

Medisch Spectrum Twente



Jaarverslag 2016



Gebuikersinformatie

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>

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
Hoofdstuk 1		3.3.3 Subcommissies	27
Uitgangspunten van verslaglegging	8	3.3.4 Vergaderingen 2016	28
		3.4 Medezeggenschap	29
Hoofdstuk 2		3.4.1 Vereniging Medische Staf	29
Profiel van de organisatie	9	3.4.2 Ondernemingsraad	32
2.1 Kerngegevens	9	3.4.3 Cliëntenraad	34
2.2 Structuur van de organisatie	9	3.4.4 De verpleegkundige adviesraad	37
2.3 Kernactiviteiten	13		
2.3.1 Specialismen	13	Hoofdstuk 4	
2.3.2 Vergunningen in het kader van Wet bijzondere medische verrichtingen	14	Vastgoed	41
2.3.3 Werkgebieden	16	4.1 Enschede - Ariensplein	41
2.3.4 Poliklinieken	16	4.2 Oldenzaal - (ver)Nieuwbouw	41
		4.3 Enschede - Verbouwing Haaksbergerstraat	41
Hoofdstuk 3		4.4 Restpunten verhuizing Koningsplein	41
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

Hoofdstuk 5

Resultaten	42
5.1 Kwaliteit en veiligheid	42
5.1.1 NIAZ Qmentum	42
5.1.2 VMS	42
5.1.3 Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)	46
5.1.4 Visitaties	48
5.1.5 Patiëntervaringsonderzoek	48
5.1.6 Value Based Health Care	51
5.1.7 Meetbaar Beter	54
5.1.8 stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE)	58
5.1.9 Landelijke traumaregistratie	59
5.1.10 Convenant medische technologie	62
5.1.11 Keurmerken	63
5.2 Onderwijs en onderzoek	64
5.2.1 Onderwijs	64
5.2.2 Opleiden	64
5.2.3 Wetenschappelijk onderzoek	69
5.2.4 Subsidies	71
5.3 HRM	72
5.3.1 Rendementsprogramma	72
5.3.2 Strategische personeelsplanning	72
5.3.3 Jaargesprekken	72
5.3.4 Top Employer	73
5.3.5 Onboarding	73
5.4 Zorgverkoop	73

Hoofdstuk 6

Samenwerken	74
6.1 Samenwerken tussen de eerste- en tweedelijnszorg	74
6.1.2 Formele samenwerking THOON	74
6.1.3 Eenmalig Consult Medisch Specialist	74
6.1.4 Overige initiatieven	74
6.2 Twentse Medische Coöperatie	74
6.3 Oncologische samenwerking	75
6.3.1 Samenwerking ZGT	75
6.3.2 Samenwerking "ROTS" (Regionale Oncologische zorg Twente Salland)	75
6.3.3 Samenwerking SKB	75
6.3.4 Santeon	75
6.4 Grensoverschrijdend: Acute Zorg Euregio	76
Bijlage 1: Feiten en cijfers 2016	77
Patient	77
Personeel	78
Financiën	79
Colofon	83

Voorwoord Raad van Toezicht

Het jaar 2016 kenmerkte zich door twee prachtige mijlpalen. Het jaar begon met de ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis. En eind 2016 werd MST door Niaz geaccrediteerd. Er waren echter ook financiële zorgen. In augustus 2015 is het nieuwe ziekenhuis opgeleverd volgens planning én binnen budget. Hierna verschoof de focus naar het fysiek inhuizen. Dit traject is grotendeels door eigen mensen van MST met militaire discipline en precisie uitgevoerd, hetgeen uiteindelijk heeft geleid tot het nagenoeg probleemloos verhuizen naar het nieuwe ziekenhuis in januari 2016. Een hele prestatie van alle betrokkenen!

De tweede mijlpaal was het behalen van de felbegeerde Niaz-accreditatie. Op 9 januari 2017 kwam hierover het verlossende bericht: MST heeft de accreditatie behaald! Een immense prestatie van het hele ziekenhuis, waarop de Raad van Toezicht oprecht trots is. Met deze accreditatie bewijst MST immers dat de zorg zó is georganiseerd dat deze aantoonbaar van voldoende kwaliteit is. Ook blijkt hieruit dat MST de kwaliteit borgt en blijft verbeteren. Een keurmerk dus dat duidelijk maakt waar MST voor staat: het leveren van uitstekende zorg voor de inwoners van Twente. In 2016 kende MST ook zorgen. Eind 2015 is voor het eerst in de geschiedenis van MST een reorganisatiebesluit genomen. Dit vloeide voort uit het Rendementsprogramma dat is ingezet om de

financiële positie van MST structureel te verbeteren. De eerste tranche is in 2016 succesvol afgerond. Alle ondersteunende afdelingen hebben in 2016 laten zien met minder middelen nog steeds goede service te kunnen leveren. Wel werd in het laatste kwartaal duidelijk dat de projecten 2017 nog onvoldoende uitgekristalliseerd waren om vertrouwen uit te kunnen spreken in de tranche 2017. Deze uitdaging is door de RvB voortvarend opgepakt. Na een grondige analyse van het besparingspotentieel en een analyse van het doelmatig gebruik van faciliteiten, is begin 2017 het Rendementsprogramma 2017 – 2019 vastgesteld.

Dit programma moet er niet alleen toe leiden dat MST weer een gezonde financiële huishouding krijgt, maar zal er ook toe bijdragen dat er binnen de exploitatie ruimte gevonden wordt voor de aanschaf van een elektronisch patiëntendossier. De Raad van Toezicht stelt zich 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 2016 een werkbezoek samen met de Cliëntenraad aan de afdeling Reumatologie.

Wijziging samenstelling Raad van Toezicht en Raad van Bestuur

In juni 2016 heeft mevrouw Lindeman, lid Raad van Bestuur, zich helaas ziek moeten melden. Gezien haar langdurige afwezigheid heeft de Raad van Toezicht de heer Van Riel benoemd als haar tijdelijke vervanger als lid van de Raad van Bestuur.

Eind 2016 verliep de eerste termijn van de heer Edelijn als lid van de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht heeft, na ontvangst van een positief advies van de Raad van Bestuur, unaniem besloten de heer Edelijn voor een tweede termijn te benoemen. In 2016 heeft de Raad van Toezicht ook twee nieuwe leden benoemd, zowel ter vervanging van de heer Blank (die conform de richtlijnen van de Governance code na twee termijnen aftrad) als ter versterking van het medisch-inhoudelijk profiel van de Raad van Toezicht.

De heer Van den Berg, hoogleraar sensorsystemen voor biomedische- en milieutoepassingen aan de Universiteit Twente, en de heer Bosch, internist in het Rijnstate ziekenhuis en President van de European Federation of Internal Medicine, zijn per 1 maart 2016 begonnen als nieuwe leden. Beiden hebben inmiddels bewezen een belangrijke versterking te zijn.

Namens de Raad van Toezicht,

Frans van Vught, voorzitter

Voorwoord Raad van Bestuur

Wat begon 2016 goed voor MST! Een feilloze verhuizing naar ons prachtige nieuwe ziekenhuis. Een verhuizing die, onder leiding van Mariska de Groot, voor het overgrote deel is uitgevoerd door onze eigen mensen. Ook het tweede grote project dat in 2016 afgerond is, was een groot succes. De NIAZ-accreditatie is behaald. Een bewijs dat MST optimaal ingericht is om veilige zorg te leveren, en continu bezig is deze zorg te verbeteren. Deze prestatie is des te groter in het licht van de afschaling in de ondersteunende afdelingen die in 2016 plaatvond. Dit is een groot compliment waard voor alle medewerkers van MST.

Dat MST zich continu richt op het verbeteren van de zorg voor onze patiënten, blijkt ook uit de samenwerking binnen Santeon (een samenwerkingsverband tussen zeven ziekenhuizen in Nederland, waaronder MST) op het gebied van Value Based Healthcare (VBHC). In 2016 is er in vijf multidisciplinaire verbeterteams gestart met het verbeteren van de zorg voor patiënten met mammacarcinoom, prostaatcarcinoom, heupartrose, longcarcinoom en CVA. Deze verbeterteams delen hun vorderingen tweemaal per jaar met de andere Santeon ziekenhuizen. De financiële situatie van MST bleef in 2016 zorgelijk. Enerzijds is er door het uitvoeren van het Rendementsprogramma een structurele besparing gerealiseerd van circa M€ 6,4, anderzijds

bleek dat het moeilijk was om besparingen te realiseren binnen ons primaire proces. In de aansturing van het Rendementsprogramma zijn eind 2016 mede daarom belangrijke wijzigingen opgetreden. In november trad Rinus van Riel aan als interim lid Raad van Bestuur met als belangrijkste portefeuille het realiseren van het beoogde rendement in 2017. In december is een nieuwe programmadirecteur aangesteld. De programmaorganisatie is heringericht met een kleinere slagvaardige stuurgroep. Tevens zijn toegevoegd een expertgroep en drie projectleiders. In 2017 leggen we nadruk op meetbare doelstellingen en een strakke voortgangsbewaking. Inzicht en een duidelijke uitgangspositie zijn van groot belang. Daarom hebben we Performance en CEAN gevraagd om analyses te maken van de bestaande situatie en om voorstellen te doen waarmee optimaal rendement behaald kan worden. De uitkomsten van de analyses zijn gebruikt om het Rendementsprogramma 2017-2019 verder vorm te geven.

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.

We hebben verder samen met ZGT intensief onderzoek gedaan naar mogelijkheden van oncologische samenwerking. Deventer Ziekenhuis heeft zich hier gedurende het onderzoek bij aangesloten. Ik ben er stellig van overtuigd dat deze samenwerking gaat leiden tot betere oncologische zorg voor onze patiënten, een uitgangspunt die ook bij elke stap in de besluitvorming gewogen wordt.

Al met al was 2016 een jaar waarin de medewerkers van MST een enorme inspanning hebben geleverd in moeilijke omstandigheden. Het was ook een jaar waarin we noodgedwongen collega's hebben moeten laten gaan. Niet omdat ze niet gewaardeerd werden in hun werk, maar omdat MST de tering naar de nering moet zetten. Ook in 2017 zal MST stappen zetten om op alle fronten beter en efficiënter te gaan werken, met de patiënt en zijn zorgpad door het ziekenhuis als uitgangspunt. Zodat we ook in de toekomst ons kunnen blijven inzetten voor het realiseren van onze ambitie om het beste verbeterziekenhuis van Nederland te zijn.

Namens de Raad van Bestuur,

Bas Leerink, voorzitter

1 Uitgangspunten van verslaglegging

Met dit jaarverslag legt Stichting Medisch Spectrum Twente verantwoording af over het gevoerde beleid in 2016. 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, bedrijfsvoering en medezeggenschap
- ▶ Hoofdstuk 4 Vastgoed
- ▶ Hoofdstuk 5 Resultaten
- ▶ Hoofdstuk 6 Samenwerken

Tot slot treft u de geconsolideerde jaarrekening over 2016 aan.

Het jaarverslag en de jaarrekening zijn op 29 mei 2016 door de Raad van Bestuur vastgesteld. De Raad van Toezicht heeft op 29 mei 2016 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

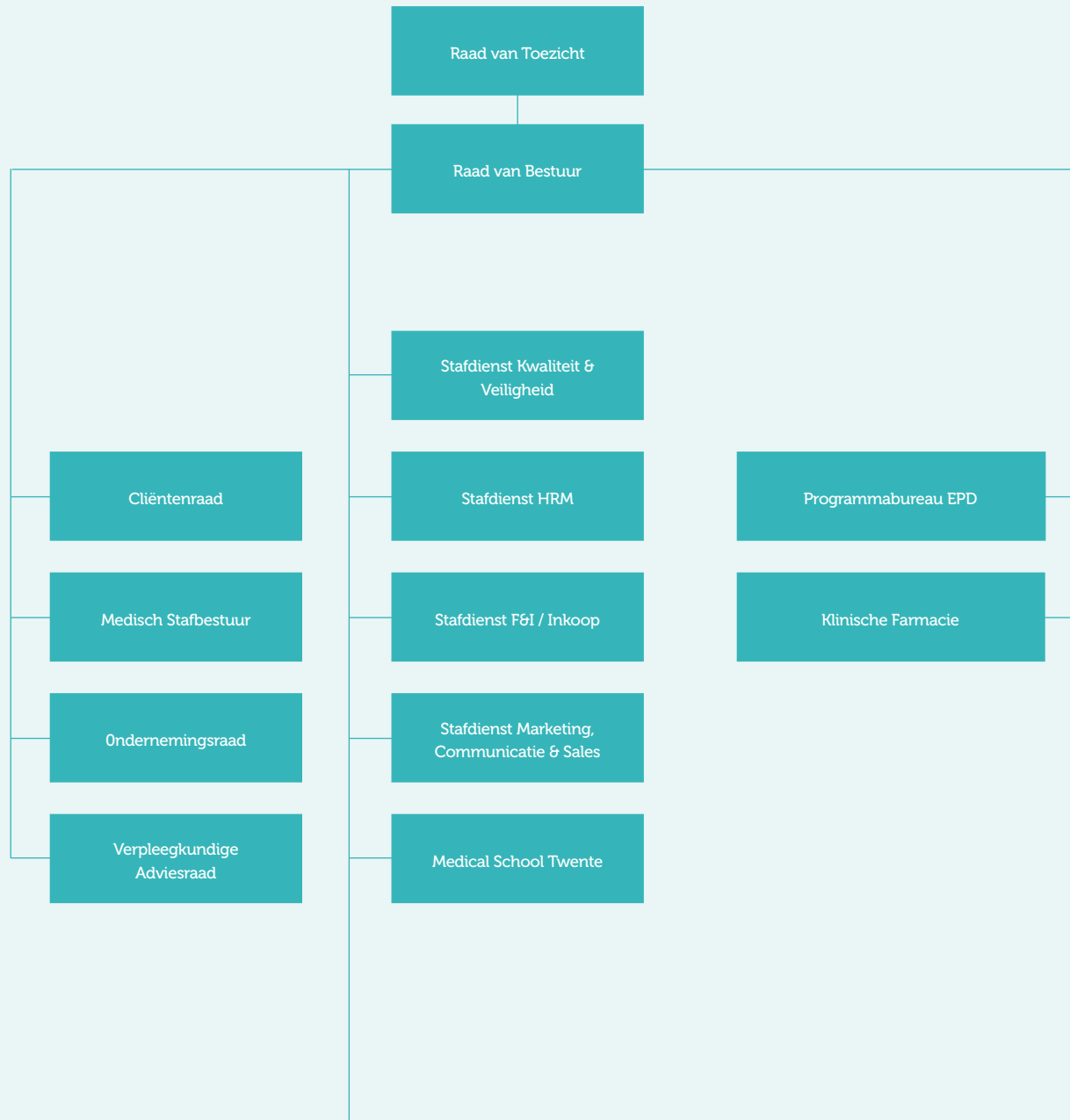
Naast de RVE's en stafdiensten kent MST vier adviesorganen:

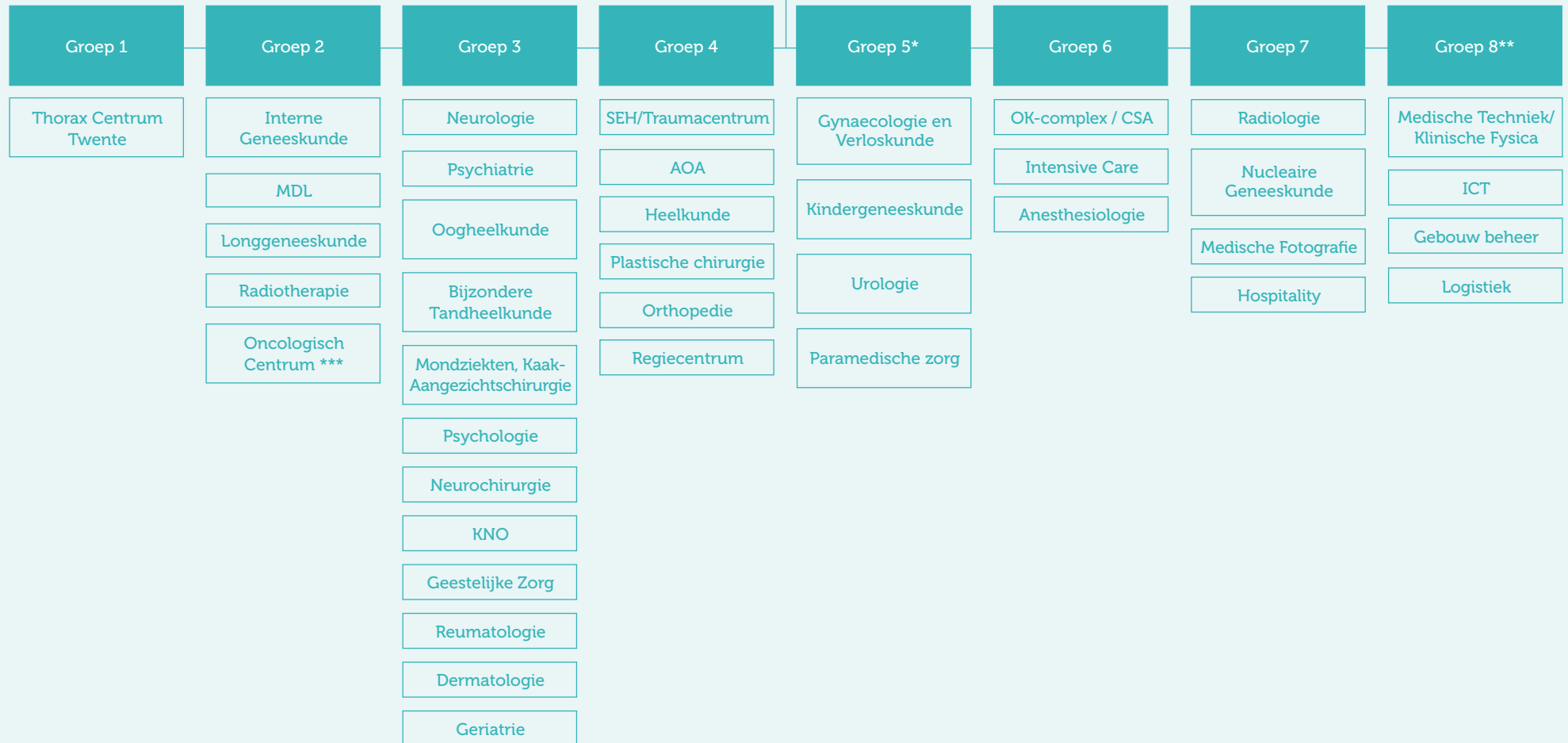
1. de Ondernemingsraad
2. de Cliëntenraad
3. de Verpleegkundige Adviesraad
4. het Medisch Stafbestuur

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 2016.

- Stichting Vrienden MST
- Stichting Bijex

- Stichting Spectrage
- 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.	Medisch Spectrum Twente neemt deel als
Medlon B.V.	50% aandeelhouder
Fertiliteitskliniek Twente B.V.	50% aandeelhouder
Centrum Apotheek Enschede II B.V.	25% aandeelhouder
B.V. IZIT.NL	10% aandeelhouder
Nocepta	37,5% aandeelhouder
Medirisk OWM	25% aandeelhouder
Twents Medisch Coöperatief U.A. (TMC)	Lid van de waarborgmaatschappij met een aandeel van 2,12%
Stichting Ziekenhuisvoorzieningen Twente Oost-Achterhoek (TAZDO)	Lid van de coöperatie
Stichting Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek (Labmicta) te Enschede	Voorzitter Raad van Bestuur is voorzitter TAZDO
Stichting Laboratorium Pathologie Oost (Labpon) Nederland te Enschede	Lid Raad van Toezicht
Santeon	Lid Raad van Toezicht
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	Lid van de vereniging
Opleidings- en onderwijsregio (OOR) Noord Oost	Voorzitter en lid van het overleg
Innovatieplatform Twente	Lid
Acute Zorgpost Huisartsen/Medisch Spectrum Twente	Lid
OrthoCare, met Zorggroep Sint Maarten	Partner
ZorgNetOost	Partner
Bascule, met Ariënszorgpalet	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

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		
1. Anesthesiologie	14. Klinische Chemie**	27. Oogheelkunde
2. Klinische Farma	15. Klinische Fysica	28. Orthopedie
3. Bijzondere Tandheelkunde	16. Klinische Genetica	29. Pathologie**
4. Cardiologie*	17. Klinische Neurofysiologie	30. Plastische chirurgie
5. Cardiothoracale chirurgie*	18. Klinische Psychologie	31. Psychiatrie
6. Chirurgie	19. Keel- Neus- en Oorheelkunde	32. Radiologie
7. Dermatologie	20. Longziekten	33. Radiotherapie
8. Geestelijke Verzorging	21. Maag-Darm-Leverziekten	34. Reumatologie
9. Geriatrie	22. Mondziekten en kaakchirurgie	35. Revalidatie
10. Verloskunde en gynaecologie	23. Medische microbiologie**	36. Spoedeisende Hulp
11. Intensive Care	24. Neurochirurgie	37. Urologie
12. Interne geneeskunde	25. Neurologie	
13. Kindergeneeskunde	26. 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	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
	Ritmechirurgie	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 2016) 263.357 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 is (topreferente zorg), behandelt MST ook patiënten die buiten die regio's woonachtig zijn. Naast het ziekenhuis in Enschede zijn er poliklinieken in Oldenzaal, Losser 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 2010. 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. In 2016 zijn de statuten van de Stichting MST en de reglementen van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht geactualiseerd, zodat ze in lijn blijven met de Governance Code.

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 een van leden van de Raad van Bestuur, wordt de melding aan de voorzitter van de Raad van Toezicht gerapporteerd. In 2016 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 2016 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
- ▶ Mevrouw E. Lindeman QC, lid Raad van Bestuur
- ▶ De heer drs. M. van Riel, lid Raad van Bestuur a.i. (sinds 1 november 2016).

Mevrouw Lindeman is sinds juni 2016 ziek en niet meer werkzaam geweest bij MST. De heer Van Riel is aange-trokken als haar tijdelijke vervanger.

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) belangenverstrengeling. Het reglement is gebaseerd op de Zorgbrede Governancecode 2010. Op 19 oktober 2016 is het geldende reglement vastgesteld.

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. Door de langdurige afwezigheid van mevrouw Lindeman is deze portefeuilleverdeling gedurende het jaar aan verandering onderhevig geweest. De taakverdeling zoals deze was op 31 december 2016:

Tabel 4. Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur

Dhr. dr. C.B. Leerink	Drs. J. den Boon	Drs. M. van Riel
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Groep 2 ◦ Groep 5 ◦ Oncologisch centrum 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Groep 1 ◦ Groep 3 ◦ Groep 4 ◦ Groep 6 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Groep 7 (Hospitality en Roomservice) ◦ Groep 8
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Stafdiensten Sales, Marketing & Communicatie ◦ Human Resource Management 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Stafdienst Kwaliteit en Veiligheid ◦ Infectiepreventie ◦ Apotheek ◦ Radiologie & Nuclaire Geneeskunde ◦ Medical School Twente 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Financiën en Informatiezaken ◦ Inkoop ◦ Projectbureau Nieuwbouw ◦ Medische techniek/ICT ◦ EPD
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ondernemingsraad ◦ Cliëntenraad ◦ Medisch Stafbestuur 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Verpleegkundige Advies Raad ◦ RvT commissie Kwaliteit en Veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ RvT Financiële Commissie
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Santeon ◦ TAZDO ◦ Stichting Vrienden ◦ ROAZ ◦ Medlon aandeelhouders ◦ GHOR ◦ Samenwerking SKB 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ LabMicta RvT ◦ LabPON ◦ Medirisk ◦ ZiROP ◦ Contact Eerstelij ◦ IZO ◦ METC ◦ OOR ◦ Centrale Opleidingscommissie ◦ STZ 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Santeon CFO Board ◦ IZIT ◦ Bankenconsortium ◦ Vermaat ◦ Contracten hospitality
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Zorgverkoop verzekeraars ◦ Pioneers in Healthcare 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Wetenschapsbeleid en UT ◦ MKA (vennoot) ◦ Pijn (vennoot) ◦ Hyperbare Geneeskunde 	

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 (vanaf mei 2016) ◦ Lid Bestuur Stichting Vrienden Medisch Spectrum Twente ◦ Lid Bestuur Stichting TWIN ◦ 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 voor de Gezondheidszorg Amsterdam ◦ Lid Raad van Toezicht Stichting Labmicta ◦ Niaz Auditor
Dhr. drs. M. van Riel	Lid Raad van Bestuur a.i.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Vicevoorzitter Star-mdc te Rotterdam ◦ Voorzitter Burgerinitiatief Oegstgeest ◦ Hoogspanning Ondergronds te Oegstgeest

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 2010 als uitgangspunt genomen. Het reglement van de Raad van Toezicht is op 28 september 2016 vastgesteld.

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	Trimester	Termrapportage
	Formatie (incl. ziekterverzuim)	X			X	Trimester	Termrapportage
	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	Per kwartaal	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 medewerkers tevredenheid-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 3 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, jaarverant-woording, notitie RvB
Zelfevaluatie	Evaluatieformulier o.b.v Toolkit Toezicht Zorg			X	X	1x per jaar	Evaluatie formulier
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	Einde 3 ^e termijn	Nevenactiviteit
Dhr. prof. dr. F.A. van Vught (voorzitter)	01-01-2010	31-12-2013	31-12-2017	Niet herbenoembaar	<ul style="list-style-type: none"> ◦ High level policy advisor, Europese Commissie ◦ Voorzitter Netherlands House for Education and Research ◦ Lid Raad van Commissarissen ReintenInfra B.V. ◦ Lid Raad van Toezicht Orkest van het Oosten ◦ Management of Universities ◦ Bestuurder European Institute of Technology Foundation ◦ Voorzitter Review Commissie Hoger Onderwijs en Onderzoek, Ministerie OCW ◦ Lid High Council European University Institute ◦ Lid bestuur Stichting Vrienden van MST
Dhr. mr. E. ten Cate	01-01-2008	31-12-2011	31-12-2015	31-12-2018 (met goed-keuring IGZ extra termijn)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Directeur van Bank ten Cate & Cie N.V. ◦ Voorzitter Raad van Commissarissen Hydratec Industries N.V. ◦ Lid Bestuur Stichting Kasteel Rechteren ◦ Kamerheer van ZM de Koning ◦ Lid Raad van Commissarissen Hendrick de Keyzer
Mw. mr. M.C. van der Laan	24-05-2011	23-05-2015	23-05-2019	Niet herbenoembaar	<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 (per 1-12-2016)

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

Naam	Jaar benoeming	Einde 1 ^e termijn	Einde 2 ^e termijn	Einde 3 ^e termijn	Nevenactiviteit
Dhr. ir. G.J. Edelijm	03-12-2012	02-12-2016	02-12-2020	Niet herbenoembaar	<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 The Hague Security Delta ◦ Lid Raad van Toezicht Stichting TKI HTSM (High Tech Systemen & Materialen)
Mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD	01-01-2013	31-12-2017	31-12-2021	Niet herbenoembaar	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Hoogleraar gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht (emeritus vanaf 1-3-2015) ◦ Honorary research fellow NIVEL (emeritus vanaf 1-3-2015) ◦ Lid Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) ◦ Lid Hollandsche Maatschappij van Wetenschappen ◦ Lid Raad van Toezicht Flevoziekenhuis (vicevoorzitter sinds 1-6-2015) ◦ Lid Raad van Toezicht De Hoogstraat Revalidatie ◦ Lid Raad van Toezicht Consumentenbond (vicevoorzitter sinds 1-6-2015) ◦ Lid Raad van Toezicht TNO ◦ Lid Raad van Toezicht Waarborgfonds voor de Zorgsector (sinds 1-12-2015) ◦ Lid Adviesraad Seniorvriendelijke Ziekenhuizen. ◦ Lid Visitatiecommissie Sociaal en Cultureel Planbureau
Dhr. dr. F.H. Bosch	01-03-2016	01-03-2020	01-03-2024	Niet herbenoembaar	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Internist Rijnstate Ziekenhuis ◦ Immediate Past President European Federation Internal Medicine ◦ Fellow American College of Physicians ◦ Lid Raad van Advies Rechtbank Gelderland
Dhr. prof. dr. ir. A van den Berg	01-03-2016	01-03-2020	01-03-2024	Niet herbenoembaar	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Voorzitter sectie Technische Wetenschappen KNAW ◦ Scientific Advisory Board Wyss Institute at Harvard ◦ Wetenschappelijk adviseur Micronit ◦ Distinguished professor South China Normal University ◦ Reviewer Nanotera research programme ◦ Lid van ACTI

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 (IGZ) 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		
29-02-2016	Dhr. prof.dr. F.A. van Vught, mw. mr. M.C. van der Laan, dhr. mr. E. ten Cate, mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD	Dhr. ir. G.J. Edelijn
24-03-2016	Dhr. prof.dr. F.A. van Vught, mw. mr. M.C. van der Laan, dhr. ir. G.J. Edelijn, mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. dr. F.H. Bosch, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg	Dhr. mr. E. ten Cate
30-05-2016	Dhr. prof.dr. F.A. van Vught, mw. mr. M.C. van der Laan, dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn, mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. dr. F.H. Bosch	Dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg
20-06-2016	Allen	
28-09-2016	Allen	
19-10-2016	Allen	
16-12-2016	Dhr. prof. dr. F.A. van Vught, mw. mr. M.C. van der Laan, dhr. ir. G.J. Edelijn, dhr. F.H. Bosch	Mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. mr. E. ten Cate, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg
Commissie Kwaliteit & Veiligheid		
15-02-2016	Mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. prof. dr. F.A. van Vught	
20-06-2016	Mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. dr. F.H. Bosch	
05-09-2016	Mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. dr. F.H. Bosch	
29-11-2016	Mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. dr. F.H. Bosch	
Financiële Commissie		
19-01-2016	Dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn, dhr. prof. dr. F.A. van Vught	
17-02-2016	Dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn	
12-05-2016	Dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg, dhr. prof. dr. F.A. van Vught	
08-06-2016	Dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg	
30-08-2016	Dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg	
13-10-2016	Dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg	
01-12-2016	Dhr. mr. E. ten Cate, dhr. ir. G.J. Edelijn, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg	
Overleggen adviesorganen		
29-11-2016	Verpleegkundigen Adviesraad	Mw. prof. dr. J.M. Bensing PhD, dhr. dr. F.H. Bosch
20-12-2016	Cliëntenraad	Dhr. prof. dr. F.A. van Vught, mw. mr. M.C. van der Laan, dhr. prof. dr. ir. A. van den Berg

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. Het dagelijks bestuur van de VMS is het Medisch Stafbestuur. Het Stafbestuur is de strategisch partner van de Raad van Bestuur.

Herinrichting Vereniging Medische Staf

In 2016 heeft een herinrichting van de Vereniging plaatsgevonden. Aanleiding hiervoor was de nut en de noodzaak om in meer dualiteit te willen werken met de Raad van Bestuur aangaande de gehele integrale bedrijfsvoering van het ziekenhuis, dit tegen de achtergrond van een snel veranderend tweedelijns zorglandschap en de financiële situatie van het MST.

De oprichting van de Vereniging van Medisch Specialistische Bedrijven (VMSB) in juni 2016, ingegeven door de invoering van de integrale bekostiging in 2015 waarin vrijgevestigd medisch specialisten hun zelfstandig declaratierecht zijn kwijtgeraakt, en de eerdere oprichting van de Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) heeft de basis gevormd van het herinrichtingsproces van de VMS.

Via een getrapte organisatievorm wordt het Stafbestuur gevormd door de besturen van de VMSB en VMDS, waarin het Stafbestuur alle individuele leden vertegenwoordigt, en het VMSB en VMDS bestuur de medisch specialistische bedrijven respectievelijk vakgroepen in dienstverband. Stafbestuurders functioneren zonder last of ruggespraak ondanks hun positionering in het VMSB, respectievelijk VMDS bestuur. Door deze getrapte organisatievorm wordt de eerdere variëteit van de diverse gesprekstafels gekanaliseerd waardoor sneller en effectiever tot duurzame besluitvorming kan worden gekomen.

Kern van het governance model is dat een personele unificatie tot stand is gebracht op bestuurlijk niveau tussen VMS, VMSB en VMDS, waarbij afgesproken is dat enkel het Stafbestuur gesprekspartner is van de Raad van Bestuur.

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 exit-gesprek van een vertrekkend specialist en alles dat daartussen zit.

In het kader van duurzame inzetbaarheid medisch specialisten heeft de commissie KBMS in 2016 onder andere:

- ▶ intercollegiale coaches opgeleid ten behoeve van het steunen van collega's in een lastige periode;
- ▶ peer support voor 'second victims' geïmplementeerd;
- ▶ de werving en selectieprocedure medisch specialisten verder aangescherpt;
- ▶ een plan uitgewerkt voor de implementatie van groepsfunctioneren als beoordelingssystematiek, naast de bestaande individuele beoordeling (IFMS);
- ▶ het thema vitaliteit op de kaart gezet, door o.a. het organiseren van een stafbrede bijeenkomst over vitaliteit.

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

Algemene Vergadering en het nieuwe Stafbestuur

In de nieuwe governance structuur van de VMS is de Algemene Vergadering (AV) het hoogste besluitvormende orgaan. De AV heeft onder andere tot taak het vaststellen van de statuten VMS en de jaarrekening, het kennis nemen van de voortgang van de strategie en het benoemen van bestuursleden, dan wel uit hun functie te ontheffen. Op 6 december 2016 heeft de eerste AV VMS plaatsgevonden. Tijdens deze vergadering is het nieuwe Stafbestuur geïnstalleerd.

Formele adviezen VMS

In 2016 heeft de Medische Staf één formeel advies aangeboden aan de Raad van Bestuur, te weten: het advies met betrekking tot het voorgenomen besluit van het opstellen van een Intententieverklaring tot het oprichten van een regionaal samenwerkingsverband Oncologie met het ZGT en het Deventer Ziekenhuis.

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.

Vooruitblik 2017

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, zal het Stafbestuur in 2017 nadrukkelijk meer aandacht hebben voor het verbeteren van de zogenaamde 'soft skills'. Het leveren van optimale kwaliteit en veiligheid van zorg gaat immers niet alleen over de medische inhoudelijkheid, maar ook over de manier waarop wij in gezamenlijkheid deze zorg proberen te leveren. Goede afstemming en samenwerking vereisen ook aandacht voor de wijze van communiceren, relationele aspecten en ieders rol hierin.

In het verlengde daarvan is een ander belangrijk aandachtspunt voor 2017 de patiënttevredenheid. In het dagelijks handelen staat voor de medisch specialist de patiënt centraal. Echter hiervoor geldt ook dat het leveren van kwalitatief goede zorg medisch-inhoudelijk gezien niet altijd voldoende is. Uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken laten zien dat er op dat vlak in MST nog veel verbetering mogelijk is. Dat willen we in 2017 gaan doen door de patiënt daadwerkelijk centraal te stellen door onder andere meer te gaan te sturen op zorguitkomsten die er voor de patiënt toe doen (verdere uitrol Value Based Health Care), en expliciet aandacht te hebben voor de patiëntbeleving en de patiëntparticipatie in de zorgprocessen.

Daarnaast staan we als ziekenhuis voor een grote financiële uitdaging. Het Stafbestuur heeft zich ten doel gesteld om een proactieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een (financieel) gezonde organisatie. Ook de medische staf heeft hierin een belangrijke rol en zal nadrukkelijk een bijdrage leveren.

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

De OR bestaat in 2016 uit 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 en is ook in 2016 doorgezet. Er wordt naar toegewerkt om in de nieuwe zittingstermijn met een OR van 12 leden verder te gaan. 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 van de OR. In 2016 hebben hier twee medewerkers gebruik van gemaakt.

Zittingstermijn

Formeel liep de zittingstermijn van de OR af op 1 december 2016 en zouden er dus in november algehele verkiezingen moeten worden gehouden. Echter gezien het feit dat MST midden in een reorganisatie zit en de OR-leden goed zijn ingevoerd in de reorganisatie en het Sociaal Plan met bijbehorende procedures, is het niet verstandig om de reorganisatie met een nieuw OR-team af te handelen. Nieuwe OR-leden hebben minimaal een jaar nodig om zich in te werken.

De OR vindt het voor de continuïteit beter om het ingezette reorganisatietraject met een ervaren team van OR-leden af te ronden. Reden voor de OR om de verkiezingen met een jaar uit te stellen tot november 2017. Zowel de Raad van Bestuur, de werknemersorganisaties als de medewerkers hebben geen problemen met de verlenging van de zittingstermijn tot 1 december 2017.

Opvullen vacatures

Drie OR-leden hebben hun OR-lidmaatschap opgezegd, dat wil zeggen dat er per 1 december 2016 drie vacatures waren. In het reglement staat dat bij vacatures binnen zes maanden tussentijdse verkiezingen moeten worden georganiseerd om de vacatures op te vullen. De tussentijdse verkiezingen worden gepland op donderdag 19 januari 2017. Het verschil met algehele verkiezingen is dat bij tussentijdse verkiezingen alleen de vacatures worden opgevuld voor de duur van de resterende zittingstermijn, in dit geval tot 1 december 2017.

Taakverdeling

De taken in de OR zijn verdeeld. Er is een Dagelijks Bestuur en er zijn twee RVE-commissies. De OR werkt volgens een reglement en heeft een beleidsplan 2014-2016 opgesteld, dat de beleidsprioriteiten voor de hele zittingstermijn bevat. Tijdens de scholing in maart 2016 besluit de OR om te stoppen met de Kern-OR. Gezien het kleine aantal OR-leden wordt besloten de overlegvergaderingen met de Raad van Bestuur weer met de voltallige OR te doen.

Rendementsprogramma MST 2016 - 2018

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 concrete onderbouwing en uitwerking van de deelplannen ontvangt de OR ter advisering. 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 OR heeft met de Raad van Bestuur afgesproken dat de bedrijfskundig managers hun medewerkers informeren door middel van medewerkersbijeenkomsten, daarbij wordt een delegatie van de OR als toehoorder uitgenodigd. De OR heeft bijna al deze bijeenkomsten bezocht, bovendien zijn er gesprekken geweest met de bedrijfskundig managers om de deelplannen te bespreken. De OR brengt een advies uit als de medewerkers geïnformeerd zijn. De personele reductie 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 HRM op de hoogte gehouden van de voortgang.

Het Rendementsprogramma loopt heel 2016 als een rode draad door het OR-werk. Vrijwel alle advies- en instemmingsaanvragen zijn een gevolg van het Rendementsprogramma.

Advies en instemming in 2016

- ▶ Advies organisatie Radiotherapie
- ▶ Advies benoeming twee leden Raad van Toezicht
- ▶ Advies invoering reiskostenmodule en aanpassing beleid reiskosten MST
- ▶ Advies voorgenomen besluit tot afschaffing Carpool-regeling MST
- ▶ Advies besluit Reorganisatieplan
- ▶ Advies oprichting Vof MKA Twente
- ▶ Instemming Rookbeleid MST
- ▶ Advies voornemen verbouwing Haaksbergerstraat
- ▶ Advies 16 Rendement Reorganisatieplan Paramedische Zorg
- ▶ Instemming Vertrek in het kader van Rendementsprogramma 2016
- ▶ Advies inzake voorgenomen besluit Personele Reductie en wijziging in aansturing adviseurs K&V
- ▶ Advies overeenkomst MST - CGI betreffende outsourcen technisch ICT beheer
- ▶ Advies projectaanpak Accezz International inzake operatief proces
- ▶ Advies TMC intentieverklaring Joint Venture Oncologie
- ▶ Advies vervanging Santeon statuten en leden-overeenkomst
- ▶ Advies inzake verbouw Haaksbergerstraat fase 1
- ▶ Advies voorgenomen besluit beëindiging programma Bouwen aan Beter

- Advies voorgenomen besluit toetreding Maasstad Ziekenhuis als lid Santeon
- Advies aanpassing organogram MST
- Advies benoeming CFO a.i.
- Advies Rendementsprogramma Medische Fotografie
- Advies endorsement 'Een Santeon Ziekenhuis'
- Instemming Besluit Regeling Melding Misstanden
- Advies voorgenomen besluit Transitie Functioneel Applicatiebeheer
- Advies voorgenomen besluit TMC Samenwerking Radiologie – Nucleaire Geneeskunde
- Advies voorgenomen besluit Jaargesprek 2017
- Advies Klachtenregeling MST op basis van de Wkkgz

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. Ze zijn niet in dienst van MST.

Taakverdeling en werkwijze

De Cliëntenraad heeft onderling afspraken gemaakt over de wijze van behandeling van de diverse onderwerpen. Er zijn twee werkgroepen ingesteld en een dagelijks bestuur. De gestelde prioriteiten zijn opgenomen in het werkplan 2016-2018. Door het benoemen van speerpunten kan de Cliëntenraad zich geprioriteerd en beter richten op wat voor de cliënt/patiënt belangrijk is. De speerpunten moeten het patiëntenbelang dienen en moeten binnen de cirkel van invloed van de Cliëntenraad liggen.

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 twee keer per jaar een overleg met de Cliëntenraad van ZGT op basis van een vooraf opgestelde agenda. 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.

Verhuizing

De verhuizing naar het nieuwe ziekenhuis was ook voor de Cliëntenraad een mijlpaal. Reden om middels een brief aan alle medewerkers zijn dank en waardering uit te spreken over de vrijwel vlekkeloos verlopen verhuizing. De Cliëntenraad realiseert zich dat er veel van de MST-medewerkers werd gevraagd en dat met respect en waardering teruggekeken kan worden op een succesvolle overgang naar het nieuwe ziekenhuis.

Speerpunten

De afgelopen jaren heeft de Cliëntenraad zijn visie gepresenteerd ten aanzien van de verbetering van de patiëntgerichtheid van Medisch Spectrum Twente. 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.

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.

Parkeertarieven

De Cliëntenraad heeft zich ook in 2016 ingespannen voor betaalbare tarieven voor patiënten en bezoekers in de Van Heekgarage. In januari 2016 is er een brandbrief uitgegaan naar de Gemeente Enschede en maakte de Cliëntenraad zijn zorgen kenbaar in een gesprek met de verantwoordelijke wethouder. Ook vanuit de politiek wordt druk gezet op de Gemeente. Uiteindelijk besluit de Gemeente de tarieven van de Van Heek garage met ingang van 1 januari 2017 te verlagen. Het dagmaximum gaat van € 20,80 naar € 13,50. MST handhaaft de huidige kortingsregelingen. MST gaat de uitvoering van de parkeerregeling intern centraliseren door middel van een parkeerdesk, zodat patiënten en bezoekers bij een centraal punt terecht kunnen. Hiermee wordt de parkeerregeling eenduidig uitgevoerd.

Cliëntenpanel

Het Cliëntenpanel is in maart 2014 tot stand gekomen via de werving van de leden van de CR op de Open Dagen. Er komen ook panelleden binnen via de website van MST en via de CQ-index. Het panel bestaat momenteel uit 623 leden.

De afspraak met de panelleden is dat er enkele keren per jaar een mailing gestuurd wordt; de leden mogen niet 'overvraagd' worden. Marketing, Communicatie & Sales (MC&S) kan in voorkomende gevallen en in overleg met de Cliëntenraad gebruik maken van het panel.

Vanaf de start van het Cliëntenpanel zijn de volgende onderwerpen voorgelegd:

- ▶ Mei 2014: uitnodiging voor het symposium van de Cliëntenraad. Ongeveer 20 leden waren aanwezig.
- ▶ December 2014: vragenlijst via CQ-index: met vragen betreffende een verdiepend onderzoek van stafdienst Kwaliteit & Veiligheid en vragen van de Cliëntenraad. Het aantal respondenten 30. Resultaten zijn meegenomen door stafdienst Kwaliteit & Veiligheid en door de Cliëntenraad in de advisering over het nieuwe ziekenhuis.
- ▶ Juli 2015: uitnodiging voor open dag voor genodigden in het nieuwe ziekenhuis op 5 september 2015. Hier hebben ongeveer 75 panelleden aan meegedaan.
- ▶ Mei 2016: Mini-enquête positionering MST. Initiatief van MC&S, in overleg met Cliëntenraad. Resultaten meegenomen in discussie over positionering van MST. Ruim 100 reacties binnengekomen.
- ▶ Mei 2016: Uitnodiging Zorgmarkt op 11 juni 2016 in verband met opening nieuwe ziekenhuis.

Initiatief MC&S, in overleg met Cliëntenraad. Niet bekend hoeveel panelleden zich op hebben gegeven.

- ▶ September 2016: Vragenlijst over gebruik www.mst.nl. Vragenlijst besproken in Cliëntenraadvergadering. Cliëntenraad krijgt terugkoppeling van MC&S in 2017.
- ▶ December 2016: Uitnodiging aan Cliëntenpanel om deel te nemen aan try-out bijeenkomst Publieks-Academie 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.

Advies in 2016

- ▶ Advies benoeming twee leden Raad van Toezicht
- ▶ Advies Reorganisatieplan
- ▶ Advies Verbouw Haaksbergerstraat
- ▶ Advies Intentieverklaring Joint Venture Oncologie
- ▶ Advies vervanging Santeon statuten en ledenovereenkomst
- ▶ Advies toetreding Maasstad Ziekenhuis als lid van Santeon
- ▶ Advies CFO a.i.
- ▶ Advies endorsement 'een Santeon Ziekenhuis'
- ▶ Advies TMC samenwerking Radiologie – Nucleaire Geneeskunde
- ▶ Advies Klachtenregeling MST op basis van de Wkkgz

3.4.4 Verpleegkundige Advies Raad

De VAR wil dat MST een organisatie is waar verpleegkundigen werken die Excellente Zorg nastreven:

- optimale kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de patiënt (en de continue verbetering ervan) verlenen;
- professioneel bewust en bekwaam handelen;
- verantwoordelijkheid nemen en krijgen voor het eigen werkproces.

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.

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 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.

Verhuizing

Het jaar 2016 stond voor de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) in het teken van de verhuizing naar het nieuwe ziekenhuis en de daaraan gekoppelde nieuwe werkprocessen.

Voor het verhogen van de professionaliteit binnen het verpleegkundig vak heeft de VAR zich verdiept in actuele onderwerpen, zoals zorgzwaarte en rapportage adviezen uitgebracht aan de Raad van Bestuur. Verder was de VAR actief met het opzetten van een leiderschapsprogramma voor verpleegkundigen en gaf advies over het Rendementsprogramma.

Meerjarenplan 2017-2018

De komende jaren staan in het teken van het Rendementsprogramma en het vertrouwd raken met de nieuwe werkprocessen in het nieuwe ziekenhuis. De VAR vindt het belangrijk dat de verpleegkundigen zich 'thuis' voelen en de patiëntenprocessen optimaal veilig uitvoeren.

De VAR ziet verbetermogelijkheden ten aanzien van de verpleegkundige dossiervoering. De komst van het nieuwe EPD op termijn biedt een natuurlijk moment om deze verbetermogelijkheden door te voeren. In het jaarplan 2015 heeft de VAR dit al beschreven en zijn acties uitgezet om te kunnen komen tot een onderbouwd voorstel voor aanpassingen in de huidige verpleegkundige dossiervoering.

Naast deze veranderingen zijn de landelijke ontwikkelingen ten aanzien van functiedifferentiatie tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen in een vergevorderd stadium. De landelijke projectgroep 'Toekomstbestendige beroepen binnen de verpleging en verzorging' maakt stappen om de Wet BIG aan te laten passen. Daaraan gekoppeld zal er bij het herregistreren

gekeken gaan worden naar de skills, scholingen en trainingen van de verpleegkundige binnen een kwaliteitsregister. In de toekomst zal dit register waarschijnlijk gekoppeld gaan worden aan de wet BIG. De VAR zal deze ontwikkelingen op de voet volgen en daar waar nodig de verpleegkundigen informeren over de ontwikkelingen.

In het meerjarenplan VAR 2017 - 2018 zijn de thema's kwaliteit en veiligheid en professionaliteit gehandhaafd. Onder deze thema's worden de onderwerpen waarop de VAR zich wil focussen beschreven en zijn de doelen geformuleerd.

Terugkijkend heeft de VAR een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt waarbij de ontwikkeling van een duidelijk missie en visie enorm heeft geholpen om focus aan te brengen. Het uitdragen van deze boodschap in de organisatie zal de positie van de VAR verder verstevigen. Ook zal de VAR de komende jaren stappen ondernemen om meer zichtbaar te zijn in de organisatie.

Kwaliteit en Veiligheid

► Verpleegkundige verslaglegging / EPD

De VAR is van mening dat verslaglegging door verpleegkundigen van invloed is op de kwaliteit van de geleverde zorg. Dat wil zeggen dat de verpleegkundige rapportage eenduidig moet zijn en dat de gegevens die er toe doen ook daadwerkelijk gerapporteerd worden. De individuele professionaliteit van verpleegkundigen bepaalt de verslagleggingskwaliteit. In 2015 heeft de VAR een advies uitgebracht over de verpleegkundige verslaglegging, dat door de Raad

van Bestuur is overgenomen. 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.

► Zorgzwaarte

Het meten van de zorgzwaarte per patiënt maakt inzichtelijk wat de werklust per verpleegkundige is bij een bepaalde verdeling van patiënten over de beschikbare verpleegkundigen.

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.

► Qmentum

MST startte in 2015 met het toewerken naar een accreditatie door NIAZ op basis van de kwaliteitssnormen van Qmentum. Het uitgangspunt is dat de kwaliteitsverbetering tot stand komt door kennisoverdracht en draagvlak. Dit betekent dat iedereen betrokken is bij de kwaliteitsverbetering. De VAR zit in de klankbordgroep en neemt deel aan veiligheidsrondes.

► Best Practice Unit (BPU)

Van alle afdelingen zijn twee verpleegkundigen BPU-opgeleid die voor de afdeling onderzoek doen en de uitslagen hiervan implementeren. Hierdoor ontwikkelt de zorg zich door. De VAR hecht hier grote waarde aan. De onderzoeken binnen een afdeling, worden echter niet MST-breed geïmplementeerd. De VAR zou dat graag anders zien.

• Samenwerkingsverband TMC

Binnen het samenwerkingsverband TMC heeft de VAR een adviserende rol.

Alle adviesaanvragen die de VAR krijgt met betrekking tot het TMC bekijken we kritisch. We geven ook ongevraagd advies.

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.

► Kwaliteitsregister

Het Kwaliteitsregister voor verpleegkundigen V&VN is een register waarin de bij- en nascholingen kunnen worden bijgehouden. Elke 5 jaar moeten er 184 punten (84 geaccrediteerd en 100 vrij op te voeren) behaald worden om ingeschreven te blijven in het Kwaliteitsregister. Binnen MST hebben we het leerplan, dit is tevens een portfolio voor de interne scholingen. Landelijk wordt er nu gesproken om de herregistratie wet BIG te gaan koppelen aan het Kwaliteitsregister zodat er nog meer toe- en inzicht is op het bijhouden van je vak als verpleegkundige. Daarnaast betekent dit dat de BIG-herregistratie meer inhoudt dan alleen de gewerkte uren op de werkvloer. De VAR zal de ontwikkelingen hierin op landelijk niveau nauwgezet volgen en zonodig binnen MST verspreiden.

Advies in 2016

- Advies benoeming twee leden Raad van Toezicht
- Advies Verpleegkundige Zorgzwaarte
- Advies Verpleegkundig Leiderschap
- Advies CFO a.i.
- Reactie TMC, samenwerking Radiologie - Nucleaire Geneeskunde

4 Vastgoed

4.1 Enschede - Ariënsplein

Locatie Ariënsplein is verkocht en per november overgegaan op de nieuwe eigenaar. We blijven een deel huren onder andere ten behoeve van het lab van Medlon, totdat eind 2017 de nieuwe locatie voor het laboratorium aan de Haaksbergerstraat klaar is. Het Ariënsplein wordt een locatie voor studenten, onderwijs en start-ups, deels ten behoeve van Saxion.

4.2 Oldenzaal - (ver)Nieuwbouw

De (ver)nieuwbouw van de locatie Oldenzaal is afgerond en opgeleverd. Begin 2017 heeft een feitelijke opening plaatsgevonden. Inwoners van Oldenzaal en omgeving, bestuurders en huisartsen hebben kunnen ervaren hoe mooi de locatie is geworden en kennis kunnen nemen van het complete poliklinische zorgpakket dat wordt aangeboden.

4.3 Enschede - Verbouwing Haaksbergerstraat

Het verbouwingsplan van de locatie Haaksbergerstraat is goedgekeurd en inmiddels in volle gang. In het najaar van 2017 wordt de oplevering verwacht. Het laboratorium van Medlon zal inhuizen op de Haaksbergerstraat.

4.4 Restpunten verhuizing Koningsplein

De RvB stelde vanaf het voorjaar 2016 een begroting (€ 2,1 mln) in drie tranches beschikbaar voor afwikkeling van de 'veeglijst'. Hierop staan bouwkundige en installatietechnische aanpassingen om het nieuwe gebouw nog beter te laten functioneren. Van de 1150 'veegpunten' zijn er in 2016 846 afgerond. Het totaal aantal af te handelen veegpunten steeg iets naar 1231. Gaandeweg het jaar kwamen er nieuwe issues bij. Met de punten die nu in opdracht, of gereed zijn, is een bedrag gemoeid van totaal € 550.000. Vermeldenswaard is dat in 2016 de nieuwbouw het energielabel 'A' kreeg toegekend.

5 Resultaten

5.1 Kwaliteit en Veiligheid

5.1.1 NIAZ Qmentum

In 2016 is het plan van aanpak voor de ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie Qmentum verder uitgerold. Begin 2016 zijn de uitkomsten van de zelfevaluatievragenlijsten gedeeld en besproken. De managers en teamhoofden konden in samenwerking met de medisch specialisten, adviseurs kwaliteit en veiligheid en medewerkers op de afdelingen aan de slag om verbeteracties in te zetten waar nodig.

In maart startte de projectorganisatie met als doel: het behalen van de NIAZ-accreditatie in november 2016. Het bureau Kerteza voerde een proefaudit uit. De verbeteracties volgend uit de proefaudit zijn ingezet door de projectgroep in samenwerking met allerlei professionals en functionarissen uit het gehele ziekenhuis.

Om te toetsen in hoeverre afdelingen voldoen aan de normenset NIAZ-Qmentum is optimaal gebruik gemaakt van het auditsysteem. In MST zijn 55 (tracer) auditoren actief. In 2016 zijn er 40 interne audits uitgevoerd waarvan 3 traditionele audits en 37 traceraudits. Afdelingen lopen zelf ook regelmatig rondes met behulp van de tracerlightkaarten. Daarnaast zijn in het voorjaar door Kerteza nog eens 14 traceraudits uitgevoerd.

Om medewerkers goed voor te bereiden op de NIAZ-audit en hen van de juiste informatie te voorzien:

- is veel gerichte communicatie gedaan vanuit verschillende communicatiekanalen;
- zijn scholingen op maat ontwikkeld en deze breed verspreid in de organisatie;
- is elke medewerker continu bewust gemaakt van eigen verantwoordelijkheid;
- is ingestoken op het mijden van bureaucratie en geven van zekerheid.

Om inzicht te houden in de resultaten en de verbeteracties, maakten we gebruik van een digitaal systeem. In de aanloop naar de auditweek organiseerden we 90 medewerkersbijeenkomsten. Twee weken voor de NIAZ-audit is geen nieuwe informatie meer gecommuniceerd. Tijdens de NIAZ-audit begeleidde een buddy-team de auditoren. Tevens was er een hotroom waar elke medewerker terecht kon. Alle inspanningen leidden tot het behalen van de gouden ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie.

5.1.2 VMS Veiligheidscultuur

Het beleidskader Veiligheidscultuur is begin 2016 herzien en bevat een activiteitenoverzicht voor opnieuw twee jaren.

De ziekenhuisbrede veiligheidscultuurenquête is vanwege de verhuizing en het toewerken naar de NIAZ-audit verplaatst naar begin 2017 en wordt eveneens als voorgaande keren gekoppeld aan het Medewerkers Onderzoek. Op deze wijze kunnen uitkomsten vergeleken worden met de voorgaande enquêtes in 2012 en 2014. Op afdelingen zijn 9 IZEP's uitgevoerd en verbeteracties volgend hierop zijn opgenomen in de eigen managementreviews. Een ander veiligheidscultuurinstrument zijn de veiligheidsrondes die door de Raad van Bestuur en het duaal management worden gelopen in het ziekenhuis. 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 over relevante veiligheidsissues die spelen op hun afdeling. De Raad van Bestuur heeft in samenwerking met het Medisch Stafbestuur en de Cliëntenraad 30 veiligheidsrondes gelopen. Aanvullend zijn in 2016 door het duale management in de RVE's 13 gelopen.

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 decentrale commissies.

Het aantal meldingen dat we ontvangen, het percentage afgehandelde meldingen en de doorlooptijd van de afhandeling van VIM meldingen is onderdeel van de stuurinformatie die maandelijks door het management gebruikt wordt om de meldcultuur in het ziekenhuis in de gaten te houden. De Calamiteitencommissie zorgt voor de coördinatie en onderzoek naar (mogelijke) calamiteiten.

In 2016 ontvingen we in het Digitaal Meld- en Verbeter-systeem 5948 meldingen. Een stijging ten opzichte van 2015, duidend op een hoge meldingsbereidheid.

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

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 (IGZ). In 2016 heeft het ziekenhuis 24 (mogelijke) calamiteiten bij de inspectie gemeld. Daarnaast vroeg de IGZ ons om vier burgermeldingen te onderzoeken en zijn op verzoek van de IGZ acht SIRE onderzoeken uitgevoerd bij de cardio-thoracale chirurgie, naar aanleiding van hun thematisch toezicht. Het aantal meldingen laat een forse stijging zien ten opzichte van 2015 (19 meldingen), die past bij de landelijke trend van een grotere meldbereidheid. Naast de onderzoeken die gedeeld worden met de IGZ zijn er tevens nog 16 interne SIRE onderzoeken uitgevoerd.

Elke mogelijke calamiteit wordt middels de SIRE-methodiek onderzocht door een daarvoor getrainde onafhankelijke commissie. Deze commissie is in 2016 uitgebreid met een verpleegkundige en een arts assistent in opleiding. Elke calamiteitenrapportage wordt beoordeeld en besproken in het Bestuurlijk Strategisch Overleg, waarna het aan de IGZ wordt aangeboden.

De terugkoppeling van de IGZ op de kwaliteit van de calamiteitenonderzoeken vindt plaats door middel van een rapport waarbij een aantal aspecten beoordeeld worden op een schaal van onvoldoende-matig-voldoende-goed.

Bij één calamiteitenrapportage heeft de IGZ zelf aanvullend onderzoek gedaan, dit onderzoek loopt door in 2017. De overige in 2016 van de IGZ ontvangen reacties scoorden allen grotendeels 'goed' en op enkele punten 'voldoende'.

Naar aanleiding van de calamiteitenrapportages en het oordeel van de inspectie zijn verbetermaatregelen genomen. De maatregelen kunnen betrekking hebben op de werkwijze van bepaalde vakgroepen of een ziekenhuisbreed bereik hebben. De calamiteiten met een multi-disciplinair karakter zijn besproken op één van de plenaire necrologiebesprekingen. Voorbeelden van verbetermaatregelen die zijn genomen zijn het uitbreiden van de mogelijkheden en materialen voor valpreventie, een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling in het anti-stollingsbeleid en het verbeteren van het uitslagenbeheer.

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

	Totaal aantal	Waarvan conclusie calamiteit	Waarvan conclusie geen calamiteit	Aantal verbetermaatregelen
Mogelijke calamiteiten	24	15	9	59
Burgermeldingen	4	0	4	2

	Totaal aantal	Waarvan op verzoek van IGZ (nav thematisch toezicht)	Waarvan intern	Aantal verbetermaatregelen
SIRE onderzoeken	21	8	13	15

Prospectieve risicoanalyses

Bij geconstateerde onveilige processen en/of veranderingen in zorgprocessen worden standaard prospectieve risico-inventarisatie en analyses (PRIA) uitgevoerd. 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 2016 zijn 14 PRIA's uitgevoerd en 45 RA's uitgevoerd.

	2014	2015	2016
Aantal PRIA's	54	26	14
Aantal RA's	60	60	45

Kwaliteitsindicatoren

MST levert jaarlijks net als de rest van Nederland de prestatie-indicatoren 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 de IGZ-indicatoren en de indicatoren van het Kwaliteitsinstituut gebenchmarkt in Santeon verband. Bij de indicatoren waar verbeterruimte ligt vraagt de Raad van Bestuur aan de betreffende RVE's om met een verklaring en een verbeterplan te komen. Deze worden via de termgesprekken opgenomen in de PDCA-cyclus. 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 sinds mei 2016 behandeluitkomsten te zien voor borstkanker en darmkanker. (<https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl>).

5.1.3 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 sterftetekans 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 100 is de werkelijke sterfte gelijk aan de verwachte sterfte. Omdat de conditie en andere 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 2016 wordt voor alle ziekenhuizen pas in het najaar van 2017 bekend. In dit jaarverslag daarom de cijfers over 2015. In 2015 varieert de HSMR van de Nederlandse ziekenhuizen van 67 tot 136. MST heeft over 2015 een HSMR van 109 met een betrouwbaarheidsinterval van 100 - 117. De HSMR van 2015 wijkt daarmee 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.

Ook in 2014 was er sprake van een significant verhoogde HSMR (119) en dit was voor MST aanleiding voor het doen van onderzoek, zowel intern als ook door een externe partij. Er is in dit onderzoek gekeken naar zowel de wijze van registratie, maar daarnaast is ook uitvoerig dossieronderzoek gedaan om te beoordelen of de kwaliteit van zorg een rol heeft gespeeld in het overlijden.

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat er in 2014 in verhouding niet meer sterftegevallen zijn (ten opzichte van patiënten die niet zijn overleden) dan in de voorgaande jaren en dat de patiëntenpopulatie in MST gelijk is gebleven.

Het blijkt dat onderregistratie van nevendagnosen aan de basis liggen van de hoge HSMR. De registratie van nevendagnosen in MST blijft achter bij het gemiddelde van Nederland. Daardoor lijkt het op basis van de registratie alsof de patiëntenpopulatie in MST gezonder is dan deze in werkelijkheid is. Hierdoor is ook de verwachte sterftkans onterecht lager. Aangezien de verwachte sterftkans onterecht laag is ingeschat en het daadwerkelijke aantal overleden patiënten in MST hetzelfde is gebleven, is de HSMR verhoogd.

Ook in 2015 zit MST onder het landelijk gemiddelde als het gaat om de registratie van nevendagnosen, wel is het verschil met andere ziekenhuizen minder groot dan in 2014.

Dit is voor MST aanleiding geweest tot het opstellen van een verbeterplan in 2016 waarin verschillende maatregelen zijn opgenomen die de kwaliteit van de registratie moeten verbeteren. Daarnaast zijn ook maatregelen opgenomen om het dossieronderzoek bij overleden patiënten binnen MST te optimaliseren.

HSMR afgelopen jaren	
2012	95
2013	91
2014	115
2015	109

5.1.4 Visitaties

In 2016 zijn de specialismen Radiotherapie, Dermatologie, Kindergeneeskunde, MKA Chirurgie, Plastische Chirurgie en Anesthesiologie gevisiteerd door de wetenschappelijke verenigingen.

Bij Anesthesiologie betrof het een opleidingsvisitatie, de overige visitaties waren kwaliteitsvisitaties.

Van de kwaliteitsvisitatie van de MKA Chirurgie hebben de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur nog geen visitatierapport ontvangen. De Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur hebben recent het visitatierapport ontvangen van Dermatologie, Kindergeneeskunde en Plastische Chirurgie. Naar aanleiding hiervan stellen zij een Plan van Aanpak op. Het Plan van Aanpak van de Radiotherapie en Anesthesiologie is door de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur besproken en vastgesteld. 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.

5.1.5 Patiëntervaringsonderzoek

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 formuleren RVE's drie verbeteracties. Tijdens de voortgangsgesprekken met de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur wordt besproken of de resultaten verbeterd zijn.

In 2016 hebben patiënten MST poliklinisch een 8+ als rapportcijfer gegeven en klinisch een 8. 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 2014, 2015 en 2016 weer en geeft een uitsplitsing van het percentage promotors, passieven en criticasters.

	2014	2015	2016
Percentage criticasters (score 0 -6)	8,9%	10,5%	13,4%
Percentage passieven (score 7 -8)	46,2%	45%	41,7%
Percentage promotors (score 9 -10)	44,9%	44,5%	44,9%
NPS (percentage promotors - percentage criticasters)	36,0%	35,9%	31,6%

In 2016 is gestart met een pilot kortcyclisch meten van patiëntervaringen op de verpleegafdeling MDL. Het doel van het kortcyclisch meten is om eerder in te spelen op de ervaringen van de patiënt om zo het zorgbehandelplan zo goed mogelijk bij de wensen van de patiënt aan te laten sluiten. Daarnaast komt eventuele onvrede in een eerder stadium aan het licht. Na de succesvolle pilot hebben we dit uitgerold bij alle klinische afdelingen. In de eerste maand alleen al ruim 500 evaluaties.

Spiegelbijeenkomsten

In 2016 vonden 16 spiegelbijeenkomsten plaats. 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.

De uitkomsten van 2016 bevatten waardevolle informatie van de betrokken patiëntengroepen. De rode draad is de behoefte om de zelfredzaamheid te vergroten. Bijvoorbeeld door middel van informatie over het oppakken van dagelijkse handelingen zoals autorijden. Maar het werd ook verwoord als het ervaren van een gevoel van 'leegte' bij ontslag van patiënten die een intensieve behandeling/opname hebben ondergaan. Tevens zijn er uit de gesprekken ook veel complimenten naar voren gekomen.

Klachten

Binnen Medisch Spectrum Twente (MST) worden klachten afgehandeld conform de Klachtregeling MST. Uitgangspunt van de klachtopvang in MST 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.

Als een bemiddelingsgesprek met een klachtenfunctionaris niet tot een bevredigend leidt, kan de klacht door de (onafhankelijke)klachtencommissie in behandeling worden genomen. In 2016 heeft de klachtencommissie van 5 klagers de klachten beoordeeld.

In 2016 zijn door MST 36 aansprakelijkheidsstellingen gemeld en is één klacht ingediend bij het tuchtcollege.

Unieke klagers bij				
Jaar	Klachtenref.	Klachten commissie	Tuchtcollege	Claims
2014	556	22	1	61
2015	481	14	6	41
2016	698	5	1	36

5.1.6 Value Based Health Care

De zeven Santeon ziekenhuizen zijn gestart met het programma Value Based Health Care (VBHC). Value Based Health Care, ontwikkeld door Michael Porter van de Harvard Business School, wordt in het buitenland al met succes toegepast maar staat in Nederland nog in de kinderschoenen.

In het Value Based Health Care programma worden zorguitkomsten (gezondheidswinst en het effect op kwaliteit van leven) voor de patiënt in relatie gebracht met kostenbeheersing. Hierdoor ontstaat meer waarde: betere uitkomsten, lagere kosten.

De zeven Santeon ziekenhuizen zijn in 2016 voortvarend gestart met het Value Based Health Care (VBHC) programma. Niet voor de drie geplande, maar voor vijf zorggebieden zijn verbeterteams samengesteld en verbetercycli opgezet: borstkanker, prostaatkanker, heupartrose, longkanker en CVA. In het VBHC-programma worden zorguitkomsten (gezondheidswinst en het effect op de kwaliteit van leven) voor de patiënt in relatie gebracht met kostenbeheersing. Hierdoor ontstaat meer waarde: betere uitkomsten, minder kosten.

Op 14 maart 2016 vond de kick-off plaats voor de projectleiders van de zeven ziekenhuizen. De eerste drie maanden zijn de projectleiders ondersteund door de Boston Consultancy Group (BCG) en is een eerste aanzet gegeven aan de ontwikkeling van een gemeenschappelijk model. De basis voor dit model is een multi-disciplinaire verbetercyclus per zorggebied.

De kick-off voor het zorggebied mammacarcinoom vond plaats op 31 maart. Aanwezig waren het kern-team, bestaande uit de medisch leider, de projectleider en de datamanager, aangevuld met andere leden van het verbeterteam. Het team bestaat uit disciplines die bij de directe patiëntenzorg betrokken zijn, aangevuld met een of meerdere patiënten. De scorekaart, die bestaat uit uitkomst-, kosten- en procesindicatoren, is gebaseerd op gevalideerde scorekaarten / indicatoren, zoals ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) en Zorg voor Uitkomst. Op voordracht van de betrokken patiënten wordt ook de doorlooptijd van moment van diagnose (=PA-uitslag) tot bespreken behandelplan (=1e consult na laatste MDO voor start behandeling) gemeten.

Voor mammacarcinoom zijn in twee cycli data verzameld, geanalyseerd en is gekeken naar verschillen / variatie:

- Voor patiënten met hartfalen bij gebruik van trastuzumab (een vorm van chemotherapie) zoeken we binnen Santeon-verband naar uniforme diagnostische methodes om bij hartfalen de trastuzumab te stoppen en te herstarten;
- Het aantal aanvullende diagnostische activiteiten bij patiënten met mammacarcinoom daalde in 2016. Desondanks keken we naar mogelijkheden voor verdere daling. Medisch specialisten van de afdelingen heelkunde en radiologie werken dit verder uit.
- In december is gestart met de tweede ronde dataverzameling.

Voor het zorggebied prostaatcarcinoom vond de kick-off op 26 mei plaats. In één cyclus zijn data verzameld, geanalyseerd en is gekeken naar de verschillen:

- ▶ We deden verder onderzoek naar het aantal klinische verpleegdagen en dagverplegingen per patiënt die brachytherapie (inwendige bestraling) heeft gehad;
- ▶ We kijken hoe we de doorlooptijden binnen het zorgpad verder kunnen optimaliseren.

Op 30 mei heeft de kick-off voor het zorggebied heupartrose plaatsgevonden.

De eerste ronde van dataverzameling bracht interessante inzichten in Santeon-verband. Deze richtten zich op kosten per heup, klinische verpleegdagen en diagnostiek per patiënt:

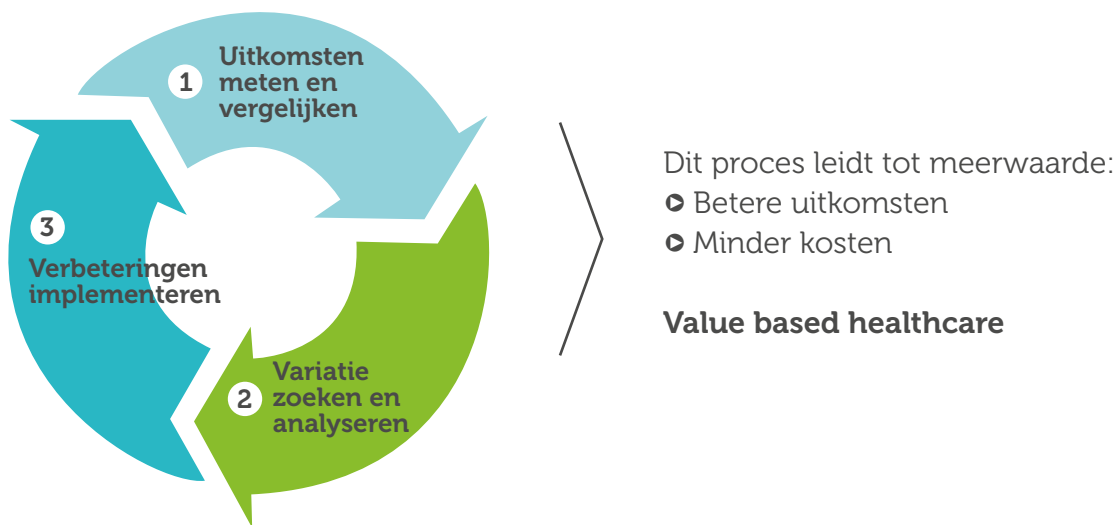
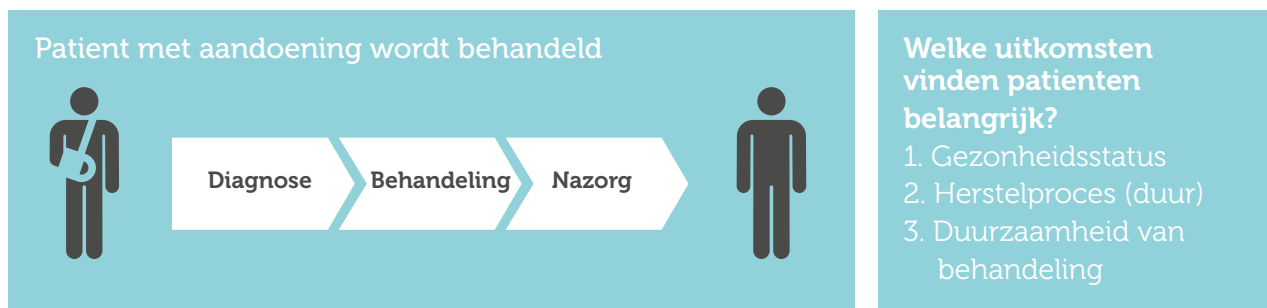
- ▶ Naast de kosten per prothese wordt een analyse uitgevoerd op de kwaliteit en de levensduur van de heupprothese;
- ▶ Bij de verlengde ligduur wordt onderzoek gedaan naar oorzaken, zoals informatie aan de patiënt en kwaliteit van de verpleegkundige zorg;
- ▶ Vanwege hoge geïndexeerde kosten voor diagnostiek is met ingang van 01 december het standaard uitvoeren van een X-heup postoperatief op de recovery gestopt.

Het zorggebied longcarcinoom is op 19 oktober gestart met de kick-off bijeenkomst. Nadat de scorekaart was vastgesteld is eind november gestart met het verzamelen van data. De eerste resultaten worden begin 2017 besproken.

In december zijn plannen gemaakt, zodat begin januari gestart kon worden met het zorggebied CVA.

Model Value Based Health Care:

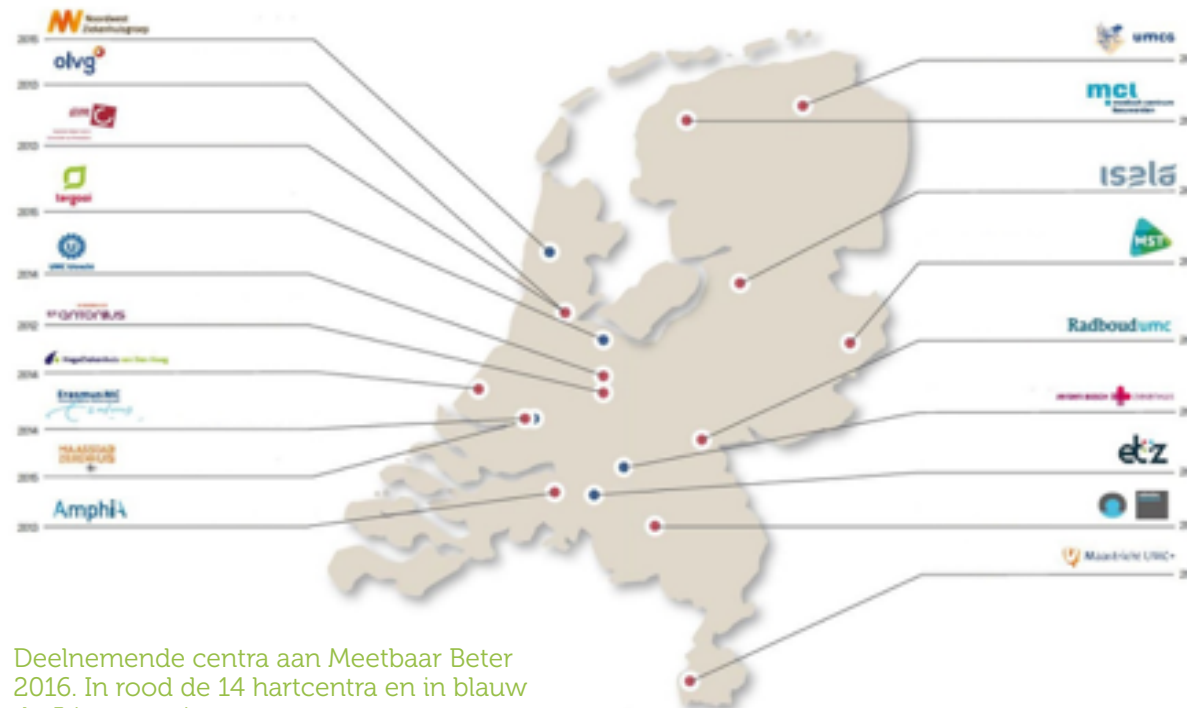
Value based healthcare: zoeken naar variatie in uitkomsten en van elkaar leren om te verbeteren



5.1.7 Meetbaar Beter

Value Based Healthcare vormt ook de methodologische basis van Meetbaar Beter. Meetbaar Beter heeft deze theorie praktisch implementeerbaar gemaakt en verder geoptimaliseerd. Het uitgangspunt van deze methodologie is om patiëntwaarde van de geleverde zorg te meten en te verhogen. De uitkomsten worden gerelateerd aan de daarmee gepaard gaande kosten. Deze relatie, tussen uitkomsten en kosten, biedt vervolgens concrete aanknopingspunten om zorg te verbeteren. Meetbaar Beter richt zich momenteel primair op de voor patiënten relevante uitkomsten van zorg. Op termijn kunnen kostenanalyses worden toegevoegd. (Uit: Meetbaar Beter boek 2016).

Sinds de oprichting van de stichting Meetbaar Beter in 2013 is het aantal centra dat deelneemt aan Meetbaar Beter gegroeid tot 19 Nederlandse centra. Van de 16 hartcentra die Nederland rijk is, participeren er 14 in Meetbaar Beter, en daarnaast zijn 5 cardiologische interventiecentra zonder cardiochirurgie betrokken:

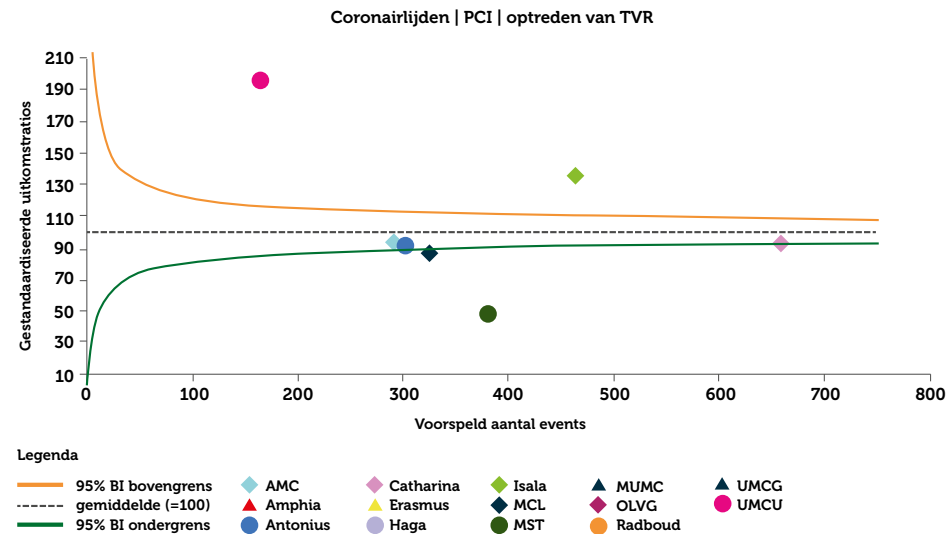


Deelnemende centra aan Meetbaar Beter 2016. In rood de 14 hartcentra en in blauw de 5 interventiecentra.

Voor het verkrijgen van betrouwbare inzichten in de resultaten van de hartzorg is een hoogwaardige kwaliteit van het datamanagement van essentieel belang. Binnen Meetbaar Beter zijn daarom duidelijke werkafspraken gemaakt op het gebied van datamanagement, de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gegevens, minimale vereisten voor publicatie van gegevens en het eigenaarschap van de gegevens. Vanuit Meetbaar Beter zijn kwaliteitscontroles op de data uitgevoerd, zowel door trend- en logica- analyses uit te voeren, als proces- en medisch inhoudelijke audits. De resultaten van alle deelnemende centra worden jaarlijks tijdens een symposium gepresenteerd en worden daarbij ondersteund door het Meetbaar Beter boek. In 2016 is voor het vijfde maal het uitkomstenboek gepresenteerd.

Het Thorax Centrum Twente neemt sinds 2014 deel aan het programma Meetbaar Beter. Data zijn aangeleverd voor de medische cohorten coronairlijden (coronaire bypasschirurgie, percutane coronaire interventie), aortakleplijden (aortaklepvervangning, transcatheter aortaklepimplantatie), gecombineerd aortakleplijden en coronairlijden, atriumfibrilleren (catheter pulmonaal venenisolatie, PVI) en mitraliskleplijden (aortaklepvervangning- en reparatie). Over het algemeen genomen laten de resultaten van 2016 een verbetering zien ten opzichte van 2015.

In het cohort coronairlijden laten de data bij de percutane coronaire interventie zien dat het Thorax Centrum Twente goede resultaten boekt. Er worden significant minder Target Vessel Revascularisations (TVR) waargenomen. (Figuur 3).



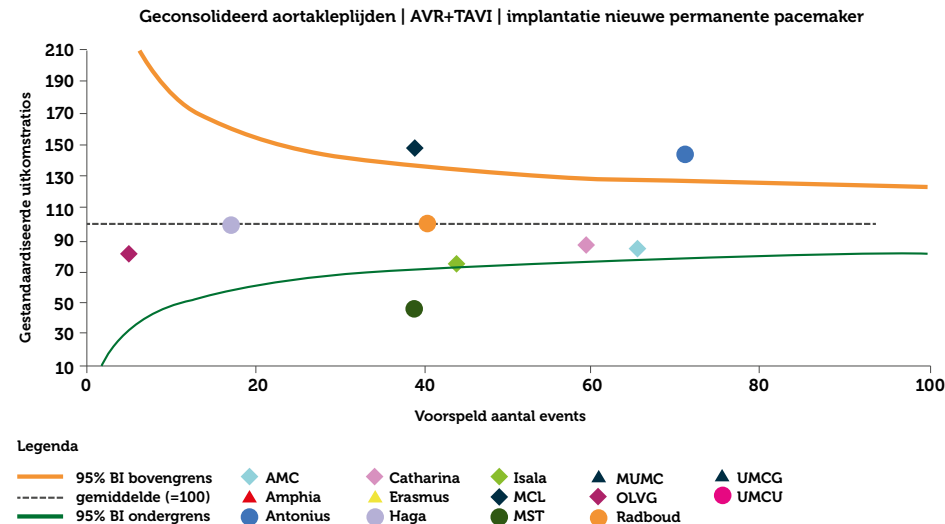
Coronairlijden. Optreden van TVR na PCI. Het Thorax Centrum Twente heeft een significant lagere TVR dan vooraf voorspeld.

C-statistic = 0,63 (matig); geïnccludeerde jaren = 2011-2014.

Risico-gecorrigeerd voor: cardiogene shock, chronische totale oclusie, diabetes mellitus, eerdere CABG, eerdere myocardinfarct, geslacht, indicatie PCI, leeftijd, meervatslijden, nierinsufficiëntie, reanimatie en interventiejaar.

De chirurgische behandeling van coronairlijden, de coronaire bypasschirurgie, in het Thorax Centrum Twente vaak op het kloppende hart uitgevoerd, laat een laag percentage CVA zien. De behandeling van aortakleplijden, in het Thorax Centrum Twente uitgevoerd via een chirurgische aortaklepvervanging of transcatheter aortaklepimplantatie (TAVI), laten eveneens een laag percentage CVA zien. Significant minder patiënten dan verwacht hoeven een nieuwe pacemaker te krijgen na de aortaklepbehandeling.

In het cohort coronairlijden laten de data bij de percutane coronaire interventie zien dat het Thorax Centrum Twente goede resultaten boekt. Er worden significant minder Target Vessel Revascularisations (TVR) waargenomen. (Figuur 3).



Aortakleplijden. De implantatie van een nieuwe pacemaker na aortaklepvervanging is in het Thorax Centrum Twente significant lager dan vooraf voorspeld.

Het Thorax Centrum Twente voert ook complexe hartchirurgie uit, zoals het cohort gecombineerd aortakleplijden en coronairlijden. De uitkomsten van deze ingrepen zijn vergelijkbaar met andere centra in Nederland. In het cohort atriumfibrilleren laat het Thorax Centrum Twente bij PVI goede resultaten zien. het Thorax Centrum Twente behoort met meer dan 800 catheter PVI ingrepen tot de drie grootste centra en laat lage complicatiecijfers zien. De chirurgische behandeling, de minimaal invasieve PVI, laat eveneens lage complicatiecijfers zien.

In 2016 is voor het eerst de chirurgische behandeling van mitraliskleplijden opgenomen in het Meetbaar Beter boek. In het Thorax Centrum Twente wordt in bijna 75% van de ingrepen gekozen om de mitralisklep te repareren in plaats van te vervangen. Veel patiënten hoeven daarom geen levenslange antistolling te gebruiken. De 30-dagen mortaliteit is in het Thorax Centrum Twente in dit cohort erg laag. Het Thorax Centrum Twente speelt een actieve rol in de Raad van Advies van Meetbaar Beter en in het atriumfibrilleren uitkomsten team. Deelname aan Meetbaar Beter en het daarna transparant maken van de uitkomsten van de geboden behandeling, zorgt voor inzicht in de kwaliteit van thoraxchirurgie in Nederland. Deze benchmark biedt het Thorax Centrum Twente aanknopingspunten tot verbetering en kan zich daardoor steeds blijven verbeteren.

5.1.8 stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE)

MST streeft ernaar maximaal transparant te zijn. Daarom ook neemt de Intensive Care van het MST deel aan de NICE registratie. Door middel van deze registratie wordt er inzicht verkregen in de kern resultaten van de Intensive Care, bijvoorbeeld ligduur en sterftcijfers. 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. Medio 2017 zijn de cijfers van MST over 2016 beschikbaar op de openbare website van de Stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE)

5.1.9 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 2016

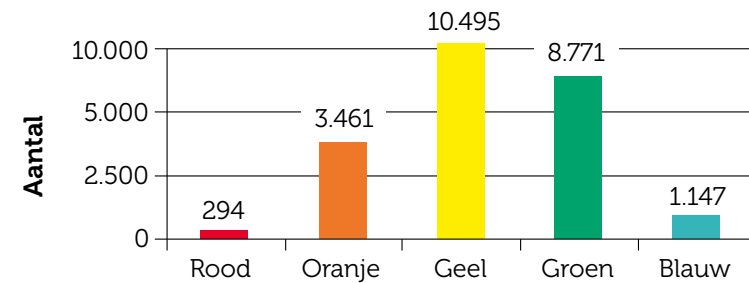
Het beeld van de SEH dat hun patiëntencategorie verandert, is in 2016 bevestigd. Door de vergrijzing komen er steeds meer oudere, ziekere mensen met co-morbiditeit naar de SEH. Tevens zijn er steeds meer chronisch zieken mensen. In 2016 brachten 24.168 mensen een bezoek aan de SEH. Het aantal patiënten dat via een heli-copter of de ambulance naar de SEH komt, steeg licht ten opzichte van vorig jaar. Het aantal traumapatiënten steeg met 1920 ook licht.

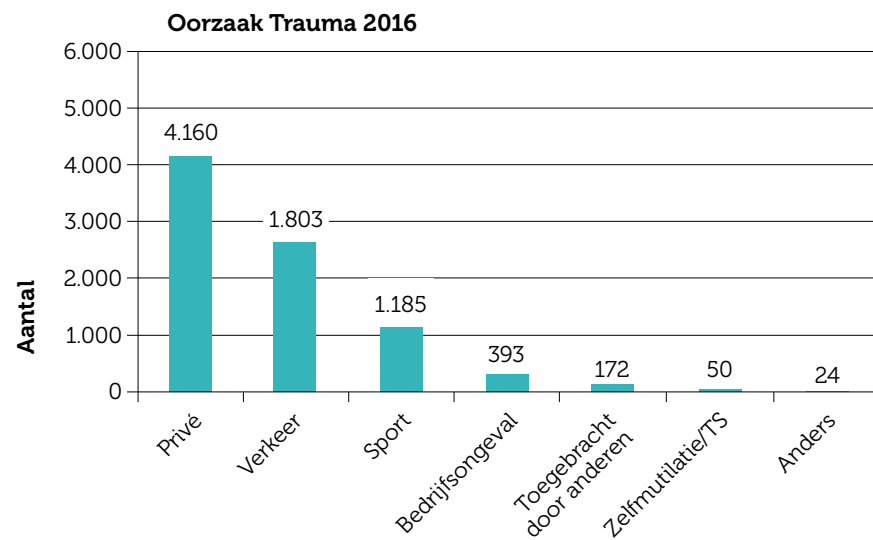
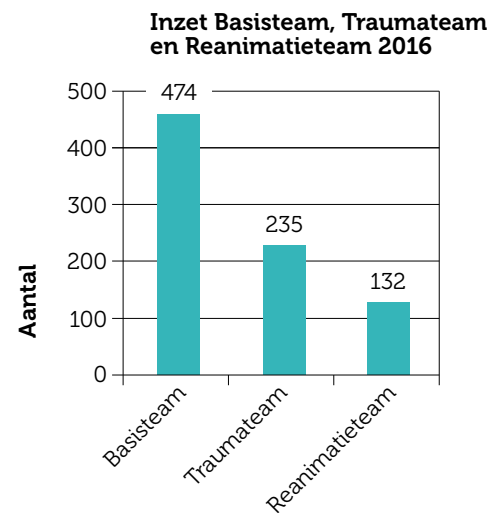
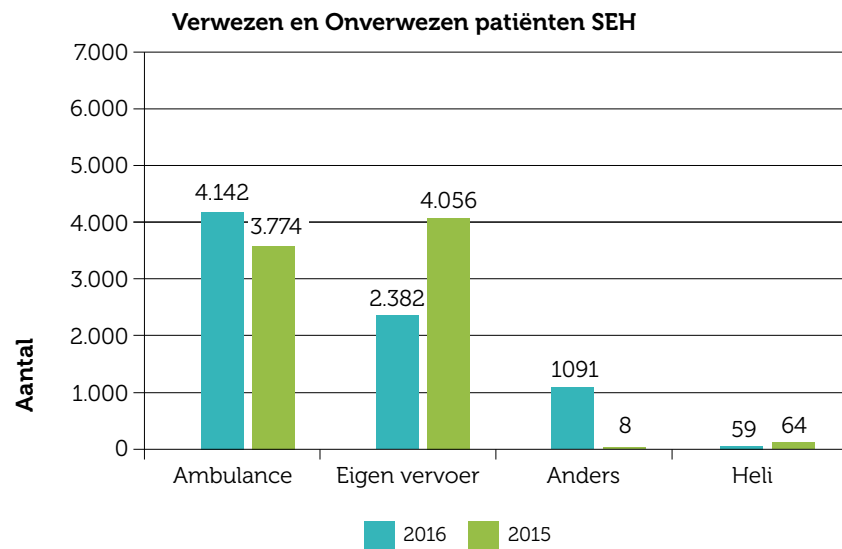
Triage

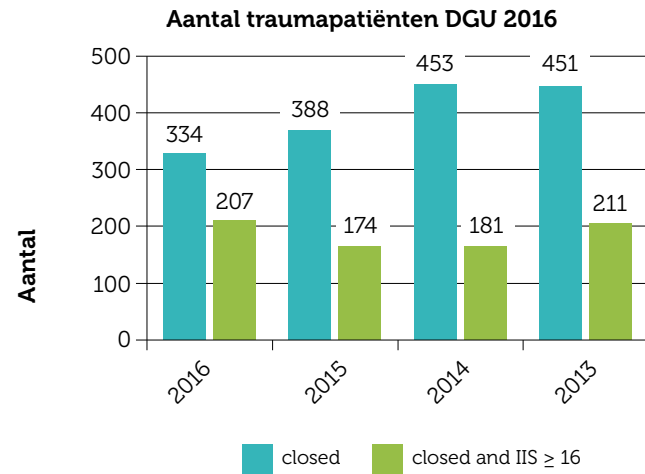
Patiënten die zich melden op de SEH worden door de triageverpleegkundige beoordeeld op de ernst van de klacht. Aan de ernst van de klacht wordt een urgentiekleur gegeven.

- 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

Triage op kleur 2016







Deutsche Gesellschaft voor Unfallchirurgie (DGU)

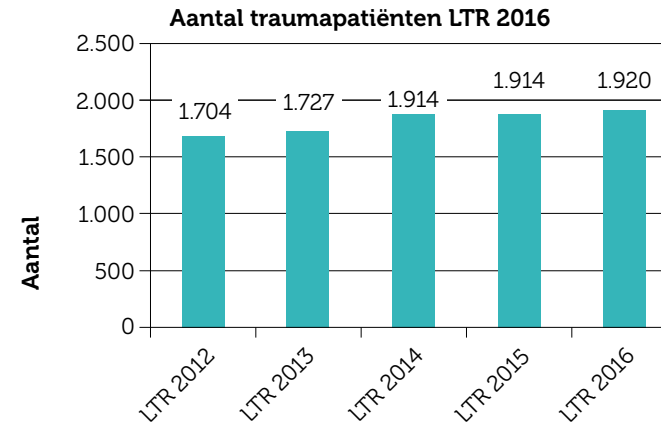
Criteria selectie traumapatiënten DGU
(Nederlandse en Duitse Nationaliteit)

- (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)

Criteria selectie traumapatiënten DGU

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 2016 werden 2865 kinderen behandeld op de SEH

5.1.10 Convenant medische technologie

In 2016 heeft MST het Convenant Medische Technologie verder uitgerold. Allereerst zijn de procedures voor aanschaf van medische apparatuur verbreed naar andere medische hulpmiddelen. Voor medische materialen zijn er grote stappen gemaakt: de Medische Materialen Commissie komt sinds 2016 wekelijks bijeen om nieuwe aanvragen te bespreken. Hierbij kijken we naar doel en doelmatigheid van de aanvraag, maar ook naar de effectiviteit, kwaliteit en veiligheid van het materiaal. Daarnaast evalueren we proefplaatsingen, klachten en recalls. Alle bevindingen worden geregistreerd en zijn herleidbaar. Bij de aanschaf van medische apparatuur is het sjabloon voor het pakket van eisen en wensen uitgewerkt naar een zo volledig mogelijk pakket, zodat de kans om essentiële onderdelen te vergeten geminimaliseerd wordt.

In augustus 2016 is het Convenant 2.0 gepubliceerd. Deze update behelst: medische apparatuur, medische informatietechnologie, te steriliseren medische hulpmiddelen, implantaten, medische verbruiksgoederen en in vitro diagnostica. De onderdelen gebouwbeheer en ziekenhuisverplaatste zorg zijn geen separate onderwerpen. Deze onderdelen zitten verweven in de normen van het Convenant 2.0. In het dashboard van MST zijn gebouwbeheer en ziekenhuisverplaatste zorg wel nog steeds zichtbaar als separate onderwerpen met ieder een actueel plan van aanpak.

Wat betreft bevoegd- en bekwaamheid van medische hulpmiddelen zijn er in 2016 twee mijlpalen gerealiseerd. Allereerst is een nieuw uitvoeringsreglement tot stand gekomen waarin staat wie waarvoor op welke wijze geschoold en getoetst moet zijn. Daarnaast zijn alle gebruikers van medische apparatuur, inclusief de medisch specialisten, in het Leerplein geregistreerd. Elke gebruiker heeft daar een eigen dashboard met daarin zijn apparatuur, wanneer scholing gevolgd is en wanneer de registratie verloopt. Alle teamhoofden hebben per medewerker, m.u.v. de medisch specialisten, inzicht in het aantal en soort voldane en verlopen registraties. Dit biedt waardevolle stuurinformatie.

Tot slot is een Stuurgroep Convenant Medische Technologie samengesteld, waarin Raad van Bestuur en Stafbestuur vertegenwoordigd zijn. In deze stuurgroep zal de totale implementatie van het Convenant 2.0 gemonitord worden en de route voor verdere optimalisatie uitgestippeld. 2017 zal in het teken staan van verdere implementatie van scholing voor medische hulpmiddelen, uitbreiding van inhoudelijke scholingsmodules in het Leerplein en het opzetten van een interne auditsystematiek voor het Convenant medische technologie 2.0.

5.1.11 Keurmerken

MST voldoet in 2016 aan 11 keurmerken. Twee zijn uit de lijst verdwenen; de 'Freya Monitor Fertilitieitszorg' en 'Kies uw Reumazorg'. Omdat fertilitieitszorg niet bij MST plaatsvindt, maar in de Fertilitieitskliniek Twente, vervalt dit lintje. 'Kies uw Reumazorg' biedt alleen nog maar algemene keuze-ondersteunende informatie en vormt geen keurmerk meer.

MST beschikt over de volgende keurmerken:

Patiëntenorganisaties	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	Ja	NL Stomavereniging
GV Stomazorg (urine)	Ja	NL Stomavereniging
Neokeurmerk	Ja	Ver. Ouders van couveusekinderen
Certificaat stichting Zorg en Borstvoeding	Ja	WHO / UNICEF
Borstkankerzorg / Roze lintje	Ja	NL Borstkankervereniging
Seniorvriendelijk ziekenhuis	Nee	Ouderenbonden
Spataderkeurmerk	Ja	De Hart&Vaatgroep
Vaatkeurmerk	Ja	De Hart&Vaatgroep
Kindvriendelijk ziekenhuis	Ja	Stichting Kind en Ziekenhuis
Sterren voor apneuzorg	Nee	Gouden Smiley
Totaal keurmerken	13	
Aantal behaalde keurmerken	11	

5.2 Onderwijs en onderzoek

5.2.1 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).

5.2.2 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.

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

¹ HBO-V regulier en dual, 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 Universitair Medisch Centrum Groningen (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. In september is de opleiding geneeskunde MST door het UMCG gevisiteerd. De eerste resultaten zijn gunstig. Het officiële rapport volgt nog.

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 er nauw samengewerkt met de Centrale Opleidings Commissie. In 2016 is de medische vervolgoopleiding Anesthesiologie extern gevisiteerd. Er hebben proefvisitaties plaatsgevonden bij de medische vervolgoopleidingen Anesthesiologie, Klinische Fysica en Klinische Farmacie en interne audits bij de medische vervolgoopleidingen Radiologie, Klinische psychologie, Heelkunde, Interne geneeskunde, Cardiologie en Klinische chemie.

Aantal aios 2016 in fte per specialisme	2016
Anesthesie	2,6
Cardiologie	11,7
Gyneacologie	5,4
Heelkunde	3,8
Interne geneeskunde	25,8
Kindergeneeskunde	2,7
Klinische farmacie	2,0
Klinische fysica	1,0
Longgeneeskunde	4,1
Mdl	2,8
Neurologie	11,3
Orthopedie	1,1
Radiologie	9,9
Reumatologie	3,0
Revalidatiegeneeskunde	0,3
Klinische chemie	1,6
Klinische psychologie	2,7
Eindtotaal	91,7

Centraal Instituut Verpleegkundige vervolgoedingen (CIVO)

Het CIVO is vanaf 2003 de theorieaanbieder van verpleegkundig vervolgonderwijs in de regio Twente/ Salland. Het bestuur werd gevormd door vertegenwoordigers uit ROC Aventus, ROC van Twente en Saxion Hogeschool. Om moverende redenen heeft het bestuur van het CIVO besloten om per 31 december 2015 de coöperatie te beëindigen. De drie ziekenhuizen (MST, ZGT en DZ) hebben in 2015 laten onderzoeken in hoeverre het haalbaar en wenselijk is om het verpleegkundig vervolgonderwijs te behouden in de regio Twente/ Salland. Dit heeft geresulteerd in een doorstart van het CIVO onder regie van de drie ziekenhuizen MST, ZGT en DZ per 1 januari 2016. In 2016 heeft het CIVO een Strategisch Beleidsplan ontwikkeld dat richtinggevend is voor de concrete ontwikkeling van CIVO voor de periode 2016-2020. Het is het resultaat van overleg met – en discussie binnen groepen van betrokkenen en belanghebbenden. Het strategisch beleidsplan heeft een looptijd van 4 jaar. De hoofddoelstellingen zijn algemeen geformuleerd in dit beleidsplan en worden jaarlijks geconcretiseerd in te realiseren resultaten en indicatoren.

Erkenningen verpleegkundige vervolgoedingen

In 2016 zijn twee erkenningen aangevraagd en verkregen; voor de vervolgoeding Medium Care en de praktijkleerplaats Oncologie Neurochirurgie.

Subsidieproject Opleidersprofessionalisering

MST, ZGT en Deventer Ziekenhuizen zijn in 2016 gestart met het project “Opleidersprofessionalisering klaar voor 2020”. Zij ontvangen voor de realisatie van het project subsidie van het innovatiefonds regio OOR N&O. De beoogde resultaten van het project zijn nieuwe leervormen voor opleidersprofessionalisering die binnen het medische domein ingezet kunnen worden, om een optimaal leerrendement op de dagelijkse complexe werkvloer te behalen.

Subsidieproject ‘Regionaal kwaliteitsbeleid’

In samenwerking met DZ, Isala en UMCG heeft MST vanuit de regionale werkgroep kwaliteitsbeleid in december 2016 een subsidieaanvraag ingediend bij het regionale innovatiefonds van de OOR N&O en deze toegekend gekregen. Het doel van dit project is de optimalisatie van het interne kwaliteitsbeleid in de regio OOR N&O, wat zal leiden tot verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de medische vervolgoedingen in de regio, opdat artsen in opleiding tot specialist zo optimaal en veilig mogelijk worden voorbereid op het werken als specialist.

Project Herinrichting Verpleegkundige Zorg (Verpleegkundige 2020)

Op 13 januari 2016 heeft de landelijke stuurgroep “Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging” zijn rapport aangeboden aan Minister Schippers. De stuurgroep adviseert om onderscheid te maken tussen MBO- en HBO-verpleegkundigen. In dit kader hebben de stafdiensten Medical School Twente, Kwaliteit en Veiligheid en HR een plan van

aanpak geschreven om het project Herinrichting verpleegkundige zorg op te starten binnen MST. De complexiteit en het belang van het project vragen om een zorgvuldige en gestructureerde aanpak, waarin alle belanghebbenden worden meegenomen en een rol vervullen. In 2016 is door het BSO besloten om het project Herinrichting Verpleegkundige Zorg op te starten met ingang van 1 januari 2017 conform het opgestelde plan van aanpak.

Operationeel opleidingsplan MST 2016

Het opleidingsbeleid is vastgelegd in het Strategisch Opleidingsplan 2014-2018 en is in 2016 vertaald in het Operationeel Opleidingsplan 2016. Dit stond vooral in het teken van het behalen van de NIAZ-accreditatie. In 2016 is het Strategisch Opleidingsplan herzien en verder afgestemd op de Strategische agenda van MST. Het vernieuwde strategisch opleidingsplan is met een jaar verlengd tot 2018 en in verband met de subsidie kwaliteitsimpuls aangeboden aan de NVZ.

NIAZ- accreditatie

Om alle MST-ers voor te bereiden op de NIAZ-audit, heeft Medical School Twente 21 digitale kennistesten ontwikkeld. Per kennistest is inzichtelijk hoeveel medewerkers de test hebben gedaan, bijvoorbeeld;

- ▶ Veilig Incident Melden (VIM), 2752
- ▶ Handhygiëne; 2191
- ▶ Medische apparatuur en materialen, 1252
- ▶ Decubitus, 1218

In augustus en september hebben Qmentum-voorbereidings/kennissessies plaatsgevonden, voor alle medewerkers. Hieraan hebben 2067 medewerkers (55% van de deelnemers) deelgenomen.

Om te voldoen aan de VIR (NIAZ-Qmentum) over training in het gebruik van infuuspompen, moet 90% van de gebruikers van infuuspompen, gecertificeerd zijn. In 2016 is per soort infuuspomp minimaal 94 % van de gebruikers gecertificeerd (m.u.v. de nieuwste infuuspomp die in term 3 2016 is aangeschaft, hiervoor is 60,5% gecertificeerd)

Introductie nieuwe medewerkers

Het bestaande Introductieprogramma sloot niet aan bij de behoeften van de verschillende professionals in MST, zoals de A(N)IOS, medisch specialisten en verpleegkundigen. In de loop van 2016 is er een nieuw interactief programma ontwikkeld, waarin de nieuwe medewerkers kort en krachtig de informatie ontvangen die zij nodig hebben. Daarnaast is er scholingscarrousel in het programma geïntegreerd. De introductiedag wordt ondersteund met behulp van een App waarin de nieuwe medewerker alle relevante informatie kan vinden. Het programma voor A(N)IOS en medisch specialisten is teruggebracht naar anderhalve dag, de specifieke informatie die niet voor alle A(N)IOS en medisch specialisten relevant is, wordt nu in de App aangeboden.

Werken in het nieuwe ziekenhuis

Mede door de veranderende werkprocessen in de nieuwbouw zijn er nieuwe opleidingen ontwikkeld en gestart in 2015, welke doorlopen in 2016.

- ▶ de MBO-opleiding tot roomservicemedewerker (inmiddels is 33% van de doelgroep opgeleid);
- ▶ de MST opleiding voor polikliniekassistent; (inmiddels is 33 % van de doelgroep opgeleid);
- ▶ de MBO-opleiding voor doktersassistent;
- ▶ de verpleegkundige vervolgopleiding tot Medium Care-verpleegkundige.

Bij-en nascholing

MedST ontwikkelt en coördineert bij- en nascholingen gericht op:

- ▶ het realiseren van de strategische thema's van MST (eisen die MST stelt);
- ▶ het realiseren van 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 en. Dit is gebaseerd op de functie die wordt uitgeoefend en de afdeling waarin men werkzaam is. Het opleidingsprofiel is voor teamhoofden en medewerkers zichtbaar in het kwaliteitsdashboard in het Leerplein MST. Hierdoor kan individueel worden gewerkt aan deskundigheidsbevordering.

In totaal is er een vast aanbod van zo'n 100 bij en nascholingen, waarvan momenteel 53 scholingen (gedeeltelijk) bestaan uit e-learningmodules. Het aanbod van e-learning en digitale trainingen is in 2016 fors uitgebreid met de aanschaf van All you can learn pakketten van het Expert-college, Noordhoff en Good Habitz. De nieuwe modules gaan bijvoorbeeld over vaktechnisch handelen, Voorbehouden- en Risicovolle Handelingen, medische apparatuur en persoonlijke ontwikkeling.

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

Scholingen (selectie)	Totaal aantal medewerkers geschoold 2016 portfolio-document	Totaal aantal medewerkers Met KWR (verplicht)	% gecertificeerd in 2016 KWR
Omgaan met weerstand en Agressie (blended learning)	327	2420	56% (01-04-2017)
Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling	466	2966	74.6%
ALS praktijk 2016	246	296	70%
BLS/AED 2016	1854	3312	65%
Rekenen in de zorg	101	1277	94%

5.2.3 Wetenschappelijk onderzoek

In 2016 zijn 222 unieke publicaties verschenen in peer-reviewed tijdschriften. Dit is flink minder dan in 2015 maar wel meer dan in alle andere jaren. De gemiddelde impact score van alle artikelen is 4,69, wat minder dan een half punt minder is dan in ons topjaar 2015. Dit jaar hebben we ook weer goed gescoord in toptijdschriften: éénmaal in de New England Journal of Medicine en 6 artikelen in de Lancet en 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 2016 naast die van eerdere jaren weergegeven.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal unieke publicaties	109	177	190	213	191	212	245	222
Gemiddelde impact factor	3,16	5,12	3,63	3,97	4,38	4,03	5,06	4,69

2013		2014		2015		2016				
Top 3: Aantal publicaties										
1	Neurologie	34	Neurologie	39	1	Medical School	35	1	Neurologie	41
2	Reumatologie	32	Medical School	33	2	Neurologie	33	2	Cardiologie	40
3	Medical School	24	Cardiologie	25	3	Heelkunde	31	3	Medical School	33
Top 3: Totale impact factor score										
1	Neurologie	276	Cardiologie	149	1	Neurologie	184	1	Cardiologie	255
2	Reumatologie	157	Neurologie	110	2	Heelkunde	178	2	Neurologie	170
3	Cardiologie	106	Reumatologie	107	3	Cardiologie	141	3	Medical School	135
Top 3: Gemiddelde impact factor score										
1	Neurochirurgie	24	MDL	6.1	1	Gynaecologie	12.5	1	Gynaecologie	16.7
2	Klin. Chemie	10	Pathologie	6.0	2	MDL	11.8	2	Radiotherapie	8.2
3	Neurologie	8	Cardiologie	6.0	3	Klin. chemie	10.5	3	Klin. chemie	6.9
Top 3: Aantal publicaties als 1^e, 2^e of laatste auteur										
1	Reumatologie	24	Neurologie	22	1	Neurologie	17	1	Cardiologie	18
2	Neurologie	19	Medical School	18	2	Medical School	16	2	Medical School	16
3	Cardiologie	16	Cardiologie	15	3	Cardiologie	15	3	Neurologie	14
			Reumatologie	15		Heelkunde	15			
Top 3: Totale impact factor score als 1^e, 2^e of laatste auteur										
1	Reumatologie	83	Cardiologie	98	1	Cardiologie	65	1	Cardiologie	110
2	Neurologie	66	Neurologie	52	2	Neurologie	48	2	Longziekten	57
3	Cardiologie	55	Medical School	51	3	Reumatologie	46	3	Neurologie	47
Top 3: Gemiddelde impact factor score als 1^e, 2^e of laatste auteur										
1	Kindergnkd	5	Cardiologie	6.5	1	Gynaecologie	6.0	1	Cardiologie	6.1
2	Radiotherapie	5	Intensive Care	6.1	2	Pathologie	5.6	2	Longziekten	5.1
3	Microbiologie	5	MDL	4.7	3	Intensive Care	5.4	3	Microbiologie	4.4

5.2.4 Subsidies

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

opbrengst in €	2016 verwacht	2015 verwacht	2014
Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoedingen	12.500.000	13.500.000	14.207.054
Ziekenhuisopleidingen	2.500.000	1.300.000	1.637.438
Stagefonds	111.374	140.000	137.946
Kwaliteitsimpuls	3.277.090	3.159.420	1.088.823
Affiliatievergoeding	457.515	503.000	515.731
Praktijkleren	155.073	14.300	

5.3 HRM

5.3.1 Rendementsprogramma

Met het oog op het behalen van de financiële doelstellingen en het verbeteren van de kwaliteit en efficiency van de dienstverlening was MST genoodzaakt in 2016 ingrijpende organisatieveranderingen door te voeren. Eind 2015 heeft MST een start gemaakt met verschillende rendementsprogramma's, die in 2016 zijn uitgewerkt en uitgevoerd. Op basis van de ingediende plannen door de organisatie-eenheden heeft de Raad van Bestuur op 10 mei een besluit genomen over functies die vervallen, functies waarbinnen krimp optreedt, of functies die van inhoud veranderen.

De reorganisatie die in 2016 plaatsvond, betreft functies in de ondersteunende diensten en heeft vooral betrekking op de stafdiensten. Voor veel medewerkers heeft dit directe gevolgen gehad. Hierbij is actief ingezet op begeleiding van betrokken medewerkers van werk naar werk. Voor het grootste gedeelte zijn boventallige medewerkers herplaatst in een andere functie of is een individuele vertrekregeling met de medewerker overeengekomen. Een aantal medewerkers zit nog in een begeleidingstraject van werk naar werk. De reorganisatie heeft geleid tot een vertrek van medewerkers in de ondersteunende diensten met een totale omvang van 83 fte.

5.3.2 Strategische personeelsplanning

Het HR beleid is vooral gericht op ontwikkeling van kwaliteit van medewerkers en management en wendbaarheid van de organisatie.

Professionalisering van de bedrijfsvoering, zakelijkheid en resultaatgerichtheid zijn belangrijke elementen in de verdere ontwikkeling van de organisatie. De instroom in met name de kritische zorgfuncties met schaarse expertise heeft nadrukkelijk de aandacht in het HR beleid. Voor wat betreft leiderschapsontwikkeling wordt ingezet op ontwikkeling van eigen talenten. Werken aan de verdere ontwikkeling van een positief imago van MST als aantrekkelijk werkgever voor talent en kwaliteit is van groot belang.

5.3.3 Jaargesprekken

Het succes van MST is in belangrijke mate afhankelijk van de wijze waarop medewerkers met elkaar samenwerken in de keten. Tijdens een jaargesprek wordt het functioneren van de medewerker in relatie tot zijn of haar werk, werkomgeving, collega's en leidinggevende besproken. Het jaargesprek is ook een instrument om de ontwikkeling van medewerkers te faciliteren en ervoor te zorgen dat medewerkers bekwaam, vitaal en gemotiveerd blijven. MST vindt het daarom belangrijk dat iedere medewerker een jaargesprek heeft met zijn/haar leidinggevende. In 2016 heeft uiteindelijk 87% van de medewerkers een jaargesprek gevoerd.

In 2016 heeft stafdienst HRM in samenwerking met de Ondernemingsraad een nieuw jaargesprekformulier ontwikkeld met als doel beter te kunnen sturen op resultaten en het vergroten van het gebruikersgemak.

5.3.4 Top Employer

MST is in 2016 opnieuw door het Top Employers Institute uitgeroepen tot Top Employer Cure & Care. Het certificaat Top Employer wordt uitgereikt aan organisaties voor hun toonaangevende personeelsbeleid. Top Employers Institute is een onafhankelijke organisatie die op basis van grondig onderzoek beoordeelt wat deelnemende organisaties aan medewerkers bieden. De criteria zijn talent strategie, personeelsplanning, onboarding, ontwikkelingsmogelijkheden, performance management, leiderschapsontwikkeling, carrièreontwikkeling, primaire- en secundaire arbeidsvoorwaarden en cultuur.

5.3.5 Onboarding

MST heeft in 2016 in samenwerking met het bedrijf Appical, een nieuw introductieprogramma ontwikkeld dat de onboarding van nieuwe medewerkers moet verbeteren. Met behulp van een app kunnen nieuwe medewerkers onder andere de benodigde e-learning modules volgen en meer te weten te komen over het werken bij MST en wat er in de eerste periode op hen afkomt. Tijdens de introductiedag, die in de eerste maand plaatsvindt, krijgen nieuwe medewerkers aan de hand van de app een rondleiding door het ziekenhuis.

Door de nieuwe invulling van de introductie zullen medewerkers beter voorbereid en sneller inzetbaar zijn op de afdeling. Ook zijn scholingen en cultuur beter verankerd in het inwerktraject en is het introductieprogramma dynamischer en interactiever geworden.

5.4 Zorgverkoop

MST heeft met alle verzekeraars overeenkomsten afgesloten in 2016. Opmerkelijk is de driejarige afspraak in de vorm van een aanneemsom die we met Menzis maakten. Met Zilveren Kruis, CZ en DSW zijn afspraken gemaakt op hoofdlijnen. Afronding van deze contracten en prijslijsten vindt plaats begin 2017. Ander opmerkelijke ontwikkeling was het contract met VGZ dat ontoereikend was, omdat er te weinig zorg was ingekocht. Dit leidde tot verlengde wachttijden voor VGZ. Voor 2017 is wel een passende afspraak gemaakt. Financieel gezien heeft MST afspraken gemaakt die iets liggen boven de gestelde verkooptarget van € 370,3 mln (conform groei hoofdlijnen) in totaal voor 2017: € 370,8 mln.

In de verkoopgesprekken met de verzekeraars zijn in 2016 speerpunten benoemd en door specialisten toegelicht aan de verzekeraars: darmkanker (incl. BVO), HIPEC, HPB-chirurgie, TAVI's, ablaties en WEC. Dit sluit aan bij de begin 2016 vastgestelde speerpunten van MST (hart- en vaat & oncologie).

6 Samenwerken

6.1 Samenwerken tussen de eerste- en tweedelijnszorg

6.1.2 Formele samenwerking THOON

In 2016 Huisartsen en MST hebben voor de toekomst verdere stappen gezet om naast het bieden van de beste zorg, samen ook andere voordelen voor de patiënt te realiseren. Uitgangspunt is de juiste zorg op de juiste plek. Hieronder zijn een aantal projecten gestart.

Medisch Spectrum Twente (MST) en Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland (THOON) hebben deze formele samenwerking nu officieel bekrachtigd.

6.1.3 Eenmalig Consult Medisch Specialist

In 2016 is de pilot Eenmalig Consult Medisch Specialist (ECMS) gestart met Interne Geneeskunde, Reumatologie en Neurologie. Zowel patiënt, huisarts als specialist ervaren deze werkwijze als zeer prettig. Het project loopt door tot en met 2017, waarna geëvalueerd wordt of het project wordt omgezet naar een reguliere werkwijze met reguliere financiering. 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.

6.1.4 Overige initiatieven

In de chronische zorg hebben huisartsen en specialisten een nauwe samenwerking en werkwijze ingericht in de (keten)zorg met betrekking tot onderstaande onderwerpen:

- ▶ COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease;
- ▶ CVRM – Cardiovasculair Risicomanagement;
- ▶ DM – Diabetes Mellitus.
- ▶ Overige initiatieven met betrekking tot samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zijn:
- ▶ Inzet optometrist in de eerstelijns;
- ▶ Osteoporosezorg.

6.2 Twentse Medische Coöperatie

Twentse Medische Coöperatie (TMC) heeft als doel om samen zo goed mogelijk voor Twente te zorgen. In 2015 is daartoe het pijncentrum Nocepta VoF opgericht waarin MST, ZGT en een groot aantal anesthesisten participeren. Daarnaast is de oprichting van de Kaakchirurgie Oost Nederland VoF, waarin MST, ZGT en de maatschap participeren een feit geworden.

6.3 Oncologische samenwerking

Binnen de oncologie is samenwerken met de eerstelijns, met andere ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen een belangrijke vereiste. In 2016 hebben we regelmatig contact met de coördinator van de eerstelijns om de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten te onderhouden. Ook doen patiënten in toenemende mate een beroep op onze casemanagers binnen de oncologie.

6.3.1 Samenwerking ZGT

In 2016 zijn er veel activiteiten, zoals een gezamenlijke stafmeeting van MST en ZGT, georganiseerd om een formele samenwerkingsrelatie op oncologische gebied voor te bereiden. Het doel van deze samenwerking is dat de:

- ▶ patiënt betere oncologische zorg in de regio ontvangt en ervaart in de gehele keten;
- ▶ oncologische zorg in de regio door beide ziekenhuizen gecontinueerd kan worden en geconsolideerd kan worden door op bepaalde tumorsoorten op landelijk niveau te excelleren;
- ▶ oncologische zorg betaalbaar blijft door efficiënte benutting van expertise, middelen en infrastructuur.

6.3.2 Samenwerking "ROTS" (Regionale Oncologische zorg Twente Salland)

Naast ZGT is er ook samenwerking met het Deventer Ziekenhuis ontstaan om de oncologische expertise in de drie ziekenhuizen te behouden en voor de toekomst verder uit te bouwen. Deze samenwerking beoogde in 2016 de laag-volume, hoog-complexe oncologische zorg voor lever-, alvleesklier-, maag-, oesophagus-

en rectumkanker in onze regio te optimaliseren. In 2017 zal in ROTS-verband verdergaande samenwerking onderzocht worden.

6.3.3 Samenwerking SKB

Tevens zijn onze radiotherapeuten werkzaam in het SKB te Winterswijk voor het verzorgen van poliklinische spreekuren. Ook werken we samen met het SKB samen door in regionale tumorwerkgroepen (borstkanker en urologie) te participeren.

6.3.4 Santeon

MST is actief lid van de vereniging Santeon. In november 2016 is een nieuw uitkomstenboek Oncologische zorg verschenen en zal Santeon zich richten op het verder uitbouwen van Value Based Healthcare, het gezamenlijk verkopen van borstkankercare, het gezamenlijk vormgeven van beleid rondom gebruik van dure geneesmiddelen en de inkoop hiervan, het verbeteren van het inkoopresultaat en het doorzetten van het ingezette beleid rondom de duurzame inzetbaarheid van medisch specialisten. Santeon bestaat na de toetreding van het Maasstad ziekenhuis in Rotterdam uit 7 ziekenhuizen.

6.4 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 dit mede dankzij de uitstekende grensoverschrijdende samenwerking. In een door het ROAZ opgestelde Ambitienotitie is nogmaals het belang onderstreept van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de acute zorg keten. Professionals die vertegenwoordigd zijn in de regionale MICK-expertgroep hebben in het afgelopen jaar een regionaal stroomschema verdenking TIA/CVA ingevoerd met als doel om sneller de juiste zorg op de juiste plaats te kunnen leveren. Tot slot nog ter illustratie de aantallen kinderen met woonplaats Gronau die de afgelopen jaren acute zorg hebben ontvangen in het VKC van MST.

	2014	2015	2016
Aantal acute bezoeken	30	70	87
Aantal acute opname	8	15	20

We zien een toename in zowel acute bezoeken als opnames van kinderen met een acute zorgvraag uit de omgeving Gronau, Duitsland.

Bijlage

Feiten & cijfers 2016

Patiënt

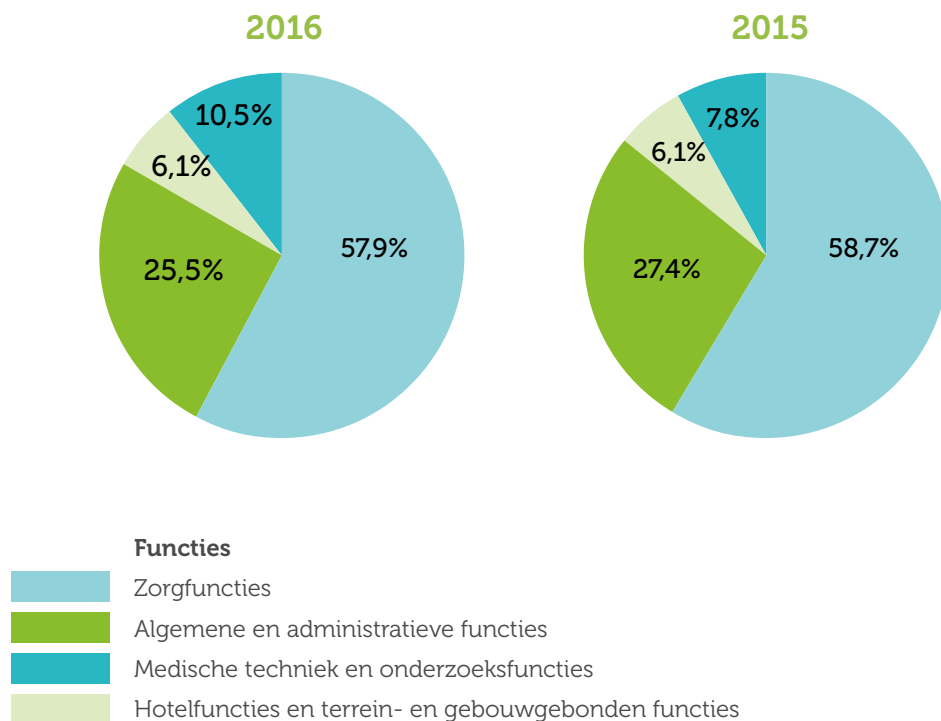
Eerste polibezoeken	118.816
Herhaalbezoeken	255.265
Totaal polibezoeken	374.081

Aantal bedden	600
Waarvan verpleegafdeling	486
Waarvan Intensive Care (met beademing)	30
Waarvan Medium Care	6
Waarvan Cardic Care Unit (eerste hart hulp met hartbewaking)	16
Waarvan Neonatologie	19
Waarvan PAAZ	23
Waarvan Operatief Behandel Centrum	20

Personeel

	2016	2015
Aantal medewerkers in loondienst, exclusief medisch specialisten (in fte)	2.851	2.889
Aantal medisch specialisten in loondienst + inhuur + vrij beroep (in fte)	232	235
Ziekteverzuim	4,7%	4,3%

Overzicht personeel, onderverdeeld in functies



Financiën

Resultaat 2016

Stichting Medisch Spectrum Twente realiseerde in 2016 een resultaat van € 17,1 miljoen negatief. Het resultaat is daarmee slechter dan de begrote € 14 miljoen. Ook ten opzichte van 2015 is het resultaat aanzienlijk lager als gevolg van de gestegen kapitaallasten door de in gebruikname van de nieuwbouw aan het Koningsplein. Reeds in 2016 is door de RvB een pakket aan maatregelen getroffen om de gestegen kapitaallasten structureel op te kunnen vangen binnen de exploitatie van MST. Ook in 2017-2019 loopt dit Rendementsprogramma door.

Doelstelling is dat er over de jaren 2017-2019 een rendementsverbetering wordt behaald van € 30 miljoen. Niet alleen kunnen daarmee de gestegen kapitaallasten opgevangen worden, ook wordt er ruimte gemaakt voor de versterking van de solvabiliteit van MST. Anderzijds dient een deel van het te behalen rendement ter dekking van de kosten van een nieuw in te voeren Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De RvT, banken en verzekeraars zijn in deze ontwikkelingen meegenomen. De belangrijkste cijfers en ratio's zijn hieronder weergegeven.

Geconsolideerde balans Stichting Medisch Spectrum Twente

(x € 1.000.000)	2016	2015	2014	2013	2012
Activa					
Vast	415,2	428,2	354,6	291,3	212,6
Vlottend	120,2	204,9	237,6	196,0	160,1
	535,4	633,1	592,2	487,3	372,7
Passiva					
Eigen vermogen	63,6	80,8	77,4	70,0	56,3
Voorzieningen	31,0	34,0	21,6	21,7	14,4
Vreemd vermogen lang	332,3	353,1	303,2	221,1	161,2
Vreemd vermogen kort	108,5	165,2	190,0	174,5	140,8
	535,4	633,1	592,2	487,3	372,7

Geconsolideerde resultatenrekening Stichting Medisch Spectrum Twente

(x € 1.000.000)	2016	%	2015	%	2014	%	2013	%	2012	%
Bedrijfsopbrengsten	418,7	100,0%	433,5	100,0%	365,0	100,0%	362,3	100,0%	347,6	100,0%
Bedrijfslasten										
Personeelskosten	244,2	56,3%	246,1	56,8%	190,1	52,1%	180,2	49,7%	176,3	50,7%
Afschrijvingen vaste activa	32,7	7,5%	21,6	5,0%	22,2	6,1%	25,5	7,0%	24,1	6,9%
Overige bedrijfskosten	144,3	33,3%	152,2	35,1%	136,3	37,3%	135	37,2%	133,3	38,3%
Bedrijfsresultaat	-2,5	-0,6%	13,6	3,1%	16,4	4,5%	21,7	6,0%	13,9	4,0%
Financiële baten en lasten	-14,6	-3,4%	-10,5	-2,4%	-9,2	-2,5%	-8,1	-2,2%	-7,9	-2,3%
Resultaat deelnemingen	0,0	0,0%	0,2	0,0%	0,1	0,0%	0,1	0,0%	0,2	0,1%
Resultaat	-17,1	-3,9%	3,3	0,8%	7,3	2,0%	13,7	3,8%	6,2	1,8%

Ratio's					
(x € 1.000.000)	2016	2015	2014	2013	2012
Resultaat					
Resultaatratio	-0,04	0,01	0,02	0,04	0,02
Resultaat	-171	3,3	7,3	13,7	6,2
Totale opbrengsten	418,7	433,5	365,0	362,3	347,6
Liquiditeit					
Quickratio	0,00	1,16	1,20	1,07	0,72
Currentratio	1,11	1,24	1,25	1,12	1,14
Solvabiliteit					
Solvabiliteit	11,88%	12,76%	13,07%	14,36%	15,10%
Totaal eigen vermogen	63,6	80,8	77,4	70,0	56,3
Balanstotaal	535,4	633,1	592,2	487,3	372,7
Vermogen					
Vermogensratio	15,19%	18,64%	21,21%	19,32%	16,20%
Totaal eigen vermogen	63,6	80,8	77,4	70,0	56,3
Totaal opbrengsten	418,7	433,5	365,0	362,3	347,6

Resultaatontwikkeling 2017 en 2018

Het begrote resultaat 2017 bedraagt € 4 miljoen negatief. Hierin is een ombuiging van circa € 10 miljoen verwerkt als eerste tranche van het Rendementsprogramma 2017-2019. Doelstelling daarbij is een personeelsreductie van 300 FTE en een reductie in materiële lasten. Voor de kostenbesparing op personeel is in de jaarrekening een reorganisatievoorziening getroffen. Het Rendementsprogramma is nadrukkelijk meerjarig vormgegeven. Alle projecten hebben een langjarig karakter, gericht op een duurzame kostenvermindering. Daarbij zijn per project targets geïdentificeerd en onderverdeeld naar de jaren 2017, 2018 en 2019 en verder.

Banken en liquiditeit

Op 31 maart 2016 is de consolidatie van kortlopende bankfinanciering (kasgeldleningen) naar langlopende leningen uitgevoerd. Op dat moment zijn ook de tariefopslagen vastgesteld. Van de werkkapitaalfaciliteit (€ 45 miljoen) is € 20 miljoen opgeschort. Doordat de facturatie in 2016 tijdig gestart is, was de faciliteit voldoende. Gedurende het hele jaar is er een positief banksaldo geweest.

MST zal ultimo 2016 niet aan de in de convenanten vereiste ratio's kunnen voldoen. Er zal aan het bankenconsortium een waiver gevraagd worden.

In 2017 is de facturatie nog weer eerder opgestart dan in 2016. Met de grootste zorgverzekeraars is al overeenstemming over de tarieven. Voor 2017 worden geen liquiditeitsproblemen verwacht omdat er, naast het verbouwingsproject aan de Haaksbergerstraat, geen grote investeringen zijn. En dit project is door externe financiering adequaat afgedekt. Er zal wel gebruik gemaakt gaan worden van de werkkapitaalfaciliteit, afhankelijk van het moment van restitutie van overproductie/-financiering uit voorgaande jaren.

Colofon



Medisch Spectrum Twente

Postbus 50 000
7500 KA Enschede
www.mst.nl

Grafisch ontwerp: Neerlandsvlak, NLVK.nl
Fotografie: MST



