

**Jaarverslag  
Ziekenhuis Gelderse Vallei  
2013**

---

# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Voorwoord</b>                                   | <b>5</b>  |
| <b>Jaarverslag</b>                                 |           |
| <b>1. Uitgangspunten van de verslaggeving</b>      | <b>6</b>  |
| <b>2. Algemene informatie</b>                      | <b>6</b>  |
| 2.1 Algemene gegevens                              | 6         |
| 2.2 Structuur van het concern                      | 6         |
| 2.3 Kerngegevens                                   | 11        |
| 2.4 Strategie en gevoerd beleid                    | 14        |
| <b>3. Kwaliteit en veiligheid</b>                  | <b>18</b> |
| 3.1 Algemeen kwaliteitsbeleid                      | 18        |
| 3.2 Kwaliteit van zorg                             | 21        |
| 3.2.1 Uitkomsten van zorg                          | 21        |
| 3.2.2 Kwaliteitsinstrumenten                       | 22        |
| 3.3 Klachten en meldingen                          | 24        |
| <b>4. Financieel beleid</b>                        | <b>27</b> |
| 4.1 Inleiding                                      | 27        |
| 4.2 Algemene gang van zaken                        | 27        |
| 4.3 Ontwikkelingen resultaat en financiële positie | 29        |
| 4.4 Bedrijfsopbrengsten                            | 30        |
| 4.5 Bedrijfslasten                                 | 30        |
| 4.6 Balansposities                                 | 31        |
| 4.7 Interne beheersing                             | 32        |
| 4.8 Vooruitkijkend naar 2014                       | 34        |
| 4.9 Samenvattend                                   | 34        |
| <b>5. Risico's en onzekerheden</b>                 | <b>34</b> |
| <b>6. Sociaal beleid</b>                           | <b>36</b> |
| <b>7. Gedragscodes en medezeggenschap</b>          | <b>39</b> |
| 7.1 Zorgbrede Governancecode                       | 39        |
| 7.1.1 Verantwoording Raad van Bestuur              | 39        |
| 7.1.2. Verantwoording Raad van Toezicht            | 40        |
| 7.1.3 Governancestructuur                          | 43        |
| 7.1.4 Naleving principes governancecode            | 44        |
| 7.2 Medezeggenschap                                | 46        |
| <b>8. Maatschappelijk verantwoord ondernemen</b>   | <b>52</b> |
| 8.1 Algemene maatschappelijke aspecten             | 52        |
| 8.2 Milieuaspecten                                 | 55        |
| <b>9. Toekomst</b>                                 | <b>56</b> |

|                  |  |           |
|------------------|--|-----------|
| <b>Bijlage 1</b> | <b>Samenstelling Raad van Toezicht</b> | <b>58</b> |
| <b>Bijlage 2</b> | <b>Samenstelling Raad van Bestuur</b>  | <b>60</b> |
| <b>Bijlage 3</b> | <b>Juridische structuur</b>            | <b>61</b> |

## Voorwoord

Aan de ziekenhuizen is voor 2013 uitstel gegeven voor het deponeren van het jaarverslag tot 15 december 2014 vanwege de toenemende onzekerheden in de sector, veroorzaakt door de gelijktijdige invoering van de uitbreiding van prestatiebekostiging in combinatie met een transitie-model, DOT-productstructuur en de nieuwe wijze van contracteren met zorgverzekeraars. Al deze veranderingen waren aanleiding voor de beroepsvereniging van accountants om terughoudend te zijn bij het afgeven van een goedkeurende verklaring.

Daarom sluiten wij het jaar 2013 pas formeel in december 2014 af.

De verschillende onderzoeken die vervolgens hebben plaatsgevonden hebben bevestigd, dat Ziekenhuis Gelderse Vallei haar systemen goed op orde heeft, verantwoordelijk omgaat met de haar beschikbaar gestelde middelen en compliant is aan wet- en regelgeving.

Een gezond bedrijf als randvoorwaarde voor het leveren van goede patiëntenzorg.

In dit jaarverslag kunt u lezen dat de aandacht van de medewerkers uitgaat naar het continu verbeteren van de zorg en dat vele kwaliteitsverbeteringen zijn doorgevoerd. Geen op zich staande interventies, maar een doorlopend proces van aanpassing van de zorg op de zorgvraag als onderdeel van onze verbetercyclus. Verbeteringen en aanpassingen die veelal in samenspraak met de patiënt of zijn vertegenwoordigers vorm hebben gekregen en uiteindelijk zijn voorzien van de waardering in de vorm van een keurmerk of een accreditatie.

Een keurmerk of lintje, geen doel op zich, maar de uitkomst van een zorgvuldig vorm gegeven zorgtraject.

De patiënt zal altijd het uitgangspunt blijven van ons handelen, van de keuzes die we maken, ook als de zorg verder onder druk komt te staan. Verbeteringen doorvoeren, de focus op kwaliteit en nieuwe innovaties toepassen, zal tot de gewenste doelmatigheid leiden.

We zijn in de gelukkige omstandigheid dat we kunnen bouwen op de medewerkers voor en achter de schermen die verbonden zijn aan de Gelderse Vallei om onze ambities waar te maken.

De kwaliteit van zorg wordt ervaren in de ontmoeting.

Mensen maken het verschil.

Het bestuursteam

D. van Starckenburg  
N.W. Zeller-van der Werf  
T.T. van Loenhout

# 1. Uitgangspunten voor de jaarverslaglegging

In dit jaarverslag geeft Ziekenhuis Gelderse Vallei inzicht in het profiel van de organisatie, de beleidsdoelstellingen van 2013, de activiteiten en de resultaten. De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur leggen verantwoording af in dit verslag. Ook de medische staf, de ondernemingsraad, de cliëntenraad, de klachtencommissie, de verpleegkundige adviesraad en de medisch ethische commissie doen verslag van hun werkzaamheden. Verder is het kwaliteitsjaarverslag opgenomen en wordt aandacht besteed aan personeel en arbeidsomstandigheden en aan de financiële resultaten. Op diverse plaatsen in het jaarverslag staat de wijze waarop Ziekenhuis Gelderse Vallei inhoud heeft gegeven aan Corporate Governance, met name de Zorgbrede Governancecode. Met dit jaarverslag voldoen wij aan de voorschriften voor jaarverslaglegging voor zorginstellingen.

De prestaties van alle ziekenhuizen worden gemeten en transparant gemaakt door prestatie-indicatoren. Deze worden gepresenteerd op de website [www.ziekenhuizentransparant.nl](http://www.ziekenhuizentransparant.nl) of via een link op de site van het ziekenhuis ([www.geldersevallei.nl](http://www.geldersevallei.nl)) en niet herhaald in dit jaarverslag.

De verplichte bijlagen van dit jaarverslag zijn ingevuld via een webenquête via [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). Deze bijlagen bevatten nadere kwantitatieve en kwalitatieve informatie in tabelvorm en vindt u niet nogmaals in dit document.

## 2. Algemene informatie

Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede is een modern ziekenhuis gericht op goede patiëntenzorg en opleiden. Het ziekenhuis heeft een omzet van ruim € 182 miljoen en er werken ruim 2.650 medewerkers.

### 2.1 Algemene gegevens

Algemene gegevens Stichting Ziekenhuis Gelderse Vallei

Adres: Willy Brandtlaan 10, 6716 RP Ede  
Algemeen telefoonnummer: 0318-434343  
Algemeen faxnummer: 0318-433964  
Algemeen e-mailadres: [communicatie@zgv.nl](mailto:communicatie@zgv.nl)  
Identificatienummer(s) NZa: 010-0614  
KvK-nummer rechtspersoon: 41049860  
Internetpagina: [www.geldersevallei.nl](http://www.geldersevallei.nl)

### 2.2 Structuur van het concern

#### Juridische structuur

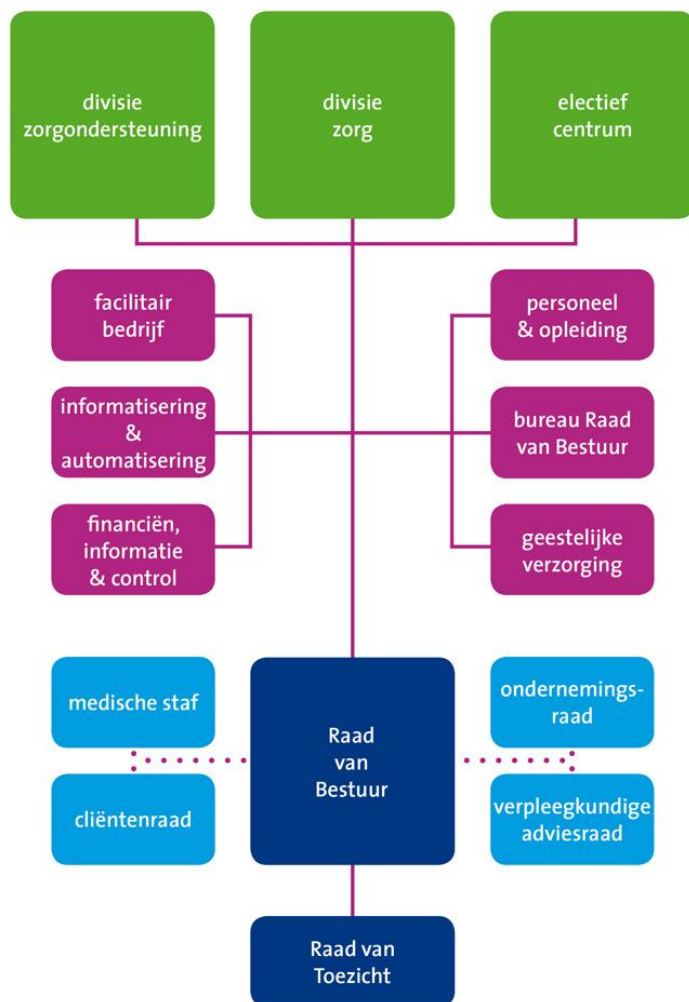
De juridische structuur van het ziekenhuis is opgenomen in bijlage 3.

#### Medezeggenschapsstructuur

De cliëntenraad, de medische staf en de verpleegkundige adviesraad zijn centraal georganiseerd. Verder beschikt het ziekenhuis over een ondernemingsraad op centraal niveau en onderdeelcommissies op decentraal niveau. Er is een onderdeelcommissie gevormd per zorgcluster respectievelijk divisie en één voor het facilitair bedrijf. De ondernemingsraad delegeert een deel van de bevoegdheden naar de onderdeelcommissies.

Daar waar de divisiemanager de bevoegdheid heeft om te besluiten, loopt de medezeggenschap via de onderdeelcommissie. Divisieoverstijgende en instellingsbrede onderwerpen worden afgehandeld in de (centrale) ondernemingsraad.

### Organisatorische structuur



De organisatiestructuur van Ziekenhuis Gelderse Vallei bestaat uit een divisie zorg, een divisie zorgondersteuning, een electief centrum, het facilitair bedrijf, vier kenniscentra, geestelijke verzorging, Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht. Zowel op instellingsniveau als op divisieniveau is een parttime medisch manager toegevoegd om vorm te geven aan het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Verder is het ziekenhuis in 2012 gestart met functionele eenheden binnen de divisies, waarbij zowel een zorgmanager als een medisch hoofd in gezamenlijkheid de leiding hebben.

Samenstelling van de Raad van Toezicht, Raad van Bestuur, stafafdelingen, divisies en medische staf per 31-12-2012

*Raad van Toezicht*

Ir. ing. H. de Boon, voorzitter, tevens lid remuneratiecommissie  
Drs. J.M. Bleichrodt, lid, tevens lid auditcommissie financiën  
Dr. ir. R.J.A. van der Bruggen, lid, tevens voorzitter auditcommissie financiën  
Prof. dr. J.G.A.J. Hautvast, vicevoorzitter, tevens voorzitter auditcommissie kwaliteit van zorg  
Mw. dr. L.C.J.M. Lemaire MBA, lid, tevens lid auditcommissie kwaliteit van zorg  
Mw. dr. E.M. Ott, lid, tevens voorzitter remuneratiecommissie

*Raad van Bestuur*

Drs. D. van Starckenburg, voorzitter  
Mw. drs. N.W. Zeller-van der Werf, lid  
Medisch lid bestuursteam: T.T. van Loenhout, cardioloog

*Divisie zorg*

Cardiologie, chirurgie, dermatologie, dialyse, diëtetiek, geriatrie, gezinsgerichte zorg (kinder- en jongerenafdeling, kraam- verlosafdeling), gynaecologie, intensive care, interne geneeskunde, KNO-heelkunde, longgeneeskunde, mondziekten kaak- en aangezichtschirurgie (MKA), medische psychologie, medium care, maag-darm-leverziekten, neurochirurgie, neurologie, oncologie, reumatologie, spoedeisende hulp en transmurale zorg.

Divisiemanagers: mw. J. Wijnveen MSc en mw. M.L.F. Boogers MHBA  
Medisch manager: dr. A.R.H. van Zanten, intensivist en G. J. van der Burg, kinderarts

*Electief centrum*

Anesthesiologie, oogheelkunde, operatiekamers, opnameplanning, orthopedie, plastische chirurgie, urologie.

Divisiemanager: ir. G. Fürst  
Medisch manager: F. Heijmer, anesthesioloog

*Divisie zorgondersteuning*

Apotheek, fysiotherapie, klinisch chemisch en hematologisch laboratorium (KCHL), medische fotografie, medisch microbiologisch laboratorium (MML), nucleaire geneeskunde, pathologie, radiologie en infectiepreventie.

Divisiemanager: mw. drs. P.M. Dijkman  
Medisch manager: R.H.A.M. Kneepkens, radioloog

*Facilitair bedrijf*

Inkoop, huisvesting & vastgoedbeheer, hoteldienst, logistiek & services, techniek.  
Manager: W. Griffioen, MFM

*Kenniscentra*

Bureau Raad van Bestuur: communicatie, juridische zaken, kwaliteit, marketing, organisatieadvies, patiënten service bureau, programmamanagement voeding, sport en bewegen en zorginnovatie.

Manager: mw. mr. Y.R. Koorevaar-Reuvers MHBA

Financiën, informatie en control (FIC): business control, internal control, financiën, rapportage & analyse, verkoop, productie & advies.

Manager: L.J.M. Bloemers MFE.

Personeel & opleidingen: werkloket (personeelsadvies, werving&selectie, flexbureau, arbo), leerhuis (opleiding, ontwikkeling en research)  
Manager: mw. drs. A.A.L.H. van den Eikhof

Informatisering en automatisering (I&A): proces- en informatiearchitectuur, ICT en applicatiebeheer  
Manager: dr. ir. J.W. van Giessen.

#### *Medisch specialisten*

Anesthesiologen: (14)

M. van der Beek, dr. J.B. Bijker, B. Bertina, B.A.J.M. van Druenen, E.A. Frowijn, A. Heijmer, H.K. Jap-A-Joe, J.J. Klaver, H.J. Lourens, mw. E.M. Reusen-Bijsmans, M.A. Siemonsma, dr. D.G. Snijdelaar, mw. G.H.P. Vissia en P.J. Zwaan.

Arts voor verstandelijk gehandicapten (buitengewoon staflid): (1)  
Mw. E.S.P. de Rooij

Arts-microbiologen: (5)

Mw. dr. A.J. van Griethuysen, J.M.G. Keijman, mw. T.T-N Le, mw. dr. E.G. van Lochem (medisch immunoloog) en dr. M.A. Schouten.

Cardiologen: (7)

Mw. dr. A. Dall' Agata, F.R. den Hartog, T.T. van Loenhout, dr. T.J. Oosterhof, H.J. Schaafsma, dr. M.J. van der Veen en dr. R.J. Walhout.

Chirurgen: (11)

F.D. Boekhoudt, mw. dr. A.M. Bosch, J.P. van Dijk, mw. dr. N.T. van Heek, Ph.M. Kruyt, dr. R.M.H.G. Mollen, dr. E.D. Ponfoort, dr. W.K. de Roos, dr. C. Sietses, J.E.M. Sybrandy en C. van der Waal.

Dermatologen: (6)

Dr. W.P. Arnold, mw. dr. L.M. de Jong-Tieben, mw. dr. S.L.E. Pfeifer, mw. A.C. Rönnau, A.J. van 't Veen en mw. A.M.E. Visser- van Anandel.

Geriaters: (4)

Mw. A.M. Aarts, mw. R. Bogers, A. Janse en mw. D.C.M. Verheijen.

Gynaecologen: (11)

Mw. L.R. Bartelink, mw. dr. E.H. Hopman, mw. dr. M.M. IJland, mw. N.E. Janssen, C.W.D.A. Klapwijk, mw. R. Laan, dr. R.A.K. Samlal, dr. E. Scheenjes, mw. M.C. Spaargaren, P. van de Weg en dr. M.J.N. Weinans.

Intensivisten: (6)

Mw. D. Burgers, mw. B. Festen, M.A.W. van Iperen, R. Schellaars, mw. M.S. van der Steen, D.H.T. Tjan en dr. A.R.H. van Zanten.

Internisten: (12)

Dr. J. Aalten, dr. A. Baars, E. Balk, dr. J.D. Banga, dr. G.W. Feith, mw. A.W. Haringhuizen, dr. R. Heijligenberg, E.J.F.M. de Kruijf, dr. M.A. Siezenga, mw. dr. G.A. Velders, dr. R.A. de Vries en dr. J.P.H. van Wijk.

Kaakchirurgen: (4)

Mw. dr.dr. S. Bolouri, L.J. Koppendraaier, M.O. de Lange en dr. P.J. van Strijen.



Kinderartsen: (9)

W.A. Avis, G.J. van der Burg, mw. C.E.M. Drykoningen, dr. J.G. van Enk, mw. G.C. de Geus-Francken, mw. dr. A.J. Janse, mw. M. Koppejan, P.W. Meijers en T.D. van Mierlo.

Klinisch chemici: (3)

Mw. dr. S.C. Edenburg, mw. dr. ing. C.A. van Kampen en mw. dr. J.M.T. Klein Gunnewiek.

Klinisch fysicus: (1)

Ir. B. Shapiro.

Klinisch psychologen: (5)

Mw. I. den Boer, mw. O. Hamburg, F.W. Kuipéri, mw. M. de Lugt, W.J. Roos.

KNO-artsen: (5)

Dr. W.M. Boek, J. Burggraaf, dr. R.M. Cardinaal, dr. M.H.J.M. Majoor en J.W. Sepmeijer.

Longartsen: (6)

D.P.M. de Bruijn, mw. prof. dr. M. Drent, mw. K.T.M. Oud, A.J. Verheul, A.C. Verschoof en F.A. Wilschut.

Maag-darm-leverartsen: (6)

Dr. D.J. Bac, dr. J.D. van Bergeijk, mw. dr. R. Meiland, W.G.N. Mares, dr. J.J. Uil en dr. B.J.M. Witteman.

Neurochirurgen: (1)

P.E. Woerdeman.

Neurologen: (7)

Dr. C. Jansen, dr. P.H.P. Jansen, P. Maat, S.P.P. Matthijs, J.P.M. Rovers, M.H. Smidt, dr. M.G. Smits.

Nucleair geneeskundigen: (3)

Mw. dr. C.D.L. Bavelaar-Croon, dr. J.D.G.S. Kuyvenhoven en C. Le.

Oogartsen: (4)

R. Koster, R.S. Ramrattan, W.J.A. de Waal en P.L.W.M. Zuure.

Orthopedisch chirurgen: (6)

W.J. Beijneveld, W.H. van Helden, J.I. de Jong, P.J.C. Kapitein, A.J.A.M. Ooms en A. Swets.

Pathologen: (2)

Dr. A.H. Mulder en dr. T.E.G. Ruijter.

Plastisch chirurgen: (3)

Mw. L.E.F. Halmans, mw. dr. E.H.B.M. Tilleman en mw. M.M.P. Zandbergen.

Psychiaters (buitengewone stafleden): (1)

A. de Bruin

(Top)sportartsen (buitengewone stafleden): (4)

Mw. I.E. Gobes-de Punder, mw. P. Groeneboom, mw. D.W. Paul en P.C.J. Vergouwen.

Radiologen: (11)

A. van Die, J.W.L.M. Ermers, E. Florijn, T.S.A. Geertsma, mw. I.E.M.G. Jung, R.H.A.M. Kneepkens, S.J Maresch, dr. J.J. Nikken, mw. L.G van der Plas, G.J. Spaargaren en F.A. Timmer.

Reumatologen: (4)

Mw D.F. van Breukelen, mw. dr. E.A.J. Dutmer, dr. M.J. Rood en dr. J.N. Stolk.

Revalidatie-artsen (buitengewone stafleden): (2)

Mw. A. Geesken, R.S. Meijer.

SEH-arts: (3)

Mw. S.P. Kruizinga, M. Majidpour, mw. T.J. Oosterveld.

Urologen: (3)

M.D.H. Kortleve, A.C. Viddeleer, Jhr. O.B. van Vierssen Trip.

Ziekenhuisapothekers: (6)

Mw. S.O. Belliot, dr. H.P.R. Bootsma, mw. M.J.H. Kaal, mw. M. Koopmann, H.J.W. Lammers, mw. dr. S.C. Marczinski en Y.G. van der Meer.

## 2.3 Kerngegevens

### Doelstelling

Ziekenhuis Gelderse Vallei biedt kwalitatief hoogwaardige (para-)medische en verpleegkundige zorg op een betrokken en patiëntgerichte wijze. We doen dit als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

### Missie

Ziekenhuis Gelderse Vallei biedt kwalitatief hoogwaardige medische zorg op een betrokken en patiëntgerichte wijze voor patiënten uit West- en Midden-Gelderland en Oost-Utrecht. De missie komt tot uitdrukking in de volgende kernwoorden: patiëntgericht, professioneel, gezamenlijk en ondernemend.

De patiënt staat centraal. Iedere patiënt is een individu, dat vraagt om een voor hem of haar unieke bejegening en behandeling. Zorg van hoogwaardige kwaliteit betekent: goede medische resultaten, patiëntgerichte zorg en een efficiënte organisatie. Medewerkers zijn daarom professioneel en goed opgeleid.

Samen wordt gewerkt aan uitstekende zorg. Kenmerkend voor de werksfeer in Ziekenhuis Gelderse Vallei is de collegialiteit en de intensieve samenwerking binnen teams en tussen teams, op cluster- of instellingsniveau en tussen professionals. Niet alleen de individuele medewerker, maar de kracht van het team maakt het verschil.

Een resultaatgerichte bedrijfsvoering vraagt om een actieve, ondernemende en stimulerende werkomgeving. Werken in een cultuur waarin het wordt gewaardeerd dat mensen oog hebben voor verbeteringen en initiatieven nemen om deze te realiseren.

### Kernactiviteiten

Anno 2012 is Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede een modern ziekenhuis gericht op goede patiëntenzorg en opleiden. Het ziekenhuis heeft een omzet van ruim € 182 miljoen.

De patiënt kan met al zijn zorgvragen terecht door de aanwezigheid van alle poortspecialismen, een groot aantal subspecialisaties en de samenwerking met andere zorgcentra. We leveren een volledig pakket aan professionele zorg, onderzoek en behandeling. Het ziekenhuis vervult daarmee een belangrijke regionale functie.

Ons ziekenhuis staat bekend om zijn expertise op het gebied van voeding en topsportgeneeskunde, echografie en MRI, intensieve zorg en slaapproblematiek. Kwaliteit en patiëntveiligheid staan hoog in het vaandel: patiëntveilig werken is op alle niveaus in de organisatie een belangrijk onderdeel van het dagelijks handelen. Het ziekenhuis is door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) inclusief het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) geaccrediteerd sinds 2004.

Ons ziekenhuis onderscheidt zich op het gebied van voeding en bewegen. Het ziekenhuis profileert zich met een aantal voedingsspecials en creëert een toegevoegde waarde op het gebied van gastvrijheid, door gebruik te maken van een unieke wijze van maaltijdvoorziening, genaamd At Your Request.

Op basis van voedingsonderzoek samen met de Wageningen Universiteit implementeren we innovatieve voedingsbehandelingen die ondersteunend zijn bij het behalen van optimale gezondheidswinst. We besteden onder andere voor en tijdens de ziekenhuisopname extra aandacht aan voeding.

Het ziekenhuis en de bijbehorende spreekuurcentra in Barneveld en Veenendaal en een polikliniek met prikpost in Wageningen waarborgen de patiëntenzorg dicht bij huis voor de inwoners van West- en Midden-Gelderland en Oost-Utrecht. We streven naar een warme, patiëntvriendelijke sfeer waarin iedereen vanuit elke geloofsen levensovertuiging respectvol met elkaar omgaat. Goede arbeidsomstandigheden en een klimaat waar persoonlijke ontwikkeling wordt gestimuleerd, maken het ziekenhuis tot een goede en gewaardeerde werkgever voor haar ruim 2.650 medewerkers en potentiële medewerkers in de wijde omtrek. De professionele zorg boeit onze medewerkers, de collegiale sfeer binnen het ziekenhuis bindt onze medewerkers.

#### Specialismen en bijzondere functies

|                              |                                      |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Anesthesiologie              | Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie |
| Cardiologie                  | Nefrologie                           |
| Chirurgie                    | Neurochirurgie                       |
| Dermatologie                 | Neurologie                           |
| Geriatric                    | Nucleaire geneeskunde                |
| Gynaecologie                 | Oncologie                            |
| Hematologie                  | Oogheelkunde                         |
| Intensive Care geneeskunde   | Orthopedie                           |
| Interne geneeskunde          | Pathologie                           |
| Kindergeneeskunde            | Plastische chirurgie                 |
| Klinische chemie             | Psychiatrie                          |
| Klinische fysica             | Radiologie                           |
| Medische psychologie         | Reumatologie                         |
| Keel-, Neus- en Oorheelkunde | Revalidatie                          |
| Longgeneeskunde              | (Top)sportgeneeskunde                |
| Maag-Darm-Leverziekten       | Urologie                             |
| Medische microbiologie       | Ziekenhuisfarmacie                   |

### *AWBZ-functies*

Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft een AWBZ-vergunning voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), die wordt uitgevoerd door de naast het ziekenhuis gelegen instelling voor GGZ van Pro Persona.

### *(Medische) opleidingen*

Het ziekenhuis is een groot opleidingsziekenhuis. Bestaande en nieuwe (para)medische en verpleegkundige opleidingen worden actief aangeboden of ondersteund. Ziekenhuis Gelderse Vallei verzorgt opleidingen voor medisch specialisten (gynaecologie, interne geneeskunde, KNO, kindergeneeskunde, anesthesiologie en chirurgie), de opleiding klinische chemie en medische psychologie, verpleegkundige opleidingen, verpleegkundige vervolopleidingen en opleidingen voor medisch ondersteunende functies.

### Samenwerkingsrelaties

Het ziekenhuis streeft naar samenwerking in de keten en ontplooit hiertoe diverse initiatieven. Met Rijnstate in Arnhem en het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem wordt invulling gegeven aan een volledig pakket van kwalitatief goede zorg in de regio, in het bijzonder bij de laagvolume en hoogcomplexen chirurgie.

Met verzorgings- en verpleeghuizen wordt door verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis samengewerkt. Er is een samenwerkingsverband met de organisatie van regionale huisartsen en de maatschap gynaecologie werkt nauw samen met de verloskundigen in de regio Gelderse Vallei, het verzorgingsgebied. In samenwerking met diverse (thuis)zorgorganisaties is de afdeling multizorg actief die de overgang van patiënten vanuit het ziekenhuis naar andere zorgvormen organiseert.

### Samenwerkingspartners

| Partner                                     | Onderwerp/doel   |
|---|--|
| UMC Utrecht                                 | - Medische opleidingen<br>- Co-assistenten opleidingen |
| UMC Nijmegen                                | - Medische opleidingen<br>- Co-assistenten opleidingen |
| ROC A 12                                    | Verpleegkundige opleidingen                            |
| CHE   | Verpleegkundige opleidingen                            |
| Wageningen Universiteit & Research centre   | Voeding  |
| Rijnstate (Arnhem)                          | Medische microbiologie<br>Pathologie                   |
| Rijnstate en Slingeland Ziekenhuis          | Hoog complexe zorg                                     |
| Rivierenland (Tiel)                         | Medische microbiologie<br>IC                           |
| GelderseValleiVivre                         | Niet verzekerde zorg                                   |
| Clean Care Support (BV)                     | Schoonmaak   |
| Netwerk geriatrie                           | Ketenzorg  |
| IKNL  | Kankerregistratie                                      |
| Inkoopalliantie ziekenhuizen (IAZ)          | Gezamenlijk inkopen                                    |
| Trombosedienst                              | Trombosezorg   |
| Huisartsenpost (HAP)                        | Ketenzorg  |
| Stadsapotheken / DAP                        | Farmaceutische zorg                                    |
| Arnhems Radiotherapeutisch Instituut (ARTI) | Oncologische zorg                                      |
| Instellingsapothek Gelderse Vallei          | Farmaceutische zorg aan de V&V sector                  |

## 2.4 Strategie en gevoerd beleid

### Visie en strategie

In onze visie staan de behoeften en wensen van de patiënt centraal. Er wordt gewerkt vanuit het besef dat iedere patiënt uniek is, een eigen problematiek heeft en een specifieke behandeling nodig heeft. Vanuit dit uitgangspunt blijven we werken aan ons functioneren, zowel op medisch vlak als in de bedrijfsvoering. Daarbij hanteren we een aantal hoofdthema's.

In 2014 is Ziekenhuis Gelderse Vallei een groot en modern, toegankelijk, non-profit en opleidingsziekenhuis met een hoofdlocatie in Ede voor complexe curatieve zorg. Voor inwoners van de grote kernen Barneveld en Veenendaal is de poliklinische zorg dichtbij huis beschikbaar in onze goed geoutilleerde spreekuurcentra. In Wageningen is een kleine polikliniek gevestigd in medisch centrum de Poort. Op alle locaties gelden overdag ruime openingstijden, in Ede zijn er avondsprekuren op dinsdag. Daarnaast ondersteunen we goede zorg thuis met behulp van digitale toepassingen. Een deel van de zorg bieden we zelfstandig aan, een deel organiseren we samen met andere organisaties in netwerken en een deel is overgedragen. Deze keuzes maken we onder meer op basis van kwaliteit en volume.

Ziekenhuis Gelderse Vallei vervult haar maatschappelijke functie van zorgverlener, werkgever, opleider en ondernemer vraag- en doelgericht. Ziekenhuis Gelderse Vallei biedt een breed pakket goed georganiseerde *state of the art* zorg aan, gericht op het groeiende aantal ouderen en patiënten met chronische ziekten en multi-morbiditeit.

Met wetenschappelijk onderbouwde voedingsconcepten en voedingspecials versterkt Ziekenhuis Gelderse Vallei deze zorg en onderscheidt het ziekenhuis zich in de zorgmarkt. Vanuit de kernwaarden patiëntgericht, professioneel, gezamenlijk en ondernemend, is Ziekenhuis Gelderse Vallei een betrouwbaar en aantrekkelijk ziekenhuis voor patiënten, werknemers en partners.

### Gevoerd beleid 2013

Het jaar 2013 stond in het teken van ontwikkelingen op het gebied van 'spreiding en concentratie'. Dit leidde tot het verder aanbrengen van focus in onze dienstverlening, profilering op het gebied van voeding & bewegen en organiseren van samenwerking met andere ziekenhuizen en in de keten. Intern was veel aandacht voor verdere decentralisatie en versterking van de positie van de medewerkers in hun professionele functievervulling.

Het ziekenhuis had voor 2013 vijf hoofddoelstellingen en heeft deze gerealiseerd door het ondernemen van vele activiteiten. Deze doelstellingen komen onderstaand aan bod met voorbeelden van de bijbehorende activiteiten en resultaten.

#### *Doorontwikkeling zorgpakket aan de hand van het gekozen profiel*

Het zorgpad longembolie is ontwikkeld (vanuit de interne- en longgeneeskunde). Interne- en longpatiënten met deze diagnose krijgen straks éénduidige, volgens de richtlijnen ingerichte zorg.

De medische psychologie heeft deelgenomen aan een multicenter trial vanuit het Radboudumc "TIRED: CGT-behandeling voor vermoeidheid bij palliatieve patiënten. Binnen de medische psychologie is het project ROM (Routine Outcome Monitoring) gestart om het effect van de medisch psychologische interventie te meten.

De hartrevalidatie voldoet aan de criteria en heeft een positief evaluatierapport ontvangen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Aanvragen binnen de MDL (onderzoeken) verlopen via 'ordercom' (digitaal). Dit is de eerste functieafdeling die het op deze manier heeft georganiseerd.

Vanuit de polikliniek dermatologie is contact gelegd met verschillende thuiszorgorganisaties in de keten om de kwaliteit van zorg te optimaliseren en eenduidig te werk te gaan. Dit heeft geleid tot minder lange Medisch Specialistische Verpleging Thuis trajecten (MSVT) en een snellere overdracht naar de eerste lijn.

Voor wat betreft de MSVT zijn er in 2013 met de directe extramurale ketenpartners samenwerkingsovereenkomsten afgesloten, waarbij kwaliteitscriteria zijn vastgesteld.

In augustus 2013 is de 4<sup>e</sup> reumatoloog gestart.

De vakgroep reumatologie participeert in de langlopende multicentre studie Dream. In 2013 is ook deelgenomen aan de studie doelbewust van de Universiteit van Twente. Deze nieuwe groepsbehandeling is opgezet voor patiënten met artritiden en licht depressieve klachten en wordt gegeven door verpleegkundig reumaconsulenten.

De afdeling diëtetiek heeft in 2013 een beleidscyclus doorlopen en heeft haar visie, missie en strategie opnieuw bepaald in lijn met het beleid van Ziekenhuis Gelderse Vallei. Op basis van dit nieuwe beleid is het poliklinische beleid gewijzigd en worden meer patiënten verwezen naar de 1<sup>e</sup> lijn.

Alleen specialistische dieetbehandelingen welke onderdeel zijn van de medische behandeling in Ziekenhuis Gelderse Vallei vinden nog in het ziekenhuis plaats.

Gezien het steeds frequenter voorkomen van multiresistente bacteriën, wordt het steeds belangrijker om patiënten goed te kunnen isoleren. Met de bouw van twee extra boxen op de IC kunnen we beter voldoen aan de noodzakelijke isolatiemaatregelen.

De veranderroutes op de IC/MC hebben de landelijke Triasweb Veiligheidsprijs gewonnen. Er wordt onderscheid gemaakt in zwaarte van veranderingen. Afhankelijk van de zwaarte, moeten er andere zaken worden georganiseerd. Dit model sluit aan bij de veiligheidscultuur en prospectieve risicoanalyses.

Ter voorbereiding en opening van het oncologisch centrum zijn op 2 december 2013 de polikliniek oncologie multidisciplinair en de dagbehandeling van start gegaan. Polikliniekassistenten, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en verpleegkundig consulenten van de zorgpaden mamma, colorectaal, long en hematologie werken daar nauw samen.

Op de polikliniek zijn in december de gastvrouwen van het ToonHermansHuis Ede gestart. Zij ontvangen de patiënten, serveren een kopje koffie/thee en kunnen patiënten begeleiden.

Op de OK en de recovery is na een geplande keizersnee huid op huidcontact tussen de pasgeborene en de moeder gerealiseerd. Dit is onder andere een kwaliteitscriterium voor de acute zorg.

*Verantwoordelijkheid voor professionals met regie van de patiënt op zijn zorgproces*

In samenwerking met de coördinator arbo, verzuim en re-integratie is een scholingsprogramma 'vitaal en gezond; actief in gesprek' ontwikkeld voor divisie managers, zorgmanagers en operationeel leidinggevenden.

Ten behoeve van de BIG (her)registratie is, in samenwerking met de afdeling P&O, een systeem ontwikkeld om de controle op de (her)registratie van verpleegkundigen en verloskundigen te kunnen uitvoeren.

De psycholoog-specialisten hebben in 2013 geparticipeerd aan de cyclus individueel functioneren medisch specialist vanuit de medische staf en hebben zodoende feedback gekregen van patiënten, medewerkers en collega's op hun professioneel functioneren.

De klinische geriatrie heeft een erkenning gekregen voor een stageplaats van de opleiding specialist ouderengeneeskunde. De verpleegkundige vervolgopleiding geriatrie is in samenwerking met de Radboudzorgacademie erkend.

*Stevige positie Ziekenhuis Gelderse Vallei (in de regio)*

Het thema acute zorg is onder aansturing van de medisch manager uitgewerkt in een plan van aanpak een aangeboden aan de Raad van Bestuur.

Mensen met een chronische ziekte en hun partners/mantelzorgers hebben behoefte aan deskundige informatie en uitwisseling van ervaringen. Om die reden hebben het 'Longfonds' (voorheen Astmafonds) en Ziekenhuis Gelderse Vallei het 'Longpunt' opgericht. Het doel van Longpunt is om de ziektelast te verminderen door het bevorderen van lotgenotencontact en zelfmanagement.

Ten behoeve van het screeningscentrum zijn de verbouwplannen MDL-geneeskunde goedgekeurd. Hierbij zijn uitbreiding van de darmkankerscreening, één reiniging en desinfectieruimte voor alle afdelingen, één scopocentrum (ook voor longartsen) en de nieuwe sedatierichtlijnen meegenomen. Er zijn voorbereidingen getroffen om te voldoen aan de randvoorwaarden darmkankerscreening.

In 2013 is de bouw van de uitbreidingsnieuwbouw afgerond en in gebruik genomen. Het uitbreidingsplan behelst de realisatie van een nieuw zorggebouw van vijf bouwlagen, twee bestralingsunits en een uitbreiding van de centrale hal met een nieuw personeelsrestaurant. De bestralingsunits zijn in samenwerking met het Arnhems Radiotherapeutisch Instituut (ARTI) gerealiseerd en worden door het ARTI geëxploiteerd. De uitbreidingsnieuwbouw is gerealiseerd binnen het beschikbare budget en de gestelde planning.

Het oncologisch centrum heeft in 2013 diverse predicaten ontvangen:

- Topzorg borstkanker
- Roze lintje borstkanker
- Topzorg darmkanker
- Stomazorg

De regionale samenwerking in de oncologie met de ziekenhuizen in Arnhem en Doetinchem is gestart. Als eerste zijn er afspraken gemaakt over de hoogcomplexiteit laagvolume ingrepen. De Raad van Bestuur heeft ten behoeve van de kinderoncologie een intentieverklaring ondertekend waardoor we Shared Care Centrum zijn geworden van het Prinses Maxima Centrum in Utrecht.

De gezinsgerichte zorg is onderdeel geworden van het vrouw-moeder-kind-centrum. Het vrouw-moeder-kind-centrum neemt deel aan het consortium Oost-Nederland om in groter regionaal verband (Boxmeer, Arnhem, Nijmegen, Doetinchem, Winterswijk, Ede) de krachten te bundelen op gebied van kennis en ervaring en deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek (ZonMW). In dit verband is het consortium Ede opgericht.

De samenwerking tussen Ziekenhuis Gelderse Vallei, de eerste lijns verloskunde en de kraamzorg is geïntensiveerd. Er is een Verloskundig Samenwerkingsverband + (VSV +) opgericht waarbij een invitationale conference voor alle betrokken partners is georganiseerd. De kraamzorg heeft nu definitief aansluiting binnen het VSV +. In maart 2014 worden de oprichting, de visievorming en contractering afgerond.

De financiering van de revalidatiezorg in een verpleeghuis is per 1 januari 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet. Om in aanmerking te komen voor geriatrische revalidatiezorg wordt de patiënt getrieerd door de medewerkers van multizorg in samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis.

Tevens is er een samenwerkingsovereenkomst getekend door Ziekenhuis Gelderse Vallei en de participerende verpleeghuizen.

Onder leiding van het 1e-2e lijns platform heeft de samenwerking tussen de huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten bijzondere aandacht gekregen. Dit platform komt maandelijks bijeen en houdt zich, naast lopende en nieuwe verbeterprojecten, voornamelijk bezig met de ontwikkeling van een visie op en de afstemming van goede gezamenlijke regionale zorg. Het platform is daarbij het spin in het web. De betrokkenheid van, inbreng van en afstemming met de achterban is essentieel.

*Voeding, topsport en bewegen als onderdeel van de identiteit.*

TOPPERS, obesitas groepsbehandeling voor kinderen van 12-18 jaar is ontwikkeld en eenmaal uitgevoerd in 2013. Binnen het LPC-project 'bestendigheid' is gestart met overdracht van het obesitas behandelprogramma naar de eerste lijn.

De cardiologie heeft meegedaan aan onderzoek om secundaire preventie nog langduriger en effectiever te maken. Methodes om dit te realiseren worden onderzocht. Het gaat om meer bewegen, goed gewicht en stoppen met roken in samenwerking met commerciële partijen. Dit onderzoek wordt gecoördineerd door het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam.

De functionele eenheid klinische geriatrie en afdeling diëtetiek participeren in het project Cater with Care. Cater with Care is een project waarin de Wageningen Universiteit, voedingsmiddelenproducenten en Ziekenhuis Gelderse Vallei samenwerken aan verrijkte voeding voor oudere mensen/patiënten.

In 2013 is een intake studie gedaan als basis en een nulmeting voor de effectstudie die in 2014 zal plaatsvinden. Tevens zijn er proeverijen gehouden om de eiwitproducten te testen op smaak.

In 2013 zijn alle verpleegkundigen en zorgassistenten van de reguliere verpleegafdelingen van Ziekenhuis Gelderse Vallei geschoold in voeding, door middel van de scholing "goede voeding, jouw zorg". Aanleiding voor de scholing was het nieuwe maaltijdsysteem, achterblijvende resultaten op de prestatie indicatoren met betrekking tot ondervoeding en nieuwe inzichten van het belang van eiwit bij ziekte en herstel. De afdeling diëtetiek heeft in de ontwikkeling en uitvoering van deze scholing een belangrijke rol gespeeld.

Geheel passend bij voeding en beweging, kunnen nu ook patiënten fietsen tijdens hun behandeling op de afdeling dialyse.

In 2013 is veel tijd besteed aan het optimaliseren van de bedrijfsvoering van At Your Request. Na een succesvolle start in 2012 bleek op onderdelen bijsturing van de bedrijfsvoering noodzakelijk te zijn.

*Goede bestuurbaarheid en flexibilisering van de organisatie*

Als gevolg van druk op de bedden gedurende het eerste kwartaal van 2013 is er veel inspanning verricht om de in-, uit- en doorstroom van patiënten inzichtelijk te krijgen. Dit heeft geresulteerd in analyses van de electieve stroom en spoedstroom. Dit is uitgezet in een organisatiebreed project "sturen op patiëntenstromen".

In het tweede kwartaal is bedplan, op een enkele specialistische afdeling na, geheel geïmplementeerd.



Binnen de klinische geriatrie is in 2013 met succes de doorlooptijd van het poliklinisch diagnostisch traject bij geheugenproblemen teruggebracht van circa 4 maanden naar circa 3 weken. De doorlooptijd wordt gemeten vanaf het eerste consult tot en met het uitslaggesprek. Dit is gelukt door de criteria voor een verkort neuropsychologisch onderzoek (NPO) te verruimen, waardoor er met dezelfde capaciteit medische psychologie meer patiënten kunnen worden onderzocht. Tijdens de evaluatie is gebleken dat hiermee de kwaliteit van de diagnostiek behouden blijft.

Vanuit logistieke (volumereductie), financiële (kosteninzicht/-beheersing/-reductie) en medische (implantaatregistratie) overwegingen is het project voorraadbeheer OKC gestart. Als voorloper op het scannen van de implantaten en dure verbruiksartikelen is al gestart met het scannen van de medicatievoorraad.

## **3 Kwaliteit en veiligheid**

### **3.1 Algemeen kwaliteitsbeleid**

#### Kwaliteitsmanagementsysteem en accreditatie

Ziekenhuis Gelderse Vallei bouwt voortdurend verder aan haar geïntegreerd cyclisch kwaliteit- en veiligheidssysteem. Elke professional heeft hier een actieve rol in. De kwaliteit die de patiënt ervaart wordt immers geleverd door de zorgprofessionals. Onze processen zijn gericht op het verhogen van de kwaliteit van zorg en veiligheid voor onze patiënten en medewerkers. Ze omvatten talloze maatregelen die de belangrijkste risico's beheersen en beschrijven de verschillende verantwoordelijkheden. We stellen normen vast, meten wat de resultaten zijn, analyseren resultaten en eventuele afwijkingen, om daarna gericht verbeteringen door te voeren. Hiermee komen we tot geïntegreerde zorg waarbij de patiënt leidend is. Daar waar dat nuttig en nodig is, verwerven wij nieuwe accreditaties om ook aan stakeholders onze kwaliteit en veiligheid aan te tonen.

#### Kwaliteitsnorm ziekenhuizen

Ons ziekenhuisbrede kwaliteitssysteem is al sinds 2007 instellingsbreed geaccrediteerd door de NIAZ. Het veiligheidsmanagementsysteem met de VMS thema's maakt hiervan onderdeel uit. Per 1 maart 2011 is de NIAZ accreditatie opnieuw voor vier jaar verleend, waarbij in 2013 verder is gewerkt aan verbeterpunten die bij het controlebezoek in 2012 zijn geconstateerd. In oktober 2014 volgt de toetsing voor heraccreditatie. In verband met de overgang naar nieuwe toetsingsnormen en systematiek Q-mentum, is er gekozen voor een tussentijdse toetsing op basis van de KZi 2.4 om zo ruimte te creëren voor de overgang naar Q-mentum (NIAZ Kzi 3.0) systematiek in 2015.

In het kader van de norm NEN7510 voor informatiebeveiliging heeft Ziekenhuis Gelderse Vallei in 2013 het handboek informatieveiligheid (ISM) vastgesteld. Vanuit integrale risicoanalyse wordt door de information security officer de stand van zaken opgemaakt, onder andere via specifieke risicoanalyses en interne audits gericht op informatiesystemen. Hierdoor zijn risico's geïdentificeerd en geprioriteerd waarna zo nodig passende maatregelen worden ingezet.

### *Afdelingen met accreditatie*

Naast de instellingsbrede accreditatie kiest de Gelderse Vallei voor een aantal afdelingsgebonden accreditaties:

- \* De afdeling dialyse is reeds sinds 2003 geaccrediteerd volgens de norm van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitbeoordeling in de Zorgsector. De accreditatie is wederom gecontinueerd waarmee de afdeling dialyse aantoonbaar aan de hoogste kwaliteitsnormen voldoet.
- \* De afdelingen radiologie en nucleaire geneeskunde beschikken over de ISO-certificering (International Organization for Standardization) 9001-2000. Daarnaast werken zij volgens de normen van hun eigen beroepsverenigingen.
- \* Het kwaliteitssysteem van het klinisch chemisch en hematologisch laboratorium is in oktober 2012 opnieuw geaccrediteerd voor vier jaar.
- \* Het medisch microbiologisch laboratorium beschikt sinds februari 2011 over de CCKL-certificering en het certificaat is gecontinueerd tot 2016.
- \* De afdeling opleidingen beschikt vanaf 2009 over de accreditatie van het kwaliteitsregister Verpleging en Verzorging voor aanbieder van deskundigheidsbevorderende activiteiten.
- \* De ziekenhuisapotheek beschikt sinds mei 2010 over de GMP-z (Good Manufacturing Practices voor de ziekenhuisfarmacie). Dit staat voor goede manieren van produceren van geneesmiddelen in de ziekenhuisapotheek. De GMP-z erkenning is gebaseerd op de kwaliteitsstandaard die de farmaceutische industrie hanteert voor het bereiden en leveren van geneesmiddelen.
- \* Gelderse Vallei Vivre levert als particuliere kliniek onverzekerde zorg en diensten en beschikt sinds 2009 over het kwaliteitskeurmerk Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), erkend door het ministerie van VWS. In 2012 is de accreditatie gecontinueerd. Jaarlijks toetst het onafhankelijke certificeringinstituut KIWA om te waarborgen dat zij aan de strenge eisen blijven voldoen. Gelderse Vallei Vivre heeft deze met vlag en wimpel doorstaan. Begin 2014 zal ZKN opnieuw toetsen.

### *Keurmerken en certificaten*

- \* Kindvriendelijk ziekenhuis, Smileys, borstvoedingscertificaat  
Ziekenhuis Gelderse Vallei beschikt over drie smileys van de Stichting Kind en Ziekenhuis. De drie smileys zijn voor de kinder- en jongerenafdeling, de kinderkliniek én voor gezinsgerichte zorg op de afdeling kraam- en verloskunde. De afdeling heeft tevens opnieuw het Borstvoedingscertificaat WHO/Unicef gekregen. We voldoen aan de hoge internationale eisen die aan dit certificaat worden gesteld. Dit betekent dat we ons de komende drie jaar opnieuw met trots een baby friendly-ziekenhuis mogen noemen.
- \* Vaatzorg keurmerk  
Het vaatkeurmerk van de Hart & Vaatgroep geeft aan dat Ziekenhuis Gelderse Vallei voldoet aan de kwaliteitscriteria voor goede vaatzorg van de Vereniging van Vaatpatiënten. De criteria hebben betrekking op de specialisatie van de artsen, de onderlinge samenwerking, de reikwijdte van het behandelingsaanbod en de mogelijkheden voor diagnostiek en richt zich op zorg voor aandoeningen in de slagaders van benen, bekken, buik, aorta en hals.
- \* Spataderen  
Ziekenhuis Gelderse Vallei voldoet aan de kwaliteitscriteria die zijn vastgesteld voor spataderzorg door De Hart & Vaatgroep in samenspraak met de beroepsgroepen

(de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie).

\* De pijnpolikliniek en onze anesthesiologen zijn erkend als 'pijnkliniek type B' met zeven geregistreerde pijnspecialisten, een kwaliteitskeurmerk van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.

\* Het zorgpad mammacare staat met een 'roze lintje' vermeld op de website van de Borstkankervereniging Nederland.

\* Ziekenhuis Gelderse Vallei beschikt over een zogenaamde Pluim van patiëntenvereniging Freya, omdat de vruchtbaarheidsbehandelingen van de fertiliteitspolikliniek voldoen aan de criteria van de vereniging.

\* Ziekenhuis Gelderse Vallei voldoet aan de minimale criteria van de reuma-patiëntenvereniging voor patiënten met reumatoïde artritis.

\* Met het 'groen vinkje' van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) tonen we aan dat we voldoen aan de normen voor goede zorg voor patiënten met een colo- of ileostoma.

\* In de gids 'Gastvrijheidszorg met sterren' heeft Ziekenhuis Gelderse Vallei drie van de vijf sterren toegewezen gekregen voor de gastvrijheid op basis van onderzoek en een bedrijfsbezoek in maart 2012. Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft de ambitie deze goede score nog te verhogen en heeft hiertoe in 2013 is op diverse gebieden flink ingezet. Hertoetsing vindt plaats in het voorjaar 2014.

\* Ziekenhuis Gelderse Vallei beschikt over diverse TopZorg keurmerken van Menzis, zoals voor de behandeling van rughernia en heupartrose, amandelen, liesbreuk, slaapapneu en het TopZorg predicaat voor darmkanker. Voor de borstkankercare verwijst Menzis onder meer naar de website van de BVN het roze lintje. Ziekenhuis Gelderse Vallei is geselecteerd als kwaliteitsziekenhuis door zorgverzekeraar Achmea voor de resultaten bij heup- en knie vervanging.

### Visitaties

In 2013 zijn er acht visitaties bij medische specialismen uitgevoerd: zes kwaliteitsvisitaties en twee opleidingsvisitaties.

De Raad van Bestuur ontvangt een kopie van de rapportage en bespreekt deze in haar vergaderingen met het Stafbestuur en zo nodig met de betreffende maatschap of vakgroep. Er zijn kwaliteitsvisitaties uitgevoerd bij MKA, gynaecologie, medische psychologie, plastische chirurgie, revalidatie en een hervisiting bij urologie. De twee opleidingsvisitaties vonden plaats bij KCHL en pathologie.

De Raad van Bestuur heeft in 2013 rapportages ontvangen van een aantal visitaties die in 2012 zijn uitgevoerd bij medische psychologie, dialyse, heelkunde, plastische chirurgie, KCHL, klinische geriatrie, kindergeneeskunde en de ziekenhuisapotheek. Deze rapportages zijn overeenkomstig procedure besproken. Opleidingsvisitaties worden besproken in de Centrale Opleiding Commissie (COC).

### Overlegstructuren

Aanvullend op de bestaande overlegstructuur is het dagelijks bestuur kwaliteit ingesteld om de verbinding tussen organisatie en medische staf te versterken en gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de aansturing van het kwaliteitsbeleid te dragen. Daarmee ontstond een nieuwe structuur waarin sprake is van een volledig, gecoördineerd en efficiënt kwaliteitsbeleid.

Binnen de functionele eenheden krijgt dit vorm door duaal management, waarbij het medisch hoofd verantwoordelijk is voor de bevordering van en het toezicht op de gewenste medische resultaten van de behandeling. Ook afdeling kwaliteit heeft duaal management met hoofd kwaliteit en een medisch manager patiëntveiligheid.

In Ziekenhuis Gelderse Vallei zijn tal van commissies gericht op een of meerdere kwaliteitsaspecten, zoals de commissie kwaliteitsborging medische techniek, de centrale commissie documentbeheer, de commissie zorgprotocollen, de BIG-commissie, de interne auditcommissie, de reanimatiecommissie, de donatiecommissie, etc. De commissies vallen onder de verantwoordelijkheid van en rapporteren aan de Raad van Bestuur en/of de medische staf.

#### *Necrologiecommissie*

In 2013 heeft de relatief nieuwe necrologiecommissie (2011) zich gericht op het vervolmaken van de procedure en analysemethode. Op basis van een triggerlijst, ingevuld door de behandelend arts, en de ontslagbrief screent de necrologiecommissie alle overleden patiënten. Aan de hand van criteria wordt bepaald of er aanleiding is tot nader onderzoek in samenspraak met de behandelaar. Afhankelijk van dit onderzoek beslist het commissielid of deze casus in de vergadering van de commissie wordt besproken.

De werkzaamheden van de commissie hebben ertoe geleid, dat maatschappen/vakgroepen meer proactief zelf hun overleden patiënten bespreken en tevens de informatie aanleveren aan de necrologiecommissie. Ook zien we verbetering in de aanlevertijd, compleetheid van informatie en een meer open cultuur. Het eerste jaarverslag is afgerond en vastgesteld door de medische staf en de Raad van Bestuur. De necrologiecommissie zal haar werkwijze doorontwikkelen en tevens (mede) initiatief nemen tot afdelingsoverstijgende multidisciplinaire casusbesprekingen.

#### *Commissie medische techniek*

De commissie kwaliteitsborging medische techniek heeft in 2013 het beleid herijkt en aangepast op basis van ervaringen en input uit het Convenant Veilige toepassing van medische technologie. Dit heeft geleid tot het verbreden van het aandachtsgebied van medische apparatuur naar medische technologie. Medische technologie omvat naast apparatuur ook medische hulpmiddelen, bijvoorbeeld disposables, instrumenten, tilapparatuur en lichaamsmaterialen. Ook is gewerkt aan de aanscherping van de rol van apparatuurverantwoordelijke en -beheerder en zijn praktische werkwijzen op gebied van medische technologie verder aangescherpt en geborgd in beleid.

## **3.2 Kwaliteit van zorg**

### **3.2.1 Uitkomsten van zorg**

#### Indicatoren

Kwaliteitsgegevens van Zichtbare Zorg en IGZ indicatoren over 2012 zijn medio april 2013 aangeleverd. Ziekenhuis Gelderse Vallei hecht eraan om goede en betrouwbare gegevens aan te leveren en zet daarom in op verheldering van definiëring, registratie en rapportage. Inzicht in eigen resultaten is onmisbaar voor continue verbetering, waarna we ook eigen resultaten benchmarken.

Intern zijn voor iedere indicator eigenaren benoemd, te weten een organisatorisch manager en een medicus. Samen zijn zij verantwoordelijk voor het aanleveren van de gevraagde gegevens, waarbij zij worden ondersteund door de afdelingen kwaliteit en applicatiebeheer en een dataspecialist. Tevens worden zij betrokken bij de zorgverkoopgesprekken met zorgverkeerspartners.

Met behulp van een nieuw digitaal monitoringsysteem kunnen we in toenemende mate de uitkomst van indicatoren al gedurende het lopende jaar volgen, controleren en waar nodig bijsturen in beleid. Dit komt zowel de kwaliteit van de registratie maar bovenal de uiteindelijke kwaliteit van zorg, dus de patiënt, ten goede.

### Patiënttevredenheid

In 2013 is besloten tot deelname in 2014 aan de landelijke CQ-I metingen.

Na veldonderzoek is samenwerking ondertekend met MediQuest, een gecertificeerd meetbureau dat samen met stichting Miletus de metingen uitvoert. Patiënten van de verschillende medisch specialismen c.q. afdelingen worden klinisch en poliklinisch schriftelijk geënuquêteerd.

In aanvulling op de CQ-I worden spiegelgesprekken met patiëntengroepen gehouden.

Daarnaast is het mogelijk om voor kleinere doelgroepen, bijvoorbeeld afdelingen of specialismen, patientervaringsmetingen uit te zetten via de digitale enquêtetool van de NVZ. Deze tool wordt overigens ook gebruikt voor andersoortige enquêtes.

### VMS

In de voorgaande jaren heeft Ziekenhuis Gelderse Vallei de inhoudelijke VMS thema's geïmplementeerd en in 2013 afgerond. De implementatie van het thema medicatieverificatie zal doorlopen tot in 2014 gezien de complexiteit en vele toepassingsgebieden.

In 2013 zijn registraties t.a.v. VMS-indicatoren vanuit het EPD overgenomen naar een digitale rapportagetool, zodat resultaten per eenheid en actueel inzichtelijk zijn. Dit bevordert snelle analyse en bijsturing indien resultaten hierom vragen.

## **3.2.2 Kwaliteitsinstrumenten**

### Interne toetsing: de interne audit

In 2012 is de interne audit uitgebreid door deze gecombineerd uit te voeren met toetsing op medische apparatuur en hygiënemetingen. Hiermee ontstond de integrale interne audit. In 2013 is dit verder uitgebouwd met de afdeling internal control, zodat bij een interne audit ook de zogenaamde "verrichtingenregistratie" wordt getoetst. Hiermee worden de afdelingen minder belast door meerdere audits met verschillende thema's over de jaren heen en zijn vragen op elkaar afgestemd. Dit levert een meerwaarde op voor de getoetste afdeling qua planning, uitvoering en resultaat. In totaal zijn in 2013 op deze wijze 20 interne audits uitgevoerd. De auditfrequentie hangt af van het risicoprofiel van een afdeling, waarbij hoogrisico afdelingen eens per jaar of twee jaar worden getoetst en anderen om de vier jaar. Audits zijn daarmee ondergebracht in een vierjarenplanning.

### Interne toetsing: quickscans

In totaal zijn in 2013 in twee ronden 78 quickscans uitgevoerd, zodat elke zorgafdeling zeker eens per jaar wordt gescand.

Onderverdeling van de uitgevoerde quickscans

|                                   | <b>1e helft 2013</b> | <b>2e helft 2013</b>            |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Verpleegafdeling                  | 13 afdelingen        | 11 afdelingen                   |
| Polikliniek                       | 18 afdelingen        | 18 afdelingen<br>+ 1 buitenpoli |
| Specialistische afdeling          | 3 afdelingen         | 5 afdelingen                    |
| Overige (ondersteunende) afdeling | 4 afdelingen         | 5 afdelingen                    |

De resultaten van een uitgevoerde quickscan zijn aan de hand van het verslag besproken met de leidinggevende. Alle verslagen zijn per divisie verwerkt en verstuurd aan de betreffende divisie managers.

Verder zijn de verslagen van 2009 tot en met 2e helft 2013 ziekenhuisbreed (gespecificeerd naar verpleegafdelingen of poliklinieken) en geanalyseerd. Deze specifieke analyses zijn voorgelegd aan de Raad van Bestuur.

De vragenlijst van een quickscanronde is met verschillende belanghebbenden geëvalueerd en geactualiseerd. Het team bestaat uit 33 quickscanners. In 2013 hebben 10 quickscanners aangegeven te stoppen met hun taak als quickscanner; hun plaats is inmiddels ingenomen door 8 nieuw getrainde en ingewerkte quickscanners.

### Documentbeheer

Het beheren van documenten is een belangrijk instrument bij continu verbeteren.

Het beoogt actuele informatie, die ondersteunend is en waarde toevoegt aan het uitvoeren van de zorgpraktijk, voor elke professional te ontsluiten. Dit vraagt inspanningen van iedere betrokkene: de documentgebruikers, -schrijvers en -beheerders. Aangezien het gaat om specifieke professionele kennis is de organisatie van documentbeheer decentraal ingericht. Er zijn daarom decentrale beheerders en eigenaren van documenten. Om de effectiviteit hiervan op niveau te krijgen en houden, zijn indicatoren en normen opgesteld. Hierdoor heeft elke afdeling inzicht in de eigen resultaten. Vanaf het eerste kwartaal van 2013 zijn kwartaalrapportages gerealiseerd. De vorm van de kwartaalrapportages zal steeds verder evolueren overeenkomstig de wensen en behoeften van de zorgmanagers/divisiemanagers. De centrale documentcommissie ondersteunt op centraal niveau de eigenaren en documentbeheerders, bijvoorbeeld met handvaten ten aanzien van het voorkomen van verlopen of dubbele protocollen.

Begeleiding is blijvend noodzakelijk zodat men decentraal handig gebruik maakt van zowel nieuwe als bestaande mogelijkheden in het systeem. Een voorbeeld is "richtlijnen voor de titel van een document", waardoor de zoekfunctie steeds beter werkt.

In 2013 is een Business Impact Analyse (BIA) uitgevoerd voor de applicatie documentbeheer waarop de mate van technische ondersteuning is afgestemd in geval van bijvoorbeeld uitval. Dit levert inzicht op of bestaande noodprocedures voldoen of verder moeten worden uitgewerkt.

Om een aantal gebruikerswensen mogelijk te maken gaan we in 2014 over naar de web-based versie van het documentbeheersysteem (I-document). Voor deze overgang is een projectgroep ingericht die met name in de tweede helft van 2013 veel voorbereidingen heeft gedaan. Onder andere is een pilot documentgebied-beheer gedaan en is advies om hiermee te gaan werken door de centrale commissie documentbeheer overgenomen.

### Incidenten

Veilig incidenten melden is als verbetersysteem voor patiëntveiligheid al lange tijd in gebruik. Sinds 2009 is dit gedigitaliseerd en is de structuur van het melden en afhandelen van meldingen aangepast. De incidenten worden geanalyseerd op afdelingsniveau door de leidinggevenden, dan wel aandachtsvelders. Kwartaalrapportages geven op grote lijnen inzicht aan zorg- en divisiemanagers. In 2013 is het gebruik van het digitale hulpmiddel geëvalueerd. De Raad van Bestuur werd geïnformeerd door de centrale commissie patiëntveiligheid.

| <b>Route veiligheid patiënt</b> |  | <b>2013</b> | <b>2012</b> | <b>2011</b> | <b>2010</b> |
|---------------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Totaal aantal meldingen         |  | 2032        | 1631        | 1832        | 1768        |
| Thema totaal                    | Medicatie/infusie (met risicofactor 3) | 524 (8)     | 397 (4)     | 495 (7)     | 443 (5)     |
|                                 | Voeding                                | 45          | 10          | 42          | 37          |
| Risicofactor 3                  |  | 91          | 81          | 99          | 91          |
| <b>Route OKC registratie</b>    |  |             |             |             |             |
| Totaal aantal meldingen         |  | 506         | 650         | 821         | 520         |
| Thema totaal                    | Medicatie/infusie                      | 39          | 44          | 62          | 25          |
|                                 | Voeding                                | -           | -           | 1           | -           |
| Risicofactor 3                  |  | -           | -           | -           | -           |

In 2013 is er meer gemeld dan in voorgaande jaren. Dit kan betekenen dat het risicobewustzijn binnen de organisatie is toegenomen. De trend van meer meldingen is niet zichtbaar in de meldingen met risicofactor 3. Als belangrijkste oorzaak van incidenten blijven de melders aangeven dat dit het handelen van de professional is (59%, 1.378 van de 2.032 meldingen). Hier wordt het belang van een juiste oorzakenanalyse duidelijk. Deze is nog niet gestandaardiseerd binnen Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Het interne meldingensysteem is gekoppeld aan de landelijke CMR. Dit betekent dat alle medicatiemeldingen worden doorgesluisd naar een landelijk meldingensysteem. Indien in een medicatiemelding het betreffende medicament niet wordt genoemd wordt dit alsnog ingevuld door een daarvoor opgeleide apothekersassistent. Met de informatie in de landelijke database kunnen we te zijner tijd benchmarken tot op afdelingsniveau.

### Calamiteiten

In 2013 zijn er tien gebeurtenissen geweest waarna de Raad van Bestuur opdracht heeft gegeven om een SIRE-onderzoek uit te voeren en vier van deze incidenten tevens heeft gemeld aan de inspectie. Deze onderzoeken worden door organisatorisch en medisch onderlegde onderzoekers uitgevoerd door middel van de SIRE-methodiek. Dit omvat onder meer dossier- en literatuuronderzoek en interviews, waarna de analyse gerelateerd is aan protocollen en richtlijnen. De uitkomsten van het SIRE-onderzoek worden besproken met de onderzoekers, Raad van Bestuur en het duale divisie management. Opdracht tot verbetermaatregelen worden hierop gebaseerd. Monitoring van voortgang en resultaten vindt plaats in de lijn en in de kwartaalgesprekken.

### **3.3 Klachten**

Conform de klachtenprocedure van Ziekenhuis Gelderse Vallei hebben de klachtenfunctionarissen in 2013 contact opgenomen met alle klagers die een klacht kenbaar maakten en hen geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden van klachtenafhandeling. Vervolgens kan de klager kiezen voor een wijze van klachtenafhandeling die het beste past bij het doel dat hij/zij wil bereiken. De klachtenfunctionarissen hebben een neutrale bemiddelende rol.

Overeenkomstig de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector staat het klagers vrij hun klacht rechtstreeks voor te leggen aan de klachtencommissie. In 2013 hebben 5 klagers zich gewend tot de klachtencommissie.

### Kwaliteitsverbetering

Leren van klachten en het zo mogelijk treffen van maatregelen ter verbetering zijn uitgangspunten van het ziekenhuis. In juli 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het "Toetsingskader kwaliteit klachtbehandeling door zorgaanbieders" bekend gemaakt. Een onderdeel hiervan is een systematische vertaalslag van klachten naar kwaliteit. Om deze vertaalslag makkelijker te kunnen realiseren, hebben de klachtenfunctionarissen ter ondersteuning van het management een aangepaste registratie en rapportage voorbereid. Klachten worden regelmatig in teams besproken. Vooral oog hebben voor de behoeften van patiënten en het bevorderen van de communicatie worden genoemd als verbeterpunten. Het gaat dan zowel over de communicatie met de patiënt als over de communicatie tussen hulpverleners onderling.

Aantallen klagers en aantallen klachten van 2011 tot met 2013

| Jaar | "Klagers" | "Klachten" |
|------|-----------|------------|
| 2011 | 492       | 578        |
| 2012 | 436       | 514        |
| 2013 | 463       | 526        |

Specificatie 2013

|                                     | "Klagers" | Klachten | Vragen | Geen<br>vervolg |
|-------------------------------------|-----------|----------|--------|-----------------|
| Klachtencommissie                   |           |          |        |                 |
| Klagers bij<br>klachtenfunctionaris | 463       | 431      | 53     | 42              |

### Klachtencommissie

#### *Uitspraken klachtencommissie*

In 2013 hebben 5 klagers hun klachten aan de klachtencommissie voorgelegd. De klachtencommissie heeft de ontvangen klachten, bestaande uit 24 klachtonderdelen, behandeld en via een uitspraak beoordeeld.

In 2013 heeft de klachtencommissie 5 klachtonderdelen gegrond en 19 klachtonderdelen ongegrond verklaard. De klachtencommissie heeft in het verslagjaar 6 aanbevelingen gedaan aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur heeft zich aan de uitspraken van de klachtencommissie geconformeerd.

De klachten van 3 klagers zijn in een hoorzitting behandeld. Bij de klachten van 2 klagers heeft de klachtencommissie zich gebaseerd op de schriftelijke stukken en het patiëntendossier voor het doen van een uitspraak.

Ten opzichte van de vorige jaren is in 2013 het aantal klachtonderdelen waarover de klachtencommissie heeft geoordeeld voor het eerst afgenomen doordat een kleiner aantal klagers hun klacht aan de commissie heeft voorgelegd. In 2010 en 2011 werd er door 9 respectievelijk 10 klagers geklaagd, terwijl er in het verslagjaar door 5 klagers werd geklaagd. De klachtencommissie heeft in 2011 over 26 klachtonderdelen en in 2012 over 29 klachtonderdelen een uitspraak gedaan. Het aantal klachten dat door de klachtenfunctionarissen werd afgehandeld is in 2012 en 2013 min of meer gelijk gebleven. In 2013 hebben 3 klagers hun klachten rechtstreeks aan de klachtencommissie voorgelegd; 2 klagers hebben hun klachten aan de klachtencommissie voorgelegd nadat er bemiddeling door een klachtenfunctionaris had plaatsgevonden. De klachtencommissie hecht veel waarde aan bemiddeling. Bemiddeling is bij uitstek geschikt om vragen te beantwoorden, eventuele misverstanden uit de weg te ruimen en te proberen door onderling overleg tot een oplossing te komen.



De commissie constateert dat het merendeel van de klagers in 2013 met name ontevreden was over het medisch handelen. Zo werd door klagers gesteld dat hun behandeling niet goed was verlopen, dat er onvoldoende onderzoek had plaatsgevonden en dat de juiste diagnose niet of pas in tweede instantie werd gesteld. Verder werd geklaagd over de wijze van communiceren met de patiënt en/of de familie en over de informatie die is verstrekt.

In het verslagjaar heeft de klachtencommissie een vragenlijst geïntroduceerd die 1 maand na het verschijnen van de reactie van de Raad van Bestuur op de uitspraak aan de klager en de aangeklaagde(n) wordt toegestuurd. De klachtencommissie wil door middel van deze vragenlijst haar werkzaamheden evalueren en bezien of er veranderingen gewenst zijn. De klachtencommissie is voornemens om medio 2014 te evalueren of het zinvol is om door te gaan met de vragenlijst.

#### Samenstelling van de klachtencommissie 2013

##### Externe leden:

Mw. mr. R.M.S. Doppegieter, voorzitter klachtencommissie  
Mw. drs. M. Valkenburg-Oudshoorn, namens Zorgbelang Gelderland

##### Interne leden:

Mw. dr. L.M. de Jong-Tieben, dermatoloog  
P.L.W.M. Zuure, oogarts  
Mw. J. van Luttkhuizen-van den Brink, IC-verpleegkundige,

##### Plaatsvervangende externe leden:

Mr. D. van Meersbergen, voorzitter  
Mr. M. Kooijman, namens Zorgbelang Gelderland

##### Plaatsvervangende interne leden:

Mw. G. van Maanen, SEH-verpleegkundige  
M.A.W. van Iperen, anesthesioloog-intensivist  
H.J. Schaafsma, cardioloog

##### Ambtelijk secretarissen:

Mw. drs. W. van Wijk  
Mw. drs. C.A.M. Veldman (oproepbaar)

##### Secretariële ondersteuning klachtencommissie:

Mw. E. Pater (tot 1 juli 2013)  
Mw. G.H. van Holland (m.i.v. 1 juli 2013)

## **4. Financieel beleid**

### **4.1 Inleiding**

De Nederlandse ziekenhuizen kunnen de zorg uitsluitend verlenen met inzet van de geldmiddelen die zij van de zorgverzekeraars ontvangen. Het spreekt voor zich dat hier prudent en verantwoord mee om wordt omgegaan, op een zo efficiënt en doelmatig mogelijke wijze. Ziekenhuis Gelderse Vallei beschouwt dit als haar plicht jegens de maatschappij en het vormt de basis voor een goede relatie met de zorgverzekeraars.

Het jaar 2013 is voor Ziekenhuis Gelderse Vallei een in financiële zin tot tevredenheid stemmend jaar geweest. De positieve lijn uit voorgaande jaren qua exploitatieresultaten en vermogensopbouw hebben we versterkt weten voort te zetten. We hebben met € 3,7 miljoen een resultaat gehaald dat €1,8 miljoen hoger uitkwam dan begroot en 1,9% van de omzet bedraagt. Dit is wel lager dan het resultaat van 2012 (€ 4,9 miljoen) doch dat werd destijds sterk beïnvloed door positieve effecten uit het transitieproces naar prestatiebekostiging op basis van DOT's en de gewijzigde inkoopmethodiek door zorgverzekeraars. Die effecten ijlen ook nog door in het resultaat van 2013. Voor 2014 en verder zal het genormaliseerde resultaat weer rond de 1% uitkomen.

Hierna wordt nader ingegaan op de interne en externe ontwikkeling op het gebied van het financieel beleid.

### **4.2 Algemene gang van zaken**

In het al in 2008 opgestelde meerjarig geïntegreerd strategisch kader 2009-2012 is verwoord dat Ziekenhuis Gelderse Vallei streeft naar een stabiele financiële positie. Dit is geen doel op zich, maar wordt als randvoorwaarde gezien om in een omgeving met (gereguleerde) marktwerking onze ambities waar te kunnen maken.

Onderdeel van het meerjarig geïntegreerd strategisch kader is ook een meerjaren financieel kader. Hierin is voor de vermogensratio (verhouding eigen vermogen ten opzichte van de omzet) een jaarlijkse toename van 1% per jaar opgenomen. Voor 2013 is destijds een vermogensratio beoogd van 19%, dat ruim overtroffen is met een uitkomst van 20,8%.

De beleids- en begrotingscyclus 2013 is ultimo mei 2012 gestart door het vaststellen van het corporate kader 2013 door de Raad van Bestuur. Het corporate kader omvat de instellingsbrede richtinggevende doel- en kaderstelling onder andere op het gebied van financiële doelstellingen. Gezien een aantal ontwikkelingen die zich in 2012 voordeden, is het financiële kader 2013 na de zomer bijgesteld. De belangrijkste oorzaken van deze bijstelling zijn de voorziene onderdekking CAO, de stijgende kapitaallasten als gevolg van de bouw van een nieuwe vleugel aan het ziekenhuis en de structurele doorwerkingen van genomen besluiten.

Na vaststelling van deze kaderstelling door de Raad van Bestuur, is in het tweede halfjaar van 2012 de begroting 2013 opgesteld. De begroting betreft een financiële vertaling van het opgestelde corporate kader, waarbij het begrote exploitatieresultaat voor 2013 € 1,8 miljoen bedraagt.

Het sluiten van contracten met de zorgverzekeraars voor 2013 was een moeizaam en langdurig proces. Maar ook de formele afwikkeling van de gemaakte afspraken nam aan de kant van de zorgverzekeraars veel meer tijd dan gewenst. Omdat de details van de afspraken technisch moeten worden vertaald in de financiële systemen van zowel de verzekeraar als het ziekenhuis, kon er gedurende lange tijd in 2013 niet worden gefactureerd.

Dit heeft gedurende het jaar een groot beroep gedaan op de kredietlijnen die Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft bij haar huisbankiers, wat enkele tonnen aan extra rente heeft gekost. Het ziekenhuis werd in 2013 geconfronteerd met een door Zorgverzekeraars Nederland opgeworpen dispuut rond afspraken die Ziekenhuis Gelderse Vallei in 2012 had gemaakt met de twee voor het ziekenhuis belangrijkste zorgverzekeraars.

Hierdoor ontstond onzekerheid over de financiële uitkomsten van het in 2012 ingevoerde transitieplan. Bij de Nederlandse Zorgautoriteit is bezwaar ingediend tegen het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland. In november 2014 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit het standpunt van de zorgverzekeraars afgewezen en beslist ten gunste van het ziekenhuis.

De financiële sturing heeft zich in 2013 vooral gericht op het monitoren van de met de verzekeraars gemaakte plafondafspraken en daarnaast lag de focus op het bewaken en beheersen van de kosten.

Op 21 maart 2014 heeft de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) alert 31 "Controleverklaringen bij de financiële overzichten 2013 van instellingen voor medisch specialistische zorg" doen uitgaan naar haar leden, waarin werd gesteld dat door een cumulatie van onzekerheden binnen de ziekenhuissector geen goedkeurende controleverklaring bij de jaarrekening 2013 kan worden afgegeven.

De onzekerheden waarvan sinds 2012 sprake is, worden veroorzaakt door de gelijktijdige invoering van uitbreiding van prestatiebekostiging in combinatie met een transitieplan, DOT-productstructuur en nieuwe wijze van contracteren met zorgverzekeraars.

Diverse van de in 2012 gesignaleerde problemen rond de omzetverantwoording golden in 2013 nog steeds, werkten door of waren doorontwikkeld in 2013 en gaven aanleiding tot nieuwe of gecontinueerde onzekerheden in de verantwoording en de interne controle over 2013. Deze onzekerheden deden zich voor in combinatie met deels open normen voor registratie en facturatie, die gedurende en na afloop van het boekjaar met terugwerkende kracht nader zijn geduid door de Nederlandse Zorgautoriteit en intensivering van formele en materiële controles over 2013 en voorgaande jaren door de betrokken zorgverzekeraars. Deze onzekerheden in de opbrengstverantwoording werden, in tegenstelling tot vorig jaar, in belangrijke mate niet meer gedempt door de werking van het transitieplan, aanneemsommen en het ruim overschrijden van plafonds (indien van toepassing).

Mede naar aanleiding van het genoemde NBA-alert en de sectorbrede onzekerheden in de omzetverantwoording, is een landelijk "herstelplan" opgesteld.

Gezien het belang van dit "herstelplan", de mogelijke gevolgen voor de jaarrekening en het belang dat Ziekenhuis Gelderse Vallei hecht aan een goedkeurende controleverklaring, heeft de Raad van Bestuur besloten om aan dit sectorbrede herstelplan deel te nemen.

De deadline voor indiening van de jaarrekening is hierdoor verschoven van 1 juni naar uiterlijk 15 december 2014.

Door het herstelplan is het mogelijk geworden voor de ziekenhuizen duidelijkheid te verkrijgen over de rechtmatigheidsaspecten rondom de omzetverantwoording en eventuele (resterende) onzekerheden hierin over de jaren tot en met 2013, alsmede over het definitieve transitiebedrag 2012 en (resterende) onzekerheden hierin.

Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft evenals de meeste ziekenhuizen in Nederland een zelfonderzoek uitgevoerd over de gedeclareerde omzet over de jaren 2012 en 2013. Het rapportageformulier zelfonderzoek correct declareren is goedgekeurd door een expertgroep van Zorgverzekeraars Nederland.

Op de totale onderzochte massa kon slechts 0,6% als een administratieve fout worden aangemerkt, daar waar dit percentage landelijk bij de Nederlandse ziekenhuizen gemiddeld op 1% uitkomt. We kunnen concluderen dat onze AO/IC goed op orde is. Op onderdelen zal deze, met de bevindingen uit het zelfonderzoek, nader worden aangescherpt.

Ten gevolge van het meedoen aan het herstelplan heeft Stichting Ziekenhuis Gelderse Vallei niet voldaan aan de informatieverplichtingen richting de banken. Daarmee is sprake van een doorbreking van de bankconvenanten waarmee de financieringsfaciliteiten bij ABN Amro en Rabobank direct opeisbaar zijn. De banken hebben afgezien van dit recht door het verstrekken van een zogenaamde 'waiver' tot 15 dan wel 31 december 2014 onder de voorwaarden dat:

- per 1 november 2014 de verantwoording van de uitkomsten van het zelfonderzoek op de juistheid van naleving van registratie- en declaratieregels wordt overlegd;
- men maandelijks wordt geïnformeerd over de voortgang en mogelijke consequenties van het vervolgonderzoek op voornoemd zelfonderzoek;
- men maandelijks wordt geïnformeerd over de voortgang en de mogelijke consequenties van de discussie over de hoogte van het schaduwbudget;
- voor uiterlijk 15 dan wel 31 december de definitieve jaarrekening 2013 wordt verstrekt;
- uiterlijk 15 december de definitieve uitkomst van de discussie over de hoogte van het schaduwbudget wordt verstrekt;
- uiterlijk 15 december een verklaring van de externe registeraccountant wordt verstrekt, alsmede de schriftelijke vastlegging van de afspraken die hierover zijn gemaakt met de zorgverzekeraars terzake, met betrekking tot eventuele verschillen tussen eerdere inschattingen en de jaarrekening 2013, en anderzijds de uitkomsten van het zelfonderzoek en of het één en ander valt binnen de toleranties van de gedachte verklaring bij jaarrekening 2013.

Stichting Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft aan al deze voorwaarden voldaan.

Het resultaat over 2013 komt zodoende uit op € 3,7 miljoen en is volledig toegevoegd aan het eigen vermogen. Ultimo 2013 is hiermee het eigen vermogen uitgekomen op € 39,8 miljoen, hetgeen een solvabiliteit (eigen vermogen t.o.v. het totale vermogen) oplevert van 18,3% (was 17,6%) en 20,8% indien we het eigen vermogen relateren aan onze omzet (2012: 19,7%).

Hierna wordt een toelichting gegeven op het resultaat en de financiële positie.

### 4.3 Ontwikkeling resultaat en financiële positie

#### Ontwikkeling resultaat

Het geconsolideerde exploitatieresultaat 2013 bedraagt € 3,7 miljoen.

| <b>Bedragen * € 1 miljoen</b>                         | <b>2013</b>  | <b>2012</b>  | <b>2011</b>  |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Wettelijk budget voor<br>aanvaardbare kosten Zvw-zorg |              |              | 91,9         |
| Omzet DBC's/DBC-zorgproducten<br>A-segment            | 54,3         | 105,5        |              |
| Te verrekenen transitiebedrag                         | - 0,2        | 1,1          |              |
| Omzet DBC's/DBC-zorgproducten<br>B-segment            | 119,8        | 61,4         | 58,6         |
| Overige bedrijfsopbrengsten                           | 17,0         | 14,8         | 19,6         |
| <b>Totaal der bedrijfsopbrengsten</b>                 | <b>190,9</b> | <b>182,8</b> | <b>170,1</b> |
|   |              |              |              |
| Personeelskosten                                      | 104,8        | 102,3        | 100,9        |
| Afschrijvingskosten                                   | 16,5         | 15,0         | 14,0         |
| Overige bedrijfslasten                                | 61,3         | 56,5         | 50,2         |
| <b>Totaal der bedrijfslasten</b>                      | <b>182,6</b> | <b>173,8</b> | <b>165,1</b> |

|                                       |            |            |            |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|
| Fin. lasten / belast. / res. aand. 3e | 4,6        | 4,1        | 3,2        |
| <b>Resultaat</b>                      | <b>3,7</b> | <b>4,9</b> | <b>1,8</b> |

#### 4.4 Bedrijfsopbrengsten

De totale bedrijfsopbrengsten bedragen € 190,9 miljoen, dit is een stijging van 4,4% ten opzichte van vorig jaar.

In 2013 heeft een overheveling plaatsgevonden van orale oncolitica en groeihormonen (€ 1,8 miljoen) vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem naar de medisch specialistische zorg. De omzet DBC-zorgproducten A en B-segment is verantwoordelijk voor het resterende deel van de stijging. Het betreft voornamelijk de met de zorgverzekeraars gecontracteerde groei binnen het hoofdlijnenakkoord en een verkregen indexering.

##### *Omzet DBC's/DBC-zorgproducten A-segment*

De grote verschuiving is een gevolg van een herrubricering ten gevolge van de eerder ingevoerde stelselwijziging. In 2012 hanteerden wij onder deze post de segmentverdeling A-nieuw en B-nieuw. Tezamen vormden zij het schaduwbudget.

Wij verantwoorden hier nu alleen het A-nieuw segment.

##### *Te verrekenen transitiebedrag*

De NZa vereist in de "Regeling transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-258)", dat een instelling voor medisch specialistische zorg de gerealiseerde omzet uit prestatiebekostiging en de omzet die zou zijn behaald onder de oude bekostigingssystematiek, jaarlijks vaststelt. Het verschil tussen beide bedragen wordt aangeduid met de term transitiebedrag. De zorginstelling neemt een vordering respectievelijk een schuld uit hoofde van de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg op als afzonderlijke post in de balans. Door de NZa zijn op 2 december 2014 de definitieve beschikkingen positief verrekenbedrag 2012/2013 afgegeven. Hiermee zijn het schaduwbudget 2012, de omzet prestatiebekostiging 2012, het transitiebedrag 2012 (€ 576.103) en de daarvan afgeleide verrekenbedragen voor 2012 en 2013 definitief vastgesteld. Deze bedragen respectievelijk € 547.298 en € 403.272, tezamen uitkomend op € 950.570. Het in 2013 verantwoorde bedrag van -€ 0,2 miljoen is de mutatie op het in 2012 berekende voorlopige verrekenbedrag.

##### *Omzet DBC's/DBC-zorgproducten B-segment*

Ook hier is de grote mutatie een gevolg van een herrubricering. Voorheen werd hier alleen het B-oud segment verantwoord en nu het B-nieuw en B-oud tezamen.

##### *Overige bedrijfsopbrengsten*

Deze stijgen met € 2,2 miljoen, waarvan € 0,7 miljoen door meer geleverde diensten aan andere zorginstellingen en € 1 miljoen door meer subsidies voor opleidingen van AIOS (Arts In Opleiding tot Specialist).

#### 4.5 Bedrijfslasten

De totale bedrijfslasten zijn met 5% gestegen tot € 182,6 miljoen.

Deze stijging wordt onder andere veroorzaakt door € 2,5 miljoen hogere personeelskosten (CAO en stijging sociale lasten); € 2,5 miljoen aan hogere patiëntgebonden kosten, waaronder overgehevelde orale oncolitica en groeihormonen (€ 1,8 miljoen) en € 3,0 miljoen hogere kapitaallasten.

### *Personeelskosten*

De personeelskosten zijn met € 2,5 miljoen gestegen ten opzichte van vorig jaar. Dit is een stijging van 2,4%.

De stijging van de personeelskosten wordt veroorzaakt door CAO effecten en meer inzet personeel (+11 FTE) met een financieel effect van € 1,7 miljoen. Daarnaast stijging sociale lasten € 0,9 miljoen en een stijging van overige personeelskosten van € 0,9 miljoen. Hier tegenover staat minder opgebouwde PLB uren met een financieel effect van € 0,7 miljoen en minder inzet van personeel niet in loondienst van € 0,3 miljoen.

### *Afschrijvingskosten*

Het ziekenhuis is een kapitaalintensieve organisatie. De afschrijvingskosten zijn met € 2,3 miljoen gestegen. De in 2013 opgeleverde nieuwe vleugel van het ziekenhuis draagt daar voor in belangrijke mate aan bij naast het neerwaarts aanpassen van de afschrijvingstermijn voor ICT.

### *Overige bedrijfslasten*

De overige bedrijfslasten zijn met 8,6% toegenomen tot € 61,3 miljoen. Van deze stijging is de helft toe te rekenen aan een stijging van de patiëntgebonden kosten (€ 2,5 miljoen) waaronder de eerder genoemde overgehevelde orale oncolitica en groeihormonen. De andere helft is toe te rekenen aan de algemene beheerskosten die met € 2,7 miljoen zijn gestegen.

### *Financiële lasten*

De financiële lasten zijn ten opzichte 2012 met € 0,4 miljoen gestegen; dit betekent een stijging van 10%. De toename van de rentekosten vloeit voort uit het vollopen van het investeringskrediet in verband met het gereedkomen van de bouw van de nieuwe vleugel. Daarnaast is in de eerste helft van 2013 meer gebruik gemaakt van de rekening-courant faciliteit bij de banken.

### *Deelnemingen*

Het resultaat deelnemingen bedraagt € 3.491 positief. Dit resultaat is het resultaat van de deelneming in Clean Care Support B.V.

## **4.6 Balansposities**

### *Activa*

De boekwaarde materiële vaste activa is toegenomen met € 7 miljoen (4,9%). Er is voor € 23,5 miljoen geïnvesteerd. De afschrijvingslasten bedragen € 16,5 miljoen.

De vlottende activa zijn met € 4,7 miljoen toegenomen. Dit wordt vooral veroorzaakt door een sterke groei van de liquide middelen (€ 7,7 miljoen), een afname van de vordering uit hoofde van de transitierегeling van € 0,2 miljoen en een afname van € 2,9 miljoen op onze vordering uit hoofde van het financieringsverschil betreffende de jaren tot 2012.

### *Passiva*

Het geconsolideerde exploitatieresultaat van € 2,8 miljoen wordt volledig toegevoegd aan het eigen vermogen. Het totaal eigen vermogen bedraagt ultimo 2013 € 38,9 miljoen.

### *Voorzieningen*

De voorzieningen zijn met € 4,5 miljoen afgenomen. Enerzijds door een toename van de voorziening voor PLB met € 0,8 miljoen en anderzijds door een sterke afname van de voorzieningen voor materiële controles met per saldo € 5,6 miljoen.

Vanuit deze voorziening is € 2,1 miljoen terugbetaald aan de zorgverzekeraars. Verder is hiervan € 2,3 miljoen verrekend met onze vordering uit hoofde van het financieringsverschil betreffende de jaren tot 2012 (oud A-segment) en € 0,4 miljoen is vrijgevallen ten gunste van het resultaat (oud B-segment).

De langlopende schulden zijn per saldo met € 8,5 miljoen toegenomen. Een in 2012 verkregen investeringskrediet van de Rabobank ter grootte van € 16 miljoen is geconsolideerd naar twee leningen bij diezelfde instelling. Een lening van € 10 miljoen met een looptijd van 20 jaar en een lening van € 6 miljoen met een looptijd van 10 jaar. Dit bracht een verschuiving van de kortlopende schulden naar de langlopende schulden teweeg. De aflossingsverplichtingen uit de leningenportefeuille bedragen € 7,5 miljoen per jaar.

#### *Investeringen*

In 2013 is er in totaal € 23,5 miljoen geïnvesteerd: € 12,2 miljoen in de verdere afbouw van een nieuwe vleugel (multifunctioneel zorggebouw), € 5,3 miljoen in medische inventaris en ICT, € 6 miljoen in instandhouding en groot onderhoud.

#### *Vermogensratio*

Het eigen vermogen van het ziekenhuis is conform de geplande vermogensopbouw in het meerjaren financieel model. Dit is van essentieel belang in een omgeving waarin marktwerking zijn intrede heeft gedaan. In de markt (VWS, WfZ, etc.) wordt een vermogensratio van 20% gehanteerd als streefnorm. De vermogensratio wordt berekend door het eigen vermogen te relateren aan de som der bedrijfsopbrengsten. Ziekenhuis Gelderse Vallei kent ultimo 2013 een vermogensratio van 20,8%. De solvabiliteit uitgedrukt in een percentage van het totale vermogen bedraagt 18,3%.

#### *Liquiditeit*

De liquiditeitspositie kan worden weergegeven via de current ratio (vlottende activa/kort vreemd vermogen). De current ratio geeft de mate aan waarin een onderneming kan voldoen aan haar korte termijn verplichtingen. De current ratio voor Ziekenhuis Gelderse Vallei is ultimo 2013 1,47.

## **4.7 Interne beheersing**

#### *Meerjarenplannen*

In 2010 is een zo compleet mogelijke inventarisatie gemaakt van de investeringsbehoefte van het ziekenhuis voor de periode 2010-2019. Deze behoefte is in drie meerjarenplannen samengevat:

1. Het meerjaren investeringsplan; bevat investeringen in (medische) inventaris en automatisering.
2. Het meerjaren onderhoudsplan; bevat de investeringen in onderhoud.
3. Het meerjaren huisvestingsplan; bevat investeringen in huisvesting.

Het primaire doel van het in beeld brengen van de ambities is, deze te toetsen op financiële haalbaarheid. De financiële haalbaarheid is op twee manieren bepaald.

1. Passen de met de investeringen samenhangende kapitaallasten (rente en afschrijving) binnen de exploitatie van het ziekenhuis.
2. Zijn er voldoende middelen beschikbaar om de investeringen te betalen (externe financiering).

Hiertoe is ook een kapitaallasten meerjaren model ontwikkeld met een horizon tot 2020. Al deze plannen zijn in 2011 samengebracht in een meerjaren financieel model, dat sindsdien periodiek wordt gesynchroniseerd met de jaarrekeningen en de tussentijdse financiële rapportages.

#### *Externe financiering, derivaten en afgesproken financiële ratio's*

In 2013 zijn geen additionele externe financieringen aangetrokken. Wel is een in 2012 verkregen investeringskrediet van de Rabobank ter grootte van € 16 miljoen, geconsolideerd naar twee leningen bij diezelfde instelling. Een lening van € 10 miljoen met een looptijd van 20 jaar en een lening van € 6 miljoen met een looptijd van 10 jaar.

Ziekenhuis Gelderse Vallei bezit de volgende financiële producten (derivaten):

| Bank     | Financieel product    | Ingangsdatum | Hoofdsom       | Looptijd in jaren | Renteperce n-tage totaal | Reële waarde per 31-12-2013 |
|----------|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ABN AMRO | Swap                  | 01-04-2012   | € 11.000.000,= | 9,75              | 3,00%                    | € - 274.567                 |
| ABN AMRO | Swap                  | 29-12-2012   | € 27.247.000,= | 15                | 3,25%                    | € + 254.395                 |
| Rabobank | Swap                  | 31-12-2012   | € 5.000.000,=  | 10                | 2,99%                    | € - 28.815                  |
| Rabobank | Swap                  | 31-12-2012   | € 10.000.000,= | 20                | 3,54%                    | € + 94.531                  |
| Rabobank | Forward starting swap | 31-12-2013   | € 6.000.000,=  | 10                | 3,43%                    | € - 94.752                  |
| Rabobank | Forward starting swap | 31-12-2013   | € 10.000.000,= | 20                | 3,88%                    | € - 31.821                  |

Voor deze financiële producten is geen premie betaald. De producten zijn uitsluitend aangeschaft om een variabele rente om te zetten naar een vaste rente, waardoor het marktrenterisico wordt afgedekt. De producten sluiten perfect aan op de onderliggende roll-over leningen en creëren daarmee een perfecte hedge. De opslag voor liquiditeit wordt vastgesteld op de ingangsdatum van de lening. In de getoonde rentepercentages, indien nog niet definitief, is de opslag opgenomen zoals die gold op het moment van afsluiten van het financiële product.

De financiële producten sluiten aan bij de eisen die het Waarborgfonds voor de Zorgsector stelt aan het gebruik van financiële producten. De producten zijn niet eenzijdig door de banken op te zeggen. Tevens zijn er geen bijstortverplichtingen voor Ziekenhuis Gelderse Vallei indien de marktwaarde van de financiële producten zich negatief ontwikkelt.

Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft met de banken afspraken gemaakt over het voldoen aan normen voor drie financiële ratio's in de lijn van ons meerjaren financieel model. Deze ratio's zijn:

| Financiële covarianten banken |   |         | Ziekenhuis Gelderse Vallei |        |        |        |
|-------------------------------|---|---------|----------------------------|--------|--------|--------|
| Kengetal                      | Formule   | Norm    | 2010                       | 2011   | 2012   | 2013   |
| Solvabiliteit**               | Eigen vermogen / Balanstotaal   |         | 14,75%                     | 13,90% | 17,58% | 18,33% |
| Debt Service Coverage Ratio   | (Netto winst + rentelasten - renteopbrengsten + afschrijvingslasten + toevoeging voorziening - onttrekking voorziening) / (rentelasten - renteopbrengsten + aflossingsverplichtingen) | > 1,7   | 3,99                       | 2,78   | 3,02   | 1,88   |
| S-budgetratio                 | Eigen vermogen / Omzet  | > 15%   | 15,77%                     | 18,08% | 19,74% | 20,84% |
| Loan to Value                 | Lang vreemd vermogen / materiële vaste activa   | < 80% * | 67,69%                     | 64,61% | 79,88% | 81,83% |

\* gedurende 2012-2014, max. 80%; gedurende 2015-2016, max. 75%; 2017 en verder maximaal 70%

\*\* over 2014 19%; 2015 20%; 2016 21%; 2017 23%; 2018 25%; 2019 e.v. 27%

Medio 2014 zijn er hernieuwde afspraken gemaakt met de banken.

De convenants "Loan to Value" en "S-budgetratio" zijn vervangen door Solvabiliteit (Eigen-vermogen/Totaal vermogen). De achterliggende gedachte hierbij was dat de ratio Loan to Value een prudente benadering van de waardering van vaste activa in de weg zou kunnen staan. Tevens zou het S-budgetratio zijn relevantie in 2015 gaan verliezen als de ziekenhuizen integrale tarieven gaan hanteren en de honoraria van de zelfstandig gevestigde medisch specialisten ook tot de omzet van het ziekenhuis gaan behoren.

Hoewel er bij het opmaken van deze jaarrekening (december 2014) andere convenants gelde, is aan de Rabobank zekerheidshalve een waiver gevraagd voor het overschrijden van de Loan to Value. Deze waiver is verkregen.



## 4.8 Vooruitkijkend naar 2014

De beleids- en begrotingscyclus 2014 is eind mei 2013 gestart met het vaststellen van het Corporate Kader 2014.

Een belangrijk onderdeel is het financiële kader 2014. Het fundament is de meerjarige doorwerking van de begroting 2013, waarin is opgenomen een spaardoelstelling van € 1,85 miljoen voor 2014, die eveneens voor 2013 gold.

Het uiteindelijke financiële kader is de resultante van:

- externe ontwikkelingen;
- beleidsdoelstellingen uit het Corporate Kader;
- interne ontwikkelingen.

Om de uitkomsten van het financiële kader te kunnen financieren dient er in 2014 € 1,5 miljoen te worden bezuinigd ten opzichte van 2013.

In deze bezuinigingsoperatie wordt de divisie Zorg zoveel mogelijk ontzien omdat zij in 2012 haar begroting voor de kliniek en de poliklinieken "zero-based" opnieuw heeft opgebouwd, door normen voor een maximale bezetting per verpleegafdeling te bepalen alsmede normen voor de bezetting voor de diverse poliklinieken.

In navolging van deze zero-based benadering die vorig jaar is toegepast op de directe patiëntenzorg, zijn in deze begroting de eerste stappen gezet om de zorgondersteuning en de stafdiensten via een soortgelijke aanpak te herijken en verdere doelmatigheid te stimuleren. Dat gebeurt met behulp van een extern adviesbureau.

Er is een traject van drie jaar afgesproken om, in vergelijking met andere ziekenhuizen, qua kosten tot de top vijf van bestpresterende c.q. meest doelmatige ziekenhuizen te gaan behoren.

## 4.9 Samenvattend

Het jaar 2013 is voor Ziekenhuis Gelderse Vallei in financiële zin een tot tevredenheid stemmend jaar geweest. Met dit resultaat hebben wij ons eigen vermogen verder kunnen versterken voor de zeker lastige jaren die voor ons liggen. De organisatie van Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft aangetoond dat het wendbaar is doordat zij na een fikse bezuinigingsoperatie toch de kwaliteit van zorg heeft kunnen blijven verbeteren.

# 5. Risico's en onzekerheden

## Risicomanagement

Binnen de zorg komt steeds meer aandacht voor risicobeheersing en systemen van risicobeheersing. Ziekenhuis Gelderse Vallei is overtuigd van de meerwaarde van een goed systeem van risicobeheersing en is volop bezig om hieraan optimaal invulling te geven. Vanuit verschillende disciplines wordt reeds het nodige gedaan aan risicomanagement. Denk bijvoorbeeld aan het Information Security Management System (ISMS) voor informatiebeveiliging, de prospectieve risicoanalyses op zorgprocessen vanuit kwaliteit, of de risicoanalyses en interne controle op niet zorginhoudelijke processen door internal control. Samen met bestaande audit- en certificeringstrajecten vanuit specifieke disciplines, zoals het NIAZ, accreditaties medisch specialisten en diverse certificering binnen processen ontstaat een breed spectrum aan risicobeheersing.

Recent is gestart met een initiatief om binnen een aantal specifieke risicodomeinen de risico's en bestaande maatregelen in beeld te brengen. Per domein wordt een traject voor risicobeheersing ingezet, met als doel het ontwikkelen van een ziekenhuisbreed overzicht en systeem van risicobeheersing, in aansluiting op de strategie van de organisatie.

### Risicomanagement medische apparatuur

In 2013 zijn verschillende activiteiten ondernomen om het convenant “veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis” in de dagelijkse bedrijfsvoering te implementeren. Naast het verbeteren van procedures en werkprocessen is het beleid medische technologie geactualiseerd.

### Risicobeheersing vanuit kwaliteitssysteem

In 2013 zijn Prospectieve Risico Inventarisaties (PRI) in zorgprocessen uitgevoerd.

De methodiek voor prospectieve risico-inventarisaties gericht op apparatuur is afgestemd met de ziekenhuisbrede methodiek voor (hoofd)processen en zorgpaden.

Het gebruikte PRI instrument in Excel is geëvalueerd met de betrokken zorgmanagers. In een verbeterplan voor 2014 is opgenomen om het instrument te vereenvoudigen en af te stemmen op regionale samenwerking.

In de uitgevoerde PRI's zijn bij elkaar ruim 80 risico's benoemd en gerubriceerd naar 13 items. Dit levert bewustwording en gerichte verbeterinformatie over de organisatie van de zorg, zoals bijvoorbeeld routing, logistiek, protocol en afspraken met derden.

Als onderdeel van het kwaliteitssysteem heeft het ziekenhuis een intern auditsysteem. Alle afdelingen worden eenmaal in de vier jaar geaudit. Het interne auditsysteem van Ziekenhuis Gelderse Vallei ontwikkelt zich verder op basis van voortschrijdend inzicht en wet- en regelgeving. Daarom is het auditbeleid in 2012 vernieuwd en aangepast. Het is belangrijk om interne en externe audits of visitaties op elkaar af te stemmen en ervoor te zorgen dat op afdelingen niet meerdere audits kort na elkaar plaatsvinden. De uitvoering van alle interne audits wordt daarom centraal gecoördineerd door de interne auditcommissie.

In aanvulling op het auditsysteem worden tweemaal per jaar quickscans veiligheid uitgevoerd in de kliniek en de polikliniek. De inhoud en uitvoering van de quickscans wordt halfjaarlijks geëvalueerd en aangepast. De medewerkers die quickscans uitvoeren worden hierbij betrokken.

Retrospectief worden meldingen in de patiëntenzorg decentraal onderzocht.

Kwaliteitsadviseurs ondersteunen dit proces op afdelingsniveau en verzorgen rapportages op clusterniveau. Centraal worden trends gevolgd en alle incidenten met medicatie besproken. Ernstige incidenten en calamiteiten worden met behulp van de Sire-methodiek onderzocht.

### Administratieve organisatie en interne controle

Voor een betrouwbare jaarrekening is het van belang dat binnen de relevante processen voldoende zekerheid bestaat over de betrouwbaarheid van gegevens. Binnen Ziekenhuis Gelderse Vallei houdt de afdeling internal control zich bezig met het vergroten van de betrouwbaarheid van gegevens. Jaarlijks wordt een controleprogramma uitgevoerd, ingegeven door een risicoanalyse. Hierbij worden onder andere de processen binnen de scope van de jaarrekening, zoals de registratie en facturatie van geleverde zorg, crediteuren, debiteuren, het opstellen van de rapportages, de salarisbetaling, of het inkoopproces gecontroleerd. Een goede administratieve organisatie voor deze processen is van belang om een betrouwbare verwerking en informatievoorziening te kunnen garanderen.

Ook voor de overige administratieve processen werkt Ziekenhuis Gelderse Vallei aan een optimale inrichting van de administratieve organisatie. Het doel hierbij is een efficiënte inrichting van het werkproces, een goed eindproduct en een betrouwbare informatievoorziening. Binnen de organisatie houden verschillende onderdelen zoals information security, de afdeling kwaliteit en de afdeling internal control zich continu bezig met het verder verbeteren van de administratieve organisatie en de interne controle. Hierbij worden zowel multidisciplinaire interne audits, als specifieke themacontroles uitgevoerd om de kwaliteit van processen en informatievoorziening te toetsen.

## 6. Sociaal beleid

Ziekenhuis Gelderse Vallei voert al sinds 2008 een actieve HR-strategie. Deze HR-strategie zorgt ervoor dat onze doelen helder zijn, geeft een duidelijk kader en ruimte aan decentrale besluitvorming, flexibiliteit en diversiteit. Daarmee is het ziekenhuis wendbaar, succesvol en gezond in haar bedrijfsvoering. In 2013 is op verschillende momenten de dialoog gevoerd binnen de organisatie om de HR-strategie te stroomlijnen met de bedrijfsidentiteit rondom voeding, (top)sport en beweging. De afdeling marketing en de programmaleider hebben samen met anderen de slogan gelanceerd "Gedreven door kennis. Gericht op gezondheid". In de tweede helft van 2013 is dit binnen Ziekenhuis Gelderse Vallei gecommuniceerd. Deze slogan biedt voldoende mogelijkheden om in 2014 hierbij aan te sluiten met de HR strategie.

### Leren in Ziekenhuis Gelderse Vallei

Ziekenhuis Gelderse Vallei ziet opleiden als haar tweede kerntaak, naast goede patiëntenzorg. Vanuit deze ambitie is in 2013 ingestoken op versterking van het leerhuis. In 2013 heeft de Raad van Bestuur een medisch hoofd aangesteld. Hij geeft samen met het organisatorisch hoofd collegiaal leiding aan het leerhuis. Belangrijke aandachtspunten zijn het versterken van het interne en externe netwerk, het optimaliseren van de infrastructuur voor (medische) opleidingen en het positioneren/faciliteren van wetenschappelijk onderzoek. Enkele bereikte resultaten in 2013:

- totstandkoming van het researchfonds
- stimulering van onderzoeklijnen in samenwerking met WUR programma 2
- nieuwe studiekostenregeling arts-assistenten
- nieuw introductieprogramma arts-assistenten en nieuwe medische specialisten
- nauwere samenwerking met het leerhuis van Rijnstate
- nauwere samenwerking CHE in ontwikkeling curriculum en begeleidingsstructuur HBO-V

### Personele inzet

In het kader van efficiency en gezonde bedrijfsvoering stond ook dit jaar de wendbaarheid van de organisatie centraal in het personeelsbeleid. Sinds 2010 is de inzet van personeel geleidelijk gereduceerd. Er wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheden van de flexwet. Ook dit jaar heeft P&O de nodige inspanningen geleverd ter ondersteuning van veranderingsprocessen, zoals het begeleiden en het (juridisch) adviseren van het management bij reorganisaties c.q. personeelsreducties. De ruimte die het sociaal plan en de HR-strategie (zekerheid van werk) bieden, heeft ertoe bijgedragen dat herplaatsingen succesvol verlopen zijn. 17 boventallige medewerkers werden (intern) snel van werk naar werk geleid en de overcapaciteit van flexpersoneel werd zo nodig extern gedetacheerd. De investering in voorgaande jaren door middel van extra opleiden, slimmer werken en voldoende eigen personeel resulteerde in een minimale inzet van personeel niet in loondienst (PNIL). Uiteraard had de maatschappelijke context daar ook invloed op; onder invloed van de economische situatie en de prikkels van de overheid en verzekeraars hadden we weinig externe vacatures voor zorgpersoneel.

Het slagingspercentage van de opleiding verpleegkunde, intensive care verpleegkunde, operatieassistent en anesthesiemedewerker is niet optimaal. De aansluiting tussen leerling/student/opleiding/organisatie vraagt structurele aandacht in een maatschappij die aan verandering onderhevig is.

Gezien de organisatorische ontwikkelingen c.q. invoering van de divisiestructuur zijn er nieuwe leidinggevende verhoudingen ontstaan.

P&O heeft het divisie management actief ondersteund bij het beschrijven van de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgmanager en de leidinggevenden zorg.

Om de BIG-registratie te behouden dienen, conform de Wet BIG, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en verloskundigen zich om de vijf jaar te laten herregistreren. Voor de groep die voor 1 januari 2009 een BIG-registratie heeft behaald geldt de herregistratie-eis voor het eerst voor 1 januari 2014. Hoewel de verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de medewerker, heeft P&O actief het proces ondersteund dat medewerkers zich tijdig zouden gaan herregistreren. Het actief optrekken van management en P&O heeft tot het resultaat geleid dat 803 medewerkers zijn geherregistreerd.

#### Duurzame inzetbaarheid

Het AVR-beleid was het afgelopen jaar gericht op preventie, het verbeteren van de inzetbaarheid en het aangaan van de dialoog tussen leidinggevenden en medewerkers. In 2013 is de inhaalslag RI&E afgerond en daardoor beschikken alle afdelingen over een RI&E. Het uitvoeren en ondersteunen bij de plannen van aanpak heeft de komende periode prioriteit, naast de doorontwikkeling van het instrument RI&E. Ondermeer naar aanleiding van de RI&E of WPO's zijn activiteiten gestart, zoals het project VeiligeZorg®, beleidskader gevaarlijke stoffen of herinrichten werkplekken. Samenwerking met overige deskundigen, zoals huisvesting of infectiepreventie, is essentieel bij het realiseren van verbeteringen.

De inzetbaarheid is het afgelopen jaar vrijwel gelijk gebleven (95,8%). Waarbij het langdurend verzuim (langer dan één jaar) opnieuw afgenomen is ten opzichte van vorig jaar. Dit door inspanningen om het proces WVP in samenspraak met de leidinggevenden beter in te richten en taken en verantwoordelijkheden steeds helder te benoemen. Daarentegen is het kortdurend verzuim (tot zes weken) weer licht gestegen. Winst in inzetbaarheid valt nog te behalen in het voorkomen en tijdig inzetten van interventies, juist in de eerste vier weken. Tijdig in gesprek gaan met de medewerkers is daarbij het uitgangspunt. In het voorjaar is de divisie zorg actief ondersteund bij het programma "Vitaal en Gezond". Binnen dit programma hebben alle leidinggevenden workshops en trainingen aangeboden gekregen van P&O op het gebied van preventie- en re-integratiebegeleiding. Het programma "Vitaal en Gezond" is zeer goed gewaardeerd door de deelnemers en ook de OR heeft gevraagd het programma in 2014 te vervolgen voor alle leidinggevenden en een vorm te zoeken om een meerderheid van de medewerkers hierin mee te nemen.

#### Medewerker aan de top

Medewerker aan de top is het resultaat van onze organisatieontwikkeling; de organisatie is als het ware omgedraaid. Medewerkers dragen door dit concept in de besturingsfilosofie meer verantwoordelijkheid, worden hierin door hun leidinggevende ondersteund en krijgen daarvoor de waardering die daarbij hoort. Ter ondersteuning van medewerker aan de top en gebaseerd op het beleid rondom leren en ontwikkelen is in 2011 het persoonsgebonden budget (PGOB) geïntroduceerd. Te besteden aan in- of externe opleidingen gerelateerd aan huidig of toekomstig werk. In 2013 hebben 382 medewerkers hier gebruik van gemaakt. Het PGOB is zeer divers ingezet. Een aantal medewerkers heeft gekozen voor individuele benutting van de cheque voor een studieboek, congres of opleiding. Anderen hebben er juist voor gekozen het bedrag te bundelen en een cursus op maat te laten organiseren door het leerhuis.

#### Excellente leidinggevenden

In 2013 werd het management development programma collectief voor alle leidinggevenden in Ziekenhuis Gelderse Vallei gecontinueerd met de doelstelling om te anticiperen op ontwikkelingen in het ziekenhuis en om een collectief gedachtegoed te creëren.

In navolging van 2011 is er ook in 2013 een groep operationeel leidinggevenden gestart met een MD traject. In dit programma heeft de herwaardering van de teamleidersrol centraal gestaan, die noodzakelijk is om 'medewerker aan de top' succesvol te maken.

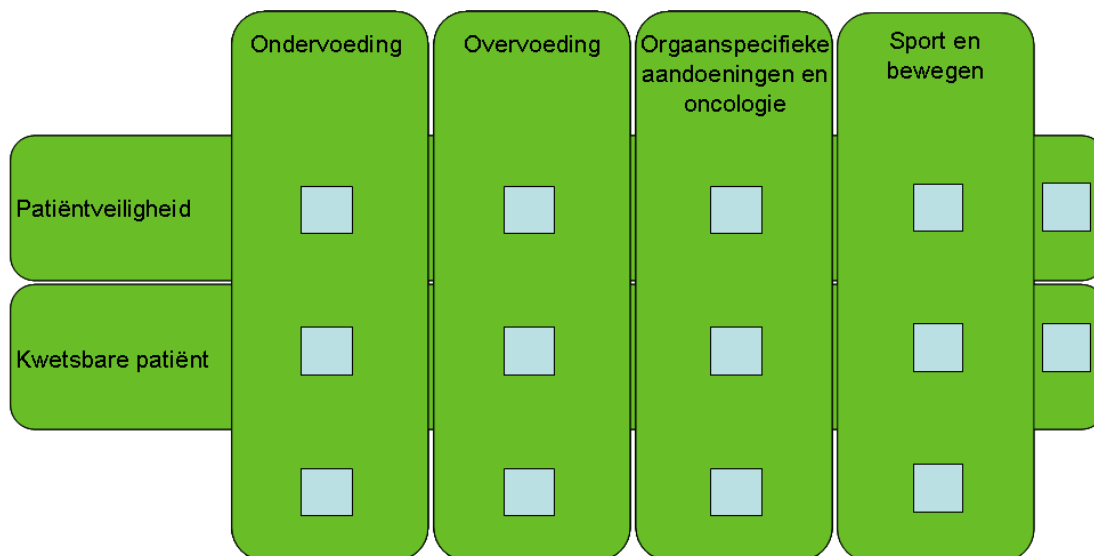
Het programma gaat in op het verbreden en verdiepen van de persoonlijke kennis in de verschillende managementrollen zoals teambouwen, coachen, produceren, onderhandelen, koers bepalen, etcetera. De leidinggevenden worden in bijeenkomsten begeleid en worden in staat gesteld een diploma bij de Open Universiteit te behalen.

### Researchunit

Om als ziekenhuis de beste zorg te kunnen blijven bieden, is toegepast medisch-wetenschappelijk onderzoek nodig. Onderzoek draagt bij aan het eerder kunnen herkennen van ziekten en het verbeteren van behandelingen. De research-unit is in 2010 gestart om onderzoek binnen het ziekenhuis te stimuleren en te professionaliseren door middel van onderwijs, advies, kwaliteitszorg en beleidsontwikkeling.

Onderzoek is in het opleidings- en voedingsziekenhuis in volle bloei. Niet alleen artsen, maar ook verpleegkundigen en paramedici zijn betrokken bij onderzoek. Om het voedingsziekenhuis van Nederland te zijn, is het nodig om uit te blinken in voeding, sport en bewegen. Naast patiëntveiligheid en de kwetsbare patiënt komt voeding, sport en bewegen duidelijk naar voren in de keuze voor de onderzoeksthema's van het ziekenhuis. Op het gebied van voedingsonderzoek is er nauwe samenwerking met de Wageningen Universiteit. In 2013 wordt ingezet op versterking van de samenwerking binnen de onderzoeksthema's, uitwerking van onderzoekslijnen binnen de thema's en kwaliteitsborging van het verpleegkundig onderzoek.

### Onderzoeksthema's



## 7. Gedragscodes en medezeggenschap

### 7.1 Zorgbrede Governancecode

Het ziekenhuis is in 2004 gestart met de invoering van de Health Care Governance in de organisatie. De statuten van het ziekenhuis en de reglementen van Raad van Bestuur en Raad van Toezicht zijn aan deze code aangepast en er zijn diverse instrumenten voor de beide Raden ontwikkeld en/of toegepast, bijvoorbeeld profielschetsen en evaluatie eigen functioneren Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. Het ziekenhuis heeft de principes van de zorgbrede Governancecode opgevolgd en nageleefd. In paragraaf 7.1.4 geven wij aan op welke wijze deze principes zijn toegepast.

#### 7.1.1 Verantwoording Raad van Bestuur

Statutair bestaat de Raad van Bestuur uit één of meer leden. In 2013 bestond de Raad van Bestuur uit twee leden. In bijlage 2 is de samenstelling van de Raad van Bestuur opgenomen met vermelding van onder andere de portefeuillevverdeling, de taken en nevenfuncties. De beloning is opgenomen in de jaarrekening en in DigiMV. Qua beleid voor bezoldiging volgt het ziekenhuis de regeling van de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in Zorginstellingen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Directeuren (NVZD). In 2013 is dit beleid gevolgd met inachtneming van bestaande afspraken.

##### Overlegvormen

De Raad van Bestuur heeft in 2013 tweewekelijks vergaderd. De besluitenlijsten van deze vergaderingen zijn beschikbaar voor de organisatie. In de besluitenlijst wordt tevens aangegeven welke (voorgenomen) besluiten voor advies of instemming worden voorgelegd aan de adviesorganen (ondernemingsraad, medische staf, cliëntenraad en verpleegkundige adviesraad).

De Raad van Bestuur heeft zes reguliere vergaderingen van de Raad van Toezicht bijgewoond. De onderwerpen waarover vergaderd werd, zijn opgenomen in de volgende paragraaf over de Raad van Toezicht. Naar de mening van de Raad van Toezicht is geen belangenverstremgeling tussen de Raad van Bestuur en de organisatie opgetreden. Verder heeft de Raad van Bestuur frequent overlegd met het divisie management en de hoofden van de stafafdelingen via individueel overleg, het zgn. instellingsberaad (managementbijeenkomst) en de kwartaaloverleggen. Door deze overleggen heeft de Raad van Bestuur kunnen toezien op het operationele beleid en dit kunnen ondersteunen. Onder leiding van een externe adviseur evalueert de Raad van Bestuur jaarlijks het functioneren van de Raad en de onderlinge samenwerking.

Elke twee weken vond overleg plaats met het bestuur van de medische staf en maandelijks met de kernstaf, het besluitvormend orgaan van de vereniging medische staf. Relevante onderwerpen uit de Raad van Bestuursvergadering zijn met de medische staf besproken en waar nodig werd om advies gevraagd. De communicatie kenmerkt zich door openheid en vertrouwen. Op advies van en in goed overleg met de medische staf zijn keuzes gemaakt voor het medisch profiel van het ziekenhuis.

Met de ondernemingsraad, de verpleegkundige adviesraad en de cliëntenraad heeft structureel overleg plaatsgevonden. De adviezen van deze geledingen zijn door de Raad van Bestuur grotendeels overgenomen en sommige voorstellen zijn nader toegelicht. De Raad van Bestuur heeft getracht de adviesgeledingen telkens in een zo vroeg mogelijk stadium bij het beleid te betrekken.

De Raad van Bestuur bracht een keer per twee weken een werkbezoek aan diverse afdelingen binnen het ziekenhuis.

Daarnaast heeft de Raad van Bestuur haar rol als gastheer vervuld bij diverse symposia en evenementen, regelmatig gesprekken gevoerd met medewerkers over het ingezette organisatieontwikkelingstraject en elke maand tijdens de introductiebijeenkomsten nieuwe medewerkers welkom geheten en de kernwaarden van de organisatie toegelicht.

### Resultaten

De Raad van Bestuur heeft erop toegezien dat de doelstellingen van het ziekenhuis voor 2013 met bijbehorende activiteiten (opgenomen onder 2.4) zijn gerealiseerd. De aandacht voor de kwaliteit van de medisch specialistische zorg heeft ertoe geleid dat op diverse afdelingen innovatieve toepassingen zijn geïmplementeerd en veel proces- en kwaliteitsverbeteringen zijn doorgevoerd. De ontwikkelingen op het gebied van financiering en inkoop van de zorg bij zorgverzekeraars zijn door de Raad van Bestuur nauwlettend gevolgd.

De divisies hebben zich ingespannen voor een correcte, vriendelijke en professionele bejegening van patiënten, kwaliteitsverbetering, voorkomen van wachtlijsten en doelmatigheidsbevordering. Ook hebben zij verbeteringen doorgevoerd voor de patiëntveiligheid en zijn waar nodig samenwerkingsverbanden aangegaan.

### Strategie

In 2013 stelde de Raad van Bestuur het strategisch kader voor de jaren 2013 - 2016 bij en opnieuw vast en werd focus aangebracht in het profiel van het ziekenhuis. Daarnaast is bij de besluitvorming uitdrukkelijk rekening gehouden met de ontwikkelingen op het gebied van 'spreiding en concentratie' van de zorg en met onze profilering op het gebied van voeding en bewegen. De Raad van Bestuur is samenwerkingsverbanden aangegaan met andere ziekenhuizen en in de keten om een volledig en kwalitatief pakket van zorg in de regio te kunnen blijven bieden. Intern was veel aandacht voor verdere decentralisatie, innovatie binnen de verpleegkundige beroepsgroep en de medewerker aan de top.

## **7.1.2 Verantwoording Raad van Toezicht**

### Toezicht

De Raad van Toezicht van Ziekenhuis Gelderse Vallei is belast met het toezicht op het functioneren van de stichting in het algemeen en van de Raad van Bestuur in het bijzonder. Het ziekenhuis wordt bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel. De taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur zijn geborgd in de statuten van Ziekenhuis Gelderse Vallei. De bijbehorende taakverdeling en werkwijze van de toezichthouders zijn vastgelegd in een reglement.

De Raad van Toezicht heeft op 8 december 2014 goedkeuring gegeven aan de jaarrekening 2013 en de financiële toelichting hierbij.

### Verantwoording

Het houden van toezicht op, het geven van advies aan en het werkgeverschap over de Raad van Bestuur vinden plaats in het belang van het ziekenhuis conform de bestaande normen en gedragsregels, welke zijn vastgelegd in de Zorgbrede Governance Code 2010. Medio 2013 heeft de Raad het eigen functioneren geëvalueerd aan de hand van een analysemodel over ontwikkelingsfasen van toezicht in de zorg van dhr. T. Schraven. Daarbij is ook de Raad van Bestuursleden de gelegenheid geboden om hun visie te geven op het functioneren van de Raad van Toezicht. De aandachtspunten die hieruit naar voren kwamen zijn in de loop van het jaar met elkaar besproken.

### Bijeenkomsten

De Raad van Toezicht heeft, volgens de jaarplanning in 2013 zes reguliere vergaderingen gehouden in aanwezigheid van de leden van het bestuursteam (Raad van Bestuur en het medisch lid bestuursteam). Bij één vergadering was de Raad niet voltallig aanwezig, namelijk:

21 november - afwezig mw. E.M. Ott

Voorafgaand aan de reguliere vergaderingen vond telkens een voorbereidend overleg plaats tussen de Raad van Bestuur, de voorzitter en vice-voorzitter (dagelijks bestuur) en ambtelijk secretaris van de Raad van Toezicht.

Een delegatie vanuit de Raad van Toezicht heeft tweemaal een deel van een overlegvergadering van de ondernemingsraad bijgewoond, waar gesproken is over de effecten die verharding en verzakelijking van de maatschappij hebben op de organisatie. Doelmatigheid en efficiency worden steeds belangrijker en goede communicatie staat daarbij centraal. Hoe kunnen we het menselijk kapitaal tot bloei laten komen in tijden van prestatiebekostiging. Verder is besproken dat het van belang is om aan te blijven sluiten op de verpleegkundige beroepsprofielen. Om die reden moet sterk worden ingezet op de ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep en het verpleegstelsel.

Ook is eenmaal een vergadering van de cliëntenraad bijgewoond, waarbij met name werd gesproken over medicatieveiligheid.

Tijdens werkbezoeken heeft de Raad zich op locatie laten informeren over het nieuwe maaltijdsysteem At your Request®, de total lab automation van het laboratorium van ons ziekenhuis en de functionele eenheid cardiologie en eerste harthulp.

Met het bestuur van de medische staf is tweemaal overleg gevoerd. Daarbij is gesproken over de samenwerking met de regionale ziekenhuizen in Arnhem en Doetinchem en de toekomstige bestuursstructuur van het ziekenhuis in het kader van de integrale prestatiebekostiging. Ook is gesproken over de ontwikkeling van ziekenhuisbrede kwaliteitsindicatoren en de HSMR 2011.

### Besluiten

Tijdens de Raad van Toezichtvergaderingen zijn naast thematische onderwerpen ook de reguliere zaken besproken volgens de in het ziekenhuis gehanteerde planning en control-cyclus:

- Er is goedkeuring verleend aan de door de Raad van Bestuur vastgestelde begroting 2013.
- Aan de Raad van Bestuur is met waardering voor het resultaat decharge verleend betreffende het financiële jaarverslag over 2012, mede op grond van een toelichting door de interne controller en de accountant van Ernst & Young.
- Het geïntegreerd strategisch kader 2013-2016 is goedgekeurd.
- Het corporate kader 2014 is een combinatie van een beleidsinhoudelijk- en financieel kader. De Raad van Toezicht heeft hiermee ingestemd.
- De financiële resultaten van het ziekenhuis zijn besproken aan de hand van een advies vanuit de auditcommissie financiën op basis van de verstrekte kwartaalrapportages.
- De opdracht aan de accountant is geformuleerd inzake de controle over het boekjaar 2013.
- Er is mandaat verleend aan de Raad van Bestuur om de overdracht van de oogheelkundige zorg aan Bergman Clinics mogelijk te maken per 1 januari 2014.

Daarnaast zijn de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

- Er is ingestemd met de verbouwing en uitbreiding van het spreekuurcentrum bij verpleeghuis Norschoten in Barneveld en de hiervoor benodigde wijziging van het erfpachtrecht.
- Er is ingestemd met een herbenoeming van de voorzitter Raad van Bestuur, waarbij het contract van rechtswege is omgezet in een contract voor onbepaalde tijd.



In 2016 wordt de gewenste samenstelling van de Raad van Bestuur opnieuw bekeken, als gevolg van de eventuele wijzigingen in de besturingsstructuur ziekenhuizen vanaf 2015.

- Regelmatig is gesproken over de ontwikkeling naar prestatiebekostiging en de transitie naar een nieuwe besturingsstructuur vanaf 2015.

Door middel van een presentatie is de Raad op de hoogte gesteld van:

- Zelfevaluatie van het ziekenhuis betreffende maatschappelijk verantwoord ondernemen.
- Speerpunt ziekenhuis ten aanzien van acute- en complexe zorg.
- Stand van zaken verankeren risicomangement in de organisatie.
- Opzet van digitale portalen voor patiënt en huisarts.

#### Auditcommissie financiën

De commissie heeft in 2013 viermaal vergaderd met de Raad van Bestuur en de controller. De concept jaarstukken, de managementletter 2013, de interim-bevindingen 2013 en de begroting 2014, werden met de accountant besproken. Ook zijn de financiële kwartaalrapportages aan de orde geweest.

Verder is o.a. besproken:

- De verkoop van de oogheelkundige zorg aan Bergman Clinics per 1 januari 2014.
- Stand van zaken productie in relatie tot afspraken met zorgverzekeraars.
- Aandachtspunten t.b.v. de accountantscontrole 2013.
- Ontwikkelingen rondom het lidmaatschap waarborgfonds zorginstellingen.

#### Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie heeft tot taak om de Raad van Toezicht te adviseren over de arbeidsvoorwaarden en het bezoldigingsbeleid van de leden van de Raad van Bestuur en over de honorering van de leden van de Raad van Toezicht zelf. De werkwijze is in een reglement vastgelegd.

De remuneratiecommissie heeft in 2013 eenmaal overleg gevoerd over de arbeidsvoorwaarden voor de Raad van Bestuur en hierover adviezen geformuleerd voor de Raad van Toezicht.

De arbeidsvoorwaarden van de individuele leden van de Raad van Bestuur zijn op advies van de remuneratiecommissie gebaseerd op de gemeenschappelijke regeling van de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in Zorginstellingen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Directeuren.

Ter voorbereiding op het jaargesprek met de leden van het Bestuursteam hebben de leden van de remuneratiecommissie gesproken met de voorzitters van de medische staf, ondernemingsraad, verpleegkundige adviesraad en de cliëntenraad.

In het jaarlijkse evaluatiegesprek met de leden van het bestuursteam worden zowel de individuele doelstellingen als de collectieve doelstellingen beoordeeld. De bijzondere doelstellingen worden gebaseerd op het geïntegreerd strategisch kader van het ziekenhuis en het daarvan afgeleide corporate kader.

Voor alle nevenfuncties van de beide leden van de Raad van Bestuur is toestemming verleend door de Raad van Toezicht.

#### Auditcommissie Kwaliteit van Zorg

Deze adviescommissie ondersteunt de Raad van Toezicht bij het uitvoeren van de verantwoordelijkheden op het terrein van bewaking, beheersing en verbetering van kwaliteit van zorg en heeft ook een klankbordfunctie. Het in 2011 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg gepubliceerde toetsingskader voor bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid is daarbij behulpzaam.

De commissie heeft in 2013 viermaal in reguliere samenstelling vergaderd met de Raad van Bestuur en de verantwoordelijken op het gebied van kwaliteit van zorg vanuit de organisatie en de medische staf. Daarbij is onder andere besproken:

- Kwartaalrapportages van het aantal klagers en klachten in 2013.
- Terugkoppeling incidentmeldingen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en interne SIRE-onderzoeken (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) die als doel hebben om bij te dragen aan het bieden van een structurele oplossing die herhaling van incidenten moet voorkomen.
- Terugkoppeling van het Lagerhuisdebat tussen verpleegkundige adviesraad en bestuur medische staf over de invulling van kwaliteit vanuit professioneel perspectief.
- HSMR-cijfers 2011.
- Intern auditsysteem Ziekenhuis Gelderse Vallei, waarbij samenwerking wordt gezocht qua risico-inventarisatie met financiële en arbogerelateerde zaken.
- Auditrapportage Nederlands Instituut Accreditatie in de Zorg 2012.
- Regeling 'disfunctioneren medisch specialisten'.
- Rapportage Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van ziekenhuiszorg in avond-nacht-weekend.
- Rapportage governance en kwaliteit (RVZ, 2009).

#### Mutaties Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestaat in januari 2013 uit 6 leden. Aan de hand van een rooster van aftreden vindt herbenoeming plaats met een maximum van twee zittingstermijnen van 4 jaar. Met de zittende 6 leden van de Raad van Toezicht zijn de relevante, specifieke deskundigheden voldoende in de Raad vertegenwoordigd (bijlage 1).

De leden van de Raad van Toezicht ontvangen maandelijks een vergoeding, gebaseerd op de vigerende richtlijnen van de NVTZ. Met ingang van 1 januari 2013 worden toezicht-houders gezien als BTW-ondernemers en zijn daarmee als persoon belastingplichtig en dragen zelf zorg voor BTW-aangifte en BTW-afracht.

Per 1 januari 2013 zijn mevrouw Lemaire en de heer Bleichrodt toegetreden tot de Raad van Toezicht. Zij hebben de heren Bakker en Kok opgevolgd, die beiden sinds 2004 deel uitmaakten van de Raad van Toezicht.

#### Samenstelling Raad van Toezicht per 31 december 2013

Ir. ing. H. de Boon, voorzitter, tevens lid remuneratiecommissie

Drs. J.M. Bleichrodt, lid, tevens lid auditcommissie financiën

Dr. ir. R.J.A. van der Bruggen, lid, tevens voorzitter auditcommissie financiën

Prof.dr. J.G.A.J. Hautvast, vicevoorzitter, tevens voorzitter auditcommissie kwaliteit van zorg

Mw. dr. L.C.J.M. Lemaire MBA, lid, tevens lid auditcommissie kwaliteit van zorg

Mw. dr. E.M. Ott, lid, tevens voorzitter remuneratiecommissie

Mw. M.H. van Haren, ambtelijk secretaris

Meer informatie over de leden van de Raad van Toezicht is opgenomen in bijlage 1.

### **7.1.3 Governancestructuur**

#### Besturingsmodel

Het ziekenhuis wordt bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de besturing van het ziekenhuis. Door de Raad van Toezicht is goedkeuring gegeven aan dit jaarverslag. De taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur zijn geborgd in de statuten. De bijbehorende taakverdeling en werkwijze van de toezichthouders en de bestuurders zijn vastgelegd in een reglement.

### Planning- & controlcyclus (P&C-cyclus)

De P&C-cyclus werd in 2013 volledig doorlopen. In de kwartaalgesprekken werd de stand van zaken doorgenomen. Tijdens de geplande beleidsdagen is uitgebreid stilgestaan bij de ontwikkelingen in de markt (externe oriëntatie), de medische ambitie, het strategisch kader en de organisatieontwikkeling.

Op de beleidsdagen werd de inhoud van het geïntegreerde strategisch kader 2013-2016 (versie 2014) en de kaderbrief 2014 samengesteld. Beide documenten zijn gericht op concentratie en spreiding in de zorg, profiel van het ziekenhuis en het vergroten van de bestuurbaarheid van de organisatie. Alle clusters hebben aan de hand van de kaderbrief hun jaarplannen opgesteld. De begroting 2014 kwam begin december rond.

### Fraudeaspecten en misstanden

Tijdens de jaarrekeningcontrole wordt tijdens interviews door de accountant meer expliciet aandacht besteed aan fraude, het invullen van een fraudechecklist en de beoordeling van (bijzondere) journaalposten in de financiële administratie. In 2013 is geen fraude geconstateerd.

Misstanden kunnen worden gemeld bij de leidinggevende, de Raad van Bestuur of bij de bedrijfsjurist. Het ziekenhuis heeft de mogelijkheid tot het melden van een misstand geformaliseerd door middel van het opstellen van een zogenaamde 'klokkenluidersregeling' (procedure melding misstand), die begin 2010, na instemming van de ondernemingsraad, is vastgesteld. In 2013 waren er geen meldingen uit hoofde van de klokkenluidersregeling.

## **7.1.4 Naleving principes governancecode**

### Maatschappelijke verantwoording

Het ziekenhuis staat open voor en bevordert periodiek overleg met relevante stakeholders/belanghebbenden die actief zijn binnen het verzorgingsgebied. Dit gebeurde in 2011 nog ad hoc, maar per 2012 structureel voorafgaand aan de beleidsdagen. De medische staf legt jaarlijks verantwoording af over het in de instelling gevoerde medisch beleid (zie paragraaf 8.2). De vrijgevestigd medisch specialisten rapporteren over de prestatie-indicatoren, maken een jaarverslag per maatschap en geven inzicht in de visitatierapporten van de beroepsvereniging en de MSRC.

Het ziekenhuis registreert en publiceert haar prestaties op basis van de indicatoren die door de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zijn of zullen worden vastgesteld. Bij de opstelling van dit jaarverslag is eveneens rekening gehouden met de principes uit de Zorgbrede Governancecode.

Het ziekenhuis beschikt over adequate interne procedures voor de opstelling en de publicatie van het jaarverslag en de jaarrekening. De externe accountant woont vergaderingen bij van de Raad van Toezicht en de auditcommissie, waarin zijn verslag over het onderzoek van de jaarrekening wordt besproken en waarin wordt besloten over de goedkeuring of vaststelling van de jaarrekening.

Het verslag van de externe accountant, op basis van de vigerende Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen, bevat datgene wat de externe accountant over de jaarrekening en het jaarverslag en de overige gegevens onder de aandacht van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht dient en wenst te brengen.

De accountant rapporteert zijn bevindingen over de jaarrekening eerst aan de Raad van Bestuur en daarna aan de Raad van Toezicht. Volgens de code dient dit gelijktijdig te gebeuren. Ziekenhuis Gelderse Vallei kiest voor deze, van de code afwijkende, werkwijze om hierdoor gebruik te maken van de mogelijkheid om opmerkingen van de Raad van Bestuur over feitelijke zaken in de rapportage te laten opnemen. Het staat een open overleg tussen accountant en Raad van Toezicht niet in de weg.

Uitkeringen van financiële middelen vinden uitsluitend plaats binnen de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van het ziekenhuis.

### Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur draagt de eindverantwoordelijkheid voor de leiding en de continuïteit van het ziekenhuis en gaat er bij het handelen vanuit dat de instelling een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is. Daarom neemt de Raad van Bestuur de gerechtvaardigde wensen en behoeften van alle klanten uitdrukkelijk tot uitgangspunt voor de organisatie en inrichting van de dienstverlening. Kwaliteit en veiligheid vormen een vast onderdeel in de informatievoorziening naar de Raad van Toezicht. Verder komt dit onderwerp regelmatig aan de orde tijdens het overleg met het Stafbestuur. Er wordt gewerkt aan een vertaling van de adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid inzake de verantwoordelijkheidsverdeling van de professional, de bestuurder en de toezichthouder. De Raad van Bestuur handelt overeenkomstig het bepaalde in de statuten van het ziekenhuis en het reglement Raad van Bestuur. In dit reglement is de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden nader uitgewerkt.

De Raad van Bestuur heeft interne procedures opgesteld die ervoor zorgen dat financiële informatie steeds bekend is, zodat de tijdigheid, volledigheid en juistheid van de externe financiële verslaggeving is gewaarborgd. Daarnaast zijn er interne procedures voor kwaliteit van zorg, veiligheid en goed werkgeverschap.

De interne risicobeheersings- en controleprocedures zijn in 2009 geïntegreerd in een risico management systeem.

De Raad van Bestuur verschaft de Raad van Toezicht tijdig alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening van de taak van de Raad van Toezicht. Belangrijke thema's hierbij zijn strategie, kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid, human resource management, financieel resultaat en de relatie met stakeholders.

### Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in het ziekenhuis en richt zich bij de taakvervulling naar het belang van de instelling. De Raad van Toezicht handelt overeenkomstig het bepaalde in de statuten van het ziekenhuis en het reglement Raad van Toezicht. Hierin zijn de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden nader uitgewerkt.

De goedkeuringsbevoegdheden van de Raad van Toezicht zijn vastgelegd in artikel 9, lid 5 en 6 van de statuten. De onafhankelijkheid van de Raad van Toezicht is geborgd in artikel 18 van de statuten.

De Raad van Toezicht beschikt over een profielschets voor de omvang, deskundigheid en samenstelling. Daarin is rekening gehouden met de aard en activiteiten van de instelling en de daarvoor gewenste deskundigheid en achtergrond van de leden van de Raad van Toezicht. In de profielschets is opgenomen dat bij de selectie van nieuwe en herbenoeming van bestaande leden Raad van Toezicht wordt gekeken naar het aantal bestuurlijke en toezichthoudende functies van de leden, zodat een goede taakvervulling gewaarborgd is. Dit aspect is bij de herziening in 2012, in het reglement Raad van Toezicht opgenomen. Ten minste een lid van de Raad van Toezicht beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg. Dit is opgenomen in de profielschets Raad van Toezicht en wordt ook toegepast. In de profielschets zijn ook andere deskundigheidsgebieden opgenomen, zodat voldoende deskundigheid gewaarborgd is. In bijlage 1 is zichtbaar dat de samenstelling evenwichtig is wat betreft de verschillende achtergronden, deskundigheid en ervaring van de leden. De scholing van de leden van de Raad van Toezicht wordt per lid apart bekeken.

Gronden voor schorsing of ontslag van de Raad van Toezicht leden en de procedure is statutair vastgelegd in artikel 21. Een Raad van Toezichtlid verricht nimmer taken van de Raad van Bestuur. Dit is geregeld in artikel 10 lid 3 van de statuten.

## 7.2 Medezeggenschap

### De medische staf

In 2013 heeft de medische staf zich nadrukkelijk beziggehouden met kwaliteit. Bijna alle stafleden hebben reanimatie onderwijs gevolgd in Ziekenhuis Gelderse Vallei of elders. En ook op het gebied van het individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) zijn belangrijke vorderingen gemaakt. De meeste stafleden hebben een IFMS traject doorlopen of zijn bezig met de afronding van hun traject. De auditoren hebben een vervolgcursus gevolgd en de eerder gemaakte afspraken met betrekking tot het IFMS zijn vastgelegd in het reglement IFMS.

Dit reglement is toegevoegd aan het bijzondere deel van het document medische staf.

Er is een ziekenhuisbrede structuur voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid opgesteld. In de structuur die is neergezet, heeft de medische staf een belangrijke rol, vanuit dat oogpunt is de stafcommissie kwaliteit opnieuw geïntegreerd en ligt er een voorstel bij de Raad van Bestuur om een medisch specialist twee dagen per week vrij te maken voor kwaliteitszaken, de zogenaamde medisch specialist patiëntveiligheid.

Het Stafbestuur heeft zich in 2013 daarnaast ingespannen om per kwartaal inzicht te krijgen in de prestatie indicatoren zodat sturing mogelijk wordt. Op dit moment is dit inzicht nog niet gerealiseerd. Wel is in samenwerking met de indicator eigenaren bekeken welke informatie uit de verschillende systemen opvraagbaar moet zijn. Het Stafbestuur stelt zich tot doel dat dit inzicht in 2014 is gerealiseerd.

### *Zorg en organisatie*

In 2013 zijn er grote ontwikkelingen geweest ten aanzien van de oogheekundige zorg in Ziekenhuis Gelderse Vallei. Dit betrof zowel de samenstelling en het functioneren van de maatschap als de toekomst van oogheekundige zorg in het ziekenhuis. In 2013 is gezien alle ontwikkelingen door de Raad van Bestuur besloten om voor oogheekundige zorg samenwerking te zoeken met een externe partij. De medische staf is via de stafvoorzitter en het Stafbestuur intensief betrokken geweest bij het hele proces. Via de kernstafvergaderingen is de rest van de medische staf geïnformeerd, betrokken en om input gevraagd. Voor de medische staf is de overdracht van de oogheekundige praktijk een ingrijpende wijziging, die niet alleen de oogartsen raakt maar ook aanpalende specialismen.

### *Medisch specialist 2015*

Voor de stafmaatschap heeft 2013 grotendeels in het teken gestaan van het voorbereiden op de invoering van integrale prestatiebekostiging per 1 januari 2015. Het Stafbestuur heeft hierover veelvuldig afstemming gezocht met de stafmaatschap, houdt de vinger aan de pols bij de Orde van Medisch Specialisten en heeft in diverse kernstafvergaderingen een terugkoppeling gegeven van de ontwikkelingen. In 2013 was nog veel onduidelijk over onder andere de (on)mogelijkheden voor het behoud van het vrije beroep van medisch specialisten. Eind 2013 is meer duidelijkheid gekomen van de Orde en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Er is binnen Ziekenhuis Gelderse Vallei een werkgroep opgericht waarin de stafvoorzitter, stafmaatschap, Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband en de Raad van Bestuur zitting hebben.

Begin 2013 hebben de medisch stafleden in dienstverband zich verenigd in een nieuw opgerichte vereniging, de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD). Het bestuur van de VMSD bestaat uit: dr. G. van Enk (voorzitter), mw. K.T.M. Oud, mw. M.J.H. Kaal en dr. J.D.C.S. Kuyvenhoven.

*Het Stafbestuur was per 31 december 2013 als volgt samengesteld:*

E.J.F.M. de Kruijf, voorzitter

Mw. K.T.M. Oud, vice-voorzitter/secretaris

P.J.C. Kapitein, penningmeester

Mw. dr. J.M.T. Klein Gunnewiek, lid met aandachtsgebied kwaliteit

Dr. D.G. Snijdelaar, lid met aandachtsgebied onderwijs, onderzoek en opleiding

Dr. C. Sietses, lid

P.L.W.M. Zuure, lid (vrijgesteld van deelname)

Ondersteund door: mw. M. Daatselaar, beleidsadviseur

#### *Vooruitblik*

Het jaar 2014 zal in het teken staan van:

- Samenwerking zowel binnen de staf als binnen het ziekenhuis om de voorbereidingen op de invoering van integrale prestatiebekostiging per 1 januari 2015 goed gestalte te kunnen geven. Extern door de samenwerking op het gebied van oogheelkunde goed te monitoren, de samenwerking met Pro Persona te verbeteren en door de ontwikkeling van een gezamenlijk oncologisch centrum met Rijnstate en het Slingeland ziekenhuis.
- Maximale betrokkenheid van de medische staf bij kwaliteit, beleid, strategie en financiën.
- Binnen het thema kwaliteit staan de onderwerpen indicatoren, HSMR, protocollen en complicatieregistratie centraal.

#### De ondernemingsraad (OR)

De OR van Ziekenhuis Gelderse Vallei telt op basis van de Wet op de ondernemingsraden (WOR) zeventien zetels. Daarvan waren er op 31 december 2013 dertien bezet. Vanuit de organisatie is een beleidsmedewerker aan de OR toegevoegd die geen lid is van de OR maar het ambtelijk secretariaat voert.

In 2013 waren vier onderdeelcommissies (OC's) actief. De OC's, die zijn ingesteld door en vallen onder de verantwoordelijkheid van de OR, oefenen op decentraal niveau de door de OR gedelegeerde medezeggenschap uit. Met uitzondering van het recht om tegen een hen onwelgevallig besluit in beroep te gaan, hebben zij dezelfde rechten als de OR. Elke OC telt reglementair vijf zetels, waarvan er twee worden bezet door OR-leden. De overige drie zetels worden ingenomen door medewerkers die werkzaam zijn bij het bedrijfs onderdeel waarvoor de OC is ingesteld.

De OR vergadert elke twee weken. De OC's hebben elk hun eigen vergaderrooster, maar komen in de regel één keer per twee weken samen. Zes tot zeven maal per jaar vindt er een overlegvergadering (OV) met de Raad van Bestuur plaats in aanwezigheid van de manager P&O en twee maal in aanwezigheid van een delegatie van de Raad van Toezicht. Het voorzitterschap van een OV is beurtelings in handen van de voorzitter van de OR en de voorzitter van de Raad van Bestuur.

De zittingstermijn bedraagt voor OR-leden vier jaar en voor OC-leden twee jaar. Voor de OR geldt daarbij dat de helft van de leden om de twee jaar aftreedt. Op deze manier worden de continuïteit en de kwaliteit van de medezeggenschap gewaarborgd. Aftredende leden, zowel die van de OR als die van de OC, kunnen zich direct weer kandidaat (laten) stellen.

De OR staat voor veiligheid in de breedste zin van het woord en hecht groot belang aan het sociale aspect in de onderneming. De Raad voelt zich mede-verantwoordelijk voor medewerkers en organisatie en wil hiermee een bijdrage leveren aan de kwaliteit van medewerkerparticipatie en continuïteit van bedrijfsvoering.

*Wijziging Medezeggenschapstructuur:*

Met ingang van 1 november 2013 is de medezeggenschapstructuur gewijzigd. Volgens het principe 'Medezeggenschap volgt Zeggenschap' dient de structuur van de medezeggenschap aan te sluiten bij de organisatiestructuur. Sinds de invoering van de functionele eenheden (FE) zijn de zorgmanagers integraal verantwoordelijk. Derhalve overleggen de OC's vanaf 1 november niet meer met de divisie managers maar met de zorgmanagers van de FE. Waar geen zorgmanager is, overlegt de OC met het afdelingshoofd. Over het facilitair bedrijf en divisie zorgondersteuning overlegt de OC met de betreffende divisie manager.

*Advies en instemmingsaanvragen*

In 2013 ontving de OR 10 advies- en 4 instemmingsaanvragen.

*Instemmingbesluiten:*

Notitie PGOB 2013  
Nieuwe werktijden At Your Request  
Beleidskader gevaarlijke stoffen  
Veilige Zorg

*Adviesbesluiten:*

Voorzitterschap Klachtencommissie Personeel  
Concept HR strategie 2013-2016  
Herbenoeming voorzitter Raad van Bestuur  
Start poliklinische apotheek  
Informatiebeleid  
Strategisch kader 2014-2017  
Investering en verbouwing MDL  
Investering wasmachines en drogers scopen  
Intentieverklaring continuïteit oogheelkunde  
Wijziging organisatorische inbedding afdeling fysiotherapie

*Dagelijks Bestuur per 31 december 2013:*

Mw. P. de Feiter, voorzitter (verpleegkundige kinder- en jongerenafdeling)  
Mw. A. Benthem, secretaris (gespec. Verpleegkundige oncologie)  
Mw. I. Debets, plv. voorzitter (psychologisch assistent)  
Mw. B.S. Stroeve, plv. secretaris (verpleegkundige recovery)

*Overige OR leden:*

Mw. M.H. Hellinga (afdelingssecretaresse chirurgie 1/2)  
Mw. N. ten Holte (verpleegkundige dialyse)  
Mw. E. Klein Gebbink (specialistisch verpleegkundige hartbewaking)  
Mw. G. Kroesbergen (gespec. Verpleegkundige SEH)  
Mw. S. de Leeuw (verpleegkundige chirurgie 3/4)  
Mw. C. Rotte (secretaresse polikliniek longgeneeskunde)  
B. Tabali (analist KCHL)  
Mw. M. van Veen (verpleegkundige dagbehandeling)  
Mw. R.M.C. Zweers (analist KCHL)

*Beleidsmedewerker:*

Mw. M. Muller

### De cliëntenraad (CR)

De CR behartigt de gemeenschappelijke belangen van de cliënten.

De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) zegt dat de collectieve belangenbehartiging moet gebeuren 'binnen het kader van de doelstellingen van de instelling'. Met andere woorden: de CR houdt zich uitsluitend bezig met onderwerpen die met de eigen organisatie te maken hebben. Het behoort tot de taak van de CR om binnen de organisatie aandacht te vragen voor de behoeften en ideeën van cliënten.

De CR kijkt terug op een jaar waarin ze samen met vele partijen in het ziekenhuis op belangrijke onderdelen een bijdrage heeft kunnen leveren aan het verbeteren van de zorg voor de cliënt.

De leden van de CR hielden zich bezig met specifieke onderwerpen, o.a. ouderen, palliatieve zorg, facilitaire zaken, spoedzorg, voeding en de website. De CR werd in een vroeg stadium betrokken bij nieuwe ontwikkelingen binnen het ziekenhuis. Aan de hand van het meerjarenplan Ziekenhuis Gelderse Vallei werd ook in het afgelopen jaar opnieuw bekeken of de speerpunten in het meerjarenwerkplan van de CR opnieuw moesten worden bijgesteld.

#### *Facilitaire zaken*

Oncologisch centrum.

De werkgroep "facilitaire zaken" is vanaf het begin nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het nieuwe oncologisch centrum. De werkgroep werd volop in de gelegenheid gesteld, om in nauwe samenwerking met de CR van ARTI, mee te denken en te adviseren over uiteenlopende zaken.

#### *Kwaliteit*

In navolging op de impressierondes van 2012/2013 hebben leden van de raad in november en december 2013 impressierondes gelopen op de poli's in Ede, Barneveld, Veenendaal en Wageningen. Tijdens de rondes is "de sfeer geproefd" en is gekeken naar inrichting, werkwijze, doorlooptijd poli's en faciliteiten. Evenals in het voorjaar zullen de bevindingen van najaar 2013 na verwerking worden aangeboden aan de Raad van Bestuur.

Diverse aanbevelingen uit de impressierondes zijn terug te vinden in het project "polikliniek van de toekomst".

#### *Spoedeisende Hulp*

Een werkgroep heeft tijdens reguliere contacten onder andere aandacht gevraagd voor verbetering van de opvang en doorstroming bij de spoedeisende hulp voor chronisch zieke (bijvoorbeeld oncologie) patiënten.

#### *Zorg*

Een van de leden heeft namens de CR deelgenomen aan de projectgroep voor het instellen van een palliatief consult team.

#### *Vergaderingen*

De Raad is in 2013 elf keer bijeen geweest. Tweemaal in aanwezigheid van de voorzitter Raad van Bestuur waarvan eenmaal samen met een delegatie van de Raad van Toezicht.

Naast de vergaderingen is er vijf keer regulier overleg geweest tussen het dagelijks bestuur van de CR en de voorzitter van de Raad van Bestuur, die in het teken stonden van het uitwisselen van informatie over o.a. nieuwe ontwikkelingen en het op de hoogte houden van elkaars activiteiten.



Op 19 juli is tijdens een “heimiddag” het functioneren van de raad geëvalueerd. Na afloop is in aanwezigheid van de voorzitter Raad van Bestuur afscheid genomen van een reglementair aftredend lid. Een uitgebreide sollicitatie- en selectieprocedure heeft geleid tot de benoeming van een nieuw lid.

#### *Bijwonen van bijeenkomsten*

Het aantal reguliere werkoverleggen met afdelingshoofden en zorgprofessionals is in het afgelopen jaar verder uitgebreid. Ook is de CR met grote regelmaat betrokken geweest bij bijeenkomsten en activiteiten in het ziekenhuis, zoals bij de jurering en uitreiking van het Beste Idee van ZGV, het project Gastvrijheid met Sterren en hoogtepunten tijdens de bouw van het oncologisch centrum.

Daarnaast hebben leden van de cliëntenraad deelgenomen aan bijeenkomsten van de “Cliëntenraden samenwerkende ziekenhuizen”, cliëntenraden overleg ARTI, het Landelijke Steunpunt Cliëntenraden (LSR) en ZorgBelang Gelderland.

Ook zijn diverse congressen, netwerkdagen en symposia bezocht die werden georganiseerd door o.a. ZorgBelang Gelderland, het Landelijk Steunpunt Cliëntenraden en Cliëntenraden Samenwerkende Ziekenhuizen.

#### *Adviezen*

In 2013 heeft de CR gevraagd en ongevraagd advies uitgebracht aan de Raad van Bestuur over onder andere:

1. Oogheekkundige zorg
2. Veilige Zorg (met wijzigingsvoorstellen en advies betreffende evaluatie van de resultaten)
3. Investerings en verbouw MDL-geneeskunde
4. Strategisch kader 2014-2017
5. Informatiebeleid (o.v.v. rol CR in het voortgangstraject)
6. Benoeming waarnemend voorzitter klachtencommissie
7. Oprichting en exploitatie poliklinische apotheek
8. Begroting 2013

#### *Samenstelling CR per 31 december 2013*

J.W. Overeem, voorzitter, Renswoude  
Mw. F. Bijl, vicevoorzitter, Veenendaal  
Mw. A.G. Kaptein, secretaris, Barneveld  
Mw. H.S.T. Blankestijn, Veenendaal  
A.C. Boer, Veenendaal  
A. Klaassen, Barneveld  
J.L. Kooij, Ede  
Mw. D. Mahler, Lunteren  
H. Roseboom, Veenendaal

Mw. M. Faassen, ambtelijk secretaris

#### De verpleegkundige adviesraad (VAR)

Het jaarthema van 2013 was ‘Eigenaar(dige) zorg.’ Het thema sluit aan bij de doelstelling uit het corporate kader over de autonomie van de professionals. De VAR wil met dit thema de verpleegkundigen ondersteunen en stimuleren om zich deze verpleegkundige rol eigen te maken binnen de kaders die er ziekenhuisbreed gesteld worden.

De VAR heeft besloten met aandachtsgebieden te gaan werken. Deze worden gekoppeld aan de kernkwaliteiten van Ziekenhuis Gelderse Vallei (samenwerking, flexibiliteit, klantgerichtheid en vakmanschap). Per aandachtsgebied is een expertgroep samengesteld.

### *VAR Lunches*

Met uitzondering van de maanden mei, juli en augustus organiseert de VAR elke maand een VAR lunch. De opkomst is dit jaar toegenomen in vergelijking met het voorgaande jaar. Dit is mede te danken aan de lunch die weer kon worden geserveerd na overleg met de Raad van Bestuur.

Dit jaar zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- Januari: "Eigenaar(dige) zorg" Interactieve bijeenkomst over het jaarthema vanuit de vier expertgroepen: Samenwerking, Flexibiliteit, Vakmanschap en Klantgerichtheid.
- Februari: Met kracht het werk doen.
- Maart: Continuïteit van zorg en de verpleegkundige dossiervoering.
- April: Ethiek/presentiezorg.
- Juni: SIRE-procedure.
- September: Ervaringslunch.
- Oktober: Aanspreekcultuur.
- November: Kleurrijk samenwerken. Stoplichtmomenten.
- December: Ziek van de stress en stress van het ziek zijn.

### *Dag van de Verpleging*

Op donderdag 16 mei 2013 is de dag van de verpleging gevierd in Ziekenhuis Gelderse Vallei. Tijdens deze dag stond de verpleegkundige centraal. Er zijn in de ochtend, tijdens de lunch en aan het einde van de middag bijeenkomsten gehouden waarbij interactief gesproken is over het beroep van verpleegkundige met diverse andere disciplines binnen het ziekenhuis. Ook is de verpleegkundige trofee uitgereikt.

### *Adviezen*

De VAR heeft de Raad van Bestuur geadviseerd met betrekking tot de volgende onderwerpen:

- HBO-MBO
- HR-strategie
- Medicatie
- Informatie
- Strategisch kader
- Protocollen
- Beleid veilige zorg

### *Studiedagen*

Er zijn in 2013 twee studiedagen gehouden. Op 25 april hebben we met ondersteuning van externe begeleiding en de organisatieadviseur van Ziekenhuis Gelderse Vallei gekeken waar de VAR in het ziekenhuis staat en onze visie aangepast. We zijn tot de conclusie gekomen dat de VAR stapsgewijs richting de rol van regisseur zal gaan. Allereerst moet daarvoor in kaart worden gebracht wie onze stakeholders zijn en wat er bij hen op de agenda staat.

Tijdens de tweede studiedag dit jaar is gekeken naar de stakeholders en is een begin gemaakt met het jaarplan 2014 en het meerjarenplan 2014-2016.

### *Overleg met de Raad van Bestuur*

Er is in 2013 vijf keer overleg geweest met de Raad van Bestuur. Het voorzitterschap is beurtelings in handen van de voorzitter van de VAR en de Raad van Bestuur.

### *Overige activiteiten*

- Deelname bijeenkomst maatschappelijk ondernemen
- Deelname beleidsdagen Ziekenhuis Gelderse Vallei
- In samenwerking met het dagelijks bestuur kwaliteit is er een Lagerhuisdebat en een bijeenkomst medicatieveiligheid georganiseerd

- Deelname aan de werkgroep deskundigheidbevordering verpleegkundigen
- Twee maal overleg met de OR
- Overleg met de divisiemanagers
- Jaarplan 2014 en meerjarenbeleid zijn geschreven.
- Afscheid Marleen van Dijk en stagiaire Annemieke Rozendaal

#### *Bestuursleden VAR 31 december 2013*

Mw. B. Kievit, voorzitter (unithoofd SEH)

Mw. T. van Gaans, vice voorzitter (verpleegkundige IC)

W. de Heer, penningmeester (verpleegkundige recovery)

Mw. B. Klaassen, secretaris (oncologie verpleegkundige)

Mw. G. Douw, lid (verplegingswetenschapper)

Mw. A. van Dijk, lid (verpleegkundige kinder- en jongerenafdeling)

Mw. B. de Gans, lid (verpleegkundige neurologie)

Mw. L. van Ginkel, lid (verpleegkundige orthopedie)

H. van Noort, lid (verpleegkundige chirurgie)

Mw. T. Holwerda, adviseur (hoofd zorginnovatie)

Mw. M. Krijgsman, ambtelijk secretaris

Dhr. G. Vermeulen, adviseur op afroep

## **8. Maatschappelijk verantwoord ondernemen**

### **8.1 Algemene maatschappelijke aspecten**

#### Strategie

Het ziekenhuis heeft in haar strategie een aantal relevante thema's opgenomen op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen. Deze thema's zijn verankerd in onze strategie en sluiten naadloos aan bij onze overall strategie: patiëntgericht, professioneel, gezamenlijk en ondernemend.

Met ons thema voeding en bewegen dragen we bij aan continu voedingsonderzoek samen met de Wageningen Universiteit en ontwikkeling en implementatie van innovatieve voedingsbehandelingen die ondersteunend zijn bij het behalen van een optimale gezondheidswinst. Daarnaast creëren we met onze maaltijdvoorziening At Your Request toegevoegde waarde op het gebied van gastvrijheid en beleving voor patiënten, hun familie/bezoek en medewerkers. Voeding wordt hiermee ingezet als duurzaam onderscheidend vermogen. Ook leidt het maaltijdserviceconcept tot terugdringing van verspilling van voedsel.

Opleiden is het tweede thema. Ziekenhuis Gelderse Vallei is een professioneel leerbedrijf, met een elftal medisch specialistische opleidingen en een scala aan erkende verpleegkundige specialistische en paramedische opleidingen. Het ziekenhuis leidt meer personeel op dan we zelf nodig hebben. Door het positieve opleidingsklimaat, onderzoek en het brede pakket aan zorg is Ziekenhuis Gelderse Vallei een belangrijke samenwerkingspartner voor de academische ziekenhuizen in Utrecht en Nijmegen bij het aanbieden van een totaal opleidingspakket.

Als derde thema bieden we medewerkers zekerheid van werk. Ziekenhuis Gelderse Vallei is een werkgever die gebruik maakt van de ontwikkeling en inzet van talenten en competenties van medewerkers ten behoeve van de zorg voor de patiënt. De samenstelling van het personeelsbestand is divers en wij gaan daarom creatief om met de mogelijkheden en behoeften van verschillende professionals, leeftijdsgroepen en hun sociaal-culturele achtergrond. Innovatieve ideeën ontstaan en ontwikkelen zich op de werkvloer en zorgen voor een hoge productiviteit.

Onze ambities op het gebied van milieu zijn divers. Wij zien het als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om in de zorg voor het milieu een voorbeeld te zijn voor onze omgeving. Deze verantwoordelijkheid concretiseert het ziekenhuis door het invoeren van een milieumanagementsysteem. Hiermee stellen wij ons ten doel continu aandacht te geven aan het waar mogelijk verder verminderen van de ongunstige milieueffecten van onze activiteiten. Het ziekenhuis wil voldoen aan milieuwet- en regelgeving en andere eisen die betrekking hebben op de milieuaspecten van de organisatie.

### Governance

De portefeuille voeding en bewegen is bij de Raad van Bestuur ondergebracht. De Raad van Bestuur bepaalt en is verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van voeding en bewegen. Beslissingen op het gebied van opleiden worden genomen in samenspraak met de medische staf en de opleidingscommissie.

De afdeling marketing is verantwoordelijk voor de monitoring van externe ontwikkelingen en veranderende vragen op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen. De Raad van Bestuur bepaalt het interne niveau van verankering in de organisatie.

Maatschappelijk verantwoord ondernemen heeft in 2013 als apart thema op de agenda van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht gestaan, wel steeds in relatie tot onze strategie.

### Planning & control cyclus

Voor 2013 golden de volgende doelstellingen op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen:

- aantoonbaar verbeteren van de kwaliteit van zorg
- aantoonbaar verbeteren van de kwaliteit van arbeid
- voedingsziekenhuis als onderdeel van onze identiteit

Het management wordt periodiek geïnformeerd over betrouwbare en relevante onderwerpen via een besloten deel op intranet, door distributie van poststukken vanuit de Raad van Bestuur, door mededelingen in het Instellingsberaad en door verspreiding van periodieken via de bibliotheek. Deze periodieke informatie wordt gebruikt voor verbeteringen en aanpassingen in beleid en in acties door ze te agenderen in het relevante gremium, bijvoorbeeld het divisie managementoverleg, het budgethoudersoverleg of het individuele werkoverleg tussen Raad van Bestuur en de betreffende manager. In het overleg worden afspraken gemaakt wie welke verantwoordelijkheden heeft, welke acties worden ondernomen en hoe het tijdschema eruit ziet. Afwijkingen van gestelde doelen en targets worden systematische besproken in de kwartaaloverleggen. Incidenten worden besproken in het werkoverleg tussen manager en de Raad van Bestuur.

### Prestaties

#### *Maatschappelijk ondernemen*

Ziekenhuis Gelderse Vallei kent diverse doelgroepen in dit aandachtsgebied, namelijk omwonenden, het verzorgingsgebied (de regio), basisscholen in de regio, de Nederlandse bevolking, Stichting Max, asielzoekerscentra en relaties met diverse ziekenhuizen in Batam, Oekraïne, Ghana en Kosovo. We zonden (gebruikte) instrumenten naar Moldavië, Oekraïne, Ghana en naar Mercy Ships. Verder zijn er materialen, zoals onze oude sterilisatieapparatuur, naar Moldavië gegaan via de stichting "Max maakt het mogelijk". En is ook kennis overgedragen voor de bouw van een CSA en een OK voor Foresti in Moldavië. 1.900 scharen, 2.100 pincetten en 1.700 klemmen gingen in een paar maanden tijd naar ziekenhuizen in Afrika en Haïti. De Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) zamelt ons disposable instrumentarium in en doneert deze. Het ziekenhuis kan deze instrumenten niet hergebruiken omdat ze van een mindere kwaliteit staal zijn gemaakt. Hierdoor kunnen wij met onze technieken dit instrumentarium niet reinigen en steriliseren.

Door het te doneren aan een goed doel, wordt het milieu minder zwaar belast en zijn de mensen in deze landen geholpen. Zij kunnen namelijk met hun minder moderne technieken de materialen wel reinigen.

#### Rondleidingen/evenementen

- Iedere twee weken heeft een rondleiding van groep 3 of 4 van een basisschool uit de regio plaatsgevonden. Doel hiervan is niet alleen PR, maar uitdrukkelijk ook de mogelijkheid om kinderen voor te bereiden op een eventuele opname in het ziekenhuis.
- Regionale gemeenten, organisaties en (voedings)bedrijven doen regelmatig een beroep op het ziekenhuis om met relaties een bezoek aan het ziekenhuis te brengen, zoals bijvoorbeeld de gemeente Ede die een stedenband heeft met Chrudim in Tsjechië.
- In het kader van het speerpunt voeding hebben we ons als ziekenhuis gepresenteerd tijdens het festival 'Food4You' in Wageningen. In een grote tent centraal op het festivalterrein werden demonstraties gegeven en tests gedaan op het gebied van voeding, gastvrijheid en effecten op gezondheid.  
De gezondheidsdemonstraties (bloeddruk meten, inspanningsoefeningen), maar ook het proeven van hapjes van het maaltijdsysteem At Your Request, trok veel belangstellenden.
- Jaarlijks wordt er in de regio een banenmarkt gehouden, waaraan Ziekenhuis Gelderse Vallei als grote werkgever deelneemt.

#### Stageplaatsen

We bieden stageplaatsen aan studenten van MBO, HBO en universitaire opleidingen en verlenen sociale begeleiding aan medewerkers die op een of andere manier in de problemen zijn gekomen door het aanbieden van bijvoorbeeld maatschappelijke hulp.

#### Verbetering kwaliteit van zorg in ontwikkelingslanden

Enkele medisch specialisten zijn lid van de Stichting Vrienden van Bawku: een ziekenhuis in Ghana. Deze medisch specialisten proberen de kwaliteit te verbeteren en ondersteuning te geven aan de routine zorg door te opereren, polikliniekspreekuur te houden en les te geven gedurende bezoeken van ongeveer 3 weken per jaar. Verder geeft de stichting financiële ondersteuning voor de bouw van een nieuwe operatie- en verloskamer en de verbetering van het laboratorium en de apotheek.

## 8.2 Milieuaspecten

Het uitbreiden van de energievoorziening is in 2013 meegenomen met de uitbreidingsnieuwbouw. Het ziekenhuis beschikt nu over een aansluiting op het openbare net van 5 Mw. De uitbreiding van het noodstroom vermogen en de aanpassing van de luchtbehandelingkasten naar een ander temperatuurniveau met als gevolg uitbreiding van de koelcapaciteit zijn voorbereid in 2013 en worden in 2014 uitgevoerd.

Het energieverbruik is voor een aanzienlijk deel afhankelijk van de buitentemperatuur en derhalve moeilijk te beïnvloeden. Door de inzet van de WarmteKoudeOpslag en de WarmteKrachtKoppeling bestaat er de mogelijkheid om de inkoop van zowel gas als elektra te beïnvloeden. Dit is in het afgelopen jaar geoptimaliseerd waardoor wij binnen de van tevoren gestelde kaders zijn gebleven en geen boetes voor piekgebruik hebben ontvangen. Door aanpassingen aan o.a. het watersysteem van de koeltorens is het waterverbruik over 2013 ten opzichte van 2012 met 10.000 m<sup>3</sup> afgenomen. Wel heeft in de zomer de vraag naar kou er voor gezorgd dat ook in 2013 extra inzet van de absorptiekoelmachine heeft plaatsgevonden.

### Resultaten energieverbruik 2013

| Onderwerp              | Actie/omstandigheid  | Resultaat (t.o.v. 2012)  |
|------------------------|--|--|
| Gasverbruik            | Draaien met Warmte Kracht Koppeling (WKK) en absorptiekoelmachine i.v.m. tekort aan koude + toename vloeroppervlakte | Gestegen verbruik 100.000 m <sup>3</sup> financieel + € 55.000 (inclusief prijsverhoging)  |
| Elektriciteitsverbruik | In verband met de uitbreidingen en de daarbij behorende activiteiten is de aansluiting van 2 naar 5 Mw verhoogd      | Gestegen verbruik 600.000Kwh financieel + € 110.000 (inclusief prijsverhoging)   |
| Waterverbruik          | Verbruik afgenomen met 10.000 m <sup>3</sup> i.v.m. aanpassingen aan de koeltorens.                                  | Minder kosten op de waterprijs van € 9.000.  |
| CO2 emissie            | Gebruik WarmteKoudeOpslag installatie en extra inzet WKK.+ toename vloeroppervlakte                                  | Ongeveer 600 ton CO2 meer uitgestoten (9467 ton tov 8889 ton CO2) maar gerekend naar het aantal graaddagen is er een lichte afname (3,077 om 3,089 ton Co2/graaddag) |

## 9. Toekomst

### Politiek

Met ingang van 2012 werd de DOT systematiek ingevoerd en werden ruim 30.000 diagnosebehandelingcombinaties vervangen door 4.400 nieuwe DBC-zorgproducten. Ter voorbereiding op de invoer van volledige prestatiebekostiging en integrale tarieven in 2015.

Per 2015 verandert hierdoor ook de verhouding medisch specialist ziekenhuis en zal moeten worden gekozen tussen differentiatie of integratie. De zorgverzekeraar zal steeds meer selectief gaan inkopen.

Ondanks de marktwerking blijft de ziekenhuiszorg een maatschappelijke functie waar de overheid blijft toezien op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Tevens blijft de overheid een belangrijke rol spelen bij het vaststellen van de eisen aan de gezondheidszorg op het gebied van transparantie van prestaties.

Om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de trend van stijgende zorgkosten te doorbreken stuurt de minister aan op specialisatie en concentratie van acute en complexe zorg.

Ten aanzien van chronische zorg verkiest de minister zorg dicht bij de burger waarbij geldt: in de eerste lijn wat kan en in de tweede lijn wat moet. Er is grote winst te behalen in de samenwerking tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en tussen verschillende (soorten) ziekenhuizen in zorgnetwerken.

Een andere heldere trend is het neerleggen van een eigen verantwoordelijkheid bij de patiënt. Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun (on)gezond gedrag en patiënten worden aangespoord tot het invullen van een actieve rol in hun behandelproces. E-health is een van de oplossingen voor de groeiende zorgvraag. Andere belangrijke politieke thema's zijn verbetering governance, patiëntenrechten en onder voorwaarden toelaten van winstuitkering in de zorg.

### Economie

De zorgvraag groeit en verandert. Deze toename is het gevolg van een combinatie van zorginhoudelijke ontwikkelingen, demografische factoren, en toenemende wensen van patiënten. Als gevolg van volumegroei en prijsstijgingen in de zorg stijgen de nominale zorguitgaven. Het Macro Budgettair Kader stijgt niet evenredig met de zorgvraag mee, zodat jaarlijks een gat ontstaat tussen de kosten van zorgconsumptie en de beschikbare middelen. Door de groei van de nominale zorguitgaven neemt de druk op kostenefficiëntie toe, komt de solidariteit onder druk te staan en zullen waarschijnlijk diensten uit het basispakket van de zorgverzekering verschuiven naar een aanvullend pakket, zal de consument een deel van de zorgkosten zelf moeten betalen en/of meer eigen taken krijgen in het zorgproces. Daarnaast wordt er vanuit de overheid een doelmatigheidskorting neergelegd bij de ziekenhuizen.

Conjunctuurgolven raken het ziekenhuis in beperkte mate. De huidige recessie maakt het voor de ziekenhuizen lastiger kredieten te verkrijgen door aanscherping van condities voor kredietverstrekking.

### Sociaal-cultureel

De zorgconsument beïnvloedt de spelregels van het spel in de zorg. De mondige patiënt laat zich minder leiden, is veeleisender, vindt veel kennis op het internet ('googleritis') en eist zeggenschap. Zij integreren hun chronische ziekte/aandoening in hun dagelijks leven. De toenemende individualisering vraagt om service en maatwerk, waaronder ook verruiming van openings- en bedrijfstijden.

De zorgconsument wil vooral snel worden geholpen als hij behoefte heeft aan electieve en acute zorg. Dit betekent voldoende capaciteit en daarmee geen wachtlijsten. Met name voor de patiënt met een chronische aandoening is een goede bereikbaarheid qua afstand tot de zorgaanbieder (reistijd) en ook de mogelijkheid om telefonisch contact op te nemen belangrijk.

Naast de primaire behoefte wenst de zorgconsument een tweezijdige communicatie: hij heeft behoefte aan informatie en hij wil gehoord worden. De zorgconsument wil graag informatie over de behandelmogelijkheden, de beschikbaarheid van de zorg en hoe snel men terecht kan.

Verder komen in een zorginstelling veel verschillende mensen: autochtoon, allochtoon, maar ook verschillende generaties. Met name de jongste generatie, ook wel de 'Einstein-generatie' genoemd, zal een grotere rol spelen. Een aantal kenmerken van deze generatie is: sociaal, maatschappelijk betrokken, kiezen voor functionaliteit en kwaliteit, trouw, zakelijk en *mediasmart*.

Demografische ontwikkelingen zorgen voor een andere zorgvraag: aan ouderdom gerelateerde aandoeningen, chronische aandoeningen, comorbiditeit en meer multidisciplinaire behandeling. Gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek laten over de periode 2005 -2025 nog een groei zien van de totale bevolking (landelijk met ruim 200.000 tot 16,6 miljoen). Het aantal Nederlanders van 65 jaar of ouder neemt sterk toe. Het aantal schoolkinderen daalt, evenals het aantal dertigers. Het aandeel van de potentiële beroepsbevolking daalt van 61 naar 60% en verouderd. Ongeveer 30% van de 50-plussers is alleenstaand, en heeft dus mogelijk behoefte aan extra ondersteuning tijdens het zorgproces.

Patiënten gaan met hun zorgvragen naar het buitenland (globalisering gezondheidszorg). Ziekenhuis Gelderse Vallei legt de regie bij de patiënt en stimuleert zelfmanagement om zo de positie van de patiënt te versterken. Van alleswetende arts naar coach en van controle naar vertrouwen. Ondersteunt de patiënten die zelfstandig niet in staat zijn deze eigen regie rol in te vullen.

#### Technologie, belangrijke investeringen en financieringen

Door de stijgende zorgvraag en de toegenomen druk op kostenverlaging neemt ook de behoefte tot productiviteitsstijging toe. Innovatie in de zorgsector is dan ook noodzakelijk. Ontwikkelingen rondom het EPD, medische technologieën, internet, social media, tediagnostiek of zelftests geven een verder impuls aan innovatie en/of verbetering van zorgprocessen. Zorg wordt steeds meer op afstand geleverd en er ontstaan virtuele netwerken. Verder is de medische technologie een belangrijke determinant van de zorguitgaven.

#### Personeel

In de toekomst dreigt in Nederland een groeiende kloof te ontstaan tussen vraag en aanbod voor arbeid in de zorg. Enerzijds wordt de zorgvraag groter en meer pluriform, anderzijds wordt het arbeidsaanbod schaarser en gevarieerder. Naast deze landelijke ontwikkelingen zijn er grote regionale verschillen. In de regio Food Valley zijn nu en in de nabije toekomst geen grote tekorten op de algemene arbeidsmarkt te verwachten. Gelijktijdig kennen we geen grote werkeloosheid in de regio.

Door de noodzaak tot langer doorwerken, het doorvoeren van bezuinigingen, digitale mogelijkheden en de krimpende arbeidsmarkt wordt het vinden van de juiste balans tussen werk en privé steeds lastiger. Het vergroten van de balans tussen betrokkenheid en distantie, vitaliteit en productiviteit is hierbij noodzakelijk.

Binnen de medische en verpleegkundige beroepsgroep gaat taakdifferentiatie en -verschuiving verder. Physician Assistants en Nurse Practitioners (nieuwe functies in de Wet BIG) zullen steeds meer zorgtaken overnemen. Nieuwe functieprofielen voor verpleegkundigen zorgen voor taakverschuivingen binnen de verpleegkundige beroepsgroep. De intramurale zorg wordt steeds complexer en vraagt om verpleegkundige expertise op HBO-niveau. De inzet van e-health verlangt een andere werkwijze en andere competenties van professionals.



## Bijlage 1

### Samenstelling Raad van Toezicht per 31 december 2013

| Naam                              | Functie  | Leeftijd | (relevante) (neven)functies  | Specifieke deskundigheid  | Benoemd sinds | Aftredend per | Komt in aanmerking voor herbenoeming |
|-----------------------------------|--|----------|--|---|---------------|---------------|--------------------------------------|
| drs, J.M. Bleichrodt              | Lid, tevens lid auditcommissie financiën         | 66       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vicevoorzitter RvC 's Heeren Loo Zorggroep</li> <li>- Vicevoorzitter RvT Ziekenhuis Amstelland</li> </ul>   | Netwerk zorg<br>Bedrijfskundig Management (non)profit<br>Openbaar bestuur<br>Onderwijs/<br>wetenschap | 01-01-2013    | 2016          | ja                                   |
| Ir. Ing. Herman de Boon           | Voorzitter, tevens lid remuneratiecommissie      | 67       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dir. HDB2002 b.v.</li> <li>- Vz. Ned. Verbond Groothandel.</li> <li>- Vz. Vereniging Bloemen-exporteurs</li> <li>- Lid AB Productschap Tuinbouw</li> <li>- lid board of directors Containercentrale (DK).</li> <li>- Lid ING MKB adviesraad</li> <li>- Vz. RvC PGGM</li> <li>- Vz. RvC Trobas</li> <li>- Lid RvT Charimgroep</li> </ul> | Netwerk zorg<br>Bedrijfskundig Financieel HRM Management<br>profit                                    | 26-09-2003    | 2015          | nee                                  |
| dr. ir. René J.A. van der Bruggen | Lid, tevens voorzitter audit-commissie financiën | 66       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- RvC Grontmij N.V.</li> <li>- RvC Aalberts Industries N.V.</li> <li>- Lid Exchange Council NYSE Euronext</li> <li>- Bestuurslid Nederlands-Duitse Handelskamer</li> </ul>  | Bedrijfskundig<br>Financieel<br>Juridisch<br>Management<br>profit                                     | 26-09-2003    | 2014          | nee                                  |

| Naam                             | Functie   | Leeftijd | (relevante) (neven)functies  | Specifieke deskundigheid  | Benoemd sinds | Aftredend per | Komt in aanmerking voor herbenoeming |
|----------------------------------|---|----------|--|---|---------------|---------------|--------------------------------------|
| Prof.dr. J.G.A.J. Hautvast       | Vicevoorzitter, tevens voorzitter auditcommissie kwaliteit van zorg | 75       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vz RvA Bureau risicobeoordeling VWA</li> <li>- Vz RvA Zorgkantoor Arnhem (Menzis)</li> <li>- Lid CvT RIVM</li> <li>- Lid RvT Voedingscentrum Ned.</li> </ul>  | Medisch Voeding wetenschap  | 05-03-2008    | 2016          | nee                                  |
| Mevrouw dr. L.C.J.M. Lemaire MBA | Lid, tevens lid auditcommissie kwaliteit van zorg                   | 46       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- anesthesioloog in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) A'dam</li> <li>- Lid bestuur medische staf OLVG</li> </ul>  | Netwerk zorg<br>Medisch Management zorg<br>Onderwijs / wetenschap | 01-01-2013    | 2016          | ja                                   |
| mevrouw dr. E.M. Ott             | Lid, tevens voorzitter remuneratie-commissie                        | 60       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmadirecteur CMDz, Erasmus Universiteit</li> <li>- lid RvT van Thebe, zorgverleningsorganisatie Midden en West-Brabant</li> <li>- vicevoorzitter RvT psychotherapeutisch centrum De Viersprong</li> </ul> | Management en beleid<br>Management zorg<br>Netwerk zorg           | 05-03-2008    | 2016          | nee                                  |

## Bijlage 2

### Samenstelling Raad van Bestuur (per 31 december 2013)

| Naam                                | Functie    | Leeftijd | Nevenfuncties  | Werkzaam in de huidige functie sinds | Werkzaam bij de organisatie sinds |
|-------------------------------------|------------|----------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| drs. Dik van Starckenburg           | Voorzitter | 58       | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Vz RvT St. Topaz</li><li>➤ Lid adviesraad Mens en Mij. ROC Mondriaan</li><li>➤ voorzitter RvC Medirisk</li><li>➤ lid Healthcare Advisory Board ABN AMRO</li></ul>                      | 01-03-2008                           | 01-03-2008                        |
| drs. Nicolet W. Zeller-van der Werf | lid        | 58       | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Lid bestuur NVZ</li><li>➤ Lid RvT Woonzorgcentrum de Annenborch</li><li>➤ Bestuurslid Van Kalmthout foundation</li><li>➤ Lid Stichting Bols</li><li>➤ Voorzitter College CZO</li></ul> | 01-01-2002                           | 01-08-1977                        |

#### Aandachtsgebieden Raad van Bestuur

##### **drs. D. van Starckenburg**

Divisie Zorgondersteuning

I&A

Facilitair bedrijf

Bureau RvB: communicatie, juridische zaken, organisatie advies

FIC: financiële administratie, zorg- en medische administratie, patiëntenlogistiek, businesscontrol

P&O: personeels-/salarisadministratie, flexbureau, Arbo, medische bibliotheek

Raad van Toezicht. (\*)

Stafbestuur. (\*)

Ondernemingsraad. (\*)

Cliëntenraad (\*)

##### **Mw. drs. N. Zeller – van der Werf**

Divisie zorg

Bureau RvB: kwaliteit, marketing, zorginnovatie, samenwerking regio

FIC: Verkoop

P&O: Opleiding&Ontwikkeling/leerhuis

Vivre

Pastorale Zorg

Raad van Toezicht

Stafbestuur

Ondernemingsraad

Verpleegkundige Adviesraad (\*)

(\*) = eerst aanspreekbare.

### Bijlage 3 Juridische structuur

