



De visie van Raad van Toezicht en Raad van Bestuur van
de Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg
Rivierenland op “Goed Bestuur” en “Goed Toezicht”.

De handen ineen voor een gezond Rivierenland

“Een patiënt wordt wakker aan beademing. Ze kan niet praten, maar wil mijn hand niet loslaten.

Pijn? Nee, schudt ze. Benauwd? Nee, schudt ze. Bang? Nee, schudt ze.

Dan vraag ik: Wilt u gewoon even mijn hand vasthouden? Ja, knikt ze geestdriftig. Hoe fijn is het, als je alleen door je hand aan te bieden iemand kunt helpen”

Patiënten leggen hun grootste goed - hun gezondheid - in onze handen. Daarom is het onze missie om hen altijd de beste kennis, ervaring en aandacht te bieden. Zij kunnen in ons ziekenhuis vertrouwen op mensen zoals de verpleegkundige die hier boven wordt geciteerd. Medewerkers met hart voor de patiënt.

Wortels in de regio

Ziekenhuis Rivierenland is ontstaan uit de fusie van vier kleine ziekenhuizen in Tiel en Culemborg. Het ziekenhuis heeft daarmee diepe wortels in de regio en een grote verbondenheid met z'n inwoners. Dat resulteert in een zorgaanbod dat past bij de thema's van deze regio. Was een ziekenhuis in de begindagen een 'gasthuis'; in onze tijd brengen we onze kennis ook buiten onze muren, naar de patiënten toe. Alleen zó kunnen we onze zorg het beste laten aansluiten op dat wat de patiënt nodig heeft.

Zorg voor elkaar

De hardwerkende, gastvrije inwoners van het Rivierengebied hebben zorg voor elkaar hoog in het vaandel. Deze waarde zit daarmee in ons DNA verankerd. We kennen elkaar en zorgen voor elkaar. Patiënten voelen zich gezien en gehoord. Daar zijn we trots op! We beoefenen ons vak al meer dan 100 jaar met ons hoofd, met onze handen en met ons hart. Met korte lijnen en een nuchtere houding; de betrokkenheid en betrouwbaarheid die de regio zo eigen zijn.

Het ziekenhuis is, samen met de buitenpoli's in Culemborg en Beneden Leeuwen groot genoeg om een volwaardig pakket gezondheidszorg te bieden en klein genoeg om persoonlijke zorg te leveren. Daarbij is het uitgangspunt: genezen is goed maar voorkomen is beter. We besteden veel aandacht aan laaggeletterdheid en een gezonde, rookvrije levensstijl met de juiste voeding en voldoende beweging. Daar hoort ook aandacht bij voor de context van de patiënt en zijn sociale omgeving.

Continu verbeteren

Ervaren medewerkers staan voor de kwaliteit van onze zorg. We willen dat die kwaliteit, en de veiligheid van onze zorg, voldoen aan het hoogst denkbare internationale kwaliteitskeurmerk JCI. Dat betekent continu verbeteren en iedere dag opnieuw hard werken om dit waar te maken. Daarmee verdienen we iedere drie jaar opnieuw deze accreditatie.

Samen met en voor de patiënt

We geloven in samenwerking. Dat doen onze 1500 medewerkers en de meer dan 200 vrijwilligers, maar dat doen we ook met onze patiënten, met verwijzers en met andere zorginstellingen. Door de handen ineen te slaan en de kennis van patiënten, verwijzers en zorgprofessionals te bundelen, zetten we gezondheid op nummer één. Samenwerken doen we ook met het St Antonius Ziekenhuis, over en weer verwijzen we patiënten naar elkaar om samen de beschikbare kennis en capaciteit optimaal in te zetten. Zo slaan we de handen ineen voor een gezond Rivierenland.

Ziekenhuis Rivierenland en de poliklinieken in Culemborg en Beneden Leeuwen zijn onderdeel van de Stichting Interconfessionele Stichting

Gezondheidszorg Rivierenland die in 1975 is opgericht. De doelstelling en de grondslag van de Stichting staan in de Statuten. De Statuten zijn voor het laatst aangepast in 2020.



Missie en Visie

De missie en visie van Ziekenhuis Rivierenland (ZR) zijn vastgelegd in de ZR Piramide die fungeert als kapstok voor het meerjarenbeleidsplan. Hiermee beogen we op beknopte wijze weer te geven vanuit welke centrale waarden we acteren (hoe gaan we met elkaar om) en welke strategische keuzes, de omgevingsfactoren daarin betreffend, we op basis hiervan maken.

De primaire verantwoordelijkheid van Ziekenhuis Rivierenland was vanouds het aanbieden van medisch specialistische zorg aan de inwoners van de regio Rivierenland. Maar tijden veranderen, niet alleen het zorglandschap verandert, ook de rol van het ziekenhuis in de regio verandert.

De gezondheidssituatie van de inwoners van de regio Rivierenland is op onderdelen significant slechter dan die van inwoners in andere delen van Nederland. De inspanningen van maatschappelijke organisaties (waaronder maar niet uitsluitend gezondheidszorgorganisaties) zijn erop gericht om in deze situatie verbetering aan te brengen. Het gaat om positieve gezondheid en het behalen van gezondheidswinst. Hiervoor voelen we ons verantwoordelijk. Resultaten kunnen we alleen bereiken samen met onze

zorgpartners in de regio. Vanuit een gezamenlijke regiovisie worden regionale prioriteiten benoemd die we met zijn allen oppakken.

Ons profiel is een zelfstandig, algemeen ziekenhuis, maar vooral een streekziekenhuis, sterk gepositioneerd en geworteld in de regio Rivierenland. Mensen kunnen op ons rekenen dat we wát we doen goed doen, namelijk 24/7 up-to-standard medisch specialistische zorg en expertise bieden. Acute zorg 24/7 zien we als cruciale pijler voor ons ziekenhuis.

We hebben vier centrale waarden geïdentificeerd, die we beschouwen als de sterkst richting gevende voor het maken van keuzes in ons handelen: Persoonlijk, Professioneel, Samen en Zinnig & Zuinig. De waarden geven invulling aan hoe we met elkaar omgaan, wat we van elkaar verwachten, en dus ook waar we elkaar op aan kunnen spreken.

Van de waarden zijn normen afgeleid die in meerdere of mindere mate een dwingend karakter hebben. Sommige zijn uitgewerkt in een richtlijn, andere hebben een wat meer open karakter en worden, in interactie met elkaar, ingevuld.

We dragen uit dat Ziekenhuis Rivierenland patiëntgericht is, en een goede werkgever. Veilig en vertrouwd zijn sleutelwoorden; veiligheid en vertrouwen als basis voor de behandelingsrelatie, betrouwbare werkgever en samenwerkingspartner zijn.

De in de Rivierenland strategische driehoek vastgelegde uitgangspunten zijn ook voor de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht de leidende principes aan de hand waarvan zij invulling geven aan hun taken en bevoegdheden.

Bestuur en Toezicht

In de statuten van de Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland is de verantwoordelijkheid voor de leiding en aansturing van de ziekenhuisorganisatie belegd bij de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht hanteren de zeven principes, die vastgelegd zijn in de Zorgbrede Governancecode 2017 als richtlijn voor hun handelen. De principes zijn uitgewerkt in de statuten, de reglementen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht en in diverse andere documenten. De wijze waarop vorm wordt gegeven aan de principes is vastgelegd in de bijlage van dit visiedocument.

Naast door de zeven principes die vastgelegd zijn in de Zorgbrede Governance Code 2017, laten Raad van Bestuur en Raad van Toezicht zich beïnvloeden door opvattingen van externe partijen (bijv. zorgverzekeraars, branche organisaties, toezichthouders). De principes worden in verschillende documenten geconcretiseerd. Afwijkingen worden gesignaleerd en besproken, waarna gezamenlijk wordt bepaald welke wegen er bewandeld gaan worden teneinde naleving van de code te bewerkstelligen. Een besluit om af te wijken wordt gemotiveerd genomen en uitgelegd.

Goed bestuur is in belangrijke mate afhankelijk van het samenspel tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Om dit samenspel goed vorm te geven moet er een fundament van vertrouwen zijn. Het fundament van

vertrouwen wordt gevoed en bevestigd door het nakomen van heldere informatieafspraken, door (informeel) contact tijdens en tussen vergaderingen, door de toepassing van het beginsel “no surprise” en door transparantie; ook als er minder welgevallige informatie te delen is. De dialoog tussen de leden van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur vindt plaats in een veilige omgeving en kenmerkt zich door een professionele grondhouding. De spelregels over de inhoud en de wijze waarop de Raad van Toezicht zijn informatie verkrijgt, zijn vastgelegd in het Informatieprotocol.

Raad van Toezicht

Het profiel voor de Raad van Toezicht dient er toe te leiden, dat de Raad van Toezicht zodanig is samengesteld dat:

- Er voldoende affiniteit met de zorg en de dienstverlening voor cliënten en de doelstelling van Ziekenhuis Rivierenland aanwezig is;
- Er voldoende tijd, bereidheid en capaciteiten zijn om het beleid van de Raad van Bestuur alsmede de algemene gang van zaken binnen Ziekenhuis Rivierenland te volgen;
- Een brede maatschappelijke binding en een functioneel netwerk wordt bereikt;
- Evenwicht en diversiteit in samenstelling naar maatschappelijke achtergronden, rolevulling, persoonlijke stijl, deskundigheden en disciplines aanwezig zijn, waarbij onder meer gedacht wordt aan brede politiek/bestuurlijke, zorg/medisch inhoudelijke, financieel-economische, bedrijfskundige en ondernemerschap/marketing achtergronden; de leden van de Raad van Toezicht dienen bij voorkeur maatschappelijk actief te zijn;
- De leden van de Raad van Toezicht ten opzichte van elkaar en de Raad van Bestuur onafhankelijk, kritisch en met integriteit opereren; geen externe onverenigbare belangen kennen;
- De Raad van Toezicht herkenbaar en geloofwaardig is in de ogen van belangrijke stakeholders.

De leden worden benoemd nadat de vacature publiekelijk is gemaakt in de daarvoor geschikt geachte media (bijvoorbeeld via advertenties en social media) en het wervings- en selectieproces (over het algemeen ondersteund door een extern bureau) transparant is doorlopen aan de hand van een vooraf opgesteld functieprofiel.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks zijn functioneren. De evaluatie wordt één keer per drie jaar voorbereid en begeleid door een externe begeleider.

De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op het functioneren van de Raad van Bestuur (toezicht rol), vervult de werkgeversrol en adviseert de Raad van Bestuur zo nodig of desgewenst (adviesrol/klankbordfunctie).

De Raad van Toezicht voert twee keer per jaar een gesprek met de leden van de Raad van Bestuur (individueel en collectief); in het voorjaar worden de doelstellingen voor het jaar geformuleerd; aan het einde van het jaar

volgt het beoordelingsgesprek. Van de gesprekken wordt een verslag gemaakt.

In de mei vergadering bespreken de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht gezamenlijk de bevindingen van de accountantscontrole van de jaarrekening en het jaardocument met de externe accountant. De Raad van Toezicht benoemt en ontslaat de extern accountant (artikel 12 lid 3 Statuten).

Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van de Stichting is statutair eindverantwoordelijk voor het besturen van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur bestaat uit twee personen, waarbij één van hen de voorzittersrol vervult. Er is sprake van een collegiale Raad van Bestuur; de taakverdeling is vastgelegd in het document portefeuillevordering Raad van Bestuur. Eén bestuurder heeft de portefeuille zorginhoudelijk, de andere bestuurder heeft de portefeuille bedrijfsvoering. De voorzittersrol is niet aan een portefeuille gekoppeld. De werkwijze van de Raad van Bestuur is vastgelegd in het reglement Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur is gehouden aan de principes die vastgelegd zijn in de Zorgbrede Governancecode, waaronder (maar niet uitsluitend) de gedragsregels die zijn afgesproken met betrekking tot belangenverstrengeling en nevenfuncties.

De voorzitter Raad van Bestuur onderhoudt het contact met de voorzitter Raad van Toezicht; de agenda van de Raad van Toezicht komt na gezamenlijk overleg tussen beide voorzitters tot stand.

De Raad van Bestuur vergadert wekelijks over de lopende, relevante onderwerpen. Besluiten worden genomen in het overleg Raad van Bestuur en worden vastgelegd in een besluitenlijst.

De Raad van Bestuur stelt jaarlijks het jaarplan en de begroting vast, waarna de vaststelling door de Raad van Toezicht wordt goedgekeurd.

Organisatie van de zorg

Bij de aanpassing van de organisatiestructuur zijn voor ons een aantal principes richtinggevend. Deze helpen om keuzes te maken. Tegelijk geven ze kleur aan wie we zijn en waar wij voor staan.

✓ *Managementparticipatie van medici*

We streven naar een actieve betrokkenheid in beleidsontwikkeling en –uitvoering van medisch specialisten. De medisch vakgroep managers krijgen resultaatverantwoordelijkheid met betrekking tot de ontwikkeling en uitvoering van het medisch beleid en zijn samen met de ziekenhuismanagers verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering op de afdeling. Om te beginnen op het niveau van de zorgeenheid en op organisatieniveau, mogelijk later ook op clusterniveau. Plannen om daar concreet invulling aan te geven worden uitgewerkt in samenspraak tussen Medisch Bestuurlijk Overleg (MBO) en organisatie. Specifieke aandacht zal hierbij worden gegeven aan de relatie van de Raad van Bestuur – Coöperatief Medisch Specialistisch Bedrijf (CMSB) – medisch vakgroep manager en de congruentie met de Samenwerkingsovereenkomst tussen ziekenhuis en het CMSB.

✓ *Meer verantwoordelijkheden lager in de organisatie*

Onze medewerkers zijn goed opgeleid en in staat verantwoordelijkheid te dragen. Dat biedt ruimte voor zelforganisatie op de werkvloer. Waar mogelijk, geven we medewerkers verantwoordelijkheid om praktische vraagstukken met betrekking tot de organisatie op de werkvloer, met elkaar en in afstemming met een leidinggevende, zelf te regelen. Het werk wordt boeiender en mensen groeien als ze regelruimte krijgen. Door medewerkers meer verantwoordelijkheid te geven voor de organisatie van het werk, en door resultaatgerichter te werken, kunnen we toe met minder coördinatoren en teamleidersfuncties. In de kliniek zullen we daarbij zowel gebruik maken van het groeiend aantal HBO-Vers in onze organisatie en optimaal gebruik maken van hun innovatiekracht en coördinerende vaardigheden, als ook van de MBO verpleegkundigen die met hoofd, hart en ziel hun werkzaamheden voortzetten. Dit is ook congruent met de uitkomsten van het medewerkers tevredenheid onderzoek;

✓ *Management dichtbij de werkvloer*

Het is voor de organisatie van werkprocessen en voor medewerkers belangrijk dat een leidinggevende “dichtbij” is: bereikbaar is voor medewerkers, zelf de gesprekken met medewerkers voert, weet wat er speelt. Daarnaast is het belangrijk dat leidinggevendenden, gebruik makend van hun kennis van ontwikkelingen, input leveren op beleidsontwikkeling en trekker zijn van projecten en op die manier een bijdrage leveren aan de kwaliteit van inhoudelijk (zorg)beleid. We streven naar een optimum tussen enerzijds een zo plat mogelijke organisatie (zo min mogelijk hiërarchische lagen) en een passende “span of control”. Wat de best passende “span of control” van een leidinggevende is, is van een aantal factoren afhankelijk en kan per type afdeling anders zijn.

✓ *Leiderschapsstijl*

Sturen op kernwaarden, competenties en op resultaat vraagt leiderschap met lef, visie, passie en de ambitie om medewerkers in hun kracht te laten floreren. Het leiderschap dat wij in het ziekenhuis willen, is resultaatgericht doch verbindend en gebaseerd op onze kernwaarden: Persoonlijk, Professioneel, Samen, Zinnig & Zuinig. Leidinggevendenden creëren de randvoorwaarden waarbinnen medewerkers zich blijven ontwikkelen, (sociale) steun ervaren en persoonlijk leiderschap tonen. De leiderschapsstijl is zakelijk op de inhoud en ondersteunend in de relatie.

✓ *Persoonlijk leiderschap*

Van iedereen werkzaam in ons ziekenhuis wordt persoonlijk leiderschap verwacht: het verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van je werk (professioneel), voor het functioneren in samenwerkingsverbanden (samen: in het team/ de afdeling maar ook over afdelingsgrenzen heen), voor de efficiency en effectiviteit van het werk (zinnig & zuinig) en de menselijkheid in de contacten. De organisatie dat zijn wij samen; van iedere medewerker wordt verwacht dat hij of zij zijn of haar steentje daarin bijdraagt.

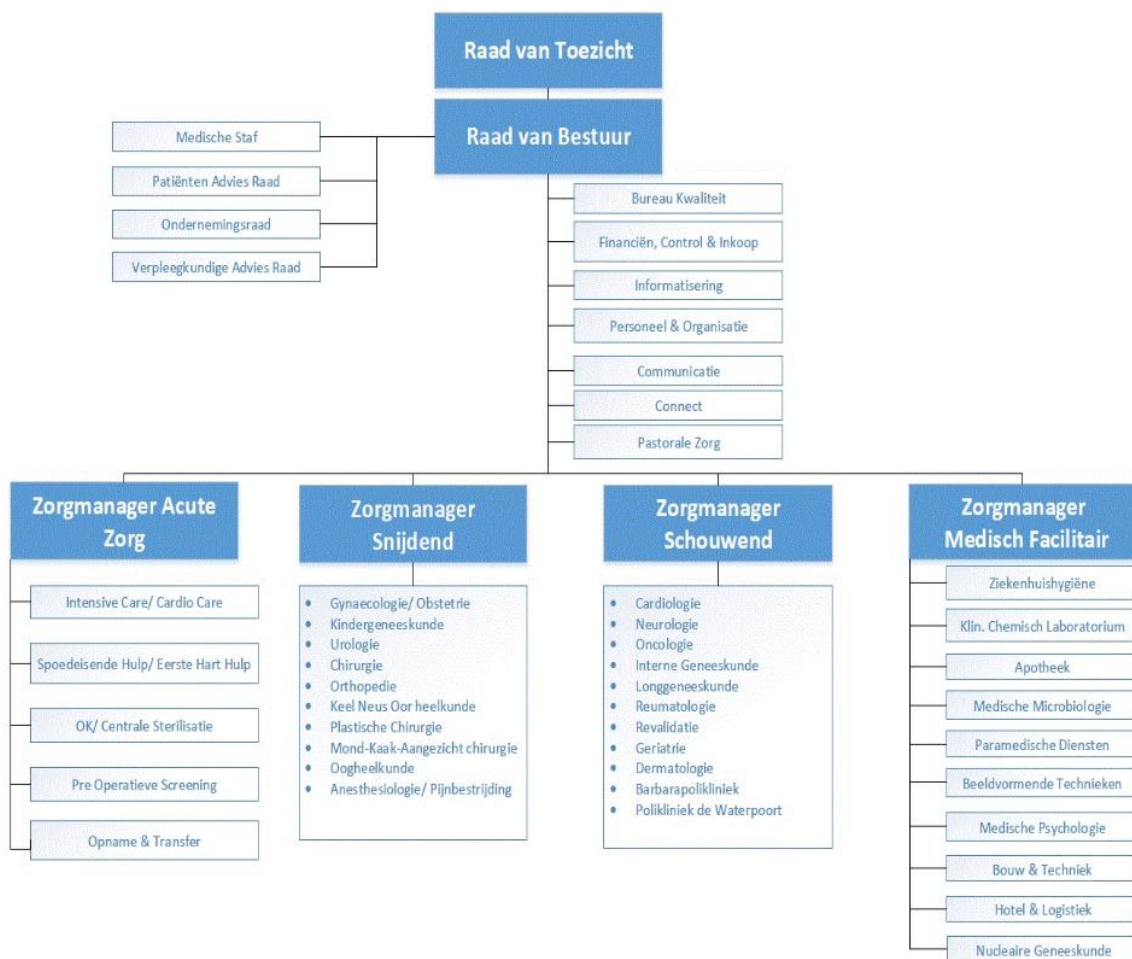
Binnen de centraal gestelde kaders (meerjarenbeleidsplan, kadernota, jaarplan en begroting, kwaliteitskader) hebben de zorgeenheden een autonome bevoegdheid. De begrenzing hiervan ligt vast in de procuratieregeling.

Risicomanagement

Risicomanagement is gedefinieerd als gecoördineerde activiteiten om het effect van onzekerheden op het behalen van de doelstellingen (risico's) te sturen en te beheersen. Het managementsysteem voorziet in een

beschrijving van de wijze waarop risico's worden geïdentificeerd en vervolgens kunnen worden beheerst. De Raad van Bestuur is eigenaar en eindverantwoordelijk voor het integraal risicomanagement. Hij wijst risicogebieden en risico-eigenaren aan. De risico-eigenaar is verantwoordelijk en bevoegd om risico's te managen. Iedere leidinggevende is verantwoordelijk voor de uitvoering van de door de risico-eigenaar gestelde kaders.

De Raad van Bestuur bespreekt en verantwoordt regelmatig de risicoanalyses en de werking van het risicobeheersingssysteem met de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht is bekend met het risicomanagementsysteem. De uitkomsten van het risicobeheersysteem worden regelmatig aan de Raad van Toezicht gerapporteerd. Een financiële risico-inschatting en beoordeling maakt onderdeel uit van de financiële rapportage.



Bijlage:

De evaluatie van werkwijze in het kader van goed bestuur en goed toezicht aan de hand van de zeven principes van de Zorgbrede Governancecode

De Principles:

1. De maatschappelijke doelstelling en legitimatie van de zorgorganisatie is het bieden van goede zorg aan cliënten.

De wijze waarop dit principe vorm wordt gegeven is vastgelegd in de Rivierenland piramide. De uitgangspunten zijn uitgewerkt in het meerjarenbeleidsplan en worden geconcretiseerd in meetbare doelstellingen in jaarplannen en begroting.

1.1 : Goede Zorg

Voor de definiëring van wat “goede zorg” is, wordt gebruik gemaakt van normen die vastgesteld zijn door organisaties met erkende expertise op het gebied van kwaliteit van medisch specialistische zorg zoals (maar niet uitsluitend)

- Normen van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en andere beroepsverenigingen;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);
- Internationaal erkende accreditatie organisaties;
- Normen van patiëntenverenigingen.

Ziekenhuis Rivierenland is een regionaal ziekenhuis. Het karakter van het ziekenhuis komt tot uitdrukking in de wijze waarop het zijn missie en visie heeft geformuleerd. Ziekenhuis Rivierenland ziet het als zijn opdracht een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners van de regio Rivierenland. De inwoners van de regio Rivierenland moeten erop kunnen rekenen dat ze voor een breed pakket aan medisch specialistische zorg er terecht kunnen. Voor gespecialiseerde vormen van medisch specialistische zorg (zoals hartchirurgie, neurochirurgie) en ingrepen die te weinig frequent worden uitgevoerd (zoals slokdarmoperaties) werkt het Ziekenhuis samen met een top klinisch ziekenhuis (St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht en Nieuwegein).

Daarnaast rekent het ziekenhuis het ook tot zijn taak om, samen met andere regionale organisaties te werken aan de structurele verbetering van de gezondheidssituatie van de inwoners van de regio Rivierenland, met als doel het voorkomen (preventie) van ziekte.

Raad van Bestuur en Raad van Toezicht hebben vastgelegd op welke wijze en met welke frequentie de Raad van Toezicht geïnformeerd wordt over de zorgresultaten aan de hand van:

- Rapportages kwaliteit van zorg eens per vier maanden in combinatie met financiële rapportage en risico analyses;
- Uitkomsten patiënttevredenheidsmetingen;
- Reguliere overzichten van calamiteiten en de daaruit voortvloeiende acties
- Jaaroverzicht klachten
- Rapportage van ziekenhuisbrede audits

1.2: Private overeenkomst

Het ziekenhuis en/of de behandelaar sluiten een behandelingsovereenkomst met patiënten conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De overeenkomst komt tot stand nadat een patiënt gericht hiervoor toestemming heeft gegeven. Om toestemming te kunnen geven is het noodzakelijk dat de patiënt geïnformeerd is (informed consent) op een bij onze centrale waarden passende manier. Het beleid informed consent is vastgelegd in een beleidsdocument.

Het EPD voorziet in de mogelijkheid om vast te leggen dat er toestemming voor een behandeling is gegeven.

1.3: Publiek speelveld

In de visie en de missie van Ziekenhuis Rivierenland, tot stand gekomen in samenspraak met de kring van belanghebbenden (stakeholders), komt de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor de gezondheidstoestand van de inwoners van de regio tot uitdrukking. Ziekenhuis Rivierenland ziet het als haar taak om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de gezondheidstoestand (het behalen van gezondheidswinst) van de inwoners van de regio Rivierenland en tevens, in samenwerking met de zorgpartners in de regio, ziet Ziekenhuis Rivierenland het als haar taak om gezondheidsproblematiek te voorkomen.

Kwaliteit en Veiligheid van zorg is uitgewerkt in het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem. De werkingsprincipes en resultaten worden getoetst aan de hand van internationaal erkende normen. Gekozen is voor het JCI accreditatie systeem (Joint Commission International).

Toegankelijkheid (door beschikbaarheid) wordt ingevuld door het monitoren van wacht- en toegangstijden. De “Treeknormen” fungeren als toetsingskader. De actuele wacht- en toegangstijden worden gepubliceerd op de website van het ziekenhuis.

In de kernwaarde “Zinnig & Zuinig” komt tot uitdrukking dat de ziekenhuisorganisatie het tot zijn verantwoordelijkheid rekent om de beschikbare middelen effectief en doelmatig in te zetten. Iedere medewerker wordt geacht zich ervan bewust te zijn dat zijn handelen waarde toevoegt voor de patiënt. Ook het bewustzijn dat er zuinig om gegaan moet worden met de beschikbare middelen is een norm die voortvloeit uit deze kernwaarde.

1.4: Professionele ruimte.

De professionele autonomie van beroepsbeoefenaren wordt gerespecteerd binnen de grenzen van wat geldt als de professionele standaard. Beroepsbeoefenaren dienen zich toetsbaar op te stellen en willen zich laten aanspreken op hun handelen. In verschillende documenten zijn afspraken die het begrip professionele autonomie begrenzen vastgelegd (Samenwerkingsovereenkomst CMSB, Professioneel Statuut AMS (Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten), evaluatie individueel functioneren medisch specialisten (IFMS), verpleegkundige visie.

Principe 2: Raad van Bestuur en Raad van Toezicht hanteren waarden en normen die passen bij de maatschappelijke positie van de zorgorganisatie.

2.1: Waarden en normen

De Zorgbrede Governancecode noemt een aantal algemene waarden (integriteit, aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, professionaliteit, openheid, transparantie, doelgerichtheid en doelmatigheid). Ziekenhuis Rivierenland koos de vier volgende als bepalend voor “het gezicht”: van de organisatie: Persoonlijk, Professioneel, Samen en Zinnig & Zuinig. De keuze van de centrale waarden kwam tot stand in dialoog met medewerkers vanuit verschillende geledingen binnen de ziekenhuisorganisatie.

2.1.1 De Raad van Bestuur benut gedurende een kalenderjaar verschillende mogelijkheden (zoals afdelingsbezoeken, kwartaaloverleggen, introductiebijeenkomsten) om met medewerkers in gesprek te gaan over de Rivierenland piramide en het waardenkompas.

Patiënten, hun verwanten en andere belangstellenden kunnen het overzicht van de missie en visie en de waarden en normen, die ten grondslag liggen aan te maken keuzes terug vinden op de website van het ziekenhuis (www.ziekenhuisrivierenland.nl/)

2.1.2: Bestuurders en toezichthouders laten door hun eigen gedrag zien dat zij handelen volgens de waarden en normen die de organisatie drijven.

De centrale waarden zijn voorafgaand aan de vaststelling met elkaar gedeeld. De Rivierenland piramide wordt door de leden van de Raad van Bestuur actief gebruikt; bijvoorbeeld tijdens de gesprekken met zorgverzekeraars of in gesprekken met samenwerkingspartners.

De leden van de Raad van Toezicht hanteren de centrale waarden onder meer tijdens bezoeken aan afdelingen in het kader van “Gembawalks”. Maar ook tijdens de evaluatiegesprekken met de leden Raad van Bestuur en de jaarlijkse evaluatie van het “eigen” functioneren vormen de centrale waarden een onderdeel van het referentiekader.

2.2: Open aanspreekcultuur

Zoals de toelichting op dit artikel in de Zorgbrede Governancecode terecht aangeeft begint het creëren van een open cultuur met “voorbeeldgedrag” van verantwoordelijken op alle niveaus binnen de organisatie. Het elkaar (leren) aanspreken wordt gestimuleerd door toepassing van dit principe binnen bepaalde processen, bijv. de procedure melden-leren-verbeteren en de procedure ziekteverzuim.

2.2.1: De open aanspreekcultuur tussen de leden Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur wordt gevoed door concrete afspraken over agendavoering (wordt in overleg tussen voorzitters Raad van Bestuur en Raad van Toezicht opgesteld), informatieprotocol, formele en informele ontmoetingsmomenten met leden bestuur medische staf, leden patiëntenadviesraad, ondernemingsraad. Deelname aan strategiebijeenkomsten, Gembawalks en het uitnodigen van professionals in de (commissie) vergaderingen van de Raad van Toezicht.

Landelijke ontwikkelingen op het gebied van goed bestuur en goed toezicht worden gevolgd door onder meer het lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg.

2.3: Leren

Dit principe is uitgewerkt in de procedure melden-leren-verbeteren. Deze procedure is erop gericht medewerkers te motiveren om incidenten en bijna incidenten te melden zodat ze onderzocht en ervan geleerd kan worden. Iedere medewerker kan melden via het meldingsformulier dat op zijn (digitale) bureaublad beschikbaar is. De gebeurtenis wordt al naar gelang zijn aard centraal dan wel decentraal onderzocht. Medewerkers moeten ervan verzekerd zijn dat ze “veilig” kunnen melden.

Calamiteiten (onverwachte gebeurtenis met een ernstig schadelijk gevolg waarbij de kwaliteit van zorg in het geding is geweest) worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheid en Jeugd. De Raad van Toezicht wordt in iedere vergadering geïnformeerd over de gemelde calamiteiten en de uitkomsten van het onderzoek dat naar aanleiding hiervan is ingesteld.

2.4: Inspraak, samenspraak en tegenspraak

De wijze waarop besluiten binnen Ziekenhuis Rivierenland worden genomen, ligt vast in de communicatie- en besluitvormingsstructuur. Binnen ziekenhuis Rivierenland zijn aan de volgende adviescolleges rechten toegekend: Ondernemingsraad (o.g.v. Wet op de ondernemingsraden), Patiëntenadviesraad (o.g.v. Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector), Vereniging Medische Staf (o.g.v. Professioneel Statuut), Verpleegkundigen staf bestuur (o.g.v. reglement). Bij de formulering van een voorgenomen besluit wordt overwogen welke adviesorganen op welk moment de hen toekomende rechten moeten uitvoeren.

De Raad van Bestuur informeert de Raad van Toezicht in geval hij besluit af te wijken van een door een bovengenoemd adviesorgaan gegeven instemmingsplichtig voorgenomen besluit.

2.5: Signaleren misstanden

Binnen het ziekenhuis geldt de Klokkenuidersregeling met een meldpunt. Twee vertrouwenspersonen zijn beschikbaar voor de eerste opvang van signalen; één primair t.b.v. de klachtenregeling ongewenst gedrag en één t.b.v. de Klokkenuidersregeling.

In de Klokkenuidersregeling (artikel 2.1 lid 2) is vastgelegd dat als de melding van een vermoeden van een onregelmatigheid het functioneren van de Raad van Bestuur betreft, de melding gericht wordt aan de Voorzitter van de Raad van Toezicht.

De Klokkenuidersregeling is gepubliceerd op Intranet en op de website (www.ziekenhuisrivierenland.nl/).

2.6: Belangentegenstellingen

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur onderschrijven het principe dat iedere schijn van belangenverstrengeling moet worden voorkomen. Het principe is uitgewerkt in het reglement Raad van Bestuur (artikel 6) en in het reglement Raad van Toezicht (art.22+27+28).

Principe 3 : De Zorgorganisatie schept randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden.

3.1 Medezeggenschap, invloed en advies

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de inrichting van de medezeggenschap. Daarbij zal hij niet eenzijdig de nadruk leggen op de formele kant maar ook kansen bedenken waardoor betrokkenheid en tijdige geïnformeerd zijn een rol spelen.

De volgende adviesorganen worden onderscheiden:

- **Ondernemingsraad**
De ondernemingsraad is samengesteld en wordt gefaciliteerd conform de voorschriften van de Wet op de Ondernemingsraden. De Raad van Bestuur en de Ondernemingsraad overleggen vierwekelijks met elkaar. De ondernemingsraad wordt tijdig gevraagd advies uit te brengen dan wel instemming te verlenen aan door de Raad van Bestuur genomen voorgenomen besluiten.
- **Patiëntenadviesraad**
De Patiëntenadviesraad (PAR) is ingericht conform de verplichtingen die voortvloeien uit de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ). De doelstelling van de PAR is in het reglement als volgt geformuleerd: binnen het beleidskader van het ziekenhuis door middel van gevraagde en ongevraagde advisering de vraagsturing van het zorgaanbod te bevorderen; met name op de terreinen die vanuit patiëntenperspectief van belang zijn. De leden van de PAR brengen advies uit over onderwerpen die conform de WMCZ tot hun bevoegdheid behoren. Daarnaast worden de leden van de PAR betrokken bij beleidsontwikkelingen die de belangen van patiënten direct raken. Een delegatie van de PAR brengt jaarlijks verslag uit van de werkzaamheden in de vergadering van de Raad van Toezicht.
- **Vereniging Medische Staf (VMSD/CMSB)**
De voorzitters van de VMS en van het CMSB maken deel uit van het managementteam. De strategische koers van het ziekenhuis wordt jaarlijks geüpdatet tijdens een tweedaagse bijeenkomst van Raad van Bestuur, managementteam, stafbestuur en vertegenwoordigers van CMSB en VMSD.
- **Verpleegkundige Adviesraad:**
de verpleegkundige adviesraad kan gevraagd en ongevraagd adviseren over ontwikkelingen die de verpleegkundige beroepsgroep raken.

3.1.1: Zorgorganisatie voert een actief en transparant beleid voor de omgang met medezeggenschapsorganen. De doelen van medezeggenschap en de dialoog staan in dit beleid centraal en het beleid komt tot stand na overleg met de betreffende belanghebbenden.

Naast het raadplegen van de adviesorganen op grond van de in wetten en overeenkomsten vastgelegde inspraakbevoegdheden, verzoekt de Raad van

Bestuur de adviesorganen regelmatig om, vanuit hun invalshoek in een vroeg stadium mee te denken over beleidsontwikkelingen. Voorbeelden hiervan zijn terug te vinden in de agenda's en verslagen van de verschillende gremia.

3.1.2: Afspraken over de wijze waarop Raad van Bestuur en medezeggenschapsorganen met elkaar samenwerken, procedures voor overleg en advies en daarbij te hanteren termijnen. Helderheid over financiële middelen, ruimte ondersteuning en scholing die de zorgorganisatie ter beschikking stelt.

De afspraken met de ondernemingsraad zijn vastgelegd in een reglement.

Er is een reglement Patiëntenadviesraad met daarin afspraken over de samenstelling van de Raad, de onderwerpen waarover ze geïnformeerd worden en advies uit kunnen brengen, de voorzieningen waar gebruik van gemaakt kan worden.

De Vereniging Medische Staf (VMSD/CMSB).

Vertegenwoordigers van de verschillende geledingen binnen de medische staf participeren direct in de management overlegstructuur van het ziekenhuis.

De reikwijdte van de bevoegd- en verantwoordelijkheden van de Verpleegkundige Adviesraad zijn vastgelegd in een reglement.

3.1.3: Afspraken Raad van Toezicht en Raad van Bestuur over omgang Raad van Toezicht met medezeggenschapsorganen.

Er zijn per medezeggenschapsorgaan 2 contactmomenten afgesproken tussen (leden van) de Raad van Toezicht en (leden van) het medezeggenschapsorgaan:

- 1) Een delegatie van de Raad van Toezicht woont jaarlijks een overlegvergadering bij van het medezeggenschapsorgaan (in aanwezigheid van de Raad van Bestuur) en brengt daarvan verslag uit in de Raad van Toezicht vergadering.
- 2) (een delegatie van) Het medezeggenschapsorgaan heeft overleg met (leden van) de Raad van Toezicht voorafgaand aan een vergadering van de Raad van Toezicht (of een ander gepland moment).

Daarnaast is er informeel contact.

De leden Raad van Toezicht nemen, samen met vertegenwoordigers van de medische staf en de leden van het managementteam, deel aan de jaarlijkse bespreking van de strategische koers van het ziekenhuis. Daarnaast is jaarlijks een ontmoetingsmoment en zijn er informele ontmoetingsmomenten.

Een delegatie van de Raad van Toezicht bespreekt tweejaarlijks met de leden van het Verpleegkundige staf bestuur hun ervaringen.

Overleg met de medezeggenschapsorganen vindt plaats met (een delegatie van) de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur. Indien gewenst kan overleg buiten aanwezigheid maar met medeweten van de Raad van Bestuur plaatsvinden. Als de wens bestaat (bij de Raad van Toezicht, of bij een medezeggenschapsorgaan) om buiten aanwezigheid van de Raad van Bestuur in gesprek te gaan, dan vindt er eerst een gesprek plaats tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht over de aanleiding en de context van het betreffende gesprek.

3.2 Andere belanghebbenden

De medezeggenschap van cliënten als groep, medewerkers en professionals wordt onderscheiden van de omgang met andere belanghebbenden die relevant zijn in het licht van de maatschappelijke doelstelling. Die andere belanghebbenden zijn in verschillende groepen te onderscheiden, waarvoor deels verschillend beleid voor overleg, informatievoorziening en, waar relevant, invloed nodig is. Denk aan vrijwilligers, verwijzers, gemeenten

3.1: de Raad van Bestuur gaat in dialoog met andere belanghebbenden.

Raad van Bestuur en Raad van Toezicht definieerden gezamenlijk de kring van belanghebbenden. De wijze waarop en de intensiteit waarmee overleg wordt gepleegd is afhankelijk van de inhoud van de samenwerking. Alle belanghebbenden worden geïnformeerd over de voorgenomen strategische koers van het ziekenhuis en worden in de gelegenheid gesteld om hun zienswijze kenbaar te maken.

3.3 Transparantie en verantwoording

3.3.1: Zoals in de toelichting bij de Zorgbrede Governancecode wordt aangegeven, is het vanzelfsprekend dat het ziekenhuis voldoet aan de verplichtingen tot openbaar maken van zijn prestaties. Deze worden jaarlijks op hoofdlijnen vastgelegd in het jaardocument en de jaarrekening. Daarnaast worden kwaliteitsgegevens aangeleverd aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, aan het Zorginstituut, aan zorgverzekeraars of aan patiëntenverenigingen. Een overzicht van de kwaliteitsprestaties (zoals in NVZ verband overeengekomen) wordt inzichtelijk gemaakt via de website (<https://www.ziekenhuischeck.nl/ziekenhuizen/ziekenhuis-rivierenland/>).

3.3.2: De Raad van Bestuur bespreekt het jaardocument en de jaarrekening met de ondernemingsraad en met de patiëntenadviesraad.

3.4 Naleving code

Ziekenhuis Rivierenland respecteert het recht van belanghebbenden om een toetsingsverzoek in te dienen bij de Governancecommissie Gezondheidszorg.

Principe 4: De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht zijn ieder vanuit hun eigen rol verantwoordelijk voor de governance van de zorgorganisatie.

4.1: Verantwoordelijkheid voor governance en naleving van de code.

4.1.1: Zowel in de statuten van de stichting als in de reglementen van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn randvoorwaarden

opgenomen die ertoe moeten leiden dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor goed bestuur en goed toezicht, conform de in de Zorgbrede Governancecode vastgelegde principes worden ingevuld.

De Raad van Bestuur bestaat uit twee personen, waarvan één persoon de voorzittersrol vervult. De Raad van Bestuur is statutair eindverantwoordelijk voor het besturen van het ziekenhuis. De leden van de Raad van Bestuur worden benoemd door de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur heeft afspraken gemaakt en vastgelegd m.b.t. de portefeuillevverdeling. De Raad van Bestuur vergadert wekelijks; besluiten worden vastgelegd in een besluitenlijst.

4.1.2: De Raad van Toezicht ziet toe op de besturing van de ziekenhuisorganisatie. De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur scheiden de verschillende rollen die Raad van Bestuur en Raad van Toezicht hebben van elkaar en respecteren elkaars bevoegdheden. De Raad van Toezicht blijft “op een bij de situatie passende wijze” op afstand betrokken bij het bestuurlijk proces en vult vanuit deze positie zijn toezichthoudende rol in. Daarnaast fungeert de Raad van Toezicht als klankbord voor de Raad van Bestuur en vult ze de werkgeversrol (vanuit de principes van goed werkgeverschap) in.

De Raad van Toezicht vult zijn toezichthoudende taak op een nauwgezette, kritische, integere en onafhankelijke wijze in op basis van relevante, toegankelijke en objectiveerbare informatie. De Raad van Toezicht benut, in overleg met de Raad van Bestuur, mogelijkheden om, onafhankelijk van de Raad van Bestuur informatie te vergaren.

4.1.3: statuten artikel 8: Lid van de Raad van Toezicht kunnen niet zijn: een voormalig lid van de Raad van Bestuur van de Stichting waarbij de periode van drie jaar na het einde van zijn bestuurlijke functie nog niet verstreken is.

Statuten artikel 10.

Bij ontstentenis of belet van één of meer leden van de Raad van Toezicht nemen de overblijvende leden, of neemt het overblijvende lid, de volledige taken van de Raad van Toezicht waar. Een niet-voltallige Raad van Toezicht blijft volledig bevoegd.

Bij ontstentenis of belet van alle leden van de Raad van Toezicht kan door de rechtbank van het arrondissement waarin de Stichting is gevestigd, op verzoek van hetzij een afgetreden lid van de Raad van Toezicht, hetzij de Raad van Bestuur, hetzij een van de medezeggenschapsorganen van de Stichting, met inachtneming van het in deze statuten bepaalde, een nieuwe Raad van Toezicht worden benoemd. Indien de rechtbank zich niet bevoegd verklaart, dan is het Nederlandse Arbitrage Instituut bevoegd. Onder belet wordt in deze statuten in ieder geval de situatie verstaan dat een lid van de Raad van Toezicht zijn functie (tijdelijk) niet kan uitoefenen.

4.1.4: De Raad van Toezicht en Raad van Bestuur beschrijven de wijze waarop invulling is gegeven aan de Zorgbrede Governance code jaarlijks in het jaardocument.

4.1.5: De Raad van Toezicht evalueert twee keer per jaar met de leden van de Raad van Bestuur (individueel en als collectief) de voortgang van de bestuurlijke agenda. In het voorjaar worden de doelstellingen geformuleerd; in de laatste maanden van het jaar wordt de voortgang vastgesteld. De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks (individueel en als collectief) zijn

functioneren. De evaluatie wordt driejaarlijks begeleid door een extern deskundige.

4.1.6: De door de brancheorganisaties ontwikkelde modelregeling voor het handelen bij conflicten tussen Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur wordt gevolgd.

Principe 5: De Raad van Bestuur bestuurt de zorgorganisatie gericht op haar maatschappelijke doelstelling.

5.1:Verantwoordelijkheid

5.1.1: De Raad van Bestuur opereert collegiaal en integraal, met daarnaast voor de afzonderlijke leden ook een eigen portefeuille. De voorzitter van de Raad van Bestuur is in het bijzonder verantwoordelijk voor de voortgang van de werkzaamheden van de Raad van Bestuur en van het besluitvormingsproces van de Raad van Bestuur. De voorzitter van de Raad van Bestuur is samen met de voorzitter van de Raad van Toezicht ook in het bijzonder verantwoordelijk voor een goed overleg tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht en de voorbereiding van de vergaderingen en van de werkzaamheden van de Raad van Toezicht. (zie reglement Raad van Bestuur art.5.2)

5.1.2: De leden van de Raad van Bestuur hebben de wijze waarop ze de verschillende portefeuilles hebben verdeeld, vastgelegd in een document.

5.2: Bestuursverantwoordelijkheid

5.2.1 : de Raad van Bestuur legt verantwoording af aan de Raad van Toezicht. (artikel 2.2 reglement Raad van Bestuur).

5.2.2 : In de statuten ligt vast welke besluiten van de Raad van Bestuur voorafgaande goedkeuring van de Raad van Toezicht behoeven. In de statuten is in ieder geval vastgelegd dat de volgende besluiten van de raad van bestuur aan de goedkeuring van de raad van toezicht zijn onderworpen:

- de vaststelling en wijziging van opgestelde (strategische) beleidsplannen voor enig jaar of reeks van jaren;
- de vaststelling en wijziging van de begroting(en);
- de vaststelling van het bestuursverslag, de jaarrekening en de resultaatbestemming;
- de vaststelling van de randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden;
- de aangifte van faillissement en aanvraag van surseance van betaling van de Stichting;
- de gelijktijdige beëindiging of beëindiging binnen een kort tijdsbestek van de arbeidsovereenkomst van een aanmerkelijk aantal werknemers, of van het verbreken van een overeenkomst met een aanmerkelijk aantal personen dat als zelfstandigen of als samenwerkingsverband werkzaam is voor de Stichting; en
- het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking van de Stichting met andere rechtspersonen of vennootschappen indien deze samenwerking of verbreking van ingrijpende betekenis is voor de Stichting;
- het aantrekken en uitzetten van financiële middelen in de vorm van kredieten al dan niet in rekening-courant, van andere geldleningen en van effecten waaronder uitdrukkelijk doch niet uitsluitend begrepen obligaties, opties, warrants en dergelijke dan wel in welke andere vorm ook;
- het voeren van rechtsgedingen, niet zijnde incassoprocedures of kort gedingen;

- besluiten tot het verrichten van een rechtshandeling ten aanzien waarvan één of meer van de bestuurders een tegenstrijdig belang hebben.

5.3: Gerichtheid Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur heeft de missie en visie beschreven in de Rivierenland piramide. De doelstellingen voor de komende drie jaren zijn vastgelegd in het meerjarenbeleidsplan en worden vervolgens geconcretiseerd in jaarplannen.

Voorafgaand aan de vaststelling van het meerjarenbeleid worden de voornemens besproken met interne en externe belanghebbenden zodat ook hun belangen gewogen kunnen worden.

5.4: Risicobeheersing

5.4.1 : de Raad van Bestuur heeft zijn verantwoordelijkheid voor risicobeheersing op de volgende wijze vastgelegd.

Uit de beschrijving van het risico managementsysteem:

Ziekenhuis Rivierenland wordt geconfronteerd met interne en externe factoren en invloeden die ertoe leiden dat het onzeker is of en wanneer doelstellingen van de organisatie worden behaald. Het effect dat deze onzekerheid heeft op het realiseren van de doelstellingen (zoals het leveren van verantwoorde en reproduceerbare zorg), heet "risico". De gecoördineerde activiteiten om risico's te sturen en te beheersen heet risicomangement.

Integraal risicomangement is gericht op het beheersen van risico's op alle domeinen van de organisatie, te weten:

- Personen (patiënten, medewerkers, bezoekers);
- Middelen (financiën, gebouwen, apparatuur, instrumenten, informatie, etc.);
- Omgeving;
- Imago

Het risicomangement dat is gericht op het beheersen en verminderen van risico's voor patiënten, heet het patiëntveiligheidsmanagementsysteem.

5.4.2: De Raad van Bestuur bespreekt en verantwoordt regelmatig de risicoanalyses en de werking van het risicobeheersingssysteem met de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht is bekend met het risicomangementssysteem. De uitkomsten van het risicobeheersingssysteem worden regelmatig aan de Raad van Toezicht gerapporteerd. Een financiële risico-inschatting en beoordeling maakt onderdeel uit van de financiële rapportage.

5.5: Besluitvorming

De Raad van Bestuur neemt besluiten in de vergaderingen van de Raad van Bestuur. Deze worden vastgelegd in een besluitenlijst. In de besluitenlijst wordt aangetekend welke route een (voorgenomen) besluit moet volgen.

5.6: Informeren Raad van Toezicht

De Raad van Bestuur informeert de Raad van Toezicht op verschillende manieren. In iedere vergadering worden mededelingen voorafgaand aan de vergadering schriftelijk aangeleverd door de Raad van Bestuur. Er is een algemene mededelingenbrief, een mededelingenbrief met betrekking tot bij de IGJ gemelde calamiteiten en een overzicht van berichten in de pers over Ziekenhuis Rivierenland. De voorzitter Raad van Bestuur en Raad van Toezicht plegen van tevoren afstemming hierover.

De Raad van Toezicht spreekt jaarlijks in of buiten aanwezigheid (maar altijd met medeweten van de Raad van Bestuur) met vertegenwoordigers van adviesorganen. met als doel het actief vergaren van informatie. De afspraken zijn vastgelegd in het Informatieprotocol.

6. De Raad van Toezicht houdt toezicht vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie.

6.1: Verantwoordelijkheid Raad van Toezicht

De verantwoordelijkheid voor het toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur berust op grond van verschillende artikelen in Statuten en reglementen bij de Raad van Toezicht.

6.2: Benoeming en samenstelling van de Raad van Toezicht.

6.2.1 In artikel 6 van de statuten wordt aangegeven dat de Raad van Toezicht bestaat uit minimaal vijf en maximaal zeven natuurlijke personen. Er is een profielschets beschikbaar voor de Raad van Toezicht als geheel conform artikel 6 lid 2 Statuten). Voorafgaand aan het stellen van een vacature wordt een profielschets voor een nieuw aan te trekken lid Raad van Toezicht opgesteld. De profielschets wordt ter advisering voorgelegd aan de Raad van Bestuur en de Patiëntenadviesraad. De vacature wordt openbaar gemaakt via de daarvoor geëigende media. De wervings- en selectieprocedure wordt begeleid door een extern bureau. Dit bureau voert een eerste selectie uit, waarna gesprekken plaatsvinden met een aantal kandidaten. De selectiecommissie bestaat uit (een delegatie van) leden Raad van Toezicht, (een delegatie van) leden Raad van Bestuur en (een delegatie van) leden Patiëntenadviesraad. De selectieprocedure resulteert in een voorgenomen besluit tot voordracht voor een benoeming. De overige leden Raad van Toezicht, leden Raad van Bestuur, delegatie OR en delegatie bestuur medische staf worden in de gelegenheid gesteld om kennis te maken met het nieuwe lid voorafgaand aan de benoeming.

6.2.2: Statuten artikel 6 lid 2: De leden van de Raad van Toezicht worden door de Raad van Toezicht benoemd, geschorst en ontslagen.

De afspraken met betrekking tot herbenoeming liggen vast in de statuten artikel 9. De criteria op grond waarvan een lid Raad van Toezicht kan worden ontslagen of geschorst zijn te vinden in artikel 7 van de Statuten. De criteria en de procedure voor herbenoeming zullen worden vastgelegd conform de Nvtz leidraad.

6.2.3: Statuten artikel 9 lid 2: de leden Raad van Toezicht worden benoemd voor een periode van vier jaren en zijn één keer herbenoembaar, tenzij :” de Raad van Toezicht met gewone meerderheid van stemmen besluit dat een van haar leden tweemaal voor herbenoeming in aanmerking komt, teneinde in de derde zittingsperiode als voorzitter van de Raad van Toezicht te fungeren.

6.2.4: Er is een algemeen profiel van de samenstelling van de Raad van Toezicht beschikbaar; er zijn specifieke functieprofielen voor de afzonderlijke leden beschikbaar. In de profielen is rekening gehouden met diversiteit naar geslacht, maatschappelijke achtergrond, deskundigheid, leeftijd, regionale binding en rol in het team.

6.2.5: De Raad van Toezicht stelt jaarlijks in december de honorering van zijn werkzaamheden in het erop volgende jaar vast. Voor de vaststelling van de honorering worden de landelijk hiervoor beschikbare normen als richtinggevend gehanteerd.

6.3: Voordrachtsrecht

De leden van de Patiëntenadviesraad hebben, op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector en op grond van de Statuten artikel 6 lid 3, het recht één lid van de Raad van Toezicht met een bindende voordracht voor te dragen voor benoeming. Met de Patiëntenadviesraad is afgesproken dat ze afzien van dit recht. In plaats hiervan krijgt de Patiëntenadviesraad het recht van zwaarwegend advies over de profielen en de benoeming van alle leden van de Raad van Toezicht.

N.B: De Raad van Bestuur is nog in gesprek met de leden van de Patiëntenadviesraad over de invulling van het recht op een bindende voordracht dan wel het afzien daarvan en in ruil daarvoor betrokkenheid bij de benoeming van alle leden Raad van Toezicht.

6.4: Functioneren van de Raad van Toezicht.

6.4.1 en 6.4.2: De Raad van Toezicht heeft zijn visie op goed bestuur en goed toezicht vastgelegd in een visiedocument. Aan het visiedocument ligt een evaluatie van het functioneren door de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht aan de hand van de zeven principes van de Zorgbrede Governancecode ten grondslag. Het visiedocument is, na overleg tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, vastgesteld.

6.4.3: Naast de door de Raad van Bestuur aangereikte informatie krijgt de Raad van Toezicht informatie van andere functionarissen binnen of buiten de ziekenhuisorganisatie. De informatieverstrekking vindt in de regel plaats in aanwezigheid van de Raad van Bestuur. (bijvoorbeeld tijdens vergaderingen van de Raad van Toezicht door de manager Finance & Control, het hoofd bureau Kwaliteit, de manager Personeel & Organisatie). Daarnaast vergaart de Raad van Toezicht informatie door het uitvoeren van Gembawalks op verschillende ziekenhuisafdelingen. Deze op kwaliteitsonderdelen gerichte afdelingsbezoeken worden voorbereid met het hoofd bureau kwaliteit.

6.4.4: De Raad van Toezicht heeft twee subcommissies ingesteld, een Audit Commissie en een commissie Kwaliteit, Veiligheid en HR. De eindverantwoordelijkheid blijft liggen bij de gehele Raad van Toezicht.

6.5 Werkgever Raad van Bestuur

6.5.1: In de statuten is vastgelegd (artikel 15 lid 2) dat de Raad van Toezicht het aantal leden vaststelt. De Raad van Toezicht heeft in december 2010 de notitie Topstructuur vastgesteld, waarin is vastgelegd dat Ziekenhuis

Rivierenland wordt bestuurd door een Raad van Bestuur bestaande uit twee personen, waarvan er één de voorzittersrol vervult.

6.5.2: Met de leden van de Raad van Bestuur is een arbeidsovereenkomst gesloten waarin de arbeidsvoorwaarden zijn vastgelegd.

6.5.3: Voorafgaand aan de vacaturestelling van de voorzitter Raad van Bestuur en het lid van de Raad van Bestuur is een profielschets opgesteld. De Raad van Toezicht heeft zich bij de werving en selectie laten bijstaan door een extern bureau.

6.5.4: Het declaratiereglement is van toepassing op zakelijke beroepskosten. Er is een richtlijn voor het aannemen van geschenken en uitnodigingen.

6.5.5: De leden Raad van Bestuur hebben toestemming gevraagd voor het bekleden van nevenfuncties. Deze worden jaarlijks vermeld in het jaardocument.

6.6: Accountant

6.6.1: De Raad van Toezicht is voor het laatst gewisseld van accountant in 2012; dit zou volgens principes van de ZGC moeten leiden tot een wisseling (in persoon of bureau) per 2019. De Raad van Toezicht evalueert regelmatig het functioneren van de externe accountant, na daarover advies te hebben gevraagd aan de Raad van Bestuur.

6.6.2: Dit principe wordt gerespecteerd maar heeft zich in de afgelopen jaren niet voorgedaan.

6.6.3: Dit principe wordt conform de tekst en bedoeling uitgevoerd. (zie hiervoor de notulen van de mei vergaderingen van de Raad van Toezicht)

7. De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht ontwikkelen permanent hun professionaliteit en deskundigheid.

7.1 Raad van Bestuur

7.1.1: De leden van de Raad van Bestuur nemen deel aan intervisie groepen en evalueren, met ondersteuning van externe gesprekspartners hun functioneren als collectief.

7.1.2: Een overzicht van in het afgelopen jaar ondernomen activiteiten van bestuurders en toezichthouders is beschikbaar. Toezichthouders vermelden hun activiteiten op “Goed Toezicht”, een activiteit van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg.

7.2 Evaluatie Raad van Bestuur door Raad van Toezicht

De Raad van Bestuur (individueel en collectief) evalueert met een delegatie van de Raad van Toezicht twee keer per jaar zijn functioneren. In het voorjaarsgesprek worden de te behalen doelen geformuleerd; in het eindejaarsgesprek worden de resultaten besproken. Van de gesprekken wordt door de Raad van Toezicht een verslag gemaakt.

7.3 Raad van Toezicht

7.3.1: De Raad van Toezicht evalueert zijn functioneren jaarlijks. Eens per drie jaar wordt deze evaluatie begeleid door een extern deskundige. De voorzitter Raad van Toezicht vraagt, voorafgaand aan de evaluatiebijeenkomst, de visie van de Raad van Bestuur op het functioneren van de Raad als collectief. De voorzitter Raad van Toezicht informeert de leden Raad van Bestuur over de uitkomsten van de evaluatie.

7.3.2: De leden van de Raad van Toezicht volgen jaarlijks tenminste twee dagdelen een training of seminar waarin ontwikkelingen binnen de sector gezondheidszorg dan wel de invulling van het toezichthouderschap centraal staan. De Raad van Toezicht stelt een ontwikkelings- en scholingsprogramma op voor zowel de Raad als collectief als voor de afzonderlijke leden.

7.3.3: Er is een introductieprogramma voor nieuwe leden beschikbaar. De vertrekkende leden voeren een kennismakingsgesprek met nieuwe leden, waarin ze hun kennis en ervaring overdragen.

7.3.4: Het ontwikkelings- en scholingsprogramma voor de Raad van Toezicht en zijn leden en het introductieprogramma voor de nieuwe leden worden door de zorgorganisatie gefinancierd en gefaciliteerd.

Dit document is vastgesteld op de Raad van Toezicht vergadering van 23 januari 2018.

Na de vaststelling is het organogram aangepast naar aanleiding van de organisatiewijziging, en is het document aangepast met in acht neming van het nieuwe strategische kader, het -meerjarenbeleidsplan 2021 – 2025.