

Bijlage 1

BESTUURSVERSLAG 2017

Stichting

Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland

Exploitant van Ziekenhuis Rivierenland
met de Barbara polikliniek te Culemborg en
polikliniek De Waterpoort in Beneden Leeuwen



Ziekenhuis Rivierenland: hét Mensenziekenhuis

1.	Uitgangspunten van de verslaglegging	4
1.1.	Karakteristiek van het jaar 2017	5
2.	Profiel van de organisatie	6
2.1.	Algemene identificatiegegevens	6
2.2.	Structuur van het concern	6
2.2.1.	De structuur van de organisatie	6
2.2.2.	Het besturingsmodel	6
2.2.2.1.	Organogram	8
2.2.3.	De medezeggenschapstructuur	9
2.2.3.1.	De medische staf	9
2.3.	Kerngegevens	12
2.3.1.	Kernactiviteiten en nadere typering	12
2.3.2.	Patiënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	14
2.3.3.	Werkgebied	15
3.	Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap	16
3.1.	Zorgbrede governance Code	16
3.2.	Raad van Bestuur	16
3.3.	Verslag van de Raad van Toezicht	19
3.3.1.	Samenstelling Raad van Toezicht(per 31-12-2017)	19
3.4.	Bedrijfsvoering	22
3.4.1.	Planning & control cyclus	22
3.4.2.	Onderkende risico's in de bedrijfsvoering: het investeringsbeleid	22
3.4.3.	Onderkende risico's in de bedrijfsvoering: de registratie van zorgactiviteiten	23
3.4.4.	Financierbaarheid	23
3.4.5.	Risicoparaagraaf	23
3.5.	Patiënten Advies Raad	27
3.5.1.	Algemeen	27
3.5.2.	Samenstelling Patiënten Adviesraad	28
3.5.3.	Besproken onderwerpen	28
3.6.	De Ondernemingsraad	30
3.7.	Verpleegkundige Advies Raad	31
4.	Beleid, inspanningen en prestaties	33
4.1.	Meerjarenbeleid	33
4.2.	De voortgang van de verschillende onderdelen in 2017	34
4.3.1.	Het kwaliteitsmanagementsysteem	36
4.3.2.	VMS (Veiligheids Management Systeem)	38
4.3.3.	Medisch professionele kwaliteit	39
4.3.3.1.	Klachtenopvang/bemiddeling door de klachtenfunctionaris	39
4.3.3.2.	Wacht- en toegangstijden 2017	43
4.4.	Personeel & Organisatie	45
4.5.	Samenleving en belanghebbenden	48
4.5.1.	Milieu aspecten 2017	48
4.6.	Financieel beleid	50
4.6.1.	Algemeen	50
4.6.2.	Resultaat 2017	50
4.6.3.	Ontwikkeling financiële verhoudingen	51
4.6.4.	Kengetallen	51

1. Uitgangspunten van de verslaglegging

In dit bestuursverslag staan de resultaten over het boekjaar 2017 van de Stichting Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland; de exploitant van Ziekenhuis Rivierenland te Tiel met de Barbara polikliniek te Culemborg en polikliniek de Waterpoort te Beneden Leeuwen.

In dit verslag willen we onze resultaten op een toegankelijke manier presenteren aan bewoners in de regio, onze patiënten, huisartsen, zorgverzekeraars, Inspectie voor de Gezondheidszorg en collega-instellingen, om zich een beeld te vormen van ons ziekenhuis en onze prestaties. Naast dit jaarverslag zijn er verschillende andere bronnen waar informatie over onze resultaten te vinden is:

- Voor veel behandelingen zijn prestatie-indicatoren geformuleerd, die via www.ziekenhuistransparant.nl beschikbaar zijn.
- Op onze website www.zrt.nl staat een kwaliteitsvenster met informatie over de kwaliteit van zorg die vanuit Ziekenhuis Rivierenland wordt geleverd.
- Via www.jaarverslagenzorg.nl zijn de cijfermatige overzichten te vinden.
- Verschillende patiëntenverenigingen beoordelen prestaties van ziekenhuizen en publiceren erover.
- Op Zorgkaart Nederland kan iedere patiënt zijn ervaringen met het ziekenhuis als zodanig of met individuele behandelaars melden.

De jaarverantwoordingsdocumenten zijn onder te verdelen in drie delen:

1. het bestuursverslag
2. de jaarrekening
3. de informatie die is weergegeven in DigiMV

De verschillende onderdelen worden afzonderlijk gedeponereerd en zijn te benaderen via www.jaarverslagenzorg.nl.

De gegevens in dit bestuursverslag hebben betrekking op de zorg die het ziekenhuis Rivierenland verleent.

Vanzelfsprekend zijn we te allen tijde bereid vragen te beantwoorden. Voor meer informatie hierover kunt u zich wenden tot rvb@zrt.nl of communicatie@zrt.nl

1.1. Karakteristiek van het jaar 2017

De zorgkosten drukken zwaar op de nationale begroting, terwijl de vergrijzing en technologische ontwikkelingen nog voor de deur staan en gepaard gaan met hogere lasten. Betaalbaar houden van de zorg kan niet zonder kostenverlaging, dat zijn we de maatschappij verplicht zonder de kwaliteit van de zorg en tevredenheid van de patiënt te verminderen. Die mogelijkheden zien we, en samen met input van onze interne en externe stakeholders hebben we dat opgenomen in ons nieuwe in 2017 vastgestelde meerjarenbeleidsplan. We hebben in 2017 flinke stappen gemaakt.

Met de zorgverzekeraar spraken we af om te gaan zoeken waar we onze zorg verantwoord kunnen reduceren door nog meer maatwerk te leveren aan patiënten, alleen die dingen doen die echt waarde toevoegen voor de patiënt. We moeten zoeken naar hoe we de bevolking gezonder kunnen krijgen door preventieve maatregelen, voorlichting, scholing en meer de tijd te nemen voor uitleg en het creëren van motivatie en compliance bij de patiënten. In dit kader moet er ook kritisch gekeken worden waar en door wie de zorg het beste verleend kan worden, daarom gaan we dat samen met onze partners in de regio doen. We gaan voor wat echt het juiste is voor de patiënt en dat betekent dat we voor het ziekenhuis zelfs een beperkte groei voorzien dan op basis van demografie verwacht mag worden. Dat is mogelijk, we zien het elders in het land ook gebeuren.

We kijken ook kritisch naar onze ondersteunende diensten. We wegen bewust af als de prijs / kwaliteit verhouding beter is bij uitbesteding van een activiteit om zelf met deze activiteit te stoppen. In 2017 heeft dit ertoe geleid dat de meeste activiteiten van onze Centrale Sterilisatie Afdeling niet langer door het ziekenhuis zelf worden gedaan en zijn gaan outsourcen.

Waar veel aandacht in 2017 naar uit is gegaan is het tot stand brengen van een verdergaande samenwerking met het St Antonius ziekenhuis om ook in de toekomst een ziekenhuis te kunnen zijn dat een breed palet aan diagnostiek en behandelingen kan aanbieden aan de inwoners van Rivierenland.

Bepaalde aandoeningen komen te weinig voor of vergen behandeling door een sub-specialisme dat binnen Ziekenhuis Rivierenland niet voor handen is. Voor dergelijke situaties heeft Ziekenhuis Rivierenland een nauwe samenwerking met het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht en Nieuwegein. Ook in 2017 is er veelvuldig met elkaar gesproken om ervoor te zorgen dat de behandelingen binnen beide ziekenhuisorganisaties naadloos op elkaar aansluiten. Met het St. Antonius Ziekenhuis zijn afspraken gemaakt om elkaar te steunen in het behalen van elkaars doelen, waarbij beide ziekenhuizen zelfstandig in een netwerk met elkaar samen werken.

Het onderzoek en analyse naar welk nieuw Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) functioneel en financieel bij ons past heeft in 2017 zijn beslag gekregen. Er is veel werk verzet om tot de kennis en inzicht te komen om in 2018 een besluit te kunnen nemen, waarna met de voorbereiding voor de implementatie kan worden gestart, zodat eind 2019 het nieuwe EPD in gebruik genomen kan worden.

2017 werd ook gekenmerkt door de inspanning en werk dat geleverd moest worden in voorbereiding tot onze kwaliteitsaccreditatie JCI (Joint Commission International). Met de keuze van JCI hebben we de lat hoog gelegd en we zien dat we het kwaliteitssysteem nog beter op orde krijgen en dat dit de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg nog verder verbetert. Eind 2018 gaan we met zijn allen het echte examen afleggen om te tonen dat het klopt met de kwaliteit van zorg in Ziekenhuis Rivierenland!

30 mei 2018,
P.F.M. Verploegen, MBA
M.J.M. Hendriks, MBA
Raad van Bestuur

2. Profiel van de organisatie

2.1. Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Ziekenhuis Rivierenland
Adres	President Kennedylaan 1
Postcode	4002 WP
Plaats	Tiel
Telefoonnummer	0344 674911
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41059294
E-mailadres	rvb@zrt.nl
Internetpagina	www.zrt.nl

2.2. Structuur van het concern

2.2.1. De structuur van de organisatie

De Stichting Interconfessionele Stichting Gezondheidszorg Rivierenland ontstond in 1982 na een fusie tussen twee Tielse ziekenhuizen en het Culemborgse ziekenhuis. In 2006 werd daarnaast een stichting Zelfstandig Behandelcentrum Rivierenland opgericht; in deze stichting zijn geen activiteiten ontplooid. In november 2012 is, naast de Barbarapolikliniek te Culemborg, de polikliniek de Waterpoort te Beneden Leeuwen officieel geopend.

2.2.2. Het besturingsmodel

De organisatie is verdeeld in zorgeenheden, die worden bestuurd door een duo zorgmanager/vakgroepcoördinator. De zorgeenheid omvat een vakgroep van medisch specialisten en de poliklinische en klinische functies, die ten behoeve van dit specialisme worden ingezet.

De medisch ondersteunende diensten (Apotheek, Beeldvormende technieken, Laboratorium, Paramedische diensten, OK, SEH, IC/CC/EHH, afdeling Opname, de Zorgadministratie en de afdeling Psychologie) zijn samengebracht in de dienst Medisch Facilitair Centrum. In 2017 is besloten om de CSA activiteiten uit te besteden en is de CSA afdeling gesloten.

Voor de aansturing van de Financiële Administratieve dienst en de afdeling Planning & Control is de Manager Finance & Control verantwoordelijk. Daarnaast kent Ziekenhuis Rivierenland een stafafdeling Personeel & Organisatie (bestaande uit de afdeling Personeelszaken en een afdeling Opleiding), een Facilitaire dienst (bestaande uit de afdelingen Techniek, Hotel & Logistiek, Inkoop), een afdeling ICT/Zorginnovatie, het bureau Kwaliteit, de afdeling Communicatie, Connect (de afdeling die verantwoordelijk is voor de contacten met de eerstelijnsorganisaties) en de pastorale zorg.

Landelijke ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg vragen om een aanpassing van de huidige organisatiestructuur en besluitvormingsstructuur. De structuur van de organisatie moet ondersteunend zijn aan de doelstellingen. In 2017 is begonnen met het vormgeven van de eerste ideeën hierover.

Overlegstructuur

Het jaar 2017 is gestart met twee overleggen; het Bestuurlijk Zorgoverleg en het Management Overleg. Aan beide overleggen neemt een vertegenwoordiging van vier artsen deel; twee vertegenwoordigers van de Vereniging Medische Staf (VMS), een vertegenwoordiger van het Coöperatief Medisch Specialistisch Bedrijf (CMSB) en een vertegenwoordiger van de Vereniging van de Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) Rivierenland.

Aan het Bestuurlijk Zorgoverleg nemen, naast de vertegenwoordigers van de artsen, de twee leden Raad van Bestuur, de drie Zorgmanagers en de manager Finance & Control deel. Het BZO vergadert tweewekelijks op de dinsdagmorgen tussen 09.30 en 11.30 uur.

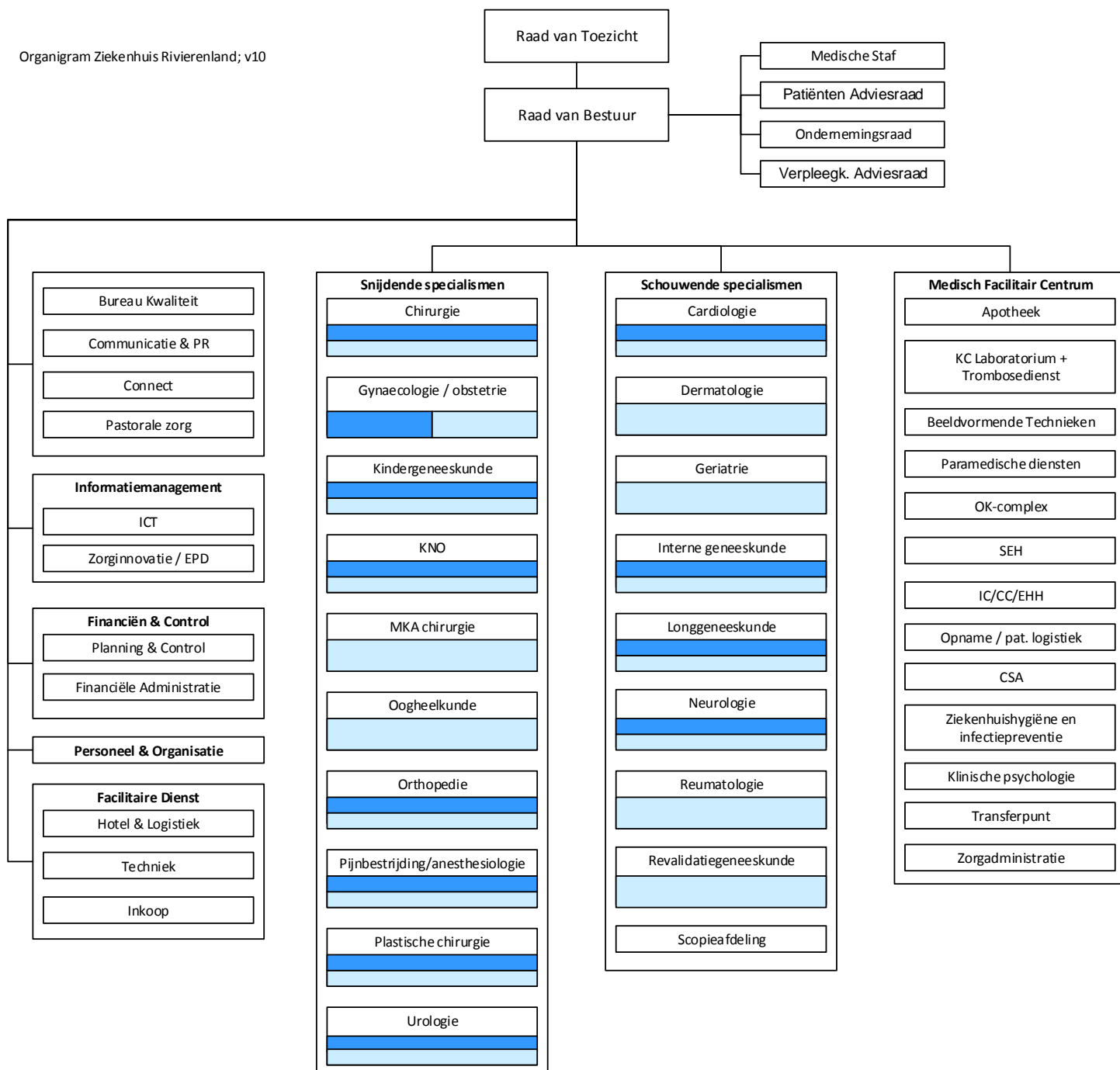
In de andere weken vergadert op hetzelfde tijdstip het complete Management Overleg (MO). Naast de leden van het BZO neemt de Manager P&O deel aan de vergadering.

Per februari is het BZO beëindigd en vindt elke dinsdag het MO plaats tussen 9.30 en 11.30 uur.

Er zijn in 2017 diverse gesprekken gevoerd tussen de drie medische besturen (VMS, VMSSD en CMSB) om te komen tot een informeel geïntegreerd medisch bestuur in 2018 in aanloop naar verdere integratie van de specialistenbesturen.

2.2.2.1. Organogram

Organigram Ziekenhuis Rivierland; v10



2.2.2.2. Specialismen medisch specialistische instellingen aanwezig in Ziekenhuis Rivierenland

Specialisme		Specialisme	
Anesthesiologie	Ja	Medische microbiologie	Ja
Algemene heelkunde	Ja	Neurologie	Ja
Apotheek	Ja	Neurochirurgie	Nee
Cardiochirurgie	Nee	Nierziekten	Ja
Cardiologie	Ja	Nucleaire geneeskunde	Ja
Dermatologie	Ja	Oogheelkunde	Ja
Geriatric	Ja	Orthopedie	Ja
Gynaecologie	Ja	Plastische chirurgie	Ja
Hematologie	Ja	Pulmonologie	Ja
Interne geneeskunde	Ja	Consultatieve Psychiatrie	Ja
Intensive Care Geneeskunde	Ja	Radiodiagnostiek	Ja
Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie	Ja	Radiotherapie	Nee
Medische psychologie	Ja	Reumatologie	Ja
Keel-/Neus-/Oor- heelkunde	Ja	Revalidatie	Ja
Kindergeneeskunde	Ja	Spoedeisende Hulp geneeskunde	Ja
Klinische chemie	Ja	Thoraxchirurgie	Ja
Klinische genetica	Nee	Urologie	Ja
Klinische oncologie	Ja	Vaatchirurgie	Ja
Klinische pathologie	Ja	Verloskunde	Ja
Maag Darm Lever ziekten	Ja	Overige	Nee

2.2.3. De medezeggenschapstructuur

2.2.3.1. De medische staf

Algemeen

De vrijgevestigde medisch specialisten, de medisch specialisten in loondienst en daarmee gelijkgestelde beroepsbeoefenaren (universitair opgeleide beroepsbeoefenaar die op min of meer rechtstreekse wijze bij de medisch specialistische hulpverlening betrokken is en uit dien hoofde lid is van de medische staf), zijn georganiseerd in de Vereniging Medische Staf (VMS).

Het bestuur van de medische staf bestond eind 2017 uit de volgende personen

Naam	Specialisme	Functie
De heer drs. R.D. Verweij	Neuroloog	Voorzitter
Mevrouw dr. A.C.T.M. Peeters	Internist	Vice-voorzitter/secretaris
Mevrouw dr. M.J. Veerkamp	Reumatoloog	Lid
Mevrouw drs. M.I. Baas	Gynaecoloog	Penningmeester
De heer drs. W.P. Ridder	Anesthesioloog	Lid

De medische staf wordt bij zijn werkzaamheden ondersteund door mevrouw A.S. Rodermans, secretaresse medisch stafbestuur.

De medische staf vergaderde in dit jaar 10x; 8x in een reguliere kernstafvergadering en tweemaal in een Algemene Ledenvergadering.

Overzicht van de in 2017 in ledenvergaderingen besproken onderwerpen

Samenwerking tussen het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht en Nieuwegein en Ziekenhuis Rivierenland

De samenwerking tussen de beide ziekenhuizen is gericht op:

- Optimale beschikbaarheid van hoogwaardige topklinische, topreferente en basis medisch specialistische zorg voor patiënten in de verzorgingsgebieden van de ziekenhuizen;
- Het bevorderen van hoge kwaliteit van medisch specialistische zorg binnen de ziekenhuizen;
- Het creëren van een groter draagvlak voor (medisch) ondersteunende en facilitaire functies, teneinde een grotere doelmatigheid te bereiken.

Ontwikkeling van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD/Soarian) en ICT

De meeste vakgroepen werken inmiddels met Soarian. In 2018 zullen de laatste vakgroepen live gaan.

Patiëntveiligheid en kwaliteit

Alle medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid en kwaliteit.

Om het belang hiervan te benadrukken is dit een terugkerend item in de kernstafvergaderingen.

Convenant medische technologie

Een veilige behandeling van de patiënt in het ziekenhuis is in toenemende mate afhankelijk van medische technologie. Dit is opgenomen in het convenant.

JCI (Joint Commission International)

Dit is het nieuwe accreditatiesysteem waar ziekenhuis Rivierenland mee gaat werken. In alle kernstaf- of Algemene ledenvergaderingen van 2017 is over JCI gesproken. Het streven is om eind 2018 definitief geaccrediteerd te zijn.

Keurmerk Seniorvriendelijk ziekenhuis

In oktober 2017 was de officiële uitreiking van dit keurmerk voor Ziekenhuis Rivierenland.

In 2017 zijn de volgende protocollen vastgesteld:

Klachtenregeling: het bij het protocol behorende addendum is vastgesteld.

Medische stafleden

De volgende leden zijn in 2017 toegetreden tot de medische staf:

Mevrouw drs. M.F. Sier, chirurg

Mevrouw drs. M. Beutick, geriater

Mevrouw drs. L. van Haaften, intensivist

De heer drs. O. Paling, oogarts

Mevrouw drs. M.M. Veerman, plastisch chirurg

De heer drs. A. Alipour, cardioloog

Mevrouw drs. M. van der Toorn, SEH-arts

De heer drs. D. de Vries, MDL-arts

Mevrouw drs. M.P. de Regt, GZ psycholoog kind&jeugd

Mevrouw dr. M. Heusinkveld, arts-microbioloog

Mevrouw drs. D. Rongen, psychiater

De heer drs. W.C. Pleyte, psychiater

Mevrouw drs. A. van Lieshout-Hijszeler, radioloog

De volgende leden hebben in 2017 afscheid genomen van de medische staf:

Mevrouw mr. drs. W.L.M. van der Laan, kinder- en jeugdpsycholoog

De heer dr. J.J. Oudejans, patholoog

De heer drs. R.F. Ravelli, psychiater

Mevrouw drs. W.J. Rijnten, dermatoloog

De heer dr. M.A.J. de Roos, chirurg

De heer drs. R. Verdonk, MDL-arts

Mevrouw dr. M. Vossen, plastisch chirurg

De heer dr. W.N. Welvaart, chirurg

De heer dr. M.A. Schouten, arts-microbioloog

2.3. Kernegegevens

2.3.1. Kernactiviteiten en nadere typering

De visie van Ziekenhuis Rivierenland is *Een gezonde regio waarin de mensen op ons kunnen rekenen.*

We formuleerden de missie van ziekenhuis Rivierenland als volgt:

Het geven van geïntegreerde medisch specialistische zorg aan patiënten met als doel samen met hen te werken aan gezondheidswinst.

De missie en visie is vastgelegd in de Ziekenhuis Rivierenland piramide. Hiermee beogen we op beknopte wijze weer te geven vanuit welke centrale waarden we handelen (hoe gaan we met elkaar om) en welke strategische keuzes, de omgevingsfactoren daarin betreffend, we op basis hiervan maken.

De beschrijving van de Rivierenland piramide staat in hoofdstuk 4.1 van dit bestuursverslag.

Ziekenhuis Rivierenland biedt een breed pakket aan medisch specialistische zorg aan.

Specialisme	Aantal medisch specialisten	FTE	Bijzonderheden
Apothekers	4	3,5	
Anesthesiologie	7	7	2 anesthesiologen t.b.v. pijnbestrijding
Cardiologie	5	4,8	
Dermatologie	2	1,7	
Heelkunde	7	6,7	Vakgroep vormt met collega's StAZ een regiomaatschap
Interne Geneeskunde	8	7,8	
Intensivisme	4	3,5	
Keel, Neus en Oorheelkunde	3	2,75	
Kindergeneeskunde	6	5,7	
Klinische chemie	1	1	
Klinische geriatrie	2	1,4	
Longziekten	4	3,2	
Maag-Darm-Lever-ziekten	1	0,2	MDL arts StAZ gedetacheerd t.b.v. darmonderzoeken
Medische Microbiologie	2	0,9	
Med. en klin. psychologie	6	4,3	
Mond- Kaak-Aangezichts-chir.	4	1,2	
Neurologie	5	4,5	
Nucleaire geneeskunde	2	1	Gedetacheerd vanuit StAZ
Obstetrie en gynaecologie	7	5,6	
Oogheelkunde	4	4	
Orthopedie	4	3,5	
Pathologie	4	1,13	Samenwerkingsovereenkomst met Diaconessenhuis Ut
Plastische chirurgie	2	1,75	
Psychiatrie	2		Consultatieve psychiatrie
Radiologie	5	5	
Reumatologie	2	1,5	
Revalidatiegeneeskunde	2	1	Samenwerkingsovereenkomst met SMK
Spoed Eisende Hulp artsen	2	1,7	
Urologie	3	3	Samenwerkingsovereenkomst met StAZ t.b.v. robot- chirurgie in StAZ

2.3.2. Patiënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Capaciteit	2017	2016	2015
Aantal beschikbare bedden / plaatsen voor klinische en dg/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	278	237	265
<i>Waarvan bedden voor hartbewaking</i>	7	7	7
<i>Waarvan bedden voor intensive care met mogelijkheid voor beademing</i>	4	3	3
<i>Waarvan bedden voor intensive care zonder mogelijkheid voor beademing</i>	2	3	3
<i>Waarvan wiegen voor gezonde zuigelingen</i>	10	10	10
<i>Waarvan plaatsen voor cytostaticabehandeling</i>	8	8	8
<i>Waarvan plaatsen voor overige dag-/ deeltijdbehandeling</i>	18	18	13
Productie	2017	2016	2015
Aantal in verslagjaar geopende DOT zorgproducten (ontleend aan ZIS)	135.111	136.450	119.701
Aantal in verslagjaar geopende DBC's (ontleend aan ZIS, niet uit DIS)	-	-	-
<i>Waarvan medisch specialistische zorg in A-segment (tarieven NZa)</i>	7.322	7.467	7067
<i>Waarvan medisch specialistische zorg in B-segment (vrije prijzen)</i>	127.789	128.983	112.634
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's/DOT zorgproducten (ontleend aan ZIS)	135.117	133.725	115.252
<i>Waarvan medisch specialistische zorg in A-segment (tarieven NZa)</i>	7.348	7.202	7.464
<i>Waarvan medisch specialistische zorg in B-segment (vrije prijzen)</i>	127.769	126.523	126.813
Aantal in verslagjaar uitgevoerde operatieve verrichtingen in curatieve zorg (=som van zorgactiviteiten in DBC-zorgactiviteiten tabel behorend tot zorgprofielklasse operatieve verrichtingen; ontleend aan ZIS)	21.630	22.778	22.955
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	12.769	13.437	13.258
Aantal patiënten/cliënten met minimaal 1 afgesloten DBC/DOT-zorgproduct in verslagjaar	59.152	59.069	61.494
<i>Waarvan medisch specialistische zorg in A-segment (tarieven NZa)</i>	4.026	4.968	5.265
<i>Waarvan medisch specialistische zorg in B-segment (vrije prijzen)</i>	55.126	54.101	56.229
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	64.943	67.236	65.992
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	126.315	133.629	131.726
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijd- behandelingen in verslagjaar (exclusief cytostaticabehandelingen en dialyses)	8.579	8.854	8.833
Aantal cytostaticabehandelingen	1.058	1.025	1.215
Aantal dialyses	-	-	-
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar (inclusief verkeerde bed)	53.044	54.611	57.504
<i>Waarvan verkeerde-bed-dagen</i>	178	163	74
Aantal beschikbare operatiekamers	7	7	7
Personeel	2017	2016	2015
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	1372	1342	1.315
in fte	978	964	958
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	95	88	88
in fte	76	72	72

2.3.3. Werkgebied

Ziekenhuis Rivierenland richt zich primair op het verlenen van medisch specialistische zorg aan de inwoners van de Midden Betuwe. Het verzorgingsgebied wordt globaal begrensd door de rivier de Rijn/Lek aan de noordzijde, de A2 aan de westkant, de grens van de gemeente Neder Betuwe aan de oostzijde en aan de zuidkant de zuidgrens van de Gemeente West Maas en Waal.

Hoewel de afstanden binnen het verzorgingsgebied ten opzichte van Tiel maximaal circa 40 kilometer bedragen, proberen we daar waar mogelijk de bereikbaarheid te vergroten. Dat doen we door op bijna 50 plaatsen binnen het werkgebied een voorziening te hebben waar op bepaalde momenten bloed kan worden afgenomen, door het uitvoeren van Oogfundus onderzoeken op de locatie van huisartsen (een speciaal hiervoor ingerichte bus rijdt met de benodigde apparatuur door de regio).

Naast de vestiging in Tiel zijn er nog twee buitenpoliklinieken; de Barbara polikliniek in Culemborg en de polikliniek in Beneden Leeuwen.



3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

3.1. Zorgbrede governance Code

Begin 2017 werd de vernieuwde versie van de Zorgbrede governancecode (ZBG) van kracht. Dit vormde de aanleiding voor de leden van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht om na te gaan of en op welke wijze binnen Ziekenhuis Rivierenland de zeven principes uit de ZGC worden toegepast.

De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht hebben de ZGC omarmd en vertaald in een visie op 'Goed Bestuur' en 'Goed Toezicht'. In dat visiedocument is tevens vastgelegd hoe Rivierenland de zeven ZGC principes toepast. Deze principes zijn in de statuten, de reglementen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, in diverse beleidsnotities en werkafspraken geconcretiseerd. De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht laten zich beïnvloeden door opvattingen van externe partijen (bijv. zorgverzekeraars, branche organisaties, externe toezichthouders).

Goed bestuur en goed toezicht zijn 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.

3.2. Raad van Bestuur

Naam	M.J.M. Hendriks	P.F.M. Verploegen
Bestuursfunctie	Lid Raad van Bestuur	Voorzitter Raad van Bestuur
Nevenfunctie(s) ¹	<ul style="list-style-type: none">• Lid Raad van Toezicht Stichting Volckaert;• Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Sterk Huis;• Voorzitter Raad van Toezicht Veilig Thuis Midden Brabant (personele unie K&DB)	<ul style="list-style-type: none">• Commissaris Regio Apotheek;• Bestuurslid Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen• Lid bestuursadviescommissie Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen
Werkzaam in de organisatie vanaf	01-09-2016 als lid Raad van Bestuur	01-08-1999 als zorgmanager, 01-06-2010 als (waarnemend) bestuurder 01-01-2016: voorzitter Raad van Bestuur
Persoon maakt deel uit van het bestuur	Ja	Ja
Aard van de arbeidsovereenkomst	Onbepaalde tijd	Onbepaalde tijd
Deeltijdfactor	100%	100%

¹ De Raad van Toezicht heeft toestemming verleend voor het vervullen van bovenstaande nevenfuncties.

Aandachtsgebieden voorzitter Raad van Bestuur:

- Aanspreekpunt Raad van Toezicht
- Aanspreekpunt Ondernemingsraad
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Huisartsen/Connect
- Kwaliteit en veiligheid
- St. Vrienden van Ziekenhuis Rivierenland
- TRAZOR
- Pastorale dienst
- Cluster snijdend
- Cluster schouwend
- Samenwerkingspartners
- Klachten

Aandachtsgebieden lid Raad van Bestuur:

- Finance en Control
- Facilitaire dienst
- Zorginnovatie en ICT
- P&O
- Cluster Medisch Facilitair
- Communicatie
- Bank

Gezamenlijk voeren ze:

- Overleg met de zorgverzekeraars
- Overleg met het medisch stafbestuur en medische staf
- Overleg met de Raad van Toezicht
- Overleg met adviesorganen OR en PAR
- Overleg met bestuurders samenwerkingspartner St Antonius Ziekenhuis
- Jaargesprekken met maatschappen/vakgroepen
- Overleg met accountant

De verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur ligt vast in de statuten van de stichting, het reglement Raad van Toezicht en het reglement Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur zal zich bij haar taakuitoefening mede laten leiden door de adviezen, die de Raad van Toezicht gevraagd of ongevraagd geeft. De voortgang van de invulling van de thema's die de strategische agenda vormen zijn door de Raad van Bestuur met de Raad van Toezicht besproken en staan nader beschreven in 4.1 en 4.2.

De Raad van Bestuur wordt bij de aansturing van de organisatie ondersteund door de leden van het managementteam (zie onderstaand overzicht per 31-12-2017).

Naam	Functie
De heer P.F.M. Verploegen, MBA	Voorzitter Raad van Bestuur
De heer M.J.M. Hendriks, MBA	Lid Raad van Bestuur
Mevrouw S.V. Orlova, RA	Manager Finance & Control
De heer G.M. Koot, MHA	Zorgmanager Snijdende Specialismen
Mevrouw drs. I.W.M. Wolbert-van Kempen	Zorgmanager Schouwende Specialismen
De heer A.H. van den Berg, MBA	Manager Medisch Facilitair Centrum
Mevrouw drs. E.M.A. Giesbers	Manager Personeel & Organisatie
De heer drs. R.D. Verweij	Voorzitter bestuur medische staf
Mevrouw dr. A.C.T.M. Peeters	Secretaris/vicevoorzitter bestuur medische staf
De heer dr. J.T. Heikens	Vicevoorzitter CMSB Rivierenland tot 1-10-2017
De heer drs. T.P. Bruggink	Vicevoorzitter CMSB Rivierenland per 1-10-2017
De heer drs. G.J.C.T. Ambaum	Voorzitter VMSD

3.3. Verslag van de Raad van Toezicht

3.3.1. Samenstelling Raad van Toezicht(per 31-12-2017)

Naam	Profiel	Hoofdfunctie(s)	Nevenfunctie(s)	Benoemd per (datum) tot (datum)
De heer R.P.A Migo	voorzitter	Voormalig algemeen directeur Kamer van Koophandel Centraal Gelderland	<ul style="list-style-type: none"> Lid voorbereidingscommissie Stedelijk Netwerk Nijmegen Ambassadeur Stichting de Driestroom Lid Taskforce Ondernemersfonds Nijmegen 	April 2012 tot 2016 <i>In april 2016 herbenoemd tot april 2020</i>
De heer A.J.M. Lijten	Vice voorzitter	Directeur/Bestuurder de Zorgmensen		Januari 2012 tot 2016 <i>In januari 2016 herbenoemd tot januari 2020</i>
Mevrouw drs. K.A.M. Damen	Kwaliteit en veiligheid	Secretaris Raad van Bestuur IrisZorg	Lid Raad van Toezicht J.P. van den Bent Stichting	Mei 2009; <i>herbenoemd in 2013 en verlengd tot 31-12-2017</i>
De heer C.J.J. Strik	Bedrijfsvoering	Bestuurder Woningcorporatie Wocom	Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Bevolkingsonderzoek; Lid bestuur museum Kasteel Wijchen	Mei 2009; <i>herbenoemd in 2013 en verlengd tot 31-12-2017</i>
Mevrouw dr. E.A. te Velde	Medische zorg	Oncologisch chirurg VUMC		December 2015 tot mei 2019
De heer J.I. de Groot	Bedrijfsvoering	Senior director/-plv compliance officer PwC Nederland	<ul style="list-style-type: none"> Lid Raad van Toezicht Zuidwest Radiotherapeutisch Instituut (ZRTI) Lid Raad van Toezicht Het Laar te Tilburg 	Januari 2018 tot 2022 <i>(herbenoemings-mogelijkheid tot 2026)</i>
Mevrouw drs. J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens	Medische zorg	Longarts Gelre Ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> ODA (onafhankelijk deskundig arts) KNMG Lid Raad van Toezicht Longfonds Lid Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle 	Maart 2018 tot 2022 <i>(herbenoemings-mogelijkheid tot 2026)</i>
Mevrouw I. van Veen	Kwaliteit en veiligheid	Zelfstandig ondernemer, eigenaar Hof van Eersel	<ul style="list-style-type: none"> Voorzitter Raad van Toezicht RIBW Brabant (beschermd wonen GGZ) Lid Raad van Commissarissen Stichting Beweging 3.0 (VVT) Lid Raad van Toezicht Stichting Daelzicht (gehandicaptenzorg) Lid Raad van Toezicht Stichting Vivent (VVT) Voorzitter Netwerk Ketenzorg Dementie regio Eindhoven e.o. 	Januari 2018 tot 2022 <i>(herbenoemings-mogelijkheid tot 2026)</i>

Visie op toezicht

De Raad van Toezicht (RvT) geeft inhoud aan haar rol vanuit het perspectief van de visie (een gezonde regio waarin mensen op ons kunnen rekenen), de missie (het geven van geïntegreerde medisch specialistische zorg aan patiënten met als doel samen met hen te werken aan gezondheidswinst), en de waarden (menselijk, professioneel, samen, en zinnig & zuinig) van Ziekenhuis Rivierenland. De patiënt staat hierin centraal.

Deze visie, missie en waarden zijn in 2017 herijkt en vertaald in het Meerjarenbeleidsplan 2017-2020. Dit plan is op 18 mei door de Raad van Toezicht goedgekeurd. De RvT is van mening dat door de Raad van Bestuur (RvB) een zorgvuldig proces is doorlopen om te komen tot een intern en extern gedragen nieuw meerjarenbeleidsplan. Zo is bijvoorbeeld de relevantie van de herijkte missie, visie en waarden door de RvB verkend via een bijeenkomst met vertegenwoordigers van diverse maatschappelijke organisaties uit de regio Rivierenland. In het plan staan de mensen in regio Rivierenland centraal: 'voor hen willen we "hét Mensenziekenhuis" zijn'. Samenwerking met andere organisatie die ditzelfde doel voor ogen hebben is een ander in het oog springend accent in dit nieuwe plan. Deze oriëntatie op de patiënt, waarden en belanghebbenden sluit geheel aan op de principes uit de Zorgbrede Governance Code 2017. De principes uit deze code zijn door de Raad van Toezicht omarmd en worden toegepast in haar toezichthouder-, klankbord- en werkgeversrol.

Samenstelling

De RvT is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de RvB en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. De samenstelling van de RvT is in het verslagjaar gewijzigd. Mevrouw Te Velde trad op eigen verzoek per mei 2017 terug in verband met het aanvaarden van een andere externe functie. De heer Strik en mevrouw Damen bereikten in 2017 hun maximale benoemingstermijn. Onder begeleiding van een externe adviseur is een zorgvuldig, openbare werving- en selectietraject doorlopen voor drie nieuwe RvT leden. Per 1 januari 2018 zijn mevrouw Van Veen en de heer De Groot benoemd als nieuwe leden en per 1 maart 2018 is mevrouw Rooijmans benoemd als nieuw lid, allen voor een periode van vier jaar. Zie tevens punt 3.3.1. voor nadere informatie over de samenstelling, benoemingstermijnen en relevante nevenfuncties van de leden van de RvT. Wij zijn mevrouw Te Velde, de heer Strik en mevrouw Damen erkentelijk voor hun grote betrokkenheid, inzet en bijdrage aan de ontwikkeling van Ziekenhuis Rivierenland de afgelopen jaren. Door deze nieuwe benoeming blijft de RvT bestaan uit twee vrouwen (40%) en drie mannen (60%). Ook bij toekomstige benoemingen blijft de RvT streven naar een divers samengestelde raad.

Toezicht in 2017

De RvT kwam zeven keer in vergadering bijeen; in januari, maart, mei, juni, september, november en december. De leden van de RvB waren bij alle vergaderingen aanwezig. In een aantal vergaderingen hebben managementteamleden presentaties verzorgd.

Tijdens de vergaderingen wordt op basis van documenten en mondelinge toelichtingen met de RvB gesproken over een breed spectrum van onderwerpen, zoals interne- en externe ontwikkelingen, het strategisch beleid, de executie van de strategie inclusief de beheersing van de voornaamste risico's, kwaliteit en veiligheid, bedrijfsvoering, samenwerking in de zorgketen in het algemeen en samenwerking met het St. Antonius Ziekenhuis in het bijzonder, financiële ontwikkelingen, (meerjaren)-afspraken met zorgverzekeraars, personeelsbeleid, (investeringen in) een nieuw Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en de herziene governance code. Een aantal van deze onderwerpen wordt hierna kort nader toegelicht.

Naast de vergaderingen leggen de leden van de RvT hun oor te luister in de organisatie door onder andere deelname aan zogenoemde Gembawalks en periodiek overleg met adviesorganen en andere (informele) contactmomenten met medewerkers binnen de ziekenhuisorganisatie. De RvT was aanwezig bij de Stakeholdersbijeenkomst die op 6 april door de RvB was georganiseerd.

Kwaliteit en veiligheid

De kwaliteitsrapportages zijn in vergaderingen toegelicht door het hoofd Bureau Kwaliteit en nader besproken in de vergaderingen. Het overzicht van de bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemelde calamiteiten door de RvB is periodiek besproken met de RvT. De RvT gaat in 2018, net als in 2017, zogenoemde Gembawalks bijwonen, dat houdt in dat op de werkplekken in het ziekenhuis de dagelijkse gang van zaken wordt mee beleefd. Leden van de RvT waren eveneens aanwezig bij een bijeenkomst over de terugkoppeling van de nul- meting in het kader van het JCI traject en de uitkomsten van audit in het kader van de accreditatie van het veiligheidsmanagementsysteem. De RvT blijft bij JCI betrokken.

Personeelsbeleid

Het strategisch personeelsbeleid is besproken. De RvT heeft het belang benadrukt van het begeleiden van medewerkers naar hun pensioen, het tijdig anticiperen op te verwachten tekort aan personeel en het belang van scholing en opleiding. Ook het ziekteverzuim wordt kritisch gevolgd.

Financiën

In de januari-vergadering spraken de RvB en de RvT opiniërend over het plan van aanpak van het "programma Financieel Gezond blijven". Met dit programma beoogt de RvB een beweging in gang te zetten waardoor er financiële ruimte gaat ontstaan voor noodzakelijke investeringen (in onder andere het EPD) en innovatieve ontwikkelingen. Periodiek zijn de (financiële) kwartaal management-rapportages besproken. Ook de meerjarenbegroting en begroting 2018 stonden op de agenda, alsmede de (meerjaren-) afspraken met zorgverzekeraars.

De jaarrekening 2016 en het jaardocument 2016 zijn besproken in de mei vergadering. De door de RvB vastgestelde jaarrekening 2016 is door de RvT goedgekeurd. Bij de bespreking daarvan was de externe accountant aanwezig. Zijn accountantsverslag is door hem toegelicht en door de RvT met hem besproken. De externe accountant is herbenoemd voor de jaarrekeningcontrole 2017.

Adviesorganen

De voorzitter en een lid van de RvT woonden een overlegvergadering van de OR met een lid van de RvB bij. In deze vergadering besprak de RvB in een open en constructieve sfeer de jaarrekening en het bestuursverslag met de OR. Het jaarlijkse ontmoetingsmoment met de Patiënten Adviesraad kon als gevolg van persoonlijke omstandigheden geen doorgang vinden in 2017.

De RvT gaat in de toekomst haar contacten met vertegenwoordigers van verschillende gremia binnen de organisatie uitbreiden door ontmoetingsmomenten met de leden van de Verpleegkundige Adviesraad en de leden van het Stafbestuur te gaan organiseren.

Remuneratie

De remuneratie van de leden van de RvB en leden van de RvT zijn vastgesteld door de RvT. Voor nadere informatie over de remuneratie wordt verwezen naar de toelichting in de jaarrekening. De beloningen vallen binnen de wettelijke kaders en de NVTZ guidance voor de beloning van de leden van de RvT.

Evaluatie

De RvT heeft in een plenaire vergadering in januari 2017 haar eigen functioneren geëvalueerd. Het evalueren van het functioneren van de RvB, zowel individueel als collectief is via een planningsgesprek in het voorjaar en een beoordelingsgesprek in het najaar vorm gegeven en vastgelegd.

De Raad van Toezicht

R. Migo, voorzitter

J. de Groot

T. Lijten

J. Rooijmans

P. van Veen

3.4. Bedrijfsvoering

3.4.1. Planning & control cyclus

De planning & beleidscyclus is vastgelegd in een jaarkalender die onder meer de volgende onderdelen bevat:

- Evaluatie voortgang uitvoering meerjarenbeleidsplan.
- Vaststelling Kadernota. In de Kadernota worden de contouren vastgelegd waarbinnen de verschillende bedrijfsonderdelen hun activiteiten voor het volgende jaar kunnen ontplooiën.
- Opstellen jaarplannen per zorgeenheid.
- Vertaling van de plannen in een ziekenhuisbreed jaarplan en begroting.
- Rapportage via maandrapportages en viermaandsverantwoordingen.

De onderhandelingen met de (zeven) zorgverzekeraars over de prijs, kwaliteit en contractvoorwaarden zijn in 2017 eerder afgerond dan in voorgaande jaren. Bovendien heeft de onderhandeling geresulteerd in een meerjarencontract met de twee grootste zorgverzekeraars die 65% van de omzet vertegenwoordigen. Deze meerjarencontracten zijn innovatief van aard met de bedoeling 'zorg op de juiste plaats en in balans' te leveren. Hiervoor is intern het programma Zorg in Balans opgestart.

De kostprijzen bieden een deugdelijke basis voor de bepaling van de tarieven bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Deze informatie wordt tevens gebruikt als onderbouwing van interne bedrijfseconomische beslissingen. De kostprijzen worden tevens jaarlijks ter verantwoording aangeleverd bij de NZa.

Daarnaast worden de kostprijzen gebruikt in het kader van de benchmark om zowel de kosten als de profielen te vergelijken. Benchmarks zijn een belangrijk hulpmiddel om de efficiëntie van de bedrijfsvoering te verhogen. Hiertoe participeert het ziekenhuis in diverse benchmarks; bijvoorbeeld ten aanzien van facilitaire kosten en kostprijzen. Een deel van deze benchmarks is 'open', waardoor de verschillen in de bedrijfsprocessen van de deelnemende ziekenhuizen met elkaar onderling kunnen worden vergeleken.

De control cyclus omvat naast de financiële resultaten tevens voortgang van de beleidsdoelen. Er worden maandelijks financiële rapportages opgesteld, waarin per bedrijfsonderdeel wordt gerapporteerd over de productie, kosten, toegangstijden, inzet personeel, ziekteverzuim en liquiditeit. Het resultaat wordt afgezet tegen de in de begroting opgenomen gegevens en tegen het in het voorafgaande jaar behaalde resultaat.

De resultaten worden per kwartaal met behulp van een schriftelijke rapportage gemonitord en door het management verantwoord naar de Raad van Bestuur en Manager Finance & Control. Met ingang van 2017 is het proces van prognosticeren van de omzet volledig geautomatiseerd.

Naast de onderwerpen van de maandrapportages komen ook de kwaliteitsindicatoren aan bod. De Raad van Bestuur rapporteert per kwartaal de resultaten aan de Raad van Toezicht. Met ingang van 2015 is de informatie die beschikbaar is in het datawarehouse uitgebreid met kwaliteitsindicatoren en productie-informatie. In 2016 zijn geautomatiseerde kwartaalverantwoordingen toegevoegd t.b.v. de verantwoording aan de Raad van Bestuur en de Manager Finance & Control.

3.4.2. Onderkende risico's in de bedrijfsvoering: het investeringsbeleid

Het investeringsbeleid, waar bij uitbreidingsinvesteringen wordt beoordeeld of er een positieve businesscase of een wettelijk vereiste aan ten grondslag ligt, is gehandhaafd. Gezien de gewijzigde bekostiging en de beperkte groei ruimte zijn de mogelijkheden om business cases op groei-doelstellingen te baseren echter sterk beperkt. Bij vervangingsinvesteringen wordt bij de beoordeling

gekeken naar de afschrijvingswaarde en nut, noodzaak en mate van gebruik van de betreffende investering.

Voor de investeringen in huisvesting, onderhoud gebouwen, ICT en medische apparatuur wordt gewerkt met lange termijn investeringsplannen. In het financiële meerjarenbeleidsplan is voor de relatief grotere investeringen een detailplanning opgesteld.

3.4.3. Onderkende risico's in de bedrijfsvoering: de registratie van zorgactiviteiten

Sinds 2011 is de commissie AO/IC (Administratieve Organisatie /Interne Controle) actief. In deze commissie worden besluiten genomen ten aanzien van registratievraagstukken en beleid. Bijvoorbeeld naar aanleiding van wijzigingen in de NZa regelgeving of andere actualiteiten.

Het zelfonderzoek is inmiddels een permanent agendapunt binnen de commissie en andere gremia als managementteam, medische staf en medische secretariaten. De ambitie van het ziekenhuis Rivierenland is om in 2019 Horizontaal Toezicht op het gebied van de rechtmatigheid van de registratie en facturatie te implementeren.

3.4.4. Financierbaarheid

De financierbaarheid van een ziekenhuis is risicovoller dan voorheen. Ziekenhuis Rivierenland verstaat onder "financierbaarheid" dat zij te allen tijde toegang heeft tot financiële middelen om aan de financiële verplichtingen te kunnen voldoen.

In het financieel meerjarenbeleid 2014-2017 is de uitwerking van het ziekenhuisbeleidsplan verder vertaald naar de financiële impact. Voor een goede onderbouwing van het financieel meerjarenplan (MJFP) heeft het ziekenhuis een model van Montesquieu (EY) in gebruik genomen, waarin het verloop van de verwachte resultatenrekening, balans, kasstroomoverzicht en ratio's voor de komende 20 jaar inzichtelijk is gemaakt. Ultimo 2017 is een nieuw Meerjaren Financieel Plan (MJFP) opgesteld, waarin onder andere de ambities van het ziekenhuis Rivierenland ten aanzien van het nieuwe ZIS/EPD, ERP en de huisvesting in zijn opgenomen. Het MJFP is in mei 2018 door de Raad van Toezicht goedgekeurd.

3.4.5. Risicoparagraaf

Onzekerheden ontstaan als gevolg van het geheel of gedeeltelijk ontbreken van informatie over, inzicht in, kennis van een gebeurtenis, de gevolgen daarvan, òf de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis zich voordoet. Risico's zijn de effecten van onzekerheden op het behalen van doelstellingen. Met het risicomanagementsysteem van Ziekenhuis Rivierenland wordt beoogd risico's te onderkennen, ze te beheersen, een inschatting te maken van de mogelijke impact van het verwezenlijken van het risico en het eventueel treffen van beheersmaatregelen. In algemene zin kan worden gesteld dat de risicobereidheid, met name als het risico's betreft in de patiëntenzorg, laag is.

Risicomangement

Het risicomangement binnen Ziekenhuis Rivierenland wordt op gestructureerde wijze vormgegeven. Ziekenhuis Rivierenland wordt geconfronteerd met interne en externe factoren en invloeden die ertoe leiden dat het onzeker is, òf 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) wordt "risico" genoemd. Onder het risicomangement wordt verstaan de gecoördineerde activiteiten om risico's te sturen en te beheersen.

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

- **Strategie**

In mei 2017 is de strategische agenda voor de komende jaren bepaald door samenwerking tussen de leden van de Raad van Bestuur, de besturen van de medische staf, het Coöperatief Medisch Specialistisch Bedrijf (CMSB), de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) en de

leden van het managementteam. Hierbij zijn tevens de kansen en bedreigingen voor de ziekenhuisorganisatie op de korte en de wat langere termijn in kaart gebracht.

- **Financieel**

De financiële risico's zijn beschreven in de hoofdstukken 3.4.2, 3.4.3 en 3.4.4. van dit bestuursverslag.

- **Verslaglegging**

De interne bedrijfsrisico's worden beheerst door het systeem van de planning & control cyclus met de daaraan gekoppelde managementrapportages. De kwaliteitsrapportages zijn toegevoegd aan de financiële rapportages.

- **Operationeel**

Het risicomanagement dat is gericht op het beheersen en verminderen van risico's voor patiënten heet het patiëntveiligheidsmanagementsysteem. In 2017 wordt JCI als nieuw kwaliteitssysteem geïmplementeerd. Hiervoor is in februari 2017 een 'nul'-meting uitgevoerd door JCI waarna direct met de implementatie is gestart. Volgens de planning wordt de accreditatie in november 2018 behaald.

Naast de uitkomst van de audit zijn op verschillende terreinen uitkomsten van zorg beschikbaar, die jaarlijks gerapporteerd worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De uitkomst van de audit en de resultaten van zorg hebben geen aanleiding gegeven tot bijstelling van het risicoprofiel. Het risico van financiële schade, voortvloeiend uit verwijtbaar foutief medisch handelen, is afgedicht door een aansprakelijkheidsverzekering.

- **Imagoschade**

Het risico van imagoschade wordt in algemene zin als hoog ingeschat. Door op een open manier te communiceren over resultaten, zowel positieve als negatieve, wordt dit risico zoveel mogelijk beheersbaar gemaakt.

- **Wet- en regelgeving**

De ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving worden gevolgd door actief te participeren in branche-organisaties Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Met de vrijwel dagelijks aangereikte stroom van informatie is het vrijwel onmogelijk geworden om niet geïnformeerd te zijn over ontwikkelingen. Het risico van het missen van voor de ziekenhuisorganisatie relevante ontwikkelingen wordt als gering beoordeeld. Voorbeelden van in 2016 en 2017 van kracht geworden wetten die om implementatie vroegen zijn de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Gezondheidszorg, de nieuwe versie van de Zorgbrede Governancecode en de algemene inkoopvoorwaarden gezondheidzorg.

Taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden

De portefeuillehouder kwaliteit in de Raad van Bestuur is eigenaar van en eindverantwoordelijk voor het integraal risicomanagement. Hij wijst risico's en bijbehorende risico-eigenaren aan. Alle risico's samen vormen het risicoregister.

De risico-eigenaar is verantwoordelijk en bevoegd om het risico te managen en rapporteert hierover functioneel aan de portefeuillehouder kwaliteit in de Raad van Bestuur.

Iedere leidinggevende is verantwoordelijk uitvoering te geven aan door de risico-eigenaar gestelde kaders (beheersmaatregelen) en legt hierover functioneel verantwoording af aan de risico-eigenaar.

Ten behoeve van een volledige en juiste risicobeoordeling en -behandeling worden experts (denk aan klinisch fysicus, adviseur infectiepreventie, arbo-coördinator, etc.) actief betrokken in het risico-managementproces.

Hoofd Bureau Kwaliteit beheert en onderhoudt de methodiek.

Geïntegreerde Informatiesystemen en informatiebeveiliging

Een ziekenhuis kan zonder een degelijke ICT infrastructuur niet functioneren. Op het moment dat de systemen uitvallen, ontstaat een groot probleem. Berichten, orders, uitslagen van onderzoeken; op het moment dat de digitale verbindingen niet meer werken valt het werk op diverse plekken in de ziekenhuisorganisatie stil. Dit gegeven is onderkend als bedrijfsrisico.

In de afgelopen jaren zijn veel verschillende systemen aangeschaft. Niet alle systemen sluiten logisch op elkaar aan, waardoor er maatwerkoplossingen worden aangebracht, die kwetsbaar zijn. In 2016 is het Informatie- en strategie beleid 2016-2020 geformuleerd. Het beter inrichten van de organisatie (door het samenvoegen van de afdelingen ICT en EPD-Zorginnovatie, die aangestuurd worden door de Informatiseringsmanager) en de introductie van een eenduidige werkwijze voor projectmatig werken in combinatie met portfoliomanagement, moet gaan leiden tot standaardisatie en beter op elkaar afgestemd gebruik van digitale mogelijkheden.

Ziekenhuis Rivierenland gebruikt Soarian van de firma Cerner als Elektronisch Patiënten Dossier. In 2017 zijn de laatste vakgroepen van dit EPD gebruik gaan maken. ZR is het enige ziekenhuis in Nederland (wereldwijd circa 250 ziekenhuizen) dat van dit systeem gebruik maakt. In 2017 is met het selectietraject van een nieuwe ZIS/EPD gestart, met als doel in Q3 2019 een nieuwe ZIS/EPD in gebruik te nemen.

In 2016 heeft een vooronderzoek plaatsgevonden in verband met de noodzaak tot vervanging van het afgeschreven ERP-systeem. In 2017 is ervoor gekozen om bij de huidige ERP leverancier te blijven, maar over te stappen op MS Navision, als een moderne versie die gebaseerd is op een best-practice inrichting voor ziekenhuizen voor major upgrade. De upgrade wordt in de loop van 2018 uitgevoerd.

Het omgaan met persoonsgegevens van patiënten stelt hoge eisen aan het veilig verwerken ervan. Informatieveiligheid is één van de risicogebieden die als zodanig is gekwalificeerd in het risico-managementsysteem. De Informatiseringsmanager is risico-eigenaar. In 2016 is het Informatiebeveiligingsbeleid opnieuw vastgesteld. Informatiebeveiliging is geen doel op zich maar vormt een onderdeel van de kwaliteitszorg voor bedrijfsprocessen en ondersteunende informatiesystemen. Voor informatiebeveiliging vormt het beheersen van risico's met betrekking tot de gezonde bedrijfsvoering, patiëntveiligheid en maatschappelijk beeldvorming het voornaamste principe. Hierdoor levert beveiliging een bijdrage aan de kwaliteit van de informatievoorziening én aan een betrouwbare uitvoering van de bedrijfsprocessen.

Financiële positie

De financiële positie van Ziekenhuis Rivierenland is bovengemiddeld. Zie paragraaf 4.6.4 voor relevante kengetallen.

Het grootste gedeelte van de leningportefeuille van ZR is geborgd door het Waarborgfonds Zorg (WfZ) of onder Rijksgaranties. Het renterisico bij de oversluiten van langlopende leningen is afgedekt door de samenstelling van de leningenportefeuille, waarbij niet alle leningen in hetzelfde jaar moeten worden overgesloten. ZR maakt (conform het treasurywettelijk kader) geen gebruik van financiële instrumenten (zoals swap's en dergelijke).

In 2017 is het middellange termijn huisvestingsplan herzien, waarbij op basis van de knelpunten een investeringsbehoefte is bepaald. Begin 2018 is het plan goedgekeurd en met de uitvoering van start gegaan. De investeringen zijn meegenomen in het MJFP.

Vanwege productstructuurwijzigingen en langer lopende contractonderhandelingen met zorgverzekeraars ontstaan er risico's ten aanzien van de liquiditeit. In 2016 heeft dit, door adequate liquiditeitsplanning op de korte (wekelijkse) en lange termijn (meerjarenbegroting), niet geleid tot druk op de liquiditeitspositie.

De liquiditeitsplanning wordt steeds verder verfijnd (bijvoorbeeld met detailplanning overige bedrijfsopbrengsten). Ook wordt de opvolging van en afspraken met debiteuren verbeterd.

Financiële verslaglegging

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi, de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving RJ 655, titel 9 BW2 en de bepalingen van en krachtens de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT). De grondslagen die worden toegepast voor de waardering van activa en passiva en het resultaat zijn gebaseerd op historische kosten, tenzij anders vermeld in de verdere grondslagen.

Wet – en regelgeving

De wet- en regelgeving ten aanzien van registratie van DBC-zorgproducten en zorgactiviteiten is uiterst complex. Zie ook paragraaf 3.4.3. Met middelen als softwaresystemen (Value Care en Notiz), trainingen, commissie AO/IC, aandacht in overleggen met medische staf, wordt naleving van de wet- en regelgeving gestimuleerd en geborgd.

De correcties uit het zelfonderzoek nemen ten gevolge van betere naleving van jaar tot jaar af. Met de zorgverzekeraars is in de contracten afgesproken dat deze correcties (mits het geen fraude betreft) niet leiden tot verlaging van de aanneemsom of omzetplafondafspraken.

Ook de wet- en regelgeving ten aanzien van omzet- en loonbelasting is voor (de btw) gemengde organisaties als ziekenhuizen complex. In 2015 heeft een uitgebreid omzetbelastingonderzoek plaats gevonden door een onafhankelijke derde. In 2016 heeft de belastingdienst een eigen omzetonderzoek verricht en in 2017 afgerond. De bevindingen naar aanleiding van het onderzoek worden geïmplementeerd en verankerd in de administratieve processen rondom de omzetbelasting.

3.5. Patiënten Advies Raad

3.5.1. Algemeen

Verskillende leden van de Patiënten Advies Raad (PAR) kregen in 2017, in persoon dan wel in hun directe omgeving, te maken met ziekte en ziekenhuisopnames. De PAR vergaderde hierdoor in het verslagjaar vijf keer; één keer minder dan was gepland. De eigen ervaringen, in combinatie met ervaringen van anderen, leidden tot een verdieping van de visie op hoe de behandelrelatie tussen arts en patiënt er idealiter uit kan of moet gaan zien. Aangezien in het verslagjaar de Raad van Bestuur zijn zienswijze op patiënten- en mantelzorgparticipatie en het eruit voortvloeiende principe van 'shared decision making' aan het papier toevertrouwde, kon het beeld van de ideale praktijk en de ervaren werkelijkheid scherp naast elkaar worden gezet.

De patiëntgroep kwetsbare ouderen

Inspanningen ten behoeve van de patiëntengroep kwetsbare ouderen lopen als een rode draad door de vergaderingen van de PAR in 2017 heen. Een lid van de PAR participeerde in de ziekenhuisbrede werkgroep "Kwetsbare ouderen", PAR leden namen deel aan de audit die leidde tot de toekenning van het predicaat "Senior vriendelijk ziekenhuis" en over verschillende beleidsvoornemens, gerelateerd aan deze patiëntencategorie, werd advies uitgebracht.

Voor oudere patiënten geldt dat er veelal sprake is van verschillende lichamelijke problemen, die behandeld moeten worden. Uit eigen patiëntervaringen en uit verhalen van patiënten vernamen PAR-leden dat de samenhang in behandelingen gemist wordt. Ieder specialisme kijkt naar zijn eigen deel en de coördinatiefunctie wordt veelal uitgevoerd door arts-assistenten die contact onderhouden met de hoofdbehandelaar. De PAR heeft vanuit zijn referentiekader de beleidsvoornemens van kritische kanttekeningen voorzien, die door de ziekenhuisorganisatie zonder uitzondering als van toegevoegde waarde zijn beschouwd.

Uitkomst Spiegelgesprek

Om in aanmerking te komen voor de toekenning van het predicaat "Senior Vriendelijk Ziekenhuis" organiseerde de PAR een spiegelgesprek. Onder leiding van een externe gespreksleider bespraken een aantal patiënten en hun begeleiders hun ervaringen tijdens de ziekenhuisopname. Verschillende disciplines, die bij de behandeling zijn betrokken, waren als toehoorder aanwezig. Het gesprek leverde aanknopingspunten op voor de verbetering van de kwaliteit van zorg. De onrustige omgeving, waarbinnen verpleegkundigen hun verantwoordelijkheid voor het verstrekken van geneesmiddelen moeten waarmaken, werd als aandachtspunt gesignaleerd. De constatering dat de bewegwijzering onvoldoende navolgbaar is voor laaggeletterden was een tweede als verbeterpunt afgegeven signaal. Op de slotvraag van de gespreksleider merkten alle deelnemers aan het gesprek op zeer tevreden te zijn over de verleende zorg: "Ga allen naar het ziekenhuis in Tiel; is goed ziekenhuis", zo staat het in het verslag van het Spiegelgesprek te lezen.

Per 1 januari 2017 werd de Zorgbrede Governancecode van kracht. Net als in de vorige versie van de code is het principe geformuleerd dat de PAR het recht heeft om iemand voor te dragen om zitting te nemen in de Raad van Toezicht van het Ziekenhuis. De PAR heeft in het verleden geen gebruik gemaakt van dit recht maar werd wel betrokken bij de benoeming van alle leden van de Raad van Toezicht. Aangezien er in het verslagjaar twee posities binnen de Raad van Toezicht vacant kwamen, ontstond er aanleiding om de eerder gemaakte afspraken te herijken. Het gesprek erover en besluitvorming over de te verkiezen werkwijze zal begin 2018 worden afgerond.

De door ziekte beperktere beschikbaarheid van drie van de vijf leden van de PAR heeft er ook toe geleid, dat de jaarlijkse uitwisseling van ervaringen tussen leden van de Raad van Toezicht en de leden van de PAR in 2017 niet heeft plaats gevonden.

In 2017 was de heer Lagro volgens het rooster van aftreden aan het eind van de zittingstermijn. De heer Lagro heeft gedurende het verslagjaar de functie van waarnemend voorzitter op zich genomen, waardoor zijn lidmaatschap van de PAR verlengd is tot begin 2018.

Naar verwachting zal in 2018 de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector worden vervangen. De leden van de PAR volgen de ontwikkelingen opdat eventuele aanpassingen in de gekozen werkwijze tijdig kunnen worden doorgevoerd.

3.5.2. Samenstelling Patiënten Adviesraad

Naam lid	Functie	Aandachtsgebied binnen PAR
Mevrouw mr. D. Hofstee-Heijbroek	Voormalig advocaat	Voorzitter
De heer drs. H. Lagro	Voormalig huisarts	Informatievoorziening aan patiënten
Mevrouw H. Kuus	NVM Makelaar	Gastvrijheid
De heer J.M.J. Collette	Interim manager en interim bestuurder	Bedrijfseconomisch
De heer H.J. Pronk	Bedrijfsadviseur Kwaliteit, ARBO, Veiligheid, MVO	Patiëntveiligheid

3.5.3 Besproken onderwerpen

In onderstaande tabel treft u een overzicht aan van de onderwerpen die tijdens de PAR vergaderingen in het verslagjaar aan de orde zijn geweest. Alle onderwerpen die door de Raad van Bestuur aan de PAR ter advisering zijn voorgelegd, zijn van een positief advies, met soms een kanttekening, voorzien.

Ter toelichting:

Ter introductie/ ter informatie	Advies	Contacten met derden/ ander-soortige initiatieven
Efficiencyverbetering polikliniek	Jaarplan en begroting 2017	Gesprek met auditoren in het kader van de VMS accreditatie.
Terugkoppeling JCI nulmeting	Aanpassing parkeertarief	Deelname projectgroep Kwetsbare ouderen
Demonstratie Beter Dichtbij App/ontwikkelingen op het gebied van E-health	Aanpassing klachtenregeling	Deelname audit Seniorvriendelijk Ziekenhuis d.m.v.: - Organisatie spiegelgesprek; - Rondgang door het ziekenhuis
Programma Ruimte voor de Zorg	Meerjarenbeleidsplan	Profielschets lid PAR
Verpleegkundige 2020	Patiënt- en mantelzorgparticipatie	Deelname projectgroep de polikliniek van de Toekomst
	Jaarrekening en jaardocument 2016	Betrokkenheid bij benoeming lid/leden Raad van Toezicht
	Transmurale Zorgbrug	Aanwezigheid bij stakeholders – bijeenkomst
	Projectplan Geriatrie in de Ziekenhuizen (GIDZ)	
	Organisatie revalidatie	

- Jaarplan en begroting 2017.
Positief advies na beantwoording van een aantal vragen.
- Aanpassing parkeertarieven.
Positief advies met daarbij de aanbeveling dat de afspraken m.b.t. het gratis verstrekken van een uitrijdkaart bij uitloop van spreekuur/afspraak opgefrist moeten worden.
- Aanpassing klachtenregeling.
Positief advies.
- Meerjarenbeleidsplan.
Positief advies, waarbij aandacht gevraagd wordt voor het formuleren van een toekomstvisie voor patiënten.
- Beleidsnotitie patiënt- en mantelzorgparticipatie.
Positief advies. In een tweetal vergaderingen bespraken de PAR leden de voornemens die het ziekenhuis wil gaan verwezenlijken en die ertoe moeten gaan leiden dat patiënt en behandelaar als gelijkwaardige partners besluiten gaan nemen over het behandelingstraject. De leden van de PAR zijn enthousiast over deze ontwikkelingsrichting maar vragen daarbij aandacht voor de positie van kwetsbare patiënten (bijvoorbeeld anderstaligen en laaggeletterden). Twijfels waren er ook ten aanzien van de vraag of de spreekuren van artsen zo zijn ingericht dat ze daadwerkelijk invulling kunnen geven aan de verwoorde principes.

In het kader van de participatie van mantelzorgers is aandacht gevraagd voor het belang van het waarborgen van een rustige sfeer op verpleegafdelingen. De PAR wees er op dat handhaving van de afspraken rond het bezoek (aantal bezoekers en bezoektijden) noodzakelijk is.

- Jaardocument en jaarrekening 2016
Positief advies.
- Transmurale Zorgbrug
Positief advies waarbij aandacht wordt gevraagd voor het belang van het meegeven van een goed, geactualiseerd medicatie-overzicht bij ontslag uit het ziekenhuis.
- Projectplan Geriatrie in de ziekenhuizen.
Positief advies waarbij de PAR aanbeveelt de rol van vrijwilligers preciezer te definiëren. Hoe selecteer je, welke grenzen worden in acht genomen, hoe bewaak je het recht op privacy.
- Organisatie revalidatie
Positief advies.

3.6. De Ondernemingsraad

Ziekenhuis Rivierenland heeft een ondernemingsraad die conform de Wet op de Ondernemingsraden functioneert. Een ondernemingsraad levert een bijdrage aan het goed functioneren van de organisatie door de raad van bestuur te adviseren waarin hij altijd zoekt naar de balans tussen het medewerkers- en organisatiebelang. De ondernemingsraad is samengesteld op basis van het Reglement Ondernemingsraad. Iedere drie jaar worden er verkiezingen uitgeschreven en kunnen medewerkers van ziekenhuis Rivierenland die minstens één jaar in dienst zijn zich kandidaat stellen voor één van de vijftien beschikbare zetels.

De leden van de OR in 2017



Naam	functie
M. Zeegers	Fysiotherapeut
L. Mulay	Coördinator Zorgadministratie
M. Verkerk	O&G verpleegkundige
A. Meeter	Medewerker restaurant/ vergader-service
O. Deniz	Medewerker logistiek
C. Schürgers	Coördinator polikliniek
H. Markenhof	Docent Skillslab
K. Pfeiffer	Radiodiagnostisch laborant
D. Smits	Coördinator polikliniek
O. Koliijn	Beheerder ICT
L. Martherus	Klinisch analist laboratorium
Y. van Os	Verpleegkundige
K. Pannen	IC/CC verpleegkundige
M. de Jong	Projectmedewerker Bureau Kwaliteit
B. van Beem	Integratiespecialist ICT

3.6.1. Overzicht onderwerpen

De ondernemingsraad is afgelopen jaar 22 keer in vergadering bijeen geweest en sprak 12 keer met de raad van bestuur in de overlegvergadering over verschillende onderwerpen.

In de Wet op de ondernemingsraden (WOR) zijn de rechten en plichten van de ondernemingsraad vastgelegd. De vier meest voorkomende en gebruikte rechten zijn:

- Instemmingsrecht
- Adviesrecht
- Recht op informatie
- Initiatiefrecht.

In 2017 werden volgende onderwerpen aan de ondernemingsraad voorgelegd:

Ter instemming:	Ter advisering:	Ter informatie:
<ul style="list-style-type: none"> • Tijdelijke regeling second opinion bedrijfsarts • Wijziging werktijden electieve medicatie aan de medicijn-registratie-balie • Werkkostenregeling • Strategisch Opleidingsplan 2018-2021 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitbesteding CSA • Voorgenomen besluit aanpassing kwalitatieve formatie pijnpolikliniek 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficiency poliklinieken: notities centraal aanmelden, buitenlocaties en poliprocessen • Notitie 'Ruimte voor Zorg' • Notitie VP 2020 MBO-HBO • Aanbiedingsbrief Factsheet FWG • Meerjarenbeleidsplan • Managementrapportage Q4 2016 • Verzuimcijfers • Logistieke rapportages • Kaderbrief 2018 • JCI • Brief Arbeidsmarkttoeslag SEH-verpleegkundigen • Memo Generatiebeleid • Evaluatie griepvaccinatie • Jaarplan en begroting 2018

3.7. Verpleegkundige Advies Raad

Binnen Ziekenhuis Rivierenland fungeert sinds 2004 een Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad. De taken en bevoegdheden zijn vastgelegd in een document.

De VAR geeft advies aan de Raad van Bestuur en de zorgmanagers ten einde:

- vanuit specifieke deskundigheid op het gebied van de verpleegkunde invloed uitoefenen op het korte- en lange termijnbeleid van de organisatie.
- de professionele attitude en de deskundigheid van de zorgverleners te stimuleren.
- op tijd te kunnen inschatten wat de effecten van wet- en regelgeving en nieuwe ontwikkelingen kunnen betekenen voor de zorgverlening.

In 2017 is er een wisseling in de samenstelling van leden van de VAR geweest.

Naam	Functie	
A.H. Walravens	Verpleegkundig coördinator A4	voorzitter sinds 01-09-2016
J.H.A.M. Meeter	Secretaresse AB3	ambtelijk secretaris sinds 01-10-2011
G.M.Stappershoef	Oncologieverpleegkundige M3	lid, 01-09-2017 <i>afgetreden</i>
M.J. Oosterom	Oncologieverpleegkundige B3	lid, 01-01-2018 <i>afgetreden</i>
C. van Haaren	Verpleegkundig specialist	schaduwlid sinds 01-01-2014
H.M. Markenhof	Docent skillslab	schaduwlid, 01-01-2018 <i>afgetreden</i>
L. Konings	Coördinator patiëntenvoorlichting	lid sinds 01-04-2016
L. Hol	Verpleegkundige AB3	lid sinds 01-01-2017, 01-08-2017 <i>afgetreden</i>
L. Huisman	O&G verpleegkundige A4	lid sinds 01-09-2017
J. Heesakker	Verpleegkundige P1	schaduwlid sinds 01-10-2016
E. van Mil	MS verpleegkundige polikliniek	lid sinds 01-09-2017

In 2016 heeft de VAR een nieuwe koers ingezet. In 2017 is deze koers doorgezet. Er moest een nieuw evenwicht gevonden worden door de wisseling in de samenstelling. Door goed te overleggen en open te communiceren is de VAR daar goed in geslaagd. De VAR wilde zich in 2017 duidelijker binnen de organisatie profileren. Dit werd onder andere gestalte gegeven door elk kwartaal een nieuwsbrief uit te brengen.

In ziekenhuis Rivierenland miste een verpleegkundige visie. Om richting te kunnen geven aan de verpleegkundige beroepsgroep heeft de VAR een verpleegkundige visie geschreven. Deze visie wordt ook gebruikt om de adviezen die de VAR geeft te toetsen. De visie is geaccordeerd door het MO. Op 27 september heeft de VAR de verpleegkundige visie gepresenteerd tijdens het mini-symposium MBO-HBO.

De VAR heeft in 2017 10 keer met haar leden vergaderd. Er is geen openbare vergadering geweest. Structureel overleg heeft plaatsgevonden met de heer Koot, zorgmanager Snijndend (gesprekspartner namens RvB).

De VAR heeft driemaal overleg gehad met een lid van de Raad van Bestuur. Tweemaal was het een regulier overleg, eenmaal een extra overleg over de keus voor een nieuw EPD.

Na de zomer is de nieuwe kwaliteitsadviseur zorgprocessen, Arjan Brummen, gestart. De VAR heeft een kennismakingsgesprek met hem gehad en afgesproken dat hij tot eind 2017 iedere VAR vergadering een half uur aanwezig is voor overleg.

Een van de VAR leden is aanwezig geweest bij het jaargesprek van Ziekenhuis Rivierenland met de IGZ.

- 2 VAR leden maakten deel uit de werkgroep MBO-HBO.
- 1 VAR lid maakt deel uit van de stuurgroep JCI.
- De VAR heeft een advies uitgebracht aan de RvB over het plan begeleiding lerenden.
- De VAR bezocht de informatie bijeenkomsten over het project MMO-Zorgzwaarte.
- 1 VAR lid maakte deel uit van de projectgroep MMO-Zorgzwaarte.
- 2 VAR leden waren bij een bijeenkomst over voeding bij patiënten.
- Op 12 mei organiseerde de VAR een lunchbijeenkomst met kraampjes in het kader van de dag van de verpleging op de vide voor alle medewerkers. Er was een presentatie van JCI, een pensioenfonds was aanwezig om informatie te geven over gezond werken en balans vinden, NU '91 was aanwezig en prikkelde de aanwezigen om na te denken hoe zij plezier in hun werk houden. Ook de VAR had een kraampje en gaf informatie over wat zij doet en mee bezig is.
- Er is een gesprek geweest met de VAR en de bedrijfsarts over het ziekteverzuim.
- Op verzoek van de VAR is gekeken naar de vergoeding van de VAR uren voor de afdeling. Voor 2018 worden de VAR uren in de begroting opgenomen en worden afdeling gecompenseerd wanneer een van de medewerkers lid van de VAR is.
- De VAR heeft in 2017 4 maal een nieuwsbrief uitgebracht.
- De VAR heeft zich laten bijpraten over de mogelijkheden van E Health door E. Roosdorp.
- De VAR heeft zich laten informeren over het project SamenWel.

Beleidsdag

Op 14 november 2017 had de VAR haar jaarlijkse beleidsdag. De dag werd begeleid door A. van Brummen. Tijdens de beleidsdag van 2016 is besloten de positie van adviseur² te verstevigen en langzaam door te groeien. We hebben dit op 14 november 2017 geëvalueerd en gekeken hoe we verder willen en kunnen doorgroeien naar de rol van partner. Er is besproken wat dit vraagt van de individuele VAR leden. Er zijn afspraken gemaakt voor komend jaar.

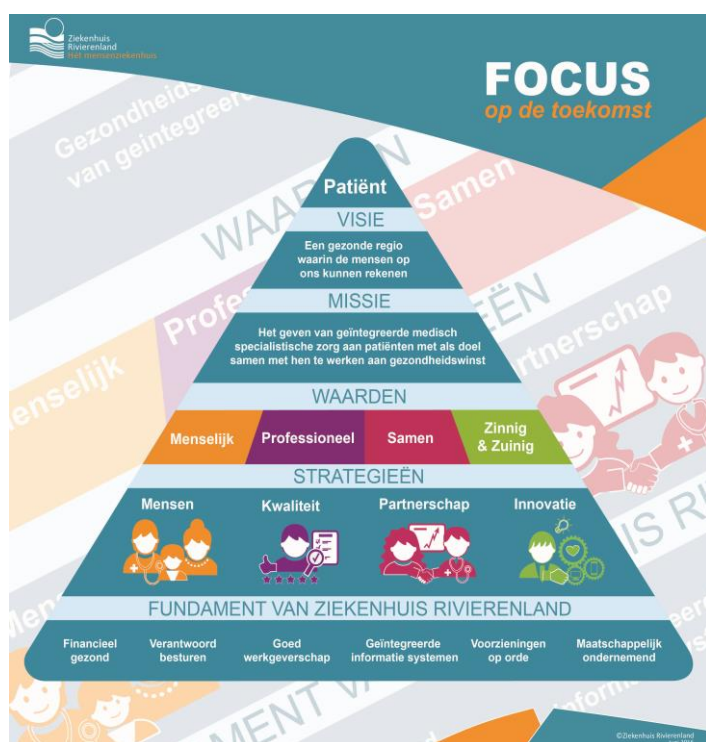
² VARiantenmodel CC zorgadviseurs

4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1. Meerjarenbeleid

In 2017 is het nieuwe meerjarenbeleidsplan 2017-2020 vastgesteld. Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg dienen zich in een hoog tempo aan en veroorzaken een dynamische omgeving waarbinnen het aanbod aan zorg van een regionaal ziekenhuis moet blijven passen. Dat betekent dat we nog meer de samenwerking met onze (regio) partners moeten zoeken, omdat we alleen gezamenlijk onze missie kunnen bereiken, namelijk gezondheidswinst voor de inwoners van ons verzorgingsgebied.

We hebben onze visie en missie uitgewerkt in de Ziekenhuis Rivierenland Piramide. 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 ZR piramide fungeert als kapstok voor dit meerjarenbeleidsplan. Door vanuit de “ZR piramide” bril te kijken naar ontwikkelingen lukt het beter om keuzes te maken, te ordenen en daardoor te focussen op wat echt belangrijk is, ook in de relatie met onze externe partners.



De primaire verantwoordelijkheid van Ziekenhuis Rivierenland was vanouds het aanbieden van medisch specialistische zorg aan de inwoners van de regio Rivierenland. Raad van Bestuur, Raad van Toezicht, Management en Medische Staf vinden deze missie voor de beleidsperiode 2018-2020 te beperkt. 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 behalen van gezondheidswinst. Medisch specialistische zorg is een schakel in de keten op weg naar het behalen van dit doel. Vanuit de “ZR piramide” bril kijkend naar ontwikkelingen maken we keuzes en ordenen en prioriteren we onze doelstellingen; ook in de relatie met onze externe partners.

De vier strategische hoofddoelstellingen en de zes bouwstenen die gezamenlijk het fundament vormen, zijn zo concreet mogelijk in meetbare resultaten uitgewerkt. We hebben vier centrale waarden geïdentificeerd, die we beschouwen als de sterkst richting gevende voor het maken van keuzes in ons handelen: Menselijk, Professioneel, Samen en Zinnig & Zuinig. Daar vloeien gedragsnormen uit voort die fungeren als het Kompas voor de ziekenhuismedewerkers. 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 “hét Mensenziekenhuis” is. Patiëntgerichtheid, een gastvrije houding, goed werkgeverschap zijn kenmerken die daarbij horen. Vertrouwen is het sleutelwoord; vertrouwen als basis voor de behandelingsrelatie, betrouwbare werkgever en samenwerkingspartner zijn.

4.2. De voortgang van de verschillende onderdelen in 2017

In 2017 stond een aantal strategische onderwerpen centraal.

Relatie en duurzame samenwerking met het St. Antonius Ziekenhuis

Ontwikkelingen gaan snel en stellen hoge eisen aan de zorg, zowel wat betreft investeringen ten behoeve van benodigde diagnostische en behandelapparatuur, als ook rondom subspecialisatie van medisch specialisten. In toenemende mate wordt vereist dat medisch specialisten zich verder door specialiseren en daarvoor kunnen bepaalde vakgroepen in de toekomst te klein zijn, dat ondermeer ook consequenties heeft voor de dienstbelasting van de specialisten. Alleen kunnen we dat in een aantal gevallen als Ziekenhuis Rivierenland onvoldoende realiseren, in samenwerking met het St. Antonius Ziekenhuis is dat beter mogelijk. We hebben in dit kader in 2017 afspraken kunnen maken die hebben geleid tot behoud van een aantal soorten chirurgische ingrepen en behandelingen in Tiel, en de ontwikkeling en behoud van onderzoekstechnieken. Voor zorg die in Ziekenhuis Rivierenland niet geleverd kan worden, zijn afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat de zorgprocessen in beide ziekenhuizen goed op elkaar aansluiten en dat patiënten van ons ziekenhuis niet opnieuw in de rij hoeven te staan als ze verwezen moeten worden voor topklinische zorg. De gesprekken over de samenwerking zullen in 2018 worden voortgezet.

Meerjarenafpraak met Menzis en andere zorgverzekeraars

De kosten van de zorg worden steeds hoger, terwijl de doelmatigheid niet toeneemt. Wij vinden het een maatschappelijke plicht dat ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid nemen. In dit kader hebben we in 2017 meerjarenafspraken kunnen maken met onze 2 grootste zorgverzekeraars. Deze afspraken behelzen in grote lijnen dat we werken aan een stabilisering en zelfs reductie van de zorgconsumptie. In de toekomst ligt de nadruk niet op verder laten groeien van de ziekenhuiszorg. Steeds meer zullen we ons moeten gaan richten op het voorkomen van ziekte en gebrek en het diagnosticeren en behandelen met een nog grotere kennis en beeld van de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Daarnaast zullen we de oplossingen die voor handen zijn nog meer in samenspraak met de patiënt moeten kiezen. Het gaat om verlening van zorg die er altijd toe doet en waarde toevoegt aan het welbevinden van de patiënt. In onze piramide noemen we dat zinnige en zuinige zorg.

Uitgangspunten zijn:

1. Gezondheidswinst als leidend streven. In samenhang en samenwerking met andere zorgaanbieders en andere betrokkenen willen we de relatieve achterstand in de gezondheid van de bewoners van de regio aanpakken.

2. Blijvend zelfstandige rol van Ziekenhuis Rivierenland voor de borging van medisch specialistische zorg in de regio; dichtbij wat kan, verderaf wat moet.
3. Borging van de acute ziekenhuiszorg in de regio zoals Spoedeisende Hulp, Verloskunde, Intensive Care, Eerste Hart Hulp en andere vormen van spoed diagnostiek voor huisartsen.

Financieel gezond blijven

Naast het beperken van de groei van de ziekenhuiszorg, moeten we ook kritisch kijken naar de kosten van bijvoorbeeld ondersteunende diensten. Het programma Ruimte voor Zorg is gestart om hier naar te kijken om Ziekenhuis Rivierenland financieel gezond te houden. Een belangrijke consequentie van dit programma is in 2017 geweest dat de meeste sterilisatie diensten van de CSA (Centrale Sterilisatie Afdeling) niet langer door het ziekenhuis zelf worden gedaan, maar dat we dit zijn gaan outsourcen. Het programma Ruimte voor Zorg zal in 2018 doorlopen en er wordt ook naar andere diensten gekeken waar deze in een betere prijs / kwaliteit verhouding adequaat kunnen plaatsvinden.

JCI (Joint Commission International) kwaliteitsaccreditatie

Eind 2018 staat de kwaliteitsaccreditatie JCI (Joint Commission International) op het programma. We hebben voor dit accreditatiesysteem gekozen, omdat de normen voor kwaliteit en veiligheid vanuit patiëntenperspectief zijn ontwikkeld. We hebben de lat hoog gelegd. In 2017 is er hard gewerkt aan de voorbereiding voor de accreditatie. We zien dat we het kwaliteitssysteem nog beter op orde krijgen en dat dit de kwaliteit van de patiëntenzorg en patiëntveiligheid nog verder verbetert.

Aanschaf en implementatie van een nieuw Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

De huidige Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) leverancier stopt eind 2019 met de verdere ontwikkeling van het EPD Soarian. Dit betekent dat er gekozen moet worden voor een nieuw, geïntegreerd EPD dat uiterlijk per eind 2019 in gebruik kan worden genomen. Het gaat om zeer ingrijpende keuzes. Enerzijds omdat hiermee voor de komende 10 – 15 jaar het belangrijkste werkinstrument voor de medische/verpleegkundige praktijk wordt vastgelegd. Anderzijds omdat de implementatie en het beheer uitermate kapitaalintensief zijn.

In 2017 is er een werkgroep gevormd bestaande uit vertegenwoordigers vanuit de Medische staf, ICT, Inkoop, Financiën en de Raad van Bestuur. Deze werkgroep heeft zo een uitgebreid, door verschillende partijen gedragen, Programma van Eisen samengesteld voor het nieuwe EPD. Daarna hebben er gesprekken plaatsgevonden met potentiële leveranciers. Dit leidt in 2018 tot de keuze voor een nieuw EPD.

Ontwikkeling organisatie

We voelen een toenemende druk op onze organisatie als gevolg van toenemende subspecialisatie en daaruit voortvloeiende schaalvergroting in de ziekenhuiszorg. Om als middelgroot, regionaal ziekenhuis te kunnen blijven bestaan, zullen we onze meerwaarde moeten blijven bewijzen. Er liggen grote en spannende uitdagingen op tafel die vragen om snelle en adequate anticipatie, vanuit een visie op zorg, en een consistente sturing.

Om deze uitdagingen het hoofd te kunnen bieden zullen we wendbaar en daadkrachtig moeten zijn. Er liggen kansen als we optimaal gebruik maken van onze schaalgrootte: de korte lijnen bieden kansen voor snelle besluitvorming en realisatie. Daarnaast zullen we moeten uitblinken in effectiviteit en efficiency. Wat dit betekent voor de besturingsfilosofie is veelvuldig onderwerp van gesprek. Dit zal consequenties hebben voor de huidige organisatie- en besluitvormingsstructuur in 2018. In 2017 werd als eerste stap een nieuwe communicatie structuur vastgesteld die per aanvang van 2018 wordt ingevoerd.

De nieuwe communicatiestructuur is meer gericht op integrale beleidsvoering en verantwoordelijkheidsdeling met de medische staf en het organisatorische management.

4.3. Algemeen kwaliteitsbeleid

4.3.1. Het kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitsmanagementsysteem is beschreven in het Kwaliteitshandboek. Dit handboek beschrijft op hoofdlijnen hoe verantwoordelijkheden in het ziekenhuis met betrekking tot het realiseren van de vereiste kwaliteit en veiligheid zijn vastgelegd.

Het kwaliteitssysteem berust op vier ordeningsprincipes:

- Lijn (de lijnorganisatie)
- Proces (de organisatieprocessen)
- Risico (de risicodomeinen)
- Kennis (de kennisorganisatie).

De lijnorganisatie als ordeningsprincipe is onder meer te herkennen bij de verdeling van middelen in de beleids- en begrotingscyclus. De organisatieprocessen zijn geïdentificeerd en vervolgens toegewezen aan proceseigenaren. De proceseigenaar houdt toezicht op de uitkomsten van het proces om te beoordelen of het proces correct verloopt en het resultaat deugt, zodat de eigenaar 'in control' is. Voor het ordeningsprincipe risico geldt dezelfde opzet.

Vanuit het ordeningsprincipe kennis zijn kenniseigenaren aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de aanwezigheid en invoering van de relevante kennis op werkplekken en in processen.

In het kader van het risicomanagement zijn in voorkomende gevallen risico-inventarisaties prospectief uitgevoerd. Met het oog op de vereisten van de norm van het veiligheidsmanagementsysteem én die van het Convenant Medische Technologie wordt voorzien, dat kennis en vaardigheden voor toepassing van de methodiek breder verspreid moeten worden.

Op het gebied van procesmanagement is verder gewerkt aan verbeterprojecten waarin het Procesmodel Rivierenland is toegepast. Opnieuw zijn enkele bedrijfsprocessen binnen de zorg beschreven. Hiermee is het opstellen van beschrijvingen nagenoeg afgerond. Met leidinggevend is het proces 'onderzoeken' gevalideerd. Een volgende stap is in voorbereiding. Deze zal inhouden dat met leidinggevend invulling aan de gewenste procesbeheersing wordt gegeven.

In 2017 is de nieuwe versie van het kennismanagementsysteem ingevoerd. Alle redacteurs zijn hiervoor bijgeschoold. De Redactieraad heeft een doorstart gemaakt.

Externe toetsing: keuze accreditatieprogramma

In januari 2017 is de nulmeting in het kader van het JCI-accreditatieprogramma uitgevoerd. Een team van 3 consultants heeft een week lang alle aspecten van het functioneren gericht op kwaliteit en veiligheid tegen het licht gehouden. De bevindingen zijn op de laatste dag gepresenteerd.

De programma-organisatie die vóór de nulmeting al was ingericht, is daarop begonnen met een planning van alle verbeteringen die nodig zijn om het gewenste doel – betere en veiliger zorg met het JCI-programma – te behalen. Alle onderdelen van de norm zijn eerst aan eigenaren toegewezen die de nodige aanpassingen en aanvullingen in het beleid moesten maken. Vervolgens is dit stukje bij beetje gecommuniceerd en ingevoerd. Omdat dit een omvangrijke onderneming is, heeft dit veel gevraagd van alle betrokkenen.

De door zorgverzekeraars vereiste accreditatie van het veiligheidsmanagement systeem (VMS) is in 2017 zonder veel problemen gecontinueerd. Er was één afwijking geconstateerd, waarvoor een verbeterplan is opgesteld. In 2018 wordt dit opnieuw getoetst.

Kwaliteitsborging

De meeste kwaliteitsborgingsprocedures die opgenomen zijn in het Kwaliteitshandboek zijn beschreven en operationeel. Dit heeft geleid tot de volgende resultaten:

- **Melden-leren-verbeteren:** In 2017 zijn 2.367 meldingen van (bijna-)incidenten gedaan. Dat is gelijk aan het voorgaande jaar. In de uitvoering is er een behoorlijke diversiteit tussen afdelingen: is het onderdeel van het dagelijks werk en is er al dan niet sprake van dagelijks leren?
- **Incidentenonderzoek:** Er werden in totaal 6 incidentonderzoeken geheel zelf uitgevoerd, allemaal in het kader van een calamiteitenmelding aan de Inspectie. Daarnaast is meegewerkt aan 3 calamiteitenonderzoeken die door andere zorgaanbieders zijn uitgevoerd. De calamiteitenrapportages zijn in alle gevallen op alle punten als goed of voldoende door de Inspectie beoordeeld. Zie rapportage calamiteiten-beleid onder 4.3.2.
- **Dossieronderzoek:** dossiers van alle overleden patiënten zijn onderzocht, er is potentieel vermijdbare schade gevonden.
- **Indicatoren:** externe uitvraag van indicatoren is een nog steeds groeiende activiteit. Het is wederom gelukt betrouwbare cijfers aan te leveren.
- **Veiligheidsrondes:** de Raad van Bestuur loopt periodiek veiligheidsrondes op alle zorgafdelingen in het ziekenhuis. Doel van de veiligheidsrondes is het vergroten van het inzicht in veiligheidsgerelateerde problemen op afdelingen en het stimuleren van de open dialoog over patiëntveiligheid.
- **Prospectieve risico-inventarisatie:** Bij de introductie van nieuwe medische technologie wordt een PRI uitgevoerd. In het kader van het convenant medische technologie specifieke PRI en PRA zijn specifieke hulpmiddelen ontwikkeld voor medische apparatuur en steriele medische hulpmiddelen.
- **Klachten:** over klachten wordt elders in dit document gerapporteerd.

Kwaliteitsrapportages

De kwaliteitsrapportage is ieder kwartaal uitgebracht. De onderwerpen waarover gerapporteerd wordt zijn op dit moment:

1. (H)SMR (Hospital Standardized Mortality Ratio), verpleegduur en her-opnames.
2. Verpleegkundige risicoscreening: ondervoeding, vallen, delier, pijn, decubitus.
3. Schade aan patiënten: complicaties, VAS-pijnscore > 7, decubituswonden > klasse 2 ontstaan op de eigen afdeling en ziekenhuisinfecties.
4. Kwaliteitsborging: interne audits, incidenten, verbeteren en klachten (zie vorige alinea).

Aan het project MIS-Q (management informatie systeem kwaliteit-Q) is vervolg gegeven. Op het gebied van MISQ zijn in 2017 de volgende resultaten behaald:

- beheer uitbesteed;
- besluit genomen voor capaciteit bij Bureau Kwaliteit;
- doorontwikkeling met de VMS-thema indicatoren gestart.

Quality Control

De kwaliteitsrapportage is twee maal besproken in de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht heeft opnieuw 'gemba walks' in het ziekenhuis gehouden.

4.3.2. VMS (Veiligheids Management Systeem).

Het VMS is een integraal onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem. Een aantal borgingsprocedures heeft specifiek op patiëntveiligheid betrekking. Zie hierboven onder melden-leren-verbeteren, incidentonderzoek en veiligheidsrondes.

In 2017 is het VMS opnieuw geaccrediteerd.

Rapportage calamiteitenbeleid

Voor het te volgen beleid met betrekking tot onderzoek en verbetering wordt in Ziekenhuis Rivierenland geen onderscheid gemaakt tussen calamiteiten die gemeld worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en incidenten die van zodanige aard zijn, dat ze verder onderzocht moeten worden, zonder dat ze voldoen aan de IGZ-definitie van een calamiteit. Er is uiteraard een verschil doordat in het ene geval een traject naar IGZ wordt afgehandeld en in het andere niet.

Als vanwege de ernst of de complexiteit of een andere reden, een incident wordt voorgelegd aan de Raad van Bestuur, besluit deze over het al dan niet melden bij IGZ. Als er besloten wordt tot melding bij IGZ start er altijd een incidentonderzoek, in andere gevallen is daar een aanvullend besluit van de Raad van Bestuur voor nodig. Er zijn in 2017 25 incidenten nader onderzocht en hiervan is beoordeeld of ze voldoen aan de IGZ-criteria voor een calamiteit. Dit heeft geleid tot melding van 6 calamiteiten. Nog eens 3 incidenten zijn door andere zorgaanbieders bij IGZ als calamiteit gemeld van situaties waarbij Ziekenhuis Rivierenland deel heeft uitgemaakt van de zorgketen voor de betreffende patiënt. Ziekenhuis Rivierenland heeft aan deze calamiteitenonderzoeken meegewerkt.

De opdracht van een calamiteitenonderzoek wordt verstrekt aan het incidenten onderzoeksteam, bestaande uit adviseurs van Bureau Kwaliteit desgewenst aangevuld met interne of externe experts, afhankelijk van de onderwerpen die in de melding vóórkomen. Het onderzoeksteam staat onder leiding van Hoofd Bureau Kwaliteit. Als onderzoeksmethodiek wordt gebruikt gemaakt van de SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) methodiek dan wel de Tripod-B methodiek. In 2017 zijn de calamiteitenonderzoekers in de Tripod-b methodiek geschoold. Bij de verslaglegging van het onderzoek wordt gewerkt conform de 'Leidraad Meldingen 2013' en de 'Richtlijn calamiteiten rapportage' van IGZ.

Standaard wordt contact gezocht met de patiënt dan wel de nabestaanden voor de door hen gewenste betrokkenheid bij het onderzoek. Na afsluiting van het onderzoek en, in het geval van een IGZ-melding, nadat IGZ de melding heeft afgesloten, wordt de patiënt dan wel de nabestaanden uitgenodigd voor een mondelinge terugrapportage met de Raad van Bestuur en hoofd bureau kwaliteit van de uitkomsten van het incidentonderzoek. Van dit gesprek wordt een verslag voor de patiënt dan wel de nabestaanden gemaakt.

Er werden in totaal 6 calamiteitenonderzoeken uitgevoerd. De calamiteitenrapportages zijn in alle gevallen op alle punten als goed of voldoende door de Inspectie beoordeeld.

4.3.3. Medisch professionele kwaliteit

4.3.3.1. Klachtenopvang-/bemiddeling door de klachtenfunctionaris

Aantal klachten

In het jaar 2017 namen 283 patiënten en/of hun naasten contact op met de klachtenfunctionaris, goed voor in totaal 330 meldingen. Dat betekent een stijging van 20% in het aantal contacten vergeleken met het jaar ervoor.

Ook was er iets meer ongenoegen: bij 80 % van het totale aantal meldingen betrof het een uiting van onvrede. Bij de overige meldingen ging het om vragen, tips of complimenten c.q. positieve ervaringen. Het merendeel van de klachten wordt afgerond via bemiddeling door de klachtenfunctionaris.

	2017	2016	2015
Aantal personen	283	253	245
Aantal klachten	330	307	318
Gem. aantal klachten per melder	1,16	1,21	1,30

Bereikbaarheid

Ziekenhuis Rivierenland streeft naar maximale patiëntvriendelijkheid, waaronder ook een goede en laagdrempelige bereikbaarheid van de klachtenfunctionaris valt.

De klachtenfunctionaris is in ieder geval door de week om de dag, op maandag, woensdag en vrijdag, bereikbaar. Daarbuiten biedt een antwoordapparaat de mogelijkheid een bericht achter te laten en kan altijd een e-mail gestuurd worden. Bij de receptie en op de poliklinieken is de informatiefolder "Klachtenregeling" beschikbaar.

Klinische patiënten ontvangen een opnameboekje, waarin ook beschreven wordt hoe contact met de klachtenfunctionaris te leggen.

Bij de Raad van Bestuur ingediende klachten worden doorgaans doorgeleid naar de klachtenfunctionaris, die de klacht in behandeling neemt en de uitkomst van de klachtbehandeling vervolgens terugkoppelt naar de Raad van Bestuur.

Wat gebeurt er met de klacht?

Uit onderstaande tabel valt op te maken wat er in 2017 met de verschillende klachten is gebeurd.

Wijze van afhandeling	
Doorverwijzen naar elders	3
Informatie/advies	91
Registratie	7
Kennisgeving	52
Bemiddeling	151
Behandeling door Raad van Bestuur	15
Overig (o.a. nog lopend)	11
Totaal	330

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het merendeel van de klachten tot afronding komt via bemiddeling door de klachtenfunctionaris. In de meeste gevallen volstaat schriftelijk of mondeling overleg tussen klachtenfunctionaris en aangeklaagde, waarna overleg met klager plaats vindt en de klacht afgesloten

kan worden. Soms is een gesprek met de medewerk(st)er tegen wie de klacht is gericht wenselijk en gewenst; vrijwel altijd kan de klacht daarna bevredigend worden afgesloten.

Helaas verloopt niet iedere bemiddeling bevredigend, omdat de ervaringen van de klager soms haaks (blijven) staan op die van degene tegen wie de klacht is gericht. Klagers willen dan een oordeel over de klacht of een schadevergoeding, waardoor de procedure, conform het nieuwe klachtenreglement, bij de Raad van Bestuur wordt voortgezet. Dit leidt tot extra druk op de Raad van Bestuur, die zich hierbij vaak laat adviseren door een hiertoe ingestelde klachtenadviescommissie. De uitkomst van de procedure leidt vaak niet tot het door klagers gewenste resultaat.

Er zijn ook klagers die het voldoende vinden dat hun onvrede alleen gemeld wordt bij de betrokken medewerker/afdeling, zodat die erop geattendeerd wordt en er zijn voordeel mee doet. Deze meldingen worden geregistreerd als kennisgeving.

Waarover wordt geklaagd?

Onderwerp	2017	2016	2015
vaktechnisch handelen	150	136	153
relationeel	43	39	54
organisatorisch	99	96	77
financieel	31	29	20
overig	1	2	11
onbekend	6	5	3

De verhouding tussen de onderwerpen waarover wordt geklaagd is in vergelijking met 2016 nauwelijks gewijzigd. ongeveer Het aantal *financiële* klachten is niet afgenomen, ondanks het feit dat veel van deze klachten in eerste instantie door de financiële afdeling behandeld worden. Dat komt omdat er dan onvrede blijft bestaan over de hoogte van de factuur, in combinatie met het feit dat het eigen risico wordt aangesproken.

Specificatie

De categorieën die in 2017 het meest voorkomen (vaktechnisch handelen, relationeel en organisatorisch) worden hieronder nader gespecificeerd. Het percentage van de specificatie per categorie in de tabellen hieronder verwijst naar het totaal aantal meldingen (330) in 2017.

Het onderwerp binnen de categorie vaktechnisch handelen

Onderwerp	Aantal	Percentage
Behandeling	67	20,3 %
Diagnose	11	3,3 %
Informatie behandeling aan patiënt	15	4,5 %
Informatie familie	6	1,8 %
Medicatie	3	0,9 %
Ontslag	8	2,4 %
Onderzoek	4	1,2 %
Verpleegkundige zorg	24	7,3 %
Positief	12	3,6 %
Totaal	150	

Bij de vakinhoudelijke klachten gaat het, evenals eerdere jaren, meestal om onvrede over de behandeling. Het percentage klachten over verpleegkundige zorg is iets gestegen vergeleken met het jaar ervoor.

Het onderwerp binnen de categorie relationeel

Onderwerp	Aantal	Percentage
Afspraak	3	0,9 %
Bejegening	38	11,5 %
Privacy	2	0,6 %
Totaal	43	

Het percentage klachten over bejegening is iets gestegen vergeleken met 2016.

Het onderwerp binnen de categorie organisatorisch

Onderwerp:	Aantal	Percentage
Afspraak	23	7,0 %
Afstemming	3	0,9 %
Bereikbaarheid (telefonisch)	21	6,4 %
Hygiëne	4	1,2 %
Medewerking behandelaar	3	0,9 %
Medische gegevens	4	1,2 %
Operatie	7	2,1 %
Website	2	0,6 %
Patiëntenvoorzieningen	9	2,7 %
Technische mankementen	1	0,3 %
Wachttijd	17	5,2 %
Overig	5	1,5 %
Totaal	99	

Het aantal klachten over de telefonische bereikbaarheid is ten opzichte van vorig jaar verviervoudigd, terwijl het aantal klachten over hygiëne is gehalveerd. Het percentage klachten over de wachttijd is gelijk gebleven, waarbij opvalt dat het voornamelijk gaat om de wachttijd op de poli in de wachtkamer.

Over wie wordt geklaagd?

De medisch specialisten genereerden net als vorig jaar drie maal zoveel meldingen als de verpleegkundigen. In het totaal aantal meldingen tegen artsen en verpleegkundigen, dat ongeveer gelijk is gebleven, is alles meegenomen, dus ook de complimenten, vragen en verbeteruggesties.

Tenslotte

De klachtenfunctionaris wordt incidenteel geconsulteerd door een zorgverlener bij situaties in de relatie tussen (het team van) hulpverlener(s) en de patiënt en/of diens naasten. Het is dan niet de patiënt die het initiatief neemt naar de klachtenfunctionaris, maar de zorgverlener; ook hierbij is het doel een oplossing te zoeken voor het bij de patiënt ontstane ongenoegen. Ook in 2017 deden zich

verschillende situaties voor, waarbij ook sprake was van ongenoegen bij de zorgverlener, gezien de opstelling van sommige klagers.

Klachten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan verbetering van de kwaliteit van de zorg. Als instrument hierbij ontvangt iedere maatschap/vakgroep/afdeling periodiek een overzicht van de klachten, die de klachtenfunctionaris in de betreffende periode hebben bereikt, specifiek gericht op de eigen afdeling, zodat deze intern besproken kan worden en er, indien wenselijk, beleid op ingezet kan worden. Een aantal klachten heeft direct geleid tot verbeteringen, zoals bijvoorbeeld werkafspraken en aanpassing van werkprocessen. De klachtenfunctionaris heeft periodiek overleg met de Raad van Bestuur, waarbij de Raad van Bestuur anoniem wordt geïnformeerd over de ingediende klachten en de manier waarop ze zijn c.q. worden afgehandeld. De bedoeling van dit overleg is o.a. om vroegtijdig mogelijke tekortkomingen in de zorg te signaleren. Eventuele structurele problemen die hierbij naar voren komen vormen voor de Raad van Bestuur reden om actie te ondernemen, zodat de kwaliteit van de zorgverlening verbeterd wordt.

Naast de, informele, afhandeling van klachten door de klachtenfunctionaris zijn er ook klachten waarbij de klager een oordeel wenst. Voorheen was het aan de klachtencommissie om een oordeel te geven, maar sinds 2017 geldt de nieuwe klachtenregeling, die voldoet aan de eisen die de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) daaraan stelt. In die nieuwe regeling speelt de klachtencommissie geen rol meer, omdat de wet laagdrempelige klachtenopvang door de klachtenfunctionaris beoogt, desgewenst gevolgd door een oordeel over de klacht van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur kan zich laten adviseren door de klachtenadviescommissie en heeft in 2017 regelmatig een beroep gedaan op deze commissie. Als de klager zich niet kan vinden in het oordeel van de Raad van Bestuur, rest nog de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de externe Geschillencommissie ziekenhuizen.

4.3.3.2. Wacht- en toegangstijden 2017

Type wachttijd	Specialisme	Subspecialisme	act dgn	act wkn	nrm dgn	nrm wkn
Toegangstijd polikliniek	CAR	Algemeen	24	3	15	1
Toegangstijd polikliniek	CHI	Algemeen	8	1	15	1
Toegangstijd polikliniek	CHI	Hernia/liesbreuk	29	4	15	1
Toegangstijd polikliniek	CHI	Mammapoli	1	0	9	1
Toegangstijd polikliniek	CHI	Vaatpoli	9	1	15	1
Toegangstijd polikliniek	CHI	Varices (spataderen)	11	2	15	1
Toegangstijd polikliniek	Derma	Algemeen	30	4	15	1
Toegangstijd polikliniek	Geria	Algemeen	17	2	15	1
Toegangstijd polikliniek	Gyn	Algemeen	19	3	15	1
Toegangstijd polikliniek	INT	Algemeen	30	4	15	1
Toegangstijd polikliniek	MKA	Algemeen	26	4	15	1
Toegangstijd polikliniek	KNO	Algemeen	14	2	15	1
Toegangstijd polikliniek	KIND	Algemeen	17	2	15	1
Toegangstijd polikliniek	LONG	Algemeen	17	2	15	1
Toegangstijd polikliniek	NEURO	Algemeen	16	2	15	1
Toegangstijd polikliniek	OOG	Algemeen	30	4	15	1
Toegangstijd polikliniek	OOG	Staaroperatie/cataract (spreekuur)	24	3	15	1
Toegangstijd polikliniek	ORTHO	Algemeen	10	1	15	1
Toegangstijd polikliniek	ORTHO	Meniscus	2	0	12	1
Toegangstijd polikliniek	Pijnbestr	Algemeen	47	7	15	1
Toegangstijd polikliniek	Pijnbestr	Algemeen	20	3	15	1
Toegangstijd polikliniek	PLAST	Algemeen	26	4	15	1
Toegangstijd polikliniek	REUMA	Algemeen	21	3	15	1
Toegangstijd polikliniek	UROL	Algemeen	18	3	15	1
Wachttijd Behandeling	nvt	Baarmoederverwijdering icm andere ingre(e)p(en) (Gyn)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Behandeling spataderen (endovasc. proc.) (heelk./derma)	48	7	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Borstvergroting (plastische chirurgie)	36	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Borstverkleining (plastische chirurgie)	32	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Buikwandcorrectie (plastische chirurgie)	22	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Chir.behand.spataderen (open proc.stamvene) (heelk)	38	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Diagn.en/of therap.kijkoperatie knie (orthop)	20	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Dotterbehandeling (cardiologie)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Galblaasverwijdering (heelkunde)	18	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Geïsoleerde/ op zichzelf staande baarmoederverwijdering (gynaecologie)	36	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Initiële plaatsen epiduraal electrode voor aansluiting ruggenmergstimulator (evt proefplaatsing) (neurochir, anesth)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Initiële operatieve behandeling carpaal tunnelsyndroom (heelk/ortho/plast.)	5	1	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Init.oper.behandeling hernia nucleï pulposi/kanaalstenose (ortho,neurochir)	14	2	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Init. oper.behand.ovariumkanker ongeacht progn.(curatief en/of palliatief)	5	1	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Init.oper. behandeling van maagkanker excl. kanker v. overgang slokdarm- maag (excl.debulking operatie, excl HIPEC) (heelk)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Init.oper.behandeling van slokdarmkanker en/of kanker van overgang slokdarm-maag (excl debulking operatie, excl HIPEC) (heelkunde)	0	0	35	35

Wachttijd Behandeling	nvt	Initiële staaroperatie (oogheekunde)	29	4	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Initiële totale heupvervangning (orthopedie)	22	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Initiële totale knie vervanging (orthopedie)	32	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Neurolyse perifere zenuw, w.o. carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Open hartoperatie (thoraxchirurgie)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.behandeling liesbreuk (hernia inguinalis/hernia femoralis) (heelkunde)	17	2	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.behand. meniscus en/of kniebanden (geen vers letsel, excl artro-	20	3	35	35
		scopische behand.) (heelk, orthop)				
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.behand. of endovasc.procedure intracraniële vaatafwijk (aneurysma,	0	0	35	35
		av-anomalie) (neurochirurgie, interventieradiologie)				
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.behandeling of endovasc. proc.van aneurysma van aorta (incl. aneurys	0	0	35	35
		mata die zich voortzetten in aanpalende arterieën)				
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.behand.prostaatacarcinoom (urologie)	34	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.behand. stressincontinentie (gynaecologie, urologie)	43	6	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper. behand. van carotispathol. mbt doorbloeding/contin	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper. behand. van carotispathologie m.b.t. het autonome zenuwstelsel (heelk)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper. behand. van Dupuytren (plast.chir.)	33	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.verwijdering borstkanker (heelkunde)	23	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Oper.verwijdering kanker van dikke darm (heelk.)	16	2	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Plaatsen middenoorbeluchtingsbuisjes (KNO)	23	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Primair oper.behandeling van afwijkingen van neustussenschot (KNO)	33	5	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Sterilisatie man (urologie, heelkunde)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Sterilisatie vrouw (gynaecologie)	23	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Tonsillectomie en/of adenotomie (KNO)	23	3	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Totale blaasverwijdering bij blaascarcinoom (urologie)	0	0	35	35
Wachttijd Behandeling	nvt	Vaatchirurgische behandeling (open en/of transluminaal) ivm PAOD (heelk)	39	6	35	35
Wachttijd Behandeling	BVT	Coloscopie	42	6	41	5
Wachttijden diagnostiek	BVT	CT-scan	3	0	41	5
Wachttijden diagnostiek	BVT	Gastroscopie	31	4	41	5
Wachttijden diagnostiek	BVT	MRI-scan	18	3	41	5

4.4. Personeel & Organisatie

In december 2017 waren er 1396 medewerkers in dienst van ons ziekenhuis (1.017 fte). In december 2016 waren dat 1347 medewerkers, en 984 fte. De omvang van het personeelsbestand is dus licht gestegen. De gemiddelde leeftijd in 2017 was 44,9 jaar, tegen 44,5 het jaar daarvoor. De stijging in het aantal personeelsleden zit dan ook met name in de jonge leeftijdsgroep: jonger dan 24 jaar.

Personeelsopbouw³

In leeftijd

	2016		2017	
24 jaar en jonger	80	5,9%	113	8,1%
25 t/m 34 jaar	238	17,7%	245	17,6%
35 t/m 44 jaar	267	19,8%	264	18,9%
45 t/m 54 jaar	424	31,5%	422	30,2%
55 t/m 59	335	24,9%	200	14,3%
60 t/m 64	139	10,3%	139	10,0%
65 en ouder	3	0,2%	13	0,9%
Totaal	1.347	100%	1.396	100%

Er is een lichte stijging in de groep 65⁺ers. De grootste stijging zit in de groep jonge werknemers.

In deeltijdklassen

	2016		2017	
0-40%	152	10,8%	154	10,7%
40-60%	326	23,4%	336	23,3%
60-80%	402	28,7%	414	28,7%
80-100%	458	32,7%	481	33,3%
Meer dan 36 u	59	4,2%	58	4,0%

De gemiddelde deeltijdfactor was 0,73% = 26,3 uur per week gemiddeld.

In- en uitstroom

Voor onze organisatie bedroeg de totale instroom in 2017 195 medewerkers (152 in 2016). De totale uitstroom bedroeg 145 mensen, tegen 136 in 2016.

Verzuim⁴

	Organisatie	Branche
25 jaar en jonger	2,2 %	2,9 %
26 t/m 35 jaar	2,6 %	3,7 %
36 t/m 45 jaar	5,2 %	5,1 %
46 t/m 55 jaar	6,3 %	5,7 %
56 jaar en ouder	6,9 %	7,1 %
Totaal	5,2 %	5,2 %

³ Bron: Profielkaart Werkgever PFZW

⁴ Vernetcijfers

In 2017 is het verzuim in onze organisatie helaas verder gestegen, net als het jaar daarvoor. Het verzuim in de branche ziekenhuizen is landelijk ook gestegen. Onze organisatie zit nu op het gemiddelde verzuim van de ziekenhuiszorg in Nederland. In onze organisatie was de stijging het grootst in de leeftijdsgroep 46-55 jaar. De meldingsfrequentie en de verzuimduur zijn in ons ziekenhuis iets lager dan die in de rest van Nederland. Het verzuimbeleid is onderwerp van gesprek in het MO en met de OR. Het overleg tussen Raad van Bestuur en bedrijfsarts werkt stimulerend voor beide partijen.

Strategisch opleiden/kwaliteitsimpuls

Met de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg (KIPZ) geven algemene ziekenhuizen en categorale instellingen een extra impuls aan de kwalificaties van zittende medewerkers. Dat gebeurt door het opstellen en uitvoeren van een strategisch opleidingsplan. 2017 was het laatste jaar van de eerste planperiode. Onderwerpen die in deze eerste planperiode op de agenda stonden hadden als pijlers:

- Efficiëncy
- Kwaliteit
- Patiëntveiligheid
- Samenwerken.

De KIPZ- opleidingsgelden staan ter beschikking aan alle medewerkers van het ziekenhuis. Er is dan ook een veelkleurigheid aan opleidingen die op basis van de subsidie gevolgd zijn. Belangrijke thema's in 2017 zijn het verder inrichten van het leermanagementsysteem Kik geweest, opleidingen voor verpleegkundigen om de inzetbaarheid (voortkomend uit het masterplan) te vergroten en de doorstroomklas voor mbo-vers. We stimuleren bijscholing van MBO-V verpleegkundigen naar het HBO-niveau door een stevige financiële tegemoetkoming te bieden, in combinatie met werk.

Een aantal HR onderwerpen 2017 in vogelvlucht

Medewerkersonderzoek

In november 2017 is een organisatiebreed medewerkersonderzoek uitgevoerd. Met een respons van 77% waren we erg blij: dat alleen al geeft betrokkenheid bij het werk aan. In 2018 worden de rapportages in huis verspreid en besproken. Op grond daarvan maakt elk team een eigen plan van aanpak.

Uiteindelijk leiden de rapportages tot actie op 3 niveaus:

- Individueel niveau: elke medewerker die meedeed aan het onderzoek heeft een individuele, digitale terugkoppeling ontvangen, met tips om zijn vitaliteit en betrokkenheid te houden of te vergroten;
- Teamniveau: het werkplezier wordt in hoge mate bepaald door de samenwerking in een team en met de leidinggevende. We hechten sterk aan een werkwijze waarbij medewerkers actief zijn in het maken van een plan van aanpak: zij weten zelf het beste wat we samen kunnen doen om het werkplezier te behouden en te vergroten.
- Organisatieniveau: aan elk team wordt gevraagd een aantal aandachtspunten of tips mee te geven die we op organisatieniveau verder kunnen uitwerken. Onderwerpen waarop teams bevroegd worden zijn: zinnig en zuinig (één van onze kernwaarden) en samenwerking tussen afdelingen. Voor deze thema's is gekozen omdat veel medewerkers aangaven dat we hier wel beter op zouden moeten kunnen presteren.

HBO-MBO verpleegkundigen

Eén van de belangrijke thema's die we in 2017 op de agenda hebben gezet is het vraagstuk hoe we de aanstaande functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg kunnen gaan inrichten. In 2020 zullen er twee verpleegkundige functies zijn, één op HBO, één op MBO niveau. We zijn in 2017 gestart met een programma dat verschillende onderdelen/pijlers kent:

- Het herformuleren/actualiseren van de verpleegkundige visie;
- Een strategische opleidingsplan voor mbo-ers en hbo-ers;
- Instroom van HBO verpleegkundigen (werving en een strategisch stageplan);
- Een project om te komen tot de gewenste mix MBO-HBO per afdeling;
- Doorstroom mbo-v naar hbo-v.

Een stuurgroep, bestaande uit een unitmanager, mbo-hbo verpleegkundigen, een vertegenwoordiger van de VAR, een senior opleidingsadviseur, manager P&O en manager Zorg coördineert de uitvoer. In september 2017 is een eerste symposium georganiseerd waarvoor alle verpleegkundigen van ons ziekenhuis uitgenodigd zijn om mee te denken en mee te praten over hun toekomst.

Uitbesteding CSA activiteiten

Op grond van een efficiencydiscussie en - berekening werd in het voorjaar 2017 besloten om een groot deel van de CSA activiteiten uit te besteden. Dit heeft geleid tot een reorganisatietraject waarbij een groot deel van het personeel van werk naar werk geholpen moest worden. In de nieuwe situatie was werk voor slechts een derde van de oorspronkelijke formatie. Voor 8,5 fte verviel het werk. We zijn er best trots op dat uiteindelijk, met inspanning van zowel betrokken medewerkers als leidinggevenden en P&O adviseur, gelukt is om de operatie uit te voeren zonder gedwongen ontslagen.

4.5. Samenleving en belanghebbenden

4.5.1. Milieu aspecten 2017

Overzicht energieverbruik 2017	
Elektriciteitsverbruik 2017	
Totaal verbruik elektriciteit	7.679.636 KWh
Minder verbruik elektra 2017 t.o.v. 2016	851.934 KWh
Gasverbruik 2017	
Totaal verbruik	1.012.818 m ³
Minder verbruik gas 2017 t.o.v. 2016	277.638 m ³
Waterverbruik 2017	
Totaal waterverbruik (incl. water t.b.v. Vrijthof)	58.821 m ³
Minder waterverbruik 2017 t.o.v. 2016	6.263 m ³

Het elektriciteitsverbruik is met 10% omlaag gegaan ten opzichte van 2016. Dit is grotendeels veroorzaakt door het gereduceerd gebruik van de grote koelmachine en diverse energiebesparende maatregelen.

De 21% afname van het gasverbruik is het gevolg van de terugloop van het aantal graaddagen van 3.583 in 2016 naar 3.444 in 2017 (-3,8%), het optimaal inzetten van de WKO en de verlaging van het temperatuur circuit.

Actie en ontwikkelingen met betrekking tot energie en milieu:

- De uitbereiding van de WKO met twee extra bronnen is gedurende een groot deel van 2017 in bedrijf geweest. In combinatie met het verlagen van het temperatuurcircuit heeft dit tot een aanzienlijke besparing van het gasverbruik geleid. Het koelsysteem is in dezelfde periode tevens hierop aangepast. Tot slot is eind 2017 één van de noodstroomaggregaten vervangen en vergroot, waardoor op “eiland” draaien werkelijkheid is geworden.
- Het Milieubeleidsplan 2017 - 2022, inclusief de door de RvB bekrachtigde Milieubeleidsverklaring, is vastgesteld. Kernpunten van dit plan zijn: Deelname Milieuthermometer Zorg, Masterplan Energie, diverse acties op het gebied van afvalreductie, waterbesparing en verduurzamen van Catering en Voeding.
- Het Milieubarometer rapport 2017 is in concept opgesteld en nog niet gevalideerd. In het volgend jaarverslag zal hiervan gedetailleerd verslag van worden gedaan.

CO ₂ Footprint 2017	
Elektriciteit	4.039 ton
Brandstof & Warmte	1.913 ton
Overige	41 ton
Totaal	5.993 ton

Afval	2016	2017
Totaal	366 ton	377 ton
Afvalscheiding %	23%	45%

In 2017 zijn er door de Omgevingsdienst Rivierenland diverse controles uitgevoerd. De actiepunten zijn afgehandeld en akkoord verklaard door de ODR.

Duurzaamheid in Ziekenhuis Rivierenland

Op de foto: voormalige laboratorium tafelbladen toegepast bij balustrade.



4.6. Financieel beleid

4.6.1. Algemeen

Een gezonde financiële positie en een financiële functie die 'in control' is, zijn randvoorwaarden om de in het ziekenhuisbeleidsplan 2014 – 2017 genoemde missie en kernwaarden te kunnen realiseren. Aangezien het financieel meerjaren beleid 2014-2017 in 2017 ten einde liep mede gezien de aard en complexiteit van ontwikkelingen die de komende tijd op het ziekenhuis Rivierenland afkomen, is in 2017 met een nieuwe meerjaren financieel plan van start gegaan. Begin 2018 is het nieuwe meerjaren financieel plan 2018-2021 door de Raad van Bestuur vastgesteld. In het MJFP zijn onder andere de ambities van het ziekenhuis ten aanzien van het nieuwe ZIS/EPD, ERP en huisvesting meegenomen, maar ook de meerjarenafspraken met de grootste zorgverzekeraars.

Om de financiële beheersing te verbeteren zijn evenals voorgaande jaren ook in 2017 nieuwe kostprijzen berekend die in combinatie met de benchmark kostprijzen een basis bieden voor de analyse ten einde potentie te vinden voor het verbeteren van de efficiency in het zorgproces. Deze analyse biedt de basis voor interne besluitvorming rondom business cases.

De jaarrekening voldoet aan richtlijn 655 van de Raad voor de Jaarverslaggeving.

4.6.2. Resultaat 2017

(x € 1.000.000)	2017	2016	2015	2014	2013
Opbrengsten zorgprestaties	118,7	120	121,2	106,2	99
Subsidies	2,2	2	1,6	1,3	2,4
Overige bedrijfsopbrengsten	4,1	4,4	4,4	5,9	9,1
Som van de bedrijfsopbrengsten	125	126,5	127,2	113,3	110,5
Personeelskosten	60,2	61,1	56,6	59,6	57,9
Honorariumkosten	16,8	15,8	17,3		
Afschrijvingskosten	9,9	12,5	13,5	9,7	9,9
Overige bedrijfskosten	34,8	33,8	35,1	36,5	37,6
Som van de bedrijfskosten	121,7	123,2	122,5	105,9	105,4
Bedrijfsresultaat	3,3	3,2	4,6	7,5	5,1
Financiële baten en lasten	-1,3	-1,6	-1,9	-2,2	-2,5
Resultaat	2	1,6	2,7	5,3	2,6

In 2017 is afgesloten met een positief resultaat van € 2,0 miljoen. Het resultaat in 2017 is beïnvloed door een aantal eenmalige posten. Doordat er daartegenover tevens een aantal eenmalige lasten zijn genomen, komt het genormaliseerde exploitatieresultaat, exclusief incidentele posten, uit op € 1,0.

De fluctuaties in personele kosten worden veroorzaakt door enerzijds de CAO stijging in 2017 van 1,75% en anderzijds een stijging in FTE's.

De financiële baten en lasten laten ten gevolge van de aflossingen van langlopende leningen en een renteherziening een daling zien van € 0,3 miljoen.

4.6.3. Ontwikkeling financiële verhoudingen

(x € 1.000.000)	2017	2016	2015	2014	2013
Eigen Vermogen	37,9	35,9	33,6	30,9	25,6
Voorzieningen	10,6	10,5	8,1	10,6	7,5
Langlopende schulden	37,3	42,2	43,5	49,5	55,5
Kortlopende schulden	29	29	38,8	37	45,6
Totaal vreemd vermogen	76,9	81,7	90,5	97,1	108,7
Totaal vermogen = Balanstotaal	114,8	117,6	124,1	128	134,2

Ondanks de toename van het exploitatieresultaat met € 2,0 miljoen is het balanstotaal van Ziekenhuis Rivierenland in 2017 afgenomen met € 2,8 miljoen. De langlopende schulden zijn afgenomen met € 4,9 miljoen en de kortlopende schulden zijn gelijk gebleven.

4.6.4. Kengetallen

	2017	2016	2015	2014	2013
Solvabiliteit	33,01%	30,50%	27,10%	24,10%	19,10%
Weerstandsvermogen	30,30%	28,40%	26,40%	27,20%	23,10%
Liquiditeit	115,70%	108,50%	97,00%	120,90%	103,20%
DSCR	2,0	2,2	1,9	2,1	1,8
Resultaat in % van opbrengsten	1,63%	1,30%	2,10%	4,70%	2,40%

De afgelopen jaren neemt de solvabiliteit gestaag toe. In 2017 was er sprake van een stijging met 2,5%. Liquiditeit is in 2017 verbeterd ten opzichte van 2016 als gevolg van tijdige facturatie aan de zorgverzekeraars.

De beschikbare ruimte op de bestaande kredietfaciliteiten is in 2017 ruim voldoende geweest om aan de betalingsverplichtingen te kunnen voldoen.

Over 2017 bedraagt het behaalde exploitatieresultaat 1,63% van de gerealiseerde opbrengsten. Een adequate financiële buffer is een belangrijke vereiste om daaraan het hoofd te kunnen bieden. Het is de ambitie van ziekenhuis Rivierenland om - gelet op de toekomstige onzekerheden - de thans bereikte financiële positie verder uit te bouwen. Op deze wijze kunnen de uitdagingen (zeker de regionale) die aan de ziekenhuizen gesteld worden het hoofd worden geboden.