Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
1936 – 2016

Yudaboyu
Yuda mi, yuda bo

Jaarverantwoording 2016

Inhoudsopgave

Jaardocument 2016 Klinika Capriles

Het maatschappelijk verslag 2016 is op 27 juni 2017 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

De jaarrekening 2016 is op 27 juni 2017 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Waldi Oostburg
Raad van Bestuur

De jaarrekening 2016 is op 27 juni 2017 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Het maatschappelijk verslag 2016 is op 17 juli 2017 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Lionel Sint Jacobs
Voorzitter Raad van Toezicht

Voorwoord

Het jaar 2016 heeft voor Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles (Klinika Capriles) en ook de Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie nog geen financiële rust gebracht. In navolging van eerdere onderzoek door Berenschot en Stichting Overheidsaccountantsbureau (SOAB) heeft de Minister van Gezondheid Milieu en Natuur in 2016 een nieuwe opdracht verstrekt om te komen tot een integraal advies ter oplossing van de financiële problematiek waar het ziekenhuis mee kampt. Dit advies dat een zevental beslispunten omvat en kan rekenen op de volledige instemming van Klinika Capriles werd op 30 augustus 2016 door de minister geaccordeerd. Ondanks herhaaldelijke pogingen door de kliniek om de overheid te bewegen om te komen tot uitvoering van deze beslispunten, heeft de overheid in 2016 hieraan geen gevolg gegeven.

De weinige vooruitgang die de kliniek op dit punt heeft geboekt, noopt de kliniek tot een sterke terughoudendheid in haar financieel beleid. Dit heeft zijn weerslag op het organisatiebeleid en plaatst strakke kaders voor de verdere ontwikkeling van de zorg.

De kliniek heeft besloten voor 2017 te komen met een sluitende begroting wat bij ongewijzigde omstandigheden er op neer komt dat in de plannen voor 2017 forse bezuinigingsvoorstellen zijn opgenomen waaronder het inkrimpen van een substantieel aantal klinische plaatsen. Afstoting van zorgonderdelen zal bij het uitblijven van een gezond toekomstperspectief onafwendbaar zijn.

1. Uitgangspunten van de verslaggeving

Met het jaardocument legt Klinika Capriles verantwoording af aan belanghebbenden 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, goed bestuur, personeel 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. Het jaardocument wordt o.a. verzonden naar de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur, Minister van Justitie, Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraar (Sociale Verzekeringsbank)

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

Per 31 december 2010 is Klinika Capriles gelieerd aan de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao (GGz Curaçao). Verder is de stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie “Yudaboyu” verbonden aan de moederstichting Stichting GGz Curaçao. Yudaboyu heeft haar unicocode ontvangen van de Overheid, maar aangezien de SVB de inschrijving als zorgverlener weigert, ressorteren zowel haar activiteiten alsmede haar financiën onder die van Klinika Capriles.

Als gevolg hiervan wordt in dit document geïntegreerd gerapporteerd over Klinika Capriles en Yudaboyu. 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
Bezoek- en correspondentieadres	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

2.2. Structuur van de instelling

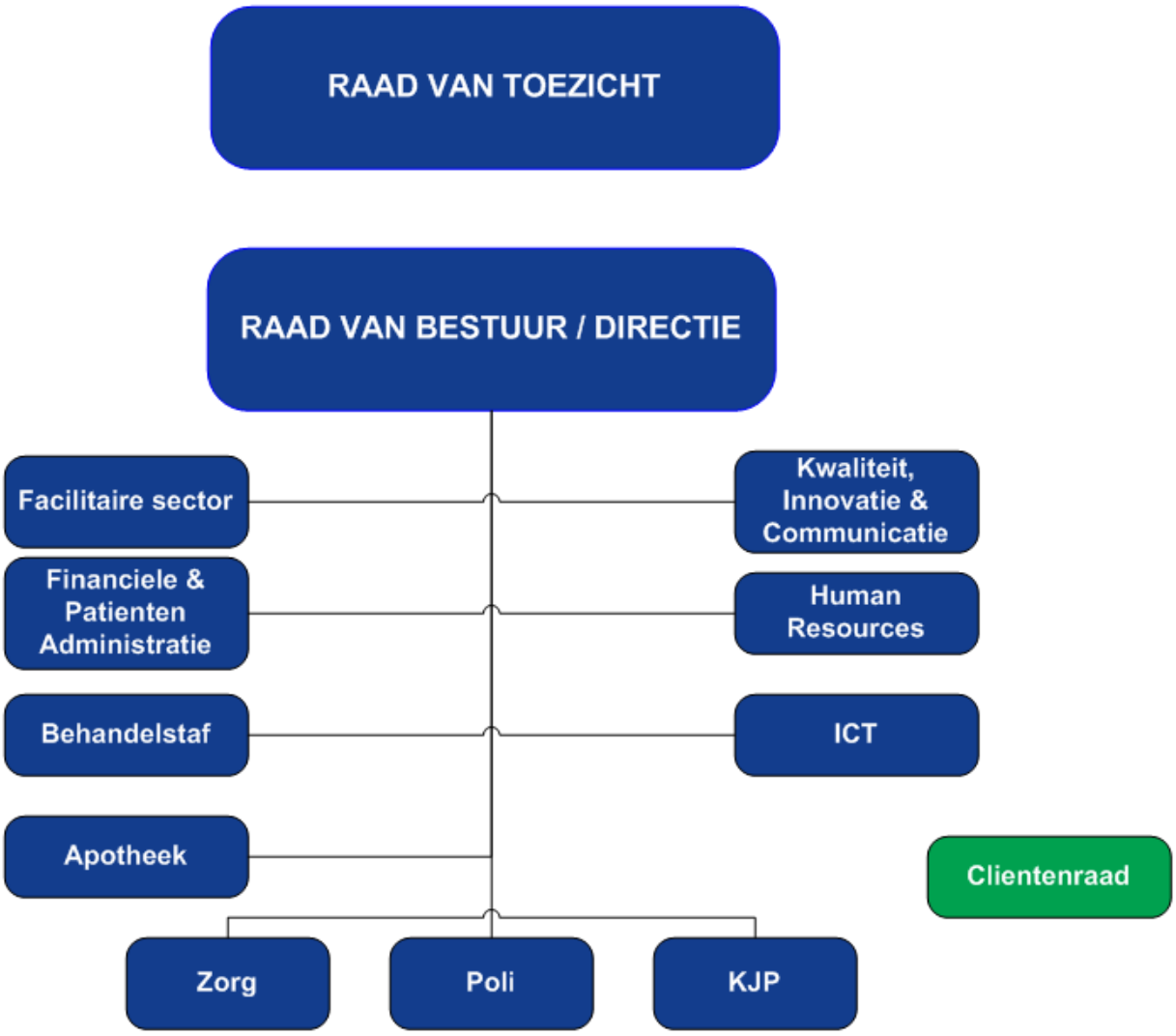
Op 3 maart 2000 is de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles door de toenmalige Minister van Volksgezondheid opgericht. Klinika Capriles is conform de instructies van de Regering van de voormalige Nederlandse Antillen, onder de nieuwe rechtsvorm op 1 januari 2001 volledig 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 2016 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 Klinika Capriles per 31 december 2016



Nadere typering

Situatie op 31 december verslagjaar, tenzij anders aangegeven.

Nadere typering: Klinika Capriles

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

Doelgroep	Ja/nee (*Algemeen*)	Ja/nee (*AVBZ-zorg*)
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 2016 zorg verleend gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee

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		
opname ouderen (60+)	*8 bedden*	Opname, diagnostiek, crisisinterventie, observatie, behandeling.	0 – 6 maanden
Long Stay ouderen	*12 bedden*	Vervolgbehandeling van meer gecompliceerde ziektebeelden	onbepaald
Medium Stay 5 – 7	16 bedden	Langdurige behandeling (18-60jr) gestructureerd.	Langer dan 24 maanden
Medium Stay 8 – 10	16 bedden	Vervolgbehandeling van Short Stay	3 – 24 maanden
Long Stay	40 bedden	Langdurige behandeling(18–60+) met chronische stoornissen	Langer dan 24 maanden
Kas Florisol	54 bedden	Resocialisatie afdeling voor langdurig opgenomen chronische patiënten	Onbepaald
Pico Plata	21 bedden	Vervolgbehandeling van schizofrene patiënten met acting-out gedrag en middelengebruik	Tot 12 maanden
Dagbehandeling /nachtopvang Un Miho Mañan	40 stoelen 24 bedden	Chronische schizofrene patiënten met acting-out gedrag en middelengebruik	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 64 stoelen		

2.3 Kerngegevens

2.3.1. Kernactiviteiten

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

Het behandelaanbod is een combinatie van klinische en ambulante zorgverlening:

- *Klinisch* : het algemeen psychiatrische ziekenhuis voor acute en kortdurende hulp, complexe langdurige behandeling, rehabilitatie en forensische zorg.
- *Ambulant* : Deeltijd : dagdeel- of dagbehandelingen op basis van behandelprogramma's onder meer arbeidstherapie, psycho-educatie, groepspsychotherapie, psycho motore therapie en maatschappelijke oriëntatie;

  Poliklinisch: consult bij de behandelaren op de poli van Klinika Capriles, Medisch Centrum Sorsaka 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 2016	3369
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2016	199
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2016	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in 2016	64.763
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in 2016	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2016	11.496
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in 2016	29.365
Personeel	
Aantal patiëntgebonden (ggz-)personeelsleden in loondienst op 31 december 2016	176.0
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2016	174.6
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2016	250.0
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2016	246.4
Aantal psychiaters in loondienst per 31 december 2016	5
Aantal psychiaters in FTE per 31 december 2016	5
Bedrijfsopbrengsten	
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2016	24,502,731
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	1,153,475

2.3.3. Werkgebieden

Nieuwe klinische opnames in 2016 beperkten zich tot cliënten uit Curaçao, Bonaire en enkele buitenlandse toeristen. 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.

2.3.4. Personeelsformatie

A) Personeel in loondienst	Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2016	Aantal fte's per 31 december 2016
1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst			
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100	1	1.0
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300		
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400	4	4.0
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500	11	10.2
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	105	105
Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)	413600	16	16
Helpenden (niveau 2)	413600	1	1
Zorghulpen (niveau 1)	413600		
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	413600	145	144.6
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700	16	15.5
Subtotaal	**413000**	**177**	**175.3**
2) Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst			
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch			
Subtotaal	**414000**		
3) Management en ondersteunend personeel in loondienst			
Personeel algemene en administratieve functies	411000	24	23.1
Personeel hotelfuncties	412000	42	41.0
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000	7	7.0
Subtotaal	**411+412+ 415000**	**73**	**71.1**
B) Personeel niet in loondienst	**Code**	**Aantal werkzame personen per 31 december 2016**	**Aantal fte's per 31 december 2016**
Stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch			
Overige stagiaires			
Uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch		4	4
Overige uitzendkrachten			
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en specialisten in loondienst elders			
Overig ingehuurd personeel		12	4.99
Vrijwilligers		1	0.20
Alfa-helpenden			
Subtotaal		**17**	**9.19**
A + B) Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst		**267**	**255.59**

2.4. Belanghebbenden

Beleidsbepaler /toezichthouder

- **Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN)**

  De Minister van Gezondheid Milieu en Natuur heeft in 2016 een nieuwe opdracht verstrekt om te komen tot een integraal advies ter oplossing van de financiële problematiek waar het ziekenhuis mee kampt. Dit advies dat een zevental beslispunten omvat en kon rekenen op de volledige instemming van Klinika Capriles werd op 30 augustus 2016 door de minister geaccordeerd. Ondanks herhaaldelijke pogingen door de kliniek om de overheid te bewegen om te komen tot uitvoering van deze beslispunten, heeft de overheid in 2016 hieraan geen gevolg gegeven.

- **Inspectie voor de Volksgezondheid**
  - *Klachten*
    Gedurende 2016 zijn geen klachten ingediend bij de Inspectie.

  - *Inspectiebezoeken*
    - *Afdeling Inspectie gezondheidszorg*
      In 2016 heeft geen inspectiebezoek plaatsgevonden.

    - *Afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming*
      In 2016 heeft de Centrale Keuken geen bezoek gehad van de Inspectie Gezondheidsbescherming.

Kapitaalverschaffers

- **Zorgbetalers**
  Klinika Capriles ontvangt geen subsidie. Wij hanteren tarieven voor de klinische-(verpleegdagen) en ambulante zorg (poliklinische verrichtingen en deeltijdbehandelingen) die middels Landsbesluit van de 29 september 2000 No 2, wettelijk zijn vastgesteld.
  Per 1 februari 2013 is de wet basisverzekering (BVZ) in werking getreden met als uitvoeringsorgaan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). In de loop van 2015 hebben wij een ministeriële beschikking ontvangen die het budget voor 2015 voor de BVZ regelt. Deze beschikking draagt niet bij aan het oplossen van de financiële problematiek en is naar het oordeel van de kliniek niet zorgvuldig tot stand gekomen. Om deze reden is de kliniek een administratieve rechtspraak procedure (LAR-procedure) aangevangen.

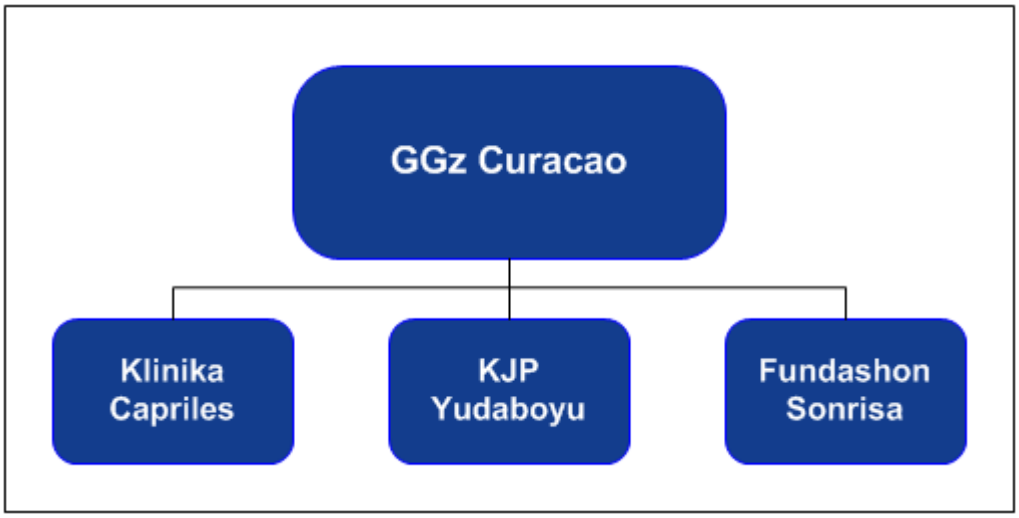
  Patiënten die langer dan 90 dagen klinisch zijn opgenomen vallen onder de wet algemene verzekering bijzondere ziektekosten (AVBZ). Ook het AVBZ fonds is ondergebracht bij de SVB.
  Een uitzondering vormen de patiënten die opgenomen zijn middels justitiële plaatsing. Hun gehele opnameperiode vastgelegd in het vonnis, komt voor rekening van het Ministerie van Justitie.
  Andere belangrijke klanten zijn: het Land voor met name patiënten die opgenomen worden middels rechterlijke uitspraak en Aruba.

Samenwerkingsverbanden op landelijk niveau.

- **Duurzame samenwerking tussen de GGz instellingen.**
  In april 2010 is de *Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao* opgezet als moederstichting van de nieuwe werkstichtingen *Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie* “Yudaboyu” en *Stichting Facilitair Bedrijf*. De moederstichting bestuurt en levert ondersteuning aan de werkstichtingen. Elke werkstichting is eigenaar van haar activiteit en financiën.
  Eind 2010 is *Klinika Capriles* toegetreden tot deze structuur. In februari 2011 is de Fundashon Sonrisa (beschermd wonen) gekoppeld aan de Stichting GGz Curaçao.

  De drie zorgstichtingen die ressorteren onder de Stichting GGz Curaçao kennen min of meer gelijke statuten. Uitsluitend de statutaire naam en doelstellingen verschillen per stichting. Deze werkwijze komt de transparantie en bestuurbaarheid van de groep ten goede. Ook voor nog op

te richten zorgstichtingen of stichtingen die zich in de toekomst wensen aan te sluiten bij Stichting GGz Curaçao zullen in beginsel de modelstatuten van toepassing zijn.



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

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

Het 'samengaan' van GGz-instellingen sluit voorts volledig aan op de ideeën 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.

Onderstaand worden de belangrijkste federatie-activiteiten genoemd waaraan Klinika Capriles in 2016 heeft deelgenomen:

- uitvoeren scan good governance;
- structureel overleg met overheid en SVB;
- elektronische inkoop met behulp van e-shop (Centraal Inkoop Bureau) en deelname inkoopteam;
- contractmanagement collectieve verzekeringen (motorrijtuigen, ziektekosten en opstal/brand);
- opleiding leermeesters, workshops en evaluatie beroepshoudingstoets;
- deelname HR-commissie;
- themabijeenkomsten voor directies en hoger management (werkend leren, risicomanagement en rampenbeleid, ICT/ehealth in de zorg, toekomst federatie).

- **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.

- **Parnassia Groep**
  Vanaf begin 2016 verzorgt Parnassia de vervolgopleiding tot GZ-psycholoog van een kinder- en jeugdpsycholoog werkzaam bij het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. De opleiding duurt twee (2) jaren.

- **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.

- **Bonaire (Caraibisch Nederland)**
  Gedurende een groot gedeelte van 2016 ging een KJ-psychiater van het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie 1 dagdeel per maand naar Bonaire voor de psychiatrische behandeling van kinderen op Bonaire.

Informatievoorziening

Intern

GGz Curaçao beschikt over een intranet wat dient als informatieplatform voor de medewerkers van alle onder haar vallende stichtingen. Zo kan men via het intranet onder andere verlofaanvragen indienen, beleidsnota's, procedures, protocollen, richtlijnen en werkinstructies raadplegen in het Kwaliteitshandboek en incidenten melden in de Veilig Incidenten Melden applicatie. In 2016 is o.a. informatie aangaande Bedrijfshulpverlening toegevoegd.

Ter bevordering van een interactieve communicatie zowel top-down, bottom-up als tussen medewerkers onderling worden onder andere "Ban Kombersá", "Lùnch di Interkambio" en "Informando Personal" ingezet.

- "Ban Kòmbersá", een kwartaalbijeenkomst met onderwerpen variërend van werkgerelateerde tot meer persoonlijke ontwikkeling, heeft drie maal plaatsgevonden.
- De "Lunch di Interkambio", een tweemaandelijkse lunchmeeting waarbij de directeur elke keer met een kleine groep (20 personen worden uitgenodigd) gevormd door een dwarsdoorsnede van medewerkers van de organisatie luncht en vervolgens over een van te voren bepaald of door de aanwezigen ingebracht onderwerp discussieert, vond drie maal plaats.

- De informatie- en discussiebijeenkomsten “Informando Personal”, voorgezeten door de directeur, vindt om en om 1x per kwartaal bij Klínika Capriles en Fundashon Sonrisa plaats. In 2016 vond het driemaal plaats bij Fundashon Sonrisa. Bij Klinika Capriles hebben er twee bijeenkomsten volgens planning plaatsgevonden. Daarnaast zijn er ad hoc bijeenkomsten geweest met updates aangaande de financiële situatie van de kliniek.
- Het personeelsblad GGz Indoors is in 2016 drie maal verschenen.

Extern.

- Diverse rondleidingen en/of informatiesessies zijn verzorgd voor zowel scholen als individuele personen.

In samenwerking met de University of Curaçao zijn er twee lezingen voor professionals en overige belangstellenden georganiseerd:

- Mevrouw Hendrien Kaal, Lector Licht verstandelijk beperkten en Jeugdzorg aan de Hogeschool Leiden kaartte het onderwerp “LVB en criminaliteit” aan en
- Professor Geert-Jan Stams: “De paradoxale opdracht van de forensische jeugdzorg.”

In maart was er het zeer goed bezochte congres “Kinder- en jeugdpsychiatrie op Curaçao” in het kader van het eerste lustrum van kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum Yudaboyu.

2016 markeerde ook het 80-jarig bestaan van Klinika Capriles, en daarmee het 80-jarig bestaan van de klinische psychiatrie op Curaçao. Een feit wat ondanks de zorgelijke financiële situatie van de kliniek niet onopgemerkt is gepasseerd. Alle afdelingen zijn gemobiliseerd om tijdens een bescheiden maar feestelijke viering op zeer creatieve wijze hun beeld op de afgelopen 8 decennia te presenteren.
Tijdens deze viering heeft de organisatie drie personen geëerd die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de ontwikkeling van dit ziekenhuis en psychiatrie in het algemeen.

- Dhr. Jos Dees,psycholoog, werd postuum geëerd voor zijn bijdrage aan de professionalisering van de psychologie in Klinika Capriles en als medeoprichter van de Forensische Observatie afdeling (FOBA) in de gevangenis.
- Dhr. Franklyn Clementina, MSc, voor zijn inspanningen op het gebied van de professionalisering van de functie van verpleegkundigen en zijn bijdrage aan de modernisering van psychiatrie binnen Klinika Capriles.
- Dhr. Glenn Helberg, kinder- en jeugdpsychiater die in Nederland werkt, voor hetgeen hij heeft betekend voor de trans-culturele psychiatrie in Nederland, ontwikkeling van de psychiatrie in het algemeen en ook zijn hulp, ondersteuning en begeleiding van Curaçaoënaars die in Nederland wonen. Als voorzitter van Ocan (Overlegorgaan Caribische Nederlanders) heeft hij zich sterk gemaakt voor gelijkwaardigheid en rechtvaardigheid voor de Antillianen in Nederland.

Ook heeft de “Curamental Awareness Walk” plaatsgevonden. Een wandeltocht die deels de route volgt welke een bus 80 jaar geleden gereden heeft bij het vervoeren van de mensen uit toentertijd Montecristo naar Rustoord Groot Kwartier, zoals de instelling bij oprichting heette.

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.

De Raad van Bestuur

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.

3.1.1. 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 aan hetgeen is vastgelegd in de code.

3.1.2. Bestuurstructuur

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

3.1.3. 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?	• Zorgnota 2015-2018 Fundashon Sonrisa; • Aanpassing pensioengerechtigde leeftijd en de daarmee samenhangende afbouwregeling; • Zorgnota Kinder- en Jeugdpsychiatrie 2016-2018; • Eindverslag over de wasserij activiteiten van Facilitair GGz Curaçao over 2010-2016; • Jaarplanning Raad van bestuur 2017; • Jaarverantwoording (maatschappelijkverslag en jaarrekening) 2016;
Bestaan er commissies binnen het toezichthoudend orgaan?	*Financiële Commissie*: 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. *Zorgcommissie*: bestaat uit de zorgdeskundigen. Zij bespreken zorggerelateerde onderwerpen met de directie die bijgestaan kan worden door coördinerend medisch hoofd e/o de manager zorg. Onderwerpen die aan bod komen zijn de strategische plannen van de werkstichtingen, kwaliteit van de behandelingen en zorg. Zij brengen verslag uit aan de rest van de raad van toezicht. *HRM commissie*: bestaat uit de HRM deskundige. Bespreekt personeelsgerelateerde onderwerpen met de directie die meestal wordt bijgestaan met de HRM van Stichting GGz Curaçao. De Rvt lid brengt verslag uit aan de rest van de raad van toezicht.
Heeft u gewaarborgd dat de leden van het toezichthoudend orgaan onafhankelijk zijn?	Benoeming van leden van het toezichthoudend orgaan is niet mogelijk middels 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?	Nee
Heeft het toezichthoudend orgaan haar eigen functioneren dit verslagjaar beoordeeld?	Nee

Hoeveel vergaderingen heeft het toezichthoudend orgaan gehouden in het verslagjaar?	13
Bij hoeveel van deze vergaderingen was de raad van bestuur aanwezig?	7
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?	Ja

3.1.4. Transparantie bestuurstructuur

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 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

Wijziging statuten

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

3.1.5. 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 aangegaan?	Ja

3.1.6. Samenstelling Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2016

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

Nevenfunctie per 31 december 2016	
Stichting Federatie Zorginstellingen.	Bestuurslid
Stichting Verslavingskliniek Brasami	Lid Raad van Toezicht (uit hoofde van het ambt)

Raad van toezicht

Samenstelling toezichthoudend orgaan per 31 december 2016

Naam	Taakverdeling	Aftreeddatum	Herbenoembaar
Dhr. L. Sint Jacobs, MBA	Voorzitter, Financieel-economisch	31 december 2019	Nee
Dhr. drs. P. Spuijbroek, organisatie psycholoog	Vice-voorzitter, secretaris /HRM	31 december 2019	Nee
Mw. S.L.T. Perez, huisarts	Zorg	1 januari 2021	Nee
Mw. dr. Richeline Martina-Joe, L.L.M., psycholoog	Zorg /Juridisch	1 mei 2018	Ja
Mw. drs. G. Schorea, RA, CAMS	Financieel-economisch	1 oktober 2020	Ja

3.2. Bedrijfsvoering

3.2.1. Zorginhoudelijke doelstellingen

Als te behalen doelen zijn in de strategische nota GGz Curaçao 2015 - 2018 vastgelegd:

- *Cliënt centraal: herstelgerichte zorg, SRH en cliëntenparticipatie*

Vanaf 2009 richt GGz Curaçao zich op de ontwikkeling van herstelgerichte zorg op basis van de methodiek van systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH). De keuze voor herstelgerichte zorg sluit naadloos aan bij de missie van GGz Curaçao waarin het behoud, het herstel en de bevordering van de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische problematiek centraal staat. De methodiek van systematisch rehabilitatiegericht werken is inmiddels ingevoerd in Klinika Capriles en een start is gemaakt met de implementatie hiervan binnen Fundashon Sonrisa. Werken aan verankering blijft echter belangrijk. Ook tonen de resultaten van onze periodieke zorgaudits SRH en de Recovery Oriented Practices Index (ROPI) aan dat er nog voldoende ontwikkelmogelijkheden zijn op het gebied van herstelgerichte zorg, bijvoorbeeld ten aanzien van de thema's ervaringsdeskundigheid en cliëntenparticipatie. Beide onderwerpen staan bij herstelgerichte zorg hoog in het vaandel, maar tot op heden is bij de ontwikkeling en uitvoering van ons zorgbeleid hier slechts in beperkte zin sprake van.

Beleidslijnen:

- Doorontwikkeling herstelgerichte zorg op basis van systematisch rehabilitatiegericht werken.
- Ontwikkeling en invoering van prestatie-indicatoren voor herstelgerichte zorg op alle managementniveau's.
- Invoering van initiatieven ter bevordering van de cliëntenparticipatie.

➢ *Bijzondere cliëntgroepen & Voorzieningen: Intensieve Ambulante Begeleiding, Poli en LVB*

In 2014 is een start gemaakt met de reorganisatie van de extra- en semimurale activiteiten van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze waren vooral gericht op de ambulante groep van Klinika Capriles die baat heeft bij langdurige hulpverlening. De reorganisatie dient te resulteren in een zorgverlening die beter aansluit op de noden van deze cliëntengroep. In het verlengde van dit verbetertraject ziet GGz Curaçao ook goede mogelijkheden om haar poliklinische activiteiten uit te breiden en sterker te positioneren. Een dergelijke ontwikkeling sluit ook aan bij de visie van de overheid die stelt dat er momenteel nog sprake is van een ongewenste onderbesteding binnen de ggz.

Een bijzondere cliëntgroep van GGz Curaçao en haar werkstichtingen zijn personen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in combinatie met psychische en/of psychiatrische problematiek. Uit studies blijkt dat personen met een licht verstandelijke beperking veel sneller psychische en psychiatrische problematiek ontwikkelen dan personen zonder een dergelijke beperking. Een niet te veronachtzamen deel van onze cliënten kampt met cognitieve achterstanden wat van invloed is op de mogelijkheden van behandeling. GGz Curaçao wenst zich om deze reden te verdiepen in de precieze aard en omvang van de groep van personen met een licht verstandelijke beperking en aanvullende psychische en/of psychiatrische problematiek bij onze werkstichtingen. In het bijzonder wenst zij de implicaties voor de behandelmogelijkheden van deze doelgroep in kaart te brengen en op grond hiervan zo nodig te komen tot aanpassingen in de huidige vormen van behandeling.

Beleidslijnen:

- (Door)ontwikkeling Intensieve Ambulante Begeleiding van Klinika Capriles en Stichting KJP Yudaboyu.
- Uitbouw van de poliklinische voorzieningen van GGz Curaçao.
- Bijzondere aandacht voor personen met een licht verstandelijke beperking en aanvullende psychische en/of psychiatrische problematiek.

➢ *Huisvesting zorg: Nieuwbouw KJP, Herhuisvesting Pico Plata en meer capaciteit beschermd en beleid wonen*

De Stichting Centrum voor Kinder- en jeugdpsychiatrie "Yudaboyu" heeft vanaf haar oprichting in 2010 een groei in aantal cliënten getoond. Naar verwachting is verdere groei mogelijk aangezien een groep kinderen met ernstige psychiatrische problematiek momenteel nog niet in behandeling is. Het streven om te komen tot poliklinische en klinische nieuwbouw dient zich nog te vertalen in concrete bouwplannen. Het belang van nieuwbouw is vooral gelegen in het feit dat de stichting momenteel te klein en niet adequaat behuisd is. Tevens biedt het huidig aanbod geen mogelijkheid om kinderen en jeugdigen op te nemen. Met een dergelijke klinische voorziening wordt wel rekening gehouden in de plannen voor nieuwbouw.

De huisvesting van de afdeling Pico Plata voldoet niet aan de minimale normen. Hoge prioriteit zal worden gegeven aan het herhuisvesten van de cliënten van Pico Plata op het terrein van Klinika Capriles. Naar verwachting zal dit worden gerealiseerd door middel van interne verhuizingen in combinatie met uitstroom van klinische cliënten waardoor geen nieuwbouw op het terrein van Klinika Capriles vereist is.

GGz Curaçao streeft naar herstelgerichte zorg. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het een voorwaarde dat cliënten terecht kunnen in of bij de zorgvoorzieningen die het beste aansluiten op hun zorgbehoeften. Om als ggz-organisatie aan deze voorwaarde te kunnen voldoen, geldt dat een goede instroom en interne doorstroom van patiënten naar de diverse voorzieningen gewaarborgd is. Ook is het van belang dat patiënten die niet langer zijn aangewezen op een klinische voorziening tijdig kunnen uitstromen. Stichting GGz Curaçao heeft vastgesteld dat patiënten van Klinika Capriles

onvoldoende kunnen uitstromen naar vervolgvoorzieningen en dat hier zonder extra inspanningen geen verandering in zal optreden. In het bijzonder ontbreekt het aan voorzieningen voor beschermd wonen met een sterke mate van begeleiding. Hierdoor verblijven bepaalde patiënten onnodig en ongewenst binnen de muren van het ziekenhuis. Ongewenst omdat onvoldoende aan verder herstel en groei van deze patiënten en hun gewenste maatschappelijke integratie vorm en inhoud kan worden gegeven. Bovendien resulteert de gebrekkige uitstroom in het dichtslibben van diverse klinische afdelingen binnen het psychiatrisch ziekenhuis. Een gevolg hiervan is dat niet alle patiënten tijdig kunnen instromen binnen de afdeling die in het kader van hun behandeling het meest geschikt wordt geacht. Het in praktijk brengen van herstelgerichte zorg wordt hierdoor ernstig bemoeilijkt.

Stichting GGz Curaçao wenst om bovenstaande redenen te komen tot uitbreiding van het aanbod van voorzieningen voor beschermd en begeleid wonen voor chronische psychiatrische patiënten. Een aantal van deze personen verblijft momenteel binnen de kliniek. Voor deze groep geldt dat op hun persoonlijke behoeften afgestemde woonzorg kan worden georganiseerd.

Beleidslijnen:

- Nieuwbouw Kinder- en jeugd psychiatrische kliniek.
- Herhuisvesting afdeling Pico Plata
- Uitbreiding capaciteit beschermd en begeleid wonen.

3.2.2. Risico's

Het ontbreken van een perspectief op voldoende financiële middelen om het bestaande niveau van zorg te kunnen continueren vormt momenteel de grootste bedreiging voor Klinika Capriles. De ministeriële beschikking regelende het BVZ-budget over de periode oktober 2014 t/m december 2015 werd door de kliniek pas in de loop van 2015 ontvangen. Deze beschikking draagt niet bij aan het oplossen van de financiële problematiek en is naar het oordeel van de kliniek niet zorgvuldig tot stand gekomen. Om deze reden is de kliniek een LAR-procedure aangevangen. Hiernaast laat de nodige besluitname van de zijde van de overheid op zich wachten waardoor niet duidelijk is welk standpunt de overheid inneemt ten aanzien van de vraag welke zorg, in termen van kwaliteit en omvang, Klinika Capriles geacht wordt te leveren en welke kosten hier redelijkerwijs voor gemaakt mogen worden. De Minister van GMN heeft weliswaar aangegeven een proces op te willen starten met als doel deze duidelijkheid te verkrijgen, echter ontbreekt tot dusverre een follow-up hierop.

4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1. Meerjarenbeleid

GGz Curaçao beschikt over een strategische nota GGz Curaçao 2015 - 2018. 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.

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 evenveel recht op. Ook mensen die vanwege psychische problemen niet op eigen kracht inhoud kunnen geven aan een gelukkig en zinvol bestaan.

GGz Curaçao richt zich op behoud, herstel en bevordering van de kwaliteit van leven van mensen met psychosociale en/of psychiatrische problematiek én van hen die risico lopen deze problematiek te ontwikkelen, en komt op voor alle randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om dit te bereiken.

In ons werk laten wij ons leiden door het onderstaande missie-statement:

"Samen werken aan groei en herstel"

Samen werken
Met "samen werken" doelen wij in de eerste plaats op de wijze waarop wij vanuit de zorg met de cliënt werken aan diens herstel. In de ondersteuning zoeken wij samen met de cliënt én zijn netwerk naar een zo goed mogelijke aansluiting op zijn eigen wensen en behoeften. Onze medewerkers staan hierbij naast de cliënten, zonder voor hen te bepalen wat ze moeten doen. De zorgverleners rondom de cliënt werken zoveel mogelijk interdisciplinair.

Hiernaast wordt samenwerking tussen de verschillende bedrijfsonderdelen van de GGz Curaçao als een voorwaarde beschouwd om te kunnen komen tot een breed en in samenhang ontwikkeld zorgaanbod én de uitvoering van dit aanbod.

Het "samen werken" gaat echter nog een stap verder. Een moderne maatschappij erkent het recht van iedere burger op deelname aan de samenleving. Zij veronderstelt hierbij een bijdrage van al haar leden om dit ook mogelijk te maken voor hen die hier moeite mee hebben, waaronder mensen met psychische problematiek. Dit maakt dat het bieden van hulp aan deze personen niet uitsluitend het domein vormt van de GGz. In tegendeel: familieleden, overheid, bedrijven, scholen, maatschappelijke organisaties en individuele burgers maken allen essentiële onderdelen uit van het cliëntsysteem. Samenwerking binnen het netwerk van de cliënt verdient daarom aandacht temeer omdat deze vaak niet uit zichzelf tot stand komt. Het "samen werken" dient gericht te zijn op het aanbrengen van een geschikt ondersteunend systeem van waaruit de cliënt in staat wordt gesteld te werken aan zijn herstel.

Groei
Wij richten ons op de hele mens en niet alleen op diens beperkingen, risico's en problemen. We gaan uit van wat mensen kunnen en bieden hun kansen om hun talenten te benutten en te ontwikkelen. Ook helpen wij hen met dat wat zij niet meer goed kunnen. Het versterken van de eigen kracht van de cliënt staat hierbij centraal. Zo bieden wij hem de kans te groeien en stevig te staan. Dit komt tot uiting in een zo zelfstandig en volwaardig mogelijk leven en een zo optimaal mogelijke deelname aan de samenleving.

Herstel
De ondersteuning die wij bieden aan cliënten met een psychische problematiek 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 of psychische problematiek en is niet altijd hetzelfde als genezing. Herstel is het proces van de cliënt zelf. Het eigen verhaal van de cliënt staat centraal.

Visie

Onze visie geeft aan welk beeld we hebben van de toekomst en wat onze lange termijn ambities zijn. Maar ook: “waar staan we voor, wat verbindt ons, wie willen we zijn?”
Onze visie is opgebouwd uit een achttal visie-onderdelen aangevuld met een drietal kernwaarden die ons gemeenschappelijk ethisch kompas vormen van waaruit wij handelen en trachten onze doelen te bereiken.

1. De ondersteuning die aan personen die een psychiatrische of psychosociale problematiek wordt geboden, is gericht op hun groei en herstel en wel zodanig dat zij hun bestaan (weer) als gelukkig en zinvol kunnen ervaren. Het centraal stellen van de cliënt met herstel als doel en rehabilitatie als methode vormt hierbij het kenmerk. Waar mogelijk wordt ingezet op het (her)integreren van de cliënt in de samenleving.

2. GGz Curaçao en haar werkstichtingen leveren producten en diensten op hoog niveau en voldoen daarmee aan de verwachtingen die klanten, overheid en financiers aan hen stellen. Behalve de zorgverlening aan cliënten wordt hierbij ook gedacht aan (facilitaire) dienstverlening aan afnemers van buiten de eigen stichting.

3. Cliënten ontvangen zorg vanuit een samenhangend geheel aan cliëntgerichte voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

4. De werkstichtingen van GGz Curaçao werken – binnen de grenzen van wat haalbaar is – goed samen met alle voor de doelgroep relevante stakeholders. Onder deze stakeholders verstaan we in ieder geval het sociaal netwerk van de cliënt, werkgevers, bedrijven en scholen, zorgverleners en maatschappelijke organisaties.

5. Aan het voorkomen van ernstige vormen van psychische problematiek bij kwetsbare groepen in de samenleving wordt invulling gegeven vanuit de gedachte dat vroegtijdig signaleren en behandelen zowel de cliënt als de samenleving het beste dient.

6. Innovaties binnen het werkveld van de psychiatrie volgen deels uit het monitoren van internationale ontwikkelingen en het vaststellen van de mogelijke betekenis ervan voor GGz Curaçao, haar werkstichtingen en hun doelgroep.

7. GGz Curaçao heeft in de samenleving een goede naam. Haar imago is die van ‘dé professionele GGz-zorgverlener op Curaçao’.

8. Er is sprake van een ‘klant-leverancier’-relatie tussen de ondersteunende afdelingen van de Stichting GGz Curaçao en haar werkstichtingen.

Kernwaarden
GGz Curaçao kent een drietal kernwaarden die samen het ”ethisch kompas” vormen voor de richting van de manier van werken van alle organisaties en hun medewerkers van de GGz Curaçao.

Met behulp van deze gemeenschappelijke waarden wil de GGz Curaçao haar visie en doelstellingen realiseren. Het sturen op en werken met kernwaarden versterkt de gewenste bedrijfscultuur. Naast een bindend effect resulteren herkenbare kernwaarden in een betere communicatie tussen medewerkers onderling en met cliënten omdat men elkaar beter begrijpt.

De kernwaarden zijn:

Betrokkenheid *“Vanuit een gevoel van saamhorigheid en gelijkwaardigheid bijdragen aan waar wij voor staan”*

Bekwaamheid *“Kunnen wat cliënten, de organisatie en collega’s van ons mogen verwachten“*

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

Kritische succesfactoren
Om onze visie te kunnen realiseren en succesvol te werken aan onze speerpunten “Zorg en Zorgvoorzieningen”, hebben wij – naast de kernwaarden – een zestal factoren als succesbepalend bestempeld:

- Effectief leiderschap.
- Functievolwassen medewerkers.
- Effectief kwaliteitsmanagementsysteem.
- Lerende organisatie.
- Zorgvisie ondersteunende bedrijfscultuur.
- Voldoende financiële middelen.

Deze succesbepalende factoren (SBF’s) maken onderdeel uit van het strategisch beleid van GGz Curaçao en behoeven binnen alle stichtingen van GGz Curaçao bijzondere aandacht van bestuur en management. Deze factoren mogen om deze reden worden gelezen als de voorwaardenscheppende speerpunten of speerpunten “Organisatie, Mensen en Middelen”. Onderstaand worden zij kort toegelicht. Ook wordt per SBF aangegeven langs welke beleidslijnen hieraan invulling wordt gegeven.

➢ *Leiderschap*

De aanwezigheid van leiders in alle lagen van de GGz Curaçao-organisatie beschouwen wij als voorwaarde om succesvol te werken aan kwaliteit en continue verbetering gericht op visierealisatie. Leiderschap omvat de capaciteit om initiatief en verantwoordelijkheid te nemen om, gedreven door passie, verandering op gang en verankerd te krijgen. Het omvat tevens de mogelijkheid om richting en ruimte te geven, het creëren van duidelijkheid in diffuse situaties en relaties alsmede het helder communiceren van de noodzaak en gevolgen van beoogde veranderingen. Waar ‘management’ meer is gericht op het behouden van de stabiliteit, richt ‘leiderschap’ zich met name op het realiseren van verandering. Beide rollen, vaak vertegenwoordigd in één en dezelfde functie, zijn in een organisatie nodig en dienen zich in een gezonde balans tot elkaar te verhouden. Echter, GGz Curaçao beschouwt krachtig leiderschap als zijnde een bepalende factor voor het succesvol in gang zetten en begeleiden van veranderingen. Dit krachtig leiderschap is nog onvoldoende een kenmerk van de organisatie terwijl er tegelijkertijd voldoende mogelijkheden worden gezien om dit tot ontwikkeling te brengen.

Beleidslijnen:

- Ontwikkeling van visie en beleid aangaande gewenste leidinggevende stijl en gewenst leiderschap.
- Leidinggevenden en talentvolle medewerkers (behandelaren en uitvoerders) die zich ontwikkelen naar leiders.
- Creëren van een gezonde balans tussen de rol van manager en de rol van leider.

➢ *Functievolwassen medewerkers*

GGz Curaçao streeft naar kwalitatief hoogwaardige zorg met als kenmerken zorg die herstel- en cliëntgericht is. Wij realiseren ons dat hierin nog verbeterslagen te maken zijn. Deze verbeterslagen kunnen alleen gerealiseerd worden vanuit een hoge mate van functievolwassenheid bij onze medewerkers, in de eerste plaats onze behandelaren en begeleiders; de vaardigheden en competenties (het ‘kunnen’) en de intrinsieke motivatie (het ‘willen’) om de verlangde zorgtaken in grote mate zelfstandig en met grote verantwoordelijkheid uit te voeren, zijn noodzakelijke voorwaarden om te komen tot visie-ondersteunend gedrag bij onze medewerkers. Voorbeelden van dergelijk gedrag zijn: problemen oplossen, proactief handelen en initiatief nemen, dragen van verantwoordelijkheid, zelfstandig werken, plannen, presteren als individu en als team, samenwerken en doorzetten. Een goede toepassing van de kernwaarden van de organisatie (betrouwbaarheid, betrokkenheid, bekwaamheid) door individuele medewerkers zal overigens nagenoeg automatisch resulteren in een hoge mate van functievolwassenheid. Om deze reden zien wij het sturen op onze kernwaarden niet alleen als onderdeel van het toewerken naar een gewenste organisatiecultuur maar ook ondersteunend aan het proces om te komen tot meer functievolwassen medewerkers.

Beleidslijnen:

- Creëren van een leidinggevende stijl die gericht is op het ondersteunen van functievolwassenheid of de ontwikkeling daar naar toe.
- Sturen op functievolwassenheid van medewerkers.
- Internaliseren van de kernwaarden van de organisatie.

➢ *Effectief kwaliteitsmanagementsysteem*

Het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) ondersteunt het proces van continu verbeteren volgens de PDCA-cyclus. Het ontbreken van een dergelijk systeem vormt een belangrijk afbreukrisico voor het succesvol werken aan visierealisatie en speerpunten. Om gericht hierop te kunnen sturen, wenst GGz Curaçao te komen tot meetbare kwaliteitsdoelstellingen. Het formuleren van kwaliteitsdoelen zal hiertoe gekoppeld worden aan het ontwikkelen en invoeren van kritieke prestatie-indicatoren. Het sturen op kwaliteitsdoelstellingen met behulp van deze kritieke prestatie-indicatoren vormt een krachtig middel om op alle niveau's van de organisatie zeer gericht en herkenbaar te werken aan kwaliteitsverbetering. De ontwikkeling van kwaliteitsdoelen aangaande de zorg vormt hierbij een eerste prioriteit. Kwaliteitsdoelen zullen in ieder geval worden opgesteld aangaande de onderwerpen herstelgerichte zorg, cliëntentevredenheid en veiligheid. Voor de hierbij te ontwikkelen indicatoren zullen streefwaarden worden opgesteld waarna op periodieke basis zal worden gemeten in welke mate de organisatie erin slaagt haar doelen te bereiken.

Beleidslijnen:

- Ontwikkeling, invoering en borging van kritieke prestatie-indicatoren (KPI's) als sturingsmechanismen voor kwaliteitsdoelstellingen. Voor de zorg zullen diverse KPI's worden ontwikkeld die aansluiten op de kwaliteitsdoelstellingen van GGz Curaçao:
    - Indicator "Herstelgerichte zorg" wordt gebaseerd op audit "Recovery Oriented Practices Index (ROPI)".
    - Indicator "cliëntentevredenheid" wordt gebaseerd op audit "GGz Thermometer".
    - Indicatoren "Veiligheid" worden gebaseerd op gegevens aangaande separeren, medicatieverstrekking en de ervaren veiligheid door cliënten en medewerkers.
- Delegatie van verantwoordelijkheden in de lijn voor het behalen van ontwikkelresultaten en kwaliteitsdoelstellingen.
- Inzichtelijk maken van de samenhang tussen de diverse onderdelen van het Kwaliteit Management Systeem o.a. op basis van invoering van een systeem van periodieke management reviews.

➢ *Lerende organisatie*

Een lerende organisatie is een organisatie waar "*het verzamelen van kennis en ervaringen binnen een cultuur van vertrouwen en open discussie met een gerichtheid op het continu verbeteren"* hoog in het vaandel staat. Kenmerken van een lerende organisatie zijn: een stimulerende leeromgeving, leerversterkend leiderschapsgedrag, een collectieve leercultuur, internaliseren van kernwaarden, tijd voor reflecteren op eigen handelen, werken aan teamvertrouwen. GGz Curaçao gelooft dat zij in de hoedanigheid van een lerende organisatie in staat zal zijn om succesvol te zijn in het doorvoeren van gewenste veranderingen en het realiseren van haar organisatiedoelen. Anderzijds geldt dat het grotendeels ontbreken van kenmerken van een lerende organisatie het doorvoeren van visie-ondersteunende veranderingen sterk bemoeilijkt en in sommige gevallen wellicht zelfs onmogelijk maakt.

Beleidslijnen:

Sturen op de ontwikkeling van kenmerken van een lerende organisatie o.a. door het voeren van actief beleid op het ontwikkelen van leerversterkend leiderschapsgedrag, het creëren van een collectieve leercultuur, het internaliseren van kernwaarden, het realiseren van een veilige cultuur en doorontwikkeling van het kwaliteitsmanagementsysteem.

➢ *Zorgvisie ondersteunende bedrijfscultuur*

Met een zorgvisie-ondersteunende bedrijfscultuur wordt bedoeld een patroon van individueel en organisatorisch gedrag van medewerkers dat bijdraagt aan het herstel van de cliënt. Het ontwikkelen van de door ons gewenste cultuur omvat het komen tot nieuwe manieren van denken in combinatie met het implementeren van nieuwe systemen en hierbij behorende werkwijzen. De gewenste cultuurombuiging kost veel tijd en vereist doelgerichte inspanning en dient ook nog eens naadloos aan te sluiten op onze zorgbenadering Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH).

Wij beschouwen een cultuur waarin de kernwaarden betrouwbaarheid, betrokkenheid en bekwaamheid herkenbaar aanwezig zijn als ondersteunend aan onze zorgvisie. Hiernaast willen wij dat zowel onze medewerkers als onze cliënten zich veilig voelen. Medewerkers zijn in een veilige cultuur, in tegenstelling tot in een angstcultuur, bereid hun eigen handelen en de resultaten ervan en

die van de organisatie kritisch te bekijken, deze bespreekbaar te maken om daar vervolgens van te leren.

Beleidslijnen:
- Creëren van een veilige cultuur.
- Verkrijgen van inzichten in risicovolle processen.
- Blijvend verbeteren van de (patiënt)veiligheid.
- Betrekken van patiënten en cliënten bij het veiligheidsbeleid.

➢ *Financiële middelen*

De financiële situatie van GGz Curaçao en haar werkstichtingen staat al enige jaren onder druk. Geconstateerd wordt dat de organisatie er nog onvoldoende in slaagt om stakeholders te overtuigen van het belang van een goede GGz en een bijpassende financiering in de vorm van een actualisering van de tarieven. Een langdurig gebrek aan middelen zal op korte termijn een gevaar kunnen vormen voor het realiseren van de visie. Om deze reden vergt het komen tot financiële garanties voor een gezonde ontwikkeling van onze zorg een hoge prioriteit van GGz Curaçao. Anders gezegd: de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen vormt een harde voorwaarde om onze ambities waar te kunnen maken. De middelen dienen ter dekking van exploitatiekosten die nodig zijn voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg in combinatie met het plegen van de noodzakelijke investeringen in huisvesting, ICT en personeel.

Beleidslijnen:
- Beïnvloeding van de beeldvorming van het belang van een goede GGzC bij stakeholders in het bijzonder overheid en financier (en de mogelijke risico's / gevolgen van het uitblijven van voldoende financiering)
- Sluitende begrotingen en een kostendekkende realisatie voor al haar werkstichtingen als basis voor financiële zekerheid en continuïteit van zorg.
- Aangepaste tarieven die corresponderen met normen voor verantwoorde zorg en hierop gebaseerde integrale kostprijzen.
- Invoeren van financiële prestatie-indicatoren ter waarborging van een gezonde financiële positie van GGz Curaçao en haar werkstichtingen.

4.2. Algemeen beleid

Als te behalen doelen zijn in onze strategische nota GGz Curaçao 2015 - 2018 vastgelegd:

- Nieuwbouw kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek;
- Huisvesting afdeling Pico Plata;
- Uitbreiding capaciteit beschermd en begeleid wonen;
- Uitbouw van poliklinische voorzieningen.

4.2.1 Jaarplanning 2016 Directie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
		Positionering, externe samenwerking en communicatie	
Stichting GGz Curaçao	1	Alle werkstichtingen van GGz Curaçao beschikken over een zorgnota. De zorgnota's beschrijven het meerjaren zorginhoudelijk beleid van de stichting en passen binnen de kaders van Strategische Nota van GGz • *Zorgnota's van Fundashon Sonrisa en Centrum voor KLP zijn goedgekeurd.* • *Zorgnota van Klinika Capriles is niet gereed.*	😐
	2	GGz Curaçao beschikt over een gemeenschappelijke beleidsmatige aanpak van de LVB-problematiek die voorziet in de wensen	😐

		en behoeften van de werkstichtingen KC, FS en KJP. Het kennen en leren herkennen, begeleiden en behandelen van personen met een licht verstandelijke beperking vormen de kernelementen van deze aanpak • *Beleidsnota LVB is in de 1ste kwartaal 2017 vastgesteld.*	
Huisvesting	3	De Afdeling Pico Plata beschikt over nieuwe huisvesting die voldoet aan de hedendaagse huisvestingseisen met als gevolg een vermindering van de klinische bedden met 21 plaatsen. • *Per 1 maart 2017 gerealiseerd.*	😐
	4	Een besluit is genomen ter realisatie van nieuwbouw voor de stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie *Geen draagvlak bij de overheid en financier*	☹
	5	De capaciteit voor begeleid wonen (Fundashon Sonrisa) zijn met minimaal 20 plaatsen uitgebreid. *Geen draagvlak bij de overheid en financier.*	☹
Kwaliteitsmanagement	6	De kritieke prestatie-indicatoren "ROPI" en "Cliëntentevredenheid" maken onderdeel uit van de verbetercyclus van de relevante werkstichtingen. Aanvullende prestatie-indicatoren zijn vastgesteld voor KJP en afspraken zijn gemaakt over de invoering hiervan.	😐
Veiligheid	7	Er zijn streefwaarden vastgesteld voor de prestatie-indicatoren inzake veiligheid en deze waarden zijn vertaald naar verbetertrajecten die (uiterlijk) in 2017 bij de diverse stichtingen worden opgestart	😐
Financiën	8	Klinika Capriles en Stichting Kinder- en Jeugdpscyhiatrie beschikken over een sluitende begroting 2017. Hiertoe zijn met de overheid en financier nieuwe afspraken gemaakt m.b.t. de bekostiging van de psychiatrische zorg van beide stichtingen • *Bezuinigingsplan is gereed voor implementatite in 2017. Sluitende begroting pas in 2018.*	😐
Kwaliteitsmanagement	13	De geaccoordeerde aanbevelingen van het adviesrapport van PWC aangaande AO/IC Poli zijn doorgevoerd, in het bijzonder: (1) coördinatiefunctie poli is opgesteld en vacature is ingevuld (2) AO-documenten (procedures, werrkinstructies, e.d.) poli zijn vastgesteld waaronder ook het documenteren van de vereiste controles	😐

4.2.2 Jaarplanning 2016 Medisch /psychologische staf

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
		Behandeling	
Psychiatrie /zorginhoudelijk	1	Eind 2015 is er organisatiebreed een richtlijn schizofrenie in gebruik. • *Commissie heeft de richtlijn niet afgerond. Een beknopte versie zal samengesteld worden.*	😐
	2	De samenwerking met huisartsen is optimaal. • *2x ban topa met huisartsen: Organisatie van de zorg voor ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA – clienten) in de maatschappij en kennismaking met het ambulante team van GGz Curaçao.*	☺
	3	Er is een visiedocument opgesteld, waarin de problematiek rondom cliënten die terugvallen in middelengebruik en hoe hiermee binnen de GGz moet worden omgegaan geformuleerd is. • *I.p.v. een visiedocument werd besloten om voor 2016 een pragmatisch zorgprogramma voor de behandeling van verslaving bij de dubbel diagnose doelgroep uit te werken, met name het stuk betreffende screening/ assessment en zorgpadtoewijzing.*	☹
	4	Kennis over verslaving en dubbelproblematiek is up-to-date bij de behandelaren en er is vastgesteld wat de beste manier is om het kennisniveau hierover up-to-date te houden. • *Pas uit te werken nadat bovengenoemd zorgprogramma klaar is.*	☹
	5	De groep licht verstandelijk beperkten. (LVB) is geïdentificeerd en in een procedure is beschreven hoe binnen de GGz bij nieuwe cliënten vastgesteld wordt dat het een LVB cliënt betreft. Er wordt eveneens een onderscheid gemaakt tussen aangeboren en verworven vorm van verstandelijke beperking. • *Er is een procedure vastgesteld om cliënten op LVB te screenen waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen aangeboren en verworven verstandelijk beperkt functioneren. Procedure bestaat uit 3 delen. Het middel bij deel 3 bleek niet te voldoen in onze praktijk. In 2016 wordt actief naar een nieuw instrument gezocht. Eind 2015 is besloten de werkgroep te veranderen en de doelgroep jeugd toe te voegen aan de taakstelling van de nieuwe werkgroep. Door de opzet van de nieuwe werkgroep zijn taken en activiteiten wat omgegooid. In 2015 is de vertaling van het hoofdinstrument afgerond. Inhoudelijke toetsing (pilot) liet zien dat de verbale items aangepast moeten worden. Hier wordt in 2016 actief aan gewerkt.*	😐

	6	Alle diagnoses worden geregistreerd in EZRA. • *Naast de DSM-diagnose is bij 90% van de klinisch opgenomen cliënten (binnen 3 maanden na opname) ook een beschrijvende (of descriptieve) diagnose ingevuld in Ezra, welke een samenvattend integratief beeld geeft van de cliënt;* • *DSM-diagnose en medicatie is up-to-date in EZRA voor alle actieve poli-cliënten en bij alle <u>nieuwe</u> poli-cliënten ook een beschrijvende (of descriptieve) diagnose binnen 3 maanden.*	☺
	7	Herstelondersteunende zorg. • *Afdelingsbehandelaren hebben hun bijdrage geleverd aan het opstellen van verbeterplannen "herstelgerichte zorg" met indicatieve ROPI-streefwaarden per dimensie*	☺
Psychologie /zorginhoudelijk	8	Cognitieve gedragstherapie bij psychotische stoornissen: een nader te bepalen psycholoog ordent de aanwezige protocollen voor psychotische patiënten, zodat ze voor alle psychologen/behandelaren toegankelijk zijn • *De protocollen zijn geordend en in principe toegankelijk.*	😐
Somatiek	9	Eind 2015 is voor alle cliënten de belangrijkste somatische diagnose beschikbaar in EZRA, welke automatisch verschijnt in de ontslagbrieven. • *Niet voor alle cliënten gehaald.*	😐
	10	Alle cliënten waarbij het Metaboolsyndroom is gesignaleerd beschikken over een adequaat bewegingsplan, dat is geïncorporeerd in het Rehabplan in EZRA. • *Te veel onduidelijkheden in het traject en waar de verantwoordeklijkheden lagen. Deze zijn gladgestreken.*	😐
	11	De somatische zorg in de kliniek verloopt zo effectief en efficiënt mogelijk • *Afspraken, zowel bestaande als nieuwe, zijn gecommuniceerd met de afdelingen.*	😐
Onderzoek	12	Deel 2 van onderzoek kosteneffectiviteit van CYP 2D6 en 2C19 bepaling bij Antillianen in Curaçao en Nederland, in samenwerking met Prof. van Harten. • *Is afgerond.*	☺
	13	Onderzoek incidentie metabool syndroom bij de EPA-clienten van GGz Curaçao kent een vervolg. • *On hold*	☹

4.2.3. 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 onze strategische nota GGz Curaçao 2015 - 2018 vastgelegd:

- Ontwikkeling, invoering en borging van kritieke prestatie-indicatoren (KPI's) als sturingsmechanismen voor kwaliteitsdoelstellingen.
- Delegatie van verantwoordelijkheden in de lijn voor het behalen van ontwikkelresultaten en kwaliteitsdoelstellingen.
- Inzichtelijk maken van de samenhang tussen de diverse onderdelen van het Kwaliteit Management Systeem.

In 2016 is in het kader van kwaliteitsbeleid goede voortgang gemaakt met de volgende onderwerpen:

- Ontwikkeling van een beleidsmatige aanpak van de LVB-problematiek die voorziet in de wensen en behoeften van de werkstichtingen. Het kennen en leren herkennen, begeleiden en behandelen van personen met een licht verstandelijke beperking vormen de kernelementen van deze aanpak. Een LVB-beleidsnota wordt verwacht in het eerst kwartaal van het volgend jaar te worden vastgesteld.
- Opstellen van een beleid gericht op het terugdringen van dwang en drangmaatregelen op de afdelingen.
- Doorvoering van de aanbevelingen van het adviesrapport van PWC aangaande AO/IC Poli. Zo is de nieuwe functie van policoördinator ingevuld en zijn AO-documenten (procedures, werkinstructies, e.d.) poli vastgesteld.
- De recovery oriented practices prestatie-indicator "ROPI" maakt onderdeel uit van de verbetercyclus van de relevante werkstichtingen. Alle klinische afdelingen van Klinika Capriles beschikken over streefwaarden en verbeterplannen voor herstelgerichte zorg. Met behulp van de ROPI-metingen wordt gemeten in hoeverre de afdelingen op koers zijn met betrekking tot het geven van deze herstelgerichte gerichte zorg (zie ook hieronder).

In het kader van veiligheidsbeleid is in 2016 in het bijzonder aandacht besteed aan onderstaande onderwerpen:

- Borging van de afspraken in het kader van het protocol "Preventiemedewerkers".
- Doorontwikkeling van het systeem van prestatie-indicatoren veiligheid.
- Waarborging betere afhandeling van incidenten door leidinggevenden.
- Waarborging naleving Beleid "Evaluatie van agressie-incidenten".
- Afsluiten convenant optreden bij agressie en geweld met Politie en Openbaar Ministerie.
- Invoering richtlijn "Separeren".

4.3.1. Uitkomstmetingen

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

De uitkomstenmetingen geven Klinika Capriles inzicht in haar prestaties op het gebied van kwaliteit (KPI's) en veiligheid (VPI's).

De volgende uitkomstmetingen hebben in 2016 plaatsgevonden:

Kritieke Prestatie Indicator (KPI)
A. Recovery Oriented Practices Index (ROPI)
B. Cliëntentevredenheid

Veiligheidsprestatie Indicator (VPI)
A. Somatische screening
B. Ervaren veiligheid cliënten
C. Separatie

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI's)

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. Tijdens de ROPI-meting worden 26 onderwerpen op 8 dimensies gescoord op een schaal van 1 t/m 5. Algemene richtlijnen zijn:

1. Praktijk komt geheel niet overeen met de omschrijving van het item
2. De praktijk komt in zeer beperkte mate overeen met de omschrijving van het item
3. Praktijk komt gedeeltelijk overeen met de omschrijving van het item
4. Praktijk komt voor een groot deel overeen met de omschrijving van het item
5. Praktijk komt geheel overeen met de omschrijving van het item

Op basis van de meetresultaten worden op de afdelingen ontwikkelafspraken gemaakt met als doel het komen tot een verbetering van de scores.

De scores van de ROPI-metingen over de periode 2013 t/m 2016 zijn in onderstaande tabel weergegeven. In de laatste kolom treft u de gemiddelde ROPI-scores van alle afdelingen van Klinika Capriles.

Resultaten ROPI-metingen 2013-2016

ROPI Compilatie		Klinika Capriles										
	Thema's ↓	2014	2014	2014	2014	2013	2013	2015	2015	2016	2016	
	Afdelingen→	SS	MS-1/4	MS-5/10	LS	PP	KF	IAB	UMM	PP	KF	KC-Tot
1	Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes	3.7	4.0	4.3	3.7	3.7	3.7	3.7	3.0	3.3	2.3	3.8
2	Breed aanbod van diensten	2.0	1.5	2.0	2.5	2.0	1.5	2.0	2.0	2.5	1.5	1.9
3	Sociale contacten en participatie	2.0	1.8	3.0	1.8	2.5	2.0	2.5	2.5	3.8	1.5	2.2
4	Medezeggenschap en participatiemogelijkheden	1.5	2.5	3.5	1.5	2.5	3.0	1.5	1.0	3.5	1.5	2.4
5	Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt	2.3	2.0	4.0	1.3	1.7	2.3	1.7	1.7	3.0	1.0	2.3
6	Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden	3.0	2.0	2.5	2.0	1.5	2.0	3.5	2.0	3.5	1.8	2.2
7	Zelfbepaling van de cliënt	2.4	1.8	3.6	1.6	2.2	3.0	2.4	2.6	2.8	1.8	2.4
8	Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid	1.4	1.4	1.6	1.0	1.6	1.6	2.0	1.8	2.6	1.0	1.4
	Gemiddelde score	2.2	2.0	3.0	1.8	2.2	2.4	2.4	2.2	3.1	1.5	2.3

B. Cliëntentevredenheid

Als instrument om de cliëntgerichtheid van de zorg- en dienstverlening te meten, hanteert Klinika Capriles de (in Nederland ontwikkelde) GGz Thermometer. Dit is een vragenlijst die aan de cliënt 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.

Klinika Capriles bevraagt minimaal eenmaal per 3 jaar alle verblijfscliënten en ambulante cliënten met behulp van de GGz Thermometer. Hiernaast interviewt de kliniek ieder jaar zoveel mogelijk cliënten die zijn opgenomen in de kortdurende opname-afdelingen Short Stay en Medium Stay 1-4.

Resultaten GGz Thermometer 2016

Items↓	Klinika Capriles								Yudaboyu	
Jaar van meting→	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2015	2015	2015	2015
Afdelingen→	SS	MS 1-4	MS 5-10	LS	Pico Plata	KF	IAB	UMM	Ouders	Jeugd
Aan de client verstrekte informatie	😐	☹	😐	😐	☺	😐	😐	😐	☺	😐
Mogelijkheid tot inspraak	☹	😐↑	😐	☹	😐	😐↓	☹	☹	☺	☺
Hulpverlener (deskundigheid/inspraak)	☺	☺↑	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Resultaat van zorg/behandeling	😐	😐↑	☺↑	☺	☺↑	☺	☺	😐	😐	☺
Activiteiten	☺↑	😐↑	☺	😐↓	☺	😐		☺		
Specifieke vragen									☹	☹
Faciliteiten							😐			
Veiligheid	☺	☺	😐	☺	😐	☺				
Rapportcijfer	**7.8**	**7.9**	**8**	**7.5**	**8.5**	**7.9**	**7.9**	**7.4**	**7.7**	**7.7**
Instelling aanraden bij een ander	☺	😐	😐	☹	☺	😐↓	☺	☺	☺	☺
	↑ = hogere score t.o.v. vorige meting									
	↓ = lagere score t.o.v. vorige meting									

Het gemiddelde rapportcijfer met betrekking tot cliënttevredenheid bij Klinika Capriles bedraagt: 7,8.

Gesteld kan worden dat de patiënten over het algemeen tevreden zijn 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.

Veiligheidsprestatie Indicatoren (VPI's)

A. Somatische screening

In Klinika Capriles is een somatische arts belast met de medisch somatische zorg. De afspraken t.a.v. tijdstip, frequentie, inhoud en vastlegging van de somatische screening van opgenomen patiënten zijn vastgelegd in het kwaliteitsdocument 'Somatische evaluatie en diagnosestelling". Bij opname vindt een oriënterend lichamelijk onderzoek plaats door de psychiater en verpleegkundige. Het streven is om bij opname de somatische screening binnen 2 weken te laten plaatsvinden en minimaal eenmaal per jaar in geval van cliënten die langer dan een jaar zijn opgenomen.

In het kader van het veiligheidsbeleid van GGz Curaçao gelden zowel de somatische screening bij opname als de somatische screening bij cliënten in langdurige klinische zorg als veiligheidsprestatie-indicatoren. Ter vaststelling van (en sturing op) deze indicatoren wordt gebruik gemaakt van vernieuwde EZRA-rapportages. De streefwaarden zijn vastgesteld op 100%.

Indicator	Score	Streefwaarde
Percentage cliënten somatisch gescreend*	91%	100%
Percentage cliënten somatisch gescreend binnen 2 weken na opname*	47%	100%
Percentage cliënten in langdurende klinische zorg, dat jaarlijks gescreend is	93%	100%

* Het betreft hier uitsluitend cliënten die in 2016 minimaal 14 dagen zijn opgenomen.

B. Ervaren veiligheid cliënten

Het ervaren gevoel van veiligheid bij cliënten wordt vanaf 2016 vastgesteld als onderdeel van de afname van de vragenlijst "GGz-thermometer" bij cliënten. In onderstaande tabel zijn de scores weergegeven per afdeling. Deze resultaten kunnen worden beschouwd als een nulmeting. In 2016 is nog geen streefwaarde vastgesteld op deze indicator.

Veiligheid	Pico Plata	Kas Florisol	Longstay	MS 5-10	MS 1-4	Shortstay
hulpverleners	81	83	88	100	93	96
clienten	81	74	79	85	73	88
gebouwen	56	89	88	92	100	88
	73	82	85	92	89	91

C. Separeren

We spreken van separatie of insluiting als de deur van deze ruimte van buiten afgesloten wordt en de cliënt de ruimte om deze reden niet kan verlaten. We spreken van gedwongen separatie als de cliënt geen toestemming heeft gegeven voor de afzondering.

Het insluiten van cliënten in een separeerruimte is een ingrijpende maatregel. Er zijn alternatieven beschikbaar die mogelijk nog onvoldoende benut lijken te worden. Het terugdringen van aantal en duur van separaties binnen de klinische setting vormt één van de speerpunten van GGz Curaçao.

	2015	2016
Aantal separeergevallen	642	1891
Gemiddelde separeerduur in uren	19:43	13:22

In het kader van het veiligheidsbeleid van GGz Curaçao geldt het terugdringen van het aantal gedwongen separaties eind 2015 als een prestatie-indicator. In dit kader zijn de registratie-eisen m.b.t. het separeren ook aangepast. Daar waar voorheen uitsluitend werd geregistreerd wanneer patiënten werden gesepareerd in isolatieruimten, worden vanaf 2016 alle separatiegevallen geregistreerd, dus ook wanneer sprake is van opsluiting in de eigen kamer. Dit heeft tot een forse stijging geleid van het aantal geregistreerde separaties.

Ter vaststelling van (en sturing op) deze indicator wordt gebruik gemaakt van geautomatiseerde EZRA-rapportages.

4.3.2. Audits

Door middel van het uitvoeren van interne audits toetst Klinika Capriles in hoeverre afspraken zoals vastgelegd in beleid, protocollen, procedures of werkinstructies daadwerkelijk worden uitgevoerd. Het doel hiervan is om te komen tot een betere naleving van gemaakte afspraken.

In 2016 zijn de volgende audits uitgevoerd:
- Maaltijdenbeleid
- Beleid evaluatie agressie-incidenten
- Aanwezigheid actief Rehabplan
- EZRA-instructie invullen diagnose in EZRA (klinisch en poliklinisch)
- Hygiene-audits

Hiernaast zijn in het kader van het minimaliseren van zorgrisico's twee risico-audits uitgevoerd:
- Protocol ouderenbeleid
- Medicatie

Audit Maaltijdenbeleid
De resultaten van de in 2016 uitgevoerde audit treft u in samengevatte vorm in onderstaande tabel. Uit de tabel is tevens af te leiden of er al sprake is van een verbetering, verslechtering of handhaving van de situatie ten opzichte van het voorgaande verslagjaar.

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

Toelichting 1

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

Toelichting 2

↑ = verbetering ↑↑ = aanzienlijke verbetering

↓ = verslechtering ↓↓ = aanzienlijke verslechtering

Audit Beleid evaluatie agressie-incidenten
N.a.v. deze audit zijn nieuwe afspraken gemaakt ter verbetering van de naleving. Tevens is het beleid dat in 2015 werd vastgesteld op basis van de adviezen uit de audit aangepast.

Audit aanwezigheid actief Rehabplan
Resultaten van de audit wijzen uit dat:

- 40% van de cliënten beschikt over een actueel Rehabplan (< 1jaar). De doelstelling van de Behandelstaf van 100% wordt nog niet behaald.
- Nog eens 18% van de cliënten heeft een Rehabplan van de huidige afdeling, dat ouder is dan 1 jaar.
- 35% van de cliënten heeft geen Rehabplan van de huidige afdeling.
- Per afdeling bezien, heeft de afdeling MS 5-7 de doelstelling volledig behaald en de afdelingen PP en MS 8-10 voor driekwart van de cliënten. De afdelingen IAB en MS 1-4 hebben het minst aantal actieve Rehabplannen beschikbaar voor hun cliënten.

De resultaten van de audit zijn gebruikt om nieuwe verbeteracties met de behandelstaf af te spreken.

Hygiëne-audits
In 2016 is gestart met het uitvoeren van interne hygiëne-audits op kwartaalbasis met behulp van een nieuwe audit-instrument van Sensz. Met behulp van dit instrument wordt zeer kritisch gekeken naar de wijze waarop de maaltijdbereiding plaatsvindt waarbij aandacht voor zaken als procescontrole, ontvangst, opslag en voorraadbeheer, temperatuurbeheer, bereidingsproces, uitgeven / presenteren / serveren / verkoop, schoonmaak / onderhoud en persoonlijke hygiëne. De resultaten van deze audits worden direct teruggekoppeld met het verantwoordelijk management en vertaald in verbeteracties.

Risicoaudit Protocol ouderenbeleid
Bespreking van auditresultaten met de verantwoordelijke instellingsarts heeft ertoe geleid dat het Protocol ouderenbeleid: Tijdig signaleren en beperken van lichamelijke fragiliteit is verwijderd uit het kwaliteitshandboek. Het protocol is vervangen door een nieuw protocol “signalering en behandeling van ondervoeding”.

Risicoaudit Medicatie
De uitgevoerde aanbevelingen van deze audit zijn overgenomen als verbeteracties in het jaarplan van manager zorg.

4.3.3. Patiententevredenheidsoverleg

Het patiententevredenheidsoverleg (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. 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 kwalitatief 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 deze bespreking behoort de cliëntenraad door de manager zorg uitgenodigd te worden voor deelname. Echter, in 2016 heeft het ontbroken aan een goed functionerende cliëntenraad waardoor deelname van de raad niet heeft plaatsgevonden. Aan de hand van de resultaten van de PO’s maakt de manager zorg afspraken met de coördinatoren over de follow-up ervan. Deze afspraken worden vastgelegd in het jaarplan van de manager zorg.

De uitkomsten van de PO's die in 2016 hebben plaatsgevonden, zijn onderstaand weergegeven:

Afdeling	Sfeer	Omgang personeel	Voeding/ Consumptie	Activiteiten	Informatie
SHORTSTAY	☺	☺	☺	☺	☺
MEDIUMSTAY	☺	☺/😐	☺	☺	☺
LONGSTAY	☺	☺	☺	☺	☺
KAS FLORISOL	☺	☺	☺	☺	☺
PICO PLATA	☺	☺	☺	☺	☺
UN MIHO MANAN	☺	☺	☺	☺	☺
TOTALE SCORE	☺	☺	☺	☺	☺

Toelichting
☹ Ontevreden
😐 Matig tevreden
☺ Tevreden

Totaal score per aandachtspunt
Aantal ≤ 2 : Ontevreden
Aantal 3 – 4 : Matig tevreden
Aantal ≥ 5 : Tevreden

4.3.4. Klachten

In 2016 zijn 8 klachten ingediend bij de directie.
Deze klachten waren afkomstig van 3 verschillende personen. 1 persoon heeft 6 klachten ingediend.

Met ingang van 1 januari 2013 heeft Klinika Capriles zich aangesloten bij de Klachtencommissie van de Federatie van Zorginstellingen. In 2016 zijn geen klachten over de zorg- en dienstverlening van Klinika Capriles ingediend bij deze commissie.

4.3.5. Veilig Incidenten Melden (VIM)

In 2016 werden 266 incidenten (t.o.v. 272 incidenten in 2015) gemeld via de applicatie Veilig Incidenten Melden (VIM). De meeste meldingen hadden betrekking op agressie (67) en ongevallen (64). Het aantal agressiemeldingen is fors lager dan dat in 2015 toen er sprake was van 95 agressie-incidenten.

Onderstaande omvat een nadere specificatie van de in 2016 gemelde incidenten.

Jaar 2016	AM	ONG	VM	MF	OS	AO	SGG	OV	SI	Totaal
Totaal	69	64	49	35	35	2	6	6	0	266
%	26%	24%	18%	13%	13%	1%	2%	2%	0%	100%
Cum %	26%	50%	68%	82%	95%	95%	98%	100%	100%	
T.o.v. 2015	↓	≈	↑	≈	↑	↓	≈	≈	≈	

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

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 (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) methode. Als leidraad voor de besluitvorming voor het instellen van een veiligheidsonderzoek hanteert de commissie de risicomatrix uit 'Sneller beter" (februari 2008).

De commissie heeft twee SIRE onderzoeken en twee inventariserende oorzakenanalyses uitgevoerd in 2016. Van alle uitgevoerde onderzoeken zijn eindverslagen. Deze verslagen zijn met de directie besproken.

Bedrijfshulpverlening

Calamiteiten en risicobeheersing

De Bedrijfshulpverlenings (BHV) opleidings- en trainingsprogramma voor 2016 is volledig uitgevoerd met uitzondering van het oefenen van het orkaanstappenplan. Alle BHV'ers (van zowel Klinika Capriles als Yudaboyu en Sonrisa) hebben de BHV-herhalingstrainingen met goed gevolg afgelegd. Ook de geplande EHBO opfristrainingen voor alle zorgmedewerkers hebben plaatsgevonden al heeft slechts 60% van de zorgmedewerkers de training gevolgd. De EHBO training is dit jaar voor het eerst gegeven door interne trainers van Klinika Capriles en de reacties waren zeer positief.
Op alle afdelingen hebben ontruimingsoefeningen plaatsgevonden. Voorafgaand heeft ook elke afdelingen een table-top sessie gehouden om de ontruiming te simuleren op een plattegrond. Hieruit zijn verschillende verbeterpunten naar voren gekomen en vervolgens geïmplementeerd. Ondanks dat het orkaanstappenplan niet is geoefend in 2016 ontstond er eind september wel orkaan ter hoogte van Curaçao waardoor de eerste fase van het orkaanstappenplan wel in werking is gesteld. Het volledig oefenen van het orkaanstappenplan staat nu gepland voor mei 2017.

Met ingang van 2016 is de format voor de BHV Preventiemedewerkers geïntroduceerd.
Naast de bestaande BHV taken werden ook additionele taken op gebied van VIM (Veilig Incidenten Melden) en Veilige Cultuur toegevoegd aan het takenpakket van de BHV Preventiemedewerkers. Gedurende de maandelijkse bijeenkomsten zijn verschillende onderwerpen behandeld op het gebied van BHV en VIM. Hierbij hebben de BHV Preventiemedewerkers opdracht gekregen om de behandelde onderwerpen ook op de eigen afdeling te bespreken en uit te voeren. In december 2016 heeft een evaluatie plaatsgevonden met de BHV Preventiemedewerkers waarbij uitsluitend positieve reacties zijn verkregen op de nieuwe format.

Beveiliging en veiligheid

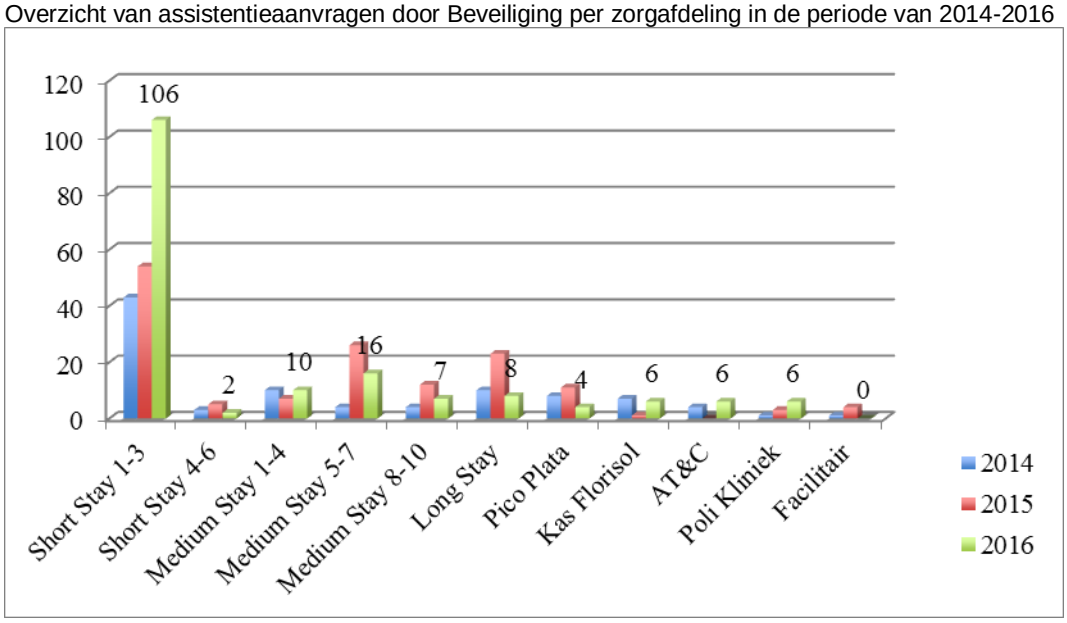
Eind april 2016 hebben alle 23 Beveiligingsmedewerkers en 16 medewerkers van verschillende zorgafdelingen de P.P.O. (Praktisch Penitentiaire Optreden) training gevolgd die werd gegeven door een trainer vanuit Nederland. Tijdens deze training zijn ook 3 medewerkers opgeleid als train de trainer zodat Klinika Capriles zelf in staat is om regelmatig herhalingstraining uit te voeren. De afdeling Beveiliging heeft sindsdien regelmatig herhalingstrainingen gekregen van het Hoofd beveiliging & Bedrijfsveiligheid. Helaas hebben er in 2016 geen herhalingstrainingen plaatsgevonden met de getrainde zorgmedewerkers hetgeen nu wel gepland staat om in 2017 mee te starten.

De geplande certificering van de brandmeldcentrales van Klinika Capriles en Stichting Sonrisa voor december 2016 zijn doorgeschoven naar januari 2017. Wel is het doormelden van brandmeldingen van de 2 brandmeldcentrale van Sonrisa naar de portiersloge via het CLB-systeem aangelegd en dient tijdens de certificering in januari 2017 mede gecertificeerd te worden. De brandmeldcentrale via het CLB-systeem heeft een onderhoudsbeurt gekregen waarbij een groot aantal storingen zijn verholpen. Voor begin 2017 staat een grondige onderhoudsbeurt gepland voor het brandmeldsysteem van Kas Florisol. Beide systemen zullen begin 2017 volledig gecontroleerd en operationeel zijn. Eind december heeft de jaarlijkse service en certificering van alle brandblussystemen van Klinika Capriles en Sonrisa plaatsgevonden.

Assistentieaanvragen

De afdeling Beveiliging heeft 170 aanvragen gekregen voor het verlenen van assistentie op zorgafdelingen in 2016. Dit is een stijging van 16% aan geregistreerde assistentie-aanvragen in vergelijking met 2015 (146 aanvragen) en een stijging van 79% in vergelijking met 2014 (95 aanvragen).
Bij 25 aanvragen (23%) waren noodoproepen waarbij gebruik werd gemaakt van de PZI pieper (Persoonlijke Zend Installatie) door het zorgpersoneel ter indicatie dat de oproep urgent is. Slechts in 14 gevallen was er ook daadwerkelijk sprake van een acute noodsituatie.
Van alle aanvragen bestond 27% van de assistentie uit optreden tegen agressie /P.P.O., 42% uit fysieke begeleiding / Response, 24% toezicht houden en begeleiding, 2 % uit algemene hulpverlening en 5% uit valse meldingen.

Overzicht van assistentieaanvragen door Beveiliging per zorgafdeling in de periode van 2014-2016



Met name de verdubbeling van het aantal aanvragen voor assistentie bij Short Stay 1-3 (106 assistentie aanvragen) in vergelijking met 2015 en 2014 is opvallend in het bovenstaande overzicht. Slechts 1/3 deel van deze aanvragen waren preventief assistentie.
Daarnaast is ook een verdubbeling te zien in aanvragen voor assistentie bij de Poli Kliniek en ATC en een forse daling van assistentie-aanvragen waarneembaar bij de afdeling Long Stay.

4.3.6. Kwaliteit ondersteunende diensten

Voor 2016 heeft de Facilitaire Sector vijf verschillende speerpunten (onderverdeeld in verschillende doelstellingen) vastgesteld. Een aantal (30%) van de onderstaande doelstellingen bleken niet haalbaar gezien het ontbreken van de benodigde financiën. Desondanks is 30% van de gestelde doelstellingen volledig gerealiseerd en 35% deels gerealiseerd in 2016. De speerpunten en doelstellingen voor 2016 waren:

Jaarplanning 2016 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
		Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening	
Professionalisering	1	Planetree is ingevoerd binnen de Facilitaire Sector.	☹*
	2	De wasserij activiteiten zijn ondergebracht bij een externe Wasserij.	☺
Kwaliteit producten/diensten	3	Meerjarenonderhoudsplan is opgesteld volgens NEN 2767.	☹*
	4	Onderhoudskosten worden gealloceerd aan de verschillende afdelingen /stichtingen	☹*
	5	Voedselverstrekking vindt plaats volgens de Hygiënecode Zorginstellingen conform richtlijnen Voedingscentrum Nederland.	☺
	6	Maaltijdenvoorziening sluit aan op de wensen en behoeften van de afnemers.	😐
Prestatie indicatoren	7	De gewenste voorraden van goederen en levering van diensten worden tijdig geleverd.	😐
	8	Energiebesparingen op lichtverbruik worden gerealiseerd.	☺

	9	Minimale voorraden in het Magazijn is geautomatiseerd en voorraden zijn geminimaliseerd.	☺
	10	Budgetten voor onderhoudsvoorzieningen worden niet overschreden	☺
	11	Geautomatiseerde kostprijsberekening van maaltijden vanuit Centrale Keuken wordt wekelijks gemonitord	😐
Verbeteren van de veiligheid	12	Trainingen, opleidingen en begeleiding in het kader van BHV en veiligheid zijn conform planning gegeven	☺
	13	Alle brandmeldsystemen in gebouwen zijn onderhouden en brandmeldcentrales zijn gecertificeerd	😐
Nieuwbouw en renovatie	14	Alternatieve huisvesting Pico Plata binnen Klinika Capriles is gecreëerd.	😐
	15	Gesloten gedeelte Kas Florisol is gecreëerd	☹*
	16	Renovatie van de Kapel is afgerond	☹*

* Voor deze speerpunten geldt dat het ontbreken van financiële middelen de hoofdoorzaak was van het niet realiseren ervan.

1. Facilitaire Sector

Over het algemeen kan de facilitaire Sector tevreden terugkijken op de gemaakte vorderingen in het afgelopen jaar. Ondanks de beperkte financiële middelen hebben met name de afdelingen Onderhoud en Transport nog steeds acceptabel werk en service kunnen afleveren door creatief om te gaan met de beschikbare middelen. Het uitblijven van toereikend financieel budget laat wel de onvermijdelijke sporen achter op de staat van onderhoud aan de gebouwen en een verouderd wagenpark. Daarnaast zijn er in 2016 geen vorderingen gemaakt met een aantal grote (meerjaren)onderhouds- en renovatieprojecten. Voor de overige afdelingen binnen de Facilitaire Sector lag de focus op het kijken wat wel mogelijk is met de beschikbare middelen en beschikbaar budget.

Ontwikkelingen Facilitaire Sector

In het afgelopen jaar lag de focus voornamelijk op het efficiënter maken van bestaande procedures en systemen. Bewustwordingspresentaties en bijeenkomsten op gebied van efficiënt werken hebben plaatsgevonden op diverse afdelingen. Onderwerpen als persoonlijke discipline en systematiseren van processen waren hierbij essentiële onderwerpen voor het efficiënter maken van de processen. Zo zijn er in de afdelingen Onderhoud en Keuken een aantal veranderingen doorgevoerd die als basis kunnen dienen om te komen tot een “Lean” organisatie binnen deze afdelingen.

Bij een aantal nog niet voltooide projecten, zoals huisvesting Pico Plata, implementatie hygiënecode en automatisering magazijnvoorraden, zijn in 2016 grote vorderingen gemaakt. Het gezamenlijk aanbesteden met collega-instelling SGR-Groep van de aanschaf van een geautomatiseerd systeem voor meerjaren onderhoudsplanning (MOP) voor gebouwen en inventaris is inmiddels in de afrondingsfase. Het onderbrengen van de wasserij activiteiten bij een externe organisatie is daarentegen in 2016 volledig uitgevoerd.

2. Facilitaire serviceverlening

Met het in gebruik nemen van het reserveringsbeheer van ruimten die het facilitairsysteem Topdesk biedt, is de facilitaire serviceverlening naar de afnemers in 2016 toegenomen. Het onderbrengen van de reserveringen en planning van alle beschikbare vergaderruimten in Topdesk heeft voor meer toegankelijkheid en continuïteit gezorgd.

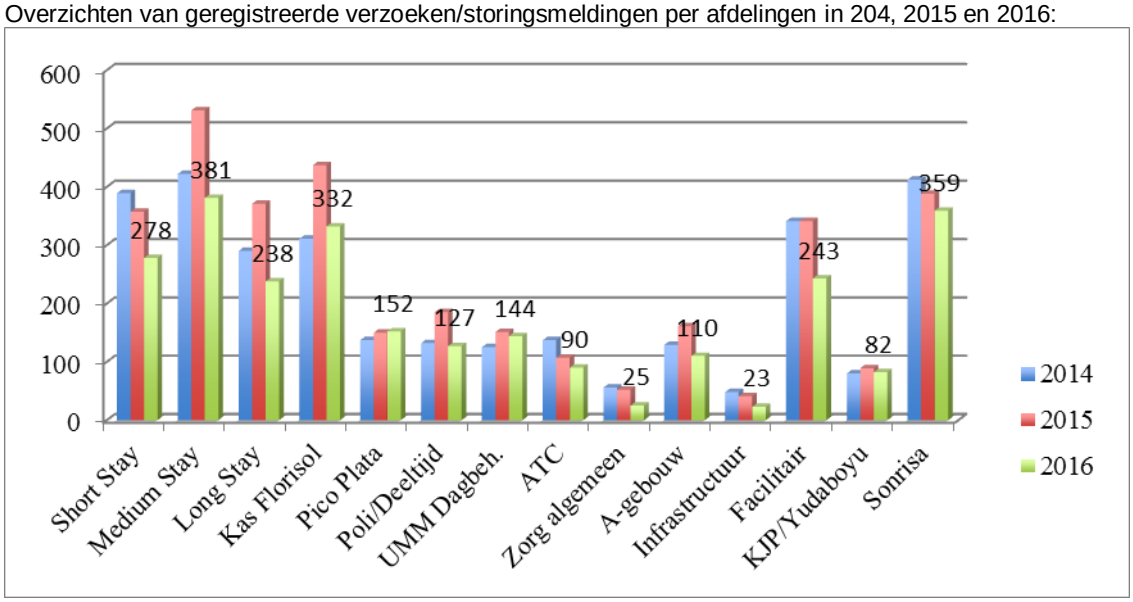
Met ingang van 2016 heeft de Facilitaire Sector de inkoopfunctie weer onder zich gekregen. De communicatielijnen tussen de verschillende facilitaire afdelingen en Inkoop zijn hierdoor sterk verbeterd. Het doel om de serviceverlening vanuit de afdeling Inkoop naar de overige afdelingen van Klinika Capriles te verbeteren is nog niet naar volle tevredenheid gerealiseerd in 2016.

Facilitaire Meldpunt

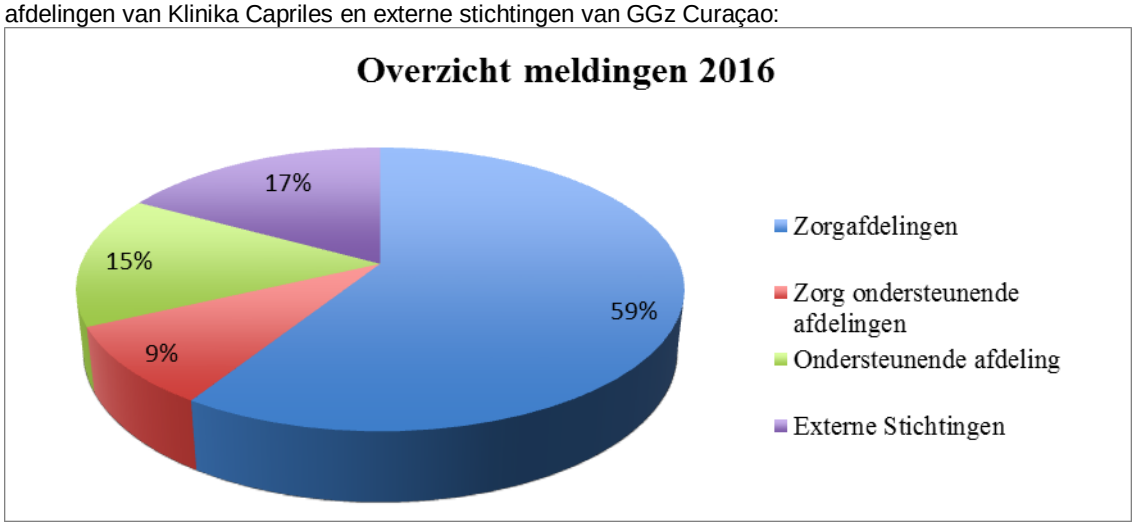
Het Facilitair Meldpunt heeft in 2016 in totaal 2585 meldingen geregistreerd in het Topdesk systeem voor afhandeling. Dit is ruim 23% minder meldingen in vergelijking met het aantal meldingen in 2015 (3361) en 14% minder meldingen dan in 2014 (3009).

De afname van het aantal storingsmeldingen van 2016 in vergelijking met 2015 is met name zichtbaar bij de zorgafdelingen van Klinika Capriles. Het aantal storingsmeldingen bij zowel de overige afdelingen als bij de externe stichting is vrijwel gelijk gebleven.
Het aandeel van Stichting Sonrisa in het totaal aantal meldingen was 14% hetgeen een stijging is ten opzichte van 2015 (11.5%) terwijl het aantal meldingen juist is afgenomen.
Wederom blijkt dat vraag voor storingen/reparaties vanuit Short Stay het hoogste is van alle afdelingen.

Overzichten van geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen per afdelingen in 204, 2015 en 2016:



Overzichten van de onderverdeling van de 2585 geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen in 2016 naar afdelingen van Klinika Capriles en externe stichtingen van GGz Curaçao:



3. Huisvesting- en renovatieprojecten
Geplande huisvestingsprojecten voor 2016 zijn grotendeels uitgesteld in verband met het ontbreken van beschikbaar budget voor onderhoud. In totaal was slechts 1/3 deel van het benodigde onderhoudsbudget beschikbaar in 2016. Sinds 2014 wordt er al met een onderhoudsbudget gewerkt dat minder dan de helft van de begroting is. Het beschikbare financiële budget voor onderhoud dwingt om alleen onderhoud met een hoge prioriteit te laten uitvoeren. Alleen de 9 huizen van Kas Florisol (daterend uit 1992) hebben van binnen een onderhoudsbeurt gekregen in 2016.

Preventieve onderhoudswerkzaamheden hebben niet plaatsgevonden in 2016 waardoor de algehele staat van de gebouwen zichtbaar achteruit gaat en de kosten van gevolgschade (hoge kosten door ad-hoc reparaties of door vroegtijdige noodzakelijke vervanging van installaties) daardoor zijn gestegen.

2016 stond in het teken van de geplande verhuizing van de drugs-forensische afdeling Pico Plata naar het gebouw M8-10. Het gebouw van Pico Plata voldeed niet aan de kwaliteitseisen voor huisvesting van psychiatrische patiënten. Hiervoor diende wel de nodige herverdeling van patiënten op afdelingen en een vermindering van het totaal aantal beschikbare bedden gerealiseerd te worden.
Het gebouw M8-10 is volledig opgeknapt en voorzien van extra traliewerk zodat het voorziet in de nieuwe bestemming die een hogere veiligheidsniveau vereist. De daadwerkelijke overplaatsing van de afdeling Pico Plata naar gebouw M8-10 staat gepland voor maart 2017.

In het patiënttevredenheidsoverleg van 2016, bij het onderwerp ”sfeer op de afdeling”, hebben patiënten ook hun mening gegeven over het onderwerp huisvesting c.q. accommodatie. Met uitzondering van Long Stay wordt op bijna elke afdeling de opmerking gemaakt over de staat van onderhoud van de gebouwen. Het gaat hierbij met name over dat de gbouwen aan een verfbeurt toe zij en het niet tijdig goed functioneren of ontbreken van elektrische apparaten op de afdeling zoals TV en radio.

Installaties

Tijdens zwaar onweer eind oktober 2016 is een gedeelte van de telefooncentrale beschadigd geraakt waarna uiteindelijk is besloten om een nieuwe IP-telefooncentrale aan te schaffen.

De geplande onderhoudsservice aan de A/C installaties heeft in 2016 3 keer plaatsgevonden.
Van de verwachte vervangingen van grote A/C units zijn in 2016 slechts de defecte units (SS1-3, SS4-6 en Poli kliniek) ook daadwerkelijk vervangen.
Door geplande investeringen ter vervanging van 2 braadsleeën en 2 frituren in de Centrale Keuken zijn, door een donatie van keukenapparatuur, niet aangewend in 2016. Het gedoneerde keukenapparatuur, bestaande uit 2 elektrische braadsleeën en 2 elektrische frituren, worden begin 2017 geïnstalleerd in de Centrale Keuken. De gedoneerde combisteamer is eind 2016 al in gebruik genomen.

Kostenbesparing op energiekosten.

In navolging van de toekenning van het ziekenhuistarief voor elektra aan Klinka Capriles vanaf 2015, heeft Aqualectra vanaf juli 2016 ook het ziekenhuistarief voor water toegekend aan de kliniek. Het ziekenhuistarief van Aqualectra is 30% lager voor elektra en 10% lager voor water dan het daarvoor gehanteerde industrieeltarief hetgeen ook geresulteerd heeft in een drastische verlaging in de maandelijkse elektrakosten.

Het in 2015 gestarte project om alle kapotte spaarlampen te vervangen met LED verlichting is in 2016 voortgezet. Het energieverbruik van een LED lamp is 3 keer lager dan een spaarlamp en LED lampen gaan 5 keer langer mee dan spaarlampen. Deze besparing maken het interessant om de spaarlampen te vervangen met de relatief in aanschaf duurdere LED lampen.

4. Optimaliseren van de kwaliteit van facilitaire producten en diensten

Schoonmaak

In 2016 hebben er in totaal 113 schoonmaakcontroles in verschillende ruimten en locaties plaatsgevonden. 88% van alle schoonmaakcontroles vonden plaats bij Klinika Capriles en bij de Stichting Sonrisa en KJP hebben er elk 6% van het totaal aantal schoonmaakcontroles plaatsgevonden. De stijgende lijn in scores van de schoonmaakcontroles, zoals in 2015 al zichtbaar was, wordt in 2016 voortgezet. De gestelde target score wordt desondanks niet gehaald in alle categorieën. De aansturing vanuit de Facilitaire Sector tijdens de inspecties en de intensieve begeleiding van de supervisors ter plaatse hebben een positieve invloed op de kwaliteit van de schoonmaak op de afdelingen.

Locatie	***2016 scores***	***2015 scores***	***2014 scores***	***Target***
Nieuwbouw	*79 %*	*72 %*	*68 %*	*90 %*
Oudbouw	*69 %*	*66 %*	*66 %*	*72 %*
Stichting Sonrisa	*68 %*	*66 %*	*72 %*	*72 %*
KJP (Yudaboyu)	*69 %*	*65 %*	*44 %*	*72 %*
Totaal gemiddeld	***71 %***	***67 %***	***63 %***	***75 %***

Uit het patiënttevredenheidsoverleg van 2016 blijkt dat de ervaring van de schoonmaak bij de clienten ook positief is. Wel wordt aangegeven dat er op sommige afdelingen veel last is van duiven hetgeen geen schoon gevoel geeft bij de bewoners. Preventie door vermijden van eten geven of laten liggen in de buurt van de afdeling is hierbij de eerste stap ter voorkoming van overlast.

Met de invoering van het hygiëneplan in de Centrale Keuken is ook Total Cleaning Services geïnformeerd over de nieuwe gehanteerde hygiëneregels met betrekking tot schoonmaak.
Total Cleaning Services heeft eind 2016 aangegeven te zullen gaan werken conform de regels van de hygiënecode van de Centrale Keuken.

Linnenverzorging

Met het beëindigen van de wasserij activiteiten per 1 juni 2016 en deze volledig over te dragen aan een externe wasserij is er na 6 jaar een einde gekomen aan het zelf exploiteren van de wasactiviteiten op het terrein van Klinika Capriles. De nieuwe wasserij “Ecowash” heeft een goed alternatief aangeboden voor het behandelen van wasgoed (op gebied van kwaliteit, hygiëne en service). Daarnaast leverde de geoffreerde prijs per kilogram wasgoed een besparing van 25% in waskosten op. Ook de overname van het personeel van de wasserij door Ecowash had als voordeel dat het personeel werkgelegenheid behield met arbeidscondities die minimaal gelijkwaardig waren aan die zij de afgelopen jaren hebben gehad.

De wasovereenkomsten tussen de wasserij met SGR-Groep, Betèsda en Klinika Capriles zijn per 1 juni 2016 opgezegd.

Transport

Om tegemoet te komen aan de toenemende vraag voor vervoer van patiënten en goederen, is in 2016 er voor gekozen om de Magazijnmedewerker voor 50% in zetten in de afdeling Transport. Het Magazijn krijgt op haar beurt weer assistentie van de Inkoopster tijdens piekuren. Deze onderlinge samenwerking heeft tevens een positief effect op het wederzijds begrip voor elkaars werkzaamheden.

Vervangingsinvesteringen voor 2 verouderde pick-ups zijn in 2017 gewenst aangezien deze dienstwagens in 2016 nog nauwelijks door de keuring zijn gekomen.

Magazijn en Inkoop

In 2016 zijn grote stappen gezet om de geregistreerde ontvangsten en uitgaven uit het Magazijn af te stemmen in het geautomatiseerde systeemmodule van Exact Globe. Aanpassingen in het systeem en een accurate voorraadtelling hebben gezorgd dat de gegevens in Exact Globe betrouwbaar zijn. De minimumvoorraden zijn in het geautomatiseerde systeem inmiddels actief en accuraat met de daadwerkelijke voorraad.

Ook de minimum voorraden zijn geactualiseerd en het assortiment is verkleind waardoor de voorraad in zijn geheel is afgenomen.
De onderlinge afstemming tussen het Magazijn en Inkoop is sterk verbeterd sinds de afdeling Inkoop per 2016 onder de Facilitaire Sector valt. Verschillen in voorraad en ontvangsten worden nu direct uitgezocht en gecorrigeerd. Desondanks komt het nog regelmatig voor dat essentiële artikelen niet op voorraad zijn in het Magazijn. In 2017 zal de juiste afstemming tussen minimumvoorraad, bestelfrequentie en aflevertijd nog gerealiseerd worden.

Sinds 2016 vinden alle inkopen van Klinika Capriles plaats via het geautomatiseerde inkoopsysteem van de inkoopcentrale van het CIB (Centraal Inkoop Bureau) van de Federatie Zorginstellingen. Hierdoor zijn alle inkoopgegevens direct zichtbaar voor het CIB en voorkomt dit tevens dat quantumkortingen bij leveranciers worden misgelopen. Door het gebruik van het geautomatiseerde inkoopsysteem worden prijsverschillen nu ook direct zichtbaar.

Terreinonderhoud

Het contract voor terrein- en tuinonderhoud van Klinika Capriles, uitgevoerd door Erwin Schoonmaakbedrijf, is op 1 januari 2016 wederom verlengd met een 1 jaar. In de komende jaren zal het accent van *terrein*onderhoud steeds meer verschuiven naar *tuin*onderhoud aangezien het streven is om het terrein ook een onderdeel te laten uitmaken van de helende omgeving van de patiënten hetgeen betekent dat er meer tuinaanleg zal gaan plaatsvinden.

5. Voedselverstrekking
Vanuit het patiënttevredenheidsoverleg dat jaarlijks wordt afgenomen op de zorgafdelingen, wordt veel informatie verkregen over de voeding en consumptie op de zorgafdelingen.
De patiënten gaven bij de vraag naar tevredenheid met voeding en presentatie van de maaltijden een gemiddeld cijfer van 7.3 (dit is iets lager dan het gemiddelde cijfer 7.4 in 2015 en 7.6 in 2014). De afdelingen Long Stay, Kas Florisol en Short Stay tonen een hogere waardering dan Medium Stay en Pico Plata. Als algemene opmerking werd aangegeven dat het eten niet voldoende smaak heeft en dat men meer krioyo gerechten wil eten. Ook het besluit om, vanuit financiële overwegingen, geen juice meer te verstrekken werd negatief ervaren.
Om de tevredenheid van de warme maaltijden goed te kunnen meten is besloten om gedurende de tweede helft van 2016 een enquête te houden onder de afnemers van de maaltijden uit de Centrale Keuken. In totaal zijn ruim 200 enquêtes afgenomen bij afnemers van Klinika Capriles, SGR-Groep en Stichting Sonrisa.
De vragen die gesteld zijn hadden in hoofdlijnen betrekking op de presentatie, hoeveelheid smaak en variatie van de maaltijden. Uit de resultaten is gebleken dat het merendeel (60%) tevreden is met de dagelijks geleverde maaltijden, maar een groot deel (40%) gaf aan niet tevreden te zijn. Uit nader onderzoek van de resultaten is gebleken dat een groot deel van de ontevredenheid betrekking had op de variatie van de maaltijden. Ook de smaak (gekruid) van de maaltijden scoorde laag en dan vooral bij de gemalen maaltijden. Op de vraag wat de afnemers vaker willen eten gaf ruim 30% aan meer krioyo gerechten te willen eten. Momenteel kan ongeveer 50% van de gerechten op het menu als krioyo beschouwd worden.
Na bespreken van de resultaten intern en met de SGR-Groep is in overleg besloten om in het 5-weekse menucyclus meer krioyo gerechten toe te voegen (in totaal 65% van de gerechten op de menucyclus) en dat er gekeken wordt om de smaak van de gemalen maaltijden te verbeteren. Deze aanpassingen in de menucyclus zullen begin 2017 worden ingevoerd.

In 2016 is het bestaande HACCP plan voor de Centrale Keuken volledig herzien en aangepast conform de Hygiënecode voor Zorginstellingen richtlijnen van Voedingscentrum Nederland. Deze Hygiënecode is minder complex waardoor het beter uitvoerbaar is. Met de Hygiënecode worden alleen de essentiële controles en registraties uitgevoerd tijdens de dagelijkse werkzaamheden. Voor het uitvoeren van de hygiënecontroles is er contact gezocht met een erkend Nederlands bedrijf op het gebied van voedselveiligheid (Sensz).
De samenwerking met het bedrijf Sensz vindt plaats op het gebied van gebruikmaking van een systematiek voor het uitvoeren van hygiëne-audits, het gebruik van checklijsten en het geven van advies voor verbetermaatregelen. Deze hygiëne-audits worden momenteel elk kwartaal uitgevoerd met behulp van een medewerker van KIC. Ondanks dat de scores van de eerste audits onvoldoende waren (6.4, 5.3 en 4.9) is er vooral voortuitgang geboekt bij het verbeteren van bepaalde procedures bij ontvangst en opslag van producten en bij de bewustwording van voedselveiligheid bij het personeel van de Centrale Keuken. De verbetermaatregelen moeten in 2017 leiden tot hygiënische werkwijzen en hogere scores tijdens de audits.

Eind 2015 is de integrale kostprijsberekening voor de maaltijden in Excel gezet zodat er gedurende het jaar 2016 de veranderende inkoopprijzen wekelijks bijgehouden konden worden aan de hand van de ontvangen facturen. In de praktijk bleek dit zeer tijdrovend te zijn en zijn de inkoopprijzen slechts elk kwartaal bijgehouden. Aangezien de Excel optie een test was om te bepalen welke gegevens we nodig hebben om wekelijks de kostprijs van de maaltijden te kunnen bepalen, is er momenteel wel voldoende inzicht verkregen om te bepalen welk bestaand geautomatiseerd systeem dezelfde informatie kan genereren. In 2017 zal er in samenwerking met Financiële Administratie gekeken worden of er een geschikt systeem voor de kostprijsberekening te installeren is die gebruikt maakt van de gegevens in Exact Globe zodat het dubbel invoeren van prijzen van leveranciers vermeden kan worden.

4.3.7. 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 (lees: Minister van Justitie) 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:
- Na verwijzing door de eerste lijn.
- Na verwijzing door een klinische behandelaar bij ontslag van een cliënt uit de kliniek

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

Wachtrooster
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.

Protocol beoordeling, vervoer en gedwongen opname psychiatrische patiënten
Op 4 februari 2015 is een protocol getekend met als doel, het zorgvuldig, veilig en humaan beoordelen en regelen van de “aanhouding”, transport en (gedwongen) opname van psychiatrische patiënten binnen wettelijk vastgestelde kaders. De actoren zijn: Fundashon Kwido di Ambulans, Huisartsen, Klinika Capriles, Korps Politie Curaçao, PSI- Scuchami en St. Elisabeth Hospitaal.

4.4. Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.4.1 Personeel en opleiding

Voor HRM vormt de Strategische Nota 2015 – 2018 de leidraad voor het vaststellen van de speerpunten van het jaarplan en draagt op deze wijze bij aan het realiseren van de strategische doelen.

HRM heeft in 2016 aan een drietal speerpunten gewerkt:
1. Invoeren van competentiemanagement
2. Leiderschapsprogramma
3. Nieuw curriculum voor scholingsactiviteiten

Jaarplanning 2016 HRM

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
		Organisatie en Leiderschap	
Competentiemanagement is ingevoerd binnen alle stichtingen van GGz Curacao.	1	De competentie bibliotheek en het personeelsontwikkelingssysteem zijn beschikbaar en formeel vastgesteld. Een start is gemaakt met de toepassing van competentiemanagement in de vorm van competentiegerichte werving en selectie, het voeren van competentiegerichte coachingsgesprekken op de afdelingen en competentiegerichte	😐

		personeelsbeoordelingen bij enkele pilotafdelingen.	
Leiderschapsontwikkeling	2	Een leiderschapsprogramma is vastgesteld gericht op het het realiseren van de benodigde competenties en stijl.	😐
Nieuw onderwijscurriculum	3	GGz Curaçao heeft een eigen curriculum. Scholingsactiviteiten zijn compentie based en de output is toetsbaar.	😐

Uitvoering en resultaat 2016

1. Invoeren competentiemanagement
De competentiebloemen, waarin de kerntaken en activiteiten zijn weergegeven, van alle organisaties én afdelingen van de GGz Curaçao zijn gereed. De competenties zijn gedefineerd, vastgesteld en de bijbehorende gedragscriteria zijn op 4 niveaus beschreven.
Een deel van de competentieprofielen is gereed.
De gesprekscyclus is gedefinieerd, deze bestaat uit planning, voortgang/coaching en beoordeling, onderscheid wordt gemaakt tussen ontwikkel- en resultaatafspraken. De inrichting van de gesprekscyclus in Afas heeft enige stagnatie opgelopen. In de loop van 2016 is gekozen om over te gaan op Afas online, wat diverse nieuwe mogelijkheden biedt waaronder een gesprekscyclus. Vanwege de financiële positie van de organisatie en de daaruit voortvloeiende onzekerheid zijn de invoering van de gesprekscyclus en de daarbij horende voorbereidingen opgeschort.

2. Leiderschapsprogramma
Het scholingsprogramma voor leidinggevenden binnen de GGz Curaçao is vastgesteld, waaronder een training coachend leidinggeven. De uitvoering is uitgesteld vanwege de financiële situatie en daarmee gepaarde gaande gevoelens van onzekerheid onder het personeel en ook bij de leidinggevenden.

3. Nieuw onderwijscurriculum
Om te komen tot een nieuwe aanpak van de onderwijsactiviteiten is onderwijskundige deskundigheid aangetrokken. Eerder is geconstateerd dat de effecten van scholingsactiviteiten onder de verwachtingen blijven en dat ze ook moeilijk meetbaar zijn.
Met behulp van een onderwijskundige is een format ontwikkeld voor het opzetten van eigen cursussen.

Behandelstaf

De behandelstaf bestond per 31 december 2016 uit:

- Dhr. G. Amaro, psychiater;
- Mw. P. Gelan, psychiater tevens coördinerend medisch hoofd;
- Mw. M. Grullon, psychiater;
- Dhr. S. van Lent, psychiater;
- Dhr. G. Rendon, psychiater;
- Mw. M. Labrador, arts-assistent niet 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. Y. Donkers. kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. S. Sanders, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. Sh. Casseres, somatische arts;
- Mw. L. Reigina, apotheker (toezichthoudend);
- Dhr. M. Huizer, tandarts;
- Mw. drs. F. van Eijndhoven, diëtist.

Vijf 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 tandheelkundige behandelingen worden gefinancierd vanuit de AVBZ verzekering en uitsluitend patiënten die vallen onder de AVBZ verzekering worden behandeld.

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 2016	262	259.5
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	185	183.7
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	8	7.8
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	6	5.8
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	20	19.7
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	15	14.7
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2016	250	246.4
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	176	174.6

Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2016	Aantal
Pensioen	10
Vrijwillig	6
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	0
Overleden	1
Contract niet verlengd	2
Afkeuring	0
Gedwongen	1
Wederzijds goedvinden	0
Totaal	**20**

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	3	1
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	1	1

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

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof

	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	7.3
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	8.3

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:

- 260 beschikbare dagen;
- Werkelijke AO dagen en;
- AO gegevens exclusief zwangerschapsverlof.

	2014	2015	2016	Verschil
Werknemers in dienst	284	266.8	266.4	-0.4
Aantal ziektemeldingen	527	536	556	20.0
Aantal verzuimdagen	4974	4042	5060	1018.0
Meldingsfrequentie (%)	1.9	2.0	2.1	0.1
Verzuim percentage (%)	6.3	5.9	7.3	1.4
Verzuimduur (%)	9.4	7.5	9.1	1.6
Langdurig ziekteverzuim	15	12	20	8.0

Toename ziektemeldingen
Het aantal ziekmeldingen is iets hoger dan 2015. Hiervoor is geen verklaring.

Toename verzuimdagen
Er waren 8 gevallen van langdurig verzuim meer dan in 2015. Langdurig zieken hebben in het algemeen veel invloed op het totaal aantal verzuimdagen in een jaar.

Toename verzuimpercentage
De toename van het verzuimpercentage met 1.4% in 2016, komt door toename langdurig arbeidsongeschiktheidsgevallen

Toename verzuimduur
Dit is een gevolg wegens groot aantal gevallen van langdurig verzuim.

Algemene conclusie:
Het ziekteverzuim is iets toegenomen. Er waren meer gevallen van langdurig verzuim.

Jubilea
Gedurende het jaar 2016 waren:

- 5 medewerkers 12.5 jaren in dienst
- 0 medewerkers 25 jaren in dienst
- 0 medewerker 30 jaren in dienst
- 3 medewerker 40 jaren in dienst

Functie Waarderingssysteem.
Klinika Capriles gebruikt het Functie beschrijving- en Waarderingssysteem 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.

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 2016 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 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. Human Resources Management, Missie visie en beleid
2. Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen , theoretische onderbouwing in 7 dagdelen
3. Systematisch rehabilitatiegericht Handelen, casusbesprekingen in 4 x 3 dagdelen
4. Psychopathologie, 7 dagdelen
5. Beroepshouding, 6 dagdelen
6. BedrijfsHulpVerlening, 2 dagdelen
7. Response, 4 dagdelen
8. Veilig Incidenten Melden, 2 dagdelen
9. ARBO, 1 dagdeel

Gedurende 2016 hebben 8 deelnemers de basiscursus afgerond, in april 2016 is de basiscursus gestopt, vanwege het feit dat er in deze periode geen nieuwe medewerkers zijn aangenomen.

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH):

- Alle afdelingen hebben op hun eigen wijze, onder begeleiding van SRH - docenten trainingen en coachingsbijeenkomsten rondom SRH georganiseerd.

- Voor het team van Sonrisa zijn twee – wekelijks 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 werden begeleid door een SRH – docent. Daarnaast heeft de SRH – docent individuele coaching en begeleiding gegegeven, met name gericht op het maken van Rehabilitatiegerichte begeleidingsplannen

Training 1ste Begeleiders.
In oktober 2015 is gestart met een training voor eerste begeleiders (HBO-ers) die werkzaam zijn op de diverse afdelingen van Klinika Capriles. Deze training is in april 2016 afgerond, 15 1^{e} begeleiders hebben de training afgerond met een presentatie van een verbeterproject voor de eigen afdeling.
Uitgangspunt van de training is dat 1e begeleiders beter toegerust zijn op de taken die zij op de afdelingen moeten uitvoeren
Doelstellingen van de training:
Aan het einde van de trainingen hebben / kunnen de deelnemers

- een Persoonlijk OndersteuningsPlan opstellen wat richting geeft aan hun eigen ontwikkeling.
- in gezamenlijkheid met het team een TeamOntwikkelingsplan opstellen.
- over up - to - date kennis beschikken van de methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (hebben) en toepassen (kunnen) in de begeleiding cq ondersteuning van hun clienten.
- technieken van Luisteren Samenvatten Doorvragen optimaal toepassen in gesprekken met cliënten en medewerkers.
- coachende vaardigheden vanuit het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen toepassen bij de teams waar men coaching aan geeft.
- klinische lessen organiseren en geven aan de teams.
- een actieve bijdrage leveren aan de kwaliteitszorg op de afdeling.

Naast de training heeft iedere deelnemer individueel coaching ontvangen, daarnaast hebben in groepen van 5 tot 6 deelnemers een aantal intervisies plaatsgevonden.

EZRA

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

Cursus Medicatieverstrekking

- In 2016 heeft 1 groep van 12 deelnemers (SPW'ers) de cursus medicatieverstrekking gevolgd. Van de 12 deelnemers hebben 11 hun opdracht afgerond, op dit moment is men bezig de proeve in de praktijk af te ronden

Belevingsgerichte zorg

Voor het team van afdeling Long Stay is in september een trainingstraject rondom belevingsgerichte zorg van start gegaan. Trainers Sheila Payne van de Gogorobi Foundation in samenwerking met Migarda Raphaela van Andá-Creations verzorgen de trainingen. Het project is gefinancierd door "Samenwerkende Fondsen".
Op de eerste plaats heeft de training zich gericht op het ontwikkelen van bewustzijn bij de medewerkers.

- nieuwe perspectieven leren en ervaren waardoor men meer open kan gaan staan voor verandering en groei
- bewust keuzes maken en daarmee verantwoordelijkheid dragen
- de kracht van diversiteit erkennen waardoor men beter kan samenwerken

Aangezien het ontwikkelen van bewustzijn een voorwaarde is voor groei, is de training vooral gericht op innerlijke processen. Het doel is het weghalen van de 'wikkels, gewoontes en automatismen waarin het bewustzijn gewikkeld is'.Het programma loopt door in 2017

Individuele scholingsactiviteiten:

- In het verslagjaar heeft de laatste deelnemer aan de opleiding Bachelor Social Work die nog actief was haar opleiding afgerond met het behalen van haar diploma.
- Eén van de psychologen van Yudaboyu is in 2016 gestart met haar GZ – opleiding, de opleidingsplaats wordt ingevuld in Nederland bij Parnassia. Het ligt in de bedoeling haar GZ – opleiding begin 2018 af te ronden.

Behandelstaf

- **Cognitieve gedragstherapie**
  In 2016 is de vervolgtraining Cognitieve Gedragstherapie afgerond. Deze training is georganiseerd in samenwerking met RINO – Amsterdam. Twee van onze psychologen hebben deze trainingen gevolgd, de andere plekken zijn gevuld door psychologen werkzaam bij andere (ggz) instellingen op Curaçao. Deelnemers hebben tot februari 2018 de tijd om ook de supervisie en de N=1 studie af te ronden. Begin 2017 zal voor deze groep ook een week leertherapie worden aangeboden, waardoor de kandidaten in aanmerking kunnen komen voor certificering als cognitief gedragstherapeut.
  Twee psychologen hebben in een ander traject hun CGT certificering behaald, de laatste verwacht in 2017 haar certificering te behalen.

Facilitair:

- **EHBO:**
  Voor alle zorgmedewerkers van GGz Curacao is in 2016 een training EHBO georganiseerd. In tegenstelling tot vorige jaren is deze training door interne docenten gegeven. In totaal hebben 80 zorgmedewerkers de training bijgewoond, in 2017 zullen nog een aantal sessies worden georganiseerd zodat andere zorgmedewerkers deze training ook kunnen volgen
- **BHV**
  Alle gecertificeerde BHV ' ers hebben in het verslagjaar deelgenomen aan de herhalingscursus en hebben zodoende hun bevoegdheid en bekwaamheid behouden.
  - Opleiding Hoofd BHV voor Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid
  - Herhalingsopleiding Bedrijfshulpverlener Ploegleider voor Wachtcommandanten.

Anderen:

- Hygiëne training voor alle Keuken- en Magazijnmedewerkers.
- Gevorderd leidinggeven voor Voorman Transport.
- Cursus NEN2767 Conditiemeting Training voor Voorman Onderhoud en Manager Facilitaire Sector.

Kwaliteitsmanagement
Door 4 medewerkers, te weten 2 managers, de directeur Yudaboyu en het hoofd HR is de cursus Lean Six Sigma gevolgd, zij hebben eveneens de yellow-belt behaald. Met deze kennis zal gericht aandacht worden gegeven aan het tegengaan van verspilling en het realiseren van optimale flow in de werkprocessen binnen de GGz Curaçao. De praktische toepassingsmogelijkheden hebben ertoe bijgedragen dat binnen de Facilitaire sector direct verbeteringen zijn doorgevoerd en dat ervoor is gekozen om in 2017 meer organisatiebreed met Lean aan de slag te gaan.

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 Capriles zo'n 100 studenten van verschillende opleiding van een stageplek voorzien.
Door het wegvallen van KBB (Kenniscentrum Beroepsonderwijs Berdrijfsleven) zijn de leermeesterstrainingen aldaar gestopt. In samenwerking met de Federatie Zorginstellingen Curaçao is deze activiteit doorgezet en heeft ertoe geleid dat in het verslagjaar 2016 vanuit GGz Curacao 53 nieuwe leermeesters zijn opgeleid. In totaal heeft GGz Curaçao per 31 december 2016 89 gecertificeerde leermeesters.
Naast de leermeesterstraining hebben 71 leermeesters de workshop toetsing van beroepshouding gevolgd. Een toets die vanaf 2017 zal worden afgenomen bij alle studenten die binnen GGz Curaçao hun stage lopen. In eerste instantie worden geen consequenties verbonden aan het niet behalen van de toets beroepshouding. Na afloop van de proefperiode en na evaluatie / bijstelling van de toets wordt de toets definitef ingevoerd. Dit zal volgens planning vanaf september 2017 zijn.

4.5 Financieel beleid 2016

Het gevoerde financieel beleid had ten doel om de verliezen van Klinikja Capriles voor zover mogelijk in te perken. Efficiencymaatregelen zijn in 2016 getroffen. Het leveren van verantwoorde zorg is onder druk komen te staan.

Een vergelijking van de jaarcijfers 2016 met de cijfers van 2015 toont aan dat de kosten in 2016 14% zijn gedaald ten opzichte van het jaar ervoor.

Kostensoort	2016	2015	Verschil	Verschil in %
Directe kosten	2,127,187	2,257,628	(130,441)	-6%
Lonen en salarissen	19,733,221	20,598,056	(864,835)	-4%
Afschrijvingskosten	1,103,358	1,189,150	(85,730)	-7%
Overige kosten	4,037,358	7,169,538	(3,132,180)	-44%
Totale kosten	27,001,186	31,214,372	(4,239,686)	-14%

Onderstaand volgt een korte toelichting op de in de tabel getoonde cijfers.

Directe kosten
Deze kosten betreffen direct aan de patiënt te relateren verbruikskosten. Kostenposten waarop de grootste bezuinigingen zijn gerealiseerd zijn de posten *voedingskosten* (-ANG 213K) en *kleding en linnenvoorziening* (-ANG 43K). Deze besparingen zijn deels te niet gedaan door een stijging van de post *verplegingsartikelen* (+ANG 106K).

Lonen en salarissen
In 2016 zijn 14 vacatures niet ingevuld anticiperend op een inkrimping van de klinische capaciteit van het ziekenhuis van 21 bedden. Vooral het feit dat deze vacatures in 2016 niet door KC werden ingevuld, heeft bijgedragen tot een verdere verlaging van de personeelskosten (-ANG 865K). Dit heeft echter ook geleid tot het stoppen met de Werk in Uitvoering (WiU) die IPS (In Placement and Support methode) toepaste met als doel cliënten weer in het arbeidsproces te laten instromen.

Afschrijvingskosten
De afname in afschrijvingskosten is geen gevolg van bezuinigingsmaatregelen die KC in 2016 genomen heeft.

Overige kosten
De grootste daling van de kosten is terug te vinden onder de post *overige kosten (-ANG 3.2M)*. Circa 15% hiervan (-ANG 486K) is toe te schrijven aan bezuinigingsmaatregelen die KC in 2016 heeft genomen. De overige 85% heeft vooral betrekking op het feit dat in 2015 noodzakelijkerwijs diverse dotaties aan voorzieningen zijn gedaan, die in 2016 niet meer of niet meer in die mate gedaan hoefden te worden.
Bezuinigingen zijn gerealiseerd op de posten *kantoorkosten* (-ANG 74K), *verzekeringskosten* (-ANG 82K), *onderhoudskosten* (-ANG 61K), *gas/water en elektra* (-ANG 268K). Hierbij dient te worden opgemerkt dat de besparing op gas/water en elektra vooral het resultaat is geweest van de toekenning van het ziekenhuistarief voor water en elektra door Aqualectra in 2016. Nadrukkelijk zij gesteld dat deze toekenning pas tot stand kwam nadat Klinika Capriles in 2015 een grootschalige investering in zonnepaneelinstallaties had voorbereid en hiervoor een aanvraag voor goedkeuring bij Aqualectra had ingediend. Eerdere pogingen van KC om in aanmerking te komen voor het gunstige ziekenhuistarief waren tot dan toe niet succesvol gebleken.

Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaatratio	(0.11)	(0.27)
Resultaatboekjaar	(2,706,365)	(6,638,415)
Totale opbrengsten boekjaar	24,502,731	24,756,285

Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (vlottende activa exclusief voorraden ten opzichte van de kortlopende schulden)	0.65	0.20
Current ratio (vlottende activa inclusief voorraden gedeeld door kortlopende schulden)	0.68	0.21
Vlottende activa inclusief voorraden	2,358,677	3,891,566
Vlottende activa exclusief voorraden	2,233,044	3,700,211
Totaal kortlopende schulden	3,461,892	18,924,001

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	(0.39)	(0.26)
Totaal eigen vermogen	(10,268,077)	(7,561,712)
Balanstotaal	26,055,605	29,363,130
Vermogensratio (eigen vermogen /totaal opbrengsten)	(0.42)	(0.31)
Totaal eigen vermogen	(10,268,077)	(7,561,712)
Totaal opbrengsten	24,502,731	24,756,285

Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

Dr. David Ricardo Capriles

Curaçao

Verkorte Jaarrekening 2016

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

Inhoud

1 Verkorte Jaarrekening

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

1.1 Verkorte Balans per 31 december 2016

(vóór resultaatverdeling)

	Toel.	31 December 2016		31 December 2015	
		ANG	ANG	ANG	ANG
ACTIVA					
Vaste activa					
Materiële vaste activa	1.4.6	21,347,157		23,290,749	
Financiële vaste activa	1.4.7	2,180,815		2,180,815	
Waarborgsommen		168,956		168,656	
			23,696,928		25,640,220
Vlottende activa					
Voorraden		125,633		191,355	
Debiteuren	1.4.8	1,262,047		658,573	
Vorderingen op verbonden partijen	1.4.9	14,706		14,706	
Overige vorderingen en overlopende activa	1.4.10	523,638		521,369	
Liquide middelen	1.4.11	432,653		2,235,925	
			2,358,677		3,621,928
			26,055,605		29,262,148
PASSIVA					
Eigen vermogen	1.4.12				
Stichtingskapitaal	1.4.13	100		100	
Overige reserves		(7,561,812)		(12,415,738)	
Bestemmingsreserve	1.4.14	-		11,492,341	
Resultaat lopend boekjaar		(2,706,365)		(6,638,415)	
			(10,268,077)		(7,561,712)
Langlopende schulden					
Fonds Materiële vaste activa	1.4.15		13,315,303		14,359,758
Annuïteitenlening	1.4.16		3,153,845		3,641,083
Belastingen en premies sociale verzekeringen	1.4.18		16,392,642		13,151,915
Kortlopende schulden					
Crediteuren		902,745		2,948,286	
Schulden aan verbonden partijen	1.4.17	882,105		1,297,691	
Belastingen en premies sociale verzekeringen	1.4.18	327,764		(116,230)	
Overige schulden en overlopende passiva	1.4.19	1,349,278		1,642,339	
			3,461,892		5,772,086
			26,055,605		29,363,130

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

1.2 Verkorte Staat van Baten en Lasten over 2016

	Toel.	2016		2015	
		ANG	ANG	ANG	ANG
BATEN					
Opbrengsten verrichtingen	1.5.1	23,349,256		23,605,409	
Overige opbrengsten	1.5.2	1,153,475		1,150,876	
			24,502,731		24,756,285
Directe kosten					
Verbruik behandelings-, kleding-, en voedingsartikelen	1.5.3	2,127,187		2,257,628	
			2,127,187		2,257,628
			22,375,544		22,498,657
LASTEN					
Lonen en salarissen	1.5.4	19,733,221		20,598,056	
Afschrijvingskosten	1.5.5	1,103,420		1,189,150	
Overige kosten	1.5.6	4,037,358		7,169,538	
			24,873,999		28,956,744
Exploitatieresultaat			(2,498,455)		(6,458,087)
Financiële baten en lasten	1.5.7		(207,910)		(180,328)
Resultaat vóór belastingen			(2,706,365)		(6,638,415)
Belastingen			-		-
Resultaat na belastingen			(2,706,365)		(6,638,415)

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

1.3 Verkorte Kasstroomoverzicht over 2016

	2016	2015
	ANG	ANG
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	(2,498,455)	(6,458,087)
Aanpassingen voor:		
Afschrijvingen	1,103,420	1,189,150
	(1,395,035)	(5,268,937)
Verandering in werkkapitaal:		
(Toename)/afname debiteuren	(502,492)	2,382,100
(Toename)/afname overige vorderingen	(2,269)	1,839,458
(Toename)/afname voorraad	65,722	(97,691)
Toename/(afname) crediteuren	(2,045,541)	106,235
Toename/(afname) overige schulden	(264,653)	174,704
Ontvangen interest	112,191	112,060
(Betaalde) interest	(320,101)	(292,388)
Kasstroom uit operationele activiteiten	**(4,352,178)**	**(1,044,459)**
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investeringen materiële vaste activa	(204,283)	(340,637)
Mutatie waarborgsommen	(300)	0
Kasstroom uit investeringsactiviteiten	**(204,583)**	**(340,637)**
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Aflossing annuïteitenlening Orco Bank	(487,238)	(403,122)
Toename belastingschulden en sociale premies	3,240,727	1,984,902
Kasstroom uit financieringsactiviteiten	**2,753,489**	**1,581,780**
Netto kasstroom	**(1,803,272)**	**196,684**
Liquide middelen en kredietinstellingen begin boekjaar	2,235,925	2,039,241
(Afname)/toename liquide middelen	(1,803,272)	196,684
Liquide middelen per eind boekjaar	**432,653**	**2,235,925**

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

1.4 Toelichting op de Balans per 31 december 2016

1.4.1 *Algemene toelichting*

Activiteit
De Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles ("de Stichting") is opgericht op 3 maart 2000. De statutaire zetel bevindt zich op Curaçao. Met ingang van 1 oktober 2000 is de Stichting verzelfstandigd, van Landsoverheidsdienst tot autonome stichting.
De Stichting heeft ten doel het herstellen van de 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 het gebied van geestelijke gezondheidszorg, alsmede de opleiding van hulpverlening voor de gezondheidszorg.

Bestuursmodel
Op 31 december 2010 is de beheersstructuur van de Stichting, dat tot die datum een Bestuursmodel had, veranderd naar een model met een Raad van Toezicht met een Raad van Bestuur. Per dezelfde datum is de Stichting als werkstichting tot de stichting GGZ Curaçao gaan behoren. De stichting GGZ Curaçao is de moederstichting van de Stichting en andere stichtingen.

Continuïteit
Door een aantal overheidsmaatregelen is de continuïteit van de Stichting in het geding. De betreffende overheidsmaatregelen zijn:
1) Te lage budget toekenning voor de geestelijke gezondheidszorg op Curaçao aan de Stichting. Hierdoor ontstaat een structureel exploitatietekort leidende tot betalingsonmacht van de Stichting en een daarmee een betalingsachterstand op gebied van loonheffing en sociale premies. De schuld uit hoofde van loonheffing en sociale premies bedraagt ultimo 2016 ANG 11,6 mln;
2) De regeling VUT en duurtetoeslag leggen een druk op het exploitatie tekort van de Stichting. De Stichting heeft een aflossingsovereenkomst met APC in september 2016 afgesloten hierdoor bedraagt de schuld aan APC uit hoofde van VUT en duurtetoeslag ANG 4,8 mln per 31 december 2016.

Daarbij wordt de Stichting geconfronteerd met een vordering op het land, dienst Justitie van ANG 3.2 miljoen voor verrichte diensten in opdracht van Justitie. Door administratieve achterstanden bij Justitie kan inning van dit bedrag niet plaatsvinden.

De Stichting is de enige aanbieder op het eiland van de zorg op gebied van GGZ. Indien geen structurele oplossing wordt gevonden, komt de aanbieding van deze zorg in gevaar en daarmee de continuïteit van de Stichting in gevaar. De Raad van Bestuur van de Stichting is in overleg met de overheid en betrokken instanties over een structurele oplossing.
Met name de vaststelling van een passend budget is daarbij cruciaal en de Raad van Bestuur van de Stichting voelt zich daarin gesteund op grond van extern onderzoeken.
Mede op grond van het bovenstaande is de Raad van Minister op 21-03-2017 akkoord gegaan met een acute financiele maatregel voor de Stichting van ANG 7 mln.

Dit behelst met name:
1) Compensatie inkomensderving budgetverhoging SVB ter grootte van ANG 3,7 mln wegens inkomensdervering van 20 maanden over de periode februari 2013 tot oktober 2014;
2) Voorschot op openstaande vorderingen ministerie van Justitie ANG 3,3 mln. Dit voorschot zal verrekend worden met de goedgekeurde facturen van de openstaande vordering.

Gezien de unieke positie van de Stichting, de externe onderzoeken die bevestigden dat het budget te laag is vastgesteld en de uitkomsten van het overleg met de minister, is de Raad van Bestuur van de Stichting van mening dat een oplossing voor de voorliggende problematiek gevonden zal worden al of niet langs de lijnen van het advies van de minister. Deze overtuiging is voor de Raad van Bestuur van de Stichting dan ook de reden om de jaarrekening op basis van continuïteit op te maken.

Zorgbudget BZV
De Stichting heeft met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) voor het laatst een zorgcontract voor de destijds SVB-verzekerden afgesloten voor de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008. Het toenmalig overeengekomen jaarlijks zorgbudget bedroeg ANG 1.040.000. Met betrekking tot de daaropvolgende boekjaren 2009 tot en met 2016 zijn geen zorgcontracten getekend. De SVB heeft geen besluit genomen ten aanzien van het door de Stichting voorgesteld budgetbedrag voor elk der laatstgenoemde jaren. De Minister van Gezondheid, Milieu & Natuur heeft echter bij Ministeriële Beschikking op 8 december 2014 (no. 2014/051630) een budget ter grootte van ANG 1.6 miljoen voor het vierde kwartaal van 2014 en ANG 6.4 miljoen voor het boekjaar 2015 vastgesteld. Bij Ministeriële Beschikking (no. 2015/061515) is het budget voor het jaar 2016 vastgesteld ter dekking van de kosten van de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao ingevolge de Landsverordening Basisverzekering Ziektekosten. Het budget omvat voornamelijk de kosten van de zorg geleverd door de Stichting en het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie *(KJP)*. De budgetten zijn in boekjaar 2016 ontvangen en verwerkt. Aan het eind van de looptijd zullen de Stichting en de SVB een evaluatie maken van de resultaten over de afgelopen periode. Hiertoe dienen alle pro forma declaraties van de overeengekomen periode uiterlijk twee maanden na de looptijd te zijn ingeleverd.

Zorgbudget SVB-AVBZ
De Stichting heeft met het Bureau Ziektekosten Voorziening (BZV) tot 1 februari 2013 een zorgovereenkomst afgesloten voor de verzorging van patiënten die langer dan 90 dagen opgenomen zijn *in de kliniek*. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) is met ingang van 1 februari 2013 door subrogatie als contractspartij in de plaats van de BZV getreden. Voor het boekjaar 2016 is geen zorgovereenkomst getekend met de SVB. Het voorschot dat is ontvangen voor het boekjaar 2016 bedraagt ANG 13.1 mln. Volgens het laatst getekende zorgcontract hoeft er geen afrekening plaats te vinden over eventuele overschotten of tekorten. De Stichting factureert aan de SVB op basis van de werkelijke bezetting.
Met betrekking tot het boekjaar 2016 is ANG 12.4 mln (2015: ANG 13.1 mln) door de Stichting aan declaraties ingediend het SVB-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd ANG 13.1 mln (2015: ANG 13.1 mln) ontvangen in 2016.

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

Schattingen
Bij toepassing van de grondslagen en regels voor het opstellen van de jaarrekening vormt de leiding van de Stichting zich verschillende oordelen en schattingen die essentieel kunnen zijn voor de in de jaarrekening opgenomen bedragen. Indien het voor het geven van het in artikel 2:362 lid 1 BW vereiste inzicht noodzakelijk is, is de aard van deze oordelen en schattingen inclusief de bijbehorende veronderstellingen opgenomen bij de toelichting op de desbetreffende jaarrekeningposten.

Verbonden partijen
Als verbonden partij worden alle rechtspersonen aangemerkt waarover overheersende zeggenschap, gezamenlijke zeggenschap of invloed van betekenis kan worden uitgeoefend. Ook rechtspersonen die overwegende zeggenschap kunnen uitoefenen worden aangemerkt als verbonden partij.
Transacties van betekenis met verbonden partijen worden toegelicht voor zover deze niet onder normale marktvoorwaarden zijn aangegaan. Hiervan wordt toegelicht de aard en de omvang van de transactie en andere informatie die nodig is voor het verschaffen van het inzicht.

Toelichting op het kasstroomoverzicht
Het kasstroomoverzicht is opgesteld volgens de indirecte methode. De geldmiddelen in het kasstroomoverzicht bestaan uit de liquide middelen, met uitzondering van deposito's met een looptijd langer dan drie maanden. Kasstromen in vreemde valuta zijn omgerekend tegen een geschatte gemiddelde koers. Koersverschillen op geldmiddelen worden afzonderlijk in het kasstroomoverzicht getoond. Ontvangsten en uitgaven uit hoofde van interest, ontvangen dividenden en winstbelastingen zijn opgenomen onder de kasstroom uit operationele activiteiten. Transacties waarbij geen instroom of uitstroom van kasmiddelen plaatsvindt, waaronder financiële leasing, zijn niet in het kasstroomoverzicht opgenomen. De waarde van de gerelateerde activa en leaseverplichting zijn in de toelichting van balansposten verantwoord. De betaling van de leasetermijnen uit hoofde van het financiële leasingcontract zijn voor het gedeelte dat betrekking heeft op de aflossing als een uitgave uit financieringsactiviteiten aangemerkt en voor het gedeelte dat betrekking heeft op de interest als een uitgave uit operationele activiteiten.

1.4.2 *Algemene waarderingsgrondslagen*

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

Activa en verplichtingen worden in het algemeen gewaardeerd tegen de verkrijgings- of vervaardigingsprijs of de actuele waarde. Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs. In de balans en de winst-en-verliesrekening zijn referenties opgenomen. Met deze referenties wordt verwezen naar de toelichting.

Vergelijking met voorgaand jaar
De gehanteerde grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd gebleven ten opzichte van het voorgaande jaar, met uitzondering van de toegepaste stelsel- en schattingswijzigingen zoals opgenomen in de desbetreffende paragrafen.

Functionele valuta
De posten in de jaarrekening van de Stichting worden gewaardeerd met inachtneming van de valuta van de economische omgeving waarin de Stichting haar bedrijfsactiviteiten voornamelijk uitoefent (de functionele valuta). De geconsolideerde jaarrekening is opgesteld in antilliaanse guldens; dit is zowel de functionele als de presentatievaluta van de Stichting.

Transacties, vorderingen en schulden
Transacties in vreemde valuta gedurende de verslagperiode zijn in de jaarrekening verwerkt tegen de koers op transactiedatum.
Monetaire activa en passiva in vreemde valuta worden omgerekend in de functionele valuta tegen de koers per balansdatum. De uit de afwikkeling en omrekening voortvloeiende koersverschillen komen ten gunste of ten laste van de winst-en-verliesrekening, tenzij hedge-accounting wordt toegepast.
Niet-monetaire activa die volgens de verkrijgingsprijs worden gewaardeerd in een vreemde valuta worden omgerekend tegen de wisselkoers op de transactiedatum.
Niet-monetaire activa die volgens de actuele waarde worden gewaardeerd in een vreemde valuta worden omgerekend tegen de wisselkoers op het moment waarop de actuele waarde werd bepaald.

Operationele leasing
Bij de vennootschap kunnen er leasecontracten bestaan waarbij een groot deel van de voor- en nadelen die aan de eigendom verbonden zijn, niet bij de vennootschap ligt. Deze leasecontracten worden verantwoord als operationele leasing. Leasebetalingen worden, rekening houdend met ontvangen vergoedingen van de lessor, op lineaire basis verwerkt in de winst-en-verliesrekening over de looptijd van het contract.

1.4.3 *Grondslagen voor de waardering van activa en passiva*

Materiële Vaste Activa
Bedrijfsgebouwen en terreinen worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs plus bijkomende kosten of vervaardigingsprijs onder aftrek van lineaire afschrijvingen gedurende de verwachte toekomstige gebruiksduur. Op terreinen wordt niet afgeschreven.
Er wordt rekening gehouden met de bijzondere waardeverminderingen die op balansdatum worden verwacht. Voor de vaststelling of voor een materieel vast actief sprake is van een bijzondere waardevermindering wordt verwezen naar de betreffende paragraaf. De door de rechtspersoon de Nederlandse Antillen, rechtsopvolger Land Curaçao, ter beschikking gestelde Materiële vaste activa zijn geactiveerd op basis van de kostprijs (ANG. 43.496.262) zoals destijds opgegeven door een technisch expert.

Initialed on behalf of PricewaterhouseCoopers Curaçao
for identification purposes only
Willemstad

Overige Materiële Vaste Activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs inclusief direct toerekenbare kosten, onder aftrek van lineaire afschrijvingen gedurende de verwachte toekomstige gebruiksduur en bijzondere waardeverminderingen.

Financiële Vaste Activa
Onder de financiële vaste activa is een deposito opgenomen met een looptijd langer dan twaalf maanden. Het deposito is gewaardeerd tegen nominale waarde.

Bijzondere waardevermindering
De Stichting beoordeelt op iedere balansdatum of er aanwijzingen zijn dat een vast actief aan een bijzondere waardevermindering onderhevig kan zijn. Indien dergelijke indicaties aanwezig zijn, wordt de realiseerbare waarde van het actief vastgesteld. Indien het niet mogelijk is de realiseerbare waarde voor het individuele actief te bepalen, wordt de realiseerbare waarde bepaald van de kasstroomgenererende eenheid waartoe het actief behoort. Van een bijzondere waardevermindering is sprake als de boekwaarde van een actief hoger is dan de realiseerbare waarde; de realiseerbare waarde is de hoogste van de opbrengstwaarde en de bedrijfswaarde. Een bijzondere-waardeverminderingsverlies wordt direct als een last verwerkt in de winst-en-verliesrekening onder gelijktijdige verlaging van de boekwaarde van het betreffende actief.

De opbrengstwaarde is bepaald met behulp van de actieve markt. Voor de bepaling van de bedrijfswaarde is bij het contant maken van de kasstromen een disconteringsvoet gehanteerd.

Indien wordt vastgesteld dat een bijzondere waardevermindering die in het verleden verantwoord is, niet meer bestaat of is afgenomen, dan wordt de toegenomen boekwaarde van de desbetreffende activa niet hoger gesteld dan de boekwaarde die bepaald zou zijn indien geen bijzondere waardevermindering voor het actief zou zijn verantwoord.

Voorraden
De voorraden worden gewaardeerd tegen kostprijs op verkrijgingsprijzen onder toepassing van de FIFO-methode ('first in, first out') of lagere opbrengstwaarde.
De opbrengstwaarde is de geschatte verkoopprijs onder aftrek van direct toerekenbare verkoopkosten. Bij de bepaling van de opbrengstwaarde wordt rekening gehouden met de incourantheid van de voorraden.

De Stichting beschikt over twee voorraadmagazijnen, namelijk een voorraadmagazijn voor de medicijnen, verbandsartikelen, etc. en een voorraadmagazijn voor voedingsartikelen, huisvestingsartikelen en kantoorartikelen.
De Staat van baten en lasten is gedurende het boekjaar belast met de afgiften c.q. het verbruik van deze voorraden. Beide voorraden zijn in het boekjaar 2016 geïnventariseerd en de resultaten hiervan zijn verwerkt in de jaarrekening.

Vorderingen
Vorderingen worden bij eerste verwerking gewaardeerd tegen de reële waarde van de tegenprestatie. Handelsvorderingen worden na eerste verwerking gewaardeerd tegen de geamortiseerde kostprijs.

Als de ontvangst van de vordering is uitgesteld op grond van een verlengde overeengekomen betalingstermijn wordt de reële waarde bepaald aan de hand van de contante waarde van de verwachte ontvangsten en worden er op basis van de effectieve rente rente-inkomsten ten gunste van de winst-en-verliesrekening gebracht.
Voorzieningen wegens oninbaarheid worden in mindering gebracht op de boekwaarde van de vordering.

Liquide middelen
Liquide middelen bestaan uit kas, banktegoeden en deposito's met een looptijd korter dan twaalf maanden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden. Liquide middelen worden gewaardeerd tegen nominale waarde.

Bestemmingsreserve
De bestemmingsreserve is ontstaan uit de stelselwijziging van de waardering van het Fonds Materiele vaste activa op grond van de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving zoals gepubliceerd door de Nederlandse Raad voor de Jaarverslaggeving. De effecten hiervan zijn verwerkt in het Eigen vermogen van de Stichting. Met de hieruit voortvloeiende reserve is besloten een bestemmingsreserve te vormen voor de bouw van het Longstay-gebouw voor ANG 5.2 miljoen en voor de bouw van de drugsforensische afdeling voor ANG 9.381.000. Het restant is aangewend voor het vormen van een Onderhoudsreserve van ANG 2.111.341. De bestemmingsreserve voor de bouw van de Longstay-afdeling is reeds vrijgevallen. De bestemmingsreserve voor de drugforensische afdeling en achterstallig onderhoud is in 2016 vrijgevallen.

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.

De afschrijvingen en eventuele waardeverminderingen met betrekking tot de Materiële vaste activa die door het Land Curaçao, rechtsopvolger van de Rechtspersoon Nederlandse Antillen, aan de Stichting ter beschikking zijn gesteld, worden ten laste van het Fonds Materiële Vaste Activa verantwoord.

Langlopende schulden
Langlopende schulden worden bij de eerste verwerking gewaardeerd tegen reële waarde. Transactiekosten die direct zijn toe te rekenen aan de verwerving van de langlopende schulden worden in de waardering bij eerste verwerking opgenomen.
Langlopende schulden worden na eerste verwerking gewaardeerd tegen geamortiseerde kostprijs, zijnde het ontvangen bedrag rekening houdend met agio of disagio en onder aftrek van transactiekosten.
Het verschil tussen de bepaalde boekwaarde en de uiteindelijke aflossingswaarde wordt op basis van de effectieve rente gedurende de geschatte looptijd van de langlopende schulden in de winst-en-verliesrekening als interestlast verwerkt. Het gedeelte van de langlopende lening dat in het komend jaar opeisbaar wordt, is onder de kortlopende schulden opgenomen.

Kortlopende schulden
Kortlopende schulden worden bij de eerste verwerking gewaardeerd tegen reële waarde. Kortlopende schulden worden na eerste verwerking gewaardeerd tegen geamortiseerde kostprijs, zijnde het ontvangen bedrag rekening houdend met agio of disagio en onder aftrek van transactiekosten. Dit is meestal de nominale waarde.

1.4.4 *Grondslagen voor bepaling van het resultaat*

Algemeen
Het resultaat wordt bepaald als het verschil tussen de opbrengstwaarde van de geleverde prestaties en de kosten en andere lasten over het jaar. De opbrengsten op transacties worden verantwoord in het jaar waarin zij zijn gerealiseerd.

Opbrengstverantwoording
Netto-omzet omvat de opbrengsten uit levering van diensten onder aftrek van kortingen en dergelijke en van over de omzet geheven belastingen.
Verantwoording van opbrengsten uit de levering van diensten geschied naar rato van de geleverde prestaties.

De omzet wordt in eerste instantie verantwoord op basis van de door de Stichting ingediende declaraties bij de betreffende zorgverzekeraars, particulieren en overige instanties. Hierbij wordt rekening gehouden met de vastgestelde budgeten van SVB zoals eerder toegelicht.

Personeelsbeloningen
Lonen, salarissen en sociale lasten worden op grond van de arbeidsvoorwaarden verwerkt in de winst-en-verliesrekening voor zover ze verschuldigd zijn aan werknemers respectievelijk de belastingauthoriteit.

De Stichting heeft alle pensioenregelingen verwerkt volgens de verplichtingenbenadering. De over het verslagjaar verschuldigde premie wordt als last verantwoord.

Afschrijvingen op materiële vaste activa
Afschrijvingskosten worden apart in de winst-en-verliesrekening gepresenteerd. Materiële vaste activa worden vanaf het moment van gereedheid voor ingebruikneming afgeschreven over de verwachte toekomstige gebruiksduur van het actief. Over terreinen en vastgoedbeleggingen wordt niet afgeschreven.
Indien een schattingswijziging plaatsvindt van de toekomstige gebruiksduur, dan worden de toekomstige afschrijvingen aangepast. Boekwinsten en -verliezen uit de incidentele verkoop van materiële vaste activa zijn begrepen onder de afschrijvingen.

Financiële baten en lasten
Rentebaten en rentelasten worden tijdsevenredig verwerkt, rekening houdend met de effectieve rentevoet van de desbetreffende activa en passiva. Bij verwerking van de rentelasten wordt rekening gehouden met de verantwoorde transactiekosten op de ontvangen leningen. Koersverschillen die optreden bij de afwikkeling of omrekening van monetaire posten worden in de winst-en-verliesrekening verwerkt in de periode dat zij zich voordoen.

Belastingen
De Stichting is vrijgesteld van winstbelasting op Curaçao.

1.4.5 *Financiele instrumenten en risicobeheersing*

Valutarisico
De Stichting is voornamelijk werkzaam op de Caribische gebieden behorend tot het Nederlandse Koninkrijk. Het valutarisico voor de Stichting heeft vooral betrekking op transacties in euro's voortvloeiend uit facturaties aan Nederlandse instellingen. De Stichting factureert in Antilliaanse guldens maar de ontvangst wordt in euro's overgemaakt en geconverteerd in ANG. Het aantal transacties in euro's is marginaal hierdoor acht de Stichting de valutarisico ook marginaal.

Prijsrisico
De Stichting loopt geen prijsrisico.

Renterisico
De Stichting heeft voor de bouw van Longstay een lening afgesloten tegen een vast rentepercentage van 6.6% voor 10 jaar alsmede een termijn deposito (als onderpand) met een vast rentepercentage van 4.5%. Alle overige vorderingen en schulden zijn niet rentedragend.

Kredietrisico
De Stichting heeft twee grote debiteuren waarvan in een normale omstandigheid zou leiden tot verhoogd kredietrisico. De SVB en de Ministerie van Justitie vormen de significante debiteuren. Beiden voeren uit een beleid namens het Land Curaçao. Met name de Ministerie van Justitie betaald tussen de 90 en 120 dagen. De liquide middelen staan uit bij kredietwaardige banken.

Liquiditeitsrisico
Gezien de financiele situatie waarin de Stichting zich bevindt, kan de Stichting geen gebruik maken van kredietfaciliteiten bij banken. Hierdoor loopt de Stichting liquiditeitsrisico. De Stichting beheerst het liquiditeitsrisico door te sturen middels de begroting, crediteurenmanagement en continue overleg met de overheid over de oplossing van het liquiditeitsvraagstuk.

2 Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Verklaring van de onafhankelijke accountant

Aan: de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles

Referentie: DH/136140/2170289

Ons oordeel

De verkorte jaarrekening 2016 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles te Curaçao (de Stichting) is ontleend aan de gecontroleerde jaarrekening 2016 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Naar ons oordeel is de bijgesloten verkorte jaarrekening in alle van materieel zijnde aspecten consistent met de gecontroleerde jaarrekening 2016 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles op basis van de grondslagen zoals beschreven in punt 1.4.2 van de toelichting.

De verkorte jaarrekening bestaat uit:

1. De verkorte balans per 31 december 2016
2. De verkorte staat van baten en lasten over 2016
3. Het verkorte kasstroomoverzicht 2016 en
4. De toelichting op de verkorte balans

Verkorte jaarrekening

De verkorte jaarrekening bevat niet alle toelichtingen die zijn vereist op basis van de in Nederland algemeen aanvaarde grondslagen voor waardering van de activa en de passiva en methoden van resultaatbepaling alsmede het Boek 2 van het in Curaçao geldende Burgerlijk Wetboek. Het kennisnemen van de verkorte jaarrekening en onze verklaring daarbij kan derhalve niet inde plaats treden van het kennisnemen van de gecontroleerde jaarrekening van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles en onze controleverklaring daarbij. De verkorte jaarrekening en de gecontroleerde jaarrekening bevatten geen weergave van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden sinds de datum van onze controleverklaring van 28 juni 2017.

De gecontroleerde jaarrekening en onze controleverklaring daarbij

Wij hebben een goedkeurend oordeel verstrekt bij de gecontroleerde jaarrekening 2016 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles in onze controleverklaring van 28 juni 2017. Die controleverklaring bevat ook een paragraaf ter benadrukking van een materiele onzekerheid omtrent de continuïteit.

Verklaringen bij de verkorte jaarrekening

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor het opstellen van de verkorte jaarrekening op basis van de grondslagen zoals vermeld in punt 1.4.2 van de toelichting.

De raad van toezicht is verantwoordelijk voor het uitoefenen van toezicht op het proces van financiële verslaglegging van de Stichting.

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

Onze verantwoordelijkheden

Onze verantwoordelijkheid is het afgeven van een oordeel of de verkorte jaarrekening in alle van materieel belang zijnde aspecten consistent is met de gecontroleerde jaarrekening op basis van onze werkzaamheden, uitgevoerd in overeenstemming met internationaal algemeen aanvaarde controlestandaarden, waaronder de controlestandaard ISA 810, "Opdrachten om te rapporteren betreffende samengevatte financiële overzichten".

Curaçao, 29 juni 2017
PricewaterhouseCoopers Curaçao

Gijsbert (A.N.) Turkenburg RA

Klínika Capriles

Mohikanenweg 8

Tel: 737 4700

Fax: 736 9216

Yudaboyu

Barendslaan 11

Tel: 738 9511

Fax: 738 9553

Zijn onderdeel van