



Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis



Jaarverantwoording 2013





Inhoudsopgave

JAARDOCUMENT 2013 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.....	11
3.1. BESTUUR EN TOEZICHT.....	11
3.2. BEDRIJFSVOERING.....	11
3.3. CLIËNTENRAAD.....	12
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	14
4.1. MEERJARENBELEID	14
4.2. ALGEMEEN BELEID.....	16
4.3. KWALITEITSBELEID	18
4.4. KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS	31
4.5. SAMENLEVING.....	36
VERKORTE JAARREKENING 2013.....(1)	38
CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT.....(4)	41
2.1 VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2013.....(6)	43
2.2 VERKORTE STAAT VAN BATEN EN LASTEN.....(7)	44
2.3 VERKORTE MUTATIE-OVERZICHT EIGEN VERMOGEN 2013.....(8)	45
2.4 VERKORTE MUTATIE-OVERZICHT KASSTROOM OVER 2013.....(9)	46
2.5 TOELICHTING OP DE VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2013.....(10)	47
A. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 2 PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	52
A.1 NADERE TYPERING	52
A.2 KERNGEGEVENS	53
A.3 WERKGEBIEDEN	53
A.4 PERSONEEL.....	54
A.5 GEGEVENS VERBLIJFPLAATSEN	55
B. BESTUUR EN TOEZICHT.....	56
B.1 GOVERNANCECODE.....	56
B.2 BESTUURSTRUCTUUR.....	56
B.3 TOEZICHTHOUDEND ORGAAN.....	56
B.4 TRANSPARANTIE BESTUURSTRUCTUUR.....	58
B.5 TRANSPARANTIE BEDRIJFSVOERING	58
B.6 SAMENSTELLING RAAD VAN BESTUUR EN RAAD VAN TOEZICHT	59
C. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 4 BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	60
A. ALGEMEEN KWALITEITSBELEID	60
B. KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN	60
A. KWALITEIT VAN ZORG.....	60
B. KLACHTEN	63
C. PERSONEELSBELEID	64
A. KWALITEIT VAN HET PERSONEEL	64
B. KWALITEIT VAN HET WERK	64
D. FINANCIËEL BELEID	66



Jaardocument 2013 Klinika Capriles

Het jaardocument 2013 is opgesteld en op 4 juli 2014 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Waldi Oostburg
Raad van Bestuur

Het jaardocument 2013 is op 6 september 2014 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Steve Smith
Voorzitter Raad van Toezicht



Voorwoord

In het onderhavig jaarverslag treft u in vogelvlucht de resultaten aan die onze kliniek in 2013 heeft weten te behalen. Ook dit jaar is de kliniek diverse uitdagingen aangegaan om te komen tot verbeteringen in de geleverde zorg, in de wijze waarop deze wordt georganiseerd en de middelen en menskracht die hiervoor nodig is. Het grote aantal geboekte resultaten toont aan dat de kliniek een organisatie in beweging is en werk maakt van haar zorgvisie.

De kliniek heeft het bieden van verantwoorde zorg hoog in het vaandel staan. Het leveren van herstelgerichte zorg op basis van de methodiek van Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) blijft hierbij ons streven. De te realiseren noodzakelijke omslag in het denken en doen van onze zorgmedewerkers ligt op schema al dienen wij ons wel te realiseren dat ook de komende jaren de ontwikkeling en borging van deze zorgvisie nog de nodige aandacht zal behoeven.

Naast de resultaten die zijn geboekt op het gebied van zorg en behandeling en die doorgaans naar tevredenheid stemmen, is de kliniek bijzonder verheugd met de oplevering en ingebruikname van een gehele nieuwe huisvesting ten behoeve van haar groep van veertig 'longstay' cliënten. De verhuizing heeft erin geresulteerd dat de woonsituatie van deze groep cliënten aanzienlijk is verbeterd en als voorbeeld kan dienen voor toekomstige ontwikkelingen in de verblijfszorg.

Een groot zorgpunt blijft de financiële situatie van de kliniek. De sterk verouderde wettelijke tarieven en het uitblijven van zorgcontracten met de SVB voor het verlenen van zorg aan zowel de BVZ-populatie als de AVBZ-cliënten hebben in 2013 geresulteerd in een negatief exploitatieresultaat dat zwaar drukt op de instelling. Deze punten vormen een steeds grotere bedreiging voor de continuïteit van onze zorg- en dienstverlening. Het spreekt voor zich dat de kliniek zich tot het uiterste inzet om op de kortst mogelijk termijn te komen tot goede afspraken met overheid en financiers opdat zij verantwoorde zorg aan haar cliënten kan blijven garanderen.

Daartoe hebben in de maand mei 2014 Klinika Capriles en de Sociale Verzekeringsbank samen in één brief hun verschilpunten, ten aanzien de door Klinika Capriles aangevraagde nieuwe tarieven verwoord en naar de Minister van Gezondheidszorg opgestuurd. Het is nu wachten op een besluit van de Minister ten aanzien van het wel of niet toekennen van de door Klinika Capriles voorgestelde nieuwe tarieven.



1. Uitgangspunten van de verslaggeving

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

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

Klinika Capriles is het enige psychiatrisch ziekenhuis in de voormalige Nederlandse Antillen en Aruba. 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 moeder stichting 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.

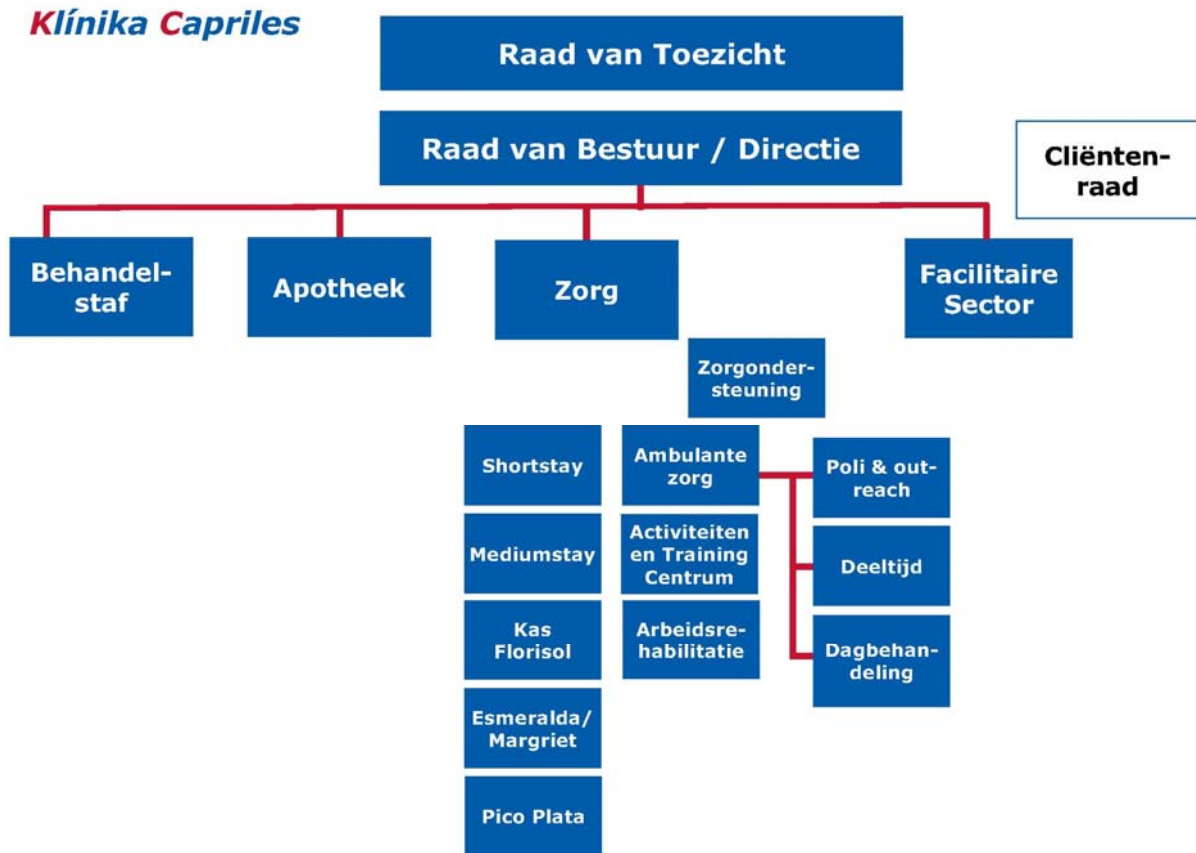
Bij de oprichting is door de Regering van de Nederlandse Antillen bepaald dat de Stichting haar werkzaamheden zal aanvangen op de dag waarop door de rechtspersoon: de Nederlandse Antillen de onroerende en roerende zaken, voor de werkzaamheden vereist, aan haar worden overgedragen. Op 19 april 2010 heeft 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 2013 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 rehabilitatie (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 : rehabilitatie (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 2013 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 2013	3.903
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2013	199
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2013	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in 2013	7.118
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in 2013	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2013	12.417
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in 2013	30.037
Personeel	
Aantal patientgebonden personeelsleden in loondienst op 31 december 2013	183.0
Aantal patientgebonden FTE in loondienst op 31 december 2013	181.5
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2013	253.0
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2013	247.4
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2013	25.365.546
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	1.459.277

2.3.3. Werkgebieden

Onze doelgroep beperkt zich voor wat betreft de klinische opnames tot de eilanden van de voormalige Nederlandse Antillen. Van Aruba is nog een tiental chronische patiënten langdurig opgenomen in Klinika Capriles.

Voor wat betreft ambulante zorg 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**

Over de volgende onderwerpen heeft de Minister van Volksgezondheid per 31 december 2013 nog geen beslissing genomen:

- Kinder- en Jeugdpsychiatrie : Aanvraag voor vaststelling tarieven voor Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie is op 23 februari 2010 ingediend bij de Overheid.
: Aanvraag voor een Unicode is op 11 december 2012 ingediend.
- Klinika Capriles : Toekenning hospitaaltarieven Aqualectra is op 11 oktober 2011 ingediend.

- **Inspectie voor de Volksgezondheid**

- *Klachten*
Gedurende 2013 zijn geen klachten ingediend bij de Inspectie.
- *Inspectiebezoeken*
 - *Afdeling Inspectie gezondheidszorg*
De Inspectie Gezondheidszorg heeft in 2013 geen inspectiebezoek gebracht aan de Klinika Capriles.
 - *Afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming*
De invoering van HACCP in de Centrale Keuken is ons na een bezoek van een externe consultant op het gebied van voedselveiligheid afgeraden. In plaats daarvan is het handhaven van de hygiëncode voor voedselverzorging in zorginstellingen van het Voedingscentrum Nederland afdoende om de veiligheid van de maaltijden te waarborgen en is tevens een meer werkbare optie. De al ingevoerde HACCP richtlijnen in de Centrale Keuken voldoet op veel gebieden al ruimschoots aan de hygiëncode voor voedselverzorging in zorginstellingen. Deze aanpassing is goedgekeurd door de Inspectie van de Volksgezondheid.
Daarnaast heeft de Centrale Keuken verschillende malen bezoek gehad van de Inspectie van de Volksgezondheid in 2013 om de veranderingen en voortgang te bespreken. De algemene indruk van de Inspectie was dat er op verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid. De benodigde aanpassingen (het fysiek afschermen van de keuken voor onbevoegden) zijn al besproken en dienen binnenkort uitgevoerd te worden.

Kapitaalverschaffers

- **Zorgbetalers**

Per 1 februari 2013 is de wet basisverzekering in werking getreden met als uitvoeringsorgaan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Ook de AVBZ fonds is ondergebracht bij de SVB. Het is niet gelukt om over 2013 zorgcontracten met de SVB af te sluiten.

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.

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.**

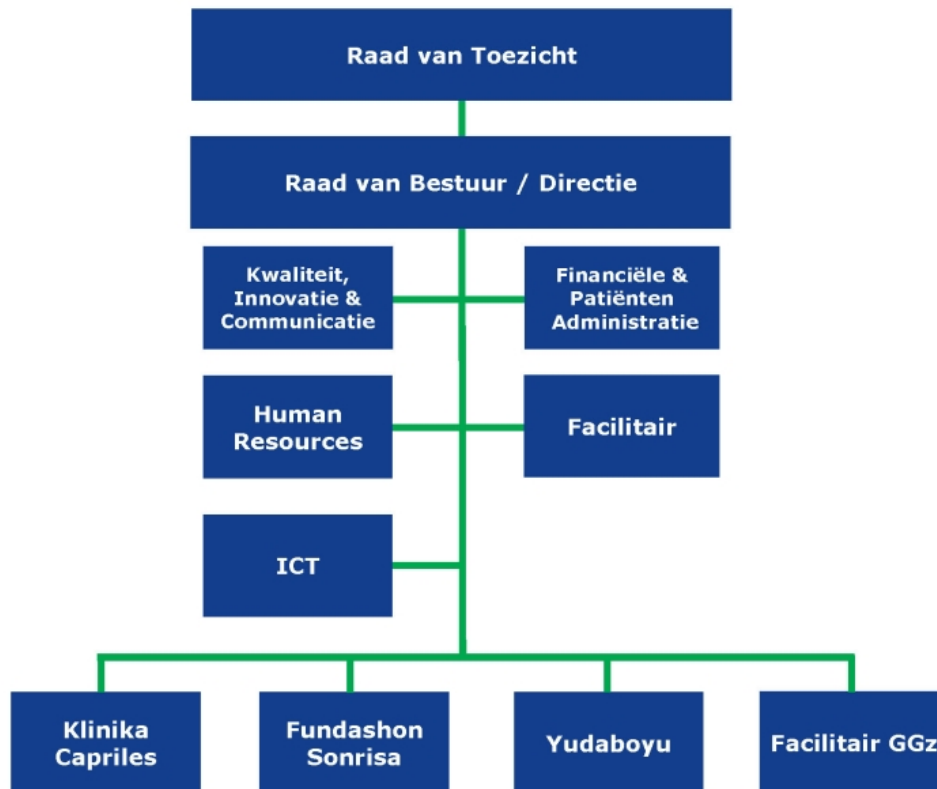
In april 2010 is de *Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao* opgezet als moederstichting van de nieuwe werkstichtingen *Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu"* en *Stichting Facilitair Bedrijf*. De moederstichting bestuurt en



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* (beschermde 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 van 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 mogen verricht worden door medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn. Voor de meerderheid van de handelingen geldt dat deze 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 bekwaam personeel van de Stichting Wit Gele Kruis voor de Thuiszorg “Prinses Margriet”.

- **Federatie van Zorginstellingen.**

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

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

Evaluatie van 2013 laat het volgende zien:

- In het overleg met overheid en SVB slaagt de federatie er vooralsnog niet in om te komen tot het agenderen van thema's die voor haar van belang zijn (normbepaling o.b.v. zorgzwaarte, verbetering van het indicatieproces, professionalisering wachtlijstadministratie. Alle besprekingen tot nog toe met zowel overheid als SVB beperken zich tot de financiële problematiek en het uitblijven van zorgcontracten voor 2013.
- De voorgenomen activiteiten betreffende “Good Governance” hebben enigszins vertraging in de opstart opgelopen. Positief punt is de instelling van de werkgroep Health Care Governance waarin ook leden van de Raden van Toezicht deelnemen.
- De Centrale Inkoop Bureau-werkzaamheden lopen in grote lijnen conform verwachtingen en het inkoopteam functioneert naar behoren. Er zijn meer offerterondes gestart dan voorzien, terwijl met de samenwerking op niveau van diensten en investeringsgoederen een vooralsnog voorzichtig begin is gemaakt.
- De onderhandelingen met de nieuwe broker AON en Ennia resulteren naar verwachting in een aanvullend financieel voordeel voor de instellingen met behoud van kwaliteit en service van het afgenomen verzekeringspakket.

- **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).

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 de *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.

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

Een samenwerkingsovereenkomst is getekend met de MHF. 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.

Informatie voorziening

Intern

- De Intranetsite is uitgebreid met diverse modules die de interactiviteit moeten verhogen (poll, discussieforum, interne “marktplaats”, questionnaires).
- “Ban Kòmbersá”; maandelijkse bijeenkomst met onderwerpen variërend van werkgerelateerde tot meer persoonlijke ontwikkeling, hebben 3 van de 4 geplande bijeenkomsten plaatsgevonden.
- “Informando Personal”; tweemaandelijks informatie- en discussiebijeenkomsten voorgezeten door de directeur, vond 6 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 5 maal plaats.

Extern

- Rondleidingen aan scholen en individuele personen, informatie geven op scholen en/of andere instanties (11x)
- Deelname aan de gezondheidsbeurs van Bo Salú den Balansa.
- Er hebben in samenwerking met de UNA (tegenwoordig UoC) twee lezingen plaatsgevonden. In januari met dhr. Rob van Olm naar aanleiding van zijn boek “Het gevecht” waarin hij het gevecht beschrijft van verslaafden en de wereld die om hen heen is gecreëerd.
- In mei verzorgde prof. dr. Theo Bouman een lezing over piekeren. In aanloop naar, en na afloop van beide lezingen zijn er persberichten uitgestuurd en is er deelgenomen aan het programma Moru Bondia.
- In samenwerking met diverse buurtcentra heeft er een lezingenreeks plaatsgevonden. Naast lezingen over depressie (6x) was een lezing over het signaleren van problemen bij kinderen en een over psychische balans. Er hebben 8 lezingen verspreid over 5 buurtcentra plaatsgevonden.
- Ter verdere promotie van de werkzaamheden van de afdeling Werk in Uitvoering (mensen met een psychiatrische beperking terugleiden naar de arbeidsmarkt) is er deelgenomen aan het programma Dun’é un chëns.
- Rond opening van de nieuwe Longstay van Klínika Capriles is ook een persbericht uitgegaan.



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.

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. Zij staat de Raad van Bestuur met raad terzijde. Bij de vervulling van haar 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.

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 wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt 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 behandelbeoordeling 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).
- 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.
- 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

Klinika Capriles hanteert in september 2000 middels Landsbesluit vastgestelde tarieven. Deze tarieven zijn daarna niet meer aangepast. Met de Sociale Verzekeringsbank, onze voornaamste financierder is het niet gelukt om zorgcontracten geldend voor 2013 overeen te komen.

De grote financiële onzekerheid vormt momenteel de grootste bedreiging voor klinika Capriles. Door het ontbreken van voldoende financiële middelen zal zij niet meer in staat zijn om de zorg te leveren die de financier en de doelgroep van haar verlangen.

3.3. Cliëntenraad

Op 11 oktober 2013 bestond de Konseho di Pashènt (cliëntenraad) 6 jaar. De Raad heeft op die dag een terugblik gehouden.

Het aantal leden van de Raad bedraagt eind december 2013 vier leden. Er dienen nieuwe leden bij te komen wil de patiëntenraad haar functie binnen de Klinika Capriles kunnen vervullen.



De externe ondersteuner S.L.Timmermans heeft zich per 1 december 2013 teruggetrokken. Hij heeft vanaf 2007, gedurende ruim zes jaar de Raad ondersteund bij alle activiteiten. Het is nog niet bekend wie deze taak gaat overnemen.

Hier volgen de activiteiten en resultaten van het werk van de Patiëntenraad:

- a. De Raad heeft zoveel mogelijk elke maandag vergaderd en van al deze vergaderingen zijn notulen en actiepunten lijsten opgesteld. De verwachting was dat met het vergaderen in de ochtend, nieuwe leden aangetrokken zouden kunnen worden. Dat is niet gebeurd.
- b. De Raad heeft twee besprekingen gehouden met de Directie over verschillende onderwerpen die betrekking hebben op de patiënten en het functioneren van Klinika Capriles.
- c. Dit jaar is de afdeling Piko Plata bezocht, een afdeling van Medium-Stay en Kas Florisol. Het waren vruchtbare besprekingen. Met de coördinator van Pico Plata heeft na het bezoek een goed gesprek plaats gevonden.
- d. In de maand oktober en november is het beleidsadviesdocument "Relaties en Seksualiteit binnen Klinika Capriles" besproken en er zijn enkele aandachtspunten doorgegeven aan de commissie.



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 doorgegroeid 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 2013 Directie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
	A	Positionering, externe samenwerking en communicatie	
Uitbouw aanbod GGz Curaçao	1	Uitbouw en versterking Stichting GGz Curaçao - <i>Aansluiting van Brasami en FMA is niet goedgekeurd door de Overheid.</i>	
	2	Het definitief ontwerp voor Nieuwbouw Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie is gereed.	
	3	Het congres licht verstandelijk gehandicapten (LVG)	



is succesvol en legt een goede basis voor de ontwikkeling van een specifiek op deze doelgroep gericht zorgaanbod binnen de GGz.
Een werkoverleg (kennisoverdrag) heeft plaatsgevonden met de SGR-groep



Communicatie	4	Implementatie Behandelcoördinator op afdelingen. Rol en aanwezigheid op de afdeling is vastgesteld.	😊
	5	De bestaande activiteiten “Ban Kombersá” en “Informando Personal” en Lunchmeeting zijn op hun effectiviteit geëvalueerd en waar nodig vernieuwd.	😊
	6	Intranet is uitgebouwd met meer interactieve mogelijkheden voor medewerkers	😊
	7	Er is een digitaal meldpunt voor het melden van successen en ‘best practices’ beschikbaar op intranet en/of website)	😞

4.2.2 Jaarplanning 2013 Zorg /Behandeling

	#	Zorginhoudelijke doelstelling	Gerealiseerd
B Zorginhoud: algemeen			
Consolidatie SRH	1	Er wordt gewerkt conform de afgesproken rolverdeling met andere disciplines (overlegstructuur, informeel overleg, staf vergadering)	😊
	2	Cliëntprofielen en rehabplannen voldoen qua lay-out en indeling	😐
	3	Werkzame structuur voor het ondersteunen bij de uitvoering van de plannen	😊
	4	Werkzame structuur voor het evalueren en bijstellen van de plannen	😊
C Zorginhoud: behandeling			
Psychiatrie	1	Naast de DSM-diagnose, wordt er per eind 2013 bij min. 25% van de klinisch opgenomen cliënten (en bij min. 90% van de nieuwe patiënten) ook een beschrijvende diagnose ingevuld in Ezra, welke een samenvattend integratief beeld geeft van de cliënt.	😊
	2	De miniscan is zo mogelijk bij alle nieuwe opgenomen patiënten ingevuld en geregistreerd in Ezra	😐
	3	Bij eerste psychose patiënt wordt waar mogelijk het protocol ‘psycho-diagnostiek bij 1e psychose’ toegepast	😊
	4	Een nader te bepalen aantal behandelaren passen cognitieve gedragstherapie bij psychotische stoornissen op juiste wijze toe.	😞
Somatiek	5	Protocol signalering metabool syndroom is geïmplementeerd en wordt door alle actoren nageleefd. Signalering loopt goed, rond communicatie naar afdelingen en hier actiever iets mee doen, wordt	😊



verder gewerkt in 2014.

- | | | |
|---|---|---|
| 6 | Het aantal 55+ cliënten waarbij lichamelijke fragiliteit kan worden geconstateerd wordt tijdig gesignaleerd en begeleidt volgens het desbetreffende protocol. Loopt prima |  |
| 7 | Alle patiënten met een verhoogd risico voor cardiovasculaire aandoeningen worden hiervoor structureel opgevolgd en behandeld volgens NHG-standaarden. |  |

4.2.3. Werk in Uitvoering (WIU)

Gedurende 2013 hebben 20 cliënten zich bij Werk in Uitvoering aangemeld. In totaal ontvangen nu 88 cliënten begeleiding van WIU. 14 cliënten hebben een werkcontract en 6 cliënten hebben een stage contract. Verder werken 12 cliënten in de tuinploeg en 7 cliënten bij de houtwerkplaats. Voor 12 cliënten die extern werkzaam zijn, ontvangen wij subsidie van het ministerie van Sociale Ontwikkeling, Arbeid en Welzijn (SOAW). Een schriftelijke verantwoording van deze subsidie is verzonden naar de SOAW.

Werk in Uitvoering heeft nu 130 bedrijven (vnl. Retail handel, schoonmaak en horeca) benaderd, door middel van persoonlijk of telefonisch contact, mail of presentaties. De inspanningen van WIU hebben niet de hoeveelheid stageplekken of banen opgeleverd omdat veel bedrijven een personeelstop hebben en financieel in een moeilijke positie zitten.

In 2013 zijn de werkzaamheden en dagdelen van de tuinploeg uitgebreid naar 10 dagdelen. Het team is stabiel gebleven en er zijn weinig cliënten die dit jaar zijn uitgevallen.

De houtwerkplaats draait nog steeds 2 dagdelen per week. Dit jaar hebben ze veel opdrachten gekregen en hebben zelfs winst gemaakt die vervolgens is besteed aan materiaal, gereedschappen en een kleine vergoeding voor de cliënten die het hele jaar door hebben gewerkt. Vooral de cliënten van Pico Plata zijn actief in de houtwerkplaats.

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.
- Wegens bezuinigingen is het aanbod aan activiteiten afgenomen.

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 2013 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 2013 plaatsgevonden:

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

Ad a. Modelgetrouwheidsonderzoek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen

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

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) hebben in 2013 op twee (2) afdelingen audits plaatsgevonden. De rest volgt in 2014. Wij zullen dan ook in 2014 rapporteren.

Ad b. Patienttevredenheidsonderzoek

Inleiding

Het patiëntentevredenheidsoverleg (PO) 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. In het PO wordt op een structurele wijze, groepsgewijs, nagegaan in hoeverre patiënten tevreden zijn over de zorg en behandeling die zij ontvangen op de zorgafdelingen. Met behulp van dit overleg wordt eveneens een beeld verkregen van de wijze waarop patiënten de bejegening en het woon-/leefklimaat op de afdeling ervaren.

Zoals vastgelegd in de procedure, is de coördinator van elke zorgafdeling verantwoordelijk voor de organisatie van het overleg op de afdeling en is tevens de voorzitter bij het overleg. De beleidsmedewerker van de Afdeling Kwaliteit, Innovatie en Communicatie (KIC) ondersteunt de coördinator bij de uitvoering van het PO op de afdelingen. De resultaten vormen input voor het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deze resultaten worden besproken in het coördinatorenoverleg van de Stichting Klinika Capriles. Bij de bespreking van de resultaten in het coördinatorenoverleg, wordt de cliëntenraad door de manager zorg uitgenodigd voor deelname.

Aan de hand van de resultaten van de PO's maakt de manager zorg afspraken in het coördinatorenoverleg met de coördinatoren over follow-up ervan. Deze afspraken worden vastgelegd in het jaarplan van de manager zorg.

In het jaar 2013 hebben de PO's plaatsgevonden in de periode van oktober tot en met november. De agendapunten zijn:



1. Tevredenheid sfeer op de afdeling. Het betreft tevredenheid over de gang van zaken, afdelingsomgeving, hygiëne, faciliteiten en inrichting.
2. Tevredenheid omgang van het personeel met de patiënten.
3. Tevredenheid voeding en consumpties.
4. Tevredenheid activiteiten, dag- en avondactiviteiten en recreatie.
5. Tevredenheid algemene informatievoorziening aan patiënten.
6. Rondje informatie: personeelsinformatie, verandering op de afdeling, enz.

Door dezelfde onderwerpen aan de orde te stellen, wordt het mogelijk om resultaten met eerdere overleggen te vergelijken en kunnen overeengekomen afspraken worden gewaarborgd. Op basis van de resultaten van de overleggen kunnen verbeteringsvoorstellen c.q. acties worden aangedragen en corrigerende maatregelen worden getroffen die (kunnen) bijdragen aan de verbetering van zowel de kwaliteit van zorg als dienstverlening van de Stichting GGz. De bevindingen uit de overleggen zijn vastgelegd in een rapport. Het rapport bevat de resultaten, conclusies en aanbevelingen.

Resultaten

Er zijn 15 bijeenkomsten gehouden bij de zorgafdelingen van Klinika Capriles, met uitzondering van Shortstay 1-3 vanwege de instabiliteit van de hier verblijvende cliënten. Aan de bijeenkomst hebben in totaal 164 patiënten deelgenomen. Dit is 59 % van het totale aantal van (gemiddeld) 278 geregistreerde patiënten van alle zorgafdelingen van Klinika Capriles (inclusief Shortstay 1-4) in de periode waarin de bijeenkomsten hebben plaatsgevonden.

Conclusies

Uit de resultaten van de meting naar tevredenheid onder patiënten middels PO blijkt dat deze meting zinvol is. Dit blijkt ook uit de hoge deelname aan de bijeenkomsten (respons bedraagt bijna 59% en exclusief Short Stay is het 65%).

Het is van belang dat aan patiënten de mogelijkheid wordt geboden zich te uiten en zodanig invloed uit te oefenen over de zorg, de behandeling en de wijze waarop dit wordt georganiseerd. Hierdoor worden de patiënten ook betrokken in het proces van verbetering en optimalisatie van behandeling en begeleiding binnen de organisatie.

Enkele belangrijke conclusies zijn:

1. Over de sfeer op de afdeling, waaronder de gang van zaken, afdelingsomgeving, faciliteiten en inrichting is het merendeel van de patiënten tevreden, maar is een aantal aandachtspunten genoemd die een hogere mate van tevredenheid kan bevorderen. Deze zijn:

- de mindere staat van bepaalde gebouwen;
- het mindere aanzicht van bepaalde gebouwen (de uitstraling van schoonheid/hygiëne);
- overlast van ongedierte;
- de beperkte beschikbaarheid van huishoudelijke benodigdheden.

2. Tevredenheid over de omgang van het personeel met de patiënten wordt door de meeste patiënten in het algemeen goed ervaren. Enkele aandachtspunten voor verbetering zijn:

- de beperkte communicatie tussen patiënten en begeleiders;
- de beperkte individuele aandacht voor c.q. contact met patiënten;
- de tekortkomingen in de informatieverstrekking over de verblijfsduur en behandelingswijze;
- de niet-constante bereikbaarheid van behandelaren.

3. De mate van tevredenheid over de voeding en consumpties is hoog (gemiddeld cijfer 8.0) bij het merendeel van de patiënten op de verschillende afdelingen. Eén van de belangrijkste aandachtspunten hierbij is de behoefte aan meer variatie in maaltijden (zoals meer "krioyo" gerechten en meer warme ontbijtgerechten) hapjes en toetjes (waaronder minder harde vruchten als toetje).

4. Over verschillende activiteiten op de afdelingen en bij Activiteitencentrum (ATC/de patio) is het merendeel van de patiënten tevreden, hoewel de meeste patiënten naar de patio gaan met name om te socialiseren en om gebruik te maken van de computer. Enkele aandachtspunten hierbij zijn de gegeven behoefte van een aantal patiënten voor activiteiten buiten de afdelingen (zoals excursies), voor activiteiten in de middaguren of in het weekeinde en voor individuele alsmede naar soort doelgroep gedifferentieerde activiteiten.



5. De tevredenheid over informatievoorziening aan patiënten is niet echt duidelijk naar voren gekomen tijdens de bijeenkomsten. Verwijzend naar de vraag van enkele patiënten om geïnformeerd te worden over wie hun persoonlijke begeleider is, over hun verblijf en behandelwijze is het van belang om de nodige aandacht aan informatieverstrekking te besteden.

De voornoemde 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 ter verbetering en optimalisatie van behandeling en begeleiding.

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 is in het Papiaments vertaald om zodoende de betrouwbaarheid en validiteit van deze lijst te vergroten.

Er zijn 53 formulieren ingevuld dit jaar, allemaal bij ontslag van de cliënt.

In het jaar 2013 is ook een nieuw plan ontwikkeld voor het afnemen van de GGz thermometer, waardoor deze vanaf 2014 periodiek ook zal worden afgenomen bij de chronische afdelingen.

Resultaten tevredenheidsmeting

Het gemiddelde rapportcijfer met betrekking tot cliënttevredenheid is: **7,9**. Dit is een lichte achteruitgang ten opzichte van vorig jaar. (2012: 8,3)

Er zijn 3 cliënten, die een onvoldoende geven voor de zorg en behandeling.

39 cliënten zouden onze instelling aan anderen aanbevelen. 9 cliënten zouden dit niet doen, 5 spreken zich er niet over uit. Van de 14 die ons niet aanbevelen, geven er 2 wel een 10 voor de zorg.

Scores van diverse onderwerpen uit de cliëntenthermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Hebt u voldoende informatie gekregen over de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden van onze instelling?	81	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over uw behandel- of begeleidingsplan?	75	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	75	100
Hebt u geparticipeerd in de beslissing welke behandeling of begeleiding u krijgt?	78	96
Is er een behandelings- of begeleidingsplan gemaakt?	65	98
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	68	94
Hebt u een voldoende kundige behandelaar (gehad)?	94	96
Hebt u voldoende vertrouwen in uw hulpverlener?	89	98
Heeft uw hulpverlener voldoende respect voor u getoond?	94	100
Heeft uw hulpverlener voldoende belang gehecht aan uw mening?	87	98
Is uw behandel- of begeleidingsplan uitgevoerd volgens uw wens?	74	94
Sloot de behandeling of begeleiding goed aan bij uw problemen en klachten?	82	94
Hebt u door de behandeling of begeleiding meer grip gekregen op uw problemen en klachten?	94	96
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	90	98
Bent u beter in staat de dingen te doen die u belangrijk vindt door de behandeling of begeleiding?	90	96
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met personen of situaties, die daarvoor problemen gaven?	90	92



In het algemeen zijn de scores vrij positief, zoals ook in de vorige jaren het geval was.

- De tevredenheid over de verkregen informatie (vraag 1 t/m 3) is nog iets minder geworden.
- De participatie in het behandel/begeleidingsplan is gedaald. Hier zijn wel een paar discrepanties:
 - 1 keer weet iemand niet, of er een behandelings- of begeleidingsplan is gemaakt, maar stemt er wel mee in.
 - 1 keer geeft iemand aan, dat het niet is gemaakt, maar stemt er desondanks mee in.
 - 3 mensen geven aan, dat ze niet instemmen met het gemaakte behandelings- of begeleidingsplan.
- De tevredenheid over de kundigheid van de behandelaar is toegenomen, maar het vertrouwen is licht gedaald.
- Men vindt dat de behandeling beter aansluit bij de wensen dan vorig jaar.
- En men is iets meer positief over alle vragen van het resultaat van de behandeling.

De dalende trend over de tevredenheid over de informatievoorziening zet zich nu door over 3 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 3 jaar de cliënten juist veel meer betrokken worden bij het maken van hun behandelplan en omdat ze sinds die tijd ook aanwezig zijn bij de bespreking hiervan in het team. In feite krijgen ze dus meer informatie, maar hun beoordeling over het voldoende zijn van de informatie neemt toch af.

De stijging in de tevredenheid over de resultaat-vragen zet zich door.

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 weer iets meer tevreden dan vorig jaar over het resultaat van de behandeling. De tevredenheid over de participatie is echter afgenomen en het rapportcijfers is ook iets minder dan vorig jaar (8,3).

Bij de open vragen zijn er opvallend minder opmerkingen over een negatieve communicatie en bejegening. De meest geuite wens is nog steeds het krijgen van meer persoonlijke aandacht. Er zijn minder klachten over het eten en over de warmte.

4.3.2. Kwaliteit ondersteunende diensten

In onze meerjarenbeleidsplan 2011– 2014 is vastgelegd dat:

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

Jaarplanning 2013 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
		Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening	
Professionalisering	1	Het preventief onderhoudsplan is geïmplementeerd	
	2	Vastleggen van de vaste activa in geautomatiseerd systeem.	
	3	Het optimaliseren van de facilitaire dienstverlening aan de stichtingen van GGz Curaçao	



Kwaliteit producten/diensten	4	Een hygiënecode is ingevoerd m.b.t. voedselverstrekking	😊	
	5	Kostprijsberekening en allocatie van maaltijden vanuit Centrale Keuken zijn geautomatiseerd	😞	
	6	Verzorgen van 450 (geportioneerde) maaltijden aan overige zorginstellingen.	😊	
	7	Realiseren van structurele kostenbesparing op energiekosten.	😊	
	8	Uitvoeren van het meerjarenplan voor de groenvoorziening op het terrein van Klinika Capriles.	😐	
	9	Beoordelen bedrijfsvoering Wasserij na 3 jaar.	😊	
	Veiligheid	10	Bedrijfshulpverlening een geïntegreerd onderdeel te laten vormen van de dagelijkse bedrijfsvoering	😊
		11	Begeleiding en realisatie van nieuwbouw Long Stay	😊
	Nieuwbouw en renovatie	12	Renovatieprojecten Kapel en Margriet Paviljoen zijn gestart.	😐

In 2013 is er binnen de Facilitaire Sector doelgericht gewerkt aan de uitvoering van in het jaarplan 2013 vastgelegde speerpunten. De speerpunten voor 2013 waren:

Professionaliseren van de facilitaire serviceverlening.

- Onderhoudsplan implementeren en onderhoudskosten vaststellen.
Invoering onderhoudsplan heeft vertraging opgelopen en is in 2014 gepland.
- Vastleggen van vaste activa in facilitair informatiesysteem Topdesk.
Opzetten van een codificatiesysteem voor de vaste activa is gereed. Inventarisatie heeft plaatsgevonden maar labels kon niet gebeuren aangezien labels in 2014 beschikbaar zijn.
- Het optimaliseren van de facilitaire dienstverlening aan de stichtingen van GGz Curaçao
Het opstellen van Service Level Agreements tussen Facilitair en de verschillende stichtingen van GGz Curaçao zal in 2014 voltooid worden

Optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten.

- Invoering van hygiënecode in de Centrale Keuken
Na bezoek van adviesbureau en in overleg met de Inspectie voor Volksgezondheid wordt afgezien van invoeren van een HACCP plan. In plaats daarvan zal de de hygiënecode voor Zorginstellingen worden ingevoerd waar wij al aan voldoen. In 2014 zal de audit op de hygiënecode voor zorginstellingen plaatsvinden.
- Realiseren van kostenbesparing op energiekosten.
Mogelijkheden voor zelfvoorziening van electriciteit met zonenergie zijn in kaart gebracht. Besluitvorming zal in 2014 plaatsvinden.
- Verzorgen van dagelijks 700 geportioneerde maaltijden.
De Centrale Keuken produceert nu 700 maaltijden per dag en levert aan twee zorginstellingen
- Beoordelen bedrijfsvoering Wasserij.
Evaluatie na 3 jaar bedrijfsvoering heeft plaatsgevonden. Inmiddels verzorgt de Wasserij de was voor drie instellingen, die tevreden zijn over de dienstverlening. Besloten is om door te gaan met als taakstelling dat er in 2014 geen exploitatietekort gerealiseerd wordt.

Verbeteren van de veiligheid binnen Klinika Capriles.

- Bedrijfshulpverlening een geïntegreerd onderdeel te laten vormen van de dagelijkse bedrijfsvoering voor Klinika Capriles.
BHV oefeningen vormen een vast onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden. De trainingen op alle afdelingen vinden volgens schema plaats. Enkele trainingen "hoe te handelen tijdens calamiteit" zijn wegens overbelasting van de medewerkers verplaatst naar 2014.



Huisvesting nieuwbouw en renovatieprojecten

- Begeleiding en realisatie van oplevering en inrichting van nieuwbouw Long Stay.
De verhuizing van de bewoners van de oude afdelingen Margriet en Esmeralda naar de nieuwe lokatie is voorspoedig verlopen.
- Starten met renovatieprojecten Kapel en Margriet Paviljoen.
Renovatie van de Kapel is dankzij giften gestart.

Van alle speerpunten heeft de oplevering van de nieuwbouw Long Stay het meeste tijd en energie geleverd van de afdeling Facilitair in 2013. De Centrale Keuken daarentegen heeft het eerste half jaar hard gewerkt om de verdubbeling van het aantal maaltijden naar 700 stuks per dag naar wens van de afnemers te laten plaatsvinden. Daarnaast heeft de Facilitaire Sector met het in gebruik nemen van het nieuwe informatiebeheersysteem Topdesk, een grote stap gezegd in het professionaliseren van de facilitaire serviceverlening in de toekomst.

1. Operationele aansturing Facilitaire Sector

Efficiënt omgaan met de beschikbare middelen was in een 2013 een focuspunt van alle afdelingen binnen Facilitair. De huidige financiële situatie op het eiland en binnen GGz Curaçao hebben het noodzakelijk gemaakt om ook binnen Facilitaire Sector, financieel verantwoord om te gaan met de beschikbare middelen.

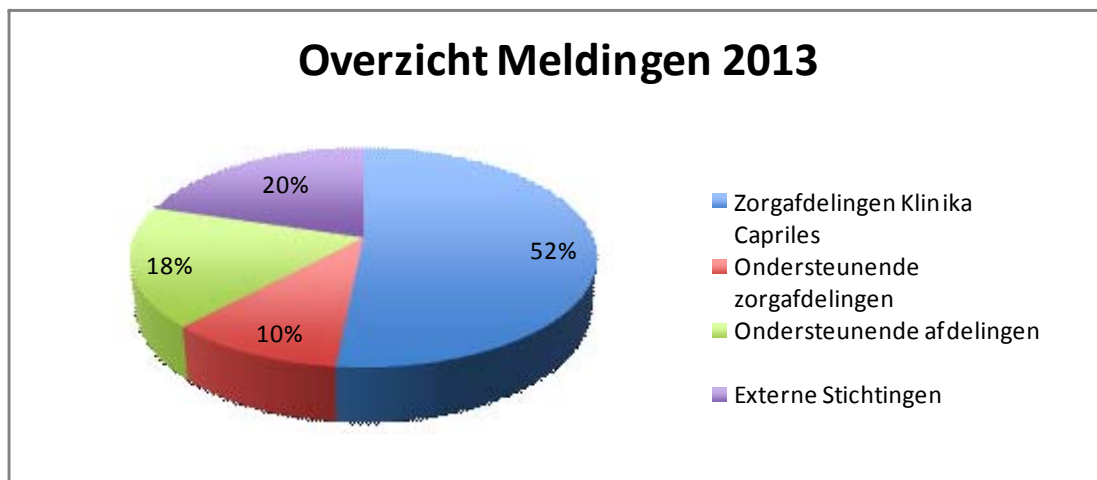
2. Facilitaire serviceverlening

Op 1 januari 2013 is het nieuwe facilitair management systeem Topdesk in gebruik genomen. Het Topdesk systeem maakt het mogelijk om alle meldingen (zoals storingsmeldingen) die bij het Facilitair Meldpunt binnen komen te registreren, in te plannen en toe te wijzen aan de desbetreffende medewerkers. Hierdoor wordt beter inzicht verkregen in het aantal en aard van de meldingen als ook de planning en afhandeling van de meldingen door medewerkers van de Facilitaire Sector. In de tweede helft van 2013 zijn twee extra Topdeskmodules aangeschaft voor het plannen van verhuur van objecten en het plannen van lange termijn onderhoud. In 2014 zal het verhuur van auto's en ruimten en het plannen van grootonderhoud ook ondergebracht worden in Topdesk.

In 2013 zijn er in totaal 2621 meldingen doorgegeven aan het Facilitair Meldpunt en geregistreerd in Topdesk. Dit is ongeveer gelijk aan het aantal meldingen in 2012 (2718 meldingen). Bij de zorgafdelingen scoren de afdelingen als Short Stay, Medium Stay en Kas Florisol onveranderd hoog met het aantal meldingen in 2013. Daarnaast zijn voor de Facilitaire afdelingen veel meldingen binnen gekomen. De verhuizing van de afdeling Long Stay naar nieuwbouw in 2013 heeft invloed gehad op het geringe aantal storingsmeldingen van deze afdeling in 2013.

Het aandeel in de storingsmeldingen van Stichting Sonrisa is het hoogst van alle afdelingen. Meer dan 16% van alle geregistreerde meldingen in 2013 was gemeld bij Stichting Sonrisa.

Overzichten van de 2621 geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen in 2013 naar afdelingen en externe stichtingen van GGz Curaçao



Van de 2621 meldingen geregistreerd in 2013 via het Facilitair Meldpunt was 95.3% gerealiseerd in 2013. 122 meldingen stonden nog open voor behandeling op 15 februari 2014. Van alle meldingen die zijn binnen gekomen bij Meldpunt Facilitair had 81 % betrekking op Bouw & Techniek en Elektrotechnische werkzaamheden.



3. Huisvesting- en renovatieprojecten

De oplevering van de nieuwbouw Long Stay in juli 2013 was het grootste en meest tijdrovende project in jaren voor de Facilitaire Sector. De oplevering stond gepland voor eind februari 2013 maar door diverse oorzaken bij de hoofdaannemer is de nieuwbouw pas in juli 2013 definitief opgeleverd. De Nieuwbouw Long Stay, bestaande uit 4 woongebouwen en 1 ondersteunend gebouw, voorziet in een accommodatie voor 40 patiënten en voldoet aan de wensen en eisen zoals gesteld door officiële instanties evenals door de gebruikers. Diverse elektronica in de gebouwen garanderen optimale gemak en veiligheid voor zowel de patiënt als ook zorgpersoneel. Ook het interieur en inrichting voldoen aan de specifieke eisen zoals gebruiks- en onderhoudsvriendelijk met een lange levensduur. Naast de gebouwen is ook aandacht gegeven aan de directe leefomgeving buiten de gebouwen door middel van een afdak en tuinaanleg. Eind augustus 2013 was de inrichting van het interieur en bijbehorende aankleding gereed voor ingebruikname door de nieuwe bewoners en werknemers van Long Stay.

In 2013 is het renovatieproject van Kas Florisol afgerond. Hierbij zijn de 7 oude gebouwen van binnen en buiten grondig opgeknapt. Deze renovatie bestond uit het verven van de huizen, reparatie van daken en regengoten, vervangen van ventilatieroosters van het hoofdgebouw, vervangen van kasten en plafondlampen.

Voor de renovatie van de Kapel heeft Klinika Capriles giften ontvangen van enkele kerkelijke instanties vanuit Nederland. Met dit geld is het dak en toren van de Kapel volledig opgeknapt waarbij kapotte of verrotte delen zijn vervangen. Ook zijn alle shutters en deuren vervangen in 2013. Voor 2014 dient de kapel nog van binnen en buiten volledig geleverd te worden waarna deze weer in gebruik genomen kan worden.

Installaties

De nieuwbouw Long Stay is bij de oplevering voorzien van het gebouwbeheerssysteem van CLB BV. Dit systeem van CLB sluit aan bij het bestaande CLB systeem waar de nieuwbouw uit 1998 al mee was uitgerust. Daarnaast zijn de brandmeldcentrales van 6-tal oude gebouwen ook aangesloten op het alarmeringssysteem van CLB. Met deze uitbreiding was het noodzakelijk om het gehele bestaande CLB systeem te upgraden.

In vervolg op het reviseren van één van de twee generatoren voor noodstroomvoorziening in 2012 heeft de revisie van de andere generator in 2013 plaatsgevonden. Momenteel beschikt Klinika Capriles weer over 2 goed functionerende generatoren die bij stroomuitval de kliniek volledig kunnen voorzien van stroom.

Voor het realiseren van structurele kostenbesparingen op energiekosten zijn de mogelijkheden voor zelfvoorziening in elektriciteit met zonenergie volledig in kaart gebracht en uitgewerkt in een programma van eisen voor een mogelijke aanbesteding in 2014.

Het regulier onderhoud aan installaties (A/C, generatoren, keukenapparatuur etc.) heeft in 2013 plaatsgevonden volgens planning waarbij de frequentie van onderhoud aan keukenapparatuur verhoogd werd door de forse toename in gebruik van het apparaat vanwege het verdubbelen van het aantal geproduceerde maaltijden in 2013. De Centrale Keuken heeft ook 4 nieuwe compressoren gekregen voor de verschillende koude voorbereidingskeukens.

Het onderwerp huisvesting is in het patiëntentevredenheidsoverleg van 2013 aan de orde gekomen en hieruit bleek dat het merendeel van de patiënten tevreden is met de accommodatie en inrichting. De patiënten van de afdeling Pico Plata waren minder tevreden over de accommodatie. Het gebouw zelf is in het geheel in slechte staat van onderhoud. Investerings in dit gebouw blijven uit aangezien er gezocht wordt naar een alternatieve locatie op korte termijn. Het gebrek aan privacy blijft een terugkomende klacht bij de afdeling Pico Plata. De afdeling Pico Plata is momenteel de enige afdeling waarbij patiënten een slaapkamer moeten delen met één tot twee personen.

Ook wordt op bepaalde afdelingen ongedierte als overlast aangegeven. Voor het bestrijden van ongedierte zijn er op maand basis verschillende behandelprogramma's. De patiënten van verschillende afdelingen ervaren ook de aanwezigheid van duiven op de afdeling als een last. Het handhaven van hygiëne op de afdeling door de gebruikers is hierbij essentieel in het effectief bestrijden van ongedierte.

4. Optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten

Voor het optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten is in 2013 verder gewerkt aan de volgende punten:



Schoonmaak

De beleving van de reinheid en hygiëne van de schoonmaak op de afdelingen door zowel de patiënten als medewerkers is goed. In het patiëntentevredenheidsoverleg van 2013 komt ook naar voren dat leefruimten in het algemeen als schoon ervaren wordt.

De schoonmaak door Total Services is in vergelijking met de voorafgaande jaren wederom verbeterd. Bij de scores van de Nieuwbouw zien we de stijging in het percentage van de afgelopen jaren doorzetten. Bij de Oudbouw zien we een forse verbetering in de scores. De verklaring hiervoor heeft enerzijds te maken met de focus van Total Services op het leveren van een goede schoonmaak bij vooral de oude gebouwen. Anderzijds zijn er sinds september 2013 twee oudbouw gebouwen niet meer in gebruik door de verhuizing van de Long Stay naar de nieuwbouw. Wellicht moet er gekeken worden naar eventuele aanpassingen in de gestelde targets voor de oudbouw, nu er een grote verandering is gekomen in de schoon te maken gebouwen.

De scores van de Centrale Keuken zijn dit jaar niet opgenomen aangezien we Total Services eerst de tijd hebben gegund om de veranderingen in de schoonmaak bij de Centrale Keuken volgens de hygiëncode intern goed door te voeren. De aanpassingen zijn in de werkwijze van schoonmaak en type schoonmaakmiddelen volgens de ingevoerde hygiëncode. In verband hiermee hebben er geen officiële controles plaatsgevonden in 2013.

De scores van 2013 in vergelijking met de target en de voorafgaande jaren.

Locatie	2013 scores	2012 scores	2011 scores	Target
Nieuwbouw	84 %	80 %	72 %	90 %
Oudbouw	85 %	78 %	60 %	72 %
Centrale Keuken	-	84 %	50 %	70 %

Linnenverzorging

De linnenverzorging van de Wasserij op het terrein van Klinika Capriles verloopt zeer goed. De afdelingen zijn tevreden met de service en kwaliteit van het geleverde schone linnen. De behandeling in de wasserij waarbij een alternatief voor chloor wordt gebruikt tijdens het wasproces heeft bijgedragen aan de duurzaamheid van het linnengoed. Dit had tot gevolg dat de geplande vervanging van het textiel (ingezet in mei 2012) uitgesteld kon worden met 1 jaar tot 2014.

Terreinonderhoud

Met de oplevering van de nieuwbouw Long Stay verschuiven de werkzaamheden van terrein schoonmaak steeds meer naar tuinonderhoud. Het schoonmaken en onderhoud van de tuinen rondom Kas Florisol en het veld van Pico Plata is ondergebracht bij Werk in Uitvoering.

Ter voorkoming van rondslingerend vuil op het terrein van Klinika Capriles zijn er op verschillende locaties nieuwe afvalbakken (kliko's) geplaatst.

De groenvoorziening voor het terrein in en rondom nieuwbouw Long Stay is in 2013 uitgevoerd volgens het opgestelde Meerjarenplan Groenvoorziening. Bij de afdeling M1-4 nabij de hoofdingang is er wel een verblijfsruimte gecreëerd onder een tentafdak voor patiënten en bezoekers.

Magazijn

Ondanks dat het Magazijn in 2012 is overgegaan tot het automatiseren van de ontvangsten en aanvragen van magazijngoederen, is het volledig automatiseren nog steeds niet gerealiseerd. De problemen met het juist registreren van de aanvragen en de minimum voorraden lopen nog niet zoals het hoort, waardoor essentiële producten soms niet in op voorraad zijn in het Magazijn.

5. Voedselverstrekking

Op 1 januari 2013 is gestart met de levering van 300 geportioneerde maaltijden aan de SGR-Groep vanuit de Centrale Keuken van Klinika Capriles. In december 2012 was de Centrale Keuken al gestart met het leveren van 125 maaltijden aan verzorgingstehuis Betèsda. Momenteel levert de Centrale Keuken 700 maaltijden per dag aan 6 verschillende zorginstellingen op Curaçao waarvan ongeveer 540 maaltijden geportioneerd en 160 maaltijden in bulk.

Deze verdubbeling van het aantal maaltijden per dag heeft een grote impact gehad op de dagelijkse werkzaamheden. Behalve dat er fysieke aanpassingen hebben moeten plaatsvinden in het keukengebouw is ook het personeelsbestand uitgebreid met 5 FTE'ers.



Pas na 6 maanden had de Centrale Keuken het verwerken van dagelijks 700 maaltijden goed onder de knie, waarna de aandacht weer verlegd kon worden naar verbeteren van de kwaliteit van de maaltijden en hygiëne op de werkplek.

In het patiëntentevredenheidsoverleg op de zorgafdelingen dat in 2013 heeft plaatsgevonden oordeelde het merendeel van de patiënten de warme maaltijden als goed (rapportcijfer 8). De maaltijdenverstrekingen worden als smakelijk en voldoende beschouwd. Bij dieetmaaltijden wordt soms aangegeven dat deze minder smakelijk zijn. Dit zal in 2014 meer aandacht moeten krijgen met een aanmerking dat niet alle dieetmaaltijden hetzelfde als gewone maaltijden kunnen smaken. Bij bepaalde afdelingen waar overwegend oudere patiënten verblijven wordt aangegeven dat er meer "Krioyo" maaltijden gewenst zijn. Momenteel is al meer dan 50% van de maaltijden een "Krioyo" maaltijd.

Bij de broodmaaltijden wordt aangegeven dat meer variatie in beleg wenselijk is. Ook hier wordt, in combinatie met de zorgafdelingen, gezocht naar verbeteringen in 2014.

De invoering van HACCP in de Centrale Keuken is ons na een bezoek van een externe consultant op het gebied van voedselveiligheid afgeraden. In plaats daarvan is het handhaven van de hygiënecode voor voedselverzorging in zorginstellingen van het Voedingscentrum Nederland afdoende om de veiligheid van de maaltijden te waarborgen en is tevens een meer werkbaar optie. De al ingevoerde HACCP richtlijnen in de Centrale Keuken voldoet op veel gebieden al ruimschoots aan de hygiënecode voor voedselverzorging in zorginstellingen.

Deze aanpassing is goedgekeurd door de Inspectie van de Volksgezondheid. Daarnaast heeft de Centrale Keuken verschillende malen bezoek gehad van de Inspectie van de Volksgezondheid in 2013 om de veranderingen en voortgang te bespreken. De algemene indruk van de Inspectie was dat er op verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid. De benodigde aanpassingen (het fysiek afschermen van de keuken voor onbevoegden) zijn al besproken en dienen binnenkort uitgevoerd te worden.

6. Verbeteren van de veiligheid binnen Klinika Capriles

Bedrijfshulpverlening (BHV)

De geplande BHV trainingen en opleidingen voor 2013 zijn met succes uitgevoerd. Begin 2013 heeft de tweejaarlijkse brandpreventietraining voor al het personeel plaatsgevonden. De herhalingstrainingen voor de BHV'ers en Ploegleiders BHV zijn ook succesvol afgerond. Eind 2013 is ook gestart met het geven van BHV trainingen aan het personeel van Stichting Sonrisa. Dit is vooruitlopend op de invoering van een BHV-organisatie binnen Stichting Sonrisa in 2014.

Wat betreft BHV oefeningen heeft alleen de ontruimingsoefening voor alle afdelingen van Klinika Capriles plaatsgevonden in 2013. Het orkaanstappenplan is door het overvolle trainingsprogramma van de zorgafdelingen een jaar uitgesteld.

In juli 2013 is gestart met een maandelijks BHV info rubriek op het intranet van GGz Curaçao. Hier worden actuele BHV onderwerpen aangehaald en advies gegeven voor een veilige werkplek. De BHV info draagt bij om de Bedrijfshulpverlening en bewuste omgang met veiligheid een geïntegreerd onderdeel te laten vormen van de dagelijkse bedrijfsvoering.

Op het gebied van Brandpreventie zijn 5 brandmeldcentrales in oudbouw gebouwen, welke in 2012 voorzien zijn van brandmelders, doorverbonden met het centrale meldingssysteem van CLB in de Portiersloge. Sonrisa is in 2013 voorzien van 2 brandmeldcentrales waarbij de doormelding ook naar de portiersloge van Klinika Capriles gerealiseerd gaat worden. De oplevering en certificering is gepland in begin 2014. Bij Sonrisa en bij het Activiteiten en Training Centrum van Klinika Capriles zijn nieuwe brandslangen geplaatst ter verhoging van de veiligheid in de desbetreffende gebouwen.

Beveiliging en veiligheid

Het bestaande bewakingscamerasysteem had veel gebreken in 2013. Het onderhoud en serviceverlening ten behoeve van de terreincamera's was de laatste 3 jaar ondergebracht bij een lokaal bedrijf. Door het nalaten van het contractueel regulier onderhoud door dit bedrijf is besloten om eind 2013 een ander lokaal bedrijf in de hand te nemen voor service en onderhoud. Dit bedrijf heeft gedeeltelijk de camerabeelden kunnen herstellen en heeft daarnaast 3 nieuwe camera's geplaatst nabij de nieuwbouw Long Stay.

De in september 2013 in gebruik genomen nieuwbouw Long Stay is uitgerust met diverse camera's in de gangen en leefruimten van de bewoners alsook in de time-out ruimte. In combinatie met het signaleringssysteem aan de slaapkamerdeuren en toegangsdeuren is ook 's nachts de gehele afdeling met slechts met 2 zorgmedewerkers goed toezicht te houden. Daarnaast zijn de gebouwen uitgerust



met sensoren waardoor de locatie van zorgmedewerkers bekend is wanneer er een noodoproep wordt gedaan via een PZI pieper (Persoonlijke Zend Installatie) binnen de afdeling Long Stay.

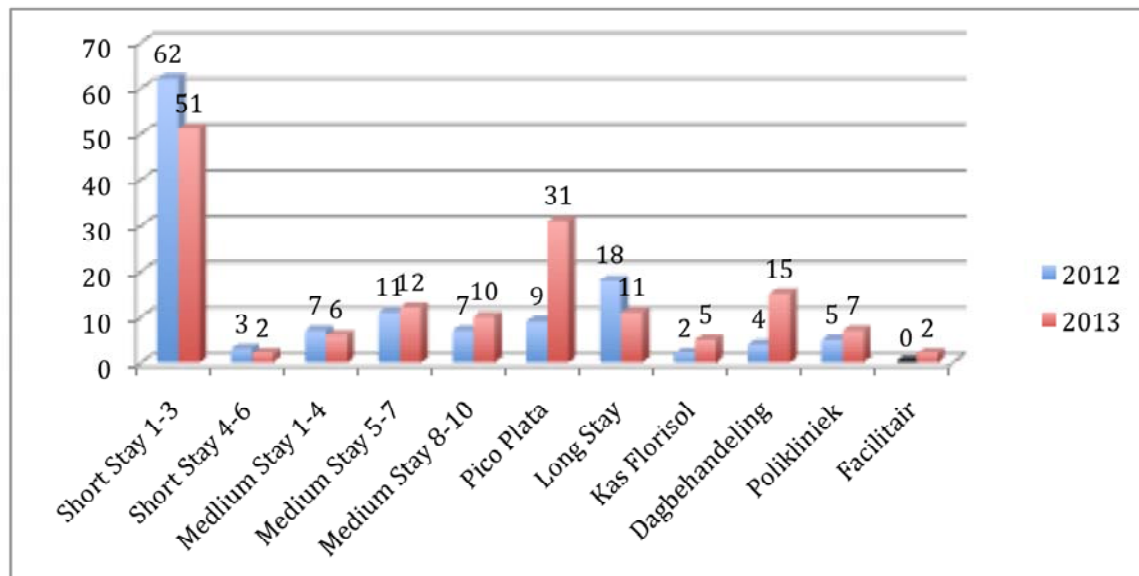
In 2013 ontving de afdeling Beveiliging 152 keer noodoproepen om assistentie te verlenen op zorgafdelingen. Dit was 20% meer dan de geregistreerde oproepen in 2012.

In 53% van deze noodoproepen bestond de assistentie uit toezicht houden en begeleiding, 24% uit fysieke begeleiding / Response en 14% uit agressie optreden / P.P.O., 6% uit valse meldingen en 3% uit algemene hulpverlening.

Bij 29 noodoproepen werd gebruik gemaakt van de PZI pieper (Persoonlijke Zend Installatie) door het zorgpersoneel ter indicatie dat de oproep urgent is maar in slechts 4 gevallen ging het om acute nood. In 9 gevallen ging het hierbij om een vals alarm.

De noodoproepen, waarbij gebruik werd gemaakt van de PZI pieper, waren hoofdzakelijk verdeeld over 4 afdelingen: Short Stay 7, Medium Stay 8, Long Stay 7 en Pico Plata 8.

Overzicht van assistenties door Beveiliging per zorgafdeling



De maandelijkse P.P.O. (Praktisch Penitentiaire Optreden) trainingen zijn in 2013 intern gegeven door het Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid. In deze training staat de veiligheid van Zorgpersoneel, Beveiligingsmedewerkers en patiënten tijdens escalerende situaties centraal. Daarnaast is response training gegeven voor het (fysieke) begeleiden van patiënten op de zorgafdelingen.

4.3.3. Klachten

Met ingang van 1 januari 2013 heeft Klinika Capriles zich aangesloten aan de Klachten Commissie van de Federatie van Zorginstellingen. Gedurende 2013 zijn geen klachten ingediend bij de klachtencommissie.

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:
 - o met een KZ-verklaring, wat inhoudt een geneeskundige verklaring getekend door een medicus vergezeld van een bevelschrift getekend door de Gezaghebber of vertegenwoordiger;
 - o een justitiële verklaring waarbij iemand verplicht wordt door de rechter om klinische behandeling te ondergaan;



- o een onder curatele stelling, waarbij iemand middels rechterlijke vonnis het beheer over eigen middelen wordt ontnomen en een verplichte opname ter behandeling krijgt.

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

Poliklinische behandeling

Aanmelding voor poliklinische behandeling geschiedt bij voorkeur:

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

Wachlijst

Klinika Capriles kent geen 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. Ook in 2013 is daar verder uitvoering aangegeven o.a. door het optimaliseren van de VIM applicatie. Het veiligheidsbeleid van de GGz Curaçao heeft tot doel: *het op continue basis werken aan verbetering van het signaleren, registreren, analyseren en uitsluiten van veiligheidsrisico's.*

Vanaf februari 2012 is de veiligheidscommissie actief. De veiligheidscommissie 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. Zij hanteert hierbij de SIRE (systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) 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.

Als leidraad voor de besluitvorming voor het instellen van een veiligheidsonderzoek hanteert de commissie de risicomatrix uit 'Sneller beter' (februari 2008). De vergaderfrequentie van de commissie is 1 x per 2 maanden.

In 2013 heeft de VIM applicatie langdurig problemen ondervonden met het gevolg dat het melden van incidenten via de applicatie niet of nauwelijks heeft plaatsgevonden. Zie hiervoor ook tabel 1 waarin te zien is dat het aantal meldingen beduidend lager is in de periode april t/m oktober. De organisatie moest tijdelijk gebruik maken van papieren versies van het meldformulier.

b. Resultaten

Op basis van de ontvangen meldingen heeft de commissie twee SIRE onderzoeken uitgevoerd in 2013, het betrof de volgende onderwerpen:

1. *Agressie melding*, medewerker maakte een trapbeweging naar andere medewerker.
2. *Overige*, patiënt heeft ernstige klachten en verpleegkundig personeel ervaart onvoldoende contact met artsen.

De onderzoeksresultaten zijn aangeboden aan de Raad van Bestuur.



In de onderstaande tabellen wordt een overzicht gegeven van de meldingen, zowel digitaal als handmatig ingevuld. In 2013 zijn in totaal 115 incidenten verwerkt.

Tabel 1 VIM meldingen 2013 per maand



Tabel 2 overzicht verwerkte meldingen gespecificeerd per afdeling en soort Klinika Capriles

Afdeling	AM	MF	SGG	SI	ONG	VM	OS	AO	OV
Coördinatoren	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pico Plata	8	3	0	0	0	1	1	0	2
Longstay	5	3	0	0	18	0	1	2	0
Shortstay	6	4	0	0	3	5	1	2	1
AT&C	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Kas Florisol	1	4	2	0	1	0	1	0	3
Ambulante zorg	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Mediumstay	10	7	1	0	3	1	2	1	0
Behandelaren	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Poli kliniek	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dagbehandeling	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Algemeen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Onderhoud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Facilitaire dienst	0	0	0	0	0	0	1	0	0
KIC	3*	1*	0	0	0	0	1	0	0
Totaal	36	23	3	0	25	7	10	5	6

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

c. Bevindingen en aanbevelingen

Bevindingen

- A. 2013 heeft zich gekenmerkt door een langdurige storing van de VIM-applicatie. De commissie verwacht dat dit invloed heeft gehad op de betrouwbaarheid van het aantal meldingen. Er is wel veel aandacht gegeven om medewerkers erop te attenderen incidenten te blijven melden met behulp van een papieren versie.
- B. Het onderwerp veiligheid begint meer vorm te krijgen en 'in te burgeren' in met name Klinika Capriles. Op Yudaboyu en Sonrisa is nog onvoldoende aandacht voor het onderwerp veiligheid en veilig incidenten melden.
- C. Van Yudaboyu zijn geen meldingen ontvangen terwijl verwacht mag worden dat binnen deze setting te melden incidenten plaatsvinden



- D. Net zoals in de rapportage van 2012 is geconstateerd, is er met betrekking tot 2013 ook nog onvoldoende zicht op de resultaten van de afhandeling van meldingen en de adviezen van de veiligheidscommissie.
- E. De indeling van afdelingen en diensten in de VIM applicatie is in 2013 aangepast en geeft een duidelijker weergave van de organisatie.
- F. De afdelingen Pico Plata en Dagbehandeling Dios Yudami werken met wireless IT verbinding en ondervinden met regelmaat discontinuïteit hiervan.

Aanbevelingen

- A. Voorkomen dat de continuïteit van de functionaliteit van de applicatie onderbroken wordt. Anticiperen op aanpassingen en netwerkonderhoud. Zodra er uitval is van de applicatie moet de papierenversie als back-up gebruikt worden. Mogelijk dat deze te downloaden moet zijn vanaf het intranet.
- B. Continuëren en uitbreiden van de aandacht voor veiligheid en veilig melden, meer aandacht geven aan de 'aandachtsfunctionaris VIM' op de afdelingen. Veiligheid en veilige cultuur onderdeel laten zijn van de verschillende overlegvormen op afdelingen en in teams. In trainingen nadrukkelijk aandacht geven aan de rol van de leidinggevende bij het oplossen van incidenten en het nemen van maatregelen ter voorkoming van incidenten. Benadrukken wat de verantwoordelijkheid van de leidinggevende is. Veiligheidsbeleid en de uitvoering daarvan structureel opnemen in de beleidscyclus.
- C. Het onderwerp veiligheid en VIM gericht aandacht geven op Yudaboyu en Sonrisa en dit op de agenda plaatsen van de verschillende overlegvormen.
- D. Toepassen van de PDCA cirkel, onderdeel laten uitmaken van de 'planning en control cyclus' van de organisatie en met name aandacht geven aan controle (Check) en het geven van follow-up (Act). Nadrukkelijker aandacht besteden aan de reactie van de leidinggevende van de melder op de melding. De melder moet niet alleen per mail op de hoogte worden gebracht van hetgeen de leidinggevende heeft besloten rondom de melding. Het is daarom van belang dat er een gesprek plaatsvindt tussen de leidinggevende en de melder.
- E. Alert blijven op de indeling, bij wijzigingen in de organisatie deze doorvoeren in de VIM applicatie. Te denken valt hier aan de samenvoeging van de onderdelen deeltijdbehandeling en outreach tot een FACT team.
- F. Optimalisering en controleren van de wireless verbindingen.

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 leidinggevendenden breed wordt gedragen. Dit beleid:
 - ondersteunt en stimuleert het streven naar een adequate toepassing van rehabilitatiegerichte behandeling en begeleiding binnen de kliniek;
 - stelt leidinggevendenden 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 2013 uit:

- Dhr. G. Amaro, psychiater;
- Dhr. M. Dings, psychiater;
- Mw. P. Gelan, psychiater tevens coördinerend medisch hoofd;
- Mw. M. Grullon, psychiater;
- 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. M. Klijnstra, psycholoog;
- Mw. V. Garcia-Buchaca, kinder- en jeugdpsychiater;
- Mw. K. Hermans, kinder- en jeugdpsychiater tevens directeur van het Centrum voor KJP
- Mw. T. Tamadonni, gz-psycholoog /kinder- en jeugdpsycholoog
- Mw. Y. Donkers, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. A. de Pool, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. Sh. Casseres, somatische arts;
- Mw. L. Reigina, apotheker (toezichhoudend);
- Dhr. M. Huizer, tandarts;
- Mw. F. van Eijndhoven, diëtist.

Twee psychiaters, de psychologen, de somatische arts en de arts-assistent hebben een voltijds dienstverband. De resterende leden van de behandelstaf inclusief twee psychiaters 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 relevante actiepunten worden opgenomen in onze jaarplanning.

Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Personeel in loondienst (totaal) per 1 januari 2013	251	246.9
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	184	182.0
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	24	23.5
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	15	14.5
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	22	21.8
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	17	16.8
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2013	253	247.4
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	183	181.5



Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2013	Aantal
Pensioen	4
Vrijwillig	9
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	0
Overleden	0
Contract niet verlengd	5
Afkeuring	2
Gedwongen	2
Totaal	22

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof

	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	6.93
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	7.96

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.

Hele organisatie:

Het ziekteverzuimpercentage 2013 is 6.93% (1.23% ▲ in vergelijking met 2012).

De stijging van de ziekteverzuim% is een gevolg van het feit dat het aantal ziekmeldingen 682 bedraagt wat een stijging is van 37 ziekmeldingen vergeleken met 2012, het aantal ziektedagen is in totaal 6432 wat 1188 dagen meer is dan in 2012 en er waren 24 gevallen van langdurige ziekte. 5 van deze gevallen hebben langer dan 6 maanden geduurd waarvan twee gevallen 10 maanden of langer hebben geduurd.

Zorg:

Het ziekteverzuimpercentage 2013 is 7.96% (2.282% ▲ in vergelijking met 2012).

21 van de 24 gevallen van langdurige ziekte is in de zorg wat een stijging is van 5 gevallen vergeleken met 2012. Dit is een logische verklaring van de enorme stijging van de ZV% in de zorg.

Jubilea

Gedurende het jaar 2013 waren:

- 1 medewerker 12.5 jaren in dienst
- 3 medewerkers 35 jaren in dienst

Functie Waarderingsysteem.

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

Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO)

Het personeel wordt vertegenwoordigd door de Algemene Bond van Overheidspersoneel (ABVO).

De CAO die per 1 augustus 2013 is geëindigd, is door de vakbond opgezegd. Er hebben per einde verslagjaar geen onderhandelingen plaatsgevonden.

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december 2013	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december 2013
Totaal personeel	22	4
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	17	4



4.4.2. Kwaliteit van het werk

Opleidingen.

Waar in de afgelopen jaren vooral centraal geplande opleidingsactiviteiten hebben plaatsgevonden zoals SRH, Response en VIM, zijn de trainingen in 2013 vooral georganiseerd vanuit de directe behoefte van de afdelingen. Dit heeft uiteindelijk tot de volgende activiteiten geleid:

Basiscursus voor nieuwe medewerkers:

Gedurende 20 dagen worden nieuwe medewerkers, verdeeld over twee groepen, verder opgeleid en toegerust voor hun taken binnen het ziekenhuis. Op moment van indienstname stromen de medewerkers in in de basiscursus, aan het einde van hun eerste contractjaar hebben zij dan alle onderwerpen behandeld gekregen. In de basiscursus wordt aandacht gegeven aan de volgende onderwerpen:

1. HRM, Missie visie en beleid
2. SRH, theoretische onderbouwing in 7 dagdelen
3. SRH, casusbesprekingen in 4 x 3 dagdelen
4. Psychopathologie, 7 dagdelen
5. Beroepshouding, 6 dagdelen
6. BedrijfsHulpVerlening, 2 dagdelen
7. Response, 4 dagdelen
8. VIM, 2 dagdelen
9. ARBO, 1 dagdeel

Gedurende 2013 hebben 21 nieuwe medewerkers de basiscursus afgerond. De trainingen worden allemaal gegeven door medewerkers van GGZ Curacao.

SRH:

- In april 2013 heeft de afronding plaatsgevonden van de opleiding die door RINO / Care Europe is gegeven voor docenten SRH, Coaches SRH en leidinggevenden SRH. Deze training is gegeven door Dirk den Hollander, hoofd opleider SRH van RINO in samenwerking met Toon van Meel. Uiteindelijk zijn 18 medewerkers gecertificeerd.
- Analooq aan de basiscursus is in overleg met de coördinatoren van de afdelingen besloten in 2013 aan de hand van casuïstiek met de medewerkers aan de slag te gaan met de praktische vertaalslag van de theorie. Per afdeling is steeds een cliënt bereid gevonden om hieraan mee te werken. Samen met het team zijn alle fasen van het SRH proces met de cliënt doorlopen. De casusbesprekingen hebben steeds plaatsgevonden onder begeleiding van een SRH – docent en een Rehabilitatie – coach. Voor de afdeling Margriet / Esmeralda zijn de casusbesprekingen ivm hun verhuizing verplaatst naar begin 2014.
- Voor het team van Sonrisa zijn in twee groepen een aantal sessies georganiseerd waarbij vooral de methodiek van SRH veel aandacht heeft gekregen. Bij deze sessies is het overgrote deel van het team aanwezig geweest. De sessies stonden onder leiding van een SRH – docent en een SRH – coach.

TAGMA:

- Gedurende 2013 zijn twee groepen getraind op het gebied van verslavingszorg. Het betreft een basiscursus van 10 sessies waarin basisprincipes rondom de verslavingszorg aan de orde komen. In totaal hebben 28 medewerkers deelgenomen aan deze training. Het oorspronkelijke plan om een vervolgcursus te organiseren rondom verslavingszorg is opgeschoven naar 2014.

EZRA

- Nieuwe medewerkers zijn onder begeleiding van de applicatiemedewerker EZRA geschoold op het gebied van het werken met de verschillende applicaties van EZRA.

Individuele scholingsactiviteiten:

- In 2013 hebben drie medewerkers hun opleiding SPH bij de UNA afgerond, de twee anderen die tegelijkertijd zijn gestart hopen hun SPH opleiding in 2014 af te gaan ronden.



- Daarnaast zijn er nog twee medewerkers bezig met de SPH – opleiding, 1 medewerker is bezig met de Master Social Work.
- De UNA heeft besloten met ingang van het collegejaar 2014-2015 de SPH opleiding niet meer in een avondvariant aan te bieden. We moeten dus op zoek naar andere alternatieven op dat gebied.

Behandelstaf

- **Cognitieve gedragstherapie**
Een aantal psychologen van GGz Curaçao zijn gestart met de opleiding Cognitieve gedragstherapie die op Curaçao is georganiseerd, daarnaast is een van hen met de opleiding al gestart in Nederland. Naar verwachting zullen deze trajecten in 2014 worden afgerond.
- **EMDR**, EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing
In 2012 is de opleiding EMDR fase 1 en fase 2 gegeven, in 2013 is het laatste gedeelte afgerond, 4 medewerkers van GGz Curaçao hebben de opleiding in zijn geheel afgerond.
- **Attachment Focused Psychotherapy**
4 medewerkers van Yudaboyu hebben deze opleiding (online) afgerond
- **Doelgericht werken voor vaktherapeuten**
5 vaktherapeuten hebben deelgenomen aan de opleiding doelgericht werken voor vaktherapeuten, deze opleiding is eveneens online gegeven.
- **Intervisie Parnassia**
In november heeft een eerste sessie intervisie plaatsgevonden gezamenlijk met de behandelaren van Parnassia Bavo groep. Via videoconferencing is een casuïstiek besproken die was ingebracht vanuit de groep van de behandelaren van de kliniek. Het ligt in de bedoeling om in het kader van deskundigheidsbevordering deze sessies in 2014 regelmatig te laten plaatsvinden.

Facilitair:

- **Brandpreventie:**
Voor alle medewerkers van GGz Curaçao is in 2013 een training brandpreventie georganiseerd. In totaal hebben hieraan ruim 200 medewerkers deelgenomen.
- **BHV**
Alle gecertificeerde BHV 'ers hebben in 2013 deelgenomen aan de herhalingscursus en hebben zodoende hun bevoegdheid en bekwaamheid behouden.

HRM

- De geplande trainingen rondom het personeelsevaluatie systeem zijn niet doorgegaan, in 2014 zal dit wel aan de orde komen
- Het hoofd HR en de personeelsconsulent hebben deelgenomen aan een training functiewaardering, georganiseerd door FWG Utrecht. Het ligt in de bedoeling dat zij in de toekomst zelfstandig functies kunnen beschrijven met de opgedane kennis in deze trainingen die in Nederland hebben plaatsgevonden.

Beleidsmatige aspecten

1. In samenspraak met het Managementteam van GGz Curaçao is het Stagebeleid voor GGz geformaliseerd.
2. GGz Curaçao wil in de toekomst meer en meer gebruik maken van "online" mogelijkheden om trainingen aan te bieden voor haar medewerkers. In het verslagjaar hebben al een aantal trainingen online plaatsgevonden. Het ligt in de bedoeling om dit verder uit te gaan breiden en modules op het intranet van de organisatie beschikbaar te krijgen. In het kader hiervan is een samenwerkingsovereenkomst aangegaan met Learning connected, een Nederlandse organisatie die GGz Curaçao gaat begeleiden bij de implementatie van een aantal modules.
3. GGz Curaçao onderzoekt de mogelijkheden om op het eiland een opleiding tot GZ – psycholoog te organiseren. In het kader hiervan zijn contacten met de RijksUniversiteit Groningen in de persoon van professor Bouman. Deze contacten hebben nog een verkennend karakter en leiden nog niet direct tot de opstart van een opleiding tot GZ – psycholoog.
4. GGz Curaçao heeft in de loop van de afgelopen jaren veel kennis en expertise opgebouwd. Het moment lijkt daar om die kennis en expertise ook buiten de GGz Curaçao in te zetten. Gedurende 2013 zijn hiervoor eerste verkennende gesprekken gevoerd, in 2014 zal dat verder worden uitgewerkt.



4.5. Samenleving

Academisering ('teaching hospital')

Klinika Capriles speelt als enige psychiatrisch ziekenhuis binnen de voormalige Nederlandse Antillen een belangrijke rol bij de opleidingen voor zorg- en welzijn. Jaarlijks worden binnen Capriles zo'n 100 studenten van verschillende opleiding een stageplek geboden. De planning en logistiek hieromheen vergt veel tijd en aandacht.

Verder wordt er gezamenlijk met de overige leden van de federatie gewerkt aan de verbetering van de beroepshouding van de studenten van de verschillende lokale opleidingen.

Daarnaast biedt de Kliniek stage – plekken voor universitaire opleidingen, zowel lokaal alsook internationaal. Op wetenschappelijk onderwijs niveau betref het de stage psychiatrie voor co-assistenten 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.

In 2013 zijn twee studenten vanuit Nederland ontvangen om hun stage bij Klinika Capriles te volgen:

- HBO Facility Management 2

Op MBO niveau betref het opleidingsrichtingen zoals:

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

In 2011 heeft Klinika Capriles van KBB (Kenniscentrum Bedrijfsleven Beroepsonderwijs) als eerste organisatie in de zorg de officiële erkenning ontvangen als erkend leerbedrijf. In samenwerking met KBB zijn opnieuw een aantal leermeesters opgeleid; de teller staat aan het einde van het verslagjaar 2013 op 60.

4.6 Financieel beleid 2013

Jaarplanning 2013 Financieel management

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
A Bedrijfsvoering: financiën			
	1	De organisatie en formatie "Financieel Beheer" is op niveau	😊
	2	Realisatie Enterprise Resource Planning (ERP)	😊
	3	Implementatie van een electronisch productie/verbruikadm binnen de Keuken met koppeling met de financiële administratie	😞
	4	Tijdig, juiste en volledige beschikbaarheid van financiële management informatie	😊

Binnen de werkstichtingen van GGz Curacao is één van de belangrijkste uitgangspunten, het voeren van een uniform goed op elkaar afgestemd algemeen beleid. In het bijzonder is ten aanzien van het financieel reilen en zeilen binnen de groep eenzelfde beleid gevolgd. Deze laatste mede ter ondersteuning van een duurzame dienstverlening aan haar cliënten in het bijzonder en aan de maatschappij in het algemeen. Ten allen tijde heeft het financieel beleid zich laten leiden door het behoud van een zelfstandig levensvatbaarheid van elk entiteit van de groep afzonderlijk.

In het verslagjaar 2013 heeft Klinika Capriles dit beleid, als onderdeel van haar strategische doelstellingen, opgevolgd.



Onderstaand is er een weergave van hetgeen gerealiseerd is en datgene dat nog in wording zijn:

- Voor een doelmatig beheer van de financiële afdeling is deze zowel kwalitatief als kwantitatief versterkt.
- De implementatie van het systeem voor elektronisch verwerken van bankafschriften is gerealiseerd, waardoor de verwerkingstijd aanzienlijk is verlaagd. De planning is dat betaling via cheques binnenkort tot het verleden zal gaan behoren.
- In het kader van de verdere digitalisering van het inkoop-, factuurregistratie/allocatie- en factuurfiatterings-proces en rapportage, is er een belangrijke aanzet gedaan ter realisatie hiervan. Voorts zal doorbelasting naar zusterwerkstichtingen ook tot de mogelijkheden gaan behoren. De verwachting is dat het systeem in augustus 2014 gereed zal zijn.
- In het verslagjaar 2013 heeft de kliniek een grote inhaalslag gedaan met betrekking tot onbetaalde facturen van de Overheid, waarbij substantiële bedragen werden geïnd. Dit heeft bijgedragen aan een verlaging van de debiteurenstand met ruim 30%. Desalniettemin kunnen wij niet spreken van een structurele verbetering van de liquiditeitspositie. De daarbij beschikbaar gekomen liquide middelen werden aangewend voor het aflossen van achterstanden in afdrachten sociale lasten en betaling aan crediteuren.
- De ten behoeve van de bouw van de Longstay woningen afgesloten leningsovereenkomst van Ang. 5 miljoen bij de Orco Bank is als zekerheid door het kliniek o.a. een termijn deposito van Ang.2 miljoen aan deze bank verpand voor de duur van de bouw. Gezien de gunstige rente percentage op deze deposito van 4,5% tegenover het leningspercentage van 6,6% (effectief 2,1%) is besloten de termijn deposito jaarlijks, ook ná afronding van de bouw, automatisch voor dezelfde duur te verlengen. De oplevering heeft op 19 juli 2013 plaatsgevonden. Conform de leningsvoorwaarden is het onderpand op de Termijndeposito komen te vervallen. De in bedrijfsstelling van de woningen heeft eind 2013 plaatsgevonden.
- In 2013 is de beoogde juridische overdracht van de gebouwen nog steeds niet gerealiseerd.
- Het beheer van de centrale voorraad alsmede de voorraad geneesmiddelen heeft zich in dit verslagjaar onder meer eveneens gericht op zo laag mogelijk houden van het in de voorraden geïnvesteerde gelden.

**Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
Dr. David Ricardo Capriles**

Verkorte Jaarrekening 2013

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 2013	6
2.2	Verkorte Staat van Baten en Lasten 2013	7
2.3	Verkorte Mutatie-overzicht eigen vermogen over 2013	8
2.4.	Verkorte Kasstroomoverzicht 2013	9
2.5.	Toelichting op de verkorte balans per 31 december 2013	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/136140/2140669

Opdracht

Wij hebbe gecontroleerd of de in dit verslag opgenomen verkorte jaarrekening van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles te Curaçao over 2013 op de juiste wijze is ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2013 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles. Bij die jaarrekening hebben wij op 8 juli 2014 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 2013 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 8 juli 2014 verstrekte goedkeurende controleverklaring. Deze toelichting doet geen afbreuk aan ons oordeel.

Curaçao, 15 augustus 2014
PricewaterhouseCoopers Curaçao

Cees Rokx

2 Verkorte Jaarrekening

2.1 Verkorte Balans per 31 december 2013 (vóór verdeling van de winst)

	<u>31 december 2013</u> ANG	<u>31 december 2012</u> ANG
ACTIVA		
Materiële vaste activa	26.522.047	25.933.012
Financiële vaste activa	2.180.815	2.180.815
Vorraden	137.499	213.605
Debiteuren	2.669.466	7.126.812
Overige vorderingen	2.382.666	1.224.967
Liquide middelen	<u>1.328.500</u>	<u>1.051.669</u>
	35.220.993	37.730.880
PASSIVA		
Eigen vermogen		
Stichtingskapitaal	100	100
Algemene Reserve	436.302	4.300.754
Bestemmingsreserve	11.492.341	11.492.341
Exploitatie lopend boekjaar	<u>(5.898.132)</u>	<u>(3.864.483)</u>
	<u>6.030.611</u>	<u>11.928.712</u>
Schulden		
Fonds Materiële Vaste Activa	16.174.081	17.126.305
6.6% Annuïteitenlening Orco Bank	4.824.668	2.741.946
Crediteuren	1.006.674	1.424.534
Sociale premies en overige schulden	<u>7.184.959</u>	<u>4.509.383</u>
	<u>29.190.382</u>	<u>25.802.168</u>
	35.220.993	37.730.880

2.2 Verkorte Staat van Baten en Lasten 2013

	2013 ANG	2012 ANG
BATEN		
Omzet verrichtingen	23.906.269	24.145.132
Overige opbrengsten	<u>1.459.277</u>	<u>199.163</u>
	25.365.546	24.344.295
LASTEN		
Personeelskosten	20.225.642	18.811.351
Huisvestingskosten	2.760.094	2.617.719
Verbruik behandelings,- kleding- en voedingsartikelen	2.741.335	2.133.041
Vervoerkosten	289.279	262.253
Onderhoudskosten	610.021	557.859
Algemene kosten	1.085.760	1.040.816
Dotatie voorziening debiteuren	<u>1.260.086</u>	<u>1.532.138</u>
	28.972.217	26.965.177
Resultaat uit gewone bedrijfsuitvoering	(3.606.671)	(2.620.882)
Financiële kosten	(253.249)	(92.043)
Afschrijvingskosten	(1.178.898)	(546.486)
Overige baten	485.970	554.906
Overige lasten	<u>(1.345.284)</u>	<u>(1.159.978)</u>
	(2.291.461)	(1.243.601)
Exploitatie overschot / (tekort)	<u>(5.898.132)</u>	<u>(3.864.483)</u>

2.3 Verkorte Mutatie - overzicht eigen vermogen over 2013

	Kapitaal Stichting	Algemene Reserve	Bestemmings- Reserve	Exploitatie Resultaat Lopend Boekjaar	Totaal
	ANG	ANG	ANG	ANG	ANG
Stand per 1 januari 2012	100	4.445.923	11.911.341	(145.169)	16.212.195
Resultaat voorgaande boekjaar	-	(145.169)	-	145.169	-
Exploitatie tekort	-	-	-	(3.864.483)	(3.864.483)
Correctie vervanging investeringsreserve Drugforensische 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
Resultaat voorgaande boekjaar	-	(3.864.483)	-	3.864.483	-
Correctie resultaat 2012	-	31	-	-	31
Exploitatie tekort	-	-	-	(5.898.132)	(5.898.132)
Afname voorraadreservefonds aanwending	-	-	-	-	-
Stand per 31 december 2013	100	436.302	11.492.341	(5.898.132)	5.920.882

2.4 Verkorte Mutatie - overzicht kasstroom over 2013

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
	ANG	ANG
Operationele activiteiten		
Exploitatie (tekort) / overschot	(5.898.132)	(3.864.483)
Afschrijvingskosten	1.178.898	546.486
(Toename)/afname debiteuren	4.457.346	2.490.004
Afname/(toename) overige vorderingen	(1.157.700)	134.417
Afname voorraad	76.106	111.950
Toename/(afname) crediteuren	(417.830)	(18.461)
Toename/(afname) overige schulden	2.675.576	1.731.652
(Afname) vervangingsreserve	<u>-</u>	<u>(419.000)</u>
Netto kasstroom uit operationele activiteiten	<u>914.264</u>	<u>712.566</u>
Kasstroom uit Investeringsactiviteiten		
Netto investering in materiële vaste activa	<u>(2.720.156)</u>	<u>(5.128.351)</u>
Netto kasstroom uit investeringsactiviteiten	<u>(2.720.156)</u>	<u>(5.128.351)</u>
Financieringsactiviteiten		
Toename Annuïteitenlening Orco bank	<u>2.082.722</u>	<u>2.741.946</u>
Netto kasstroom uit financieringsactiviteiten	<u>2.082.722</u>	<u>2.741.946</u>
(Afname)/toename liquide middelen	<u>276.830</u>	<u>(1.673.839)</u>
Stand liquide middelen per 1 januari	<u>1.051.670</u>	<u>2.725.509</u>
Liquide middelen op 31 december	1.328.500	1.051.670

2.5 Toelichting op de verkorte balans per 31 december 2013

2.5.1 Algemeen

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

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

De Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles is opgericht op 3 maart 2000. De statutaire zetel bevindt zich op Curacao. De financiële en personele invulling van de verzelfstandiging vond plaats per 1 januari 2001.

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

De Landsregering heeft 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 Curacao. Vooruitlopend op deze formele overdracht en gezien het feit dat de Stichting economisch eigendom heeft, zijn de door de rechtsopvolger van de Rechtspersoon de Nederlandse Antillen, het Land Curacao, ter beschikking gestelde materiële vaste activa geactiveerd in de balans van de Stichting op de wijze zoals hierna in de toelichting aangegeven. Verder is van belang te vermelden 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 interestpercentage 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 het huidig gebouw waarin de longstay afdelingen "Esmeralda en Magriet" gehuisvest zijn. De oplevering van deze nieuwbouw heeft in augustus 2013 plaatsgevonden.

In het kader van haar dienstverlening heeft de Stichting onder meer met het Bureau Ziektekosten Voorziening (BZV) een zorgovereenkomst afgesloten en heeft tot 1 februari 2013 gegolden met BZV als contractspartij.

Daarna is dit contract door de SVB overgenomen die door "subrogatie" met ingang van 1 februari 2013 als contractspartij in de plaats is getreden van de BZV. In dit verslagjaar is het voorschot/budgetbedrag vastgesteld op ANG.13.1.miljoen. Volgens het zorgcontract hoeft er geen afrekening plaats te vinden over eventueel overschot danwel tekorten.

De Stichting factureert SVB op basis van de werkelijke bezetting. Met betrekking tot het verslagjaar 2013 is ca. ANG. 13.1 miljoen (2012: ANG. 12.8 miljoen) door de Stichting aan declaraties ingediend bij het BZV-AVBZ-fonds tot 1 februari en daarna bij de SVB-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd ANG. 13.1 miljoen (2012: 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 het verslagjaar 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013 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, 2012 en 2013. 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. Noemenswaardig hierbij is dat in de maand mei 2014 Klinika Capriles (KC) en de Sociale Verzekeringsbank samen in één brief hun verschilpunten, ten aanzien van de door KC aangevraagde nieuwe tarieven, hebben verwoord en op verzoek van de Minister van GMN naar deze laatste opgestuurd. Het is nu wachten op een besluit van de Minister ten aanzien van het wel of niet toekennen van de door KC voorgestelde nieuwe tarieven.

Algemene waarderingsgrondslagen

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met Boek 2 van het in Curacao geldende Burgerlijk Wetboek. Het bestuur heeft de jaarrekening opgesteld volgens in Nederland algemeen aanvaarde grondslagen voor waardering van de activa en de passiva en methoden van resultaatbepaling.

De toegepaste waarderingsgrondslagen gaan uit van de historische kosten c.q. 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. Exploitatie-overschotten worden slechts genomen voor zover zij op balansdatum zijn gerealiseerd.

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

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

Vorderingen 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 voorraden halffabrikaten en gereed product worden gewaardeerd op vervaardigingsprijs of lagere opbrengstwaarde.

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 van 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 voor het eerst besloten deze voorraden te activeren tegen een vaste verrekenprijs ten gunste van het eigen vermogen.

In 2009 is voor de balanstoename 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. Zowel in 2012 als in 2013 zijn geen boekingen meer hierop verricht.

I

Financiële activa

Effecten worden bij eerste verwerking gewaardeerd tegen reële waarde en zijn voor waardering na eerste verwerking onder te verdelen in effecten die onderdeel zijn van de handelsportefeuille en effecten die geen onderdeel zijn van de handelsportefeuille, zijnde eigen vermogensinstrumenten of obligaties.

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.

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.

Jaarlijks wordt de boekwaarde van het Fonds Materiële Vaste Activa bepaald door aftrek van de in het lopend jaar door deze lineaire afschrijvingen ontstane waarde verminderingen. De effecten van het bovenstaande zijn conform de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving zoals gepubliceerd door de Nederlandse Raad voor de Jaarverslaggeving verwerkt in de jaarcijfers van 2010, 2011, 2012, alsmede in het verslagjaar 2013.

2.5.3 Bestemmingsreserve

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
Vervangingsinvestering drugsforensisch afdeling "Pico Plata"	9.381.000	9.381.000
Toekomstig onderhoud	<u>2.111.341</u>	<u>2.111.341</u>
	11.492.341	11.492.341

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 vervanging 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: GGZ-instelling

Typing	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	Ja
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 tandheekkundige /mondhygiënische behandeling	Ja
Verblijf op grond van de AWBZ	Ja

Overige (AWBZ)-prestaties geleverd door Klinika Capriles

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

Overige zorg geleverd door het concern

Prestatie	Ja/nee
Dieetadvisering	Ja

Doelgroepen cliënten

Algemeen AVBZ-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 2013 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 /cliënten in zorg in verslagjaar	3.903
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2013	199
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2013	
Aantal plaatsen voor Deeltijd- of Dagbehandeling	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in verslagjaar	7.118
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in verslagjaar	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in verslagjaar	12.417
Aantal ambulante contacten (incl. Deeltijd /dagbehandelingen) in verslagjaar	30.037
Personeel	
Aantal patiëntgebonden personeelsleden in loondienst op 31 december 2013	183.0
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2013	181.5
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2013	253.0
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2013	247.4
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (in ANG.) in 2013	25.365.546
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	1.459.277

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 2013	Aantal fte's per 31 december 2013
1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst			
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	19	16.1
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 5)	413600	15	15
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 4)	413600	100	100
Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)	413600	16	16
Helpenden (niveau 2)	413600	5	5
Zorghulpen (niveau 1)	413600	1	0.9
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	413600	137	136.9
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700	14	13.6
Subtotaal	413000	181	177.5
2) Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst			
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch			
Subtotaal	414000		
3) Management en ondersteunend personeel in loondienst			
Personeel algemene en administratieve functies	411000	18	17.3
Personeel hotelfuncties	412000	48	46.6
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000	6	6
Subtotaal	411+412+ 415000	72	69.9
B) Personeel niet in loondienst			
Code			
Aantal werkzame personen per 31 december 2013			
Aantal fte's per 31 december 2013			
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		2	1.6
Overig ingehuurd personeel		12	4.5
Vrijwilligers		1	0.3
Alfa-helpenden			
Subtotaal		15	6.4
A + B) Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst			
		268	253.8



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 ziektebeelden	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	40 bedden	Langdurige behandeling(18–60+) met chronische stoornissen	Langer dan 24 maanden
Kas Florisol	54 bedden	Resocialisatie afdeling voor langdurig opgenomen chronische patiënten	Onbepaald
Pico Plata	21 bedden	Vervolgbehandeling van schizofrene patiënten met acting-out gedrag en middelen gebruik	Tot 12 maanden
Dagbehandeling		Chronische schizofrene patiënten met acting-out gedrag en middelen gebruik	Onbepaald
Klinika Capriles	20 stoelen		
Dios Yudami	30 stoelen		
Deeltijdbehandeling	24 stoelen		Tot 2 jaar
Groep 1: Exploratiefase	8 stoelen	In deze fase worden de wensen c.q. behoeften en de krachten samen met de cliënt onderzocht. De begeleiding en behandeling geschieden zowel groepsgericht als individueel.	
Groep 2: Praktijkfase	8 stoelen	In deze fase gaat het om het versterken van de persoonlijke en omgevingskrachten die de cliënt heeft ontdekt. De begeleiding en behandeling geschieden zowel groepsgericht als individueel.	
Groep 3: Resocialisatiefase	8 stoelen	De cliënt wordt voorbereid om zo zelfstandig mogelijk te kunnen participeren in de maatschappij. Hetzij met een andere vorm van ondersteuning hetzij zonder ondersteuning.	
Totaal	199 bedden 74 stoelen		



B. Bestuur en Toezicht

B.1 Governancecode

Code	
Hanteert uw concern de zorgbrede Governancecode?	Nee, de Zorgbrede Governancecode is wettelijk niet verplicht op Curaçao.
Zo nee, welke andere code?	Echter de stichting voldoet nagenoeg aan hetgeen is vastgelegd in de code.

B.2 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



B.3 Toezichthoudend orgaan

Vraag	Antwoord
Houdt het toezichthoudend orgaan toezicht op de strategie en prestaties en de interne beheersings- en controlesystemen?	Ja
Zijn nieuwe leden op openbare wijze geworven?	Ja, nieuwe leden worden geworven middels advertenties in de krant.
Wordt de deskundigheid van toezichthouders gewaarborgd?	De deskundigheid waaraan de toezichthouders moeten voldoen is vastgelegd in profielen voor toezichthouders.
Beschikt de raad over ten minste één lid met voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring?	Ja
Zijn er besluiten van het bestuur waaraan het toezichthoudend orgaan dit verslagjaar goedkeuring heeft verleend?	Jaarverantwoording 2012; Jaarrekening 2012; Jaarbegroting 2013; Jaarplanning 2014 van de RvB.
Bestaan er commissies binnen het toezichthoudend orgaan?	<i>Financiële Commissie:</i> bestaat uit de financieel deskundige leden van de RvT. Bespreekt de begrotingen, kwartaalcijfers en jaarrekeningen "in dept" met de RvB en Financieel manager. Notulen worden gemaakt en verzonden naar de overige RvT leden. <i>Zorgcommissie:</i> Voorzitter en zorgdeskundige. Een (1) vergadering heeft plaatsgevonden met RvB <i>HRM commissie:</i> HRM deskundige. Twee (2) vergaderingen hebben plaatsgevonden met RvB en beleidsadviseurs
Heeft u gewaarborgd dat de leden van het toezichthoudend orgaan onafhankelijk zijn?	Benoeming van leden van het toezichthoudend orgaan is niet mogelijk middels bindende voordrachten van externe stakeholders.
Heeft u een beleid met betrekking tot de bezoldiging van toezichthouders?	De richtlijnen voor overheidsstichtingen en -NV's worden gevolgd.
Heeft het toezichthoudend orgaan het bestuur dit verslagjaar beoordeeld?	Ja
Heeft het toezichthoudend orgaan haar eigen functioneren dit verslagjaar beoordeeld?	Nee
Hoeveel vergaderingen heeft het toezichthoudend orgaan gehouden in het verslagjaar?	7
Bij hoeveel van deze vergaderingen was de raad van bestuur aanwezig?	6
Bestaat er regulier overleg met de externe accountant?	Financiële Commissie heeft een (1) overleg gehad met de externe accountant waarbij de RvB niet aanwezig was. Een overleg heeft plaatsgevonden voor bespreking van de bevindingen van de jaarcontrole door de externe accountant met de toezichthouders en de RvB..
Laat het toezichthoudend orgaan zich door verschillende bronnen voorzien van informatie?	Presentaties zijn verzorgd door de Zorg Manager en HR Manager.



B.4 Transparantie bestuurstructuur

B.4.1 Transparantie bestuursstructuur

Transparantie	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?	Ja
Is het toezichthoudend orgaan zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en de algemene leiding van de instellingen en welke deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.	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 Reglement van toezicht en Reglement van bestuur
Heeft uw instelling de rechtsvorm van stichting of vereniging	Stichting
Zijn er meer dan 50 personen werkzaam	Ja

B.4.2 Wijziging statuten

Transparantie	Ja/nee
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering belangrijke veranderingen plaatsgevonden?	Nee

B.5 Transparantie bedrijfsvoering

Transparantie	Ja/nee
Heeft de instelling schriftelijk vastgelegd welk orgaan /organen van de instelling welke bevoegdheden heeft/hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering?	Ja
Heeft de instelling schriftelijk (en inzichtelijk) vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden?	Ja
Ten behoeve van welke instelling heeft u investeringen gedaan (ook in het buitenland gevestigd)?	Geen
Worden de activiteiten van de instelling , in ieder geval financieel onderscheiden van andere activiteiten van de instelling?	Ja
Zijn in de financiële administratie van de instelling ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming, en is duidelijk wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegegaan?	Ja



B.6 Samenstelling Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

B.6.1 Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur

Naam	Bestuursfunctie
Dhr. W. H. Oostburg, arts	Bestuurder

Nevenfunctie per 31 december 2013

- Lid van het Bestuur van de Stichting Federatie Zorginstellingen.

B.6.2 Toezichthoudend orgaan

Samenstelling toezichthoudend orgaan per 31 december 2013

Naam	Taakverdeling	Aftreëddatum	Herbenoembaar
Mw. S.L.T. Perez, huisarts	Zorg	31 december 2016	Ja
Dhr. drs. P. Spuijbroek, organisatie psycholoog	Organisatie en personeel	31 december 2015	Ja
Dhr. L. Sint Jacobs, MBA	Financieel-economisch	31 december 2015	Ja
Dhr. L. Rosa	Vice-voorzitter /Financiën	7 april 2014	Nee
Dhr. S. Smith	Voorzitter	7 april 2014	Nee



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?	94	96
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	90	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	88	12
Stemmingsstoornissen	93	7
Angst- / stressgebonden stoornissen	100	0
Persoonlijkheids- / gedragsstoornissen		
Cognitieve / organische stoornissen	0	100
Stoornissen in ontwikkeling / gedrag	100	0
Stoornissen door alcohol / drugs	71	29

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

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



1.c Somatische screening

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

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

Somatische screening bij opname: onderzoek bij de in september 2013 nieuw opgenomen patiënten wijst uit dat een 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 elektronisch patiëntendossier (EPD). Het geconstateerde percentage (80%) is niet conform het vastgesteld beleid (100%) maar wel een verbetering t.o.v. 2012.

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 EPD 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)*	95
Gemiddelde separeerduur in uren (in isolatiecellen)	26:17

* Een patiënt kan meerdere malen geïsoleerd worden.

Met separeren wordt 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 wordt duidelijker dat de effecten van het separeren in veel gevallen schadelijk zijn en dat er alternatieven voorhanden zijn.



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

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

Onderzoek

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

Het onderzoek heeft zich beperkt tot alleen separatie in de speciaal daarvoor bestemde, minimaal gemeubileerde isoleercellen, omdat alleen deze vorm van separatie wordt geregistreerd. Andere vormen van separatie zoals opsluiten in eigen kamer worden niet geregistreerd.

Vergeleken met 2012 wordt een vermindering van 40 % (2012: 163 gevallen) geconstateerd van het aantal gevallen waarbij de patiënt werd geïsoleerd. Tevens is de isolatieduur met 27% (2012: 36 uren) afgenomen. Het isoleren, ook het opsluiten in de eigen kamer, blijft onze aandacht vergen.

3. CLIËNTTEVREDENHEID

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?	65	98
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	68	94

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?	78	96

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?	74	94
Sloot de behandeling of begeleiding goed aan bij uw problemen en klachten?	82	94



3.d Woon- en leefomstandigheden

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

Over de sfeer op de afdeling, waaronder de gang van zaken, afdelingsomgeving, faciliteiten en inrichting is het merendeel van de patiënten tevreden, maar is een aantal aandachtspunten genoemd die een hogere mate van tevredenheid kan bevorderen. Deze zijn:

- de mindere staat en aanzicht van bepaalde gebouwen;
- het mindere aanzicht van bepaalde gebouwen (de uitstraling van schoonheid/hygiëne);
- overlast van ongedierte;
- de beperkte beschikbaarheid van huishoudelijke benodigdheden.

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?	94	100
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:

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

Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Hebt u voldoende informatie gekregen over de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden van onze instelling?	81	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over uw behandel- of begeleidingsplan?	75	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	75	100

b. Klachten

Aantallen klachten in het verslagjaar.

	Aantal
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	0
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	0
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	0
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	24	23.5
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	15	14.5
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	22	21.8
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	17	16.8

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie

	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	6.93
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	7.96

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	22	4
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	17	4

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?	Ja
2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van het werk?	Nee

Samenvatting medewerkertevredenheidsonderzoek

Respons

De respons bedroeg 67% en lag daarmee 3% onder het streefpercentage van 70%. Een respons van tweederde mag in algemene zin als representatief worden beschouwd voor de gehele populatie. Bovendien is het een hoog percentage, gezien de bij dit soort onderzoeken 'gebruikelijke' respons.

Rapportcijfer

Het 'tevredenheids'rapportcijfer bedraagt 7.2 voor de eigen stichting.

Aspecten waar men het meest tevreden over is

- Ik ben trots op het werk dat ik doe
- Ik heb voldoende verantwoordelijkheid in mijn werk
- Ik weet goed wat er in mijn functie van mij verwacht wordt
- Ik doe mijn werk met plezier
- De regels over hoe ik mij in mijn werk moet gedragen zijn duidelijk



Aspecten waar men het meest ontevreden over is

- Ik ben tevreden over mijn salaris
- Er zijn voldoende collega's om mijn werk goed te doen
- Mijn werk geeft mij weinig stress
- Ik heb voldoende mogelijkheden om in mijn werk carrière te maken
- Er wordt binnen mijn organisatie op een positieve manier over elkaar gesproken

Open vragen

De meest genoemde antwoorden op open vragen concentreren zich rond de onderwerpen:

- Medewerkers positiever benaderen (onderdeel leidinggeven)
- Meer overleg, samenwerking, onderling helpen (onderdeel samenwerking)
- Meer direct en open communiceren en minder roddel (onderdeel communicatie)

De antwoorden op de open vragen zijn in lijn met de antwoorden op de gesloten vragen.

Wat medewerkers het meest belangrijk vinden

- De medewerkers van GGzC geven aan gemotiveerd te worden door een besef van (of een wil tot) het nemen van eigen verantwoordelijkheid en een gevoel van trots op het werk.
- Wat medewerkers hiernaast met name aangeven belangrijk te vinden is dat het voor hen duidelijk is wat zij moeten doen in de functie, dat zij het werk goed doen en dat de leidinggevende hen waardeert en vertrouwt.

Uitkomsten van de kruislingse analyses

Analyse naar de verschillen tussen de leidinggevenden versus niet-leidinggevenden en leeftijdscategorieën van medewerkers laten enkele opvallende punten zien en wel met name:

- Leidinggevenden zijn minder ontevreden dan niet-leidinggevenden op drie van top-5 ontevredenheidsaspecten.
- De groep medewerkers tot 30 jaar lijken minder tevreden dan gemiddeld, terwijl de medewerkers tussen de 40-50 jaar juist meer dan gemiddeld tevreden lijken.
- De categorie 60-plussers is in het geheel niet ontevreden over alle van de top-5 ontevredenheidsaspecten.



D. Financieel beleid

Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaatratio	(0.23)	(0.16)
<i>Resultaatboekjaar</i>	(5,898,132)	(3,864,483)
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	25,365,546	24,344,295

Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (vlottende activa exclusief voorraden ten opzichte van de kortlopende schulden)	0.78	1.58
Current ratio (vlottende activa inclusief voorraden gedeeld door kortlopende schulden)	0.80	1.62
<i>Vlottende activa inclusief voorraden</i>	6,518,131	9,617,053
<i>Vlottende activa exclusief voorraden</i>	6,380,632	9,403,448
<i>Totaal kortlopende schulden</i>	8,191,633	5,933,917

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0.17	0.32
<i>Totaal eigen vermogen</i>	6,030,611	11,928,712
<i>Balanstotaal</i>	35,220,993	37,730,880
Vermogensratio (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0.24	0.50
<i>Totaal eigen vermogen</i>	6,030,611	11,928,712
<i>Totaal opbrengsten</i>	25,365,546	24,344,295



Klínika Capriles

Mohikanenweg 8

Tel: 737 4700

Fax: 736 9216



Yudaboyu

Barendslaan 11

Tel: 738 9511

Fax: 738 9553

Zijn onderdeel van

