werk vraagt en biedt. Nu en in de toekomst. Duurzame inzetbaarheid draait om inzetbaarheid van

de medewerker, nu en in de toekomst. Er is van een algemene tendens van stijgende kwalificatie-eisen aan het personeel in de zorg. De te leveren zorg wordt immers complexer door de dubbele vergrijzing van de bevolking (relatief meer ouderen die ook langer leven), de toenemende culturele diversiteit en het toenemend aantal mensen met chronische aandoeningen. Zorgverzekeraars stellen in steeds meer gevallen ook hogere eisen aan de inzet van personeel, met name op HBO niveau. In de zorg wordt steeds meer technologie toegepast. Het gebruik van (nieuwe) technologie stelt hogere eisen aan de opleiding en competenties van medewerkers. Medewerkers moeten met de technologie kunnen omgaan en moeten voortdurend bijgeschoold worden in de laatste ontwikkelingen. Ontwikkelingen in de technologie, bijvoorbeeld in de vorm van e-health, hebben ook impact op de ziekenhuislogistiek, minder noodzaak tot polikliniekbezoeken, minder invasieve chirurgische ingrepen en het veiligheidsbewustzijn. De beschreven ontwikkelingen stellen ook eisen aan de competenties die behoren tot de zogenaamde 'soft skills' van personeel in termen van attitude, communicatie en samenwerking.

Daarnaast is duidelijk dat SJG Weert vergrijsd. Lag de gemiddelde leeftijd van SJG-medewerkers in 2003 met 39 jaar nog onder het landelijk gemiddelde van 39,5; nu ligt de gemiddelde leeftijd op 44 jaar. Ruim boven het landelijk gemiddelde van 42,5 jaar. De leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder neemt in omvang verder toe. Doordat de formatie de komende jaren niet zal groeien en medewerkers langer zullen blijven doorwerken dan vroeger, zal de gemiddelde leeftijd verder toenemen.

Duidelijk is dat hier de nodige uitdagingen liggen en dat zowel de medewerker als de werkgever een rol, maar ook verantwoordelijkheid hebben. Beide hebben elkaar nodig om duurzame inzetbaarheid voor de organisatie en voor de individuele medewerker te realiseren.

In 2016 is een enquête onder het personeel gehouden om te onderzoeken welke thema's van belang waren. Uit de onderzoeksbevindingen blijken de volgende thema's die door de respondenten van belang werden geacht:

- Meer eigen regelmogelijkheden en minder bureaucratiesering, met als gevolg minder stress en meer zeggenschap;
- Omgaan met fysieke belasting (lichamelijke en/of 'eenzijdige' belasting op het werk)
- Balans tussen werk en privé (bijv. werktijden en privé verplichtingen)
- Aandacht voor psychische belasting en ont-stressen

De uitslagen van deze enquête zijn in 2016 aan personeel gecommuniceerd via Impuls en zijn uitgewerkt in een plan van aanpak dat in 2017 zal worden uitgerold.

4.1.3 CAO

De Cao Ziekenhuizen is op 31 december 2016 afgelopen. In de opmaat naar een nieuwe cao stelt de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen dat het ziekenhuisstelsel daadwerkelijk en fundamenteel veranderd is van overheidsaansturing naar private onderhandelingen tussen medisch specialistische instellingen en zorgverzekeraars. Elke instelling is bezig met het formuleren van de eigen toegevoegde waarde met consequenties voor het zorgportfolio: welke zorg wordt aangeboden, welke niet en wat maakt de organisatie onderscheidend ten opzichte van andere zorgaanbieders. Deze vragen hebben gevolgen voor de organisatie en de inrichting er van. Deze ontwikkeling zal een versnelling krijgen door technologische ontwikkelingen en innovatie. Met name de impact van ICT mogelijkheden zal de rol en benadering van medewerkers en patiënten in hoog tempo veranderen. Zo krijgen patiënten online toegang tot hun eigen medisch dossier en meer mogelijkheden om onafhankelijk van plaats en tijd hun dossier te raadplegen en hierover te communiceren met zorgverleners.

Naast dit structurele veranderingsproces is aandacht voor het beheersen van de kosten een constante. De politieke en maatschappelijke druk om met dezelfde capaciteit aan mensen en middelen meer en kwalitatief betere zorg te bieden te leveren.

Tegen deze achtergrond is investeren in de kennis en vaardigheden van medewerkers het belangrijkste antwoord. SJG Weert doet dit door medewerkers zoveel mogelijk te stimuleren te werken aan hun continue professionele ontwikkeling en arbeids(markt)fitheid.

Hier ligt een kans tot het verhogen van arbeidsproductiviteit en uiteindelijk ook medewerkerstevredenheid. Medewerkers zullen zich in een omgeving waarbij de zorgvraag toeneemt

en zwaarder en complexer wordt, nieuwe en hogere eisen eigen moeten maken. Mede als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen en verdergaande samenwerking in de zorgketen. Tegelijkertijd is de flexibiliteit van organisatie en de medewerkers belangrijk. Het vermogen van de organisatie, maar ook van medewerkers, zich snel aan te passen aan veranderende omstandigheden en nieuwe (zorg)vragen van patiënten. Flexibiliteit, inzetbaarheid en aanpassingsvermogen zijn dan ook de toverwoorden voor het succes van het ziekenhuis in de komende jaren.

4.1.4. Actuele ontwikkelingen

Wet Deregulering Arbeidsrelaties (Wet DBA)

Vanaf 1 mei 2016 is de Wet Deregulering Arbeidsrelaties (Wet DBA) van toepassing. Door middel van de wet DBA wil de overheid de verantwoordelijkheid voor de beoordeling van de arbeidsrelatie eerlijker verdelen tussen opdrachtgever en opdrachtnemer én zogenoemde schijnzelfstandigheid bestrijden.

Dit betekent dat per 1 mei 2016 de Verklaring Arbeidsrelatie (VAR) is komen te vervallen en dat bij het inhuren van zzp'ers voortaan per geval beoordeeld moet worden of er sprake is van een dienstbetrekking. Door invoering van de Wet DBA moet er per 1 mei 2016 met door de belastingdienst goedgekeurde overeenkomsten gewerkt worden als er een opdracht aan een zzp'er (zzp = zelfstandige zonder personeel) wordt verstrekt. Als er volgens met door de belastingdienst goedgekeurde overeenkomsten gewerkt wordt, is inhouding en afdragen van loonheffing niet nodig en loopt de organisatie ook niet het risico op naheffingen en boetes.

Om vanaf 1 mei 2016 met deze fiscale problematiek adequaat om te gaan hebben de afdelingen P&O en Financiële Administratie een risico analyse uitgevoerd, één of meerdere modelovereenkomsten samengesteld en een procedure ontworpen voor de inhuur van zzp'ers.

Visie op roosteren

Naar aanleiding van een initiatiefvoorstel door de OR en het gegeven dat het vigerende dienstroosterpakket Square per 01-01-2018 vervangen moet worden heeft de directie een stuurgroep 'visie op roosteren' ingesteld met als opdracht te komen tot een visie op roosteren, een toepasselijk concreet kader en een voorstel tot aanschaf van een nieuw dienstroosterpakket dat aan de eisen voldoet.

De aanleiding om te komen tot een andere visie op roosteren is toe te schrijven aan verschillende ontwikkelingen:

- Twee onderzoeken die in 2016 zijn uitgevoerd, te weten het medewerkersonderzoek 2016 en de enquête 'duurzame inzetbaarheid' laten zien dat medewerkers ontevreden zijn met de huidige manier van roosteren. De huidige manier van roosteren wordt getypeerd als een manier die te weinig rekening houdt met individuele wensen en geen rekening houdt met de balans 'werk - privé' en rigide is.
- Een initiatiefvoorstel van de Ondernemingsraad SJG Weert waarbij de OR signaleert verontrustende signalen van medewerkers over roostering te krijgen. Uit de feedback die de OR krijgt kan de conclusie worden getrokken dat de huidige manier van roosteren, of de uitvoering hiervan, kan zorgen voor een disbalans tussen werk en privé. De medewerker mist eigen regie en heeft het gevoel dat er gepland wordt in het voordeel van de organisatie en dat er geen ruimte is voor eigen inbreng van de medewerker. De OR stelt de bestuurder voor tot een gezamenlijke visie op roosteren te komen (OR 2016.09).

Op grond van bovenstaande ontwikkelingen is er een stuurgroep 'visie op roosteren' opgericht onder voorzitterschap van de heer M.O.J.M. Visser, directeur zorg. Deelnemers zijn het dagelijks bestuur van de OR, twee managers bedrijfsvoering en hoofd P&O.

Medewerkersonderzoek – samen werken aan continue verbetering

Op 29 juni hebben alle medewerkers via e-mail van onderzoeksbureau Effactory een uitnodiging voor deelname aan het medewerkers motivatieonderzoek gekregen. Medewerkers werden in uitgenodigd

een digitale vragenlijst in te vullen en hun mening anoniem te geven over diverse aspecten van het werken bij SJG Weert.

In september zijn deze onderzoeksresultaten bekend gemaakt aan het voltallig personeel. De onderzoeksresultaten dienen als basis voor verbetering. Alle leidinggevend en teams zijn gevraagd met concrete verbetervoorstellen te komen voor (grote of kleine) knelpunten die worden ervaren. De voortgang van de verbeterprojecten wordt periodiek besproken tijdens de sectoroverleggen en in het MT. Naast resultaten op teamniveau, levert het onderzoek ook organisatiebrede verbeterpunten op. Ook daarmee gaat SJG Weert aan de slag.

Digitale salarisstrook

Met de salarisbetaling van de maand november is SJG Weert overgestapt van de papieren salarisstrook naar de digitale salarisstrook. Naast de maandelijkse salarisstrook zal ook de jaaropgaaf digitaal verstrekt worden.

4.2 Opleidingen en stages

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

4.2.1 Strategisch opleidingsplan

SJG Weert heeft een strategisch opleidingsplan met een looptijd tot en met 2017. Dit plan helpt te bepalen hoe en aan welke doelen opleidingsgeld besteed zal worden. De subsidieregeling *Kwaliteitsimpuls voor de ziekenhuizen* biedt financiële mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering, verbeteringen van het leerklimaat en het opzetten of uitbreiden van een ondersteunend instrumentarium zoals een leer-managementsysteem ('het Leerplein').

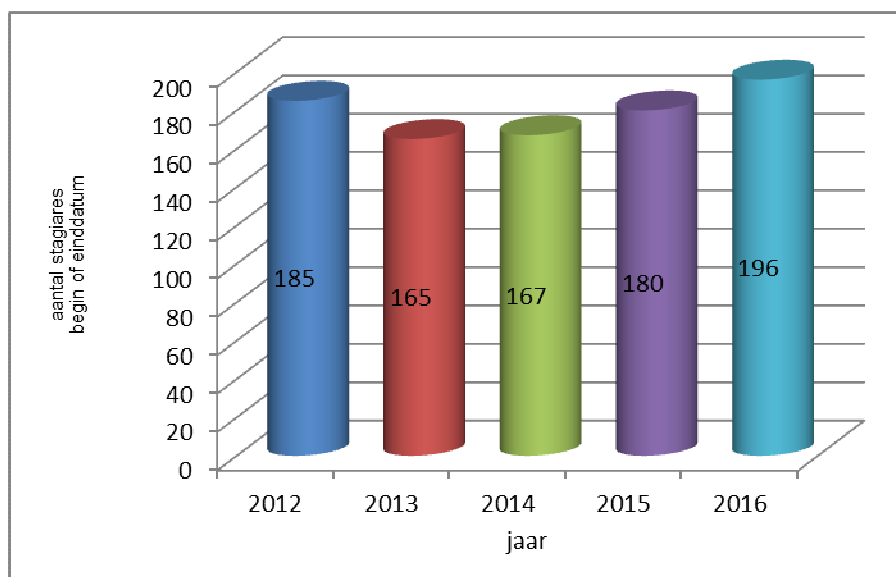
Ook in 2016 is ten aanzien van het strategisch opleidingsplan met name aandacht besteed aan de gewenste omvang van het personeel naar kwalificatieniveau en kwalificatierichting. Concreet moet leiden dit tot een personele bezetting die qua aantallen, kwaliteiten en kosten aansluit op de personele behoefte.

4.2.2 Stages

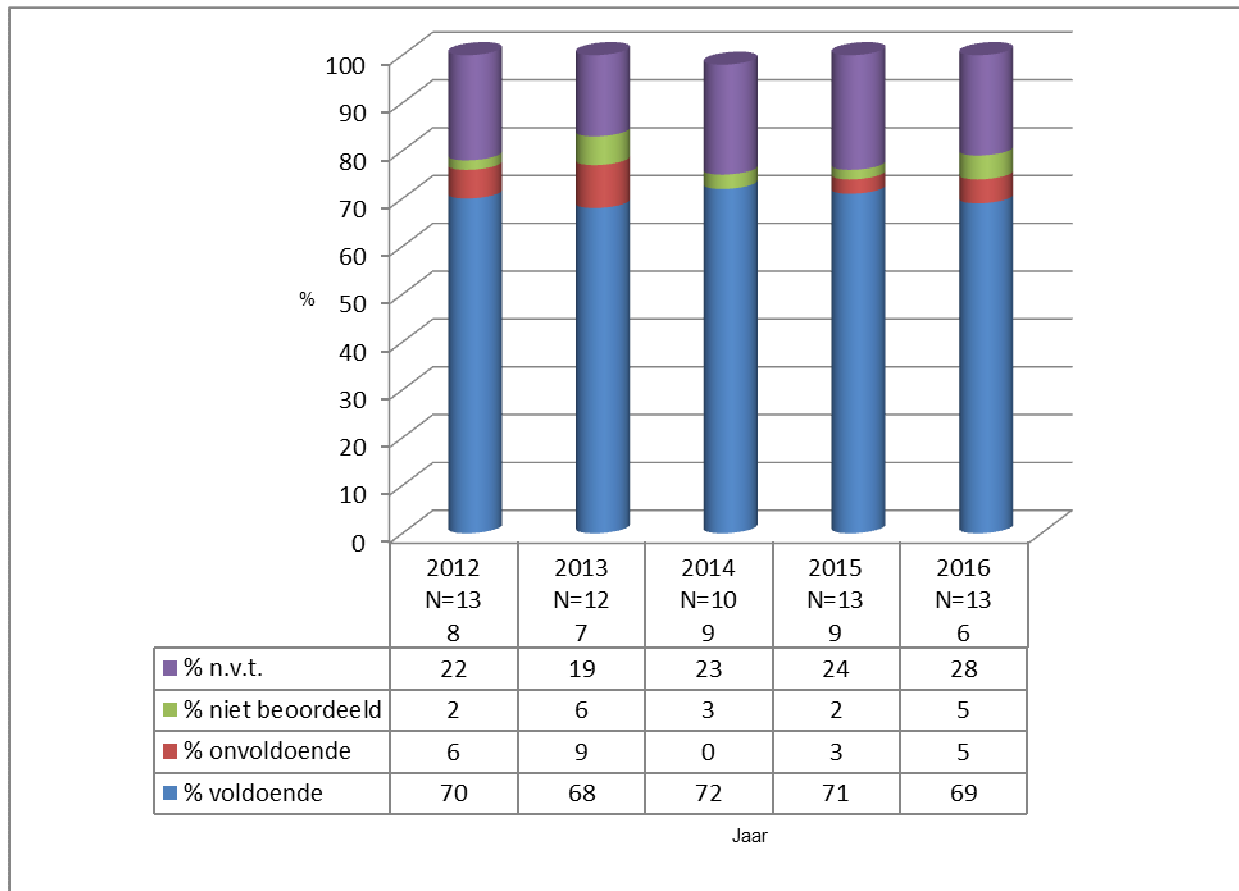
Subsidiegelden vanuit het stagefonds (VWS) worden gebruikt om de beroepspraktijkvorming op de afdelingen verder uit te breiden en/of te verbeteren. Jaarlijks worden de stages geëvalueerd.

In 2016 hebben in totaal 196 stagiaires in het SJG een stageperiode doorlopen (begin of einddatum stage in selectiejaar).

Hieronder volgt een overzicht van het aantal stagiaires m.b.t. de laatste 5 jaren, geselecteerd op begin of einddatum stage in selectiejaar.



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



4.2.3 Professionaliseren van de verpleegkundige beroepsgroep

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

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

4.2.4 Leerplein

Leerplein is een applicatie die door SJG Weert gebruikt wordt als een Leermanagementsysteem. Leerplein heeft tal van online cursussen ontwikkeld dan wel ter beschikking gesteld waardoor de bevoegd- en bekwaamheden van – met name zorgprofessionals - geborgd (kunnen) worden en daarvoor certificaten kunnen behalen.

Het onderstaande overzicht geeft een beeld van het aantal modules dat per jaar per organisatiecluster via het Leerplein is gestart/geregistreerd . De stijging wordt met name veroorzaakt door het opzetten en borgen van het Convenant VTMT.

Overzicht per cluster	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010 ^[1]
Behandelcentrum algemeen	6.146	2.296	1.844	1.449	1.791	362	
Directie algemene zaken	439	300	467	325	227	41	
Directie overig	494						
Directie zorg	182	106	141	116	47	137	
Kliniek	5.235	2.910	1.839	1.919	2.738	765	
Medisch Ondersteunend algemeen/paramedische diensten	1.191	361	442	535	294	13	
Polikliniek / functie afd. algemeen	1.948	626	442	742	705	62	
Medische Staf	1.350	237	261	319	14	-	
Zonder cluster	273	125	163	220	168	41	
totaal	17.258	6.961	5.599	5.650	5.984	1.421	308

In 2016 zijn er 13.552 certificaten (incl. deelnamebewijs) centraal uitgereikt in het digitale portfolio van de actuele medewerkers.

In totaal zijn er nu 32.442 certificaten van actuele deelnemers opgenomen in het Leerplein. (peildatum 17 januari 2017)^[2].

Er zijn 49 manuals beschikbaar (peildatum 17 januari 2017) in Leerplein. De inhoud van de evaluatiegegevens wordt bij het actualiseren van de manuals beschikbaar gesteld aan de inhoudsdeskundige(n). De inhoudsdeskundige wordt elke 3 jaar benaderd om de manual/module te actualiseren. De inhoudsdeskundige kan dit ook tussentijds doen.

Per manual (digitaal naslagwerk in de bibliotheek van het Leerplein) is na te gaan hoeveel keer een manual geopend is.

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

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

Overzicht per jaar	Aantal
2016	6155
2015	5105
2014	8128
2013	11393
2012	12660
2011	8478
2010 (start pilot in oktober 2010)	1694

4.2.4 *Leerplein*

Leerplein is een applicatie die door SJG Weert gebruikt wordt als een opleidingsmanagementinstrument. Leerplein heeft tal van online cursussen ontwikkeld dan wel ter beschikking gesteld waardoor werknemers - met name verpleegkundigen - hun kennisniveau 'up to date' kunnen houden en daarvoor certificaten kunnen behalen.

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

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

In 2016 zijn er 13.552 certificaten (incl. deelnamebewijs) centraal uitgereikt in het digitale portfolio van de actuele medewerkers.

In totaal zijn er nu 32.442 certificaten van actuele deelnemers opgenomen in het Leerplein. (peildatum 17 januari 2017)².

Er zijn 49 manuals beschikbaar (peildatum 17 januari 2017) in Leerplein. De inhoud van de evaluatiegegevens wordt bij het actualiseren van de manuals beschikbaar gesteld aan de inhoudsdeskundige(n). De inhoudsdeskundige wordt elke 3 jaar benaderd om de manual/module te actualiseren. De inhoudsdeskundige kan dit ook tussentijds doen.

Per manual (digitaal naslagwerk in de bibliotheek van het Leerplein) is na te gaan hoeveel keer een manual geopend is.

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

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

Overzicht per jaar	Aantal
2016	6155
2015	5105
2014	8128
2013	11393
2012	12660
2011	8478
2010 (start pilot in oktober 2010)	1694

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 2015 zijn bekend en dit heeft niet geleid tot materiële wijzigingen. Het rechtmatigheidsonderzoek 2016 is momenteel onderhanden en de verwachte uitkomsten zijn betrokken bij het opstellen van de jaarrekening 2016. Er vinden door het jaar heen uitgebreide controles plaats door de AO/IC functionaris. De definitieve rapportage zal naar verwachting voor 1 juli 2017 plaatsvinden en volgt voor 1 oktober 2017 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. Deze ligt nu in concept voor.

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 2016 is er een Omzet gerealiseerd van € 94,8 mln tegenover € 92,7 mln. in 2015. Als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015 is het honorarium vrijgevestigde specialisten opgenomen in de omzet en apart verantwoord in de resultatenrekening. Gecorrigeerd voor het honorarium aandeel van de vrijgevestigde specialisten bedraagt de omzet 2016 € 82,0 mln. en is er in 2016 een omzettoename van 2,3 % t.o.v. 2015. De stijging is voor een belangrijk deel veroorzaakt door indexatie van de plafonds bij de zorgverzekeraars. De subsidie in het kader van “Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO)” is in 2016 met € 0,4mln. afgenomen ten opzichte van 2015. Daarnaast is de premie voor beroepsaansprakelijkheid fors verlaagd omdat de stop-loss variant verplicht is door onze verzekeraar. Dit betekent ook een lagere doorbelasting aan het MSB.

De Personeelskosten, samengesteld uit Salarissen, Sociale Lasten, Pensioenpremie, Andere Personeelskosten en Personeel Niet In Loondienst, namen per saldo toe met 3,4% , € 1,4 mln. van € 41,7 mln. in 2015 tot € 43,1 mln. in 2016. Naastde stijging als gevolg van de reguliere jaarlijkse periodieken is er sprake van een structurele CAO verhoging van 1,5% per 1 januari 2016 en een eenmalige verhoging van 0,5% met een minimum van €125,- per 1 juli 2016. Deels worden deze stijgingen gecompenseerd door een daling van kosten Personeel niet in loondienst met € 0,2 mln. (23%)

Het personeelsbestand bedroeg gemiddeld 667 fte's in 2016 ten opzichte van 659 in 2015. De loonquote bedroeg 52,5 %, tegenover 52,2% in 2015. De omzet 2016 en 2015 zijn in deze berekening gecorrigeerd voor het honorarium vrijgevestigde specialisten.

De Overige Bedrijfskosten stegen van € 28,6 mln. in 2015 tot € 29,3 mln. in 2016, ofwel met + 2,5% (€ 0,7) mln. Deze toename betreft voor € 0,7 mln. hogere onderhoud - en energiekosten als gevolg van een extra donatie aan de voorzieningen voor o.a. sloop oude gebouwen. Daarnaast zijn de patiëntgebonden kosten met € 0,7 mln. toegenomen door o.a. de stijging van de kosten van duurzame geneesmiddelen en kosten voor onderzoeken door derden. Beide componenten zijn grotendeels gecompenseerd middels de doorfacturatie naar de zorgverzekeraars. Wel zien wij dat in toenemende mate de duurzame geneesmiddelen niet meer volledig gedekt worden door de zorgverzekeraars hetgeen ook een landelijk discussiepunt is.

De kosten voor huur en leasing zijn met € 0,5 mln. afgenomen als gevolg van het beëindigen van contracten en de algemene kosten zijn met € 0,2 mln. afgenomen.

De Afschrijvingen bedragen in 2016 € 4,4 mln. en zijn met € 0,5 mln. toegenomen t.o.v. 2015. In 2016 is de Spoedpost Weert (combinatie Huis Artsen Post en SEH) voor een groot deel gerealiseerd, is er een nieuwe energie centrale gebouwd en hebben er enkele interne verbouwingen plaatsgevonden. Ook hebben er aanzienlijke investeringen in ICT plaatsgevonden. In 2016 heeft er een bijzondere waardevermindering plaatsgevonden. In verband met economische veroudering is bepaalde automatiseringsapparatuur afgewaardeerd met € 1,2 mln.

De Rente lasten en baten waren in 2016 € 0,2 mln. lager dan in 2015.

Geschetste ontwikkelingen leidden in 2016 tot een Resultaat van ca. € 3,3 mln., tegenover € 2,6 mln. in 2015.

5.3 Kasstroom

Uit de operationele activiteiten is een positieve liquiditeitsstroom gegenereerd van bijna € 5,4 mln (2014: € 15,9 mln.).

Voor de bouw van de energiecentrale, die deel uitmaakt van de totale investeringen in 2016 van € 11,7 mln. (€ 5,6 mln. in 2015), is bij ABN-AMRO Lease NV een financiële leaseovereenkomst afgesloten van € 6,0 mln. Daarnaast is er in 2016 op de bestaande langlopende leningen een bedrag van € 2,9 mln. afgelost.

Per saldo zijn de liquide middelen met € 0,7 mln. afgenomen. In 2015 waren deze nog met € 14,5 mln. toegenomen

5.4 Balans

Per saldo werd de balans per ultimo jaar met 7,3% verlengd van € 74,0 mln. ultimo 2015 tot € 79,3 mln. ultimo 2016. Deze verlenging is geheel toe te schrijven aan de forse investeringen die in 2016 hebben plaatsgevonden.

De current ratio is ultimo 2016 gestegen naar 2,2 ten opzichte van 2,1 ultimo 2015.

Na toevoeging van het Resultaat bedraagt het Eigen Vermogen € 29,5 mln. waarmee de solvabiliteit uitkomt op 37,2%. (35,4% in 2015).

5.5 Risicomanagement

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

Met de actualisering van het middellange termijnplan in het najaar van 2014 zijn voor het tijdvak 2014-2019 de gevolgen voor verlies & winstrekening, balans en kasstroom, van de overgang naar volledige prestatiebekostiging, alsmede de afbouw van de kapitaallastenvergoeding, resulterend in volledige financiële selfsupporting, in kaart gebracht. In combinatie met de ten behoeve van

bouwplannen vereiste middelenbehoefte kan er tijdig, beleidsmatig worden gereageerd, gericht op rendementsbehoud, voorwaarde voor continuïteit.
In 2017 zal er het middellange termijnplan opnieuw worden geactualiseerd.

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

6. Huisvesting

De termijn huisvestingsbehoeften zijn opgedeeld in een aantal deel projecten waarvan onderstaande in 2016 zijn gerealiseerd:

- Vervangen groot deel van de bestaande infrastructuur/luchtbehandeling;
- Nieuwbouw energiecentrale;
- Integratie huisartsenpost en Spoedeisende Hulp;
- Huiskamer op 4^e etage.

In 2016 zijn ook de voorbereidingen getroffen voor de start renovatie kliniek in 2017;

- Verplaatsen Intensive Care;
- Verplaatsen en verbouw Vrouw Moeder Kind centrum;
- Verplaatsen en (ver)bouw Logistiek.

Aan alle projecten werd in 2016 veel aandacht besteed. Een werkgroep bouw is geïnstalleerd om de verbouwing van de kliniek voor te bereiden met het inschatten van toekomstige ontwikkelingen in patiëntenzorg en ICT als belangrijke aandachtspunten. Per fase zullen wij dit traject oppakken om tijdig in te kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen. In 2017 zal de eerste fase van de verbouwing kliniek gaan starten.

In 2016 is onder andere de nieuwe Spoedpost Weert gerealiseerd samen met de huisartsenorganisatie Meditta. Een hele mooie stap vooruit voor onze patiënten waardoor voorkomen kan worden dat patiënten onnodig naar de SEH komen als de huisartsenpost het ook kan opvangen. Dit voorkomt het onnodig belasten van het eigen risico. Het is ook een voorbeeld van de ketensamenwerking die SJG Weert propageert om maximaal in te kunnen spelen op de zorg die de patiënten nodig hebben. Langzaam maar zeker krijgt SJG Weert een nieuw 'gezicht' op een verantwoorde wijze.

7. Vooruitzicht

De in het Ondernemingsplan 2011-2015 en het Bestuurlijk Meerjaren Beleidsplan 2012-2015 uitgezette koers wordt beleidsmatig onverkort vervolgd. De ingezette koers is inmiddels succesvol gebleken en zal nog verder worden uitgebouwd. Samen met onze professionals, ketenpartners en stakeholders is in 2016 het meerjarenbeleidsplan 2017-2020 opgesteld. Het voorgenomen portfolio staat stevig, de speerpunten Oncologie en Ouderenzorg van de vorige jaren blijven belangrijke aandachtspunten in ons beleid en onze visie op deze terreinen ontwikkelen wij verder door innovatief in te spelen op de wensen van onze klanten en actuele ontwikkelingen. De koers zal niet worden gewijzigd maar een intensievere samenwerking met onze ketenpartners en de technologische ontwikkelingen zijn in onze geactualiseerde visie uitgewerkt. Ook ontwikkelingen met betrekking tot 1,5^e lijnszorg zijn daarin betrokken. Voor patiënten en ziekenhuis een uitdaging om – passend bij onze visie om zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt aan te bieden - daaraan vorm en inhoud te geven. Naast een mogelijke afname in productie als gevolg van de 1,5^e lijnszorg voorzien wij een aanzienlijke toename in zorgzwaarte in verband met de toenemende vergrijzing. Tot nu toe onderkennen zorgverzekeraars dit nog onvoldoende en investeren wij als ziekenhuis vooruitlopend op de mogelijke vergoedingen die komen op het gebied van ouderenzorg.

SJG Weert loopt voorop als het gaat om ouderenzorg en palliatieve zorg en daar zijn wij ook trots op. Wij zijn ons bewust van het belang van SJG Weert als basisziekenhuis met een gidsfunctie voor de inwoners in ons adherentiegebied waarin zelf de zorg bieden of zorgen voor een goed verwijzing. SJG Weert geeft zo inhoud aan haar rol als – belangrijke – schakel in de keten van zorgaanbieders door de verschillende echelons. Strevend naar een duidelijke toegevoegde waarde voor de patiënt. Samen met de partners in de keten en op basis van de behoefte van de klanten worden zorgthema's verder uitgewerkt en neemt SJG Weert actief deel aan zorgnetwerken.

De komende jaren zal ICT een cruciale rol gaan spelen en zal onze klant verschillende vormen van interacties met de zorgverleners willen hebben zoals op digitale wijze contact leggen voor afspraken, contact met de professional of inzage in het eigen dossier. Digitale overdracht van patiëntgegevens tussen de zorgpartners en het maken van goede werkafspraken is in toenemende mate van belang. Langzamerhand zal de patiënt meer regie willen krijgen over zijn en eigen gezondheid en medische processen. De vele ICT mogelijkheden en de beschikbare informatie over gezondheid, zal ook de vraag naar vroege signalering en preventie in de gezondheid doen toenemen. Nog meer nadruk zal gelegd worden op voorlichting, ondersteuning in de keten en op levensstijl wat ook zal bijdragen aan een veranderende rol van het ziekenhuis. Een rol die niet alleen gericht is op genezing maar ook op voorlichting en preventie.

In antwoord op het feit dat budgetten niet groter worden en daarentegen de zorg steeds duurder, zal in de komend jaren de focus liggen op capaciteitsmanagement: het zo goed mogelijk benutten van de bestaande capaciteiten en de afstemming tussen de verschillende capaciteiten,

SJG Weert wil, in overleg met de zorgverzekeraar, haar rol als basisziekenhuis verder verstevigen en inspelen op de ontwikkelingen in de zorg en de behoefte bij onze klanten/patiënten. Dat zal meer vergen van de regie functie van het ziekenhuis.

Een drempelloze overgang tussen ketenpartners is daarbij essentieel zodat SJG Weert een basispakket kan bieden met hoogwaardig medisch specialistische zorg in de keten. Deze wens kan niet worden gerealiseerd zonder goed opgeleide professionals die iedere dag gemotiveerd en bevlogen hun werk doen. Aan onze specialisten, zorgverleners en alle medewerkers die de zorgprocessen ondersteunen zal het niet liggen. Zij zullen dag en nacht klaar staan om optimale zorg te kunnen aanbieden.

Bijlage 1: Vereniging Medische Staf

Leden Vereniging Medische Staf SJG Weert 31-12-2016:

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

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

**Medisch specialisten en gelijkgeschakelde professionals (waarnemer/chef de clinique) (nog)
geen lid van VMS SJG Weert 2016:**

1. Mw. G. de Boer, geestelijk verzorger
2. Mw. M. van Boreen, internist
3. Dhr. P.L. Kubben, neurochirurg
4. Dhr. Prof. Dr. J.J. van Overbeeke, neurochirurg
5. Dhr. B. Pi van de Venne, dermatoloog

Bijlage 2: Afkortingen

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