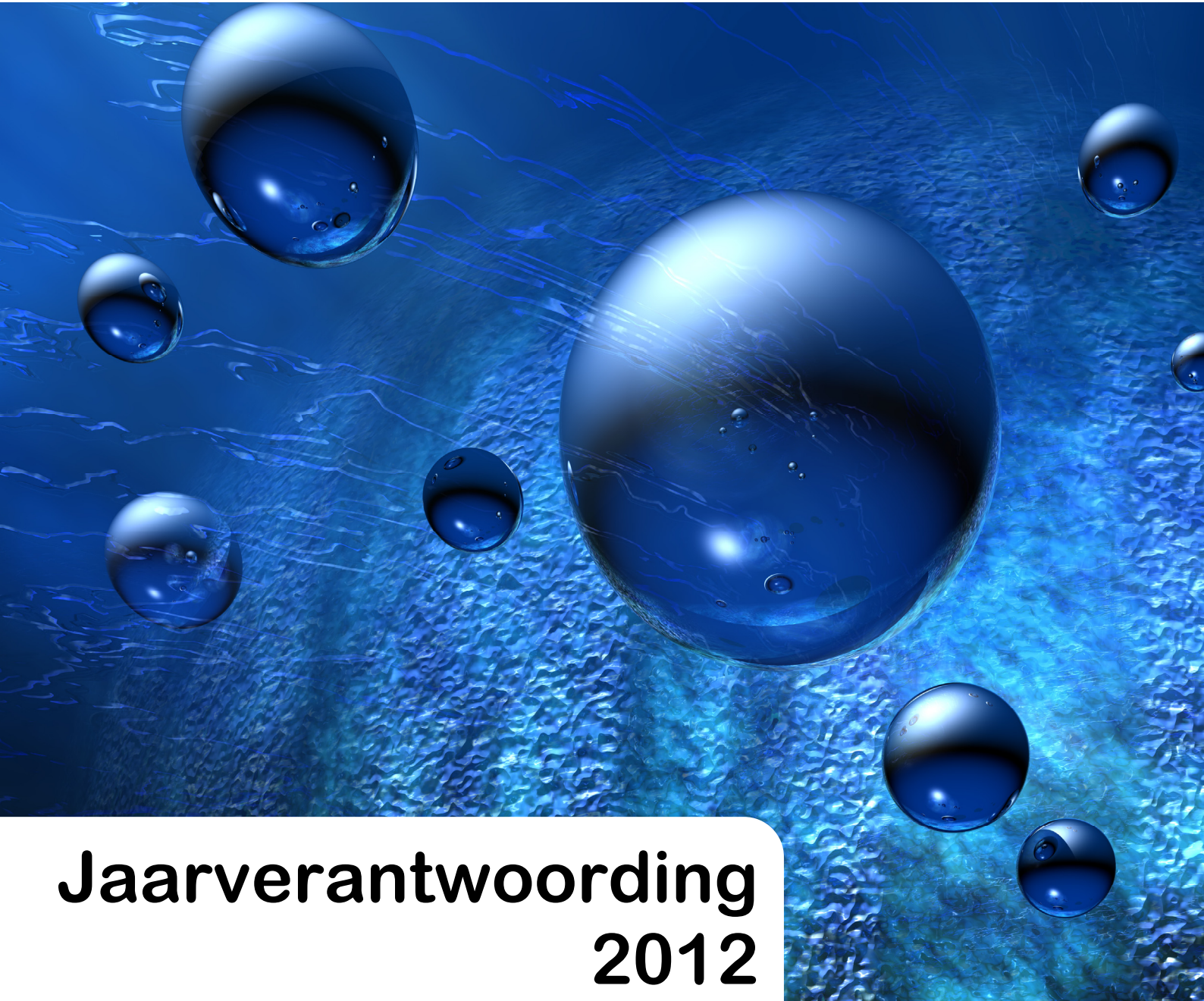




Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis



Jaarverantwoording 2012





Inhoudsopgave

JAARDOCUMENT 2012 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	13
3.1. BESTUUR EN TOEZICHT	13
3.2. BEDRIJFSVOERING.....	14
3.3. CLIËNTENRAAD.....	16
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	17
4.1. MEERJARENBELEID	17
4.2. ALGEMEEN BELEID.....	19
4.3. KWALITEITSBELEID	24
4.4. KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS	39
4.5. SAMENLEVING.....	43
4.6. FINANCIEEL BELEID	44
VERKORTE JAARREKENING 2012	(1) 47
ACCOUNTANTSVERKLARING	(3) 49
2.1 VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2012	(6) 52
2.2 VERKORTE STAAT VAN BATEN EN LASTEN 2012	(7) 53
2.3 VERKORTE MUTATIE - OVERZICHT EIGEN VERMOGEN OVER 2012	(8) 54
2.4 VERKORTE KASSTROOMOVERZICHT 2012	(9) 55
2.5 TOELICHTING OP DE VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2012	(10) 56
A. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 2 PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	62
A.1 NADERE TYPERING	62
A.2 KERNGEGEVENS	63
A.3 WERKGEBIEDEN	63
A.4 PERSONEEL	64
A.5 GEGEVENS VERBLIJFPLAATSEN	65
B. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 3 GOVERNANCE	66
B.1. BESTUUR EN TOEZICHT.....	66
C. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 4 BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	67
A. ALGEMEEN KWALITEITSBELEID	67
B. KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN.....	67
A. KWALITEIT VAN ZORG.....	67
B. KLACHTEN	70
C. PERSONEELSBELEID	71
A. KWALITEIT VAN HET PERSONEEL.....	71
B. KWALITEIT VAN HET WERK.....	71
D. FINANCIEEL BELEID.....	72





Jaardocument 2012 Klinika Capriles

Het jaardocument 2012 is opgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Waldi Oostburg
Raad van Bestuur



Voorwoord

Belangrijkste aandachtspunt blijft het goed waarborgen van onze behandelfilosofie “het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)” als methodiek voor het bewerkstelligen van rehabilitatie van de cliënten. Zo is in verband hiermee behoorlijk geïnvesteerd in deskundigheidbevordering van het voltallig personeel. Wij zijn tevreden over de bereikte resultaten, maar er is nog ruimte voor verdere verbetering.

In 2012 is het veiligheidsbeleid vastgesteld. Doel is om op continue basis te werken aan verbetering van het signaleren, registreren, analyseren en uitsluiten van veiligheidsrisico's. In verband hiermee is de applicatie Veilig Incidenten Melden (VIM) beschikbaar gekomen voor de organisatie.

Kwaliteit van zorg begint binnen de Klinika Capriles steeds meer een sleutelbegrip te worden. Om de de uitkomsten van de zorg vast te stellen hebben model-getrouwheidsonderzoek SRH; patiëntentevredenheidsoverleg; GGz thermometer metingen plaatsgevonden.

De Inspectie Gezondheidszorg rapporteerde na een bezoek in november 2012 dat de manier waarop het ziekenhuis haar beleid formuleert, uitvoert en evalueert aan de eisen voldoet. Dit geldt ook voor het kwaliteitssysteem binnen het ziekenhuis. De Inspectie was met name erg onder de indruk van de wijze waarop van hoog tot laag de behandelfilosofie wordt gesteund, uitgedragen en uitgevoerd.

De afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming rapporteerde na een bezoek in november 2012 dat de algemene indruk van de Inspectie is dat er op verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid.

Verheugend is dat de bouw van de nieuwe Long Stay afdeling begin 2012 van start is gegaan. Oplevering is gepland in juli 2013.

Er zijn samenwerkingsverbanden aangegaan met het Land Aruba en de Fundashon pa Maneho di Adikson Aruba enerzijds en de Mental Health Foundation van St. Maarten anderzijds. Doel is 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. Dit heeft er toe geleid dat na tientallen jaren een patiënt uit Aruba in 2013 naar ons is verwezen voor verdere behandeling.

Met de SGR-groep en Verpleeghuis Bethesda zijn overeenkomsten gesloten voor de verstrekking van dagelijkse warme maaltijden aan de cliënten van hen. Dit betekende een toename van de productie van de keuken met 450 maaltijden.

Hoewel een aantal zorginstellingen duidelijk hebben aangegeven dat zij onderdeel willen vormen van Stichting GGz Curaçao heeft de Overheid daartoe geen beslissing genomen.

Het ontbreken van voldoende financiële middelen en de onduidelijkheid hierover blijft een bedreiging vormen voor de Stichting GGz Curaçao en de aan haar gelieerde zorginstellingen. Zo heeft de Overheid nog steeds geen besluit genomen omtrent het tarievenvoorstel kinder- en jeugdpsychiatrie dat de gelijknamige Landscommissie reeds in februari 2010 aan de overheid heeft doen toekomen. Voor de nieuwe stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie geldt zelfs dat de continuïteit in gevaar loopt omdat de stichting met tekorten te kampen heeft.

Het is ons gelukt om wederom stappen te zetten om onze dienstverlening naar onze cliënten toe te verbeteren.

W. Oostburg
Raad van Bestuur

Juni 2013



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 op Curaçao. 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. Verder is de stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu" verbonden aan de moederstichting GGz Curaçao. Aangezien Yudaboyu pas tegen het einde van het verslagjaar haar 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 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@ggz.cw
Internet pagina	www.ggz.cw

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.

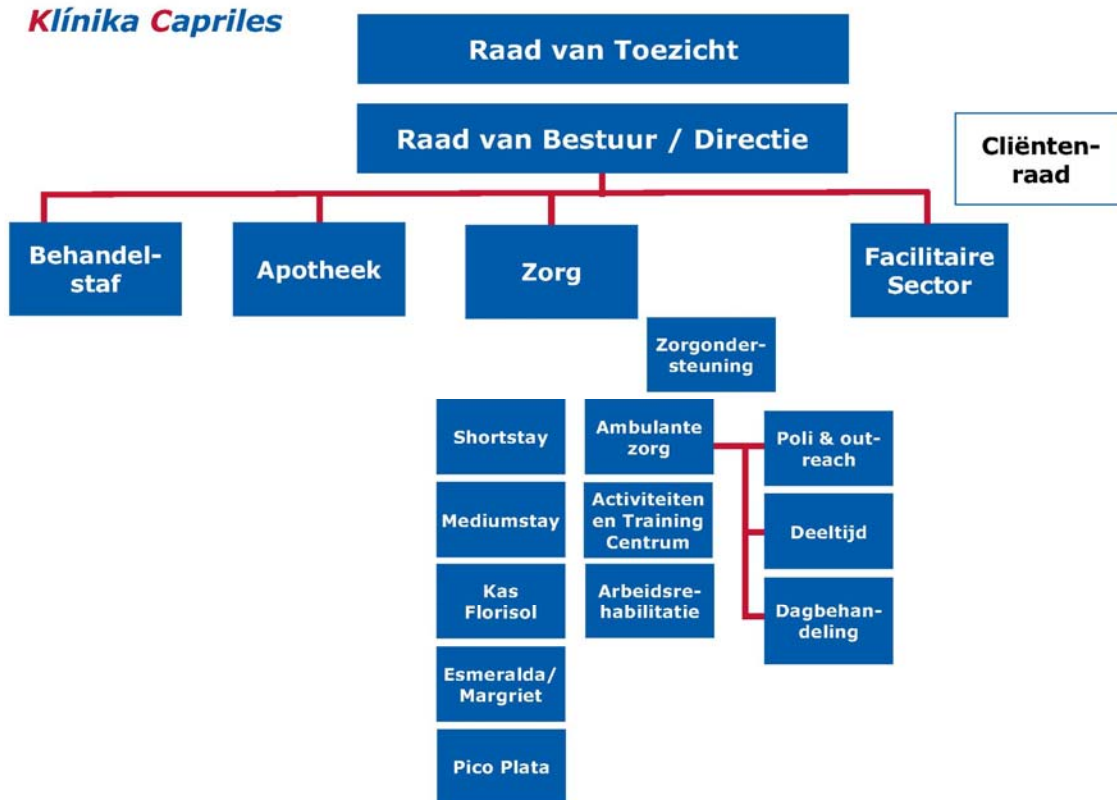
Op 19 april 2010 heeft de Raad van Ministers de beslissing genomen om de voorbereidingen te treffen om de onroerende zaken over te dragen aan Klinika Capriles om niet. De officiële overdracht heeft per 31 december 2012 nog niet plaats gevonden.

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 2012 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, psychomotorische therapie en maatschappelijke oriëntatie;
Poliklinisch: consult bij de behandelaren op de poli van Klinika Capriles en het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie;
Outreach : psychiatrische hulp aan patiënten in hun eigen omgeving.

2.3.2. Productie, personeel en opbrengsten

Kerngegevens productie, capaciteit, personeel en opbrengsten Klinika Capriles en Yudaboyu

Kerngegevens	Aantal /bedrag
Patiënten/cliënten	Aantal
Aantal patiënten behandeld in 2012	4057
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2012	199
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2012	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in 2012	70.536
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in 2012	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2012	12.953
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in 2012	27.178
Personeel	
Aantal patiëntgebonden personeelsleden in loondienst op 31 december 2012	184
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2012	182
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2012	251.0
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2012	246.9
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2012	24,145,132
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	199,163

2.3.3. Werkgebieden

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 2012 zijn ter kennisgeving naar de Minister van Volksgezondheid verzonden:

- o Jaarverantwoording 2011.

Op de volgende onderwerpen heeft de Minister van Volksgezondheid per 31 december 2012 nog geen beslissing genomen:

- o 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
 - o 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.
 - o Kinder- en Jeugd Psychiatrie - Aanvraag voor vaststelling tarieven voor Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie is op 23 februari 2010 ingediend bij de Overheid.
- Aanvraag vergunning voor nieuwbouw van een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek
 - o Klinika Capriles Aanvraag voor vaststelling tarievenvoorstel psychiatrische zorg door Klinika Capriles is op 12 augustus 2010 ingediend bij de Overheid.
 - o Klinika Capriles Verzoek van Klinika Capriles om evenals alle andere ziekenhuizen op Curaçao in aanmerking te komen voor de preferentiële Aqualetra tarieven geldig voor ziekenhuizen, is op 11 oktober 2011 ingediend.
- #### • Inspectie voor de Volksgezondheid
- o *Klachten*
Gedurende 2011 zijn zes (6) klachten ingediend bij de klachtencommissie. Aan deze klachten is door de commissie in 2012 aandacht besteed.

In hun rapportage gaf de commissie aan dat zij over één (1) klacht geen oordeel kon geven daar er geen digitale rapportage hieromtrent is. Een klacht acht de commissie ongegrond. Over vier (4) klachten kon geen oordeel worden gegeven omdat de klachten een verwarde indruk van de denkwijze gaven.

De commissie had de volgende opmerkingen:
 1. De klachten zijn rijkelijk laat verzonden naar de commissie. Dit was gevolg van verkeerde adressering door de instelling.
 2. De digitale dossiers zijn niet volledig c.q. erg summier. Er zijn dagen dat er niets is gerapporteerd.
 3. Uit de digitale rapportage wordt niet direct duidelijk, in welke gevallen gebeurtenissen die speciale aandacht behoeven hebben plaatsgevonden.
Deze opmerkingen zijn met de klachtencommissie besproken en de rapportage is verzonden naar de Inspectie voor Volksgezondheid.
 - o *Inspectiebezoeken*
 - *Afdeling Inspectie gezondheidszorg*
De Inspectie Gezondheidszorg heeft op 23 november 2012 een inspectiebezoek gebracht aan de Klinika Capriles. Het doel van dit bezoek was om vast te stellen in welke mate de



Klinika Capriles voldoet aan de kwaliteitsnormen zoals (onder meer) geformuleerd in de Landsverordening Zorginstellingen.

Bevindingen en conclusies

Het inspectiebezoek heeft volgende bevindingen en conclusies opgeleverd.

- Het beleids- en kwaliteitssysteem van de Klinika Capriles functioneert goed.
- De klachtbehandeling functioneert naar behoren. De instelling zal wel goed moeten communiceren omtrent de overdracht van deze functie aan de klachtencommissie van de Federatie Zorginstellingen.
- Binnen de behandelstaf en de groep coördinatoren van verblijfsafdelingen bestaat groot enthousiasme voor de methodiek van Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). De Inspectie oordeelt het als zeer positief dat hierover van hoog tot laag in de instelling consensus bestaat.
- De genoemde SRH-methodiek maakt het mogelijk goed op de individuele cliënt toegesneden behandelplannen te maken. Dit maakt het minder noodzakelijk om brede zorgprogramma's te ontwikkelen.
- De cliëntenparticipatie is meer dan voldoende. Een minpunt binnen dit onderdeel is de (te) zwakke bezetting – in kwantitatief opzicht – van de Cliëntenraad.
- Het terrein en de afzonderlijke gebouwen zien er over het algemeen schoon, opgeruimd en hygiënisch uit. Een uitzondering hierop is de afdeling Pico Plata en het erf in de buurt van deze afdeling. Ook kon bij één van de isoleercellen schimmel op de muur worden vastgesteld.
- Het elektronisch patiëntendossier (EZRA) biedt vele mogelijkheden voor gestructureerd werken en cliëntparticipatie. Op één onderdeel (de medicatiemodule) kon een fout in de programmatuur worden vastgesteld.
- De protocollenmappen zijn – zo bleek uit een steekproef – onvoldoende beschikbaar en onvoldoende *up to date*.

Tijdens de gesprekken kwamen nog de volgende knelpunten naar voren.

- De samenwerking met politie, ambulancedienst en huisartsen laat te wensen over, met name op het punt van de acute opnames.
- De ontwikkeling van 'zorg buiten de muren' wordt gefrustreerd door het ontbreken een helder overheidsbeleid en een toegesneden tariefbeleid.
- Familieleden van cliënten krijgen niet of nauwelijks vrij van werkgevers voor het bezoeken en begeleiden van cliënten.
- De kwaliteit van de (afgestudeerden van de) IFE is onvoldoende.
- Het is voor ontslagen cliënten lastig om te herintegreren in de samenleving.
- De kwaliteit van huisvesting van Dios Yudami aan de Concordiastraat.

Aanbevelingen

De Inspectie Gezondheidszorg doet op basis van het inspectiebezoek de volgende aanbevelingen:

- De Klinika Capriles moet voortgaan op de ingeslagen weg betreffende zijn beleids- en kwaliteitssysteem en de verdere implementatie van de SRH-methodiek.
- De Klinika Capriles zal helder moeten communiceren over de overdracht van de klachtbehandeling aan de Federatie Zorginstellingen.
- De Klinika Capriles zal zich dienen in te spannen om de Cliëntenraad uit te breiden.
- De Klinika Capriles moet zich inspannen om het gebouw Pico Plata te verbeteren.
- De Klinika Capriles moet ervoor zorgen dat de geconstateerde fout, 'bug' of omissie in het EPD EZRA wordt opgelost.
- De Klinika Capriles moet ervoor zorgen dat protocollenmappen goed bereikbaar zijn, en ook volledig en *up to date*. De mogelijkheid van een goed toegankelijke elektronische versie dient te worden overwogen.
- De Klinika Capriles moet zich inspannen voor een betere huisvesting voor Dios Yudami aan de Concordiastraat.



De Inspectie Gezondheidszorg voelt zich zelf mede aangesproken op de volgende punten (en zal zich voor verbetering inspannen):

- De samenwerking met politie, ambulancedienst en huisartsen op het punt van acute opnames.
- Het ontbreken van helder overheids- en tariefbeleid op het vlak van 'zorg buiten de muren'.
- De kwaliteit van de (afgestudeerden van de) IFE .

- *Afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming*

In november 2012 heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid een inspectie-bezoek afgelegd aan de Centrale Keuken. De algemene indruk van de Inspectie was dat er op verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid. De meeste correctieve acties zoals die zijn aangegeven in het rapport van de Inspectie van de Volksgezondheid zijn eind januari 2013 volledig uitgevoerd. Alleen het fysiek afschermen van de keuken voor onbevoegden blijft nog staan als actiepunt voor 2013.

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 2012 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.

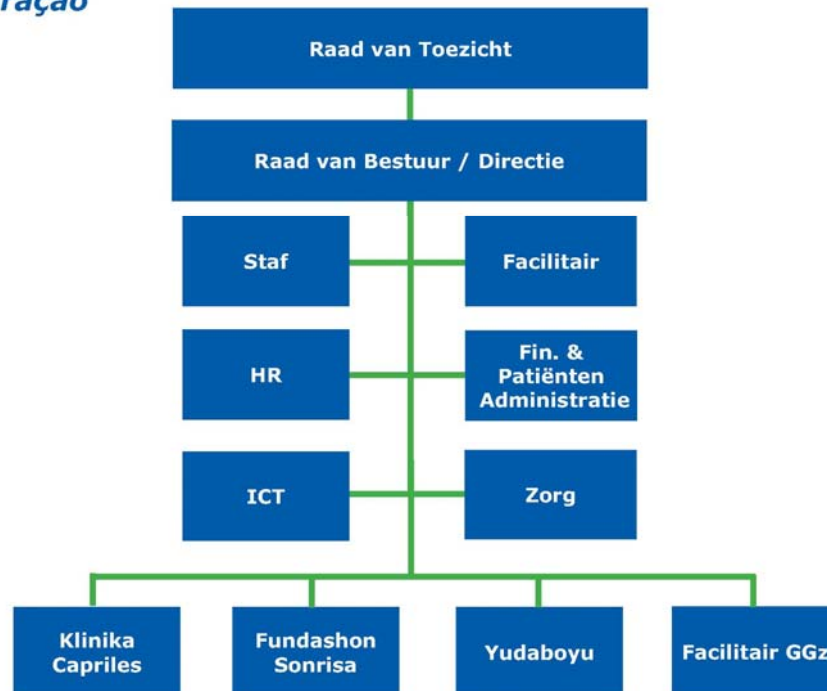
Samenwerkingsverbanden op landelijk niveau.

- **Duurzame samenwerking tussen de GGz instellingen.**

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.



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 zo 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;



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

Het jaar is voor de federatie gematigd succesvol gebleken, beoordeeld naar de haar voorgenomen inspanningen en de door haar geboekte resultaten. Met name op de volgende terreinen kan gesproken worden van een bevredigend resultaat:

- o voorbereiding invoering nieuwe systematiek van functiebeschrijving en –waardering (FWG) per 2014 bij vijf van de acht instellingen. Alleen Klinika Capriles beschikt momenteel over FWG en is voorstander van een bredere invoering van FWG binnen de zorgsector omdat hiermee een betere basis voor (expertise)ontwikkeling en onderhoud van dit instrument voorhanden komt;
- o instelling nieuwe klachtencommissie en evaluatie en aanpassing van de gemeenschappelijke klachtenregeling. GGz Curacao is in 2012 toetreden tot de instellingen die deel uitmaken van deze gezamenlijke klachtenregeling;
- o inkoopvoordelen behaald door Centraal Inkoop Bureau i.s.m. het inkoopteam van de federatie met name op de terreinen vlees- en beleg, papier, brood en kantoorartikelen. GGz Curacao participeert in de persoon van de facilitair manager in het Inkoopteam van de federatie van zorginstellingen dat in nauw overleg met het Centraal Inkoop Bureau besluiten neemt die gericht zijn op het realiseren van inkoopvoordelen.
- o Gezamenlijke verzekeringen (o.a. ziekteverzekering) die ons financiële voordelen oplevert.

De inspanningen van de federatie om een herkenbare rol te spelen bij totstandkoming van beleid aangaande de care hebben in 2012 nog niet het gewenste effect opgeleverd. De omstandigheden lijken de afgelopen periode niet in het voordeel van de federatie te hebben gewerkt; het instabiele politieke klimaat en de grote financiële problemen waarmee de overheid kampt, maakt het uitoefenen van invloed op het beleidsproces aangaande de gezondheidszorg een grote opgave.

- **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 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. 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 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.

In dit kader volgt een psycholoog van Klinika Capriles de tweejarige opleiding tot GZ-psycholoog in Nederland die zij naar verwachting begin 2014 afrondt. Tevens is door de Parnassia groep een bijdrage geleverd aan het congres “Forensische psychiatrie” in november 2012

- **Overheid Aruba en Fundashon pa Maneho di Adikshon Aruba (FMAA)**

Op 13 maart 2012 is een samenwerkingsovereenkomst getekend tussen Stichting GGz Curaçao, de Minister van Volksgezondheid en Sport van Aruba en FMAA. Doel is ondersteuning aan elkaar bij de ontwikkeling op het terrein van de verslavingszorg, forensische psychiatrie en dubbeldiagnose problematiek in de breedste zin des woords;

De partijen zullen samenwerken ten aanzien van de deskundigheidsbevorderende activiteiten voor het personeel van betrokken organisaties zodat de dienstverlening verbetert.

- **Mental Health Foundation St. Maarten (MHF)**

Op 13 augustus 2012 is met de MHF een samenwerkingsovereenkomst getekend. Doel is het bieden van ondersteuning aan elkaar bij de ontwikkeling van psychiatrische zorg in de breedste zin des woords. Hierbij dient gedacht te worden aan zowel klinische als ambulante psychiatrische behandeling, verpleging en begeleiding van zowel kinderen als volwassenen;

De zorg aan verslaafden zal bijzondere aandacht genieten; De partijen zullen samenwerken ten aanzien van deskundigheidsbevorderende activiteiten voor het personeel van beide organisaties zodat de dienstverlening van beide verbetert;

Informatievoorziening

Intern

- Er is een nieuwe intranet site gelanceerd, waarbij het KC Intranet is vervangen door het GGz Intranet met informatie voor alle onder de Stichting GGz Curaçao vallende werkstichtingen.
- “Ban Kòmbersá”; maandelijkse bijeenkomst met onderwerpen variërend van werkgerelateerde tot meer persoonlijke ontwikkeling, heeft 4 maal plaatsgevonden.
- “Informando Personal”; maandelijkse informatie- en discussiebijeenkomsten voorgezeten door de directeur, vond 7 maal doorgang.
- “Lunch di Interkambio”; lunchmeeting waarbij de directeur elke keer met een kleine groep (20 personen worden uitgenodigd) gevormd door een dwarsdoorsnede van medewerkers van de organisatie luncht en vervolgens over een van te voren bepaald of door de aanwezigen ingebracht onderwerp discussieert, vond 6 maal plaats.

Extern

- Rondleidingen aan scholen en individuele personen, informatie geven op scholen en/of andere instanties (12x)
- Deelname aan de gezondheidsbeurs van Bo Salú den Balansa.
- In februari de lezing *Hearing Voices* over het accepteren en betekenis geven aan het horen van stemmen, kinderen die stemmen horen. Gekoppeld hieraan het initiatief genomen om analoog aan de wereldwijde *Hearing Voices* beweging een zogenaamde stemmenhoordersgroep op te starten. Hoewel de lezing zeer goed bezocht was, was er voor dit initiatief weinig tot geen animo. Het initiatief is dan ook niet doorgezet. Rond deze lezing zijn er persberichten uitgestuurd en is deelgenomen aan het programma Moru Bondia.
- Tot en met april het radioprogramma Salú mental; ko'i loko? Een wekelijks radioprogramma waarin, thematisch rond een bepaald ziektebeeld, informatie werd gegeven over de inhoud en werkwijze van de verschillende organisaties en instanties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg op Curaçao. Wegens ongunstige kosten- baten analyse stopgezet.
- In november heeft de werkconferentie “Forensische psychiatrie: nut en noodzaak plaatsgevonden. In aanloop naar de conferentie zijn er drie lezingen georganiseerd, t.w. over agressie, risicotaxatie en seksuele delicten. Dit geheel is gepaard gegaan met persberichten ter aankondiging en over verloop lezingen en conferentie en deelname aan Moru Bondia.
- Er is een GGz Curaçao website gelanceerd.
- Verder nog diverse persberichten: eerste steenlegging nieuwe Longstay, officiële opening Yudaboyu (hier is ook een Página Sosial aan gewijd), nieuwe CAO, overhandiging jaardocument aan Minister van GMN, opening bibliotheek Activiteitscentrum Klínika Capriles, Jubilarisviering.



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 door de Raad van Toezicht een Reglement van Bestuur en een 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 per 31 december 2012

- lid van het Bestuur van de Stichting Federatie Zorginstellingen;
- 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 2012

Naam	Taakverdeling	Aftreeddatum	Herbenoembaar
Dhr. drs. P. Spuijbroek	Organisatie en personeel	31 december 2015	Ja
Dhr. L. Sint Jacobs, MBA	Financieel-economisch	31 december 2015	Ja
Dhr. R. Paulina	Zorg	31 december 2012	Nee
Dhr. drs. P. van Eijkelenburg	Zorg	13 juni 2013	Nee
Dhr. O. Bolivar	Lid	3 november 2013	Nee
Dhr. L. Rosa	Vice-voorzitter /Financien	7 april 2014	Nee
Dhr. S. Smith	Voorzitter	7 april 2014	Nee

Dhr. R. Paulina is op 31 december 2012 afgetreden. Op basis van een profiel en de werving- en selectieprocedure is mw. S.L.T. Perez, arts, per 1 januari 2013 benoemd tot lid van de Raad van Toezicht met zorg als aandachtsgebied.



In 2012 zijn o.a. door de Raad van Toezicht goedgekeurd:

- jaarverantwoording 2011;
- jaarrekening 2011;
- jaarplanning 2012;
- exploitatie- en investeringsbegroting 2012;
- jaarplanning 2013;
- exploitatie- en investeringsbegroting 2013;
- verlenging CAO met een jaar.

Gedurende 2012 hebben zeven (7) vergaderingen plaatsgevonden tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur en twee (2) vergaderingen met de Financiële Commissie van de Raad van Toezicht. 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.

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 tarievensvoorstel 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

Per 31 december 2012 bestaat de Patiëntenraad (Konseho di Pashènt) uit vier leden. De Raad krijgt hulp van een externe ondersteuner. De patiëntenraad dient betrokken te worden bij beslissingen die het zorgbeleid betreffen. Op deze wijze krijgt de organisatie concrete punten aangereikt waarmee verbeteringen kunnen worden aangebracht. Hieraan wordt niet voldaan.

De Raad heeft zoveel mogelijk elke donderdag vergaderd en van al deze vergaderingen zijn notulen en actiepunten lijsten opgesteld. In december 2012 is besloten dat de vergaderingen naar de ochtend verplaats worden vanaf januari 2013. De reden is dat veel klanten de kliniek in de ochtend bezoeken. Met de gewijzigde vergadertijd hoopt de Raad nieuwe leden te kunnen aantrekken.

De Directie is het met de Inspectie eens dat wij een inspanning moeten doen om het aantal leden van de Raad uit te breiden. Naar ons oordeel zowel kwantitatief als kwalitatief. De directie constateert dat het functioneren van de Raad moet verbeteren.

Wij zullen voorstellen om de vergaderingen buiten werktijden te houden, bv in de avonduren of op zaterdag. Wij hopen dan ook leden aan te trekken die regulier werk verrichten en gedurende werktijden niet beschikbaar zijn. Ook ouders van kinderen die in behandeling zijn in onze Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie moeten welkom zijn. Zij vertegenwoordigen hun kinderen.



4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1. Meerjarenbeleid

De Klinika Capriles 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 aanbodgericht en beheersmatig karakter is zij inmiddels doorgesloegen 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 2012 Directie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
	A	Positionering, externe samenwerking en communicatie	
Uitbouw aanbod GGz Curaçao	1	Organigram Stichting GGz Curaçao is aangepast.	😊
	2	Alle formele overlegstructuren RvB / en hoger management zijn beschreven.	😐
	3	FMA maakt deel uit van Stichting GGz Curaçao.	😞
	4	Planontwikkeling deelgebieden psychiatrie: (1) forensische psychiatrie en (2) LVG-problematiek binnen de psychiatrie.	😐
	5	Beschikbaar zijn (1) definitief ontwerp Nieuwbouw Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2) nieuwbougrond (3) financiële (overheid)garanties voor exploitatie.	😐
	6	Het Triangelproject is succesvol afgerond (onder voorbehoud van financiering).	😐
Communicatie	7	Mediaplan is beschikbaar.	😞
	8	Website GGz Curaçao is actief.	😊

Ad A. Positionering, externe samenwerking en communicatie

De aansluiting van andere zorginstellingen bij Stichting GGz Curaçao is minder goed verlopen dan verwacht. Een aantal andere activiteiten zijn gestagneerd door het uitblijven van een besluitneming door de overheid.

1. Organigram van de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg is vastgesteld.
2. De overlegstructuren van de Raad van Bestuur en hoger management zijn vastgesteld maar staan nog niet op intranet.
3. Fundashon pa Maneho di Adikshon heeft bij de Overheid al een verzoek heeft ingediend om haar statuten aan te passen, opdat ook zij deel kan gaan uitmaken van de GGZ-holdingorganisatie. De Overheid heeft nog geen beslissing genomen.
4. In november 2012 heeft de werkconferentie "Forensische psychiatrie: nut en noodzaak plaatsgevonden. In aanloop naar de conferentie zijn er drie lezingen georganiseerd, t.w. over agressie, risicotaxatie en seksuele delicten.
5. Projectdossier Nieuwbouw Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie is ingediend bij de Overheid. Hierbij is van belang de vaststelling van de tarieven voor kinder- en jeugdpsychiatrie
6. Triangelprojectdossier is aangeboden aan de BZV. Er heeft geen enkele reactie plaatsgevonden van de BZV ook niet na herhaaldelijk verzoek.
7. Besloten is om een algemeen communicatieplan op te stellen in 2013.
8. De website GGz Curaçao is gelanceerd.



4.2.2 Jaarplanning 2012 Zorg

	#	Zorginhoudelijke doelstellingen	Gerealiseerd
A Zorginhoud: algemeen			
Consolidatie SRH	1	Er is een groep van 26 sleutelfiguren gecertificeerd als SRH coach, leidinggevende of docent	😊
	2	Alle dossiers hebben vanaf 6 weken na opname een rehabilitatiegericht behandelplan met tenminste 1 specifiek doel	😐
	3	Bekend is hoe de afdelingscultuur is veranderd	😊
	4	De SRH formulieren zijn geëvalueerd en is bekend, hoe het persoonlijk profiel (krachtenanalyse) een plaats krijgt in de methodiek	😊
	5	In de patiënttevredenheidsmetingen, de audits en de GGZ thermometer, geeft geen enkele cliënt meer aan dat hij betutteld wordt	😐
B Zorginhoud: zorg			
Maatschappelijke integratie door Werk in Uitvoering	1	Eind 2012 hebben 15 cliënten een arbeidscontract en zijn ook 15 bezig met een stage	😐
Kwaliteitmanagement systeem	2	Minimaal 10 begeleidingsmodules staan op intranet	😐
	3	Een actieplan Middelen en Maatregelen is gemaakt, op basis van de metingen en het onderzoek in 2011. Het deel dat betrekking heeft op dit jaar is succesvol uitgevoerd	😐
	4	In het kwaliteitshandboek is opgenomen hoe de bekwaamheid door de jaren heen geborgd wordt.	😐
C Zorginhoud: behandeling			
Consolidatie van SRH	1	Optimalisatie van het werken volgens het protocol 'opstellen van een rehabilitatieplan'	😐
	2	Een acuut behandelplan is geïmplementeerd naast het Rehabilitatiegericht Behandelplan	😊
Psychatrie	3	Procedure 'multidisciplinaire evaluatie en diagnosestelling bij opname cliënten in KC inclusief werkinstructie 'invullen diagnose' is geïmplementeerd en wordt door alle actoren nageleefd, hetgeen goed te traceren is in EZRA	😊
	4	De miniscan wordt volgens een nog vast te stellen procedure afgenomen	😐
	5	De procedure voor toepassing van het protocol voor 'psychodiagnostiek bij eerste psychose' is beschikbaar en wordt waar mogelijk toegepast	😐
	6	De nieuwe (DSM-V) diagnostiek van de As II – problematiek is bestudeerd en inzichtelijk gemaakt ten behoeve van toekomstige implementatie door behandelaren'	😞
Somatiek	7	Een aantal behandelaren maken zich het protocollair werken met psychotici eigen	😐
	8	Het algemeen beleid somatische zorg is geïmplementeerd en wordt door alle actoren nageleefd	😊
	9	Protocol signalering metabool syndroom is geïmplementeerd en wordt door alle actoren	😐



	nageleefd	
	10 Protocol ouderenbeleid: tijdige signalering lichamelijke fragiliteit bij 55+ers is geïmplementeerd en wordt door alle actoren nageleefd	😊
	11 In het kader van antirookbeleid is er een inventarisatie uitgevoerd naar het rookgedrag van de patiënten van Klinika Capriles (als aanloop tot ontwikkeling van rookstopprogramma's in de toekomst)	😊
Processen	12 Procedure 'logistiek rondom medische status cliënt' is geïmplementeerd en wordt geborgd.	😊
	13 De behandelaars zien toe op finalisatie van de Afdelingsplannen/ profielen per juli 2012.	😐
	14 De positie van de behandelaren op de afdeling is duidelijk vastgelegd en bij alle actoren bekend.	😞

Ad A. Zorginhoud: algemeen

1. Eind 2012 is een groep van uiteindelijk 17 sleutelfiguren gecertificeerd als SRH coach, leidinggevende of docent.
2. Nog niet alle dossiers hebben een plan, zeker niet bij outreach.
3. Resultaten cultuuronderzoek zijn binnen.
4. De SRH formulieren zijn geëvalueerd.
5. De bejegening laat nog veel te wensen over. Ook zijn er nog veel beperkende regels. Medewerkers hebben moeite om los te laten.

Ad B. Zorginhoud: zorg

1. Door de economische recessie is het doel van WiU wat betreft stages niet gehaald. Contracten wel. Overigens zitten wij in 2013 weer in de lift.
2. Modules zijn gemaakt, maar nog niet op intranet geplaatst.
3. Het project "terugdringen middelen en maatregelen" is vertraagd en minder gepland uitgevoerd. Er wordt nu hard gewerkt aan de bejegening, waardoor in ieder geval de bewaking minder vaak assistentie hoeft te geven. Ook is de psychiater actief in het terugdringen van het separeren.
4. Beleid voorbehouden handelingen is per 1 januari 2012 ingegaan. De voorbehouden handelingen zijn geïnventariseerd en kunnen alleen door daartoe bevoegd en bekwaam personeel worden uitgevoerd. Normen voor bekwaamheid zijn vastgelegd.

Ad C. Zorginhoud: behandeling

1. Eind november 2012 is door de Manager Zorg een notitie opgesteld, genaamd 'Rolverduidelijking voor de leden van het multidisciplinaire team bij het maken van cliëntprofiel en rehabilitatiegericht behandelplan'. Dit is geïmplementeerd en in 2013 zal geëvalueerd worden of de gewenste optimalisatie bereikt is.
2. Vooral voor de opname-afdelingen is nu ook een acuut behandelplan aanwezig ten behoeve van het medisch-psychiatrisch beleid op korte termijn.
3. De procedure "multidisciplinaire evaluatie en diagnosestelling" loopt goed en wordt ook jaarlijks door afdeling Kwaliteit gecontroleerd.
4. Procedure afnemen miniscan staat niet vast, test wordt wel afgenomen. Alle psychologen kunnen hem nu afnemen, maar hij wordt voornamelijk op de acute opname afdeling gebruikt
5. Procedure psychodiagnostiek bij eerste psychose is niet beschikbaar. De testen worden waar mogelijk afgenomen en besproken met dr. Vollema, Nederland.



6. Publicatie van DSM-V is (internationaal) uitgesteld tot 2013. Er is voor gekozen te wachten tot duidelijk wordt hoe in toekomst persoonlijkheidsstoornissen best gediagnosticeerd worden.
7. Naast eerste psychose project is invoeren van protocollair werken met psychotici te veel tegelijk om dit van de grond te krijgen. Voortgang in 2013.
8. De procedure somatische evaluatie en diagnosestelling wordt toegepast en wordt eveneens gecontroleerd door de afdeling Kwaliteit.
9. Protocol signalering metabool syndroom is niet helemaal afgerond, wordt voortgezet in 2013.
10. Protocol ouderenbeleid werd goedgekeurd, gecommuniceerd aan betrokkenen en er werd gestart met de screening.
11. Inventarisatie rookgedrag is afgerond. Resultaten werden gepresenteerd.
12. Procedure 'logistiek rondom medische status cliënt' loopt. Naleving wordt gecontroleerd door de afdeling Kwaliteit. Kleine aanpassing van procedure werd voorgesteld voor 2013.
13. Behandelaren zijn hier actief bij betrokken, maar plannen zijn nog niet afgerond.
14. Over de positie van de behandelaren werd volop gediscussieerd, vastlegging en implementatie zal plaatsvinden in 2013.

4.2.3. Werk in Uitvoering (WIU)

In april 2010 is het project WIU 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 2012 hebben 68 cliënten zich aangemeld. Dit aantal is minder dan in 2011. Uit de evaluatie die gehouden is over hun wensen gericht op werk blijkt dat sommige cliënten aangaven zich toch niet helemaal klaar te voelen om te gaan werken.

Van de 68 cliënten hebben 13 cliënten een contract aangeboden gekregen bij hun werkgever en 4 cliënten hebben een stageplek gekregen. In vergelijking met 2011 is dit een kleine vooruitgang. De stabiliteit en werkhouding van de cliënten blijft wel een grote rol spelen op het traject waardoor sommige cliënten toch afhaken. Wij moeten en blijven veel tijd en aandacht besteden aan de motivatie van de cliënten.

De werkzaamheden van de tuinploeg zijn toegenomen zodat uitbreiding naar 7 dagdelen noodzakelijk was. Naast hun vaste werkzaamheden heeft de tuinploeg gedurende het jaar ook losse tuinschoonmaak en klussen gedaan. De tuinploeg bestaat nog steeds uit 10 cliënten die vaste werkdagen hebben en 2 invallers. Het team is vrij stabiel en er zijn weinig cliënten die uitvallen. Meerdere cliënten melden zich aan om in de tuinploeg te werken.

De houtwerkplaats zal voorlopig 2 dagdelen open zijn en heeft hoofdzakelijk cliënten van de afdeling Pico Plata bediend. Het aantal deelnemers is 7 gebleven. De opkomst van de deelnemers is niet erg groot en het verschilt per week. Dit omdat het dagprogramma van de deelnemers van de afdeling Pico Plata voorrang geniet.

In 2013 zal bekeken worden of de werkzaamheden niet uitgebreid kunnen worden en beschikbaar gesteld kan worden aan andere patiënten zoals reeds ontslagen patiënten, cliënten van Sonrisa.

In 2012 heeft het Ministerie van SOAW de beslissing genomen om de begeleiding van 12 cliënten te subsidiëren. Deze cliënten ontvangen onderstand maar worden naar het arbeidsproces begeleid. In 2013 zullen de bevindingen van de begeleiding van deze 12 cliënten aan het ministerie worden gerapporteerd.

Er is er veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van werkplekken (Job development). Hierdoor is de lijst van potentiële werkgevers uitgebreid naar 128 bedrijven. Tenslotte heeft WIU een korte film



gemaakt met cliënten die reeds in het arbeidsproces zitten. De film wordt gebruikt bij job development en informatiesessies over het project.

Inmiddels is WIU de status van een project ontgroeid en zal in 2013 als een zelfstandige afdeling beschouwd worden.

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, 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 2012 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 2012 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 fidelyschaal voor het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen kan de toepassing van het SRH in de praktijk gevolgd worden.

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.

In het kader van het modelgetrouwheidsonderzoek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) zijn door de auditoren in 2012 op 6 afdelingen follow-up gesprekken gehouden naar aanleiding van de



SRH audits die in 2011 hebben plaatsgevonden. Tijdens het follow-up gesprek is door de auditoren samen met het team gekeken naar de voortgang van de implementatie van het SRH en wat met de aanbevelingen, die door de auditoren naar aanleiding van de SRH audit zijn opgesteld, is gedaan.

Uit de gesprekken met de verschillende teams kan geconcludeerd worden dat het SRH model is geaccepteerd door de medewerkers, men is positief over het SRH en ziet de mogelijkheden. Op verschillende gebieden is vooruitgang geboekt, dit betreft met name:

- het doelgericht en planmatig werken;
- de kwaliteit van het handelen en de bejegening;
- gelijkwaardigheid en samenwerking tussen client en hulpverlener.

Aan de follow-up gesprekken werd deelgenomen door de aanwezige teamleden, de coördinator en de rehabcoach. Op enkele afdelingen was ook een behandelaar aanwezig.

De follow-up gesprekken zijn gehouden op Pico Plata, Deeltijd, Kas Florsiol, Mediumstay 5-10, Mediumstay 1-4 en Margriet / Esmeralda.

Op Dagbehandeling is een SRH audit uitgevoerd, de fidelity score was hier 2.4

Ad b. Patienttevredenheidsonderzoek

Inleiding

Het patiëntentevredenheidsoverleg is een jaarlijks overleg tussen de leiding, de medewerkers en de patiënten van de afdelingen, waarin de mening van patiënten wordt gevraagd met betrekking tot verschillende aspecten die de bejegening en het verblijf op de afdeling betreffen. Het gaat om een kwalitatief onderzoek.

Deze samenvatting is een weergave van de besprekingen die in de periode oktober – december 2012 zijn gehouden met een uitloop naar januari 2013.

Er is een vaste agenda aangehouden voor het houden van het patiëntentevredenheidsoverleg.

2. Resultaten

In de periode oktober – december 2012 is op de meeste zorgafdelingen een patiëntentevredenheidsoverleg gehouden. Op dagbehandeling Klinika Capriles en Dios Yudami en Mediumstay 8-10 heeft geen vergadering plaatsgevonden. Reden hiervoor is dat deze overleggen niet zijn ingepland door de coördinator.

Bij deze bijeenkomsten fungeerde de coördinator als voorzitter. Van iedere bijeenkomst is een verslag opgesteld. Er zijn 10 bijeenkomsten gehouden waaraan in totaal 113 patiënten hebben deelgenomen, dit is 42,6 % van het totale aantal van (gemiddeld) 265 patiënten.

Als er uitgegaan wordt van het aantal patiënten van de afdelingen waar een overleg is gehouden dan betreft het totale aantal patiënten 200, het percentage van deelname is dan: 56,5 %. Dit is lager dan in 2011 waarin door 65% van het totaal aantal patiënten werd deelgenomen aan het overleg.

Tevredenheid sfeer op de afdeling

Het merendeel van de patiënten waar het overleg gehouden is, is tevreden over de afdelingsomgeving, de sfeer op de afdeling, de faciliteiten en de inrichting.

Patiënten op Pico Plata zijn wat minder tevreden, het gebouw is oud, biedt onvoldoende privacy en doordat de meeste patiënten gedwongen zijn opgenomen en niet op eigen gelegenheid de afdeling kunnen verlaten, ervaren zij het gebouw en de tuin als klein, het geeft een deel van de patiënten een opgesloten en benauwd gevoel. Soms leidt dit tot irritaties onderling.

Patiënten op Shortstay klagen over de warmte en sangura's (muggen) in hun kamer. Vooral als er weinig wind is, is het erg warm, er zijn geen fans, een patiënt geeft aan dat hij soms op de stenen vloer gaat liggen voor verkoeling.

Op verschillende afdelingen zeggen patiënten dat ze niks te klagen hebben over de afdeling maar dat ze wel veel liever thuis zijn.

Tijdens de vergaderingen met de patiënten van Esmeralda en Margriet is niet al te uitgebreid meer ingegaan op de afdeling en de leefomgeving, immers binnen afzienbare tijd zullen deze patiënten verhuizen naar de nieuwbouw.

Tevredenheid omgang van het personeel met de patiënten

De bejegening door het personeel, zowel de begeleiders als de behandelaren, wordt over het algemeen als goed ervaren. Op enkele afdelingen noemen patiënten dat het personeel soms chagrijnig is (Shortstay en Kas Florisol) of dat het personeel in beslag wordt genomen door hun eigen problemen (Shortstay en Pico Plata). Op verschillende afdelingen wordt door enkele patiënten naar



voren gebracht dat sommige personeelsleden streng zijn en/of geen tijd hebben, toch is het merendeel van de reacties positief, de meeste patiënten ervaren dat er voldoende tijd en attentie voor hen is en voelen zich veilig en geaccepteerd.

Tevredenheid over de bejegening op de longstay afdelingen betreft voornamelijk hetgeen begeleiders praktisch doen voor hun patiënten zoals het kopen van verzorgingsproducten en het innen van geld. De immobiliteit van de patiënten zal hierbij een rol spelen, veel patiënten op deze afdelingen zijn wat dat betreft afhankelijk van hun begeleider en zijn dankbaar dat de begeleider hen hierbij helpt.

Tevredenheid voeding en consumpties

Het merendeel van de patiënten die participeerden aan de vergaderingen is tevreden over de maaltijden en consumpties, een deel van de patiënten is zeer tevreden en gaven het cijfer 10. Ook de broodmaaltijden, de zg. toetjes van 4 uur en hapjes worden als smakelijk en voldoende ervaren. De klachten die geuit werden betroffen voornamelijk de diëten die men minder smakelijk vindt.

Verschillende patiënten, met name op Shortstay, gaven aan sommige maaltijdcomponenten niet te lusten, ze bleken niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheid dit door te geven opdat de keuken er rekening mee houdt.

Enkele patiënten gaven aan dat de hartige hapjes zoals kala soms erg vet zijn.

Een enkele patiënt gaf aan variatie te willen in de kaassoorten, het is nu altijd dezelfde kaas.

Patiënten zijn in hoge mate tevreden met de speciale maaltijd die ze krijgen op hun verjaardag, deze attentie wordt zeer geapprecieerd.

Het gemiddelde cijfer voor maaltijden en consumpties is: 7.8

Opgemerkt moet worden dat het niet op alle afdelingen mogelijk was de patiënten een cijfer te laten geven voor de maaltijden en overige consumpties. Deze afdelingen zijn niet meegenomen in het vaststellen van het gemiddelde cijfer.

Tevredenheid activiteiten, dagactiviteiten, -avond en recreatie

De tevredenheid over het activiteitenprogramma is per afdeling verschillend.

Patiënten op de chronische afdelingen zijn meer tevreden over het programma dan de patiënten op Shortstay en Pico Plata.

Op de chronische afdelingen is er met name behoefte aan activiteiten op de afdeling zelf, zoals handenarbeid en spelletjes. Uitgaan doen deze patiënten ook graag maar dan wat passiever, zoals een rondrit met de bus.

De sportactiviteiten die door de CIOS studenten worden gegeven worden op alle afdelingen hoog gewaardeerd. Verder is door verschillende patiënten genoemd dat ze veel hebben aan muziektherapie en dit ook een prettige activiteit vinden.

Op de afdelingen waar veelal ouderen verblijven is er behoefte aan kookactiviteiten, zoals het bereiden van krioyo gerechten.

Op Shortstay is naar voren gebracht dat het programma van de afdeling soms conflicteert met het programma van het ATC.

Op alle afdelingen en met name Shortstay zijn patiënten zeer tevreden over psycho-educatie en/of activiteiten die met educatie en vorming te maken hebben. Patiënten van Shortstay die naar het ATC gaan doen dat vooral voor het gebruik van internet, om op facebook te kunnen en om te chatten.

Tevredenheid algemene informatievoorziening aan patiënten

Dit agendapunt is niet op alle afdelingen sec aan de orde geweest. Wel kwam naar voren dat patiënten algemene informatie over de kliniek missen. Dit kan temaken hebben met de nieuwsflits die niet meer in papiervorm wordt aangeleverd sinds de introductie van intranet. Patiënten lezen de nieuwsflits ook. Op afdeling Shortstay zijn de meeste patiënten niet op de hoogte van het bestaan van de patiëntenraad.

3. Conclusies en aanbevelingen

1. Conclusies

Het is bij deze meting nadrukkelijk gebleken dat het initiatief voor het plannen van het patiëntentevredenheidsoverleg, op een enkele uitzondering na, door het stafbureau genomen is. Bij dagbehandeling KC, dagbehandeling Dios Yudami en Mediumstay 8-10 is geen vergadering gehouden, deze vergaderingen zijn niet geagendeerd.

De bijeenkomsten zijn positief verlopen, de coördinatoren leiden het gesprek op een wijze die past bij de doelgroep. Met geduld en toewijding zijn de patiënten zoveel mogelijk betrokken bij het gesprek.

Deelname aan de vergaderingen is lager dan de voorgaande jaren, een afname van 8,5%. Een deel van de patiënten weigerde mee te doen of had geen zin, van een ander deel is het onduidelijk waarom zij niet participeerden.



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.

Het houden van patiëntentevredenheidsoverleg blijkt ook uit deze meting zeer zinvol te zijn. Het is van belang dat patiënten de mogelijkheid wordt geboden zich uit te laten over de zorg, de behandeling en de wijze waarop dit wordt georganiseerd.

De punten die door patiënten naar voren zijn gebracht, zowel de positieve als de punten die aandacht behoeven, zijn van belang voor het management in het proces van verbetering en optimalisatie van behandeling, begeleiding en faciliteiten.

2. Aanbevelingen

- Aandacht geven aan het structureel informeren van patiënten over zaken die de afdeling en de organisatie aangaan. Als 'good practice' kan Kas Florisol dienen waar iedere maandag op een vast tijdstip een informatiebijeenkomst wordt gehouden voor alle patiënten. Informatievoorziening aan patiënten moet structureel en consequent zijn, zoals de mogelijkheid van voorkeur voor maaltijden, patiëntenraad, rechten en plichten, etc. afdelingen zouden een checklist kunnen vaststellen met onderwerpen die regelmatig met patiënten worden doorgenomen.
- Educatieve activiteiten cq. bijeenkomsten (oa. over ziektebeelden, medicatie, zorgmethodiek) bevorderen en uitbreiden, patiënten zeggen hier behoefte aan- en baat bij te hebben.
- Het activiteitenprogramma verder differentiëren naar leeftijd en doelgroep (ouderen- jongeren, opname-chronisch). Zorgdragen voor een goede afstemming tussen de activiteiten die door het ATC geboden worden en het programma op de afdeling. Mogelijk meer gebruik maken van de zg 'daluren', (atardi, anochi, weekend)
- Attent blijven op de attitude van medewerkers, nadruk leggen op het ontwikkelen van een volwassen samenwerkingsrelatie met de patiënt, het geven van uitleg kan misverstanden voorkomen. Aandacht geven aan het feit dat persoonlijke problemen van medewerkers hun stemming kan beïnvloeden en dat dit zoveel mogelijk beperkt moet worden.
- De kwaliteit van de maaltijden en consumpties hoog houden, letten op vette hapjes en aandacht blijven houden voor de smaak van de dieetmaaltijden.
- Activiteiten die als goed en zinvol worden beoordeeld, zoals muziektherapie en sport door de CIOS studenten, verankeren en waar mogelijk uitbreiden.

Ad c. GGZ thermometer

Als instrument om de cliëntgerichtheid van de zorg- en dienstverlening te meten hanteert Klinika Capriles als instrument de (in Nederland ontwikkelde) GGZ thermometer. Dit is een vragenlijst die aan de patiënt wordt voorgelegd ter vaststelling van zijn tevredenheid over de ontvangen behandeling en zorg. De GGZ-thermometer werd in het Papiaments vertaald om zodoende de betrouwbaarheid en validiteit van deze lijst te vergroten.

Er zijn 103 formulieren ingevuld dit jaar.

80 keer werd hij afgenomen bij ontslag van een cliënt, 2 keer bij een tussentijdse evaluatie van de behandeling, in 21 gevallen is de aanleiding niet aangegeven.

Resultaten

Het gemiddelde rapportcijfer met betrekking tot clienttevredenheid is: 8,3 .

Er zijn maar 2 cliënten, die een onvoldoende geven voor de zorg en behandeling.

88 patiënten (83%) zouden onze instelling aan anderen aanbevelen. Van de 15 die dit niet doen, geven er 4 wel een 10 voor de zorg. Van de 2 onvoldoendes zou 1 persoon desondanks onze instelling wel aanbevelen bij anderen.



Scores van diverse onderwerpen uit de cliententhermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Hebt u voldoende informatie gekregen over de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden van onze instelling?	83	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over uw behandel- of begeleidingsplan?	78	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	78	100
Hebt u geparticipeerd in de beslissing welke behandeling of begeleiding u krijgt?	82	100
Is er een behandelings- of begeleidingsplan gemaakt?	71	99
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	81	99
Hebt u een voldoende kundige behandelaar (gehad)?	89	100
Hebt u voldoende vertrouwen in uw hulpverlener?	93	99
Heeft uw hulpverlener voldoende respect voor u getoond?	92	98
Heeft uw hulpverlener voldoende belang gehecht aan uw mening?	87	98
Is uw behandel- of begeleidingsplan uitgevoerd volgens uw wens?	79	100
Stoot 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?	89	96
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	94	98
Bent u beter in staat de dingen te doen die u belangrijk vindt door de behandeling of begeleiding?	90	97
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met personen of situaties, die daarvoor problemen gaven?	87	98

In het algemeen zijn de scores vrij positief, zoals ook in de vorige jaren het geval was. Toch zien we dit jaar een aantal trends:

- De tevredenheid over de verkregen informatie (vraag 1 t/m 4) is minder geworden.
- De participatie in het behandel/begeleidingsplan is toegenomen (vraag 5 en 6)
- De tevredenheid over de hulpverleners is toegenomen (vraag 7 t/m 10)
- Men vindt, dat de behandeling minder aansluit bij de wensen.
- Aan de andere kant is men meer positief over alle vragen van het resultaat van de behandeling (de laatste 4 vragen)

Procentueel zit het grootste verschil in het percentage mensen, dat heeft ingestemd met zijn behandelplan (73% vorig jaar vs 81% in 2012). Dit was vorig jaar ook al met 5% gestegen, zodat we in 2 jaar tijd een toename hebben van 13% op dit punt. Verbazingwekkend blijft, dat het aantal mensen dat zegt dat er een behandelplan is gemaakt, maar liefst 10% minder is dan het percentage dat aangeeft hiermee in te stemmen. Vorig jaar was deze discrepantie ook al aanwezig, maar in mindere mate.

De dalende trend over de tevredenheid over de informatievoorziening zet zich ook door over 2 jaar. Minder cliënten vinden, dat ze voldoende informatie hebben gekregen over hun behandelplan of over de verwachte resultaten van de behandeling. Dit is een moeilijk te interpreteren fenomeen, omdat sinds 2 jaar de cliënten juist veel meer betrokken worden bij het maken van hun behandelplan en omdat ze tegenwoordig ook aanwezig zijn bij de bespreking hiervan in het team. In de rede ligt dan een grotere tevredenheid op dit punt.

Het is ook mogelijk, dat de cliënten zich meer bewust worden van hun rechten en van hun eigen problematiek en daardoor kritischer op wat in feite geboden wordt. In die zin kan deze score dus ook wijzen op een beter behandelresultaat.

De stijging in de tevredenheid over de resultaat-vragen komt na 2 jaar, waarin deze scores steeds daalden. De scores zijn gestegen met respectievelijk 1%, 5%, 4% en 4%.



Opmerkingen naar aanleiding van open vragen.

Er zijn 2 open vragen:

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

- Evenals in de vorige jaren gaan de meeste opmerkingen over de communicatie. Personeel wordt gemaand te stoppen met hebzucht, jaloezie, egoïsme, boosheid en ruzie maken. En te stoppen met het manipuleren van patiënten. Men wil meer directe aandacht, elke dag een praatje, niet altijd "warda un ratu", en geen lange vergaderingen in de ochtenduren. Personeel moet liever zijn. Iemand vindt, dat het personeel een communicatietraining nodig heeft om de patiënten met meer respect te behandelen en hen de aandacht te geven, die ze verdienen. Zusters moeten de problemen van de patiënten begrijpen in plaats van hen te helpen ze binnen te houden. Positief punt is, dat het aantal opmerkingen over de bejegening is gehalveerd ten opzichte van vorig jaar (nu 14 opmerkingen)
- Meer dan voorheen vragen de cliënten om specifieke aandacht voor hun problemen, hun behandelplan en voor het zich houden aan afspraken. Iemand protesteert, dat hij ontslagen wordt zonder dat zijn problemen thuis zijn opgelost. Sommigen willen duidelijker afspraken rondom hun behandelplan en de bespreking hiervan. Iemand stelt dat we hier geen therapie geven en dat het daaraan mankeert. Het werk moet beter gestructureerd worden en de zusters moeten beter op de hoogte zijn van medische zaken.
- Wat betreft de behandelaars zijn er ook diverse opmerkingen over gebrek aan aandacht. Iemand moest 6 dagen wachten voor hij een afspraak kon maken m.b.t. zijn diarree. Iemand wil meer geïnformeerd worden over de voortgang van zijn behandelplan en in welke fase hij is.
- Er zijn enkele opmerkingen rondom de (keuze)vrijheid: iemand vindt, dat we geen mensen die goed genoeg zijn in het cachot moeten steken. Ook zijn er diverse mensen, die willen dat hun keuze om geen medicatie te nemen of geen depotmedicatie moet worden gerespecteerd. Anderen vragen juist weer om direct met medicatie te beginnen. Iemand wil een sigaretje roken bij het ontbijt en daarna buiten lopen.
- Met betrekking tot het eten zijn er weer diverse opmerkingen: het is te weinig, of er is te weinig beleg, meer koffie, meer variatie, meer keuze, meer groente en minder koolhydraten, men wil het op tijd hebben.
- 5 personen klagen over de warmte in de kamers en willen een fan.
- Andere wensen: vloeibare zeep in de badkamers, meer spelletjes of andere activiteiten op de afdeling, vooral in het weekend, aanstekers op elke afdeling, happy hour, schilder de afdeling in vrolijkere kleuren, repareren van de stoelen, gedrag van de patiënten moet beter, meer discipline, vrouwen en mannen gescheiden houden tijdens de opname, een veilige sportzaal, 3 gangen menu, zusters en broeders, die altijd aan tafel zitten tijdens het eten, badkamers beter schoon houden, bel op de kamer aan de gesloten kant.
- En zoals altijd heel veel opmerkingen, dat alles prima is.

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

- Iemand vindt, dat de opname niet goed ging. Hij werd behandeld als een crimineel.
- Sluit de mensen 's middags niet op, maar laat ze zelf kiezen of ze willen slapen of niet.
- Patiënten moeten minder roken, en hun kamer netter houden.
- Geen machtsmisbruik door personeel en geen arrogantie op de werkvloer
- Door het tempo en de organisatie van het werk ontstaan tekorten in de hulpverlening. Er zijn meerdere opmerkingen over het werktempo van de verpleegkundigen.
- Ik houd van de patient-staff-meeting
- Begeleiding was altijd met liefde en hulpverleners waren professioneel en iedereen was lief vergeleken met 6 jaren geleden
- Personeel moet op 1 lijn zijn
- Meerdere complimenten voor het geduld van het personeel, hun stijl en hun liefde
- Bezoektijden ook in de ochtend
- Meer discretie tussen patiënt en personeel
- Geef van te voren aan, welke medicatie ik krijg
- Ik heb activiteiten gemist, die er 5 jaar geleden nog wel waren
- Diagnosticeer de cliënten niet zonder voldoende analyse
- Ik houd niet van geschreeuw, roep mensen niet vanaf de deur voor hun eten of medicatie.
- De flamboyant bomen zijn er niet meer, die gaven ontspanning.



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 en men is iets meer tevreden dan vorig jaar over het resultaat van de behandeling. De tevredenheid over de participatie is opnieuw toegenomen.

Bij de open vragen zijn er nog altijd veel opmerkingen over de communicatie en bejegening, zowel positieve als negatieve, maar het aantal negatieve opmerkingen is gehalveerd t.o.v. vorig jaar. De meest geuite wens is nog steeds het krijgen van meer persoonlijke aandacht. Mensen worden op dit punt ook specifiek, ze geven duidelijker aan, welke aandacht ze willen. Ook de wensen m.b.t. vrijheden worden specifiek.

De klachten over het eten en de warmte blijven hetzelfde. Elk jaar zijn er ongeveer 5 mensen die klagen over te weinig eten en er blijven vragen om fans of airco.

Nieuw dit jaar is, dat 2 mensen vragen om een bel in de kamer om de hulpverleners op te roepen.

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 rehabilitatiegerichte behandeling binnen de kliniek.

Jaarplanning 2012 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
		Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening	
Professionalisering	1	De facilitair informatiesystemen zijn geautomatiseerd in de Filemaker-applicatie	😊
	2	Het preventief onderhoudsplan is geïmplementeerd	😞
Kwaliteit producten/diensten	3	Een hygiëncode is ingevoerd m.b.t. voedselverstrekking	😐
	4	Optimaliseren van het groepsvervoer patiënten van GGz Curaçao met eigen transportmiddelen.	😊
	5	Een meerjarenplan voor de groenvoorziening op het terrein van Klinika Capriles is opgesteld.	😐
	6	Kostprijsberekening en allocatie van maaltijden Centrale Keuken is geautomatiseerd	😞
Veiligheid	7	Bedrijfshulpverleningsorganisatie een geïntegreerd onderdeel te laten vormen van de dagelijkse bedrijfsvoering	😊
Nieuwbouw en renovatie	8	Begeleiding en realisatie van nieuwbouw Long Stay	😊
	9	Begeleiding van het inrichtingsproces van nieuwbouw Long Stay	😊
	10	Renovatieprojecten zijn gestart.	😞



Inleiding:

In 2012 is er binnen de Facilitaire Sector doelgericht gewerkt aan de uitvoering van de “*Speerpunten van de Facilitaire Sector*” zoals vastgelegd in het jaarplan van 2012.

Hoofdzakelijk de nieuwbouw Long Stay, hygiëncode HACCP in de Centrale Keuken en de implementatie van het informatiebeheersysteem Topdesk hebben veel aandacht gekregen gedurende het jaar 2012. Daarnaast zijn er in de tweede helft van 2012 voorbereidingen getroffen in de Centrale Keuken voor de uitbreiding van 450 extra maaltijden per 1 januari 2013 naar een totaal van 750 maaltijden per dag.

1. Operationele aansturing Facilitaire Sector

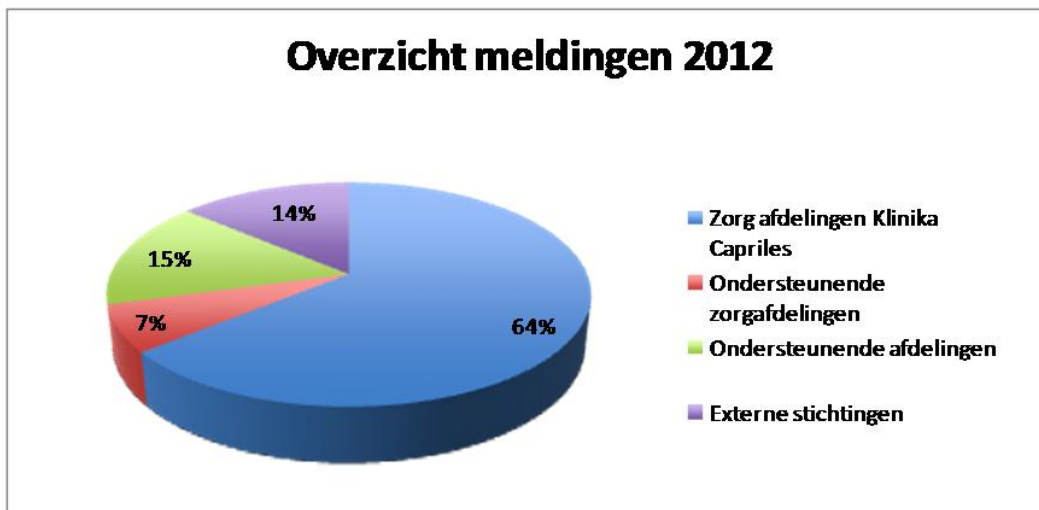
In navolging van de afgelopen jaren is er in 2012 veel aandacht besteed aan het efficiënter omgaan met de beschikbare middelen en de invulling van de werkzaamheden met het beschikbare personeel van de Facilitaire Sector. Ook de invoering van verschillende geautomatiseerde systemen heeft de efficiëntie in de uitvoering van de werkzaamheden sterk verbeterd.

Facilitaire serviceverlening .

In de tweede helft van 2012 zijn de voorbereidingen getroffen voor de overgang van het geautomatiseerd systeem “Filemaker” naar het systeem “Topdesk”. Eind 2012 is het Topdesk systeem ingericht en hebben de trainingen voor de medewerkers plaatsgevonden en op 1 januari 2013 is Topdesk “live” gegaan. In het Topdesk systeem is het naast het registreren van storingsmeldingen en het plannen van onderhoudsprojecten nu ook mogelijk om onder andere het gebruik van ruimten, auto’s en materialen te plannen en registreren.

In 2012 zijn er in totaal 2718 storingsmeldingen geregistreerd bij het Facilitair Meldpunt. Dit is een stijging in vergelijking met 2011 (2315 storingsmeldingen). Van alle zorgafdelingen scoren de afdelingen als Short Stay, Medium Stay en Kas Florisol onveranderd hoog met het aantal meldingen in 2012. Het aandeel in de storingsmeldingen van Stichting Sonrisa is ook hoog en bedraagt bijna meer dan 10% van alle geregistreerde storingsmeldingen.

Hieronder een overzicht van geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen onderverdeeld zorg, niet zorgafdelingen en externe stichtingen van GGz Curaçao.



2. Huisvesting- en renovatieprojecten

Op het gebied van huisvesting stond 2012 in het teken van de nieuwbouw Long Stay.

De bouwactiviteiten hebben gedurende het jaar 2012 een vertraging opgelopen van ongeveer 1 maand. De uitvoering verloopt desondanks voorspoedig en de oplevering van de nieuwbouw Long Stay wordt momenteel op eind juni 2013 verwacht.

Voor het proces van aanschaf interieur, inrichting van gebouwen, inrichting van omgeving en de uiteindelijke verhuizing naar de nieuwbouw Long Stay is er een commissie in het leven geroepen bestaande uit 2 vertegenwoordigers en de Coördinator van de Long Stay afdeling, Manager Zorg en Manager Facilitaire Sector. Gedurende het jaar 2012 zijn uiteenlopende besluiten genomen over inrichting van de gebouwen en aanschaf van interieur. Ook aan de omgeving rondom de nieuwbouw is al een bestemming en invulling gegeven.



De afdeling Kas Florisol heeft in 2012 een renovatie ondergaan waarbij de 7 oude gebouwen van binnen en buiten grondig zijn opgeknapt. Naast het compleet opnieuw verven van de huizen zijn onder andere alle daken en regengoten gerepareerd, ventilatieroosters van het hoofdgebouw vervangen, keukenkasten in alle huizen opgeknapt en gerepareerd en alle plafonlampen vervangen.

Overige grote projecten op gebied van huisvesting waren het van binnen en buiten opnieuw verven van de afdeling Pico Plata en het vervangen van de raampuien aan de voorkant van het Oud Hoofdgebouw van Klinika Capriles.

Installaties

Regulier onderhoud aan de airco-installaties door Tropical Cool Services is in 2012 nauwkeuriger gecontroleerd door invoering van servicekaarten bij elke airco-installatie.

Ter voorbereiding op intensief gebruik van de keukeninstallaties is er groot onderhoud gepleegd aan de bestaande installaties en zijn nieuwe installaties geïnstalleerd.

In 2012 is één van de twee generatoren voor noodstroom voorziening gereviseerd en in 2013 zal op de andere generator een revisie worden uitgevoerd.

In het patiëntentevredenheidsoverleg op de zorgafdelingen dat in 2012 heeft plaatsgevonden is het onderwerp huisvesting aan bod gekomen. Hieruit bleek dat de merendeel van de patiënten tevreden is over afdelingsomgeving, faciliteiten en de inrichting van de afdeling.

De patiënten van de afdeling Pico Plata zijn een uitzondering hierop en geven aan dat het gebouw oud is en onvoldoende privacy biedt. Na de ingebruikname van de nieuwbouw Long Stay is de afdeling Pico Plata de enige afdeling waarbij patiënten een slaapkamer moeten delen met één of meerdere personen.

Het ontbreken van verkoeling in de kamers wordt in de warme tijd ook als minder prettig ervaren door de patiënten van verschillende afdelingen.

3. Optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten

Voor het optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten is in 2012 verder gewerkt aan de volgende punten:

Transport

De efficiëntie van het groepsvervoer voor de patiënten van GGz Curaçao is in 2012 geoptimaliseerd met de overname van het groepsvervoer van Stichting Sonrisa door de Transport afdeling van Klinika Capriles. Na het met pensioen gaan van de Transport- medewerker van Sonrisa heeft Klinika Capriles een Part-time Transportmedewerker aangenomen om deze werkzaamheden uit te voeren. Doordat de planning van deze ritten centraal plaats vindt kunnen momenteel ook ritten van Klinika Capriles en Sonrisa gecombineerd worden.

Door de komst van een 45-seater autobus (schenking van Refineria Isla Curaçao B.V.) zijn de uitgave aan transportkosten aan ABC busbedrijf geminimaliseerd voor GGz Curaçao aangezien alle ritten intern worden uitgevoerd door de Transport afdeling van Klinika Capriles. Alle Transportmedewerkers hebben een additionele training ontvangen voor het besturen van de nieuwe autobus.

Schoonmaak

De beleving van de reinheid en hygiëne van de schoonmaak op de afdelingen is in vergelijking met de voorafgaande jaren verbeterd. Deze vooruitgang was al in de tweede helft van 2011 te merken en heeft zich doorgezet in 2012. De resultaten van de steekproefsgewijs gecontroleerde schoonmaakwerkzaamheden van Total Cleaning Services op de afdelingen in 2012 laten dit ook zien. De gestelde targets voor schoonmaak worden gehaald bij de Oudbouw afdelingen en Centrale Keuken. Ondanks de duidelijke verbetering met de voorafgaande jaren is de gestelde target voor de Nieuwbouw afdelingen nog niet gehaald.

De scores van de Centrale Keuken zijn echter wat vertekend aangezien het aantal steekproeven beduidend minder is dan in de afgelopen jaren. Reden hiervoor is een aanpassing in de werkwijze van schoonmaak en type schoonmaakmiddelen in verband met de invoering van de hygiëncode HACCP. In verband hiermee hebben er de laatste maanden geen officiële controles plaatsgevonden om zodoende het personeel eerst kans te geven bekend te worden met de ingevoerde aanpassingen voor schoonmaak op de werkvloer.



De scores van 2012 in vergelijking met de target en de voorafgaande jaren zijn hieronder weergegeven:

Locatie	2012 Scores	2011 Scores	2010 Scores	2009 Scores	Target Scores
Nieuwbouw	80 %	72 %	73 %	84 %	90 %
Oudbouw	78 %	60 %	60 %	79 %	72 %
Centrale Keuken	84 %	50 %	50 %	75 %	70 %

Linnenverzorging

De tevredenheid van het geleverde schone linnen en service was op de zorgafdelingen onverminderd hoog. De linnen verzorging voldoet aan de gestelde eisen voor een gezondheidsinstelling. In mei 2012 zijn op alle afdelingen nieuw linnen ingezet.

Terreinonderhoud

Het contract voor terreinonderhoud, uitgevoerd door Erwin Schoonmaakbedrijf, is op 1 januari 2012 nogmaals verlengd met een 1 jaar. Intensievere aansturing en controle op de in het contract vermelde frequentie van de werkzaamheden hebben geleid tot een zichtbaar betere terreinonderhoud. In 2012 heeft Werk in Uitvoering het schoonmaken en onderhoud van de tuinen rondom Kas Florisol en het veld van Pico Plata overgenomen van Erwin Schoonmaakbedrijf.

De aanstaande veranderingen in de bestemming van het terrein zal in 2013 moeten leiden tot een aangepaste bestek voor de terreinschoonmaak. De nadruk zal in de toekomst meer komen te liggen op tuinonderhoud dan op terreinschoonmaak.

Een masterplan voor de groenvoorziening voor het terrein rondom de nieuwbouw Long Stay en het gedeelte rondom de Kapel zijn gereed voor uitvoering in 2013. Uitgangspunt hierbij is het creëren van een omgeving van tuinen, paden en verblijfsruimten met mogelijkheden voor sociale en recreatieve doeleinden. De ontwikkeling van dit gebied zal als vertrekpunt dienen voor het verder ontwikkelen van het gehele terrein van Klinika Capriles tot tuinen en recreatiegebieden.

Magazijn

In navolging van het automatiseren van de ontvangsten van magazijngoederen in 2011 zijn de aanvragen voor uitgifte van magazijngoederen vanuit het Centrale Magazijn volledig geautomatiseerd in 2012. Alle magazijnuitgiften worden bij aanvraag direct toegewezen aan de desbetreffende afdeling waardoor informatie over de uitputting van het beschikbare budget per afdeling direct beschikbaar is.

4. Voedselverstrekking

In 2012 is aan de invoering van een hygiënecode volgens het HACCP methodiek in de Centrale Keuken van Klinika Capriles verder gewerkt. Alle processen, werkwijzen en kritische controlepunten van de voedselverstrekking in de Centrale Keuken zijn beschreven en vastgelegd in het HACCP plan. Alle keukenmedewerkers hebben een HACCP herhalingstraining doorlopen en de invoering van werkwijzen en registratieformulieren op de werkvloer hebben plaatsgevonden. Eind 2013 moet de volledige invoering van het hygiënecode volgens het HACCP methodiek in de Centrale Keuken van Klinika Capriles voltooid zijn.

In november 2012 heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid een inspectie-bezoek afgelegd aan de Centrale Keuken. De algemene indruk van de Inspectie was dat er op verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid. De meeste correctieve acties zoals die zijn aangegeven in het rapport van de Inspectie van de Volksgezondheid zijn eind januari 2013 volledig uitgevoerd. Alleen het fysiek afschermen van de keuken voor onbevoegden blijft nog staan als actiepunt voor 2013.

In het patiëntentevredenheidsoverleg op de zorgafdelingen dat in 2012 heeft plaatsgevonden is het onderwerp voeding en consumptie aan bod gekomen. Hieruit bleek dat de het merendeel van de patiënten de warme maaltijden als goed tot zeer goed beschouwen (rapportcijfer 7.8). De maaltijdenverstrekkingen wordt als smakelijk, en voldoende beschouwd. Met name de speciale maaltijd die ze krijgen op hun verjaardag wordt zeer op prijsgesteld. Sommige patiënten geven aan dat de dieetmaaltijden minder smakelijk zijn. Daarnaast werd variatie van het beleg bij de broodmaaltijden als aandachtspunt aangegeven.

In augustus 2012 heeft Klinika Capriles een overeenkomst gesloten met de SGR-Groep voor de verstrekking van de dagelijkse maaltijden per 1 januari 2013. Ook bejaardentehuis Betèsda heeft in oktober 2012 een verzoek gedaan voor het verstrekken van haar dagelijkse maaltijden per 1 december 2012. Ter realisatie van deze toenamen van 450 extra maaltijden (325 SGR en 125 Betèsda) per dag zijn er enkele fysieke aanpassingen gerealiseerd in de Centrale Keuken. Daarnaast



is het personeelsbestand van de Centrale Keuken uitgebreid met 4 FTE'ers naar een totaal van 12 FTE'ers per 1 januari 2013. Momenteel levert de Centrale Keuken 750 maaltijden per dag aan 6 verschillende zorginstellingen op Curaçao waarvan ongeveer 530 maaltijden geportioneerd en 220 maaltijden in bulk.

5. Verbeteren van de veiligheid binnen Klinika Capriles

Bedrijfshulpverlening (BHV)

De doelstelling om Bedrijfshulpverlening een geïntegreerd onderdeel te maken van de dagelijkse werkzaamheden binnen Klinika Capriles in 2012 is slechts deels gerealiseerd.

Het overvolle trainingsprogramma van de zorgafdelingen maakte het niet mogelijk om de BHV planning van 2012 volledig uit te voeren. Wel hebben de herhalingstrainingen van de BHV'ers en Ploegleiders plaatsgevonden en elke afdeling (zorg en niet zorgafdelingen) heeft een ontruimingsoefening gehad in 2012. Het orkaanstappenplan is in 2012 niet geoefend en wordt alsnog uitgevoerd aan het begin van het orkaanseizoen 2013. Ook de brandtraining voor alle werknemers is doorgeschoven naar begin 2013.

Op het gebied van Brandpreventie zijn een 5 oude gebouwen voorzien van brandmelders in 2012. In 2 gevallen ging het hierbij om een geadresseerd systeem met de mogelijkheid om in de toekomst deze aan te sluiten op het centrale brandmeldingsstelsel. In de 3 overige gebouwen zijn de ruimten alleen voorzien van "stand alone" brandmelders aangezien deze gebouwen in de nabije toekomst geen functie meer zullen krijgen. Sonrisa is in 2012 voorzien van het juiste aantal brandblussers en haspels volgens de richtlijnen van de Brandweer. Het vervangen van de oude Brandmeldinginstallaties van Sonrisa staat gepland in 2013.

Legionella

Conform onze legionella beheersplan wordt wekelijks uitvoering gegeven aan de vastgestelde spuischema. Uit de analyses van de 3 maandelijkse watermonsters blijkt dat slechts 1 gebouw (Esmeralda) niet voldeed aan de gestelde normen in 2012. In samenwerking met Aqualectra zijn hier de benodigde stappen genomen zoals het intensiveren van het spuien en het verwijderen van alle douchekoppen op de afdeling om een mogelijke besmetting van de legionella bacteriën via het inademen van aërosol te minimaliseren. Het gebouw Esmeralda zal met de opening van de nieuwbouw Long Stay in de eerste helft 2013 niet meer in gebruik worden voor verblijf van patiënten of medewerkers.

Beveiliging

Om de veiligheid van zorgpersoneel, beveiligingsmedewerkers en patiënten tijdens escalerende situaties te verbeteren hebben alle Beveiligingsmedewerkers Response training ontvangen in 2012 voor het (fysieke) begeleiden van patiënten op de zorgafdelingen.

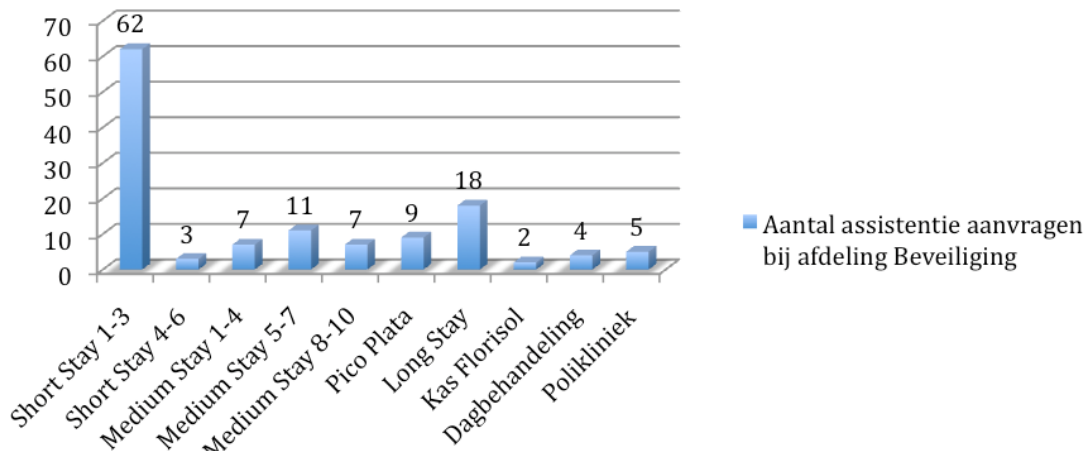
Voor fysiek optreden bij agressie hebben alle beveiligingsmedewerkers maandelijks Praktisch Penitentiaire Optreden (P.P.O.) herhalingstrainingen ontvangen van het Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid. Daarnaast zijn er zelfverdedigingscursussen gegeven aan alle Beveiligingsmedewerkers in 2012.

In 2012 werd de Beveiliging 128 keer opgeroepen om assistentie te verlenen op zorgafdelingen. In 63% van deze oproepen bestond de assistentie uit toezicht houden en begeleiding, 25% fysieke begeleiding / Response en 12% agressie optreden / P.P.O.

Bij 26 assistentie oproepen werd gebruik gemaakt van de PZI pieper (Persoonlijke Zend Installatie) door het zorgpersoneel ter indicatie dat de oproep urgent is en in slechts 2 gevallen ging het hierbij om een vals alarm.



Overzicht assistenties per zorgafdelingen



4.3.3. Klachten

Klinika Capriles heeft een klachtenregeling. Deze regeling, in de vorm van een folder, dienen alle patiënten bij opname te ontvangen. De klachtencommissie bestaat uit 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. Aan deze klachten is door de commissie in 2012 aandacht besteed.

Over één (1) klacht kon de commissie geen oordeel geven daar er geen rapportage hieromtrent is. Een klacht acht de commissie ongegrond. Over vier (4) klachten kon geen oordeel gegeven omdat de klachten een verwarde indruk van de denkwijze gaven.

De commissie had wel de volgende opmerkingen:

De klachten zijn rijkelijk laat verzonden naar de commissie. Dit was gevolg van verkeerde adressering door de instelling.

De digitale dossiers zijn niet volledig c.q. erg summier. Er zijn dagen dat er niets is gerapporteerd.

Uit de digitale rapportage wordt niet direct duidelijk, in welke gevallen gebeurtenissen die speciale aandacht behoeven hebben plaatsgevonden.

Deze opmerkingen zijn met de klachtencommissie mondeling besproken en de rapportage is tevens verzonden naar de Inspectie voor Volksgezondheid.



4.3.4. Toegankelijkheid

Klinische behandeling

Opname voor klinische 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;
 - een justitiële verklaring waarbij iemand verplicht wordt door de rechter om klinische behandeling te ondergaan;
 - 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 wachtlijst voor acute opname van patiënten die in crisis verkeren. Consequentie hiervan is wel, dat wegens plaatsgebrek 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.

Wachrooster

Klinika Capriles kent geen afdeling spoedeisende hulp die 24 uur diensten verleent. 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. De psychiaters in dienst van Klinika Capriles verzorgen een dienstrooster ten behoeve van de kliniek.

4.3.5. Veiligheid

a. Inleiding

De GGz Curaçao heeft in 2012 haar veiligheidsbeleid vastgesteld. Het veiligheidsbeleid van de GGz Curaçao heeft tot doel: *het op continue basis werken aan verbetering van het signaleren, registeren, analyseren en uitsluiten van veiligheidsrisico's*. Het veiligheidsbeleid krijgt uitvoering door de organisatie die daarvoor is vastgesteld.

Een belangrijk element in die organisatie is de interne veiligheidscommissie welke door de Raad van Bestuur op 28 februari 2012 werd ingesteld. De commissie is getraind in het doen van onderzoek volgens de methode SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie). Zij hanteert deze methode, zowel voor wat betreft het vaststellen van de noodzaak van het doen van onderzoek, het uitvoeren van het onderzoek en het verslagleggen van de onderzoekresultaten. De commissie heeft een onafhankelijke status en heeft de bevoegdheid om op eigen initiatief onderzoek te doen naar incidenten of veiligheidsproblemen binnen de organisaties van de GGz Curaçao.



De eerste periode heeft de commissie vooral aandacht besteed aan het vaststellen van de werkwijze en het maken van afspraken. Om op een weloverwogen wijze vast te stellen wanneer onderzoek gewenst of noodzakelijk is, heeft de commissie gekozen om daarbij de Risico matrix te hanteren (uit: 'Sneller beter' februari 2008), dit vormt voor de commissie een objectieve en standaard richtlijn. Eveneens heeft de commissie de projectgroep geadviseerd in het classificeren van incidenten voor de VIM applicatie. Vanaf juni vergaderde de commissie iedere 2 maanden.

Resultaten

Tabel 1 VIM meldingen per maand 2012



Tabel 2 overzicht meldingen gespecificeerd per afdeling en soort Klinika Capriles

Afdeling	AM	MF	SGG	SI	ONG	VM	OS	AO	OV
Coördinatoren					1				
Pico Plata	6	4				4	2		
Esm/Margriet	10	6			20		2	1	
Shortstay 1-3	10	2			1	12	3	1	1
Shortstay 4-6		1	1		2		3		
AT&C	2	0	3						
Kas Florisol	2	2			3		1	1	
Ambulante zorg			1						
Mediumstay	3	9		1	4		1		
Behandelaren		1							
Poli kliniek							1		1
SPV							1		
Dagbehandeling							1		
KC									
Algemeen	1								
Onderhoud							1		
Totaal	34	25	5	1	31	16	16	3	2

Tabel 3 overzicht meldingen gespecificeerd naar Dagbehandeling Dios Yudami

Afdeling	AM	MF	SGG	SI	ONG	VM	OS	AO	OV
Dagbehandeling	1								
DY									

AM: agressiemelding ; MF: medicatiefout; SGG: seksueel grensoverschrijdend gedrag; SI: somatische incidenten; ONG: ongevallen; VM: vluchtmelding; OS: onveilige situatie /bijna ongeval; AO: arbeidsongeval; OV: overig



Gezien de functies van de leden van de commissie, als medewerker bij de GGZ Curaçao, is bij ieder onderzoek zorgvuldig gekeken naar de samenstelling van de onderzoeksgroep. Uitgangspunt is steeds geweest dat de onderzoekers op geen enkele wijze binding hebben, dan wel betrokken zijn bij de afdeling cq medewerkers waar het incident heeft plaatsgevonden. Hiermee wordt beoogd de objectiviteit van het onderzoek zoveel mogelijk te waarborgen.

De commissie heeft vier SIRE onderzoeken uitgevoerd in 2012, het betrof de volgende onderwerpen:

1. *seksuele intimidatie* en aanranding van een medewerker door een patiënt.
2. *zware bedreigingen* geuit: bedreigen met het vernielen, bedreiging met mishandeling, vernieling en de dood van een medewerker door een patiënt.
3. bepaalde frequentie van *ontvluchtingen* door patiënten vanaf een gesloten afdeling.
4. bepaalde frequentie van *valincidenten* op een oudere afdeling.

De onderzoeksresultaten zijn vastgelegd in een rapport waarvoor eveneens een format is gekozen en zijn aangeboden aan de Raad van Bestuur. In de onderstaande tabellen wordt een overzicht gegeven van de meldingen.

Bevindingen en aanbevelingen

Bevindingen

- A. De eerste reacties van medewerkers op de invoering van de VIM zijn positief, medewerkers die betrokken waren bij de onderzoeken welke door de commissie zijn uitgevoerd, hebben aangegeven dat zij het SIRE onderzoek een goed initiatief vinden. Deze medewerkers gaven eveneens aan dat zij dergelijk onderzoek beschouwden als een zinvolle bijdrage aan het voorkómen of verminderen van incidenten.
- B. De commissie heeft haar bevindingen gerapporteerd aan de Raad van Bestuur. De rapportages zijn door de voorzitter mondeling toegelicht. Hoewel er afspraken zijn gemaakt met betrekking tot een terugkoppeling aan de veiligheidscommissie van genomen acties heeft dit in de praktijk nog niet plaatsgevonden. Zodoende heeft de commissie geen zicht op de uiteindelijke effecten van de aanbevelingen die zij doet naar aanleiding van de SIRE onderzoeken.
- C. De commissie heeft de indruk, gezien het aantal meldingen en het beeld wat de commissieleden hebben (uit ondermeer eigen ervaring) van de praktijk, dat nog niet alles wat gemeld hoort te worden ook daadwerkelijk wordt gemeld. Er zijn nauwelijks meldingen vanuit de ondersteunende diensten, de indruk bestaat bij de commissie dat VIM bij de ondersteunende diensten onvoldoende bekend is.
- D. In de praktijk bleek het niet haalbaar om in de volledige samenstelling te vergaderen. Voor verschillende leden blijkt het moeilijk te zijn zich tijdig vrij te kunnen maken om deel te nemen aan het overleg of dat de werkzaamheden het niet toelieten. Hoewel alle leden zeer betrokken zijn bij het onderwerp komt dit de continuïteit niet ten goede.
- E. De commissie heeft de indruk dat verschillende afdelingen die zijn aangesloten op de server middels een draadloze verbinding, vaker last hebben van uitval van de connectie op de server. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor het melden van incidenten.
- F. Yudaboyu en Sonrisa maken nog geen gebruik van de VIM applicatie.
- G. De huidige indeling van afdelingen en diensten in de VIM applicatie is onvolledig.

Aanbevelingen

De punten B, C, E en G uit de voorgaande paragraaf geven aanleiding tot het doen van aanbevelingen. Deze aanbevelingen volgen onderstaand.

- Terugkoppeling vanuit de RvB en MT en vastlegging wat er gedaan is met de aanbevelingen van de veiligheidscommissie en hoe dit is gecommuniceerd. (n.a.v. conclusie B)
- Het melden stimuleren ook hierbij de aandachtsfunctionaris inzetten (n.a.v. conclusie C).



- Zowel op Yudaboyu als Sonrisa de VIM applicatie activeren en aandacht geven aan het implementeren van VIM (n.a.v. bevinding F).
- De indeling van afdelingen / functies zoals deze nu staan vermeld in VIM aanpassen en uitbreiden o.a.: (n.a.v. conclusie G)
 - Mediumstay opsplitsen in 1-4, 5-7 en 8-10
 - Deeltijd toevoegen
 - Para-medische dienst toevoegen
 - De afdelingen van de Facilitaire dienst toevoegen
 - Dagbehandeling Dios Yudami als afdeling invoeren, niet als organisatie
- Aandacht geven aan de ondersteunende diensten (n.a.v. conclusie C)

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 2012 uit:

- Dhr. G. Amaro, psychiater;
- Dhr. M. Dings, psychiater;
- Mw. P. Gelan, psychiater tevens coördinerend medisch hoofd;
- Mw. M. Grullon, psychiater;
- Mw. V. Garcia-Buchaca, kinder- en jeugdpsychiater;
- Mw. K. Hermans, kinder- en jeugdpsychiater tevens directeur van het Centrum voor KJP
- 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;
- Dhr. G. Streedel, gz-psycholoog
- Mw. E. Vègh, gz-psycholoog tevens manager zorg;
- Mw. A. de Pool, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. Y. Donkers, kinder- en jeugdpsycholoog;



- o Mw. M. Klijnstra, psycholoog;
- o Mw. Sh. Casseres, somatische arts;
- o Mw. L. Reigina, apotheker (toezichhoudend);
- o Dhr. M. Huizer, tandarts;
- o Mw. F. van Eijndhoven, diëtist.

Met uitzondering van één psychiater hebben de psychiaters, psychologen, somatische arts en arts-assistent een voltijds dienstverband. De resterende leden van de behandelstaf hebben een contract voor het verrichten van opdrachten, variërend van 6 – 32 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 2012	251	247.05
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	188	185.25
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	37	36.1
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	29	29
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	37	36.25
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	33	32.25
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2012	251	246.9
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	184	182

Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2012	Aantal
Pensioen	11
Vrijwillig	10
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	7
Overleden	1
Contract niet verlengd	1
Gedwongen	7
Totaal	37

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	5.70
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	5.68

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 5.7.

Het ziekteverzuim percentage van 2011 dat in het jaarverantwoording van 2011 is vermeld was 7.8. In werkelijkheid is deze percentage 6.4. Het verschil ligt in het feit dat de gebruikte formule niet geheel klopte.



Hele organisatie:

Het ziekteverzuim percentage 2012 is 5.7% (0.7% ▼ in vergelijking met 2011).

De daling van de ziekteverzuim% is een gevolg van het feit dat er 4 langdurig ziekteverzuim gevallen en 591 ziektedagen minder waren in 2012. Het aantal ziektemeldingen is gestegen met 8 maar de verzuimfrequentie is gedaald met 0.1%. De daling van de verzuimfrequentie ligt aan het feit dat er in 2012 meer medewerkers in dienst waren dan in 2011.

Zorg:

De ziekteverzuim percentage 2012 is 5.68% (1.32% ▼ in vergelijking met 2011).

In 2011 hebben 6 van de 17 langdurig verzuim gevallen langer dan 6 maanden geduurd terwijl in 2012 slechts 2 van de 16 gevallen langer dan 6 maanden hebben geduurd. In totaal waren er in de zorg 754 verzuimdagen minder in 2012.

Jubilea

Gedurende het jaar 2012 waren:

- 2 medewerkers 12.5 jaren in dienst
- 3 medewerkers 25 jaren in dienst
- 2 medewerkers 30 jaren in dienst
- 6 medewerkers 35 jaren in dienst
- 1 medewerker 40 jaren in dienst

Functie Waarderingsysteem.

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

Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO)

Een CAO getekend met de Curaçaosche Bond van Werknemers in de Verplegende en Verzorgende instellingen (CBV) is per 1 juli 2012 opgezegd.

Vanaf 1 augustus 2012 is een CAO getekend met de Algemene Bond van Overheidspersoneel (ABVO) die in werking trad op 1 augustus 2012 voor een periode van één (1) jaar.

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december 2012	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december 2012
Totaal personeel	10	5
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	6	5

4.5.2. Kwaliteit van het werk

Opleidingen

In het jaar 2012 zijn een groot aantal "centraal georganiseerde" trainingen ingepland. In de loop van het jaar bleek dat de druk op de afdeling dusdanig hoog was dat is besloten een aantal activiteiten terug te schroeven of de training in beperkte cq kleinere groepen alsnog aan te bieden.

Activiteiten:

- **Cognitieve gedragstherapie**

Cognitieve gedragstherapie is een behandelmethodede 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. In verschillende trajecten zijn met name behandelaren actief om zich verder te bekwamen in de cognitieve gedragstherapie. Activiteiten op dit gebied hebben een doorlopend karakter

- **Beveiligingsmedewerkers**

Alle beveiligingsmedewerkers hebben geparticipeerd in een herhalingscursus, zowel op het gebied van BHV alsook op het gebied van EHBO. Daarnaast heeft de meerderheid van de beveiligingsmedewerkers meegedaan aan de Response® trainingen, een training gericht op een



andere manier van omgaan met agressie incidenten met een duidelijke focus op veiligheid voor de medewerkers, de klanten en de omgeving.

- **HACCP Keukenmedewerkers:**

Gedurende 2012 heeft een training plaatsgevonden ten behoeve van het keukenpersoneel. Uitgangspunt van de training is dat medewerkers beter in staat zijn te werken volgens de HACCP – normen.

- **Basiscursus nieuwe medewerkers**

In 2012 hebben in totaal 20 medewerkers van GGz Curacao de basiscursus afgerond met een certificaat

De basiscursus is in 2012 geëvalueerd en op basis daarvan is per april 2012 gestart met een nieuwe opzet. In 20 lesdagen per groep (1 lesdag per 14 dagen) komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Basistraining SRH
- Casuïstiek rondom SRH
- Beroepshouding
- Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte
- Visie missie en beleid van de organisatie
- Bedrijfs hulpverlening
- Response
- ARBO

- **EZRA**

Nieuwe medewerkers krijgen direct na indiensttreding training in het werken met EZRA. Voor bestaande medewerkers is gedurende 2012 training gegeven rondom het werken met de medicatie module binnen EZRA

- **Rehabilitatie**

Klinika Capriles voert binnen de zorgafdelingen het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) in. Al vanaf 2008 is de opleidingsadviseur hierbij betrokken, als lid van de werkgroep Rehabilitatie. In 2012 hebben de volgende activiteiten op dit gebied plaatsgevonden:

1. *Basistraining SRH*, geïncorporeerd in de basiscursus voor nieuwe medewerkers. Ten behoeve van de nieuwe basiscursus hebben de docenten een nieuw trainingsprogramma rondom SRH opgesteld. Dit programma bestaat uit de volgende onderdelen:
 - a. LSD
 - b. Kwaliteit van leven / herstelgericht werken
 - c. Presentiegericht werken
 - d. Krachtgericht werken
 - e. Methodiek SRH

Daarnaast zijn binnen de basiscursus casusmiddagen opgenomen. Hierin wordt de koppeling gemaakt van de theorie naar de praktijk. Aan de hand van 4 verschillende casussen wordt het gehele SRH – proces doorlopen. Gedurende de middagen hebben de deelnemers de kans om samen met een rehabcoach die tevens als acteur optreedt diverse fasen van het proces uit te spelen en hierop feedback te ontvangen van groepsgenoten en docenten.

2. *Coaching rehabilitatie coaches*

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

3. *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.

4. *Training Storm.:*

Met financiële ondersteuning van het Storm Fonds is al in 2011 een start gemaakt met het certificeren van docenten, coaches en leidinggevenden in SRH. In 2012 hebben opnieuw 2 trainingsweken plaatsgevonden. De deelnemers hebben voor de opleiding diverse producten aan moeten leveren voor de docenten; begin 2013 zullen de deelnemers op basis van die



producten worden gecertificeerd. Een groep van totaal 27 medewerkers GGz breed heeft deelgenomen aan deze trainingen

- **Response®**
In november 2011 zijn 10 aspirant trainers opgeleid als Response – trainer. Gedurende een training van een week zijn allen gecertificeerd. Gedurende 2012 zijn 12 Response workshops van twee dagen georganiseerd. Hierbij zijn in totaal 140 werknemers aanwezig geweest.
- **VIM**
In december 2011 is de applicatie Veilig Incidenten Melden beschikbaar gekomen voor de organisatie. In de trainingen VIM wordt vooral aandacht besteed aan een veilige cultuur voor het melden van incidenten. In totaal hebben gedurende 2012 160 medewerkers GGz breed de VIM training ontvangen
- **Personeels evaluatie systeem**
Gedurende 2012 is een pilot opgestart rondom een nieuw, meer krachtgericht personeels evaluatie systeem. Afgesproken is dat de Facilitaire dienst in die Pilot mee is gaan draaien. In de praktijk zijn er diverse trainingen geweest, zowel voor medewerkers als voor leidinggevenden om hen toe te kunnen rusten om goed om te kunnen gaan met het nieuwe systeem. Met het vertrek van de HR – manager is dit project voor de andere afdelingen “on hold” gezet. In de loop van 2013 komt meer duidelijkheid over voortgang en status en de eventueel daaraan te koppelen trainingen.

Individuele scholingsactiviteiten:

- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| • HBO Social Work UNA 2009 – 2012 | 5 medewerkers |
| • HBO Social Work UNA 2010-2013 | 1 medewerker |
| • Opleiding SPW niveau 4 OSBOD | 3 medewerkers |
| • Opleiding Kok niveau 2 2012-2013 | 1 medewerker |
| • Microsoft Certified Server Operator | 1 medewerker |

Beleidsmatige aspecten:

1. Het strategisch opleidingsplan voor GGz Curacao is vastgesteld
2. Opstarten van GGz Academie
3. Opdoen van kennis en ervaring op het gebied van e – learning, dit moet uiteindelijk leiden naar het beschikbaar hebben van twee e – learning modules binnen de GGz in 2013. Van daaruit zullen de mogelijkheden verder worden onderzocht

Stages

Klinika Capriles speelt als enige psychiatrisch ziekenhuis op Curaçao een belangrijke rol bij de opleidingen voor zorg- en welzijn. Jaarlijks worden binnen Capriles zo'n 100 studenten van verschillende opleiding 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.

Met diverse Hogescholen bestaan nauwe contacten over stages van diverse opleidingen. Stagiaires (HBO vanuit Nederland) worden actief geworven op basis van specifieke opdrachten.

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 zijn in 2012 in totaal een 40 – tal medewerkers opgeleid tot leermeester.

Aantallen:

In totaal zijn 478 medewerkers in 2012 betrokken geweest bij een opleiding en of training. Dit varieert van 4 – jarige opleidingen bij erkende instituten zoals de UNA tot 1-daagse training die intern worden georganiseerd. Uitgaande van een personeelsbestand van 250 medewerkers betekent het dat gemiddeld iedere werknemer 2 trainingen cq trainingsmomenten heeft gevolgd verdeeld over een kleine 20 verschillende soorten trainingen.

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 1 april 2012 eindigde de keuze stageperiode van een (1) psychiater in opleiding uit Nederland.

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 2012 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 opleidingschool IFE, Regina Pacis, Eligia Martier en Ancilla Domini praktijkstages bij ons.

4.6. Wetenschappelijk onderzoek

Voor het onderzoek naar de kosteneffectiviteit van medicatiegebruik is de CYP 2D6 en 2C19 gen bepaling bij Antillianen in Curaçao en Nederland opgestart. De eerste fase is succesvol afgerond.

4.7 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 2012 Financieel management

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
	A	Bedrijfsvoering: financiën / ICT	
Financiën	1	Realiseren van een taakstellende begrotingssysteem tbv GGz werkstichtingen	
Financiën	2	De organisatie en formatie "Financieel Beheer" is op niveau	
Financiën	3	Realisatie Enterprise Resource Planning (ERP)	
Financiën	4	Tijdig, juiste en volledige beschikbaarheid van financiële management informatie	
Financiën	5	Realisatie van een efficiënt inkoopbeleid	



Financieel beleid 2012

De kliniek heeft in 2012 in het kader van haar financieel beleid een aantal punten van haar strategische doelstellingen gerealiseerd danwel is er nog mee bezig:

- In het licht van het werken met totaal geïntegreerde systemen is de Interne Order Applicatie in 2012 geïmplementeerd. Hierdoor werd o.m. digitalisering van aanvragen van goederen en diensten bij Magazijn- en Inkoop-afdeling, met inzicht in budget uitputting vanuit de werkplek, mogelijk. Voorts realisatie van doelmatige kostenallocatie.
- Door enerzijds een slecht betalingsgedrag van de Overheid en anderzijds een aantal rechtszaken om beslagen gelden en betwiste vorderingen te kunnen innen vertoonde het liquiditeitsbeheer tal van uitdagingen. ,
- Tot voor kort werd op de materiële vaste activa in het jaar van aanschaf niet afgeschreven, echter is met ingang van 2012 besloten op de materiële vaste activa vanaf het moment van in gebruikname af te schrijven.
- In 2012 is de beoogde juridische overdracht van de gebouwen niet gerealiseerd.
- De in voorraden voedingsmiddelen, kantoorartikelen, technische artikelen en overige onderhoudsartikelen geïnvesteerd vermogen is licht gestegen t.o.v. 2011. Dit is voornamelijk veroorzaakt door extra inkopen aan voedingsmiddelen aan het eind van het jaar om contractuele afspraken met o.a. SGR-groep als Betesda na te kunnen komen. Het gevoerde inkoopbeleid in beide eerder genoemde gevallen heeft gezorgd voor de bereikte positieve resultaten.

Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

Dr. David Ricardo Capriles

Curaçao

Verkorte Jaarrekening 2012

Inhoud

1	Controleverklaring van de onafhankelijke accountant	3
1.1	Controleverklaring van de onafhankelijke accountant	4
2	Verkorte Jaarrekening	5
2.1	Verkorte Balans per 31 december 2012 *	6
2.2	Verkorte Staat van Baten en Lasten 2012	7
2.3	Verkorte Mutatie-overzicht eigen vermogen over 2012	8
2.4	Verkorte Kasstroomoverzicht 2012	9
2.5	Toelichting op de verkorte balans per 31 december 2012	10

1 Controleverklaring van de onafhankelijke accountant



Controleverklaring van de onafhankelijke Accountant

Aan het Bestuur van
Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles

Referentie: CJ/136140/2130910

Opdracht

Wij hebbe gecontroleerd of de in dit verslag opgenomen verkorte jaarrekening van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles te Curaçao over 2012 op de juiste wijze is ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2012 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles. Bij die jaarrekening hebben wij op 24 oktober 2013 een goedkeurende controleverklaring verstrekt. Het bestuur van de entiteit is verantwoordelijk voor het opstellen van de verkorte jaarrekening in overeenstemming met de grondslagen zoals gehanteerd in de jaarrekening 2012 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles. Het is onze verantwoordelijkheid een controleverklaring inzake de verkorte jaarrekening te verstrekken.

Werkzaamheden

Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht. Dienovereenkomstig dienen wij onze controle zodanig te plannen en uit te voeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de verkorte jaarrekening op de juiste wijze is ontleend aan de jaarrekening.

Oordeel

Naar ons oordeel is de verkorte jaarrekening in alle van materieel belang zijnde aspecten op de juiste wijze ontleend aan de jaarrekening.

Toelichting

Wij vestigen aandacht op dat voor het inzicht vereist is voor een verantwoorde oordeelsvorming omtrent de financiële positie en de resultaten van de entiteit en voor een toereikend inzicht in de reikwijdte van onze controle de verkorte jaarrekening dient te worden gelezen in samenhang met de volledige jaarrekening, waaraan deze is ontleend, alsmede met de door ons daarbij op 24 oktober 2013 verstrekte goedkeurende controleverklaring. Deze toelichting doet geen afbreuk aan ons oordeel.

Curaçao, 24 oktober 2013
PricewaterhouseCoopers Curaçao



Cees Rokx

PricewaterhouseCoopers Curaçao, Julianaplein 38, Postbus 360, Willemstad, Curaçao
T: +(5999) 430 0000 F: +(5999) 461 1118, www.pwc.com/dutch-caribbean

2 Verkorte Jaarrekening

2.1 Verkorte Balans per 31 december 2012 *

	<u>Toel.</u>	<u>31 december 2012</u>	<u>31 december 2011</u>
		ANG	ANG
ACTIVA			
Materiele vaste activa		25,933,012	22,435,818
Financiële vaste activa		2,180,815	2,180,815
Voorraden		213,605	325,554
Debiteuren		7,126,812	9,616,816
Overige vorderingen		1,224,967	1,359,350
Liquide middelen		<u>1,051,669</u>	<u>2,725,509</u>
		<u>37,730,880</u>	<u>38,643,862</u>
PASSIVA			
Eigen vermogen			
Stichtingskapitaal		100	100
Algemene reserve		4,300,754	4,445,923
Bestemmingsreserve	2.5.3	11,492,341	11,911,341
Exploitatie lopend boekjaar		<u>(3,864,483)</u>	<u>(145,169)</u>
		<u>11,928,712</u>	<u>16,212,195</u>
Schulden			
Fonds Materiële Vaste Activa		17,126,305	18,210,976
6.6% Annuïteitenlening Orco Bank	2.5.4	2,741,946	-
Crediteuren		1,424,534	1,442,958
Sociale premies en overige schulden		<u>4,509,383</u>	<u>2,777,733</u>
		<u>25,802,168</u>	<u>22,431,667</u>
		<u>37,730,880</u>	<u>38,643,862</u>

*vóór verdeling van de winst

2.2 Verkorte Staat van Baten en Lasten 2012

	<u>2012</u>	<u>2011</u> *
	ANG	ANG
BATEN		
Omzet verrichtingen	24,145,132	24,759,401
Overige opbrengsten	<u>199,163</u>	<u>209,281</u>
	<u>24,344,295</u>	<u>24,968,682</u>
LASTEN		
Personeelskosten	18,811,351	18,188,543
Huisvestingskosten	2,627,719	2,456,511
Verbruik behandelingskleding en voedingsartikelen	2,133,041	2,429,264
Vervoerskosten	262,253	209,013
Onderhoudskosten	557,859	546,573
Algemene kosten	1,040,816	894,086
Dotatie voorziening debiteuren	<u>1,532,138</u>	<u>293,655</u>
	<u>26,965,177</u>	<u>25,017,645</u>
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	<u>(2,620,882)</u>	<u>(48,963)</u>
Financiële kosten	(92,043)	(18,548)
Afschrijvingskosten	(546,486)	(596,783)
Overige baten	554,906	519,125
Overige lasten	<u>(1,159,978)</u>	<u>-</u>
Exploitatie overschot/(tekort)	<u>(3,864,483)</u>	<u>(145,169)</u>

De vergelijkende cijfers zijn voor vergelijkingsdoeleinden aangepast.

2.3 Verkorte Mutatie-overzicht eigen vermogen over 2012

	Kapitaal Stichting		Algemene Reserve		Bestemmings-Reserve		Exploitatie- resultaat		Exploitatie- resultaat		Totaal	
	ANG	ANG	ANG	ANG	ANG	ANG	voorgaande jaren	lopend boekjaar	voorgaande jaren	lopend boekjaar	ANG	ANG
Stand per 1 januari 2011	100	-	-	17,111,341	(572,642)	190,485	190,485	16,729,284				
Resultaat voorgaande boekjaar	-	-	-	-	190,485	-	(190,485)	-				
Exploitatie-tekort	-	-	-	-	-	-	(145,169)	-				
Vrijval bestemmingsreserve en toevoeging Eigen Vermogen	-	5,200,000	-	(5,200,000)	-	-	-	-				
Aanzuivering exploitatie voorgaande boekjaren	-	(754,077)	-	-	754,077	-	-	-				
Afname aanwending voorraadreservefonds	-	-	-	-	(371,920)	-	-	-				
Stand per 31 december 2011	100	4,445,923	-	11,911,341	-	-	(145,169)	16,212,195				
Resultaat voorgaande boekjaar	-	(145,169)	-	-	(417,596)	-	145,169	-				
Exploitatie-tekort	-	-	-	-	417,596	-	(3,864,483)	(3,864,483)				
Correctie vervanging investeringsreserve Drugstorensische Afdeling "Pico Plata"	-	-	-	(419,000)	-	-	-	(419,000)				
Stand per 31 december 2012	100	4,300,754	-	11,492,341	-	-	(3,864,483)	11,928,712				

2.4 Verkorte Kasstroomoverzicht 2012

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
	ANG	ANG
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatie (tekort)/overschot	(3,864,483)	(145,169)
Afschrijvingskosten	546,486	596,783
Afname debiteuren	2,490,004	270,164
Afname/(toename) overige vorderingen	134,417	(436,753)
Afname/(toename) voorraden	111,950	(35,381)
(Afname)/toename crediteuren	(18,461)	842,126
Toename overige schulden	1,731,652	827,227
Afname aanwending voorraadreservefonds	-	(371,920)
Afname vervangingsreserve	<u>(419,000)</u>	<u>-</u>
Netto kasstroom uit operationele activiteiten	<u>712,566</u>	<u>1,547,077</u>
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Netto investeringen materiële vaste activa	(5,128,351)	(912,949)
Netto investeringen in vlottende financiële vaste activa	-	(180,815)
Netto kasstroom uit investeringsactiviteiten	<u>(5,128,351)</u>	<u>(1,093,764)</u>
Financieringsactiviteiten		
Annuïteitenlening Orco Bank	<u>2,741,946</u>	<u>-</u>
Netto kasstroom uit financieringsactiviteiten	<u>2,741,946</u>	<u>-</u>
(Afname)/toename liquide middelen	<u>(1,673,839)</u>	<u>453,313</u>
Mutatie liquide middelen	<u>2,725,509</u>	<u>2,272,196</u>
Liquide middelen per 31 december	<u>1,051,670</u>	<u>2,725,509</u>

2.5 Toelichting op de verkorte balans per 31 december 2012

2.5.1 Algemeen

De Dr. D.R.Capriles Kliniek is met ingang van 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 Curaçao. De financiële en personele invulling van de verzelfstandiging vond plaats per 1 januari 2001.

De Stichting is ondergebracht in gebouwen, gelegen op een perceel grond te Mohikanenweg 8, dat vanaf 10-10-2010 aan de rechtspersoon het Land Curaçao toebehoort.

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

- Gebouwen
- Infrastructuur;
- Installaties en automatisering;
- Inventaris en inrichting.

De kostprijs van deze ter beschikking gestelde materiële vaste activa bedraagt ANG 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. Ook na 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 Curaçao. 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 Curaçao, ter beschikkinggestelde materiële vaste activa geactiveerd in de balans van de Stichting op de wijze zoals hierna in de toelichting aangegeven.

Noemenswaardig is het dat de Stichting in september 2011 ten behoeve van de bouw van Longstay -woningen, een contract met de Orco Bank N.V. heeft 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%;
- Fiduciaire eigendomsoverdracht van de vlottende activa;
- Pandrecht op debiteuren en verzekeringspolissen.

De bouw is een investering ter vervanging van de huidige gebouwen waarin de longstay afdelingen "Esmeralda en Magriet" gehuisvest zijn.

Voorts heeft zich op 31 december 2010, een zeer belangrijke ontwikkeling voorgedaan. Per vermelde datum is het beheersstructuur van de Stichting, dat tot die datum een Bestuursmodel had, veranderd in een Raad van Toezicht model met haar Raad van Bestuur. Per dezelfde datum is de Stichting als werkstichting tot de stichting GGz Curaçao gaan behoren. Het gevolg hiervan dat in het verslag 2012, het Raad van Toezicht model van toepassing is geweest.

In het kader van haar dienstverlening heeft de Stichting onder meer met het Bureau Ziektekosten Voorziening (BZV) een zorgovereenkomst gesloten.

Als zodanig is voor het verslag jaar 2012 een zorgcontract afgesloten tussen BZV en de Stichting. In dit verslagjaar is het voorschot/budgetbedrag vastgesteld op ANG13.1 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 2012 is ca. ANG 12.8 miljoen (2011: ANG 12.6 miljoen) door de Stichting aan declaraties ingediend bij het BZV-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd ANG 13.1 miljoen (2011: ANG 13.1 miljoen) ontvangen.

De Stichting had 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 ANG 1.040.000.

Echter voor de verslagjaren 2009, 2010, 2011 en 2012 was 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, 2011 en 2012. Partijen hebben stilzwijgend besloten het jaarlijks budgetbedrag dat in 2008 heeft gegolden aan te houden, namelijk ANG 1.040.000.

Aan het eind van de looptijd zullen de Stichting en de Sociale Verzekeringsbank 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.

Algemene waarderingsgrondslagen

De toegepaste waarderingsgrondslagen gaan uit van de historische kosten cq kostprijs. Voor zover niet anders vermeld, zijn de activa en de passiva tegen de geamortiseerde kostprijs 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 acht genomen 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 en schulden 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.

2.5.2 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 kostprijs (ANG 43.496.262) zoals opgegeven door een technisch expert. Op deze kostprijs 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. Dit zijn een voorraadmagazijn voor de medicijnen, verbandartikelen, etc. en een magazijn voor o.a. voedings-, huisvestings-, en kantoorartikelen.

Sinds het operationeel gaan de Stichting in 2001 zijn deze voorraden niet geactiveerd. De aangekochte voorraden werden direct als lasten in de staat van baten en lasten verantwoord. In 2009 is voor het eerst besloten deze voorraden te activeren tegen een vaste verrekenprijs ten gunste van het eigen vermogen.

In 2009 is voor de balanstoeiname een Algemene reserve van ANG 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 2011 is eveneens op deze voorziening afgeboekt. Dit had betrekking op nagekomen correcties op de voorraden geconstateerd bij de opname eind 2011. In 2012 zijn geen boekingen meer hierop verricht.

Financiële activa

De vlottende financiële activa bestaan uit 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 geamortiseerde kostprijs, 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. rechtsopvolger van het Land Curacao, ter beschikking gestelde materiële vaste activa is de kostprijs 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 meer via de staat van baten en lasten, maar ten laste van het fonds materiële vaste activa verantwoord.

Als zodanig 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, 2011 en als zodanig ook het verslagjaar 2012.

2.5.3 Bestemmingsreserve

	<u>2,012</u>	<u>2,011</u>
	ANG	ANG
Vervangingsinvestering Drugsforensische Afdeling "Pico Plata"	9,381,000	9,800,000
Toekomstig onderhoud	<u>2,111,341</u>	<u>2,111,341</u>
Stand per 31 december	<u>11,492,341</u>	<u>11,911,341</u>

2.5.4 6.6% Annuïteitenlening Orco Bank

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%;
- Fiduciaire eigendomsoverdracht van de vlottende activa;
- Pandrecht op debiteuren en verzekeringspolissen.

De bouw is een investering ter vervangen van de huidige gebouwen waarin de longstay afdelingen "Esmeralda en Magriet" gehuisvest zijn.



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)	Ja
Begeleid Zelfstandig wonen /ambulante begeleiding	
Dagactiviteiten	Ja
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 2012 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	4.057
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2012	199
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2012	
Aantal plaatsen voor Deeltijd- of Dagbehandeling	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in verslagjaar	70.536
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in verslagjaar	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in verslagjaar	12.953
Aantal ambulante contacten (incl. Deeltijd /dagbehandelingen) in verslagjaar	27.178
Personeel	
Aantal patiëntgebonden personeelsleden in loondienst op 31 december 2012	184
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2012	182
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2012	251.0
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2012	246.9
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (in ANG.) in 2012	24,145,132
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	199,163

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 2012	Aantal fte's per 31 december 2012
<i>1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst</i>				
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies		413100	8	7.9
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties		413200 + 413300		
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning		413400	3	3
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding		413500	18	17.2
	Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 5)	413600	13	13
	Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 4)	413600	104	104
	Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)	413600	17	17
	Helpenden (niveau 2)	413600	6	6
	Zorghulpen (niveau 1)	413600	1	0.5
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel		413600	141	14.05
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies		413700	14	13.4
Subtotaal		413000	184	182
<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	17	16.3
Personeel hotelfuncties		412000	43	41.6
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies		415000	7	7
Subtotaal		411+412+ 415000	67	64.9
B) Personeel niet in loondienst		Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2012	Aantal fte's per 31 december 2012
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			1	0.8
Overig ingehuurd personeel			12	4.6
Vrijwilligers				
Alfa-helpenden				
Subtotaal			13	5.4
A + B) Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst			264	252.3



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 middelengebruik	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	0	0



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?	89	96
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	94	98

1.b Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten na opname.

	% patiënten dat na meting GAF is verbeterd	% patiënten dat na meting GAF is gestabiliseerd
Psychotische stoornissen	91.4	8.6
Stemmingsstoornissen	94	6
Angst- / stressgebonden stoornissen		
Persoonlijkheds- / gedragsstoornissen	100	0
Cognitieve / organische stoornissen	66	33
Stoornissen in ontwikkeling / gedrag	87.5	12.5
Stoornissen door alcohol / drugs	81.5	18.5

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	60
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 de in juni 2012 nieuw opgenomen patiënten wijst uit dat een kleine meerderheid 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. Het geconstateerde percentage (60%) is niet conform het vastgesteld beleid (100%).

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.

Het elektronisch patiëntendossier bevat een medicatiemodule. De voorschrijver (behandelaar), uitzetter (apotheker /apothekersassistente) en toediener (begeleider) hanteren allen één en hetzelfde medicatieoverzicht als uitgangspunt van alle handelingen. Deze eenduidigheid van informatie rondom het medicatieproces van de patiënt bevordert de medicatieveiligheid in hoge mate 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)*	163
Gemiddelde separeerduur in uren (in isolatiecellen)	36

* 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 separeemaatregel 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.

Vergeleken met 2011 wordt een toename van 40 % geconstateerd van het aantal gevallen waarbij de patiënt werd geïsoleerd. Tevens is de isolatieduur met 20% toegenomen. Het isoleren blijft onze aandacht vergen.

3. CLIËNTEVREDENHEID

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?	71	99
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	81	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?	82	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?	79	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 2^{de} kwartaal van 2013 gereed zal zijn, omdat ze graag meer privacy willen hebben

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?	92	98
Heeft uw hulpverlener voldoende belang gehecht aan uw mening?	87	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:

- Behandelen- 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?	83	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over uw behandel- of begeleidingsplan?	78	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	78	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
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	37	36.10
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	29	29.00
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	37	36.25
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	33	32.25

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	5.5
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	5.5

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	10	5
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	6	5

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	(16)	(1)
Resultaatboekjaar	(3,864,483)	(145,169)
Totale opbrengsten boekjaar	24,344,295	24,968,682

Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen ten opzichte van de kortlopende schulden, exclusief voorraden)	1.58	3.25
Current ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen gedeeld door kortlopende schulden, inclusief voorraden)	1.62	3.32
Vlottende activa inclusief liquide middelen	9,617,053	14,027,227
Vlottende activa exclusief voorraden	9,403,448	13,701,675
Totaal kortlopende schulden	5,933,917	4,220,691

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0.32	0.42
Totaal eigen vermogen	11,928,712	16,212,195
Balanstotaal	37,730,880	38,643,862
Vermogensratio (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0.50	0.65
Totaal eigen vermogen	11,928,712	16,212,195
Totaal opbrengsten	24,344,295	24,968,682



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

