

Bestuursverslag GGz Centraal

onze verantwoording over 2016

diagnostiek en vroege interventie:

snel, wendbaar, dichtbij

Wat gaat er schuil achter psychotische ontregeling bij jongeren? Het DVI-team onderzoekt het.



als het middel erger is dan de kwaal...

Soms gaat medicijngebruik gepaard met nare bijwerkingen. Hoe kan de polikliniek bijwerkingen cliënten ondersteunen?

zorg aan asielzoekers

12 enthousiaste professionals bieden zorg aan asielzoekers van verschillende asielzoekerscentra.



'IPS werkt!'

Individuele Plaatsing en Steun (IPS): een 'versneller' voor mensen met een psychiatrische aandoening op de weg naar regulier werk.

training helpt hulpverlener bij omgaan met suïcidaal gedrag'

Door kennis en deskundigheid omtrent suïcidaal gedrag te optimaliseren, kunnen we suïcides voorkomen.



IHT aan de voordeur: crisisbehandeling 2.0

Opname voorkomen door Intensive Home Treatment: niet alleen bij mensen thuis maar ook aan de voordeur van de ggz-kliniek!

Inhoudsopgave

1.	Voorwoord	4
2.	Algemeen.....	5
2.1	De doelstelling van de instelling	5
2.2	Kernactiviteiten	6
2.3	Kerncijfers.....	7
2.4	Besturingsfilosofie	7
2.5	De juridische structuur	9
2.6	Normen voor goed bestuur.....	11
3.	Medezeggenschap	12
3.1	Cliëntenraad	12
3.1.1	Structuur medezeggenschap door cliënten.....	12
3.1.2	Ontwikkelingen binnen GGZ Centraal	12
3.1.3	Ontwikkelingen binnen Centrale Cliëntenraad	12
3.1.4	Ondersteuning	12
3.1.5	Adviezen	12
3.1.6	Destigmatisering	13
3.1.7	Kwaliteitstoetsing	13
3.2	Ondernemingsraad	13
3.2.1	Operatie Koersvast en veranderingen in de medezeggenschap	14
3.2.2	Advies en instemming	14
4.	De klachtencommissie.....	16
4.1	Algemeen.....	16
4.2	De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	16
4.3	Aanbevelingen van de klachtencommissie	17
5.	Toetsbare doelstellingen	18
5.1	Specialistische GGZ	18
5.1.1	De Zorgpaden (ZP) zijn binnen de Behandelprogramma's (BHP) ingevoerd	18
5.1.2	ROM in alle behandelprogramma's resp. alle zorgpaden	18
5.2	Forensische psychiatrie	18
5.2.1	Ontwikkeling behandelprogramma "intensieve psychiatrie"	18
5.3	Netwerken.....	19
5.3.1	Arrangementen voor EPA cliënten	19
5.4	Opleiden en ontwikkelen	19
5.4.1	Focus op de speerpunten van GGZ Centraal	19
5.4.2	Programma resultaten vertellen	19
5.4.3	Inrichten lerende netwerken	20
5.4.4	Moreel beraad.....	20
5.5	Kwaliteit en veiligheid	20
5.5.1	Heroriëntatie op kwaliteitsmanagementsysteem.....	20
5.5.2	Uitkomsten toevoegen aan kwaliteitscycli	21
5.5.3	Anticiperen op de nieuwe wet- en regelgeving.....	21
5.5.4	Kwaliteit- en veiligheidscertificering	21
5.5.5	Integratie ROM in behandelprogramma's en behandelplanbespreking	21
5.5.6	Ontwikkeling methodiek om behandelresultaten beter te meten	22
5.5.7	Keuzetraject voor hoogspecialistische GGZ	22
5.6	Cliëntenparticipatie	22
5.6.1	Organiseren spiegelgesprekken per behandelprogramma	22
5.7	Eigen regie cliënten en naasten	23
5.7.1	Toegang tot het online dossier	23
5.8	Doelmatige bedrijfsvoering	23
5.8.1	Informatievoorziening	23
5.8.2	Verhoging productiviteit behandelaren	23
5.8.3	Invoering Zorg365.....	23
5.9	Professionele werkcultuur en aantrekkelijk werkgeverschap.....	23
5.9.1	Doorontwikkeling performancemanagement.....	23
5.9.2	Oppakken verbeterpunten MTO	24
5.9.3	Doorontwikkeling verzuim- en re-integratiebeleid	24
5.10	Huisvesting en Vastgoed	24

5.10.1	Schuifplan vastgoed	24
5.10.2	Strategisch herontwikkeling vastgoedportefeuille	25
5.10.3	Afstoten gebouwen en terreinen.....	25
5.11	Vaststellen meerjarenbegroting.....	25
6.	Financiën	26
6.1	Resultaatontwikkeling.....	26
6.2	Liquiditeitspositie en rol financiers.....	27
6.2.1	Cashflow / prijsrisico / kredietrisico.....	27
6.3	Analyse van het resultaat	27
6.4	De behaalde omzet	28
6.5	De toestand op balansdatum.....	28
6.6	Toekomstige ontwikkelingen	28
6.7	Fusies	29
6.8	Transitie Jeugd GGZ	29
7.	Onderzoek en ontwikkeling	30
7.1	Opleidingen.....	30
7.1.1	A-opleiding; opleiding tot psychiater.....	30
7.1.2	P-opleiding; opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog....	30
7.1.3	Opleiding tot Verpleegkundig Specialist.....	31
7.1.4	Praktijkopleiding en stagebureau	31
7.2	Wetenschappelijk Onderzoek.....	31
7.3	Bij- & nascholing	32
7.4	Innovatie	32
7.5	GGZ Kenniscentrum.....	33
8.	Verslag Raad van Bestuur.....	34
8.1	Samenstelling en portefeuilleverdeling.....	34
8.2	Portefeuilleverdeling	34
8.3	Informatievoorziening	35
8.4	Nevenfuncties raad van bestuur.....	35
9.	Verslag van de raad van toezicht	36
9.1	Samenstelling raad van toezicht eind december 2016	36
9.2	Rooster van aftreden raad van toezicht	37
9.3	Evaluatie	37
9.4	Honorering	38
9.5	Werkzaamheden in het verslagjaar	38
9.6	Overleg met de externe accountant	38
9.7	Vergaderingen raad van toezicht in vogelvlucht.....	39
9.8	Kennismaking met het primaire proces	40
9.9	Deskundigheidsbevordering raad van toezicht	40
9.10	Commissies raad van toezicht.....	40

1. Voorwoord

Ook in 2016 stond de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland in het teken van de grote transitiebewegingen. Deze verlopen niet allemaal in hetzelfde tempo en leiden door de overgang van verantwoordelijkheid naar de gemeenten ook tot verschillen in lokale uitvoering. Thema's die het afgelopen jaar daarbij veel aandacht kregen waren 'de verwarde patiënt op straat', het tekort aan woningen voor mensen met een ernstige psychische aandoening en de toegankelijkheid van de zorg voor jeugdigen.

Deze thema's vragen om overleg in het lokale en regionale netwerk, zowel op bestuurlijk niveau als in de dagelijkse patiëntenzorg. De organisatie van GGZ Centraal in regionale eenheden sluit hier goed op aan, omdat dit de mogelijkheid biedt 'dichtbij' naar goede oplossingen te zoeken. Tegelijk is de deskundigheid geborgd door de interne kennisnetwerken. Ook de werkwijze met Intensieve Home Treatment (IHT) en FACT past bij de maatschappelijke keuze om de focus meer te hebben op herstel en meedoen in de maatschappij. Wanneer nodig kan de zorg rond individuele cliënten worden geïntensiveerd en aansluiting worden gezocht met het eigen netwerk van de cliënt.

De transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie is nog volop in ontwikkeling en de daadwerkelijk transformatie van de zorg staat nog in het begin waarbij er ook verschillen zijn in de diverse gemeenten. Hoewel de inhoudelijke en financiële gevolgen van deze verandering groot zijn, ziet GGZ Centraal ook goede perspectieven voor de toegevoegde waarde van de specialistische GGZ voor jeugdigen in het jeugdhulpnetwerk.

Een buitengewoon vervelende bijwerking van alle veranderingen in de zorgorganisatie en de zorgbekostiging is de explosieve toename van de regeldruk. We zullen ons blijven inspannen om de almaar toenemende regeldruk te beteugelen, te beginnen bij onszelf, maar ook door hiervoor aandacht te vragen bij regelmakers als de NZa en de verzekeraars.

Ondanks al deze bewegingen is GGZ Centraal er in 2016 opnieuw in geslaagd een positief financieel resultaat te behalen. Dit versterkt onze financiële basis en onze uitgangspositie voor de toekomst en geeft vertrouwen in onze organisatie bij financiers, gemeenten en zorgverzekeraars.

Wij zijn trots op de behaalde resultaten en de inzet van onze medewerkers om de kwaliteit van zorg hoog te houden in tijden waarin veel op zijn kop wordt gezet; daarvoor willen wij alle medewerkers van GGZ Centraal bedanken!

Dr. T.J. Heeren
voorzitter raad van bestuur

Drs. A.C. van Esterik
lid raad van bestuur

S.J. Vegter, MBA
voorzitter raad van toezicht

2. Algemeen

2.1 De doelstelling van de instelling

GGz Centraal heeft ten doel het (doen) verlenen en bevorderen van geestelijke gezondheidszorg, het verzorgen van opleidingen en het verrichten van activiteiten die verband houden met re-integratie.

GGz Centraal helpt mensen met psychische problemen opdat zij de regie over hun eigen leven kunnen houden. GGz Centraal biedt daartoe diagnostiek, behandeling, begeleiding, preventie en voorlichting aan mensen met psychische, psychiatrische en/of psychosociale problematiek. Naast direct cliëntgericht aanbod verzorgt GGz Centraal ook consultatie aan samenwerkingspartners en verwijzers.

GGz Centraal beschouwt het als haar maatschappelijke verantwoordelijkheid in de regio's waarin zij een grote zorgaanbieder is, het initiatief te nemen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg in het (zorg)netwerk.

Om te voorkomen dat mensen met psychische problemen tussen wal en schip vallen werken wij intensief samen met huisartsen, sociale wijkteams, jeugdzorginstellingen, algemene ziekenhuizen, ambulante zorgaanbieders, forensische psychiatrie, verslavingszorg en RIBW-instellingen.



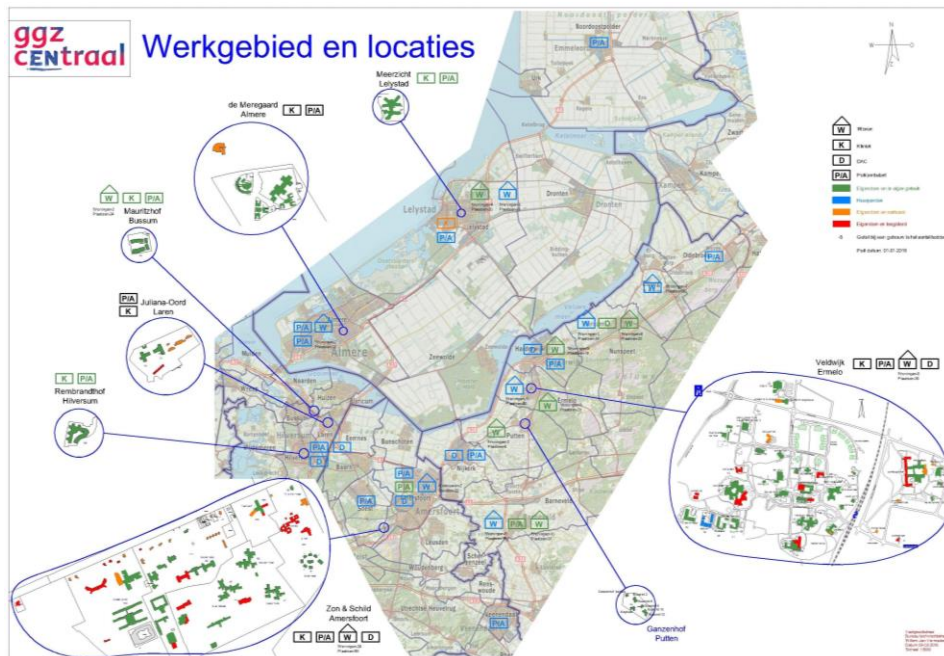
Enkele samenwerkingsrelaties van GGz Centraal

Onze kernwaarden zijn: Deskundig & dichtbij. Daarom streven we ernaar om de zorg dicht mogelijk bij onze cliënten aan te bieden. We bieden deskundige en toegankelijke zorg die aansluit bij de huisarts; en zo goed mogelijk is afgestemd op de vragen van onze cliënten. Met goede, efficiënte zorg bevorderen we de autonomie van onze cliënten.

Een belangrijk principe is continuïteit van zorg. Met iedere patiënt wordt een behandelplan op maat afgesproken waarbij iedere patiënt een behandelaar als vast aanspreekpunt heeft, ongeacht of hij ambulante, deeltijd of klinische zorg ontvangt. Afhankelijk van de zorgvraag kan het zorgaanbod binnen het behandelprogramma in omvang variëren. Door goed te luisteren naar de behoeften van onze cliënten en te kijken naar de ontwikkelingen in het vakgebied en in de maatschappij krijgen wij signalen en ideeën voor het verder verbeteren en/of ontwikkelen van nieuwe zorgvormen.

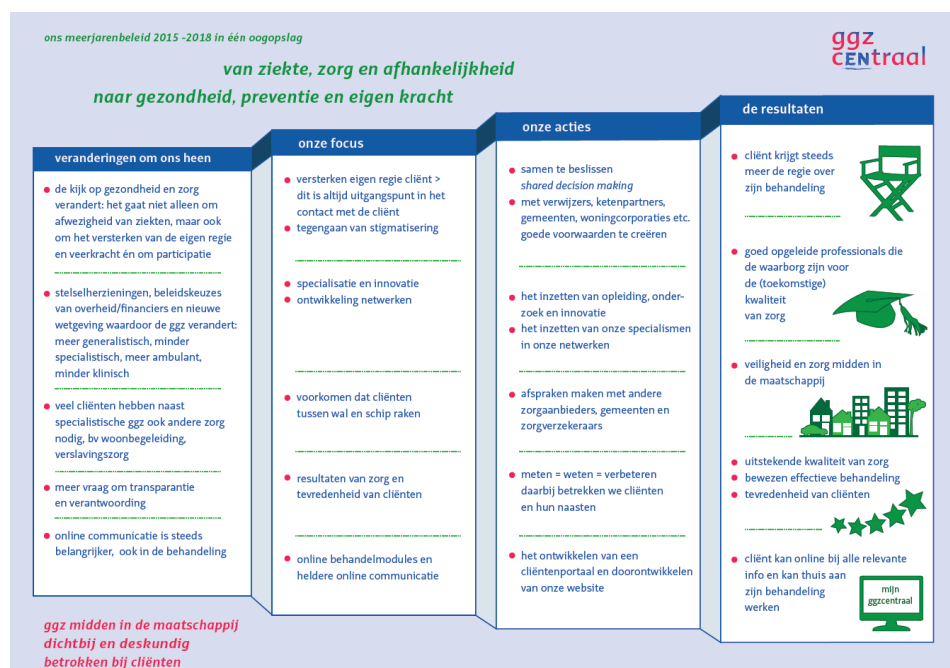
2.2 Kernactiviteiten

Wij bieden specialistische klinische en niet-klinische GGZ voor kinderen, jongeren en volwassenen vanuit verschillende locaties in de provincies Utrecht, Noord-Holland, Gelderland en Flevoland. Tevens bieden wij beschermd wonen en verslavingszorg.



werkgebied GGZ Centraal

In het meerjarenbeleidsplan 'GGZ midden in de maatschappij' staat beschreven hoe wij in de periode 2015 - 2018 vorm gaan geven aan de veranderingen in het zorglandschap.



infografic meerjarenbeleid GGZ Centraal

2.3 Kerncijfers

Personele bezetting	2014	2015	2016
aantal personeelsleden in loondienst 31-12	2887	2955	2662
aantal Fte in loondienst op 31-12	2295	2304 ¹	2102

Totaal aantal cliënten aan wie GGZ wordt verleend	2014	2015	2016
Aantal cliënten in zorg/behandeling op 31-12 van verslagjaar	14.566	13.876	13.460
Productie (ZvW)			
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	24.141	25.867	22.988
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's	28.343	25.541	22.251
Productie (WLZ)²			
Aantal dagen met verblijfszorg inclusief kleinschalig wonen en BOPZ in verslagjaar	300.909	225.577	190.843
Aantal ambulante contacten in verslagjaar	9.038		
Aantal geleverde dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	6.832		

2.4 Besturingsfilosofie

Onze besturingsfilosofie doet recht aan de centrale positie van de cliënt en de sterke regionale inbedding van de zorg. Centraal staan het delen van kennis, het streven naar verbetering en innovatie en het verbinden van de collectieve ambitie met de persoonlijke competenties van onze medewerkers.

GGZ Centraal wordt bestuurd volgens het raad van bestuur/raad van toezicht model.

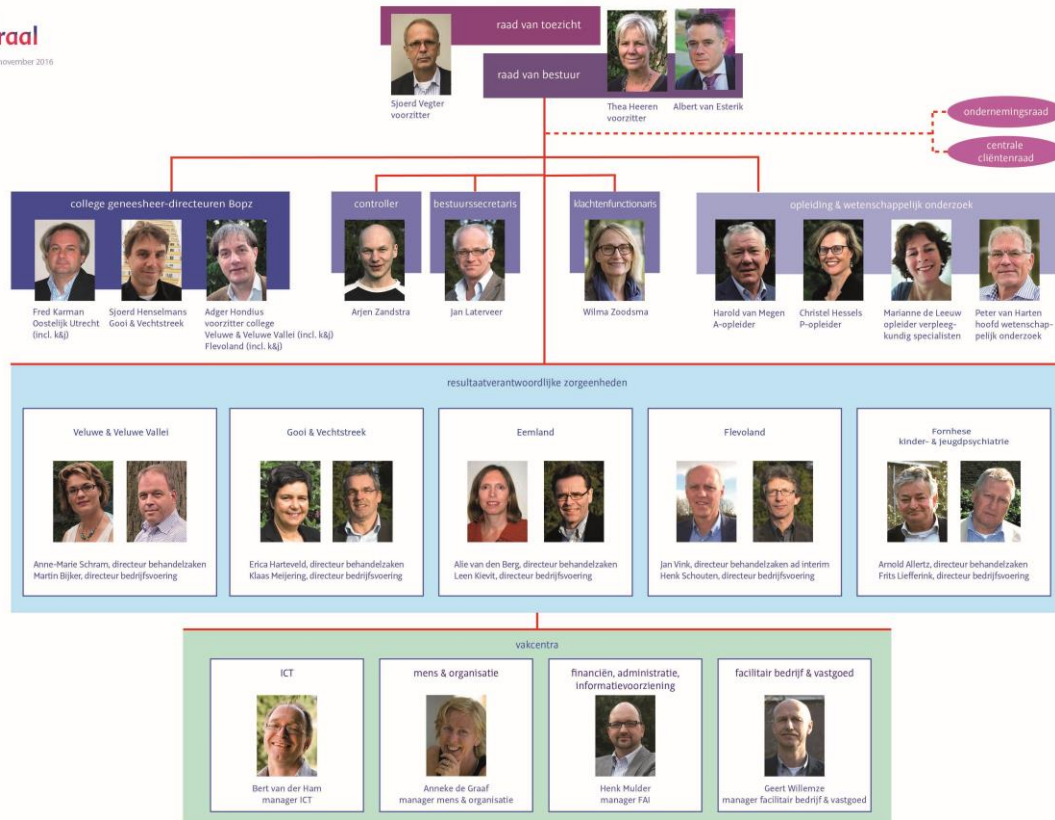
De raad van toezicht is het toezichthoudende orgaan van de stichting en houdt toezicht op de wijze waarop de raad van bestuur de organisatie bestuurt. De principes van de Zorgbrede Governancecode zijn in de statuten en in het reglement raad van toezicht vastgelegd.

De raad van bestuur is statutair en integraal verantwoordelijk voor de bestuurstaken. Elk lid van de raad van bestuur stuurt rechtstreeks een deel van het management aan. Hiervoor is een portefeuilleverdeling gemaakt.

Eind december 2016 bestond het bestuur van de Stichting GGZ Centraal uit een tweehoofdig collegiaal bestuur onder voorzitterschap van dr. T.J. Heeren.

¹ incl. 69 fte (fusie met de Riagg Amersfoort & Omstreken) en omzetting nul-urencontracten in januari 2015

² Vanaf 2015 zijn de productie aantallen (WLZ) ambulante contacten/ geleverde dagdelen dagactiviteiten niet meer te rapporteren want vanaf 2015 zijn deze onderdeel van de WMO.



organogram GGZ Centraal 31-12-2016

GGZ Centraal heeft de zorg georganiseerd in vijf resultaatverantwoordelijke zorgeenheden (RVZe). Vier hiervan kennen een geografische grondslag. De vijfde is doelgroep georiënteerd en omvat de kinder- en jeugdpsychiatrie. De interne organisatie van een RVZe is doelgroep georiënteerd en georganiseerd rondom behandelprogramma's.

De RVZe's worden ondersteund door vier vakcentra:

- ICT
- mens & organisatie
- financiën, administratie en informatievoorziening
- facilitair bedrijf & vastgoed

De vakcentra hebben, elk op hun specifieke terrein, een beleidsvoorbereidende en een uitvoerende taak en zijn dienstbaar aan de organisatie.

GGZ Centraal heeft een college geneesheer-directeuren BOPZ. De raad van bestuur heeft drie geneesheer-directeuren aangesteld:

- dhr. Adger Hondius; voorzitter: Veluwe & Veluwe-Vallei, inclusief Kinder- & Jeugdpsychiatrie en Flevoland
- dhr. Fred Karman; Oostelijk Utrecht, inclusief Kinder- & Jeugdpsychiatrie
- dhr. Sjoerd Henselmans; Gooi & Vechtstreek

De directe taken van het college houden verband met voor de patiënt ingrijpende beslissingen: voortzetten dwangbehandeling, beëindigen IBS of rechterlijke machtiging, ontslag of ongeoorloofde afwezigheid, opname, overplaatsing enz. Onder indirecte taken valt onder andere de uitvoering van de Wbopz-administratie.

Medezeggenschap cliënten

De centrale cliëntenraad is een onafhankelijk en zelfstandig orgaan van cliënten die gebruik maken van het zorgaanbod van GGZ Centraal. Het doel van de centrale cliëntenraad is het behartigen van gemeenschappelijke belangen van cliënten van de Stichting GGZ Centraal.

Conform de Wet Medezeggenschap Cliënten in de Zorg (WMCZ) brengt de cliëntenraad gevraagd en ongevraagd advies uit aan de raad van bestuur.

In samenwerking met de vijf RVZe-cliëntenraden bevordert de centrale cliëntenraad de participatie, medezeggenschap en de belangenbehartiging van cliënten. De centrale cliëntenraad streeft er naar dat cliënten zoveel mogelijk worden betrokken bij de gang van zaken in de eigen leef-, behandel- en begeleidingsomgeving.

Medezeggenschap medewerkers

De structuur van de medezeggenschap bestaat uit een ondernemingsraad (OR) en zes ondernemingsraadscommissies (ORc): vijf voor de resultaat verantwoordelijke zorgseenheden en één voor de centrale diensten. Hiernaast heeft de OR een aantal vaste commissies voor centrale onderwerpen. De OR behandelt onderwerpen die:

- de gehele organisatie betreffen
- het werkgebied van de ondernemingsraadscommissies overstijgen
- de ondernemer naar zich heeft toegetrokken.

De ondernemingsraadscommissies behandelen voor de ondernemingsraad de aangelegenheden betreffende het organisatieonderdeel.

Familie en naastbetrokkenen zijn een waardevolle gesprekspartner voor het management. De raden behartigen de collectieve belangen van familieleden en naastbetrokkenen. GGZ Centraal streeft naar één familieraad per RVZe. Eind 2016 kende GGZ Centraal vier familieraden: Zon & Schild, Veluwe & Veluwe Vallei, Flevoland en Gooi & Vechtstreek.

Familievertrouwenspersoon

De familievertrouwenspersoon (FVP) wordt gedetacheerd vanuit de Landelijke Stichting voor Familievertrouwenspersonen³. De inhoudelijke begeleiding gebeurt door de stichting. De FVP verleent een bijdrage aan verbetering van de communicatie in de triade hulpverlener, cliënt en naastbetrokkene. Zij probeert met een onpartijdige opstelling en zo onafhankelijk mogelijk een intermediair te zijn tussen hulpverleners en naastbetrokkenen.

Ook hulpverleners kunnen een beroep op de FVP doen voor advies of bemiddeling uiteraard met instemming van de naastbetrokkenen.

In tweede instantie biedt de FVP persoonlijke ondersteuning aan naastbetrokkenen door te luisteren, te coachen, te adviseren, te informeren, te verwijzen en in voorkomende situaties psycho-educatie te bieden. De FVP heeft ook oog voor de vaak overbelaste mantelzorger en onderzoekt welke ondersteuning geboden en gewenst is. In derde instantie kan zij ongevraagd en gevraagd het management adviseren op grond van signalen.

2.5 De juridische structuur

GGZ Centraal

- juridische structuur: stichting
- kernactiviteiten: klinische en niet-klinische specialistische GGZ voor kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen
- governance: raad van bestuur - raad van toezicht model

Om de strategische doelstellingen van GGZ Centraal op het gebied van geestelijke gezondheidszorg te verwezenlijken - te weten het organiseren van zorgnetwerken, waarin de zorg welke GGZ Centraal biedt aansluit bij voor de cliënten relevante andere zorgaanbieders - neemt GGZ Centraal deel aan de volgende bedrijfscombinaties:

³ Zie: www.lsfvp.nl

Symfona Meander Centrum voor Psychiatrie

- juridische structuur: Vennootschap onder firma, vastgelegd in een vennootschapsovereenkomst d.d. 1 oktober 2011 en in de Addenda 1.2 dd. 17 juli 2015 en 1.3⁴ dd. 7 december 2015
- vennoten: Stichting GGZ Centraal en Stichting Meander Medisch Centrum
- kernactiviteiten: Klinische⁵ en niet-klinische geïntegreerde psychiatrische zorg voor somatiek en psyche
- governance: De VOF wordt bestuurd door de Vergadering van Vennoten, bestaand uit twee leden, een lid raad van bestuur vanuit Meander en een lid raad van bestuur vanuit GGZ Centraal. De dagelijkse leiding is overgedragen aan een, tweehoofdig, management die belast is met de strategische aansturing van het SymfonaMeander. Het management stelt onder andere de exploitatiebegroting en – rekening, het jaarplan en formatieplaatsenplan op. Tevens voert het management de onderhandelingen met de zorgverzekeraars uit

Amethist Verslavingszorg Flevoland

- juridische structuur: maatschap vastgelegd in een overeenkomst d.d. 1 augustus 2012
- vennoten: GGZ Centraal en Tactus Verslavingszorg
- kernactiviteiten: geïntegreerde verslavingszorg
- governance: De maatschap wordt bestuurd door de Vennotenraad, die gevormd wordt door partijen gezamenlijk. De strategische en zorginhoudelijke beleidsontwikkeling en de vaststelling van de beleidsmatige kaders voor het management is overgedragen aan de directieraad. De dagelijkse en operationele leiding van de maatschap berust bij het management van Amethist. De raden van toezicht van iedere partij wijzen uit de raad van bestuur van de eigen partij één vertegenwoordiger aan om namens die partij aan de beraadslagingen en besluitvorming deel te nemen. Partijen wijzen in onderling overleg een voorzitter aan

Indigo Midden-Nederland B.V.

- juridische structuur: Besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, heeft een eigen WTZi toelating en een eigen positie ten opzichte van de verschillende financiers
- aandeelhouders: Altrecht Participaties B.V. (75%) en GGZ Centraal (25%). De afspraken zijn vastgelegd in een aandeelhoudersovereenkomst
- kernactiviteiten: basis GGZ voor kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen
- governance: De vennootschap heeft een bestuur bestaande uit één of meerdere personen. De raden van bestuur van Altrecht en GGZ Centraal zijn vertegenwoordigd in de Algemene Vergadering van Aandeelhouders (AVA). Indigo Midden-Nederland heeft een onafhankelijke Raad van Commissarissen (RvC). De rolverdeling tussen AVA en RvC is vastgelegd in de statuten

De belangrijkste risico's die samenhangen met deze deelnemingen hebben betrekking op de toenemende complexiteit van de financiering, bekostiging en verantwoording van de zorg als gevolg van de transitie. Het aantal verschillende contractpartijen met hun eigen specifieke inkoopvoorwaarden neemt hierdoor toe.

Om deze risico's en onzekerheden beheersbaar te houden worden de deelnemingen in hun bedrijfsvoering ondersteund vanuit de moederorganisaties en is er een adequaat systeem van intern toezicht georganiseerd. De deelnemingen kennen een volwassen planning & control cyclus en performance-management systeem.

⁴ Het addendum 1.3 bepaalt dat het addendum 1.1 d.d. 1 juli 2014 komt te vervallen. Het addendum 1.3 zal de VOF-overeenkomst d.d. 1 oktober 2011 met terugwerkende kracht vanaf 1 juli 2014 wijzigen.

⁵ Klinische zorg korter dan 1 jaar

2.6 Normen voor goed bestuur

Governance laat zich niet alleen in regels vangen. Het komt tot uitdrukking in het doen en laten van personen. Governance principes krijgen pas betekenis als bestuurders en toezichthouders zich herkennen in de bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid van hun zorgorganisatie en zij zich hierop laten aanspreken. Vanuit die gedachte richt de code zich op:

- de kwaliteit van het bestuur
- het toezicht daarop
- de interactie tussen raad van bestuur en raad van toezicht
- het op gepaste wijze betrekken van belanghebbenden bij het beleid van de organisatie

GGZ Centraal hanteerde ook in 2015 de normen met betrekking tot goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording, zoals die zijn vastgelegd in de Zorgbrede Governancecode. Dit betekent dat wij ons houden aan deze bepalingen of dat wij gemotiveerd uitleggen waar wij dit niet doen. Deze normen zijn verankerd in de statuten en in de reglementen raad van toezicht en raad van bestuur. Conform artikel 6.2 van het Uitvoeringsbesluit heeft GGZ Centraal in haar statuten vastgelegd dat de centrale cliëntenraad de belangen van de patiënten of cliënten van de zorginstelling vertegenwoordigt en heeft zij aan de centrale cliëntenraad het recht van enquête toegekend als bedoeld in titel 8 afdeling 2 van Boek 2 BW.

GGZ Centraal heeft een klokkenluidersregeling opgesteld. Deze regeling helpt werknemers en anderen die in contractuele relatie tot de zorgorganisatie staan, vermoedens van onregelmatigheden respectievelijk misstanden binnen de organisatie te melden zonder daardoor geschaad te worden in hun rechtspositie.

3. Medezeggenschap

3.1 Cliëntenraad

3.1.1 *Structuur medezeggenschap door cliënten*

Bij GGZ Centraal is de organisatie brede medezeggenschap door cliënten neergelegd bij de Centrale Cliëntenraad (CCR). De Centrale Cliëntenraad wordt gevormd door vertegenwoordigers vanuit de vijf Resultaat Verantwoordelijke Zorgeenheden (RVZe)-cliëntenraden van GGZ Centraal: Flevoland, Gooi & Vechtstreek, Eemland, Veluwe & Veluwe Vallei en Fornsese/ Emerhese.

In 2016 is samenwerking met Fornsese verder geïntensiveerd. Een van de leden van de CCR heeft regelmatig contact met de ondersteuner van de jongerenraad om de inbreng van de jongeren te vertegenwoordigen. Er zijn in 2016 contacten gelegd met de cliëntenraad Emerhese, zodat ook zij onderdeel uitmaken van de gehele medezeggenschap van GGZ Centraal. In de overige regio's is er gewerkt aan het verstevigen van de RVZe-raden en de contacten met de achterban. In Flevoland en de Veluwe zijn daardoor locatieraden opgegaan in de RVZe-raad.

3.1.2 *Ontwikkelingen binnen GGZ Centraal*

De CCR heeft zes keer per jaar overleg met de voorzitter van de Raad van Bestuur en één keer per jaar een overleg met de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. De CCR-leden worden geïnformeerd over de gang van zaken binnen GGZ Centraal.

De cliëntenraden van de RVZe's hebben minimaal zes keer per jaar overleg met de regiodirectie. De agenda voor het overleg wordt in samenspraak met de zeggenschap opgesteld. De cliëntenraden hebben informatie ontvangen over maatschappelijke ontwikkelingen die grote gevolgen voor GGZ Centraal en daarmee ook voor cliënten. Een aantal ontwikkelingen zijn de ambulantisering, verwarde personen, eHealth, cliëntenportaal, geestelijke verzorging, de financiële situatie van GGZ Centraal en de nieuwe wet rondom klachtenbehandeling de WKKGZ.

3.1.3 *Ontwikkelingen binnen Centrale Cliëntenraad*

In 2016 is er een wisseling van secretarissen geweest. In juni is er een nieuwe secretaris gekozen. Helaas werd de CCR twee maanden later diep geraakt door het plotseling overlijden van deze secretaris.

De CCR heeft zich, samen met de Raad van Bestuur gericht op de verdere ontwikkeling van het cliëntenpanel, om ook ambulante cliënten te kunnen bevragen. De verwachting is dat deze in 2017 kan gaan starten. De CCR heeft zich aangesloten bij de datingsite "durf jij met mij" en heeft contact met de Hersenbank om de aandacht hiervoor vorm te geven.

In 2016 hebben de RVZe's Gooi en Vechtstreek en Eemland een samenwerkingsovereenkomst opgesteld. De regio's Veluwe, Eemland en Fornsese en Emerhese zijn bezig met het opstellen en zullen deze in 2017 gaan ondertekenen.

3.1.4 *Ondersteuning*

De CCR en de regioraden hebben hun eigen budget en een ondersteuner. De ondersteuners dragen bij aan de continuïteit en het functioneren van de raden. De ondersteuners zijn in dienst bij GGZ Centraal, de cliëntenraden zijn inhoudelijk de opdrachtgever. In dit verslagjaar is er een ondersteuner voor de kwaliteitstoetsing en een ondersteuner jongerenraad aangesteld. In oktober dit jaar is de ondersteuner van de kwaliteitstoetsing plotseling overleden. Dit heeft de medezeggenschap voor cliënten diep geraakt.

3.1.5 *Adviezen*

In 2016 heeft de CCR twaalf keer advies gegeven. Begin 2016 ontving de CCR de adviesaanvraag koersvast 2016 waarin de gevolgen voor de verschillende regio's beschreven waren. De afzonderlijke RVZe's hebben daarover advies uitgebracht aan hun eigen directies. Verder gaf de CCR advies over;

Geestelijke verzorging, verwarde personen, herpositionering Innova en M&O, protocol grensoverschrijdend gedrag, handreiking geluidsopnames, protocol cameratoezicht, autorisatie binnen het EPD, beveiliging van het eHealth platform Karify, klachtenregeling en klachtenreglement. Er zijn nog een aantal adviesaanvragen in behandeling. Daarnaast heeft de CCR dit verslagjaar twee leden voor de klachtencommissie voorgedragen en waren zij betrokken bij de aanstelling van de klachtenfunctionaris en een geestelijk verzorger.

De RVZe raden hebben geadviseerd aan hun eigen RVZe directies. In een aantal gevallen gingen de adviezen over verschillende regio's zoals de adviezen over de hoogspecialistische zorg en de verslavingszorg die geclusterd zijn en verhuist naar één van de regio's. In deze gevallen was er goede samenwerking tussen de verschillende cliëntenraden uit de betreffende regio. Een aantal andere voorbeelden van adviezen van de RVZe cliëntenraden in 2016 zijn; verkeersveiligheid op het terrein Veldwijk, rookbeleid in de Mauritsshof, inhuizing Indigo, de komst van AMV-ers op het terrein Zon & Schild, project helende omgeving waarbij de wachtkamers in Flevoland zijn aangepast.

3.1.6 *Destigmatisering*

De cliëntenraad is vertegenwoordigd in de klankbordgroep voorlichting over psychiatrie op middelbare scholen. In aansturing en uitvoering van de voorlichting gewerkt met duo's van een professional en een ervaringsdeskundige.

3.1.7 *Kwaliteitstoetsing*

Begin 2016 is er volop gewerkt aan de toetsing van de FACT-teams. Er zijn verschillende high teas of lunches georganiseerd waar de cliënten hun ervaringen konden vertellen. In 2017 wordt dit proces afgerond en start de voorbereiding van de toetsing van teams van Fornhese.

Op 20 oktober is de kadernota kwaliteitstoetsing vastgesteld. Hierin zijn de afspraken en het proces van de kwaliteitstoetsing vanuit het cliëntenperspectief door de CCR en RvB vastgelegd. In de kwaliteitstoetsingscommissie is in 2016 hard gewerkt aan:

- het bereiken van ambulante cliënten door een cliëntenpanel
- scholing voor ervaringsonderzoekers
- de communicatie naar alle partijen door o.a. een informatiefilmpje

De cliëntenraden willen zich in 2017 richten op:

- het betrekken van meer ambulante cliënten bij de medezeggenschap
- eigen regie
- herstel ondersteunende zorg
- de verschuiving van klinische zorg naar ambulante zorg

3.2 **Ondernemingsraad**

De ondernemingsraad van GGZ Centraal is ingesteld in het belang van het goed functioneren van de onderneming in al haar doelstellingen; ten behoeve van het overleg met en de vertegenwoordiging van de in de onderneming werkzame personen.

Werknemers kunnen actief participeren en hiermee de medezeggenschap vorm te geven. De OR heeft voor een goede uitoefening van zijn taken voor iedere regio en voor de ondersteunende diensten een ondernemingsraadscommissie ingesteld.

De OR heeft twee vaste commissies:

- commissie sociaal beleid en arbeidsomstandigheden
- commissie financiën en vastgoed

De commissies doen 'voorwerk' voor de OR en geven gevraagd en ongevraagd advies. De OR, de ondernemingsraadscommissie en de vaste commissies werken samen en ondersteunen elkaar.

Afspraken over bevoegdheden en faciliteiten voor de medezeggenschap zijn vastgelegd in een convenant tussen de bestuurder en de OR.

De OR heeft 14 zetels, elke drie jaar zijn er reguliere verkiezingen. In 2016 zijn er in verband met vacatures in de raad, tussentijdse verkiezingen gehouden. Na de verkiezingen bleven twee zetels vacant.

In 2017 worden nieuwe verkiezingen gehouden voor de OR.

3.2.1 *Operatie Koersvast en veranderingen in de medezeggenschap*

GGZ Centraal kreeg in 2016 met een flinke omzetkrimp in de zorgverkoop te maken. Opnieuw was het noodzakelijk om te bezuinigen, bedden te sluiten en te schuiven met patiënten en personeel. De OR heeft zich bij de behandeling van de bezuinigingsplannen vooral gericht op de zorg voor de 'achterblijvers' degenen die veel van de gevolgen van de bezuinigen gemerkt hebben. Er is een toolkit voor leidinggevendenden gemaakt. Op 14 maart is er een middag georganiseerd voor leidinggevendenden en personeelsadviseurs over het vormen van nieuwe teams en wat daar bij komt kijken. De ondernemingsraadscommissies hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het adviestraject door preadviezen te geven over hun bedrijfsonderdeel.

In het kader van Koersvast en een krimpende organisatie is ook nagedacht over de vormgeving van de medezeggenschap bij GGZ Centraal vanuit de wens om de medezeggenschap verder te professionaliseren en deze beter te laten aansluiten op strategische organisatieontwikkelingen en deelname aan de medezeggenschap te stimuleren.

3.2.2 *Advies en instemming*

Instemmingsverzoeken

- aanstelling klachtenfunctionaris
- protocol seksueel grensoverschrijdend gedrag
- procedure computerbril
- verzuim- en re- integratiebeleid
- beleid omgang vertrouwelijke informatie
- protocol cameratoezicht

Adviesaanvragen

- bezuinigingen 2016 (Koersvast)
- herpositionering Innova en vakcentrum Mens & Organisatie
- voorgenomen besluit apotheek
- handreiking geluidsopnames
- clustering van de hoog specialistische behandeling van Marina de Wolf, Transit, Zwaluw/Enk⁶
- clustering stafmedewerkers kwaliteit en innovatie⁷

Overige onderwerpen

- wet Huis voor de Klokkenluiders
- uitvoeringsregeling bereikbaarheids-aanwezigheid en crisisdiensten
- eigen risicodragerschap ziektewet en WGA
- roostersysteem 'klaar voor de toekomst'
- procedure beheer en gebruik functiegebouw
- kwaliteitsstatuut GGZ
- wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- visie HR meerjarenbeleidsplan en veranderopdracht voor het vakcentrum M&O
- kadernota en kaderbegroting 2017

⁶ De behandeling van deze adviesaanvragen loopt door in 2017

⁷ Idem

- jaarrekening 2015
- sociaal plan organisatieontwikkeling

De OR kwam in 2016 dertien maal bijeen in een reguliere OR-vergadering en had negen maal overleg met de bestuurder waarvan twee maal in aanwezigheid van leden van de raad van toezicht, in een artikel 24 WOR vergadering waarin de algemene gang van zaken besproken werd.

Beide vergaderingen heeft de OR zich met de raad van toezicht onderhouden over een algemeen thema. De eerste keer werd aan de hand van drie stellingen over de toekomst van de organisatie gediscussieerd. De tweede keer kwamen veiligheid op de werkvloer en de toenemende bemoeienis van de zorgverzekeraars met de zorginhoud.

4. De klachtencommissie

4.1 Algemeen

In 2016 zijn binnen GGZ Centraal 101 klachten ingediend. Dit aantal ligt – gemiddeld genomen – in lijn met voorgaande jaren. Over een periode van zes jaar is een licht stijgende lijn in het totale aantal klachten te zien, terwijl meer gespecificeerd vooral het aantal Wbopz-klacht(onderdelen) is toegenomen.

Van de 101 klachten zijn er 54 klachten in 53 hoorzittingen behandeld. Ruim 70% van de klachten die in een hoorzitting zijn behandeld, zijn klachten die vallen onder de reikwijdte van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz).

Van de 101 klachten zijn 54 klachten in een hoorzitting behandeld. Van de behandelde klachten hebben er 26 geleid tot een grondverklaring.

Er zijn verhoudingsgewijs veel klachten over de behandeling, c.q. zorgverlening ingediend. Het gaat hier om een breed spectrum van klachten. Onder meer over:

- de diagnose
- de nazorg
- het behandelbeleid
- de wijze van separeren
- de continuïteit van de zorg

Ongeveer 46% van de klachten is 'intern' opgelost of via bemiddeling onder leiding van een door de klachtencommissie aan te wijzen bemiddelaar. Dat is een kleine toename vergeleken met 2015 (toen ongeveer 40%).

De klachtencommissie is bevoegd om, naast de klachten van cliënten van GGZ Centraal, klachten van cliënten van SymforaMeander en Wbopz-klachten van cliënten van Zorggroep Noordwest Veluwe in behandeling te nemen.

Het secretariaat van de klachtencommissie wordt verder regelmatig benaderd door cliënten van GGZ Centraal - of door hun familieleden - met onvrede over de behandeling, zonder dat er sprake is van een klacht in de zin van het klachtenreglement.

Het secretariaat voorziet deze personen zo goed mogelijk van informatie of wijst anderszins op mogelijkheden die tot een oplossing van de klacht kunnen leiden en/of is hierin behulpzaam. Het secretariaat documenteert deze contacten. In 2016 ging het om schriftelijke en/of telefonische contacten met ruim 55 cliënten.

4.2 De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Verder zijn in het verslagjaar voorbereidingen getroffen voor de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) binnen GGZ Centraal.

Met de aanstelling van de klachtenfunctionaris is met ingang van 1 oktober 2016 een proces in gang gezet ertoe leidend dat alle Wkkgz-klachten vanaf 1 januari 2017 rechtstreeks bij de klachtenfunctionaris worden ingediend en niet meer bij de klachtencommissie.

Voor het geval de behandeling door de klachtenfunctionaris de onvrede niet heeft weggenomen, kan de cliënt de klacht schriftelijk voorleggen aan de klachtencommissie.

Wbopz-klachten en 'gemengde' klachten kunnen, zolang de Wbopz van kracht is, blijvend rechtstreeks bij de klachtencommissie worden ingediend.

In december van 2016 heeft de klachtencommissie aan de raad van bestuur een gewijzigd klachtenreglement gepresenteerd naar aanleiding van de invoering van de Wkkgz. Naar verwachting zal het gewijzigde reglement begin 2017 worden vastgesteld.

Verder zijn de informatiebrochures voor cliënten en medewerkers aangepast naar aanleiding van de invoering van de Wkkgz.

4.3 Aanbevelingen van de klachtencommissie

Volgens artikel 12.9 van het klachtenreglement kan de klachtencommissie haar uitspraken vergezeld laten gaan van aanbevelingen. De klachtencommissie heeft hier in drie klachtzaken gebruik van gemaakt.

Volgens artikel 12.12 van het klachtenreglement stelt de raad van bestuur de klager, de hoofdbehandelaar, de directeur en de commissie binnen een maand na de uitspraak schriftelijk op de hoogte van zijn reactie en of er maatregelen zullen worden genomen. De raad van bestuur heeft na elke uitspraak een schriftelijke reactie op de uitspraak gegeven. Op een aantal uitzonderingen na zijn de reacties van de RvB steeds binnen de termijn ontvangen.

In 2016 zijn de volgende aanbevelingen gedaan.

KC 2016 – 032 Aanbeveling:

De commissie overweegt ten overvloede het volgende:

1. Het is van groot belang cliënten duidelijk en begrijpelijk te informeren over de FACT-methodiek en de consequenties hiervan voor het autorisatiebeleid ten aanzien van EPD's. Het verdient aanbeveling om na te gaan of cliënten toereikend zijn en/of worden geïnformeerd.
2. Op dit moment zijn de medewerkers van de crisisdienst geautoriseerd voor inzage in dossiers van cliënten die in behandeling zijn bij het FACT-team. Het verdient aanbeveling om dit beleid opnieuw te wegen en na te gaan of de inzet van de noodknop toereikend kan zijn in voorkomende situaties.

Reactie RvB:

Aanbeveling 1: het is aan de behandelaar van (nieuwe) patiënten om hun op de hoogte te brengen van de FACT-methodiek en de consequenties daarvan voor het autorisatiebeleid in het EPD. Dit zal in samenwerking met de hoofden behandelszaken en bedrijfsvoering van de FACT-teams onder de aandacht worden gebracht bij deze teams in Flevoland (en in heel GGZ Centraal).

Aanbeveling 2: het feit dat de crisisdienst geautoriseerd is voor inzage in alle dossiers van de RVZe Flevoland is conform het beleid van GGZ Centraal. Mogelijk dat er d.m.v. de noodknop geautoriseerd kan worden. Dit zal in overleg met het management van de verschillende crisisdiensten moeten worden afgestemd.

KC 2016 – 049 Aanbeveling:

1. De commissie beveelt de raad van bestuur te bevorderen dat binnen de RVZe Gooi en Vechtstreek de formats voor de beslissingsbrieven worden gebruikt zoals deze in User zijn opgenomen. Het bij klaagster gebruikte format is op onderdelen onjuist en in strijd met artikel 40 Wet BOPZ geformuleerd.
2. De commissie beveelt de raad van bestuur aan te bevorderen de (huis)regels binnen Rembrandthof te evalueren en zo nodig aan te vullen voor wat betreft het gebruik van de telefoon en het respecteren van het recht op privacy van anderen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de Modelhuisregels van GGZ Nederland (2009).

Reactie RvB:

Tevens heeft de klachtencommissie twee aanbevelingen geformuleerd die de raad van bestuur overneemt. Er wordt gewerkt aan toepassing van de juiste formats en aanpassing van de (huis)regels binnen de RVZe Gooi & Vechtstreek.

KC 2016 – 095 Aanbeveling:

De commissie beveelt de raad van bestuur aan te (doen) bevorderen dat aangeklaagden zich zodanig op een hoorzitting voorbereiden dat zij in staat zijn vragen over formele aspecten betreffende de klacht adequaat kunnen beantwoorden.

Reactie RvB:

Er zal aandacht besteed worden aan de gedane aanbeveling door de klachtencommissie.

5. Toetsbare doelstellingen

5.1 Specialistische GGZ

5.1.1 *De Zorgpaden (ZP) zijn binnen de Behandelprogramma's (BHP) ingevoerd*

De zorgpaden zijn merendeels beschreven. Er is een projectplan voor de implementatie van de zorgpaden geschreven. Het beoogd resultaat van het project is:

- behandelaren hebben inzicht in het zorgpad en kunnen hun behandeling hierop afstemmen
- de zorgpaden zijn ingericht in het EPD
- er is praktische informatie over zorgpaden beschikbaar voor cliënten
- de beheerorganisatie is ingericht om de doelstellingen van zorgpaden te monitoren en te borgen

In 2017 wordt gestart met 3 pilots.

5.1.2 *ROM in alle behandelprogramma's resp. alle zorgpaden*

ROM is het regelmatig invullen van vragenlijsten, ter ondersteuning van de behandeling. Binnen alle behandelprogramma's van GGZ Centraal wordt structureel de ROM toegepast. Ook binnen de zorgpaden heeft ROM een duidelijke plaats verworven: er zijn afspraken gemaakt welke lijsten op welk moment worden afgenomen en op welke wijze de uitkomsten worden besproken in het team en met de cliënt. De ROM levert input om te beoordelen of de behandeling volgens plan verloopt.

Eind 2016 is het project Analyse en Communicatie ROM van start gegaan. De projectmedewerkers analyseerden de ROM en DBC-gegevens op teamniveau en gaven een presentatie van de uitkomsten aan de betreffende teams. Aan de orde kwamen onder meer:

- de gemiddelde klachtenreductie bij behandeling
- klachtenniveau bij aanvang van behandeling en na afloop
- de percentages verbeterde en herstelde patiënten

In dialoog met het team wordt betekenis gegeven aan de data en wordt gekeken wat we van de gegevens kunnen leren. Daarnaast worden teamleden uitgenodigd om aanvullende vragen te stellen die met behulp van ROM- en DBC-data beantwoord kunnen worden.

In 2016 heeft het Analyse team ROM 19 teams bezocht en zijn 4 presentaties gegeven op beleidsbijeenkomsten.

5.2 Forensische psychiatrie

5.2.1 *Ontwikkeling behandelprogramma "intensieve psychiatrie"*

In 2015/2016 is het behandelprogramma intensieve psychiatrie beschreven en is in het voorjaar 2016 definitief vastgesteld door de Centrale Commissie Behandelprogramma's (CCBP). In 2016 zijn nieuwe behandelaars en een nieuwe teamleider aangesteld die actief de behandelactiviteiten uitvoeren. Daarbij is een psychomotore therapeut en een activiteitenbegeleider aan de afdeling toegevoegd.

Na gesprekken met psychiaters van de opnameafdelingen van de andere instellingen is een inventarisatie gemaakt van de knelpunten bij-, en oplossingsrichtingen voor de in- en uitstroom van patiënten van de bovenregionale afdeling intensieve psychiatrie. Op basis hiervan is er een conceptnotitie gemaakt met vooral aandacht voor:

- de doorstroming van cliënten
- hoe te bewaken dat cliënten ook weer terug kunnen naar hun eigen regio
- voorkomen van stagnatie

In 2016 zijn de basis trainingen vanuit het scholingsprogramma uitgevoerd, de meer specialistische volgen in 2017.

5.3 Netwerken

GGZ Centraal hecht groot belang aan haar verbindende rol als ketenpartner. Op regionaal niveau is elke RVZe actief met het opbouwen van verbindende netwerken. Een voorbeeld uit de RVZe Veluwe en Veluwe Vallei maakt dit duidelijk: zij hebben veel energie gestoken in het opbouwen van lokale WMO-netwerken rondom zorg, werk en welzijn; en zij spelen een centrale rol als ketenpartner in de ouderenpsychiatrie.

5.3.1 Arrangementen voor EPA cliënten

Om de zorg voor EPA cliënten nu en in de toekomst goed vorm te kunnen geven wordt samenwerking tussen organisaties in de regio steeds belangrijker. De EPA vignettenstudies in de regio's Flevoland, Gooi- en Vechtstreek, Oostelijk Utrecht en Veluwe & Veluwe Vallei waren een eerste stap om te verkennen hoe de zorg voor EPA cliënten het beste doorontwikkeld kon worden. Afgelopen jaar is gebruikt om de samenwerking te optimaliseren en in zogeheten taskforces, voor EPA cliënten passende arrangementen te maken.

5.4 Opleiden en ontwikkelen

5.4.1 Focus op de speerpunten van GGZ Centraal

Innova, ons instituut voor opleiding, innovatie en wetenschappelijk onderzoek, heeft het trainingsaanbod afgestemd op de speerpunten van de organisatie. Een aantal voorbeelden:

- organisatiebrede training suicidepreventie; speerpunt kwaliteit van zorg
- e-learning modules over herstelgericht werken; speerpunt herstel
- management development; speerpunt resultaatgerichtheid en lerende organisatie
- training oplossingsgericht verzuimmanagement; speerpunt duurzaamheid

5.4.2 Programma resultaten vertellen

Onze resultaten meer aandacht geven. Méér laten zien wat wij binnen GGZ Centraal bereiken. Dat is een belangrijk voornemen uit ons meerjarenbeleid 2015-2018. In dit kader creëren wij een netwerk waarin collega's en cliënten ervaringen en resultaten delen zodat we onze zorg verder kunnen verbeteren.

We laten zien waar we trots op zijn en vertellen graag meer over de ontwikkelingen van ons werk. Op de [website van GGZ Centraal](#) komen verhalen van teams, medewerkers en cliënten aan bod. Alle verhalen hebben te maken met inspiratie, professionaliteit, samenwerking en vernieuwing, de vier peilers waarop 'resultaten vertellen' is gebouwd.



5.4.3 *Inrichten lerende netwerken*

De (snelle) verspreiding en toegankelijkheid van kennis beschouwen wij als een belangrijke voorwaarde voor vernieuwing en verbetering van professionele en effectieve zorg. Leernetwerken vervullen hier een rol in. Het GGZ Kenniscentrum ondersteunt deze netwerken o.a. ten behoeve van FACT, zorgpaden, herstel en herstelondersteuning.

5.4.4 *Moreel beraad*

Binnen GGZ Centraal wordt veel waarde gehecht aan het reflecteren op de zorg die we bieden en de manier waarop we die organiseren. Belangrijk middel daartoe is het moreel beraad. Daarom zijn negen gespreksleiders moreel beraad opgeleid voor het begeleiden van moreel beraad.

Bij moreel beraad wordt op een methodische manier een morele kwestie of een dilemma uitgediept. Er wordt dan tijd genomen voor bezinning op de waarden en normen die ons leiden bij de soms lastige beslissingen in het dagelijkse werk. Het is niet altijd zo maar duidelijk wat het goede is om te doen. De keuze voor het één heeft dan nadelige gevolgen voor het ander. Niet alleen helpt moreel beraad om helderheid te krijgen over wat ons ter harte gaat, maar ook kunnen er nieuwe handelingsperspectieven naar voren komen. De ervaring leert dat moreel beraad je weer in verbinding brengt met de bezieling voor het vak. Het inspireert, verdiept de samenwerking en draagt bij aan professionele vernieuwing.

In 2016 zijn wederom ruim 50 morele beraden gehouden. Onder andere met de P-opleiding, managementteams, regionale ondernemingsraden, de cliëntenraad en de commissie suïcidaliteit. Inmiddels zijn er diverse teams die moreel beraad als structurele reflectiemethode gebruiken.

Overige activiteiten:

- presentatie van het project integriteit voor leidinggevenden van de betreffende RVZe
- participatie in het Netwerk Ethiek Ondersteuning Nederland
- deelname aan het jaarcongres van het NEON
- uitwisseling met Altrecht
- week van reflectie, jaarlijks in november.
- jaarlijkse nieuwsbrief, publicaties op Internet en Intranet
- voorbereiding symposium Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie

5.5 **Kwaliteit en veiligheid**

5.5.1 *Heroriëntatie op kwaliteitsmanagementsysteem*

In 2015 heeft er een heroriëntatie op het kwaliteitsmanagement systeem plaatsgevonden. In de notitie "Samen continu verbeteren" is beschreven hoe het kwaliteitsbeleid verder ontwikkeld gaat worden. De bestaande initiatieven en instrumenten worden meer in samenhang geplaatst en de doelen en verantwoordelijkheden op alle niveaus van de organisatie beschreven. Waar voorheen kwaliteit en veiligheid als twee aparte processen werd gezien, is veiligheid in de nieuwe kwaliteitsorganisatie één van de bepalende elementen van de kwaliteit van zorg, naast effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid toegankelijkheid en cliënt gerichtheid.

In 2016 is gestart met invulling te geven aan deze heroriëntatie door het oprichten van een stuurgroep Kwaliteit van Zorg, waarin invulling wordt gegeven aan de portefeuille kwaliteit van zorg. Daarnaast heeft elke RVZe een kwaliteitsteam opgericht, ten behoeve van de coördinatie en uitvoering van het kwaliteitsbeleid in de RVZe's. Het leggen van verbindingen en het delen van kennis ligt als basis onder ons kwaliteitsmanagement systeem.

5.5.2 *Uitkomsten toevoegen aan kwaliteitscycli*

In de verantwoording over kwaliteit van zorg proberen we steeds meer de focus te verleggen van controle op het proces naar grip op en begrip van de uitkomsten. Binnen de zorgpaden wordt bijvoorbeeld duidelijk beschreven welk resultaat een cliënt kan verwachten. Bij een onderwerp als de ROM krijgt deze focus vorm door op teamniveau de ROM-data te analyseren en met elkaar te bespreken. Ook het inhoudelijk delen en bespreken van de uitkomsten van (calamiteiten)onderzoeken past in dit kader. De komende jaren zal deze ontwikkeling verder uitgewerkt worden.

5.5.3 *Anticiperen op de nieuwe wet- en regelgeving*

De gevolgen van het verdwijnen van de AWBZ zijn in 2016 nog goed merkbaar geweest. Waar de focus in 2015 nog lag op 'grote lijnen', heeft 2016 in het teken gestaan van aanscherpen op detailniveau. Met name voor de zorgverzekeringswet, de wet langdurige zorg, de wet maatschappelijke en de jeugdwet was verduidelijking van de wetgeving nodig en een goede vertaling in ons beleid en onze processen.

Daarnaast hebben we ons voorbereid op twee wijzigingen die op 1 januari 2017 van kracht werden:

- de hoofdbehandelaar wordt regiebehandelaar
- DSM-IV wordt DSM-5

5.5.4 *Kwaliteit- en veiligheidscertificering*

Medio september is GGZ Centraal tijdens een herhalings-audit in 8 auditdagen steekproefsgewijs getoetst op het certificatieschema HKZ GGZ 2009, inclusief addendum cliëntveiligheid 2011. De auditoren spraken van ontmoetingen met enthousiaste medewerkers en innovatieve initiatieven in het primair proces. Zo wordt de ROM goed toegepast en is er bewustzijn op het gebied van informatiebeveiliging.

Tijdens de audit in 2015 waren vijf minor non-conformities⁸ geconstateerd, waarvan er vier zijn gesloten. De minor gericht op het schoonhouden van de koelkasten is blijven staan. Daarnaast is een minor geconstateerd op de doorvertaling van het meerjarenbeleid naar de afdelingsdoelstellingen. Beide tekortkomingen zijn met de betrokkenen opgepakt en in december jl. is de voortgang op de geconstateerde minors 'door de auditor beoordeeld. De voortgang is duidelijk aantoonbaar, oorzaakanalyses zijn adequaat. De minors krijgen de status 'open' en de verbeteracties zullen de volgende audit beoordeeld worden op hun effectiviteit om gesloten te kunnen worden. De volgende audit zal plaatsvinden in september 2017 en dat is een certificatsvernieuwingsaudit, waarbij geaudit zal worden tegen de HKZ-norm versie 2015.

FACT-certificering

GGZ Centraal beschikt over 15 (Flexible)ACT-teams teams, waarvan in 2016 11 teams over een geldig CCAF keurmerk volgens de veldnorm Flexibele ACT beschikten. Voor komend jaar geldt de doelstelling dat alle FACT-teams aan deze norm voldoen. Teams met een keurmerk voldoen aan de kwaliteitscriteria voor het leveren van verantwoorde zorg volgens het ACT-of Flexible ACT-model. Het CCAF toetst de kwaliteit van (Flexible)ACT-teams in onafhankelijke audits.

5.5.5 *Integratie ROM in behandelprogramma's en behandelplanbespreking*

Routine Outcome Monitoring (ROM) is een methode om het effect van de behandeling inzichtelijk te maken om waar nodig de behandeling aan te passen. In de praktijk wordt ROM toegepast door middel van tenminste één vragenlijst. Het streven is om naast een generieke vragenlijst ook stoornis specifieke vragenlijsten te gebruiken. Deze worden tenminste aan het begin en aan het einde van het behandeltraject afgenomen.

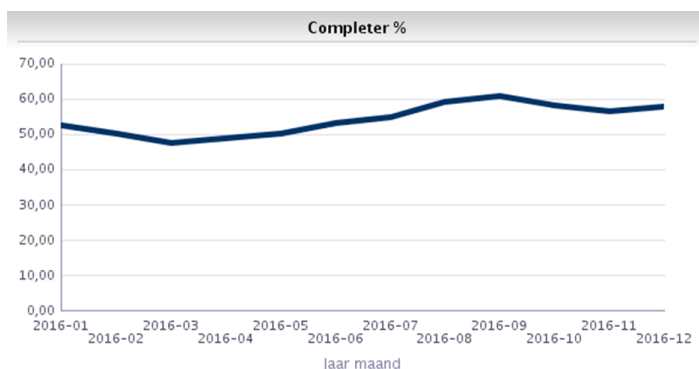
⁸ tekortkomingen

De ROM vormt een standaard onderdeel van alle behandelprogramma's binnen GGZ Centraal:

- ROM is een onderdeel van het zorgpad / logistiek proces van elk behandelprogramma
- de uitkomsten van de ROM worden besproken met de cliënt en het behandelteam
- er wordt per Diagnose Behandel Combinatie (DBC) minimaal een geldige voor- en nameting gehouden

In de onderstaande tabel is het aantal completers zichtbaar ten opzichte van het aantal afgesloten dbc's. Een completer betekent dat er zowel een geldige voormeting als nameting is afgenomen conform de eisen die zijn gesteld door de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Het percentage completers van GGZ Centraal is met 54% ruim boven het landelijk gemiddelde (47%).

Percentage completer januari t/m december 2016				
DBC's	Voormetingen	Nametingen	Completers	%Completers
11.980	9.443	7.407	6.521	54.43%



Gegevens uit Vizier.

5.5.6 Ontwikkeling methodiek om behandelresultaten beter te meten

De focus op ROM is in 2016 in toenemende mate verschoven van het uitvoeren van metingen naar het toepassen van de ROM binnen de behandeling. Binnen de ontwikkeling van de zorgpaden is veel aandacht geweest voor het gebruik van stoornisspecifieke lijsten, waardoor de toegevoegde waarde van ROM binnen de behandeling verder is toegenomen.

5.5.7 Keuzetraject voor hoogspecialistische GGZ

Een aantal behandelprogramma's binnen GGZ Centraal zou vanwege de patiëntenpopulatie mogelijk 'hoogspecialistisch' genoemd kunnen worden. In 2015 is een start gemaakt om deze behandelprogramma's te toetsen aan de criteria voor hoogspecialistische zorg. De gespecialiseerde zorgpaden worden mee genomen in het ontwikkelplan en het werkmodel van GGZ Centraal.

5.6 Cliëntenparticipatie

5.6.1 Organiseren spiegelgesprekken per behandelprogramma

In 2016 zijn drie spiegelgesprekken gevoerd op de afdelingen.

- De Zwaluw
- Kastanjehof E
- Beukenhorst B

De resultaten van dit gesprek worden meegenomen in de verbeterplannen van de afdelingen.

5.7 Eigen regie cliënten en naasten

5.7.1 Toegang tot het online dossier

In 2016 is een keuze gemaakt voor een cliëntportaal dat in 2017 zal worden geïmplementeerd. In het portaal zullen gegevens uit het dossier getoond worden (behandelplan en agenda) en cliënten kunnen naar hun eHealth omgeving. Verder is er een link naar ROM en komen er opties voor online contact tussen cliënt en behandelaar via mail, chat en video.

5.8 Doelmatige bedrijfsvoering

5.8.1 Informatievoorziening

Ter ondersteuning van de bedrijfsvoering zijn dashboards ontwikkeld waarin de key-performance indicatoren in één oogopslag zichtbaar zijn voor het betrokken organisatieonderdeel. Onder meer cijfers op het gebied van ziekteverzuim, aantal unieke cliënten en kostenontwikkeling zijn in één scherm gevisualiseerd. Zowel vanuit het zorginformatiesysteem als het datawarehouse is online operationele informatie en stuurinformatie beschikbaar op onder meer DBC-registratie, productiviteit, personele kengetallen, budgetuitputting.

5.8.2 Verhoging productiviteit behandelaren

De prestatiebekostiging in de GGZ zorgt voor hoge administratieve lasten, onder meer omdat de behandelorganisatie juist, tijdig en volledig de geleverde prestaties moet registreren. De productiviteit wordt gemeten, gemonitord en afgezet tegen de vooraf overeengekomen doelstellingen; rekening houdend met overeengekomen overige activiteiten. Door middel van training, opleidingen en verbeteringen in het zorginformatiesysteem worden de geleverde prestaties beter geregistreerd.

5.8.3 Invoering Zorg365

In 2016 is een begin gemaakt met Zorg365. Dit is de bouw van nieuwe ICT met als belangrijk doel een betere ondersteuning van medewerkers. Iedere medewerker krijgt een nieuwe werkplek. Medewerkers die mobiel of ambulant werken krijgen een hybride laptop waarmee ze op een veilige manier overal bij alle applicaties en gegevens kunnen komen. Medewerkers die vast op een locatie werken krijgen een nieuwe vaste werkplek.

Verder wordt overgestapt op Office365, dit is de nieuwste versie van kantoorapplicaties in de cloud. De nieuwe ICT geeft betere mogelijkheden voor beeld en geluid. Deze veranderingen moeten de basis gaan vormen voor slimmer samenwerken op afdelingen en tussen afdelingen.

In 2016 zijn 1000 medewerkers gemigreerd naar de nieuwe ICT. De overige medewerkers volgen in de eerste helft van 2017.

5.9 Professionele werkcultuur en aantrekkelijk werkgeverschap

5.9.1 Doorontwikkeling performancemanagement

In 2016 is het systeem van Performance Management (PM) een onderdeel geweest van het management development traject voor de teamleiders. De focus lag op het werken vanuit het meerjarenbeleidsplan voor GGZ Centraal en de vertaling naar de eigen afdeling. De jaarplannen vormen de basis voor de jaargesprekken, de resultaatafspraken en de beoordelingsgesprekken.

In 2016 lag de nadruk voor leidinggevenden op de reorganisaties en het begeleiden van boventallige

collega's. Waarschijnlijk is dit de verklaring dat de resultaten van PM gemeten in hoeveelheid geregistreerde jaargesprekken onder de 50% is gebleven.

De Raad van Bestuur heeft eind van 2016 de opdracht gegeven om een onderzoek te houden naar de werking en de voor- en nadelen in het gebruik van PM en naar de mogelijkheden om dit te verbeteren. Het gaat dan om revitaliseren en verbeteren van PM. Het proces van jaargesprekken is inmiddels gedigitaliseerd.

5.9.2 *Oppakken verbeterpunten MTO*

In 2016 heeft de afdeling M&O de zoektocht naar een meer afdelingsgericht medewerkers-tevredenheidsinstrument wegens een andere keuze van M&O onderwerpen niet op de agenda gezet.

In juni heeft een geslaagde medewerkersdag plaatsgevonden. Een mooi alternatief om verbeterpunten te verzamelen. Hoofdthema voor deze medewerkersmiddag was: Waar vinden we de juiste informatie en – nog belangrijker – hoe vinden we elkaar? De ideeën om elkaar beter te vinden hebben geleid tot het organiseren van 'de week van de ontmoeting'.

Voor 2017 staat het onderzoek: "MTO maar dan anders" op de agenda. Twee vragen staan centraal:

- hoe levert een medewerkerstevredenheidsonderzoek een bijdrage aan de werkmotivatie?
- op welke manier kan een medewerkerstevredenheidsonderzoek het beste worden uitgevoerd?

5.9.3 *Doorontwikkeling verzuim- en re-integratiebeleid*

Het gemiddelde verzuim van onze medewerkers daalde van 5,45% in 2015 naar 4,35% in 2016⁹. In 2016 is € 5,1 miljoen van de loonsom geregistreerd als uitgekeerd aan ziekengeld, dit was in 2015 € 6,7 miljoen. Een besparing van € 1,6 miljoen t.o.v. 2015.

Reden daling:

- sturing op verzuim & re-integratie is intensief:
 - ontwikkeling nieuwe regeling verzuim en re-integratie en diverse ondersteunende formulieren t.b.v. leidinggevenden
 - sturing op oplossingsgericht verzuimmanagement
 - deskundigheidsbevordering en management development
 - inzet verzuimadviseur
- nieuwe bedrijfsartsen die bekend zijn met oplossingsgericht verzuimmanagement
- extra inzet op terugbrengen langdurig verzuim en complexe casuïstiek. Het resultaat is een forse daling van langdurig verzuim: van 4,1% in 2015 naar 3% in 2016.

De meldingsfrequentie is gelijk gebleven en zit onder het gemiddelde in de branche. De gemiddelde verzuimduur is licht gedaald met 1,3 dag t.o.v. 2015.

Het percentage kortdurend verzuim is nagenoeg gelijk gebleven. De verhouding tussen kortdurend en langdurend verzuim is 1/3.

5.10 **Huisvesting en Vastgoed**

5.10.1 *Schuifplan vastgoed*

In 2016 zijn verschillende verhuisbewegingen uitgevoerd met als doel te komen tot het bundelen van functies en het vrijspelen van panden. Daarnaast is geïnvesteerd in het up-to-date houden van klinische gebouwen, zoals de realisatie van een extra beveiligde kamer in de Rembrandthof. Een belangrijke verhuizing waartoe in 2016 is besloten is de verhuizing van de Enk en de Zwaluw van Amersfoort naar Ermelo. Dat wordt de nieuwe locatie voor het Centrum voor Psychotherapie. Voor de

⁹ Binnen de branche (GGZ) is het gemiddelde verzuim in 2016 gestegen: van 5,23% (2015) naar 5,5%

huisvesting wordt de oplossing gevonden in Zonneweide als behandelgebouw met de Schouw, de Oosterhoorn en de nieuwe Rietschans kliniek als verblijfsgebouw. De gebouwen worden hiervoor aangepast en in het derde kwartaal van 2017 zal het nieuwe Centrum in gebruik worden genomen.

5.10.2 *Strategisch herontwikkeling vastgoedportefeuille*

GGZ Centraal heeft veel meer gebouwen en terreinen dan het nodig heeft om goede zorg te leveren. Daarom is er voor gekozen om afscheid te nemen van overtollig vastgoed. Deze gebouwen en terreindelen zullen geleidelijk en gestructureerd worden afgestoten.

In samenwerking met de gemeente Ermelo kwam in 2016 de concept-Structuurvisie voor landgoed Veldwijk en de Hooge Riet tot stand. Eind 2016 werd de concept-visie door het College van B&W vrijgegeven voor bespreking en alles is erop gericht om de visie in juni 2017 door de raad te laten vaststellen. Voor GGZ Centraal biedt deze concept-Structuurvisie voldoende mogelijkheden voor de herontwikkeling van de Hooge Riet en het Veldwijkterrein.

In juni 2016 werd het terrein en het gebouw van De Hooge Riet als eerste herontwikkelingslocatie in de markt gezet. De belangstelling was groot en naar verwachting zal in 2017 een koopovereenkomst worden gesloten.

In Amersfoort is het traject in gang gezet om te komen tot een bestemmingswijziging voor delen van de locatie Zon & Schild. Er werd gestart met het opstellen van het Masterplan en het streven is om het Masterplan in het eerste kwartaal van 2017 te kunnen aanbieden aan de gemeente.

5.10.3 *Afstoten gebouwen en terreinen*

In nauw overleg met het College sanering zorginstellingen werden de gebouwen Meander in Lelystad en de kantoorvilla aan de Amersfoortsestraat 126 te Soesterberg verkocht. Leegstaande panden, die niet meer door GGZ Centraal gebruikt worden, worden (tijdelijk) verhuurd. Zo heeft de Zaak van Ermelo zich tijdelijk gevestigd in het Economiegebouw op Veldwijk, huurt de Zorggroep Noord West Veluwe ruimte in de Oosterhoorn en heeft Kwintes tijdelijk onderdak gevonden voor haar nachtopvang in Amergaard op Zon & Schild.

5.11 Vaststellen meerjarenbegroting

Het volgen van het meerjarenperspectief is een continu proces. In 2017 wordt een hernieuwde meerjarenbegroting opgesteld waarbij het uitgangspunt een structureel evenwichtige exploitatie is. In de komende jaren voorziet GGZ Centraal een voortgaande ontwikkeling in de Zvw/Wlz omtrent de afbouw van klinische capaciteit, zij het dat in die afbouw zorgvuldigheid en maatwerk moet worden betracht omdat het cliëntperspectief centraal moet blijven staan. De ontwikkelingen in de WMO en Jeugdwet worden nauwlettend gevolgd. Het gedecentraliseerde zorgstelsel leidt tot een hogere intrinsieke onzekerheid omtrent de omzetontwikkeling maar biedt ook kansen om op basis van kwaliteit onderscheidend te zijn. Voor de jaren 2017 en 2018 is de verwachting dat de omzet tussen de €185 miljoen en € 190 miljoen per jaar blijft bewegen.

6. Financiën

6.1 Resultaatontwikkeling

Het resultaat over 2016 bedraagt € 292.000 positief. Sinds 2014 is sprake van positieve jaarcijfers.

De omzet is met circa € 7 miljoen structureel afgenomen tot € 190 miljoen. Een positief boekresultaat en vergoeding voor zorgproductie aan asielzoekers uit voorgaande jaren brengt de omzet op ca € 192 miljoen. De omzetsdaling is met name veroorzaakt door de verwachte afbouw in de WLZ en het lagere aantal verblijfsdagen bij jongeren onder de 18 jaar.

In de aanloop naar 2016 zijn substantiële maatregelen genomen om de kostenstructuur aan te passen aan de lagere omzetverwachting. Ten opzichte van de begrote omzet 2015 nam de structurele omzet zelfs met € 14 miljoen af. De maatregelen die in het kader van de programma 'Koersvast 2018' werden genomen, spitsten zich toe op 3 terreinen:

- volwassenen & ouderen
- kinder- en Jeugdpsychiatrie
- centraal ondersteunende diensten

Centrale thema's in deze subgroepen bestonden uit:

- vermindering van het personeelsbestand, naar rato van de omzetafname (volumecomponent) en door concentratie van ondersteunende functies en diensten
- concentratie van vastgoed en het vrijspelen van locaties voor verkoop of verhuur

In april 2016 zijn circa 100 medewerkers (60 fte) boventallig gesteld. Daarnaast is gestuurd op natuurlijk verloop en zijn beperkingen gesteld aan de werving van personeel. Deze noodzakelijke maatregelen hebben geleid tot het realiseren van de doelstellingen voor het reduceren van het personeelsbestand.

Onder de zorgverzekeringswet blijven de contractrisico's per zorgverzekeraar substantieel. We zien tevens dat de marktverdeling tussen de verzekeraars volatieler wordt. Dit vergt vanuit bedrijfsvoering strakke sturing op:

- wachttijden
- cliënteninstroom
- ontwikkeling schadelast
- gemiddelde prijs

De onderhandelingen met zorgverzekeraars blijven complex door de vermenging van budgetplafonds met afspraken over het gemiddelde prijzen per cliënt cq het aantal te behandelen unieke cliënten. Het specialistische karakter van de geïntegreerde 2^e lijns zorgaanbod in relatie tot afschaling van zorg richting basisGGZ, huisarts en POH impliceert het risico van een stijging van de gemiddelde prijs. Om de risico's te beheersen moeten zorgaanbieders sturen op overproductie die grotendeels onvergoed blijft.

De transitie naar gemeenten kende in 2016 haar tweede jaar na de invoering op 1 mei 2015. Geconstateerd moet worden dat de transitie tot structurele meerkosten aan overhead leidt en dat nog steeds niet alle gemeenten hun systemen afdoende op orde hebben. Binnen de Jeugdwet is de afnemende vraag naar verblijfsfuncties duidelijk zichtbaar. Besloten is om de klinische capaciteit te concentreren in de kliniek te Almere. Het beschermd wonen kent een stabiele bezetting en na aanvankelijke aarzeling bij gemeenten in 2015 lijken dagbesteding en inloopfunctie hun waarde in het sociaal domein te hebben bewezen.

Het resultaat 2016 is positief, mede dank zij incidentele factoren die bijdragen aan het positieve exploitatieresultaat waaronder een verkooptransactie en de honorering met terugwerkende kracht van geleverde zorg aan asielzoekers. Zonder voornoemde posten zou 2016 zijn afgesloten met een resultaat rond nihil.

6.2 Liquiditeitspositie en rol financiers

De liquiditeitspositie van GGZ Centraal is in 2016 verder verbeterd. Ultimo 2016 is sprake van een positieve bankstand van € 7 miljoen. Gedurende 2016 is nog maar beperkt gebruik gemaakt van de kredietfaciliteit die per september 2016 is teruggebracht van € 40 miljoen naar € 20 miljoen. Met verzekeraars zijn adequate financieringsafspraken gemaakt voor hun deel van het onderhanden werk.

De facturatie van Jeugdwet en WMO productie is in 2016 op gang gekomen. Inmiddels is alle productie over 2015 gefactureerd en grotendeels betaald. De bevoorschotting door gemeenten op de Jeugd DBC's is echter aanzienlijk teruggeschroefd na afloop van het eerste transitiejaar.

GGZ Centraal staat sinds 2014 onder bijzonder toezicht bij haar huisbankier de Rabobank, de medefinancier ING en het WfZ. Niettemin is sprake van een positieve en constructieve relatie waarbij de banken periodiek worden geïnformeerd over de resultaat- en liquiditeitsontwikkeling en de ontwikkelingen in bedrijfsvoering en vastgoed. De ombuiging naar een gezonde financiële bedrijfsvoering heeft inmiddels geleid tot positieve resultaten over de jaren 2014, 2015 en 2016.

Sinds 2013 heeft GGZ Centraal het gebruik van werkkapitaalfinanciering door de banken teruggebracht van ca € 50 miljoen tot circa nihil. Voor de jaren 2017 en 2018 wordt verwacht dat nog enig gebruik van de kredietfaciliteit van € 20 miljoen noodzakelijk is. Het meerjarenbeleid is er op gericht om het gebruik van de kredietfaciliteit tot nihil te reduceren. Behalve de kredietfaciliteit, kent GGZ Centraal langlopende leningen ter financiering van haar vaste activa. Per balansdatum bedraagt de waarde van de vaste activa € 138 miljoen, waarvan € 94 miljoen gefinancierd middels langlopende bancaire financiering (inclusief aflossing < 1 jaar). Op de financiering zit een borging van het Wfz van € 67 miljoen.

6.2.1 Cashflow / prijsrisico / kredietrisico

GGZ Centraal voert een strak treasurybeleid met wekelijkse monitoring van de ontwikkeling van de liquiditeitspositie en maandelijkse herijking van de prognoses. De ontwikkeling van de free cashflow is ook in 2016 positief. Met verdere rendementsontwikkelingen verwacht GGZ Centraal de free cashflow verder te verbeteren in komende jaren. Onzekere factor in deze is met name de omvang en termijnen van de terugbetalingen op de zvw-oude jaren uit hoofde van contract- en controle risico's alsook de onzekerheid omtrent de betalingen die voortvloeien uit de ORT-voorziening. De renterisico's op de kapitaalmarkt zijn in het huidige renteklimaat beperkt van omvang. De leningsportefeuille is langlopend van karakter en de komende renteherzieningstermijnen van de leningen bieden mogelijke prijsvoordelen gezien de huidige lage rentestand. De opslagrisico's voor de ggz-sector zijn nog immer aanwezig; wel komt de sector zichtbaar beter in control waardoor het risico van verdere opslagen voor de sector als geheel niet hoog wordt ingeschat.

De kredietrisico's blijven beperkt van omvang. De diversificatie van de financieringsstromen (zvw, lggz, wlz, wmo, jeugdwet) leidt weliswaar tot hogere administratieve lasten, de contractpartijen als zodanig zijn betrouwbaar in hun betaalgedrag waardoor deze ontwikkeling zich niet of zeer beperkt doorvertaalt in hogere kredietrisico's.

6.3 Analyse van het resultaat

Ondanks de lagere omzet en toegenomen contract- en controlerisico's is 2016 afgesloten met een positief resultaat. Het jaar 2016 stond in het teken van een significante kostenombuiging als gevolg van de verwachte omzetsdaling. De omzet 2016 is € 5,5 miljoen lager uitgekomen dan in 2015.

In het resultaat is begrepen de negatieve resultaten van de 25%-deelneming Indigo Midden NL en de joint-venture/vof SMCvP ad € 0,7 miljoen. Beide deelnemingen worden intensief gevolgd op de herstelplannen en afspraken met zorgverzekeraars. Ten laste van het resultaat is een reservering ad € 1,5 miljoen getroffen voor de kosten van de in 2016 boventallig verklaarde medewerkers. Tevens is een voorziening gevormd voor het risico van nabetalingen van ORT over verlof in de periode vóór 1 juli 2015.

Het resultaat is positief beïnvloed door diverse baten, waaronder de verkoop van een pand, het niet-invorderen van een eerder gestelde vordering door verzekeraars en de toekenning van een vergoeding voor geleverde zorgproductie boven contractwaarde aan asielzoekers.

6.4 De behaalde omzet

Bedrijfsopbrengsten (in euro's)			
	2014	2015	2016
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	194.263.613	197.952.875	192.833.933
Waarvan opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning, exclusief subsidies	186.647.594	189.443.283	182.931.007
Waarvan subsidies/ overige bedrijfsopbrengsten	7.616.019	8.509.593	9.902.926

6.5 De toestand op balansdatum

	2014	2015	2016
Totaal bedrijfsopbrengsten	194.263.613	197.952.875	192.833.933
Exploitatieresultaat	658.975	524.717	292.118
Eigen vermogen	33.707.976 17,35%	35.425.483 17,90%	35.717.601 18,52%
Current ratio	0,75	0,76	0,86
Solvabiliteit	16,45%	19,54%	19,34%

6.6 Toekomstige ontwikkelingen

Het meerjarenperspectief voor GGZ Centraal is positief. Voor 2017 is een omzet begroot van € 188 miljoen, i.e. € 4 miljoen onder de realisatie in 2016. De personele reductie kan naar verwachting middels natuurlijk verloop worden opgevangen. De begroting 2017 is opgesteld met een nulresultaat als uitgangspunt. De contractering met verzekeraars blijft een aandachtspunt op onder meer het aantal cliënten in combinatie met de toenemende zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie. Met Zilveren Kruis wordt een tweejarige afspraak gemaakt. Met de overige verzekeraars is een contract voor 2017 in overeenstemming met onze doelstellingen afgesloten.

De ingezette maatregelen in het kader van Koersvast worden in 2017 verder vormgegeven, zowel wat betreft het effectiever en efficiënter vormgeven van ondersteunende functies als door het concentreren van meerdere zorgprogramma's in een Centrum voor Psychotherapie.

Op het gebied van vastgoed en investeringen wordt het beleid voortgezet om het aantal vierkante meters te beperken. De plan- en visieontwikkeling op de beide landgoederen krijgen in overleg met stakeholders concreter vorm.

In de komende jaren verwacht GGZ Centraal tot substantiële investeringen te komen, voortvloeiend uit de strategische herontwikkeling van de vastgoedportefeuille (par 5.10.2) waarbij thans diverse scenario's worden ontwikkeld voor de landgoederen Zon & Schild en Veldwijk. Voor deze investeringen zal afhankelijk van de verschillende scenario's additionele externe financiering nodig zijn, naast de uit de herontwikkeling verwachte opbrengsten. GGZ Centraal informeert en hoort de banken en het Wfz alsmede andere interne en externe stakeholders periodiek en stap voor stap over deze vastgoedontwikkelingen en verwacht eind 2017 tot een finale businesscase te komen.

6.7 Fusies

Na de fusie met Riagg Amersfoort e.o. in 2015 worden geen nieuwe fusies voorzien. De resultaatontwikkeling bij de deelnemingen SMCvP, Amethist en Indigo Midden Nederland worden kritisch gevolgd. Met name de basis GGZ activiteiten van Indigo Midden Nederland zijn nog niet rendabel en naar verwachting zullen de marges op deze activiteiten zeer beperkt blijven.

6.8 Transitie Jeugd GGZ

De transformatie van de jeugd GGZ heeft in 2016 verder zijn beslag gekregen. Wederom hebben gemeenten hun kortingen uit het gemeentefonds doorvertaald naar budgetkortingen op de jeugdhulp. Fornhese werd dan ook geconfronteerd met wederom een fikse korting op het budget.

Naast personele krimp is Fornhese gereorganiseerd naar een decentrale organisatie. Er zijn regionale behandelteams geformeerd passend bij de lokale situatie. Vorming van regionale programma's reguliere kinder- en jeugdpsychiatrie voor 6 tot 18 jarigen.

Wij hebben zeven regionale teams geformeerd. Gooi & Vechtstreek, Lelystad en Ermelo hebben één team. Almere en Amersfoort hebben twee teams. De invulling van de regioteams is afgestemd op de te verwachten vraag en contractwaarde per gemeente.

Daarnaast zijn twee teams Spoedeisende en Complexe KJP samengesteld. Eén team voor de regio's Eemland en Noord-Veluwe en één team voor de regio's Flevoland en Gooi & Vechtstreek. Tot slot één team 0-6 jaar voor het gehele verzorgingsgebied van Fornhese. Klinische functies zijn geconcentreerd in Almere.

Wij verwachten voor 2017:

- met een capaciteit van veertig klinische behandelplaatsen het minimaal maatschappelijk verantwoorde klinische KJP aanbod te realiseren
- de consultatiefunctie naar de 1e lijn verder uit te breiden
- samen met andere jeugdhulp aanbieders en gemeenten de transformatie verder vorm te geven

7. Onderzoek en ontwikkeling

GGZ Centraal vindt opleiden, wetenschappelijk onderzoek en innovatie belangrijk. Deze activiteiten liggen in het verlengde van, en zijn onlosmakelijk verbonden met het primaire proces zorgverlening. Om deze binding vorm te geven zijn alle activiteiten rond opleiden, onderzoek, innovatie gebundeld binnen Innova. Innova geeft vorm aan de ambities van GGZ Centraal om een lerende organisatie te zijn en om voorop te lopen in kennismanagement en vernieuwing.

Innova is verdeeld in vijf onderdelen:

- opleidingen
- wetenschappelijk onderzoek
- bij- en nascholing
- innovatie
- wetenschappelijke bibliotheek

7.1 Opleidingen

GGZ Centraal kent een jarenlange opleidingstraditie en verzorgt drie grote beroepsmatige- en specialistenopleidingen.

7.1.1 A-opleiding; opleiding tot psychiater

In februari 2012 heeft het register geneeskundig specialisten (RGS) de opleiding gevisiteerd en goedgekeurd voor vijf jaar. Afgelopen jaar (2016) is de visitatie van 1 februari 2017 voorbereid en de benodigde stukken zijn medio december naar de RGS en visitatiecommissie verzonden.

De A-opleider organiseert zowel cultuuravonden als avondreferaten en grootreferaten voor behandelaren en specialisten in opleiding. Aan bod kwam onder andere:

- 'de nieuwe DSM-5 dwangstoornis', door dr. van Megen
- 'onderzoek bij asielzoekers', door dhr. van der Heide
- 'de psychologie van de huidige generatie jongeren', door dhr. van Baan
- casus bespreking PTSS behandeling van een kind, door dr. A. Crijnen

Gemiddeld waren er 45 aiossen in opleiding. Negen aiossen ronden hun opleiding tot psychiater af. Inmiddels is er een alumniclub van oud aios opgericht. Met als doel om de interactie tussen jonge klaren en de nog in opleiding zijnde aiossen te bevorderen. In 2016 werd voor de 3e maal de grote Lowijs onderwijsprijs uitgereikt aan de aios die de hoogste score op de onderwijstoetsen behaalde.

7.1.2 P-opleiding; opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog

In 2016 is naar aanleiding van het werk van de projectgroep P-opleidingen de nieuwe 'Kadernota P-opleiding '2016 en verder' door het MT vastgesteld. Met deze nota wordt een kader geboden voor de structuur en positionering van de P-opleidingen binnen GGZ Centraal, maar ook richting gegeven aan de P-opleidingen voor de komende jaren, rekening houdend met de actuele ontwikkelingen in de GGZ en het verdere zorglandschap.

Het werk van de projectgroep en onderliggende werkgroepen geleid tot een herpositionering en herstructurering van de P-opleidingen. Dit heeft naast een grote betrokkenheid binnen de organisatie, geleid tot concrete veranderingen zoals:

- een plan voor een nieuwe hiërarchische structuur van de opleiding
- verheldering van de begroting
- het oormerken van uren voor praktijkopleiders
- inbedding van wetenschappelijk onderzoek van GioS binnen de onderzoekslijnen

Al deze veranderingen hebben geleid tot een positieve conclusie bij de hervisitatie, waarmee GGZ Centraal weer de volledige erkenning voor alle vier de P-opleidingen terug heeft.

Verder zijn we in 2016 bij de bijeenkomst voor startende opleidingen begonnen met het aanbod Moreel Beraad voor nieuwe opleidingen binnen de organisatie. Daarnaast zijn twee opleidingen aangesloten bij de Centrale Opleidingscommissie, waarmee de verbinding tussen de verschillende postmaster opleidingen vergroot kan worden. Tenslotte komen de praktijkopleiders van GGZ Centraal structureel bij elkaar om de kwaliteit van de P-opleidingen te blijven verbeteren.

Er waren gemiddeld 35 deelnemers aan de verschillende P-opleidingen in dienst bij GGZ Centraal in 2016, waarbij we naast de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog, dit jaar ook met een opleidingsplaats klinisch neuropsycholoog zijn gestart. In dit jaar hebben 9 GZ-psychologen, 1 psychotherapeut en 4 klinisch psychologen hun opleiding afgerond. In een feestelijk afstudeersymposium hebben de klinisch psychologen samen met de nieuw afstuderende psychiaters vanuit de A-opleiding hun afstudeeronderzoeken gepresenteerd.

7.1.3 Opleiding tot Verpleegkundig Specialist

Er zijn in 2016 drie verpleegkundig specialisten gestart en drie verpleegkundig specialisten studeerden af. In 2016 groeide het totaal aantal opleidingsplaatsen naar 10. Daarbij werd gestreefd naar een evenredige verdeling over de RVZ's.

7.1.4 Praktijkopleiding en stagebureau

In 2016 zijn de laatste leerlingen van het ROC Midden-NL gediplomeerd. Alleen ROC Landstede in Harderwijk leidt op tot mbo-verpleegkunde op basis van een leer/arbeidsovereenkomst. Voor de hbo-verpleegkunde op basis van een leer/arbeidsovereenkomst wordt samengewerkt met VIAA en CHE.

Praktijkopleiders geven zelf les bij de mbo-v, en een deel wordt verzorgd door P-opleidingen en aiossen. Ook vak-experts uit de eigen instelling delen hun kennis met de leerling-verpleegkundigen. De opleiding voldoet aan de norm met betrekking tot de praktijk- en onderwijs-uren. Het aantal leerplaatsen is wederom gekrompen naar gemiddeld 65 MBO/HBO.

Ook in 2016 hebben weer bijna 400 stagiaires in het kader van een beroepsopleiding stage gelopen bij GGZ Centraal. Het stagebureau zorgt voor een goede match en administratieve afhandeling. Door een actieve houding zijn er nieuwe stageplaatsen gerealiseerd.

7.2 Wetenschappelijk Onderzoek

Er liepen in 2016 33 studies van medewerkers van GGZ Centraal waarvan 91% binnen één van de onderzoekslijnen of het aandachtsgebied viel. Meer dan de helft van de studies betrof promotieonderzoek. In tabel 1 ziet u een overzicht van de onderzoeken per onderzoekslijn.

Daarnaast participeerde GGZ Centraal in 16 studies geïnitieerd door externe partijen waarvan 88% aansloot bij één van de onderzoekslijnen of het aandachtsgebied. Zie tabel 2.

	Psychotische stoornissen	Angst- en Dwangstoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen	Ontwikkelingsstoornissen	Ouderen psychiatrie	Overig	TOTAAL
Promotie onderzoek	8	3	3	1	1	2	18
Onderzoek vanuit opleiding	2	3	4	2	0	1	12
Overig	1	1	0	0	1	0	3
TOTAAL	11	7	7	3	2	3	33

Tabel 1. Lopend onderzoek GGZ Centraal per onderzoekslijn in 2016

Psychotische stoornissen	Angst- en Dwangstoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen	Ontwikkelingsstoornissen	Ouderenpsychiatrie	Overig	TOTAAL
6	2	2	3	1	2	16

Tabel 2. Lopend onderzoek geïnitieerd door externe partijen waarin GGZ Centraal participeert

Promoties

Drie medewerkers van GGZ Centraal promoveerden in 2016:

- Klein Hofmeijer-Sevink, M. (2016, Februari). *Complex anxiety disorders, risk factors, underlying mechanisms and treatment enhancement*. Promotoren: prof. dr. M. A. van den Hout & prof. Dr. A. J. L. M van Balkom. Copromotoren: dr. D. C. Cath & dr. H. J. G. M. van Megen. Utrecht: Universiteit van Utrecht
- Vissia, E. M. (2016, Mei). *Pieces of the puzzle: Empirical studies on the diagnosis dissociative identity disorder*. Promotoren: prof. dr. A. Aleman, & D. J. Veltman. Copromotor: A. A. T. S. Reinders. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Visser, H. A. D. (2016, November). *Obsessive-compulsive disorder; unresolved issues, poor insight and psychological treatment*. Promotor: prof. Dr. A. J. L. M. van Balkom. Copromotoren: dr. H. J. G. M. van Megen & prof. dr. P. C. van Oppen. Amsterdam: Vrije Universiteit

Publicaties

Medewerkers van GGZ Centraal publiceerden of waren co-auteur van 27 artikelen in peer-reviewed tijdschriften. Daarnaast verschenen 4 hoofdstukken in leerboeken van de hand van GGZ Centraal medewerkers.

Het volledige overzicht met publicaties en presentaties vindt u op [onze website](#)

7.3 Bij- & nascholing

In 2016 heeft Training & Ontwikkeling onder andere onderstaande trainingen georganiseerd die in totaal 2500 deelnames opleverden:

- suïcide preventie
- agressie regulatie training
- voorbehouden en risicovolle handelingen
- motiverende gespreksvoering
- gastvrijheid
- verslavingszorg
- de mat
- MD-traject voor teamleiders

Daarnaast zijn ruim 3000 e-learningmodules voltooid.¹⁰

De meest gevolgde modules van 2016 zijn:

- suïcide preventie: 956
- herstel en herstelondersteuning: 582
- medicatie: 461
- injecteren: 300

Voor de opleidingsplanning van 2017 is er een nieuw format ontwikkeld. Alle afdelingen hebben dit format in oktober 2016 ontvangen met de vraag een inventarisatie te doen voor 2017.

7.4 Innovatie

In 2016 is er vooral ingezet op contact met medewerkers uit alle regio's en verschillende teams, met het doel hen te stimuleren initiatief te nemen en werk te maken van goede ideeën. Ook via posters en nieuwsberichten op het intranet is er bekendheid gegeven aan projecten en de mogelijkheden tot

¹⁰ Een grote stijging t.o.v. 2015: Toen werden er 300 e-learningmodules gevolgd.

financiering en ondersteuning vanuit innovatie. In 2016 hebben wij vijftien aanvragen ontvangen, waarvan er tien zijn gehonoreerd.

Nieuwe projecten:

- emotieherkenning kan je leren: Implementeren van een training emotieherkenning om na te gaan of dit een positief effect heeft op de contacten in het dagelijks leven van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis
- psychodiagnostiek LEAN: De afdeling psychodiagnostiek in Amersfoort gaat als eerste afdeling bij GGz Centraal werkprocessen én zorg verbeteren door LEAN te werken
- cliëntenpanel GGz Centraal: Door het formeren van een cliëntenpanel is het mogelijk om online onderzoek te doen onder onze cliënten, naasten en andere geïnteresseerden. In het cliëntenpanel worden bijvoorbeeld (nieuwe) initiatieven getoetst. Met hun deelname helpen de leden van het cliëntenpanel de kwaliteit van de zorg binnen GGz Centraal verder te verbeteren
- Wellness Recovery Action Plan (WRAP): WRAP is een combinatie van zelfhulp en peer-support die wordt gefaciliteerd door GGz Centraal. Door subsidie van het Chevallierfonds, eigen bijdragen van de RVZe's en innovatiebudget kunnen we starten met de training en het implementatietraject. WRAP ondersteunt persoonlijk herstel, emancipatie en het doorbreken van (zelf)stigmatisering

Afgeronde projecten:

- dwangwijzer-app: de dwangwijzer - de checklist voor hulpverleners die te maken hebben met dwang en drang in de behandeling - is in een app gegoten: altijd beschikbaar, makkelijk te updaten en te delen met collega-instellingenpilot.
- psymate: in dit innovatieproject hebben we de psymate app bij Emerhese uitgeprobeerd. Zo konden we samen met de patiënt meer inzicht te krijgen in diens functioneren en emoties. De pilot is succesvol verlopen en psymate is geïntegreerd in het behandelaanbod.

Financieel

Het innovatiebudget voor 2016 bedroeg €125.000. De projecten lopen door over de kalenderjaren heen. Het bedrag is volledig toegekend aan projecten, maar er is uiteindelijk minder besteed, namelijk 75% van het totale budget (€93.000). Daarnaast waren er inkomsten uit subsidies ter hoogte van €36.692.

7.5 GGZ Kenniscentrum

In 2016 heeft de samenwerking tussen de bibliotheken van GGz Centraal en Altrecht verder vorm gekregen. De collectie is op elkaar afgestemd en de catalogus is samengevoegd. Er is besloten om een nieuwe website voor het GGZ Kenniscentrum te bouwen. De nieuwe site wordt april 2017 opgeleverd.

In 2016 zijn twee nieuwe vormen van dienstverlening met succes getest:

- Mox-info: attendering op onderwerp in de nieuw verschenen tijdschriften en dagbladen
- Discovery search: op googleachtige manier zoeken in de door GGZ Kenniscentrum aangegeven bronnen.

Beide functies worden in 2017 bij de nieuwe website geïmplementeerd.

8. Verslag Raad van Bestuur

8.1 Samenstelling en portefeuillevverdeling

De raad van bestuur, bestaande uit mevrouw dr. T.J. Heeren (voorzitter) en de heer drs. A.C. van Esterik, is integraal verantwoordelijk voor de instelling en het instellingsbeleid.

In het reglement raad van bestuur worden de volgende kernelementen beschreven: de bestuurstaak, verantwoording en verantwoordelijkheid, besluitvorming, vergaderingen, waarneming en vacature, openbaarheid en belangenverstrengeling, geheimhouding, medezeggenschap, openheid en verantwoording extern en deskundigheid. Het reglement kan worden gewijzigd door een besluit van de raad van bestuur. Het besluit behoeft de goedkeuring van de raad van toezicht. In voorkomende gevallen waarin het reglement niet voorziet besluit de raad van bestuur met inachtneming van wettelijke bepalingen en statuten. In de jaarlijkse evaluatie van zijn functioneren, gaan de raad van bestuur en de raad van toezicht na of het reglement nog aan de daaraan te stellen criteria voldoet.

8.2 Portefeuillevverdeling

Er is binnen de raad van bestuur sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het instellingsbeleid, terwijl er tevens tussen de bestuurders sprake is van een heldere verdeling van de portefeuilles.

Portefeuillevverdeling

	Drs. A.C. van Esterik	Dr. T.J. Heeren (vz)
raad van toezicht	raad van toezicht	raad van toezicht (contactpersoon)
	auditcommissie	remuneratiecommissie
		commissie kwaliteit & veiligheid
directies RVZe	Veluwe & Veluwe Vallei	Eemland (vh Oostelijk Utrecht)
	Flevoland	Gooi & Vechtstreek
		Fornhese, kinder & jeugdpsychiatrie
		Innova
samenwerkingsverbanden	Amethist	SymforaMeander Centrum voor Psychiatrie (SMCvP)
		Indigo Midden Nederland
managers vakcentra	financiën, administratie en informatievoorziening (FAI)	ICT
	facilitair bedrijf & vastgoed	A-opleider, P-opleider
	mens & organisatie	Bestuurssecretaris
	concern controller	concern controller
	interne controller AO/IC	
medezeggenschap	ondernemingsraad (OR)	centrale cliëntenraad (CCR)
zorg-ondersteunende commissies	commissie rechtmatigheid en doelmatigheid zorgregistratie (RDZ)	centrale commissie behandelprogramma's (o.a. zorgpaden) (CCBP)
	commissie herstel en herstelondersteuning	stuurgroep kwaliteit van zorg
	commissie informatievoorziening & automatisering (I&A)	klachtencommissie patiënten en cliënten
		commissie zorg ICT
zorginhoudelijke commissies	commissie ziekenhuishygiëne	commissie intensive care
		commissie geneesmiddelen
		commissie suicidaliteit
		commissie zorgveiligheid

	Drs. A.C. van Esterik	Dr. T.J. Heeren (vz)
personeel-gerelateerde commissies	adviescommissie sociale begeleiding (ASB)	
	klachtencommissie medewerkers (IKBC)	
overige commissies	museumcommissie Parkzicht	
	museumcommissie Grombaard	
Overige beleids terreinen	Chevallierfonds	bureau geneesheer-directeuren
	zorgverkoop	zorgverkoop
	USER	beleid naastbetrokkenen
	bestuur ROQUA	
	aandeelhoudersvergadering Phebe	
	Lucas Lindenboomfonds	
Vertrouwens personen	patiëntvertrouwenspersonen (PvP)	patiëntvertrouwenspersonen (PvP)
	medewerkersvertrouwenspersonen	
	familievertrouwenspersoon	familievertrouwenspersoon

8.3 Informatievoorziening

De raad van bestuur zorgt voor tijdige informatievoorziening aan de raad van toezicht over aangelegenheden die nodig zijn om de toezichthoudende en adviserende taak adequaat te kunnen vervullen. Periodiek wordt informatie verstrekt over de realisatie van de doelstellingen en de beleidsplannen inclusief de daaraan verbonden risico's, de kwaliteit van de zorg alsmede de doelmatigheid en continuïteit van de organisatie en de bedrijfsvoering. Afspraken rond de informatieverstrekking aan de raad van toezicht zijn vastgelegd in het Informatieprotocol.

8.4 Nevenfuncties raad van bestuur

Dhr. drs. A.C. van Esterik heeft de volgende nevenfuncties:

- voorzitter gebruikersvereniging USER
- lid raad van toezicht scholengemeenschap Erfgooierscollege, Huizen
- lid commissie werkgevers- en arbeidszaken GGZ Nederland

Mw. dr. T.J. Heeren heeft de volgende nevenfuncties:

- lid commissie nationaal programma ouderenzorg van ZonMW
- vice-voorzitter union européenne des médecins spécialistes/UEMS Sectie Psychiatrie
- lid adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen
- lid van de raad van toezicht van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
- lid commissie Financiering en Bekostiging GGZ Nederland

9. Verslag van de raad van toezicht

In de statuten en het reglement raad van toezicht zijn de taken en verantwoordelijkheden van de (leden van de) raad van toezicht beschreven. In de raad is de noodzakelijke kennis van uiteenlopende disciplines aanwezig: bestuurlijke kennis en ervaring, financiële expertise, inzicht in de (kwaliteit) van zorg van aanpalende disciplines. In het Informatieprotocol zijn de afspraken vastgelegd met betrekking tot de informatie van de raad van bestuur aan de raad van toezicht.

9.1 Samenstelling raad van toezicht eind december 2016

Naam	Hoofdfunctie	Nevenfuncties ¹¹ voor zover relevant voor de vervulling van de taak
Dhr. M.W.L. Hoppenbrouwers		- lid Raad van Toezicht Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg - lid Raad van Commissarissen Zorg en Zekerheid, zorgverzekeraar - lid Landelijke Adviescommissie Lokaal Overleg (op voordracht van Zorgverzekeraars Nederland) - lid Raad van Toezicht Stichting Noadin
Dhr. drs. F.J. van der Lee	Partner BDO Consultants	lid raad van toezicht Stichting ZorgAccent
Dhr. S.J. Vegter MBA	Directeur zorginnovatie platform Izovator	- bestuurslid Disability Studies Nederland VU - voorzitter Steunstichting 'het Lot' t.b.v. Blinden en Slechthorenden - penningmeester stichting Soft Tulip, ondersteuning gezondheidszorg Oost-Europa - commissaris Van der Valk Care - Voorzitter raad van toezicht Hospice Huizen
Mw. dr. L.A. van der Velden ¹²	KNO-arts / hoofd-hals chirurg Antoni van Leeuwenhoek / Nederlands Kanker Instituut te Amsterdam	- lid Raad van Toezicht Instituut Verbeeten - lid commissie kwaliteit en veiligheid - tijdelijk lid bestuur Verbeeten Fonds - lid Raad van Advies Medisch Contact, website en tijdschrift uitgegeven door Artsenfederatie KNMG 0-aanstelling hoofd-hals chirurg Leids Universitair Medisch Centrum - lid commissie wetenschap patiëntenvereniging hoofd-hals, voor mensen geraakt door hoofd-halstumoren
Mw. D.L. van Vliet MA	Manager Kwaliteit met Beleid Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland/VGN	n.v.t.
Mw. mr. drs. G.H. van der Waaij	Advocaat-vennoot Assum Delft Advocaten N.V	voorzitter Raad van Toezicht Stichting Voila te Leusden (koepel van 11 scholen voor basisonderwijs)

Overzicht van de leden van de Raad van Toezicht GGZ Centraal per 31 december 2016

¹¹ Voordat leden van de raad van toezicht nieuwe nevenfuncties aangaan, wordt dit eerst besproken met de voltallige raad van toezicht om na te doen gaan of er sprake is van belangenverstrengeling.

¹² Lid met professionele zorgachtergrond

9.2 Rooster van aftreden raad van toezicht

Benoeming van leden van de raad van toezicht vindt plaats voor een termijn van vier jaar, waarna de leden eenmaal herbenoembaar zijn voor vier jaar.

In verband met het bereiken van de maximale zittingsduur trad op 20 mei 2016 de heer drs. C. de Kruijf terug als lid van de raad van toezicht. De raad van toezicht heeft besloten niet te gaan werven voor een nieuw lid raad van toezicht. De landelijke norm van zes toezichthouders per instelling, heeft mede tot dit besluit geleid. Na het vertrek van dhr. De Kruijf gaat de raad van toezicht verder met 6 personen.

Naam en geboortedatum	Functie	1 ^{ste} benoeming	Datum herbenoeming	Datum aftreden
Dhr. M.W.L. Hoppenbrouwers 03.03.1951	lid raad van toezicht • lid auditcommissie	13.06.2015	n.v.t. – benoeming is voor vier jaar	13.06.2019
Dhr. drs. F.J. van der Lee 19.11.1967	vice-voorzitter raad van toezicht • voorzitter auditcommissie • lid remuneratiecommissie • lid selectiecommissie	01.05.2013	01.05.2017	01.05.2021
Dhr. S.J. Vegter MBA 28.01.1950	voorzitter raad van toezicht • lid remuneratiecommissie • lid selectiecommissie	01.07.2014	01.07.2018	01.07.2022
Mw. dr. L.A. van der Velden 19.11.1963	lid raad van toezicht • voorzitter commissie kwaliteit & veiligheid	01.01.2012	01.01.2016	01.01.2020
Mw. D.L. van Vliet MA 19.03.1964	lid raad van toezicht • lid commissie kwaliteit & veiligheid	01.01.2015	01.01.2019	01.01.2023
Mw. mr.drs. G.H. van der Waaij 13.09.1954	lid raad van toezicht • lid commissie kwaliteit & veiligheid	01.10.2015	01.10.2019	01.10.2023

Overzicht rooster van aftreden raad van toezicht GGZ Centraal per 31 december 2016

9.3 Evaluatie

De raad van toezicht is verantwoordelijk voor governance en naleving van de governance code. Minimaal één maal per jaar evalueert de raad van toezicht zijn eigen functioneren buiten aanwezigheid van de raad van bestuur en informeert de raad van bestuur over de uitkomsten hiervan. Jaarlijks voert de raad van toezicht met de raad van bestuur als geheel een evaluatiegesprek over het wederzijds functioneren van beide organen op zich en in relatie tot elkaar.

In de oktobervergadering van de raad van toezicht is afgesproken een uitgebreide evaluatie begin 2017 uit te voeren onder leiding van een externe procesbegeleider. Ter voorbereiding op de evaluatie dienen de leden van zowel de raad van toezicht als de raad van bestuur een vragenlijst in te vullen en ieder lid heeft een interview met de procesbegeleider. Op basis hiervan wordt een evaluatiesessie georganiseerd met de voltallige raad van toezicht en leden raad van bestuur.

9.4 Honorering

De honorering van de leden van de raad van toezicht is vastgesteld op basis van de adviesregeling van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen/NVTZ.

Vanaf januari 2017 wordt het NVTZ Advies honorering raden van toezicht in zorg en welzijn 2017 gevolgd (functiegroep 4).

In verband met gewijzigde wetgeving voor commissarissen per 1 januari 2017 is in de vergadering raad van toezicht van 10 mei 2016 besloten dat de fictieve dienstbetrekking voor RvT-leden per 1 januari 2017 komt te vervallen. Dit betekent dat zij vanaf 1 januari geen vergoeding meer via de salarisadministratie ontvangen, maar via een declaratie die zij zelf indienen bij de financiële administratie.

De beloning van de leden raad van toezicht is in 2016 gelijk gebleven aan die van 2015. De honoraria bedragen voor de voorzitter en leden (incl. vicevoorzitter) in 2016 respectievelijk € 17.000,- en € 11.500,- bruto.

9.5 Werkzaamheden in het verslagjaar

De raad van toezicht vergaderde in het verslagjaar zes maal in aanwezigheid van de raad van bestuur, te weten op 16 februari, 10 mei, 21 juni, 31 augustus, 25 oktober en 6 december 2016. De augustusvergadering vond plaats tijdens een tweedaagse 'heibijeenkomst'. Op de eerste dag was gastspreker prof. dr. Philippe Delespaul aanwezig om de raad van toezicht te informeren over de nieuwe GGZ. Dhr. Delespaul is hiervan mede-initiatiefnemer. De beweging "De Nieuwe GGZ" wil alle mensen die betrokken zijn bij de GGZ mobiliseren om met elkaar in discussie te gaan, ideeën te verzamelen, vernieuwende samenwerkingsverbanden en projecten te starten en visie te ontwikkelen om de GGZ toekomstbestendig te maken. De raad van toezicht voerde een interessante discussie met de inleider.

In het verslagjaar heeft een aantal leden van de raad van toezicht twee maal deelgenomen aan een periodieke overlegvergadering van de ondernemingsraad en de raad van bestuur, en één keer aan het overleg van de centrale cliëntenraad en de raad van bestuur. Conform de beleidscyclus van de organisatie is de raad van toezicht nauw betrokken bij de ontwikkeling en beoordeling van de strategie en de prestaties van de organisatie.

9.6 Overleg met de externe accountant

In het reglement raad van toezicht GGZ Centraal staat beschreven hoe het overleg met de externe accountant binnen GGZ Centraal is ingericht:

Artikel 8.2.5 – De raad van toezicht vergadert zesmaal per jaar, waarvan tenminste één vergadering wordt gehouden ter bespreking van de jaarstukken in aanwezigheid van de accountant van de stichting en één vergadering ter bespreking van het jaarplan en de daarbij behorende begroting voor het komend boekjaar.

Artikel 9.2.2 – De auditcommissie rapporteert schriftelijk aan de raad van toezicht. Binnen de raad is de auditcommissie het eerste aanspreekpunt voor de accountant. Vergaderingen van de auditcommissie worden in beginsel bijgewoond door een lid van de raad van bestuur en de accountant, tenzij de auditcommissie om bijzondere redenen zonder een van hen wil vergaderen.

De accountant was in het verslagjaar aanwezig in de vergadering van de auditcommissie van de raad van toezicht op 22 november, waarin de jaarrekening en het accountantsverslag over 2015 zijn besproken en vastgesteld. In de vergadering van de raad van toezicht op 25 oktober 2016 heeft de voltallige raad van toezicht de auditcommissie mandaat gegeven om genoemde stukken op 22 november te beoordelen en vast te stellen.

9.7 Vergaderingen raad van toezicht in vogelvlucht

In de reguliere vergaderingen van de raad van toezicht zijn onder andere de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

Ter bespreking/informatie:

- risico-inventarisatie 2016
- financiële (kwartaal)rapportages, liquiditeitsprognoses en eindejaarsverwachting 2016
- sociaal beleid/HRM, verzuim en re-integratie
- terugkoppeling over overleg met de vakbonden
- datalekken en informatiebeveiliging
- meerjarenbegroting
- rapportage Tonen van Kwaliteit – zie beschrijving bij RvT-commissie kwaliteit & veiligheid
- vastgoedontwikkeling en lange termijnhuisvestingsplan
- actualisatie nevenfuncties leden raad van toezicht
- invulling tweedaagse heisessie, werkbezoeken raad van toezicht en bepalen onderwerp voor scholing in 2016
- agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie
- toelichting op Zorgpaden
- toezicht op goed bestuur – rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit d.d. juli 2016
- terugkoppeling over HKZ-audit in september 2016
- terugkoppeling over IGZ-bezoek in september 2016
- nieuwe governancecode zorg per 2017
- treasury jaarplan 2017
- strategische en bestuurlijke ontwikkelingen
- activiteiten van de deelnemingen van GGZ Centraal: SymforaMeander Centrum voor Psychiatrie, Indigo Midden-Nederland en Amethyst
- bezoldiging leden raad van toezicht – aankondiging nieuw advies NVTZ in november 2016

Ter goedkeuring/besluitvorming:

- portefeuilleverdeling raad van bestuur d.d. 18 januari 2016
- aanstelling KPMG als externe accountant
- verkoop van Meander Lelystad aan Kwintes
- nieuwe regels voor declaraties leden raad van toezicht i.v.m. gewijzigde wetgeving commissarissen per 1 januari 2017
- declaratieregeling voor bestuurders
- definitieve begroting 2016
- kadernota inclusief begroting 2017
- herbenoeming van mw. Van der Velden als lid van de RvT voor een tweede termijn van vier jaar
- rooster van aftreden en samenstelling commissies raad van toezicht
- bestuursverslag GGZ Centraal 2015
- mandateren van de auditcommissie om de jaarrekening 2015 op 22 november 2016 te beoordelen in het bijzijn van de accountant.
- jaarrekening en accountantsverslag 2015 (bij mandaat heeft de auditcommissie goedkeuring verleend op 22.11.2016)
- jaarplanning raad van toezicht GGZ Centraal 2017
- oprichting stichting vrienden van GGZ Centraal per 2017
- het afhandelen van de transitie crisisdienst (van regio Eemland naar SymforaMeander) buiten vergadering

9.8 Kennismaking met het primaire proces

Twee maal per jaar bezoekt de raad van toezicht voorafgaand aan een vergadering, één van de zorgeenheden dan wel vakcentra van GGZ Centraal in het kader van kennismaking met de directe zorgverlening en de ondersteunende processen.

In juni bezocht de raad van toezicht Symfona Meander Centrum voor Psychiatrie. De toezichthouders vonden het een goede bijeenkomst die in open sfeer plaatsvond. Voorafgaand aan de vergadering in december was er een ontmoeting tussen de raad van toezicht en het managementteam van GGZ Centraal. De thema's van deze bijeenkomst waren: ervaringsdeskundigheid, eigen regie van de cliënt en herstel. De raad van toezicht complimenteerde de bestuurders met de organisatie van deze middag, die informatief, leerzaam en zinvol was.

9.9 Deskundigheidsbevordering raad van toezicht

De nieuwe GGZ: discussiebijeenkomst met prof. dr. Philippe Delespaul.
Corporate Governance in de zorg: workshop gericht op de nieuwe, huidig geldende Governancecode Zorg 2017, verzorgd door enkele juristen van Nysingh Advocaten in gezamenlijkheid met het voltallige managementteam van GGZ Centraal.
Daarnaast volgen raadsleden ook individuele scholing.

9.10 Commissies raad van toezicht

De raad van toezicht werkt, conform paragraaf 6.4.4 uit de Governancecode Zorg 2017, met enkele commissies ter voorbereiding van of ter advisering over de besluitvorming in de raad van toezicht. Dit zijn de auditcommissie, de remuneratiecommissie, de selectiecommissie en de commissie kwaliteit & veiligheid.

Auditcommissie

Aan het eind van het verslagjaar bestaat de auditcommissie uit de heren Van der Lee (voorzitter), De Kruijf en Hoppenbrouwers. De auditcommissie vergaderde in 2016 zevenmaal met de raad van bestuur, de manager Financiën, Administratie & Informatievoorziening/FAI en de concerncontroller. De vergaderingen vonden respectievelijk op 8 maart, 19 april, 19 mei, 7 juli, 18 oktober, 22 november en 6 december plaats. Tijdens de voorlaatste vergadering was ook de externe accountant KPMG aanwezig.

De volgende onderwerpen kwamen o.a. in de vergaderingen van de auditcommissie aan bod:

- selectie accountantskantoren in verband met het aangaan van een nieuw contract
- (proces) jaarrekening 2015
- herziene) exploitatiebegroting 2016
- resultaat- en liquiditeitsontwikkeling / eindejaarsverwachting 2016
- zorgcontractering
- materiële controles 2013/2014
- jaarrekening 2015 GGZ Centraal en bevestiging bij de jaarrekening 2015
- accountantsverslag GGZ Centraal controle jaarrekening 2015
- scenario's en plannen van de langdurige zorg en Kinder- & Jeugdpsychiatrie
- financiële maand- en kwartaalrapportages 2016
- treasury jaarplan 2017
- kaderbegroting 2017
- vastgoedontwikkeling en lange termijn huisvestingsplan
- financiële ontwikkelingen en het 'in control' zijn van de organisatie

Na de vergadering van de auditcommissie werden de resultaten van de besprekingen van de auditcommissie teruggekoppeld in de eerstvolgende raad van toezichtvergadering zodat discussie en besluitvorming over deze onderwerpen in de voltallige raad van toezicht kon plaatsvinden.

De verslaglegging van de auditcommissie werd verspreid onder alle leden raad van toezicht.

Remuneratiecommissie

Aan het eind van het verslagjaar bestaat de remuneratiecommissie uit de heren Vegter, voorzitter en Van der Lee, vice-voorzitter raad van toezicht.

De werkgeversrol van de raad van toezicht krijgt vooral gestalte via de remuneratiecommissie. De remuneratiecommissie wordt ambtelijk ondersteund door de bestuurssecretaris. Over de beloning van de bestuurders wordt gerapporteerd in de jaarrekening 2016.

De remuneratiecommissie vergaderde op 22 maart 2016, waarin o.a. de voorbereiding van de jaargesprekken met de leden van de raad van bestuur, herijking governancecode en een nieuwe declaratieregeling voor de leden van de raad van bestuur centraal stonden. De jaargesprekken tussen remuneratiecommissie en bestuurders vonden eveneens op 22 maart 2016 plaats.

Selectiecommissie

De selectiecommissie bestaat uit dezelfde leden als de remuneratiecommissie. De selectiecommissie van de raad van toezicht is in 2016 als zodanig niet bij elkaar geweest. Wel is in RvT-verband besloten geen vacature te stellen in verband met het vertrek van toezichthouder De Kruijf in mei 2016.

Commissie kwaliteit & veiligheid

De commissie kwaliteit & veiligheid bestaat aan het eind van het verslagjaar uit de volgende leden: L.A. van der Velden (voorzitter), D.L. van Vliet en G.H. van der Waaij.

De commissie heeft in 2016 drie keer vergaderd: 19 april, 27 september en 6 december. De taakstelling van deze commissie is het (voorbereidend) adviseren van de raad van toezicht, in goed overleg met de raad van bestuur, aangaande vraagstukken die het bestuursbeleid raken inzake de kwaliteit en de veiligheid van de zorg in en vanuit de instelling.

Tijdens de vergaderingen is aandacht besteed aan o.a. de volgende onderwerpen:

- bestuursverslag 2015
- rapport 'Tonen van Kwaliteit', waarin periodiek een antwoord wordt gegeven op de vraag of GGZ Centraal goede en veilige zorg levert en of er sprake is van continu verbeteren. Uitgangspunt hierbij zijn de vier domeinen van kwaliteit, te weten: Organisatie, Bestuur, Professional en Cliënt. In elk domein wordt een ander aspect van Kwaliteit belicht.
- agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie
- kwaliteitsstatuut dat iedere instelling per 1 januari 2017 in werking moet hebben
- jaarverslag klachtencommissie cliënten 2015 GGZ Centraal
- jaarverslag Patiëntenvertrouwenspersoon 2015
- de nieuwe GGZ; n.a.v. de tweedaagse heibijeenkomst in augustus 2016

Evenals bij de auditcommissie werden de resultaten van de besprekingen van de commissie kwaliteit & veiligheid teruggekoppeld in de eerstvolgende raad van toezichtvergadering zodat discussie en besluitvorming over deze onderwerpen in de voltallige raad van toezicht kon plaatsvinden. De verslaglegging van de commissie kwaliteit & veiligheid werd verspreid onder alle leden raad van toezicht.