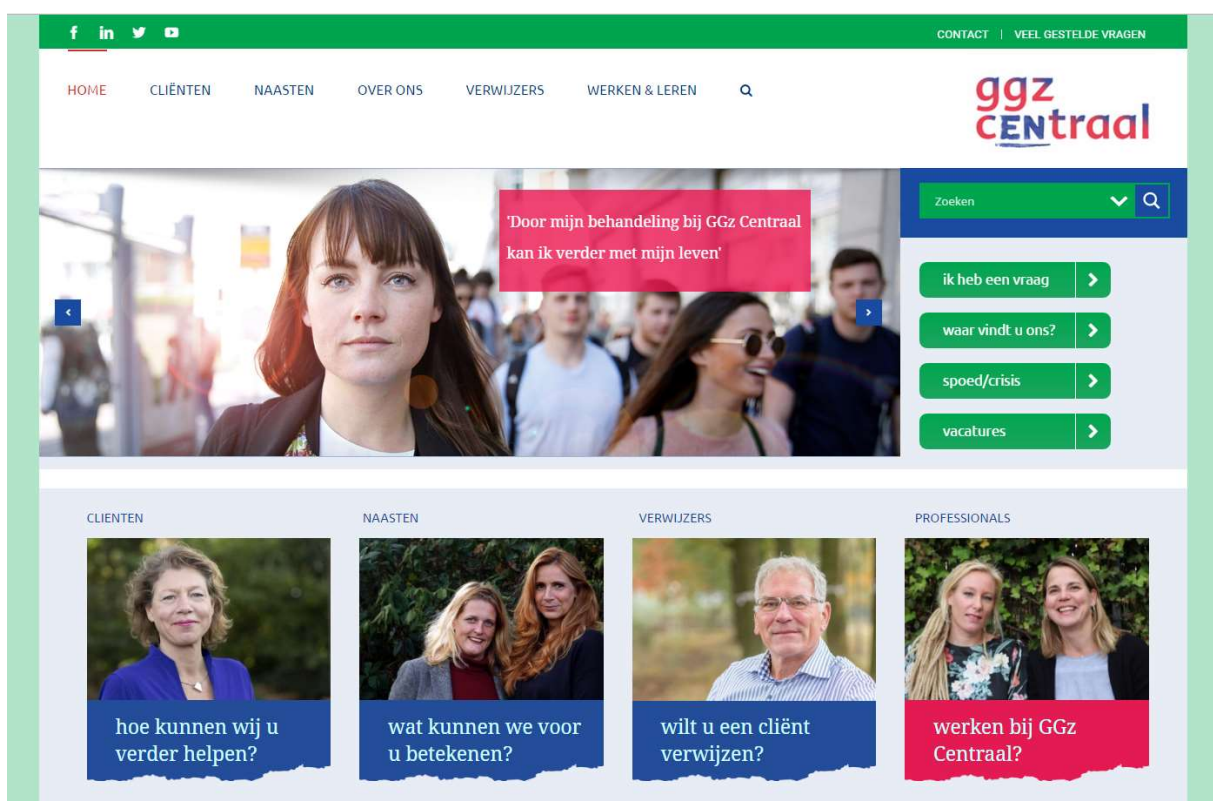


Bestuursverslag GGz Centraal

onze verantwoording over 2017



29-05-2018

Inhoudsopgave

1.	Voorwoord	4
2.	Algemeen.....	5
2.1	Kernactiviteiten	5
2.2	Kerncijfers	6
2.3	Besturingsfilosofie	7
2.4	De juridische structuur	9
2.5	Nieuwe vorm van samenwerking met Meander MC.....	10
2.6	Normen voor goed bestuur	10
3.	Medezeggenschap	11
3.1	Clënten.....	11
3.2	Medewerkers	12
4.	Klachten.....	14
4.1	Klachtencommissie.....	14
4.2	Klachtenfunctionaris	15
4.3	Klachten en bezwaren medewerkers	16
4.4	Commissie grensoverschrijdend seksueel gedrag.....	17
5.	Toetsbare doelstellingen	18
5.1	Specialistische GGZ	18
5.1.1	De Zorgpaden.....	18
5.2	Intensieve psychiatrie	18
5.2.1	Ontwikkeling behandelprogramma "intensieve psychiatrie".....	18
5.3	Netwerken.....	19
5.3.1	Arrangementen voor EPA-clënten.....	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	19
5.4.4	Moreel beraad.....	19
5.5	Kwaliteit en veiligheid	20
5.5.1	Organisatie kwaliteit van zorg & innovatie.....	20
5.5.2	Kwaliteit- en veiligheid audit	20
5.5.3	Incidenten en calamiteiten.....	20
5.5.4	ROM	20
5.5.5	Nieuwe wet- en regelgeving	21
5.5.6	Anticiperen op Algemene Verordening Gegevensbescherming	21
5.6	Clëntenervaringen en participatie.....	21
5.6.1	Clëntervaringsmeting, de CQi en de jeugdthermometer	21
5.6.2	Spiegelgesprekken	22
5.6.3	Kwaliteitstoetsing vanuit cliëntperspectief	22
5.6.4	Clëntpanel.....	22
5.7	Eigen regie cliënten en naasten	22
5.7.1	Toegang tot het online dossier	22
5.7.2	Herstel	23
5.8	Bedrijfsvoering	23
5.9	Meerjarenbegroting	25
5.10	Invoering Zorg365	26
5.11	Professionele werkcultuur en aantrekkelijk werkgeverschap.....	27
5.11.1	Doorontwikkeling performancemanagement en leiderschap	27
5.11.2	Plannen voor uitvoer MTO.....	27
5.11.3	Doorontwikkeling verzuim- & re-integratiebeleid	28
5.12	Huisvesting en Vastgoed	28
5.12.1	Schuifplan vastgoed	28
5.12.2	Strategisch herontwikkeling vastgoedportefeuille	28
5.12.3	Afstoten gebouwen en terreinen.....	29
6.	Financiën	30
6.1	Resultaatontwikkeling.....	30
6.1.1	Begroting 2017	30
6.1.2	Resultaatontwikkeling 2017	30

6.1.3	Analyse van het resultaat	31
6.2	Liquiditeitspositie en rol financiers.....	31
6.2.1	Cashflow/ prijsrisico/ kredietrisico.....	31
6.3	De behaalde omzet	32
6.4	De toestand op balansdatum.....	32
6.5	Ontwikkelingen 2018	32
6.5.1	Wachttijden in de zorg en schaarste op de arbeidsmarkt	32
6.5.2	Financieringsaanvraag herontwikkelingsplannen vastgoed	32
6.5.3	Heroverwegingen Samenwerkingsverband SMCvP	33
6.5.4	Afspraken zorgverzekeraars, zorgkantoor en gemeenten	33
6.5.5	Wijziging bekostiging Jeugdwet.....	33
7.	Onderzoek en ontwikkeling	34
7.1	Opleidingen.....	34
7.1.1	P-opleiding; opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog....	34
7.1.2	Opleiding tot Verpleegkundig Specialist.....	35
7.1.3	Praktijkopleiding en stagebureau	35
7.2	Wetenschappelijk Onderzoek.....	35
7.3	Training en ontwikkeling	36
7.4	Innovatie	36
7.5	GGZ Kenniscentrum.....	37
8.	Verslag Raad van Bestuur.....	38
8.1	Samenstelling en portefeuilleverdeling.....	38
8.2	Portefeuilleverdeling	38
8.3	Informatievoorziening	39
8.4	Nevenfuncties raad van bestuur.....	39
9.	Verslag van de raad van toezicht	40
9.1	Samenstelling raad van toezicht eind december 2016	40
9.2	Rooster van aftreden raad van toezicht	40
9.3	Evaluatie	41
9.4	Honorering	41
9.5	Werkzaamheden in het verslagjaar	42
9.6	Overleg met de externe accountant	42
9.7	Vergaderingen raad van toezicht in vogelvlucht.....	42
9.8	Kennismaking met het primaire proces	43
9.9	Deskundigheidsbevordering raad van toezicht	44
9.10	Commissies raad van toezicht.....	44

1. Voorwoord

Terwijl 2018 alweer bijna op de helft is, leggen wij in het voorliggende bestuursverslag verantwoording af over onze activiteiten in 2017. Dit is voor ons een belangrijk moment om terug te kijken en met gepaste trots vast te stellen waar wij nu staan.

Onze medewerkers hebben, net als in voorgaande jaren, kwalitatief goede zorg geboden, en dat in tijden van grote maatschappelijke ontwikkelingen en de eisen die aan ons en onze samenwerkingspartners gesteld worden.

Wij zijn zeer verheugd over het feit dat de zorgverzekeraars, banken en het waarborgfonds hun volle vertrouwen hebben uitgesproken in onze organisatie. Het bijzonder beheer van de banken is opgeheven en wij zijn met hen in gesprek over de noodzakelijke investeringen in nieuwbouw voor onze cliënten. Voor GGZ Centraal betekent dit dat, na een periode van financieel herstel, gestart kan worden met voor onze medewerkers en cliënten nodige ontwikkelingen.

De komende jaren zullen wij de transitie van onze organisatie samen met onze netwerkpartners vorm geven. De ontwikkeling van onze terreinen Veldwijk in Ermelo en Zon & Schild in Amersfoort is daarvoor essentieel. Samen met gemeenten, woningcorporaties, projectontwikkelaars en andere zorgaanbieders gaan wij in op de vraag van de samenleving op het gebied van wonen, werk en zorg.

Wij zijn trots op alle medewerkers en vrijwilligers die bijgedragen hebben aan een financieel gezond resultaat in 2017. Er is met grote inzet en veel ambitie gewerkt, soms in weerbarstige situaties. Veel dank daarvoor! Juist nu, bij schaarste op de arbeidsmarkt, is het ontzettend belangrijk dat onze collega's met plezier hun vak kunnen uitoefenen, niet gehinderd door overbodige administratieve handelingen en in een veilige omgeving.

Albert van Esterik
voorzitter raad van bestuur

Arjan Theil
lid raad van bestuur

Sjoerd Vegter
voorzitter raad van toezicht

2. Algemeen

GGZ Centraal helpt mensen met psychische problemen opdat zij optimaal regie op hun eigen leven voeren. 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.

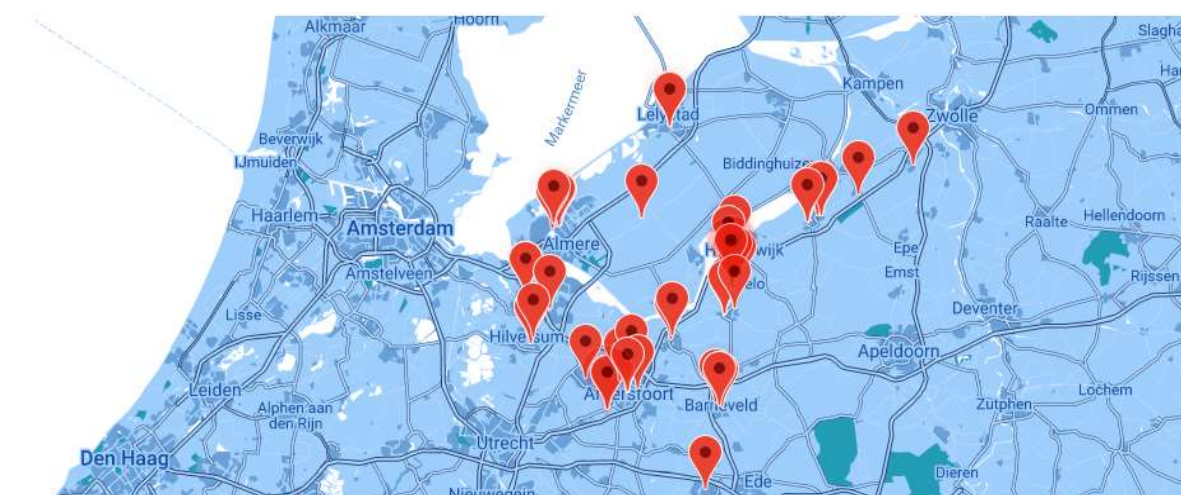
Om te voorkomen dat mensen met psychische problemen tussen wal en schip vallen werken wij intensief samen met huisartsen, sociale wijkteams, jeugdzorginstellingen, algemene ziekenhuizen, ambulante zorgaanbieders, forensische psychiatrie, verslavingszorg, RIBW-, LVB (licht verstandelijk beperkt)- en collega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

Onze kernwaarden zijn: “deskundig & dichtbij”. Daarom werken we eraan om de zorg dicht mogelijk bij onze cliënten aan te bieden. Onze zorg ontwikkelt zich in nauwe afstemming met onze ketenpartners en is zo goed mogelijk afgestemd op de vragen van onze cliënten. Met goede, efficiënte zorg bevorderen we de autonomie van onze cliënten.

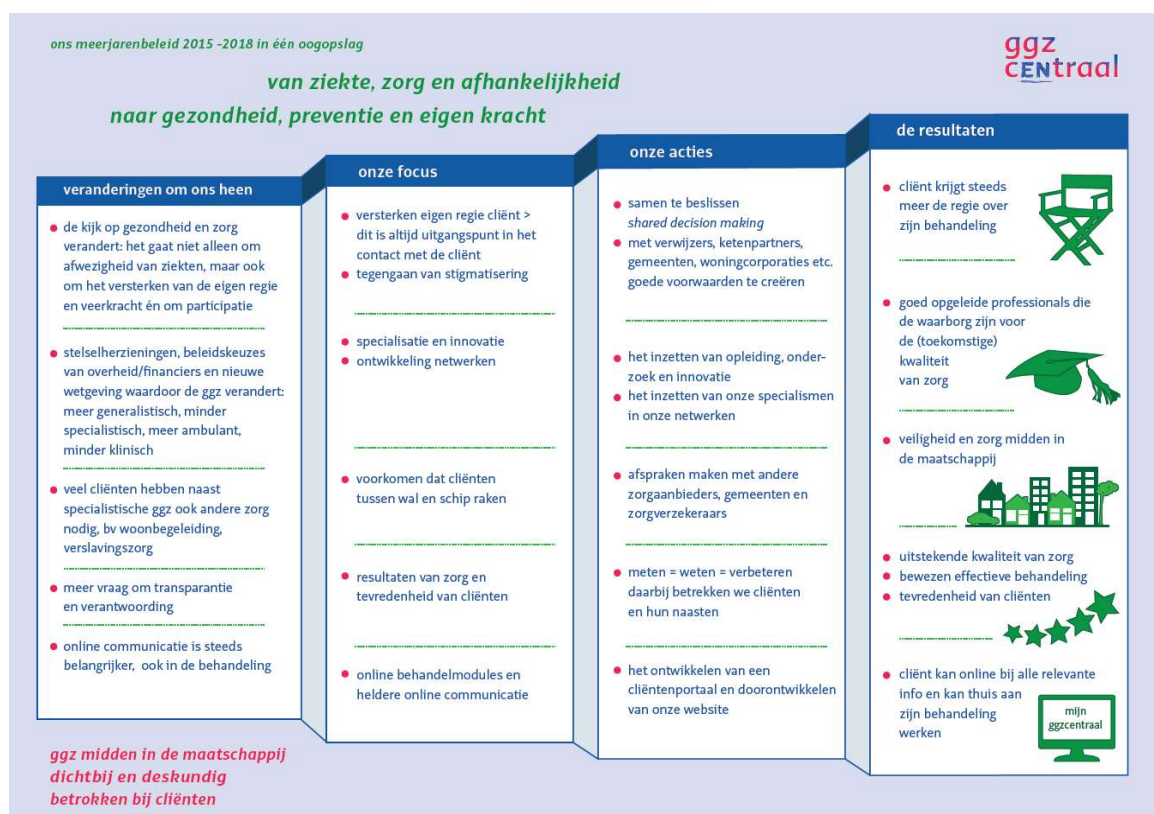
Een belangrijk principe is continuïteit van zorg. Met iedere cliënt wordt een behandelplan op maat afgesproken waarbij iedere cliënt een regiebehandelaar als vast aanspreekpunt heeft. Afhankelijk van de zorgvraag kan het zorgaanbod binnen het behandelprogramma in omvang variëren. Door goed te luisteren 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.

2.1 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.



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



infografic meerjarenbeleid GGZ Centraal

2.2 Kerncijfers

Personele bezetting	2015	2016	2017
Aantal personeelsleden in loondienst 31-12	2955	2662	2654
Aantal Fte in loondienst op 31-12	2304 ¹	2102	2087

Totaal aantal cliënten aan wie GGZ wordt verleend	2015	2016	2017
Aantal cliënten in zorg/behandeling op 31-12 van verslagjaar	13.876	13.460	13.467
Productie (ZvW)			
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	25.867	22.988	21.827
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's	25.541	22.251	22.904
Productie (WLZ)²			
Aantal dagen met verblijfszorg inclusief kleinschalig wonen en BOPZ in verslagjaar	225.577	190.843	170.167

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.

2.3 Besturingsfilosofie

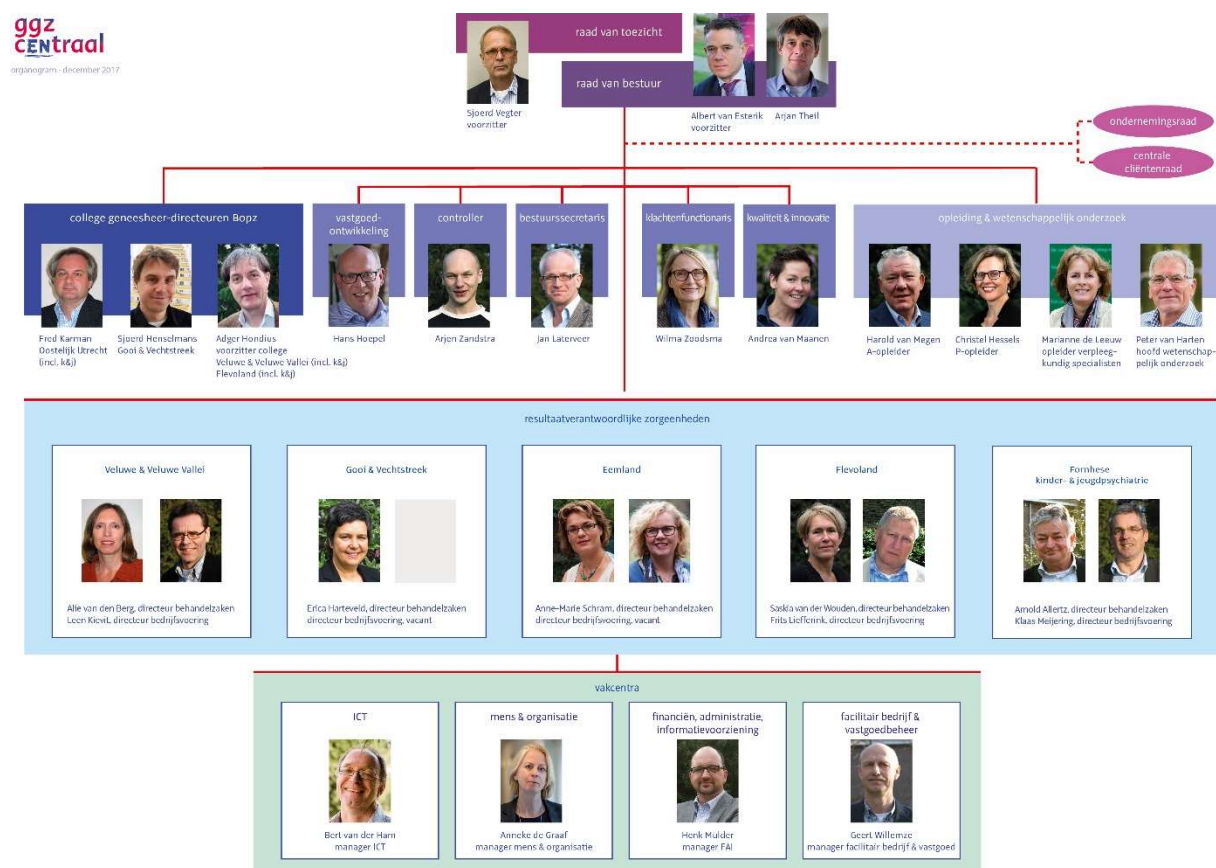
Onze besturingsfilosofie doet recht aan de centrale positie van de cliënt en de sterke regionale inbedding van de zorg. Centraal staan het delen van kennis, het streven naar verbetering en innovatie en het verbinden van de collectieve ambitie met de persoonlijke competenties van onze medewerkers.

GGz Centraal wordt bestuurd volgens het raad-van-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 2017 bestond het bestuur van de Stichting GGz Centraal uit een tweehoofdig collegiaal bestuur onder voorzitterschap van drs. A.C. (Albert) van Esterik³.



organogram GGz Centraal 31-12-2017

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.

³ Uit hoofde van Wet Bestuur en toezicht zijn bedrijven verplicht een beleid te voeren dat ervoor zal zorgen dat minimaal 30% van de bestuurders vrouw is en dat minimaal 30% man is. Gezien de huidige samenstelling van het bestuur zijn op korte termijn geen wijzigingen in de samenstelling en de omvang daarvan te verwachten en zal voorlopig niet kunnen worden voldaan aan de gestelde criteria. Bij de aanstelling van nieuwe bestuurders zullen naast het geslacht ook andere geschiktheid criteria gehanteerd worden bij de selectieprocedure.

De RVZe 's worden ondersteund door vier vakcentra: ICT, mens & organisatie, financiën, administratie & informatievoorziening en 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. A. (Adger) Hondius; voorzitter: RVZe Flevoland, RVZe Veluwe & Veluwe-Vallei, inclusief Kinder- & Jeugdpsychiatrie
- dhr. F. (Fred) Karman; RVZe Eemland, inclusief Kinder- & Jeugdpsychiatrie
- dhr. S. (Sjoerd) Henselmans; RVZe 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.

In het personeelsbeleid van GGZ Centraal is op bestuurlijk niveau en op medewerkersniveau aandacht voor diversiteit.

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-clientsraden bevordert de centrale cliëntenraad de participatie, medezeggenschap en de belangenbehartiging van cliënten. De centrale cliëntenraad streeft ernaar 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 zorgeenheden 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 getrokken

De ondernemingsraadscommissies behandelen onderwerpen voor de betreffende organisatie-onderdelen.

Familie en naastbetrokkenen zijn een waardevolle gesprekspartner voor het management. De raden behartigen de collectieve belangen van familieleden en naastbetrokkenen. Eind 2017 kende GGZ Centraal vier familieraden: Eemland, Flevoland, Gooi & Vechtstreek en Veluwe & Veluwe Vallei.

Familievertrouwenspersoon

De familievertrouwenspersoon (FVP) wordt gedetacheerd vanuit de Landelijke Stichting voor Familievertrouwenspersonen⁴. De inhoudelijke begeleiding gebeurt door de stichting. De FVP verleent een bijdrage aan verbetering van de communicatie in de triade cliënt, naastbetrokkene en hulpverlener. Zij probeert met een onpartijdige opstelling, 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.

⁴ Zie: www.lsfvp.nl

Daarnaast biedt de FVP persoonlijke ondersteuning aan naastbetrokkenen door te luisteren, te coachen, te adviseren, te informeren, te verwijzen en door 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.

2.4 De juridische structuur

GGZ Centraal

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

Om als spil in de ketenzorg en de zorgnetwerken te kunnen fungeren, neemt GGZ Centraal deel aan de volgende bedrijfscombinaties:

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 1.3⁵ dd. 7 december 2015
- vennoten: Stichting GGZ Centraal en Stichting Meander Medisch Centrum
- kernactiviteiten: Klinische⁶ 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. Het management stelt onder andere de exploitatiebegroting, het jaarplan en formatieplaatsenplan op. Tevens voert het management de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en vakbonden 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

⁵ 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.

⁶ Klinische zorg korter dan 1 jaar

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 transities. 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 een performance-managementsysteem.

2.5 Nieuwe vorm van samenwerking met Meander MC

In april 2018 hebben de vennoten van de VOF SymforaMeander Centrum voor Psychotherapie zich voorgenomen om de samenwerking op het gebied van de psychiatrische patiëntenzorg op een nieuwe wijze vorm te geven. Het voornemen is de regie over en de uitvoering van de activiteiten van SymforaMeander in de loop van 2019 over te gaan dragen aan GGZ Centraal. Zo kan de organisatie van GGZ Centraal optimaal worden benut om de psychiatrische zorg met een gezonde bedrijfsvoering te continueren. GGZ Centraal en Meander MC blijven intensief samenwerken en vervullen over en weer een consultfunctie. De komende maanden zullen GGZ Centraal en Meander MC in nauw overleg met de medewerkers en ketenpartners deze plannen verder vormgeven en voor advies voorleggen. Voor patiënten verandert er de komende periode niets: zij kunnen rekenen op de zorg zoals zij die gewend zijn. Continuering van de zorg aan patiënten en behoud van expertise staan voor beide organisaties centraal in de verdere uitwerking van de plannen

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 2017 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 Klokkenuidersregeling 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 Cliënten

Structuur medezeggenschap cliënten

Bij GGZ Centraal is de organisatiebrede 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.

In 2017 is samenwerking met Emerhese verder geïntensiveerd. Een van de leden van de raad Emerhese heeft zitting in de CCR. De ondersteuner van de jongerenraad komt regelmatig in de CCR om verslag te doen van de ontwikkelingen bij Fornhese. In de overige regio's is een centraal thema het contact met de achterban. Vooral contact leggen met de ambulante achterban is een uitdaging; binnen de regio Veluwe is de raad gestart met een project om hier vorm aan te geven en de uitkomsten te delen met de andere raden. In Gooi & Vechtstreek wordt niet meer gewerkt met deelraden maar worden alle locaties vertegenwoordigd in de RVZe-raad, in Eemland is een professionaliseringsslag gemaakt met de instelling van een dagelijks bestuur en in Flevoland wordt de raad intensief door de directie betrokken bij de ontwikkelingen.

Ontwikkelingen binnen GGZ Centraal

De CCR heeft zes keer per jaar overleg met de voorzitter van de raad van bestuur en een keer per jaar een overleg met de raad van bestuur en de raad van toezicht.

De cliëntenraden van de RVZe's hebben regelmatig overleg met de regiodirectie. De agenda voor het overleg wordt in samenspraak opgesteld. Vanwege wisselingen in de raad van bestuur en van de directies in de meeste regio's, was er in 2017 aandacht voor kennismaking en het opstarten van goede samenwerking.

In toenemende mate spelen adviesprocedures zowel op regionaal als op centraal niveau. Daardoor worden sommige adviesaanvragen zowel door de CCR als de raad in de betreffende regio behandeld. Ook wordt er vaker contact gezocht met de OR om het perspectief van medewerkers en cliënten naast elkaar te kunnen leggen. Een voorbeeld hiervan is het voorgenomen besluit sluiting van het Textiel Service Bedrijf (TSB).

Ontwikkelingen binnen Centrale Cliëntenraad

In 2017 is er een nieuwe secretaris aangesteld; ook is een vicevoorzitter benoemd. Er is van enkele raadsleden afscheid genomen, en er zijn enkele nieuwe leden benoemd. De raad is uitgebreid met een raadslid van de raad Emerhese.

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.

Adviezen

In 2017 heeft CCR onder andere advies gegeven op Rookbeleid, USER, Cliëntportaal, sluiting TSB, en hebben de raadsleden meegewerkt aan het voorstel Passend Vervoer en het voorstel Vrijwilligersbeleid van GGZ Centraal, de sollicitatieprocedure bij de dienst Geestelijke verzorging. Ook is de CCR betrokken bij de aanvragen subsidie voor onderzoek bij het zorgondersteuningsfonds, en gesprekken met de afdeling zorgverkoop.

De RVZE-raden hebben geadviseerd aan hun eigen RVZe-directies. In een aantal gevallen gingen de adviezen over verschillende regio's en CCR, zoals de adviezen over het Centrum voor Psychotherapie en de sluiting van het TSB. In deze gevallen was er goede samenwerking door de verschillende cliëntenraden uit de betreffende regio en de CCR. Een aantal voorbeelden van adviezen van de RVZe-clientsraden in 2017 zijn; adviezen naar aanleiding van fotoscan in Almere, parkeergelegenheid in Lelystad bij Meerzicht, advies schoonmaak in de kliniek Almere, advies voeding in Emerhese, voedingsbudgetten in de woonvormen Veluwe.

Kwaliteitstoetsing vanuit cliëntperspectief

In 2017 is een nieuwe ondersteuner aangesteld. De toetsing van de FACT-teams is afgerond, en het onderzoek bij Kind en Jeugd is in gang gezet. De toetsing wordt gedaan in samenwerking met het LSR⁷.

Tot slot

In 2017 is de rol en positie van de cliëntenraden in de organisatie op diverse manieren punt van aandacht geweest: bij de wisseling van directies en de raad van bestuur, bij de invoering van Office 365 (mogen raadsleden wel of geen toegang tot Intranet), in de discussie over declaraties en de positie van raadsleden als vrijwilliger, en naar aanleiding van de mogelijkheid van het delen van informatie door de organisatie met de medezeggenschap. Tijdens de Netwerkdag Cliëntenraden GGZ Centraal in november was dit het thema van de dag. Het gesprek hierover zal in 2018 een vervolg krijgen.

3.2 Medewerkers

De Ondernemingsraad (OR) van GGZ Centraal is conform de wet op de ondernemingsraden ingesteld. De OR overlegt namens de werknemers met de raad van bestuur over het ondernemingsbeleid in het algemeen en de personeelsbelangen in het bijzonder, met als doel een gezonde balans tussen werknemers- en organisatiebelang. Het is aan werknemers om actief te participeren en hiermee de medezeggenschap vorm te geven. De OR heeft voor een goede uitoefening van zijn taken voor iedere regio een ondernemingsraadscommissie ingesteld.

In 2017 zijn er reguliere verkiezingen uitgeschreven voor de ondernemingsraad en de ondernemingsraadscommissies. De OR was na de verkiezingen voltallig, maar bij de ondernemingsraadscommissies bleven vacatures openstaan. Daarom zijn er in maart 2018 tussentijdse verkiezingen uitgeschreven.

Veranderingen in de medezeggenschap

Met ingang van januari 2017 is het experimenteren met nieuwe vormen van medezeggenschap op kleine schaal begonnen. De medezeggenschap wordt altijd betrokken bij veranderingen en ontwikkelingen in de organisatie, niet alleen in advies- en instemmingstrajecten.

De medezeggenschap bepaalt in samenspraak met bestuurder en directies waar advies en instemming nodig is. De rol van de OR en ORc 's verandert in de zittingsperiode 2017-2020. Dan komt het accent te liggen op het voeren van de regio. OR en ORc bemoeien zich in principe zo weinig mogelijk met de inhoud waar directe medewerkersparticipatie heeft plaatsgevonden. De afspraken worden vastgelegd in een document, dat door beide partijen ondertekend wordt. Waar blijkt dat dit niet is gebeurd, verwacht de OR en de ORc een adviesaanvraag of een instemmingsverzoek.

Advies & Instemming

Instemmingsverzoeken

- performance management; jaarplan en jaargesprek
- klachtenregeling klachtenfunctionaris
- aangepast klachtenreglement voor de klachtencommissie patiënten en cliënten

Adviesaanvragen

- clustering stafmedewerkers financieel
- clustering stafmedewerkers kwaliteit
- centrum voor Psychotherapie, clustering hoog specialistische behandeling
- verhuizing Fornhese en Indigo naar de Rembrandthof
- nieuwe opzet regioteams Gooi & Vechtstreek
- inrichting afdeling compliance
- sluiting textiel servicebedrijf
- organisatorische inpassing centrum voor psychotherapie in de RVZe Veluwe & Veluwe Vallei
- nieuwe facilitaire organisatie

⁷ Landelijk steunpunt medezeggenschap

- harmonisatie schoonmaakonderhoud

In 2017 heeft de OR een initiatiefvoorstel gedaan over veiligheid. De OR vindt het belangrijk dat veiligheid van werknemers zoveel mogelijk is gewaarborgd en dat dit onderwerp regelmatig op de agenda staat van werkbijeenkomsten. Zodat het normaal is dat er over veiligheid wordt nagedacht en verbeteringen regelmatig kunnen worden doorgevoerd.

De OR heeft deelgenomen aan de sollicitatiecommissie voor een nieuw lid van de raad van bestuur en voor een nieuw lid van de raad van toezicht.

Overige onderwerpen waren jaarrekening 2016; kaderbegroting 2018; verzuim en re-integratiebeleid; maatwerkovereenkomst ARBO; pauzeregeling nachtdienst; taskforce arbeidsmarkt; zorg 365; sociaal plan organisatieontwikkeling; strategisch opleiden; strategische personeelsplanning; eindrapport project managementstructuur GGZ Centraal; stand van zaken implementatie regeling bereikbaarheidsconsignatie en crisisdiensten; nieuwe CAO GGZ; ORT-vergoeding vakantie/pensioenaftopping, opleidingsbeleid; introductiebijeenkomsten nieuwe medewerkers; kennismaking met dhr. A. Theil raad van bestuur en de heer R. Houtveen raad van toezicht; aanschaf nieuw roosterplanningssysteem en het rouleren RVZ directies naar aanleiding van vacatures

De OR kwam in 2017 15 maal bijeen in een reguliere OR-vergadering en had 9 maal overleg met de bestuurder waarvan tweemaal in aanwezigheid van leden van de raad van toezicht, in een artikel 24 WOR-vergadering waarin de algemene gang van zaken besproken werd.

4. Klachten

4.1 Klachtencommissie

Algemeen

In 2017 zijn binnen GGZ Centraal 53 klachten ingediend. Van de 53 klachten zijn er 44 klachten behandeld. Van de klachten die in een hoorzitting zijn behandeld, vallen er 47 klachten onder de reikwijdte van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz).

In 2016 werden er 54 klachten behandeld. De dalende lijn in het aantal ingediende klachten heeft te maken met de inwerkingtreding van de Wkkgz. De onder deze wet vallende klachten worden in principe niet meer bij de klachtencommissie maar bij de klachtenfunctionaris ingediend.

Verder laten de cijfers zien dat in 4 klachtonderdelen 'intern' of via bemiddeling onder leiding van een door de klachtencommissie aan te wijzen bemiddelaar, de klachtonderdelen zijn opgelost.

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

Het secretariaat van de klachtencommissie wordt, in tegenstelling tot het verslagjaar 2016, weinig benaderd door patiënten/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.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Vanaf 1 januari 2017 worden alle Wkkgz-klachten in eerste instantie rechtstreeks schriftelijk bij de klachtenfunctionaris ingediend en niet meer bij de klachtencommissie. Wanneer naar het oordeel van klager de tussenkomst van of bemiddeling door de klachtenfunctionaris geen oplossing heeft gebracht, kan een klacht vallend onder de werkingssfeer van de Wkkgz schriftelijk bij de klachtencommissie worden ingediend.

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

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 5 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 tijdig een schriftelijke reactie op de uitspraak gegeven.

In 2017 zijn de volgende aanbevelingen gedaan:

KC 2017 – 031

1. De commissie geeft de aangeklaagden in overweging om zorg te dragen voor een beleid, protocol(len) en uitvoering van taken conform de wettelijke bepalingen van de Wbp. De commissie doelt hierbij op het ter kennisgeving versturen van de brief tot een terreinontzegging aan de regiopolitie, hetgeen in strijd is met de Wbp. Voorts doelt de commissie hierbij op het recht op inzage dat conform de Wbp moet worden verleend en dat kenbaar dient te worden gemaakt aan de klager.
2. De commissie geeft de aangeklaagden in overweging om de inhoud van de brief terreinontzegging aan te vullen met een motivatie en onderbouwing, een duidelijke vermelding van de termijn van de duur van de terreinontzegging en in de brief informatie op te nemen over de klachtmogelijkheid.
3. De commissie adviseert aangeklaagden om protocollen en het beleid regelmatig te toetsen aan geldende wet- en regelgeving die frequent kunnen veranderen.

Reactie RvB: De RvB onderschrijft de beslissing en het spijt de RvB dat de rechten geschonden zijn. De RvB zal ervoor zorgen dat de aanbevelingen die de commissie heeft gedaan worden uitgevoerd. Beleid en protocollen worden herschreven, zodat deze voldoen aan de huidige wet – en regelgeving.

KC 2017 - 036

1. De commissie geeft de aangeklaagde in overweging om zorg te dragen voor een beleid, protocol(len) en uitvoering van taken conform de wettelijke bepalingen van de Wbp en de KNMG-richtlijnen. De commissie doelt hierbij op het zonder toestemming verstrekken van persoonlijke gegevens aan derden, hetgeen in strijd is met de Wbp alsmede de KNMG-richtlijnen. Voorts doelt de commissie hierbij op het recht op inzage dat conform de Wbp moet worden verleend en dat kenbaar dient te worden gemaakt aan de klaagster.
2. De commissie adviseert aangeklaagde om protocollen en het beleid regelmatig te toetsen aan geldende wet- en regelgeving die frequent kunnen veranderen en zorg te dragen voor een goede en duidelijke informatie aan betrokkenen en instructie van het personeel. Ondanks het protocol bleek ter zitting dat het verschil tussen de drie mogelijke beschermingsmaatregelen bij aangeklaagde en de aanwezige psychiater niet duidelijk was.

Reactie RvB: Aanbeveling 1: De RvB onderschrijft de beslissing. Aanbeveling 2: De RvB onderschrijft de beslissing en betreurt deze gang van zaken. Naar aanleiding hiervan zal het protocol inzake curatelestelling, bewindvoering en mentorschap op korte termijn aangepast worden aan de nu geldende wet – en regelgeving. Dit laat onverlet dat hulpverleners een eigen verplichting hebben zich op de hoogte te houden van wet – en regelgeving zoals alle burgers in Nederland.

Tevens wordt onderzocht in hoeverre, naast het aanpassen van het protocol, regelmatige bijscholing voor de maatschappelijk werkenden rondom de steeds veranderende wet – en regelgeving, nodig is.

KC 2017 – 041

- De commissie adviseert aangeklaagde in de beslissingsbrief duidelijker aan te geven dat en door wie de beslissingsbrief is uitgereikt.

Reactie RvB: De RvB onderschrijft de beslissing van de klachtencommissie

KC 2017 - 042

- De commissie adviseert aangeklaagden het gevaar dat door klager wordt veroorzaakt en de maatregel van separatie noodzakelijk maakt om dit gevaar af te wenden, duidelijk en goed beschreven in de verslaglegging op te nemen.

Reactie RvB: De RvB onderschrijft de beslissing van de klachtencommissie.

KC 2017 – 048

- De commissie adviseert aangeklaagden zoveel als mogelijk begrijpelijkheid en duidelijkheid te (doen) scheppen in het faseprogramma en passend bij de geestvermogens van de patiënt.

Reactie RvB: De RvB onderschrijft de beslissing van de klachtencommissie.

4.2 Klachtenfunctionaris

Vanuit de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Gezondheidszorg (WKKGZ) heeft GGZ Centraal per 1 januari 2017 een parttime klachtenfunctionaris aangesteld. In de loop van het jaar is een tweede klachtenfunctionaris aangesteld.

De WKKGZ regelt een betere en snelle aanpak van klachten. Mensen kunnen per 1 januari 2017 terecht bij de klachtenfunctionaris van hun zorgaanbieder. Uit de praktijk blijkt dat bij een klacht een goed gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener het beste werkt. De klachtenfunctionaris kan zo'n gesprek op gang brengen.

In 2017 heeft het klachtenbureau 152 klachten behandeld. Het merendeel van de klachten is naar tevredenheid behandeld. In een paar gevallen hebben klagers zich tot de klachtencommissie gericht. Een reden hiervoor kan zijn dat het voor hen wenselijk is dat er een uitspraak komt. Van de behandelde klachten heeft niemand zich gericht tot de Geschilleninstantie.

In de praktijk zien we dat de in de WKKGZ gestelde termijn van zes weken voor afhandeling van de klachten binnen de GGZ kort is. De klachtenfunctionaris heeft de mogelijkheid om éénmalig deze termijn te verlengen met vier weken. Ook dan blijft de periode om tot afhandeling van de klacht kort.

De meeste klachten hadden betrekking op de discontinuïteit van zorg en de bejegening.

4.3 Klachten en bezwaren medewerkers

De interne klachten en bezwaren commissie is ingesteld per 1 september 2011. Voorzitter en leden zijn benoemd door de raad van bestuur van GGZ Centraal. De voorzitter is benoemd door de raad van bestuur en is extern en onafhankelijk. De commissieleden zijn deels voorgedragen door de raad van bestuur en deels door de ondernemingsraad.

Vergaderingen

In 2017 heeft de commissie IKBC op 8 december een algemene vergadering gehouden.

Klachten

In 2017 heeft de commissie 3 klachten ontvangen:

Datum	Korte inhoud klacht	Ontvankelijk of niet	Advies
2017.04.17	Klager niet correct bejegend door een collega	Ingetrokken	N.v.t.
2017.03.13	Het nemen van een organisatorisch besluit zonder overleg met klager. Het creëren van een onwerkbaar situatie waarbij de bejegening van klager een belangrijke rol speelt.	Ontvankelijk	In eerste instantie werd de klacht niet ontvankelijk verklaard vanwege inmenging van een juridisch adviseur. Dit is later herzien. IKBC achtte de klacht niet gegrond. Advies is overgenomen door de raad van bestuur.
2017.11.14	Bedreiging van klager c.q. misbruik maken van de positie ten opzichte van de klager.	Ontvankelijk	Op basis van de feiten kon de commissie niet beoordelen of aangeklaagde klager heeft bedreigd en/of zijn positie jegens haar heeft misbruikt. De commissie oordeelt de klacht daarmee juridisch gezien als ongegrond. Echter, door het gedrag van aangeklaagde is een situatie gecreëerd waarin de klacht gemakkelijker kon ontstaan. Hiertoe geeft de IKBC een aantal aanbevelingen. Deze worden door de raad van bestuur overgenomen

Bezwaren

Geen

Overig

Op 21 december heeft de voorzitter van de IKBC de heer van Dorth tot Medler kennis gemaakt met de nieuwe bestuurder de heer A. Theil. Tijdens dit gesprek zijn ook enkele verbetervoorstellen besproken met betrekking tot het reglement IKBC. Deze zullen in 2018 voor instemming worden voorgelegd aan de ondernemingsraad.

4.4 Commissie grensoverschrijdend seksueel gedrag

In 2017 heeft de commissie grensoverschrijdend seksueel gedrag vier keer een melding van grensoverschrijdend seksueel gedrag onderzocht. Leidraad in deze onderzoeken was het protocol grensoverschrijdend seksueel gedrag.

Onder grensoverschrijdend seksueel gedrag wordt verstaan: intiem gedrag van een medewerker jegens een cliënt dat niet-professioneel noodzakelijk is en dat plaatsvindt in het kader of ten tijde van een werk- en/of hulpverleningsrelatie met GGZ Centraal. Ook indien een cliënt instemt met seksueel getint gedrag of er zelf op aandringt, is het nooit toegestaan, omdat de cliënten altijd afhankelijk zijn van medewerkers.

Alle medewerkers zijn verplicht dit protocol na te leven. Het protocol heeft alleen betrekking op grensoverschrijdend seksueel gedrag van een medewerker jegens een patiënt/cliënt. Grensoverschrijdend gedrag van cliënten valt onder de Huisregels van GGZ Centraal, van medewerkers onderling onder het Integriteitsbeleid.

In twee van de vier meldingen heeft de commissie aan de directie van de betreffende zorgeenheden geadviseerd passende maatregelen te treffen tegen betrokken medewerkers omdat zij - de professionele zorgrelatie in ogenschouw nemend - zich niet hebben gehouden aan de professionele eisen die gelden voor goed hulpverlener schap. Een andere medewerker is, vooruitlopend op het aflopen van het tijdelijk contract, per direct op non-actief gesteld.

Drie meldingen van grensoverschrijdend gedrag zijn door een directie gemeld bij de Inspectie.

Daarnaast heeft de commissie de volgende adviezen uitgebracht:

- het protocol/draaiboek nachtdienst van de afdeling te evalueren en daar waar nodig en mogelijk aan te scherpen naar aanleiding van het incident
- de individuele veiligheids- en risicotaxatie van cliënten meer leidend te laten zijn in de behandeling c.q. begeleiding/ benadering
- de thematiek 'nabijheid en distantie' in een veilige zorgrelatie meer nadrukkelijk onder de aandacht te brengen bij behandelaars en verpleegkundigen. Intervisie, moreel beraad maar ook klinisch lessen kunnen hier een goed instrument bij zijn
- ervaringsdeskundigen binnen de RVZe nadrukkelijk te begeleiden in de rol die zij in de zorgverlening bieden vanuit hun achtergrond.

5. Toetsbare doelstellingen

5.1 Specialistische GGZ

In september 2017 is het Centrum voor Psychotherapie in Ermelo geopend. Dit is 3e-lijns centrum waar specialisten in angst- en dwangstoornissen, vroegkinderlijk trauma en complexe persoonlijkheidsstoornissen elkaar letterlijk vinden in een geheel nieuwe samenwerkingsvorm.

De verhuizing van Enk en Zwaluw naar Ermelo, en de samenvoeging met Transit en Marina de Wolf in behandelgebouw Zonneweide is na een zorgvuldige voorbereiding in samenspraak met alle betrokkenen volgens plan verlopen. Vanuit één locatie en vanuit één gezamenlijke visie en structuur, gaan deze specialismen hier in al hun diversiteit nauw samenwerken in onderzoek, behandeling en nazorg voor patiënten met ernstige en comorbide aandoeningen.

We zijn ervan overtuigd dat we nog meer voor onze cliënten betekenen, als we de kennis en kunde die we samen al in huis hebben, echt anders durven in te zetten. Door niet alleen de diepte op te zoeken, maar tegelijkertijd ook een brede blik vast te houden. Want zoals ernstige psychische aandoeningen vaak volop verweven zijn, veelvuldig in elkaar haken, moet ook onze aanpak één sterk, veelzijdig geheel vormen. Dat vraagt om een nieuwe structuur en een nieuwe instelling, die ons dagelijks uitdaagt om elkaar op te zoeken - zodat we elkaar beter weten te vinden, in beter passende antwoorden op de prangende vragen waar we als 3e-lijns-zorg voor staan.

Naast het Centrum voor Psychotherapie kent GGZ Centraal ook een 3^e lijns centrum voor psychiatrie en verslaving. Op onze locatie in Laren zijn de klinische bedden uit drie regio's samengevoegd. De medewerkers die in deze regio's werkten vormen nu het nieuwe expertisecentrum voor psychiatrie & verslaving van heel GGZ Centraal.

Dit expertisecentrum hanteert de reeds gevestigde naam Juliana-Oord, maar dan wel in een nieuw jasje. Het centrum biedt diagnostiek, behandeling en zorg aan patiënten die meerdere psychiatrische stoornissen hebben, in combinatie met een verslavingscomponent.

5.1.1 *De Zorgpaden*

In 2017 is gewerkt aan de verdere ontwikkeling van zorgpaden voor GGZ Centraal. Inmiddels zijn 12 zorgpaden vastgesteld en 9 zorgpaden in ontwikkeling. De zorgpaden zijn georganiseerd rondom de behandelplanevaluatie cyclus; samen met de cliënt worden het behandelplan en de behandeldoelen vastgesteld, geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Het meten van het effect van de behandeling, de ROM, en het meten van de cliëntervaring zijn standaard in de zorgpaden opgenomen. Hiermee zijn grote stappen gezet in het harmoniseren van het zorgaanbod van GGZ Centraal.

In de loop van de tijd is het denken over doel en het werken met zorgpaden van kleur veranderd en wordt beoogd aan te sluiten bij de landelijke zorgstandaarden en generieke modules.

5.2 Intensieve psychiatrie

5.2.1 *Ontwikkeling behandelprogramma "intensieve psychiatrie"*

De reguliere GGZ heeft te maken met een toename van het aantal patiënten met een forensische achtergrond. Naar verwachting zal de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg ook leiden tot een verdere toename. Voor deze doelgroep patiënten is de bovenregionale afdeling intensieve psychiatrie op Kastanjehof opgericht. De commissie intensieve psychiatrie heeft in 2017 een werkwijze, welke reeds door het MT is vastgesteld, van op- en afschaling van patiëntenzorg van en naar deze afdeling beschreven.

5.3 Netwerken

GGZ Centraal hecht groot belang aan haar verbindende rol en is een actieve partner voor het realiseren van geestelijke gezondheidszorg op cliënt-, regionaal en landelijk niveau. GGZ Centraal speelt een proactieve rol in de maatschappelijke ontwikkelingen van de geestelijke gezondheidszorg en is in haar hele werkgebied actief met het opbouwen van verbindende netwerken.

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 en de uitkomsten uit de EPA Taskforces waren een eerste stap om te verkennen hoe de zorg voor EPA-cliënten het beste doorontwikkeld en georganiseerd kon worden.

In 2017 zijn de verschillende EPA Taskforces opgegaan in regiegroepen. De regiegroepen richten zich op afstemming, bewaking van voortgang, samenhang en informatie-uitwisseling. De centrumgemeenten in ons werkgebied organiseren en ondersteunen dit overleg met GGZ Centraal als actieve partner.

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 suïcidepreventie; 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 platform 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 onze [website](#) staan verhalen van teams en medewerkers die gepassioneerd vertellen over hun werk. Ook laten we onze patiënten aan het woord over hun ervaringen. Alle verhalen hebben te maken met inspiratie, professionaliteit, samenwerking en vernieuwing, de vier pijlers waarop 'resultaten vertellen gebouwd is'

5.4.3 *Inrichten lerende netwerken*

In lerende netwerken komen professionals en ondersteunende medewerkers vanuit de verschillende RVZe's bijeen om kennis te delen. Netwerken komen minimaal jaarlijks bijeen. Een aantal netwerken is georganiseerd rond zorginhoudelijke thema's, zoals bijvoorbeeld het netwerk FACT, het netwerk Dwang & Drang, het netwerk Persoonlijkheidsstoornissen en het netwerk Herstel.

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 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 2017 zijn 70 morele beraden gehouden, verdeeld over de diverse zorgeenheden. Inmiddels zijn er diverse teams die moreel beraad als structurele reflectiemethode gebruiken.

Vanuit de moreel beraadgroep is ook een symposium georganiseerd om het gesprek over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie te stimuleren en te verdiepen. Tijdens dit symposium zijn parallel vijf morele beraden gehouden om dieper op de verschillende aspecten die hierbij komen kijken, in te gaan.

5.5 Kwaliteit en veiligheid

5.5.1 *Organisatie kwaliteit van zorg & innovatie*

Sinds 1 mei 2017 bestaat de afdeling Kwaliteit van Zorg en Innovatie uit alle stafmedewerkers Kwaliteit van zorg uit de RVZe's en een viertal stafmedewerkers met specifieke portefeuilles vanuit de concernstaf. De afdeling is direct gepositioneerd onder de raad van bestuur en wordt aangestuurd door een manager Kwaliteit van Zorg en Innovatie.

Door het bundelen van kennis en capaciteit wordt beoogd een efficiency- en professionaliseringslag te maken in de ondersteuning en advisering van de zorgorganisatie. Daarnaast vermindert de kwetsbaarheid in de RVZe's. Door het inbedden van Innovatie wordt beoogd de koppeling tussen kwaliteit van zorg en innovatie te versterken. Met ingang van 2018 maakt de manager kwaliteit van zorg & innovatie deel uit van het MT van GGZ Centraal.

5.5.2 *Kwaliteit- en veiligheid audit*

GGZ Centraal heeft in 2017 een HKZ hercertificeringsaudit succesvol doorlopen. Het was tevens een transitieaudit, wat betekent dat GGZ Centraal nu gecertificeerd is volgens de HKZ GGZ norm 2015. In 9 auditdagen is het kwaliteitsmanagementsysteem van GGZ Centraal getoetst. De auditoren waren erg te spreken over het hoge kwaliteitsbewustzijn binnen onze organisatie. Er werd 1 minor geconstateerd: de opvolging van de exitgesprekken kan verder ontwikkeld worden. Dit onderwerp wordt in 2018 door M&O verder opgepakt.

5.5.3 *Incidenten en calamiteiten*

In 2017 zijn 3.576 interne incident meldingen gedaan via Triasweb. Dit aantal is vergelijkbaar met 2016 (3.608). Ruim een derde van de meldingen betreft een agressie-incident. De meldingen worden met behulp van een geautomatiseerde workflow in Triasweb behandeld door de teamleider. Op RVZe niveau worden elk kwartaal de meldingen in een VIM-commissie geanalyseerd en indien nodig nader bekeken. De VIM-commissies geven gevraagd en ongevraagd advies aan de behandelorganisatie naar aanleiding van de VIM-meldingen.

Soms is een incident zo ernstig dat er sprake is van een calamiteit. Calamiteiten moeten gemeld worden aan de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (i.o.). De IGJ vraagt ons om de melding te onderzoeken middels een Prisma-onderzoek. In 2017 is dit 15 keer voorgekomen.

5.5.4 *ROM*

In 2017 heeft GGZ Centraal besloten om in navolging op het advies van GGZ Nederland, de aanlevering van de ROM-gegevens aan het SBG op te schorten. Landelijk ontstond er veel onrust over de wettelijke grondslag van het uitvragen en opsturen van ROM-gegevens. Inmiddels is duidelijk dat over het gebruik van ROM binnen de individuele behandeling en voor lering en

qualiteitsverbetering binnen de eigen instelling geen discussie bestaat. En dit zijn ook precies die gebieden waar GGZ Centraal de meerwaarde van ROM ziet.

In 2017 is GGZ Centraal ondanks alle onrust in staat gebleken om een 'completer-percentage' van ruim 50% te handhaven. Vanuit het oogpunt van kwaliteitsverbetering is het structureel uitvragen van de ROM belangrijk zodat voldoende informatie wordt verzameld voor een data-analyse. Vanuit het oogpunt van de individuele cliënt is het van belang dat periodiek gemeten wordt hoe het met hem gaat. Inzicht in de scores van de ROM geeft de cliënt en de behandelaar een onderlegger voor een gesprek over het verloop van de behandeling. Indien nodig kan tijdig bijgestuurd worden.

Het ROM-data analyse team bezoekt gemiddeld 1 keer per maand een behandelteam. Dan wordt de ROM-data gedeeld en met het behandelteam doorgenomen. Ook ontvangt dit team met regelmaat verzoeken tot aanvullende data-analyses, bijvoorbeeld met betrekking tot data van stoornisspecifieke lijsten.

5.5.5 *Nieuwe wet- en regelgeving*

Vanaf 1 januari 2017 werkt GGZ Centraal conform de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg. Naast de verplichting tot het zorgdragen voor een onafhankelijk klachtenfunctionaris betekende deze wet o.a. een uitbreiding van de meldplicht naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In de Wet beroepen individuele gezondheidszorg is de zelfstandige bevoegdheid – na een succesvolle experimenteerperiode van vijf jaar – van verpleegkundig specialisten opgenomen.

5.5.6 *Anticiperen op Algemene Verordening Gegevensbescherming*

Met ingang van 25 mei 2018 wordt de bestaande privacywetgeving, vastgelegd in de Wbp, vervangen door Europese privacywetgeving, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). GGZ Centraal bereidt zich daarop voor en heeft een functionaris voor gegevensbescherming in dienst genomen.

In 2017 lag de focus op:

- oplevering procesbeschrijving en managementrapportage 'datalekken'
- afsluiten en beoordelen verwerkersovereenkomsten
- opstellen register met alle verwerkingsovereenkomsten
- awareness campagne informatieveiligheid
- toetsing autorisaties in het EPD
- adviesrol over verantwoord omgaan met persoonsgegevens

5.6 **Clïëntenervaringen en participatie**

Continue aandacht voor de kwaliteit van de zorg is een belangrijk speerpunt. De meningen van onze patiënten en cliënten spelen hierbij een steeds belangrijker rol. GGZ Centraal toetst de ervaren kwaliteit van zorg met behulp van verschillende instrumenten.

5.6.1 *Clïëntervaringsmeting, de CQi en de jeugdthermometer*

De afkorting CQi staat voor Consumer Quality Index. Dit is een gestandaardiseerde vragenlijst om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. Het is een landelijk ontwikkelde methode die door alle zorgaanbieders wordt gehanteerd. De CQi wordt digitaal uitgevraagd via de ROM-applicatie. Er is een CQi voor de ambulante zorg en een CQi voor de klinische zorg. De CQi wordt toegepast bij volwassenen en ouderen. De CQi wordt afgenomen aan het eind van een behandeling of na een opname.

In 2017 hebben ca. 2.300 cliënten een CQi ingevuld. 87% van de respondenten gaf GGZ Centraal een waarderingscijfer van 7 of hoger. Gemiddeld kreeg GGZ Centraal het rapportcijfer 7.8.

De ervaringen van de kinderen en jeugdigen, en hun ouders, wordt uitgevraagd met de GGZ Jeugdthermometer. Deze thermometer is ontwikkeld door GGZ Nederland in samenwerking met

onder meer het Trimbos Instituut. Ook deze cliëntervaringslijst wordt sinds najaar 2017 digitaal afgenomen via de ROM-applicatie. 75% van de ouders geeft een waarderingcijfer van 7 of hoger, het gemiddelde cijfer komt uit op een 6.7. Van de jongeren geeft 67% een 7 of hoger en komt het gemiddelde uit op een 6.2.

De uitkomsten van de cliëntervaringsmetingen worden besproken met de cliëntenraden.

5.6.2 *Spiegelgesprekken*

In het derde kwartaal van 2017 is een zestal medewerkers opgeleid tot gesprekleider spiegelgesprekken. Een spiegelgesprek is een gesprek met cliënten en/of hun naasten, in het bijzijn van (een deel van) het behandelteam. De cliënten zitten in de binnenste ring en zijn in gesprek met de gespreksleider over diverse kwaliteitsonderwerpen, zoals bijvoorbeeld de bereikbaarheid van het team of de veiligheid op de afdeling. Het behandelteam zit eromheen en mengt zich niet in het gesprek, maar hoort toe. Door deze setting krijgen cliënten de mogelijkheid om hun ervaring op voor hen belangrijke onderwerpen te delen, en krijgt het behandelteam directe feedback.

In het laatste kwartaal van 2017 zijn zes spiegelgesprekken gehouden, waaronder de drie zorgpaden bij Juliana-Oord en een gesprek met de huisartsen in Flevoland. Voor 2018 is in het MT de afspraak gemaakt om in het eerste half jaar minimaal twee spiegelgesprekken per RVZe te houden.

5.6.3 *Kwaliteitstoetsing vanuit cliëntperspectief*

Het kwaliteitsonderzoek vanuit cliëntenperspectief toetst de zorg periodiek op diverse kwaliteitsaspecten. De cliëntenraden voeren de kwaliteitstoetsing uit in samenwerking met de koepel Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (LSR), het platform GGZ en het LOC. De kwaliteitstoetsing wordt uitgevoerd door middel van documentenonderzoek en een visitatie van de instelling door ervaringsdeskundigen. LSR zorgt voor het formeren en begeleiden van cliëntvisitatiecommissies en het opmaken van de eindrapportage met conclusies en aanbevelingen. Er wordt gewerkt volgens een meerjarenplanning. In 2016 en 2017 stonden de FACT-teams op de planning. Voor alle teams is een verbeterplan opgesteld, die in de lijn worden opgevolgd. Geconstateerde en opgepakte verbeterpunten zijn onder andere: de mobiele ICT-ondersteuning van de FACT-medewerkers, de beschikbaarheid van informatie over het FACT op intranet. Eind 2017 is een startgemaakt met de toetsing bij Fornhese K&J.

5.6.4 *Cliëntpanel*

GGZ Centraal heeft als eerste ggz-instelling de beschikking over een online-clientspanel. Het lanceren van een online cliëntenpanel is een initiatief van de centrale cliëntenraad en de raad van bestuur van GGZ Centraal.

Het Cliëntenpanel voorziet in de behoefte om de stem van de cliënt in de hele organisatie te laten weerklinken. In het cliëntenpanel worden bijvoorbeeld (nieuwe) initiatieven binnen GGZ Centraal getoetst. Met hun deelname helpen de leden van het cliëntenpanel de kwaliteit van zorg binnen GGZ Centraal te verbeteren. Ook wordt het cliëntenpanel ingezet om kwaliteitstoetsing vanuit cliëntperspectief verder vorm te geven.

Door het verder ambulantisieren en de rol van de specialistische GGZ, wordt het steeds lastiger voor de cliëntenraad om de cliënt te ontmoeten, raadplegen of te betrekken bij ontwikkelingen binnen GGZ Centraal. De inzet van een online cliëntenpanel is hiervoor een innovatieve oplossing.

5.7 **Eigen regie cliënten en naasten**

5.7.1 *Toegang tot het online dossier*

In 2017 is GGZ Centraal gestart met de voorbereiding van de bouw van een cliëntportaal. In het cliëntportaal. De uitgangspunten voor het cliëntportaal zijn:

- het cliëntportaal is de centrale plek waar de cliënt alle relevante informatie over zijn behandeling kan terugvinden

- iedere nieuwe cliënt wordt uitgenodigd om lid te worden van het cliëntportaal
- alle online communicatie met de cliënt verloopt via het cliëntportaal
- de cliënt kan informatie aan zijn portaal toevoegen en veilig delen met derden
- het cliëntportaal wordt goed geïntegreerd in het primair proces
- informatie in het portaal dient weggeschreven te kunnen worden in het EPD en vice versa
- de behandelaar en de cliënt kunnen in het portaal samen aan één document werken

Na een geslaagde 'proof of concept' is in september 2017 besloten om de leverancier Karify het cliëntportaal van GGZ Centraal te laten bouwen. In het najaar is in goed overleg met de cliënten, behandelaren en de administratieve organisatie de welkomstmodule van het portaal gemaakt.

In 2018 worden de noodzakelijke koppelingen met het EPD, het EVS en de ROM gebouwd. Zodat informatie uit deze systemen in het cliëntportaal ontsloten kan worden. GGZ Centraal gaat duurzame en gestandaardiseerde koppelingen bouwen, conform de landelijke richtlijnen van MedMij⁸. Dit maakt het mogelijk dat onze cliënten straks zelf kunnen bepalen of zij bepaalde informatie uit hun dossier willen uitwisselen met derden. Dit zal een positief effect hebben op de eigen regie van de cliënt en de kwaliteit van de ketenzorg.

5.7.2 Herstel

In 2017 heeft GGZ Centraal er expliciet voor gekozen om andere woorden te gaan gebruiken. "Herstel gericht werken" in plaats van herstelondersteunende zorg. Herstel is het persoonlijk proces van ieder mens met ontwrichting als gevolg van psychiatrische stoornissen.

GGZ Centraal wil als organisatie een actieve rol hebben, een stimulerende omgeving creëren waarin – naast het bieden van excellente zorg - maximaal wordt ingezet om de patiënt de ruimte te bieden de eigen regie te voeren in zijn/haar herstelproces. Daarnaast wordt het bestaande vermogen van patiënten om zich aan te passen aan een nieuwe situatie maximaal benut.

Het gaan gebruiken van de term 'herstelgericht werken' is ook het gevolg van de keuze om in de toekomst van herstel en ervaringsdeskundigheid in alle vezels van de organisatie in te bedden. Het is niet langer een naast de organisatie staand project met lokale initiatieven. Het is 'onze' manier van werken. Overal en altijd. Zowel in alle behandelteams als de ondersteunende organisatie, bij de voorkeur als voor de behandeling van langdurig behandelafhankelijke patiënten. De vormgeving van herstelgericht werken en samen beslissen is op iedere plek in de organisatie, in iedere moment van de behandeling en bij iedere mens die om hulp komt vragen passend georganiseerd.

5.8 Bedrijfsvoering

Binnen GGZ Centraal is sprake van een gedecentraliseerd aansturingsmodel, met 4 geografische zorgeenheden voor ouderen- en volwassenenpsychiatrie en 1 bovenregionale zorgeenheid voor Kinder & Jeugd (tot 23 jaar). De 5 RVZe's worden ondersteund door centraal gepositioneerde vakcentra op het gebied van M&O (HR, organisatieontwikkeling), Vastgoed & Facilitaire diensten, ICT en Financiën.

De zorgeenheden kennen een duale, doch collegiale, aansturing op de gebieden zorg en bedrijfsvoering, zowel op directie- als op zorgclusterniveau. Aansturing geschiedt op basis van gemeenschappelijk geformuleerde en SMART gedefinieerde doelstellingen, vastgelegd in managementcontracten, welke 3 x per jaar worden besproken tussen directie en Raad van Bestuur. De interne governance structuur en de planning & controlcyclus hebben tot doel om:

- Gezamenlijk geformuleerde doelstellingen te bewerkstelligen;
- (ondersteunende) processen efficiënt en doelmatig te laten verlopen;
- Risico's en bedreigingen te beperken;
- Nieuwe ontwikkelingen op effectieve wijze te managen.

⁸ MedMij biedt een nationaal afsprakenstelsel met zowel technische standaarden als juridische richtlijnen. Deze afspraken moeten een goede toegankelijkheid en veilige data-uitwisseling borgen.

De RVZe's en vakcentra hebben daarbij een eigen verantwoordelijkheid om hun doelstellingen te realiseren op zowel kwaliteits- als bedrijfsvoeringsvlak. Binnen de regio's zijn deze doelstellingen doorvertaald naar cluster- of programmaniveau.

Ontwikkeling informatievoorziening

De informatievoorziening biedt reeds voor het merendeel van de geformuleerde doelstellingen adequate informatie op het gewenste aggregatieniveau. Deels wordt de informatie verstrekt op basis van het eigen datawarehouse en de informatievoorzieningsschil, deels is c.q. komt de informatie beschikbaar vanuit het EPD. Het optimaliseren van de informatiestromen vormt hierbij een blijvend aandachtspunt om te voorkómen dat medewerkers overvoerd worden met gegevens.

Organisatie van de ondersteuning

In de afgelopen jaren heeft GGZ Centraal omwille van efficiency en doelmatigheid wat betreft de ondersteuning de koers verlegd naar een meer vanuit centrale kaders gefaciliteerde ondersteuning. In dit model zijn de personeelsadviseurs, businesscontrollers, stafmedewerkers compliance en kwaliteitsmedewerkers onder aansturing van de vakcentra gekomen en ondersteunen zij op het principe van accountmanagement de regio's. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de GGZ Centraal-breed geformuleerde uitgangspunten en kaders overeenkomstig worden uitgevoerd. In 2017 heeft deze ontwikkeling vorm gekregen voor de businesscontrollers, stafmedewerkers compliance en kwaliteitsmedewerkers. De afdeling Compliance is nieuw opgericht en richt zich op de vertaling van externe wet- en regelgeving op het gebied van zorgregistratie in intern beleid, als in de ondersteuning van de regio's ten behoeve van de implementatie. Voor de facilitaire diensten is dit proces in gang gezet met een verwachte afronding in 2018. Behalve een doelmatigheids- en harmonisatieslag biedt dit tevens een verbeterde mogelijkheid om specifieke deskundigheden in de breedte van de organisatie in te zetten.

Rapportages en interne sturing

Behalve de dagelijks actuele informatievoorziening via Vizier respectievelijk de bronsystemen, is de maandrapportage uiterlijk twee weken na het afsluiten van de maand beschikbaar. Het delen van cijfers en ontwikkelingen tussen de budgethouders staat daarbij centraal. Bespreking van de maandcijfers vindt plaats in het periodieke MT-overleg met aandacht voor knelpunten en kansen en hoe interne samenwerking de knelpunten kan beperken en kansen kan vergroten.

Door middel van kwartaalrapportages worden interne en externe stakeholders geïnformeerd over de resultaatontwikkeling, prognoses en eindejaarsverwachting en ontwikkeling van de ratio's. Bespreking van de kwartaalrapportages vindt tevens plaats met audit commissie van de Raad van Toezicht. Omtrent kwaliteitsindicatoren zijn er naast de operationele signaleringen vanuit het zorginformatiesysteem, kwartaalrapportages die worden besproken met de behandeldirecteuren in de commissie Kwaliteit & Zorg en met de commissie Kwaliteit & Veiligheid van de Raad van Toezicht.

Aandachtspunten in de bedrijfsvoering

- de verscheidenheid aan financieringsstromen (zvw, wlz, lggz, wmo, jeugdwet) en de verscheidenheid aan contractbepalingen, processen en verantwoordingseisen leidt tot een groeiende overhead. Binnen GGZ Centraal wordt via onder meer Lean-trajecten aandacht gegeven aan procesefficiency;
- het bekostigingsregime in de zvw wordt op termijn vervangen door – vermoedelijk – het zorgclustermodel. Door actief in diverse werkgroepen te participeren zorgen wij ervoor tijdig en adequaat geïnformeerd over de verwachten veranderingen daarvan en de impact op de bedrijfsvoering.
- voorbereidend op de AVG-wetgeving die per mei 2018 in werking treedt, is een Functionaris Gegevensbeveiliging aangesteld en is een stappenplan ontwikkeld ter voorbereiding op de inwerkingtreding van deze wet.
- de ontwikkelingen in de zorg qua verwacht benodigde klinische capaciteit, opbouw van ambulante zorg, de positionering van FACT- en IHT-teams en het realiseren van voldoende HIC-capaciteit worden nauwgezet gevolgd en doorvertaald in de bedrijfsvoeringsdoelstellingen.
- de kwaliteit, stabiliteit en functionele doorontwikkeling van het EPD en overige (zorggerelateerde) applicaties vormt een essentieel onderdeel in het faciliteren van medewerkers in hun zorgverlening. Door middel van interne klankbord- en beheergroep en via de werkgroepen van de gebruikersvereniging wordt de functionaliteit van het EPD zoveel mogelijk aangesloten op de behoefte van de medewerkers.

- In de loop van 2017 is landelijk aandacht ontstaan voor de grote en complexe administratieve belasting voor het behandelend personeel en voor de administratieve lasten in de backoffice. Binnen GGZ Centraal wordt deze aandacht omarmd. We geven hier inhoud gegeven aan door middel van lean-trainingen en verbeteringen in de ICT-omgeving

5.9 Meerjarenbegroting

Overeenkomstig de beleidsvoornemens is in 2017 een financiële meerjarenbegroting opgesteld. Deze dient tevens als onderlegger van de financieringsplannen voor het strategisch vastgoedplan waarbij GGZ Centraal inzet op een verkleining van de beide instellingsterreinen, vervreemding van overtollig en obsoleet vastgoed en modernisering van het vastgoedportfolio overeenkomstig de visie op de zorg in de toekomst.

Het financieel meerjarenbeleid is gericht op een structureel evenwicht tussen baten en lasten in de operationele bedrijfsvoering met een rendement groter dan 2%. De kostenbeheersing van de gezondheidszorg zal een belangrijk landelijk thema blijven evenals het kunnen voldoen aan de toenemende vraag en het beperken van de wachttijden.

Binnen de specialistische ggz is de verwachting dat per saldo de trend van beddenafbouw in de WLZ zal voortzetten, doch in de ZVW zal stabiliseren gezien de reeds gerealiseerde afbouw. Enige afbouw dus vooral nog in de langdurige zorg waarbij een zekere minimale klinische capaciteit noodzakelijk zal blijven voor (tijdelijke) klinische opvang van cliënten met op- en afschalingsmogelijkheden in intensiteit van zorg en begeleiding. De maatschappelijke vraag tot psychische zorg is toenemend en vraagt om een verdere opbouw van ambulante teams en om goede afspraken in het ketenaanbod tussen 1^e lijns-basis- en specialistische ggz. Om deze redenen zet GGZ Centraal in haar strategische beleid in op de doorontwikkeling van FACT- en IHT-teams en op een goede ketensamenwerking met andere partijen.

GGZ Centraal vormt vanwege haar brede aanbod van specialistische ggz, ambulante behandelcapaciteit en klinische locaties alsmede de 24-uurs- en crisisdiensten een spilfunctie in het zorgaanbod in haar werkgebied. Door de inzet van FACT- en IHT-teams geeft GGZ Centraal invulling aan haar visie om de zorg verder te ambulantiseren, een visie die past in het maatschappelijke debat. En tegelijk werkt GGZ Centraal aan het instandhouden van noodzakelijke bedden capaciteit om ook opvang te kunnen bieden variërend van beschermd wonen tot gesloten opname-verblijf inclusief HIC-bedden. In komende jaren zal van een groei- en niet van een krimpscenario sprake zijn.

Samengevat zijn de ontwikkelingen op hoofdlijnen:

- ZVW: Jaarlijks worden de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars gevoerd t.a.v. budgetvolume, aantal verpleegdagen, aantal DBC's en de gemiddelde prijs. GGZ Centraal heeft afgelopen jaren het budgetvolume in stand gehouden en de verwachting is dat het huidige volume aankomende jaren in stand blijft. Binnen het totaal wordt rekening gehouden met de effecten van de contract- en controlerisico's. Organisatorisch worden allerlei maatregelen getroffen om betreffende risico's naar de toekomst verder te beperken.
- ZVW: Gezien het adherentiegebied is het de verwachting dat de huidige klinische capaciteit binnen de ZVW aankomende jaren op betreffend niveau blijft gehandhaafd (310 plaatsen ZVW + 74 plaatsen LGGz).
- ZVW: De huidige bekostigingssystematiek o.b.v. de DBC-systematiek zal hoogstwaarschijnlijk per 2020 ophouden te bestaan en worden vervangen door het Engelse Model op basis van 'zorgclusters'. Landelijk zijn diverse expertgroepen actief bezig met de inventarisatie van de consequenties. GGZ Centraal neemt actief deel aan diverse pilots om zo snel mogelijk de effecten van de nieuwe bekostiging in beeld te hebben.
- WLZ: In 2012 is het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ door diverse marktpartijen gesloten. Binnen het akkoord is het de ambitie om de bedden capaciteit in de GGZ in periode tot 2020 te reduceren met 1/3 ten opzichte van het aantal bedden in 2008. In dit kader heeft GGZ Centraal door een extern adviesbureau onderzoek laten verrichten hoe de uitstroom van patiënten zou kunnen plaatsvinden. De klinische capaciteitsreductie komt met name ten laste van de WLZ. In de periode t/m 2020 zal het aantal plaatsen in de WLZ nog verder afnemen

van 463 plaatsen in 2017 tot 369 plaatsen na 2020, respectievelijk nog een afname ad 94 klinische plaatsen/bedden.

- Jeugdwet: In 2015 is de Jeugd-GGZ overgeheveld naar de gemeenten. De zorgvraag binnen de jeugdwet is toenemend. Met de diverse contractregio's wordt veel tijd besteed aan het opbouwen van een langdurige relaties. De contractregio's voeren verschillend beleid variërend van het loslaten van omzetplafonds tot grote druk om tarieven onder kostprijs te willen afspreken. Voor de meerjarenprognose is het uitgangspunt dat huidige budget (ambulant / klinisch) blijft behouden. Binnen betreffend segment behoort een potentiële groei zeker tot de mogelijkheden.
- WMO: Het beschermd wonen is in 2015 eveneens van de WLZ overgeheveld naar de gemeente. Tot op heden heeft GGZ Centraal een stabiele positie van 154 plaatsen Beschermd Wonen via de centrumgemeenten Zwolle en Ede. Landelijk is momenteel een discussie gaande dat een gedeelte van betreffende capaciteit eigenlijk gezien de zorgwaarde niet binnen de WMO thuis hoort maar binnen de WLZ had moeten blijven. Ongeacht de financieringsstroom is de verwachting dat de huidige capaciteit stabiel blijft.

In financiële zin heeft GGZ Centraal de moeilijke jaren achter zich liggen na de invoering van de prestatiebekostiging en hebben de reorganisaties en herstructureringen geresulteerd in een afgeslankte organisatie. Het aantal fte is gedaald van 2.363 in 2013 tot 2.112 in 2017 hetgeen resulteert in een toename van de omzet per fte van € 83.532 naar € 92.072.

Blijkens de Berenschotrapportage voor overhead in de Care liggen de overheadkosten van GGZ Centraal 17% onder het gemiddelde van de GGZ-deelnemers aan dit onderzoek⁹. De overheadkosten bedragen volgens dit onderzoek 18,2% van de totale kosten en 22% bij de referentiegroep. De financiële positie van GGZ Centraal ligt door het negatieve resultaat in 2013 onder het gemiddelde van de sector. De jaren '14, '15 en '16 zijn – ondanks de reorganisaties en de decentralisatie van delen van de zorg naar gemeenten (Jeugdwet, WMO) met positieve resultaten afgesloten evenals het jaar 2017.

Eind 2017 beschikt GGZ Centraal over een eigen vermogen van € 38.462.833 bij een solvabiliteit van 20,65% en een budgetratio van 19,78%. GGZ Centraal hanteert als interne norm en doelstelling een minimum van 25% voor de solvabiliteit. Hierbij zij opgemerkt dat GGZ Centraal verwacht aan deze doelstelling binnen enkele jaren te kunnen voldoen, mede door baten vanuit vastgoedtransacties. Dit laat onverlet dat de operationele rendementsdoelstelling van > 2% gehandhaafd blijft.

De liquiditeitspositie is de afgelopen jaren sterk verbeterd. Werd in 2013 nog de kredietfaciliteit van € 50 miljoen volledig benut, in 2017 is de kredietfaciliteit (inmiddels teruggebracht naar € 15 miljoen) niet gebruikt. Niettemin kan op basis van interne prognoses benutting van deze faciliteit voor het werkkapitaal nog nodig zijn vanwege de terugbetaalverplichting op zvw-overproductie 14/15/16 van ca € 20 miljoen.

5.10 Invoering Zorg365

In 2017 is de afdeling ICT verder gegaan met het overzetten van de medewerkers van GGZ Centraal naar Zorg365. Dit proces is halverwege 2017 afgerond. Vanaf dat moment maken alle medewerkers van GGZ Centraal gebruik van de nieuwe Zorg365 omgeving. Ook zijn de gebruikers overgezet naar Office365, en het merendeel van de data staat in een beveiligde omgeving in de cloud. Met de overgang naar Zorg365 zijn er ook ongeveer 1200 laptops uitgeleverd. Dit zorgt ervoor dat onze mobiele medewerkers op ICT-gebied op deze manier optimaal ondersteund worden.

In 2018 zal de focus liggen om de medewerkers nog meer bekend te laten worden met de functionaliteiten van Office365. Ook zullen er een aantal nieuwe functionaliteiten van Office365 worden uitgerold, zoals Skype for Business en Teams.

⁹ Berenschot benchmark Care 2017, 17 GGZ organisaties waarvan 14 > 1.000 medewerkers.

5.11 Professionele werkcultuur en aantrekkelijk werkgeverschap

5.11.1 *Doorontwikkeling performancemanagement en leiderschap*

In 2016 is besloten tot de performance managementcyclus te vereenvoudigen. Zo is de focus gelegd op het maken van een afdelingsjaarplan als afgeleide van het meerjarenbeleidsplan van GGZ Centraal. De activiteiten van het jaarplan geven input voor het jaargesprek met de individuele medewerker.

Het formulier jaargesprek is vereenvoudigd. Hiermee wordt benadrukt dat het in een jaargesprek vooral om het goede gesprek gaat en niet op het invullen van het formulier. Ieder team heeft kennisgenomen van de vernieuwde cyclus en heeft ondersteuning kunnen krijgen op de implementatie.

5.11.2 *Plannen voor uitvoer MTO*

Vanuit het laatste medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) was een van de verbeterpunten meer invloed kunnen uitoefenen en meer kunnen netwerken met elkaar. Twee GGZ Centraal brede initiatieven volgden hierop:

- vanaf dat moment wordt er jaarlijks een medewerkersmiddag georganiseerd. In 2017 zijn 150 medewerkers random uitgenodigd om mee te denken over het thema 'balans in werk en privé'.
- in de derde week van januari 2017 is de Week van de Ontmoeting geweest met drie activiteiten: Gluren bij de Buren (ruim 20 medewerkers zijn gaan gluren op een andere werkplek), date je collega tijdens de lunch en een workshop Pitch je Professie. Naar aanleiding van de vele positieve reacties is dit een traditie geworden.

In 2017 stond het onderzoek: "MTO maar dan anders" op de agenda. Twee vragen stonden centraal:

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

Inmiddels ligt er een voorstel bij de raad van bestuur voor een andere manier van uitvoeren en het vormgeven van een toolkit. De uitvoer hiervan gebeurt in 2018. Het beoogd resultaat:

- een organisatie die weet wat er speelt en slagvaardiger haar koers kan bepalen;
- leidinggevenden krijgen gemakkelijk inzicht in de afdeling/het team, waardoor de werkomstandigheden verbeteren;
- medewerkers die gehoord worden, waarbij werkgeluk voorop staat.

5.11.3 Doorontwikkeling verzuim- & re-integratiebeleid

2017 heeft in het kader gestaan van het verder professionaliseren van het verzuim- & re-integratiebeleid. De vacature van verzuimadviseur is sinds september 2017 vervuld. Waar in het verleden de verzuimadviseur nog weleens een complex verzuimdossier oppakte, zijn de HR-adviseurs nu in alle verzuimdossiers de sparringpartner voor leidinggevendenden.

Het administratieve proces is onder de loep genomen en wordt verder geoptimaliseerd. De regelgeving rond Privacy & Verzuim heeft in 2017 impact gehad, leidinggevendenden zijn hierover geïnformeerd en HR-adviseurs en de RVZe's Flevoland & Veluwe Vallei zijn getraind.

	2016	2017
Verzuimpercentage	4,29%	4,25%
<2 weken verzuim	0,92%	0,86%
>2-<6 weken verzuim	0,41%	0,40%
>6 weken verzuim	2,96%	2,99%

Ontwikkeling verzuimpercentage GGZ Centraal

Het voortschrijdend verzuim is over 2017 nagenoeg gelijk gebleven t.o.v. 2016. Voor 2018 staan het verbeteren van het verzuimvolgsysteem én een verdere doorontwikkeling van het verzuim- & re-integratiebeleid op de agenda.

5.12 Huisvesting en Vastgoed

5.12.1 Schuifplan vastgoed

In 2017 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, waaronder de realisatie van een high intensive care unit in de Kastanjehof. Een belangrijke verhuizing was de verhuizing van de Enk en de Zwaluw van Amersfoort naar Ermelo in september 2017. Samen met Marina de Wolf en Transit vormen de afdelingen nu het Centrum voor Psychotherapie. Voor de poliklinische functies van de Veluwe en Veluwe Vallei werd in Harderwijk nieuwe kantoorhuisvesting in gebruik genomen. Daardoor konden de verouderde locaties aan de Johanniterlaan afgestoten worden.

5.12.2 Strategisch herontwikkeling vastgoedportefeuille

GGZ Centraal heeft 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 op 1 februari 2018 heeft de gemeenteraad de Structuurvisie Landgoed Veldwijk en De Hooge Riet vastgesteld. Dat betekent dat er nu een kader ligt waarin de belangrijkste randvoorwaarden voor herontwikkeling van het landgoed zijn vastgesteld. Voor GGZ Centraal biedt deze 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 in juli 2017 werd de intentieovereenkomst getekend met de ontwikkelaar. Naar verwachting zal de koopovereenkomst in 2018 worden gesloten.

In Amersfoort is het traject in gang gezet om te komen tot een bestemmingswijziging voor delen van de locatie Zon & Schild. Het concept Masterplan is gereed en het streven is om het Masterplan in het eerste kwartaal van 2018 te kunnen aanbieden aan de gemeente.

5.12.3 *Afstoten gebouwen en terreinen*

In nauw overleg met het College sanering zorginstellingen werd het pand de Enk in Amersfoort verkocht. Leegstaande panden, die niet meer door GGZ Centraal gebruikt worden, worden (tijdelijk) verhuurd. Zo zal het Leger des Heils zich tijdelijk vestigen in Cederhorst en heeft Kwintes de tijdelijk huur van Amergaard voor haar nachtopvang verlengd. In de IJsselberch zijn vleugels verhuurd aan Ahra en het Leger des Heils.

6. Financiën

6.1 Resultaatontwikkeling

6.1.1 Begroting 2017

Voor 2017 werd een resultaat van nihil begroot. De financiële doelstellingen voor 2017 zijn ingekleurd vanuit de organisatie-brede ontwikkelingen in de jaren 2014 t/m 2016 waarbij GGZ Centraal een forse ombuiging en herstructurering heeft doorgevoerd om de krimp in omzet en de transitie van delen van de zorg naar gemeentelijk domein op te kunnen vangen. Met de verwachting dat ook in 2017 de omzet nog licht zou afnemen, de herstructureringen tot een afronding zouden komen en om gelijktijdig een voorbeweging te kunnen maken in het creëren van financiële ruimte voor zorginhoudelijke ontwikkelingen, is de begroting met een resultaat van nihil vastgesteld, waarbij bewust is geabstraheerd van eventuele boekresultaten op het vastgoed.

6.1.2 Resultaatontwikkeling 2017

Het resultaat over 2017 bedraagt 2,7 miljoen. De omzet uit zorgprestaties is stabiel gebleven op €182,6 miljoen, terwijl de totale omzet met € 1,6 miljoen is toegenomen tot € 194,5 miljoen. De toename is het gevolg van de gerealiseerde verkopen van enkele panden. Binnen de omzet uit zorgprestaties is de omzet uit ZVW-gefinancierde zorg (111,5 miljoen) € 3,5 miljoen hoger dan in 2016, met name door (verwachte) groei van het LGGZ deel. De krimp in de WLZ zet zich door; in 2017 liggen de opbrengsten € 2,3 miljoen lager conform de dalende bedbezetting in dit segment en bedraagt deze € 42,5 miljoen. De opbrengsten uit jeugdwet zijn € 1 miljoen lager dan vorig jaar (€ 14 mln tov € 15 mln) en de WMO opbrengsten zijn licht afgenomen tot € 10,8 miljoen.

In 2017 is aan de inhoudelijke zorgvernieuwing verder vormgegeven met de vorming van FACT- en IHT-teams teneinde meer outreachend te werken, zijn er HIC-units geopend teneinde de op- en afschalingsmogelijkheden te optimaliseren mede in relatie tot de crisisopvang en 24-uurs acuut diensten. Met de zorgverzekeraars verlopen de onderhandelingen intensief doch constructief. Met twee verzekeraars zijn 2-jarige contracten afgesproken. De huidige (financiële) contractvoorwaarden leiden evenwel tot substantiële contractrisico's die uit de zorgexploitatie gefinancierd moet worden. In de bedrijfsvoering is derhalve veel aandacht voor sturing op (onder meer):

- wachttijden en wachtlijsten;
- cliënteninstroom;
- ontwikkeling schadelast;
- ontwikkeling gemiddelde prijs

De laatste is evenwel beperkt beïnvloedbaar en bovendien complex omdat efficiency maatregelen bij een zich verzwarende cliëntenpopulatie niet per sé leidt tot een lagere gemiddelde prijs. De discussie moet blijven gaan over de kwaliteit van de zorg en niet verengd worden tot de financiële parameterisering. GGZ Centraal blijft zich hiervoor sterk maken in de gesprekken met verzekeraars. Voor 2018 verwacht GGZ Centraal met alle verzekeraars gecontracteerd te zijn.

In het gemeentelijke domein is voor 2017 een aanhoudende druk op de contracten merkbaar geweest. Voor 2018 is de verwachting dat de contracten meer ruimte bieden om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. De transitie naar het gemeentelijk domein is met veel aanvullende exploitatiekosten gepaard gegaan; het gebrek aan uniformiteit tussen gemeenten in processen, contractvoorwaarden en verantwoordingseisen verhoogt niet de doelmatigheid.

In de loop van 2017 is de financieringsaanvraag voor de strategische vastgoedontwikkeling voorbereid welke naar verwachting in het tweede kwartaal van 2018 wordt ingediend. Passend binnen de kaders van de hieraan ten grondslag liggende vastgoedvisie, is in 2017 een aantal panden afgestoten met is overeenkomstig het bestuursbesluit om het resultaat te bestemmen binnen de statutaire doelstellingen van de stichting, toegevoegd aan de bestemmingsreserve Herontwikkeling vastgoed.

6.1.3 Analyse van het resultaat

Naast deze boekresultaten op vastgoed is het resultaat beïnvloed door meerdere posten met een bijzonder karakter, waaronder:

- Subsidie Transitie Autoriteit Jeugd: Ter dekking van in de jaren 2014 t/m 2016 gemaakte frictiekosten die voortvloeiden uit de omzetsdaling als gevolg van de decentralisatie van de jeugd-ggz naar het gemeentelijk domein, is in 2017 een subsidiebedrag verantwoord van € 1,5 miljoen. Op onderdelen van de subsidieaanvraag is aanvullende argumentatie aangeleverd, waardoor de aanvraag per balansdatum nog niet volledig is afgewikkeld;
- In 2017 zijn naast de eerder genoemde inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van FACT, IHT en HIC, ook extra middelen ingezet om de oplopende wachttijsten en wachttijden te bekorten, het zij via de directe inzet van meer medewerkers, hetzij via onderzoek naar verbeteringen in de patiëntenlogistiek;
- De kosten op gebied van ICT zijn hoger uitgevallen in verband met de uitrol van Office 365 en investeringen in werkplek-onafhankelijke devices om ambulant werken te faciliteren;
- In lijn met voorgaande jaren heeft GGZ Centraal voor verwachte risico's voorzieningen gevormd ter dekking van deze risico's. Onder meer op het gebied van asbestsanering is een inventarisatie uitgevoerd van aanwezig asbest en daarmee samenhangende saneringskosten.

Per saldo is sprake van een positief operationeel resultaat van ca € 2,7 miljoen.

6.2 Liquiditeitspositie en rol financiers

De liquiditeitspositie van GGZ Centraal is in 2017 verder verbeterd. Ultimo 2017 is sprake van een positieve bankstand van ruim € 16,6 miljoen. Gedurende 2017 is geen gebruik gemaakt van de kredietfaciliteit van € 15 miljoen. Met verzekeraars zijn adequate financieringsafspraken gemaakt voor hun deel van het onderhanden werk. Als gevolg van in eerdere jaren gerealiseerde budgetoverschrijdingen en contractrisico's wordt in de liquiditeitsprognose evenwel gerekend met een terugbetalingsverplichting over voorgaande jaren van ca € 20 miljoen.

In het voorjaar van 2018 hebben Rabo, ING en het WfZ het bijzonder beheer opgeheven. Met de banken en het WfZ kon de afgelopen jaren een constructieve relatie worden opgebouwd met passende informatievoorziening omtrent resultaat- en liquiditeitsontwikkeling.

De werkkapitaalfinanciering is bepaald op € 15 miljoen en wordt toereikend geacht om in de toekomst fluctuaties in liquiditeitsbehoefte te kunnen opvangen.

Behalve de kredietfaciliteit, kent GGZ Centraal langlopende leningen ter financiering van haar vaste activa. Per balansdatum bedraagt de waarde van de vaste activa € 133,8 miljoen, waarvan € 87,5 miljoen gefinancierd middels langlopende bancaire financiering (inclusief aflossing < 1 jaar). Op de financiering zit een borging van het Wfz van € 63 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 2017 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.

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 De behaalde omzet

	2015	2016	2017
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	€ 197.952.875	€ 192.833.933	€ 194.456.893
Waarvan opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning, exclusief subsidies	€ 189.443.283	€ 182.931.007	€ 182.631.287
Waarvan subsidies/ overige bedrijfsopbrengsten	€ 8.509.593	€ 9.902.926	€ 11.825.606

6.4 De toestand op balansdatum

	2015	2016	2017
Totaal bedrijfsopbrengsten	€ 197.952.875	€ 192.833.933	€ 194.456.893
Exploitatieresultaat	€ 524.717	€ 292.118	€ 2.745.232
Eigen vermogen	€ 35.425.483 17,90%	€ 35.717.601 18,52%	€ 38.462.833 19,78%
Current ratio	0,76	0,86	0,90
Solvabiliteit	19,54%	19,34%	20,65%

6.5 Ontwikkelingen 2018

6.5.1 Wachttijden in de zorg en schaarste op de arbeidsmarkt

De groeiende wachttijden in de zorg zijn een bron van zorg, ook voor GGZ Centraal. De schaarste op de arbeidsmarkt maakt dat een snelle oplossing hiervoor niet in het verschiet ligt. Door maatregelen te treffen op het gebied van patiëntenlogistiek en ondersteuning van de behandelorganisatie (taakverschuiving omtrent administratieve verplichtingen, reductie administratieve lasten), beogen we de wachttijden binnen aanvaardbare normen te houden en om de arbeidssatisfactie van medewerkers op peil te houden.

Met financiers zijn op hoofdlijnen afspraken gemaakt ter financiering van de zorg voor cliënten boven de productieafspraken. Voor 2018 is het de verwachting dat hierdoor het aantal ambulante behandeluren en te bedienen cliënten kan groeien. Om de wachtlijstproblematiek te verminderen heeft GGZ Centraal in afstemming met financiers afspraken kunnen maken die kunnen bijdragen aan het verminderen van de wachtlijsten.

6.5.2 Financieringsaanvraag herontwikkelingsplannen vastgoed

In het tweede kwartaal van 2018 wordt de aanvraag bij de banken ingediend ter financiering van de vastgoedontwikkelingsplannen. Beoogd is om van beide instellingsterreinen Veldwijk en Zon & Schild

delen te vervreemden ten behoeve van herontwikkeling met behoud van cultuurhistorische waarden en in overeenstemming met de met gemeenten ontwikkelde structuurvisies.

GGZ Centraal concentreert haar zorgactiviteiten op onderdelen van beide terreinen waar het hoogwaardige (vervangende) nieuwbouw realiseert ten behoeve van haar cliënten. Over de financiering vindt constructief overleg plaats met de banken en het waarborgfonds. College Sanering is intensief betrokken in het vervreemdingsvraagstuk. Ter realisatie van de plannen zal een roeyement-om-niet worden verzocht op de vervreemding en aanvullende langlopende financiering van € 35 miljoen. GGZ Centraal blijft daarbij aan alle relevante ratio's voldoen.

In 2018 zal de financieringsaanvraag definitief worden ingediend en zullen er – vooruitlopend op de hiervoor vermelde brede herontwikkelingsplannen – beperkte vastgoedtransacties plaatsvinden.

6.5.3 *Heroverwegingen Samenwerkingsverband SMCvP*

In april 2018 hebben de vennoten van de VOF SymforaMeander Centrum voor Psychotherapie zich voorgenomen om de samenwerking op het gebied van de psychiatrische patiëntenzorg op een nieuwe wijze vorm te geven. Het voornemen is de regie over en de uitvoering van de activiteiten van SymforaMeander over te gaan dragen aan GGZ Centraal en daarover in de loop van 2018 concrete afspraken te maken. Zo kan de organisatie van GGZ Centraal optimaal worden benut om de psychiatrische zorg met een gezonde bedrijfsvoering te continueren. GGZ Centraal en Meander MC blijven intensief samenwerken en vervullen over en weer een consultfunctie.

De komende maanden zullen GGZ Centraal en Meander MC in nauw overleg met de medewerkers en ketenpartners deze plannen verder vormgeven en voor advies voorleggen. Voor patiënten verandert er de komende periode niets: zij kunnen rekenen op de zorg zoals zij die gewend zijn. Continuering van de zorg aan patiënten en behoud van expertise staan voor beide organisaties centraal in de verdere uitwerking van de plannen.

De waardering van activa en passiva van de VOF in de jaarrekening 2017 zijn derhalve gebaseerd op de continuïteitsveronderstelling aangezien de activiteiten worden voortgezet. Het eventueel niet-continueren van activiteiten zal niet tot majeure waarderingsverschillen leiden aangezien de VOF voornamelijk over monetaire activa en passiva beschikt.

6.5.4 *Afspraken zorgverzekeraars, zorgkantoor en gemeenten*

GGZ Centraal heeft voor 2018 met alle verzekeraars contracten gesloten, evenals met het zorgkantoor. Met twee verzekeraars is sprake van een doorlopende overeenkomst vanuit 2017. Ook met alle in het werkgebied van GGZ Centraal ressorterende gemeentelijke contractregio's zijn contracten gesloten in het kader van de Jeugdwet en de WMO.

6.5.5 *Wijziging bekostiging Jeugdwet*

Per 1 januari wordt de bekostiging van de jeugdwet gewijzigd. De huidige DBC-systematiek wordt losgelaten. In het werkgebied van GGZ Centraal kiezen de contractregio's overwegend voor de inspanningsgerichte variant, waarbij bekostigd wordt op grond van verleende zorg gemeten in uren en verblijfsdagen. De verandering heeft systemische consequenties die naar verwachting in mei 2018 zullen zijn opgelost, waarna de facturatie (maandelijks, achteraf) opgestart kan worden. De diversiteit in contractuele bepalingen omtrent onder meer het beschikkingsproces en de wijze van (tussentijdse) verantwoording alsmede de door individuele contractregio's uitgevraagde kostprijsonderzoeken, impliceren een forse administratieve last voor de zorgaanbieders.

7. Onderzoek en ontwikkeling

Voor GGZ Centraal zijn opleiden, wetenschappelijk onderzoek en innovatie van cruciaal belang. In 2017 zijn de onderdelen wetenschappelijk onderzoek, de A-opleiding, P-opleiding en opleiding tot verpleegkundig specialist, innovatie en het kenniscentrum ondergebracht bij raad van bestuur.

Het nieuwe M&O leerplein is het centrum voor ontwikkeling en mobiliteit van medewerkers van GGZ Centraal. Het leerplein bestaat uit training & Ontwikkeling & Mobiliteit, Praktijkopleiding en het stagebureau. De professionals van M&O leerplein bundelen hun krachten om doelgericht te werken aan de toekomst van een lerende organisatie.

7.1 Opleidingen

A-opleiding; opleiding tot psychiater

In februari 2017 heeft het register geneeskundig specialisten (RGS) de opleiding gevisiteerd en goedgekeurd voor vijf jaar. Dit jaar werd ook de geriatrie-opleiding gevisiteerd. De definitieve uitslag is nog onbekend.

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

- de rol van religie bij psychotherapie door dr. HJGM van Megen
- big data in de psychiatrie door prof. dr. F. Scheepers
- rusteloosheid, een pleidooi voor een mateloos leven door prof. I. Devisch
- dementie
- wilsbekwaamheid

De A-opleider is toegetreden tot de visitatiecommissie psychiatrie en aangesteld als RGS-lid. De waarnemend A-opleider is lid van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten (CWA). Inmiddels heeft de opleider aandachtsgebied ouderenpsychiatrie afscheid genomen en zal collega Hollestelle haar plaats innemen.

Gemiddeld waren er 45 aiossen in opleiding. Tien aiossen ronden hun opleiding tot psychiater af. Eén agiko heeft haar promotie afgerond en een nieuwe agiko is aangesteld.

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 2017 werd voor de vierde maal de grote Lowijs onderwijsprijs uitgereikt aan de aios die de hoogste score op de onderwijstoetsen behaalde.

7.1.1 *P-opleiding; opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog*

In 2017 is er verder gebouwd aan de kwaliteit van het praktijkgedeelte van de opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch (neuro-)psycholoog. Dit is onder andere gebeurd door een trainingsmiddag voor alle werkbegeleiders, supervisors en praktijkopleiders over het geven en ontvangen van feedback en daarnaast zijn alle praktijkopleiders door de afdeling M&O getraind in het voeren van selectiegesprekken. Daarnaast bieden we samen met een aantal andere GGZ-instellingen de cursus tot supervisor voor de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie voor ervaren klinisch psychologen en psychotherapeuten.

Twee deelnemers aan de opleidingen binnen de P-opleiding zijn aangesloten bij de Centrale Opleidingscommissie, waarmee de verbinding tussen de verschillende postmasteropleidingen 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 37 deelnemers aan de verschillende P-opleidingen in dienst bij GGZ Centraal in 2017. In dit jaar hebben negen GZ-psychologen, één psychotherapeut en drie klinisch psychologen hun opleiding afgerond binnen GGZ Centraal. In een feestelijk afstudeersymposium hebben de

klinisch psychologen samen met de nieuw afstuderende psychiaters vanuit de A-opleiding hun afstudeeronderzoeken gepresenteerd.

7.1.2 Opleiding tot Verpleegkundig Specialist

Eind 2016 besloot de RvB om voortaan alleen nog verpleegkundig specialisten op te leiden via de driejarige opleiding. In 2017 zijn vier verpleegkundig specialisten gestart met de opleiding. Daarmee kwam het totaal aantal verpleegkundigen in opleiding tot specialist (VIOS) op negen. Eén VIOS studeerde af.

7.1.3 Praktijkopleiding en stagebureau

Praktijkopleiding en stagebureau dragen bij aan een krachtig leerklimaat binnen GGZ Centraal dat uiteindelijk de kwaliteit van zorg beter maakt. Een krachtig leerklimaat zorgt voor gemotiveerde leerlingen en stagiaires die als ambassadeur voor de organisatie kunnen optreden. In 2017 waren er GGZ Centraal breed 60 opleidingsplekken voor MBO en HBO leerling verpleegkundigen. Totaal zijn er 400 stagiaires in het schooljaar 2016-2017 geweest.

7.2 Wetenschappelijk Onderzoek

De pijlers van het wetenschappelijk onderzoek binnen GGZ Centraal zijn de vier onderzoekslijnen, te weten: Psychotische Stoornissen, Angst- en Dwangstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen en Ontwikkelingsstoornissen. Door specialisatie van het onderzoek op deze gebieden, die nauw aansluiten bij (boven)regionale behandelexpertise van GGZ Centraal, zorgen we ervoor dat wetenschap en zorg elkaar continu versterken.

Lopend onderzoek

Er liepen in 2017 29 studies van medewerkers van GGZ Centraal waarvan 86% binnen één van de onderzoekslijnen viel. In onderstaande tabel vindt u een overzicht van het lopende onderzoek van medewerkers van GGZ Centraal per onderzoekslijn.

	Psychotische stoornissen	Angst- en Dwang	PHS	Ontwikkelingsstoornissen	Overig	Totaal
Promotieonderzoek	5	2	3	0	1	11
Onderzoek vanuit opleiding	3	1	9	0	3	16
Overig	1	1	0	0	0	2
Totaal	9	4	12	0	4	29

Tabel 1. Lopend onderzoek GGZ Centraal per onderzoekslijn in 2017

Daarnaast participeerde GGZ Centraal in 12 studies geïnitieerd door externe partijen waarvan 83% aansloot bij één van de onderzoekslijnen:

Psychotische stoornissen	Angst- en Dwang	PHS	Ontwikkelingsstoornissen	Overig	Totaal
7	1	0	2	2	12

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

Publicaties

Medewerkers van GGZ Centraal publiceerden of waren co-auteur van 29 artikelen in peer-reviewed tijdschriften. Het gehele overzicht van publicaties en presentaties vindt u op [onze website](#).

Promoties

Twee medewerkers van GGZ Centraal promoveerden in 2017. Christel Hessels promoveerde binnen de onderzoekslijn Persoonlijkheidsstoornissen en Charlie Mentzel binnen de lijn Psychotische stoornissen.

Symposium 'Nieuwe behandelingen; wetenschappelijk onderzoek, daar heb je wat aan!'

Het jaarlijkse wetenschappelijke symposium van GGZ Centraal werd in 2017 gezamenlijk vanuit de vier onderzoekslijnen vormgegeven en had als thema onderzoek naar nieuwe behandelvormen en belang daarvan voor de klinische praktijk.

7.3 Training en ontwikkeling

In 2017 heeft Training & Ontwikkeling onder andere onderstaande trainingen georganiseerd die in totaal 1455 deelnames opleverden. Ten opzichte van 2016 een afname van 40% doordat verplichte trainingen als suïcidepreventie grotendeels in 2016 zijn afgerond.

- suïcidepreventie
- agressie regulatie training
- voorbehouden en risicovolle handelingen
- motiverende gespreksvoering
- familieparticipatie
- separeren en fixeren

Daarnaast zijn ruim 2000 e-learningmodules voltooid. De meest gevolgde modules van 2017 zijn:

- medicatie: 343
- herstel en herstelondersteuning: 297
- DSM V: 195
- injecteren: 168
- suïcidepreventie: 141

Dit jaar waren er geen extra verplichte modules. Op verschillende afdelingen wordt strategisch personeelsplanning (kwantiteit) en strategisch ontwikkelplannen (kwaliteit) gecombineerd.

7.4 Innovatie

Onder het motto #doe_iets met je goede ideeën heeft de coördinator innovatie in 2017 informatie- en inspiratiesessies gegeven en de mogelijkheden tot ondersteuning onder de aandacht gebracht. Medewerkers, cliënten en naasten kunnen ideeën aandragen voor innovatieprojecten. De selectie van nieuwe projecten geschiedt vier keer per jaar door de innovatiecommissie. Die commissie bestaat uit zeven medewerkers (inclusief ervaringsdeskundigen) van GGZ Centraal, die in verschillende disciplines en regio's werkzaam zijn. In 2017 hebben wij elf aanvragen ontvangen, waarvan we zeven hebben gehonoreerd. Bijvoorbeeld:

Nieuwe projecten:

- robot paro voor onze cliënten: De robotzeehond Paro als hulpmiddel om langdurig opgenomen, oudere cliënten te activeren en vrijheidsbeperkende maatregelen meer te voorkomen. Het team van de Oosterhoorn doet eerste ervaringen op met zorgrobotica.
- eerste hulp bij psychische problemen (MHFA): Dit wetenschappelijk onderbouwde programma draagt bij aan het verhogen van kennis over geestelijke gezondheid bij onze samenwerkingspartners, vermindert negatieve attitude en bevordert ondersteunend gedrag richting mensen met psychische problemen.
- animatiefilm bopz: Medewerkers van GGZ Centraal op eenvoudige wijze informeren over het bopz-beleid. Daarnaast maakt de film een vlotte en duidelijke verantwoording van ons bopz - beleid mogelijk naar derden, zoals zorgverzekeraars en Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Afgeronde projecten:

- psychodiagnostiek lean: Het project, waarbij de psychodiagnostiek Eemland verbluffende resultaten heeft geboekt door lean te gaan werken, is succesvol afgerond met een volgeboekte studiedag. Inmiddels is afgesproken dat de projectleider ook andere afdelingen van GGZ Centraal zal helpen naar een lean werkwijze.
- Cv voor de toekomst: In dit project is vanuit IPS een instrument ontwikkeld, waarmee plannen en wensen op het gebied van werk inzichtelijk worden in een curriculum vitae. Hiermee wordt

solliciteren makkelijker en succesvoller. Het is een prachtige tool geworden die via de 'beter bezig' site van GGZ Centraal zal worden aangeboden.

Het innovatiebudget voor 2017 bedroeg €92.468. Dit bedrag is volledig aan projecten besteed. Daarnaast waren er inkomsten uit subsidies ter hoogte van €41.808.

7.5 GGZ Kenniscentrum

In juli 2017 is de samenwerking van de bibliotheken van Altrecht en GGZ Centraal officieel geworden. De beide Raden van Bestuur hebben toen de documenten ondertekend. Vanaf dat moment is de nieuwe gezamenlijke website van GGZ Kenniscentrum gelanceerd. Deze website wordt door veel mensen erg gewaardeerd.

In 2017 is er veel meer vraag gekomen naar hulp bij literatuuronderzoek. In voorgaande jaren werden er gemiddeld 60.000 searches gedaan in de databanken. Dit is in 2017 voor GGZ Centraal opgelopen naar 90.000. Het aantal aanvragen is echter verminderd vergeleken met 2016. In 2016 kwamen er 2072 aanvragen voor levering van artikelen binnen, in 2017 was dat 1981. Dit komt deels omdat er steeds meer artikelen vrij verkrijgbaar zijn via open access en wij in plaats van losse abonnementen twee fulltext databanken hebben gekocht, die gekoppeld zijn aan alle databanken waarin men via GGZ Kenniscentrum kan zoeken. De klant kan dan direct bij het artikel.

Ook van mox-info (programma waar onze gebruikers email attendering krijgen van inhoudsopgaven van tijdschriften en onderwerpen uit tijdschriften) is goed gebruik gemaakt. Er zijn in totaal 2332 artikelen gelezen uit 143 verschillende tijdschriften.

8. Verslag Raad van Bestuur

8.1 Samenstelling en portefeuilleverdeling

De raad van bestuur bestaat uit:

- drs. A.C. van Esterik (voorzitter per 1 september 2017)
- dr. T.J. Heeren (in dienst als voorzitter tot 1 augustus 2017)
- drs. A.C. Theil (in dienst als lid per 1 september 2017)

De raad van bestuur 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 Portefeuilleverdeling

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.

Portefeuilleverdeling

Per 1 september 2017 is de portefeuilleverdeling zoals hieronder weergegeven. Tot die tijd beheerde T.J. Heeren de portefeuille die in het overzicht aan A.C. Theil is toegekend, met uitzondering van:

- mens & organisatie (tot 1 september 2017 onder A.C. van Esterik)
- ict (tot 1 september 2017 onder T.J. Heeren)
- contactpersoon raad van toezicht (tot 1 september 2017 onder T.J. Heeren)
- bestuurssecretaris (tot 1 september 2017 onder T.J. Heeren)

Portefeuilleverdeling raad van bestuur; met ingang van 1 september 2017:

	Drs. A.C. van Esterik (voorzitter)	Drs. A. Theil
Raad van toezicht	Raad van toezicht (contactpersoon) auditcommissie	Raad van toezicht commissie Kwaliteit & Veiligheid
Directies RVZe	Veluwe & Veluwe Vallei Flevoland	Eemland Gooi & Vechtstreek Fornhese, kinder & jeugdpsychiatrie
Samenwerkings- verbanden	Amethyst	SymforaMeander centrum voor psychiatrie Indigo Midden Nederland
Hoofden vakcentra	Financiën, administratie en informatievoorziening Facilitair bedrijf & vastgoed ICT Controller Interne controller ao/ic Bestuurssecretaris	Mens & Organisatie A-opleider, P-opleider, VS-opleider Manager kwaliteit van zorg & innovatie Controller
Medezeggenschap	Ondernemingsraad	Centrale cliëntenraad
Zorgondersteunende commissies	Rechtmatigheid en doelmatigheid zorgregistratie	Centrale Commissie Behandelprogramma's Stuurgroep kwaliteit van zorg

	Werken aan herstel Zorg ICT Verpleegkundige adviesraad	Veilig incidenten melden Klachtencommissie patiënten en cliënten Verpleegkundige adviesraad
Zorginhoudelijk commissies	Ziekenhuishygiëne	Intensieve psychiatrie Geneesmiddelen Suïcidaliteit Zorgveiligheid
Overige commissies	Klachtencommissie medewerkers Museumcommissie Parkzicht Museumcommissie Grombaard	Adviescommissie sociale begeleiding
Overige beleids-terreinen	Chevallierfonds Zorgverkoop USER Aandeelhoudersvergadering Phebe	Bureau geneesheer-directeuren Zorgverkoop Lucas Lindenboomfonds
Vertrouwens personen	Patiëntvertrouwenspersoon Familievertrouwenspersoon	Patiëntvertrouwenspersoon Medewerkersvertrouwenspersoon Familievertrouwenspersoon Klachtenfunctionaris Vertrouwenspersoon klokkenluidersregeling

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 commissie werkgevers- en arbeidszaken GGZ Nederland
- lid raad van commissarissen Ikazia ziekenhuis, Rotterdam
- lid raad van toezicht scholengemeenschap Erfgooierscollege, Huizen

Dhr. drs. A.C. Theil heeft de volgende nevenfuncties:

- lid commissie Financiering en Bekostiging GGZ Nederland
- voorzitter Expertiseraad Kinder- en jeugdpsychiatrie

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

- lid commissie nationaal programma ouderenzorg van ZonMW
- vicevoorzitter 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
- lid commissie Onderzoeksprogramma GGZ van ZonMW

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 ¹⁰ 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) bestuurslid StOEL (Stichting Ondersteuning Eerste Lijn).
Dhr. R. A. Houtveen RA	Lid raad van bestuur Flynth Holding	n.v.t.
Dhr. S.J. Vegter MBA	Directeur zorginnovatie platform Izovator	bestuurslid Disability Studies Nederland VU voorzitter Steunstichting 'het Lot' t.b.v. Blinden en Slechtienden vicevoorzitter NGO stichting Soft Tulip, ondersteuning gezondheidszorg Oost-Europa commissaris Van der Valk Care Voorzitter raad van toezicht Hospice Huizen Lid adviesraad Eldermans Geerts advocaten Voorzitter Long Vitaliteits Centrum Texel
Mw. dr. L.A. van der Velden ¹¹	KNO-arts / hoofd-hals chirurg Antoni van Leeuwenhoek / Nederlands Kanker Instituut te Amsterdam	lid Raad van Toezicht Instituut Verbeeten lid commissie kwaliteit en veiligheid lid Raad van Advies Medisch Contact, website en tijdschrift uitgegeven door Artsenfederatie KNMG 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 voorzitter bestuur Dienstenorganisatie Protestantse Kerk Nederland

Overzicht van de leden van de Raad van Toezicht GGZ Centraal per 31 december 2017

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.

Op 1 mei 2017 trad drs. F. van der Lee terug als lid van de raad van toezicht. De selectiecommissie heeft een wervings- en selectieprocedure gestart om een nieuw RvT-lid met financiële expertise, bij voorkeur iemand die accountant is of is geweest, te vinden. Dit heeft geresulteerd in de aanstelling van de heer R.A. Houtveen RA per 1 juni 2017.

¹⁰ 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.

¹¹ Lid met professionele zorgachtergrond

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. R.A. Houtveen RA 19.01.1966	lid raad van toezicht • voorzitter auditcommissie • lid remuneratiecommissie	01.06.2017	01.06.2021	01.06.2025
Dhr. S.J. Vegter MBA 28.01.1950	voorzitter raad van toezicht • voorzitter remuneratiecommissie • voorzitter 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	vicevoorzitter raad van toezicht • lid commissie kwaliteit & veiligheid • lid remuneratiecommissie • lid selectiecommissie	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 2017

9.3 Evaluatie

De raad van toezicht is verantwoordelijk voor governance en naleving van de code. Minimaal eenmaal 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.

Op 14 februari 2017 heeft een uitgebreide evaluatie onder leiding van externe procesbegeleider jonkheer mr. M. de Brauw plaatsgevonden. Hieraan voorafgaand hebben de leden van zowel de raad van toezicht als de raad van bestuur een vragenlijst ingevuld en ieder lid heeft een interview met de procesbegeleider gehad. Op basis hiervan is 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 het NVTZ Advies honorering raden van toezicht in zorg en welzijn 2017 (functiegroep 4).

In verband met gewijzigde wetgeving voor commissarissen per 1 januari 2017 is al in de vergadering raad van toezicht van 10 mei 2016 besloten dat de fictieve dienstbetrekking voor RvT-leden per 1 januari 2017 te laten vervallen. Dit betekent dat zij vanaf 1 januari 2017 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 de vergadering van 14 februari 2017 onderwerp van gesprek geweest. De remuneratiecommissie heeft van tevoren een advies hierover uitgebracht, dat in genoemde vergadering is overgenomen. De honoraria zijn per 1 januari 2017 als volgt vastgesteld: de voorzitter ontvangt € 19.800,- en de leden (incl. vicevoorzitter) ontvangen € 13.200,- bruto per jaar. Deze bedragen zijn inclusief reiskostenvergoeding.

9.5 Werkzaamheden in het verslagjaar

De raad van toezicht had in het verslagjaar zesmaal een reguliere vergadering in aanwezigheid van de raad van bestuur, te weten op 14 februari, 16 mei, 27 juni, 30 augustus, 24 oktober en 12 december 2017. Een extra vergadering, ook in aanwezigheid van de raad van bestuur, vond plaats op 30 mei 2017. In deze bijeenkomst stond het vaststellen van de jaarrekening 2016 centraal.

De augustusvergadering vond plaats tijdens een tweedaagse 'heibijeenkomst'. Op de eerste dag was gastspreker de heer dr. W. Opheij van Common Eye aanwezig en gaf een toelichting op samenwerking in allianties en netwerken en op welke wijze de RvT toezicht kan houden op de deelnemingen van GGZ Centraal. De raad van toezicht voerde een interessante discussie met de inleider.

In het verslagjaar heeft een aantal leden van de raad van toezicht tweemaal 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 9.2.5 - 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 10.2.2 - 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 7 februari om een toelichting te geven op de managementletter 2016. Op 30 mei 2017 waren de accountants aanwezig in de vergadering van de raad van toezicht vanwege de bespreking en het vaststellen van het accountantsverslag en de jaarrekening over 2016. In de auditcommissie van 12 december heeft de accountant een toelichting gegeven op de door KPMG uitgevoerde controlestrategie. In deze vergadering werd tevens de begroting voor 2018 in aanwezigheid van de accountant besproken.

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:

- managementletter 2016
- zorgcontracteringsproces
- financiële (kwartaal)rapportages, liquiditeitsprognoses en eindejaarsverwachting 2017
- sociaal beleid/HRM, verzuim en re-integratie, registratie van jaar- en beoordelingsgesprekken
- terugkoppeling over overleg met de vakbonden
- meerjarenbegroting
- rapportage 'tonen van kwaliteit', zie beschrijving bij RvT-commissie kwaliteit & veiligheid
- vastgoedontwikkeling: met name structuurvisie Veldwijk & De Hooge Riet
- actualisatie nevenfuncties leden raad van toezicht

- invulling tweedaagse heisessie, werkbezoeken raad van toezicht en bepalen onderwerp voor scholing in 2017
- uitgebreide evaluatie raad van toezicht over 2016
- vertaling Governance Code Zorg 2017 naar GGZ Centraal
- rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd n.a.v. bezoeken en gesprekken die de Inspectie in 2016 aflegde
- het werk van de klachtenfunctionaris
- terugkoppeling van functioneringsgesprekken tussen remuneratiecommissie en bestuurders
- atlas van het Toezicht – opvolger van Toolkit Toezicht Zorg, een publicatie gericht om toezichthouders te prikkelen, tot nadenken te stemmen en te inspireren.
- ambities nieuwe bestuurder drs. A.C. Theil en terugkoppeling na zijn eerste kennismakingsronde in de organisatie
- scholing en scholingsplan leden raad van toezicht
- managementreview 2016
- jeugd GGZ en de businesscase Fornhese
- hoe het toezicht houden op deelnemingen van GGZ Centraal vormgeven
- voorstel voor kwaliteitsindicatoren 2018
- treasury jaarplan 2018
- investeringsaanvraag vastgoed
- strategische en bestuurlijke ontwikkelingen
- beleidsoverwegingen en dilemma's

Ter goedkeuring/besluitvorming:

- honorering leden raad van toezicht en raad van bestuur in het kader van de WNT 2
- beëindiging dienstverband dr. T.J. Heeren, bestuurder tot 1 augustus 2017
- benoeming van drs. A.C. van Esterik tot voorzitter raad van bestuur per 1 augustus 2017
- bepalen samenstelling selectiecommissie in het kader van de werving en selectie van een nieuwe bestuurder
- vaststellen profielschets bestuurder
- bestuursverslag 2016
- jaarrekening en accountantsverslag 2016
- benoeming lid raad van toezicht de heer R.A. Houtveen RA per 1 juni 2017
- benoeming lid raad van bestuur de heer drs. A.C. Theil per 1 september 2017
- kadernota en -begroting 2018
- verkoop gebouw De Enk, Willem de Zwijgerlaan 2 in Amersfoort
- benoeming van mw. D. van Vliet als vicevoorzitter van de RvT
- benoeming van dhr. R.A. Houtveen RA tot voorzitter van de auditcommissie
- samenstelling remuneratiecommissie: voorzitter raad van toezicht, vicevoorzitter raad van toezicht, voorzitter auditcommissie
- benoeming van dhr. drs. A.C. Theil tot venoot (gevolmachtigde) namens GGZ Centraal in de VOF SymforaMeander Centrum voor Psychiatrie
- jaarplanning raad van toezicht GGZ Centraal 2018
- rooster van aftreden d.d. 30.08.2017 en samenstelling commissies raad van toezicht
- portefeuillevreiding raad van bestuur d.d. 05.09.2017
- deelname aan het onderzoek door Nyenrode naar Zorgbrede Governancecode 2017
- conflictregeling in relatie tot reglementen raad van bestuur en raad van toezicht
- informatieprotocol raad van toezicht – raad van bestuur d.d. 24.10.2017
- definitieve exploitatiebegroting 2018

9.8 Kennismaking met het primaire proces

Jaarlijks brengt de raad van toezicht voorafgaand aan een vergadering een bezoek aan één van de organisatieonderdelen van GGZ Centraal in het kader van kennismaking met de directe zorgverlening en de ondersteunende processen.

In december bezocht de raad van toezicht Indigo Midden-Nederland. De toezichthouders vonden het een goede bijeenkomst die in open sfeer plaatsvond.

9.9 Deskundigheidsbevordering raad van toezicht

- Zorgverkoop: workshop onder leiding van mr. K. van Berloo, jurist bij Eldermans | Geerts, waarbij hij inging op de zorgverzekeringswetten, de WMO en Jeugdzorg. In deze bijeenkomst, die ook bezocht werd door het voltallige managementteam van GGZ Centraal, stonden dialoog en interactie centraal.
- samenwerking in allianties en netwerken: presentatie door dr. W. Opheij van Common Eye.
- 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 Houtveen (voorzitter) en Hoppenbrouwers.

De auditcommissie vergaderde in 2017 viermaal met de raad van bestuur, de manager Financiën, Administratie & Informatievoorziening/FAI en de concerncontroller. De vergaderingen vonden plaats op 7 februari, 11 mei, 26 september en 12 december. De externe accountant KPMG was aanwezig in de vergaderingen van 7 februari en 12 december.

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

- managementletter 2016
- financiële maand-, kwartaal- en halfjaarrapportages 2017
- resultaat- en liquiditeitsontwikkeling / eindejaarsverwachting 2016
- zorgcontractering
- proces jaarrekening 2016 en accountantsverslag 2016
- subsidieaanvraag Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ)
- specifiek aandacht voor de zorgverkoop 2018 Jeugd en de business case kinder- en jeugdpsychiatrie
- financiële situatie bij de deelnemingen (Amethist, SymforaMeander en Indigo Midden-Nederland) en het toezicht houden op de deelnemingen
- kaderbegroting 2018
- meerjarenbegroting
- vastgoedontwikkelingen, met name de gebiedsvisie in Ermelo
- controlestrategie uitgevoerd door de accountant
- treasury jaarplan 2018
- definitieve begroting 2018
- financiële ontwikkelingen en het 'in control' zijn van de organisatie

Na afloop van de mei-vergadering hebben de leden van de auditcommissie separaat met de controller gesproken. Er zijn door de controller geen onregelmatigheden geconstateerd, noch belemmeringen gesignaleerd.

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 Houtveen, voorzitter auditcommissie alsmede mevrouw Van Vliet, vicevoorzitter 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 2017.

De remuneratiecommissie vergaderde op 9 januari 2017, waarin o.a. gesproken werd over de WNT en de adviesregeling van NVTZ in relatie tot de bezoldiging van de bestuurders en de leden raad van toezicht. Daarnaast kwam aan bod de evaluatie van de gesprekken tussen de selectiecommissie en searchbureaus in het kader van de werving van een nieuwe bestuurder als opvolger van mevrouw dr. T.J. Heeren, die per 1 augustus 2017 GGZ Centraal heeft verlaten. In deze vergadering van de remuneratiecommissie werd tevens de wervingsprocedure besproken en vastgesteld. Op 28 maart 2017 kwamen de leden van de remuneratiecommissie samen om de jaargesprekken tussen hen en de bestuurders voor te bereiden, waarna deze op genoemde dag plaatsvonden.

Selectiecommissie

De selectiecommissie bestaat in elk geval uit de voorzitter en vicevoorzitter van de raad van toezicht. Per nieuw in te vullen functie wordt de selectiecommissie uitgebreid met andere leden raad van toezicht.

De selectiecommissie van de raad van toezicht heeft in 2017 niet vergaderd. Wel heeft de commissie een rol gespeeld bij de aanstelling van nieuw RvT-lid Houtveen, aangesteld per 1 juni 2017 en bestuurder Theil, die per 1 september 2017 benoemd is.

Commissie kwaliteit & veiligheid

De commissie kwaliteit & veiligheid bestaat aan het eind van het verslagjaar uit de volgende leden: mevrouw Van der Velden (voorzitter) en de dames Van Vliet en Van der Waaij.

De commissie heeft in 2017 drie keer vergaderd: 25 april, 19 september en 12 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 2016
- 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.
- kwaliteitsstatuut dat iedere instelling per 1 januari 2017 van kracht is
- rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd naar aanleiding van diverse bezoeken in 2016 alsmede het plan van aanpak om verbeteringen binnen GGZ Centraal door te voeren
- uitgangspunten kwaliteitsbesprekingen raad van toezicht
- kwaliteitsbewaking in deelnemingen van GGZ Centraal
- kwaliteitseisen gemeenten in het kader van de WMO en Jeugdzorg
- terugkoppeling op het gesprek tussen de externe auditor en leden raad van toezicht in het kader van de hercertificering HKZ
- managementreview 2016
- jaarverslag 2016 van de commissie suïcidaliteit
- voorste kwaliteitsindicatoren 2018
- overzicht calamiteiten 2014-2017
- acties en bevindingen m.b.t. behandelplannen en jaar- en beoordelingsgesprekken.

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.