

Stichting Medisch Spectrum Twente



Jaarverslag 2017



Gebruikersinformatie

Dit interactieve document kan het beste bekeken worden met Acrobat Reader. Download hier gratis de laatste versie van Acrobat Reader: <http://get.adobe.com/nl/reader>

START



Inhoudsopgave

Voorwoord Raad van Toezicht	4	3.3 Raad van Toezicht	21
Voorwoord Raad van Bestuur	6	3.3.1 Reglement Raad van Toezicht	21
		3.3.2 Samenstelling, rooster van aan- en aftreden en (neven)functies leden RvT	25
		3.3.3 Subcommissies	27
		3.3.4 Vergaderingen 2017	28
		3.4 Medezeggenschap	29
		3.4.1 Vereniging Medische Staf	29
		3.4.2 Ondernemingsraad	32
		3.4.3 Cliëntenraad	34
		3.4.4 Verpleegkundige Advies Raad	37
		Hoofdstuk 4	
		Resultaten	41
		4.1 Kwaliteit en veiligheid	41
		4.1.1 NIAZ Qmentum	41
		4.1.2 VMS Veiligheidscultuur	41
		4.1.3 Integraal Risicomanagement	42
		4.1.4 Kwaliteitsindicatoren	46
		4.1.5 Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)	46
		4.1.6 Visitaties	47
		4.1.7 Patiëntervaringen	48
		<i>Programma patiëntgerichtheid</i>	48
		<i>Kortcyclisch meten van patiëntervaringen</i>	48
Voorwoord Raad van Toezicht	4		
Voorwoord Raad van Bestuur	6		
Hoofdstuk 1			
Uitgangspunten van verslaglegging	8		
Hoofdstuk 2			
Profiel van de organisatie	9		
2.1 Kerngegevens	9		
2.2 Structuur van de organisatie	9		
2.3 Kernactiviteiten	13		
2.3.1 Specialismen	13		
2.3.2 Vergunningen in het kader van Wet bijzondere medische verrichtingen	14		
2.3.3 Werkgebieden	16		
2.3.4 Poliklinieken	16		
Hoofdstuk 3			
Bestuur, toezicht en medezeggenschap	17		
3.1 Normen voor Goed Bestuur	17		
3.2 Raad van Bestuur	18		
3.2.1 Reglement Raad van Bestuur	18		
3.2.2 Portefeuilleverdeling leden Raad van Bestuur	19		
3.2.3 Nevenfuncties leden Raad van Bestuur	20		



Inhoudsopgave

4.1.8 Value Based Health Care	52	Hoofdstuk 5	
4.1.9 stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE)	53	Samenwerken	77
4.1.10 Landelijke traumaregistratie	54	5.1 Samenwerken tussen de eerste- en tweedelijnszorg	77
4.1.11 Keurmerken	60	5.1.1 Programma 'Samenwerken aan waarde'	77
4.1.12 Beheer van wijzigingen in wet- en regelgeving	61	5.1.2 Formele samenwerking THOON	77
		5.1.3 Eenmalig Consult Medisch Specialist	77
4.2 Onderwijs en onderzoek	62	5.2 Oncologische samenwerking	78
4.2.1 Onderwijs	62	5.2.1 'ROTS' (Regionale Oncologische zorg Twente Salland)	78
4.2.2 Opleiden	62	5.2.2 Overige samenwerking	79
4.2.3 Wetenschappelijk onderzoek	66	5.2.3 Patiënten en casemanagers	79
4.2.4 Subsidies	68	5.2.4 Samenwerking SKB	79
4.3 HRM	69	5.3 Santeon	80
4.3.1 Kengetallen personeel	69	5.3.1 Ambities voor de toekomst	80
4.3.2 Verbetering financiële positie MST	70		
4.3.3 Kwaliteit van management en medewerkers	70	5.4 Grensoverschrijdend: Acute Zorg Euregio	80
4.3.4 Vitale, gemotiveerde en bekwame medewerkers	71	5.5 Twentse Medische Coöperatie	81
4.4 Zorgverkoop	74		
4.5 Communicatie	75	Bijlage	82
4.6 Vastgoed	76	Patiënt	82
4.6.1 Enschede - Verbouwing Haaksbergerstraat	76	Financiën	83
4.6.2 Sluiting Losser	76		
4.6.3 Verkoop Getfertweg	76		



Voorwoord Raad van Toezicht

Met tevredenheid heeft de Raad van Toezicht de voortgang van het Rendementsprogramma in 2017 gevolgd. Het behaalde financiële resultaat over 2017 is conform de begroting, wat een forse financiële ombuiging betekent. Dat deze ombuiging gepaard is gegaan met een verbetering van de patiënttevredenheid, zoals blijkt uit de CQ-index, is een buitengewone prestatie. Ten opzichte van de voorgaande jaren zouden meer patiënten MST aanraden bij familie of vrienden blijkt uit dit onderzoek. De Raad van Toezicht beseft dat deze ombuiging veel heeft gevraagd van de organisatie, en heeft hier alle waardering voor.

Tijd om hier lang bij stil te staan is er echter niet. In 2018 staan er grote uitdagingen te wachten voor MST. Niet alleen moet een positief resultaat behaald worden, zodat er weer ruimte komt om te investeren, ook gaat MST zich doorontwikkelen in het topklinische profiel. Waarbij samenwerking, zowel in als buiten de regio, cruciaal is.

Gezien de stappen die in 2017 gezet zijn, zien wij dit met vertrouwen tegemoet. De Raad van Toezicht stelt zich hierbij op als een kritische toezichthouder in dit proces, zowel met betrekking tot de financieel noodzakelijke ombuiging, als tot het bewaken van de patiëntveiligheid.

We willen als Raad van Toezicht voeling houden met de hele organisatie, om zo goed mogelijk vorm te kunnen geven aan onze toezichthoudende rol. Hiervoor worden er, naast de overleggen met de Raad van Bestuur, elk jaar overleggen gevoerd met alle adviesorganen van MST: met het Medisch Stafbestuur, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundig Adviesraad. Ook leggen wij werkbezoeken af in het ziekenhuis, waaronder in 2017 een werkbezoek samen met de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en de Verpleegkundige Adviesraad bij de Radiotherapie.

Wijziging samenstelling Raad van Toezicht en Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van MST bestaat uit drie bestuurders. Sinds juni 2016 had mevrouw Lindeman zich ziek gemeld bij MST. In goed overleg is zij op 13 april 2017 terug getreden als statutair lid van de Raad van Bestuur van MST. Met de heer Van Riel heeft MST ad interim een vervangend bestuurder kunnen benoemen. In 2017 hebben we met de heer Van Riel af kunnen spreken dat hij tot 1 september 2018 aan MST verbonden blijft als interim bestuurder. Ik ben blij dat hij zich voor deze periode aan ons heeft willen committeren.



Op 31 december 2017 liep de eerste termijn van mevrouw Bensing af als lid en vicevoorzitter van de Raad van Toezicht van MST. Nadat mevrouw Bensing had aangegeven beschikbaar te zijn voor een tweede termijn heeft de RvT, met een positief advies van de RvB, unaniem besloten om mevrouw Bensing te benoemen voor een tweede termijn. Zij is nu tot eind 2021 als toezichthouder verbonden aan MST.

Ook op 31 december 2017 liep de tweede termijn van mijzelf af als voorzitter van de Raad van Toezicht. Door de financiële situatie van MST en doordat er in 2018 bestuurlijke discontinuïteit zal zijn door het vertrek van de heren Van Riel en Leerink heb ik, op verzoek van de overige leden van de RvT, mij beschikbaar gesteld voor een verkorte derde termijn. Gezien deze ongebruikelijke stap is zowel intern (bij de OR, VAR, CR, MSB en RvB) als extern (Menzis en IGJ) advies gevraagd over een benoeming voor een verkorte derde termijn. Na een positief advies van deze stakeholders ben ik door de leden van de Raad van Toezicht tot 31 december 2019 benoemd als voorzitter.

Ik kijk uit naar deze extra periode als voorzitter. Omdat ik geloof in de goede weg die MST is ingeslagen. Zodat ik, bij mijn aftreden eind 2019, een financieel gezond en ambitieus MST mag overdragen aan mijn opvolger.

Frans van Vught

Voorzitter Raad van Toezicht



Voorwoord jaarverslag 2017

Voor u ligt het jaarverslag van MST over het jaar 2017. In dat jaar heeft MST belangrijke stappen vooruit gezet om zijn positie als het topklinische ziekenhuis in de regio te versterken en behouden. Daarmee blijft MST voor Twente een ziekenhuis om trots op te zijn. MST, als zorg méér vraagt.

(2017 was het eerste volledige jaar in ons prachtige nieuwe ziekenhuis. Maar ook een jaar dat in het teken stond van het financieel gezond maken van MST. Hiervoor loopt een ingrijpend Rendementsprogramma 2017-2019, dat tot een structurele resultaatverbetering van 30 miljoen euro per jaar moet leiden. Alle MST'ers hebben hier in 2017 een hele grote stap in gezet. En dat was niet makkelijk, van alle medewerkers is veel gevraagd. We hebben ook afscheid moeten nemen van gewaardeerde collega's. We bieden nu met minder mensen zorg op minimaal hetzelfde kwaliteitsniveau. Om dit te kunnen doen, is geïnvesteerd in het verbeteren van de zorgprocessen. Ons doel is om patiënten het hele zorgproces 'in één keer goed' te laten doorlopen. Want dat is goed voor de patiënt, die precies weet wanneer hij wat kan verwachten. En goed voor MST, doordat er geen onnodige herstelstappen nodig zijn. Dat klinkt makkelijk, maar is in de praktijk een hele uitdaging. De eerste stappen hierin zijn in 2017 gezet. In 2018 zal hier vervolg aan gegeven worden. En gelukkig waarderen patiënten

onze dienstverlening in 2017 weer meer dan in 2016. Eind 2016 hebben we samen met ZGT en de kaakchirurgen de VOF Kaakchirurgie Oost Nederland opgericht. Met deze stap verwachten we nog beter te kunnen anticiperen op de ontwikkelingen in de kaakchirurgie, en in te kunnen spelen op de wensen van de patiënten.

Verder was 2017 ook het jaar waarin MST samen met onze collega-ziekenhuizen ZGT en DZ de intentie heeft ondertekend om te komen tot een nauwe samenwerking in de oncologische zorg. In 2018 verwacht ik dat deze intentie ook daadwerkelijk omgezet wordt in een samenwerkingsovereenkomst, waardoor we gezamenlijk de beste oncologische zorg in de regio aan kunnen blijven bieden.



Met de Santeon-collega's, zeven ambitieuze topklinische ziekenhuizen in Nederland, hebben we ons doorontwikkeld in het werken volgens de principes van Value Based Healthcare. We bespreken met elkaar de uitkomsten van zorg, om te leren van elkaars kwaliteiten. Met als resultaat dat nog meer waarde toe kunnen voegen aan de gezondheid van onze patiënten. De leidende positie van Santeon op dit terrein wordt gelukkig steeds meer gewaardeerd en gezien. Het Santeon Handvest dat we in 2017 hebben vastgesteld is bij de doorontwikkeling van Santeon ons richtsnoer.

In 2017 is de samenwerking met de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige adviesraad en de Cliëntenraad weer productief en respectvol geweest. Dat is voor MST van groot belang, en ik wil alle leden dan deze adviesorganen dan ook danken voor hun inzet en bereidheid om mee te blijven denken. Eind 2017 liep de termijn af van onze Ondernemingsraad en is door verkiezingen de nieuwe OR samengesteld. Via deze weg wil ik alle oudleden van de Ondernemingsraad nogmaals danken voor de uitstekende samenwerking. Heel knap hoe de OR positie heeft genomen binnen MST. Ook fijn te merken dat de nieuwe OR tijdens de verkiezingen met een groot opkomstpercentage gekozen is.

De samenwerking met de Vereniging Medische Staf is onverminderd uitstekend. Zij zijn op alle niveaus betrokken bij alle belangrijke processen en projecten. En mede door deze betrokkenheid zijn de resultaten over 2017 zo sterk verbeterd. Het stafbestuur neemt in

MST echt zijn verantwoordelijkheid, en dat valt hen te prijzen.

Ook 2018 wordt weer een uitdagend jaar. Een jaar waar we de laatste, en misschien wel moeilijkste, stap naar een financieel gezond ziekenhuis gaan zetten. Maar ook het jaar waarin we weer echt vooruit gaan kijken. Wat voor ziekenhuis willen we over vijf jaar zijn? Dit gaan we omschrijven in de nieuwe Strategische Agenda van MST. Ik heb er alle vertrouwen in dat wij, met elkaar, de goede lijn van 2017 ook in 2018 door kunnen trekken.

Bas Leerink
Voorzitter Raad van Bestuur



1 Uitgangspunten van verslaglegging

Met dit jaarverslag legt Stichting Medisch Spectrum Twente verantwoording af over het gevoerde beleid in 2017. Sinds 2012 mogen ziekenhuizen hun jaarverslag meer naar eigen inzicht invullen. Medisch Spectrum Twente hecht veel waarde aan het geven van openheid over het gevoerde beleid. In dit jaarverslag legt MST daarom verantwoording af over de volgende thema's:

- ▶ Hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie
- ▶ Hoofdstuk 3 Bestuur, toezicht en medezeggenschap
- ▶ Hoofdstuk 4 Resultaten
- ▶ Hoofdstuk 5 Samenwerken

Tot slot treft u de geconsolideerde jaarrekening over 2017 aan.

Het jaarverslag en de jaarrekening zijn op 2 juli 2018 door de Raad van Bestuur vastgesteld. De Raad van Toezicht heeft op 2 juli 2018 haar goedkeuring aan beide documenten verleend.



2 Profiel van de organisatie

2.1 Kerngegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon

Stichting Medisch Spectrum Twente

Adres Koningsplein 1

Postcode 7512 KZ

Plaats Enschede

Telefoonnummer (053) 4 87 20 00

Nummer Kamer van Koophandel 41029722

E-mailadres rvb@mst.nl

Website www.mst.nl

Twitter www.twitter.com/ziekenhuisMST

Naast de RVE's en stafdiensten kent MST vier adviesorganen:

1. de Ondernemingsraad
2. de Cliëntenraad
3. de Verpleegkundige Adviesraad
4. het Medisch Stafbestuur

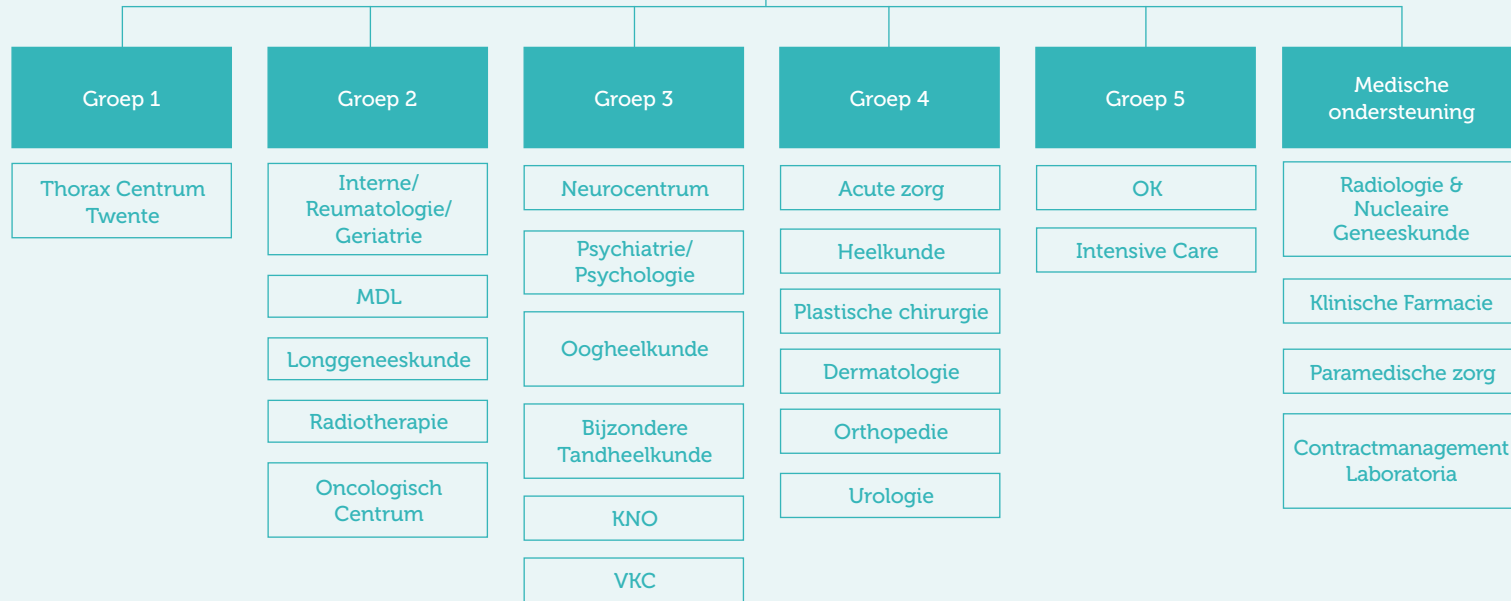
2.2 Structuur van de organisatie

Medisch Spectrum Twente is een stichting en wordt bestuurd door een Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht houdt toezicht op de Raad van Bestuur.

De organisatie kent zogenaamde Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Een RVE-structuur maakt het mogelijk de verantwoordelijkheden op het gebied van kwalitatieve- en financiële prestaties op decentraal niveau neer te leggen. Een RVE wordt aangestuurd door een medisch manager (afgevaardigde namens de vakgroep) en een bedrijfskundig manager. De RVE's worden binnen MST ondersteund door een aantal stafdiensten.







Zowel op landelijk als op regionaal niveau heeft MST veel samenwerkingspartners. De financiële prestaties van de volgende entiteiten heeft MST opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening 2017.

- Stichting Vrienden MST
- MST Cleancare B.V.

Daarnaast participeert MST in diverse ondernemingen, verenigingen, stichtingen en andere samenwerkingsverbanden.

Tabel 1. Overzicht deelname MST in samenwerkingsverbanden

Samenwerkingsverband	Medisch Spectrum Twente neemt deel als
Vermaat-M.S.T. Services B.V.	50% aandeelhouder
Medlon B.V.	50% aandeelhouder (afgestoten in 2018)
Fertiliteitskliniek Twente B.V.	25% aandeelhouder
Centrum Apotheek Enschede II B.V.	10% aandeelhouder
B.V. IZIT.NL, ZorgNetOost	37,5% aandeelhouder
Nocepta	25% vennoot
Medirisk OWM	Lid van de waarborgmaatschappij met een aandeel van 2,12%
Twents Medisch Coöperatief U.A. (TMC)	Lid van de coöperatie
Stichting Ziekenhuisvoorzieningen Twente Oost-Achterhoek (TAZDO)	Voorzitter Raad van Bestuur is voorzitter TAZDO
Stichting Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek (Labmicta) te Enschede	Lid Raad van Toezicht
Santeon	Lid van de vereniging
Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) te Amsterdam	Lid van de vereniging
Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn	Lid van de vereniging
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	Lid van de vereniging
Regionaal Overleg Acute Zorg	Voorzitter en lid van het overleg
Opleidings- en onderwijsregio (OOR) Noord Oost	Lid
Innovatieplatform Twente	Lid
Acute Zorgpost Huisartsen/Medisch Spectrum Twente	Partner
Energ-IQ, met Fysiogym Twente, Sandton Resort Bad Boekelo, Zorg Plus Thuis en huisartsenpraktijk Boekelo	Partner
Dialysecentrum Winterswijk	Partner
Centraal Instituut voor Verpleegkundig Vervolgonderwijs (CIVO)	Lid van de coöperatie
VoF Kaakchirurgie Oost Nederland (KON)	33,3% participant



2.3 Kernactiviteiten

2.3.1 Specialismen

MST is een algemeen ziekenhuis voor de regio Twente en heeft daarnaast een bovenregionale functie voor een aantal topklinische en topreferente behandelingen. MST kent een breed aanbod van medisch specialistische zorg, onderwijs en onderzoek.

Voor het aanbieden van klinische genetica werkt MST samen met het Radboud UMC. Klinische chemie, medische microbiologie en pathologie biedt MST aan via aan haar gelieerde organisaties (respectievelijk bij Medlon B.V., Stichting Labmicta en Stichting Labpon).

Tabel 2. Overzicht specialismen MST

Specialismen		
Anesthesiologie	Klinische Chemie**	Oogheelkunde
Klinische Farma	Klinische Fysica	Orthopedie
Bijzondere Tandheelkunde	Klinische Genetica	Pathologie**
Cardiologie*	Klinische Neurofysiologie	Plastische chirurgie
Cardiothoracale chirurgie*	Klinische Psychologie	Psychiatrie
Chirurgie	Keel- Neus- en Oorheelkunde	Radiologie
Dermatologie	Longziekten	Radiotherapie
Geestelijke Verzorging	Maag-Darm-Leverziekten	Reumatologie
Geriatric	Mondziekten en kaakchirurgie**	Revalidatie
Verloskunde en gynaecologie	Medische microbiologie**	Spoedeisende Hulp
Intensive Care	Neurochirurgie	Urologie
Interne geneeskunde	Neurologie	
Kindergeneeskunde	Nucleaire geneeskunde	

* Deze specialismen vormen het Thoraxcentrum

** Deze specialismen werken via een andere rechtspersoon in MST



2.3.2 Vergunningen in het kader van Wet bijzondere medische verrichtingen

Voor het aanbieden van hooggespecialiseerde (topklinische) behandelingen beschikt MST over vergunningen in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen.

Tabel 3. Overzicht vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen

Categorie	Vergunning	Vergunning verleend aan MST	Wordt uitgevoerd in MST
Transplantaties	Niertransplantatie	Nee	Nee
	Harttransplantatie	Nee	Nee
	Longtransplantatie	Nee	Nee
	Levertransplantatie	Nee	Nee
	Pancreastransplantatie	Nee	Nee
	Transplantatie van de dunne darm	Nee	Nee
	Transplantatie van de eilandjes van Langerhans	Nee	Nee
	Hematopoïetische stamceltransplantatie	Autologe stamceltransplantaties bij volwassenen	Ja
Autologe stamceltransplantaties bij kinderen		Nee	Nee
Allogene stamceltransplantaties bij volwassenen		Nee	Nee
Allogene stamceltransplantaties bij kinderen		Nee	Nee
(niet)Hematopoïetische stamceltransplantatie		Nee	Nee
Protonentherapie		Nee	Nee
Bijzondere neurochirurgie	Bijzondere neurochirurgie	Ja	Ja
	Deelfunctie Thalamusstimulatie	Ja	Ja
	Deelfunctie Nervus Vagus Stimulatie	Ja	Ja
	Deelfunctie epileptische chirurgie	Nee	Nee
Bijzondere interventies aan het hart	Openhartoperatie (OHO)	Ja	Ja
	Implanteerbare cardiovector defibrillatoren (ICD)	Ja	Ja
	Percutane coronaire interventies (PCI)	Ja	Ja
	Catheterablaties	Ja	Ja
	Transcatheter hartklepinterventies (THI)	Ja	Ja
	Left ventricular assist device (LVAD)	Nee	Nee
	Coronary artery bypass grafting (CABG)	Ja	Ja
	Ritmecirurgie	Ja	Ja
	Interventies bij kinderen en congenitale hartafwijkingen	Nee	Nee



Vervolg Tabel 3. Overzicht vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen

Categorie	Vergunning	Vergunning verleend aan MST	Wordt uitgevoerd in MST
Klinische genetica	Klinisch genetisch onderzoek	Nee	Nee
	Klinisch genetisch onderzoek in samenwerking met een centrum met een vergunning voor klinisch genetisch onderzoek	N.v.t.	Ja, i.s.m. Radboud UMC
IVF		Nee	Nee
Bijzondere perinatologische zorg		Nee	Nee
Preïmplantatie genetische diagnostiek		Nee	Nee

MST beschikt over een toelating in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) om medisch specialistische zorg te kunnen verlenen. Ook heeft MST sinds 2006 een AWBZ-toelating (thans WLz) ten behoeve van de zogenaamde verkeerde-beddenproblematiek voor persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf en een erkenning ten behoeve van de Psychiatrie Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ).



2.3.3 Werkgebieden

Het primaire verzorgingsgebied van MST omvat de gemeenten Enschede, Oldenzaal, Haaksbergen, Losser en Dinkelland. Voor topklinische en topreferente zorgvragen behandelt MST ook patiënten die buiten de regio woonachtig zijn.

2.3.4 Poliklinieken

Het primaire verzorgingsgebied van MST omvat de gemeenten Enschede, Oldenzaal, Haaksbergen, Losser en Dinkelland. In het verzorgingsgebied wonen (op 1 januari 2017) 263.144 mensen.

Ook voor de overige gemeenten in de regio Twente, delen van Oost-Achterhoek en het grensgebied in Duitsland is MST in meer of mindere mate het aangewezen ziekenhuis. Vooral voor topklinische behandelingen en behandelingen die verder alleen in academische ziekenhuizen te vinden zijn (topreferente zorg), behandelt MST ook patiënten die buiten die regio's woonachtig zijn. Naast het ziekenhuis in Enschede zijn er poliklinieken in Oldenzaal en Haaksbergen.



3 Bestuur, toezicht en medezeggenschap

3.1 Normen voor Goed Bestuur

De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht handelen volgens de sectorbrede afspraken zoals vastgelegd in de Zorgbrede Governance Code 2017. De statuten en reglementen van MST bevatten expliciet bepalingen omtrent de besluitvormingsprocessen, de samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht en contacten met de adviesorganen.

De Raad van Bestuur hecht veel waarde aan betrouwbaar en integer handelen van medewerkers in de organisatie. Een open en transparante cultuur, waarin medewerkers elkaar aanspreken op houding en gedrag, is daarbij onontbeerlijk. MST heeft vertrouwenspersonen in dienst waar medewerkers terecht kunnen. Daarnaast is er een 'Regeling Melding Misstanden'. Hierin is opgenomen dat de Raad van Bestuur zorgt dat medewerkers of anderen met een contractuele relatie met MST, altijd terecht kunnen bij de voorzitter van de Raad van Bestuur of bij een door hem aangewezen functionaris wanneer zij een onregelmatigheid willen rapporteren. Dit kan gaan om onregelmatigheden van algemene, operationele en/of financiële aard.

Belangrijk is dat medewerkers erop kunnen vertrouwen dat hun eigen rechtspositie hierbij niet in gevaar komt. Wanneer een melding betrekking heeft op het functioneren van een van leden van de Raad van Bestuur, wordt de melding aan de voorzitter van de Raad van Toezicht gerapporteerd. In 2017 is er geen melding ontvangen door de Raad van Bestuur.



3.2 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestuurt het ziekenhuis en draagt de eindverantwoordelijkheid. Hij is verantwoordelijk voor de realisatie van de doelstellingen, de strategie, het beleid en de resultaatsontwikkeling. MST wordt bestuurd door een meerhoofdige Raad van Bestuur, waarvan één persoon de rol van voorzitter vervult. De bestuurders zijn benoemd door de Raad van Toezicht.

In 2017 bestond de Raad van Bestuur uit de volgende leden:

- ▶ De heer dr. C.B. Leerink, voorzitter Raad van Bestuur
- ▶ De heer drs. J. den Boon, lid Raad van Bestuur
- ▶ De heer drs. M. van Riel, lid Raad van Bestuur a.i.

Mevrouw E. Lindeman QC, lid Raad van Bestuur; (tot 13 april 2017 statutair bestuurder. Sinds juni 2016 was mevrouw Lindeman ziek en niet meer werkzaam bij MST.)

3.2.1 Reglement Raad van Bestuur

Afspraken over de inrichting en structuur van de Raad van Bestuur zijn vastgelegd in het Reglement Raad van Bestuur. Hierin zijn eveneens de taken en verantwoordelijkheden en regels opgenomen omtrent het voorkomen van (schijnbare) belangenverstremgeling. Wekelijks voert de Raad van Bestuur overleg met het Medisch Stafbestuur. Dit overleg is het zogenaamde Bestuurlijk Strategie Overleg, ook wel BSO. In dit overleg worden strategische en medisch-inhoudelijke thema's, grote projecten en financiële onderwerpen geagendeerd.

Daarnaast vindt er zeswekelijks overleg plaats tussen de Raad van Bestuur en de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige Adviesraad en de Cliëntenraad. Met het dagelijks bestuur van de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad spreekt de voorzitter van de Raad van Bestuur tevens elke maand informeel.

De vergoeding van de leden van de Raad van Bestuur is conform de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT).



3.2.2 Portefeuilleverdeling leden Raad van Bestuur

De leden van de Raad van Bestuur hebben onderling een portefeuilleverdeling opgesteld die door de Raad van Toezicht is goedgekeurd. De taakverdeling zoals deze was op 31 december 2017:

Tabel 4. Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur

Dr. C.B. Leerink	Drs. J. den Boon	Drs. M. van Riel
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Groep 2 ◦ Groep 3 ◦ Stafdienst HRM ◦ Stafdienst Marketing en Sales ◦ Afdeling Communicatie ◦ Bestuurssecretariaat 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Groep 1 ◦ Groep 4 ◦ Groep 6 ◦ Groep Medische ondersteuning ◦ Stafdienst Kwaliteit en Veiligheid ◦ Medical School Twente 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Stafdienst Financiën, Informatiezaken en Inkoop ◦ Stafdienst IC/MT ◦ Afdeling Gebouwbeheer ◦ Afdeling Hospitality en Logistiek
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ondernemingsraad ◦ Cliëntenraad ◦ Medisch Stafbestuur ◦ Stichting Vrienden MST ◦ Commercieel Team 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ RvT commissie Kwaliteit en Veiligheid ◦ Verpleegkundige Advies Raad ◦ COC ◦ Stuurgroep Substitutie (met Menzis) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ RvT Financiële Commissie ◦ Stuurgroep Investerings ◦ Stuurgroep Rendements programma ◦ Stuurgroep PAF ◦ Stuurgroep I&I ◦ Stuurgroep Vastgoed en Huisvesting
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Santeon bestuur ◦ ROTS Stuurgroep ◦ Samenwerking SKB ◦ Zorgverzekeraars ◦ Voorzitter ROAZ ◦ Fertilitetskliniek (vennoot) ◦ NVZ 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Santeon stuurgroep VBHC ◦ LabMicta RvT ◦ Vennoot Nocepta ◦ Vennoot MKA ◦ Medirisk ◦ ZiROP ◦ Contact Eerstelij ◦ IZO ◦ METC ◦ OOR ◦ STZ ◦ UT ◦ Pioneers in Healthcare 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Santeon CFO Board ◦ IZIT (aandeelhouder) ◦ Bankenconsortium ◦ Vermaat (aandeelhouder)



3.2.3 Nevenfuncties leden Raad van Bestuur

In tabel 5 staan de nevenactiviteiten van de leden van de Raad van Bestuur in 2015.

Tabel 5. Nevenactiviteiten leden Raad van Bestuur

Naam	Bestuursfunctie	Nevenactiviteit
Dhr. dr. C.B. Leerink	Voorzitter Raad van Bestuur	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Lid Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving ◦ Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Huisartsenpost Maastricht en Heuvelland ◦ Voorzitter Raad van Toezicht Stichting ZIO ◦ Lid Commissie Tijdigheid en Transparantie Zorguitgaven (tot augustus 2017) ◦ Lid Bestuur Stichting Vrienden Medisch Spectrum Twente ◦ Penningmeester Stichting Bonama en SOMS ◦ Lid Bestuur Stichting Matthäus Passion Bergkerk te Deventer
Dhr. drs. J. den Boon	Lid Raad van Bestuur	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Lid Kamer Medisch Specialisten van het Capaciteitsorgaan ◦ Lid beroepsgenoten tuchtcollege Amsterdam en Zwolle ◦ Lid Raad van Toezicht Stichting Labmicta ◦ Niaz Auditor ◦ Lid bestuursadviescommissie Opleiding en Onderwijs van de NVZ
Dhr. drs. M. van Riel	Lid Raad van Bestuur a.i.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Vicevoorzitter Raad van Toezicht Star-Shl te Etten-Leur



3.3 Raad van Toezicht

In de statuten van MST is opgenomen dat de Raad van Toezicht toezicht houdt op het door de Raad van Bestuur gevoerde beleid, het functioneren van de Raad van Bestuur en de algemene stand van zaken van de Stichting MST. Naast het houden van toezicht is de Raad van Toezicht werkgever van de Raad van Bestuur en staat hij deze met advies terzijde.

3.3.1 Reglement Raad van Toezicht

In het Reglement Raad van Toezicht zijn afspraken over de taken en besluitvorming binnen de Raad van Toezicht opgenomen. Tevens bevat het reglement bepalingen over de samenstelling, termijnen en deskundigheid van de leden. Hierbij is de Zorgbrede Governance Code als uitgangspunt genomen.

De Raad van Toezicht bestaat uit ten minste vijf leden. De Raad is verantwoordelijk voor benoeming, de schorsing en het ontslag van zijn individuele leden en daarnaast voor de vaststelling van de vergoeding. Bij werving, selectie en benoeming van leden van de Raad van Toezicht wordt gebruik gemaakt van een profielschets. Bij de opstelling hiervan wordt rekening gehouden met het vereiste dat de samenstelling van de Raad van Toezicht zodanig is dat de leden ten opzichte van elkaar, de Raad van Bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.

Een van de leden van de Raad van Toezicht is bindend voorgedragen door de Cliëntenraad. Over elke andere te benoemen kandidaat wint de Raad advies in bij de adviesorganen van MST.

Het aantal nevenfuncties van een lid is zodanig beperkt dat een goede taakvervulling is gewaarborgd en in elk geval in overeenstemming met het wettelijk maximum. Nevenfuncties worden voorgelegd aan de andere leden Raad van Toezicht en beoordeeld op belangenverstrengeling. Zo wordt de onafhankelijkheid van de leden van de Raad geborgd.

Leden van de Raad van Toezicht worden benoemd voor een termijn van vier jaar. Ze treden af volgens een door de Raad van Toezicht vast te stellen rooster van aftreden. Een aftredend lid van de Raad van Toezicht kan opnieuw benoemd worden, maar mag deze functie in totaal niet langer dan acht jaar vervullen, conform de Zorgbrede Governance Code.



Toezichtsrol

De Raad van Toezicht houdt toezicht op de Raad van Bestuur en de door de Raad van Bestuur uit te voeren taken, te weten:

- ▶ het door de Raad van Bestuur gevoerde bestuur;
- ▶ het functioneren van de Raad van Bestuur;
- ▶ het beleid van de Raad van Bestuur;
- ▶ de algemene gang van zaken in de stichting als maatschappelijke instelling;
- ▶ de realisatie van statutaire en andere doelstellingen van de stichting;
- ▶ de strategie en risico's verbonden aan de activiteiten van de organisatie;
- ▶ de opzet en werking van interne risicobeheersings- en controlesystemen;
- ▶ de financiële verslaglegging;
- ▶ de kwaliteit en veiligheid van zorg;
- ▶ de naleving van wet- en regelgeving;
- ▶ de verhouding met belanghebbenden;
- ▶ het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de stichting.

Werkgeversrol

De Raad van Toezicht benoemt en ontslaat de leden van de Raad van Bestuur. Ook evalueert de Raad van Toezicht het functioneren van de leden van de Raad van Bestuur. Daarnaast zorgt hij voor het vaststellen van een maatschappelijk passende beloning, de contractduur, de rechtspositie en de andere arbeidsvoorwaarden.

Informatievoorziening

Voor de uitoefening van zijn functie (werkgeversrol, toezichthouder en adviseur) is de Raad van Toezicht gebaat bij juiste en tijdige informatievoorziening door de Raad van Bestuur. Om hierin te voorzien, is een informatietabel opgesteld.



Tabel 6. Informatietabel Raad van Toezicht

Thema/onderwerp	Onderdeel/ indicator	Financiële commissie	Commissie K&V	Remuneratie- commissie	Raad van Toezicht (plenair)	Frequentie	Vaste documenten
Toezichtsrol							
Kwaliteit en veiligheid	Klachtenrapportage		X		X	Trimester	Klachten- rapportage
	Kwaliteitsvisitaties		X		X	Jaarlijks	Notitie RvB
	Prestatie-indicatoren		X		X	Jaarlijks	Santeon benchmark indicatoren
	CQ index		X		X	Jaarlijks	Term rapportage
	Qmentum/ Veiligheidssysteem		X		X	Trimester	Term rapportage
	Calamiteiten, IGZ, overige actualiteiten		X		X	Elke ver- gadering	Notitie RvB
Financiële prestaties	Productie- en exploitatieoverzichten	X			X	Maandelijks	Maandrapportage
	Formatie (incl. ziekteverzuim)	X			X	Maandelijks	Maandrapportage
	Investerings	X			X	Bij omvang investering van >1,5 mln.	Notitie RvB
	Jaarverantwoording	X			X	Jaarlijks	Bestuursverslag, jaarrekening en jaarimpressie
	Begroting	X			X	Jaarlijks	Begroting
	Financiële lange termijn planning (incl vastgoed)	X			X	Twee keer per jaar	Integrale rapportage & meerjaren businesscase



Tabel 6. Informatietabel Raad van Toezicht

Thema/ onderwerp	Onderdeel/ indicator	Financiële commissie	Commissie K&V	Remuneratie- commissie	Raad van Toezicht (plenair)	Frequentie	Vaste documenten
Toezichtsrol							
Medewerkers	Uitkomsten medewerkerstevredenheid- onderzoek				X	1x per 2 jaar	Notitie RvB
Wet- en regelgeving	Ontwikkelingen RvB/ RvT (incl. ontwikkelingen wet- en regelgeving)			X	X	Naar gelang st.v.z.	Notitie RvB
	Herijking statuten en reglementen				X	1x per jaar	Statuten, reglementen.
Strategie & beleid	Herijking strategie				X	1x per 4 jaar	Strategische Agenda
	Jaarplan	X			X	Jaarlijks	Jaarplan
	Realisatie doelstellingen jaarplan	X			X	Trimester	Termrapportage
	Risico analyses	X			X	Jaarlijks	Notitie RvB
Belanghebbenden	Ondernemingsraad				X	1x per jaar	Notulen overleg
	Cliëntenraad				X	1x per jaar	Notulen overleg
	Bestuur vereniging medische staf				X	1x per jaar	Notulen overleg
Externe ontwikkelingen	Maatschappelijke, politieke en andere relevante ontwikkelingen m.b.t. gezondheidszorg, bestuur en toezicht				X	Jaarlijks tijdens de RvT twee- daagse	Term rapportage, jaarverantwoording, notitie RvB
Zelfevaluatie	Evaluatieformulier o.b.v Toolkit Toezicht Zorg			X	X	1x per jaar	Evaluatieformulier
Werkgeversrol							
Jaargesprek RvB	1x per jaar			X	X	Jaarlijks	Doelstellingen RvB



3.3.2 Samenstelling, rooster van aan- en aftreden en (neven)functies leden Raad van Toezicht

In tabel 7 treft u de samenstelling en (neven)functies van de leden van de Raad van Toezicht aan:

Tabel 7. Rooster van aan- en aftreden + (neven)functies leden Raad van Toezicht

Naam	Jaar benoeming	Einde 1 ^e termijn	Einde 2 ^e termijn	Datum van aftreden	Nevenactiviteit
Prof. dr. F.A. van Vught	01-01-2010	31-12-2013	31-12-2017	31-12-2019 Verlenging van 2 jaar i.o.m. IGJ	<ul style="list-style-type: none"> ◦ High level policy advisor, Europese Commissie ◦ Lid Raad van Toezicht Orkest van het Oosten ◦ Bestuurder European Institute of Technology Foundation ◦ Lid High Council European University Institute ◦ Lid bestuur Stichting Vrienden van MST ◦ Visiting professor, University of Melbourne
Dhr. mr. E. ten Cate	01-01-2008	31-12-2011	31-12-2015	31-12-2018 Verlenging van 3 jaar i.o.m. IGJ	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Directeur van Bank ten Cate & Cie N.V. ◦ Voorzitter Raad van Commissarissen Hydratec Industries NV ◦ Lid Bestuur Stichting Kasteel Rechteren ◦ Kamerheer van ZM de Koning ◦ Lid Raad van Commissarissen Hendrick de Keyzer
Ir. G.J. Edelijn	03-12-2012	02-12-2016	02-12-2020	02-12-2020	<ul style="list-style-type: none"> ◦ CEO Thales Nederland B.V. ◦ Bestuurslid NIDV (Nederlandse Industrie Defensie en Veiligheid) ◦ Lid Executive Committee NMC (Nederlands Marinebouw Cluster) ◦ Voorzitter Human Capital Agenda Twente ◦ Lid Topteam ICT ◦ Bestuurslid Stichting Hague Security Delta ◦ Lid Raad van Toezicht Stichting TKI HTSM (High Tech Systemen & Materialen)
Mr. M.C. van der Laan	24-05-2011	23-05-2015	23-05-2019	23-05-2019	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Voorzitter Energie Nederland ◦ Voorzitter Referendumcommissie ◦ Voorzitter Stichting Nationaal Luisteronderzoek (NLO) ◦ Voorzitter RODAP (Rechtenoverleg voor Distributie van Audiovisuele Producties) ◦ Lid Bestuur Stichting Berenschot Beheer



Tabel 7. Rooster van aan- en aftreden + (neven)functies leden Raad van Toezicht

Naam	Jaar benoeming	Einde 1 ^e termijn	Einde 2 ^e termijn	Datum van aftreden	Nevenactiviteit
Prof. dr. J.M. Bensing	01-01-2013	31-12-2017	31-12-2021	31-12-2021	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Hoogleraar gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht (emeritus vanaf 01-03-2015) ◦ Honorary research fellow NIVEL (emeritus vanaf 01-03-2015) ◦ Lid Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) ◦ Lid Hollandssche Maatschappij van Wetenschappen ◦ Lid en vice voorzitter Raad van Toezicht Flevoziekenhuis ◦ Lid Raad van Toezicht De Hoogstraat Revalidatie ◦ Lid en vice voorzitter Raad van Toezicht Consumentenbond ◦ Lid Raad van Toezicht TNO ◦ Lid Raad van Toezicht Waarborgfonds voor de Zorgsector ◦ Lid Adviesraad Seniorvriendelijke Ziekenhuizen ◦ Lid Evaluatiecommissie Gezondheidsraad ◦ Auditor NVZD voor de accreditatie van bestuurders
Dr. F.H. Bosch	01-03-2016	01-03-2020	01-03-2024	01-03-2024	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Internist Rijnstate Ziekenhuis ◦ Immediate Past President European Federation Internal Medicine ◦ Fellow American College of Physicians ◦ Honorary Fellow Royal College of Physicians ◦ Lid Raad van Advies Rechtbank Gelderland
Prof. dr. ir. A. van den Berg	01-03-2016	01-03-2020	01-03-2024	01-03-2024	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Wetenschappelijk directeur van het MESA+ instituut voor nanotechnologie ◦ Voorzitter sectie Technische Wetenschappen Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) ◦ Lid van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) ◦ Scientific Advisory Board Wyss Institute of Harvard ◦ Wetenschappelijk adviseur Micronit ◦ Distinguished professor South China Normal University ◦ Lid van ACTI ◦ Fellow of the Royal society of Chemistry ◦ Lid van de Hollandse Maatschappij der Wetenschappen ◦ Consultant Professor at Northwestern Polytechnical University in Xian (China)



3.3.3 Subcommissies

De Raad van Toezicht kent een drietal commissies:

Financiële Commissie

De Financiële Commissie houdt toezicht op het financiële verslagleggingproces, waaronder de werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen, de informatie verstrekking en het opvolgen van de aanbevelingen van de accountant wordt verstaan. Bij de (voor)bespreking van de jaarrekening en de managementletter schuift de externe accountant aan bij de Financiële Commissie en de voltallige Raad van Toezicht-vergadering.

Remuneratiecommissie

De Remuneratiecommissie adviseert over de benoeming van leden van de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. Hiervoor stelt de Commissie selectiecriteria, profielschetsen en benoemingsprocedures op. Ook bereidt de Commissie de jaarlijkse evaluatie van het functioneren van de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur voor. Verder doet de Commissie voorstellen voor het honoreringsbeleid voor de leden van de Raad van Bestuur evenals het remuneratiebeleid voor de leden van de Raad van Toezicht. De Remuneratiecommissie houdt jaargesprekken met de leden van de Raad van Bestuur. Alle andere leden van de Raad van Toezicht worden actief gevraagd om input te leveren voor deze jaargesprekken.

Commissie Kwaliteit en Veiligheid

De Commissie Kwaliteit en Veiligheid houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid door inzicht te verkrijgen in de kwaliteitssystemen die het ziekenhuis hanteert en door de prestaties te beoordelen. Ook houdt de Commissie toezicht op de naleving van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGJ) en op de ontwikkeling van het aantal klachten, claims, tuchtzaken en calamiteiten.



3.3.4 Vergaderingen 2016

Tabel 8. Aanwezigheid Raad van Toezicht vergaderingen 2015

Datum	Aanwezig	Afwezig
Reguliere vergaderingen		
21-02-2017	prof. dr. F.A. van Vught, prof. dr. J.M. Bensing, mr. E. ten Cate, mr. M.C. van der Laan, dr. F.H. Bosch	prof. dr. ir. A. van den Berg, ir. G.J. Edelijn
29-05-2017	prof. dr. F.A. van Vught, mr. E. ten Cate, mr. M.C. van der Laan, dr. F.H. Bosch, prof. dr. ir. A. van den Berg, ir. G.J. Edelijn	prof. dr. J.M. Bensing
19-06-2017	Allen	
20-06-2017	Allen	
15-09-2017	Allen	
30-10-2017	Allen	
14-12-2017	prof. dr. F.A. van Vught, prof. dr. J.M. Bensing, dr. F.H. Bosch, prof. dr. ir. A. van den Berg, ir. G.J. Edelijn	mr. E. ten Cate, mr. M.C. van der Laan
Commissie Kwaliteit & Veiligheid		
13-02-2017	prof. dr. J.M. Bensing	dr. F.H. Bosch
12-06-2017	prof. dr. J.M. Bensing, dr. F.H. Bosch	
28-08-2017	prof. dr. J.M. Bensing, dr. F.H. Bosch	
27-11-2017	prof. dr. J.M. Bensing, dr. F.H. Bosch	
Financiële Commissie		
25-01-2017	mr. E. ten Cate, ir. G.J. Edelijn, prof. dr. ir. A. van den Berg, prof. dr. F.A. van Vught	
15-02-2017	mr. E. ten Cate, ir. G.J. Edelijn, prof. dr. ir. A. van den Berg, prof. dr. F.A. van Vught	
12-05-2017	mr. E. ten Cate, ir. G.J. Edelijn, prof. dr. ir. A. van den Berg	
14-06-2017	mr. E. ten Cate, ir. G.J. Edelijn, prof. dr. ir. A. van den Berg, prof. dr. F.A. van Vught	
30-08-2017	mr. E. ten Cate, prof. dr. ir. A. van den Berg	ir. G.J. Edelijn
18-10-2017	mr. E. ten Cate, ir. G.J. Edelijn	prof. dr. ir. A. van den Berg
06-12-2017	mr. E. ten Cate, ir. G.J. Edelijn, prof. dr. ir. A. van den Berg	
Voorzittersoverleg RvT met OR, CR, en VAR		
13-07-2017	prof. dr. F.A. van Vught	
Datum	Afdeling	Aanwezig RvT
Werkbezoek RvT met OR, CR en VAR		
29-05-2017	Radiotherapie	Allen



3.4 Medezeggenschap

MST kent vier medezeggenschapsorganen, te weten de Vereniging Medische Staf, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Adviesraad. De laatste drie zijn ondergebracht bij 'Bureau Medezeggenschap' voor efficiënte ondersteuning en planning. Uiteraard met behoud van hun onafhankelijke posities.

3.4.1 Vereniging Medische Staf

Binnen Medisch Spectrum Twente zijn de medisch specialisten en daaraan gelijk gestelde beroepsbeoefenaren verenigd in de Vereniging Medische Staf (VMS). De VMS heeft kort samengevat als doel het bevorderen van kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en efficiency van het professioneel medisch handelen, en de VMS behartigt de collectieve belangen van haar leden. De VMS heeft een dagelijks bestuur, zijnde het Stafbestuur. Het Stafbestuur bestaat uit vier leden, die zijn voorgedragen vanuit de besturen van de onderliggende verenigingen, de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) en de Vereniging Medisch Specialiste Bedrijven (VMSB), en benoemd door de ALV van de VMS.

Het Stafbestuur is de strategisch partner van de Raad van Bestuur. Dit komt onder meer tot uiting in het wekelijks Bestuurlijk Strategie Overleg (BSO) waarin Raad van Bestuur en Stafbestuur gezamenlijk ziekenhuisbrede onderwerpen, zowel strategisch van aard als 'going concern', bespreken.

Daarnaast is het Stafbestuur, evenals een groot aantal specialisten uit de medische staf, actief betrokken bij diverse onderdelen van de organisatie zoals bijvoorbeeld de zorgverkoop (Commercieel Team), ICT en Vastgoed (EPD beraad) en het Rendementsprogramma.

Speerpunten VMS 2017 - 2018

Waar in 2016, ingegeven door de voorbereiding op de NIAZ-accreditatie, met name de focus lag op het continue verbeteren van de inhoudelijkheid van de zorg, was er in 2017 meer aandacht voor andere aspecten van de zorg, zoals onderlinge afstemming, communicatie en samenwerking. Het leveren van optimale kwaliteit en veiligheid van zorg gaat immers niet alleen over de medische inhoudelijkheid, maar ook over de manier waarop in gezamenlijkheid deze zorg wordt geleverd.

In het verlengde daarvan was een andere ambitie in 2017 het verbeteren van de patiënttevredenheid. In het dagelijks handelen staat voor de medisch specialist de patiënt centraal. Ook hiervoor geldt dat het leveren van kwalitatief goede zorg medisch inhoudelijke gezien niet altijd voldoende is. In 2017 is een programma Patientgerichtheid opgestart met het doel om expliciet aandacht te hebben voor de patiëntbeleving en de patiëntparticipatie in de zorgprocessen te vergroten.



Daarnaast stond 2017 in het teken van de rendementsopgave. Er zijn diverse rendementsprojecten opgestart met het doel om de bedrijfsvoering financieel op orde te brengen en verbeteringen in huidige werkwijzen in de organisatie door te voeren. In veel gevallen raakt dit het primair proces en daarmee ook de kern van het werk van dokter. De betrokkenheid van de medisch specialisten bij het rendementsprogramma is dan ook cruciaal. In 2017 is hier vorm aan gegeven door o.a. medisch specialisten projectleider te maken van de rendementsprojecten. Zij hebben op hun beurt collega specialisten betrokken om de medische inhoudelijke inbreng te borgen en om draagvlak te creëren voor beoogde (proces) optimalisaties. Ook in 2018 zullen medisch specialisten actief betrokken zijn bij de uitwerking en implementatie van een efficiëntere manieren van werken, met behoud van kwaliteit van zorg.

Duurzaam functioneren medisch specialisten / KBMS

De commissie Kwaliteit Beroepsuitoefening Medisch Specialisten (KBMS) heeft als taak om de medisch specialisten in MST te faciliteren teneinde optimaal te kunnen functioneren. Zij doet dit door het ontwikkelen en implementeren van diverse instrumenten ten behoeve van een duurzame inzetbaarheid van medisch specialisten. Dit beslaat het brede spectrum van de werving van een nieuwe specialist tot aan het exitgesprek van een vertrekkend specialist en alles dat daartussen zit.

In het kader van duurzame inzetbaarheid medisch specialisten heeft de commissie KBMS in 2017 onder andere:

- ▶ de procedure vacaturestelling en sollicitatieprocedure medisch specialisten herzien en aangevuld met o.a. groepsprofiel en aanbod voor volgen van een ontwikkelassessment;
- ▶ peer support voor 'second victims' is geïmplementeerd; in 2017 is aan ca. 30 medisch specialisten peer support aangeboden nadat zij te maken hebben gehad met een calamiteit;
- ▶ pilot team FMS is uitgevoerd; groepsfunctioneren als beoordelingssystematiek, naast de bestaande individuele beoordeling (IFMS);
- ▶ het thema vitaliteit is binnen de staf op de kaart gezet, o.a. door presentaties in vakgroepen over dit onderwerp en het opzetten van een intranetsite.

Al deze activiteiten dragen bij aan het verbeteren van de duurzame inzetbaarheid van onze specialisten.



Medisch Leiderschapsprogramma

Omdat het leveren van optimale kwaliteit en veiligheid van zorg niet alleen gaat over de medische inhoudelijkheid maar ook over de manier waarop medisch specialisten gezamenlijk zorg leveren, moet er ook nadrukkelijk aandacht zijn voor de relationele aspecten zoals goede onderlinge afstemming, communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. In 2017 is op initiatief van het Medisch Stafbestuur een Medisch Leiderschapstraject gestart. Doel van het traject is om via de lijn van het medisch leiderschap, de onderlinge samenwerking binnen de staf te verbeteren. Onderdeel van het Medisch Leiderschapsprogramma is o.a. organiseren van intervisiebijeenkomsten met medisch managers om ervaringen te delen en feedback te geven. Het leiderschapsprogramma wordt in 2018 voortgezet.

Formele adviezen VMS

Doordat het Stafbestuur haar rol als strategisch partner van de Raad van Bestuur steeds nadrukkelijker invult, onder andere in het wekelijks Bestuurlijk Strategie Overleg (BSO) waar ziekenhuisbrede onderwerpen worden besproken en gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt, wordt de formele adviesrol in mindere mate toegepast. In 2017 heeft het Stafbestuur geen formele adviezen uitgebracht.

Samenstelling Stafbestuur op 31 december 2017

- Dhr. Dr. R.J. Trof, voorzitter (intensivist)
- Dhr. Dr. C.J.A. Doelman, vice-voorzitter (klinisch chemicus)
- Dhr. Drs. J.K.A. Avenarius, lid (radioloog)
- Dhr. Dr. J Derksen, lid (endocrinoloog)
- Mw. C.M. de Vos, beleidsadviseur Medische Staf
- Mw. S. Munster-Seegerink, secretaresse MSB

De doelstellingen uit 2017 zijn voor het Stafbestuur ook uitgangspunt voor 2018. De vorig jaar opgestarte trajecten worden in 2018 voort gezet. In lijn met de nieuwe Strategische Agenda MST 2018 – 2023 hebben onder andere de volgende onderwerpen komend jaar prioriteit binnen medische staf:

- Rendementsprogramma: verdere optimalisatie van werkwijzen en processen;
- Medisch Leiderschapsprogramma; versterken van de positionering medisch manager en duale samenwerking met de bedrijfskundig manager;
- Zinnige en passende zorg; opstarten dialoog en proces om omslag te gaan maken naar leveren van zinnige en gepaste zorg ("niet alles wat kan, hoeft").
- MST specialist / normenkader: uniform profiel voor de medisch specialist werkzaam in MST, en daaraan gekoppeld een normenkader op basis waarvan specialisten elkaar kunnen aanspreken.



3.4.2 Ondernemingsraad

De OR zet zich in voor de belangen van de medewerkers en zoekt de juiste balans tussen medewerker en organisatie. Het belang van de organisatie is mede het belang van de medewerker.

Samenstelling en taakverdeling

De OR bestond tot 1 december 2017 uit 12 leden. In goed overleg met de Raad van Bestuur is besloten om in de nieuwe zittingstermijn, die loopt van 1 december 2017 tot 1 december 2020, verder te gaan met 15 leden. Conform de Wet op de Ondernemingsraden zouden dat er 19 mogen zijn. Door een goede planning en effectief vergaderen, was het in 2015 mogelijk om het aantal OR-dagen voor de leden met één dag per maand te verminderen. Deze werkwijze wordt met enige regelmaat geëvalueerd, is in 2017 doorgezet en zal ook in de nieuwe zittingstermijn worden gehandhaafd. De mogelijkheid bestaat om stage te lopen bij de OR. Medewerkers die geïnteresseerd zijn in de OR, worden in de gelegenheid gesteld twee maanden stage te lopen in een RVE-commissie. In 2017 hebben hier drie medewerkers gebruik van gemaakt.

De taken in de OR zijn verdeeld. Er is een Dagelijks Bestuur, twee RVE-commissies en een VGWM-commissie (Veiligheid, Gezondheid, Welzijn, Milieu). De OR werkt volgens een reglement en heeft een beleidsplan, dat de beleidsprioriteiten voor de zittingstermijn bevat.

Verkiezingen

De zittingstermijn van de van de OR liep af op 1 december 2017. Derhalve zijn er op 30 november 2017 verkiezingen gehouden. Het ging om algehele verkiezingen. Dat wil zeggen dat de zittingsperiode van alle OR-leden afliep en dat er een nieuwe OR moest worden gekozen. De zittende OR-leden konden zich opnieuw verkiesbaar stellen, net zoals alle medewerkers die op het moment van de verkiezingen een jaar of langer in dienst waren van MST.

Er hebben zich 17 medewerkers verkiesbaar gesteld (8 herkiesbaar en 9 nieuwe kandidaten). De twee kandidaten die niet gekozen zijn, komen op de reservelijst en stromen in bij vacatures. De medewerkers konden hun stem digitaal uitbrengen. Er hebben ruim 950 medewerkers gestemd en het opkomstpercentage was 26,27%.

Rendementsprogramma MST 2016 - 2019

De OR werd eind 2015 geconfronteerd met het feit dat de bedrijfsvoering van MST zo zwaar onder druk stond dat een belangrijke omslag doorgevoerd moest worden. Deze omslag werd vertaald in het Rendementsprogramma met als gevolg een reorganisatie. De OR begrijpt de motivatie om tot een reorganisatie over te gaan en heeft kennis genomen van de invulling van de rendementsvoorstellen. De onderbouwing en uitwerking van de deelplannen heeft de OR op 6 juni 2017 ter advisering ontvangen. Een advies hierover is uitgegaan op 29 juni 2017.



De gevolgen van de reorganisatie voor de medewerkers worden opgevangen in een Sociaal Plan, dat afgesloten is door de Raad van Bestuur en de vakbonden.

De medewerkers zijn - net als in 2016 - geïnformeerd tijdens medewerkersbijeenkomsten, waar een delegatie van de OR als toehoorder aanwezig was. De OR heeft al deze bijeenkomsten bijgewoond en heeft gesproken met de bedrijfskundig managers.

De reorganisatie is een ingrijpend proces, vooral voor de betrokken medewerkers. De focus van de OR ligt bij de medewerkers; een rechtvaardige behandeling en een goede uitvoering van het Sociaal Plan. De OR constateert dat de reorganisatie zorgvuldig wordt uitgevoerd. De werknemersorganisaties worden door de Raad van Bestuur en HRM op de hoogte gehouden van de voortgang.

De OR hield op 9 en 18 mei 2017 een informatiebijeenkomst voor medewerkers met als doel het toelichten van de rol van de OR ten aanzien van het rendementsprogramma. HR gaf tijdens deze bijeenkomst informatie over de inzet van PLB-uren en de programmamanager van het rendementsprogramma praatte de medewerkers bij over de stand van zaken betreffende de rendementsplannen. Deze bijeenkomsten werden redelijk goed bezocht.

Het Rendementsprogramma loopt in 2017 – evenals in 2016 – als een rode draad door het OR-werk. Vrijwel alle advies- en instemmingsaanvragen zijn een gevolg hiervan.

Initiatieven in 2017

Op initiatief van de OR is er in samenwerking met HRM een werkgroep Roostersystematiek in het leven geroepen. Het is de bedoeling dat deze werkgroep de Raad van Bestuur adviseert over een nieuwe roostersystematiek. De werkgroep formuleert in eerste instantie een aantal roosterprincipes. Het principe 'meeroosteren' wordt hierbij als uitgangspunt genomen. De werkgroep zal in 2018 aan de Raad van Bestuur rapporteren.

De OR en de VAR zijn samen aan de slag geweest met het thema functioneren en beoordelen. De insteek is om medewerkers in hun kracht te zetten; hen een ontwikkelmodel aan te reiken. Het ontwikkeltraject wordt samen met de VAR en HRM opgepakt en zal in 2018 worden uitgewerkt.

Advies en instemming in 2017

- ▶ Instemming Herplaatsingsbeleid en Inzetbaarheidsbeleid
- ▶ Advies Reorganisatieplan Herziening Operatief Proces
- ▶ Advies Rendement Medische Fotografie
- ▶ Instemming Beleid Disciplinaire Maatregelen
- ▶ Instemming Regeling Melding Misstanden
- ▶ Advies evaluatie Vlekkenplan Nieuwe Kliniek
- ▶ Advies Rendementsvoorstel Roomservice
- ▶ Instemming Werktijdenwijziging Klinische Farmacie
- ▶ Advies Sluiten Buitenpoli Losser
- ▶ Advies Reorganisatie Groep 7 en 8, Apotheek en Nucleaire Geneeskunde
- ▶ Advies Stewardservice
- ▶ Instemming Herinrichting Bureau Arbo en contracteren ArboUnie t.b.v. leveren bedrijfsarts



- ◉ Advies Aanpassing team Phaco Oldenzaal
- ◉ Advies Intentieverklaring ROTS
- ◉ Advies Herinrichting Primair Proces - fase 1
- ◉ Advies Reorganisatie Primair Proces 2017
- ◉ Advies Reorganisatieplan Medisch Archief en fusie team Frontoffice Groep 8 en Bureau Reserveringen
- ◉ Advies Reorganisatieplan Keuken
- ◉ Advies voorgenomen verkoop Medlon
- ◉ Advies Herinrichting MC&S
- ◉ Advies Reorganisatieplan Financiële Functie
- ◉ Instemming concept Addendum Strategisch Opleidingsplan 2014-2018
- ◉ Advies Handvest Santeon

Samenstelling OR op 31 december 2017

- ◉ E.J.G. (Evelien) Bekhuis
- ◉ Ö. (Özgür) Bingöl
- ◉ N.M. (Nynke) Derkx-van der Berg
- ◉ A.S. (Tonnie) Eertman
- ◉ J.H. (Jos) Geesing
- ◉ A.C. (Lydia) Matas Guiot-Hendriks
- ◉ M.J. (Jolanda) Nijhuis
- ◉ W.M. (Thera) Onrust-van Houten - vice voorzitter
- ◉ J. (Jory) Oude Luttikhuis
- ◉ R.W.G. (René) Peeze - voorzitter
- ◉ K.E.M. (Kim) Roelofs
- ◉ C. (Carla) Rothman
- ◉ L.M. (Linda) van het Bolscher-Scheiberlich
- ◉ L.G.M. (Liane) Strijker
- ◉ L. (Lenneke) Timmerman
- ◉ A.G.G. (Angela) Siegersma-Stroeven - ambtelijk secretaris
- ◉ M.C.T. (Mieke) Tanke - secretaresse

3.4.3 Cliëntenraad

De Cliëntenraad is een onafhankelijk en zelfstandig functionerend orgaan dat zich inzet voor de belangen van cliënten/patiënten van MST. Dit gebeurt door gevraagd en ongevraagd advies te geven over relevante zaken en aandachtspunten die voor cliënten/patiënten van belang zijn. Denk daarbij aan kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, hospitality, voeding en de bereikbaarheid van het ziekenhuis. De positie en het adviesrecht van de Cliëntenraad is geregeld in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).

Samenstelling

De Cliëntenraad bestaat uit tien leden uit het verzorgingsgebied van het ziekenhuis die niet in dienst zijn van MST. In september 2017 zijn twee leden vertrokken, waardoor vacatures ontstonden. In november 2017 is er een wervingscampagne geweest middels de social media. Er hebben 10 belangstellenden gereageerd. Na gesprekken met de wervingcommissie is er één nieuw lid door de Cliëntenraad voorgedragen en door de Raad van Bestuur benoemd. Zij maakt met ingang van januari 2018 deel uit van de Cliëntenraad. Voor opvulling van de overgebleven vacature werft de Cliëntenraad in 2018 opnieuw.



Taakverdeling en werkwijze

De Cliëntenraad heeft onderling afspraken gemaakt over de wijze van behandeling van de diverse onderwerpen. Er zijn drie werkgroepen (kwaliteit & veiligheid, gastvrijheid & communicatie en Cliëntenpanel) ingesteld en een dagelijks bestuur. De werkgroepen bepalen aan de hand van de onderwerpen die onder het (verzwaard) adviesrecht van de WMCZ vallen waar zij het komende tijd de focus gaan leggen. De gestelde prioriteiten worden opgenomen in een visiedocument 2018 – 2020, dat in 2018 zal worden afgerond.

De Cliëntenraad komt maandelijks bijeen voor een overleg. De werkgroepen komen in principe eens per kwartaal bijeen. Er is een structureel overleg met de Raad van Bestuur (een keer per twee maanden) en met een delegatie van de Raad van Toezicht (een keer per jaar). Bovendien is er een tweemaandelijks informeel overleg tussen het dagelijks bestuur van de Cliëntenraad en de voorzitter en secretaris van de Raad van Bestuur. Mevrouw mr. Medy van der Laan heeft op voordracht van de Cliëntenraad zitting in de Raad van Toezicht. Zij heeft patiëntenbelangen in haar portefeuille. De voorzitter van de Cliëntenraad onderhoudt regelmatig contact met mevrouw Van der Laan. Het Dagelijks Bestuur nam deel aan de managementdagen die met regelmaat georganiseerd worden door MST.

De Cliëntenraad heeft met enige regelmaat een overleg met de Cliëntenraad van ZGT en sinds eind 2017 ook met de Cliëntenraad van het Deventer Ziekenhuis. Uitwisseling van werkwijzen en ideeën vormen het belangrijkste doel van deze bijeenkomsten.

Evaluatie

Jaarlijks kijkt de Cliëntenraad terug op genoemde taakverdeling, werkwijze en behaalde resultaten. Op basis van deze evaluatie worden de speerpunten voor de nieuwe periode vastgesteld en wordt indien nodig de werkwijze aangepast. Ook de Raad van Bestuur wordt gevraagd om te reflecteren op het functioneren van de Cliëntenraad; hiermee is de Cliëntenraad in 2016 gestart en zet dit voort in 2017.

Speerpunten

Door het benoemen van speerpunten kan de Cliëntenraad zich geprioriteerd en beter richten op wat voor de cliënt/patiënt belangrijk is. De speerpunten dienen het patiëntenbelang en liggen binnen de cirkel van invloed van de Cliëntenraad.

Onderwerpen die onder het (verzwaard) adviesrecht vallen zijn onder andere voeding, veiligheid, gezondheid en hygiëne, geestelijke verzorging/maatschappelijke bijstand, organisatiewijzigingen. De afgelopen jaren heeft de Cliëntenraad zijn visie gepresenteerd ten aanzien van de verbetering van de patiëntgerichtheid van MST. Het ging daarbij vooral om aandacht voor communicatie, houding en gedrag (bejegening), kwaliteit & veiligheid. In het kader hiervan nemen de leden van de Cliëntenraad deel aan de veiligheidsrondes en spiegelgesprekken.



Onderwerpen waar de Cliëntenraad zich in 2017 op gericht heeft zijn:

- ▶ Klachtenbehandeling in MST; gesprekken met manager Kwaliteit & Veiligheid
- ▶ Spiegelgesprekken en veiligheidsrondes
- ▶ Deelname rendementsprojecten, outpatiënt, patiëntgerichtheid, positioneringsonderzoek
- ▶ ROTS: er is een overleg gestart met cliëntenraden ZGT en Deventer Ziekenhuis.
- ▶ Santeon; handvest en lustrumcommissie
- ▶ Wachttijden en -lijsten

Rendementsprogramma

Het Rendementsprogramma is een belangrijk onderwerp van gesprek met de Raad van Bestuur. De Cliëntenraad begrijpt de noodzaak ervan, maar is van mening dat de zorg voor de patiënt, kwaliteit en veiligheid hier niet onder mogen lijden. De Raad van Bestuur en de programmadirecteur Rendementsprogramma informeren de Cliëntenraad regelmatig over de voortgang.

Cliëntenpanel

De werkgroep Cliëntenpanel is in samenwerking met de afdeling Marketing, Communicatie & Sales aan de slag met een hernieuwde en meer professionele opzet van het Cliëntenpanel. Het panel bestaat momenteel uit ruim 600 leden, geworven via de Open Dagen en de CQ-index. Ook melden zich spontaan leden aan via de website van MST. De afspraak met de panelleden is dat er enkele keren per jaar een mailing gestuurd wordt; de leden mogen niet 'overvraagd' worden.

In 2017 zijn de leden van het Cliëntenpanel uitgenodigd om deel te nemen aan try-out bijeenkomst PublieksAcademie Haperende Hersenen op 26 januari 2017 opgezet door MC&S. De try-out bijeenkomst van de PublieksAcademie is door ongeveer 65 leden van het Cliëntenpanel bezocht.

De bedoeling is om in 2018 twee keer een vragenlijst naar de leden van het panel te sturen en wel in april en in oktober. De panelleden krijgen de resultaten teruggekoppeld. Ook bestaat het voornemen om met ingang van 2018 jaarlijks in MST een themabijeenkomst voor de panelleden te organiseren.

Advies in 2017

- ▶ Rendementsvoorstel Roomservice
- ▶ Sluiting Buitenpoli Losser
- ▶ Stewardservice
- ▶ Intentieverklaring ROTS
- ▶ Reorganisatie Primair Proces
- ▶ Herinrichting Primair Proces
- ▶ Ongevraagd advies Project Gewonnen Levenskwaliteit
- ▶ Ongevraagd advies Wachttijden en lijsten

De Cliëntenraad heeft positief geadviseerd aangaande deze aanvragen c.q. voorgenomen besluiten.



Samenstelling op 31 december 2017

- ◉ Ir. S. (Secil) Arda-Schiffel
- ◉ Drs. M.F. (Madelène) ter Laak
- ◉ Drs. A.R. (André) de Lizer – vice voorzitter
- ◉ E.H.M. (Emile) Mühlradt – voorzitter
- ◉ Dr. H.J. (Jan) Mulder
- ◉ P.J. (Pauline) Nordbeck-Iordens
- ◉ J.G.M. (Anne) Overbeek
- ◉ L.J.J. (Bart) Rozendaal
- ◉ 2 vacatures
- ◉ A.G.G. (Angela) Siegersma-Stroeven – ambtelijk secretaris
- ◉ M.C.T. (Mieke) Tanke - secretaresse

3.4.4 Verpleegkundige Advies Raad

De VAR streeft ernaar dat dat MST een organisatie is waar verpleegkundigen werken die excellente zorg leveren. De verpleegkundigen in MST zijn professionals met een eigen deskundigheid en nemen dan ook zelf de verantwoordelijkheid voor hun handelen en het resultaat daarvan. Het patiëntenperspectief vraagt om een optimale multidisciplinaire samenwerking. De organisatie biedt de verpleegkundigen zeggenschap over de inhoud en uitvoering en stimuleert en borgt de professionele ontwikkeling.

Terugkijkend heeft de VAR een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt waarbij het formuleren van een missie en visie heeft geholpen om focus aan te brengen zoals vastgelegd in het beleidsplan 2017-2018.

In februari 2017 bestond de VAR 10 jaar. De VAR heeft een 'compelling story' uitgebracht; een film waarin de visie en de speerpunten van de VAR helder over het voetlicht worden gebracht. Deze compelling Story is te zien op de intranetpagina van de VAR op 'ons MST'.

Samenstelling en zittingstermijn

Het VAR-bestuur bestaat uit acht personen. De leden van het VAR bestuur hebben naast hun rol in de VAR een functie in de directe patiëntenzorg of een functie direct gerelateerd aan de kwaliteit en veiligheid van de verpleegkundige zorg. De zittingstermijn van een VAR bestuurslid bedraagt vier jaar met een mogelijke verlenging voor dezelfde periode.

Rendementsprogramma 2016-2019

De VAR ziet de noodzaak en het belang van het rendementsprogramma en de daaruit voortvloeiende reorganisatieplannen in. De focus van de VAR ligt op de thema's kwaliteit, veiligheid en professionaliteit. Dit komt direct ten goede aan de patiënt en de medewerker en levert uiteindelijk ook het beste rendement op. Vanuit deze visie heeft de VAR de reorganisatieplannen behandeld en op 4 juli 2017 een advies uitgebracht. Een delegatie van de VAR was als toehoorder aanwezig bij de medewerkersbijeenkomsten. Er zijn gesprekken geweest met betrokken verpleegkundigen, management en Raad van Bestuur.

De VAR heeft de vinger aan de pols gehouden ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid door de indicatoren maandelijks te blijven agenderen en monitoren.



De VAR heeft hier zelf actie in ondernomen en dit terug gerapporteerd aan de Raad van Bestuur.

Speerpunten in 2017

Kwaliteit en Veiligheid

- ◆ NIAZ Qmentum
 Op maandag 16 januari 2017 is het NIAZ certificaat uitgereikt. De VAR vindt het belangrijk dat de afspraken geborgd worden bijvoorbeeld een jaarprogramma. De VAR denkt hierover mee. Ook sluit de VAR aan bij de veiligheidsrondes in MST.
- ◆ Verpleegkundige verslaglegging
 In de eerste helft van 2016 is een start gemaakt met de uitvoering van het eerste onderdeel van het advies, het MST-breed implementeren van de SOAP methodiek voor verpleegkundige rapportage. In 2017 is deze methodiek verder uitgerold.
- ◆ Zorgzwaartemodel
 Een uniform zorgzwaartemodel heeft tot doel te komen tot een gelijkmatige verdeling van de zorgzwaarte in MST, zowel om overbelasting voor verpleegkundigen te voorkomen als om de patiënt de beste kwaliteit en veiligheid van de zorg te kunnen bieden. De zorgzwaarte wordt getoond op het schipholborden is een tool om ook over de afdeling heen te sturen op zorgzwaarte. De digitale invoering vindt in 2018 plaats.

Professionaliteit

- ◆ Verpleegkundig leiderschap
 De VAR neemt initiatief om verpleegkundig leiderschap binnen MST uit te rollen, implementeren en borgen.
- ◆ MST Verpleegkundige 2020
 De huidige functie-inhoud en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen mbo/hbo zijn onvoldoende verschillend zichtbaar in MST. Om een toekomstbestendig verpleegkundig functiehuis in te richten, zijn een visie op de toekomst, een inventarisatie van opleidingen en een uitwerking van functieprofielen noodzakelijk. Samenwerking met HRM, Medical School Twente en Kwaliteit & Veiligheid is belangrijk evenals samenwerking met Saxion en ROC van Twente. In 2017 is het project herinrichting verpleegkundige zorg opgestart, inmiddels zijn er twee afdelingen die als proeftuin zijn gestart
- ◆ Santeon portefeuille
 De Portefeuille Verpleegkunde Santeon richt zich op het bevorderen van de kwaliteit en professionaliteit van de 'Santeon verpleegkundigen' en daarmee ook op:
 - de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en de tevredenheid van patiënten;
 - de motivatie en de arbeidstevredenheid van de verpleegkundigen;
 - de aantrekkingskracht van Santeon op verpleegkundigen op de arbeidsmarkt.

De VAR is lid van de Santeon Verpleegkunde Portefeuille.



Professionaliteit

► Verpleegkundig leiderschap

In 2015 voerde de VAR een onderzoek uit naar verpleegkundig leiderschap. Uit dit onderzoek kwam een definitie van verpleegkundig leiderschap. Ook moet er een meetinstrument gebruikt gaan worden in jaargesprekken om verdere ontwikkelingen t.a.v. Verpleegkundig leiderschap in een scholingsplan op te kunnen nemen.

► Waarborgen verpleegkundige professionaliteit

Om de professionele kwaliteit van de beroepsgroep te verbeteren richt de VAR zich op:

- Deskundigheidsbevordering van de verpleegkundige beroepsgroep. De VAR zal zich ervoor inzetten dat verpleegkundigen het vanzelfsprekend vinden dat zij hun eigen deskundigheid op peil blijven houden. Bij het signaleren van hiaten in de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, of bij onvoldoende vaardigheid van de beroepsgroep, zal de VAR de Raad van Bestuur adviseren over de aanpak van dit probleem. Het voortzetten van de implementatie van de verpleegkundige visie op de verpleegkundige professie is daarbij een must. De VAR zal zich dan ook actief bezig blijven houden met het uitdragen hiervan.
- Verbetering van het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen. Om verpleegkundigen te behouden, aan te trekken en te stimuleren hun deskundigheid op peil te houden, is het noodzakelijk dat verpleegkundigen een loopbaanperspectief hebben. Verpleegkundigen moeten niet alleen kunnen doorgroeien in leidinggevende functies maar met name ook in het verpleegkundig domein.

De VAR zal zich ervoor inzetten dat verpleegkundigen meer gestimuleerd en gefaciliteerd kunnen worden om zich te ontwikkelen.

► Functieprofielen mbo/hbo

De huidige functie-inhoud en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen mbo/hbo zijn onvoldoende verschillend zichtbaar in MST. Daardoor worden competenties onvoldoende benut of medewerkers mogelijk overvraagd, zijn loopbaantrajecten niet helder en is het weinig uitdagend om van functieniveau 4 naar 5 te groeien. Om een toekomstbestendig verpleegkundig functiehuis in te richten, zijn een visie op de toekomst, een inventarisatie van opleidingen en een uitwerking van functieprofielen noodzakelijk. Samenwerking met HRM, Medical School Twente en Kwaliteit & Veiligheid is belangrijk.

► Santeon portefeuille

De Portefeuille Verpleegkunde Santeon richt zich op het bevorderen van de kwaliteit en professionaliteit van de 'Santeon verpleegkundigen' en daarmee ook op:

- de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en de tevredenheid van patiënten;
- de motivatie en de arbeidstevredenheid van de verpleegkundigen;
- de aantrekkingskracht van Santeon op verpleegkundigen op de arbeidsmarkt.

De VAR is lid van de Santeon Verpleegkunde Portefeuille.



Professionaliteit

- Reorganisatieplan Herziening Operatief Proces
- Regeling Melding Misstanden
- Evaluatie Vlekkenplan Nieuwe Kliniek
- Rendementsvoorstel Roomservice
- Herinrichting Primair Proces - fase 1
- Intentieverklaring ROTS
- Reorganisatie Primair Proces 2017
- Ongevraagd Advies epiduraal anesthesie Verloskamers
- Addendum bij Strategisch Opleidingsplan MST 2014-2018
- Handvest Santeon

Samenstelling op 31 december 2017

- H.A. (Hilda) Barelds
- R. (Rick) Boers
- B.A. (Belinda) van den Bovenkamp-Dekker - voorzitter
- M.A.C. (Marieke) Holtslag
- S.H.M. (Stefanie) Kleizen - van den Berg
- M. (Marloes) Lammers
- J.A. (Jolanda) Schoemaker-Delsing
- E.N.J. (Elise) Veenhoven - vice voorzitter
- A.G.G. (Angela) Siegersma-Stroeven - ambtelijk secretaris
- M.C.T. (Mieke) Tanke - secretaresse



4 Resultaten

4.1 Kwaliteit en Veiligheid

4.1.1 NIAZ Qmentum

Na de behaalde NIAZ accreditatie in januari 2017 is een actieplan opgesteld voor de niet behaalde normen. Daarnaast is er aanvullende rapportage met verbeteracties aangeleverd voor risicomanagement en elektronisch patiëntendossier/ ICT. Beide plannen zijn goedgekeurd door het NIAZ. Van de 64 niet behaalde normen verkeren eind 2017 25 normen in de act/check-fase en 39 normen in de plan/do-fase. Daarmee lopen we iets achter op de planning. Begin 2018 wordt opnieuw aandacht gevraagd voor de te nemen acties, waarbij de verwachting is dat hiermee voortgang is geboekt. Voor het behoud van het gouden accreditatieniveau en de doorgroei naar een platina- en diamant niveau gebruiken we het bestaande kwaliteits- en toetsingssysteem waarbij we ook nadrukkelijk blijven sturen op de indicatoren. Daarnaast wordt elke maand één thema op het gebied van kwaliteit en veiligheid centraal gesteld.

Audits

Binnen MST zijn 35 (tracer)auditors actief, zes zijn tijdelijk niet beschikbaar. Om dit te compenseren worden weer nieuwe auditors opgeleid voor 2018. In 2017 zijn 29 (tracer)audits uitgevoerd en acht centraal gecoördineerde tracerlightrondes. Drie geplande audits worden uitgevoerd in januari 2018 en daarnaast lopen afdelingen zelf ook regelmatig tracerlightrondes.

De verbeteracties zijn opgenomen in de PDCA cyclus van de afdelingen.

4.1.2 VMS Veiligheidscultuur

Het uitvoeren van IZEP's en het lopen van veiligheidsrondes zijn twee manieren die kunnen bijdragen aan een goede veiligheidscultuur in het MST. In 2017 zijn in totaal 20 IZEP's uitgevoerd. Verbeteracties die hieruit naar voren zijn gekomen, zijn opgenomen in de PDCA-cyclus van de afdelingen. De Raad van Bestuur heeft in samenwerking met het Medisch Stafbestuur, de Cliëntenraad en de VAR 27 veiligheidsrondes gelopen in 2017.

Het doel van dit type rondes is om hun betrokkenheid te tonen over veiligheid in de zorg/behandelpraktijk en in gesprek te gaan met medewerkers en, waar mogelijk, met patiënten over relevante veiligheidsissues die spelen op de afdeling. In 2017 heeft een evaluatie van de veiligheidsronde plaatsgevonden. Hieruit bleek onder andere dat het aantal deelnemers aan een ronde te groot is, wat het in gesprek gaan met medewerkers en patiënten belemmert. De evaluatie heeft tot een nieuwe procedure geleid, die vanaf 2018 zal worden gevolgd.



Veilig Incident Melden

MST wil continu de zorg blijven verbeteren. Daarom is sinds 2010 het Veilig Incident Melden ziekenhuisbreed ingevoerd. Dit houdt in dat medewerkers op veilige wijze incidenten kunnen melden. Door analyse van het incident kunnen maatregelen worden genomen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en herhaling van het incident in de toekomst te voorkomen. Er zijn 50 decentrale VIM commissies die op afdelingsniveau meldingen ontvangen, analyseren en maatregelen nemen om herhaling te voorkomen. Naast deze decentrale commissies is er een Centrale VIM (C-VIM) commissie en een calamiteitencommissie.

De C-VIM commissie onderzoekt de ernstigere meldingen en houdt zich bezig met het signaleren van ziekenhuisbrede trends op het gebied van patiëntveiligheid. De C-VIM commissie geeft advies aan de Raad van Bestuur en het RVE-management. Voorbeelden de C-VIM analyses in 2016: incidenten rondom verwisseling en meldingen rondom fixatie en het bieden van ondersteuning aan

4.1.3 Integraal Risicomanagement

MST wordt zoals iedere organisatie geconfronteerd met interne en externe invloeden die ertoe leiden dat het onzeker kan zijn in welke mate zij haar doelstellingen zal halen. Na vaststelling van het plan van aanpak integraal risicomanagement (IRM) eind 2016 is MST in het voorjaar van 2017 gestart met IRM. In MST wordt onder IRM verstaan: doelgericht, expliciet, gestructureerd, communicerend en continu omgaan met risico's binnen alle domeinen en lagen van de organisatie.

Binnen MST onderscheiden wij verschillende domeinen: Financieel, Governance en Compliance, Imago, Infrastructuur, Patiënt en Personeel.

In navolging op het plan van aanpak integraal risicomanagement heeft in het voorjaar en rond de zomer voor het duale management en enkele stafmedewerkers een training plaatsgevonden over IRM.

Eind juni is op basis van risicoworkshops binnen de zes domeinen het risicoprofiel van MST opgeleverd. Hierin staan de 58 belangrijkste risico's in relatie tot de doelstellingen van MST. Op basis van het risicoprofiel zijn zes strategische risico's aangewezen, die zijn opgenomen in de kaderbrief voor 2018. Eigenaarschap voor de zes strategische risico's is belegd bij de Raad van Bestuur.

De zes strategische risico's zijn:

1. MST kan haar doelstellingen niet realiseren omdat MST niet voldoende goed gekwalificeerde mensen kan aantrekken
2. MST kan de vereiste veranderingen niet realiseren door onvoldoende empowerment en executiekracht binnen de organisatie:
3. De kwaliteit van zorg en efficiency van zorgprocessen binnen verschillende specialismen/afdelingen binnen het zorgtraject van de patiënt blijven onvoldoende op elkaar aangesloten



4. De continuïteit van MST als topklinisch ziekenhuis is in gevaar vanwege het niet behalen van de financiële doelstellingen.
5. MST kan haar doelstelling voor hoogwaardige topklinische zorg in de regio niet realiseren vanwege stijgende volumennormen en landelijke afspraken over de concentratie van zorg.
6. De continuïteit en de kwaliteit van zorg is in gevaar vanwege het uitvallen of disfunctioneren van ondersteunende technologie.

Groepen zijn gevraagd om in het jaarplan 2018 de voor hen belangrijkste risico's in relatie tot de MST doelstellingen en de doelstellingen op groepsniveau op te nemen. In het jaarplan dienen voorts maatregelen te zijn geformuleerd om deze en de strategische risico's te mitigeren. Hiermee is een eerste stap gezet om risicomanagement in de P&C-cyclus te verankeren en ook binnen de groepen integraal risicomanagement te implementeren.

Prospectieve Risicoanalyse

Naast de risicoanalyses binnen de zes domeinen op MST-niveau, die de basis vormden voor het ziekenhuisbrede risicoprofiel, voert MST in het kader van IRM eveneens bij geconstateerde onveilige processen en/of veranderingen in zorgprocessen standaard prospectieve risico-inventarisatie en analyses (PRIA) uit.

Alle mogelijke risico's met de achterliggende oorzaken worden in kaart gebracht opdat passende verbeteracties getroffen kunnen worden die de risico's elimineren of, wanneer dat niet mogelijk is, geminimaliseerd. Bij plaatsing/vervanging van nieuwe apparatuur worden hierop afgestemde risicoanalyses (RA) uitgevoerd. In 2017 zijn 18 PRIA's uitgevoerd, waarvan één in het kader van het rendementsprogramma en 29 RA's .

	2015	2016	2017
Aantal PRIA's	26	14	18
Aantal RA's	60	45	29



Veilig Incident Melden

MST wil de zorg continu blijven verbeteren. Daarom is sinds 2010 het Veilig Incident Melden ziekenhuisbreed ingevoerd. Dit houdt in dat medewerkers op veilige wijze incidenten kunnen melden. Door analyse van het incident kunnen maatregelen worden genomen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en herhaling van het incident in de toekomst te voorkomen. Er zijn 50 decentrale VIM commissies die op afdelingsniveau meldingen ontvangen, analyseren en maatregelen nemen om herhaling te voorkomen. Naast deze decentrale commissies is er een Centrale VIM (C-VIM) commissie en een calamiteitencommissie.

De C-VIM commissie onderzoekt de ernstigere meldingen en houdt zich bezig met het signaleren van ziekenhuisbrede trends op het gebied van patiëntveiligheid. Zo heeft de C-VIM commissie in 2017 een uitgebreide analyse gedaan naar valincidenten binnen MST. De C-VIM commissie geeft advies aan de Raad van Bestuur en het RVE-management. Het aantal meldingen dat gedaan worden en de doorlooptijd van de afhandeling van VIM meldingen is onderdeel van de stuurinformatie die maandelijks door het management gebruikt wordt om de meldcultuur en het functioneren van de VIM commissies in het ziekenhuis in de gaten te houden.

De Calamiteitencommissie zorgt voor de coördinatie en onderzoek naar (mogelijke) calamiteiten. Vanaf juli 2017 is het nieuwe meldsysteem iTask in gebruik genomen. In 2017 zijn in het Digitaal Meld- en Verbetersysteem (DMV) in totaal 4916 meldingen ontvangen.

Dit aantal is vergelijkbaar met het aantal ontvangen meldingen in 2015. In 2016 was het aantal meldingen hoger. Dit werd veroorzaakt door de toegenomen aandacht voor incident melden ter voorbereiding op de NIAZ Q-mentum audit. De gemiddelde doorlooptijd van de incident meldingen in 2017 is 56 dagen. Hiermee voldoen we net niet aan de norm van < 56 dagen zoals deze binnen MST is vastgesteld. De reden voor de stijging in de doorlooptijd ten opzichte van 2016 is de ingebruikname van het nieuwe meldsysteem.

	2014	2015	2016	2017
Aantal VIM meldingen	6749	4914	5948	4916
Gemiddelde doorlooptijd	68	65	45	56



Calamiteiten en genomen maatregelen

Incidenten waarbij de patiënt blijvende ernstige schade oploopt of overlijdt meldt MST, conform de Wet kwaliteit klachten geschillen in de zorg (Wkkgz), bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In 2017 heeft het ziekenhuis 24 (mogelijke) calamiteiten bij de inspectie gemeld. Daarnaast vroeg de IGJ ons om twee burgermeldingen te onderzoeken en zijn op verzoek van de IGJ acht SIRE onderzoeken uitgevoerd bij de cardio-thoracale chirurgie, naar aanleiding van hun thematisch toezicht. Naast de calamiteiten die gemeld worden bij IGJ heeft de calamiteitencommissie ook 41 onderzoeken uitgevoerd naar incidenten die uiteindelijk niet bleken te voldoen aan de definitie van een te melden (mogelijke) calamiteit. Ook zijn uit het klachtenopvangteam twee verzoeken tot een SIRE onderzoek naar voren gekomen.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal calamiteiten gemeld bij de IGZ	7	10	11	13	19	24	24
Op verzoek van IGZ uitgevoerde onderzoeken	-	-	-	-	-	12	8



4.1.4 Kwaliteitsindicatoren

MST levert jaarlijks net als de rest van Nederland de prestatie-indicatoren van de IGJ (voorheen IGZ) en de indicatoren van het Kwaliteitsinstituut aan. De uitkomsten hiervan zijn een belangrijk hulpmiddel om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken en te verbeteren. Jaarlijks worden deze indicatoren gebenchmarkt in Santeon verband. Bij de indicatoren van verslagjaar 2016 waar verbeterruimte ligt vraagt het Medisch Stafbestuur aan de betreffende RVE's om met een verklaring en eventueel een verbeterplan te komen.

Daarnaast is transparantie van groot belang binnen MST. De indicatoren die in het Transparantieportaal staan (www.clinicalaudit.nl/transparantieportaal) worden dan ook open gezet voor externe partijen als Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). MST doet tevens mee aan het Kwaliteitsvenster, een gezamenlijk initiatief van ziekenhuizen, revalidatiecentra en patiënten. Op de website van het Kwaliteitsvenster kunnen patiënten voor elk ziekenhuis dat deelneemt de uitkomsten zien op een tiental onderwerpen, waaronder patiëntervaringen, wachttijden en keurmerken. Ook zijn hier de behandeluitkomsten te zien voor meerdere aandoeningen, waaronder borstkanker en darmkanker. (<https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl>).

4.1.5 Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)

De HSMR staat voor Hospital Standardised Mortality Ratio en is een indicator om sterftecijfers in de Nederlandse ziekenhuizen met elkaar te vergelijken. De HSMR geeft aan of het aantal daadwerkelijk overleden patiënten in een ziekenhuis hoger of lager is dan verwacht mag worden ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Van iedere opgenomen patiënt worden een aantal gegevens geregistreerd en op basis daarvan wordt de gemiddelde sterftekans berekend. Door die werkelijke geobserveerde sterfte in MST te vergelijken met (door te delen door) de gemiddelde verwachte sterfte ontstaat de HSMR. Bij een score van 100 is de werkelijke sterfte gelijk aan de verwachte sterfte. Omdat de volledige conditie en alle aandoeningen waar de patiënt aan lijdt bepalend is voor het risico om te overlijden als gevolg van behandeling in het ziekenhuis, is het belangrijk dat, naast de aandoening waarvoor patiënt is opgenomen in het ziekenhuis, ook alle overige aandoeningen waar een patiënt aan lijdt geregistreerd worden. Dit zijn de zogenaamde nevendiagnosen.

De HSMR van 2017 wordt voor alle ziekenhuizen pas in het najaar van 2018 bekend. In dit jaarverslag daarom de cijfers over 2016. In 2016 varieert de HSMR van de Nederlandse ziekenhuizen van 65 tot 125. MST heeft over 2016 een HSMR van 100 met een betrouwbaarheidsinterval van 93 - 108. De HSMR van 2016 wijkt daarmee niet significant af van het landelijk gemiddelde.



Binnen MST is een commissie ingesteld die voortdurend systematisch alle dossiers van overleden patiënten onderzoekt om lering te trekken en op basis daarvan maatregelen te nemen om herhaling in de toekomst te voorkomen. Daarnaast onderzoekt MST jaarlijks op basis van het HSMR-rapport onderliggende gegevens.

HSMR afgelopen jaren	
2012	95
2013	91
2014	115
2015	107
2016	100

4.1.6 Visitaties

In 2017 zijn de specialismen Revalidatie Geneeskunde, Kindergeneeskunde, Klinische Farmacie, Klinische fysica, Cardio-Thoracale Chirurgie en het Slaapcentrum gevisiteerd door de wetenschappelijke verenigingen. Bij Revalidatie Geneeskunde en het Slaapcentrum betrof het een kwaliteitsvisitatie. De overige visitaties waren opleidingsvisitaties.

Van de kwaliteitsvisitaties van Revalidatie Geneeskunde en het Slaapcentrum hebben de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur nog geen visitatierapport ontvangen. Wel is een rapport ontvangen n.a.v. de opleidingsvisitaties van de Kindergeneeskunde, Klinische Farmacie, Klinische Fysica en Cardio-Thoracale Chirurgie. Voor de Kindergeneeskunde en de Klinische Fysica is de erkenning opnieuw verleend. Een Plan van Aanpak wordt door de Kindergeneeskunde en Klinische Fysica opgesteld n.a.v. het rapport. De Cardio-Thoracale Chirurgie werd voor de 1e keer gevisiteerd en heeft de erkenning als opleidingsinstelling behaald. Een hele mooie prestatie! Er is een Plan van Aanpak opgesteld en door de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur besproken en vastgesteld.

Klinische Farmacie had in eerste instantie de hernieuwde erkenning als opleidingsinstelling niet ontvangen i.v.m. tekort aan formatie. Dit is echter bijgesteld en inmiddels heeft de Raad van Bestuur een brief van SRC ontvangen waarin staat dat de erkenning als opleidingsinstelling ziekenhuisfarmacie is verleend.



De PDCA-cyclus wordt drie keer per jaar gemonitord in de Termgesprekken met betreffende RVE/vakgroep. De Raad van Toezicht, commissie kwaliteit en veiligheid, wordt twee keer per jaar geïnformeerd over alle adviezen tot verbetering vanuit de wetenschappelijke vereniging.

4.1.7 Patiëntervaringen

Programma patiëntgerichtheid

In 2017 is besloten de onderwerpen patiënttevredenheid en patiëntgerichtheid hoog op de agenda te zetten en een vertegenwoordiging vanuit de organisatie te vragen dit binnen onze organisatie naar een hoger niveau te tillen. Om deze omslag te gaan maken is het voorstel gedaan om een commissie samen te stellen. In eerste instantie is een kernteam Patiëntgerichtheid samengesteld met vertegenwoordiging vanuit de organisatie (artsen, teamhoofd, adviseur K&V, verpleegkundigen en patiënten). Dit kernteam heeft zich de afgelopen maanden bezig gehouden met de opzet van het programma en het vormen van een visie op Patiëntgerichtheid. Het kernteam heeft enkele werkbezoeken afgelegd en gesprekken gevoerd met verschillende organisaties die al een vergelijkbaar traject hebben doorlopen. Daarnaast is er vanuit theorie over verandering, een analyse van de eigen organisatie en de wensen van de patiënt gekeken wat er nodig is om daadwerkelijk een positieve ontwikkeling binnen de cultuur van het MST te bewerkstelligen en het programma te laten slagen. In 2018 zal de opzet van het programma Patiëntgerichtheid aangepast worden en zal een start gemaakt worden met de verschillende thema's die door het kernteam zijn geformuleerd.

Daarnaast heeft het kernteam zich in 2017 beziggehouden met het vormen van een toolbox Patiëntervaringen, welke in Q1 van 2018 compleet zal zijn. De toolbox wordt onder andere uitgebreid met twee instrumenten (patiëntreis en shadowen). Hiermee hebben afdelingen meerdere middelen om met de patiënt in gesprek te gaan over het zorgproces en verbeteringen die de zorg patiëntgericht maken. Ook heeft het kernteam in samenwerking met het rendementprogramma gekeken naar verbeteringen in het proces van opname en ontslag, wat een vervolg gaat krijgen in 2018. En er is een blog ontwikkeld welke vanaf 2018 maandelijks zal verschijnen. Deze blog gaat in op wat voor patiënten belangrijk is (vanuit het concept "what matters to you").

Tenslotte heeft het thema patiëntgerichtheid een prominenter plek gekregen op het dashboard en dit zal in 2018 nog verder uitgebouwd worden. Hiermee hebben afdelingen meer gecombineerde stuurinformatie in handen over de ervaren tevredenheid.

Kortcyclisch meten van patiëntervaringen

In 2017 is gestart met het kortcyclisch meten van patiëntervaringen in de kliniek. In 2017 zijn 7380 evaluaties in de kliniek ingevuld waarbij de patiënt de ziekenhuisopname gemiddeld heeft beoordeeld met een 8,48. In Term 3 2017 is de werkgroep kortcyclisch meten van patiëntervaringen in de polikliniek gestart. Met teamhoofden is het concept voor de polikliniek opgezet. In geval van een positieve pilot in term 1 2018, vindt verdere uitrol naar alle poliklinieken plaats.



CQ-index

Om de patiënttevredenheid in kaart te brengen, hanteert MST de Consumer Quality Index (CQi). De CQ-index wordt één keer per jaar gemeten. Hierover is in Santeon verband een online CQ vragenlijst ontwikkeld die patiënten anoniem kunnen invullen. De resultaten worden gepresenteerd in een online rapportagetool. Op basis van de resultaten van de door MST gehanteerde patiëntervaringsonderzoeken formuleren RVE's verbeteracties.

In 2017 hebben patiënten MST klinisch en poliklinisch een 8,3 als rapportcijfer gegeven. Patiënten die opgenomen zijn geweest gaven aan het meest tevreden te zijn over de ontvangst op de afdeling, het gevoel van veiligheid en de samenwerking. Zij gaven ook aan dat de communicatie rond medicatie, en de informatie bij ontslag voor verbetering vatbaar zijn.

Patiënten die een polikliniek hebben bezocht waren het meest positief over de bejegening door de arts en zorgverleners, communicatie door de arts en ontvangst op de poli. Zij gaven ook aan dat de inspraak van de patiënt en informatie over medicatie voor verbetering vatbaar is. De verpleegafdelingen en poliklinieken gaan met de verbeterpunten aan de slag. Naast een algemeen rapportcijfer hebben patiënten ook aangegeven of zij ons zouden aanbevelen aan familie of vrienden. Deze vraag wordt beschouwd als de belangrijkste vraag van de CQi. Onderstaande tabel geeft de scores voor 2015, 2016 en 2017 weer en geeft een uitsplitsing van het percentage promotors, passieven en criticasters.

	2015 Opname	2015 Poli	2016 Opname	2016 Poli	2017 Opname	2017 Poli
Percentage criticasters (score 0 -6)	10,5%	5,9%	13,4%	8,1%	8,9%	6,7%
Percentage passieven (score 7 -8)	45%	47,2%	41,7%	46,7%	40,6%	43,9%
Percentage promotors (score 9 -10)	44,5%	46,9%	44,9%	45,2%	50,5%	49,4%
NPS (percentage promotors - percentage criticasters)	35,9%	41,0%	31,6%	37,1%	41,6%	42,6%



Spiegelbijeenkomsten

In 2017 hebben negen spiegelbijeenkomsten plaatsgevonden. Tijdens deze bijeenkomsten spreekt een groep patiënten onder leiding van twee onafhankelijke gespreksleiders over hun ervaringen. Betrokken zorgverleners zijn als toehoorders aanwezig en mogen aan het einde slechts vragen ter verduidelijking stellen. Na elke spiegelbijeenkomst worden de drie belangrijkste verbeterpunten geïdentificeerd en teruggekoppeld aan de betrokken professionals en aan de patiënten die hebben deelgenomen. Als patiënten in deze setting spreken over hun ervaringen biedt dat professionals rechtstreekse en veelal specifieke feedback over hoe patiënten de zorg/behandeling hebben ervaren. Dat geeft praktische informatie over hoe de zorg is georganiseerd maar bovenal feedback over onze beroepshouding als professional, onze communicatie en of we daadwerkelijk altijd gericht zijn op die patiënt in de (zorg-)fase waarin deze zich bevindt.

In 2017 is gestart met een evaluatie van de spiegelbijeenkomsten. Uit voorlopige resultaten blijkt dat het voorbereidingsproces geoptimaliseerd zou moeten worden (o.a. op het gebied van tijdsinvestering en afzeggingen door patiënten) en dat er een optimalisatie moet plaatsvinden op de inhoudelijke relevantie van de bijeenkomsten voor de afdelingen. In 2018 zal verder worden gegaan met deze evaluatie.

Klachten

IBinnen Medisch Spectrum Twente (MST) worden klachten afgehandeld conform de Klachtregeling MST waarbij het uitgangspunt is dat klachten bij voorkeur laagdrempelig worden onderzocht en opgelost op het niveau waar zij zijn ontstaan, dus in het directe contact tussen de betrokken medewerker(s) en de patiënt of diens naaste. Daarnaast bemiddelen de klachtenfunctionarissen tussen de klagers en de medewerkers van de afdelingen/ polikliniek om de klachten op te lossen.

Conform de Wet kwaliteit klachten in de zorg (Wkkgz) is de klachtencommissie per 1 januari 2017 opgeheven. Klagers hebben de mogelijkheid vanaf 1 januari zich nog te wenden tot het interne Klachten Onderzoeks Team na een bemiddelingstraject of tot de Geschilleninstantie als een bemiddelingsgesprek met een klachtenfunctionaris niet tot een bevredigend resultaat heeft geleid.

In 2017 meldden zich 403 unieke klagers bij de klachtenfunctionaris. Dit is forse daling ten opzichte van 2016 (698). Meer dan de helft van de klachten in 2017 had betrekking op de kwaliteitsaspecten Methodisch/Vaktechnisch handelen (1) en Organisatie van zorg (2). Daarna volgen klachten met het aspect Relationeel. Er worden relatief weinig klachten gescoord binnen de gebieden Faciliteiten, Financiën, Informatie en Voorlichting en Overige patiënten rechten.



Opvallend is dat de laatste term van 2017 een toename van klachten met het aspect Organisatie van zorg laat zien. Door het Klachten Onderzoeks Team zijn vijf klachten in behandeling genomen waarvan er twee zijn afgehandeld en drie nog in behandeling. Eén patiënt wendde zich tot de Geschilleninstantie waarbij MST in het gelijk is gesteld. Daarnaast zijn door MST 44 aansprakelijkheidsstellingen gemeld en zijn drie klachten ingediend bij het tuchtcollege.

Jaar	Unieke klagers bij				Claimanten
	Klachtenref.	Klachten commissie	Tuchtcollege	Claims	
2013	565	Nvt	17	2	73
2014	557	Nvt	22	1	61
2015	481	Nvt	14	6	41
2016	698	Nvt	5	1	36
2017	403	1	2	3	44



4.1.8 Value Based Health Care

Begin 2017 stond VBHC in het teken van verdieping en verankering van bestaande zorgprocessen. Effort is met name gestoken in het optimaliseren van de PDCA cyclus van meten, analyseren en verbeteren met de verbeterteams.

Voor borstkanker werd met name door de internist/oncologen van het verbeterteam inhoudelijk gediscussieerd over de uitkomsten van ongeplande opnames, afwijkingen van het behandelplan en/of hartfalen na systeemtherapie en de mogelijke verbetermaatregelen. Borstkanker stond na de derde cyclus in het teken van externe transparantie van dataverzameling. Daarmee wordt inhoud gegeven aan de doelstelling om transparant te zijn op zorguitkomsten en het zorgproces, en integratie van de projectorganisatie van Zorg voor Uitkomst in VBHC. Resultaten en verbeteringen werden gedeeld met alle externe relaties zoals verzekeraars en patiëntverenigingen.

Voor de collectieve contracten borstkankerzorg zijn voor de eerste keer KPI's aangeleverd in het kader van monitoring van de prestatieafspraken met zorgverzekeraars. In afstemming met het oncologisch centrum is gekozen voor samenwerking tussen het verbeterteam VBHC en de tumorwerkgroep.

Met de urologen van de Santeon ziekenhuizen werd gekeken hoe real-time valide data verzameld kunnen worden, zodat de verbetercyclus op basis van recentere en juiste data ingezet kan worden.

De focus voor verbetering ligt met name op het diagnostisch traject van prostaatkanker. De bijeenkomsten met het multidisciplinaire team in MST hebben zich vooral gericht op het analyseren en verbeteren van de procestijden in het diagnostisch traject.

Bij het zorgproces heupartrose is veel energie gestoken in het analyseren en verbeteren van diverse onderdelen in het patiëntenproces. Zo is de ligduur verkort door preoperatief betere en op maat afgestemde informatie aan de patiënt te geven, zodat hij/zij goed voorbereid geopereerd wordt; zijn de (on)mogelijkheden voor de patiënt ná ontslag beter in kaart gebracht, zijn het aantal radiodiagnostische activiteiten verminderd, is een aanzet gegeven om de complicatieregistratie te verbeteren. Voorbereidingen worden getroffen voor externe transparantie in 2018 en voor het starten van een verbetercyclus voor knieartrose.

De dataverzameling voor het zorgproces longcarcinoom is lastig gebleken en er wordt tijd en energie gestoken in het verzamelen van valide data. Daarbij is o.a. energie gestoken in het vullen van de DICA database.

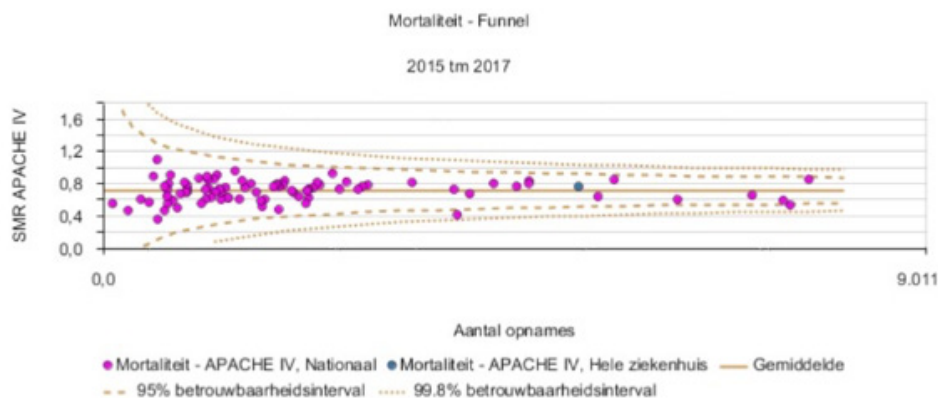
Voor CVA werd voor de tweede keer data verzameld en geanalyseerd waardoor inzichtelijk wordt dat MST beschikt over adequate, valide data en op diverse onderwerpen een positief beeld laat zien. Effort is gestoken in de analyse van het proces rondom Intra Arteriële Trombectomie (IAT) en diagnostiek van patiënten met atriumfibrilleren.



De tweede helft van 2017 stond in het teken van het opstarten van de zorgaandoeningen chronische nierschade en darmkanker. Voor chronische nierschade is gestart met de dataverzameling voor patiënten met peritoneaal dialyse, hemodialyse, transplantatie, predialyse en conservatieve behandeling. Voor darmkanker vond de kick-off bijeenkomst plaats met alle chirurgen en MDL-artsen bij Santeon. MST is voor deze aandoening in de lead.

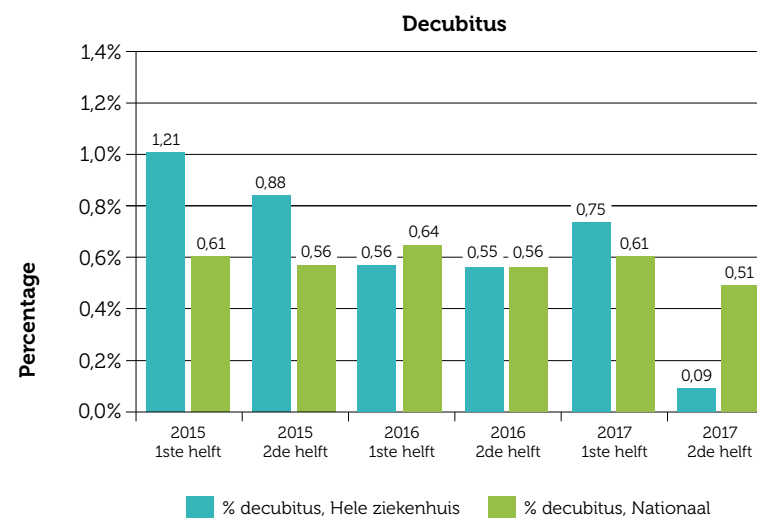
4.1.9 stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE)

MST streeft ernaar maximaal transparant te zijn. Daarom ook neemt de Intensive Care van het MST Doel van deelname aan de NICE registratie is om de kwaliteit van de geleverde zorg op de intensive care te meten en waar nodig te verbeteren. Door middel van deze registratie wordt er inzicht verkregen in de kern resultaten van de Intensive Care, bijvoorbeeld ligduur en sterftcijfers.



*De mortaliteit op het Intensive care centrum is binnen de breedte.
Verder laat deze grafiek zien dat de IC qua grote in de landelijke top 10 valt*

Daarnaast wordt er data ten aanzien van complicaties en kwaliteitsindicatoren op Intensive Care gebied verzameld en geanalyseerd. Samen met vrijwel alle andere ziekenhuizen met een Intensive Care werken wij zo aan het behoud en de ontwikkeling van de kwaliteit van onze zorg op de IC. In 2017 worden de resultaten van het verbeter traject rondom decubitus preventie duidelijk zichtbaar.



MST streeft ernaar maximaal transparant te zijn. Naast dat de Intensive Care van het MST deel neemt aan de NICE registratie, zijn ook alle resultaten en de kwaliteitsindicatoren van de intensive care openbaar in te zien op de website (www.stichting-nice.nl/datainbeeld/public) van de Stichting NICE.



4.1.10 Landelijke traumaregistratie

Op locatie Koningsplein zijn de Spoedeisende Hulp (SEH) en de Huisartsenpost (HAP) naast elkaar gehuisvest in de Spoedpost. Achter de gezamenlijke voordeur zijn de processen dusdanig ingericht dat doorlooptijden zo kort mogelijk worden gehouden. De zelfverwijzers (binnenlopers zonder afspraak) die zich melden tijdens avond-, nacht- en weekenduren vallen onder de verantwoordelijkheid van de HAP.

Kengetallen SEH 2017

Het beeld van de SEH dat hun patiëntencategorie verandert, is in 2017 bevestigd. Door de vergrijzing komen er steeds meer oudere, ziekere mensen met co-morbiditeit naar de SEH. Tevens zijn er steeds meer chronisch zieken mensen. In 2017 brachten 24.243 mensen een bezoek aan de SEH, een lichte stijging. Het aantal patiënten dat via een helikopter of de ambulance naar de SEH komt, steeg ook licht ten opzichte van vorig jaar. Het aantal traumapatiënten daalde licht.

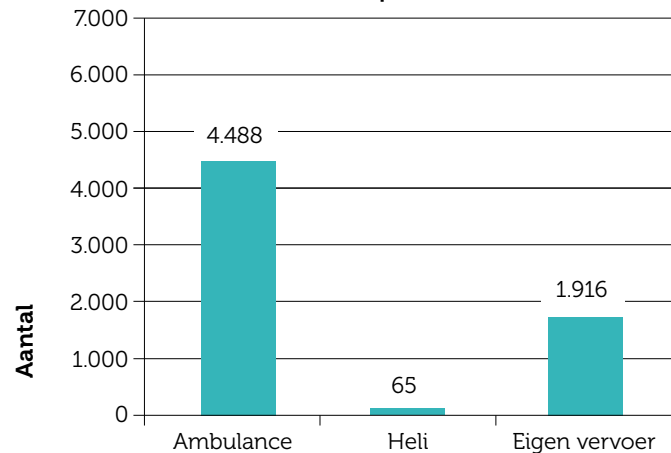
Triage

Patiënten die zich melden op de SEH worden door de triageverpleegkundige beoordeeld op de ernst van de klacht. Aan de ernst van de klacht wordt een urgentiekleur gegeven

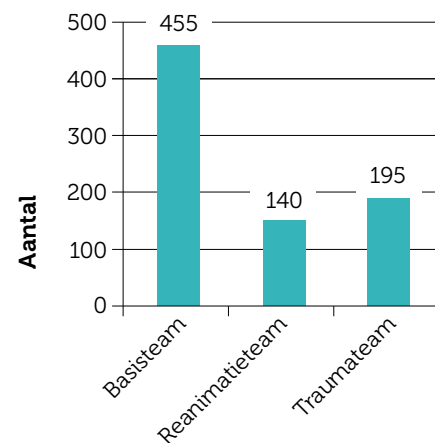
- | | |
|--------|---|
| Rood | Patiënt moet onmiddellijke door een arts worden gezien en beoordeeld. |
| Oranje | Patiënt moet binnen 10 minuten door een arts worden gezien en beoordeeld |
| Geel | Patiënt moet binnen 60 minuten door een arts worden gezien en beoordeeld |
| Groen | Patiënt moet binnen 120 minuten door een arts worden gezien en beoordeeld |
| Blauw | Patiënt moet binnen 240 minuten door een arts worden gezien en beoordeeld |



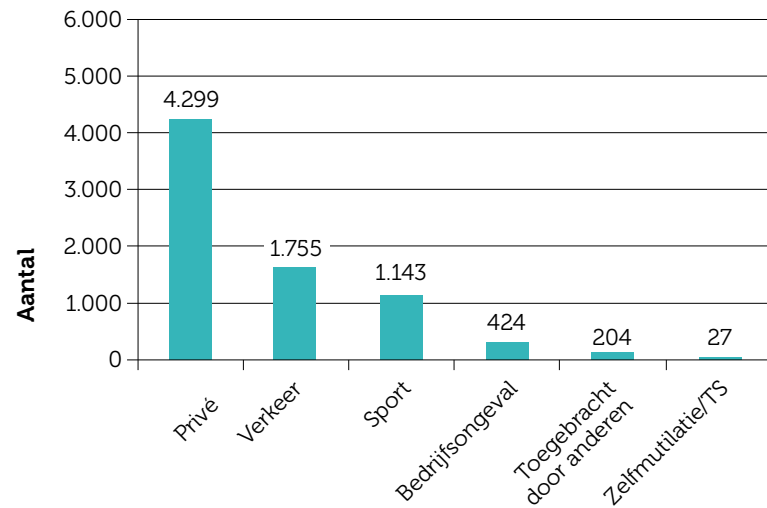
Onverwezen op basis van vervoer



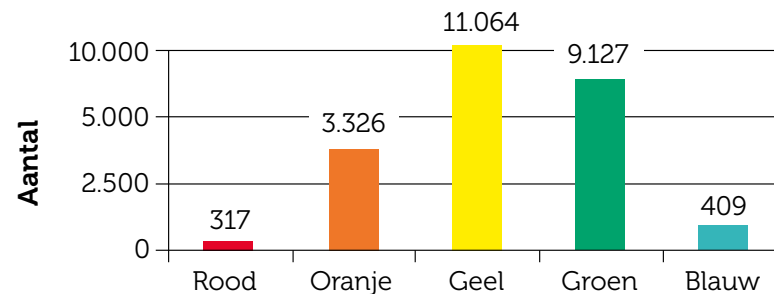
Inzet Basisteam, Traumateam en Reanimatieteam 2017



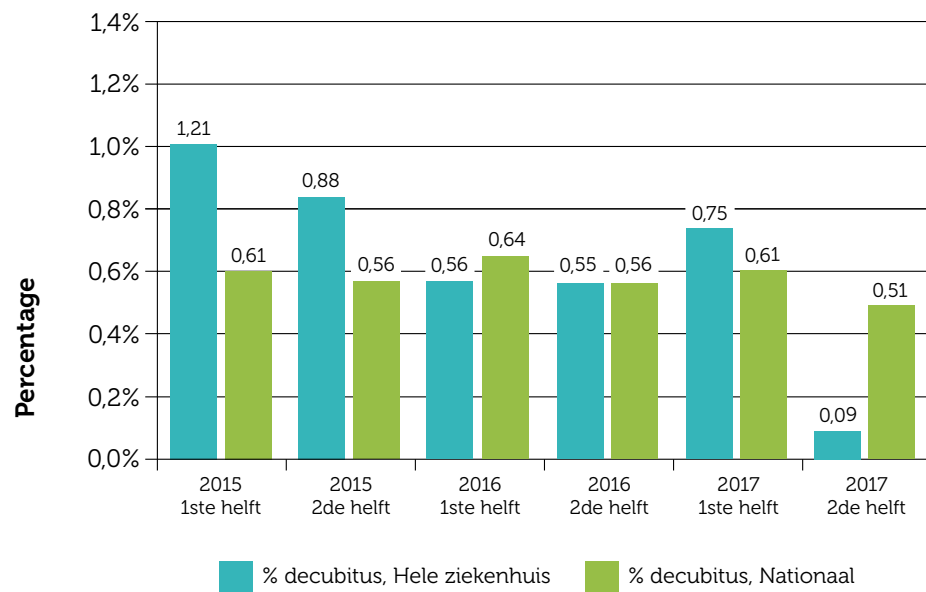
Oorzaak Trauma 2017



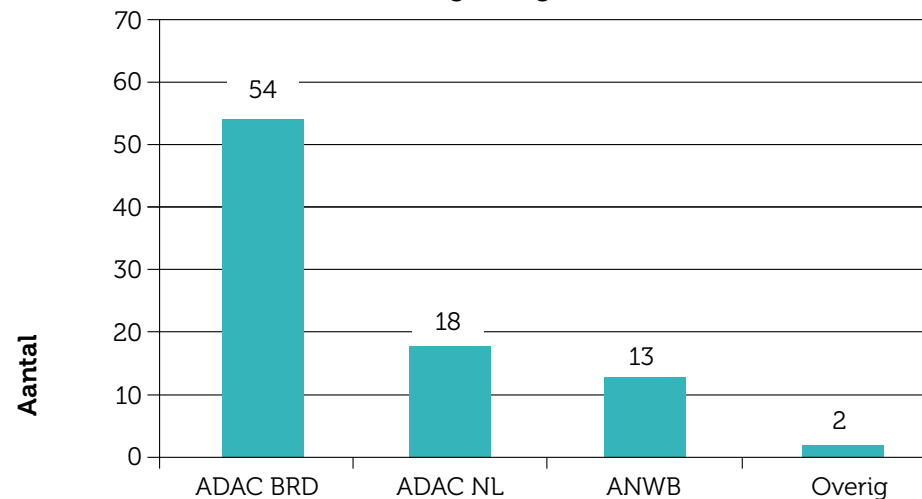
Triage op kleur 2017



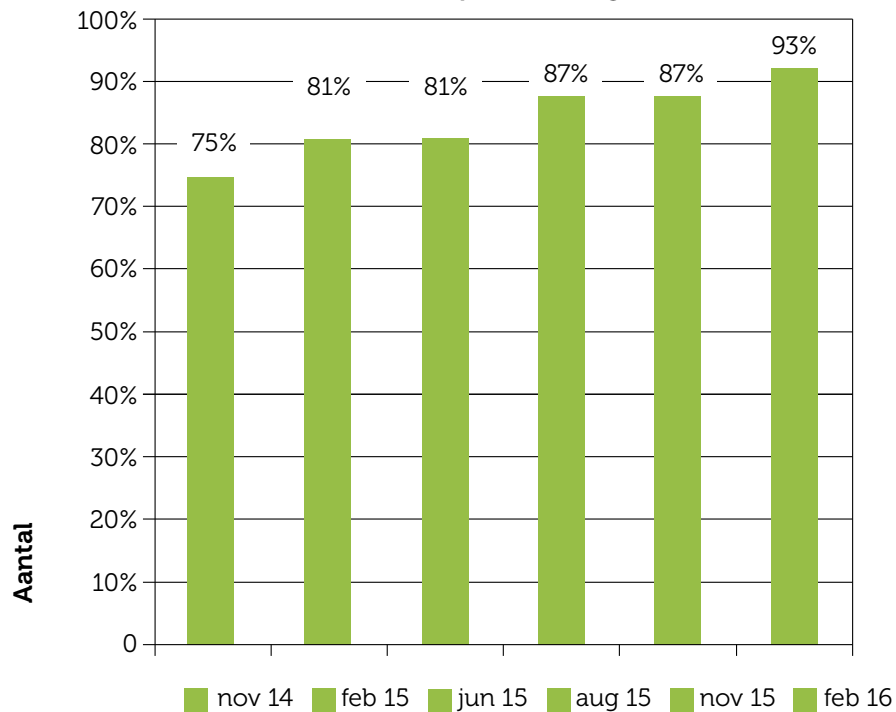
Decubitus



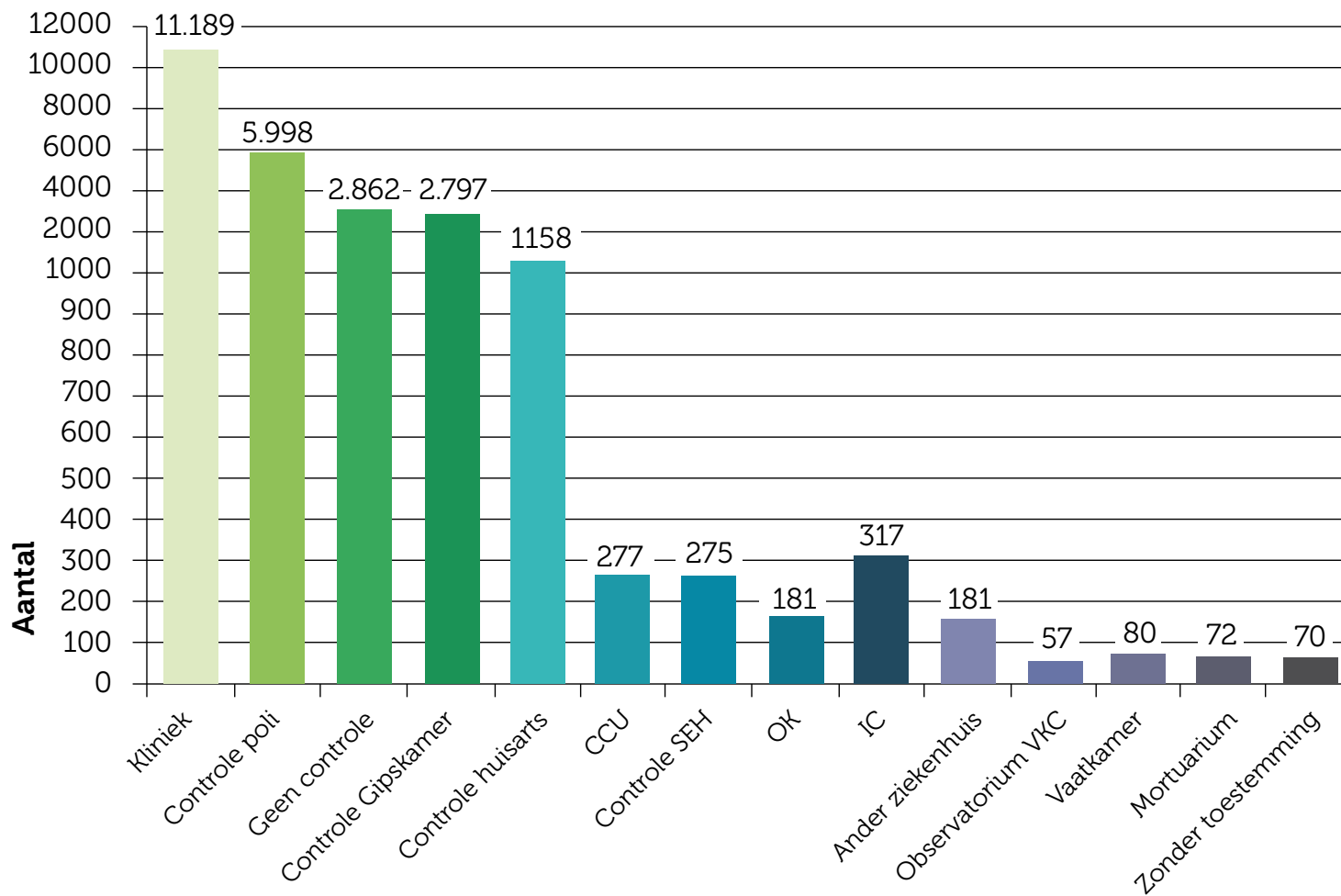
Helihaven MST Landingen Organisaties 2017



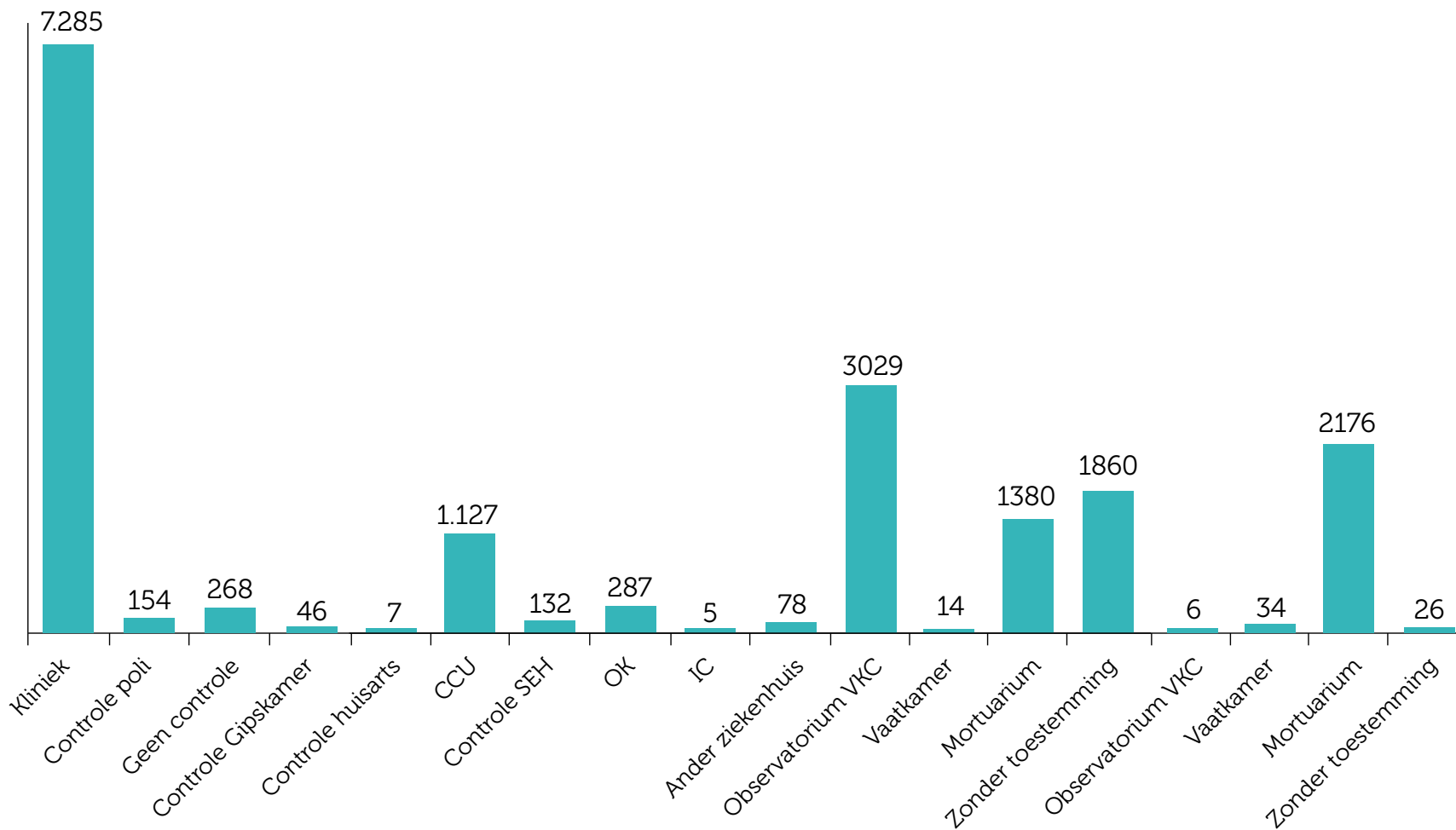
Behaalde keurmerken patiëntenorganisaties

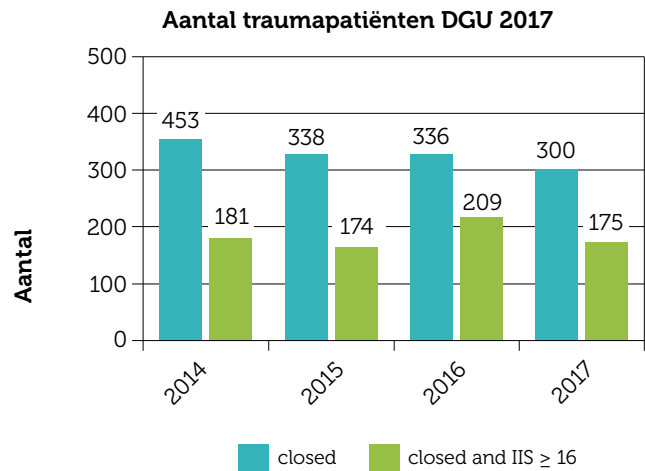


Bestemming vanaf SEH



Bestemming vanaf SEH





Deutsche Gesellschaft Für Unfallchirurgie (DGU)

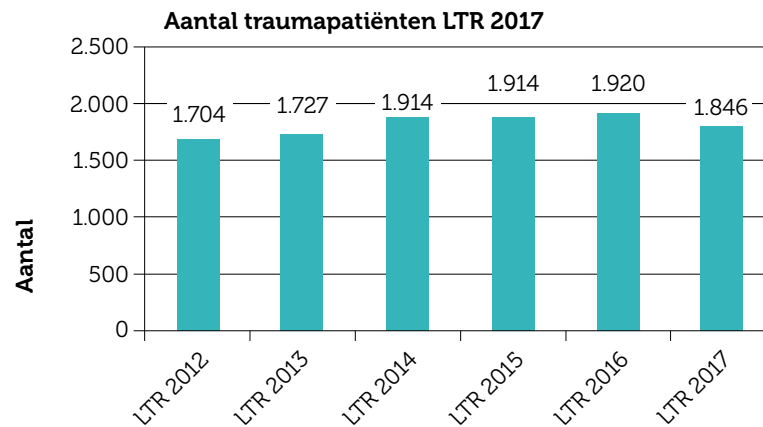
Criteria selectie traumapatiënten DGU
(Nederlandse en Duitse Nationaliteit)

- (Pre)hospital GCS \leq 8 / intubatie;
- ISS \geq 16;
- Vervoer traumahelikopter;
- Oproep trauma team;
- Opname IC binnen 24 uur;
- Invasieve ingreep op SEH / overlijden op SEH

Overname ivm slechte conditie/ Overplaatsing naar specialistische kliniek (brandwondcentrum).

Landelijke Trauma Registratie (LTR)

Alle patiënten die na een trauma worden opgenomen ongeacht de hoogte van de Injury Severe Score (ISS).



Kinderen op de SEH (Leeftijdsgrens 0 t/m 17 jaar)
In 2017 werden 2815 kinderen behandeld op de SE



4.1.11 Keurmerken

MST voldoet in 2017 aan 12 van de 13 keurmerken.

De doelstelling om 90% van de te behalen keurmerken te bezitten, is daarmee behaald.

MST beschikt over de volgende keurmerken:

Uitvraag patiënten-organisaties	Toegekend	Eigenaar
Groene Vink bloed- en lymfeklierkanker	Ja	o.a. Levenmetkanker
GV Darmkanker	Ja	o.a. Levenmetkanker
GV Prostaatkanker	Ja	o.a. Levenmetkanker
GV Stomazorg (colon)	Ja	Nederlandse Stomavereniging
GV Stomazorg (urine)	Ja	Nederlandse Stomavereniging
Neokeurmerk	Ja	Ver. Ouders van couveusekinderen
Certificaat stichting Zorg en Borstvoeding	Ja	WHO / UNICEF
Borstkankenzorg / Roze lintje	Ja	Borstkankervereniging Nederland
Seniorvriendelijk ziekenhuis	Nee	Ouderenbonden
Spataderkeurmerk	Ja	De Hart&Vaatgroep
Vaatkeurmerk	Ja	De Hart&Vaatgroep
Kindvriendelijk ziekenhuis	Gouden Smiley	Stichting Kind en Ziekenhuis
Sterren voor apneuzorg	Ja	Apneu-vereniging
Totaal keurmerken	13	
Aantal behaalde keurmerken	12	



4.1.12 Beheer van wijzigingen in wet- en regelgeving

Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Op 1 januari 2016 trad de Wkkgz in werking. Wkkgz kent een gefaseerde invoering. Per 1 januari 2017 gold er een nieuwe wijze van klachtenafhandeling in de zorg. Klachten worden in MST zoveel mogelijk door de klachtenfunctionarissen bemiddeld en binnen de RVE opgelost. Lukt dat niet, dan adviseert een klachtenonderzoekscommissie de Raad van Bestuur. Klagers kunnen tegen een RvB-uitspraak in beroep bij de Landelijke geschillencommissie ziekenhuizen. MST volgt de nieuwe werkwijze. Lopende klachten volgen nog het oude regime.

Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg

Op 1 juli 2017 treedt deze wet gefaseerd in werking. De rechten en waarborgen voor cliënten bij elektronische gegevensuitwisseling en de beschikbaarheid van gegevens via een elektronisch uitwisselingssysteem vragen de meeste aandacht. Dit deel van wet zal over drie jaar effect hebben. MST treft voorbereidingen.

Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders

Het Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders bepaalt dat zorginstellingen moeten werken met een Functionaris Gegevensbescherming (FG) als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens. MST heeft een FG.

Ontwerp Besluit Basisveiligheidsnormen stralingsveiligheid

In 2018 wordt een Besluit Basisveiligheidsnormen stralingsveiligheid van kracht. Deze wet vloeit voort uit de Europese richtlijn "Euratom 2013/59". Een van de onderdelen waar meer nadruk op komt te liggen ten opzichte van de huidige wetgeving is het registreren van de stralingsbelasting van de patiënt. Ook moet een PDCA-cyclus omtrent de toepassing van diagnostische referentieniveaus worden ingeregeld. Om dit in MST te kunnen bewerkstelligen is een ziekenhuisbreed dosisregistratiesysteem noodzakelijk. In 2017 zal hiervoor de business case afgerond worden en na afstemming met de verschillende stakeholders in MST worden vastgesteld.



4.2 Onderwijs en onderzoek

4.2.1 Onderwijs

MST wil een opleidingsziekenhuis zijn waar professionals graag werken en leren. MST biedt zijn medewerkers een veilige omgeving waar leer- en ontwikkelactiviteiten onderdeel zijn van het dagelijks werk en waar van en met elkaar wordt geleerd. MST verwacht van professionals dat zij doorlopend aandacht hebben voor - en werken aan - hun eigen professionele ontwikkeling. Het leren en ontwikkelen van professionals binnen MST, wordt ondersteund en gefaciliteerd door Medical School Twente (MedST).

4.2.2 Opleiden

MST is een STZ opleidingsziekenhuis. Dit betekent dat veel professionals dagelijks een bijdrage leveren aan het opleiden van toekomstige collega professionals. Hieronder een overzicht van het aantal deelnemers van de belangrijkste opleidingen.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Artsen in opleiding tot specialist (in fte)*	85	89	94	96	96	92	99
Verpleegkundigen in opleiding ¹	201	212	229	231	197	170 HBO 20 MBO	164 HBO 20 MBO
Verpleegkundigen in vervolgopleiding	52	61	69	81	98	103	102
Nurse practitioners in opleiding= verpleegkundig specialisten	11	9	7	8	12	16	15
Physician assistants in opleiding	5	5	5	3	3	5	3
Perimedici in opleiding	50	54	58	45	44	37	-
Studenten Technische Geneeskunde (leerjaar 1 t/m 6)	64	68	63	43	65	78	55
Co assistenten (Masterjaar 2 = M2 Masterjaar 3 = M3 semi-arts stage en wetenschappelijke stage)	46 M2 50 M3;	42 M2 50 M3;	52 M2 50 M3;	58 M2 50 M3;	58 M2 56 M3; 35 semi-arts 22 wetenschap	52 M2 53 M3; 35 semi-arts 18 wetenschap	54 M2 50 M3; 37 semi-arts 13 wetenschap

¹ HBO-V regulier en duaal, Hbo-V Gezondheid & Technologie, inclusief de uitstroomvariant OK/Anesthesie

Co-assistenten

Medisch Spectrum Twente is een affiliatie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). In MST hebben de co's tijdens hun klinische stages maximale keuzevrijheid binnen de door het UMCG aangegeven kaders. Elk coschap wordt geëvalueerd door jaarlijkse evaluatiegesprekken met de coördinatoren van de coschappen. Uit de evaluatie blijkt dat er goed en veilig opleidingsklimaat in MST heerst.

Arts-assistenten

De kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen wordt, naast de proefvisitaties en interne audits, structureel gemeten door de jaarlijkse afname van de D-RECT (opleidingsklimaat), tweejaarlijkse afname van de SET-Q (functioneren leden opleidingsgroep) en exitgesprekken bij uitstromende AIOS. Hierbij wordt nauw samengewerkt met de Centrale Opleidingscommissie (COC).

In 2017 zijn de opleidingen Kindergeneeskunde, Klinische Farmacie en Klinische Fysica opnieuw gevisiteerd. Op de klinische Farmacie na zijn alle opleidingen weer voor 5 jaar erkend. Voor de hernieuwing van de opleidingserkenning Klinische Farmacie loopt momenteel een zienswijze procedure. De afdeling Cardio Thoracale Chirurgie heeft in 2017 voor de eerste keer een opleidingserkenning aangevraagd en na visitatie toegekend gekregen. Zoals gebruikelijk bij een nieuwe opleiding geldt de eerste erkenning voor 2 jaar. De visitatiedatum van de Klinische Psychologie is in overleg met de visiterende instantie verzet naar september 2018.

In onderstaande tabel is het aantal AIOS in 2017 per specialisme weergegeven.

Aantal AIOS 2017 per specialisme	2017
ANESTHESIOLOGIE	2
CARDIOLOGIE	21
GYNAECOLOGIE	6
HEELKUNDE	5
INTERNE GENEESKUNDE	8
KINDERGENEESKUNDE	2
KLINISCHE FARMACIE	1
KLINISCHE FYSICA	1
LONGGENEESKUNDE	8
MDL	8
NEUROLOGIE	13
ORTHOPEDIE	3
RADIOLOGIE	10
REUMATOLOGIE	8
KLINISCHE CHEMIE	2
KLINISCHE PSYCHOLOGIE	1
EINDTOTAAL	99



Centraal Instituut Verpleegkundige vervolgoedingen (CIVO)

CIVO is vanaf 2003 de theorieaanbieder van verpleegkundig vervolgonderwijs in de regio Twente en is een coöperatie van MST, ZGT en DZ.

- ▶ verpleegkundigen uit de thuiszorg voor kinderen volgen bij CIVO het theoretisch gedeelte van de opleiding.
- ▶ verpleegkundigen uit de TREANT groep volgen opleidingen in de acute stroom bij CIVO.
- ▶ DZ verpleegkundigen nemen voor het eerst deel aan de vervolgoeding oncologie bij CIVO.

CIVO heeft 2017 financieel afgesloten met een positief resultaat.

Erkenningen verpleegkundige vervolgoedingen

Het CZO (College Zorgopleidingen) heeft op 21 april 2017 de opleidingen tot Intensivacare-verpleegkundige, Spoedeisendehulp-verpleegkundige, Cardiaccare-verpleegkundige, Recovery-verpleegkundige en Mediumcare-verpleegkundige beoordeeld in MST. Alle opleidingen zijn door het CZO (her)erkend. Daarnaast is in 2017 de erkenning voor de kinderoncologie door het CZO afgegeven en zijn in MST de voorbereiding getroffen voor het aanvragen van de erkenningen endoscopie en sedatie praktijkspecialist.

Subsidieproject Big Data en Learning Analytics

Het medisch onderwijs staat voor de uitdaging om efficiënt en tijdig te reageren op snel veranderende ontwikkelingen als verkorting van de opleidingsduur (er moeten meer AIOS opgeleid worden in minder tijd), maar ook implementatie van EPA's (Entrustable Professional Activities). Door het aanbieden van gepersonaliseerde leertrajecten kan op beide ontwikkelingen ingespeeld worden en wordt natuurlijk de ontwikkeling van AIOS gestimuleerd. Om hier tijdig en gericht op in te kunnen spelen, heeft Medical School Twente (MedST) op 3 oktober 2017 een subsidieaanvraag 'Gepersonaliseerd leren voor AIOS' ingediend. Op 22 februari 2018 is deze officieel toegekend door de Regionale COC (ReCOC) Noord & Oost. In 2018 zal het subsidieproject gestart worden.

Nieuw leermanagementsysteem

In 2017 is een nieuw Leermanagementsysteem aangeschaft en ingericht. Dit systeem sluit beter aan bij de visie op leren in MST, bij de huidige trends en bij de wensen van de verschillende gebruikers. Daarnaast is het systeem aanzienlijk goedkoper. Begin 2018 is het nieuwe LMS beschikbaar voor alle professionals van MST.

Operationeel opleidingsplan MST 2017 inclusief addendum Strategisch Opleidingsplan

Het opleidingsbeleid van MST is vastgelegd in het Strategisch Opleidingsplan 2014-2018 en wordt jaarlijks vertaald naar een Operationeel Opleidingsplan. Zo ook in 2017.



Om in 2018 voor de subsidie Kwaliteitsimpuls in aanmerking te komen, is in 2017 een addendum geschreven op het bestaande strategisch opleidingsplan. Hierin zijn de leerinterventies opgenomen waarin MST in 2018 wil gaan investeren in haar professionals.

Bij-en nascholing

MedST ontwikkelt en coördineert bij- en nascholingen gericht op:

- ▶ de strategische thema's van MST (eisen die MST stelt);
- ▶ de eisen die de functie/het vak stelt (voor zover MedST dat aan kan bieden).

MedST biedt jaarlijks een vast aanbod aan (deels) verplichte leerinterventies zoals BLS/AED en agressietrainingen. In toenemende mate wordt klassikale scholing omgezet in e-learning modules of blended learning en digitale trainingen. De verplichte bij- en nascholing is per medewerker vastgelegd in het opleidingsprofiel. Dit is gebaseerd op de functie die wordt uitgeoefend en de afdeling waarin men werkzaam is.

In totaal is er een vast aanbod van zo'n 100 bij en nascholingen, waarvan momenteel 53 scholingen (gedeeltelijk) bestaan uit e-learningmodules. De scholingen gaan bijvoorbeeld over vaktechnisch handelen, Voorbehouden- en Risicovolle Handelingen, medische apparatuur en persoonlijke ontwikkeling. MST is in 2017 voorzichtig gestart met de introductie van Crew Resource Management.

Dit is een veiligheidstraining voor multidisciplinaire teams in de (spoedeisende) zorg om incidenten aan te pakken die gebeuren door het falen van de samenwerking. Centraal hierin staat besluitvorming en leidinggeven. De training is in 2017 gestart op de SEH en wordt in 2018 uitgebreid naar het VKC kinderafdeling en de IC.

Hieronder volgt een tabel met het aantal deelnemers van een aantal (verplichte) scholingen.

Scholingen (selectie)	Totaal aantal medewerkers geschoold 2016 portfolio-document
Omgaan met weerstand en Agressie (blended learning)	290 92 (e-learning)
Scholing verschuiving vlekkenplan	80
Leerinterventies (incl. toetsing) op generieke en specifieke voorbehouden en risicovolle handelingen volgens uitvoeringsregeling MST: gebruikers	3459 proeves VBH 827 proeves RVH
Leerinterventies (incl. toetsing) op Medische apparatuur volgens uitvoeringsregeling MST	79 algemene e-learning Medische apparatuur 4198 keer getoetst op het bedienen van desbetreffende medische apparatuur.
Rekenen in de zorg	98% verpleegkundige geslaagd



4.2.3 Wetenschappelijk onderzoek

In 2017 zijn 211 unieke publicaties verschenen in peer-reviewed tijdschriften. Dit is over de afgelopen 5 jaar gekeken ongeveer gemiddeld. De gemiddelde impact score van alle artikelen is 4,47, wat ook gemiddeld is. Dit jaar hebben we voor het eerst in vele jaren helaas niet in de absolute toptijdschriften Lancet en New England Journal of Medicine gepubliceerd. Wel twee keer in Lancet subjournals.

Hieronder vindt u een top-3 overzicht van het aantal gepubliceerde artikelen per vakgroep of maatschap met de gemiddelde impact factor score van alle gepubliceerde artikelen. Om een indruk te krijgen van de bijdrage van eigen onderzoek is ook een overzicht gegeven van het aantal artikelen waarbij een onderzoeker uit MST 1e, 2e of laatste auteur is. Om de ontwikkeling te kunnen volgen, zijn de ranglijsten van 2017 naast die van eerdere jaren weergegeven.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Unieke publicaties	109	177	190	213	191	212	245	226	211
Impact factor	3,16	5,12	3,63	3,97	4,38	4,03	5,06	4,70	4,47



2014		2015		2016		2017				
Top 3: Aantal publicaties										
1	Neurologie	39	Medical School	35	1	Neurologie	41	1	Cardiologie	31
2	Reumatologie	33	Neurologie	33	2	Cardiologie	40	2	Heelkunde	30
3	Medical School	25	Heelkunde	31	3	Medical School	33	3	Neurologie	28
Top 3: Totale impact factor score										
1	Cardiologie	149	Neurologie	184	1	Cardiologie	255	1	Cardiologie	181
2	Neurologie	110	Heelkunde	178	2	Neurologie	170	2	Neurologie	136
3	Reumatologie	107	Cardiologie	141	3	Medical School	135	3	Heelkunde	116
Top 3: Gemiddelde impact factor score										
1	MDL	6.1	Gynaecologie	12.5	1	Gynaecologie	16.7	1	Klin. chemie	6.9
2	Pathologie	6.0	MDL	11.8	2	Radiotherapie	8.2	2	Radiotherapie	6.7
3	Cardiologie	6.0	Klin. chemie	10.5	3	Klin. chemie	6.9	3	Interne gnkd	6.1
Top 3: Aantal publicaties als 1^o, 2^o of laatste auteur										
1	Neurologie	22	Neurologie	17	1	Cardiologie	18	1	Cardiologie	14
2	Medical School	18	Medical School	16	2	Mediscal School	16	2	Longziekten	14
3	Cardiologie	15	Cardiologie	15	3	Neurologie	14	3	Heelkunde	11
4	Reumatologie	15	Heelkunde	15						
Top 3: Totale impact factor score als 1^o, 2^o of laatste auteur										
1	Cardiologie	98	Cardiologie	65	1	Cardiologie	110	1	Cardiologie	63
2	Neurologie	52	Neurologie	48	2	Longziekten	57	2	Neurologie	39
3	Medical School	51	Reumatologie	46	3	Neurologie	47	3	Longziekten	37
Top 3: Gemiddelde impact factor score als 1^o, 2^o of laatste auteur										
1	Cardiologie	6.5	Gynaecologie	6.0	1	Cardiologie	6.1	1	Gynaecologie	4.6
2	Intensive Care	6.1	Pathologie	5.6	2	Longziekten	5.1	2	Cardiologie	4.6
3	MDL	4.7	Intensive Care	5.4	3	Microbiologie	4.4	3	Neurologie	3.9



4.2.4 Subsidies

MedST is actief betrokken bij het genereren van een aantal opleidingsgerelateerde inkomstenbronnen waarvan de ontwikkeling in onderstaande tabel wordt weergegeven.

opbrengst in €	2014	2015	2016	2017 verwacht
Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoedingen	€ 14.207.054	€ 13.500.000	€ 12.791.146	€ 13.200.000
Ziekenhuisopleidingen	€ 1.637.438	€ 1.300.000	€ 2.567.300	€ 2.431.000
Kwaliteitsimpuls	€ 1.088.823	€ 3.159.420	€ 3.277.090	€ 3.408.449
Affiliatievergoeding	€ 515.731	€ 503.000	€ 465.915	€ 465.000
Stagefonds	€ 137.946	€ 140.000	€ 111.374	€ 109.967
Praktijkleren roomservicemedewerkers		€ 14.300	€ 115.223	€ 90.355
Praktijkleren promovendi		€ 14.300	€ 39.850	€ 25.525
Totaal		€ 14.300	€ 19.367.898	€ 19.730.296



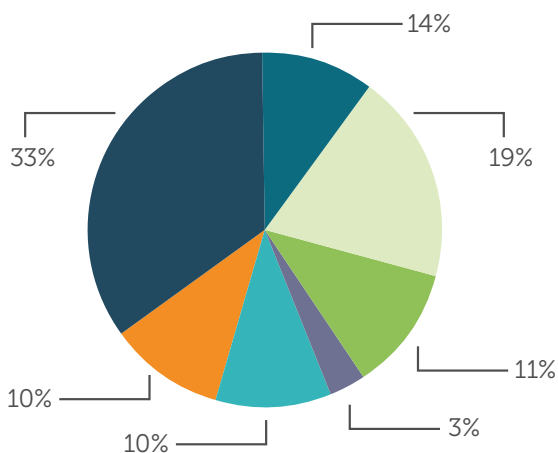
4.3 HRM

4.3.1 Kengetallen personeel

Personeelsbestand (31-12-2017: 2.640 fte)

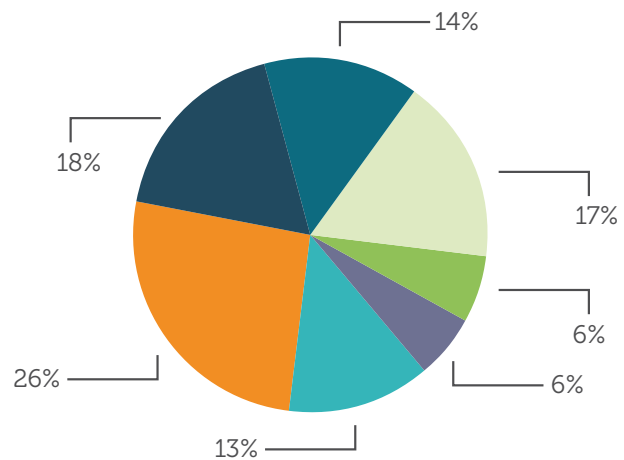
*op basis van contractuele bezetting

Overzicht personeel, onderverdeeld in functies (2017)



- administratie en secretariaat
- faciliteiten
- artsen
- verpleging en verzorging
- behandeling en diagnostiek
- management
- staf en ondersteuning

Overzicht personeel, verdeling vacatures per functiegroep (2017)



4.3.2 Verbetering financiële positie MST

MST zette in 2017 belangrijke stappen in de financiële gezondmaking van de organisatie. Daarvoor heeft MST ingrijpende organisatieveranderingen moeten doorvoeren en afscheid genomen van een groot aantal medewerkers. In een jaar tijd daalde de werkelijke inzet van personeel met 234 fte. De reorganisatie die in 2017 plaatsvond betrof voornamelijk functies in het primaire proces, nadat de focus in 2016 bij de ondersteunende diensten lag. We voldeden hiermee aan de geplande rendementsopdracht.

Alle betrokken partijen werkten nauw samen om de gevolgen voor medewerkers te beperken. Daarbij zette MST actief in op het begeleiden van medewerkers van werk naar werk. De inspanningen zorgden ervoor dat het vertrek van medewerkers voor het grootste deel via natuurlijk verloop plaatsvond. Daarnaast kwam MST met medewerkers een individuele vertrekregeling overeen. Uiteindelijk volgden 14 boventallige medewerkers een traject naar ander werk buiten MST.

4.3.3 Kwaliteit van management en medewerkers

Hoge kwaliteit van management en medewerkers is een belangrijke voorwaarde voor het behalen van de strategische doelstellingen van MST. MST heeft daarom in 2017 geïnvesteerd in versterking van het management en de ontwikkeling van medewerkers. Ook voor de komende jaren vormt de kwaliteit van leidinggevenden en medewerkers een speerpunt van het HR-beleid. De basis van dit beleid is een gestructureerde aanpak van talentontwikkeling en leiderschapsontwikkeling. Ter ondersteuning van dit

proces ontwikkelde MST de teamscan en verbeterde MST de jaargespreksystematiek. De teamscan geeft leidinggevenden inzicht in de prestaties en het ontwikkelpotentieel van teams. Veel afdelingen maakten in 2017 al gebruik van de teamscan, de overige afdelingen volgen in 2018.

Leiderschap

We werken in een omgeving waarin hoogopgeleide professionals in samenwerking de zorg met de patiënt vormgeven. Persoonlijk leiderschap van iedereen is dan de maat. Dat uit zich in vakontwikkeling, samenwerking binnen en buiten het eigen team en een mindset van continu verbeteren. Leidinggevenden vervullen een belangrijke rol binnen ons ziekenhuis, hun leiderschap is essentieel voor het klimaat dat geschapen wordt en de resultaten die teams boeken. MST investeert in de ontwikkeling van leidinggevenden en draagt zorg voor een goede fit met de plek in de organisatie. We volgen de ontwikkeling van leidinggevenden nauw en bieden intern en extern mogelijkheden voor ontwikkeling. Daartoe voerden we in 2017 de teamscan uit voor alle leidinggevende posities. Ook organiseerden we diverse thema bijeenkomsten voor teamhoofden.



4.3.4 Vitale, gemotiveerde en bekwame medewerkers

Sterk in je Werk

MST vindt het belangrijk dat medewerkers vitaal gemotiveerd en bekwaam zijn en blijven. Hiervoor is het duurzame inzetbaarheid programma 'Sterk in je Werk'. Door middel van het programma stimuleert MST dat medewerkers en leidinggevenden met elkaar in gesprek gaan over inzetbaarheid en medewerkers zelf de regie nemen op hun inzetbaarheid. MST ondernam in 2017 diverse initiatieven, waaronder:

- Opstellen van een vitale agenda voor MST medewerkers.
- Uitzetten medewerkersonderzoek 2017 en delen van de uitkomsten.
- 122 medewerkers van MST hebben een individueel coachingstraject in 2017 afgerond.
- Inzet ontwikkelinstrument Insights Discovery®, dat inzicht geeft in de eigen gedragsvoorkeuren en de voorkeuren van anderen. In 2017 zijn twee insights Discovery practitioners opgeleid die individuele en teamontwikkeling workshops begeleiden.
- Diverse workshops en trainingen (o.a. workshop vitaliteit voor medisch specialisten en trainingen "samenwerken in vertrouwen" voor teams).

Sterk in je Werk krijgt een vervolg in 2018 met het inrichten van een intranet portaal en gerichte communicatie over het programma aan medewerkers. Daarnaast ontwikkelt MST een talentprogramma.

Dit is erop gericht om bij medewerkers hun bijzondere aanleg, kwaliteiten en ambities op een bepaald gebied te identificeren en te ontwikkelen, en een functie te zoeken waarin deze talenten tot hun recht komen.

Ziekteverzuim

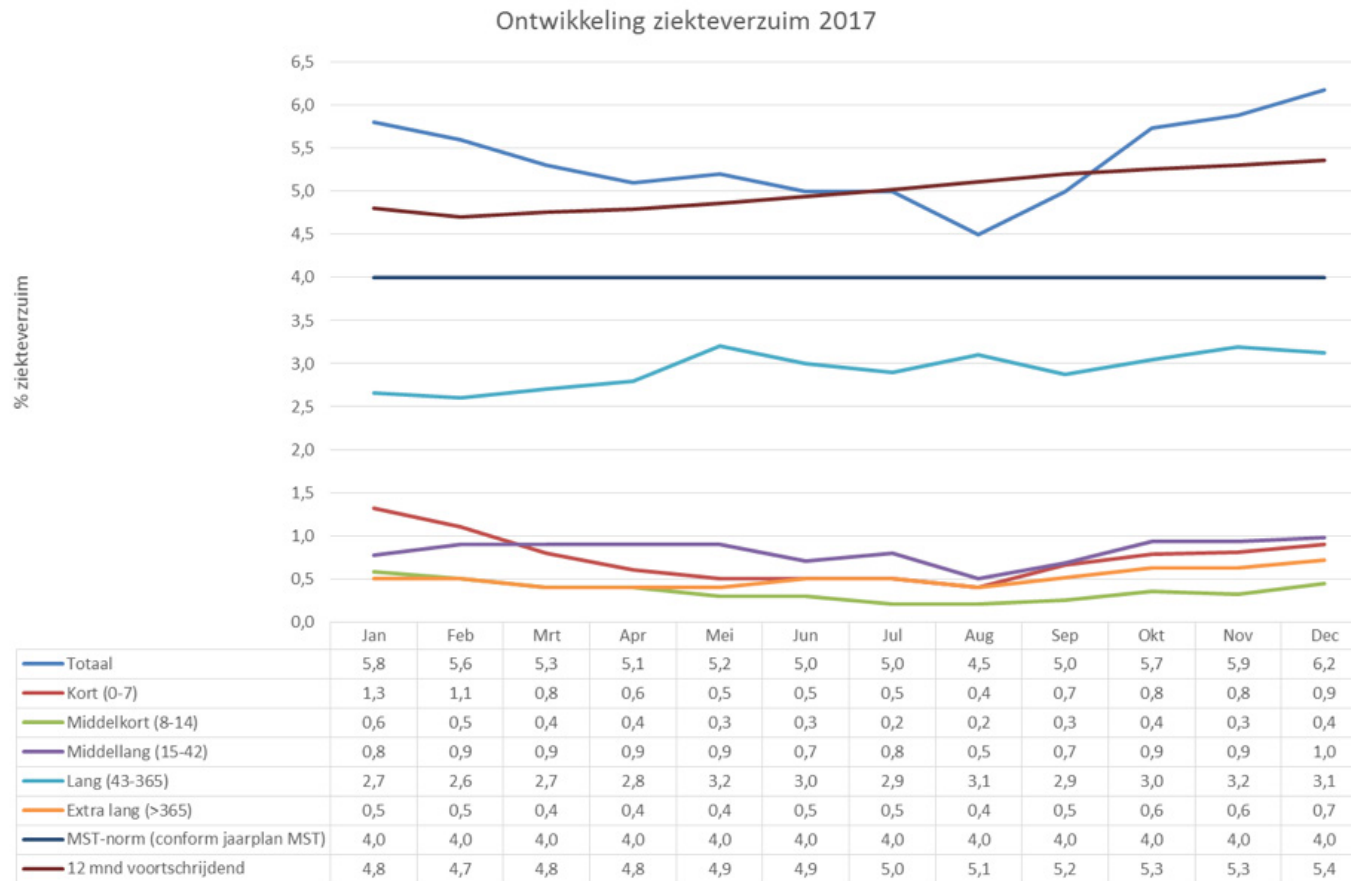
In 2017 steeg het ziekteverzuim van 4,8% gemiddeld in 2016 naar 5,4% in 2017. Dit werd grotendeels veroorzaakt door een toename van het langdurige ziekteverzuim (langer dan 43 dagen). De stijging van het langdurige verzuim is een landelijke tendens bij zorginstellingen.

Het fysiek zware werk voor veel medewerkers, in combinatie met politieke- (langer doorwerken) en demografische ontwikkelingen (vergrijzing en ontgroening; vergrijzing personeel MST), veranderingen in het werk door de nieuwe huisvesting van MST, en de reorganisatie, dragen bij aan het hoge ziekteverzuim bij MST.



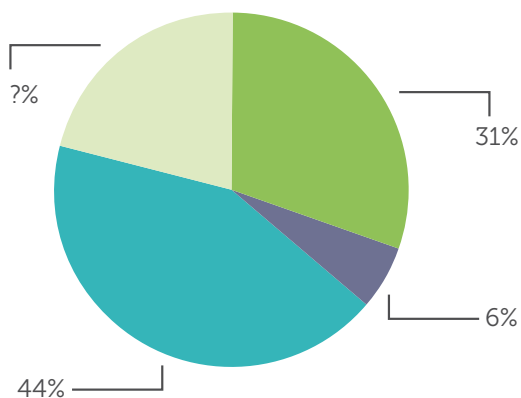
Ontwikkeling Ziekteverzuim 2017

De verzuimkosten waren in 2017 ca € 8 miljoen



In 2017 stroomden 16 medewerkers in de WIA in. De meeste medewerkers waren gedeeltelijk arbeidsongeschikt (arbeidsongeschiktheidspercentage tussen de 35% en 80%).

Het terugdringen van het langdurige ziekteverzuim is een speerpunt voor MST in 2018. Dat doen we via een integrale aanpak op verschillende beleidsgebieden. In het leiderschapsprogramma en 'Sterk in je Werk' besteden we aandacht aan verzuim preventie en begeleiding. Een onderdeel van de aanpak is dat MST eerder in het re-integratieproces gaat kijken welke werkmogelijkheden er zijn voor zieke medewerkers.



- IVA 80-100%
- WGA 80-100%
- WGA 35-80%
- WGA <35%

Behoud en werving medewerkers

MST staat voor de uitdaging voldoende goed opgeleide professionals te vinden en te behouden. De krapte op de arbeidsmarkt, vooral voor een aantal kritische (specialistische) functies, vormt hierbij in toenemende mate een risico. Het is daarom van groot belang dat we blijven werken aan de ontwikkeling van een positief imago als aantrekkelijk werkgever voor talent en kwaliteit. In 2017 ontwikkelde MST een plan voor de verdere professionalisering van recruitment en employer branding.

Medewerkersonderzoek

In maart 2017 hield MST voor de vierde keer een medewerkersonderzoek in samenwerking met onderzoeksbureau SKB. 2268 medewerkers (65%) namen deel aan het onderzoek en lieten daarmee hun stem horen. MST medewerkers beoordelen MST met het rapportcijfer 7 (in 2014 was dit 7.3). Verbeterpunten waar MST aan werkt zijn het verhogen van betrokkenheid van medewerkers door te verbeteren op communicatie, samenwerking tussen afdelingen en helderheid in organisatiedoelen. Ook aandacht voor de welzijnsgerichtheid van medewerkers is een actiepoint. Leidinggevenden stelden samen met hun team specifieke actieplannen op voor de eigen afdeling.



Top werkgever

In 2017 is MST opnieuw gecertificeerd als TopEmployer. Het TopEmployers Institute, een onafhankelijk onderzoeksbureau, kende het keurmerk voor de negende keer aan ons toe na een uitgebreide beoordeling van het personeelsbeleid. MST scoort onder meer goed op Learning & Development en de Introductie van onze nieuwe medewerkers. Ook onze strategische personeelsplanning wordt hoog gewaardeerd. In totaal zijn we 5% gestegen ten opzichte van vorig jaar. Dat betekent dat we grote stappen hebben gemaakt.

4.4 Zorgverkoop

MST heeft met alle verzekeraars overeenkomsten afgesloten in 2018. Voor Menzis betreft het een continuering van de meerjarenafpraak (aanneemsom) waarin prijs- en volumeindexaties als ook ontwikkelafspraken zijn vastgelegd voor de periode 2017-2019. Met DSW is een twee-jarige plafondaafpraak overeengekomen, en met de overige verzekeraars zijn eenjarige plafondaafspraken gemaakt.

Om risico's op onbetaalde doorleverplicht te verkleinen zijn met een aantal verzekeraars afspraken gemaakt over doorbetaling tegen gereduceerd tarief als blijkt dat de zorgvraag toch groter is dan aanvankelijk is voorspeld en overeengekomen in de plafondaafspraken. Tijdens de onderhandelingen over 2018 zijn de bestuurlijk vastgestelde speerpunten rondom de oncologische zorg, hart- en vaataandoeningen, traumatologie en complexe wondzorg nadrukkelijk gepositioneerd

bij de verzekeraars als zorgonderdelen met een groeiende zorgvraag en uitgeoefend door vakgroepen met ambitie voor een verdere vakinhoudelijke doorontwikkeling van hun expertise.

Het onderhandelresultaat 2018 is m€ 6 hoger uitgekomen op m€ 376. Dit is een stijging van 1,6% t.o.v. de afspraken 2017. Hierbij dient opgemerkt dat de tarieven 2018 voor de dure geneesmiddelen een effectieve daling van m€ 1,5 oplevert.

We zien een toenemende belangstelling van verzekeraars voor value based health care contractering. Onze inspanningen op het terrein van VBHC krijgen dan ook steeds nadrukkelijker een plek bij de verkoop. Zo is er vanuit Santeon een collectieve overeenkomst gesloten voor borstkankerzorg met Menzis, CZ en Multizorg, en neemt MST deel aan een tweetal waarde gerichte inkooptrajecten van Menzis op het gebied van knieartrose en hartzorg. Deze koers zal in de komende jaren worden doorgezet parallel aan de doorontwikkeling van de VBHC agenda van Santeon.

4.5 Communicatie

MST heeft in 2017 de regio geïnformeerd over haar topklinische zorgactiviteiten van zorginhoudelijke berichten tot human interest verhalen. Ook de introductie van de Medische Publieksacademie Twente in maart 2017 blijkt een groot succes. Binnen de korte keren zijn de publiekslezingen volgeboekt. De deelnemers, gemiddeld 180 per lezing, waarden de bijeenkomsten met een rapportcijfer van 8,5. De aandacht in de krant ging vooral uit naar de reorganisatie (bijvoorbeeld sluiting polikliniek Losser) en de personele consequenties van het Rendementsprogramma. Los daarvan heeft het op gestructureerde basis aandacht vragen voor inhoudelijke thema's goed gewerkt. De aandacht voor MST in de media wordt steeds positiever. Op social media hebben we een grote fanbase. Op Facebook inmiddels ruim 13.500 volgers. In augustus 2015 was dit nog slechts 2.980. Met aansprekende verhalen zijn we dus in ruim twee jaar tijd verviervoudigd. Ter vergelijking: andere ziekenhuizen in de regio hebben rond de 4.000 volgers.



Op Zorgkaart Nederland scoort MST goed zowel qua aantallen als in cijfers. Vanaf het eerste kwartaal van 2017 wordt het reviewen van MST op Zorgkaart Nederland actiever aangeboden aan patiënten via de iPads in de kliniek en de vragenlijst van de CQ-index. Zie <http://bit.ly/MST-term3-2017> voor een overzicht van Term 3 van de mediaperformance, Zorgkaart NL en een benchmark met andere (Santeon) ziekenhuizen.

Voor een animatie van de onderwerpen die de media domineerden: <https://youtu.be/DA5u8veufa0>

Interne communicatie

Over het rendementsprogramma is actief gecommuniceerd met de medewerkers onder andere via nieuwsbrieven en informatiebijeenkomsten waarin projectleiders hun projecten toelichtten en suggesties konden worden aangereikt. In het bijzonder was er aandacht voor een zorgvuldige en volgordelijke wijze van communiceren rondom de noodzakelijke reorganisatie in mei 2017. Daarnaast organiseert de RvB reguliere personeelsbijeenkomsten en is er een degelijke overlegstructuur met het (dual) management. In aanvulling is er in 2017 een nieuw (interactief) intranet ingevoerd en zijn we begonnen met tweewekelijkse vlogs om bestuurlijke onderwerpen en besluiten toe te lichten op intranet. Ook hebben we een aantal succesvolle interne campagnes gevoerd (onder andere om de influenzavaccinatie onder het eigen personeel te promoten: met succes, de vaccinatiegraad klom in 2017 tot bijna 30%) en hebben we ook ruimte gehouden voor ontspanning door bijvoorbeeld de kerstmarkt en de personeelsbarbecue.

4.6 Vastgoed

4.6.1 Enschede – Verbouwing Haakbergerstraat

Eind 2017 is de verbouwing aan de Haakbergerstraat gereed gekomen. Dit betekende de start op een nieuwe locatie voor diverse partijen. Begin december vond de inhuizing van Medlon plaats in het gloednieuwe laboratoriumgedeelte met bijbehorende kantoorruimte. Ook is het logistiek centrum in gebruik genomen in de kelder van de Haakbergerstraat. Hiermee is het vertrek uit Ariënsplein volledig. In 2017 hadden we een gedeelte nog gehuurd van de nieuwe eigenaar.

De bouw is ook afgerond van het Diagnostisch Centrum Twente, naast de personeelsingang. Dit is begin 2018 in bedrijf gegaan. Als laatste onderdeel van de verbouwing is het BNC lab en de Spect-CT-ruimte met bijbehorende prikruintes gereed gekomen. De nieuwe Spect-CT zal begin 2018 in gebruik worden genomen.

4.6.2 Sluiting Losser

De locatie Losser is in 2017 gesloten. Met de verhuurder (Zorggroep St. Maarten) is een afspraak gemaakt over de afhandeling van de resterende huurperiode, waardoor de huur per eind 2017 is gestopt.

4.6.2 Verkoop Getfertweg

MST heeft het gebouw aan de Getfertweg (inclusief de tijdelijke gebouwen) verkocht. De overdracht heeft eind januari 2018 plaatsgevonden.

5 Samenwerken

5.1 Samenwerken tussen de eerste- en tweedelijnszorg

5.1.2 Programma 'Samenwerken aan waarde'

Binnen de meerjarenafspraken die Menzis en MST hebben gesloten is ruimte gecreëerd om o.a. met elkaar te werken aan het thema 'zinnige en gepaste zorg'. Hiertoe zijn partijen in 2017 het programma 'Samenwerken aan waarde' gestart waarbinnen projecten worden gestart die moeten leiden tot maximaal patiëntgericht georganiseerde zorgpaden van huis tot thuis. Het programma beoogt bewegingen op gang te brengen die leiden tot het optimaliseren of innoveren van transmurale zorg en/of het verplaatsen van zorg naar de eerstelijns en/of het bevorderen van zorg op afstand. Het resultaat moet leiden tot meerwaarde voor de patiënt in termen van kortere doorlooptijd in (transmurale) zorgpaden, kortere ligduur, een 'warme overdracht' met voldoende en tijdige ondersteuning thuis, en het voorkomen van onnodige (herhaal)bezoeken aan het ziekenhuis.

Bij het identificeren van verbeterinitiatieven is er focus op kwetsbare groepen van patiënten binnen de ouderenzorg en/of chronische zorg en/of laagcomplexere zorg. In dit programma zal nadrukkelijk samenwerking plaats gaan vinden met externe zorgpartijen.

5.1.2 Formele samenwerking THOON

In 2016 zijn Medisch Spectrum Twente (MST) en Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland (THOON) een formele samenwerking gestart met als uitgangspunt de juiste zorg op de juiste plek. In aansluiting hierop zijn er diverse projecten gestart w.o. de screening op primaire osteoporose na fractuur, het eenmalig consult medisch specialist en de inzet van een optometrist in de eerstelijns.

In de chronische zorg hebben huisartsen en specialisten een nauwe samenwerking en werkwijze ingericht in de (keten)zorg met betrekking COPD, CVRM en DM.

5.1.3 Eenmalig Consult Medisch Specialist

In 2016 is de pilot Eenmalig Consult Medisch Specialist (ECMS) gestart met Interne Geneeskunde, Reumatologie en Neurologie.

Het eenmalige consult maakt het mogelijk dat (als de huisarts het noodzakelijk acht een specialist in consult te roepen) een patiënt voor enkel een consult zonder diagnostiek of onderzoek terecht kan. Deze kosten worden vanuit het ziekenhuis in rekening gebracht bij de zorggroep, waarbij de huisartsen zijn aangesloten. De kosten van dit consult vallen buiten het eigen risico.

De evaluatie in 2017 is positief bevonden voor zowel patiënt, huisarts en medisch specialist. De conclusie is dan ook dat het ECMS na de zomer van 2018 tot de reguliere werkwijze moet gaan behoren van meer specialismen en beschikbaar moet komen voor alle huisartsen in het verzorgingsgebied en daarbuiten. Menzis, Thoon en MST werken momenteel aan een bredere implementatie.

5.2 Oncologische samenwerking

In 2017 heeft MST gewerkt aan het handhaven van bestaande samenwerkingsverbanden op het gebied van oncologische zorg. Deze Bestaande samenwerkingsvormen, zoals de regionale) tumorwerkgroepen met ZGT en SKB, hebben bijeenkomsten gehad In februari heeft MST een HPB-symposium georganiseerd voor alle samenwerkingspartners en verwijzers in de regio Noordoost Nederland. In het najaar was het symposium voor oncologieverpleegkundigen wederom zeer goed bezocht. Het thema was: "Oncologie in de toekomst". Naast deelnemers uit ons eigen ziekenhuis en van de drie Enschedese thuiszorgorganisaties, kwamen nu ook een aantal oncologieverpleegkundigen uit ZGT en Deventer Ziekenhuis.

5.2.1 "ROTS" (Regionale Oncologische zorg Twente Salland)

Eind 2016 gaf Deventer Ziekenhuis (DZ) te kennen te willen participeren in het op te zetten oncologische netwerk tussen ZGT en MST. Dit heeft er toe geleid dat we in 2017 met vertegenwoordigers uit deze drie ziekenhuizen intensief bezig zijn geweest om deze samenwerking te formaliseren in een Regionaal Oncologisch netwerk Twente Salland (ROTS). In het voorjaar zijn regiegroepen bestaande uit o.a. (oncologisch) medische specialisten betrokken bij het ontwikkelen van een regiovisie.

Dit heeft geresulteerd in de ondertekening van een intentieverklaring van deze 3 ziekenhuizen over op 18 juli 2017. Pijlers onder deze intentieverklaring zijn:

- ▶ Samenwerking voorkomt het op termijn verdwijnen van delen van de oncologische en de, daaraan gerelateerde niet-oncologische zorg;
- ▶ Door samenwerking kunnen de ziekenhuizen de uitkomsten van zorg verder verbeteren en de zorgkosten reduceren;
- ▶ Door samenwerking kan de kwaliteit van de oncologisch behandeling en zorg verder worden geoptimaliseerd;
- ▶ Samenwerking biedt de mogelijkheid te blijven voldoen aan landelijke oncologische normen (o.a. SONCOS, IGJ) en eisen van patiëntenplatforms;
- ▶ Samenwerking bevordert deskundigheid van professionals en aantrekkelijkheid voor nieuwe specialisten/medewerkers;

- ◉ Samenwerking biedt schaalvoordeel die tot doelmatigere zorg leiden en (grote) investeringen kan rechtvaardigen;
- ◉ Samenwerking biedt meer mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek (meer studies, meer patiënten in studies) en innovatie;
- ◉ Door samenwerking kunnen we proactief zijn met betrekking tot landelijke ontwikkelingen in de oncologische zorg.

De tweede helft van 2017 is gebruikt om de regiovisie concreet uit te werken in een inrichtingsvoorstel voor behandeling en zorg van oncologische patiënten in de regio Twente Salland op de langere termijn. Uitgangspunten voor het inrichtingsvoorstel zijn evenwichtigheid en toekomstbestendigheid. De input voor deze visie is o.a. gebaseerd op:

- ◉ multidisciplinaire bijeenkomsten (regiegroepen) tijdens de ontwikkeling van de intentieverklaring;
- ◉ opgedane zienswijzen vanuit tumorwerkgroepen en oncologie (beleids)commissies;
- ◉ gewenste (oncologische) positionering van de huizen op lange termijn (Raden van Bestuur en Raden van Toezicht);
- ◉ informatie vanuit patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, huisartsen evenals landelijke tendensen (landelijke oncologische netwerken, Taskforce Oncologie, etc.).

Om evenwicht te kunnen beoordelen is het inrichtingsvoorstel onder andere uitgewerkt op gevolgen voor capaciteitsbeslag op IC, OK en kliniek van de drie huizen als ook op financiële gevolgen zoals omzet, kosten, marge en dekkingsbijdrage.

Met deze inzichten wordt in 2018 verder gewerkt aan het vormgeven van ROTS.

5.2.2 Overige samenwerking

Binnen de oncologie is samenwerken met de eerstelijns, met andere ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen een belangrijke vereiste. In 2017 is regelmatig contact geweest met de voorzitters van de kernteams als ook met de coördinator van de eerstelijns om de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten te onderhouden.

5.2.3 Patiënten en casemanagers

Een belangrijke samenwerking is ook die tussen patiënt en casemanager. In 2017 heeft een uitgebreide evaluatie plaatsgevonden. Het blijkt dat patiënten zeer tevreden zijn over de (telefonische) bereikbaarheid van de casemanagers en de snelheid van reageren. Als belangrijkste aandachtspunt uit de enquête kwam de behoefte aan nazorg van patiënten. In 2018 zullen de casemanagers in samenwerking met het Oncologisch Centrum een patiënten nazorgavond "Genezen van kanker, en dan....?" organiseren.

5.2.4 Samenwerking SKB

We blijven investeren in de relatie met SKB te Winterswijk. Veel medisch specialisten zoals de radiotherapeuten zijn werkzaam in SKB. Ook participeren specialisten uit het SKB door in regionale tumorwerkgroepen (borstkanker en urologie).

5.3 Santeon

Begin juni 2017 is het Maasstad Ziekenhuis officieel lid geworden van Santeon. Hiermee is Santeon de eerste ziekenhuisgroep in Nederland met landelijke dekking. Sinds juli hebben de ziekenhuislogo's de toevoeging 'een Santeon ziekenhuis'. Dit draagt bij aan de versterking van het Santeon-merk en van de ziekenhuismerken afzonderlijk. In eerste instantie wordt het logo omgezet op de digitale communicatiemiddelen. Later zal het logo in alle uitingen aangepast worden.

5.3.1 Ambities voor de toekomst

We hanteren vijf ambities voor de toekomst van onze ziekenhuiszorg en onze patiënten. Deze zijn in 2017 tot stand gekomen in co-creatie met en toetsing door patiënten(groepen) en andere belangrijke partners en innovators. In totaal leverden ruim 2.000 patiënten een bijdrage.

1. Patiënten actief betrekken bij de behandeling en keuzes;
2. Intensief samenwerken; ontwikkelen zichzelf en verbeteren daarmee de zorg;
3. Krachten bundelen voor innovatie en onderzoek;
4. Kwaliteit van zorg inzichtelijk maken voor patiënten;
5. Bijdragen aan het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg in Nederland.

Op 10 oktober vierden wij het 10-jarig bestaan van Santeon. De ambities werden op die dag symbolisch aangeboden aan Patiëntenfederatie Nederland.

5.4 Grensoverschrijdend: Acute Zorg Euregio

MST heeft als Euregionaal traumacentrum, conform de Strategische Agenda van het Netwerk Acute Zorg Euregio 2013-2017, ook in dit verslagjaar invulling gegeven aan de gezamenlijke inspanningen om in het netwerk tot verbetering van de acute zorg in de grensregio te komen.

De Spoedeisende hulp van MST behoort tot de top 5 van Nederland als het gaat om het aantal opgenomen traumapatiënten. Sinds de tweede helft van 2017 biedt het Traumacentrum van MST de mogelijkheid voor de Duitse collega's om een korte stage te lopen. Een collega uit Kreis Borken heeft een week op de SEH meegelopen. Tevens zijn er diverse rondleidingen georganiseerd waaronder voor een groep Notfallsanitatiers in opleiding. Speciale aandacht ging uit naar de SBAR-overdracht. Ook zijn door een twintigtal medewerkers wederom een Cursus Duits gevolgd.

	2014	2015	2016	2017
Bezoek aan SEH zonder opname	19	32	16	15
Bezoek aan SEH met opname	3	3	2	-
Bezoek aan H31-spoed zonder opname	3	23	29	25
Bezoek aan H31-spoed met opname	5	12	11	14
Totaal	30	70	58	54

5.5 Twentse Medische Coöperatie

Twentse Medische Coöperatie (TMC) is het vehikel waarbinnen de samenwerking tussen ZGT en MST georganiseerd wordt. Dit heeft onder andere geresulteerd in het pijncentrum Nocepta VoF en Kaakchirurgie Oost Nederland VoF. In 2017 evolueerde TMC van paraplu waaronder alle samenwerkingen vorm krijgen naar een bredere overlegstructuur tussen de beide ziekenhuizen. Dit omdat belangrijke samenwerkingen in wording (zoals ROTS) een zelfstandige en programmatische aanpak rechtvaardigen.

Bijlage

Feiten & cijfers 2017

Patiënt

Aantal polibezoeken	376.236
Aantal opnames	29.945
Totaal polibezoeken	406.181

Aantal bedden	547
Aantal werknemers (excl. medisch specialisten)	2.640
Aantal medisch specialisten	224
Aantal aio's (niet in FTE)	138

Financiën

Resultaat 2017

Stichting Medisch Spectrum Twente haalde in 2017 een resultaat van € 3,8 miljoen negatief. Het resultaat is daarmee gunstiger dan het begrote negatieve resultaat van € 4,4 miljoen. Ten opzichte van 2016 is het resultaat in 2017 € 15,6 mln verbeterd. Ondanks deze verbetering is het resultaat in 2017 als gevolg van de gestegen kapitaallasten door de in gebruikname van de nieuwbouw aan het Koningsplein negatief. Reeds in 2016 is door de RvB een pakket aan maatregelen (rendementsprogramma 2017-2019) getroffen om de o.a. gestegen kapitaallasten structureel op te kunnen vangen binnen de exploitatie van het MST. Ook in de jaren 2018 en 2019 zal dit rendementsprogramma doorlopen.

Doelstelling is dat er over de jaren 2017-2019 een structurele rendementsverbetering wordt behaald van € 30 miljoen per jaar. Niet alleen kunnen daarmee de gestegen kapitaallasten opgevangen worden, ook wordt enerzijds ruimte gemaakt voor de versterking van de solvabiliteit van het MST. Anderzijds dient een deel van het te behalen rendement ter dekking van de kosten van een nieuw in te voeren EPD. Zowel de RvT, banken als verzekeraars zijn in deze ontwikkelingen meegenomen. In 2017 is de eerste tranche van €11,4 miljoen gerealiseerd.

Verwachte resultaatontwikkeling 2018 en 2019

Het begrote resultaat 2018 bedraagt € 4,4 miljoen positief. Hierin is een ombuiging van circa € 11 miljoen verwerkt als tweede tranche van het rendementsprogramma 2017-2019. Doelstelling daarbij is een personeelsreductie van in totaal 300 FTE alsmede een reductie in de materiële lasten. Van de totale personeelsreductie is circa de helft in 2017 reeds gerealiseerd. Voor de kostenbesparing op personeel is in de jaarrekening een reorganisatievoorziening getroffen. Het rendementsprogramma is nadrukkelijk meerjarig vormgegeven. Alle rendementsprojecten hebben een langjarig karakter dat gericht is op een duurzame kostenvermindering. Daarbij zijn per project targets geïdentificeerd welke zijn onderverdeeld naar de jaren 2018 en 2019 en verder.

Geconsolideerde balans Stichting Medisch Spectrum Twente

(x € 1.000.000)	2017	2016	2015	2014	2013
Activa					
Vast	401,1	415,2	428,2	354,6	291,3
Vlottend	106,9	120,2	204,9	237,6	196,0
	508,0	535,4	633,1	592,2	487,3
Passiva					
Eigen vermogen	55,1	63,6	80,8	77,4	70,0
Voorzieningen	30,7	31,0	34,0	21,6	21,7
Vreemd vermogen lang	313,1	332,3	353,1	303,2	221,1
Vreemd vermogen kort	109,1	108,5	165,2	190,0	174,5
	508,0	535,4	633,1	592,2	487,3

Geconsolideerde resultatenrekening Stichting Medisch Spectrum Twente

(x € 1.000.000)	2017	%	2016	%	2015	%	2014	%	2013	%
Bedrijfsopbrengsten	428,4	100,0%	418,7	100,0%	433,5	100,0%	365,0	100,0%	362,3	100,0%
Bedrijfslasten										
Personeelskosten	233,7	54,55%	244,2	56,3%	246,1	56,8%	190,1	52,1%	180,2	49,7%
Afschrijvingen vaste activa	33,7	7,8%	32,7	7,5%	21,6	5,0%	22,2	6,1%	25,5	7,0%
Overige bedrijfskosten	150,1	35,04%	144,3	33,3%	152,2	35,1%	136,3	37,3%	135	37,2%
Bedrijfsresultaat	10,9	2,54%	-2,5	-0,6%	13,6	3,1%	16,4	4,5%	21,7	6,0%
Financiële baten en lasten	-15,0	-3,50%	-14,6	-3,4%	-10,5	-2,4%	-9,2	-2,5%	-8,1	-2,2%
Resultaat deelnemingen	0,3	0,07%	0,0	0,0%	0,2	0,0%	0,1	0,0%	0,1	0,0%
Resultaat	-3,8	-0,89%	-17,1	-3,9%	3,3	0,8%	7,3	2,0%	13,7	3,8%

Ratio's					
(x € 1.000.000)	2017	2016	2015	2014	2013
Resultaat					
Resultaatratio	-0,01	-0,04	0,01	0,02	0,04
Resultaat	-3,8	-17,1	3,3	7,3	13,7
Totale opbrengsten	428,4	418,7	433,5	365,0	362,3
Liquiditeit					
Quickratio	0,90	0,00	1,16	1,20	1,07
Currentratio	0,98	1,11	1,24	1,25	1,12
Solvabiliteit					
Solvabiliteit	10,85%	11,88%	12,76%	13,07%	14,36%
Totaal eigen vermogen	55,1	63,6	80,8	77,4	70,0
Balanstotaal	508,0	535,4	633,1	592,2	487,3
Vermogen					
Vermogensratio	12,86%	15,19%	18,64%	21,21%	19,32%

Colofon



Medisch Spectrum Twente

Postbus 50 000
7500 KA Enschede
www.mst.nl

Grafisch ontwerp: Neerlandsvlak, NLVK.nl
Fotografie: MST





ZIEKENHUIS