



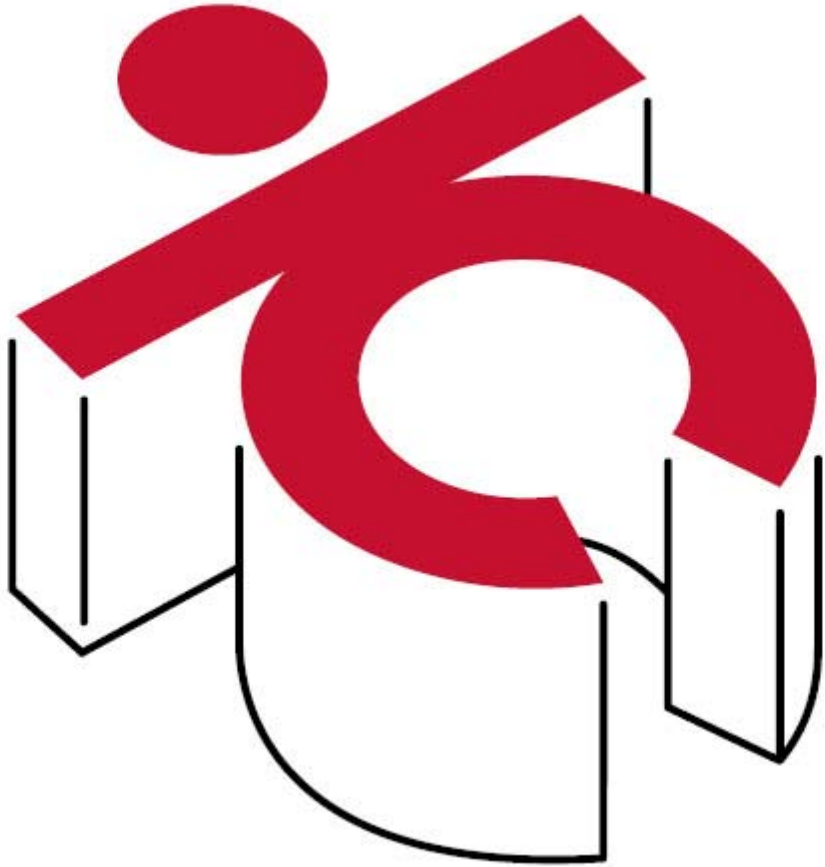
Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis



Yudaboyu
Yuda mi, yuda bo.



Jaarverantwoording 2011





Inhoudsopgave

JAARDOCUMENT 2011 KLINIKA CAPRILES	1
VOORWOORD	2
1. UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING.....	3
2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	4
2.1. ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS	4
2.2. STRUCTUUR VAN DE INSTELLING	4
2.3. KERNGEGEVENS	6
2.4. BELANGHEBBENDEN	7
3. GOVERNANCE	12
3.1. BESTUUR EN TOEZICHT	12
3.2. BEDRIJFSVOERING.....	13
3.3. CLIËNTENRAAD	15
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	16
4.1. MEERJARENBELEID	16
4.2. ALGEMEEN BELEID.....	18
4.3. KWALITEITSBELEID	23
4.4. KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS	34
4.5. SAMENLEVING.....	39
4.6. FINANCIËEL BELEID.....	40
5. ACCOUNTANTSVERKLARING	42
6. VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2011	45
7. VERKORTE STAAT VAN BATEN EN LASTEN 2011	46
8. VERKORTE MUTATIE - OVERZICHT EIGEN VERMOGEN OVER 2011.....	47
9. VERKORTE MUTATIE - OVERZICHT KASSTROOM OVER 2011.....	48
10. TOELICHTING OP DE VERKORTE BALANS EN STAAT VAN BATEN EN LASTEN.....	49
A. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 2 PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	54
A.1 NADERE TYPERING	54
A.2 KERNGEGEVENS	55
A.3 WERKGEBIEDEN	55
A.4 PERSONEEL	56
A.5 GEGEVENS VERBLIJFPLAATSEN	57
B. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 3 GOVERNANCE.....	58
B.1. BESTUUR EN TOEZICHT.....	58
C. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 4 BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	59
A. ALGEMEEN KWALITEITSBELEID	59
B. KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN.....	59
A. KWALITEIT VAN ZORG.....	59
B. KLACHTEN	62
C. PERSONEELSBELEID	63
A. KWALITEIT VAN HET PERSONEEL.....	63
B. KWALITEIT VAN HET WERK.....	63
D. FINANCIËEL BELEID.....	64





Jaardocument 2011 Klinika Capriles

Het jaardocument 2011 is opgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Waldi Oostburg
Raad van Bestuur

De Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles heeft:

- o het maatschappelijk verslag 2011 van Klinika Capriles op 22 juni 2012 goedgekeurd;
- o de jaarrekening 2011 van Klinika Capriles op 22 juni 2012 goedgekeurd.

Dhr. Steve Smith
Voorzitter Raad van Toezicht

Dhr. Ramfis Paulina
Secretaris Raad van Toezicht



Voorwoord

In 2010 zijn enkele grote projecten geïmplementeerd. Het betreft m.n. de invoering van het elektronische patiëntendossier (EZRA) en het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) als methodiek voor het bewerkstelligen van rehabilitatie van de cliënten. Deze projecten die een “ongoing” karakter hebben zijn succesvol verlopen. Dit hield wel in dat wij onze medewerkers extra hebben belast. Vandaar dat is besloten om in 2011 geen grote nieuwe projecten op te starten. Dit betekent geenszins dat wij stil zijn gevallen.

Fundashon Sonrisa die beschermde woonvormen en dagactiviteit biedt aan psychiatrische patiënten werd in 2011 gelieerd aan de moederstichting GGz Curaçao.

Tevens werd een strategische nota Stichting GGz Curaçao vastgesteld zodat algemene kaders beschikbaar zijn waaruit het beleid verder kan worden vormgegeven en geoperationaliseerd door de Stichting GGz Curaçao en de aan haar gelieerde stichtingen.

De voorbereidingen voor de bouw van de nieuwe Long Stay afdeling zijn afgerond zodat de bouw officieel in de 2^{de} helft van januari 2012 van start kan gaan.

Een samenwerkingsverband is aangegaan met de Parnassia Bavo groep in Nederland met als doel om elkaar o.a. te ondersteunen op allerlei terreinen zoals de ontwikkeling van forensische psychiatrie, dubbeldiagnose problematiek, ambulante en klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, kennisbevorderende activiteiten, opleiding van psychiaters en GZ –psychologen.

In september 2011 zijn wij gestart met het interactief radioprogramma Salú mental; ko'i loko? Een wekelijks radioprogramma waarin, thematisch rond een bepaald ziektebeeld, informatie wordt gegeven over de inhoud en werkwijze van de verschillende organisaties en instanties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg op Curaçao.

Activiteiten die passen in onze kwaliteitsmanagementsysteem zijn afgerond t.w.: een cultuurmeting op alle zorgafdelingen, het modelgetrouwheidsonderzoek SRH en patiëntentevredenheidsoverleg. Ter bevordering van de kwaliteit van onze dienstverlening hebben wij wederom behoorlijk geïnvesteerd in deskundigheid bevordering van het voltallig personeel.

Een grote bedreiging voor Stichting GGz Curaçao en de aan haar gelieerde zorgstichtingen is dat door het ontbreken van voldoende financiële middelen zij niet meer in staat zal zijn om de zorg te leveren die de financier en de doelgroep van haar verlangen.

Klinika Capriles heeft een nieuw tarievenvoorstel in augustus 2010 aangeboden aan de overheid. Het voorstel omvat gedifferentieerde tarieven gebaseerd op verschillen in zorgzwaarte tussen de diverse cliëntgroepen. Tot op heden heeft de Overheid geen blijk gegeven van het in behandeling nemen van het voorstel.

Hiernaast heeft de overheid nog geen besluit genomen omtrent het tarievenvoorstel kinder- en jeugdpsychiatrie dat de gelijknamige Landscommissie reeds in februari 2010 aan de overheid heeft doen toekomen.

Het gebrek aan besluitvorming aan de zijde van de Overheid in combinatie met het feit dat de huidige tarieven niet goed aansluiten op het kostenpatroon van Klinika Capriles resulteren in een reëel risico voor de kwaliteit van de geboden zorg. Voor de nieuwe stichting ‘Yudaboyu’ geldt zelfs dat de continuïteit in gevaar loopt omdat de overlevingskansen van de stichting in het geding zijn.

Ondanks dat de toekomst onzeker is concluderen wij dat onze organisatie in 2011 de nodige stappen vooruit heeft gezet.

W. Oostburg
Raad van Bestuur

Mei 2012



1. Uitgangspunten van de verslaggeving

Met het jaardocument legt Klinika Capriles verantwoording af aan haar stakeholders over de wijze waarop wij de cyclus van beleid, inspanningen, prestaties en bijstelling van beleid vormgeven. Het jaardocument geeft niet alleen financiële gegevens en productiecijfers, maar ook gegevens over kwaliteit, medezeggenschap en de invulling van het begrip maatschappelijk ondernemen. Daarmee kunnen wij de buitenwereld een integraal beeld geven van onze organisatie. Het jaardocument bevordert de transparantie.

Klinika Capriles heeft bij de opstelling van haar rapportage gebruik gemaakt van het sjabloon Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg. Dit document bestaat uit drie delen zijnde: het maatschappelijk verslag, de jaarrekening en de bijlagen. Dit sjabloon is beschikbaar via de website www.jaarverslagenzorg.nl

Klinika Capriles is het enige psychiatrisch ziekenhuis in de Nederlandse Antillen. Vergelijking met andere lokale zorginstellingen is daardoor moeilijk, zo niet onmogelijk. Willen wij enigszins onderzoeken waar wij staan, dan ligt het voor de hand om ons te vergelijken met psychiatrische instellingen in het buitenland, in het bijzonder Nederland. De gegevens opgenomen in het jaardocument bieden enigszins de mogelijkheid tot benchmarking.

Per 31 december 2010 is Klinika Capriles gelieerd aan de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao. Ook de stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu" is gelieerd aan de moeder stichting GGz Curaçao. Aangezien Yudaboyu per eind van het verslagjaar geen vergunning van de Overheid heeft ontvangen, ressorteren zowel haar activiteiten alsmede haar financiën onder die van Klinika Capriles.

Als gevolg wordt in dit document geïntegreerd gerapporteerd over Klinika Capriles en Yudabou. Indien van toepassing zal duidelijk worden aangegeven dat het de Stichting GGz Curaçao betreft.



2. Profiel van de organisatie

2.1. Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles
Verkorte naam	Klinika Capriles
Adres	Mohikanenweg 8
Land	Curaçao
Telefoonnummer	5999 - 7374700
Fax	5999 - 7369216
Unico-code	01031
Nummer Kamer van Koophandel	111595
E-mail adres	info@klinikacapriles.com
Internet pagina	www.klinikacapriles.com

2.1.2. Positionering

Als te behalen doelen zijn in ons meerjarenbeleidplan 2011-2014 vastgelegd dat:

- Opzet holdingstructuur Stichting GGz Curaçao en ontwikkelen ggz-beleidskader;
- Een strategische nota Stichting GGz Curaçao is beschikbaar;
- Fundashon Sonrisa en FMA maken deel uit van Stichting GGz Curaçao;
- Stichting GGz Curaçao beschikt over een –op externe stakeholders gericht- communicatieplan. Een start is gemaakt met de uitvoering ervan.

2.2. Structuur van de instelling

Op 3 maart 2000 is de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles door de toenmalige Minister van Volksgezondheid opgericht. Klinika Capriles is conform de instructies van de Regering van de voormalige Nederlandse Antillen, onder de nieuwe rechtsvorm op 1 januari 2001 volledig operationeel geworden. Het personeel nam per 1 januari 2001 ontslag uit de voormalige landsdienst en trad in dienst bij de stichting.

Concreet betekende dit dat de taken opgenomen in de Landsverordening tot Regeling van het Toezicht op krankzinnigen (PB 1922, No 14) overgedragen werden aan het Bestuur van de stichting en dat het door deze stichting geëxploiteerd ziekenhuis, momenteel aangeduid met de naam Klinika Capriles, voortaan verantwoordelijk werd voor de klinisch psychiatrische zorg op Curaçao en de andere eilanden van de Nederlandse Antillen.

Bij de oprichting is door de Regering van de Nederlandse Antillen bepaald dat de Stichting haar werkzaamheden zal aanvangen op de dag waarop door de rechtspersoon: de Nederlandse Antillen de onroerende en roerende zaken, voor de werkzaamheden vereist, aan haar worden overgedragen.

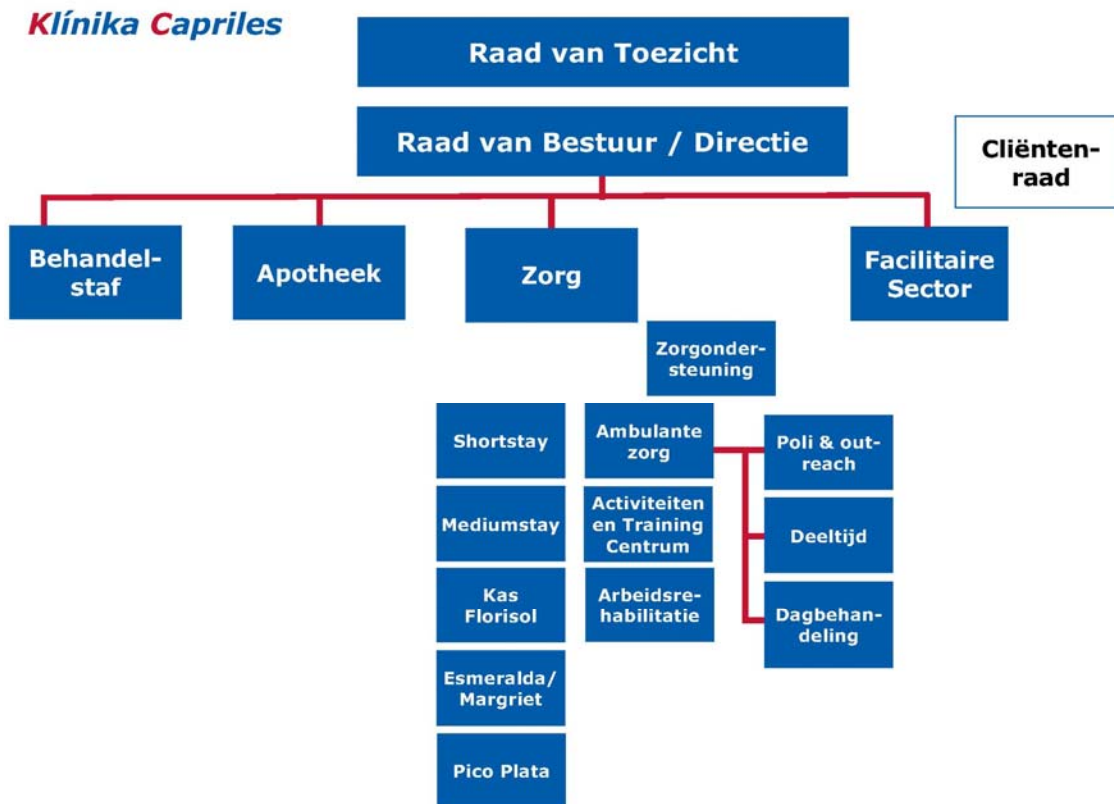
Op 19 april 2010 heeft de Raad van Ministers de beslissing genomen om de voorbereidingen te treffen om de onroerende zaken over te dragen aan Klinika Capriles om niet. De officiële overdracht heeft nog niet plaats gevonden.

Klinika Capriles hanteerde tot 31 december 2010 het Raad van Beheer besturingsmodel. De dagelijkse leiding van het ziekenhuis werd statutair opgedragen aan de medisch directeur.

Op 31 december 2010 is met goedkeuring van de Minister van Volksgezondheid de bestuursvorm van Klinika Capriles gewijzigd. Per deze datum is Klinika Capriles gelieerd aan de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao. Hierbij wordt het Raad van Toezicht model gehanteerd.



Organogram



Faciliteiten

Het ziekenhuis kent verschillende zorgafdelingen:

- Short Stay 1-6 : opname voor acute intensieve behandeling en zorg en revalidatie (beginfase) voor personen tot 60 jaar;
- Medium Stay 1-4 : opname en langdurig verblijf met intensieve behandeling en zorg voor ouderen vanaf 60 jaar. De opnames vinden plaats ter evaluatie, vaststellen van een differentiaal diagnose en herinstellen van medicatie bij (dreigende) decompensatie;
- Medium Stay 5-7 : langdurig verblijf met intensieve behandeling en zorg;
- Medium Stay 8-10 : revalidatie (latere fase);
- Pico Plata : opname en verblijf voor complexe revalidatie middels een onder curatele stelling of rechterlijk vonnis. Doorgaans betreft het patiënten met een dubbeldiagnose;
- Esmeralda /Margriet: langdurig verblijf met intensieve zorg /begeleiding;
- Kas Florisol : langdurig verblijf met minder intensieve begeleiding.

Per 31 december 2011 is de capaciteit van Klinika Capriles 199 bedden.



2.3 Kerngegevens

2.3.1. Kernactiviteiten en nadere typering

De Stichting stelt zich ten doel het voorzien in de behoefte aan hulpverlening aan personen met een psychiatrische stoornis inclusief een verslavingsprobleem en wel in het bijzonder een probleem met verslaving aan geest- of bewustzijnsveranderende middelen en /of een psychosociale problematiek.

Het behandelaanbod is een combinatie van klinische en ambulante zorgverlening:

- *Klinisch* : het algemeen psychiatrische ziekenhuis voor acute en kortdurende hulp, complexe langdurige behandeling, rehabilitatie en forensische zorg.
- *Ambulant* : Deeltijd : dagdeel- of dagbehandelingen op basis van behandelprogramma's onder meer arbeidstherapie, psycho-educatie, groepspsychotherapie, psycho motore therapie en maatschappelijke oriëntatie;
Poliklinisch: consult bij de behandelaren op de poli;
Outreach : psychiatrische hulp aan nazorgpatiënten in hun eigen omgeving.

2.3.2. Productie, personeel en opbrengsten

Kerngegevens productie, capaciteit, personeel en opbrengsten GGZ

Kerngegevens	Aantal /bedrag
Patiënten/cliënten	Aantal
Aantal patiënten behandeld in 2011	3077
Capaciteit	
Aantal feitelijke bedden op 31 december 2011 inclusief beschermd wonen	199
<i>Waarvan feitelijke bedden beschermd wonen</i>	
Productie	
Aantal verzorgingsdagen in 2011	73.807
<i>Waarvan verzorgingsdagen beschermd wonen</i>	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2011	11.712
Aantal ambulante contacten (inclusief deeltijd /dagbehandelingen) in 2011	22.107
Personeel	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2011	251
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2011	247.05
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2011	24,899,693
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	147,149

2.3.3. Werkgebieden

Nr	Eilandgebieden	Klinische zorg	Poliklinische zorg	Ambulante zorg
1	Aruba	Ja		
2	Bonaire	Ja		
3	Curaçao	Ja	Ja	Ja
4	Saba	Ja		
5	Sint Eustatius	Ja		
6	Sint Maarten	Ja		

Onze doelgroep beperkt zich voor wat betreft de klinische opnames tot de eilanden van de voormalige Nederlandse Antillen. Van Aruba zijn nog een tiental chronische patiënten langdurig opgenomen in Klinika Capriles, maar er worden momenteel geen nieuwe patiënten van Aruba opgenomen.

Voor wat betreft poliklinische behandelingen richt de kliniek zich uitsluitend op patiënten die woonachtig zijn op Curaçao. Het betreft hier grotendeels nazorg (chronische) patiënten die tevens nabehandeling kunnen krijgen door het outreachteam.



2.4. Belanghebbenden

Beleidsbepaler /toezichthouder

- **Minister van Volksgezondheid**

Klinika Capriles legt conform de statuten jaarlijks verantwoording af aan de Minister van Volksgezondheid. In 2011 zijn ter kennisgeving naar de Minister van Volksgezondheid verzonden:

- Jaarverantwoording 2010;
- Meerjarenbeleidplan 2011 – 2014.

De volgende onderwerpen heeft de Minister van Volksgezondheid per 31 december 2011 nog in behandeling:

- Overdracht vaste activa Artikel 2 van de statuten van de stichting vermeldt: “de Stichting zal haar werkzaamheden aanvangen op de dag waarop door de rechtspersoon: de Nederlandse Antillen de onroerende en roerende zaken aan haar zullen overdragen. De ministerraad heeft al besloten dat de onroerende zaken om niet worden overgedragen. De roerende zaken zijn overgedragen
De overdracht van de onroerende zaken is nog niet afgerond
- GGz Curaçao Aanvraag vergunning voor de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao in het kader van Landsverordening Zorginstellingen is op 16 april 2010 ingediend bij de Overheid.
- Kinder- en Jeugd Psychiatrie Aanvraag vergunning voor de Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie in het kader van de LvO Zorginstellingen is op 29 april 2010 ingediend bij de Overheid
N.B.: Per 11 januari 2012 heeft de Raad van Ministers de aanvraag goedgekeurd.
- Kinder- en Jeugd Psychiatrie Aanvraag voor vaststelling tarieven voor Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie is op 23 februari 2010 ingediend bij de Overheid.
- Klinika Capriles Aanvraag voor vaststelling tarievenvoorstel psychiatrische zorg door Klinika Capriles is op 12 augustus 2010 ingediend bij de Overheid.
- Vergunning apotheek Klinika Capriles. Onze apotheek mag alleen aan de opgenomen patiënten leveren. Een verzoek is ingediend om ook aan onze poliklinische patiënten, gelieerde zorginstellingen en leden van de Federatie Zorginstellingen medicatie te mogen leveren.
- Aqualetra tarieven Verzoek dat Klinika Capriles evenals alle andere ziekenhuizen op Curaçao in aanmerking komt voor het preferentieel tarief voor ziekenhuizen is op 11 oktober 2011 ingediend.

- **Inspectie voor de Volksgezondheid**

- Over twee (2) klachten moet de Inspectie geïnformeerd worden nadat de klachtencommissie haar aanbevelingen heeft gedaan.

Kapitaalverschaffers

- **Zorgbetalers**

Klinika Capriles ontvangt geen subsidie.

Wij hanteren tarieven voor klinische zorg (verpleegdagen) en ambulante zorg (poliklinische verrichtingen en deeltijdbehandelingen) aan psychiatrische patiënten die middels Landsbesluit van de 29 september 2000 No 2, wettelijk zijn vastgesteld.

Patiënten die langer dan 90 dagen klinisch zijn opgenomen vallen onder de AVBZ wet. Een uitzondering vormen de patiënten die opgenomen zijn middels justitiële plaatsing.



Klinika Capriles heeft een zorgcontract betreffende de AVBZ verzekerden met haar belangrijkste financier het Bureau Ziektekostenvoorzieningen (BZV). BZV is het uitvoeringsorgaan van de AVBZ.

Gedurende 2011 was geen zorgcontract van kracht met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) betreffende de bij haar verzekerde werknemers en hun familieleden.

Andere belangrijke klanten zijn: het Land voor m.n. patiënten die opgenomen worden middels rechterlijke uitspraak, de andere eilanden van de voormalige Nederlandse Antillen en Aruba.

Samenwerkingsverbanden op landelijk niveau

- **Duurzame samenwerking tussen de GGz instellingen**

GGz Curaçao



In april 2010 is de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao opgezet als moederstichting van de nieuwe werkstichtingen Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie “Yudaboyu” en Stichting Facilitair Bedrijf. De moederstichting bestuurt en levert ondersteuning aan de werkstichtingen. Elke werkstichting is eigenaar van haar activiteit en financiën.

Eind 2010 is Klinika Capriles toegetreden tot deze structuur. In februari 2011 is de Stichting Sonrisa (beschermd wonen) gekoppeld aan de Stichting GGz Curaçao. De drie zorgstichtingen die ressorteren onder de Stichting GGz Curaçao kennen min of meer gelijke statuten. Uitsluitend de statutaire naam en doelstellingen verschillen per stichting. Deze werkwijze komt de transparantie en bestuurbaarheid van de groep ten goede. Ook voor nog op te richten zorgstichtingen of stichtingen die zich in de toekomst wensen aan te sluiten bij Stichting GGz Curaçao zullen in beginsel de modelstatuten van toepassing zijn.

Vermeldenswaard is dat Fundashon pa Maneho di Adikshon bij de Overheid al een verzoek heeft ingediend om haar statuten conform bovenstaande aan te passen, opdat ook zij deel kan gaan uitmaken van de GGZ-holdingorganisatie.

Het aanbieden van de GGZ-zorg vanuit één gemeenschappelijk conglomeraat biedt belangrijke voordelen:

- Betere waarborgen voor de totstandkoming van een gemeenschappelijke zorgvisie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.



- Meer mogelijkheden voor het voeren van een krachtig en coherent GGZ-beleid.
- Betere waarborgen voor de totstandkoming van patiëntgerichte ketenzorg en voorkoming van doublures in de zorg ('juiste zorg op juiste plaats').
- Meer mogelijkheden voor een effectieve en efficiënte inzet van personeel.
- Effectiever en efficiënter gebruikmaking van beschikbare voorzieningen, middelen en organisatieonderdelen waaronder de ondersteunende diensten die zijn ondergebracht binnen de moederstichting maar beschikbaar worden gesteld aan alle werkstichtingen.
- Het krachtiger kunnen ondersteunen van aanpalende sectoren, zoals welzijn, huisvesting, etc.

Het 'samengaan' van GGZ-instellingen sluit voorts volledig aan op de ideeën die geuit zijn zowel door het BZV als de Stichting Federatie van Zorginstellingen om het zorgaanbod te ontwikkelen rondom grotere bestuurlijke eenheden.

- **Stichting Wit Gele Kruis**

Het is incidenteel noodzakelijk om in Klinika Capriles voorbehouden handelingen conform de BIG wetgeving te verrichten. Deze handelingen kunnen verricht worden door medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn. Voor de meerderheid van de handelingen geldt dat zij die weinig voorkomen dat het bijna onmogelijk is om de bekwaamheid te kunnen behouden. Om deze reden is contractueel vastgelegd dat in de gevallen waarin het personeel van Klinika Capriles niet in staat is voorbehouden handelingen te verrichten, deze worden verricht door personeel van de Stichting Wit Gele Kruis voor de Thuiszorg "Prinses Margriet".

- **Federatie van Zorginstellingen**

Klinika Capriles is aangesloten bij de Stichting Federatie van Zorginstellingen (kortweg: de zorgfederatie) en neemt daardoor automatisch deel in het bestuur van deze stichting. De zorgfederatie is het samenwerkingsverband van zorginstellingen en behartigt de belangen van haar leden. Alle inspanningen van de zorgfederatie zijn er op gericht om bij te dragen aan een verdere professionalisering van de zorgsector en die van haar leden in het bijzonder. Uitgangspunten zijn:

- het dragen van maatschappelijke verantwoordelijkheid;
- een vraaggerichte benadering van de zorg;
- het hanteren van (bedrijfs)economische uitgangspunten.

Enkele federatieprojecten die in 2011 van belang waren voor Klinika Capriles en ook hebben geresulteerd in een actieve deelname betreffen:

- Het samenwerking met de Raad van Volksgezondheid, de Curaçaose overheid en het BZV om te komen tot meer aandacht en middelen voor de "care" sector op Curaçao.
- Het Centraal Inkoop Bureau van de zorgfederatie (CIBNA) tracht door gezamenlijke inkopen volume vergroting en daardoor betere inkoopvoorwaarden bij de leveranciers te bewerkstelligen voor haar leden. Klinika Capriles is lid van de CIBNA en neemt zij actief deel in het zogenaamde inkoopteam van de federatie. Binnen dit inkoopteam hebben naast Klinika Capriles ook Stichting Verpleeghuizen Betesda, Birgen, de SGR-Groep zitting.
- Het opstarten van het project FWG dat erop gericht is om een groep van vijf zorginstellingen voor te bereiden op de overgang naar hetzelfde functiebeschrijvings- en waarderingssysteem als dat Klinika Capriles reeds hanteert. Hiermee ontstaat een bredere basis voor professionele toepassing en ontstaan er mogelijkheden tot een betere benchmarking in de Curaçaose zorgsector op dit punt.

- **Stichting PSI /Skuchami (Perspektiva Sosten Integral)**

Biedt psychosociale ambulante hulpverlening. Klinika Capriles en PSI verzorgden gezamenlijk de wachtdienst psychiatrie. Gedurende 2011 was PSI niet in staat om personeel beschikbaar te stellen voor de wachtdienst. Klinika Capriles heeft alleen de avond- en nacht wachtdienst verzorgd.

- **Stichting Fundashon pa Maneho di Adikshon (FMA)**

De FMA wil als koepelorganisatie een aanspreekpunt zijn dat zowel op beleidsniveau als op uitvoerend niveau activiteiten op het gebied van verslavingspreventie en verslavingszorg op



Curaçao initieert, coördineert, uitvoert en uitbesteedt ten einde het welzijn in de samenleving te bevorderen.

Klinika Capriles biedt dagbehandeling aan op de 2^{de} verdieping van Dios Yudami, een lokaliteit van FMA. Tot de doelgroep behoren met name de cliënten met dubbele diagnose (psychiatrie en verslaving). Klinika Capriles levert tevens de maaltijden voor 50 cliënten van het inloopcentrum voor verslaafden op de 1^{ste} verdieping van Dios Yudami.

Samenwerkingsverbanden op Internationaal niveau

- **Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)**
Met als doel verzorgen van keuzestage transculturele psychiatrie door Klinika Capriles voor psychiaters in opleiding;
- **Stichting “ de Hoop”**
Stichting de Hoop levert het *elektronische zorgregistratie applicatie* (EZRA) aan Klinika Capriles en de implementatie daarvan is in 2010 afgerond.
Door middel van dit systeem heeft Klinika Capriles de beschikking over elektronische zorgdossiers van al haar patiënten waarmee de toegankelijkheid en beschikbaarheid van patiënteninformatie sterk is verbeterd. Hiermee worden betere voorwaarden geschapen voor een cliëntgerichte behandeling en zorgverlening. Ook andere zorginstellingen zoals het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie “Yudaboyu”, Stichting Sonrisa, FMA en Stichting Speranza maken gebruik van EZRA.
EZRA is bij stichting GGz Curaçao ondergebracht en wordt van daaruit beschikbaar gesteld aan de andere zorginstellingen op Curaçao.
- **Parnassia Bavo Groep**
In 2011 is een samenwerkingsovereenkomst getekend door de Parnassia Bavo groep en Stichting GGz Curaçao met als doel om elkaar o.a. te ondersteunen. De ondersteuning heeft betrekking op allerlei terreinen zoals de ontwikkeling van forensische psychiatrie, dubbeldiagnose problematiek, ambulante en klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, kennisbevorderende activiteiten, opleiding van psychiaters en GZ –psychologen.
Eind 2011 is een psycholoog van Klinika Capriles naar Nederland vertrokken om te starten met de tweejarige opleiding tot GZ-psycholoog.

Informatie naar maatschappij

- Rondleidingen aan scholen en individuele personen, informatie geven op scholen en/of andere instanties
- Persberichten:
 - rond het bezoek van Mevr. Donner met focus op het project Werk in Uitvoering (arbeidsrehabilitatie). Naar aanleiding hiervan is er een vervolginterview gekomen, gepubliceerd in de Amigoe van 12 februari 2011;
 - 75 jarig bestaan van Klínika Capriles;
 - Caribisch kampioenschap Toastmasters International Speech contest door medewerker Javier Muñoz;
 - bezoek gouverneur Goedgedrag;
 - certificering Klínika Capriles als Erkend Leerbedrijf;
- Wederom deelname aan de gezondheidsbeurs van Bo Salú Den Balansa, voorafgaand hieraan meegedaan aan radio- en televisieprogramma ter promotie van organisatie en de beurs.
- Ter viering van het 75-jarig bestaan van Klínika Capriles is er een minisymposium georganiseerd vooral gericht op stakeholders en overige contacten van Klínika Capriles.
- Wij hebben in 2011 een ‘Mental Health Awareness Fair & Walk’ georganiseerd. Algemeen doel was om in een laagdrempelige vorm het algemene publiek kennis te laten maken met de psychiatrie – met name de SRH-visie en hoe die tot uiting komt in de praktijk – en de diverse spelers binnen de geestelijke gezondheidszorg op Curaçao. Uitgangspunt was een gezamenlijke activiteit van diverse spelers binnen de geestelijke gezondheidszorg op Curaçao om zo ook een bodem te leggen voor verdere samenwerking op het gebied van communicatie en voorlichting.
- In september 2011 zijn wij gestart met het radioprogramma Salú mental; ko'i loko? Een wekelijks radioprogramma waarin, thematisch rond een bepaald ziektebeeld, informatie wordt



gegeven over de inhoud en werkwijze van de verschillende organisaties en instanties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg op Curaçao. Om de interactiviteit te bevorderen kunnen luisteraars in bellen. Daarnaast kunnen ze ook via e-mail hun vragen stellen.



3. Governance

3.1. Bestuur en toezicht

Gevolggevend aan hetgeen in de statuten ter zake de wijze van functioneren van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht is bepaald, is op 2 april 2011 door de Raad van Toezicht het Reglement van Bestuur en het Reglement voor de Raad van Toezicht van de Stichting GGz Curaçao vastgesteld. In deze reglementen zijn de taken en verantwoordelijkheden van zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht vastgelegd waarbij tevens rekening werd gehouden met de eisen vermeld in de Zorgbrede Governance code.

Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur

Naam	Bestuursfunctie
Dhr. drs. Waldi Oostburg	Bestuurder

Nevenfuncties

- lid van het Bestuur van de Stichting Federatie Zorginstellingen;
- vice-voorzitter van het Bestuur van de Stichting Instituto pa Formashon den Enfermeria (IFE);
- lid van de Raad van Toezicht van Stichting Opvangtehuis Brasami (uit hoofde van het ambt).

Krachtens de wet en artikel 11 van de statuten is het besturen van de stichting opgedragen aan de Raad van Bestuur. Tot bestuurlijke aangelegenheden worden meegerekend het beheer van het vermogen van de stichting. De Raad van Bestuur houdt bij het realiseren van de doelstelling van de stichting, en het daartoe besturen, oog op het organisatiebelang in relatie tot de maatschappelijke functie van de Stichting, en maakt een evenwichtige afweging van de belangen van allen die bij de Stichting betrokken zijn.

De Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft tot taak te voorzien in een adequaat functionerende Raad van Bestuur alsmede integraal toezicht te houden op het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken zowel in de stichting GGz Curaçao als in de gelieerde rechtspersonen. Hij staat de Raad van Bestuur met raad terzijde. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar het belang van de stichting en de gelieerde rechtspersonen.

Statutair dient de Raad van Toezicht uit tenminste vijf en ten hoogste zeven leden te bestaan, onder wie een voorzitter. De leden van de Raad van Toezicht worden door de Raad van Toezicht benoemd, geschorst en ontslagen. De bevoegdheid tot benoeming kan niet door enige bindende voordracht worden beperkt.

De benoeming van een lid van de Raad van Toezicht geschiedt voor vier jaar. Een lid kan slechts eenmaal, onmiddellijk aansluitend aan zijn aftreden, herbenoemd worden.

Periodiek treedt een deel van de leden van de Raad van Toezicht af. De Raad van Toezicht stelt daartoe een rooster op, dat de volgorde van aftreden aangeeft, en wel zodanig, dat elk jaar tenminste één bestuurslid aftreedt.

Aftreedrooster Raad van Toezicht per 31 december 2011

Naam	Taakverdeling	Aftreeddatum	Herbenoembaar
Mw. Sh. Tjon-A-Kon	Lid	31 december 2011	Nee
Dhr. R. Paulina	Secretaris	31 december 2012	Nee
Dhr. drs. P. van Eijkelenburg	Lid	13 juni 2013	Nee
Dhr. O. Bolivar	Lid	3 november 2013	Nee
Dhr. L. Rosa	Vice-voorzitter	7 april 2014	Nee
Dhr. S. Smith	Voorzitter	7 april 2014	Nee



Mw. Sh. Tjon-A-Kon is per 31 december 2011 afgetreden. Op basis van profielen en de geëigende werving- en selectieprocedure zijn dhr. drs. P. Spuijbroek, sociale- en organisatie psycholoog en dhr. L. Sint Jacobs, MBA per 1 januari 2012 benoemd tot lid van de Raad van Toezicht.

In 2011 is o.a. door de Raad van Toezicht goedgekeurd:

- jaarverantwoording 2010;
- jaarrekening 2010;
- het meerjarenbeleidplan 2011 – 2014;
- de profielschets lid van de Raad van Toezicht;
- het Reglement voor de Raad van Toezicht;
- het Reglement voor de Raad van Bestuur.

Gedurende 2011 hebben zes (6) vergaderingen plaatsgevonden tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur. Van deze vergaderingen zijn goedgekeurde notulen beschikbaar.

3.2. Bedrijfsvoering

3.2.1. Zorginhoudelijke doelstellingen

Als te behalen doelen zijn in ons meerjarenbeleidplan 2011-2014 vastgelegd dat:

A. Cliënt centraal met herstel als doel en rehabilitatie als methode

- Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is als rehabilitatiemethodiek in het hele ziekenhuis werkzaam, hetgeen ook door metingen kan worden aangetoond.
- Cliënten ervaren dat de hulpverleners een relatie met hen aan willen gaan, die is gebaseerd op persoonlijke ontmoeting.
- Cliënten ervaren dat hulpverleners er voor hen zijn, dat zij voldoende tijd en aandacht hebben, dat zij veiligheid bieden, en dat zij bewust streven naar een samenwerkingsrelatie.
- In het dossier van elke cliënt is binnen 6 weken na opname de weerslag te vinden van:
 - een allesomvattende psychiatrische evaluatie volgens “good clinical practice”;
 - een individueel cliëntprofiel;
 - gestandaardiseerd psycho-diagnostisch testmateriaal, daar waar mogelijk;
 - een grondig doordachte (differentieel) diagnose, zowel via DSM-V als descriptief.
- In het individuele rehabilitatieplan zijn de therapeutische interventies duidelijk omschreven. Deze interventies, volgens “good clinical practice” zijn, naast verminderen van symptomen, vooral gericht op groei en herstel. Er zal zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van “evidenced based” medicamenteuze en psychotherapeutische interventies. Wat betreft de psychotherapeutische interventies wordt onder meer gedacht aan een protocollaire behandeling met cognitieve gedragstherapie.
- In het dossier van elke cliënt is binnen 14 dagen na opname een verslag aanwezig van een somatische screening. Voor langdurig opgenomen patiënten is een verslag aanwezig, dat niet ouder is dan 1 jaar.
- Separatie of opsluiting in de eigen kamer is per afdeling gereduceerd tot hooguit eenmaal per maand.
- Procesmatige behandel-evaluatie is standaard in de hele kliniek en vastgelegd in het dossier van de cliënt. Deze evaluatie vindt plaats naar behoefte maar minimaal eenmaal per jaar.

B. Maatschappelijke integratie en acceptatie van de cliënt

- Cliënten worden zo veel mogelijk in staat gesteld, gebruik te (gaan) maken van de mogelijkheden van een eigen sociale omgeving (familie, vrienden, collega's, lotgenoten, buddy's).
- Mensen uit het sociale netwerk van de cliënt zijn bekend, worden indien relevant bij de ondersteuning van de cliënt betrokken, en worden waar nodig ondersteund.
- Bij het vormgeven van de dagbesteding van de cliënt (werk, leren, recreatie) wordt altijd eerst gezocht naar mogelijkheden buiten de kliniek. Uit elk dossier blijkt hoe deze mogelijkheden zijn onderzocht.
- Medewerkers van Klinika Capriles zijn bereid om met patiënten als collega loyaal samen te werken.
- Medewerkers van Klinika Capriles doen mee aan initiatieven om de afstand tussen cliënten en de maatschappij te verkleinen. Hierover wordt gerapporteerd in het jaarverslag.



C. Patiëntenparticipatie

- De patiënt en zijn familie worden gezien en behandeld als lid van het behandelteam.
- Bij verandering van afdelingsbeleid, dat consequenties heeft voor de patiënten, worden patiënten altijd betrokken. Minimaal 1 patiënt maakt deel uit van het veranderteam. In de jaarplannen en kwartaalrapportages wordt verantwoording afgelegd over de cliëntenparticipatie.
- Bij het ontwikkelen en implementeren van afdelingsoverstijgende beleidsveranderingen wordt de cliëntenraad of een vertegenwoordiging van meest belanghebbende cliënten altijd actief betrokken.
- Cliënten verzorgen lessen over bejegening aan medewerkers.
- Patiëntenrechten zijn bekend in de hele organisatie en worden nageleefd.

D. Goede doorstroommogelijkheden en ketenzorg

- Doel, werkwijze en mogelijkheden van de diverse afdelingen sluiten goed op elkaar aan en zijn vastgelegd in afdelingsplannen en daaruit afgeleide afdelingsprofielen, en maken deel uit van een instellingsoverstijgend zorgprogramma.
- Jaarlijks worden de zorgpaden en het daarmee samenhangende zorgbeleid van de afdelingen bijgesteld, zodat de vraag van de cliënten blijft passen bij het aanbod. Als middel hiertoe worden eenmaal per jaar overzichtelijke afdelingsjaarverslagen met de kerngegevens gepresenteerd.
- De zorgpaden zijn helder omschreven.
- Cliënt ervaart continuïteit van zorg gedurende zijn gehele zorgtraject, binnen en buiten de kliniek door een goede onderlinge communicatie en samenwerking.

3.2.2. Risico's

Onderstaand worden een aantal risico's besproken die van invloed zijn op de dienstverlening van de Stichting GGz Curaçao waar Klinika Capriles deel van uitmaakt.

Overheidsbeleid

De GGD van het voormalige Eilandgebied Curaçao heeft een meerjaren GGz-beleid opgesteld welke nota eind 2011 nog niet is goedgekeurd door de Overheid van het Land Curaçao. De beleidsnota is ambitieus van karakter en geeft aan dat de overheid de wens heeft om op velerlei terrein de GGz te verbeteren. De nota kan in algemene zin de goedkeuring wegdragen van Klinika Capriles. Stichting GGz Curaçao heeft bij het opstellen van haar Strategische Nota deze beleidsnota als kader gehanteerd.

Het Land van Curaçao staat een beleid voor dat gericht is op het beheersbaar maken van de kosten en kwaliteit. De grote vraag is of de overheid in staat is om de financiële problemen in de zorg op een zodanige manier te lijf te gaan dat dit niet ten koste gaat van de continuïteit en kwaliteit van de zorg in het algemeen en die van de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder.

Vergunningen

In 2010 is na een lange periode van voorbereiding de stichting Centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie 'Yudaboyu' opgericht. De overheid heeft ondanks een verzoek hiertoe in april 2010 per eind 2011 nog niet de benodigde vergunning afgegeven.

Financiering

Curaçao kampt met financiële problemen in de gezondheidszorg. De huidige financieringsystematiek en organisatie van de zorg leidt tot een structureel te hoog uitgavenniveau. Bovendien worden de middelen onevenredig verdeeld waar met name de care sector de dupe van is. De Overheid eist dat er meer gedaan wordt met dezelfde middelen maar daartegenover wordt een toename verwacht van de consumptie in de geestelijke gezondheidszorg sector. Vanwege de oplopende druk op de zorginstellingen maakt met name de Federatie van Zorginstellingen zich hard voor een grotere aandacht door de overheid voor de noden van deze sector.



Op lange termijn vormt de grootste bedreiging voor Stichting GGZ Curaçao en de aan haar gelieerde zorgstichtingen dat door het ontbreken van voldoende financiële middelen zij niet meer in staat zal zijn om de zorg te leveren die de financier en de doelgroep van haar verlangen.

In dit kader heeft Klinika Capriles het initiatief genomen om te komen tot een tarievenonderzoek. De resultaten hiervan zijn in de vorm van een nieuw tarievenvoorstel in augustus 2010 aangeboden aan de overheid van het voormalige Eilandgebied Curaçao en na oprichting van het Land Curaçao opnieuw aangeboden aan de nieuwe Overheid. Het voorstel omvat gedifferentieerde tarieven gebaseerd op verschillen in zorgzwaarte tussen de diverse cliëntgroepen. Tot op heden heeft de Overheid geen blijk gegeven van het in behandeling nemen van het voorstel.

Hiernaast heeft de overheid nog geen besluit genomen omtrent het tarievenvoorstel kinder- en jeugdpsychiatrie dat de gelijknamige Landscommissie reeds in februari 2010 aan de overheid heeft doen toekomen.

Het gebrek aan besluitvorming aan de zijde van de overheid in combinatie met het feit dat de huidige tarieven niet goed aansluiten op het kostenpatroon van Klinika Capriles resulteren in een reëel risico voor de kwaliteit van de geboden zorg. Voor de nieuwe stichting 'Yudaboyu' geldt zelfs dat de continuïteit in gevaar loopt omdat de overlevingskansen van de stichting in het geding zijn.

3.3. Cliëntenraad

Vanaf 31 december 2011 bestaat de Patiëntenraad (Konseho di Pashènt) uit vier leden. De Raad krijgt hulp van een externe ondersteuner. De patiëntenraad wordt betrokken bij beslissingen die het zorgbeleid betreffen. Op deze wijze krijgt de organisatie concrete punten aangereikt waarmee verbeteringen kunnen worden aangebracht.

- a. De Raad heeft zoveel mogelijk elke donderdag vergaderd en van al deze vergaderingen zijn notulen en actiepunten lijsten opgesteld.
- b. De Raad heeft drie besprekingen gehouden met de Directie over verschillende onderwerpen die betrekking hebben op de patiënten en het functioneren van Klinika Capriles. Deze vergaderingen zijn genotuleerd en de actiepunten zijn uitgevoerd.
- c. De begroting van de Raad voor het komend jaar is door de Directie goedgekeurd en opgenomen in de algemene begroting 2012 van Klinika Capriles.
- d. Een vertegenwoordiger van Raad heeft namens de Raad de vergadering van de coördinatoren bijgewoond over het onderwerp: Tevredenheidsonderzoek onder de cliënten van Klinika Capriles.
- e. Vertegenwoordigers van de Raad zijn in het Radio programma geweest om te spreken over de taken van de patiëntenraad en de resultaten die zijn bereikt tijdens het bestaan van deze raad.
- f. Het werven van leden voor de patiëntenraad heeft geen resultaten opgeleverd. Het aantal leden van de Raad is te klein om zinvol te kunnen blijven functioneren als vertegenwoordiging van de cliënten. Dit probleem is met de Directie besproken die meehelpt voor het vinden van oplossingen



4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1. Meerjarenbeleid

De Stichting beschikt over een meerjarenbeleidsplan 2011-2014.

De Raad van Bestuur stelt jaarlijks een jaarplan en bijbehorende begroting op en legt dit voor aan de Raad van Toezicht ter goedkeuring. Het jaarplan dient als leidraad voor zowel de Raad van Bestuur als het hoger management voor het realiseren van de jaardoelen.

Visie

Wij streven er naar de meest cliëntgerichte Curaçaose zorgorganisatie te zijn.

Door middel van de volgende vijf ambities maken wij dit waar:

1. Cliënt centraal met herstel als doel en rehabilitatie als methode.
2. Maatschappelijke integratie en acceptatie van de cliënt.
3. Competente en tevreden medewerkers.
4. Organisatiebrede verbondenheid.
5. Efficiënte en flexibele bedrijfsvoering.

Wij hanteren een ethisch kompas dat richting geeft aan de manier waarop het werken binnen de kliniek door de medewerkers wordt beleefd. Dit kompas omvat een drietal gemeenschappelijke waarden met behulp waarvan we onze visie en doelstellingen willen realiseren. Het sturen op en werken met kernwaarden versterkt de gewenste bedrijfscultuur. Naast een bindend effect resulteren herkenbare kernwaarden in een betere communicatie tussen medewerker omdat medewerkers elkaar sneller (willen) begrijpen.

Betrokkenheid *“Vanuit een gevoel van saamhorigheid en gelijkwaardigheid bijdragen aan waar Klinika Capriles voor staat”*

Bekwaamheid *“Kunnen wat cliënten en collega’s van ons mogen verwachten”*

Betrouwbaarheid *“Doen wat cliënten en collega’s van ons mogen verwachten”*

Missie

Wij beschouwen alle mensen als gelijkwaardig, ook al zijn de onderlinge verschillen soms groot. Iedereen zoekt geluk, liefde, erkenning en voldoening en iedereen heeft daar ook evenveel recht op. Ook mensen die vanwege psychische problemen niet op eigen kracht inhoud kunnen geven aan een gelukkig en zinvol bestaan.

Als psychiatrisch ziekenhuis bieden wij behandeling, begeleiding en zorg van een kwalitatief hoogstaand niveau aan mensen met psychiatrische en ernstige psychosociale problematiek.

Hierbij laten wij ons in al ons werk leiden door het onderstaande statement:

“Samen werken aan groei en herstel”

- **Samen werken**

Wij ondersteunen mensen met psychiatrische en ernstige psychosociale problematiek. Onze medewerkers staan hierbij naast de cliënten, zonder voor hem te bepalen wat ze moeten doen. Al onze inspanningen komen in samenhang tot stand. In de ondersteuning zoeken wij samen met de cliënt naar een zo goed mogelijke aansluiting op zijn eigen wensen en behoeften.

- **Groei**

Wij richten ons op de hele mens, en niet alleen op diens beperkingen. We gaan uit van wat mensen nog wél kunnen, bieden hun kansen om hun talenten te benutten en te ontwikkelen, en



helpen hen bij dingen die ze niet meer goed kunnen. Het versterken van de eigen kracht van de cliënt staat hierbij centraal. Zo bieden wij hem de kans zo zelfstandig mogelijk te leven en deel te nemen aan de samenleving.

- **Herstel**

Maar de ondersteuning die wij bieden, is in eerste instantie gericht op herstel. Herstel is het geven van nieuwe zin en betekenis aan het leven na het ontstaan van een psychiatrische aandoening en is *niet* altijd hetzelfde als genezing. Herstel is het proces van de cliënt zelf. Het eigen verhaal van de cliënt staat centraal.

Kritische succesfactoren

Onze visie zoals deze in de voorgaande paragraaf is weergegeven heeft in combinatie met een uitgevoerde SWOT-analyse als basis gediend voor het vaststellen van een zevental kritische succesfactoren:

KSF 1: Internalisering van onze missie, visie en kernwaarden

Onze missie, visie en kernwaarden dienen bekend te zijn bij alle medewerkers van onze organisatie. Dit vormt de basis van het gevoel van verbondenheid wat wij bij onze medewerkers tot stand wensen te brengen. Mede hierdoor zullen medewerkers op alle niveaus binnen de organisatie beter in staat zijn om de koers die de organisatie vaart te begrijpen.

Ten aanzien van de kernwaarden wensen wij dat alle medewerkers deze niet alleen kennen maar hier ook naar handelen en elkaar hier op durven aan te spreken. Vanuit een geïnternaliseerde missie, visie en kernwaarden zal de organisatie effectiever gemanaged kunnen worden waardoor doelen beter gerealiseerd kunnen worden.

KSF 2: Patiëntenparticipatie

Klinika Capriles wenst de voorwaarden te creëren waaronder cliënten optimaal kunnen werken aan hun herstel. Patiënten moeten daarom kunnen aangeven welke ondersteuning zij nodig hebben opdat zij invloed hebben op de inhoud van hun behandelplan. Ook vinden wij het belangrijk dat patiënten kenbaar maken hoe het klimaat en het functioneren van hun afdeling en van de organisatie als geheel hen ondersteunt of juist belemmert. Deze informatie is belangrijk om te kunnen komen tot noodzakelijke verbeteringen. In breder verband is patiëntenparticipatie van belang voor het realiseren van maatschappelijke integratie en acceptatie. Daar waar cliënten weer succesvol participeren in de samenleving verdwijnen vooroordelen en taboes.

KSF 3: Goede doorstroommogelijkheden binnen de GGZ en samenwerking met ketenpartners

Ook in de relatie met ketenzorgpartners gaan we uit van samen werken aan groei en herstel. Het belang van de cliënt dient hierbij altijd voorop te staan.

Klinika Capriles wenst aan alle cliënten 'zorg op maat' te geven. Hiervoor is het van belang dat patiënten terecht kunnen in de zorgvoorzieningen die het beste aansluiten op hun zorgbehoeften. Dit vereist een goede instroom en interne doorstroom van klinische patiënten. Ook is het van belang dat patiënten die niet langer zijn aangewezen op een klinische voorziening tijdig kunnen uitstromen.

KSF 4: Een personeelsbeleid dat het rehabilitatiegericht werken binnen de kliniek ondersteunt.

Behandeling en begeleiding op basis van een rehabilitatiegerichte benadering stelt andere eisen aan de kennis, vaardigheden en houding van het personeel. Vanuit het perspectief van een lerende organisatie zal op basis van competentie management aandacht worden besteed aan de ontwikkeling van de medewerkers.

De diverse personeelsinstrumenten aangaande instroom, doorstroom en uitstroom worden integraal ontwikkeld en uitgevoerd. Het beleid is gericht op het benutten van de krachten van de medewerkers waardoor de bekwaamheid van de medewerkers en hun betrokkenheid bij de organisatie en hun betrouwbaarheid in het werk wordt vergroot. Medewerkers zijn hierdoor beter in staat om in de behoeften van cliënten te voorzien wat zal leiden tot een hogere tevredenheid bij cliënten.

KSF 5: Kwaliteitsmanagement

Bij ons streven om de meest cliëntgerichte zorgorganisatie op Curaçao te zijn, is een



kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) onmisbaar. Een KMS dient als hulpmiddel om de organisatie zo in te richten dat gericht en gestructureerd aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt. Deze kwaliteitsverbetering heeft een kwalitatief goede zorg aan de cliënten van Klinika Capriles ten doel. Internationale normen en standaarden betreffende behandel-effectiviteit, cliënttevredenheid en veiligheid van zowel cliënten als medewerkers vormen hierbij de referentie.

Een KMS geeft de organisatie tevens de mogelijkheid te meten in hoeverre de missie, de visie en de strategische doelen worden gerealiseerd. Een belangrijk element in dit kader vormt de geïntegreerde verbetercyclus die zorgdraagt voor een interne dynamiek die gericht is op continue verbetering.

KSF 6: Vereenvoudiging van administratieve procedures met behoud van risicobeheersing
Klinika Capriles is een organisatie in beweging. Van een overheidsdienst met een sterk aanbodergericht en beheersmatig karakter is zij inmiddels doorgroeid naar een dynamische organisatie met een permanent oog voor verbetering, zowel in zorginhoudelijke als bedrijfsmatige zin. De wens om te komen tot een grotere cliëntgerichtheid en cliëntvriendelijkheid vereist dat Klinika Capriles meer werk maakt om te komen tot het optimaliseren van de processen binnen haar organisatie. Vereenvoudiging van de administratieve procedures gericht op het verhogen van de efficiëntie en flexibiliteit vormt hiervoor een eerste voorwaarde. Het spreekt voor zich dat het doorvoeren van deze vereenvoudiging gepaard dient te gaan met de nodige aandacht voor risicobeheersing.

KSF 7: Voldoende middelen
Om zeker te stellen dat Klinika Capriles haar ambities kan waarmaken, is een gezonde financiële huishouding een voorwaarde. Het is om deze reden van belang dat de sterk verouderde tarieven voor psychiatrische behandeling worden aangepast. Op basis van nieuwe gedifferentieerde tarieven voor de verschillende zorgvormen kan kostendekkend gewerkt worden gewerkt. Om continuïteit en kwaliteit van zorg en huisvesting voor de langere termijn te kunnen waarborgen, vormen kostendekkende tarieven een randvoorwaarde. Daarnaast geldt dat de vervanging van oudbouw Longstay en Pico Plata noodzakelijk is om aan de minimale eisen van verantwoorde huisvesting te kunnen voldoen.

4.2. Algemeen beleid

Als te behalen doelen zijn in ons meerjarenbeleidplan 2011-2014 vastgelegd dat:

- Opzet holdingstructuur Stichting GGz Curaçao en ontwikkelen ggz-beleidskader;
- Een strategische nota Stichting GGz Curaçao is beschikbaar;
- Fundashon Sonrisa en FMA maken deel uit van Stichting GGz Curaçao;
- Stichting GGz Curaçao beschikt over een –op externe stakeholders gericht- communicatieplan. Een start is gemaakt met de uitvoering ervan
- De kliniek beschikt over een adequate ICT-organisatie en netwerkinfrastructuur die het mogelijk maakt om de gewenste procesondersteunende informatiesystemen (op ondermeer de terreinen zorg, personeel, financieel, facilitair) verder tot ontwikkeling te brengen en ter beschikking te stellen aan haar gebruikers overeenkomstig de hiervoor gestelde standaarden.



4.2.1 Jaarplanning 2011 Directie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
A Positionering en externe samenwerking			
Uitbouw GGZ-partnership	1	Er is een moederstichting opgezet waaronder KC ressorteert als werkstichting	😊
Uitbouw GGZ-partnership	2	Een strategische nota Stichting GGZ Curaçao is beschikbaar	😊
Uitbouw GGZ-partnership	3	Fundashon Sonrisa en FMA maken deel uit van Stichting GGZ Curaçao	😐
Externe profilering	4	Stichting GGZ Curaçao beschikt over een - op externe stakeholders gericht - communicatieplan. Een start is gemaakt met de uitvoering ervan.	😞
B Bedrijfsvoering en ICT			
Informatievoorziening	1	Stichting GGZ Curaçao biedt alle medewerkers toegang tot Intranet	😐
Aanbod kliniek	2	Projectdossier Nieuwbouw Centrum KJP en bijbehorend Programma van Eisen is beschikbaar en opdracht is gegeven om te komen tot een voorlopig ontwerp van de KJP-nieuwbouw	😊
Aanbod kliniek	3	De bouw van de nieuwe afdeling Long Stay is gestart	😐
Aanbod kliniek	4	Nieuwbouw Pico Plata is aanbesteed	😞

Ad A. Positionering en externe samenwerking

1. In april 2010 is de *Stichting GGZ Curaçao opgezet als moederstichting* van de nieuwe werkstichtingen Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Stichting Facilitair Bedrijf. Eind 2010 is ook Klinika Capriles toegetreden tot deze structuur. De zorgstichtingen hebben dezelfde statuten, op naam en doelstellingen na. Andere zorgstichtingen binnen de GGZ zullen conform dit concept kunnen toetreden tot het GGZ-conglomeraat.
2. *De strategische nota stichting GGZ Curaçao* is op 10 september 2011 door de Raad van Toezicht goedgekeurd. Doel van de strategische nota is het beschikbaar hebben van algemene kaders van waaruit het GGZ-beleid verder kan worden vormgegeven en geoperationaliseerd door (bestuur en management van) Stichting GGZ Curaçao en (het bestuur en management van) de aan haar gelieerde zorgstichtingen.
3. Op 21 februari 2011 is *de stichting Sonrisa (beschermd wonen) gekoppeld aan de Stichting GGZ Curaçao*. FMA heeft de Overheid reeds verzocht om hun statuten te mogen wijzigen zodat zij ook deel gaan uitmaken van de GGZ-holdingorganisatie maar nog geen goedkeuring gekregen.
4. Het op *externe stakeholders gerichte communicatieplan* is in 2011 niet opgesteld vanwege het feit dat de nadruk van de communicatieactiviteiten in 2011 sterk heeft gelegen op de interne organisatie, waaronder de ontwikkeling van het intranet en het verlenen van ondersteuning bij de zorgprojecten Nos ta Mihó en Huntu nos ta Logra.

Ad B. Bedrijfsvoering en ICT



1. Momenteel hebben slechts de medewerkers van Klinika Capriles *toegang tot intranet*. Alle belangrijke informatie zoals, nieuws, protocollen, richtlijnen, wetgeving etc. wordt geplaatst op intranet.
2. Het *Projectdossier Nieuwbouw Centrum KJP* inclusief een Programma van Eisen is beschikbaar. Er is nog geen opdracht gegeven om te komen tot een voorlopig ontwerp van de KJP-nieuwbouw
3. *De bouw van de nieuwe afdeling Long Stay* is pas op 16 januari 2012 gestart.
4. Nieuwbouw Pico Plata is aangehouden. Er dient eerst duidelijkheid te komen over de taken van deze afdeling en daaraan gekoppeld de bouweisen.



4.2.2 Jaarplanning 2011 Zorg

	#	Zorginhoudelijke doelstellingen	Gerealiseerd
A Zorginhoud: algemeen			
Informatievoorziening	1	Er is vastgesteld wat de informatiebehoefte is van behandelaren en management met betrekking tot zorgbeleid. Onder andere is er een systeem uitgewerkt om jaarlijks de doorstroom van cliënten in kaart te brengen door middel van cijfergegevens.	😊
Onderzoek	2	Een Routine outcome monitoring (ROM) plan is eind 2011 klaar voor implementatie	😐
ICT	3	De recepturen worden in plaats van in Medica in EZRA uitgeschreven	😊
B Zorginhoud: behandeling			
Consolidatie van SRH	1	In het individuele rehabilitatieplan zijn de therapeutische interventies duidelijk omschreven. De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het rehabplan en accordeert dit.	😐
Consolidatie van SRH	2	De patiënt en zijn familie worden gezien en behandeld als lid van het behandelteam door hen actief te betrekken bij het opstellen van het rehabplan	😊
Consolidatie van SRH	3	De behandelaren van Klinika Capriles doen mee aan initiatieven om de afstand tussen cliënten en de maatschappij te verkleinen	😊
Kwaliteit behandeling	4	In het dossier van elke cliënt is binnen 6 weken na opname de weerslag te vinden van: (1) een volledige psychiatrische evaluatie volgens "good clinical practice"; (2) een grondig doordachte (differentieel) diagnose, zowel via DSM-V als descriptief.(3) psychodiagnostisch testmateriaal, in het geval van eerste psychose, waar mogelijk	😊
Kwaliteit behandeling	5	Somatisch beleid is opgesteld in functie van goed en tijdig vaststellen én behandelen van die condities die gekend zijn als mogelijke oorzaken van lagere levensverwachting van psychiatrische patiënten.	😊
Kwaliteit behandeling	6	De betreffende psychologen zijn getraind in cognitieve gedrags therapie bij psychotische stoornissen	😊
Kwaliteit behandeling	7	Cognitieve gedragstherapie wordt klinisch toegepast waar geïndiceerd	😊
Kwaliteit behandeling	8	Doel, werkwijze en mogelijkheden van de diverse afdelingen zijn vastgelegd in afdelingsplannen en daaruit afgeleide afdelingsprofielen	😞
Kwaliteit behandeling	9	De zorgpaden zijn helder omschreven en indicatiestellingen gebeuren zorgvuldig, in functie van noden, behoeftes en wensen van de cliënt	😐
C Zorginhoud: zorg			
Kwaliteit van zorg	1	Uitslagen cultuurmeting bekend	😊
Kwaliteit van zorg	2	Audits Systematisch Rehabilitatie Handelen	😊
Kwaliteit van zorg	3	Plan van aanpak aanbevelingen	😊
Kwaliteit van zorg	4	Profiel en rehabplan	😐
Kwaliteit van zorg	5	Kernwaarden dmv spel (Nos ta mihó)	😊
Kwaliteit van zorg	6	Huntu nos ta logra	😊
Kwaliteit van zorg	7	Verdiepingskursus Systematisch Rehabilitatie Handelen	😊
Kwaliteit van zorg	8	Begeleidingsmodules op intranet	😞
Kwaliteit van zorg	9	Functie persoonlijk begeleider	😞



Kwaliteit van zorg	10	Kwaliteitsstandaarden	
Kwaliteit van zorg	11	Inzicht in gebruik Middelen & Maatregelen	

Ad A. Zorginhoud: algemeen

1. In verband met de *informatiebehoefte met betrekking tot zorgbeleid* werd een lijst opgesteld om onder andere de draaideurproblematiek meer zichtbaar te maken door middel van cijfergegevens en jaarlijks de doorstroom van cliënten in kaart te brengen.
2. *Routine outcome monitoring* (ROM) plan is tot nader order gestopt.
3. Na implementatie in 2011 van de medicatie module van het elektronisch patiëntendossier is de *geneesmiddelendistributie procedure* aangepast. De eenduidigheid van informatie rondom het medicatieproces van de patiënt, die het elektronisch patiëntendossier met zich meebrengt, bevordert de medicatieveiligheid in hoge mate. De voorschrijver (behandelaar), uitzetter (apothekersassistente) en toediener (begeleider) hanteren allen één en hetzelfde medicatieoverzicht als uitgangspunt van alle handelingen, waardoor medicatiefouten tot een minimum beperkt blijven.

Ad b. Zorginhoud: behandeling

1. De therapeutische interventies in de rehabilitatieplannen kunnen zorgvuldiger beschreven worden.
2. Op alle afdelingen wordt *de patiënt nu actief betrokken bij zijn rehabilitatiegericht* behandelplan. In de meeste gevallen is de patiënt ook aanwezig bij de teambespreking van zijn plan en de evaluatie daarvan. Nog niet altijd wordt de cliënt actief betrokken bij acute interventies. De familie wordt in toenemende mate uitgenodigd om inbreng te hebben, maar dit is nog in ontwikkeling.
3. Op alle afdelingen is in 2010 een *cultuurmeting* gedaan met de Vokipo (**V**erkorte vorm van de **o**rganisatie**k**limaat-index voor **p**rofit-**o**rganisaties), met behulp van Emergis, de GGZ van Zeeland en gesubsidieerd door het Boy Winkelfonds. Dit instrument kent 4 typen van afdelingscultuur: Familie (ondersteuning), Adhocratie (innovatie), Hiërarchie (respect voor regels) en Markt (doelgerichtheid en informatiedoorstroming). Voor de consolidatie van SRH is het belangrijk, dat met name de elementen Ondersteuning en Innovatie sterk zijn. Er waren grote verschillen per afdeling. Elke afdeling heeft zijn eigen afdelingsplaatje ontvangen en in een workshop is met de leidinggevenden besproken, hoe zij kunnen werken aan het veranderen van de huidige afdelingscultuur naar de gewenste situatie. In 2013 zal het onderzoek herhaald worden.
4. Diverse behandelaren van Klinika Capriles hebben presentaties gehouden tijdens het Congres 10th Post Graduate Course "Psychiatry over the lifespan" Curaçao van 14 t/m 16 oktober 2011. Verder hebben zij deelgenomen aan onze wekelijkse radioprogramma "Salú Mental, ko'i loko".
5. Volgens afspraak is zes (6) weken na de opname de volledige psychiatrische evaluatie afgerond en een doordachte diagnose is vermeld in de elektronisch patiënten dossier. Het psychodiagnostisch testmateriaal in geval van 1^e psychose is samengesteld, de testen zijn aangekocht en de psychologen zijn getraind.
6. Somatische behandeling maakt integraal deel uit van het behandelplan. De huisarts is hiermee belast.
7. Twee van onze psychologen hebben in 2011 een vervolg gemaakt met hun opleiding tot Cognitieve Gedragstherapie, een evidence-based therapievorm effectief bij diverse psychische stoornissen. Zij krijgen supervisie via Skype omdat er op Curaçao geen erkende supervisors zijn. Als geregistreerde Cognitieve Gedragstherapeuten in opleiding, passen ze al het geleerde in de praktijk toe, zo nodig ondersteund door de externe supervisor. De opleiding zal in de eerste helft van 2012 afgerond zijn.
8. In verband met de zorgpaden is het formulier overplaatsing aangepast, maar nog niet geïmplementeerd. Het wachtlijststelsel wordt beter gebruikt



Ad c. Zorginhoud: zorg

1. De logistiek rondom de medische status van de cliënt in EZRA is vastgelegd in een procedure. Afspraken zijn o.a. gemaakt met het Parket van Justitie om de wettelijk vereiste documenten elektronisch te verzenden naar het Parket.
2. In samenwerking met het Trimbos Instituut in Nederland is door de ontwikkelaars van SRH een modelgetrouwheidsschaal ontwikkeld. Deze schaal meet 10 aspecten van de implementatie van SRH door gerichte audits met leidinggevendenden, medewerkers en cliënten, en tevens dossieronderzoek. In 2012 is dit onderzoek voor het eerst uitgevoerd op alle afdelingen, eveneens met steun vanuit Emergis en financiële ondersteuning door het Boy Winkelfonds. Ook op deze schaal bleken de scores per afdeling nogal te verschillen. Er moet vooral nog aandacht worden geschonken aan het methodisch werken, gericht op herstel, en aan het werken richting mogelijkheden buiten de kliniek. Per afdeling zijn voor het jaar 2011 en 2012 voortgangsplannen gemaakt en deels uitgevoerd. Dit onderzoek zal in 2013 worden herhaald.
3. Elke afdeling heeft in zijn *plan van aanpak* opgenomen om familie meer te betrekken bij de behandeling en begeleiding. Dit heeft geresulteerd in familiedagen en op sommige afdelingen wordt nu systematisch familie uitgenodigd bij het bespreken van het behandelplan of de evaluatie hiervan. Verder verschillen de plannen van aanpak afhankelijk van de aanbevelingen.
4. Op de meeste afdelingen is het maken van een *cliëntprofiel* gelukt. Alleen bij Short Stay en bij de ambulante zorg ontbreken de profielen of zijn ze niet volledig ingevuld. De profielen worden nog onvoldoende bijgewerkt aan de hand van nieuwe informatie. Het werken met het rehabplan is pas in de loop van 2011 goed op gang gekomen in de meeste afdelingen. Nog niet alle cliënten hebben een dergelijk nieuw plan. In 2011 is daardoor ook het evalueren nog niet overal in de werkwijze opgenomen. De coaches werken er hard aan om de medewerkers te ondersteunen bij het maken en evalueren van de plannen en profielen.
5. Erg succesvol was het project "*Nos ta mihó*", bestaande uit het uitvoeren van 4 grote opdrachten per afdeling voor medewerkers en cliënten samen. Dit project was enerzijds gericht op het in de praktijk toepassen van de 3 kernwaarden van de organisatie. Tevens werd grote nadruk gelegd op de basale gelijkwaardigheid van medewerkers en cliënten. Door de manier, waarop de afdelingen hun resultaten moesten presenteren, werd ook het systematisch werken op een speelse manier geoefend.
6. "*Huntu nos ta logra*" is in 2010 begonnen als project om de kernwaarden van de organisatie bekend te maken bij de medewerkers. Huntu nos ta logra kende verschillende subprojecten, waaronder het starten van een muziekbond en koor (KEK) met o.a. een eigen tumba. Op het herdenkingsfeest van 75 jaar Klinika Capriles op 13 april 2011 heeft KEK zich gepresenteerd. Momenteel is de band bezig een cd te maken met steun van het Boy Winkelfonds. Ook het radioprogramma Salú Mental, ko'i loko? Is een uitvloeisel van Huntu nos ta logra. Huntu nos ta logra (samen slagen wij) is een gevleugeld woord geworden binnen GGz Curaçao. Inmiddels is het project afgerond en zijn de diverse onderdelen deel gaan uitmaken van het normale communicatieprogramma.
7. Nadat in 2010 alle medewerkers in de zorg de basiscursus *Systematisch Rehabilitatie Handelen* hadden gekregen, is in 2011 een nieuwe scholingsronde gedaan, die vooral gericht was op de basisvaardigheden LSD (luisteren, samenvatten, doorvragen).
10. *Kwaliteitsstandaarden* hebben een andere invulling gekregen. Met dit project werd beoogd een systematisch evalueren van het eigen handelen op de afdelingen te bewerkstelligen aan de hand van stellingen die een bepaalde kwaliteit vertegenwoordigen. Door de SRH coaches, die op elke afdeling werken, worden in plaats daarvan nu teamcoachings en groepscoachings georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten worden ofwel thema's belicht, ofwel gaat het om het professioneel handelen ten opzichte van een individuele cliënt.
11. Vanaf oktober is het *gebruik van Middelen & Maatregelen* systematisch geregistreerd op SS en MS 1-4 welke middelen en maatregelen worden getroffen en voor hoe lang. Dit maakt deel uit van een plan om de separaties te gaan verminderen. In 2012 zal hiervoor een plan worden opgesteld.



4.2.3. Werk in Uitvoering (WIU)

In april 2010 is het project Werk in Uitvoering gestart. WIU ondersteunt mensen met een psychiatrische beperking en/of verslavingsproblematiek in hun weg naar herstel door middel van het vinden, krijgen en behouden van werk (in welke vorm dan ook). De cliënten en werkgevers worden begeleid zo lang dit nodig is door trajectbegeleiders met kennis van psychiatrie.

In 2011 hebben 80 cliënten zich bij het project aangemeld. Van deze 80 cliënten hebben 11 cliënten een contract aangeboden gekregen van hun werkgever en 9 een stageplek. Veder is er veel aandacht besteed op "job development" waardoor 58 potentiële werkgevers werd benaderd.

Verder werden de werkzaamheden van de tuinploeg uitgebreid tot 4 dagdelen per week, terwijl deze in 2010 maar 2 dagdelen waren. Dit met het positieve gevolg dat meer cliënten deel konden uitmaken van de tuinploeg, waardoor deze van 6 naar 10 cliënten werd uitgebreid. Bij de klussendienst zijn er nog steeds 3 cliënten op 2 dagdelen werkzaam.

De houtwerkplaats heeft de therapievorm behouden waar vooral cliënten van de afdeling Pico Plata meededen. De houtwerkplaats werd 2 dagdelen geopend. De opkomst van de deelnemers was niet erg groot en het verschilde per week. Er waren ongeveer 7 deelnemer die met regelmaat werkzaam waren.

Door o.a. het verstrekken van informatie wordt getracht om het stigma dat er heerst in de samenleving ten aanzien van mensen met een psychiatrische beperking en/of verslavingsproblematiek te verminderen. Zo zijn artikelen over dit project verschenen in o.a. dagbladen Amigoe en AD en de Wereld Radio Omroep. Ook zijn presentaties gegeven aan verschillende organisaties en bedrijven zoals, Rotery Club Willemstad, Janssen de Jong Caribbean en vereniging van Penshonados.

4.2.4. Activiteiten

- Er is een breed scala van activerende bezigheden, gecoördineerd vanuit het Activiteiten- en Trainingscentrum. Daarbij is veel aandacht voor lichaamsbeweging: wandelen, dansen, zwemmen en individuele begeleiding bij sport. Er zijn afspraken met de Centrale Instituut voor Opleiding van Sportleiders (CIOS), dat er permanent 4 stagiaires aanwezig zijn om met groepjes of op individuele basis sportactiviteiten te begeleiden.
- Verder zijn er dagactiviteiten op de patio en op de zorgafdelingen. Op het gebied van educatie wordt voorlichting over allerlei zaken georganiseerd. Er zijn ook specifieke cursussen, zoals computerlessen.

4.3. Kwaliteitsbeleid

Als te behalen doelen zijn in ons meerjarenbeleidplan 2011-2014 vastgelegd dat:

- Klinika Capriles beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) dat gebaseerd is op het model Harmonisatie Kwaliteit Zorg (HKZ) en is gereed om – desgewenst - HKZ-gecertificeerd te worden.
- Klinika Capriles is vrij van onnodige bureaucratie. Dat wil zeggen:
 - alle administratieve procedures zijn getoetst op criteria van noodzakelijkheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid en zijn zo nodig hierop aangepast;
 - Het KMS waarborgt het vrijhouden van de kliniek van onnodige bureaucratische administratieve regelgeving.

4.3.1. Kwaliteit van zorg

De focus van kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg is de laatste 10 jaar steeds meer komen te liggen op uitkomsten van de zorg. Binnen Klinika Capriles wordt aan deze benadering invulling gegeven door het gestructureerd en periodiek uitvoeren van metingen.



In 2011 is verder gewerkt aan het vaststellen van het kwaliteitshandboek. Het 'HKZ certificatieschema 2009 voor instellingen voor geestelijke gezondheidszorg' vormt de leidraad voor het ontwikkelen van kwaliteitsmanagement in de Klinika Capriles.

Mede gezien de visie, strategische doelen en de kernwaarden begint 'kwaliteit van zorg' binnen de Klinika Capriles steeds meer een sleutelbegrip te worden.

De volgende metingen hebben in 2011 plaatsgevonden:

- a. het modelgetrouwheidsonderzoek SRH;
- b. patiëntentevredenheidsoverleg;
- c. GGz thermometer.

Ad a. Modelgetrouwheidsonderzoek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen

In 2011 is het modelgetrouwheidsonderzoek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) voor het eerst uitgevoerd. Met behulp van de fideliteitschaal voor het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen kan de toepassing van het SRH in de praktijk gevolgd worden.

De SRH fideliteitschaal is op initiatief van Storm rehabilitatie door het Trimbos instituut/Utrecht ontwikkeld. Het onderzoek wordt gevormd door 10 zgn. kritische ingrediënten die betrekking hebben op alle aspecten van de methodiek. De uitvoering van het onderzoek geschiedt door het doen van audits die bestaan uit gesprekken aan de hand van vragenlijsten, met cliënten, hulpverleners, leidinggevenden en teamcoaches. Tevens worden een aantal zorgdossiers bekeken om na te gaan of de methodiek ook zichtbaar is in het behandelplan.

De audits worden uitgevoerd door 3 medewerkers die hierin getraind zijn door auditoren van Emergis in Goes. In 2011 zijn alle klinisch afdelingen en deeltijdbehandeling van Klinika Capriles onderzocht.

De fidelity wordt aangegeven met een score tussen 1 en 5. 1 betekent geen modelgetrouwheid, 5 betekent volledig modelgetrouw.

De afdelingen van Klinika Capriles scoorden gemiddeld een 2.6. Kritische ingrediënten die te maken hebben met de invulling van het persoonlijk begeleiderschap en netwerkcontacten scoorden vrij goed, aandachtspunten zijn de kritische ingrediënten die te maken hebben met methodisch werken en het systematisch toetsen van de kwaliteit van het gezamenlijk handelen.

Het modelgetrouwheidsonderzoek vormt een belangrijk sturingsinstrument waarmee het mogelijk wordt om uitgaande van een 10-tal kritische factoren, zowel cliënt gerelateerd als organisatie gerelateerd, te meten in hoeverre de rehabilitatiedoelstellingen worden behaald.

Ad b. Patiëntentevredenheidsoverleg

Het patiëntentevredenheidsoverleg is een halfjaarlijks overleg tussen de leiding, de medewerkers en de patiënten van de afdelingen, het betreft een kwalitatief onderzoek. Deze samenvatting is een weergave van de meting die tussen maart en oktober 2011 is gehouden.

Structuur

De agenda zoals in 2010 is vastgesteld voor dit overleg is ook in 2011 gehanteerd. Zodoende komen dezelfde onderwerpen aan de orde waardoor vergelijking met eerdere overleggen goed mogelijk is. Naast het hanteren van een vaste agenda wordt de uitvoering van verbeterpunten besproken. Vanuit het stafbureau is ook bij deze vergadering ondersteuning gegeven in de vorm van het opstellen van notulen, het ondersteunen bij de uitvoering en nabespreken.

Uitvoering

In de periode maart - oktober 2011 is op meeste zorgafdelingen, zowel de klinische afdelingen als deeltijd en dagbehandeling (KC) een patiëntentevredenheidsoverleg gehouden. Op onze dagbehandeling te Dios Yudami heeft geen vergadering plaatsgevonden.

Er zijn 13 bijeenkomsten gehouden waaraan in totaal 155 patiënten hebben deelgenomen, dit is 65 % van het totale aantal van (gemiddeld) 240 patiënten.

Samenvatting van de inhoud per onderwerp.

1. Tevredenheid sfeer op de afdeling, gang van zaken, afdelingsomgeving, faciliteiten en inrichting.

Over het algemeen zijn de patiënten tevreden over de afdelingsomgeving, de sfeer op de afdeling, de faciliteiten en de inrichting. Patiënten in de oudbouw Esmeralda en Margriet zijn over het algemeen ook wel tevreden over hun leefomgeving, ook al is het gebouw oud. Zij verlangen echter wel naar de nieuwbouw omdat ze graag meer privacy willen hebben en de mogelijkheid om eigendommen zoals make-up, sieraden e.d. te kunnen bewaren.



Hoewel patiënten over het algemeen aangeven tevreden te zijn over de verschillende aspecten van de afdeling geven patiënten op enkele afdelingen aan dat ze zich moeten aanpassen aan de afdelingsregels of het afdelingsregime en dat dit hen moeite kost, ze voelen zich gedwongen zich bij de structuur neer te leggen zoals de wijze van communiceren, tijdstip om te gaan slapen of dat bepaalde deuren dicht zitten waardoor ze niet bij hun spullen kunnen.

Op verschillende afdelingen zijn wensen geuit met betrekking tot kleine verbeteringen en aanpassingen zoals een klok, waslijnen, spiegels e.d. Met name op Pico Plata werd dit genoemd.

2. Tevredenheid omgang van het personeel met de patiënten.

De tevredenheid over de bejegening door het personeel is over het algemeen redelijk te noemen. De klachten die patiënten uiten over bejegening betreffen, net zoals vorig jaar, meestal een specifieke medewerker, de klachten hebben te maken met schreeuwen en/of brute omgang. Deze medewerkers worden als intimiderend ervaren.

Op de meeste afdelingen is wel naar voren gekomen dat het personeel soms streng en kortaf is, dat ze altijd druk zijn en dat patiënten niet welkom zijn op het kantoor. Enkele patiënten maken kenbaar dat ze daar nerveus van worden. Ook geven een aantal patiënten aan dat ze onvoldoende aandacht krijgen of dat de begeleider er vaak niet is.

Eén patiënt geeft aan dat het contact met de begeleiders oppervlakkig is omdat ze geen of onvoldoende Engels spreken.

Op Shortstay geeft een patiënt te kennen erg blij te zijn met het feit dat medewerkers geen uniform meer dragen, de patiënt voelde zich altijd erg opgelaten als ze met een begeleider naar buiten ging en deze droeg een uniform met een zichtbaar logo van Klinika Capriles, andere patiënten bevestigen dit. Verder geven op deze afdeling verschillende patiënten aan dat ze niet goed voorbereid worden op terugkeer, na een opname, in hun eigen omgeving, ze vinden zich onvoldoende weerbaar om met vervelende opmerkingen om te gaan en hoe ze daar adequaat op kunnen reageren. Op Mediumstay 1-4 geven patiënten te kennen dat het personeel aardig en attent is, oudere patiënten vinden dat het ten opzichte van vroeger sterk verbeterd is. Een patiënt vindt de manier waarop met haar wordt omgegaan wanneer zij vragen heeft niet prettig, met name als zij shag vraagt. Op afdeling Esmeralda werd door enkele patiënten gezegd dat ze meer hulp nodig hebben bij opstaan e.d.

Op afdelingen waar PSM (patiënt staf meeting) wordt gehouden, ervaren patiënten dit als zinvol en positief.

3. Tevredenheid voeding en consumpties

Op verzoek van de facilitair manager is bij deze vergadering meer specifiek gevraagd naar de verschillende voedingscomponenten namelijk de warme maaltijd, de broodmaaltijd en de extra consumpties zoals hapjes en het 'toetje' van 16.00 uur.

Patiënten vinden over het algemeen de smaak, hoeveelheid en presentatie goed tot zeer goed.

De klachten die geuit zijn betreffen veelal de diëten, met name zoutloos en caloriebeperkt, toch hebben ook verschillende patiënten aangegeven dat ze erg tevreden zijn over hun dieet.

Op verschillende afdelingen werd aangegeven dat er meer variatie in de broodmaaltijd zou mogen komen, andere soorten brood, een warm hapje, etc.

Een patiënt zou graag van te voren willen weten wat er op het menu staat, het is prettig van te voren te weten wat je eet.

Het gemiddelde cijfer voor maaltijden en consumpties is: 7.9

4. Tevredenheid activiteiten, dagactiviteiten, -avond en recreatie

De beoordeling van het activiteitenprogramma is nogal wisselend. Enerzijds wordt het programma van het ATC (Activiteiten & Trainings Centrum) wel goed gevonden, met name de Patio en de cursussen die gegeven worden maar tegelijkertijd kwam op verschillende afdelingen naar voren dat patiënten zich ook regelmatig vervelen en dat de activiteiten die geboden worden niet altijd aansluiten bij hun wensen en behoefte. Ook vallen er activiteiten uit of laat het programma gaten zien, hier ergeren patiënten zich aan. Er is naar voren gebracht dat er meer educatieve of ontwikkelingsgerichte activiteiten gegeven moeten worden, sommige patiënten stellen vraagtekens bij de inhoud van de daginvulling en of dat bijdraagt aan hun herstel. Ook bij deze ronde geven patiënten aan dat de sportactiviteiten met de CIOS studenten leuk en goed zijn.

De patiënten die werken zijn niet goed op de hoogte wat er te doen is maar geven ook aan dat ze niet veel behoefte hebben aan andere activiteiten.

Op deeltijd zijn de patiënten vooral tevreden over SAMM en de vaktherapieën en zijn minder tevreden over het programma van de afdeling zelf.

Op verschillende afdelingen kwam naar voren dat patiënten graag boeken en tijdschriften willen lezen maar dat er niets is.



5. Tevredenheid algemene informatievoorziening aan patiënten.

Dit agendapunt is nauwelijks besproken. Op een afdeling heeft een patiënt naar voren gebracht het jammer te vinden dat familie niet op de hoogte is van bijzondere activiteiten zoals de viering van 75 jaar KC. De vraag werd besproken in hoeverre familie bij dergelijke onderwerpen betrokken moet worden en welke rol de patiënt daar zelf in heeft.

Verschillende patiënten willen weten wat KC eigenlijk doet in het informeren van de samenleving over de kliniek/psychiatrie.

Bevindingen

De overleggen zelf zijn goed verlopen, de coördinatoren leiden het gesprek op een gerichte wijze die past bij de doelgroep. Met geduld en toewijding worden alle patiënten zoveel mogelijk betrokken bij het gesprek.

De aanwezigheid van begeleiders van de afdeling bij het overleg is toegenomen maar de participatie mag beter, sommige begeleiders verlaten tussentijds het overleg.

Het principe van de verbetercyclus (PDCA: Plan, Do, Check, Act) welke een belangrijk instrument is bij kwaliteitsmanagement mag concreter gehanteerd worden.

Het hoofddoel van deze metingen namelijk: *“het op een structurele wijze, groepsgewijs, nagaan in hoeverre de patiënten tevreden zijn over de zorg en behandeling die zij ontvangen op de afdeling”*, wordt met het houden van deze patiëntentevredenheidsoverleggen bereikt.

Gebleken is dat het steeds normaler wordt om te spreken over onderwerpen zoals de bejegening, spanningen om misstanden of het uiten van ontevredenheid beginnen af te nemen. Verder is naar voren gekomen dat het afschaffen van het uniform hoog gewaardeerd wordt door patiënten. Deze aspecten geven aan dat de afdelingsculturen en de organisatiecultuur meer de richting opgaat die nodig is voor het realiseren van de gewenste houding.

De rol van het begeleidend en behandelend personeel bij deze bijeenkomsten is nog wel minimaal en mag meer aandacht krijgen.

Het houden van patiëntentevredenheidsoverleg blijkt ook uit deze meting zeer zinvol te zijn. Door verschillende patiënten zijn belangrijke opmerkingen gemaakt, zowel van praktisch belang als van inhoudelijk belang. En in deze ronde zijn opnieuw punten genoemd die de voortdurende aandacht van de leiding vereisen.

Aanbevelingen

- Met betrekking tot het ervaren van een zg. afdelingsregime kan aandacht gegeven worden aan het verminderen van ‘afdelingsregels’ en het bevorderen van het maken van afspraken.
- Patiënten in de ombouw moeten nu wel zicht krijgen op nieuwbouw, het wachten daarop duurt te lang.
- Verbeteringen of reparaties meteen doorvoeren, het hoeft geen weken, laat staan maanden te duren voordat een klok weer loopt of een spiegel opgehangen is.
- Er moet aandacht blijven voor de dagelijkse houding van hulpverleners, het kortaf en brutaal reageren op patiënten komt nog steeds voor. Nog altijd zijn er enkele medewerkers (dezelfde) die op dergelijke wijze communiceren, de vraag is hoe lang dit nog getolereerd wordt. Daartegenover kunnen goede voorbeelden in houding gewaardeerd en benadrukt worden.
- De kwaliteit van de maaltijden en consumpties hoog houden, aandacht blijven houden voor de smaak van de dieetmaaltijden.
- Het feit dat een deel van de patiënten aangeeft zich met regelmaat te vervelen, dat ze het storend vinden dat programmaonderdelen niet doorgaan en dat ze vraagtekens zetten bij de zin van -delen van- daginvulling verdient aandacht.
- Activiteiten die goed beoordeeld worden, zoals de sportactiviteiten door de CIOS studenten, zouden overgenomen moeten worden in het activiteitenprogramma en structureel aangeboden moeten worden.

Ad c. GGZ thermometer

Als instrument om de cliëntgerichtheid van de zorg- en dienstverlening te meten hanteert Klinika Capriles als instrument de GGZ thermometer. Dit is een vragenlijst die aan de patiënt wordt voorgelegd ter vaststelling van zijn tevredenheid over de ontvangen behandeling en zorg.



Er zijn 110 formulieren ingevuld dit jaar.

70 keer werd hij afgenomen bij ontslag van een cliënt, 11 keer bij een tussentijdse evaluatie van de behandeling, 4 keer bij een belangrijke verandering in de behandeling, in 25 gevallen is de aanleiding niet aangegeven.

Resultaten

Het gemiddelde rapportcijfer met betrekking tot cliënttevredenheid is: **8,0**.

91 patiënten (83%) zouden onze instelling aan anderen aanbevelen. Van de 17 die dit niet doen, geven er 2 ook een onvoldoende met betrekking tot cliënttevredenheid.

Scores van diverse onderwerpen uit de cliëntenthermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Hebt u voldoende informatie gekregen over de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden van onze instelling?	85	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over uw behandel- of begeleidingsplan?	77	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	85	100
Hebt u geparticipeerd in de beslissing welke behandeling of begeleiding u krijgt?	88	100
Is er een behandelings- of begeleidingsplan gemaakt?	69	99
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	73	99
Hebt u een voldoende kundige behandelaar (gehad)?	90	100
Hebt u voldoende vertrouwen in uw hulpverlener?	88	99
Heeft uw hulpverlener voldoende respect voor u getoond?	93	98
Heeft uw hulpverlener voldoende belang gehecht aan uw mening?	85	98
Is uw behandel- of begeleidingsplan uitgevoerd volgens uw wens?	82	100
Sloot de behandeling of begeleiding goed aan bij uw problemen en klachten?	82	96
Hebt u door de behandeling of begeleiding meer grip gekregen op uw problemen en klachten?	88	96
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	89	98
Bent u beter in staat de dingen te doen die u belangrijk vindt door de behandeling of begeleiding?	86	97
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met personen of situaties, die daarvoor problemen gaven?	83	98

De scores op vraag 1 en 3 zijn ongeveer gelijk aan vorig jaar.

De informatie over het behandelplan lijkt minder te zijn (77% is hier tevreden over tegenover 85% vorig jaar. Aan de andere kant zijn er meer mensen die hebben geparticipeerd in de beslissing over de behandeling (88% tegenover 78% vorig jaar).

69% van de patiënten geeft aan, dat er een behandel- of begeleidingsplan is gemaakt. Dit is 5% meer dan vorig jaar, maar nog lang niet voldoende.

73% heeft ingestemd met het behandelplan. 4% geeft dus instemming aan een onbekend of niet gemaakt plan. En volgens 82 % is het plan uitgevoerd conform hun wens. Dit is een stijging t.o.v. vorig jaar, maar blijft wonderlijk in het licht van de 69% die aangeeft, dat er een plan is gemaakt.

Het vertrouwen in de (kundigheid van de) behandelaar/hulpverlener is met 4 resp.5% afgenomen t.o.v. vorig jaar. Ook vinden minder mensen, dat de hulpverlener voldoende belang hecht aan hun mening (-9%). 82% vindt, dat de behandeling goed aansluit bij de wens en bij de problemen en klachten. Qua wens is dit een stijging.

86% vindt, dat ze beter in staat zijn de dingen te doen, die ze belangrijk vinden. Weliswaar een hele hoge score, maar toch 4% minder dan vorig jaar en 8% minder dan het jaar daarvoor.

Ook bij de laatste 2 vragen is de score gedaald, met 4%.

Conclusie: Over de hele linie lijkt er een vermindering te zijn van de tevredenheid van de cliënten op de bovenstaande items. Cliënten rapporteren wel meer inspraak en meer aansluiting bij hun eigen wens, maar zijn in het algemeen iets minder tevreden over hun hulpverlener.

Dit kan een goed teken zijn in die zin, dat de cliënten mondiger worden. Aan de andere kant is het wel een signaal voor de betrokken behandelaren.



Opmerkingen naar aanleiding van open vragen

Er zijn 2 open vragen:

18. Wat zou volgens u onze instelling moeten verbeteren met betrekking tot de punten van deze vragenlijst?

- Er zijn 27 opmerkingen met betrekking tot de communicatie. Men wil, dat het personeel meer tijd aan de cliënten besteedt, beter luistert en beter invoelt. Ook zijn er weer klachten over enkele begeleiders: zij moeten hun slechte humeur thuis laten of eerst les krijgen in etikette, voordat ze op de zaal mogen komen.
- 5 personen vinden het eten te weinig, 2 maken opmerkingen over de tijd van aflevering. Dit was vorige jaren ook al een klacht. Met betrekking tot het eten zijn er nog diverse opmerkingen: meer variatie, meer keuze, de keuken moet het beter klaarmaken, er geen rotzooi van maken, meer saus op de rijst, sap glazen moeten vol worden geschonken ipv half vol
- 4 personen klagen over de warmte in de kamers. Men wil airco's. Niemand klaagt meer over de kou in de isoleer.
- 4 mensen van de afdeling Pico Plata willen een ander gebouw, het gaat met het jaar achteruit.
- 3 mensen willen meer vrijheid. 1 klaagt over gedwongen medicatie, 1 wil, dat er meer geluisterd wordt in plaats van iemand dag in dag uit op te sluiten.
- Wat betreft de behandeling wil men meer contact met de dokter, meer inspraak in de behandeling, een betere behandeling, completer inzicht in de profielen en plannen, sneller opstellen van profiel en plan, geen gedwongen medicatie, de manier van opnemen kan beter.
- Verder diverse opmerkingen over activiteiten op afdeling: men wil meer te doen hebben, meer activiteiten, meer tijdschriften om te lezen, meer keuze in tv kanaal.
- Iemand stelt een wipkamer voor
- Iemand vindt, dat we de cliënten niet moeten laten roken, maar een ander vindt juist weer, dat het moet worden toegestaan, dat ze hun pakje shag bij zich houden
- Andere ideeën: Haken in de badkamer om de schone kleren aan te hangen, de lichten repareren, elke dag een dienst van woord en gebed.
- Verder 37 opmerkingen, dat alles goed is, of prima, of uitstekend, of niets te wensen. Dit klopt ook wel met het hoge rapportcijfer.

19. Hebt u andere opmerkingen betreffende de behandeling of begeleiding?

- De meeste mensen vullen hier niets in.
- Meerdere opmerkingen over hoe goed men de begeleiding vond: begeleiding is geduldig en goed, heel vriendelijk personeel. Soms worden hierbij mensen met name genoemd.
- Maar ook: Er wordt slecht gepraat over mensen. De jonge zusters moeten meer respect tonen. De oudere zusters en de broeders doen het goed.
- Er zijn veel herhalingen van wat men bij vraag 18 heeft opgemerkt. Nieuwe onderwerpen:
- Wat meer aandacht voor opruimen van de badkamer en het tijdig laten herstellen van gebreken aan het gebouw. M.b.t. het laatste punt heeft de MF ook al diverse keren gevraagd, of men gebreken direct wil aangeven.
- Men vindt de isoleer stinken naar urine van andere patiënten
- Verhoog het salaris van het personeel, ze werken erg hard.
- Stop met spuiten
- Blij, dat ik een baan heb gevonden via Werk in Uitvoering

Conclusie

De patiënten zijn in het algemeen zeer tevreden over de items van de GGZ thermometer. De meeste tevredenheid wordt nog steeds geuit over de hulpverleners, maar wel iets minder dan vorig jaar. Men is iets minder tevreden dan vorig jaar over het resultaat van de behandeling. De tevredenheid over de participatie is toegenomen.

Bij de open vragen zijn er vooral veel opmerkingen over de communicatie en bejegening, zowel positieve als negatieve. De meest geuite wens is nog steeds het krijgen van meer persoonlijke aandacht van de dokter, en in mindere mate van de begeleiding.

De klachten over het eten en de warmte blijven hetzelfde.

Voor het eerst zien we dit jaar klachten over de staat van het gebouw Pico Plata.

Verder zijn er wat makkelijk uitvoerbare verbetervoorstellen.



4.3.2. Kwaliteit ondersteunende diensten

In onze meerjarenbeleidsplan 2011– 2014 is vastgelegd dat:

- Een planmatig en projectmatig correctief- en preventief onderhoudsplan voor gebouwen, installaties en interieur is in uitvoering.
- De nieuwbouwprojecten Long Stay en Pico Plata en verbouwingsproject Trinitaria zijn gerealiseerd en sluiten aan op de behoeften van de cliënten en gebruikers.
- Een veilige woonomgeving en werkplek voor cliënten, werknemers en bezoekers is gewaarborgd.
- Internationale kwaliteitsstandaarden m.b.t. facilitaire processen (zoals HACCP hygiëne code en Bhv Bedrijfshulpverlening) zijn ingevoerd.
- Facilitaire processen zijn klantvriendelijk en ondersteunen een adequate toepassing van rehabilitatie gerichte behandeling binnen de kliniek.

Jaarplanning 2011 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
	Bc	Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening	
Professionalisering	1	De facilitair informatiesystemen zijn geautomatiseerd m.b.v. het de Filemaker-applicatie	☹️
Professionalisering	2	Het preventief onderhoudsplan is geïmplementeerd	☹️
Kwaliteit producten/diensten	3	Een hygiënecode is ingevoerd m.b.t. voedsel-verstrekking	😊
Kwaliteit producten/diensten	4	Groepsvervoer patiënten (> 16 personen) vindt voor 50% plaats met eigen transportmiddelen.	😊
Kwaliteit producten/diensten	5	Een voorstel voor het groenvoorziening op het terrein van Klinika Capriles is opgesteld.	😊
Veiligheid	6	De bedrijfshulpverleningsorganisatie is opgezet	😊
Nieuwbouw en renovatie	7	De nieuwbouw en renovatieprojecten Longstay en Pico Plata zijn in uitvoering	😊

1. Overzicht gerealiseerde projecten in 2011

- Voorbereiding nieuwbouw Long Stay afgerond voor start bouw in januari 2012.
- Implementatie legionella beheersplan.
- Installatie brandmeldingcentrales gebouwen Dagbehandeling en Opslag onderhoud.
- Installatie brandmelders gebouwen Esmeralda, Pico Plata, Paso.
- Renovatie gebouw Opslag onderhoud.
- Lobby van het A-gebouw opnieuw ingericht.
- Verbeteren van hemelwaterafvoer nieuwbouw gebouwen.
- Overname onderhoudwerkzaamheden Stichting Sonrisa.
- Dagelijkse warme maaltijdenverstrekking Stichting Sonrisa.
- Verbeterde service overeenkomst beveiligingscamera's en camerasysteem.

Opleidingen en trainingen

In 2011 is er op verschillende terreinen aandacht besteed aan de ontwikkeling van het facilitair personeel. Een overzicht van de trainingen en opleidingen ten behoeve van de medewerkers van verschillende afdelingen van de Facilitaire Sector is als volgt:

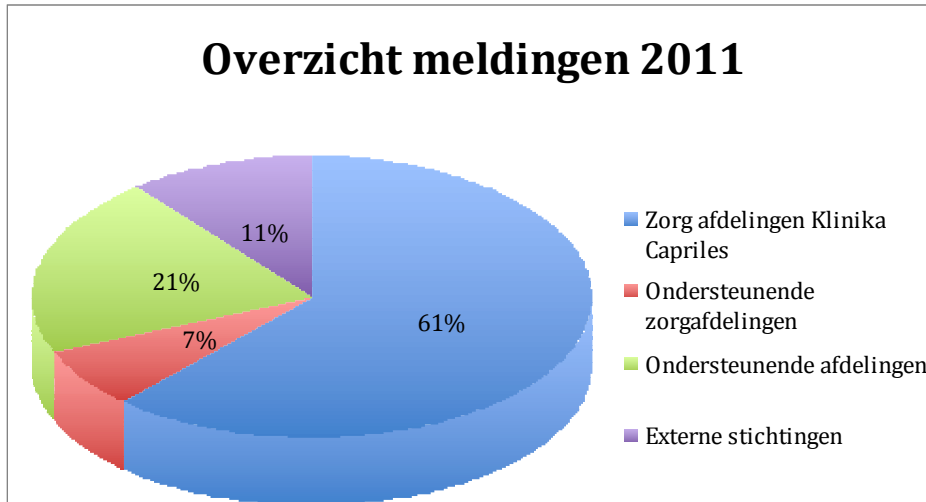
- Herhalingsopleiding Bedrijfshulpverlener Ploegleider voor Beveiligingsmedewerkers 1^{ste} Klasse.
- Herhalingsopleiding Basis Bedrijfshulpverlener voor alle Beveiligingsmedewerkers.
- Training Praktisch Penitentiaire Optreden (PPO.) t.b.v. Beveiliging en zorgpersoneel.
- Train de trainer Praktisch Penitentiaire Optreden (PPO.) t.b.v. Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid.
- HACCP training aan alle Keukenmedewerkers.
- NEN training voor Elektrotechnische medewerker.



2. Professionaliseren van de facilitaire serviceverlening

In 2010 is het “Meldpunt Facilitair” opgezet als een centrale punt voor het melden van alle verzoeken van medewerkers of geconstateerde gebreken op afdelingen. De positieve lijn die in 2010 is ingezet met de introductie van het “Meldpunt Facilitair” heeft zich in 2011 doorgezet. Het hierbij gebruikte geautomatiseerd systeem “Filemaker” bleek in 2011 de verdere ontwikkeling van de professionele serviceverlening in de weg te staan.

Overzichten van geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen onderverdeeld zorg en niet zorgafdelingen en externe stichtingen:



In 2011 zijn er in totaal 2315 storingsmeldingen geregistreerd. Dit is een daling in vergelijking met de 2950 storingsmeldingen in 2010 bij de introductie van het Facilitair Meldpunt. Van alle zorgafdelingen scoren de afdelingen als Short Stay, Medium Stay en Kas Florisol onveranderd hoog met het aantal meldingen in 2011. Daarnaast zijn ook de hoge scores van de afdelingen A-gebouw en Facilitaire Sector zelf opmerkelijk.

In 2011 zijn er 3 stichtingen (Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sonrisa en FMA) bijgekomen waarvan de storingsmeldingen bij het Facilitair Meldpunt worden geregistreerd. Vanaf april 2011 zijn de storingsmeldingen van Stichting Sonrisa geregistreerd.

De aansluiting van het systeem “Filemaker” op de uitbreidingen van Stichting GGz Curaçao en de support vanuit Nederland liet veel te wensen over. Hierdoor is onder andere het preventief onderhoudsplan nog steeds niet geautomatiseerd. Eind 2011 is het besluit genomen om in 2012 over te gaan op een ander geautomatiseerd facilitair systeem dat lokaal wordt ondersteund wat tot gevolg zal hebben dat ook in 2012 nog niet volledig gewerkt zal kunnen worden volgens een geautomatiseerd preventief onderhoudsplan.

3. Optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten

Voor het optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten is in 2011 verder gewerkt aan de volgende punten:

In 2011 is gestart met het invoeren van een hygiënecode volgens het HACCP methodiek in de Centrale Keuken van Klinika Capriles. In dit kader zijn naast de al bestaande recepturen voor dagelijkse maaltijden ook de recepturen van alle diëten gestandaardiseerd en vastgelegd. Voor het bereiden van maaltijden volgens HACCP methodiek zijn aanpassingen aangebracht in werkwijzen en hebben de keukenmedewerkers van de Centrale Keuken training en begeleiding gekregen op de werkvloer. Ook zijn vereiste fysieke aanpassingen aangebracht aan keuken materialen, alle oude maaltijdplateaus en borden vervangen en hebben alle keukenmedewerkers digitale thermometers ontvangen t.b.v. uitvoering van HACCP.

In het patiëntentevredenheidsoverleg op de zorgafdelingen dat in 2011 heeft plaatsgevonden is het onderwerp voeding en consumptie aan bod gekomen. Hieruit bleek dat de patiënten de warme maaltijden als goed tot zeer goed beschouwen (rapportcijfer 7.9).



De smaak, hoeveelheid en presentatie werden als zeer goed beoordeeld. Overwegend was ook tevredenheid over de diëten maar met name zoutloos en caloriebeperkte diëten zijn nog wel wat klachten gemeld. Daarnaast werd variatie in broodmaaltijden als aandachtspunt aangegeven.

4. Serviceverlening door derden.

Schoonmaak

De resultaten van de steekproefsgewijs gecontroleerde werkzaamheden op reinheid, hygiëne en veiligheid van de schoonmaak van Total Cleaning Services op de afdelingen in 2011 komen overeen met de resultaten van 2010. In alle gevallen blijken de gestelde targets niet gehaald. De ervaring van schoon en reinheid op de afdelingen wordt over het algemeen door het personeel en medewerkers wel als positief ervaren. Uit de gedetailleerde scores van 2011 is op te maken dat met name in de eerste half jaar slecht gescoord is op schoonmaak. Interne problemen met personeelsbezetting van Total Cleaning Services heeft slechte resultaten tot gevolg gehad. Kijken we uitsluitend naar de scores in de tweede helft van 2012 dan heeft de nieuwbouw 81% en oudbouw 65% wat een duidelijke verbetering is en dichterbij de target ligt. De resultaten in de Centrale Keuken zijn over heel 2011 onder de maat gebleven. Hiervoor dient in 2012 wel een oplossing gezocht te worden aangezien bij de invoering van HACCP in de Centrale Keuken de focus ligt op hygiënisch schoonmaken en desinfecteren.

De scores van 2011 in vergelijking met de targets:

Locatie	Score 2011	Score 2010	Score 2009	Score 2008	Target
Nieuwbouw	72 %	73 %	84 %	85 %	90 %
Oudbouw	60 %	60 %	79 %	74 %	72 %
Centrale Keuken	50 %	50 %	75 %	59 %	70 %

Linnenverzorging

De uitvoering van de wasverzorging door Facilitair GGz voldeed in 2011 aan de vereiste eisen voor wasverzorging op gebied van reinheid en hygiëne. Ook over de serviceverlening zoals het tijdig ophalen en leveren van wasgoed waren de zorgafdelingen zeer tevreden.

Terreinonderhoud

Het contract voor terreinonderhoud, uitgevoerd door Erwin Schoonmaakbedrijf, is op 1 januari 2011 vernieuwd met een 1 jaar contract waarbij de afspraken over dagelijkse /wekelijkse /maandelijkse werkzaamheden meer specifiek omschreven zijn. In 2011 is er intensievere controle geweest op de handhaving van dit contract. Over het algemeen heeft dit geleid tot een betere afstemming met de door Klinika Capriles aangedragen jaarplanning, echter blijven gedeelten van het terrein in de periodes na de regentijd te lang onaangetast.

5. Verbeteren van de veiligheid binnen Klinika Capriles.

Bedrijfshulpverlening (Bhv)

In 2011 is verder gewerkt aan het volledig oprichten van de Bhv-Organisatie. Alle afdelingen hebben in 2011 voorlichtingen en demonstraties ontvangen van het Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid over het doel en functie van bhv. De reactiesnelheid van de Bhv-ers zijn op verschillende momenten onverwachts getest evenals de vaardigheden van de Bhv-ers en ploegleiders in herhalingstrainingen. Daarnaast is het orkaanstappenplan succesvol uitgevoerd door alle zorgafdelingen tegelijk in mei 2011.

In juli 2011 heeft zich een brandincident voorgedaan op de Long Stay afdeling Esmeralda waarbij allereerst Bhv-ers en uiteindelijk ook de Brandweer zijn ingezet. Door met name adequaat handelen van de Bhv-ers is het beperkt gebleven tot brandschade aan het plafond. De adviezen van het onderzoek achteraf zijn in 2011 uitgevoerd op alle afdelingen met kans op soortgelijke brandincidenten. Alle TL-lampen van de oudbouw gebouwen die direct op het plafond zijn gemonteerd, zijn vervangen met brandveilige type TL-lampen. Ook is alle oudbouw voorzien van brandmeldingsystemen of brandmelders.

Beveiliging

Om de veiligheid van Zorgpersoneel, Beveiligingsmedewerkers en patiënten tijdens escalerende situaties te verbeteren hebben alle Beveiligingsmedewerkers en gedeeltelijk zorgmedewerkers Training Praktisch Penitentiaire Optreden (PPO) ontvangen in 2011. Ook is het Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid opgeleid als trainer voor PPO zodat vervolptrainingen intern gegeven kunnen



worden. Tevens is het aantal piepers (Persoonlijke Zend Installaties) in 2011 uitgebreid van 19 stuks naar 32 stuks voor de medewerkers van verschillende zorgafdelingen.

Legionella

Het eind 2010 geïntroduceerde legionella beheersplan is begin 2011 geïmplementeerd. Wekelijks worden metingen uitgevoerd en elke 3 maanden worden watermonsters afgenomen. Uit de analyses van de watermonsters bleek dat slechts 1 gebouw (Esmeralda) niet voldeed aan de gestelde normen. In samenwerking met Aquallectra zijn hier de benodigde stappen genomen zoals chloreren van de leidingen en het verwijderen van dode leidingen om een mogelijke besmetting te minimaliseren. Eind 2011 hebben we helaas moeten constateren dat de genomen acties niet tot de gewenste daling van het aantal legionella bacteriën hebben geleid. Uit voorzorg zijn alle douchekoppen verwijderd uit het gebouw om mogelijke besmetting via het inademen van aerosol te voorkomen en is het spuien geïntensiveerd. Het gebouw zal met de opening van de nieuwbouw Long Stay niet meer in gebruik worden genomen voor verblijf van patiënten of medewerkers.

6. Huisvesting- en renovatieprojecten

In april 2011 heeft de aanbesteding plaatsgevonden voor de nieuwbouw Long Stay. In juni 2011 was het proces van onderhandelingen met de gekozen aannemers afgerond. In verband met de financiële dekking voor de nieuwbouw zijn niet eerder dan in begin december de contractstukken ondertekend door Klinika Capriles en de aannemers.

Eind 2011 is er een Commissie Long Stay in het leven geroepen om het proces van aanschaf interieur, inrichting van gebouwen, inrichting van omgeving en de uiteindelijke verhuizing van afdelingen te plannen en te begeleiden.

In 2011 is het leegstaande gebouw "Oude linnenkamer" gerenoveerd en geschikt gemaakt als Opslag Technische Dienst. Grote onderhoudsmaterialen en gereedschappen kunnen voortaan hierin worden opgeslagen.

In verband met regelmatige overstromingen bij hevige regenval in de nieuwbouw afdelingen in de afgelopen jaren zijn in 2011 de afvoeren van het hemelwater vanuit de binnentuinen verbeterd. Bij alle afdelingen zijn hemelwaterafvoeren vanuit de binnentuinen onder de gebouwen naar buiten geleid wat sinds die tijd niet meer tot wateroverlast heeft gezorgd.

4.3.3. Klachten

Klinika Capriles heeft een klachtenregeling. Deze regeling, in de vorm van een folder, dienen aan alle patiënten bij opname te ontvangen. Een klachtencommissie met externe onafhankelijke leden. De leden zijn:

- dhr. Th. van Bergen, voorzitter;
- dhr. M. Bonofasia, jurist;
- dhr. E. Jacobus, huisarts;
- mw. C. Jansen, juridisch assistent;
- mw. A. Kwidama, maatschappelijk werkende.

Gedurende 2011 zijn zes (6) klachten ingediend bij de klachtencommissie.

4.3.4. Toegankelijkheid

Klinische behandeling

Opname voor klinische psychiatrische behandeling in Klinika Capriles kan op de volgende wijzen gebeuren:

- Vrijwillig: in dit geval tekent de patiënt zelf voor zijn opname en behandeling. Uiteraard dient de psychiater betrokkene eerst te screenen om vast te stellen of er inderdaad de noodzaak van een klinische behandeling bestaat.
- Onvrijwillig: dit kan op de drie volgende wijzen:
 - met een KZ-verklaring, wat inhoudt een geneeskundige verklaring getekend door een medicus vergezeld van een bevelschrift getekend door de Gezaghebber of vertegenwoordiger;



- o een justitiële verklaring waarbij iemand verplicht wordt door de rechter om klinische behandeling te ondergaan;
- o een onder curatele stelling, waarbij iemand middels rechterlijke vonnis het beheer over eigen middelen wordt ontnomen en een verplichte opname ter behandeling krijgt.

Voor verlenging van de onvrijwillige opname is een uitspraak van het gemeenschappelijk hof van Justitie noodzakelijk. Daartoe houden de rechters maandelijks zitting in Klinika Capriles.

Poliklinische behandeling

Aanmelding voor poliklinische behandeling geschiedt bij voorkeur:

- Na verwijzing door de eerste lijn.
- Na verwijzing door een klinische behandelaar bij ontslag van een client uit de kliniek

Wachlijst

Klinika Capriles kent geen wachlijst voor acute opname van patiënten die in crisis verkeren. Consequentie hiervan is wel, dat patiënten soms eerder dan gepland worden ontslagen, waardoor de kans op recidive vergroot wordt. Uitbreiding van intensieve ambulante hulpverlening is daarom aanbevelenswaardig.

Niet alle patiënten met dubbeldiagnose kunnen - voor gedwongen opname en behandeling middels een onder curatele stelling door de rechter - onmiddellijk opgenomen worden wegens de beperkte capaciteit van de drugs-forensische afdeling.

Wachtrooster

Klinika Capriles kent geen afdeling spoedeisende hulp die 24 uur diensten verleend. Patiënten die spoedhulp nodig hebben worden tijdens kantooruren gezien op onze polikliniek. Buiten kantooruren worden de patiënten verwezen naar de EHBO poli van het St. Elisabeth Hospitaal (Sehos). Samen met de geneeskundigen van PSI verzorgde de geneeskundigen in dienst van Klinika Capriles de 24 uren wachtdienst psychiatrie. Op 17 december 2010 deelde PSI schriftelijk mede dat zij niet in staat zijn om personeel beschikbaar te stellen voor de wachtdienst. Sinds eerdergenoemde datum verzorgt Klinika Capriles alleen de wachtdienst.

4.3.5. Veiligheid

Fouten, ongevallen en bijna-ongevallen (FOBO)

	Ja/Nee
Beschikt de instelling over een regeling voor registratie en afhandeling van fouten en (bijna) ongelukken?	Ja
Is er een reglement opgesteld?	Ja
Zijn er registratieformulieren beschikbaar en in gebruik?	Ja
Is er een uitgewerkte procedure ter registratie en afhandeling van fouten en bijna ongelukken beschikbaar?	Nee

Jaaroverzicht 2011

In totaal zijn dit jaar 97 FOBO formulieren binnengekomen. Dit betekent een stijging ten opzichte van vorig jaar. Bij Margriet/Esmeralda is het aantal valincidenten afgenomen en het aantal agressie incidenten van patiënten onderling. Bij Short Stay zien we minder medicatiefouten en minder ongevallen. Ook de categorie "overige" is bij Short Stay afgenomen.

Resultaat ingeleverde FOBO formulieren per afdeling

Afdeling	2011	2010
Short Stay	30	25
Medium Stay 1-4	14	12
Medium Stay 5-10	20	16
Margriet/Esmeralda	25	22



Pico Plata	4	5
Kas Florisol	3	1
Leslokaal	1	1

Resultaat ingeleverde FOBO formulieren per categorie

Aard van de melding	Aantal meldingen per afdeling									
	SS	MS1-4	MS5-10	M/E	PP	KF	Leslokaal			Totaal
Medicatie	2	3	9	2	2	1				19
Agressie → medepatiënt	5		1	4						8
Agressie → personeel	3	1	1	1		1				7
Agressie: niet-persoons gericht	1									1
Ongeval patiënt	1	10	6	17		1				35
Vluchten	12		2		1					15
Overigen	6		1	1	1		1			11

Opmerkingen

Medicatiefouten zullen niet makkelijk meer voorkomen, aangezien de medicatie nu in EZRA vermeld staat. Medicatiefouten worden soms gemaakt, als het onrustig is op de afdeling. Dan krijgt bijvoorbeeld iemand de medicatie van iemand anders. Hier kan met een andere organisatie van het proces verbetering worden bereikt.

De agressie naar personeel toe is qua aantal met meer dan de helft afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Op Kas Florisol werd een patiënt overgeplaatst nadat hij het personeel had geslagen. Team is hier erg van geschrokken.

De ongevallen bestaan ook dit jaar weer voornamelijk uit valincidenten bij oudere patiënten. 1 mevrouw is hierbij met haar hoofd door een raam gevallen en enkele anderen hebben ook verwondingen opgelopen aan gezicht of ledematen.

Er hebben zich 4 prikaccidenten voorgedaan door verkeerd omgaan met de gebruikte naalden, waarvan 3 door stagiaires. Coördinatoren en personeel zijn in het werkoverleg gewezen op het belang van een juist gebruik van de naaldencontainers. Deze dienen dus ook meegenomen te worden, als injecties op afdeling of in de isoleer worden gegeven. Sommige afdelingen hebben hiervoor speciaal kleine containers besteld. Verder is aandacht geschonken aan het toezicht op stagiaires bij het uitvoeren van risicovolle handelingen.

Op Esmeralda is er een brandje geweest. Dit werd tijdig opgemerkt, medewerker ging direct blussen. Binnen 1 minuut was bewaking aanwezig en binnen 3 minuten de brandweer. Waarschijnlijke oorzaak: een onklare lamp.

Bij een van de vluchtpogingen gaf de patiënt aan, dat hij zich te gesloten voelt op Pico Plata, zo helemaal achter op het terrein. Verschillende mensen zijn gevlucht over het dak, zoals ook in vorige jaren. Nieuw dit jaar is, dat patiënten de schutters uit de ramen halen en op die manier ontsnappen.

4.4. Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.4.1. Personeel en opleiding

In onze meerjarenbeleidsplan 2011– 2014 is vastgelegd dat:

- Klinika Capriles voert een competentiegericht personeelsbeleid dat door de leidinggevenden breed wordt gedragen. Dit beleid:
 - ondersteunt en stimuleert het streven naar een adequate toepassing van rehabilitatiegerichte behandeling en begeleiding binnen de kliniek;
 - stelt leidinggevenden in staat op effectieve wijze personeel te sturen en te coachen;



- biedt medewerkers de kans zich te ontwikkelen op basis van hun krachten en talenten;
 - maakt gebruik van personeelsinstrumenten die, in samenhang met elkaar, op effectieve wijze bijdragen aan de doelstellingen van het personeelsbeleid;
 - wordt verder ondersteund door de beschikbaarheid van een geautomatiseerd personeelsinformatiesysteem.
- De medewerkers van Klinika Capriles hebben zich de missie, visie, en de kernwaarden van de organisatie eigen gemaakt. Dit wil zeggen:
 - medewerkers begrijpen de missie, visie en kernwaarden;
 - medewerkers zijn zich bewust van het belang dat de organisatie stelt aan de toepassing van de kernwaarden in het werk;
 - medewerkers hanteren de kernwaarden in de uitvoering van het eigen werk.

Behandelstaf

De behandelstaf bestond per 31 december 2011 uit:

- Dhr. L. Casals, psychiater;
- Mw. V. Garcia-Buchaca, kinder- en jeugdpsychiater;
- Mw. P. Gelan, psychiater tevens coördinerend medisch hoofd;
- Mw. M. Grullon, psychiater;
- Mw. K. Hermans, kinder- en jeugdpsychiater tevens directeur van het Centrum voor KJP
- Mw. A. Jessurun, psychiater;
- Mw. D. Laan, psychiater in opleiding;
- Mw. M. Labrador, arts-assistent niet in opleiding;
- Mw. A. van Ooyen, klinisch-psycholoog;
- Mw. A. de Lima, GZ-psycholoog;
- Dhr. I. Picus, GZ-psycholoog;
- Mw. E. Vègh, GZ-psycholoog tevens manager zorg;
- Mw. J. Libier, psycholoog;
- Mw. J. Riquad-Elhage, GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. A. de Pool, kinder- en jeugdpsycholoog.
- Mw. Sh. Casseres, somatische arts;
- Mw. L. Reigina, apotheker (toezichhoudend);
- Dhr. M. Huizer, tandarts;
- Mw. M. Garcia, mondhygiëniste;
- Mw. F. van Eijndhoven, diëtist;

De psychiaters, psychologen en arts-assistenten hebben een voltijds dienstverband. De resterende leden van de behandelstaf hebben een contract voor het verrichten van opdrachten, variërend van 6 – 20 uren per week. De tandarts en de mondhygiëniste worden gefinancierd vanuit de AVBZ verzekering en behandelen uitsluitend patiënten die vallen onder de AVBZ verzekering.

De behandelstaf is formeel georganiseerd in een medische staf. Een medische staf reglement is goedgekeurd. De voorzitter van de medische staf is het coördinerend medisch hoofd (CMH). Voor deze functie is een functiebeschrijving vastgesteld. De CMH maakt jaarlijks een beleidsplan voor haar afdeling t.w. de medische staf De belangrijkste actiepunten worden opgenomen in onze jaarplanning.



Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Personeel in loondienst (totaal) per 1 januari 2011	237	23.45
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	173	171.55
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	34	32.30
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	30	28.4
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	20	19.7
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	15	14.7
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2011	251	247.05
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	188	185.25

Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2011	Aantal
Pensioen	6
Vrijwillig	10
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	2
Afkeuring	1
Contract niet verlengd	0
Gedwongen	1
Totaal	20

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	7.8
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	6.7

Er is sprake van ziekteverzuim als een persoon een aantoonbare ziekte of gebrek heeft en daardoor niet in staat is het werk uit te voeren. De duur van het ziekteverzuim is vanaf de dag dat de werknemer zich ziek meldt tot de dag van volledig herstel.

Het personeel onder de loongrens is verzekerd bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) voor ziektekosten én loonderving bij arbeidsongeschiktheid (AO). Op de derde AO-dag dient het personeel onder de loongrens zich voor controle te melden bij de SVB.

Het personeel boven de loongrens is particulier verzekerd. Deze moeten op de vierde ziektedag voor controle naar de ARBO-Consult.

Het ziekteverzuim percentage van 2011 is 7,8.

In 2010 waren er in totaal 262 personen in dienst terwijl in 2011 in totaal 272 personen in dienst waren. Deze cijfers zijn inclusief het personeel dat gedurende het jaar is uitgestroomd.

Het ziekteverzuim percentage van het hele ziekenhuis is gestegen met 1.0% terwijl het ziekteverzuimpercentage van het cliëntgebonden personeel gedaald is met 1.0%. In 2011 waren er 33 ziektemeldingen minder dan in 2010. De verzuimfrequentie is ook gedaald met 0.2%. Hoewel het aantal personeel die in dienst was in 2011 hoger was dan in 2010 is het aantal ziektemeldingen aanzienlijk minder. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn:

- Het grote aantal nieuwe personeel
- De regels bij ziektemelding zijn strenger toegepast

Het dalen van het ziekteverzuimpercentage in de zorg ligt aan de gevallen van langdurige ziekte. Hoewel het aantal gevallen van langdurige ziekte in 2011 meer waren dan in 2010 hebben deze minder lang geduurd dan in 2010. In 2010 hebben 6 gevallen van langdurige ziekte het hele jaar geduurd terwijl in 2011 slechts 1 geval het hele jaar heeft geduurd.

Jubileea

Gedurende het jaar 2011 waren:

- 2 medewerker 12.5 jaren in dienst
- 1 medewerker 25 jaren in dienst
- 5 medewerkers 35 jaren in dienst



Functie Waarderingsysteem.

Klinika Capriles gebruikt het Functie beschrijving- en waarderingsysteem Gezondheidszorg (FWG 3.0).

Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO)

Met de Curaçaosche Bond van Werknemers in de Verplegende en Verzorgende instellingen (CBV) is een collectieve arbeidsovereenkomst getekend die in werking trad op 1 juli 2009 voor een periode van drie (3) jaren.

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december 2011	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december 2011
Totaal personeel	5	2
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	4	2

4.4.2. Kwaliteit van het werk

Opleidingen

In het jaar 2011 is door GGz Curaçao en haar medewerkers wederom veel geïnvesteerd in opleidingen. Een groot deel van die activiteiten heeft een doorlopend karakter en past binnen de ontwikkelingen die de kliniek aan het doormaken is op het gebied van rehabilitatie en automatisering van het cliëntendossier

Activiteiten:

- **Cognitieve gedragstherapie**

Cognitieve gedragstherapie is een behandelmethode die als eerste is aangewezen bij schizofrenie en psychosen. Klinika Capriles ziet het daarom als noodzaak om over deze deskundigheid te kunnen beschikken en haar behandelaren hierin op te leiden. De opleiding is gestart in 2007 en in 2008 tot een einde gebracht middels twee blokken verdiepingscursus. Alle deelnemers van Klinika Capriles hebben de opleiding met een certificaat afgerond. In 2009 heeft de opleiding een vervolg gekregen door middel van individuele trainingen en supervisie van de deelnemers. De supervisie zal in 2012 afgerond zijn.

- **Beveiligingsmedewerkers**

Alle beveiligingsmedewerkers hebben geparticipeerd in een herhalingscursus, zowel op het gebied van Bhv (bedrijfshulpverlening) alsook op het gebied van EHBO. Daarnaast hebben alle beveiligingsmedewerkers meegedaan in een PPO – agressietraining.

- **Basiscursus nieuwe medewerkers**

Voortbordurend op de cursus beroepshouding voor zorgmedewerkers is in 2011 gestart met een basiscursus voor nieuwe medewerkers. In deze basiscursus zijn de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

- Basistraining SRH
- Beroepshouding
- Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte
- Visie missie en beleid van de organisatie

In 2011 hebben in totaal 26 medewerkers van GGz Curaçao de basiscursus afgerond met een certificaat

- **EZRA**

In 2011 hebben onder begeleiding van de applicatiebeheerder individuele trainingen plaatsgevonden op het gebied van het omgaan met het elektronisch patiënten dossier en ook de module medicatieverstrekking.



- **Rehabilitatie**

Al vanaf 2008 is de opleidingsadviseur als lid van de werkgroep Rehabilitatie betrokken bij In verband met de invoering van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) binnen de zorgafdelingen hebben in 2011 de volgende activiteiten op dit gebied plaatsgevonden:

1. *Basistraining SRH*

De basis cursus SRH is geïncorporeerd in de basis cursus voor nieuwe medewerkers.

In samenwerking met de rehabcommissie en voorbereid en gegeven door de revalidatiedocent en de – coaches is een programma van zes dagdelen gegeven aan alle zorgmedewerkers, behandelaren en andere bij de zorg betrokken disciplines. Deze trainingen hebben per afdeling plaatsgevonden;

2. *Verdiepingscursus SRH*

Gedurende 2011 hebben alle zorgmedewerkers de mogelijkheid gehad een verdiepingscursus van twee dagdelen bij te wonen. Tijdens de verdiepingscursus is vooral aandacht besteed aan de aspecten van LSD, Luisteren, Samenvatten, Doorvragen. Plus minus 75% van de zorgmedewerkers heeft deze training bijgewoond;

3. *Stage Coördinatoren bij Emergis.*

Gedurende 2011 zijn vier coördinatoren van verschillende zorgafdelingen naar Nederland geweest op een oriënterende stage. Gedurende een periode van zes weken hebben zij kennis gemaakt met de dagelijkse praktijk van SRH, en hebben zij vooral gekeken naar de rol van de leidinggevende in het ondersteunen van de implementatie van SRH op de afdelingen. Naar aanleiding van een aantal tevoren opgestelde doelen hebben de coördinatoren hun kennis van SRH en de methodieken die door de coaches worden gebruikt verder vergroot en uitgebreid;

4. *Coaching revalidatie coaches*

De rehab – coaches zijn gedurende 2011 begeleid door de opleidingsadviseur in de vorm van intervisie. Met rehabcoaches vindt twee – wekelijks een individuele coaching plaats; daarnaast wordt eveneens tweewekelijks tijdens supervisiebijeenkomsten stilgestaan bij de gezamenlijke ontwikkeling van de coaches en staat het leren van elkaars ervaringen centraal;

5. *Audits in het kader van SRH*

Onder auspiciën van het Stafbureau zijn gedurende 2011 audits gedaan op alle zorgafdelingen, om zodoende een zicht te krijgen op de staat van implementatie van SRH, de opleidingsadviseur heeft daar een uitvoerende rol in gehad;

6. *Training Storm:*

Met financiële ondersteuning van het Storm Fonds is een start gemaakt met het certificeren van docenten, coaches en leidinggevenden in SRH. Een groep van totaal 27 medewerkers GGz breed, neemt deel aan deze trainingen.

- **Response**

In november 2011 zijn 10 aspirant trainers opgeleid als Response – trainer. Gedurende een training van een week zijn allen gecertificeerd. Het ligt in de bedoeling om gedurende 2012 GGz breed alle medewerkers in de zorg en beveiliging te trainen in het handelen volgens de Response – methodiek in crisissituaties.

- **Cursus medicatieverstrekking**

Gedurende 2011 hebben 46 SPW' ers de cursus medicatieverstrekking gevolgd. In de cursus zijn de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

- Juridische aspecten van medicatieverstrekking
- Verpleegkundige zorg
- Psycho farmacologie

In het vervolg op deze training hebben de medewerkers een opdracht moeten maken over medicatieverstrekking op hun afdelingen. Samen met een 100% aanwezigheid in de lessen geeft de opdracht een startbewijs om een proeve uit te voeren, onder begeleiding van een daarvoor geselecteerde verpleegkundige op de afdeling. Na het met goed gevolg afleggen van de proeve, ontvangen de deelnemers hun medicijnbewijs, en mogen ze op hun afdeling (orale) medicatie verstrekken aan hun cliënten.



- **Individuele scholingsactiviteiten:**
 - HBO Social Work UNA 2008 – 2012 1 medewerker
 - HBO Social Work UNA 2009 – 2012 5 medewerkers
 - HBO Social Work UNA 2010 - 2013 1 medewerker
- **Beleidsmatige aspecten:**

De strategische opleidingsbeleidsplan 2011 – 2014 is in 2011 uitgewerkt en ligt ter accorderen bij de directie.

4.5. Samenleving

Academisering ('teaching hospital')

Klinika Capriles speelt als enige psychiatrisch ziekenhuis op Curaçao een belangrijke rol bij de opleidingen voor zorg en welzijn. Jaarlijks krijgen binnen Klinika Capriles zo'n 100 studenten van verschillende opleidingen een stageplek. De planning en logistiek hieromheen vergt veel tijd en aandacht.

Daarnaast biedt de Kliniek stage- plekken voor HBO- en universitaire opleidingen, zowel lokaal alsook internationaal zoals opleidingsplaatsen aan psychiaters in opleiding en co-assistenten, tevens stageplaatsen aan gezondheidszorgpsychologen in opleiding.

- Op 15 april 2011 eindigde de keuze stageperiode van zes (6) maanden van een psychiater in opleiding uit Nederland. Zijn vervanging begon haar stageperiode -voor de duur van een (1) jaar - op 1 april 2011.

Op wetenschappelijk onderwijs niveau betrof het:

- Co-assistenten: stage psychiatrie in het kader van artsen basisopleiding;

Met diverse Hogescholen bestaan nauwe contacten over stages van diverse opleidingen. Stagiaires (HBO vanuit Nederland), worden actief geworven op basis van specifieke opdrachten. Klinika Capriles heeft aan een aantal lokale en buitenlandse studenten de mogelijkheid geboden om stages in onze kliniek te lopen.

In 2011 zijn twee studenten vanuit Nederland ontvangen om hun stage bij Klinika Capriles te volgen:

- HBO Facility Management 2

Op MBO niveau betrof het opleidingsrichtingen zoals:

- Boekhoudkundig medewerker, helpende welzijn, sociaal pedagogisch werk, studenten van het Centraal Instituut Opleiding Sportleiders (CIOS). Tevens lopen studenten van de zorgpersoneel opleidingsschool IFE, Regina Pacis, Eligia Martier en Ancilla Domini praktijkstages bij ons.

In 2011 heeft Klinika Capriles van KBB (Kenniscentrum Bedrijfsleven Beroepsonderwijs) als eerste organisatie in de zorg de officiële erkenning ontvangen als erkend leerbedrijf. In samenwerking met KBB zullen een 40 – tal begeleiders worden opgeleid als leermeester. Hiermee is in 2011 gestart, medio 2012 zal de organisatie 40 gecertificeerde leermeesters hebben.



4.6. Financieel beleid

Als te behalen doelen zijn in ons meerjarenbeleidplan 2011-2014 vastgelegd dat:

- De opbrengsten van de kliniek dekken volledig haar kosten mede als gevolg van:
 - toepassing van een nieuw declaratiesysteem gebaseerd op gedifferentieerde tarieven die aansluiten op de interne kostenstructuur van de kliniek;
 - interne toerekening van kosten en baten aan kostenplaatsen en bijbehorende rapportagesystematiek ten behoeve van het management;
 - toekenning van budgetverantwoordelijkheid aan managers en andere leidinggevenden.
- Het debiteuren- en incassobeleid van de kliniek heeft geresulteerd in het terugdringen van betalingsachterstanden tot bedrijfseconomisch aanvaardbare proporties.

Jaarplanning 2011 Financieel management

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
A Bedrijfsvoering: financien / ICT			
Informatievoorziening	1	ERP-oplossingen zijn vergaand doorgevoerd met eenmalige vastlegging van data bij de bron	☹️
Informatievoorziening	2	De kliniek beschikt over een moderne ICT infrastructuur waarmee op continue basis aan de wensen van ICT-gebruikers tegemoet wordt gekomen.	😊
ICT organisatie	3	De ICT-organisatie is versterkt en biedt een goede waarborg voor kwaliteit en continuïteit van de ICT-dienstverlening	😊
ICT beleid	4	De volgende onderdelen van het ICT-beleid zijn vastgesteld (1) informatierisicobeheer (2) hardwarebeleid (3) licentiebeleid	😊
Financiën	5	Er is sprake van een taakstellende begrotingsystematiek/. Een budgetbewakingsysteem en een financieel rapportagesysteem zijn gereed ter implementatie.	☹️
Financiën/inkoop	6	De inkoopprocessen zijn volwaardig geautomatiseerd: (1) een elektronische interne bestelmodule is ingevoerd (2) er een koppeling gerealiseerd tussen de e-shop van SFZ/CIBNA en Exact	☹️

Dit jaar heeft het beleid zich gericht op het creëren en behouden van een solide, duurzame en efficiënte financiële structuur, strakke liquiditeitsbeheer met risicomijdende investeringen c.q. beleggingen, en exploitatiekosten- en overschotbeheersing.

Ad A. Bedrijfsvoering: financien /ICT

- Het ERP-systeem (Enterprise Resource Planning) is verder doorgevoerd. Hierbij is een Interne Order Applicatie gebouwd met o.m. de mogelijkheid voor digitale aanvragen van goederen en diensten bij Magazijn- en Inkoopafdeling en inzicht in budget uitputting vanuit de werkplek.
- Het realiseren van de financiering van de bouw van de Longstay woningen onder voorwaarden die naar voldoening stroken met ons financieel beleid.

De overdracht

Klinika Capriles heeft de acties voortgezet om de juridische overdracht van de gebouwen en terreinen te bewerkstelligen. In dit kader is de overheid wederom benaderd. Voor de goede orde zij vermeldt dat de Raad van Ministers in april 2009 akkoord is gegaan met de juridische overdracht. Daarentegen is de overdracht van de roerende zaken in 2010 een feit geworden. Echter is de overdracht van de onroerende zaken nog niet verwezenlijkt.



Nieuwe tarieven

Zoals reeds in 2010 vermeld is een definitief voorstel voor een gedifferentieerd tarievenstelsel, gebaseerd op het zorgzwaartepakket-systeem uit Nederland, aan de Overheid in dat jaar aangeboden. Echter is ook in dit verslagjaar nog geen beslissing van de Overheid.

Jaarcijfers

In het verslagjaar heeft Klinika Capriles een toename in de exploitatie- opbrengsten van ca. Ang. 1.1 miljoen gekend. Dit is voornamelijk veroorzaakt door toename van de poliklinische omzet verrichtingen met ca. Ang. 1.0 miljoen. De exploitatiekosten beliepen in 2011 ruim 24.7 miljoen en in 2010 ruim 23.1. De toename in de exploitatiekosten kan voornamelijk worden toegeschreven aan een stijging in de personeelskosten met ca. Ang. 1.6 miljoen.

Het in 2011 gevoerd inkoopbeleid en voorraadbeheersing heeft ertoe bijgedragen dat het in voorraden geïnvesteerd vermogen tot een minimum is gebleven en niet significant gestegen ten opzichte van 2010.

Liquiditeit

Evenals in 2010 stond de liquiditeit van de kliniek in 2011 zwaar onder druk. Een aantal met name te noemen oorzaken zijn:

- het betalingsgedrag van de Overheid zoals in het voorgaande beschreven;
- de bij de Post Spaarbank vastgelegde fondsen tot een bedrag van ca. Ang. 1,0 miljoen als gevolg van een dispuut inzake VUT betalingen aan de APNA en;
- de bij de BZV en door deze laatste gelegde conservatoir beslag op aan de kliniek toekomende fondsen van ca. Ang. 2.1 miljoen.

De toename in de liquide middelen heeft betrekking op de 6.6% annuïteitenlening van Ang. 5,0 miljoen van Orco Bank ten behoeve van de bouw van de Longstay woningen.

Daarentegen heeft de kliniek een 4.5% termijn deposito bij Orco Bank dat mede als onderpand voor de lening dient.



Deloitte.

Deloitte Dutch Caribbean
"Deloitte Building"
Arrarat Bridge Offices
Berg Arrarat
P.O. Box. 809
Willemstad
Curaçao
Tel: +599 9 433 3333
Fax: +599 9 461 3626
www.deloitte.com

CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT

Aan de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van
Stichting Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles

Bijgesloten verkorte jaarrekening, bestaande uit de verkorte balans per 31 december 2011, de verkorte staat van baten en lasten, het verkorte mutatieoverzicht eigen vermogen en het verkorte kasstroomoverzicht over 2011 met bijbehorende toelichtingen, zijn ontleend aan de gecontroleerde jaarrekening van Stichting Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles. Wij hebben een goedkeurend oordeel verstrekt bij die jaarrekening in onze controleverklaring van 22 juni 2012. Desbetreffende jaarrekening en deze verkorte weergave hiervan, bevatten geen weergave van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden sinds de datum van onze controleverklaring van 22 juni 2012.

De samengevatte jaarrekening bevat niet alle toelichtingen die zijn vereist op basis van Boek 2 van het Burgerlijke Wetboek van Curaçao, met gebruikmaking van de in Nederland aanvaardbare Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving. Het kennismaken van de samengevatte jaarrekening kan derhalve niet in de plaats treden van het kennismaken van de gecontroleerde jaarrekening van Stichting Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het opstellen van een samenvatting van de gecontroleerde jaarrekening in overeenstemming met de grondslagen zoals beschreven in de toelichting op bladzijde 8 tot en met 10.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de samengevatte jaarrekening op basis van onze werkzaamheden, uitgevoerd in overeenstemming met de internationaal aanvaarde controlestandaard (ISA) 810, "Opdrachten om te rapporteren betreffende samengevatte financiële overzichten".

Opsomming componenten van de jaarrekening laten aansluiten op de eisen die het stelsel van financiële verslaggeving daaraan stelt en de keuzes die daarbinnen door de entiteit zijn gemaakt.

Audit.Tax.Consulting.Financial Advisory.



Deloitte.

• Page 2

Oordeel

Naar ons oordeel is de samengevatte jaarrekening in alle van materieel belang zijnde aspecten consistent met de gecontroleerde jaarrekening van Stichting Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles en in overeenstemming met de grondslagen zoals beschreven in de toelichting.

Curaçao, 17 augustus 2012

Deloitte Dutch Caribbean

Ref.: R214/2012/ONM/om



Verkorte jaarrekening 2011



Verkorte balans per 31 december 2011

ACTIVA

	31 december 2011	31 december 2010
	Naf	Naf
Materiële vaste activa	22.435.818	23.083.886
Financiële vaste activa	2.180.815	2.000.000
Voorraden	325.554	290.173
Debiteuren	9.616.816	9.886.980
Overige vorderingen	1.359.350	922.597
Liquide middelen	2.725.509	2.272.196
	<hr/>	<hr/>
	38.643.862	38.455.832

PASSIVA

Eigen vermogen

Stichtingskapitaal	100	100
Algemene Reserve	4.445.923	0
Bestemmingsreserve	11.911.341	17.111.341
Exploitatie voorgaande jaren	0	(572.642)
Exploitatie lopend boekjaar	(145.169)	190.485
	<hr/>	<hr/>
	16.212.195	16.729.284

Schulden

Fonds Materiële Vaste Activa	18.210.976	19.175.210
Crediteuren	1.442.958	600.832
Sociale premies en overige schulden	2.777.733	1.950.506
	<hr/>	<hr/>
	4.220.691	2.551.338
	<hr/>	<hr/>
	38.643.862	38.455.832

FOR IDENTIFICATION
PURPOSES ONLY


Deloitte
Willemstad, Curaçao



Verkorte staat van baten en lasten 2011

BATEN	2011 Naf	2010 * Naf
Omzet verrichtingen	24.759.401	23.534.413
Overige opbrengsten	209.281	265.708
	<hr/>	<hr/>
	24.968.682	23.800.121
 LASTEN		
Personeelskosten	18.188.543	16.554.168
Huisvestingskosten	2.456.511	2.342.547
Verbruik behandelingen,- kleding- en voedingsartikelen	2.429.264	2.831.882
Vervoerskosten	209.013	145.032
Onderhoudskosten	546.573	549.947
Algemenekosten	894.086	801.494
Dotatie voorziening debiteuren	293.655	(96.073)
	<hr/>	<hr/>
	25.017.645	23.128.997
 Resultaat uit gewone bedrijfsuitvoering	<hr/>	<hr/>
	(48.963)	671.124
 Financiële kosten	(18.548)	(9.988)
Afschrijvingskosten	(596.783)	(546.481)
Overige baten	519.125	75.830
	<hr/>	<hr/>
	(96.206)	(480.639)
 Exploitatie (tekort) / overschot	<hr/>	<hr/>
	(145.169)	190.485

* De vergelijkende cijfers zijn voor vergelijkingsdoeleinden aangepast.



Verkorte mutatie - overzicht eigen vermogen over 2011

	Kapitaal Stichting		Algemene Reserve		Bestemmings-reserve		Exploitatie resultaat voorgaande Jaren		Exploitatie resultaat lopend boekjaar		Totaal	
	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf
Stand per 1 januari 2010	100	-	-	17.111.341	-	-	-	-	232.312	17.343.753	-	-
Resultaat voorgaande boekjaar	-	-	-	-	232.312	-	-	-	(232.312)	-	-	-
Exploitatie tekort	-	-	-	-	-	-	-	-	190.485	190.485	-	190.485
Afname voorraadresevefonds aanwending	-	-	-	-	(804.954)	-	-	-	-	-	-	(804.954)
Stand per 31 december 2010	100	-	-	17.111.341	(572.642)	-	-	-	190.485	16.729.284	-	-
Resultaat voorgaande boekjaar	-	-	-	-	190.485	-	-	-	(190.485)	-	-	-
Exploitatie tekort	-	-	-	-	-	-	-	-	(145.169)	(145.169)	-	(145.169)
Vrijval bestemmingsres en toevoeging EV	-	5.200.000	-	(5.200.000)	-	-	-	-	-	-	-	-
Aanzuivering Exploitatie voorgaande boekjaren	-	(754.077)	-	-	754.077	-	-	-	-	-	-	-
Afname voorraadresevefonds aanwending	-	-	-	-	(371.920)	-	-	-	-	-	-	(371.920)
Stand per 31 december 2011	100	4.445.923	-	11.911.341	-	-	-	-	(145.169)	16.212.195	-	-

FOR IDENTIFICATION
PURPOSES ONLY



Willemstad, Curaçao



Verkorte mutatie - overzicht kasstroom over 2011

	2011	2010
	Naf	Naf
Operationele activiteiten		
Exploitatie overschot	(145.169)	190.485
Afschrijvingskosten	596.783	546.481
(Toename)/afname debiteuren	270.164	(3.932.866)
Afname / (toename) overige vorderingen	(436.753)	(393.641)
Afname voorraad	(35.381)	884.538
Toename/(afname) crediteuren	842.126	(99.258)
Toename/(afname) overige schulden	827.227	474.755
(Afname) voorraadresevefonds aanwending	(371.920)	(804.617)
Vrijval voorziening groot onderhoud	-	(100.462)
	1.547.077	(3.234.585)
Investeringsactiviteiten	(1.093.764)	(804.634)
Toename/(afname) liquide middelen	453.313	(4.039.219)
Liquide middelen op 1 januari	2.272.196	6.311.415
Liquide middelen op 31 december	2.725.509	2.272.196
Ontvangen Interest	166.253	211.952

FOR IDENTIFICATION
PURPOSES ONLY

 Deloitte

Willemstad, Curaçao



Toelichting op de verkorte balans en de verkorte staat van baten en lasten

ALGEMEEN

De Klinika Capriles is met ingang 1 oktober 2000 verzelfstandigd, van Landsoverheidsdienst tot autonome stichting, welke de officiële naam draagt van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

De Stichting heeft ten doel het herstellen van geestelijke gezondheid en/of het draaglijk maken van geestelijke ongezondheid. Tevens zet zij zich in om te voorzien in de behoefte aan onderzoek, behandeling, verpleging en verzorging van psychiatrische patiënten, het verrichten en bevorderen van wetenschappelijk onderzoek op gebieden van geestelijke gezondheidszorg, alsmede de opleiding van hulpverlening voor de gezondheidszorg.

De Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles is opgericht op 3 maart 2000. De statutaire zetel bevindt zich op Curacao.

De financiële en personele invulling van de verzelfstandiging vond plaats per 1 januari 2001. Het financieel beheer en de administratie voor de periode oktober - december 2000 vond plaats onder verantwoordelijkheid van de Directie Financiën. Gedurende deze korte periode was het personeel door de overheid ter beschikkinggesteld aan de Stichting.

De Stichting is ondergebracht in gebouwen, gelegen op een perceel grond te Mohikanenweg 8, dat aan de rechtspersoon Nederlandse Antillen toebehoort.

De Landsregering heeft daarnaast nog de volgende materiële vaste activa aan de Stichting ter beschikkinggesteld:

Infrastructuur;
Installaties en automatisering;
Inventaris en inrichting.

De bouwwaarde van deze ter beschikking gestelde materiële vaste activa bedraagt conform opgave van een technisch expert Naf. 43.496.262,-.

Conform de oprichtingsakte van de Stichting dient de rechtspersoon De Nederlandse Antillen over te dragen aan de Stichting de onroerende en roerende zaken die vereist zijn voor de uitvoering van haar werkzaamheden. Met de ontmanteling van de Nederlandse Antillen ultimo 10-10-2010 en tot en met heden is vorenvermelde overdracht met betrekking tot de onroerende zaken nog niet geformaliseerd door haar rechtsopvolger het Land Curacao. Vooruitlopend op deze formele overdracht en gezien het feit dat de Stichting economisch eigendom heeft, zijn de door de rechtsopvolger van de Rechtspersoon de Nederlandse Antillen, het Land Curacao, ter beschikkinggestelde materiële vaste activa geactiveerd in de balans van de Stichting op de wijze zoals hierna in de toelichting aangegeven.

De Stichting heeft in september 2011 ten behoeve van de bouw van Longstay -woningen, een contract met de Orco Bank N.V. getekend voor een annuïteitenlening van 10 jaar voor een bedrag van Ang. 5 miljoen tegen een jaarlijks interest percentage van 6,6%, waarbij de interest voor het eerst bij trekking op de lening in rekening zal worden gebracht.

Het is voorts een gegarandeerde lening. De door de Stichting verstrekte garanties zijn m.n.:

- *Een termijndeposito voor twee jaar tegen een zgn "preferential rate" van 4,5%;
- *Fudiciare eigendomsoverdracht van de vlottende activa;
- *Pandrecht op debiteuren en verzekeringspolissen.

De bouw is een investering ter vervangen van het huidig gebouw waarin de longstay afdelingen "Esmeralda en Magriet" gehuisvest zijn. Per 31 december 2011 is er nog geen fondsen aan deze lening onttrokken waardoor de Stichting nog geen verplichting heeft jegens de Orco Bank N.V.

Per 31 december 2010 is het bestuursmodel van de Stichting, dat tot die datum een Beheersmodel had, veranderd in een Raad van Toezicht model met haar Raad van Bestuur. Per dezelfde datum is de Stichting als Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) werkstichting tot de stichting GGZ Curacao (GGZ Holding) gaan behoren. Het gevolg hiervan is dat in het



verslag 2011, in tegenstelling tot 2010 alwaar het Bestuursmodel heeft gegolden, het Raad van Toezicht model van toepassing is geweest.

In het kader van haar dienstverlening heeft de Stichting o.m. met het Bureau Ziektekosten Voorziening (BZV) een zorgovereenkomst gesloten. Alszodanig is voor het verslag jaar 2011 een zorgcontract afgesloten tussen BZV en de Stichting. In dit verslagjaar is het voorschot/budgetbedrag vastgesteld op Naf.13.1.miljoen. Volgens het zorgcontract hoeft er geen afrekening plaats te vinden over eventuele overschot danwel tekorten.

De Stichting factureert BZV op basis van de werkelijke bezetting. Met betrekking tot het verslagjaar 2011 is ca. Naf.12.6 miljoen (2010: Naf. 12.7 miljoen) door de Stichting aan declaraties ingediend bij het BZV-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd Naf. 13.1 miljoen (2010: Naf. 13.1 miljoen) ontvangen.

De Stichting heeft met de Sociale verzekeringsbank eveneens een zorgcontract afgesloten voor de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008. Het toenmalig overeengekomen jaarlijks budgetbedrag bedroeg Naf. 1.040.000,-. Echter voor het verslagjaar 2009, 2010 en 2011 is er geen contract getekend, daar de Sociale verzekeringsbank nog geen besluit heeft genomen ten aanzien van het door de Stichting voorgesteld budgetbedrag voor 2009, 2010 en 2011. Partijen hebben stilzwijgend besloten het jaarlijks budgetbedrag dat in 2008 heeft gegolden aan te houden, namelijk Naf. 1.040.000,-. Aan het eind van de looptijd zullen de Stichting en de bank een evaluatie maken van de resultaten over de afgelopen periode en dienen aldus alle pro forma declaraties van de overeengekomen periode uiterlijk twee maanden na de looptijd te zijn ingeleverd.

ALGEMEN WAARDERINGSGRONDSLAGEN

De jaarrekening is opgesteld conform de grondslagen zoals toegelicht in de jaarrekening.

De toegepaste waarderingsgrondslagen gaan uit van de historische kosten. Voor zover niet anders vermeld, zijn de activa en de passiva tegen nominale waarde opgenomen. Baten en lasten worden toegerekend aan het verslagjaar waarop ze betrekking hebben. Winsten worden slechts genomen voor zover zij op balansdatum zijn gerealiseerd.

Verliezen en risico's die hun oorsprong vinden voor het einde van de verslagperiode, worden in achtgenomen indien zij voor het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

De omzet omvat de dienstverlening over het verslagjaar en wordt verantwoord op basis van de door de Stichting ingediende declaraties bij de betreffende zorgverzekeraars, particulieren en overige instanties. Ontvangen voorschotten worden in rekening-courant met de betreffende instantie verrekend in afwachting van een eventuele definitieve afrekening.

Vorderingen, schulden en verplichtingen in vreemde valuta worden omgerekend tegen de koers per balansdatum. Transacties in vreemde valuta gedurende de verslagperiode zijn in de jaarrekening verwerkt tegen de koers van afwikkeling. De uit de omrekening per balansdatum voortvloeiende koersverschillen worden opgenomen in de staat van baten en lasten.



GRONDSLAGEN VOOR DE WAARDERING VAN ACTIVA EN PASSIVA

Materiële vaste activa

De door de rechtspersoon De Nederlandse Antillen, rechtsopvolger Land Curacao, ter beschikking gestelde materiële vaste activa zijn geactiveerd op basis van de bouwwaarde (Naf. 43.496.262,-) zoals opgegeven door een technisch expert. Op deze herbouwwaarde wordt jaarlijks afgeschreven.

De overige materiële vaste activa worden gewaardeerd op het bedrag van de bestede kosten, verminderd met de cumulatieve afschrijvingen. De jaarlijkse afschrijvingen bedragen een percentage van de bestede kosten zoals nader in de toelichting op de balans gespecificeerd.

Vorraden

De Stichting beschikt over twee voorraadmagazijnen. Met name een voorraadmagazijn voor de medicijnen, verbandsartikelen, etc. en een magazijn voor o.a. voedings-, huisvestings-, en kantoorartikelen.

In 2009 is voor de balanstoeiname een Algemene reserve van Naf. 1.175.057,- gecreëerd gelijk aan de totale waarde van de voorraden op de balans per 31 december 2009. Waardeveranderingen als gevolg van correcties van eenheden en hun kostprijzen in 2010 op de per eind 2009 geactiveerde voorraden zijn in het verslagjaar 2010 afgeboekt ten laste van deze Algemene reserve c.q. een daarvoor gecreëerde voorziening.

In het huidige verslagjaar 2011 is eveneens op deze voorziening afgeboekt dat betrekking heeft op nagekomen correcties op de voorraden na de opname eind c.q. begin 2011 (zij het 2 en 3 januari 2012).

Financiële activa

De vlottende financiële activa bestaat uit met name een termijndeposito bij Orco bank N.V. en een spaarrekening bij de Postspaarbank N.V. Ten aanzien van de verantwoording van de uit bovengenoemde beleggingen voortvloeiende voordelen wordt het realisatiebeginsel toegepast.

Vorderingen

De vorderingen worden opgenomen tegen nominale waarde, onder aftrek van de noodzakelijk geachte voorzieningen voor het risico van oninbaarheid.

Liquide middelen

Liquide middelen worden opgenomen tegen nominale waarde.

Fonds Materiële vaste activa

In afwachting van de wijze en de modaliteiten waaronder de formele overdracht zal plaatsvinden van de door de rechtspersoon De Nederlandse Antillen c.q. de rechtsopvolger het Land Curacao, ter beschikking gestelde materiële vaste activa is de bouwwaarde van deze activa opgenomen in een Fonds Materiële Vaste Activa. Echter is de Stichting is per 1 januari 2009 overgegaan naar de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving zoals gepubliceerd door de Nederlandse Raad voor de Jaarverslaggeving. Als gevolg van de toepassing van deze grondslagen worden de afschrijvingen met betrekking tot materiële vaste activa die door het Land Curacao, rechtsopvolger van de Rechtspersoon Nederlandse Antillen, aan de Stichting ter beschikking zijn gesteld, niet mee van de staat van baten en lasten, maar ten laste van het fonds materiële vaste activa verantwoord.



Alszodanig zijn de effecten van de overgang naar de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving zoals gepubliceerd door de Nederlandse Raad voor de Jaarverslaggeving verwerkt in de jaarcijfers van 2010 en alszodanig ook in het verslagjaar 2011.

Bestemmingsreserve

De kliniek heeft in december een lenings contract voor een bedrag van Ang. 5,0 miljoen met de Orco Bank afgesloten. De bedoeling van deze lening is ter financiering van de bouw van de Longstay woningen ter vervanging van de huidige Longstay-woningen. Derhalve is de daarvoor gecreerde bestemmingsreserve van Ang. 5.200.000,- niet meer nodig. Alszodanig is besloten dit bedrag in het huidig verslagjaar te laten vrijvallen en toevoegen aan het eigen vermogen onder algemene reserve na aanzuivering van de nadelige exploitatie – tekorten van voorgaande jaren ter grootte van Ang. 754.077,-.



|

Bijlagen



A. Bijlage bij hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

A.1 Nadere typering

Situatie op 31 december verslagjaar, tenzij anders aangegeven.

Nadere typering

Typering	Ja/nee
Behandeling zonder verblijf	Ja
Behandeling met verblijf	Ja
Deeltijdbehandeling	Ja
Forensische behandeling zonder verblijf	Ja
Forensische behandeling met verblijf	Ja
Kleinschalig wonen (voorheen beschermd wonen)	
Begeleid Zelfstandig wonen /ambulante begeleiding	
Dagactiviteiten	
Verslavingszorg	Ja

(AWBZ-) functies geleverd door Klinika Capriles

Functie	Ja/nee
Persoonlijke verzorging	Ja
Verpleging	Ja
Ondersteunende begeleiding	Ja
Activerende begeleiding	Ja
Behandeling inclusief tandheelkundige /mondhygiënische behandeling	Ja
Verblijf op grond van de AWBZ	Ja

Overige (AWBZ-)prestaties geleverd door het concern

Prestatie	Ja/nee
Uitleen verpleegartikelen	Ja
Prenatale zorg	
Advies, instructie en voorlichting	Ja
Voedingsvoorlichting	Ja

Overige zorg geleverd door het concern

Prestatie	Ja/nee
Dieetadvisering	Ja

Doelgroepen cliënten

Algemeen AWBZ-zorg

Doelgroep	Ja/nee	Ja/nee
Somatische aandoening of beperking		
Psychogeriatrische aandoening of beperking	Ja	
Psychiatrische aandoening	Ja	Ja
Lichamelijke handicap		
Verstandelijke handicap		
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis		
Psychosociale problemen	Ja	

Private zorg

	Ja/nee
Hebt u in 2011 zorg verleend gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee



A.2 Kerngegevens

A.2.1 Productie, personeel en opbrengsten

Kerngegevens productie, capaciteit, personeel en opbrengsten

Kerngegevens	Klinika Capriles
Patiënten/cliënten	Aantal
Totaal aantal patiënten in zorg in verslagjaar	3077
Capaciteit	
Aantal feitelijke bedden op 31 december 2011 exclusief beschermd wonen	199
Aantal bedden beschermd wonen	
Aantal plaatsen voor Deeltijd- of Dagbehandeling	74
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal verzorgingsdagen exclusief beschermd wonen in verslagjaar	73.807
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in verslagjaar	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in verslagjaar	11.712
Aantal ambulante contacten in verslagjaar	22.107
Personeel	
Aantal patiëntgebonden personeelsleden in loondienst op 31 december 2011	188
Aantal patiëntgebonden FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2011	185,25
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2011	251
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2011	247,05
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (in ANG.) in 2011	24,899,693
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	147,149

A.3 Werkgebieden

Nr	Eilandgebieden	Klinische zorg	Poliklinische zorg	Ambulante zorg
1	Aruba	<i>Ja</i>		
2	Bonaire	<i>Ja</i>		
3	Curaçao	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
4	Saba	<i>Ja</i>		
5	Sint Eustatius	<i>Ja</i>		
6	Sint Maarten	<i>Ja</i>		



A.4 Personeel

Personeelsformatie

A) Personeel in loondienst		Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2011	Aantal fte's per 31 december 2011
<i>1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst</i>				
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies		413100	13	12.65
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties		413200 + 413300		
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning		413400	3	3
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding		413500	20	18.8
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 5)		413600	12	12
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 4)		413600	101	101
Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)		413600	18	18
Helpenden (niveau 2)		413600	6	6
Zorghulpen (niveau 1)		413600	2	1
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel		413600	139	138
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies		413700	13	12.8
Subtotaal		413000	188	185.25
<i>2) Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst</i>				
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch				
Subtotaal		414000		
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>				
Personeel algemene en administratieve functies		411000	16	15.8
Personeel hotelfuncties		412000	41	40.0
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies		415000	6	6.0
Subtotaal		411+412 +415000	63	61.8
B) Personeel niet in loondienst		Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2011	Aantal fte's per 31 december 2011
Stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch				
Overige stagiaires				
Uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch				
Overige uitzendkrachten				
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en specialisten in loondienst elders				
Overig ingehuurd personeel			15	6.55
Vrijwilligers				
Alfa-helpenden				
Subtotaal			15	6.55
A + B) Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst			266	253.60



A.5 Gegevens verblijfplaatsen

Capaciteitsgegevens verblijfplaatsen

AFDELING	CAPACITEIT	INDICATIE STELLING	VERBLIJFS- DUUR
Short Stay	32 bedden	Opname, diagnostiek, crisisinterventie, observatie, behandeling	0 – 3 maanden
Medium Stay 1 – 4	20 bedden		
<i>opname ouderen (60+)</i>	8 bedden	Opname, diagnostiek, crisisinterventie, observatie, behandeling.	0 – 6 maanden
<i>Long Stay ouderen</i>	12 bedden	Vervolgbehandeling van meer gecompliceerde ziekte-beelden	onbepaald
Medium Stay 5 – 7	16 bedden	Langdurige behandeling (18-60jr) gestructureerd.	Langer dan 24 maanden
Medium Stay 8 - 10	16 bedden	Vervolgbehandeling van Short Stay	3 – 24 maanden
Long Stay (Margriet)	15 bedden	Langdurige behandeling (18–60 jr) met chronische stoornissen	Langer dan 24 maanden
Long Stay (Esmeralda)	25 bedden	Langdurige behandeling(18–60+) met chronische stoornissen	Langer dan 24 maanden
Kas Florisol	54 bedden	Resocialisatie afdeling voor langdurig opgenomen chronische patiënten	Onbepaald
Pico Plata	21 bedden	Vervolgbehandeling van schizofrene patiënten met acting-out gedrag en middelen gebruik	Tot 12 maanden
Dagbehandeling		Chronische schizofrene patiënten met acting-out gedrag en middelen gebruik	Onbepaald
Klinika Capriles	20 stoelen		
Dios Yudami	30 stoelen		
Deeltijdbehandeling	24 stoelen		Tot 2 jaar
Groep 1: Exploratiefase	8 stoelen	In deze fase worden de wensen c.q. behoeften en de krachten samen met de cliënt onderzocht. De begeleiding en behandeling geschieden zowel groepsgericht als individueel.	
Groep 2: Praktijkfase	8 stoelen	In deze fase gaat het om het versterken van de persoonlijke en omgevingskrachten die de cliënt heeft ontdekt. De begeleiding en behandeling geschieden zowel groepsgericht als individueel.	
Groep 3: Resocialisatiefase	8 stoelen	De cliënt wordt voorbereid om zo zelfstandig mogelijk te kunnen participeren in de maatschappij. Hetzij met een andere vorm van ondersteuning hetzij zonder ondersteuning.	
Totaal	199 bedden 74 stoelen		



B. Bijlage bij hoofdstuk 3 Governance

B.1. Bestuur en toezicht

Bestuurstructuur

Bestuursstructuur

Structuur	
Welke bestuursstructuur is op de concern van toepassing	Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met Raad van Toezicht
Wat is de samenstelling van de Raad van Bestuur	Eenhoofdig

Transparantie bestuurstructuur

Transparantie bestuursstructuur

Transparantie-eis	Ja/nee
Is er een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat? Toelichting: geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding hebben.	Ja
Hebben de leden van het toezichthoudend orgaan geen directe belangen bij de instelling, bijvoorbeeld als directeur, werknemer of beroepsbeoefenaar die zijn praktijk voert in de instelling?	Nee
Legt de instelling schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld?	Ja
Heeft uw instelling de rechtsvorm van stichting of vereniging	Stichting
Zijn er meer dan 50 personen werkzaam	Ja

Samenstelling Directie en raad van toezicht

	Aantal vrouwen	Percentage vrouwen
Directie	0	0
Raad van Toezicht	1	15



C. Bijlage bij hoofdstuk 4 beleid, inspanningen en prestaties

A. Algemeen Kwaliteitsbeleid

Kwaliteitscertificaat, label of accreditatie behaald	Nee
--	-----

Als te behalen doelen zijn in ons meerjarenbeleidplan 2011-2014 vastgelegd dat:

- Klinika Capriles beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) dat gebaseerd is op het model Harmonisatie Kwaliteit Zorg (HKZ) en is gereed om –desgewenst- HKZ-gecertificeerd te worden.
- Klinika Capriles is vrij van onnodige bureaucratie. Dat wil zeggen:
 - alle administratieve procedures zijn getoetst op criteria van noodzakelijkheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid en zijn zo nodig hierop aangepast;
 - Het KMS waarborgt het vrijhouden van de kliniek van onnodige bureaucratische administratieve regelgeving.
 - Alle kwaliteitsinspanningen zijn gericht op verbetering zowel in processen als van de resultaten.

B. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

a. Kwaliteit van zorg

1. EFFECTIVITEIT

1.a Cliëntperspectief /oordeel van de cliënt over verandering van ernst van de problematiek

Het percentage cliënten waarbij de behandeling naar het oordeel van de cliënt heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten.

Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Hebt u door de behandeling of begeleiding meer grip gekregen op uw problemen en klachten?	88	96
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	89	98

1.b Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten.

	% patiënten dat na meting GAF is verbeterd	% patiënten dat na meting GAF is gestabiliseerd
Psychotische stoornissen	96	4
Stemmingsstoornissen	83	17
Angst- / stressgebonden stoornissen	0	0
Persoonlijkheds- / gedragsstoornissen	100	0
Cognitieve / organische stoornissen	55	45
Stoornissen in ontwikkeling / gedrag	75	25
Stoornissen door alcohol / drugs	90	10

De GAF score is een maat voor het bepalen van het resultaat van de behandeling die de patiënt ontvangt. Voor dit onderzoek zijn de niet volledig ingevulde ontslagbrieven niet meegenomen.

Aangezien de GAF-score een subjectief oordeel weergeeft over het psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren en de mate van de psychische gezondheid van de patiënt op een schaal, presenteren wij deze resultaten met het nodige voorbehoud.



1.c Somatische screening

4. De mate waarin somatische screening plaatsvindt	
1. Beschikken over een standaardprocedure m.b.t. de screening op somatische aandoeningen	
2. Het percentage cliënten dat bij <i>aanvang</i> van de opname in de instelling somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd.	
3. Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat <i>jaarlijks</i> somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd.	
Beschikken over een standaardprocedure m.b.t. de screening op somatische aandoeningen	Ja
Percentage cliënten gescreend bij opname	80
Percentage cliënten in langdurende klinische zorg, dat jaarlijks gescreend is	100

In Klinika Capriles is een somatische arts belast met de medisch somatische zorg. Er zijn afspraken vastgelegd t.a.v. tijdstip, frequentie, inhoud en vastlegging van de somatische screening van opgenomen patiënten.

Somatische screening bij opname: onderzoek bij een a-selecte steekproef wijst uit dat het merendeel van de patiënten een medisch somatisch onderzoek kreeg binnen twee weken na opname. Bij opname vindt een oriënterend lichamelijk onderzoek plaats door de psychiater en verpleegkundige. Het routine laboratoriumonderzoek vindt over het algemeen plaats binnen een week. Resultaten worden vastgelegd in het EPD.

Jaarlijkse somatische screening bij langdurige opname: onderzoek bij een a-selecte steekproef wijst uit dat alle langdurig opgenomen patiënten jaarlijks een medisch somatische screening ondergaan dan wel consultmomenten hadden met de huisarts.

2. VEILIGHEID

2.a Beschikbaarheid medicatieoverzicht

In het kader van risicotaxatie is van belang of bij het voorschrijven van medicijnen een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is.

Naar aanleiding van de implementatie van de medicatiemodule als onderdeel van het elektronisch patiëntendossier in 2011 is de geldende geneesmiddelendistributie procedure aangepast. Met name de eenduidigheid van informatie rondom het medicatieproces van de patiënt, die het elektronisch patiëntendossier met zich meebrengt, bevordert de medicatieveiligheid in hoge mate. De voorschrijver (behandelaar), uitzetter (apotheker /apothekersassistente) en toediener (begeleider) hanteren allen één en hetzelfde medicatieoverzicht als uitgangspunt van alle handelingen, waardoor medicatiefouten tot een minimum beperkt blijven.

2.b Separeren

5. Separeren	
a. De mate waarin separatie wordt toegepast zowel in frequentie als in duur.	
b. De mate waarin patiënten aangeven geen negatieve gevolgen te hebben ondervonden van het separeerbeleid.	
Aantal separeergevallen (in isolatiecellen)*	115
Gemiddelde separeerduur in uren (in isolatiecellen)	30

* Een patiënt kan meerdere malen geïsoleerd worden.

Met separeren wordt bedoeld alle activiteiten die instellingen aanduiden met afzonderen, isoleren, separeren, opsluiten of andere, vergelijkbare acties, waaraan patiënten zich niet zonder tussenkomst van hulpverleners kunnen onttrekken, met als consequentie dat de patiënt niet uit eigen beweging de separatie kan beëindigen door de betreffende ruimte op eigen initiatief te verlaten.



Het blijkt dat Nederlandse instellingen voor GGZ, in vergelijking tot het buitenland, nog veelvuldig patiënten separeren. Tegelijk wordt duidelijker dat de effecten van het separeren in veel gevallen schadelijk zijn en dat er alternatieven voorhanden zijn.

Uitgangspunt is dat als separatie noodzakelijk blijkt, de patiënten meestal achteraf een separeermaatregel kunnen billijken, als de hulpverlener hen respectvol, integer en zorgvuldig behandelt.

Of de feitelijke ervaring van de patiënt dezelfde is als de bedoelde ervaring, blijkt als de patiënt hiernaar gevraagd wordt.

Onderzoek

a. De mate waarin separatie wordt toegepast zowel in frequentie als in duur.

Het onderzoek heeft zich beperkt tot alleen separatie in isoleercellen omdat alleen deze vorm van separatie wordt geregistreerd. Andere vormen van separatie zoals opsluiten in eigen kamer worden niet geregistreerd.

Alle in 2011 bij de directie ingeleverde dwangregisters zijn onderzocht. Deze registers dienen wij wettelijk te bewaren en op verzoek te tonen aan de rechter e/o inspectie.

	2009	2010	2011
Aantal Gevallen	111	89	115
Aantal Onvolledig	0	1	9

Vergeleken met 2010 wordt een toename van 30 % geconstateerd van het aantal gevallen waarbij de patiënt werd geïsoleerd. Negen dwangregisters werden niet goed ingevuld. De gemiddelde isolatieduur is afgenomen.

3. CLIENTTEVREDENHEID

3.a Informed consent

Percentage cliënten dat informed consent ervaart, tot uiting komend in:

- Een vastgelegd behandelplan/begeleidingsplan.
- Een vastgelegd toestemming van de patiënt

Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Is er een behandeling- of begeleidingsplan gemaakt?	69	99
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	73	99

3.b Keuzevrijheid

Percentage cliënten dat keuzevrijheid ervaart:

- De aangeboden mogelijkheid tot het kiezen van de eigen behandelaar.
- De aangeboden mogelijkheid tot kiezen uit geboden zorgaanbod.

Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Hebt u geparticipeerd in de beslissing welke behandeling of begeleiding u krijgt?	88	100

3.c Vervulling zorgwensen: het ervaren verloop van het behandel- /begeleidingsplan

Het percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen.

- Juiste aanpak van de behandeling/begeleiding voor de klacht van de cliënt.
- Het naar wens van de cliënt uitvoeren van het behandel- of begeleidingsplan.

De vervulling van zorgwensen geeft aan of de geleverde behandeling/begeleiding in de ogen van de cliënt het juiste antwoord is op zijn/haar zorgvraag. Het is een maat voor de ervaren vraaggerichtheid van de zorg



Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Is uw behandel- of begeleidingsplan uitgevoerd volgens uw wens?	82	100
Sloot de behandeling of begeleiding goed aan bij uw problemen en klachten?	82	96

3.d Woon- en leefomstandigheden

Cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting	Percentage
---	------------

Over het algemeen zijn de patiënten tevreden over de afdelingsomgeving, de sfeer op de afdeling, de faciliteiten en de inrichting. Patiënten in de oudbouw Esmeralda en Margriet zijn over het algemeen ook wel tevreden over hun leefomgeving, ook al is het gebouw oud, zij verlangen echter wel naar de nieuwbouw die in de 1^{ste} kwartaal van 2013 gereed zal zijn, omdat ze graag meer privacy willen hebben en de mogelijkheid om eigendommen zoals make-up, sieraden e.d. te kunnen bewaren.

Hoewel patiënten over het algemeen aangeven tevreden te zijn over de verschillende aspecten van de afdeling geven patiënten op enkele afdelingen aan dat ze zich moeten aanpassen aan de afdelingsregels of het afdelingsregime en dat dit hen moeite kost, ze voelen zich gedwongen zich bij de structuur neer te leggen zoals de wijze van communiceren, tijdstip om te gaan slapen of dat bepaalde deuren dicht zitten waardoor ze niet bij hun spullen kunnen.

Op verschillende afdelingen zijn wensen geuit met betrekking tot kleine verbeteringen en aanpassingen zoals een klok, waslijnen, spiegels e.d. Met name op Pico Plata werd dit genoemd.

3.e Adequate bejegening door de hulpverleners.

Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren.

Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Heeft uw hulpverlener voldoende respect voor u getoond?	93	98
Heeft uw hulpverlener voldoende belang gehecht aan uw mening?	85	98

3.f Adequate informatieverstrekking door de hulpverlener

Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren. Hierbij dient er voldoende informatie te zijn over:

- Behandel- en begeleidingsmogelijkheden
- Aanpak van behandeling of begeleiding
- Te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding

Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Hebt u voldoende informatie gekregen over de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden van onze instelling?	85	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over uw behandel- of begeleidingsplan?	77	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	85	100

b. Klachten

Aantallen klachten in het verslagjaar.

	Aantal
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	6
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	6
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	6
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	0



C. Personeelsbeleid

a. Kwaliteit van het personeel

Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	34	32.3
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	30	28.4
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	20	19.7
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	15	14.7

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	7.8
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	6.7

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	5	2
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	4	2

b. Kwaliteit van het werk

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

1. Heeft u in het verslagjaar een medewerkerraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van het werk?	Nee
2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van het werk?	Nee



D. Financieel beleid

Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaatratio	1.30	0.80
Resultaatboekjaar	323,440	190,485
Totale opbrengsten boekjaar	24,899,693	23,800,121

Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen ten opzichte van de kortlopende schulden)	4.48	5.13
Current ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen gedeeld door kortlopende schulden)	4.56	5.24
Vlottende activa inclusief liquide middelen	18,988,258	13,371,946
Vlottende activa exclusief liquide middelen	18,661,495	13,081,773
Totaal kortlopende schulden	4,165,787	2,551,338

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0.37	0.44
Totaal eigen vermogen	15,896,314	16,729,284
Balanstotaal	43,181,597	38,455,832
Vermogensratio (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0.64	0.70
Totaal eigen vermogen	15,896,314	16,729,284
Totaal opbrengsten	24,899,693	23,800,121



Klínika Capriles
Mohikanenweg 8
Tel: 737 4700
Fax: 736 9216



Yudaboyu
Barendsstraat 11
Tel: 738 9511
Fax: 738 9553

Zijn onderdeel van



Mohikanenweg 8
Tel: 737 4700
Fax: 736 9216
E: info@ggz.cw
www.ggz.cw

