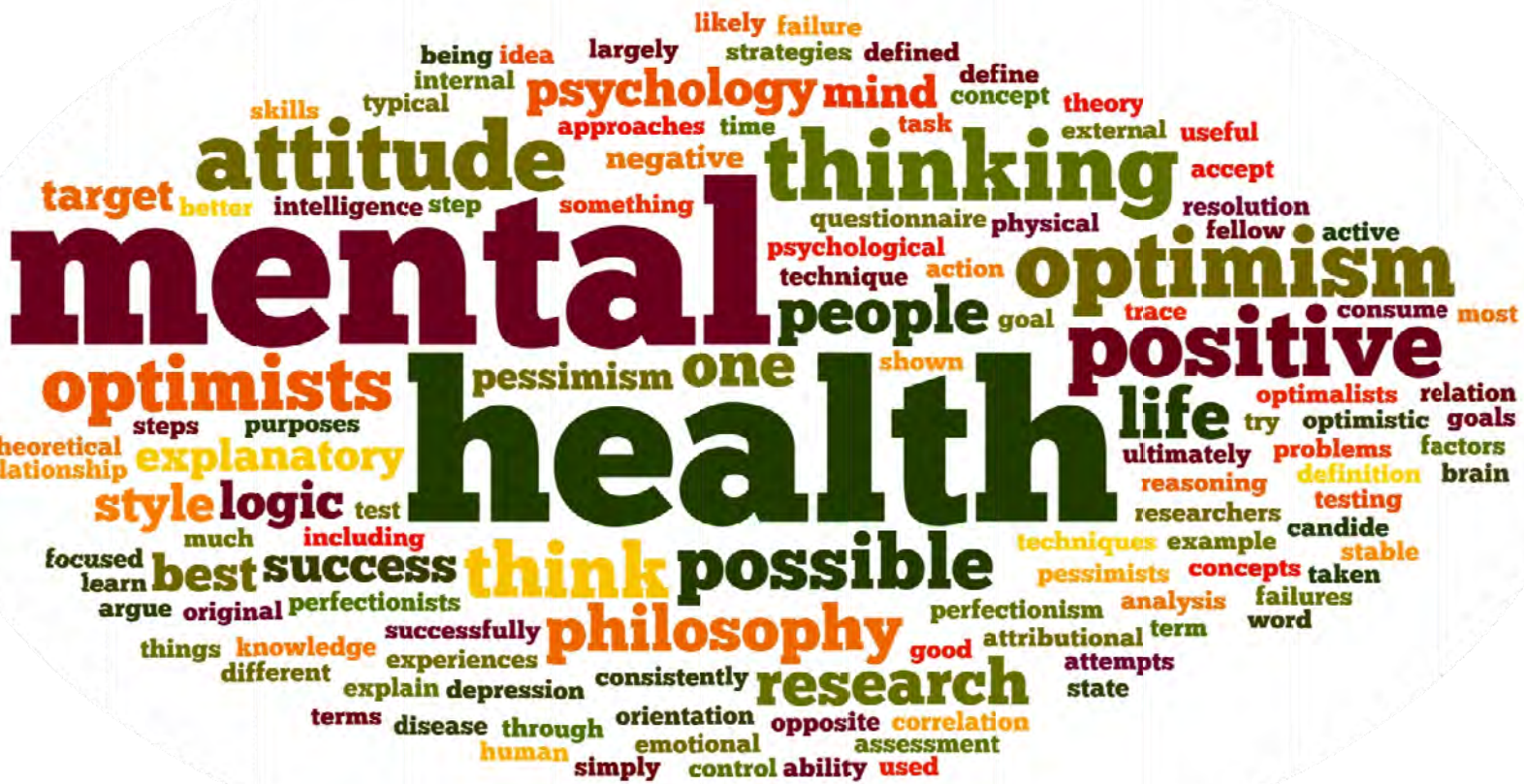




Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis



Jaarverantwoording 2014





Inhoudsopgave

JAARDOCUMENT 2014 KLINIKA CAPRILES	1
VOORWOORD	2
1. UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING	3
2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	4
2.1. ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS	4
2.2. STRUCTUUR VAN DE INSTELLING	4
2.3. KERNGEGEVENS	6
2.4. BELANGHEBBENDEN	7
3. GOVERNANCE	12
3.1. BESTUUR EN TOEZICHT	12
3.2. BEDRIJFSVOERING	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	32
4.5. FINANCIËEL BELEID	38
VERKORTE JAARREKENING 2014	(2) 39
1.1. CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT	(6) 43
2.1. VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2014	(8) 45
2.2. VERKORTE STAAT VAN BATEN EN LASTEN 2014	(9) 46
2.3. VERKORTE MUTATIE - OVERZICHT EIGEN VERMOGEN OVER 2014	(10) 47
2.4. VERKORTE MUTATIE - OVERZICHT KASSTROOM OVER 2014	(11) 48
2.5. TOELICHTING OP DE VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2014	(12) 49
A. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 2 PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	54
A.1 NADERE TYPERING	54
A.2 KERNGEGEVENS	55
A.3 WERKGEBIEDEN	55
A.4 PERSONEEL	56
A.5 GEGEVENS VERBLIJFPLAATSEN	57
B. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 3 GOVERNANCE	58
B.1. BESTUUR EN TOEZICHT	58
C. BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 4 BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	62
A. ALGEMEEN KWALITEITSBELEID	62
B. KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN	62
A. KWALITEIT VAN ZORG	62
B. KLACHTEN	65
C. PERSONEELSBELEID	66
A. KWALITEIT VAN HET PERSONEEL	66
B. KWALITEIT VAN HET WERK	66
D. FINANCIËEL BELEID	67



Jaardocument 2014 Klinika Capriles

Het maatschappelijk verslag 2014 is opgesteld en op 26 juni 2015 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

De jaarrekening 2014 is op 3 juli 2015 vastgesteld door de de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Waldi Oostburg
Raad van Bestuur

Het jaardocument (maatschappelijk verslag en de jaarrekening) 2014 is op 18 juli 2015 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Steve Smith
Voorzitter Raad van Toezicht



Voorwoord

De stichting heeft in 2014 haar inspanningen om te komen tot betere zorg en behandeling op basis van haar vastgestelde zorgvisie gecontinueerd. Veel werk is gemaakt van het thema veiligheid als een van de kwaliteitsaspecten van zorg. Ook is aandacht uitgegaan naar het inzichtelijk maken van deze kwaliteit van zorg ondermeer door het breed meten van klanttevredenheid en herstelgerichtheid van onze zorg leveren. Duidelijk is geworden dat wij op de goede weg zijn maar dat met name voor wat betreft het leveren van herstelgerichte zorg nog verbeterslagen kunnen worden gemaakt.

Het benutten van onze mogelijkheden tot ontwikkeling en verbetering wordt beïnvloed door het overheidsbeleid aangaande de psychiatrische zorg en in het bijzonder de bekostiging hiervan. De inspanningen die Klinika Capriles in 2014 heeft ondernomen gericht om de overheid te overtuigen van het belang van een goede psychiatrische zorg voor Curaçao en het komen tot noodzakelijke tariefsaanpassingen in dit kader zijn tot op heden zonder succes geweest. Het uitblijven van tariefsaanpassingen heeft in 2014 een sterke weerslag gehad op de kliniek. Diverse geplande ontwikkel- en verbetertrajecten zijn aangehouden vanwege de financiële onzekerheid. Ook zijn scenario's ontwikkeld om de zorg op bepaalde plaatsen fors af te bouwen, mocht de situatie op korte termijn niet verbeteren. Behalve dat een dergelijke versobering van de zorg op gespannen voet staat met het realiseren van onze zorgvisie, resulteert het bespreekbaar maken hiervan tot ongerustheid bij onze personeel.

We kunnen dan ook stellen dat 2014 een bewogen jaar voor Klinika Capriles is geweest, dat sterk in het teken heeft gestaan van de financiële onzekerheid en waarin het gewenste perspectief voor onze doelgroep en onze medewerkers vooralsnog is uitgebleven. Het verdient alle medewerkers lof voor de wijze waarop zij zich ondanks onzekere tijden met enthousiasme blijven inzetten voor onze organisatie en onze cliënten.



1. Uitgangspunten van de verslaggeving

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

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

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

Per 31 december 2010 is Klinika Capriles gelieerd aan de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao. Verder is de stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu" verbonden aan de moederstichting GGz Curaçao. Aangezien Yudaboyu pas tegen het einde van het verslagjaar haar vergunning van de Overheid heeft ontvangen, ressorteren zowel haar activiteiten alsmede haar financiën onder die van Klinika Capriles.

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



2. Profiel van de organisatie

2.1. Algemene identificatiegegevens

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

2.1.2. Positionering

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

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

2.2. Structuur van de instelling

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

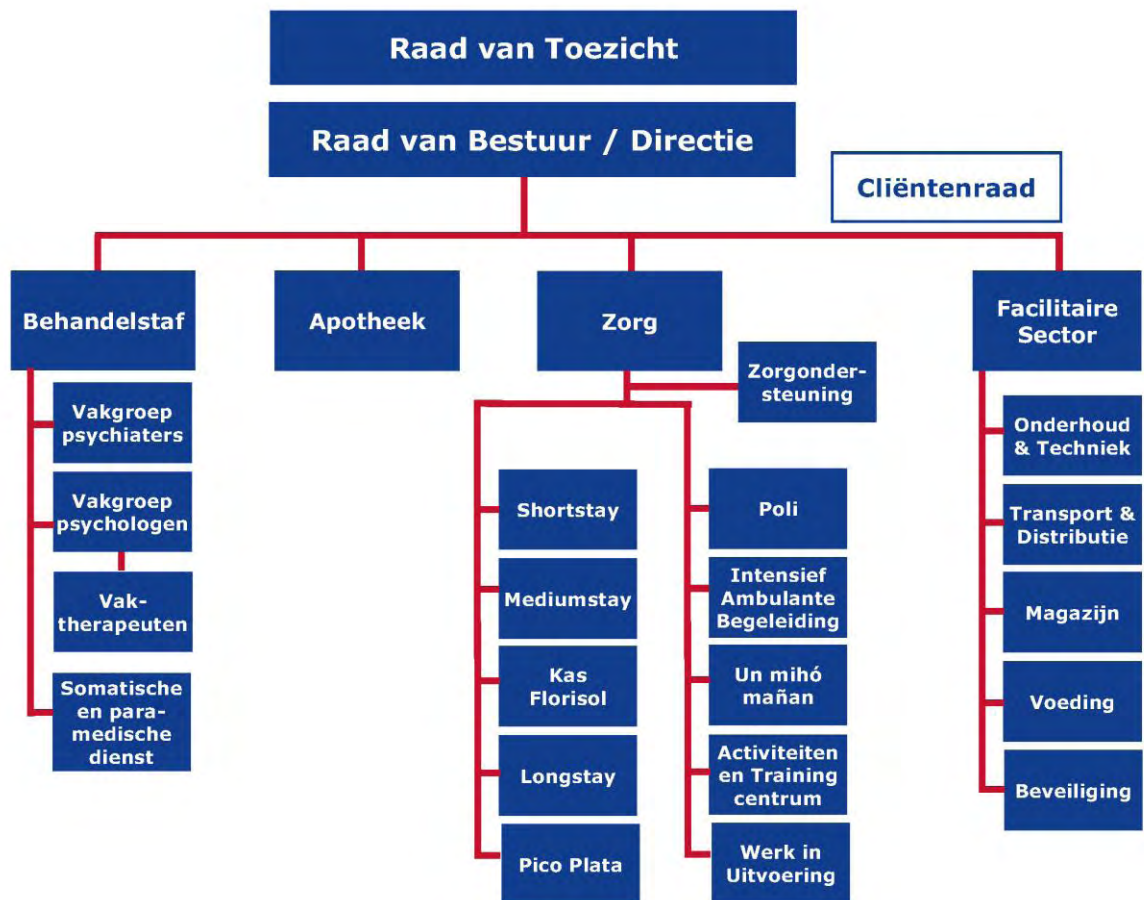
Bij de oprichting is door de Regering van de Nederlandse Antillen bepaald dat de Stichting haar werkzaamheden zal aanvangen op de dag waarop door de rechtspersoon: de Nederlandse Antillen de onroerende en roerende zaken, voor de werkzaamheden vereist, aan haar worden overgedragen. Op 19 april 2010 heeft 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 2014 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;
- Long Stay : langdurig verblijf met intensieve zorg /begeleiding;
- Kas Florisol : langdurig verblijf met minder intensieve begeleiding.

Per 31 december 2014 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 2014	3112
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2014	199
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2014	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in 2014	67.997
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in 2014	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2014	13.309
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in 2014	29.194
Personeel	
Aantal patiëntgebonden (ggz-)personeelsleden in loondienst op 31 december 2014	195.0
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2014	193.5
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2014	267.0
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2014	262.3
Aantal psychiaters in loondienst per 31 december 2014	4
Aantal psychiaters in FTE per 31 december 2014	4
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2014	24,915,987
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	1,256,783

2.3.3. Werkgebieden

Onze doelgroep beperkt zich voor wat betreft de klinische opnames tot de eilanden van de voormalige Nederlandse Antillen. Van Aruba zijn nog negen 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 2014 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 : - Vergoeding van VUT en Duurtetoeslag periode 2008 t/m 2012
- Discrepancie tussen productie en vergoeding ten behoeve van SVB verzekerden
- Budgetvoorstel SVB v/v voorstel KC

• Inspectie voor de Volksgezondheid

- *Klachten*
Gedurende 2014 is een klacht ingediend bij de Inspectie. De klacht is doorverwezen naar de Klachtencommissie
- *Inspectiebezoeken*
 - *Afdeling Inspectie gezondheidszorg*
De Inspectie Gezondheidszorg heeft in 2014 geen inspectiebezoek gebracht aan de Klinika Capriles.
 - *Afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming*
De Centrale Keuken heeft verschillende malen bezoek gehad van de Inspectie van de Volksgezondheid in 2014 om de voortgang in de geplande aanpassingen te bespreken. De benodigde aanpassingen (het fysiek afschermen van de keuken voor onbevoegden) dienen in 2015 nog uitgevoerd te worden. De algemene indruk van de Inspectie was dat er op verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid.

Kapitaalverschaffers

• Zorgbetalers

Per 1 februari 2013 is de wet basisverzekering in werking getreden met als uitvoeringsorgaan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Ook het 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.

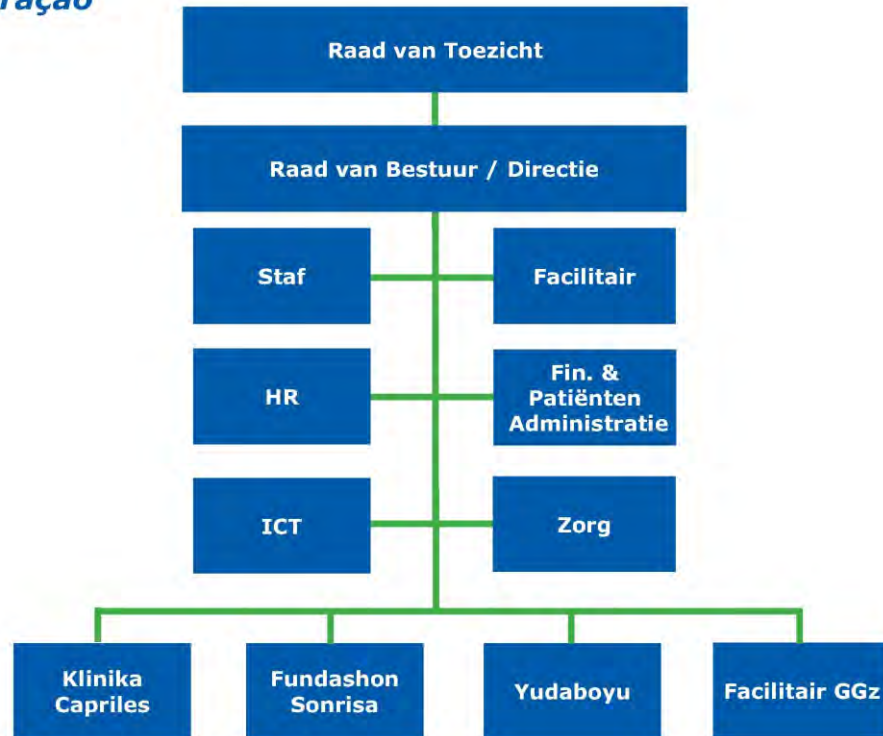
In april 2010 is de *Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao* opgezet als moederstichting van de nieuwe werkstichtingen *Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu"* en *Stichting Facilitair Bedrijf*. De moederstichting bestuurt en levert ondersteuning aan de werkstichtingen.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



Eind 2010 is *Klinika Capriles* toegetreten tot deze structuur. In februari 2011 is de Stichting *Sonrisa* (beschermd wonen) gekoppeld aan de Stichting GGZ Curaçao.

De drie zorgstichtingen die ressorteren onder de Stichting GGZ Curaçao kennen min of meer gelijke statuten. Uitsluitend de statutaire naam en doelstellingen verschillen per stichting. Deze werkwijze komt de transparantie en bestuurbaarheid van de groep ten goede. Ook voor nog op te richten zorgstichtingen of stichtingen die zich in de toekomst wensen aan te sluiten bij Stichting GGZ Curaçao zullen in beginsel de modelstatuten van toepassing zijn.

GGZ Curaçao



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.

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. Besprekingen tot nog toe met zowel overheid als SVB beperken zich tot de financiële problematiek en het uitblijven van zorgcontracten.

De voorgenomen activiteiten op het gebied van "good governance" hebben enigszins vertraging in de opstart opgelopen. Positief punt is de instelling van een RvT-werkgroep waarin alle instellingen die zijn aangesloten bij de federatie en een RvT-model hanteren, deelnemen. Hiermee is een voorzichtige basis gelegd om te komen tot meer structureel overleg tussen Raden van Toezicht binnen de zorg.

Besloten is een "beroepshoudingstoets" voor stagiaires in te voeren en deze normatief te gaan hanteren. Er is hiertoe een klankbordgroep ingesteld die zich heeft gebogen over de ontwikkeling van deze toets en het plan van aanpak om te komen tot invoering hiervan en per wanneer.

De HR-commissie heeft in 2014 steeds meer vorm gekregen. De commissieleden brengen agendapunten in die betrekking hebben op knelpunten die zij in de praktijk ervaren en die zij graag met hun collega HR-managers wensen te bespreken. Men maakt steeds meer gebruik van elkaars deskundigheid en deelt steeds meer informatie met elkaar.

De werkzaamheden van het Centraal Inkoopbureau (CIB) lopen in grote lijnen conform verwachtingen en het inkoopteam functioneert naar behoren. De instellingen vertegenwoordigd in het inkoopteam hebben het gezamenlijk offertetraject "schoonmaak" in oktober afgerond. T.a.v. beveiliging is bij nader inzien besloten hier geen gezamenlijk inkooptraject voor op te starten. Via de federatie is een extern adviseur ingezet voor het begeleiden van inkooptrajecten zonne-energie bij de SGR-Groep en GGZ Curaçao. In inkoopteamverband zijn offerterondes "incontinentiemateriaal" en "blusmateriaal" opgestart.

Na enige opstartproblemen in de samenwerking met ENNIA als direct writer richting de federatie zijn geen grote problemen meer geconstateerd in de dienstverlening van ENNIA aan de federatie-instellingen. Wel heeft de dienstverlening van AON richting de federatie-instellingen forse vertraging opgelopen door het niet of traag aanleveren van informatie door ENNIA.

Er zijn vijf themabijeenkomsten georganiseerd. Bij vier hiervan hebben externe deskundigen kosteloos hun bijdrage geleverd (Kunneman en van Doorne, Lloyds Nederland, Medworks Aruba, FWG Nederland).

- **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. FMA maakt gebruik van het elektronisch dossier EZRA.

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 begin 2014 heeft 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.

Informatievoorziening

Intern

- Uit efficiëntieoverwegingen zijn twee van de drie algemene interne bijeenkomsten in frequentie teruggebracht.
- “Ban Kòmbersá”; bijeenkomst met onderwerpen variërend van werkgerelateerde tot meer persoonlijke ontwikkeling, is 1x per kwartaal gebleven. 2 van de 4 geplande bijeenkomsten hebben plaatsgevonden.
- De informatie- en discussiebijeenkomsten “Informando Personal”, voorgezeten door de directeur, vond om en om 1x per maand bij Klínika Capriles en Fundashon Sonrisa plaats. De frequentie is teruggebracht naar 1x per kwartaal bij zowel Klínika Capriles als bij Fundashon Sonrisa. In 2014 vond het 3 maal doorgang bij Klínika Capriles, 1x bij Fundashon Sonrisa.
- “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, is van maandelijks naar tweemaandelijks gegaan en vond 2 maal plaats.
- In 2014 zag GGz Indoors het licht; een kwartaalblad voor de medewerkers van de organisaties van GGz Curaçao en haar relaties.

Extern.

- Rondleidingen aan scholen en individuele personen, informatie geven op scholen en/of andere instanties (8x)
- Er hebben in samenwerking met de UoC drie lezingen plaatsgevonden. Over de relatietherapievorm EFT door Antoinette van Ooyen, over vaktherapie binnen GGz Curaçao door de vaktherapeuten van Klínika Capriles en Yudaboyu en over “Signs of Safety”; een oplossingsgerichte methode bedoeld voor gezinnen waar (vermoedelijk) kindermishandeling plaatsvindt of de risico’s hierop groot zijn. Deze laatste werd verzorgd door orthopedagoge, GZ- psychologe Miranda Veltman. Rond deze lezingen zijn er persberichten verstuurd en heeft er direct mailing plaatsgevonden.



- Voor de huisartsen was er een themabijeenkomst over verwijzing naar de Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Er is een start gemaakt met een imago-onderzoek. Doel van het onderzoek is het verkrijgen van een eerste indruk van het imago van GGz Curaçao en haar stichtingen. Het onderzoek dient handvatten te bieden hoe de organisatie beter te positioneren en gericht met onze doelgroepen (intern en extern) te communiceren. Binnen het onderzoek zijn ook vragen meegenomen die een beeld moeten geven van de kennis van en houding ten aanzien van mensen met een psychiatrische beperking.
- Er is een communicatiebeleidsplan 2015-2018 vastgesteld.
- Er is een patiënteninformatieboekje opgesteld ten behoeve van de informatievoorziening aan patiënten en familie bij opname bij Klinika Capriles. De Nederlandstalige versie is beschikbaar, de Papiamentstalige versie volgt begin 2015.
- De website van GGz Curaçao is nu naast het Nederlands ook in het Papiaments beschikbaar en is uitgebreid met informatie over diverse ziektebeelden.
- Dankzij de financiering door Stichting Samenwerkende Fondsen heeft GGz Curaçao 6 korte films kunnen realiseren over enkele veel voorkomende psychiatrische ziektebeelden; films die de beleving van en het begrip voor iemand met een psychiatrische/psychologische uitdaging overbrengen op de kijker. De films zullen gebruikt worden voor diverse informatiekkanalen zoals Internet (website, youtube), televisie, tijdens voorlichtingsbijeenkomsten, symposia, om zo de communicatieactiviteiten te ondersteunen en kracht bij te zetten.



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 behandel-evaluatie is standaard in de hele kliniek en vastgelegd in het dossier van de cliënt. Deze evaluatie vindt plaats naar behoefte maar minimaal eenmaal per jaar.

A. 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.

B. 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.

C. 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 financierer is het niet gelukt om zorgcontracten geldend voor 2014 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.



4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1. Meerjarenbeleid

De Klinika Capriles beschikt over een meerjarenbeleidsplan 2011-2014.

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

Visie

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

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

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

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

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

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

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

Missie

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

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

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

“Samen werken aan groei en herstel”

- **Samen werken**

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



- **Groei**
Wij richten ons op de hele mens, en niet alleen op diens beperkingen. We gaan uit van wat mensen nog wél kunnen, bieden hun kansen om hun talenten te benutten en te ontwikkelen, en helpen hen bij dingen die ze niet meer goed kunnen. Het versterken van de eigen kracht van de cliënt staat hierbij centraal. Zo bieden wij hem de kans zo zelfstandig mogelijk te leven en deel te nemen aan de samenleving.
- **Herstel**
Maar de ondersteuning die wij bieden, is in eerste instantie gericht op herstel. Herstel is het geven van nieuwe zin en betekenis aan het leven na het ontstaan van een psychiatrische aandoening en is *niet* altijd hetzelfde als genezing. Herstel is het proces van de cliënt zelf. Het eigen verhaal van de cliënt staat centraal.

Kritische succesfactoren

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

- KSF 1: Internalisering van onze missie, visie en kernwaarden
Onze missie, visie en kernwaarden dienen bekend te zijn bij alle medewerkers van onze organisatie. Dit vormt de basis van het gevoel van verbondenheid wat wij bij onze medewerkers tot stand wensen te brengen. Mede hierdoor zullen medewerkers op alle niveaus binnen de organisatie beter in staat zijn om de koers die de organisatie vaart te begrijpen.
Ten aanzien van de kernwaarden wensen wij dat alle medewerkers deze niet alleen kennen maar hier ook naar handelen en elkaar hier op durven aan te spreken. Vanuit een geïnternaliseerde missie, visie en kernwaarden zal de organisatie effectiever gemanaged kunnen worden waardoor doelen beter gerealiseerd kunnen worden.
- KSF 2: Patiëntenparticipatie
Klinika Capriles wenst de voorwaarden te creëren waaronder cliënten optimaal kunnen werken aan hun herstel. Patiënten moeten daarom kunnen aangeven welke ondersteuning zij nodig hebben opdat zij invloed hebben op de inhoud van hun behandelplan. Ook vinden wij het belangrijk dat patiënten kenbaar maken hoe het klimaat en het functioneren van hun afdeling en van de organisatie als geheel hen ondersteunt of juist belemmert. Deze informatie is belangrijk om te kunnen komen tot noodzakelijke verbeteringen. In breder verband is patiëntenparticipatie van belang voor het realiseren van maatschappelijke integratie en acceptatie. Daar waar cliënten weer succesvol participeren in de samenleving verdwijnen vooroordelen en taboes.
- KSF 3: Goede doorstroommogelijkheden binnen de GGZ en samenwerking met ketenpartners
Ook in de relatie met ketenzorgpartners gaan we uit van samen werken aan groei en herstel. Het belang van de cliënt dient hierbij altijd voorop te staan.
Klinika Capriles wenst aan alle cliënten 'zorg op maat' te geven. Hiervoor is het van belang dat patiënten terecht kunnen in de zorgvoorzieningen die het beste aansluiten op hun zorgbehoeften. Dit vereist een goede instroom en interne doorstroom van klinische patiënten. Ook is het van belang dat patiënten die niet langer zijn aangewezen op een klinische voorziening tijdig kunnen uitstromen.
- KSF 4: Een personeelsbeleid dat het rehabilitatiegericht werken binnen de kliniek ondersteunt.
Behandeling en begeleiding op basis van een rehabilitatiegerichte benadering stelt andere eisen aan de kennis, vaardigheden en houding van het personeel. Vanuit het perspectief van een lerende organisatie zal op basis van competentie management aandacht worden besteed aan de ontwikkeling van de medewerkers.
De diverse personeelsinstrumenten aangaande instroom, doorstroom en uitstroom worden integraal ontwikkeld en uitgevoerd. Het beleid is gericht op het benutten van de krachten van de medewerkers waardoor de bekwaamheid van de medewerkers en hun betrokkenheid bij de organisatie en hun betrouwbaarheid in het werk wordt vergroot. Medewerkers zijn hierdoor beter in staat om in de behoeften van cliënten te voorzien wat zal leiden tot een hogere tevredenheid bij cliënten.



KSF 5: Kwaliteitsmanagement

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

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

KSF 6: Vereenvoudiging van administratieve procedures met behoud van risicobeheersing

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

KSF 7: Voldoende middelen

Om zeker te stellen dat Klinika Capriles haar ambities kan waarmaken, is een gezonde financiële huishouding een voorwaarde. Het is om deze reden van belang dat de sterk verouderde tarieven voor psychiatrische behandeling worden aangepast. Op basis van nieuwe gedifferentieerde tarieven voor de verschillende zorgvormen kan kostendekkend gewerkt worden. 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 2014 Directie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
A Positionering, externe samenwerking en communicatie			
Stichting GGz Curaçao	1	Een nieuwe Strategische Nota GGz Curaçao en zorgnota's voor de zorgstichtingen zijn opgesteld.	
Kinder- en Jeugdpsychiatrie	2	Het definitief ontwerp voor Nieuwbouw Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie is gereed.	
	3	Yudaboyu heeft afspraken vastgelegd hoe om te gaan met juridische en juridisch-ethische vraagstellingen waarmee zij als hulpverleners worden geconfronteerd	
	4	Werkprocessen Yudaboyu zijn beschreven en geïmplementeerd	
	5	Het Reorganisatieplan Poli is vastgesteld en een aanvang is gemaakt met de invoering ervan	
Veiligheids- Managementsysteem	6	De nieuwe beleidsnota Veiligheid en een visie op veiligheid is vastgesteld en maakt deel uit van het kwaliteitshandboek	
	7	Verhogen van de privacy van het elektronisch patiëntendossier in EZRA	
Communicatie	8	Het extern communicatieplan is vastgesteld en een start is gemaakt met de uitvoering hiervan	

4.2.3. Werk in Uitvoering (WIU)

Gedurende 2014 hebben 25 nieuwe cliënten zich aangemeld bij Werk in Uitvoering. In totaal ontvangen nu 113 cliënten begeleiding van WIU. 18 cliënten hadden een contract en er waren 6 stagiaires.

In de tuinploeg waren er 14 cliënten werkzaam. Door het nieuwe schoonmaakproject van Parke Tropikal moest het team uitgebreid worden. Bij de houtwerkplaats is er geen verandering gekomen in het aantal cliënten die mee werken t.w. 7 cliënten.

Dit jaar is het ons niet gelukt om de subsidie van SOAW te krijgen. De aanvraag is ingediend, maar uiteindelijk na een aantal poging om een reactie te krijgen hebben we geen antwoord gekregen op onze aanvraag.

Werk in Uitvoering heeft 100 bedrijven opnieuw benaderd en daarnaast hebben we contact gelegd met 150 nieuwe bedrijven. Het contact gebeurde persoonlijk, telefonisch of via mail. Verschillende "job fairs" zijn bijgewoond om ons project bekend te maken bij de verschillende bedrijven. We hebben ook contact gehad met verschillende instanties zoals Ban Bario Bek die zelf belangstelling getoond hebben om in samenwerking met hen, cliënten te kunnen plaatsen in de verschillende projecten die zij ook hebben. Verder hebben we ook contact gehad met SOAW om cliënten te plaatsen via hun vacaturebank.

Een projectplan is gemaakt samen met het bedrijf C- Gardens (eigenaar dhr. Wilbert Geertruida) voor een agrarisch project waar het " **aquaponic**" systeem wordt gebruikt om te planten. Het doel is om de cliënten van Klinika Capriles in te zetten als werknemers. Hiervoor hebben we ook subsidie aangevraagd bij het Ministerie van Volksgezondheidszorg en Milieu voor het opleidingsgedeelte van het project. Een presentatie is gegeven aan de Minister van GMN. Tot nu toe is er geen reactie van de overheid.



WIU is eind 2014 verhuisd naar het oude gebouw van Dagbehandeling. De ruimte wordt nu benut om activiteiten en arbeidsmatige projecten te kunnen ontwikkelen. Zo is gestart met onze eigen carwash. Per 1 november zijn we van start gegaan waarbij we de dienstwagens van Klinika maar ook voertuigen van personeel en bezoekers wassen. Hier werken 3 ambulante en 3 interne cliënten die liever onder begeleiding werken. In totaal hebben we dit jaar 51 cliënten geholpen met het vinden van een werkplek.

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. Uitkomstmetingen

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

De volgende uitkomstmetingen hebben in 2014 plaatsgevonden:

- a. Recovery Oriented Practices Index (ROPI).
- b. Patiëntentevredenheidsoverleg.
- c. GGz Thermometer.

Ad a. Recovery Oriented Practices Index (ROPI);

Met behulp van de ROPI wordt gevolgd in hoeverre Klinika Capriles in staat is om de cliënt, conform de zorgbenadering van de kliniek, herstelgerichte zorg te leveren.

Er hebben in de tweede helft van 2013 en gedurende het gehele jaar 2014 op alle klinische afdelingen van Klinika Capriles ROPI-metingen plaatsgevonden. De gemiddelde score van deze metingen bedraagt 2.3 op een schaal van 5. In onderstaande tabel zijn de resultaten per afdeling weergegeven.



Afdelingen →	Short Stay	Medium Stay 1-4	Medium Stay 5-10	Long stay	Kas Florisol	Pico Plata	Klinika Capriles
Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes	3.7	4.0	4.3	3.7	3.7	3.7	3.8
Breed aanbod van diensten	2	1.5	2.0	2.5	1.5	2	1.9
Sociale contacten en participatie	2.0	1.8	3.0	1.8	2.0	2.5	2.2
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden	1.5	2.5	3.5	1.5	3.0	2.5	2.4
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt	2.3	2.0	4.0	1.3	2.3	1.7	2.3
Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden	3.0	2.0	2.5	2.0	2.0	1.5	2.2
Zelfbepaling van de cliënt	2.4	1.8	3.6	1.6	3.0	2.2	2.4
Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid	1.4	1.4	1.6	1.0	1.6	1.6	1.4
Gemiddeld	2.3	2.1	3.1	1.9	2.4	2.2	2.3

De meting wordt beschouwd als nulmeting. Op basis hiervan zullen op afdelingsniveau ontwikkelafspraken gemaakt worden met als doel te komen tot een verbetering van de scores.

Ad b. Patiënttevredenheidsoverleg

Het patiënttevredenheidsoverleg (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 hier om 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.

De uitkomsten van de PO's die in 2014 hebben plaatsgevonden, zijn in onderstaande tabel weergegeven:

Afdeling	Sfeer	Omgang personeel	Voeding/ Consumpties	Activiteiten	Informatie
SHORTSTAY	😊	😊	😊	😊	😊
MEDIUMSTAY	😊/😐	😊	😊	😊	😐
LONGSTAY	😊	😊	😊	😊/😐	😊
KAS FLORISOL	😊	😊	😊	😊	😊
PICO PLATA	😊	😊	😊	😊	😊
DAG- EN NACHTBEHANDELING UMM	😊	😊	😊	😐	😊
TOTALE SCORE	😊	😊	😊	😐	😊

Toelichting:

- ⊗ Ontevreden
- 😐 Matig tevreden
- 😊 Tevreden



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.

In voorgaande jaren werd de thermometer alleen bij ontslag van de cliënt afgenomen. Klinika Capriles wenst minimaal eenmaal per 3 jaar alle klinische cliënten te bevragen met behulp van de GGZ Thermometer. Dit jaar zijn om deze reden ook de langdurig opgenomen cliënten geïnterviewd. Er zijn 156 formulieren ingevuld dit jaar.

Het gemiddelde rapportcijfer met betrekking tot cliënttevredenheid bedraagt: **7,6**. Dit is een lichte achteruitgang ten opzichte van vorig jaar (2013: 7.9)

Scores van diverse onderwerpen uit de cliententhermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Informatie		
Hebt u voldoende informatie gekregen over de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden van onze instelling?	62	100
Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	62	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	83	100
Heeft u voldoende informatie ontvangen over de medicatie en de effecten hiervan?	73	100
Inspraak		
Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen (krijgt)?	58	100
Is er een behandelings- of begeleidingsplan gemaakt?	59	100
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	55	100
Hulpverlener		
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/haar vak)?	90	100
Hebt u voldoende vertrouwen in uw hulpverlener?	85	100
Heeft uw hulpverlener voldoende respect voor u getoond?	95	100
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?	85	100
Resultaat		
Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	57	100
Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?	70	100
Hebt u door de behandeling of begeleiding meer grip gekregen op uw problemen en klachten?	75	100
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	81	100
Bent u beter in staat de dingen te doen die u belangrijk vindt door de behandeling of begeleiding?	71	100
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met personen of situaties, die daarvoor problemen gaven?	55	100
Activiteiten		
Vond (vindt) u dat u voldoende activiteiten aangeboden kreeg (krijgt)?	66	100
Vond (vindt) u de activiteiten naar tevredenheid en gevarieerd?	69	100



De resultaten per afdeling treft u in gecompileerde vorm in onderstaande tabel.

Waardering	Shortstay	Med.stay 1-4	Med.Stay 5-10	Longstay	Kas Florisol	Pico Plata
Informatie	☹️	😊	😊	😊	😊	😊
Inspraak	☹️	☹️	😊	☹️	😊	😊
Hulpverlener	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Resultaat	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Activiteiten	😊	😊	😊	😊	😊	😊

Een totaal vergelijking met voorgaande jaren is moeilijk te maken, gezien het feit dat in de voorgaande metingen alleen de ontslagen patiënten werden geraadpleegd.

Concluderend kan gesteld worden dat de patiënten in het algemeen tevreden tot zeer tevreden over de onderwerpen van de GGZ Thermometer. Het meest tevreden is de patiënt, overigens net als in voorgaande jaren, over de hulpverleners. Het minst tevreden is men over de verstrekte informatie en inspraak in de behandeling.

4.3.2. Audits

Borgingsaudit

In het kwaliteitshandboek zijn alle afspraken van de organisatie opgenomen in de vorm van beleidsstukken, protocollen, procedures, richtlijnen en werkinstructies. GGZ Curaçao werkt met een systeem waarbij ieder document een documenteigenaar heeft. In de documenten is tevens opgenomen op welke wijze de documenteigenaar de naleving van de afspraken borgt, de zorgenaamde borgingsafspraken. In 2014 is een audit gehouden gericht op het naleven van de gemaakte borgingsafspraken.

De resultaten van deze borgingsaudit tonen aan dat bijna alle geauditeerde documenten een vervolgactie behoeven (96%). Voor meer dan de helft van de documenten (60%) geldt dat de geformuleerde borgingsafspraken niet en/of onvoldoende worden nagekomen. In veel gevallen blijken de gemaakte borgingsafspraken te zwaar aangezet en in de praktijk niet uitvoerbaar. Voor circa de helft van de documenten wordt een wijzigingsadvies ten aanzien van de borging voorgesteld.

Voor iets minder documenten wordt een wijzigingsadvies ten aanzien van andere onderdelen van het document voorgesteld en in een kwart van de gevallen is nader onderzoek of overleg nodig.

Audit Maaltijdenbeleid

De Stichting GGZ Curaçao beschikt over een vastgesteld maaltijdenbeleid. Dit beleid is van toepassing op alle klinische afdelingen van Klinika Capriles (KC). Eenmaal per jaar vindt controle plaats op de uitvoering van dit maaltijdenbeleid. Bij de controle wordt gekeken of de wijze van uitvoering voldoet aan de afspraken vastgelegd in het maaltijdenbeleid. Op basis van de resultaten van de controle 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 verrichte controle worden jaarlijks vastgelegd in een rapport. De verkregen resultaten per afdeling zijn beschikbaar in een apart document getiteld "Bijlage Maaltijdenbeleid audit 2014".



De resultaten per afdeling treft u in samengevatte vorm in onderstaande tabel.

Naleving afspraken per afdeling

Afdeling	1	2	3	4	5	6
Short Stay 1-3	☺		☺	☺	☺	☺
Short stay 4-6	☺	☺		☺	☺	☺
Medium Stay 1-4	☺		☺	☺	☺	
Medium Stay 5-7	☹		☺	☹	☺	
Medium Stay 8-10	☹	☺		☹	☹	
Longstay 1-2	☺	☺		☺	☺	☹
Longstay 3-4	☺		☹	☹	☹	☹
Kas Florisol 1, 6 en 7	☺	☺		☹	☹	☺
Kas Florisol 2, 5 en 8	☺		☹	☺	☹	☺
Kas Florisol 3, 4 en 9	☺		☺	☺	☺	☺
Pico Plata	☺		☺	☺		☺
UMM	☺		☺	☺	☺	☺
Deeltijd	☺	☺		☹	☺	

Toelichting: 1= Werkwijze; 2= Warme maaltijd; 3= Broodmaaltijd; 4= Rol begeleider; 5= Specifieke aandachtspunten; 6= Afwijkende aandachtspunten

4.3.3. Klachten

In 2014 zijn 7 klachten ingediend bij de directie. Deze klachten waren afkomstig van 2 verschillende personen, waarbij geldt dat 1 persoon 6 klachten heeft ingediend.

Met ingang van 1 januari 2013 heeft Klinika Capriles zich aangesloten bij de Klachtencommissie van de Federatie van Zorginstellingen. In 2014 is een klacht over de zorg- en dienstverlening van Klinika Capriles ingediend bij deze commissie.

4.3.4. Veiligheid

Stuurgroep Veiligheid

In 2014 heeft de directie besloten tot de instelling van een Stuurgroep Veiligheid ingesteld met als taken:

- Het komen tot onderlinge afstemming aangaande veiligheid in de breedste zin des woords;
- Het komen tot onderlinge afspraken gericht op een effectieve uitvoering van het vastgestelde veiligheidsbeleid;
- Het komen tot voorstellen en adviezen aangaande het doorontwikkelen van het vastgestelde veiligheidsbeleid van GGzC.

De GGz Curaçao heeft in 2012 voor de eerste maal een beleidsnota "Veiligheid" vastgesteld. In 2014 heeft de Stuurgroep Veiligheid een aangepaste nota aangeboden aan de directie ter vaststelling. De nota voorziet in een meer integrale benadering van de ontwikkeling en uitvoering van veiligheidsgerelateerde activiteiten.

Veiligheidscommissie

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 (Systematisch 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).



In 2014 is 1 SIRE-rapportage opgesteld en is een nieuw onderzoek geïnitieerd waarvan de rapportage begin 2015 volgt.

Veilig Incidenten Melden (VIM)

In 2014 heeft de VIM-applicatie goed gefunctioneerd. Het melden van incidenten via de deze applicatie heeft dan ook geen problemen ondervonden, zoals dit eerder in 2013 wel langdurig het geval was. Inmiddels is in de applicatie ingebouwd dat leidinggevenden aan het gemelde incident follow up dienen te geven en dit ook binnen een bepaalde periode dienen af te handelen.

In 2014 werden 207 incidenten gemeld via VIM waarvan tweederde in de categorieën ongevallen en agressiemeldingen. Van de 74 ongevallen hadden de meeste meldingen betrekking op valincidenten (62). Onderstaande omvat een nadere specificatie van de in 2014 gemelde incidenten.

Jaar 2014	ONG	AM	MF	OS	VM	OV	SGG	AO	SI	Totaal
Totaal	74	58	20	19	11	10	7	7	1	207
%	36%	28%	10%	9%	5%	5%	3%	3%	0%	100%
Cum %	36%	64%	73%	83%	88%	93%	96%	100%	100%	

Legenda

ONG = Ongevallen
AM = Agressie-melding
MF = Medicatiefout
OS = Onveilige situatie / bijna ongeval
VM = Vlucht-melding
SGG = Seksueel grensoverschrijdend gedrag
AO = Arbeidsongeval
SI = Somatische incidenten (m.u.v medicatie)
OV = Overig

4.3.5. Kwaliteit ondersteunende diensten

In ons meerjarenbeleidsplan 2011– 2014 van de facilitaire sector 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.



Inleiding:

In 2014 is er binnen de Facilitaire Sector gewerkt aan de uitvoering van in het jaarplan 2014 vastgelegde speerpunt. De speerpunten voor 2014 waren:

Jaarplanning 2013 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening	Gehaald	
Professionalisering	1	Vaststellen van een meerjaren onderhoudsplanning en meerjarenbegroting		
	2	Preventief onderhoudsplan implementeren en onderhoudskosten vaststellen		
	3	Vastleggen van vaste activa in facilitair informatiesysteem Topdesk voor alle stichtingen van GGz Curaçao.		
	4	Visie bepalen voor Stichting Facilitair bedrijf voor het onderbrengen van de facilitaire activiteiten		
	Kwaliteit producten/diensten	5	Een hygiëncode is ingevoerd in de Centrale Keuken.	
		6	Automatisering van kostprijsberekening en allocatie van maaltijden Centrale Keuken	
		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		
Nieuwbouw en renovatie	11	Starten met renovatieprojecten Trinitaria, Kapel en Margriet Paviljoen.		

1. Operationele aansturing Facilitaire Sector

De financiële situatie van Klinika Capriles heeft in 2014 een zichtbare invloed gehad op de Facilitaire Sector en het realiseren van de doelstellingen in het jaarplan. Er zijn in het afgelopen jaar geen investeringen gedaan in middelen of inventaris en het beschikbare onderhoudsbudget is voor het tweede opeenvolgende jaar gehalveerd. Dit heeft tot gevolg gehad dat de staat van onderhoud van de gebouwen en de conditie van de beschikbare middelen ver onder het niveau is in vergelijking met 2 jaar geleden. De financiële situatie maakte het ook noodzakelijk om bepaalde geplande projecten,

zoals het opknappen van oude gebouwen en de vervanging van dienstwagens, door te schuiven naar 2015. Het verantwoord en efficiënt om te gaan met het beschikbare budget en het zoeken naar kostenbesparingen is de inzet geweest van de Facilitaire Sector gedurende 2014.

Aan de leidinggevende werd gevraagd om efficiënt omgaan met het beschikbare afdelingsbudget en het effectief invullen van de werktijden van medewerkers op de afdelingen.

Ontwikkeling personeel Facilitaire Sector

Planetree

De afgelopen jaren is gebleken dat de organisatievisie van Klinika Capriles nauwelijks leeft onder het personeel van de Facilitaire Sector. In 2014 is er gekeken in hoeverre de organisatievisie en kernwaarden meer kunnen gaan leven binnen de Facilitaire Sector en hoe betere aansluiting te vinden op de SRH benadering in de organisatievisie. Onderzoek is verricht of het mensgerichte zorgmodel Planetree hieraan een invulling kan geven zonder dat het leidt tot een conflict met de SRH benadering van de organisatie. Het Managementteam heeft eind 2014 een presentatie gekregen over Planetree waarna vervolgens een voorstel is geschreven, namens alle ondersteunende afdelingen, aan de



Directie voor het mogelijk geheel of gedeeltelijk invoeren van het Planetree model binnen de organisatie.

Deskundigheidsbevordering

Ondanks de bezuinigingen binnen de organisatie hebben verschillende trainingen wel doorgang gevonden op het gebied van Bedrijfshulpverlening, zoals basiskennis EHBO voor het gehele personeel en herhalingstrainingen en oefeningen voor alle BHV'ers. De leidinggevenden van de Wasserij en Onderhoud hebben een opleiding gevolgd voor leidinggeven op Midden Management niveau.

Een overzicht van de trainingen en opleidingen in 2014 ten behoeve van de medewerkers van verschillende afdelingen van de Facilitaire Sector is als volgt:

- ▶ Herhalingsopleiding Basis Bedrijfshulpverlener voor alle Beveiligingsmedewerkers
- ▶ Herhalingsopleiding Bedrijfshulpverlener Ploegleider voor Beveiligingsmedewerkers 1^{ste} Klasse.
- ▶ Opleiding Basis Bedrijfshulpverlening voor medewerkers van Sonrisa.
- ▶ Training Praktisch Penitentiaire Optreden (P.P.O.) t.b.v. Beveiliging.
- ▶ Teambuilding voor alle Keukenmedewerkers.

2. Facilitaire serviceverlening

Service Level Agreement

In 2014 is er gewerkt aan het tot stand komen van een Service Level Agreement ten behoeve van de facilitaire producten en diensten tussen Stichting Sonrisa en de Facilitaire Sector. De Service Level Agreement is eind 2014 getekend en zal in 2015 gehanteerd worden als richtlijn voor het uitvoeren van de werkzaamheden en het bepalen van de kostenvergoeding van Stichting Sonrisa. Deze Service Level Agreement moet als basis dienen voor alle toekomstig af te sluiten Service Agreements tussen de Facilitaire Sector en alle overige Werkstichtingen van GGz Curaçao.

Vaste activa

Begin 2014 heeft een inventarisatie plaatsgevonden van de vaste activa van Klinika Capriles. Hierbij zijn alle inventaris items van Klinika Capriles voorzien van een sticker met een uniek nummer en barcode. Deze unieke nummering is vastgelegd in een geautomatiseerd systeem Topdesk waarmee uiteindelijk een onderhoudsplanning kan plaatsvinden en de waarde bepaald kan worden van de totale vaste activa van Klinika Capriles. In de tweede helft van 2014 heeft er ook een inventarisatie met codering bij de overige Werkstichtingen van GGz Curaçao plaatsgevonden waardoor alle inventarisstukken van GGz Curaçao zijn vastgelegd in het Topdesk systeem.

Onderhoudsplan

Ter voorbereiding van de implementatie van het preventief onderhoudsplan is er een financieel meerjarenonderhoudsplan opgesteld voor de periode van 2015 - 2025. Dit financieel meerjarenonderhoudsplan is gebaseerd op een gedetailleerde meerjarenplanning van alle preventieve onderhoudswerkzaamheden van de gebouwen en inventaris van Klinika Capriles. Na goedkeuring van

het financieel meerjarenonderhoudsplan zal de meerjarenplanning worden ingevoerd in het computersysteem Topdesk. Vervolgens kan er in 2015 gestart worden met de uitvoering van de preventieve onderhoudswerkzaamheden volgens de vastgestelde meerjarenplanning.

Meldingen

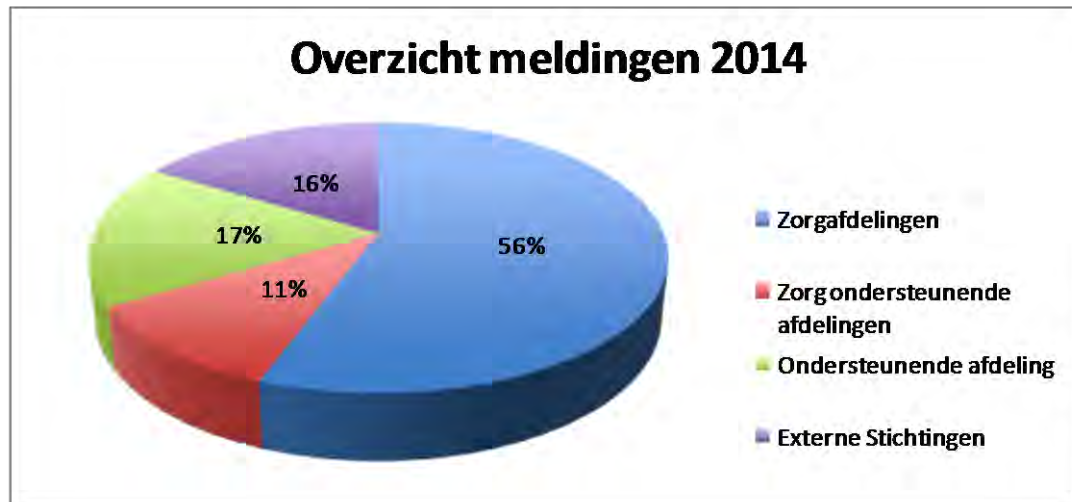
In 2014 zijn er bij het Facilitair Meldpunt in totaal 3009 meldingen binnengekomen en geregistreerd voor afhandeling. Dit is een toename van 13% in vergelijking met het totaal aantal meldingen in 2013 (2621 meldingen).

Het aantal meldingen afkomstig van de zorgafdeling Short Stay is ook in 2014 onveranderd hoog per beschikbare plaatsen voor patiënten ten opzichte van de overige zorgafdelingen van Klinika Capriles. Het hoge aantal meldingen bij de Facilitaire afdelingen komen grotendeels van de afdeling Centrale Keuken (67%) waar in 2014 bouwkundige aanpassingen hebben plaatsgevonden.

Ook het aandeel van Stichting Sonrisa in de meldingen (13.5%) was aanzienlijk in 2014. De hieronder weergegeven overzichten geven per afdeling de geregistreerde meldingen van 2012 tot en met 2014 schematisch weer:



Overzichten van de 3009 geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen in 2014 naar afdelingen van Klinika Capriles en externe stichtingen van GGZ Curaçao



Van alle meldingen die in 2014 zijn binnengekomen bij Meldpunt Facilitair had 86% betrekking op Bouw & Techniek en Elektrotechnische werkzaamheden. Van de 3009 geregistreerd meldingen in 2014 via het Facilitair Meldpunt was 97.4% gerealiseerd in 2014. Begin februari 2015 stonden er nog 78 meldingen van 2014 open voor afhandeling.

3. Huisvesting- en renovatieprojecten

De financiële situatie heeft met name een groot effect gehad op het tot stand brengen van de geplande huisvesting- en renovatieprojecten. Renovatieprojecten zoals Trinitaria t.b.v. huisvesting Pico Plata en Activiteitencentrum, Margriet Paviljoen t.b.v restaurant en kantine voor patiënten en personeel is derhalve "on hold" gezet. Ook geplande renovaties en opknappen aan gebouwen zijn door de halvering van het beschikbare budget in 2014 uitgesteld. Het aanzien en de algemene staat van onderhoud van de gebouwen laten na 2 jaar op rij bezuinigen op het onderhoudsbudget duidelijk tekenen van verval zien.

Voor het afronden van de renovatie van de Kapel heeft Klinika Capriles in 2014 geen giften mogen ontvangen. In 2013 zijn met giften van enkele kerkelijke instanties vanuit Nederland het dak en toren van de Kapel volledig opgeknapt, alle shutters en deuren vervangen. Van het resterende geld zijn in 2014 alle kapotte glas in lood ramen vervangen. Voor 2015 dient de kapel nog van binnen en buiten volledig geleverd te worden en van meubilair voorzien te worden waarna deze weer in gebruik genomen kan worden.

Voor de Dagbehandeling van Klinika Capriles is er in Stadsdistrict een huurpand (Scharlooweg 21) in gebruik genomen nadat er eerst een grondige renovatie en aanpassing aan het gebouw hebben plaatsgevonden. Door vertraging bij de renovatie van het huurpand is het pas in juli 2014 opgeleverd. Het interieur bestaat deels uit nieuwe aanschaf en deels uit hergebruik van het meubilair uit het pand waar voorheen de Dagbehandeling gehuisvest was te Klinika Capriles.

Installaties

In 2014 heeft de Centrale keuken heeft 2 nieuwe kookketels (60 liter en 100 liter) gekregen. Deze nieuwe kookketels zijn elektra kookketels in tegenstelling tot de vervangen gas kookketels. Voor de gaskookketels waren geen reserveonderdelen meer beschikbaar waardoor vervanging noodzakelijk was. Voor de nieuwe elektra kookketels moest 380v worden aangelegd in de Centrale Keuken hetgeen de nodige elektrotechnische en bouwkundige aanpassingen tot gevolg had.

Het regulier onderhoud aan installaties (A/C, generatoren, keukenapparatuur etc.) heeft in 2014 plaatsgevonden volgens planning echter bij controle bleek dat de kwartaalservice aan de A/C systemen slechts 3 keer hebben plaatsgevonden gedurende het jaar 2014. Nieuwe afspraken zijn al



gemaakt voor 2015 om het weer terug te brengen naar elke 3 maanden service. Voor 2014 geldt dat slechts 3 kwartalen in rekening zijn gebracht.

Kostenbesparing op energiekosten.

Voor het realiseren van kostenbesparing op de energiekosten is er in 2014 besloten om te starten met de aanbesteding voor het aanleggen van zonnepanelen (850KwH) op de daken van Klinika Capriles. Voor het gehele aanbestedingstraject heeft Klinika Capriles begeleiding op het gebied van zonnepanelen aangevraagd bij externe deskundigen. De inventarisatie van de mogelijkheden omtrent het plaatsen van zonnepanelen, het opstellen van de administratieve voorwaarden en het gehele aanbestedingsproces zijn volledig afgerond. In september 2014 zijn de laatste onderhandelingen geweest met de 2 overgebleven aannemers. De vergunningsaanvraag heeft vervolgens nog 3 maanden geduurd waardoor het pas in december 2014 mogelijk was de gunning aan de uitgekozen aannemer te geven. Gelijktijdig is er weer een verzoek geplaatst voor het toekennen van het ziekenhuistarief voor water en elektra aan Klinika Capriles. Deze toekenning van het ziekenhuistarief heeft Klinika Capriles begin 2015 ontvangen.

In december 2014 werd duidelijk dat per 1 januari 2015 voor alle bezitters van zonnepanelen er een vastrecht in rekening gebracht gaat worden per zonnepaneel en dat de teruglevertarief gehalveerd gaat worden. Deze ontwikkelingen en het uiteindelijk toekennen van het ziekenhuistarief aan Klinika Capriles heeft er toe geleid om af te zien van het plaatsen van zonnepanelen wegens de verdubbeling van de terugverdientijd tot boven de 12 jaar.

Het onderwerp huisvesting is besproken in het patiëntentevredenheidsoverleg van 2014 en hieruit bleek dat het merendeel van de patiënten tevreden is met de accommodatie en inrichting. Een uitzondering hierop was de afdeling Pico Plata waar er veel klachten waren over de staat van onderhoud van het gebouw. Met name de lekkage via het dak en door enkele scheuren in de muren leidt tot grote irritatie. Het zoeken naar een andere locatie voor de afdeling Pico Plata staat dan ook hoog op het lijstje van 2015. De afdeling Long Stay is uitermate tevreden met de accommodatie. De verhuizing van de afdeling Long Stay naar de nieuwbouw in 2013 wordt door de patiënten nog steeds als zeer positief ervaren.

Uit het patiëntentevredenheidsoverleg kwam ook duidelijk naar voren dat de achteruitgang in de algemene staat van onderhoud aan de gebouwen langzaam zichtbaar wordt. Opmerkingen over het aanzicht van de gebouwen (verfbeurt) en het niet direct vervangen van bepaalde (kapotte) apparaten op de afdelingen geven dit aan.

Op de afdelingen Medium Stay en Pico Plata werd aangegeven dat er regelmatig problemen zijn met de riolering. Het ging hierbij om verstopte wc's door het ingroeien van wortels van bomen in de afvoerpijpen van de riolering. Ook hebben er in 2014 bij verschillende waterleidingen reparaties moeten plaatsvinden als gevolg van het ingroeien van wortels.

4. Optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten

Schoonmaak

De overeenkomst met Total Services voor de schoonmaak van de gebouwen van Klinika Capriles kwam per 31 augustus 2014 te vervallen. In overleg met de aangesloten zorginstellingen bij het CIBNA is besloten om een gezamenlijke aanbesteding te doen voor de schoonmaakactiviteiten. Ter

voorbereiding heeft Klinika Capriles haar bestaande schoonmaakbestek aangepast aan de nieuwe situatie (na oplevering van nieuwbouw) en op de behoefte van de gebruikers. Tevens zijn er nieuwe schoonmaakbestekken opgesteld voor Stichting Sonrisa, Stichting Kinder en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu" en Dagbehandeling Scharloo "Un Miho Mañan". De schoonmaakaanbesteding omvatte de gehele GGz Curaçao. Uiteindelijk hebben 4 grote schoonmaakbedrijven een offerte uitgebracht naar aanleiding van de gezamenlijke aanbesteding met CIBNA (SGR-Groep, Birgen di Rosario en Verpleeghuis Betèsda). Voor GGz Curaçao kwam het schoonmaakbedrijf Total Cleaning Services met de goedkoopste offerte terwijl de ander zorginstellingen hebben gekozen voor andere schoonmaakbedrijven. Het samenvoegen van alle 3 stichtingen van GGz Curaçao in het gezamenlijke aanbestedingsproces heeft uiteindelijk een besparing van 3% opgeleverd op de jaarlijkse schoonmaakkosten. De nieuwe schoonmaakovereenkomsten zijn getekend voor een periode van 3 jaar.

In het patiëntentevredenheidsoverleg van 2014 is naar voren gekomen dat de leefruimten over het algemeen als schoon en hygiënisch ervaren worden. Toch worden er op verschillende afdelingen



opgemerkt dat het minder schoon oogt. Dit heeft deels te maken met de onderhoudsstaat van de gebouwen maar ook de beleving van de reinheid van de schoonmaak op de afdelingen. Dit komt ook tot uitdrukking in de gemiddelde scores van de schoonmaakcontroles van 2014 in vergelijking met voorafgaande jaren. Een andere verklaring voor de tegenvallende scores is dat de manier van controle is aangepast in 2014. Er werd bij schoonmaakcontroles in 2014 niet meer alleen de door Total Services voorgestelde ruimten gecontroleerd maar ook onverwachts in de overige ruimtes. Vaak bleek de standaard van reinheid in deze overige ruimten veel minder hoog. Het gevoel dat in de afgelopen jaren bij schoonmaakcontroles ruimten werden voorbereid voor een inspectie bleek daarbij gegrond. De scores van 2014 geven derhalve ook een zeer sterke daling aan in vergelijking met de target en de voorafgaande jaren:

Locatie	2014 scores	2013 scores	2012 scores	Target
Nieuwbouw	68 %	84 %	80 %	90 %
Oudbouw	66 %	85 %	78 %	72 %
Centrale Keuken	57 %	-	84 %	70 %
Stichting Sonrisa	72 %*			72 %
KJP (Yudaboyu)	44 %*			72 %

*Stichting Sonrisa en Yudaboyu worden vanaf mei 2014 schoongemaakt volgens het nieuwe schoonmaakbestek. Vooral bij Yudaboyu zijn de aanpassingen in manier van schoonmaak dermate groot dat er in het begin veel bijsturing nodig was. Dit reflecteert ook in de lage score.

In 2013 is gestart met het doorvoeren van veranderingen in de schoonmaak van de Centrale Keuken volgens de hygiënecode. De schoonmaakcontroles in de Centrale Keuken zijn ook aangescherpt. Er is voortuitgang te zien in de reinheid van de Centrale Keuken. Ook hierbij geldt dat deze positieve ontwikkeling nog niet wordt weergegeven in de scores over 2014.

Eind 2014 zijn er al afspraken gemaakt voor een verbetertraject waar bij Total Cleaning Services in 2015 de scores per maand rapporteert aan GGz Curaçao. Bijsturen kan dan per maand geschieden waarbij de persoonlijke begeleiding van schoonmaaksters gericht kan plaatsvinden. Ook de frequenties van de schoonmaakinspecties zal worden verdubbeld in 2015.

Linnenverzorging

In 2014 hebben de afdelingen nieuw linnengoed (bedlinnen en handdoeken) ontvangen ter vervanging van het linnengoed van ruim 2 jaar oud. De behandeling in de wasserij waarbij een alternatief voor chloor wordt gebruikt tijdens het wasproces heeft bijgedragen aan de duurzaamheid van het linnengoed. De afdelingen zijn tevreden met de service en kwaliteit van het geleverde schone linnen. Afgelopen half jaar hebben er gesprekken plaatsgevonden met verschillende zorginstelling op Curaçao voor het verkrijgen van meer kilo's wasgoed voor de Wasserij van Stichting Facilitair GGz. De meeste zorginstellingen (zoals Betèsda en Kas Hugenholtz) hebben nog lopende contracten met een andere wasserij tot medio 2015. Inmiddels is er wel een overeenkomst afgesloten met een nieuw bejaardentehuis voor het dagelijks wassen van 50kg wasgoed te beginnen in 2015.

Transport

Het Facilitair Meldpunt is in 2014 gestart met de dagelijkse planning van alle dienstauto's in het Facilitaire systeem Topdesk. Hierdoor is de beschikbaarheid van de dienstauto's voor zowel de

gebruiker als voor de beheerder inzichtelijker geworden. Ook het aanvragen en vastleggen van dienstauto's wordt hierdoor gebruikersvriendelijker. Deze geautomatiseerde planning verhoogt het efficiënt gebruik van beschikbare dienstauto's van Klinika Capriles.

Het vorig jaar verlengde leasecontract met 1 jaar voor 4 leaseauto's verliep in oktober 2014. Een nieuwe verlenging was niet aantrekkelijk gezien de staat van de auto's en de geoffreerde leaseprijs. Er heeft derhalve een nieuwe offerteronde plaatsgevonden met verschillende aanbieders van leaseauto's. Uiteindelijk was de offerte en type auto van Uralco Leasing de meest interessante optie. De maandelijkse leaseprijs van het nieuwe leasecontract levert een 10% besparing op in vergelijking met het vorige leasecontract over een periode van 4 jaar.

De kosten van onderhoud en reparatiewerkzaamheden aan de eigendomsdienstwagens zijn aanzienlijk gestegen ten opzicht van de voorafgaande jaren. Reden hiervoor zijn de toenemende



gebreken aan een aantal oude dienstwagens (10 jaar) wegens het uitstellen van de geplande vervangingsinvesteringen.

Magazijn

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

Terreinonderhoud

Het contract voor terreinonderhoud en tuinonderhoud van Klinika Capriles, uitgevoerd door Erwin Schoonmaakbedrijf, is op 1 januari 2014 verlengd met een 1 jaar. Het schoonmaken en onderhoud van de tuinen rondom Kas Florisol, tuinen van Yudabayu en het sportveld van Pico Plata is ondergebracht bij Werk in Uitvoering.

Bij Stichting Sonrisa is het gehele drijsysteem vervangen en is er nieuwe begroeiing geplaatst rondom de hekwerken van het gedeelte Kas Theo Doran.

5. Voedselverstrekking

In 2014 hebben er voor de Centrale Keuken ongewoon veel veranderingen in de personeelsbestand plaatsgevonden. De Centrale Keuken heeft van 4 medewerkers afscheid genomen en 4 nieuwe medewerkers mogen verwelkomen, waarvan er 1 persoon op 1 januari 2015 is begonnen. Deze veranderingen in het personeelsbestand hebben de nodige invloed gehad op de dagelijkse werkzaamheden in de Centrale Keuken.

Mede vanwege de personeelsaanpassingen heeft het verder aanscherpen van de richtlijnen betreffende de hygiëncode in de Centrale Keuken niet plaatsgevonden volgens de vastgestelde planning. Het werken volgens richtlijnen en structuur, het nemen van verantwoordelijkheid op de werkvloer en controle op het juist gebruik van producten hebben prioriteit gehad in de Centrale Keuken. Deze aandachtspunten zijn een voorwaarde om te kunnen werken volgens de hygiëncode. De Centrale Keuken heeft verschillende malen bezoek gehad van de Inspectie van de Volksgezondheid in 2014 om de voortgang in de geplande aanpassingen te bespreken. De benodigde aanpassingen (het fysiek afschermen van de keuken voor onbevoegden) dienen in 2015 nog uitgevoerd te worden. De algemene indruk van de Inspectie was dat er op verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid.

In 2014 is bejaardentehuis "Betesda" gestopt met het afnemen van de warme maaltijden vanuit de Centrale Keuken. Met ingang van oktober 2014 produceert de Centrale Keuken gemiddeld 600 maaltijden per dag voor Klinika Capriles, Stichting Sonrisa, Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie (Yudaboyu) en SGR-Groep.

In het patiëntentevredenheidsoverleg op de zorgafdelingen dat in 2014 heeft plaatsgevonden, waar meer dan 63% van de patiënten aan heeft deelgenomen, is het onderwerp voeding en consumptie aan bod gekomen.

Bij de vraag naar de tevredenheid naar voeding en presentatie van de maaltijden oordeelde het merendeel van de patiënten de warme maaltijden als goed (rapportcijfer 7.6, dit cijfer is inclusief broodmaaltijden).

Over het algemeen worden de maaltijdenverstrekkingen als smakelijk beschouwd. Wat betreft de hoeveelheid wordt op enkele afdelingen aangegeven dat maaltijdportie onvoldoende is hetgeen mogelijk in relatie staat met het smakelijk zijn van de maaltijden. Bij de dieetmaaltijden wordt soms aangegeven dat deze minder smakelijk zijn. In 2015 zal er meer aandacht gegeven moeten worden aan het smakelijk bereiden van dieetmaaltijden ondanks dat niet alle dieetmaaltijden hetzelfde als de gewone maaltijden kunnen smaken.

Ook de variatie van de maaltijden wordt als voldoende beschouwd waarbij een aantal afdelingen vraagt om andere internationale gerechten op het 6-weekse menucyclus te plaatsen. Daarnaast wordt bij de hapjes wel om meer variatie gevraagd.



6. Verbeteren van de veiligheid binnen Klinika Capriles

Bedrijfshulpverlening (BHV)

Voor 2014 is er een planning opgesteld waarbij diverse trainingen en oefeningen in het kader van BHV waren aangegeven. In de maanden februari en maart hebben alle zorgmedewerkers en ondersteunende zorgafdelingen EHBO basistrainingen ontvangen. Daarnaast hebben de BHV herhalingstrainingen voor de BHV'ers en Ploegleiders BHV plaatsgevonden in de maand juni. Bij Sonrisa heeft inmiddels het overgrote deel van de medewerkers ook al BHV opleiding gevolgd in 2014.

De maandelijkse P.P.O. (Praktisch Penitentiaire Optreden) trainingen zijn in 2014 intern gegeven door het Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid. Vanuit de afdeling Short Stay en Pico Plata hebben regelmatig medewerkers meegedaan met deze maandelijkse trainingen. In deze training staat de veiligheid van Zorgpersoneel, Beveiligingsmedewerkers en patiënten tijdens escalerende situaties centraal. De laatste maanden van 2014 hebben er geen P.P.O. trainingen meer plaatsgevonden aangezien het Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid op vakantie was met aansluitend pensioen. Momenteel is er nog geen geschikte plaatsvervanger voor deze functie gevonden waardoor de P.P.O. trainingen tijdelijk zijn uitgesteld.

Beveiliging en veiligheid

Stichting Sonrisa heeft in 2014 compleet nieuwe brandmeldinstallaties gekregen in zowel in het gehuurde gedeelte van FKP aan de Uteweg als in het activiteitencentrum aan de Mon Reposweg. De officiële certificering van deze brandmeldinstallaties heeft ook plaatsgevonden in 2014. Daarnaast is er ook een doormelding van het brandalarm tot stand gebracht naar de Beveiliging van Klinika Capriles. Ook de certificering voor de verschillende brandmeldcentrales van Klinika Capriles zijn in 2014 vernieuwd.

Het bestaande bewakingscamerasysteem heeft een gedeeltelijke revisie gekregen in 2014. Hierbij zijn de bekabeling van de Centrale Keuken en het Magazijn volledig vervangen en worden er binnenkort 3 nieuwe DVR's geplaatst. In 2015 moet het andere gedeelte van het bewakingscamerasysteem een revisie krijgen. Binnen in de Centrale keuken zijn er 6 camera's opgehangen ter voorkoming van diefstal van goederen vanuit de verschillende opslagruimten.

In 2014 ontving de afdeling Beveiliging 95 keer noodoproepen om assistentie te verlenen op zorgafdelingen. Dit aantal geregistreerde noodoproepen is 37.5% minder in vergelijking met 2013 en 25% minder in vergelijking met 2012.

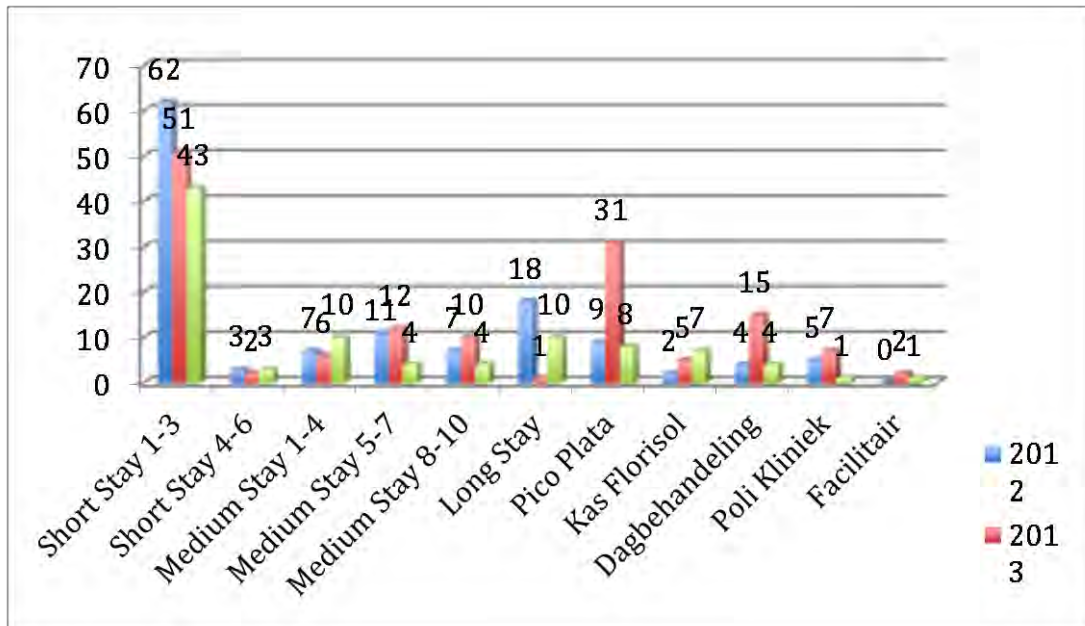
43% van deze noodoproepen bestond de assistentie uit toezicht houden en begeleiding, 29% uit fysieke begeleiding / Response, 19% uit agressie optreden / P.P.O., 6% uit valse meldingen en 3% uit algemene hulpverlening.

Bij 20% oftewel 19 noodoproepen werd gebruik gemaakt van de PZI pieper (Persoonlijke Zend Installatie) door het zorgpersoneel ter indicatie dat de oproep urgent is. Maar in slechts 5 gevallen ging het om acute nood. In 6 gevallen ging het hierbij om een vals alarm.

De noodoproepen, waarbij gebruik werd gemaakt van de PZI pieper, waren hoofdzakelijk verdeeld over 3 afdelingen: Short Stay 8, Medium Stay 4 en Pico Plata 3.



Overzicht van assistenties door Beveiliging per zorgafdeling



De afname van het aantal assistenties op de afdelingen in 2014 wordt gereflecteerd in bovenstaande schema per afdeling. De trend van afnemende assistenties is met name goed zichtbaar bij de afdeling Short Stay 1-3. De sterke afname in het aantal meldingen van afdeling Pico Plata is daarin ook opmerkelijk. Ook Dagbehandeling heeft een sterke daling tot het niveau van 2012. Dit is mede toe te schrijven aan het verhuizen van Dagbehandeling naar de wijk Scharloo in juli 2014 waarbij de meldingen niet meer direct binnenkomen bij de afdeling Beveiliging.

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:
 - met een KZ-verklaring, wat inhoudt een geneeskundige verklaring getekend door een medicus vergezeld van een bevelschrift getekend door de Gezaghebber of vertegenwoordiger;
 - een justitiële verklaring waarbij iemand verplicht wordt door de rechter om klinische behandeling te ondergaan;
 - een onder curatele stelling, waarbij iemand middels rechterlijke vonnis het beheer over eigen middelen wordt ontnomen en een verplichte opname ter behandeling krijgt.

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



Poliklinische behandeling

Aanmelding voor poliklinische behandeling geschiedt bij voorkeur:

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

Wachlijst

Klinika Capriles kent geen wachlijst 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.

4.4. Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.4.1 Personeel en opleiding

In ons meerjarenbeleidsplan 2011– 2014 is vastgelegd dat:

- Klinika Capriles voert een competentiegericht personeelsbeleid dat door de leidinggevenden breed wordt gedragen. Dit beleid:
 - ondersteunt en stimuleert het streven naar een adequate toepassing van rehabilitatiegerichte behandeling en begeleiding binnen de kliniek;
 - stelt leidinggevenden in staat op effectieve wijze personeel te sturen en te coachen;
 - biedt medewerkers de kans zich te ontwikkelen op basis van hun krachten en talenten;
 - maakt gebruik van personeelsinstrumenten die, in samenhang met elkaar, op effectieve wijze bijdragen aan de doelstellingen van het personeelsbeleid;
 - wordt verder ondersteund door de beschikbaarheid van een geautomatiseerd personeelsinformatiesysteem.
- De medewerkers van Klinika Capriles hebben zich de missie, visie, en de kernwaarden van de organisatie eigen gemaakt. Dit wil zeggen:
 - medewerkers begrijpen de missie, visie en kernwaarden;
 - medewerkers zijn zich bewust van het belang dat de organisatie stelt aan de toepassing van de kernwaarden in het werk;
 - medewerkers hanteren de kernwaarden in de uitvoering van het eigen werk.

Behandelstaf

De behandelstaf bestond per 31 december 2014 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;
- Dhr. I. Poulina, psychiater in opleiding;
- Mw. A. van Ooyen, klinisch-psycholoog;
- Mw. J. Libier, gz-psycholoog;
- Mw. A. de Lima, gz-psycholoog;
- Dhr. I. Picus, gz-psycholoog;
- Dhr. G. Streedel, gz-psycholoog
- 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.

Vier psychiaters, de psychologen, de somatische arts en de arts-assistent niet in opleiding 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 psychiater in opleiding ontving een vergoeding. 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 2014	253	247.4
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	183	181.5
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	29	28.5
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	21	21.0
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	15	13.6
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	7	7.0
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2014	267	264.2
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	190	188.4

Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2014	Aantal
Pensioen	4
Vrijwillig	7
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	0
Overleden	0
Contract niet verlengd	2
Afkeuring	2
Gedwongen	0
Totaal	15



Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof

	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	6.3
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	7.0

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.

De ziekteverzuimgegevens in het onderstaande schema zijn gebaseerd op:

- 365 werkdagen;
- een 8 urige AO dag en;
- AO gegevens exclusief zwangerschapsverlof.

Definitie	2013	2014	Vershil
Werknemers in dienst	278	284	6
Aantal ziektemeldingen	682	527	155
Aantal verzuimdagen	6432	4974	1458
Meldingsfrequentie (%)	2.5	1.9	0.6
Verzuim percentage (%)	6.9	6.3	0.6
Verzuimduur (%)	9.4	9.4	0
Langdurig ziekteverzuim	23	15	8

Daling ziektemeldingen

De daling van 155 meldingen in 2014 ten opzichte van 2013 kan een gevolg zijn van de drempelverhogende procedure voor ziekteverzuim die is ingegaan op 1 januari 2014. In deze procedure kan de medewerker zich niet meer zomaar ziek melden zonder met zijn leidinggevenden gesproken te hebben. De zieke medewerker moet zijn SVB kaart zelf op komen halen. Veel medewerkers waren AO met chikungunya.

Daling verzuimdagen

In 2014 waren er 8 medewerkers minder langdurig ziek. Langdurig zieken hebben in het algemeen veel invloed op het totaal aantal verzuimdagen in een jaar.

Daling meldingsfrequentie

Mogelijk een gevolg zijn van de drempelverhogende procedure.

Daling verzuimpercentage

De daling van het verzuimpercentage met 0.6% in 2014, komt door herstel of uitdiensttreding van de medewerkers die langdurig ziek waren in 2013.

Gelijk blijven verzuimduur

Hoewel langdurig ziekteverzuim in 2014 is gedaald, waren er in dat jaar veel medewerkers langer dan twee dagen AO vanwege de ziekte chikungunya.

Algemene conclusie:

Het ziekteverzuim is gedaald. Mogelijk dat de drempelverhogende procedure invloed heeft gehad op het ziekmelden van medewerkers. Het herstel of uitdiensttreding van langdurige zieke medewerkers is ook van invloed geweest op de daling. Veel medewerkers waren langer dan twee dagen AO door het uitbreken van de epidemie Chikungunya.



Jubilea

Gedurende het jaar 2014 waren:

- 18 medewerkers 12.5 jaren in dienst
- 3 medewerkers 25 jaren in dienst
- 6 medewerkers 35 jaren in dienst
- 3 medewerkers 40 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 2014	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december 2014
Totaal personeel	5	3
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	2	2

4.4.2. Kwaliteit van het werk

Waar in de afgelopen jaren vooral centraal geplande opleidingsactiviteiten hebben plaatsgevonden zoals SRH, Response, VIM etc. etc. zijn de trainingen in 2014 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 2014 hebben 19 nieuwe medewerkers de basiscursus afgerond. De trainingen worden allemaal gegeven door medewerkers / gecertificeerde docenten van GGz Curacao.

SRH:

- Voor alle afdelingen hebben casusbesprekingen plaatsgevonden onder begeleiding van een gecertificeerde coach en – docent.
- 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 2014 zijn twee groepen getraind op het gebied van verslavingszorg. Het betreft een basiscursus van 10 sessies waarin basiskennis van de verslavingszorg aan de orde komt.. In totaal hebben 25 medewerkers deelgenomen aan deze training. Twee oorspronkelijk geplande trainingen zijn niet doorgegaan, momenteel wordt het programma van de training gereviseerd en wordt in 2015 hervat.

EZRA

- Nieuwe medewerkers zijn onder begeleiding van de applicatiebeheerder EZRA en VIM geschoold in het werken met deze applicaties.

CURSUS MEDICATIEVERSTREKKING

- In de maanden maart /april en september / oktober zijn twee sessies rondom medicatieverstrekking gegeven. In totaal 18 medewerkers hebben deze opleiding gevolgd. Doelstelling van de training medicatieverstrekking is om medewerkers die geen verpleegkundige achtergrond hebben bevoegd en bekwaam te maken op het gebied van medicatie delen. Vanuit deze groep zijn inmiddels 10 medewerkers gecertificeerd op het verstrekken van medicatie, voor de anderen geldt dat de opdrachten einde 2014 nog niet zijn afgerond.

CURSUS ORTHO- SOCIOBEWEGINGSAGOOG

17 deelnemers hebben aan deze training deelgenomen. Doelstelling van de training was dat er per afdeling een aantal experts werden opgeleid op het gebied van organiseren van activiteiten rondom bewegen. De doelstellingen van de training waren:

- Je kent de basis om methodisch bewegingsactiviteiten aan te bieden.
- Je kunt met behulp van de aangeleverde "handvatten" werken met je doelgroep.
- Je kent de belevingsgerichte benaderingswijze (vertrouwen, kennis, respect, begrip, inzet en interesse) en gebruikt deze bij het begeleiden van activiteiten.
- Je beheerst "kleine spelen" aanbod, en het werken met handgereedschappen algemeen en specifiek.
- De deelnemer is gemotiveerd en heeft inspiratie opgedaan op het gebied van bewegingsactiviteiten.
- Je kunt oefeningen geven voor de bovenste extremiteit, de romp en de onderste extremiteit.

Individuele scholingsactiviteiten:

- 3 medewerkers zijn nog bezig met hun SPH – opleiding via de University of Curacao (UNA). Deze medewerkers zijn allen in verschillende fasen van de opleiding. In 2015 zullen twee medewerkers hun opleiding gaan afronden.
- 3 medewerkers van GGz hebben in 2014 hun management-opleidingen (bij verschillende opleidingsinstituten) afgerond.

Behandelstaf

- **Cognitieve gedragstherapie**
3 psychologen van GGz Curacao zijn gestart met het basisgedeelte van de opleiding Cognitieve gedragstherapie die op Curacao is georganiseerd, allen hebben in 2014 de noodzakelijke uren supervisie gevolgd, in 2015 wordt dit deel afgerond. Het ligt in de bedoeling de vervolgtraining in 2015 te organiseren, zodat deelnemers de gehele opleiding kunnen afronden en zich kunnen registreren als Cognitief Gedragstherapeut. Daarnaast zijn nog 3 psychologen actief met opleidingen voor Cognitief Gedragstherapeut, in 2015 worden deze trajecten afgerond.
- **SOS – training.**
Het doel van Signs of Safety is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Het einddoel van Signs of Safety is veiligheid voor het kind te creëren. Aan deze training hebben 6 medewerkers van Yudaboyu



deelgenomen en hun certificaat behaald. De training was opengesteld voor medewerkers van andere organisaties zoals Gezinsvoogdij en de SGR – groep. Grote voordeel hiervan is dat de onderlinge samenwerking tussen de organisaties wordt gestimuleerd en dat door het beschikbaar stellen van de trainingsruimte door GGz Curaçao en de bijdrage van de andere organisaties, de medewerkers van GGz Curaçao zonder kosten deze training hebben kunnen volgen.

- **Intervisie Parnassia**

In 2013 is aangevangen met intervisie tussen de behandelaren van de GGz Curaçao en de behandelaren van Parnassia, Den Haag / Rotterdam. In het eerste halfjaar van 2014 hebben 9 sessies plaatsgevonden. Via videoconferencing is een casuïstiek besproken die was ingebracht vanuit de groep van de behandelaren van de GGz Curaçao en vanuit Parnassia. Ondanks een zeer positieve evaluatie voor wat betreft de inhoud van de videoconferenties is dit project gestopt, vooral door gebrek aan belangstelling aan de kant van Parnassia.

Facilitair:

- **Brandpreventie:**

Voor alle medewerkers van GGz Curacao is in 2014 een training EHBO (reanimatie) georganiseerd. In totaal hebben hieraan ruim 200 medewerkers deelgenomen.

- **BHV**

Alle gecertificeerde BHV 'ers hebben in het verslagjaar deelgenomen aan de herhalingscursus en hebben zodoende hun bevoegdheid en bekwaamheid behouden.

- **Computercursus**

Het gehele team van de keuken heeft een basiscursus WINDOWS / Computergebruik gevolgd.

HRM

- Twee medewerkers hebben in 2014 de opleiding HR - accounting gevolgd
- Een medewerker is gestart met de opleiding Human Resources Management

ACTIVITEITEN BUITEN GGz Curacao

In het verslagjaar is er door een drietal gecertificeerde Response trainers 9 workshops gegeven ten behoeve van docenten van de VSBO - scholen van de DOS.

Stages

GGz Curacao speelt als enige psychiatrisch ziekenhuis binnen de voormalige Nederlandse Antillen een belangrijke rol bij de opleidingen voor zorg- en welzijn. Jaarlijks worden binnen de GGz Curaçao zo'n 100 studenten van verschillende opleiding een stageplek geboden. De planning en logistiek hieromheen vergt de nodige tijd en aandacht. Verder wordt er gezamenlijk met de overige leden van de Federatie Zorginstellingen Curaçao gewerkt aan de verbetering en toetsing van de beroepshouding van de studenten van de verschillende lokale opleidingen.

Daarnaast biedt de GGz Curaçao stageplekken voor HBO- en universitaire opleidingen, zowel lokaal alsook internationaal.

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

In 2011 is GGz Curaçao door KBB (Kenniscentrum Bedrijfsleven Beroepsonderwijs) als eerste organisatie in de zorg erkend als leerbedrijf. In samenwerking met KBB zijn opnieuw een aantal leermeesters opgeleid; de teller staat aan het einde van het verslagjaar 2014 op 63. Aan het einde van het verslagjaar is GGz opnieuw ge-audit door KBB in het kader van de hercertificering. Dit heeft geresulteerd in een hercertificering die weer voor drie jaar geldig is.



4.5 Financieel beleid 2014

Het financieel beleid is een integraal onderdeel van het strategisch beleid. Derhalve is het gevoerde financieel beleid gericht naar de volgende punten in de Strategische Nota:

- Realiseren van een gezonde financiën, mede op basis van een bekostigingsstructuur die aansluit op de zorgverlening. Dit met aangepaste tarieven die corresponderen met normen voor verantwoorde zorg en hier gebaseerde integrale kostprijzen en sluitende begrotingen en een kostendekkende realisatie als basis voor financiële zekerheid en continuïteit van zorg.

In het verslag jaar 2014 heeft Klinika Capriles in financieel opzicht nogal wat uitdagingen gehad. Desalniettemin heeft het financieel beleid zich ten allen tijde laten leiden door het streven en behoud van een zelfstandig levensvatbaarheid van de entiteit voor het huidige verslagjaar en in de toekomst.

Onderstaand is er een weergave van hetgeen gerealiseerd is en datgene wat nog niet afgerond is:

- In het verslagjaar 2014 heeft de kliniek een aanzienlijke toename in haar debiteuren portefeuille ervaren. Dit is voornamelijk te wijten aan het slechte betalingsgedrag van het Land Curaçao en de onbetaalde SVB facturen, deze laatste wegens tarief-verschil. Immers van het totale debiteurenstand nemen het Land Curaçao (Justitie) en SVB ca 82% voor hun rekening. Het verder groeien hiervan is waarschijnlijk, vooral als rekening wordt gehouden met het feit dat door introductie van de Basisverzekering Ziektekosten de groep verzekerden dat onder deze verzekering valt fors is toegenomen.
- Herziening van de huidige tarieven en opname hiervan in de Landsverordening Medische Tarieven is een zeer kritieke factor voor het behoud van een duurzame financiële onafhankelijkheid en zelfstandigheid voor de kliniek. De zorgbetalers moeten een op het voorgaande gestoeld en passend financieel en economisch dekkende vergoeding voor de door de kliniek geleverde diensten garanderen en betalen. Thans zijn er gesprekken gaande met de Overheid om dit te bewerkstelligen en uiteindelijk zorgbekostigsovereenkomsten te kunnen afsluiten.
- Voorts hebben de vonnissen , waarbij de kliniek veroordeeld werd tot betaling van VUT-verplichtingen van c.a. 2,3 mio en terugbetaling aan BZV voor teveel ontvangen bedragen tot een bedrag van ca. 1,1 mio, de financiële positie van de zorgorganisatie verder verslechterd. Het risico dat deze situatie met zich meebrengt is dat de continuïteit van een verantwoorde zorg bij de kliniek ernstig in gevaar is gebracht.

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

Verkorte Jaarrekening 2014

INHOUD

1.	Controleverklaring van de onafhankelijke accountant	4
1.1	Controleverklaring van de onafhankelijke accountant	5
2.	Verkorte Jaarrekening	7
2.1	Verkorte Balans per 31 december 2014	8
2.2	Verkorte Staat van Baten en Lasten 2014	9
2.3	Verkorte Mutatie-overzicht eigen vermogen over 2014	10
2.4	Verkorte Mutatie-overzicht kasstroom over 2014	11
2.5	Toelichting op de verkorte balans per 31 december 2014	12

1. Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

1.1 Controleverklaring van de onafhankelijke accountant



Controleverklaring van de onafhankelijke Accountant

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

Referentie: CJ/136140/2150524

Opdracht

Wij hebbe gecontroleerd of de in dit verslag opgenomen verkorte jaarrekening van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles te Curaçao over 2014 op de juiste wijze is ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2014 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles. Bij die jaarrekening hebben wij op 3 juli 2015 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 2014 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 internationaal algemeen aanvaarde controlestandaarden. 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 3 juli 2015 verstrekte goedkeurende controleverklaring. Deze toelichting doet geen afbreuk aan ons oordeel.

Curaçao, 3 augustus 2015
PricewaterhouseCoopers Curaçao

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Cees Rokx', is written over a horizontal dotted line. The signature is fluid and cursive, extending across the width of the line.

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

2. Verkorte Jaarrekening

2.1 Verkorte Balans per 31 december 2014

(na verwerking van het resultaat)

	<u>31 december 2014</u>	<u>31 december 2013</u>
	Naf	Naf
ACTIVA		
Materiële vaste activa	25.001.360	26.522.047
Financiële vaste activa	2.180.815	2.180.815
Vorraden	93.664	137.499
Debiteuren	3.141.655	2.669.466
Overige vorderingen	1.688.868	2.382.666
Liquide middelen	1.133.634	1.328.500
	<u>33.239.996</u>	<u>35.220.993</u>
PASSIVA		
Eigen vermogen		
Stichtingskapitaal	100	100
Algemene Reserve	(5.461.830)	436.302
Bestemmingsreserve	11.492.341	11.492.341
Exploitatie lopend boekjaar	(6.953.908)	(5.898.132)
	<u>(923.297)</u>	<u>6.030.611</u>
Schulden		
Langlopende Schulden	4.044.205	4.824.668
Fonds Materiële Vaste Activa	15.221.856	16.174.081
Crediteuren	1.936.444	1.006.674
Sociale premies en overige schulden	12.960.788	7.184.959
	<u>14.897.232</u>	<u>8.191.633</u>
	<u>33.239.996</u>	<u>35.220.993</u>

2.2 Verkorte Staat van Baten en Lasten 2014

	<u>2014</u> Naf	<u>2013 *</u> Naf
BATEN		
Omzet verrichtingen	23.659.204	23.906.269
Overige opbrengsten	1.256.783	1.459.277
	<u>24.915.987</u>	<u>25.365.546</u>
LASTEN		
Personeelskosten	20.308.297	20.225.642
Huisvestingskosten	2.637.140	2.760.094
Verbruik behandelings-, kleding- en voedingsartikelen	2.638.809	2.741.335
Vervoerskosten	298.013	289.279
Onderhoudskosten	356.784	610.021
Algemene kosten	1.254.638	1.085.760
Dotatie voorziening debiteuren	2.148.642	1.260.086
	<u>29.642.323</u>	<u>28.972.217</u>
Resultaat uit gewone bedrijfsuitvoering	(4.726.336)	(3.606.671)
Financiële kosten	(323.760)	(253.249)
Afschrijvingskosten	(1.196.236)	(1.178.898)
Overige baten	634.997	485.970
Overige lasten	(1.342.573)	(1.345.284)
	<u>(2.227.572)</u>	<u>(2.291.461)</u>
Exploitatie overschot / (tekort)	<u>(6.953.908)</u>	<u>(5.898.132)</u>

* De vergelijkende cijfers zijn voor vergelijkingsdoeleinden aangepast.

2.3 Verkorte Mutatie-overzicht eigen vermogen over 2014

	Kapitaal Stichting	Algemene Reserve	Bestemmings- Reserve	Exploitatie resultaat voorgaande Jaren	Exploitatie Resultaat Lopend Boekjaar	Totaal
	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf	Naf
Stand per 1 januari 2013	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
Exploitatiekort	-	-	-	-	(5.898.132)	(5.898.132)
Stand per 31 december 2013	100	436.302	11.492.341	-	(5.898.132)	6.030.611
Resultaat voorgaande boekjaar	-	(5.898.132)	-	-	5.898.132	-
Exploitatie tekort	-	-	-	-	(6.953.908)	(6.953.908)
Stand per 31 december 2014	100	(5.461.830)	11.492.341	-	(6.953.908)	(923.297)

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

2.4 Verkorte Mutatie-overzicht kasstroom over 2014

(volgens de indirecte methode)

	<u>2014</u>	<u>2013</u>
	Naf	Naf
Operationele activiteiten		
Exploitatie (tekort) / overschot	(6.953.908)	(5.898.132)
Afschrijvingskosten	1.196.236	1.178.898
(Toename)/afname debiteuren	(472.189)	4.457.346
Afname /(toename) overige vorderingen	693.798	(1.157.699)
Afname voorraad	43.835	76.106
Toename/(afname) crediteuren	929.770	(417.830)
Toename/(afname) overige schulden	<u>5.775.829</u>	<u>2.675.576</u>
Netto kasstroom uit operationele activiteiten	<u>6.971.043</u>	<u>914.264</u>
Kasstroom uit Investeringsactiviteiten		
Netto investering in materiële vaste activa	<u>(627.774)</u>	<u>(2.720.156)</u>
Netto kasstroom uit investeringsactiviteiten	<u>(627.774)</u>	<u>(2.720.156)</u>
Financieringsactiviteiten		
Annuiteitenlening Orco bank	<u>(780.463)</u>	<u>2.082.722</u>
Netto kasstroom uit financieringsactiviteiten	<u>(780.463)</u>	<u>2.082.722</u>
(Afname)/toename liquide middelen	(194.866)	276.830
Mutatie liquide middelen	<u>1.328.500</u>	<u>1.051.670</u>
Liquide middelen op 31 december	<u>1.133.634</u>	<u>1.328.500</u>

2.5 Toelichting op de verkorte balans per 31 december 2014

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 Nederlandse Antillen 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 beschikkinggestelde materiële vaste activa geactiveerd in de balans van de Stichting op de wijze zoals hierna in de toelichting aangegeven.

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

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

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

De bouw is een investering ter vervanging van het huidig gebouw waarin de longstay afdelingen "Esmeralda en Magriet" gehuisvest zijn.

Voorts heeft zich op 31 december 2010, een zeer belangrijke ontwikkeling voorgedaan. Per vermelde datum is het beheersstructuur van de Stichting, dat tot die datum een Bestuursmodel had, veranderd in een Raad van Toezicht model met haar Raad van Bestuur.

Per dezelfde datum is de Stichting als werkstichting tot de stichting GGZ Curaçao gaan behoren. Het gevolg hiervan is dat in het verslag 2012, het Raad van Toezicht model van toepassing is geweest.

In het kader van haar dienstverlening heeft de Stichting onder meer met het Bureau Ziektekosten Voorziening (BZV) een zorgovereenkomst 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 2014 is het voorschot/budgetbedrag vastgesteld op Naf.13.1.miljoen. Volgens het zorgcontract hoeft er geen afrekening plaats te vinden over eventuele overschot danwel tekorten.

De Stichting factureert SVB op basis van de werkelijke bezetting. Met betrekking tot het verslagjaar 2014 is ca. Naf. 13.1 miljoen (in 2013 eveneens: Naf. 13.1 miljoen) door de Stichting aan declaraties ingediend bij de SVB-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd Naf. 13.1 miljoen (in 2013 eveneens: Naf. 13.1 miljoen) ontvangen.

De Stichting had met de Sociale Verzekeringsbank voor het laatst een zorgcontract afgesloten voor de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008. Het toenmalig overeengekomen jaarlijks budgetbedrag bedroeg Naf. 1.040.000,-.

Echter voor de daaropvolgende verslagjaren 2009 tot en met 2014 waren er geen contracten getekend, daar de Sociale verzekeringsbank nog geen besluit heeft genomen ten aanzien van het door de Stichting voorgesteld budgetbedrag voor elk der laatstgenoemde jaren. De Sociale verzekeringsbank heeft besloten het jaarlijks budgetbedrag dat in 2008 heeft gegolden aan te houden, namelijk Naf. 1.040.000,-.

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

Per 31 december 2014 heeft de Stichting een negatief eigen vermogen heeft van ANG 923.297 en de kortlopende schulden van de entiteit de vlottende activa overstegen met ANG 8.839.411. Deze condities, samen met andere omstandigheden zoals uiteengezet in de toelichting van de jaarrekening, met name gebeurtenissen na balansdatum, duiden op het bestaan van een onzekerheid van materieel belang op grond waarvan gereede twijfel zou kunnen bestaan over de continuïteitsveronderstelling van de Stichting.

Algemene waarderingsgrondslagen

De toegepaste waarderingsgrondslagen gaan uit van de historische kosten cq kostprijs. Voor zover niet anders vermeld, zijn de activa en de passiva tegen de geamortiseerde kostprijs opgenomen. Baten en lasten worden toegerekend aan het verslagjaar waarop ze betrekking hebben. 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 acht genomen indien zij voor het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

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

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

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.

Voorraden

De Stichting beschikt over twee voorraadmagazijnen. Dit zijn een voorraadmagazijn voor de medicijnen, verbandsartikelen, 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 balanstoeiname een algemene reserve van Naf. 1.175.057,- gecreëerd gelijk aan de totale waarde van de voorraden op de balans per 31 december 2009. Waardeveranderingen als gevolg van correcties van eenheden en hun kostprijzen in 2010 op de per eind 2009 geactiveerde voorraden zijn in het verslagjaar 2010 afgeboekt ten laste van deze Algemene reserve c.q. een daarvoor gecreëerde voorziening.

In 2011 is eveneens op deze voorziening afgeboekt. Dit had betrekking op nagekomen correcties op de voorraden geconstateerd bij de opname eind 2011. In de daaropvolgende jaren zijn geen boekingen meer hierop verricht.

Financiële activa

De financiële vaste activa betreft een termijndeposito bij Orco Bank N.V. Daarentegen bestaat de financiële vlottende activa uit 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 Curaçao, ter beschikking gestelde materiële vaste activa is de kostprijs van deze activa opgenomen in een Fonds Materiële Vaste Activa.

Echter is de Stichting is per 1 januari 2009 overgegaan naar de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving zoals gepubliceerd door de Nederlandse Raad voor de Jaarverslaggeving. Als gevolg van de toepassing van deze grondslagen worden de afschrijvingen met betrekking tot materiële vaste activa die door het Land Curacao, rechtsopvolger van de Rechtspersoon Nederlandse Antillen, aan de Stichting ter beschikking zijn gesteld, niet meer via de staat van baten en lasten, maar ten laste van het fonds materiële vaste activa verantwoord

Als zodanig zijn de effecten van de overgang naar de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving zoals gepubliceerd door de Nederlandse Raad voor de Jaarverslaggeving verwerkt in de jaarcijfers van 2010, 2011, 2012, 2013 en als zodanig ook het verslagjaar 2014.

Bestemmingsreserve

	<u>2014</u>	<u>2013</u>
Vervangingsinvestering drugsforensisch afdeling "Pico Plata"	9.381.000	9.381.000
Toekomstige onderhoud	<u>2.111.341</u>	<u>2.111.341</u>
	<u>11.492.341</u>	<u>11.492.341</u>

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.:

- Pandrecht op een termijndeposito voor twee jaar tegen een zgn "preferential rate" van 4,5%, dat om de twee jaar verlengd wordt tot dat de lening volledig is afgelost.
- 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: Klinika Capriles

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 tandheelkundige /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 2014 zorg verleend gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee



A.2 *Kerngegevens*

A.2.1 *Productie, personeel en opbrengsten*

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

Kerngegevens	Klinika Capriles
Patiënten/cliënten	Aantal
Totaal aantal patiënten /cliënten in zorg in verslagjaar	3112
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2014	199
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2014	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in verslagjaar	67.997
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in verslagjaar	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in verslagjaar	13.309
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in verslagjaar	29.194
Personeel	
Aantal patiëntgebonden personeelsleden in loondienst op 31 december 2014	195.0
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2014	193.5
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2014	267.0
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2014	262.3
Aantal psychiaters in loondienst per 31 december 2014	4
Aantal psychiaters in FTE per 31 december 2014	4
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag
Totaal bedrijfsopbrengsten (in ANG.) in 2014	24,915,987
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	1,256,783

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 2014	Aantal fte's per 31 december 2014
<i>1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst</i>			
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100		
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300		
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400	5	3
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500	14	13.3
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 5)	413600	29	28.6
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 4)	413600	110	110
Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)	413600	18	18
Helpenden (niveau 2)	413600	1	1
Zorghulpen (niveau 1)	413600	1	0.9
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	413600	159	158.5
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700	14	13.6
Subtotaal	413000	190	188.4
<i>2) Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst</i>			
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch			
Subtotaal	414000		
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>			
Personeel algemene en administratieve functies	411000	21	20.8
Personeel hotelfuncties	412000	48	47
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000	8	8
Subtotaal	411+412+ 415000	77	75.8
B) Personeel niet in loondienst	Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2014	Aantal fte's per 31 december 2014
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		11	4.3
Vrijwilligers		0	0
Alfa-helpenden			
Subtotaal		13	5.9
A + B) Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst		280	270.18



A.5 Gegevens verblijfplaatsen

Capaciteitsgegevens verblijfplaatsen

AFDELING	CAPACITEIT	INDICATIE STELLING	VERBLIJFS-DUUR
Short Stay	32 bedden	Opname, diagnostiek, crisisinterventie, observatie, behandeling	0 – 3 maanden
Medium Stay 1 – 4	20 bedden		
<i>opname ouderen (60+)</i>	8 bedden	Opname, diagnostiek, crisisinterventie, observatie, behandeling.	0 – 6 maanden
<i>Long Stay ouderen</i>	12 bedden	Vervolgbehandeling van meer gecompliceerde ziekte-beelden	onbepaald
Medium Stay 5 – 7	16 bedden	Langdurige behandeling (18-60jr) gestructureerd.	Langer dan 24 maanden
Medium Stay 8 – 10	16 bedden	Vervolgbehandeling van Short Stay	3 – 24 maanden
Long Stay	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 /nachtopvang Un Miho Mañan	40 stoelen 24 bedden	Chronische schizofrene patiënten met acting-out gedrag en middelen gebruik	Onbepaald
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

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 2013; Jaarrekening 2013
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. <i>HRM commissie:</i> HRM deskundige.
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?	5
Bij hoeveel van deze vergaderingen was de raad van bestuur aanwezig?	5
Bestaat er regulier overleg met de externe accountant?	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?	Presentatie is verzorgd door de Kwaliteitsafdeling.



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 2014

- Lid van het Bestuur van de Stichting Federatie Zorginstellingen.

B.6.2 Toezichthoudend orgaan

Samenstelling toezichthoudend orgaan per 31 december 2014

Naam	Taakverdeling	Aftreiddatum	Herbenoembaar
Dhr. S. Smith	Voorzitter	7 april 2016	Nee
Dhr. L. Rosa	Vice-voorzitter /Financien	7 april 2015	Nee
Dhr. drs. P. Spuijbroek, organisatie psycholoog	Organisatie en personeel	31 december 2015	Ja
Dhr. L. Sint Jacobs, MBA	Financieel-economisch	31 december 2015	Ja
Mw. S.L.T. Perez, huisarts	Zorg	1 januari 2017	Ja
Mw. dr. Richeline Martina- Joe, L.L.M.	Zorg /Juridisch	1 mei 2018	Ja



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?	75	100
Bent u voldoende vooruitgegaan door de behandeling of begeleiding?	81	100

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
Persoonlijkheds- / 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	68
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 augustus 2014 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 (68%) is niet conform het vastgesteld beleid (100%) maar wel een verslechtering t.o.v. 2013.

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)*	146
Gemiddelde separeerduur in uren (in isolatiecellen)	25:07

* 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 2013 wordt een vermeerdering van 53 % (2013: 95 gevallen) geconstateerd van het aantal gevallen waarbij de patiënt werd geïsoleerd. De isolatieduur is met 4% (2013: 26:17 uren) afgenomen. Het isoleren, ook het opsluiten in de eigen kamer, blijft onze aandacht vergen.

3. CLIENTTEVREDENHEID

3.a Informed consent

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

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

Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Is er een behandeling- of begeleidingsplan gemaakt?	59	100
Hebt u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	55	100

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?	58	100

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

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

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

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



Scores uit de GGZ thermometer	Score positief (%)	Response rate (%)
Is uw behandel- of begeleidingsplan uitgevoerd volgens uw wens?	57	100
Sloot de behandeling of begeleiding goed aan bij uw problemen en klachten?	70	100

3.d Woon- en leefomstandigheden

Cliëntoordeel 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 zijn een aantal aandachtspunten genoemd die een hogere mate van tevredenheid kunnen 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?	95	100
Heeft uw hulpverlener voldoende belang gehecht aan uw mening?	85	100

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?	62	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over uw behandel- of begeleidingsplan?	62	100
Hebt u voldoende informatie gekregen over de verwachte resultaten van uw behandeling of begeleidingstraject?	83	100

b. Klachten

Aantallen klachten in het verslagjaar.

	Aantal
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	1
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	1
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	1
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	29	28.5
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	21	21.0
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	15	13.6
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	7	7.0

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie

	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	6.3
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	7.0

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	5	3
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	2	2

b. Kwaliteit van het werk

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

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



D. Financieel beleid

Resultaatratio

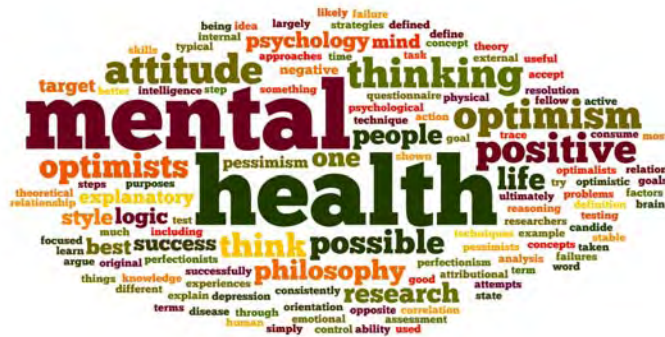
Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaatratio	(0.28)	(0.23)
Resultaatboekjaar	(6,953,908)	(5,898,132)
Totale opbrengsten boekjaar	24,915,987	25,365,546

Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (vlottende activa exclusief voorraden ten opzichte van de kortlopende schulden)	0.40	0.78
Current ratio (vlottende activa inclusief voorraden gedeeld door kortlopende schulden)	0.41	0.80
Vlottende activa inclusief voorraden	6,057,821	6,518,131
Vlottende activa exclusief voorraden	5,964,157	6,380,632
Totaal kortlopende schulden	14,897,232	8,191,633

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	(0.03)	0.17
Totaal eigen vermogen	(923,297)	6,030,611
Balanstotaal	33,239,996	35,220,993
Vermogensratio (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	(0.04)	0.24
Totaal eigen vermogen	(923,297)	6,030,611
Totaal opbrengsten	24,915,987	25,365,546



Klinika Capriles

Mohikanenweg 8

Tel: 737 4700

Fax: 736 9216



Yudaboyu

Barendslaan 11

Tel: 738 9511

Fax: 738 9553

Zijn onderdeel van

