

Van raad.van.bestuur@st-anna.nl

Rapport
**Bestuursverslag St. Anna
Zorggroep 2018**

Opdrachtgever
raad van bestuur

Referentie
27 mei 2018

Inhoud

1	Voorwoord	1
2	Organisatie	2
2.1	Organigram St. Anna Zorggroep	2
2.2	Kerngegevens St. Anna Ziekenhuis	3
2.3	Kerngegevens Ananz	4
3	Governance	5
3.1	Raad van toezicht	5
3.2	Deskundigheid en bezoldiging	6
3.3	Bijeenkomsten	6
3.4	Informatieoverdracht door raad van bestuur	8
3.5	Raad van bestuur	9
3.6	Specialistenberaad St. Anna Ziekenhuis	9
3.7	Ondernemingsraad	10
3.8	Cliëntenraden	10
4	Strategisch beleid	
4.1.	Speerpunten	13
4.2.	Ondersteunende programma's	14
4.2.1.	Value Based Healthcare	14
4.2.2.	AnnaNext	14
4.2.3.	Invoering SCRUM	14
4.3	Samenwerking	
4.3.1.	Samenwerking zorgpartners / THEMA	15
4.3.2	Catharina ziekenhuis	15
4.3.3	Sint Maartenskliniek	15
4.3.4	Philips	15
4.3.5	PSV	
4.4	Ontwikkelingen medische zorg	16
5	Kwaliteit en Veiligheid	17
5.1	St. Anna Ziekenhuis	17
5.2	Ananz	20
5.3	TopSupport	21
6	Bedrijfsvoering	22
6.1	Personeelsbeleid	22
6.2	MICT	23
6.3	Financiën	24
6.4	Facilitair	25
6.5	Marketing, klantrelaties en communicatie	25

Bijlagen:

Bijlage A – jaarverslag Ondernemingsraad St. Anna Zorggroep 2018

Bijlage B – jaarverslag Cliëntenraad St. Anna Ziekenhuis 2018

Bijlage C – jaarverslag Centrale cliëntenraad Ananz 2018

1 Voorwoord

Ook in 2018 zijn wij vol energie aan de slag gegaan. Wij zijn ons bewust van de herkenbare kracht van onze bijzondere zorggroep. Onze combinatie van care en cure is uniek in de regio.

We hebben onze nieuwe strategie vormgegeven en het Meerjarenbeleidsplan St. Anna Zorggroep 2019-2022 “Anna op weg naar 2022” opgesteld. Bijzonder aan deze strategie is dat het medisch portfolio wat de basis is van ons meerjarenbeleidsplan ook de basis is van het ondernemingsplan van het Medisch Specialistisch Bedrijf Anna. Samen met andere partners vormen wij een bijzonder betrokken zorgnetwerk rondom cliënten en patiënten om zo ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg te kunnen leveren.

Helaas hebben wij ons in 2018 genoodzaakt gezien om tot sluiting van de PAAZ over te gaan vanwege het gebrek aan psychiaters. Wij hebben de patiënten overgedragen aan andere zorgverleners en zorginstellingen en de medewerkers begeleid binnen de kaders van het Sociaal Plan PAAZ, dat wij met de bonden overeenkwamen.

Wij zijn al sinds jaar en dag een organisatie met vele opleidingen. In 2018 hebben wij een erkenningsaanvraag voor de opleiding Sportgeneeskunde ingediend en zijn gevisiteerd. Wij hopen op een positief bericht zodat wij de eerste medisch specialistische vervolgopleiding kunnen starten.

Heugelijk nieuws is ook de opening van het nieuwe personeelsrestaurant ‘de Ontmoeting’ op 10 september, dat volledig in eigen beheer is gerealiseerd en een zeer positieve bijdrage levert aan het werkgeluk van alle medewerkers van de zorggroep.

De jaarrekening 2018 laat een positief resultaat zien van ruim 3 miljoen euro. De St. Anna Zorggroep voldoet op de financiële ratio's aan de extern gestelde normen. Ook in 2018 was het meten en verbeteren van klanttevredenheid een continu proces. In 2018 namen in totaal 2539 patiënten deel aan het klantbelevingsonderzoek. Zij waardeerden hun opname in ons ziekenhuis gemiddeld met een 8,5.

In dit jaardocument geven we een toelichting op onze strategische keuzes in zorgaanbod en zorgpartners. In het bijzonder hebben we aandacht voor de manier waarop we invulling geven aan governance en voor onze inzet op het gebied van kwaliteit en veiligheid, inclusief de beoordeling door derden. Verder lichten we in dit bestuursverslag 2018 onze bedrijfsvoering toe op het gebied van personeel, huisvesting, ICT, financiën, facilitair, marketing en communicatie.

Wij bedanken eenieder die zich direct of indirect heeft ingezet voor onze bewoners en patiënten en kijken er naar uit om ook in 2019 onze zorg continu te verbeteren door nieuwe oplossingen en kansen doelgericht te benutten en slim samen te werken.

ir. G.A. Witzel
voorzitter raad van toezicht

drs. I.C.D.Y.M. Wolf-de Jonge
voorzitter raad van bestuur

2 Organisatie

De St. Anna Zorggroep bundelt de krachten en kennis van verpleeg- en thuiszorginstelling Ananz met het St. Anna Ziekenhuis én het sportmedisch gezondheidscentrum TopSupport. Hierdoor krijgen patiënten en cliënten een breed en compleet aanbod aan diensten en kennis op het gebied van medische behandelingen, gezondheid, wonen, welzijn en zorg.

Onze acute zorg is 24 uur per dag bereikbaar om patiënten snel en adequaat te helpen. In onze chronische zorg staat persoonlijke aandacht voorop en ondersteunen we de cliënt optimaal. We onderscheiden ons door korte toegangs- en doorlooptijden en spelen met passende, originele concepten in op de veranderende zorgvraag.

Dankzij de samenwerking binnen de zorggroep zijn we in staat steeds de beste totaaloplossing aan te bieden.

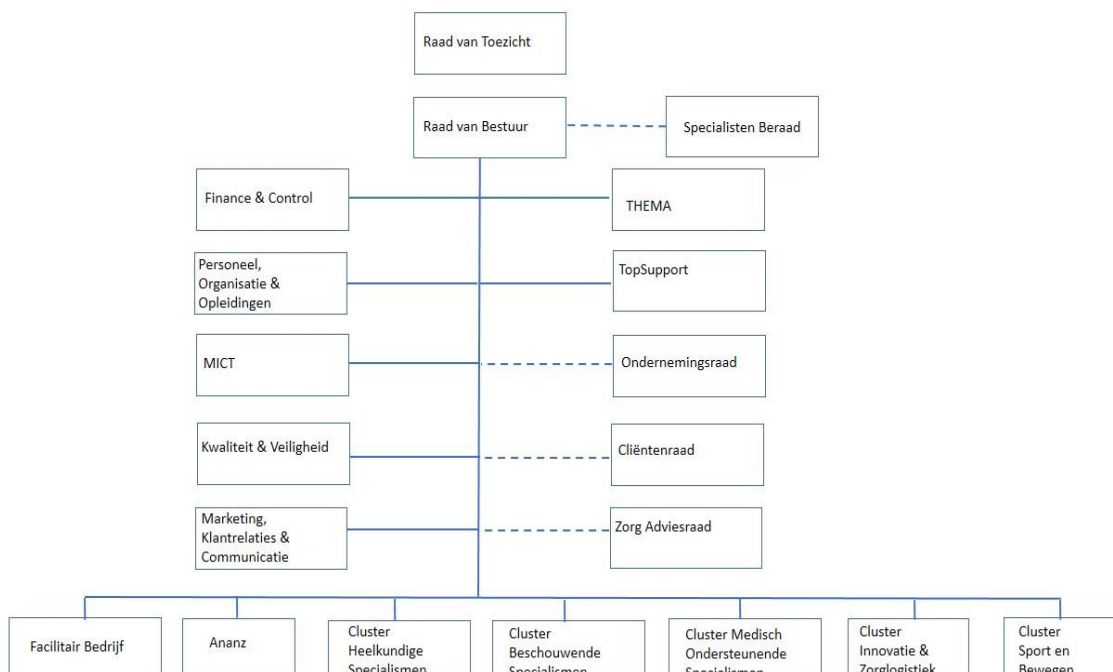
2.1 Organigram St. Anna Zorggroep

De St. Anna Zorggroep kent drie organisatieniveaus:

1. Strategisch niveau: raad van bestuur samen met bestuur medische staf.
2. Tactisch niveau: clusters, diensten en stafafdelingen.
3. Operationeel niveau: afdelingen.

Op ieder organisatieniveau is sprake van duaal en integraal management. Dit stimuleert de samenwerking tussen de verschillende disciplines, zoals de medische, verpleegkundige en verzorgende professionals.

De St. Anna Zorggroep hanteert het uitgangspunt dat het primaire proces zoveel mogelijk op operationeel niveau georganiseerd wordt. Daarom streven we ernaar de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden zo laag mogelijk in de organisatie neer te leggen. Het organogram ziet er als volgt uit:



2.2 Kerngegevens St. Anna Ziekenhuis

Algemene kerngegevens productie ziekenhuis	2017	2018
Kliniek (incl. psychiatrie)		
Aantal erkende bedden	423	423
Opgenomen patiënten	13.109	12.661
Ontslagen/overleden patiënten	12.965	12.455
Bedbezettingspercentage	64 %	61 %
Gemiddelde verpleegduur	3,9	4,2
Verpleegdagen incl. verkeerd bed	50.881	50.911
Dagbehandelingen	15.443	15.666
Polikliniek		
Polikliniekbezoeken	230.637	232.650
waarvan eerste bezoeken	78.107	79.250
DBC/DOT		
Gesloten DBC/DOT ziekenhuis	213.609	217.699
Gesloten DBC/DOT psychiatrie	783	497
Diagnostiek eerste lijn		
Radiologie	21.432	22.068
Laboratorium	470.386	478.384
Personeel per 31-12-2018		
FTE personeel in loondienst (excl. medisch specialisten)	1.001,36	1.030,28
FTE medisch specialisten in loondienst	24,64	21,02
FTE medisch specialisten inhuur	3,3	5,4
FTE medisch specialisten vrijgevestigd	65,3	67,6
Bedrijfsopbrengsten		
Totaal bedrijfsopbrengsten	€ 139.379.380	€ 145.307.515
Operationeel resultaat	€ 3.164.935	€ 2.722.702

Kerngegevens Ananz

Algemene kerngegevens productie Ananz	2017	2018
Cliënten per einde verslagjaar		
Aantal cliënten op basis ZZP (excl. GRZ en ELV)	286	293
Aantal extramurale cliënten wijkverpleging	47	53
Aantal cliënten dagbesteding/dagbehandeling	82	98
Capaciteit (per eind 2018)		
Aantal intramurale plaatsen (incl. ELV en GRZ)	323	330
Productie gedurende het verslagjaar		
Aantal dagen zorg met verblijf	114.082	103.388
Aantal dagen zorg op basis van volledig pakket thuis	0	0
Aantal dagdelen dagbesteding/dagbehandeling	15.623	17.566
Aantal uren extramurale productie	8.213	7.311
Bedrijfsopbrengsten		
Totaal bedrijfsopbrengsten	€ 27.606.541	€ 28.533.030
Operationeel resultaat	€ 1.764.295	€ 329.004
Personeel per 31-12-2018		
FTE personeel in loondienst (excl. medisch specialisten, incl. AnnaWerkt)	336,0	348,3
FTE medisch specialisten in loondienst	6,7	4,5

3 Governance

3.1 Raad van toezicht

Samenstelling

De samenstelling van de raad van toezicht St. Anna Zorggroep was per 31 december 2018 als volgt:

Samenstelling raad van toezicht St. Anna Zorggroep per 31-12-2018				
Naam	Functie in rvt	1e maal benoemd	Datum laatste herbenoeming	Herbenoembaar na huidige termijn
ir. G.A. Witzel	Voorzitter	16.12.2013	18.12.2017	n.v.t.
mw. drs. G.M. Mittendorff	Vicevoorzitter	16.12.2013	18.12.2017	n.v.t.
prof.dr. Chr. van der Werken	Lid	20.09.2012	20.09.2016	n.v.t.
ir. S.A. Bambach	Lid	16.12.2013	18.12.2017	n.v.t.

De St. Anna Zorggroep heeft een reglement voor de raad van toezicht waarin onder andere de bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. De zittingstermijn voor een lid van de raad van toezicht is vier jaar. Een volgens rooster aftredend lid is eenmaal herbenoembaar.

Hoofd- en nevenfuncties leden raad van toezicht St. Anna Zorggroep per 31-12-2018		
Naam	Hoofdfunctie *	Andere nevenfuncties *
ir. G.A. Witzel (Nieuw Venneep)	DGA Zelwit Management B.V.	- Voorzitter Raad van Commissarissen Heembouw BV - Voorzitter Raad van Advies G. Wijma & Zonen BV - Bestuurslid RFW Bruinsma stichting
mw. drs. G.M. Mittendorff (Malden)	Burgemeester gemeente Heumen	- Commissaris Medrie - Lid financiële auditcommissie Medrie - Voorzitter NPZ (Nationaal Platform Zwembaden) NRZ (kennisinstituut zwembranche) - Eigenaar Mittendorff advies, Mediation & Coaching
ir. S.A. Bambach (Waalre)	Senior Vice President VDL Groep Per 31-1-2019 Dga Simotec B.V.	- Penningmeester en lid van het bestuur van High Tech NL - Lid industriële adviesraad Solliance - Lid adviesraad Dutch Space Organisation - Bestuurslid TKI High Tech Systems and Materials
prof.dr. Chr. van der Werken (Zeist)	Em. Hoogleraar chirurgie Universitair Medisch Centrum Utrecht	- Lid raad van toezicht METS (Medisch Training en Simulatie Center), Bilthoven - Lid RvA Klinik Gut, St. Moritz, Zwitserland - Lid Board of Trustees AO Foundation, Davos, Zwitserland

De leden van de raad van toezicht hebben geen directe belangen bij de instelling.
De raad van toezicht is bereikbaar via het mailadres: raad.van.toezicht@st-anna.nl.

3.2 Deskundigheid en bezoldiging

Als norm voor het bestuurlijk functioneren van de St. Anna Zorggroep hanteert de zorggroep de Governancecode Zorg en de Wet bestuur en toezicht. In 2013 is een profielschets voor leden raad van toezicht vastgesteld. Het uitgangspunt is dat de leden door hun specifieke kennis en ervaring individueel, maar ook in collegiale samenwerking met de andere leden, een toegevoegde waarde hebben voor het bestuurlijke toezicht op de zorgorganisatie.

De leden van de raad van toezicht wonen regelmatig bijeenkomsten bij in het kader van kennis- en competentieontwikkeling.

Scholing leden raad van toezicht St. Anna Zorggroep 2018	
Naam	Naam scholing
ir. G.A. Witzel	Cursus Verbindend leiderschap van Stokkink
ir. S.A. Bambach	Kienbaum Governance Opleiding
prof. dr. Chr. van der Werken	NTVZ-congres "Open Toezicht".
Mw. drs. G.M. Mittendorff	NVTZ Lustrumfestival Governance & Leiderschap (Wagner Groep)

Binnen de raad van toezicht zijn de aandachtsgebieden van de leden van de raad van toezicht als volgt verdeeld.

Aandachtsgebieden leden raad van toezicht St. Anna Zorggroep			
Naam	Samenstelling commissies/ aandachtsgebieden	Aantal bijge- woonde ver- gaderingen commissie	Aantal bijge- woonde RvT- vergaderingen
ir. G.A. Witzel	Remuneratiecommissie Auditcommissie financiën	1/1 4/4	6/6
mw. drs. G.M. Mittendorff	Auditcommissie kwaliteit & veiligheid	3/3	6/6
ir. S.A. Bambach	Auditcommissie financiën	4/4	6/6
prof. dr. Chr. van der Werken	Commissie kwaliteit & veiligheid Remuneratiecommissie	2/3 1/1	5/6

De bezoldiging van de raad van toezicht vindt plaats conform de Wet Normering Topinkomens (WNT) en de adviesregeling NVTZ honorering raden van toezicht.

Bezoldiging leden raad van toezicht St. Anna Zorggroep 2018			
Naam	Functie	Periode	Beloning
ir. G.A. Witzel	Voorzitter	1-1 t/m 31-12-2018	€ 26.850
mw. drs. G.M. Mittendorff	Vicevoorzitter	1-1 t/m 31-12-2018	€ 17.900
ir. S.A. Bambach	Lid	1-1 t/m 31-12-2018	€ 17.900
prof. dr. Chr. van der Werken	Lid	1-1 t/m 31-12-2018	€ 17.900

3.3 Bijeenkomsten

De raad van toezicht kwam in 2018 zesmaal voor een reguliere vergadering bijeen. De externe accountant is in 2018 tweemaal bij het overleg met de voltallige raad van toezicht aanwezig geweest. In de vergadering van mei werden de jaarrekening en de

accountantsverklaring toegelicht. In de decembervergadering zijn de managementletter van de accountant en de begroting 2019 aan de orde geweest. Het hoofd Finance & Control was eveneens bij deze vergaderingen aanwezig.

De auditcommissie financiën kwam in 2014 vier maal bijeen. Deze bijeenkomsten vonden steeds plaats in het bijzijn van het lid raad van bestuur (tevens portefeuillehouder bedrijfsvoering) en het hoofd Finance & Control. Onderwerpen van gesprek tijdens deze bijeenkomsten waren onder andere de jaarrekening 2017, de exploitatie 2018, de begroting 2019 en het meerjaren financieel beleid. De auditcommissie financiën sprak daarnaast in 2018 twee maal met de accountant. In mei over het accountantsverslag en in december over de managementletter.

De auditcommissie kwaliteit & veiligheid voerde driemaal overleg met mevrouw Wolf (voorzitter raad van bestuur en portefeuillehouder kwaliteit) en mevrouw Gommers, hoofd afdeling kwaliteit & veiligheid. De bijeenkomsten worden gehouden aan de hand van een vaste agenda waarin onder meer aandacht werd besteed aan kwaliteitsindicatoren, VMS, interne audits, klachten en meldingen, patiënttevredenheid, toegangstijden en functioneren medisch specialisten.

De remuneratiecommissie kwam in 2018 eenmaal bijeen voor de functioneringsgesprekken en salarisbesprekingen met de raad van bestuur. De remuneratiecommissie voerde overleg met de bestuurders over hun persoonlijke doelstellingen en beoordeelde hun functioneren op basis van deze doelstellingen.

In 2018 heeft de raad van toezicht zich, net als in voorgaande jaren, voor wat betreft haar taak laten leiden door de algemeen geldende governance principes, neergelegd in de Governancecode Zorg. Dit betekent ook dat de raad van toezicht tenminste jaarlijks haar eigen functioneren evalueert. De maatschappij verwacht dat raden van toezicht professionaliseren. Zorginstellingen moeten hun interne toezicht verbinden met kwaliteit van zorg. Zelfevaluatie is een nuttig instrument om na te gaan wat goed gaat en wat beter kan. Het ondersteunt de ontwikkeling naar een meer effectieve rolvulling van de raad als collectief.

De zelfevaluatie van de raad van toezicht over 2018 heeft plaatsgevonden op 25 januari 2019 onder leiding van Prof. dr. ir. R. Goodijk. De evaluatie vond plaats in drie fasen: een eerste fase waarin de heer Goodijk afzonderlijk (telefonisch) sprak met de leden van de raad van toezicht en de raad van bestuur, enige weken later gevolgd door een tweede fase met een gesprek met de raad van toezicht en aansluitend een gesprek met zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht. Gesproken is over de veranderingen op het gebied van governance en in hoeverre de huidige werkwijze van de raad van bestuur past in dit tijdsgewricht. De wijze waarop de raad van bestuur en de raad van toezicht samen optrekken in het ontwikkelen van een strategische visie is een aandachtspunt geweest, evenals de contacten tussen de raad van toezicht en de stakeholders. Ook de invulling van de rollen, wederzijds en als maatschappelijk functionerende organisatie zijn aan de orde gekomen. Ten aanzien van het gezamenlijk optrekken in het ontwikkelen van lange termijn waarde creatie zijn nadere afspraken gemaakt.

Zoals gebruikelijk vonden verspreid over het jaar bijeenkomsten plaats met diverse geledingen: tweemaal met de ondernemingsraad, eenmaal met de centrale cliëntenraad van Ananz en eenmaal met cliëntenraad van het ziekenhuis. Verder werd tweemaal een delegatie van het bestuur Specialistenberaad uitgenodigd in de vergadering van de raad van toezicht.

Op 29 november 2018 vond de jaarlijkse themabijeenkomst plaats tussen de gezamenlijke cliëntenraden van het ziekenhuis en Ananz met de raad van bestuur en een delegatie van de raad van toezicht. Het thema van deze bijeenkomst was 'De toekomst van de ouderenzorg'.

3.4 Informatieoverdracht door raad van bestuur

Informatieverstrekking aan de raad van toezicht vindt plaats volgens het op 27 april 2010 vastgestelde informatieprotocol. Tijdens elke raad van toezicht vergadering komen de financiële en kwalitatieve rapportages aan de orde. Deze worden doorgenomen in respectievelijk het overleg tussen de auditcommissie financiën, raad van bestuur en het hoofd Finance & Control en anderzijds het overleg tussen de auditcommissie kwaliteit, raad van bestuur en hoofd afdeling kwaliteit & veiligheid.

Daarnaast wordt conform de Governancecode Zorg, reglementen en statuten door de raad van bestuur informatie aan de raad van toezicht verschaft over (meerjaren-) beleid, doelstellingen, diverse kwaliteits- en veiligheidsaspecten, waaronder kwaliteitsindicatoren, procesoptimalisaties en overige relevante zaken. De raad van toezicht wordt, indien dit aan de orde is, door de raad van bestuur geïnformeerd over de uitkomsten van onderzoeken, die door externe instanties, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg en anderen, worden verricht. Tevens wordt de raad van toezicht op de hoogte gehouden van relevante ontwikkelingen in de zorg en/of de regio. De raad van bestuur legde over het jaar op adequate wijze verantwoording af aan de raad van toezicht.

De werkwijze waarbij een aantal specifieke onderwerpen in de vergaderingen van deelcommissies van de raad van toezicht door de desbetreffende bestuurder-portefeuillehouder wordt toegelicht en besproken, waarna terugkoppeling plaatsvindt in de plenaire vergadering van raad van bestuur en raad van toezicht, bevalt goed. De auditcommissie financiën en de commissie kwaliteit & veiligheid zijn positief geëvalueerd.

Om goed geïnformeerd te blijven over de ontwikkelingen binnen de instelling en de relevante externe ontwikkelingen is het de gewoonte per vergadering tevens een onderwerp te belichten vanuit de verschillende organisatieonderdelen.

Zo werden in 2018 onder andere de volgende onderwerpen behandeld:

- NIAZ-accreditatie
- keuze opvolging accountant
- rapportages kwaliteit
- financiële rapportages, aanpak exploitatie en omzet 2018
- rooster van aftreden raad van toezicht
- PAAZ
- ondernemingsplan
- meerjarenbeleidsplan 2019-2022
- klasse-indeling voor WNT-bezoldiging
- jaarrekening 2017
- vertrek lid raad van bestuur en opvolging
- evaluatie raad van toezicht
- managementletter 2018
- begroting 2019
- strategische koers St. Anna Zorggroep

Tijdens de vergaderingen zijn diverse presentaties gegeven, onder andere over:

- presentatie inzake De digitale transitie
- presentatie inzake Informatieveiligheid
- presentatie inzake Ondernemingsplan en strategische visie

De raad van toezicht heeft goedkeuring verleend aan de volgende besluiten van de raad van bestuur:

- goedkeuring besluit vaststelling jaarrekening 2017
- goedkeuring benoeming de heer J. Hendrikx (EY) tot accountant vanaf boekjaar 2018
- goedkeuring besluit vaststelling aangepaste begroting 2018
- goedkeuring besluit vaststelling voorlopige begroting 2019

De raad van toezicht nam in 2018 de volgende besluiten:

- besluit tot verlenen decharge aan de heer C. Evers
- besluit tot aanstelling mw. A. Acampo als lid raad van bestuur per 1 juli 2018
- besluit tot klasse indeling klasse V (WNT)

3.5 Raad van bestuur

De raad van bestuur van de St. Anna Zorggroep bestaat uit twee leden, waarvan een voorzitter en een lid. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn vastgelegd in het reglement raad van bestuur.

Samenstelling raad van bestuur St. Anna Zorggroep per 31-12-2018		
Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
mw. drs. I.C.D.Y.M. Wolf-de Jonge (Breda)	Voorzitter raad van bestuur	<ul style="list-style-type: none">- Voorzitter raad van toezicht seniorenresidentie Ruitersbos, Breda- Voorzitter raad van toezicht Gezond op Zuid, Rotterdam
mw. drs. M.A.A. Acampo	Lid raad van bestuur	<ul style="list-style-type: none">- Lid NEN bestuur

3.6 Specialistenberaad St. Anna Ziekenhuis

De vrijgevestigde stafleden hebben zich verenigd in de Coöperatie Medisch Specialistisch Bedrijf St. Anna Zorggroep U.A. en de specialisten in dienstverband hebben de Vereniging voor Specialisten in Dienstverband opgericht. Gezamenlijk vormen zij het Specialistenberaad St. Anna Ziekenhuis.

Beide organisaties hebben een bestuur, dat in 2018 als volgt was samengesteld:

Bestuur Coöperatie Medisch Specialistisch Bedrijf St. Anna Zorggroep U.A.

- J.P. (Jan Pieter) de Mönning, KNO-arts, voorzitter
- P.E.N. (Piet) Hoek, chirurg, vice-voorzitter
- R.J.P. (Rutger) Haest, cardioloog, secretaris
- J.W. (Jan Willem) Ruijs, anesthesioloog, penningmeester

Bestuur Vereniging voor Specialisten in Dienstverband

- H.M.J. (Hélène) Franken, klinisch psycholoog, voorzitter
- J.A.J. (Hans) van Kuijk, sportarts, penningmeester
- G.H.W.H. (Geesje) van Schaijk, kinderarts, secretaris

3.7 Ondernemingsraad

De leden van de Ondernemingsraad (OR) behartigen de belangen van de achterban - de medewerkers - in overleg met de raad van bestuur en de diensthoofden cq. de managers bedrijfsvoering. Binnen de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) zijn rechten vastgelegd, die door hen als toetsingsinstrument worden toegepast bij beleid dat direct de medewerkers aangaat, zoals bij besluiten aangaande arbeidstijden en dienstroosters, beleidswijzigingen, personeelsregelingen, reorganisaties, jaarplannen, arbo- en financiële zaken, alsmede de begroting.

Het dagelijks bestuur van de OR is vooral beleidsmatig werkzaam. Zij bespreekt op regelmatige basis de algemene gang van zaken binnen de verschillende clusters met de verantwoordelijke clustermanager. De personele, financiële en organisatorische aspecten komen daarbij uitgebreid aan bod. Daarnaast is het dagelijks bestuur het eerste aanspreekpunt van de raad van bestuur en het hoofd PO&O.

In Bijlage A vindt u het jaarverslag van de Ondernemingsraad, met hierin een overzicht van de belangrijkste activiteiten en resultaten uit 2018.

Samenstelling Ondernemingsraad St. Anna Zorggroep per 31-12-2018		
Naam	Functie	Rol in OR
Marcel van Loon	SEH-verpleegkundige	Voorzitter
John Grootzwagers	Medewerker OK-chirurgie	Vicevoorzitter
Marijke Janssen	Geriatriefysiotherapeut (Ananz)	Secretaris
Mike van den Dries	Vakspecialist laboratorium	Lid
Marnix Lemmens	Medewerker algemene dienst	Lid
Ans Maes	Opnamecoördinator	Lid
Luci Manders	Administratief medewerker astma/COPD	Lid
Cockie Vernimmen	Diëtiste	Lid
Bjorn Beesems	Verpleegkundige IC/CC	Aspirant lid
Esther Deckers	Secretaresse OR	Secretaresse

3.8 Cliëntenraden

Cliënten (patiënten) hebben het recht mee te praten en mee te denken over dat wat in onze organisatie gebeurt. Hiervoor hebben zowel het St. Anna Ziekenhuis als Ananz een cliëntenraad.

St. Anna Ziekenhuis

De leden van deze cliëntenraad vertegenwoordigen iedereen die met het St. Anna Ziekenhuis te maken krijgt of kan krijgen. Dit kunnen patiënten en hun familie zijn, maar ook bezoekers en patiëntenverenigingen. Het doel van de cliëntenraad is om te bevorderen dat de cliënt van het ziekenhuis inspraak heeft bij het zorgdragen voor zo goed mogelijke zorg.

In de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen is geregeld dat de raad van bestuur van het ziekenhuis verplicht is over veel onderwerpen een advies aan de cliëntenraad te vragen. Ook kan de cliëntenraad ongevraagd een advies geven aan de raad van bestuur.

Voor een overzicht van alle activiteiten en resultaten van de cliëntenraad van het St. Anna Ziekenhuis, verwijzen wij u naar Bijlage B.

Samenstelling cliëntenraad St. Anna Ziekenhuis per 31-12-2018	
J. Driessen-Engels	Voorzitter
J. Rietsema	Vice-voorzitter
W.G.F.J. Langenhuijsen	Secretaris
N.D. Geraads	Lid
M.A.C. Jansens-Renders	Lid
A. Overvelde	Lid
R.J.E. Goethart	Lid
C.J.W.M. van Arendonk	Lid

Ananz

Iedere locatie binnen Ananz heeft een eigen cliëntenraad. Deze behartigt de gemeenschappelijke belangen van de bewoners van deze locatie en wil een actieve bijdrage leveren aan het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening. Naast de drie locatiegebonden cliëntenraden, is er ook een centrale cliëntenraad. Deze geeft gevraagd en ongevraagd advies over het beleid, waarbij het welbevinden van de bewoners voorop staat.

Het jaarverslag met daarin alle adviezen en resultaten van de centrale cliëntenraad van Ananz vindt u in Bijlage C.

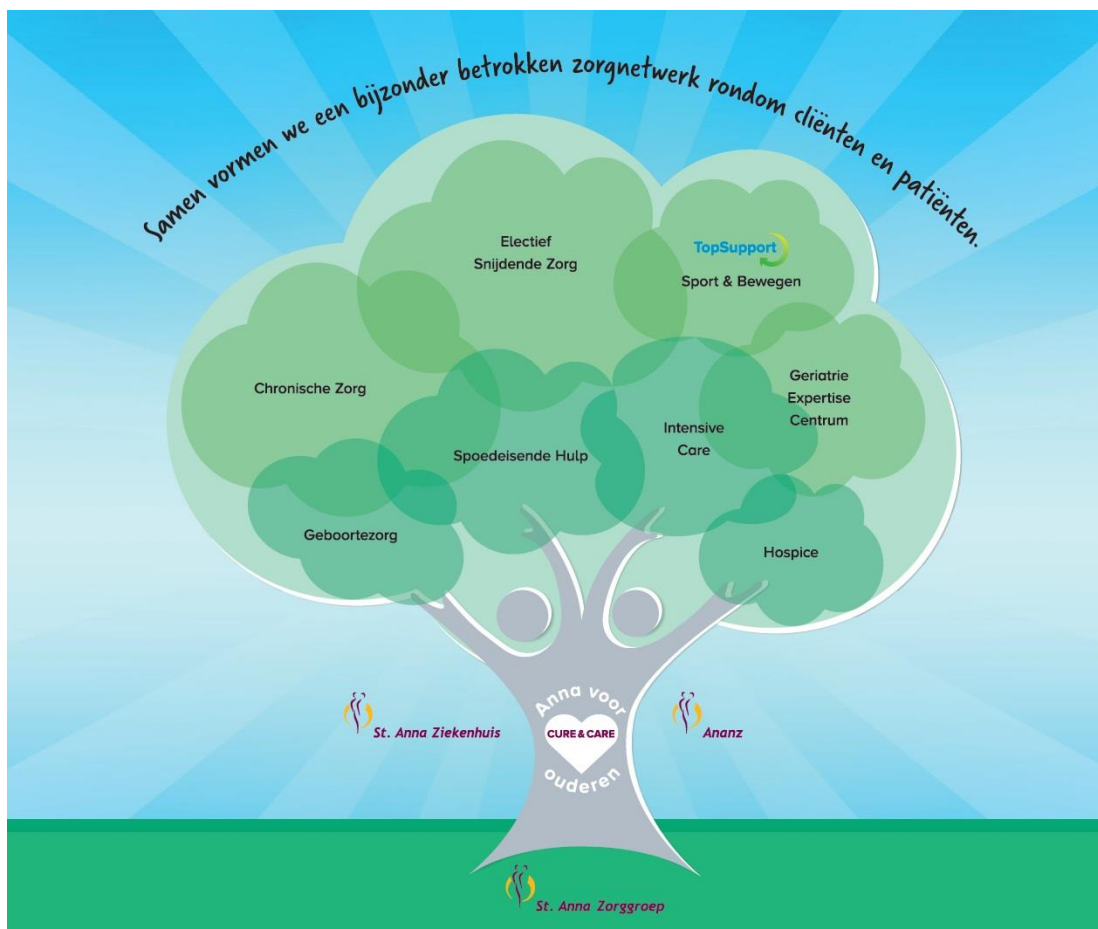
Samenstelling centrale cliëntenraad Ananz per 31-12-2018	
H. Hermsen	Voorzitter
E. Elverding	Vicevoorzitter
J.P.A. Kuypers	Lid
E. Kolen	Lid
M.E.W. van Breugel-Smolers	Lid, financieel deskundige

4 Strategisch beleid

In 2018 hebben we nieuw strategisch beleid ontwikkeld dat uitgaat van een volledig zelfstandige St. Anna Zorggroep. Onze kernwaarden 'professioneel en persoonlijk' en 'vindingrijk en verbindend' blijven daarin onverminderd belangrijk. Tijdens het ontwerpproces hebben we veel gesprekken gevoerd met alle interne overlegorganen die patiënten, cliënten, specialisten en medewerkers vertegenwoordigen. Extern spraken we onder ander met huisartsen, zorgverzekeraars, banken, gemeenten en andere stakeholders. Daarna heeft de raad van bestuur samen met het bestuur van het Specialistenberaad een nieuwe strategische koers uitgezet, deze opnieuw breed besproken en daarna vastgesteld als gezamenlijke koers op weg naar 2022. Het was een bijzonder proces door ieders grote betrokkenheid en de gezamenlijke overtuiging dat we met onderstaand strategisch beleid de weg kiezen die het beste bij de St. Anna Zorggroep past.

Dat vinden ook de zorgverzekeraars die ons, ondanks de 0-lijn uit het hoofdlijnenakkoord, de ruimte geven om te groeien volgens de principes van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Ze zijn zeer positief over de manier waarop wij ons beleid om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen doorzetten. We zien nog meer kansen om een deel chronische zorg terug te brengen naar de huisartsenpraktijk en van de topklinische ziekenhuizen in de regio een deel algemene zorg over te nemen.

De boom symboliseert voor ons de worteling in de samenleving en de kracht van samenwerking.



4.1. Speerpunten

Vanuit de synergie binnen de zorggroep geven we vorm aan onze primaire zorgprocessen. De groene delen van de boom vormen ons gezamenlijke portfolio. We nemen de verantwoordelijkheid om voor onze regio te zorgen voor goede, toegankelijk geboortezorg, Spoedeisende Hulp, Intensive Care en zorgen voor een waardig levenseinde in ons hospice. Deze vier kernfuncties zijn onmisbaar als basis voor ons zorgaanbod. Voor onze groei en ontwikkeling kozen we vier speerpunten waarin we willen excelleren in samenwerking met het zorgnetwerk dat we rondom onze cliënten en patiënten organiseren.

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Chronische zorg | ziekenhuis |
| 2. Planbare zorg (Electief Snijdend) | ziekenhuis |
| 3. Sport en bewegen | Ziekenhuis + Topsupport |
| 4. Zorg voor ouderen | Ziekenhuis, Ananz en Topsupport |

Ad 1. Chronische Zorg

Voor de groeiende groep patiënten met een of meer chronische aandoeningen is het belangrijk dat we als zorggroep goed samenwerken met andere zorgpartners, zoals de huisartsen. We willen de juiste zorg op de juiste plek organiseren. Dat kan onder andere heel goed met behulp van het groeiend aantal mogelijkheden op het gebied van zelf-monitoring. Het geeft patiënten de regie over hun eigen behandeling. Onze focus ligt nu op het organiseren van de beste zorg voor patiënten met diabetes, COPD, hartfalen en artrose.

Ad 2. Planbare zorg (Electief snijdend)

De kwaliteit van zorg neemt toe door een betere logistiek en verbeterde informatievoorziening. Met betere logistiek worden we het ziekenhuis met de kortste toegangstijden en doorlooptijden. Zorgpaden worden ingericht vanuit het project Value Based Healthcare (VBHC). Een overzicht van de resultaten uit 2018 leest u in paragraaf 3.10.1. Met goede informatievoorziening ondersteunen we het 'Samen Beslissen': De patiënt/cliënt beslist samen met de behandelaar, verpleegkundige en/of verzorger over de beste behandeling. 'Samen beslissen' gaat uit van drie belangrijke vragen: Welke opties heb ik, wat betekent dit in mijn situatie en welke alternatieven heb ik?

Ad 3. Sport en bewegen

De St. Anna Zorggroep heeft al een sterke naam als het gaat om (medische) sport- en beweegzorg in de regio Zuidoost-Brabant. Al onze krachten op het gebied van sport en bewegen, advisering, diagnostiek en blessurebehandeling uit het St. Anna Ziekenhuis zijn in TopSupport gebundeld. We bouwen het aanbod in sport en bewegen de komende jaren met diverse partners verder uit. Een overzicht van de in 2018 behaalde resultaten leest u in paragraaf 5.3.

Ad 4. Zorg voor Ouderen

Ruim 18% van onze patiënten is ouder dan 65 jaar en staat voor 42% van onze omzet. De samenstelling van St. Anna Zorggroep met een algemeen basisziekenhuis (het St. Anna Ziekenhuis), een zorginstelling voor ouderen (Ananz) en een expertisecentrum voor sport en bewegen (TopSupport) 'onder één dak' geeft de Zorggroep een unieke positie om de vaak hoogcomplexere zorg rondom een (kwetsbare) oudere optimaal op elkaar af te stemmen en in te richten. Onze kennis en ervaring bundelen we met zorgverleners uit de regio tot een compleet zorgnetwerk rondom onze cliënten en patiënten.

4.2. Ondersteunende programma's

Om de kwaliteit en doelmatigheid van onze zorg nog verder te optimaliseren, kennen we binnen de zorggroep een aantal ondersteunende programma's, waaronder:

4.2.1. Value Based Healthcare

Value Based Healthcare (VBHC) is gericht op het maximaliseren van de waarde van zorg voor de patiënt en op reductie van zorgkosten. Innovatie en verbetering worden hiermee onderdeel van de dagelijkse klinische praktijk. In 2018 hebben we VBHC breder getrokken dan alleen de 'klassieke' zorgpaden.

I. We willen onze zorg verder verbeteren en ons onderscheiden met VBHC door samen te werken met andere ziekenhuizen aangesloten bij de Stichting Algemene Ziekenhuizen (SAZ). We meten, vergelijken en bespreken de uitkomsten en best practices om zo tot de beste behandeling te komen. We zijn in 2018 begonnen met de behandeling van heupfracturen.

II. Zorgpaden vanuit het programma Juiste Zorg op de Juiste Plek zijn:

- COPD
- Diabetes
- Artrose

III. In bestaande VBHC zorgpaden richten we ons op optimaliseren, monitoren en sturen op de uitkomsten. Die paden zijn:

- Liesbreuken
- Galblaasverwijdering
- Acute knie (meniscusletsel en voorste kruisbandletsel)
- Chronische neusbijholteontsteking
- COPD
- Thoracale pijn
- Hoofdpijn

4.2.2. AnnaNext

De afgelopen jaren lag de focus op het digitaliseren. Die focus ligt nu vooral op de standaardisatie van informatie in de verschillende systemen en het faciliteren van het uitwisselen van deze informatie. Om dit zowel intern als extern snel, veilig en betrouwbaar te kunnen doen, investeren we in diverse projecten die zijn ondergebracht in het programma AnnaNext.

4.2.3. Invoering SCRUM

Wendbaar zijn zien we als de beste strategie om toekomstbestendig te blijven. Daarnaast willen we verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie leggen en zo zorgen voor zoveel mogelijk autonomie voor medewerkers. In 2018 hebben alle leidinggevenden een SCRUM-training gehad. Acht Scrum-masters trainen vervolgens gaandeweg de rest van de organisatie.

Om de autonomie van medewerkers nog laagdrempeliger te stimuleren zijn we ook gestart met het Sparkle Innovatieplatform. Via het platform worden ideeën van de werkvloer dankzij een scrum-aanpak snel gerealiseerd. Dit is een van de manieren om het werkgeluk van onze medewerkers positief te beïnvloeden. (zie ook 6.1 Personeelsbeleid)

4.3 Samenwerking

4.3.1. Samenwerking zorgpartners / THEMA

St. Anna zorggroep hecht veel waarde aan samenwerking met zorgpartners. Om dat belang ook organisatorisch te ondersteunen hebben we in 2018 een manager zorgsamenwerking benoemd die ook manager is van THEMA.

THEMA houdt zich bezig met de samenwerking tussen de St. Anna Zorggroep en haar samenwerkingspartners. Dat zijn allereerst, maar niet uitsluitend, de huisartsen. Daarnaast zijn verloskundigen, thuiszorg, fysiotherapeuten, gemeenten en VVT-instellingen belangrijke samenwerkingspartners. De samenwerking richt zich op elkaar kennen, kennisuitwisseling en inhoudelijke afspraken.

De zorgwereld verandert, dus ook de samenwerking. Samen met huisartsenzorggroep De Ondernemende Huisarts (DOH) is een programma opgesteld gericht op de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Dit programma heeft tot doel de zorg in onze regio toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Daarmee kunnen we de stijgende zorgvraag opvangen. Vanuit het St. Anna Ziekenhuis zijn hiervoor drie medisch specialisten aangesteld als vaandeldragers.

In breder verband trekken we samen op met zorgorganisaties en gemeenten uit de regio Groot Eindhoven. Dit doen we in het programma PRECIES! dat is gericht op kwetsbare ouderen.

4.3.3 Sint Maartenskliniek

Sinds 2018 hebben de reumatologen van de Sint Maartenskliniek een eigen polikliniek in het St. Anna Ziekenhuis. Daarmee halen we voor reumapatiënten uit onze regio hoogwaardige reumatologische zorg in huis. Reumatologische zorg is persoonlijke zorg waarbij beweging centraal staat en het ziekenhuis en de patiënt een lange relatie met elkaar aangaan. Zorg die dus prima past binnen het St. Anna Ziekenhuis.

4.3.4 Philips

St. Anna Zorggroep en Philips zijn in 2018 een strategisch partnerschap aangegaan van tenminste vijf jaar. Het partnerschap richt zich op e-health-toepassingen om patiënten beter op afstand te kunnen behandelen en daarmee vermijdbare ziekenhuisopnames te voorkomen en poliklinische herhaalbezoeken te verminderen. We vullen elkaar perfect aan in de ontwikkeling van innovatie in de zorg. Philips als marktleider in technologie voor de gezondheidszorg en St. Anna Zorggroep als aanbieder van ziekenhuiszorg, ouderenzorg en sportmedische zorg. Digitale informatie-uitwisseling stelt zorgverleners in het ziekenhuis en in de eerste-lijn in staat om gemakkelijker samen te werken en gegevens uit te wisselen.

4.3.5 PSV

PSV en St. Anna Zorggroep ondertekenden eind 2018 een intentieverklaring om te bouwen aan een Sports Performance Center. Een uniek concept gericht op blessurepreventie, prestatieverbetering en sportmedische innovatie. Via de topsport komt de kennis die straks bij PSV wordt vergaard, beschikbaar voor iedereen in de regio. Met dit initiatief verdiepen en verbreden wij onze samenwerking die al vijftig jaar bestaat en bundelen wij onze krachten op het gebied van sportgezondheid en prestatieverbetering ten behoeve van alle sporters.

4.4 Ontwikkelingen medische zorg

Anna voor Ouderen

Zorg voor ouderen is ook in het nieuwe beleidsplan weer een belangrijk speerpunt. We werken toe naar een Regionaal Centrum voor Ouderenzorg. De ontwikkelingen in 2018 brengen ons weer een aantal stappen dichterbij. We noemen er hier een aantal:

- Start Loket Anna voor Ouderen, mantelzorgers en zorgverleners. Doel is om voor iedere vraag de best passende oplossing te vinden binnen de zorggroep en bij onze ketenpartners.
- Samenwerking geriater en geriatrisch team ziekenhuis met specialist ouderengeneeskunde en geriatrisch expertisecentrum Ananz.
- Voorbereiding opening klinische afdeling geriatrie: werving geriaters.
- Verkenning en uitwerking samenwerking vakgroep geriatrie Catharina Ziekenhuis.
- Opening twee ELV-bedden op de afdeling heilkunde van het ziekenhuis. De specialist ouderengeneeskunde van Ananz voert de regie.
- Twee bedden voor ouderen met pneumonie die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis maar nog niet naar huis kunnen (op afdeling revalidatie van Ananz).

Orthopedisch Centrum

In september 2018 is het Orthopedisch Centrum Anna van start gegaan. Voorheen werden orthopedie-patiënten verspreid in het ziekenhuis geholpen. Nu zijn dagverpleging, kortverblijf, trauma en prothesiologie op één gang samengebracht. Dat maakt de samenwerking intensiever en makkelijker en de zorgverlening efficiënter.

5 Kwaliteit en Veiligheid

De St. Anna Zorggroep streeft naar het continu verbeteren en zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg. Voor het ziekenhuis zetten we daarvoor het referentiekader in van het Nederlands Instituut Accreditatie Zorginstellingen (NIAZ). Voor Ananz is het referentiekader de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Ook op het gebied van kwaliteit en veiligheid streven we naar synergie, samenhang en verbinding tussen ziekenhuiszorg en ouderenzorg.

5.1 St. Anna Ziekenhuis

In 2018 is het St. Anna Ziekenhuis voortgeborduurd op de behaalde accreditatie NIAZ-Qmentum. De St. Anna Zorggroep voldeed ruimschoots aan alle accreditatie-eisen die werden gesteld en daar waar nodig zijn verbeteringen gerealiseerd zoals het implementatie en evaluatie van het beleid valpreventie en het realiseren van het opleidingsplan hygiëne en infectie. Aan de drie V's die voor het NIAZ van belang zijn: veilige zorg, verantwoorde zorg en een goede verbetercultuur is continu gewerkt om onze zorgverlening op het gebied van kwaliteit en veiligheid op een hoog niveau te houden.

Dat patiënten en cliënten onze bijzonder betrokken manier van zorg verlenen ook waarderen, blijkt uit diverse onderzoeken, ranglijsten en behaalde keurmerken.

Risicomanagement, kwaliteitsafspraken tussen raad van bestuur en medische staf en crisismanagement maken deel uit van het strategisch kwaliteit- en veiligheidsbeleid.

Risicomanagement

De organisatie van zorgverlening is een complexe aangelegenheid. De kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg en de continuïteit van de bedrijfsvoering vereisen dat risico's die daarop een bedreiging kunnen vormen, tijdig in beeld zijn. Door het treffen van beheersmaatregelen kunnen deze risico's mogelijk worden beperkt, zowel voor de kans dat het risico zich voordoet, als voor de gevolgen. Risicomanagement is voor ons een hulpmiddel om op een gestructureerde en expliciete manier risico's in kaart te brengen, op die risico's te anticiperen en zodoende de risico's te beheersen.

Het risicomanagementbeleid is in 2018 gecontinueerd. In de auditrondes die de raad van bestuur heeft gehouden met de individuele domeinverantwoordelijken zijn relevante risico's en hieraan gerelateerde beheersmaatregelen besproken.

Crisismanagement/zorgcontinuïteit

De zorggroep wil goed voorbereid zijn op eventuele rampen en crises. Er is een eenduidige structuur voor zowel het bestuurlijk/strategisch niveau als het operationeel niveau.

In de opleiding, training en de oefeningen is dit verder getoetst en verfijnd. Zowel op bestuurlijk- als strategisch niveau hebben deze oefeningen plaatsgevonden.

Op operationeel niveau hebben een aantal maatwerkopleidingen en oefeningen plaatsgevonden.

In een aantal oefeningen zijn scenario's met bijbehorende dilemma's aan bod geweest, afgestemd op de eigen situatie en actualiteit van zowel het ziekenhuis als Ananz.

Voor het ziekenhuis betrof dit onder andere CBRN (chemisch, biologisch, radioactief en nucleair) en terrorisme gevolg bestrijding . Voor Ananz het ontruimen van een locatie door externe omstandigheden en maatregelen ter voorkoming en bestrijding van brand.

Informatieveiligheid

In het kader van de AVG is een aantal verbeteringen doorgevoerd om hier volledig bij aan te sluiten. In 2018 is verdere uitvoering gegeven aan het beleidsplan informatieveiligheid 2017-2018. Daarnaast is het beleidsplan voor 2019 opgesteld. Hierin is het huidige informatieveiligheidsbeleid beschreven en zijn doelstellingen voor 2019 vastgelegd. Daarnaast is er een stuurgroep informatieveiligheid ingesteld. Het afsluiten van verwerkersovereenkomsten en het opstellen van een verwerkingsregister is in 2018 een belangrijk thema geweest. Ook zijn er diverse campagnes gehouden om de bewustwording ten aanzien van informatieveiligheid/privacy bij medewerkers te vergroten. Daarnaast is er, in overleg met betrokkenen, aan gewerkt om afspraken en protocollen goed vast te leggen.

Kwaliteitsinstrumenten

Om de kwaliteit en veiligheid op het hoge niveau te behouden, zijn in 2018 wederom diverse kwaliteitsinstrumenten (pro- en reactief) ingezet die een verbeterpotentieel aan het licht hebben gebracht in de patiëntenzorg.

Audits en patiënttracer

Afgelopen jaar hebben er reguliere audits plaatsgevonden aan hand van de normensets van het NIAZ en zijn er patiënttracers uitgevoerd bij verschillende patiëntengroepen. Zo zijn er audits uitgevoerd op de risicovolle afdelingen zoals verloskunde, radiologie, poliklinische behandelkamer en de kinderafdeling. Daarnaast is door observaties en korte gesprekken met patiënten en professionals het patiëntproces gevolgd van onder andere de kwetsbare ouderen, COPD patiënten, kind met bronchitis en de oogheelkundige patiënt.

Prospectieve risicoanalyse

We hebben prospectieve risicoanalyses (PRI's) uitgevoerd bij mogelijke risicovolle patiëntengroepen en zorgprocessen. Zo is er een PRI uitgevoerd op het medicatieproces op de afdeling in avond/nacht en de borging van kritieke bevindingen in de organisatie. Deze PRI's hebben geresulteerd in aanpassing van de werkwijze en verbeteringen van de zorg, zoals het inzetten van het geneesmiddelenteam en het maken van afspraken met het externe ziekenhuislaboratorium.

Incidentmeldingen

In 2018 zijn er via het incidentmeldingssysteem 866 meldingen gedaan. Dit is een stijging ten opzichte van 2017 (669). Het gaat hier om interne meldingen die vallen onder het veilig incident melden (VIM). Het VIM-instrument is een laagdrempelig meldingssysteem bedoeld voor medewerkers van het ziekenhuis. Het heeft tot doel om als organisatie te leren van ongewenste gebeurtenissen in het zorgproces. Dit zijn alle gebeurtenissen, of uitkomsten daarvan, die afwijken van het normale zorgproces. Ze hoeven niet altijd consequenties te hebben voor patiënten. Alle VIM-meldingen worden geanalyseerd, waarna op afdelingsniveau verbetermaatregelen worden doorgevoerd. Het veilig melden van incidenten maakt daarmee deel uit van onze permanente verbetercyclus.

Er zijn acht (mogelijke) calamiteiten gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en in onderzoek genomen door de adviescommissie onderzoek calamiteiten. Ook naar aanleiding hiervan zijn diverse verbetermaatregelen doorgevoerd, waaronder aanpassingen in werkwijzen en protocollen.

Klachten

In 2018 hebben 205 personen over 231 klachtaspecten ingediend. Deze klachten verdelen we in vier aandachtsgebieden: medisch inhoudelijk, relationeel, organisatorisch en financieel. Bijna alle bemiddelingsklachten zijn naar tevredenheid opgelost dankzij onderzoek naar, uitleg over en aandacht voor de melding en betrokkenen. Daar waar nodig zijn door betrokkenen verbeteracties in gang gezet en is er aandacht geweest voor klachten en kwetsbaarheid medisch specialist in een intern georganiseerd symposium.

Documentborging

Ook het documentbeheersysteem AnnaDoc is onderdeel van het kwaliteitssysteem. In dit systeem zijn de actuele protocollen en werkrouines opgenomen zodat deze inzichtelijk zijn voor de medewerkers. Het percentage actuele documenten lag in 2018 iets onder de norm van 95%.

Kwaliteitsindicatoren

In het kader van transparantie over kwaliteit heeft het St. Anna Ziekenhuis in 2018 weer alle relevante kwaliteitsindicatoren aangeleverd over verslagjaar 2017. Een voorbeeld van een indicator waar bijzonder goed op werd gescoord, is het percentage patiënten met mammacarcinoom dat ≤ 5 weken na datum biopt waarop diagnose is gesteld, is geopereerd (exclusief directe reconstructie). Het St. Anna Ziekenhuis behoorde met 93% tot de 13 best scorende ziekenhuizen landelijk.

Ranglijsten en keurmerken

Er zijn verschillende organisaties die ranglijsten en keurmerken over de kwaliteit van ziekenhuiszorg publiceren. In 2018 werd de 16e plek in de AD ziekenhuis top 100 ingenomen op basis 36 geselecteerde indicatoren. In het onderzoek van Elsevier, in samenwerking met SiRM, werd een bovengemiddelde eindscore behaald van drie van de vier bollen op basis van medische zorg en patiëntgerichtheid. Voor de financiële stabiliteit van het ziekenhuis werd bovendien de maximale score van vier bollen behaald. Elsevier maakte een selectie van 688 uit de 1981 beschikbare indicatoren. Het St. Anna Ziekenhuis is trots op deze prachtige prestaties en beschouwt ze als een grote waardering voor de gezamenlijke inspanning van alle betrokkenen. Dat geldt ook voor onderstaande keurmerken die we in 2018 bezaten.

Patiëntkeurmerken

- Seniorvriendelijk ziekenhuis
- Roze lintje borstkankerzorg
- Sterren voor apneuzorg: 5 sterren topkliniek
- Spataderkeurmerk
- Vaatkeurmerk, volledig keurmerk voor alle drie de domeinen: perifeer arterieel vaatlijden, aneurysma en halsslagader
- Freya pluim voor fertiliteitszorg
- Groen vinkje bloed- en lymfeklierkanker
- Groen vinkje darmstoma zorgwijzer
- Groen vinkje urine stoma zorgwijzer
- Kind en ziekenhuis: bronzen smileys voor dagbehandeling en kinderafdeling

Algemene keurmerken

Tot slot mochten wij in 2018 (opnieuw) de volgende algemene keurmerken dragen:

- NIAZ-Qmentum accreditatie ziekenhuis
- ISO 15189 en ISO 22870 certificering laboratorium
- SCAS-certificaat sportgezondheidszorg
- HKZ certificaat poliklinische apotheek
- HKZ-certificaat ouderenzorg

Patiënttevredenheid en klantbeleving

In het St. Anna Ziekenhuis wordt structureel online de patiënttevredenheid gemeten. Het doel is het realiseren van verbeteringen in de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening binnen het ziekenhuis. Hiermee heeft het ziekenhuis inzicht in de actuele klantbeleving en loyaliteit.

In 2018 namen 2539 patiënten deel aan het continu klantbelevingsonderzoek in onze klinieken. Zij waardeerden hun opname in ons ziekenhuis gemiddeld met een 8,5. Hetzelfde resultaat was zichtbaar bij het landelijke CQI-Z onderzoek. We scoren hoog op de communicatie met verpleegkundigen, meebeslissen, de ontvangst op de afdeling, kamer en verblijf en de bereikbaarheid van het ziekenhuis. De mate van waarschijnlijkheid dat patiënten ons ziekenhuis zouden aanbevelen aan anderen wordt weergegeven in de Net Promotor Score (NPS) 64,8 tegenover landelijk gemiddelde NPS 44,5 betekent dit dat onze patiënten zeer loyaal zijn.

5.2 Ananz

Ananz is expert op het gebied van ouderenzorg en heeft een duidelijke eigen strategische koers opgesteld voor de middellange termijn.

Vanuit die koers blijft Ananz staan voor:

1. Wonen, welzijn en zorg voor psychogeriatric en somatiek.
2. Geriatrische revalidatiezorg
3. Palliatieve zorg

In samenwerking met het ziekenhuis krijgt het Geriatrisch expertisecentrum (GEC) een steeds belangrijkere rol. Het GEC zet expertise in in de thuissituatie en in multidisciplinair overleg met de eerste lijn. TopSupport is betrokken bij de zorg voor ouderen als het gaat om voorkomen en behandelen van gewrichtsslijtage.

Ananz publiceert jaarlijks een eigen kwaliteitsverslag. Zoals in het kwaliteitsverslag Ananz 2018 is te lezen, werkt Ananz continu aan de cliënttevredenheid. Op Zorgkaart Nederland is het gemiddelde aanbevelingspercentage in 2018 toegenomen t.o.v. 2017 (96% t.o.v. 94%) en is de gemiddelde score gestegen van 7,8 naar 8,0.

Medewerkers

Ook de medewerkers van Ananz hebben meegedaan aan het meerjarig onderzoek naar werkgeluk (zie 6.1. personeelsbeleid), waarvoor de 0-meting eind 2018 is uitgevoerd. Bevordering van professioneel handelen is een belangrijk onderdeel van het opleidingsplan.

HKZ- en HACCP-audit

Ananz heeft de benoemde verbeteracties uit de HKZ-audit opgepakt en heeft in 2018 opnieuw het HKZ-certificaat ontvangen.

Ananz heeft het HACCP-project succesvol afgerond. Verbeterpunten worden door de teamleiders opgepakt.

Veilig wonen

Begin 2018 is een inhaalslag gemaakt om functionele aanpassingen uit te voeren in de verschillende gebouwen. Het project Veilig Wonen / BHV heeft zijn vervolg gehad met een aantal uitgevoerde acties, zoals bijvoorbeeld vervolgsessies van de trainingen met betrekking tot veiligheid en een vervoltraining crisismanagement voor het managementteam in Q4. Ook zijn er op alle locaties veiligheidsrondes gelopen en zijn de uitkomsten hiervan gebruikt om verdere verbeteringen uit te voeren.

Meldingen incidenten cliënten (MIC)

Ananz is in 2018 gestart met een nieuwe MIC-werkwijze. In totaal zijn er in 2018 2446 MIC meldingen geweest. Dit is een afname t.o.v. 2017, waarin er 2843 meldingen waren. De meeste incidenten hebben te maken met vallen van cliënten en een vergelijkbaar percentage heeft te maken met medicatie.

Verbeterplannen

In 2018 zijn er bij Ananz in totaal 4 interne kwaliteitsaudits geweest, met betrekking tot mondzorg, mantelzorg, professionele behandeldienst en medicatieveiligheid. Medewerkers van de verschillende locaties zijn hiervoor bevestigd. Dit leidt tot verbeterpunten op de afdelingen en tot Ananzbrede verbeteracties.

Jaarplan

Elk jaar stelt de directie van Ananz een jaarplan op met speerpunten voor het komende jaar. Hiervan afgeleid stellen de leidinggevenden een actieplan op voor hun eigen afdeling. Deze jaarplansystematiek werkt goed. De voortgang wordt ieder kwartaal gemonitord in het MT.

Managementreview

Er wordt jaarlijks een managementreview opgesteld waarin de directie terugblijkt op het afgelopen jaar. Op basis van alle input beoordeelt de directie de werking van het Kwaliteitsmanagementsysteem en stelt eventuele verbeteracties op.

5.3 TopSupport

Supra regionaal is het St. Anna & TopSupport inmiddels één van de grootste centra voor sport- en beweegzorg. In de periode 2018-2020 gaan we ons speerpunt en zorgmerk Sport & Bewegen verder uitbouwen en professionaliseren. Hiertoe is een nieuw totaalplan Sport & Bewegen gemaakt, waar TopSupport onderdeel van uit maakt en waarin in de komende 3 jaren onze leidende positie op het gebied van sportmedische zorg in Zuid Nederland moet worden versterkt.

De gemiddelde omzet van TopSupport is in 2018 weer met 5% gestegen, met daarbij een goed financieel rendement. De klanttevredenheid in 2018 is een 9. TopSupport heeft op Zorgkaart Nederland een score van 9+ gerealiseerd en op Mediquest een score van 8,8.

Sportmedische zorg

TopSupport levert in 2018 wederom topsportzorg bij de volgende partners/sportverenigingen:

- Alle selecties Betaald Voetbal Organisatie PSV
- Centrum voor TopSport en Onderwijs Zuid, onderdeel van het NOC*NSF-netwerk
- Eerste selectie Betaald Voetbal Organisatie VVV Venlo

Daarnaast is TopSupport actief bij veel sportverenigingen en evenementen, op het gebied van onder andere amateurvoetbal, tennis, zwemmen, hockey, ijshockey, hippische sport en judo.

Certificering/keurmerken

TopSupport heeft als medisch sportgezondheidscentrum in 2017 met vlag en wimpel de certificering van de SCAS behaald (Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg), benodigd om topsporters medisch te mogen begeleiden. Deze certificering geldt tot 2022.

Daarnaast heeft TopSupport met haar fysiotherapie het Certificaat Plusprogramma Fysiotherapeuten én HCA Plus behaald. Dit betekent dat TopSupport aan de hoogste eisen van de zorgverzekeraars voldoet. TopSupport heeft opnieuw contracten afgesproken met alle zorgverzekeraars en mag bovendien voor Zilveren Kruis Achmea alle topsporters met A/B status sportmedisch begeleiden.

6 Bedrijfsvoering

De bedrijfsvoering ontwikkelt mee met onze ambitie om in samenwerking met anderen te bouwen aan een bijzonder betrokken zorgnetwerk rondom cliënten en patiënten in de regio Geldrop/Eindhoven en Heeze/Leende. Zo voegden we in 2018 een cluster Sport & Bewegen toe aan onze organisatiestructuur om structurele aandacht voor dit speerpunt in de organisatie te verankeren. Een ander organisatorische besluit is de sluiting van de afdeling psychiatrie (PAAZ). Door een tekort aan psychiaters konden we verantwoorde zorg niet langer waarborgen. Deze ontwikkeling heeft er wel voor gezorgd dat we intensiever zijn gaan samenwerken met GGzE om de continuïteit van psychiatrische zorg voor patiënten op de overige verpleegafdelingen en de SEH te borgen. De psychiaters van GGzE verzorgen waar nodig consulten. In 2019 kijken we hoe we elkaar verder kunnen versterken. Samenwerken met de GGzE past perfect in het meerjarenbeleid van de zorggroep om een netwerkziekenhuis in de regio te zijn.

In de rest van dit hoofdstuk laten verschillende bedrijfsonderdelen zien waar ze in 2018 aan hebben gewerkt.

6.1 Personeelsbeleid

Uit het nieuwe strategisch beleidsplan voor de St. Anna Zorggroep komt ook de nieuwe visie voor personeel- en organisatieontwikkeling voort. Die visie is geënt op werkgeluk vanuit de overtuiging dat gelukkige medewerkers een positieve invloed hebben op zowel de patiënttevredenheid als het functioneren van de organisatie. Voor de opleiding en ontwikkeling van onze medewerkers maakten we in 2018 opnieuw met succes aanspraak op de hiervoor beschikbare subsidiegelden. Die zetten we in volgens ons nieuwe meerjarige strategisch opleidingsplan dat de basis is om opleidingsactiviteiten rondom onze ambities te benoemen, plannen en bekostigen. Dat geldt zowel voor het ziekenhuis als Ananz.

Met programma's als Aangenaam Anna, waarin we onder andere werkten aan een gezonde aanspreekcultuur en grote gastvrijheid, lag de focus de afgelopen jaren sterk op positieve beïnvloeding van de patiënttevredenheid (patient journey). Daar hebben we de beoogde resultaten mee gehaald en geborgd. De komende jaren leggen we daarnaast ook de focus op de employee journey met werkgeluk als strategisch speerpunt. In een krappe arbeidsmarkt willen we een aantrekkelijke werkgever zijn en blijven. Een werkgever die medewerkers de mogelijkheid biedt om duurzaam inzetbaar te zijn. Dat betekent; gezond, gelukkig en productief werken tot je pensioen.

Bij werkgeluk hebben we het over zingeving, plezier en voldoening. Het is een belangrijke pijler onder de duurzame inzetbaarheid van onze medewerkers. De grote waarde die we aan werkgeluk hechten, vertaalde zich in 2018 o.a. in deelname aan het EHERO-onderzoek, oprichting van het Sparkle Innovatieplatform in combinatie met de inzet van Scrum. Daarnaast is het hoofd Opleidingen benoemd tot Chief Happiness Officer. Voor Ananz speelt ook de inzet van de Sterk-in-je werk-box een belangrijke rol.

EHERO-onderzoek

De St. Anna Zorggroep is de eerste deelnemer aan een uniek, landelijk onderzoek naar werkgeluk. Op 15 november 2018 ondertekende de raad van bestuur een samenwerkingsovereenkomst met de Erasmus Universiteit. Het gaat om een driejarig onderzoek dat wordt begeleid door EHERO (Erasmus Happiness Economics Research Organisation). Het onderzoek richt zich op drie niveaus: organisatie, afdeling en individueel. In november vond een 0-meting plaats onder alle medewerkers en medisch specialisten. De uitkomsten zijn aanleiding voor gesprekken en interventies. Nieuwe metingen zullen plaatsvinden in november 2019, 2020 en 2021.

Meerdere grote organisaties uit verschillende sectoren zullen met het onderzoek meedoen en onderling hun ervaringen delen. De komende jaren willen we op dit thema een voortrekkersrol vervullen binnen de zorgsector.

Sparkle Innovatieplatform en Scrum

In 2018 is het Sparkle Innovatieplatform opgericht met als doel: innovatie laten bloeien voor en door medewerkers. Samen met het Sparkle Innovatieplatform is een scrum/agile programma uitgerold. In 2018 kregen alle leidinggevenden een scrum training om hen anders te leren kijken naar projecten en verandering en hoe zij medewerkers kunnen ondersteunen om snel, effectief en met veel energie en plezier bezig te zijn met (vernieuwende) projecten.

Twee belangrijke effecten zijn:

1. Ideeën voor vernieuwing ontstaan vanaf de werkvloer, dicht bij cliënten en patiënten.
2. Medewerkers ervaren autonomie en invloed, kunnen hun ambitie en talenten gericht inzetten, wat een positief effect heeft op hun werkgeluk.

Succesvolle voorbeelden vanuit het platform zijn een dienstfiets bij de voordeur van het ziekenhuis voor medewerkers die ook zorgtaken buitenshuis hebben, een kapper in het ziekenhuis, verbeterde telefonie binnen het KlantContactCentrum en de terugkeer van de gezamenlijke Kerstborrel.

Vanuit het Sparkle Innovatieplatform is een groeiende groep Sparklers actief die medewerkers ondersteunt om met hun ideeën aan de slag te gaan. Soms in de rol van scrummaster, maar ook gewoon voor advies en begeleiding.

Sterk in je Werk

Sterk in je Werk is een breed programma met een groot aantal trainingen en activiteiten voor medewerkers om energiek en vitaal in het leven te (blijven) staan. Er zijn drie categorieën: mentaal fit, fysiek fit en loopbaan & werk. Als jaarlijks terugkerend onderdeel organiseerde Ananz eind november opnieuw een seminar voor medewerkers. Dit jaar lag de nadruk op werkgeluk en deelde Tommie Niessen zijn ervaringen en ideeën. Iedereen ontving na afloop zijn boek, 'Tommie in de Zorg'. Een gepassioneerd en krachtig pleidooi voor meer aandacht en liefde in de zorg. Een pleidooi dat met meer persoonsgerichte zorg ook spreekt uit het nieuwe Koersplan 2019 – 2021 van Ananz, getiteld 'Oog voor elkaar. Écht contact', aan het einde van de avond kort en beeldend samengevat door de directeur Ananz.

6.2 MICT

In het programma AnnaNext zijn diverse projecten op het gebied van digitalisering samengebracht.

Applicatielandschap

In 2018 stond de ontwikkeling van het elektronisch patiënten dossier en de systemen daar omheen centraal. Een gebruiksvriendelijk en betrouwbaar EPD-systeem is een belangrijke ondersteunende factor voor het zorgnetwerk dat de St. Anna Zorggroep rondom patiënten en cliënten wil organiseren. Behalve dat er nieuwe functionaliteiten zijn geïmplementeerd, denk hierbij aan een nieuwe module op de SEH, zijn we gestart met de implementatie van de zorginformatiebouwstenen. Deze bouwstenen worden gebruikt om inhoudelijke afspraken vast te leggen ten behoeve van standaardisatie. Het doel van de standaardisatie is dat we deze informatie uit het zorgproces makkelijk kunnen uitwisselen. We stimuleren deze standaardisatie met een versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP). Ook de ondersteunende applicaties, waaronder ERP, zijn verder geoptimaliseerd.

Infrastructuur

In lijn met het meerjarenbeleidsplan zijn diverse onderdelen van de infrastructuur vervangen of uitgebreid. Een substantieel onderdeel hiervan is de volledige server storage omgeving die in de tweede helft van het verslagjaar is opgeleverd.

Informatieveiligheid

In 2018 is veel tijd besteedt aan het aanpassen van processen en procedures aan de op 25 mei 2018 ingevoerde AVG. De aandacht ging vooral ook uit naar een groeiende bewustwording bij medewerkers en medisch specialisten. Het protocol omgaan met persoonsgegevens, de website en voorlichtingsfolders zijn aangepast. Verder is het melden van datalekken opgenomen in de al bestaande procedure voor melden van incidenten. Met de invoering van de applicatie Zivver faciliteren we het veilig mailen. Er is ook een stuurgroep informatieveiligheid en een werkgroep privacy opgericht.

Convenant medische technologie

Voor het CMT is er hard gewerkt aan het inrichten van een productdossier in iTask. Hier gaat meer tijd in zitten dan verwacht, waardoor later dan gepland een definitieve flow is uitgetekend. Verder is het kwaliteitsdashboard apparatuur operationeel en zijn er verschillende afdelingen die hier goed mee op weg zijn (IC, OK). Inmiddels is er ook per module en per afdeling een overzicht beschikbaar waarmee het mogelijk is om te sturen op de doelstellingen.

6.3 Financiën

Financieel beleid

Om als zelfstandige zorggroep financieel duurzaam en gezond te kunnen blijven, zetten we zowel intern als extern in op vergroting van onze omzet op onze speerpunten. Intern is samen met het MSB/BSB een ambitieus ondernemingsplan gemaakt met uitbreiding van specialisten en omzet op onze speerpunten. Extern zijn met de zorgverzekeraars afspraken in lijn met dit ondernemingsplan gemaakt zodat groei door marktaandeelvergroting op onze speerpunten ook grotendeels vergoed wordt.

Planning & control

De jaarlijkse planning- en control cyclus is goed verankerd in de zorggroep. Op basis van de kaderbrief van de raad van bestuur, die direct is afgeleid van het meerjarenbeleidsplan en actuele ontwikkelingen, stellen de organisatorische eenheden in overleg met de vakgroepen, jaarplannen op met een productie-, exploitatie- en investeringsbegroting. Deze worden door de raad van bestuur, de dienst Finance & Control en het management samengesmeed tot de begroting voor het komende jaar en managementcontracten tussen de raad van bestuur en de organisatorische eenheden. Gedurende het jaar volgen we de voortgang aan de hand van de maandrapportages voor management en medische staf, de periodieke audits door raad

van bestuur en management en het halfjaarlijkse vakgroep overleg met de raad van bestuur en het specialistenberaad. Verbetering van de stuurinformatie maakt ook betere resultaatsturing mogelijk. Per kwartaal wordt een financiële rapportage opgesteld inclusief balans, resultatenrekening en liquiditeitsprognose. In die rapportage worden in een risicoparagraaf tevens de financiële risico's (kansen en bedreigingen) beschreven.

Fraudebeleid

Bij de inrichting van de administratieve organisatie en interne controle worden zoveel mogelijk waarborgen ingebouwd om fraude te voorkomen, dan wel aan het licht te brengen. Niet minder belangrijk is het in stand houden van een bedrijfscultuur waarin iedere vorm van fraude ontoelaatbaar wordt geacht en streng wordt bestraft.

In 2018 heeft het verplichte zelfonderzoek correct declareren over het jaar 2017 plaatsgevonden. Het onderzoek heeft voldaan aan de eisen van de zorgverzekeraars. Ten opzichte van 2017 zijn er geen nieuwe structurele onvolkomenheden aan het licht gekomen.

Horizontaal toezicht

In 2018 is het ziekenhuis gestart met de invoering van Horizontaal Toezicht. Horizontaal Toezicht is de samenwerking tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders die zich richt op rechtmatigheid van de zorguitgaven en steunt op vertrouwen, wederzijds begrip en transparantie in handelen. Horizontaal Toezicht gaat enerzijds over correct registreren en declareren en anderzijds over gepast gebruik van zorg. In plaats van gegevensgerichte controles achteraf (het zelfonderzoek) werken partijen samen om de rechtmatigheid van declaraties in de processen aan de voorkant te borgen.

6.4 Facilitair

Personeelsrestaurant /multifunctionele ontmoetingsruimte.

Begin 2018 zijn we begonnen met de realisatie van het nieuwe personeelsrestaurant. Het project is binnen de gestelde tijd en budget opgeleverd. De bouwkundige oplevering was voor de bouwvakvakantie, op 10 september in de ochtend gevolgd door een feestelijke opening samen met alle bij de ontwikkeling en de bouw betrokkenen partijen, van architect tot inrichter, constructeur tot certificeerder, van aannemer tot leverancier van de verlichting. Zowel leveranciers als facilitair bedrijf zijn heel trots op het resultaat. Dat geldt zeker ook voor de medewerkers die in de middag van 10 september 2018 voor het eerst werden ontvangen in Personeelsrestaurant De Ontmoeting. We krijgen nog dagelijks complimenten.

Akert

in 2018 kregen de plannen voor de toekomst van woonzorglocatie Akert verder vorm. Het gebouw is verouderd. Akert moet in de toekomst voldoen aan onze eisen van 'Goed Wonen' en belevingsgerichte zorg. De ontwikkeling van Akert maakt onderdeel uit van het strategisch vastgoedplan van Ananz.

6.5 Marketing, klantrelaties en communicatie

Er zijn door het team van de afdeling marketing, klantrelaties en communicatie (MKC) in 2018 weer volop communicatie-activiteiten voor de St. Anna Zorggroep ontplooid. Zo hebben verschillende initiatieven vallend onder de speerpunten (zoals benoemd in paragraaf 4.1) communicatieve ondersteuning gekregen. In 2018 is veelvuldig gebruikt gemaakt van vlogs

en de ontwikkeling van apps, waarmee we nieuwe en bestaande doelgroepen op een aansprekende manier kunnen bereiken.

Voorts verzorgt de afdeling marketing, klantrelaties en communicatie een aantal vaste in- en externe communicatiemiddelen. Hieronder vallen bijvoorbeeld het personeelsblad Animo dat vier keer per jaar verschijnt en de Anna-krant die twee keer per jaar huis-aan-huis wordt verspreid. Ook de open dag is een belangrijk communicatiemiddel. In 2018 vond deze plaats op zaterdag 17 maart. Ruim 3.000 mensen vonden de weg naar het St. Anna Ziekenhuis, waar zowel Ananz, TopSupport als het ziekenhuis zich presenteerden. Door ons aanbod in themapleinen onder te brengen, vinden bezoekers gemakkelijk hun weg. Ook de lezingen werden goed bezocht, waarbij de lezing 'Fit en Vitaal, eet en beweeg jezelf gezond', van Hans van Kuijk en Tom Lumens er qua bezoekersaantallen uit sprong.