



Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis



Jaarverantwoording 2017





Inhoudsopgave

JAARDOCUMENT 2017 KLINIKA CAPRILES	1
VOORWOORD	2
1. UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING	3
2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE.....	4
2.1. ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS.....	4
2.2. STRUCTUUR VAN DE INSTELLING	4
2.3. KERNGEGEVENS.....	8
2.4. BELANGHEBBENDEN	10
3.GOVERNANCE.....	15
3.1. BESTUUR EN TOEZICHT.....	15
3.2. BEDRIJFSVOERING	19
4.BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	22
4.1. MEERJARENBELEID	22
4.2. ALGEMEEN BELEID.....	27
4.3. KWALITEITSBELEID	33
4.4. KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS	49
4.5. FINANCIËEL BELEID	56
JAARREKENING 2017	60
1.1. VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2017	(4) 63
1.2. VERKORTE STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 2017	(5) 64
1.3. VERKORTE KASTROOMOVERZICHT OVER 2017	(6) 65
1.4. TOELICHTING OP DE BALANS PER 31 DECEMBER 2017	(7) 66
2.CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT	(16) 75



Jaardocument 2017 Klinika Capriles

Het maatschappelijk verslag 2017 is op 21 juni 2018 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

De jaarrekening 2017 is op 21 juni 2018 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Waldi Oostburg
Raad van Bestuur

De jaarrekening 2017 is op 21 juni 2018 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Het maatschappelijk verslag 2017 is op 21 juni 2018 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

In 2017 is de financiële positie van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles (Klinika Capriles) en ook de Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie behoorlijk verbeterd. Dit betekent geenszins dat de financiële rust is teruggekeerd. Door de niet-kostendekkende budgetten van met name de Basis Verzekering Ziektekosten blijft onze liquiditeitspositie de nodige aandacht vragen. Eind 2017 heeft de Minister het budget voor 2018 nog niet bepaald, hetgeen ons nog steeds noopt tot terughoudendheid in ons financieel beleid. Dit heeft zijn weerslag op het organisatiebeleid en plaatst strakke kaders voor de verdere ontwikkeling van de zorg.

Het feit dat de kliniek in 2017 ANG 4.9 miljoen achterstallige en lopende VUT en Duurtetoelagen gedwongen moest betalen aan het Algemeen Pensioenfonds Curaçao heeft een enorme negatieve invloed gehad op onze liquiditeitspositie. Bij de vaststelling van de tarieven voor psychiatrische zorg werd destijds geen rekening gehouden met deze kostencomponenten en de overheid heeft deze kosten niet voor haar rekening willen nemen.

Om in de toekomst verantwoorde zorg te kunnen blijven garanderen acht Klinika Capriles het als cruciaal dat het Land Curaçao in 2018 komt tot een tariefsaanpassing die aansluit bij het niveau van dienstverlening die in overeenstemming is met wat als verantwoorde zorg mag worden aangemerkt.

Ondanks de moeilijke financiële situatie heeft de kliniek ook het afgelopen jaar alles op alles gezet om de kwaliteit van haar dienstverlening te waarborgen. Hiervoor zijn wij ons personeel die in deze onzekere periode haar motivatie en inzet is blijven tonen zeer dankbaar.



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 2017 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.

De Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (Yudaboyu) is op 7 april 2010 opgericht en gelieerd aan de Stichting GGz Curaçao. De Raad van Ministers heeft de oprichting op 11 januari 2012 goedgekeurd. Een vergunning is door de Minister van Volksgezondheid op 16 november 2012 afgegeven. De Stichting heeft vanaf 7 maart 2016 een unicocode. Desondanks weigert de Sociale Verzekeringsbank de stichting in te schrijven als medewerkende zorgverlener. De activiteit van de stichting gebeurt nu als onderdeel van Klinika Capriles.



Organogram Klinika Capriles per 31 december 2017





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

Algemeen AVBZ-zorg

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

Private zorg

	Ja/nee
Hebt u in 2017 zorg verleend gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee



Gegevens verblijfplaatsen

Capaciteitsgegevens verblijfplaatsen

AFDELING	CAPACITEIT	INDICATIE STELLING	VERBLIJFS- DUUR
Short Stay	32 bedden	Acute opname, diagnostiek, crisisinterventie, observatie, behandeling	0 – 3 maanden
Medium Stay 1 – 4	20 bedden	<i>Licht verstandelijk beperkten met moeilijk gedrag</i>	onbepaald
	<i>16 bedden</i>		
<i>Ziekenboeg</i>	<i>4 bedden</i>		
Medium Stay 5 – 7	16 bedden	Ernstige psychiatrische aandoeningen met gedragsproblemen.	Langer dan 24 maanden
Pico Plata	16 bedden	Patiënten met acting-out gedrag en middelengebruik d.m.v. plaatsing door de rechter	Tot 12 maanden
Long Stay	40 bedden	Ouderen met ernstige psychiatrische aandoeningen	Langer dan 24 maanden
Kas Florisol	54 bedden	Resocialisatie afdeling voor langdurig opgenomen chronische patiënten	Onbepaald
Dagbehandeling /nachtopvang Un Miho Mañan	40 stoelen 24 bedden	Ernstige psychiatrische aandoeningen in een maatschappelijk kwetsbare positie met acting-out gedrag en middelengebruik e/o zorgmijders	Onbepaald
Deeltijdbehandeling	24 stoelen		Tot 2 jaar
Groep 1: Exploratiefase	<i>8 stoelen</i>	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	<i>8 stoelen</i>	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	<i>8 stoelen</i>	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	178 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;
 IAB : Psychiatrische hulp aan patiënten in hun eigen omgeving (outreach).
 Intensieve:
 ambulante
 begeleidng

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 2017	3392
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2017	178
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2017	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in 2017	59.978
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in 2017	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2017	11.387
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in 2017	26.742
Personeel	
Aantal patiëntgebonden (ggz-)personeelsleden in loondienst op 31 december 2017	167
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2017	164.35
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2017	239
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2017	235.15
Aantal psychiaters in loondienst per 31 december 2017	6
Aantal psychiaters in FTE per 31 december 2017	6
Bedrijfsopbrengsten	
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2017	23,925,424
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	1,220,004



2.3.3. Werkgebieden

Nieuwe klinische opnames in 2017 beperkten zich tot cliënten uit Curaçao, Bonaire en enkele buitenlandse toeristen. Van Aruba zijn nog acht 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 2017	Aantal fte's per 31 december 2017
<i>1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst</i>			
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100	0	0
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300	0	0
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400	6	6
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500	11	10.2
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 5)	413600	23	22.6
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 4)	413600	94	93.75
Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)	413600	16	16
Helpenden (niveau 2)	413600	0	0
Zorghulpen (niveau 1)	413600	1	1
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	413600	134	133.35
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700	16	14.80
Subtotaal	413000	167	164.35
<i>2) Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst</i>			
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch			
Subtotaal	414000		
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>			
Personeel algemene en administratieve functies	411000	22	21.8
Personeel hotelfuncties	412000	42	41.0
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000	8	8.0
Subtotaal	411+412+415000	72	70.8
B) Personeel niet in loondienst	Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2017	Aantal fte's per 31 december 2017
Stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch			
Overige stagiaires			
Uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch		9	9
Overige uitzendkrachten		1	1
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en specialisten in loondienst elders			
Overig ingehuurd personeel		12	7.19
Vrijwilligers		1	0.20
Alfa-helpenden			
Subtotaal		23	17.39
A + B) Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst		262	252.54



2.4. Belanghebbenden

Beleidsbepaler /toezichthouder

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

De Minister van Gezondheid Milieu en Natuur heeft voor 2017 een budget bepaald voor de Basis Verzekering. Wij konden ons niet verenigen met dit budget en hebben het meegenomen in ons hoger beroep tegen de Overheid. (zie rechtzaken).

- **Inspectie voor de Volksgezondheid**

- *Klachten*

Gedurende 2017 zijn geen klachten ingediend bij de Inspectie.

- *Inspectiebezoeken*

- *Afdeling Inspectie gezondheidszorg*

In 2017 heeft een inspectiebezoek plaatsgevonden. Een aantal zaken zoals continuïteit van zorg, beleid opname en veiligheid zijn besproken. Er zijn geen maatregelen door de Inspectie getroffen.

- *Afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming*

In 2017 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.

Rechtzaken

- Op 1 februari 2013 trad de Landsverordening basisverzekering in werking. Per besluit van 8 december 2014 stelde de minister van GMN het jaarlijks budget vast op ANG 6.4 mln maar liet dit budget pas ingaan op 1 oktober 2014 in plaats van 1 februari 2013. Deze latere ingangsdatum resulteerde in een inkomstendering voor Klinika Capriles van ANG 3.7 mln. Bovendien verzuimde de minister aan te geven op grond waarvan het budget werd vastgesteld en hoe dit budget zich verhoudt tot het door Klinika Capriles te verlenen zorgniveau en zorgvolume. Op 18 januari 2016 besloot de minister het jaarlijks budget voor 2016 wederom vast te stellen op ANG 6.4 miljoen. Klinika Capriles is tegen beide besluiten van de minister van GMN in beroep gegaan. Op 3 oktober 2017 verklaarde het



Gemeenschappelijk Hof van Justitie het door Klinika Capriles aangevane hoger beroep gegrond. Het Hof vernietigde de uitspraak van het Gerecht in eerste aanleg van 26 oktober 2016 en tevens de besluiten van de minister van Gezondheid Natuur en Milieu van 8 december 2014 en 18 januari 2016. Voorts bepaalde het Hof dat de minister met in achtneming van deze uitspraak, nieuwe beschikkingen diende te nemen inzake de budgettering van de door Klinika Capriles en het Centrum voor kinder en jeugdpsychiatrie te verlenen zorg voor de perioden van 1 februari 2013 t/m 31 december 2016. Het budget werd voor 2017 gehandhaafd.

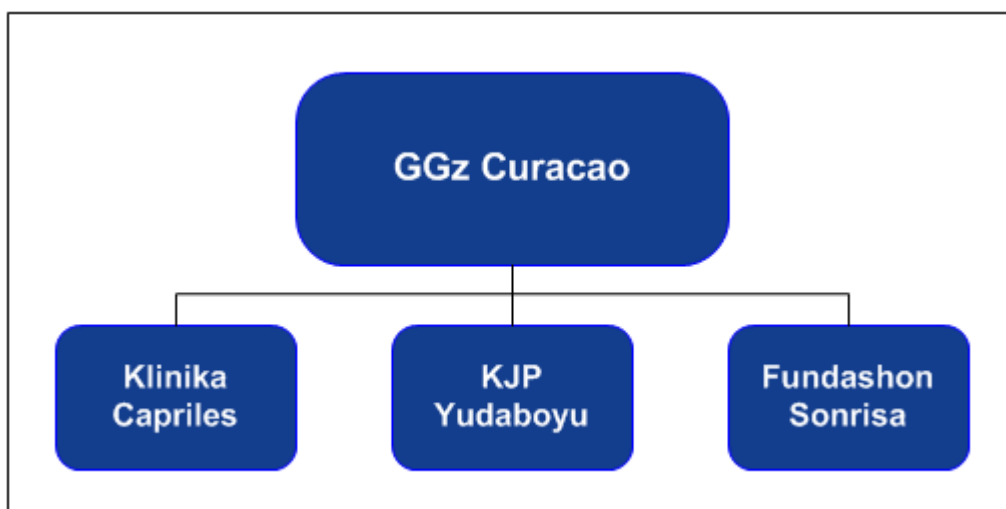
Op 11 januari 2018 zijn Klinika Capriles, de Sociale Verzekeringsbank en de Landsontvanger overeengekomen dat per 31 december 2017 de vordering volgens de Klinika Capriles op de SVB zijnde ANG 8.996.286 wordt verrekend met de uitstaande premies en is het bedrag van ANG 494.621 niet inbaar gesteld.

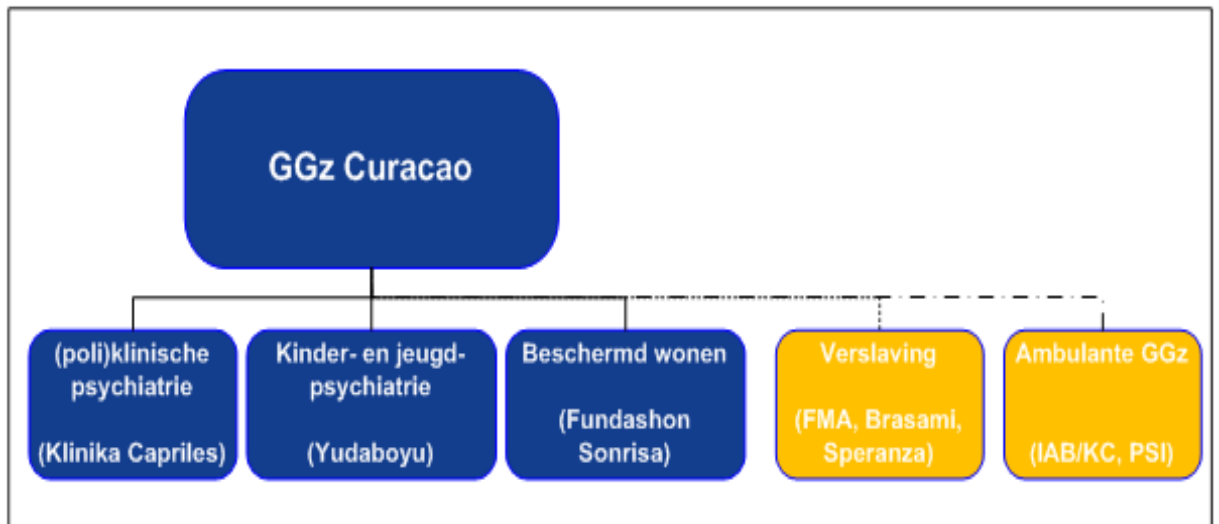
- Op 6 oktober 2017 veroordeelde de rechter in Eerste Aanleg van Curaçao het Land Curaçao om ANG 2.656.428 bij wijze van voorschot te betalen, te vermeerderen met de wettelijke rente. Het Land Curaçao was dit bedrag schuldig aan Klinika Capriles. Het betrof facturen over de periode 2014 en 2015 voor de behandelingen van patiënten opgenomen na een rechterlijke vonnis. De gemachtigde van het Land erkende de schuld. Het Land heeft aan dit vonnis gehoor gegeven. De Landsontvanger van Curaçao heeft de betaling gebruikt om schulden van Klinika Capriles betreffende sociale premies te verrekenen.

Samenwerkingsverbanden op landelijk niveau.

- **Duurzame samenwerking tussen de GGz instellingen.**
In april 2010 is de *Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao* opgezet als moederstichting van de nieuwe werkstichtingen *Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu"* en *Stichting Facilitair Bedrijf*. De moederstichting bestuurt en levert ondersteuning aan de werkstichtingen. Elke werkstichting is eigenaar van haar activiteit en financiën.
Eind 2010 is *Klinika Capriles* toegetreten tot deze structuur. In februari 2011 is de 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 én 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 2017 heeft deelgenomen:

- Het her-installeren van het Zorgplatform is een goede ontwikkeling in de richting van het gezamenlijk zoeken naar mogelijkheden een kwalitatief goede zorg te leveren en de toenemende kosten hiervan beheersbaar te houden. Deelnemers zijn de SOAW, GMN en FZI;
 - Een governance code is in concept gereed voor vaststelling door het bestuur in 2018;
 - Een model bestuursreglement is bijna gereed;
 - Uitvoering samenwerkingsprotocol SFZ, Sehos en CHV inzake HNO Zorgpaden;
 - De Centrale Inkoop m.b.v. e-shop en deelname inkoopteam lopen in grote lijnen naar tevredenheid;
 - Contractmanagement collectieve verzekeringen heeft geleid tot verbetering in de naleving van de Service Level Agreement door Ennia. De gunstige schadecijfers ziektekosten-, motor- en inbraakverzekering van het afgelopen jaar hebben geleid tot premierestituties en het afzien van premieverhogingen;
 - Bijscholing leermeesters, evaluatie beroepshoudingstoetsen stagiaires, certificering van leermeesters;
 - Deelname HR-commissie;
 - De geplande samenwerkingsactiviteiten vinden momenteel voornamelijk plaats in het kader van de afspraken die binnen de werkgroep Shared Services worden gemaakt. De resultaten van de werkgroep voldoen aan de gestelde verwachtingen;
 - Er zijn 3 bijeenkomsten gehouden over de volgende thema's:
 - Gezamenlijke klachtencommissie;
 - Kwaliteitsmanagement in de zorg;
 - Informatiebeveiliging in de zorg.
- **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 kinderen jeugdpsycholoog werkzaam bij het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. De opleiding duurt twee (2) jaren. Voorbereidingen worden getroffen voor een visitatie. Tevens werden voorbereiding getroffen om te komen tot de ontwikkeling van een Business Intelligence tool voor Klinika Capriles welke gebaseerd is op de wijze waarop Parnassia deze in haar eigen organisatie in gebruik heeft.
- **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.
- **Mental Health Caribbean (Bonaire)**

Een samenwerkingsovereenkomst was in 2017 van kracht. 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.



- **Stichting Verslavingszorg & psychiatrie Caribisch Nederland**

De samenwerking betreft de opname en behandeling in Klinika Capriles van cliënten uit Bonaire.

Informatievoorziening

Intern

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

- “Ban Kombersá”, een kwartaalbijeenkomst met onderwerpen variërend van werkgerelateerde tot meer persoonlijke ontwikkeling, heeft drie maal plaatsgevonden. Fundashon Prevenshon heeft twee informatiesessies gegeven over het belang van screening op het HPV virus, waarna het vrouwelijke personeel gedurende de daaropvolgende drie weken zich kon laten testen op locatie Klinika Capriles. Verder was er een sessie aangaande de invloed van voeding op de gezondheid en een “motivational / inspirational” sessie met Andrew “Andy” Kirchner. De “Lunch di Interkambio”, een tweemaandelijks 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 Klinika Capriles en Fundashon Sonrisa plaats. In 2017 vond het zowel bij Fundashon Sonrisa als bij Klinika Capriles drie maal plaats.
- Ook het personeelsblad GGz Indoors is in 2017 drie maal verschenen.

Extern

- Ook in 2017 zijn er diverse rondleidingen en/of informatiesessies verzorgd voor zowel scholen als individuele personen.
- Voor de huisartsen waren er twee themabijeenkomsten. Een over het metabool syndroom bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en de andere behandelde de KZ-verklaring en de rol van de huisarts hierbij.
- Onderdeel van het fondsenwervingsevenement “Walk4Light” van Hospice Arco Cavent was een informatiemarkt. De stichtingen van GGz Curaçao waren daar ook vertegenwoordigd en zowel personeel als enkele cliënten hebben informatie gedeeld met het aanwezige publiek.
- Ter ondersteuning van het project “Nothing Physical” van JCI IOBA (een project dat ten doel heeft stigma te bestrijden door het verspreiden en delen van informatie over psychiatrie en aanverwante onderwerpen) zijn enkele artikelen over psychische aandoeningen geleverd en heeft een van de psychologen en de communicatiemedewerker deelgenomen aan een radioprogramma.



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?	<ul style="list-style-type: none"> • Begrotingen 2018 van Klinika Capriles, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Fundashon Sonrisa; • Jaarrekeningen 2016 van Klinika Capriles, Fundashon Sonrisa en Facilitair Bedrijf GGz Curaçao; • Het Maatschappelijk verslag 2016; • Vergader- en informatieschema 2018; • Jaarplanning Raad van bestuur 2018;
Bestaan er commissies binnen het toezichthoudend orgaan?	<p><u>Financiële Commissie</u>: 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.</p> <p><u>Zorgcommissie</u>: 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.</p> <p><u>HRM commissie</u>: bestaat uit de HRM deskundige. Bespreekt personeelsgerelateerde onderwerpen met de directie die meestal wordt bijgestaan door de HRM van Stichting GGz Curaçao. Het Rvt lid brengt verslag uit aan de rest van de raad van toezicht.</p>
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?	Ja
Heeft het toezichthoudend orgaan haar eigen functioneren dit verslagjaar beoordeeld?	Ja
Bij hoeveel van deze vergaderingen was de raad van bestuur aanwezig?	7
Bestaat er regulier overleg met de externe accountant?	Een overleg heeft in 2017 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 2017

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

Nevenfunctie per 31 december 2017

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 2017

Naam	Taakverdeling	Aftreiddatum	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 huidige aanbod geen mogelijkheid om kinderen en jongeren 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 dichtslippen 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 nog steeds de grootste bedreiging voor Klinika Capriles. Concrete stappen van de zijde van de overheid om te komen tot tarieven die aansluiten op de kostenstructuur van de psychiatrische zorg blijven voornamelijk uit. Ook het ontbreken van ministeriele beschikkingen



die voorzien in een afdoende budget ter dekking van de noodzakelijkerwijs te maken kosten voor BVZ-zorg vormt een belangrijke afbreukrisico.

Enig licht aan de horizon in dit kader biedt de rechterlijke uitspraak van het Hof van 3 oktober 2017 inhoudende de vernietiging van de ministeriële beschikkingen regelende het BVZ-budget over de periode oktober 2014 t/m december 2016.

Hiernaast geldt dat de volledige kwijtschelding van de wederzijdse vorderingen en schulden van Klinika Capriles en de SVB een belangrijke stap vormt in de richting van het gezond krijgen van de financiële vermogenspositie van de kliniek.



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 cliëntensysteem. 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.
- Functievulwasse 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.
- Leidinggevers 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 verbeterlagen te maken zijn. Deze verbeterlagen 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 2017 Directie /Afdeling Kwaliteit, Innovatie en Communicatie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Positionering, externe samenwerking en communicatie			
Stichting GGz Curaçao	1	GGz Curaçao heeft de aanbevelingen uit de management letter 2015 inzake: (1) procedures informatiebeveiliging en formalisering wijzigingenbeheer opgevolgd <i>RvB heeft het Beleid "Wijzigingenbeheer" vastgesteld</i> (2) samenwerkingscontracten GGz en werkstichtingen <i>Protocollen inzake dienstenverlening GGz en werkstichtingen zijn vastgesteld.</i>	😊
	2	Beleidsnota Klinika Capriles is vastgesteld waarmee alle stichtingen van GGz Curaçao beschikken over een meerjarennota. De zorgnota's beschrijven het meerjaren zorginhoudelijk beleid van de stichting en passen binnen de kaders van Strategische Nota van GGz <i>Deze nota is niet opgesteld vanwege de onzekerheid rondom de financiële situatie.</i>	😞
	3	Een beleidsnota risicomanagement is beschikbaar en in uitvoering <i>Deze nota is niet beschikbaar</i>	😞
Veiligheid	4	Het management stuurt effectief op de vastgestelde veiligheidsprestatie-indicatoren (VPI's) <i>Er zijn kwaliteitsdocumenten voor 5 veiligheidsindicatoren opgesteld:</i> <i>(1) (Tijdige) somatische screening bij nieuwe cliënten en</i>	😊



		<p>cliënten langdurig in zorg; (2) Ervaren veiligheid cliënten; (3) Actuele medicatie; (4) Insluiting (separatie); (5) Ervaren veiligheid medewerkers. T.a.v. indicatoren 1 en 2 is de verbetercyclus in werking. T.a.v. indicatoren 3 en 4 zijn nieuwe registratiewijzen vastgesteld welke nog moeten worden ingeregeld in EZRA. T.a.v. indicator 5 is een nulmeting "ervaren veiligheid" in voorbereiding die begin 2018 wordt uitgevoerd.</p>	
	5	<p>De privacy van cliënten is in EZRA gewaarborgd conform de vastgestelde afspraken hierover <i>Het configuratieproces voor wat betreft de her-regeling van EZRA-organisaties voor de klinische afdelingen is nog in uitvoering. Dit neemt meer tijd dan voorzien. Het EZRA-configuratieproces voor de poliklinische voorzieningen was reeds in 2016 afgerond.</i></p>	☹️
Huisvesting	6	<p>Het plan 'herinrichting huisvesting/zorg KC' is succesvol uitgevoerd. <i>De drugs-forensische afdeling "Pico Plata" is verhuisd naar het gebouw van MS 8-10.</i></p>	😊
	7	<p>Nieuwbouw KJP en Begeleid Wonen is gerealiseerd.</p>	☹️
Behandeling en zorg	8	<p>Er is een keuze gemaakt voor de invoering van een nieuw ECD en een invoeringsplan is beschikbaar. <i>Een Programma van Eisen inzake ECD is opgesteld en n.a.v. werkberzoek Nederland is een directieadvies uitgebracht. Mede op basis hiervan is het contract met Serviant inzake EZRA met 2 jaar verlengd.</i></p>	😊
	9	<p>Beleidsnota "LVB in GGz context" is vastgesteld. Het hierop gebaseerde actieprogramma LVB-beleid 2017 is uitgevoerd <i>RvB heeft de beleidsnota "LVB in GGz context" vastgesteld. Het actieprogramma LVB-beleid in 2017 is grotendeels uitgevoerd. Zo zijn LVB cliënten nu gehuisvest op de afdeling MS 1-4 zodat wij kennis en ervaring met deze doelgroep opdoen.</i></p>	😊
	10	<p>KPI Productiviteit behandelaars KJP en Poli KC is vastgesteld en ingevoerd <i>RvB /KIC hebben een voorstel inzake streefwaarden "behandeluren" gepresenteerd aan en besproken met behandelaars Yudaboyu. Deze streefwaarden zijn nog niet geformaliseerd.</i></p>	☹️
	11	<p>Verbetercyclus KPI Herstelgerichte zorg (ROPI) is ingevoerd en geborgd. <i>De ROPI-metingen zijn conform planning uitgevoerd (d.w.z. alle afdelingen behalve PP, IAB en UMM) en de resultaten zijn besproken met verantwoordelijk management.</i></p>	😊



Competentie management	12	<p>Competentiemanagement is ingevoerd</p> <p><i>Door Afas is in het najaar de module 'gesprekkencyclus' beschikbaar gesteld. Deze module is op basis van de uitgangspunten van GGz Curaçao ingericht. Er zijn informatiesessies voor alle leidinggevendenden georganiseerd over de gesprekscyclus en over het hanteren van Insite (Afas) hierbij.</i></p> <p><i>Door de financiële situatie en de daardoor onzekere toekomst van de organisatie is de gesprekscyclus niet ingevoerd.</i></p> <p><i>Competentieprofielen zijn bij verschillende selecties gehanteerd, beleid is nog niet uitgewerkt</i></p>	☹️
Financiën	13	<p>Met de overheid zijn nieuwe afspraken gemaakt m.b.t. de bekostiging van de psychiatrische zorg van KC en KJP en de zorg wordt conform geleverd</p> <p><i>Ministerie van Volksgezondheid beweegt in de goede richting echter niets concreet gerealiseerd.</i></p>	☹️
	14	<p>Er zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop budgetverantwoordelijkheid in de lijn zal worden ingevoerd en een start is gemaakt met de invoering ervan</p> <p><i>Kostenplaatsenrapportage is nog niet geïmplementeerd. Handleiding kostenplaatsing is recent wederom aangepast en aan Financiële administratie gecommuniceerd.</i></p> <p><i>Tijdens begrotingsronde is aandacht besteed aan de budgetverantwoordelijkheid per manager.</i></p>	☹️

4.2.2 Jaarplanning 2017 Medisch /psychologische staf

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Behandeling			
Psychiatrie	1	<p>Eind 2017 is er een richtlijn schizofrenie Klinika Capriles beschikbaar.</p> <p><i>Een zorgstandaard psychose GGz Curaçao is klaar (Mindmap met bijlages) en werd besproken en goedgekeurd binnen de medisch-psychologische staf.</i></p>	😊
	2	<p>Een pragmatisch zorgprogramma voor de behandeling van verslaving bij de dubbel diagnose doelgroep is vastgesteld en een implementatieplan is beschikbaar</p> <p><i>Er is gewerkt aan inhoudelijke onderdelen van een zorgprogramma, maar uiteindelijk werd er voor gekozen om een goed raamwerk te maken. Concept van een Nota Dubbel Diagnose Beleid met implementatieplan is bijna klaar. Afronding in 2018.</i></p>	☹️
	3	<p>De groep LVB is ge-identificeerd (via pilot met SCIL) en in een procedure is beschreven hoe binnen de GGz nieuwe cliënten gescreend worden op LVB.</p> <p><i>SCIL is nog niet gevalideerd, dus pilot kon nog niet doorgaan. Wel is een procedure in de maak, maar nog niet afgerond</i></p>	☹️



	4	Eind 2017 heeft iedere klinisch opgenomen cliënt een actief recent (< 1 jaar oud) rehabplan in EZRA. (UMM en IAB aparte doelstelling), waarvoor de behandelaren samen met de begeleider en de cliënt de algemene en specifieke doelen hebben geformuleerd. <i>Doel van 100% resp. 50% is niet behaald. Wel is er een verbetering t.o.v. eind 2016: In de kliniek beschikt 76% van de cliënten over een actueel Rehabplan (< 1jaar), tov 68% vorig jaar; ambulans is dit 45% (actueel Rehabplan < 2 jaar) tov 30% vorig jaar.</i>	😊
	5	Bestaand protocol transfer cliënten van Yudaboyu naar de (poli)kliniek voor volwassenen wordt goed gevolgd. Er wordt nagegaan hoeveel van deze transitie plaatsvinden en succesvol verlopen. <i>Afgelopen jaar slechts 6 transfercliënten, registratie hiervan erg beperkt, op 1 na geen overdrachtsbrieven, geen goed zicht op of transitie al dan niet goed verliep</i>	😊
	6	Samenwerking met huisartsen is optimaal: Minimaal eenmaal per jaar vindt overleg met huisartsen plaats. <i>In 2017 hebben twee goed bezochte vergaderingen met huisartsen, over KZ en metabool syndroom plaatsgevonden.</i>	😊
Somatiek	7	Eind 2017 zijn de labaanvragen (frequentie/ inhoud/ procedure) gereviseerd en aangescherpt <i>Frequentie en procedure zijn al aangescherpt. Inhoud is bij 75% van alle cliënten gedaan</i>	😊
	8	(Bevoegd-) en Bekwaamheid bij zorgverleners op de afdelingen en bij de huisarts voor wat betreft de voorbehouden handelingen met name infuus en katetheriseren. <i>Huisarts is bevoegd en bekwaam voor inbrengen van blaascatheters. Nog niet volledig afgerond voor wat betreft zorgpersoneel.</i>	😊
	9	Dokterskamer en Botika: Start maken om de meest gebruikte werkprocessen in de botika en huisartsenpost na te gaan en eventueel te beschrijven <i>Botika is afgerond. Deel van dokterskamer moet nog.</i>	😊

4.2.3 Jaarplanning 2017 Zorg

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Behandeling			
Veiligheid	1	Dwang en drang beleid: De mogelijkheden en randvoorwaarden om te komen tot het terugdringen van separeren zijn in kaart gebracht. <i>Notitie Beleid dwangreductie is opgesteld en goedgekeurd door RvB.</i>	😊



	2	Coördinatoren en zorgmedewerkers maken gebruik van de Prisma methode om een probleem te analyseren. (Actiepunten VIM meldingen) <i>De coördinatoren passen deels de Prisma methode toe bij afhandelen van Vimmeldingen.</i>	😊
	3	Afspraken a.d.h.v. aanbevelingen uit de risicoaudit medicatie zijn gemaakt. Doelen uit het (nog op te stellen) verbeterplan zijn behaald <i>Minimaal uitvoering/(controle) aan gegeven vanuit MZ wegens andere prioriteiten. Op afdelingsniveau is hier wel aandacht voor. Aantal punten in aanbevelingen zijn opgepakt.</i>	😊
Afdelingsgebonden ontwikkelingen	3	Een verbeterplan van dagrapportage in EZRA en overdracht moment is beschikbaar, om de continuïteit van zorg te garanderen <i>Beschikbaar maar nog niet geïmplementeerd. Aanpak gewijzigd. Te starten met pilot afdeling i.p.v. heel de kliniek.</i>	😊
	4	Medewerkers zijn getraind in het geven van zorg vanuit een belevingsgerichte visie en geven uiting aan deze visie door de bejegening, zingeving en welzijn van de ouder wordende cliënt centraal te stellen <i>Training Belevingsgerichte zorg heeft op de Pilot afdeling LS plaatsgevonden (met goed resultaat). Afhankelijk van subsidie Samenwerkende Fondsen of dit doorgezet kan worden op andere afdelingen met externe begeleiding.</i>	😊
	5	Met de coördinatoren zijn duidelijke algemene afspraken gemaakt over de wijze waarop auditrapportages worden besproken en de follow up die hierop dient plaats te vinden.(GGz thermometer, Ropi, maaltijdenbeleid, patiënten tevredenheid) <i>Deels uitvoering aan gegeven. Follow up was minimaal. Afspraken waren niet duidelijk genoeg.</i>	😊
	6	Activiteiten en trainingscentrum biedt een breed scala van activiteiten en trainingen als integraal onderdeel van het behandelplan van de cliënt. <i>Inventarisatie van trainingen/activiteiten aanbod is rond. Nog niet geïmplementeerd als onderdeel van het behandelplan. Aanpak herstelacademie wordt gewijzigd.</i>	😊
	7	Begeleiding en bejegening van LVB cliënten is optimaal waarbij ook aandacht is voor een aangepast leefklimaat. <i>Trainingen van extern zijn afgerond. Psycholoog Steedel is voor een (LVB)werkstage naar NL afgereisd. Afdeling MS 1-4 krijgt sinds december 2017 wekelijks training on the job van een orthopedagoge.</i>	😊



4.2.4. Activiteiten

- Er is een breed scala van activerende bezigheden, gecoördineerd vanuit het Activiteiten- en Trainingscentrum. Daarbij is veel aandacht voor lichaamsbeweging: wandelen, zwemmen en individuele begeleiding bij sport. Er zijn afspraken met het 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.

4.2.5. Jaarplanning 2017 Kinder- en Jeugdpsychiatrie (“Yudaboyu”)

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Psychiatrie	1	Technology of Participation (TOPs) methodiek zal als basis dienen in het ontwikkelen van een eigen methodiek van waaruit Yudaboyu zorg biedt. <i>De TOPs methodiek is, om onbekende redenen, gestopt door de trainers van TOPS op Curaçao. Hierdoor werden alle afspraken gecanceled en zullen we intern een andere methodiek moeten gebruiken.</i>	
	2	Cliëntendossiers zijn voor 100 % voorzien van een behandelplan die om de drie maanden met de gezaghebbende verzorgers worden geëvalueerd. In het behandelplan worden de doelen voor de aanpak van het systeem omschreven <i>25% van de files hebben een behandelplan geschreven door de hoofdbehandelaar. Hier zal in 2018 extra aandacht aan besteed moeten worden.</i>	
	3	Samen met KC zal gekeken worden naar een verbetering van de zorg van kinderen die over moeten gaan naar volwassenpsychiatrie <i>Er is een transitiepsychiatrie team in leven geroepen die de kinderen van 18 tot en met 24 jaar speciale zorg zal leveren. De overdracht van cliënten is moeilijk gebleken omdat de inzage in de dossiers van de verschillende afdelingen beperkt is.</i>	
Voorlichting en samenwerking	4	Ons zorgaanbod is duidelijk begrensd en dit is bekend bij de andere instanties die met ons samenwerken. Schriftelijke werkafspraken met andere instanties zijn gemaakt <i>Er zijn goede werkafspraken met de huisartsen en door een bijeenkomst zijn de grenzen weer duidelijk aangegeven aan de aanwezige huisartsen. Werkafspraken met SMAT zijn duidelijk. Er zijn nog wel instanties waar nog geen overleg mee is geweest zoals bijvoorbeeld PSI/Skuchami.</i>	



	5	Yudaboyu heeft goede samenwerkingsafspraken met SGR zodat de ouders en verzorgers van de kinderen met lage begaafdheid ook de juiste steun kunnen ontvangen. <i>Er is in 2017 gewerkt aan een regulier overleg tussen SGR en Yudaboyu. Deze afspraken zijn goed nagekomen. Uit deze overlegmomenten is echter gebleken dat onze verwachting naar SGR toe ter ondersteuning van onze ambulante cliënten niet klopt. Er zal in 2018 nader gekeken moeten worden in hoeverre we elkaar beter tegemoet kunnen komen.</i>	
Personeel	6	De medewerkers van Yudaboyu weten hoe ouders te betrekken bij de behandeling. Ze zijn in staat verzorgers van de nodige tools te voorzien <i>Er is in 2017 meer aandacht besteed aan ouderbetrokkenheid. Ouders hebben psycho-educatie aangeboden gekregen. Bij de deeltijd zijn er ook schriftelijke afspraken gemaakt met ouders waarin duidelijk aangegeven staat dat ouders ook onderdeel vormen van het behandeltraject.</i>	
	7	Yudaboyu medewerkers weten hoe met LVB cliënten en cliëntsystemen om te gaan. <i>De medewerkers van Yudaboyu hebben een training geregeld om alle medewerkers tools te geven hoe met deze doelgroep om te gaan.</i>	

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.

4.3.1. Uitkomstmetingen

De focus van kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg is de laatste jaren 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 2017 plaatsgevonden:

Kritieke Prestatie Indicator (KPI)	Veiligheidsprestatie Indicator (VPI)
A. Recovery Oriented Practices Index (ROPI)	A. Somatische screening
B. Cliëntentevredenheid	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. Op basis van de meetresultaten worden op de afdelingen ontwikkelafspraken gemaakt met als doel het komen tot een verbetering van de scores. Alle afdelingen worden minimaal eens in de 3 jaar geaudit.

De scores van de ROPI-metingen over de periode 2014 t/m 2017 zijn in onderstaande tabel weergegeven. In de laatste kolom treft u de gemiddelde ROPI-scores van alle afdelingen van Klinika Capriles.

Resultaten ROPI-metingen 2014-2017

ROPI Compilatie		Klinika Capriles										
Thema's ↓	Afdelingen →	2017	2014	2014	2017	2017	2016	2016	2015	2015	2015	KC-Tot
		SS	MS-1/4	MS-5/10	MS-5/7	LS	PP	KF	IAB	UMM		
Streefwaarde eind 2018		3.4	3.2	3.7		3.0	3.5	3.5	3.5	3.5		3.4
1	Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes	3.7	4.0	4.3	5.0	4.7	3.3	2.3	3.7	3.0		3.9
2	Breed aanbod van diensten	2.0	1.5	2.0	3.0	4.0	2.5	1.5	2.0	2.0		2.4
3	Sociale contacten en participatie	1.8	1.8	3.0	3.0	3.3	3.8	1.5	2.5	2.5		2.6
4	Medezeggenschap en participatiemogelijkheden	2.0	2.5	3.5	2.5	3.5	3.5	1.5	1.5	1.0		2.7
5	Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt	2.0	2.0	4.0	3.3	2.7	3.0	1.0	1.7	1.7		2.6
6	Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden	2.5	2.0	2.5	4.0	4.0	3.5	1.8	3.5	2.0		2.9
7	Zelfbepaling van de cliënt	2.4	1.8	3.6	3.2	3.6	2.8	1.8	2.4	2.6		2.7
8	Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid	2.6	1.4	1.6	2.8	2.8	2.6	1.0	2.0	1.8		2.1
Gemiddelde score		2.4	2.0	3.0	3.3	3.5	3.1	1.5	2.4	2.2		2.6

De resultaten laten een wisselend beeld zien van zowel successen als tegenvallende resultaten. Zo valt op dat enkele afdelingen het sturen op herstelgerichte zorg inmiddels goed hebben opgepakt. Eén afdeling heeft zelfs ruim voor de streefdatum van eind 2018 haar streefwaarde al behaald en deze zelfs overtroffen. Aan de andere kant van het spectrum zien we afdelingen voor wie de streefwaarde nog ver in het verschiet ligt. Dit weerhoudt de kliniek niet om te blijven sturen op deze belangrijke kwaliteitsindicator met veel aandacht voor de afdelingen die achterblijven in het ontwikkelproces om te komen tot een optimale herstelgerichte zorg.

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 bevrageert 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 2017

Items↓	Klinika Capriles								Yudaboyu		Fundashon Sonrisa	
	2017	2018	2018	2016	2016	2016	2017	2015	2015	2015	2016	2016
Afdelingen→	SS	MS 1-4	MS5-7	LS	Pico Plata	KF	IAB	UMM	Ouders	Jeugd	AC	Wonen
Aan de client verstrekte informatie	☹️↓	☹️	☺️↑	☹️	☺️	☹️	☹️	☹️	☺️	☹️	☹️↓	☺️↑
Mogelijkheid tot inspraak	☹️	☹️	☺️↑	☹️	☹️	☹️↓	☺️↑	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️↑
Hulpverlener (deskundigheid/inspraak)	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️
Resultaat van zorg/behandeling	☹️	☹️	☹️↓	☹️	☺️↑	☹️	☹️	☺️	☺️	☺️	☺️↑	☹️
Activiteiten	☹️↓	☹️	☺️	☹️↓	☺️	☹️		☺️			☺️	☺️
Specifieke vragen							☺️↑		☹️	☹️		
Faciliteiten												☺️
Veiligheid	☺️	☺️	☺️↑	☺️	☹️	☺️						☺️
Rapportcijfer	7.8	7.5	7.6	7.5	8.5	7.9	8.2	7.4	7.7	7.7	8.4	8.2
Instelling aanraden bij een ander	☹️↓	☺️	☹️↓	☹️	☺️	☹️↓	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️	☺️

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. Ook de door de cliënt ervaren veiligheid, die vanaf 2017 onderdeel uitmaakt van de meting, scoort hoog. 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 ten aanzien van 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
	2016	2017	
Percentage cliënten somatisch gescreend (al dan niet binnen 2 weken na opname)*	91%	94%	100%
Percentage cliënten somatisch gescreend binnen 2 weken na opname*	47%	53%	100%
Percentage cliënten in langdurende klinische zorg, dat jaarlijks gescreend is	93%	89%	100%

* Het betreft hier uitsluitend cliënten die in 2017 minimaal 14 dagen zijn opgenomen.

Ten opzichte van het jaar 2016 is in 2017 een verbetering te constateren voor betreft het tijdig d.w.z. binnen 2 weken screenen van cliënten die worden opgenomen. Wel dient gezegd te worden dat deze verbetering nog lang niet voldoet aan de streefwaarde zoals de kliniek deze heeft gesteld. Voor wat betreft de cliënten die langdurig zijn opgenomen vertoont de indicator een lichte achteruitgang. Ondanks de inspanningen die de huisarts betracht om te komen tot substantiële verbeteringen lijkt de praktijk tamelijk weerbarstig.



B. Ervaren veiligheid cliënten

Het ervaren gevoel van veiligheid bij cliënten wordt sinds 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 2017 is nog geen streefwaarde vastgesteld voor deze indicator.

Veiligheid	Pico Plata	Kas Florisol	Longstay	MS 5-10	MS 1-4	Shortstay
hulpverleners	81%	83%	88%	100%	93%	84%
cliënten	81%	74%	79%	85%	73%	77%
gebouwen	56%	89%	88%	92%	100%	81%
	73%	82%	85%	92%	89%	81%

C. Separeren

We spreken van separatie of insluiting als de deur van de 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. Klinika Capriles wenst het aantal gedwongen separaties als een prestatie-indicator te gaan hanteren. In dit kader zijn de registratie-eisen m.b.t. het separeren 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. Tevens werd besloten om ook alle vrijwillige (op eigen verzoek) opsluitingen als separaties te beschouwen en zal starttijd en eindtijd van de separatie in EZRA in plaats van in MS Excel worden geregistreerd. Naar verwachting worden deze wijzigingen in 2018 doorgevoerd.

Separaties 2017													
Afdeling	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Totaal
Acute opname groep	7	16	15	7	9	11	7	4	12	15	7	18	128
Kas Florisol		12	33	31	29	29	25	30	29	32	31	31	312
Longstay	3				1		2	1	1				8
Mediumstay 1-4				3				2		2	32	30	69
Mediumstay 5-7	1						1				1		3
Pico Plata	2	1	2				1	27	31	30		1	95
Shortstay	158	158	194	77	128	130	191	182	150	116	142	204	1,830
SS time-out /dagverblijf			4		12	1						3	20
Totaal	171	187	248	118	179	171	227	246	223	195	213	287	2,465
Cumulatief		358	606	724	903	1,074	1,301	1,547	1,770	1,965	2,178	2,465	

In onderstaande tabel is zowel het aantal separeergevallen als de gemiddelde separeerduur weergegeven in de jaren 2016 en 2017. Hieruit blijkt onder meer dat het aantal geregistreerde separeergevallen in 2017 fors is gestegen ten opzichte van 2016. Dit kan deels worden toegeschreven aan een verscherpt toezicht op de dwangregistratie. Eveneens zijn in het totaal aantal ook de vrijwillige separaties meegenomen. Vanaf 2018 zal op basis van een verbeterde registratie van de separatiecijfers beter kunnen worden geïnterpreteerd. Op grond hiervan zal een gerichtere sturing kunnen plaatsvinden op het terugdringen van het totaal aantal separaties en de gemiddelde separeerduur.

Indicator	2016	2017
Aantal separeergevallen	1,891	2,465
Gemiddelde separeerduur in uren (in isolatiecellen)	13:22	11:18



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 2017 zijn de volgende audits uitgevoerd:

- Audit Maaltijdenbeleid
- Audit “Aanwezigheid actief Rehabilitatieplan”
- Audit “EZRA-instructie invullen diagnose in EZRA”: klinisch en poliklinisch
- Hygiëne audits
- Risico-audit Medicatie
- Patiëntentevredenheidsoverleg

➤ Audit Maaltijdenbeleid

De resultaten van de in 2017 uitgevoerde audit maaltijdenbeleid treft u in samengevatte vorm in onderstaande tabel. De tabel toont of de afspraken zoals vastgelegd op de verschillende onderdelen van het maaltijdenbeleid al dan niet naar behoren worden nageleefd

Naleving afspraken per afdeling 2017

Afdeling	1	2	3	4	5	Totaal
Short Stay 1-3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Short stay 4-6 (1)	✓	✓	⚠	⚠	✓	✓
Short stay 4-6 (2)	⚠	✓	✓	✓	✓	✓
Medium Stay 1-4	✗	✓	✓	✓		⚠
Medium Stay 5-7	⚠	✓	✓	✗	✗	⚠
Longstay 1	⚠	✓	✓	⚠		⚠
Longstay 2	⚠	⚠	✓	⚠		⚠
Longstay 3	⚠	⚠	⚠	✓	✓	⚠
Longstay 4	⚠	✓	⚠	✓		⚠
UMM	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Deeltijd	⚠	✓	✗	✗	✓	⚠
Pico Plata	✓	✓	✓	⚠		✓
Kas Florisol (lunch)	⚠	⚠	✗	✗		✗
Kas Florisol (ontbijt)	✓	⚠	⚠	✓		⚠

Toelichting1

1= Werkwijze; 2= Maaltijd; 3= Rol begeleider; 4= Specifieke aandachtspunten; 5= Afwijkende aandachtspunten (alleen voor bepaalde afdelingen)
--

➤ Audit aanwezigheid actief Rehab-plan

Resultaten van de audit wijzen uit dat in 2017:

- 76% van de cliënten van de klinische afdelingen en 46% van de ambulante afdelingen beschikt over een actueel Rehab-plan (< 1jaar, m.u.v. UMM waarvoor geldt <2 jaar). Van de ambulante afdelingen afdeling. De streefwaarde van 100% wordt nog niet behaald al is er voor wat betreft de klinische afdelingen wel sprake van een verbetering ten opzichte van het jaar 2016.
- Nog eens 14% van de cliënten van de klinische afdelingen heeft een Rehab-plan van de huidige afdeling dat ouder is dan 1 jaar.
- 10% van de cliënten van de klinische afdelingen en 37% van de ambulante afdelingen heeft geen Rehab-plan 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 rondom de maaltijdbereiding

In 2016 is voor het eerst begonnen met het uitvoeren van interne hygiëne-audits met behulp van het audit-instrument van Sensz. Met behulp van dit instrument wordt zeer kritisch gekeken naar de wijze waarop de maaltijdbereiding plaatsvindt. De maaltijdbereiding wordt op verschillende onderdelen gescoord, te weten: procescontrole, ontvangst, opslag en voorraadbeheer, temperatuurbeheer, bereidingsproces, uitgeven / presenteren / serveren / verkoop, schoonmaak / onderhoud en persoonlijke hygiëne.

In 2017 is ieder kwartaal een audit uitgevoerd, in totaal aldus vier audits. De totaalscore van de eerste kwartaalaudit bedraagt 7.4, terwijl de score van de vierde kwartaalaudit 6.5 bedraagt. De daling in score toont aan dat er blijvende aandacht nodig is voor het waarborgen van de hygiëne rondom de maaltijdbereiding.

➤ Risicoaudit Medicatie

Evenals in 2016 heeft in 2017 een audit plaatsgevonden in het kader van risicobeheer. De naleving van de afspraken zoals vastgelegd in de procedure geneesmiddelendistributie zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Nr.	Afspraak in procedure Geneesmiddelendistributie	Ernst								Maatregel gewenst	Aanpassing procedure	
			SS	MS 1-4	MS 5-7	LS	KF	PP	IAB			UMM
4.4.1	Controle levering medicatie apotheek door afdeling op basis van Ezra medicatielijst.	L					☺		☺	☺	nee	nee
4.6.1.	Voorafgaand aan verstrekking orale medicatie controle of medicatie overeenkomt met verstrekkinglijst in Ezra.	M					☺		☺	☺	nee	nee
4.6.4	Direct na verstrekking orale medicatie in Ezra registreren.	M	☹	☹	☺	☺	☹	☹		☹	ja	nee
4.8.1	Wekelijks verifiëren in agenda, medicatieschema in Ezra en depotlijst/dashboard (IAB) welke cliënten de komende week depotmedicatie moeten krijgen.	H							☹	☺	ja	nee
4.7.2- 4/4.8.3-6	Direct na verstrekking depotmedicatie registreren in Ezra, depotlijst, agenda, dashboard (IAB) + volgende datum registreren	H	☹	☹	☺	☹	☹	☹	☹	☹	ja	nee
Beoordelingsnormen¹												
☺	> 95% van de gevallen procedure volledig nageleefd.											
☹	50% - 95% van de gevallen procedure volledig nageleefd.											
☹	< 50% van de gevallen procedure volledig nageleefd.											

Na aanleiding van deze audit zijn diverse verbetermaatregelen genomen. Tevens zal in 2018 deze audit herhaald worden.

4.3.3. Patiëntentevredenheidsoverleg

Het patiëntentevredenheidsoverleg (PO) is een jaarlijks overleg tussen de leiding, de medewerkers en de patiënten van de afdeling waarin de mening van patiënten wordt gevraagd m.b.t. 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 klinische zorgafdelingen. Met behulp van dit overleg wordt eveneens een beeld verkregen van de wijze waarop patiënten de bejegening en het woon-/leefklimaat op de afdeling ervaren.

Zoals vastgelegd in de procedure, is de coördinator van elke zorgafdeling verantwoordelijk voor de organisatie van het overleg op de afdeling en is tevens de voorzitter bij het overleg. De medewerker kwaliteit van de Afdeling Kwaliteit, Innovatie en Communicatie (KIC) ondersteunt de coördinator bij de uitvoering van het PO op de afdelingen door de bespreking te notuleren, een samenvatting van de notulen te maken en te presenteren. De resultaten vormen input voor het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deze resultaten worden besproken in het coördinatorenoverleg van de Stichting



Klinika Capriles. Bij de bespreking van de resultaten in het coördinatorenoverleg behoort de cliëntenraad door de manager zorg te worden uitgenodigd voor deelname. Echter, in 2017 heeft het ontbroken aan een goed functionerende cliëntenraad waardoor deelname aan het overleg door de raad niet heeft plaatsgevonden. Aan de hand van de resultaten van de PO's maakt de manager zorg afspraken in het coördinatorenoverleg met de coördinatoren over de follow-up ervan. Deze afspraken worden vastgelegd in het jaarplan van de manager zorg.

Uit de bijeenkomsten blijkt het volgende:

- een groot deel van de patiënten is tevreden over de sfeer op de afdeling.
- de omgang van het personeel met de patiënten wordt over het algemeen als goed ervaren.
- patiënten zijn doorgaans tevreden over de voeding, de consumpties en de presentatie van de maaltijd. Patiënten zien hierin een vooruitgang.
- de aangeboden activiteiten worden als positief beoordeeld, dit geldt voor zowel de activiteiten die op de afdeling als die op ATC/Patio worden aangeboden.
- de informatievoorziening op de diverse afdelingen wordt als goed ervaren.
- patiënten zijn zeer tevreden over de hygiëne op de afdelingen.
- patiënten voelen zich veilig binnen de kliniek.

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd dat patiënten doorgaans in grote mate tevreden zijn met de zorg en het verblijf. Wel blijkt uit de diverse overleggen dat er nog ruimte is om te komen tot enige verbetering. Deze verbetervoorstellen zijn echter vaak gerelateerd aan specifieke situaties op bepaalde afdelingen.

4.3.4. Klachten

Klinika Capriles beschikt over een eigen interne klachtenregeling. Hiernaast heeft zij zich met ingang van 1 januari 2013 aangesloten bij de Klachtencommissie van de Federatie van Zorginstellingen.

In 2017 zijn 3 klachten ingediend bij de directie. Deze klachten waren afkomstig van 3 verschillende personen. 1 klacht is doorgestuurd naar de klachtencommissie voor verdere afhandeling.

4.3.5. Veilig Incidenten Melden (VIM)

In 2017 werden 275 incidenten (t.o.v. 266 incidenten in 2016) gemeld via de applicatie Veilig Incidenten Melden (VIM). De meeste meldingen hadden betrekking op agressie (81) en ongevallen (69). Het aantal agressiemeldingen is na een forse daling in 2016 (van 95 naar 67) weer gestegen. Onderstaande omvat een nadere specificatie van de in 2017 gemelde incidenten.

Jaar 2017	AM	ONG	MF	VM	OS	OV	AO	SGG	SI	Totaal
Totaal	81	69	41	32	32	9	6	4	1	275
%	29%	25%	15%	12%	12%	3%	2%	1%	0%	100%
Cum %	29%	55%	69%	81%	93%	96%	98%	100%	100%	
T.o.v. 2016	↑	≈	↓	≈	≈	≈	≈	≈	≈	

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 drie SIRE onderzoeken oorzakenanalyses uitgevoerd in 2017. Van alle uitgevoerde onderzoeken zijn eindverslagen. Deze verslagen zijn met de directie besproken waarop maatregelen zijn genomen.

4.3.6. Kwaliteit ondersteunende diensten

Voor 2017 heeft de Facilitaire Sector 5 speerpunten (onderverdeeld in verschillende doelstellingen) zich ten doel gesteld. Een aantal van de onderstaande doelstellingen bleken niet haalbaar (25%) vanwege het ontbreken van de benodigde financiën. Desondanks is 30% van de gestelde doelstellingen volledig gerealiseerd en 20% deels gerealiseerd in 2017.


Jaarplanning 2017 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening			
Professionalisering	1	Vorbereidingen voor invoering van Planetree binnen de Facilitaire Sector zijn voltooid. <i>Behalve dat er gekeken is naar een beter leefomgeving zijn voorbereidingen niet uitgevoerd vanwege financiën.</i>	*
	2	Van SLA (Service Level Agreement) naar XLA (Experience Level Agreement) tussen Facilitaire Sector en Stichtingen van GGz Curaçao. <i>De SLA met Stichting Sonrisa en KJP zijn aangepast en onderlinge verwachtingen zijn duidelijker omschreven.</i>	
	3	Self Service Portaal is opgezet in Topdesk. <i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.</i>	*
	4	Implementeren van het "Lean Management" project binnen de Facilitaire Sector. <i>Afdelingen zijn bekend gemaakt met Lean en enkele onderwerpen zoals de 5S en Waste zijn behandeld.</i>	
Kwaliteit	5	Meerjaren onderhoudsplan is opgesteld volgens de NEN 2767. <i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.</i>	*
	6	Onderhoudskosten zijn gealloceerd aan de verschillende afdelingen/stichtingen. <i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens het ontbreken structuur van doorbelasting.</i>	
	7	Shared Service Centrum is opgezet met collega	



		<p>zorginstellingen</p> <p><i>De bereidwilligheid van collega zorginstellingen is momenteel nog niet aanwezig.</i></p>	
	8	<p>Maaltijden zijn van goede kwaliteit en sluiten aan op de wensen en behoeften van patiënten</p> <p><i>N.a.v. de uitslag van enquête zijn verbeteringen aangebracht in menucyclus met positieve reacties als gevolg.</i></p>	😊
Financieel	9	<p>Energiebesparingen op lichtverbruik worden gerealiseerd.</p> <p><i>50% van de zorgafdelingen zijn voorzien van LED verlichting.</i></p>	😐
	10	<p>Ontvangsten, uitgaven en verwerking van de Magazijnvoorraden wordt in het Magazijn gebruik gemaakt van een barcode systeem.</p> <p><i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.</i></p>	😞
	11	<p>Budgetten voor onderhoudsvoorzieningen worden niet overschreden.</p> <p><i>Toegekende budget voor 2017 (60% van benodigde) zijn niet overschreden.</i></p>	😊
	12	<p>Productie administratie opzetten voor Centrale Keuken.</p> <p><i>Productie administratie is aangepast op nieuwe menucyclus alleen handmatige input vanuit Exact Globe.</i></p>	😐
Veiligheid	13	<p>BHV organisatie is volledig getraind en opgeleid in uitvoeren van de BHV (preventieve) taken.</p> <p><i>Alle geplande BHV activiteiten en preventietaken zijn volledig uitgevoerd.</i></p>	😊
	14	<p>Hygiëncode en legionella beheerschema worden volgens vastgestelde plan uitgevoerd.</p> <p><i>Resultaten hygiëne audits 2017 zijn ruim voldoende en aan het legionella beheersplan is uitvoering gegeven.</i></p>	😊
	15	<p>Alle brandmeldsystemen in gebouwen zijn onderhouden en brandmeldcentrales zijn gecertificeerd.</p> <p><i>Alle brandmeldcentrales zijn gecertificeerd m.u.v. de brandmeldcentrales gekoppeld aan CLB Systeem.</i></p>	😐
Huisvesting	16	<p>Het plan 'herinrichting huisvesting/zorg KC' is succesvol uitgevoerd</p> <p><i>Verhuizing afd. Pico Plata is voltooid. Ook herinrichting van overige afdelingen heeft plaatsgevonden.</i></p>	😊
	17	<p>De meest helende omgeving bieden aan de patiënten op afdelingen die mogelijk is.</p> <p><i>Binnentuinen Short Stay's en Medium Stay's zijn beplant. Medium Stay's zijn van binnen opgeknapt.</i></p>	😐
	18	<p>Renovatie van de Kapel is afgerond en is weer in gebruik.</p> <p><i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.</i></p>	😞



	19	Nieuwbouw KJP en Begeleid Wonen is gerealiseerd. <i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.</i>	
--	----	---	---

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

Facilitaire Sector

Algemeen

Bij de Facilitaire Sector stond het jaar 2017 in het teken van het verbeteren van de efficiency van de facilitaire processen volgens het Lean principe. Door het ontbreken van duidelijkheid betreffende de financiële positie en beschikbare budget van Klinika Capriles was het efficiënt omgaan met de beschikbare middelen noodzakelijk.

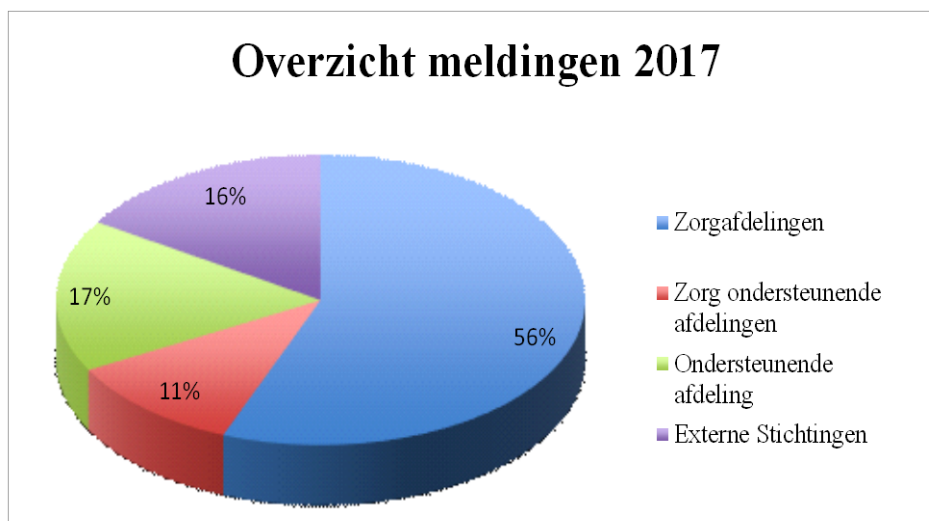
Verschillende processen zijn volgens het Lean principe tegen het licht gehouden en is er gekeken waar er verbeteringen in processen en minder verspilling konden worden gerealiseerd. Allereerst is er gewerkt aan de bewustwording onder het personeel van de facilitaire Sector van de Lean principes. Daarbij zijn verschillende bijeenkomsten gehouden met de operationeel leidinggevenden en ook met de afzonderlijke afdelingsteams. Hier is in het bijzonder aandacht besteed aan de 5S systeem waarbij het medewerkers bewust zijn gemaakt van de voordelen van het werken in overzichtelijke en georganiseerde werkplekken. Daarnaast is aandacht besteed aan de verschillende vormen van uitgaven die geen waarde toevoegen aan de geleverde diensten en producten. Uiteindelijk zijn verschillende dagelijkse processen herzien en aangepast zodat er meer productiviteit gerealiseerd is met dezelfde beschikbare middelen. In 2018 zal naast de implementatie van de al aangepaste processen nog meerdere processen binnen de Facilitaire Sector volgens het Lean principe geëvalueerd gaan worden.

De communicatie tussen de Facilitaire Sector en de overige werkstichtingen is sterk verbeterd. Het consequent op de hoogte houden over de voortgang van de werkzaamheden en diensten aan de werkstichtingen heeft een positief effect gehad op de beleving van de door Facilitaire Sector geleverde diensten en producten.

Facilitaire Meldpunt

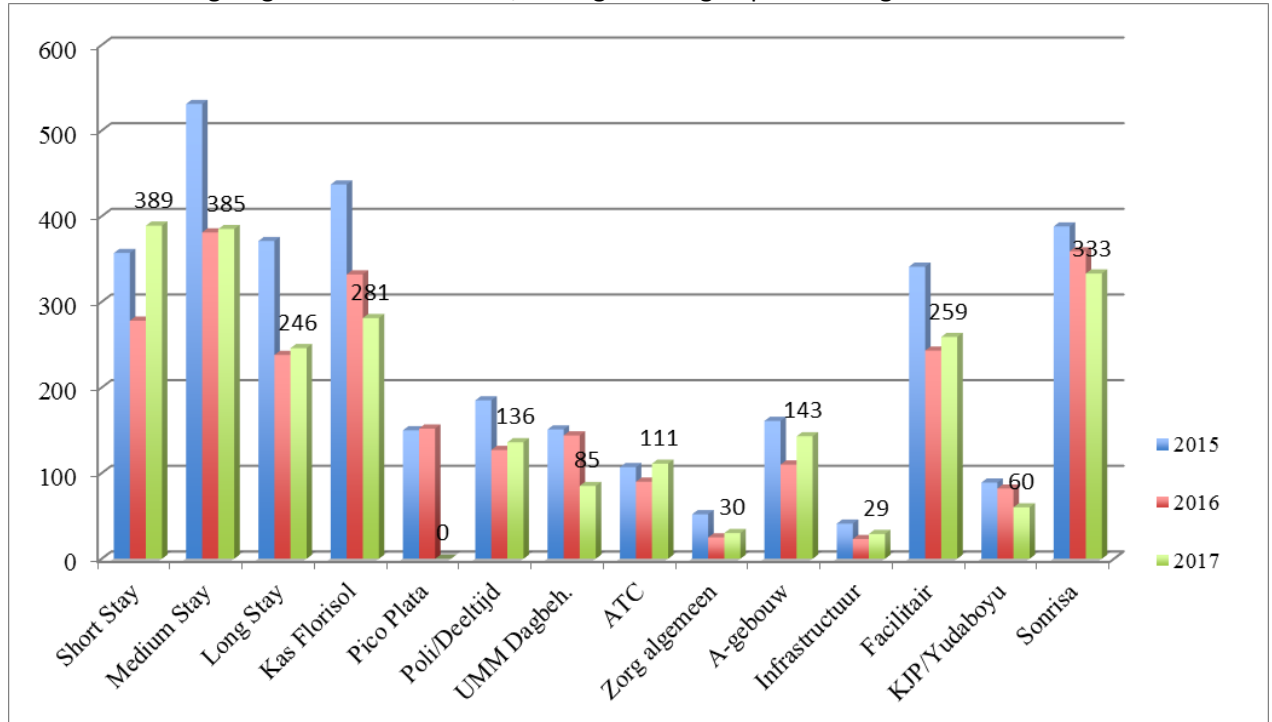
In 2017 zijn er 2487 storingsmeldingen binnengekomen en verwerkt door het Meldpunt Facilitair. Het aantal storingsmeldingen in 2017 komt overeen met het aantal in 2016 (2585), alleen in 2015 was het aantal storingsmeldingen (3361) beduidend hoger.

Overzichten van de onderverdeling van de 2487 geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen in 2017 naar afdelingen van Klinika Capriles en externe werkstichtingen van GGz Curaçao:





Overzichten van geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen per afdelingen:



Alleen bij de afdeling Short Stay is een forse stijging van het aantal storingsmeldingen (30%) te constateren in vergelijking met 2016. Bij alle overige afdelingen en bij de externe stichtingen zijn het aantal storingsmeldingen gelijk gebleven.

Het aantal storingsmeldingen afgezet tegen het aantal beschikbare plaatsen voor patiënten was bij zorgafdeling Short Stay 12 meldingen per beschikbare plaats, Medium Stay 8, Long Stay 6, Kas Florisol 5 en Un Miho Mañan 4. Hiermee wordt bevestigd dat de vraag voor storings/repatriaties vanuit Short Stay hoger is dan bij overige zorgafdelingen.

Huisvesting- en renovatieprojecten

Het effect van de doorgevoerde bezuinigingen en het uitstellen van investeringen is wellicht het meest zichtbaar in de onderhoudsstatus van de gebouwen. Het beschikbare budget voor regulier onderhoud is in 2017 voor de derde jaar op rij vastgesteld op 30% van het benodigde budget. Het starten met het opzetten van meerjaren onderhoudsplanning, in samenwerking met de SGR-Groep, is derhalve ook voorlopig uitgesteld. Ook preventieve onderhoudswerkzaamheden hebben in 2017 niet plaatsgevonden waardoor de algehele staat van de gebouwen zichtbaar achteruit gaat en de kosten van gevolgschade jaarlijks toenemen. Ook investeringen in installaties en inventaris zijn grotendeels uitgesteld. Slechts enkele urgente investeringen hebben in 2017 plaatsgevonden. Met het beschikbare budget is alsnog getracht om zoveel mogelijk onderhoud uit te voeren met het eigen onderhoudsteam van Klinika Capriles.

De geplande verhuizing van de drugs-forensische afdeling Pico Plata naar het gebouw MS 8-10 heeft begin 2017 plaatsgevonden. Het oude gebouw van Pico Plata is volledig ontruimd en buiten gebruik genomen aangezien het niet voldeed aan de kwaliteitseisen voor huisvesting van psychiatrische patiënten. In de verslaglegging van het patiënttevredenheidsoverleg van 2017 geven de patiënten van Pico Plata aan zeer tevreden te zijn met de nieuwe locatie. Ook komt uit het patiënttevredenheidsoverleg van 2017 naar voren dat de patiënten overwegend tevreden zijn met het gebouw en inrichting waar ze verblijven. Enkele patiënten gaven wel aan dat inventaris op de afdeling (zoals stoelen, tafels en ventilatoren) niet meer in goede staat verkeren.

De allocatie van de onderhoudskosten aan de verschillende afdelingen en stichtingen is in 2017 niet gerealiseerd als doelstelling. In overleg met de Financiële afdeling is wel gekeken naar de mogelijkheden om de allocatie van de onderhoudskosten te realiseren echter heeft de financiële



afdeling dit zelf niet als prioriteit gesteld voor 2017. De kosten van materiaalinkopen daarentegen worden wel gealloceerd naar de verschillende werkstichtingen.

Installaties

In maart 2017 heeft Klinika Capriles keukenapparatuur kunnen overnemen bestaande uit 2 elektrische braadsleeën, 2 elektrische frituren en 1 Combisteamer. De geplande investering ter vervanging van de oude braadsleeën en frituren is hierbij komen te vervallen.

Het kwartaal serviceonderhoud aan de A/C installaties heeft ook in 2017 maar 3 keer in plaats van 4 keer plaatsgevonden. Uit bezuinigingsoverwegingen is besloten om 3 keer per jaar onderhoudsservice voorlopig te hanteren.

In 2017 is eveneens besloten om het sterk verouderde gebouwen beheersysteem "Unicare" van CLB Intergrated Solutions te upgraden naar de meest recente versie. Het huidige systeem dateert uit 1998 en draait nog op Windows 2000 waar geen support meer voor wordt gegeven. In de eerste helft van 2018 zal de upgrading plaatsvinden waarbij het systeem zal functioneren op een virtuele server dat mede door onze eigen IT afdeling ondersteund kan worden.

Kostenbesparing op energiekosten.

Het meerjaren project waarbij alle verlichting binnen Klinika Capriles van spaarlampen naar LED lampen worden omgewisseld heeft ook in 2017 vervolg gekregen.

Het energieverbruik van een LED lamp is 3 keer lager dan een spaarlamp en LED lampen gaan 5 keer langer mee dan spaarlampen.

In 2017 is in de Centrale Keuken een aantal keukenapparatuur op gas (2 braadslee, 2 frituren) vervangen voor apparatuur op elektra (380 volt). Het energieverbruik vanuit de Centrale Keuken is toegenomen tegen een afname van gasverbruik. Economisch gezien is keukenapparatuur op elektra (380 volt) goedkoper in energieverbruik en vooral nu sinds 2015 het ziekenhuistarief van Aqualectra (30% lager) is toegekend aan Klinika Capriles.

Schoonmaak

In samenwerking met de leden van de Stichting Federatie Zorginstellingen t.w. de SGR-Groep en Birgen di Rosario, is er besloten om een gezamenlijke aanbesteding te laten plaatsvinden bij een aantal schoonmaakbedrijven. Uiteindelijk hebben zowel GGz. Curaçao als de SGR-Groep de schoonmaakwerkzaamheden voor 3 jaar uitbesteed aan Total Cleaning Services. Met deze gezamenlijke aanbesteding hebben beide instanties een 3.5% extra korting op de offerteprijs kunnen bewerkstelligen. Met ingang van 1 januari 2018 is de schoonmaakovereenkomst van kracht.

In 2017 hebben er in totaal 53 schoonmaakcontroles in verschillende ruimten en locaties plaatsgevonden. 88% van alle schoonmaakcontroles vonden plaats bij Klinika Capriles en bij Fundashon Sonrisa en Yudaboyu hebben er elk 6% van het totaal aantal schoonmaakcontroles plaatsgevonden. De stijgende lijn in scores van de schoonmaakcontroles, zoals in 2016 zichtbaar was, heeft zich in 2017 niet doorgezet. Met name de schoonmaak bij Yudaboyu was ver onder de maat. De schoonmaak vond na kantooruren plaats en dit leverde niet het gewenste resultaat op (mede doordat de controles de volgende ochtend pas plaatsvonden). Naar aanleiding van deze bevindingen is besloten om de schoonmaak vroeg in de ochtend te laten plaatsvinden voor aanvang van de activiteiten van Yudaboyu. Inmiddels is al een verbetering waargenomen in de schoonmaak.

In onderstaand overzicht is derhalve de score van Yudaboyu ook niet meegenomen in het totaal gemiddelde.



Locatie	2017 scores	2016 scores	2015 scores	Target
Nieuwbouw	73 %	79 %	72 %	80 %
Oudbouw	67 %	69 %	66 %	72 %
Stichting Sonrisa	60 %	68 %	66 %	72 %
KJP (Yudaboyu)	32 %	69 %	65 %	72 %
Totaal gemiddeld	69 %	71 %	67 %	74 %

Uit het patiënttevredenheidsoverleg, dat jaarlijks wordt afgenomen op de zorgafdelingen, waar een onderdeel gaat over hygiëne, komt naar voren dat patiënten de algemene schoonmaak op de afdelingen als positief ervaren. Een positieve ontwikkeling is dat de patiënten ook aangeven dat ze elkaar aanspreken om de toiletten en leefomgeving schoon te houden.

Naar aanleiding van een aantal gevallen in 2016 waarbij personeelsleden van Total Cleaning Services niet juist zijn omgegaan met situaties aangaande de patiënten en hun privacy, is er besloten om in 2017 algemene psychopathologie voorlichting te geven. Naast alle medewerkers van Total Cleaning Services hebben ook de Facilitaire medewerkers eind 2017 voorlichting gekregen over basis psychiatrie en hoe om te gaan met psychiatrische patiënten.

Linnenverzorging

Sinds half 2016 zijn de wasserij activiteiten op het terrein van Klinika Capriles overgenomen door het bedrijf "Ecowash". Het behouden van de kwaliteit en services van de wasbehandeling was een belangrijk punt in de onderhandelingen van de wasovereenkomst tussen Klinika Capriles en Ecowash in 2016.

Ondanks de vele veranderingen in verband met de verhuizing van de wasserij Ecowash naar een nieuwe locatie heeft de kwaliteit en services hier niet onder geleden. Deze uitbesteding leverde Klinika Capriles een 25% besparing op de dagelijkse waskosten.

Magazijn en Inkoop

Met de in gebruik name van het geautomatiseerde systeemmodule Magazijnbeheer van Exact Globe door het Magazijn is er sterke verbetering opgeleverd in efficiency in het Magazijn. Alle dagelijkse werkzaamheden kunnen nu uitgevoerd worden door de Magazijnbeheerder zelf waardoor de functie van Magazijnmedewerker overbodig is geworden. Ook het aantal verschillen tussen de voorraad volgens het geautomatiseerd systeem en de daadwerkelijke voorraad in het Magazijn zijn geminimaliseerd.

Daarnaast zijn de minimum voorraden het afgelopen jaar aangescherpt en bestelniveaus zijn hierop aangepast.

Ook bij ontvangsten en uitgaven is er sprake van meer efficiency. Duidelijk indeling van de dagdelen wanneer er uitgifte en ontvangsten plaatsvinden heeft geleid tot meer overzicht en georganiseerd werken binnen het Magazijn. Eind 2017 zijn er ook afspraken gemaakt met leveranciers over openingstijden voor ontvangst en met afdelingen over aflevertijden van uitgaven uit het magazijn.

Het contact tussen het Magazijn en de afdeling Inkoop is versterkt sinds de afdeling Inkoop bij de Facilitaire Sector is gekomen. Er vindt momenteel dagelijks communicatie plaats over te verwachten ontvangsten en in noodgevallen is de afdeling Inkoop in staat om te assisteren met Magazijnwerkzaamheden.

In 2016 is er gestart om de inkoop bij een select aantal leveranciers via het geautomatiseerde inkoopstelsel van de inkoopcentrale van het CIB (Centraal Inkoop Bureau) van de Stichting Federatie Zorginstellingen te laten plaatsvinden. In de loop van 2017 hebben uiteindelijk ook de inkoop van alle andere leveranciers via het inkoopstelsel van CIB plaatsgevonden.

Middels het Lean principe is ook het gehele inkoopproces van aanvraag tot aflevering besproken met alle betrokkenen. Al snel bleek dat er onnodige stappen zijn ingevoerd in het inkoopproces. Door het



wegnemen van deze onnodige stappen is de duur van het inkoopproces van 5 werkdagen naar gemiddeld 2 werkdagen teruggebracht.

Terreinonderhoud

De uitbestede schoonmaakwerkzaamheden ten behoeve van het terrein- en tuinonderhoud zijn niet volledig volgens wens en schoonmaakovereenkomst verlopen. Eind 2017 zijn de terrein- en tuinonderhoudswerkzaamheden volledig herzien en is er een nieuwe indeling en planning gemaakt wat betreft uit te voeren werkzaamheden en planning.

In 2017 hebben verschillende afdelingen nieuwe beplantingen gekregen in de binnentuinen van de gebouwen. Deze nieuwe beplanting draagt bij aan het creëren van een prettiger en helende omgeving voor de patiënten op de afdelingen.

Voedselverstreking

Naar aanleiding van de uitkomsten van de ruim 200 enquêtes over tevredenheid warme maaltijden, afgenomen bij afnemers van Klinika Capriles, SGR-Groep en Fundashon Sonrisa in 2016, zijn er in 2017 aanpassingen aangebracht in de 5-weekse menucyclus. In het bijzonder het aantal 'krioyo' gerechten is toegenomen in de menucyclus (van 50% naar 65%). De reacties op de nieuwe menucyclus waren zowel bij de SGR-Groep als Klinika Capriles positief. Dit wordt ook bevestigd door de uitkomsten van het patiënttevredenheidsoverleg dat jaarlijks wordt afgenomen op de zorgafdelingen, waar een onderdeel gaat over voeding en consumpties. De patiënten gaven bij tevredenheid naar voeding en presentatie van de maaltijden een gemiddeld cijfer van 7.8. Dit is hoger dan het cijfer van de afgelopen 3 jaar (gemiddeld 7.4). De patiënten gaven aan vooruitgang waar te nemen in smaak en presentatie. Ondanks dat het aantal krioyo gerechten in de menucyclus zijn toegenomen, wordt er door enkele patiënten aangegeven dat er meer krioyo gerechten gewenst is.

Eind 2017 hebben onderhandelingsgesprekken plaatsgevonden met de SGR-Groep over het aflopende 5-jarige overeenkomst voor het verstrekken van maaltijden. Begin 2018 zal hierover een besluit worden genomen waarna een nieuwe overeenkomst voor 5 jaar met terugwerkende kracht per 1 januari 2018 zal worden afgesloten.

Het opzetten van een productie administratie voor Centrale Keuken is niet gerealiseerd aangezien de mogelijkheden van het financiële systeem Exact Globe momenteel niet zodanig is opgezet dat het kan voorzien in de gewenste kostprijsberekening. Momenteel wordt de kostprijsberekening nog maandelijks bijgehouden in een Excel document zonder dat er een directe link bestaat met Exact Globe voor actuele ingrediëntenprijzen. In 2018 zal er gekeken worden in hoeverre een apart productie administratie voor de Centrale Keuken kan worden opgezet in Exact Globe.

Conform de richtlijnen van de Hygiëncode voor Zorginstellingen wordt er elk kwartaal een hygiëne-audit uitgevoerd met behulp van een medewerker van KIC. De gemiddelde score van de 4 audits in 2018 was 7.3. In 2016 werd met 3 audits een gemiddelde score van 5.5 gehaald. Deze verbetering in scores was ook waarneembaar op de werkvloer gezien de meer bewuste houding van het personeel ten opzichte van hygiëne in de Centrale Keuken.

In oktober 2017 heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid richtlijnen uitgegeven voor voedselhygiëne en voedselveiligheid volgens de eisen die de wetgeving stelt aan instellingen en inrichtingen. Met deze richtlijnen worden de minimale eisen weergegeven waaraan een instellingskeuken dient te voldoen. Uit eigen intern onderzoek blijkt dat de reeds gehanteerde richtlijnen van de Hygiëncode voor Zorginstellingen in de Centrale keuken van Klinika Capriles voldoen aan de onlangs gestelde richtlijnen van de Inspectie voor de Volksgezondheid.



Beveiliging en veiligheid

Begin 2017 zijn alle brandmeldcentrales van Klinika Capriles en Stichting Sonrisa gecertificeerd met uitzondering van de brandmelders direct aangesloten op het CLB-systeem.

Eind 2017 is de afdeling Kas Florisol voorzien van een nieuwe brandmeldcentrale. Certificering van deze nieuwe brandmeldcentrale zal begin 2018 plaatsvinden. Ook is het doormelden van de brandmeldingen vanuit de brandmeldcentrales van Fundashon Sonrisa via het CLB systeem bij de portiersloge tot stand gebracht.

Tijdens de ontruimingsoefeningen die eind 2017 hebben plaatsgevonden in alle gebouwen van Klinika Capriles zijn ook alle doormeldingen van de brandmeldcentrales getest.

Calamiteiten en risicobeheersing

In lijn met het Bedrijfshulpverleningsplan hebben er in 2017 verschillende BHV trainingen en opleidingen plaatsgevonden. Alle BHV'ers (van zowel Klinika Capriles als Yudaboyu en Fundashon Sonrisa) hebben de BHV-herhalingstrainingen met goed gevolg afgelegd.

De tweejaarlijkse brand- en ontruimingstraining voor al het personeel van Klinika Capriles en Yudaboyu is in 2017 verzorgd door het Hoofd Beveiliging en Bedrijfsveiligheid. De brand- en ontruimingstraining was toegespitst op de actuele situatie van Klinika Capriles en Yudaboyu en is zeer positief ontvangen door de medewerkers. Uiteindelijk hebben ruim 200 medewerkers een training ontvangen. Aansluitend hebben er eind 2017 ontruimingsoefeningen plaatsgevonden in alle gebouwen van Klinika Capriles, Yudaboyu en Fundashon Sonrisa.

Gedurende het jaar hebben alle 20 Beveiligingsmedewerkers en 20 medewerkers van verschillende zorgafdelingen de P.P.O. (Praktisch Penitentiaire Optreden) herhalingstrainingen gevolgd die werd verzorgd door het Hoofd Beveiliging & Bedrijfsveiligheid.

Aan het begin van het orkaanseizoen, op 8 en 9 juni 2017, heeft een orkaanoefening plaatsgevonden voor alle zorgafdelingen waarbij het volledige orkaanstappenplan is doorlopen. Daarnaast is tijdens de tropische stormdreiging op 19 en 20 juni 2017 fase 1 en 2 van het orkaanstappenplan uit voorzorg uitgevoerd. Naar aanleiding van de orkaanoefening bij Klinika Capriles is er in 2017 voor Fundashon Sonrisa ook een orkaanstappenplan opgesteld.

Ook het aansturen van de BHV Preventiemedewerkers (als onderdeel van de BHV organisatie) heeft in 2017 veel aandacht gekregen. Als aandachtspunten werden onderwerpen zoals bacteriën en hygiëne, besmettelijke ziekten en persoonlijke veiligheid besproken. De BHV Preventiemedewerkers kregen de opdracht om de behandelde onderwerpen ook op de eigen afdeling te bespreken en uit te voeren. Het onderwerp Veilige Cultuur heeft in 2017 nog geen aandacht gekregen maar dit staat op het programma voor 2018.

Het *legionella beheersplan* is volgens vastgesteld schema uitgevoerd en elk kwartaal zijn er watermonsters afgenomen op verschillende zorgafdelingen. Alleen op de afdeling M1-4 zijn verhoogde waarden van legionella bacterie waargenomen. Na onderzoek bleek een gedeelte van de waterleiding in het gebouw (werkkast schoonmaak) niet gebruikt te worden wat stilstaand water in de leiding tot gevolg had. Deze ruimte is per direct weer in (dagelijks) gebruik genomen en bij de herhalingswatermonsterafname bleken de waarden van legionella ruim onder de maximaal toegestane aantallen te vallen.

Assistentieaanvragen

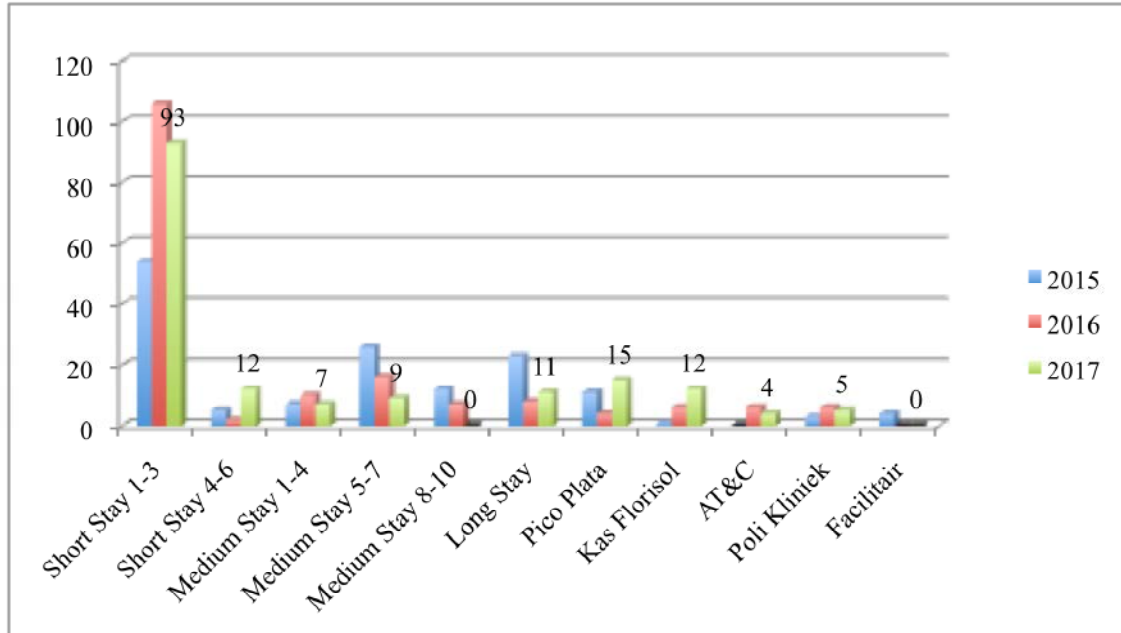
In 2017 heeft de afdeling Beveiliging 168 aanvragen gekregen voor het verlenen van assistentie op zorgafdelingen. Dit aantal aan geregistreerde assistentieverzoeken is bijna gelijk aan 2016 (170) en een stijging van 16% aan geregistreerde assistentieverzoeken in vergelijking met 2015 (146 aanvragen).



Bij 31 aanvragen (18%) was er sprake van noodoproepen waarbij gebruik werd gemaakt van de PZI pieper (Persoonlijke Zend Installatie) door het zorgpersoneel ter indicatie dat de oproep urgent is. In 9 gevallen was er sprake van een valse melding via de PZI pieper.

Van alle aanvragen bestond 24% van de assistentie uit Praktisch Penitentiair Optreden tegen agressie, 49% uit fysieke begeleiding / Response, 17% toezicht houden en begeleiding, 5 % uit algemene hulpverlening en 5% uit valse meldingen.

Het onderstaande overzicht geeft de assistentievragen per afdeling weer.



Het aantal aanvragen voor assistentie bij de afdeling Short Stay 1-3 (93 assistentie aanvragen) is voor het tweede achtereenvolgende jaar onverminderd hoog.

In vergelijking met de overige zorgafdelingen is de vraag naar assistentie op de afdeling Short Stay 6 keer hoger. In ruim 70% van alle aanvragen voor assistentie heeft de afdeling Beveiliging ook handelend (Praktisch Penitentiair Optreden of fysieke begeleiding / Response) moeten optreden.

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

Wachlijst

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

Wachrooster

Klinika Capriles kent geen afdeling spoedeisende hulp die 24 uur diensten verleent. Patiënten die spoedhulp nodig hebben worden tijdens kantooruren gezien op onze polikliniek. Buiten kantooruren worden de patiënten beoordeeld door hun huisarts of 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. Bij verwijzing naar Klinika Capriles voor opname wordt de patiënt altijd meteen beoordeeld door de dienstdoende psychiater die daarna goedkeuring (of afkeuring) geeft voor de opname.

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 2017 aan een drietal speerpunten gewerkt:

1. Invoeren van competentie management
2. Leiderschapsontwikkeling
3. Scholingsbeleid

Jaarplanning 2017 HRM

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Organisatie en Leiderschap			
Competentiemanagement is ingevoerd	1	Leidinggevend zijn getraind in het hanteren van de formulieren in Profit <i>Door Afas is in het najaar de module 'gesprekkencyclus' beschikbaar gesteld. Deze module is op basis van de uitgangspunten van GGz Curaçao ingericht. Er zijn informatiesessies voor alle leidinggevend georganiseerd over de gesprekscyclus en over het hanteren van Insite (Afas) hierbij.</i>	😊
	2	Iedere medewerker heeft een competentiegericht coachingsgesprek gehad met de leidinggevende <i>In 2017 is door de financiële situatie en de daardoor onzekere toekomst van de organisatie</i>	😞



		<i>de gesprekscyclus niet ingevoerd. Deze beslissing is in 2016 reeds genomen. Wel is besloten definitief in 2018 competentie management in te voeren.</i>	
	3	Medewerkers zijn beoordeeld op de eerste competentiegerichte begeleiding cq afspraken <i>Zie voorgaande punt, deze onderdelen zijn niet los van elkaar te zien.</i>	☹️
	4	Competentiegerichte werving en selectie <i>Competentieprofielen zijn bij verschillende selecties gehanteerd, beleid is nog niet uitgewerkt</i>	😐
Leiderschapsontwikkeling	5	Leiderschapsprogramma uitgaande van de organisatiestijl is uitgevoerd <i>Programma is van start gegaan, delen van het programma zijn naar 2018 overgeheveld.</i>	😐
	6	Programma coachend leidinggeven is uitgevoerd voor leidinggevendenden GGz Curaçao, (25 personen) <i>Aangezien de invoering van competentie management is doorgeschoven naar 2018 is dit onderdeel van het programma ook doorgeschoven naar begin januari 2018. Deze training ondersteunt de leidinggevendenden bij de invoering van de competentiegebaseerde gesprekscyclus.</i>	☹️
	7	Programma 'leiderschap' is van start. Vormt vast onderdeel van permanente scholing van leidinggevendenden <i>Het programma is met een kick-off in juni van start gegaan. De leidinggevendenden zijn geïnformeerd over competentieprofielen en de gesprekscyclus. Verder is een presentatie van het gehele programma gegeven. Later in juni is een workshop 'mindmapping' georganiseerd en oktober is de workshop "sustainable thinking" gegeven. De overige onderdelen van het programma worden in 2018 gegeven.</i>	😊
	8	Vastgesteld is op welke wijze de organisatie haar leidinggevendende talenten in beeld krijgt en ontwikkelt <i>Dit is verschoven naar 2018</i>	☹️
Scholingsbeleid	9	GGz Curaçao heeft een competentie-based scholingsprogramma <i>GGz Curaçao heeft besloten om zich aan te sluiten bij GGz-academy, dit is een online leerplatform vanuit de GGZ instellingen in Nederland. Deze organisatie biedt een zeer</i>	😊



		<i>breed opleidingspakket gericht op alle doelgroepen in de GGZ. GGZ Curaçao is tegen een voordelig tarief abonnementhouder geworden in 2017. De overige scholingsprogramma's die door GGZ Curaçao zelf zijn ontwikkeld zijn gekoppeld aan de competentieprofielen van de functies waarvoor de opleiding/training is bedoeld.</i>	
	10	Modulen / lesonderdelen zijn onderwijskundig beoordeeld. <i>Dit is uitgevoerd bij een module die als voorbeeld dient voor de rest van de eigen programma onderdelen</i>	☹️
	11	Lesprogramma's zijn beschikbaar <i>Zowel academy als eigen lesprogramma's zijn beschikbaar.</i>	😊
		Een scholingskaart is ingevoerd en telt mee in de personeelsbeoordeling. <i>De scholingskaart is in concept gereed, een nadere uitwerking naar specifieke functies en afdelingen moet nog plaatsvinden. Doorvoeren in 2018</i>	☹️

Behandelstaf

De behandelstaf bestond per 31 december 2017 uit:

- Mw. L. Beerthuizen, 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. J. Elhage, gz-kinder-en jeugdpsycholoog;
- Mw. S. Sander, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. Sh. Casseres, somatische arts;
- Mw. L. Reigina, apotheker (toezichhoudend);
- Dhr. M. Huizer, tandarts;
- Mw. drs. F. van Eijndhoven, diëtist.



Zes psychiaters, de psychologen, de somatische arts en de arts-assistent niet in opleiding hebben een voltijds dienstverband. De resterende leden van de behandelstaf inclusief een psychiater 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 2017	250	246.4
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	176	174.6
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	11	11
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	6	6
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	22	22
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	16	16.95
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2017	239	235.40
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	166	163.65

Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2017	Aantal
Pensioen	0
Vrijwillig	12
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	0
Overleden	0
Contract niet verlengd	8
Afkeuring	0
Gedwongen	1
Wederzijds goedvinden	1
Totaal	22

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	14	0
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	13	0

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	5.3
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	6.2

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

Het personeel onder de loongrens is verzekerd bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) voor ziektekosten én loonderving bij arbeidsongeschiktheid (AO). Op de derde AO-dag dient het personeel onder de loongrens zich voor controle te melden bij de SVB. Het personeel boven de loongrens is particulier verzekerd. Deze moeten op de vierde ziektedag voor controle naar de ARBO-Consult.

De ziekteverzuimgegevens in het onderstaande schema zijn gebaseerd op:

- 365 beschikbare dagen (in tegenstelling tot 2016 waar wij 260 dagen hebben gebruikt);
- 7 dagen per week;
- FTE's;
- Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidperioden zijn meegenomen.

	2016	2017	Vershil
Werknemers in dienst	266.4	251.1	-15.3
Aantal ziekmeldingen	556	487	-69
Aantal verzuimdagen	5060	4693	-367
Meldingsfrequentie (%)	2.1	1.9	-0.2
Verzuim percentage (%)	7.3	5.3	n.v.t.
Verzuimduur (%)	9.1	9.6	0.5
Langdurig ziekteverzuim	20	25	5

n.v.t: kan met de vorige jaren vergeleken worden.

Afname ziekmeldingen:

Aantal werknemers in 2017 is 15.3 FTE minder dan in 2016 en de meldingsfrequentie is ook gedaald met 0.2%.

Afname verzuimdagen:

Dit heeft ook te maken met het afname van het aantal werknemers in 2017 en de daling van de meldingsfrequentie.

Afname verzuim percentage:

Het verzuim percentage is anders berekend dan in 2016 en hierdoor kan dit niet met 2016 vergeleken worden. In 2014 hebben we dezelfde berekening als in 2017 gebruikt en als we deze twee jaren met elkaar vergelijken zien we een daling van 1%.

Hiervoor geldt dezelfde verklaring als bij de afname van de ziekmeldingen en de verzuimdagen.

Toename verzuimduur:

Dit is ook een gevolg van de toename van de aantal gevallen van langdurig arbeidsongeschiktheid. Er was één medewerker die het hele jaar arbeidsongeschikt was.

Algemene conclusie:

Hoewel het aantal gevallen van langdurig arbeidsongeschiktheid met 5 gevallen is toegenomen is het ziekteverzuimpercentage redelijk stabiel gebleven. Door het volledig toepassen van het ziekteverzuimbeleid kan dit cijfer nog lager worden.



Jubilea

Gedurende het jaar 2017 waren:

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

Functie Waarderingsysteem.

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

Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO)

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

Gedurende 2017 is het wederom gelukt om te investeren in deskundigheidbevordering van ons personeel.

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH):

- Voor alle afdelingen zijn refreshment trainingen SRH georganiseerd gedurende het verslagjaar. Per refreshment waren twee bijeenkomsten gepland, de eerste bijeenkomst was gericht op het oprispen van de theorie rondom met name het maken van doelen, in de tweede bijeenkomst hebben de deelnemers op basis van de plannen van hun eigen cliënten feedback aan elkaar gegeven en gekregen van de betrokken docenten. In het verslagjaar hebben 76 medewerkers meegedaan aan deze training. In 2018 zal de rest van het zorgpersoneel deelnemen aan deze training. Het ligt in de bedoeling deze refreshment trainingen twee jaarlijks te organiseren voor de medewerkers in de zorg.

Response®

- De trainingen Response® hebben in 2011 en 2012 plaatsgevonden voor alle medewerkers binnen GGz Curaçao. In 2017 is in twee middagen de kennis over Response weer naar voren gebracht. Onderwerpen die aan de orde zijn geweest:
 - Doelgericht interventieprotocol
 - Verfijnen bestaande communicatietechnieken
 - Herkennen van waarschuwingssignalen
 - Inzicht in boosheid
 - Belang van evaluatie
 - Bespreken / uitspelen van casuïstiek om begrip te vergroten

79 medewerkers hebben meegedaan met deze trainingen, in 2018 zullen overige medewerkers gaan deelnemen met deze training. Ook voor deze training geldt dat de training twee jaarlijks wordt georganiseerd.

Trainingen / Stage in het kader van LVB

- In 2017 is een start gemaakt met deskundigheidsbevordering rondom LVB (Licht Verstandelijke Beperking) binnen de psychiatrie. Een van de aanleidingen daarvoor is de beleidsnota LVB en de concentratie van LVB cliënten op afdeling Medium Stay 1 - 4. Aangezien de expertise binnen de kliniek onvoldoende aanwezig was, is Federatie



Antillaanse Jeugdzorg (FAJ) gevraagd deze trainingen te organiseren. Naast medewerkers van afdeling Medium Stay 1 - 4 zijn ook de coördinatoren en een deel van de 1^{ste} begeleiders van de andere zorgafdelingen meegenomen in het traject. Als laatste zijn ook de behandelaren getraind in het herkennen van - en het omgaan met cliënten met LVB – problematiek. In totaal zijn 56 medewerkers in verschillende sessies getraind.

- In het laatste kwartaal van 2017 heeft het team ondersteuning gehad van een gespecialiseerde orthopedagoog op het gebied van omgaan met LVB. Aandacht daarin lag vooral op het aanbrengen van structuur en dagprogramma's voor de cliënten.
- In september 2017 is de behandelend psycholoog van de afdeling een week op stage geweest in Nederland bij GGZ – Oost Brabant, een kliniek gespecialiseerd in het werken met cliënten met een combinatie van LVB en psychiatrie.

EZRA

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

Belevingsgerichte zorg:

- Voor het team van afdeling Long Stay is in 2016 gestart met een trainingstraject rondom belevingsgerichte zorg. Trainers Sheila Payne van Gogorobi foundation in samenwerking met Migarda Raphaela van Andá-Creations verzorgen de trainingen. Het project is gefinancierd door "Samenwerkende Fondsen". Deze trainingen zijn in 2017 doorgezet. 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

Belevingsgerichte zorg sluit prima aan bij de binnen de kliniek gehanteerde methodiek van SRH, met name waar het gaat om aspecten van presentie.

Individuele scholingsactiviteiten:

- Eén van de psychologen van Yudaboyu is in 2016 gestart met haar GZ – opleiding, de opleidingsplaats wordt ingevuld in Nederland bij Parnassia. In januari 2018 zal deze medewerker haar GZ – opleiding afronden om daarna weer terug te komen.

Behandelstaf

- **Cognitieve gedragstherapie**

In 2017 is het laatste gedeelte van 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 april 2018 de tijd om ook de supervisie en N=1 studie af te ronden.

Stages

- GGZ Curaçao speelt als enige psychiatrisch ziekenhuis binnen de voormalige Nederlandse Antillen een belangrijke rol bij de opleidingen voor zorg- en welzijn. Jaarlijks worden binnen Capriles voor zo'n 100 studenten van verschillende opleiding een stageplek verzorgd. Om die stages in goede banen te leiden beschikt GGZ Curaçao over 87 gecertificeerde leermeesters. In samenwerking met de Stichting Federatie Zorginstelling wordt voor alle



leermeesters jaarlijks een workshop georganiseerd waarmee de leermeesters hun certificering behouden. Onderwerp in de workshops is het toetsen van beroepshouding geweest.

E – learning:

- In de afgelopen jaren is GGZ Curaçao steeds op zoek geweest naar een geschikt platform voor e – learning. In eerste instantie is bekeken of zelf modules ontwikkeld kunnen worden, dit bleek echter niet haalbaar. In het verslagjaar is GGZ Curaçao lid geworden van GGZ Ecadamy. GGZ Ecadamy is een initiatief van en voor GGZ-instellingen in Nederland die samen kwalitatief goede, actuele en betaalbare e-learning ontwikkelen voor zorgprofessionals. Door het lidmaatschap heeft GGZ Curaçao beschikking over meer dan 70 modules gericht op de psychiatrie. Inmiddels is er een stuurgroep ingesteld die de implementatie van e- learning gaat begeleiden. Na goedkeuring van het implementatieplan zijn de voorbereidende werkzaamheden van start gegaan. Vanaf januari zal getest worden op één van de zorgafdelingen, waarna het systeem verder zal worden uitgerold in de organisatie. Medewerkers krijgen individueel een account en binnen het leerplatform zullen per afdeling een aantal modules beschikbaar worden gesteld.

Facilitair:

In 2017 hebben de volgende opleidingen en trainingen doorgang gevonden.

- Training Lean Six Sigma voor Coördinator Facilitaire Sector.
- Lean awareness training voor leidinggevenden Facilitaire Sector.
- Training Data Analytics MS Excel voor Manager Facilitaire Sector.
- Psychopathologie voor Facilitaire Medewerkers en Schoonmaakpersoneel. Aan deze training hebben ook medewerkers van de financiële administratie deelgenomen

In het kader van BHV:

- Herhalingsopleiding Basis Bedrijfshulpverlener voor alle Beveiligingsmedewerkers.
- Herhalingsopleiding Bedrijfshulpverlener Ploegleider voor Wachtcommandanten.
- Herhalingsopleiding Basis Bedrijfshulpverlener voor alle medewerkers van Sonrisa.
- Training basiskennis Brandpreventie en Ontruiming voor alle medewerkers.
- Ontruimingsoefeningen van alle gebouwen.

Overig:

Medewerkers van HRM en de medewerkers van Financiële- en Patiëntenadministratie hebben een cursus gevolgd over het werken met Excel.

4.5 Financieel beleid 2017

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
Financiële en Patiënten Administratie			
	1	Met de overheid zijn nieuwe afspraken gemaakt m.b.t. de bekostiging van de psychiatrische zorg van Klinika Capriles en KJP en de zorg wordt conform geleverd <i>Ministerie beweegt in de goede richting echter er is niets concreet op papier.</i>	😊
	2	Medewerkers FPA leveren financiële en administratieve service aan andere afdelingen op een professionele en gedegen manier <i>Er is duidelijk verbetering zichtbaar in de kwaliteit van</i>	😊



		<i>de verleende dienstverlening, dit wordt door andere afdelingen ook bevestigd. Echter er is nog steeds ruimte voor verbetering in de service.</i>	
	3	FPA biedt op de 10 ^{de} werkdag van de maand realisatiecijfers van afgelopen maand aan de directie aan, inclusief gedegen analyse van realisatie ten opzichte van begroting <i>Deadline is gedurende het jaar 2017 voor merendeel van de maanden gehaald.</i>	😊
	4	Er zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop budgetverantwoordelijkheid in de lijn zal worden ingevoerd en een start is gemaakt met de invoering ervan <i>Kostenplaatstenrapportage is nog niet geïmplementeerd. Handleiding kp is recent wederom aangepast en aan FPA team gecommuniceerd. Tijdens begrotingsronde is aandacht besteed aan de budgetverantwoordelijkheid per manager.</i>	😞
	5	AO/IC-procedures van FPA zijn opgesteld en van kracht. <i>AO/IC-procedures zijn opgesteld en van kracht.</i>	😊
	6	De fysieke archieven zijn geminimaliseerd en het digitale archief is zodanig ingericht dat stukken efficiënt terug gevonden kunnen worden <i>Inhuurkracht is aangenomen voor inhaalactie debiteuren en archiefproject, echter de werkzaamheden mbt inhaalactie opschoning debiteuren zijn meer dan eerst gepland, uitgevallen.</i>	😞

Het jaar 2017 kenmerkte zich als een jaar van het verder uitbouwen van de in 2016 geïnitieerde efficiëncyslagen. Met name de verhuizing van de afdeling Pico Plata waardoor een beddenreductie in het eerste kwartaal gerealiseerd werd, heeft bijgedragen tot verdere kostenreductie. Ook richtte Klinika Capriles zich in 2017 op de verbetering van zijn financiële positie door af te rekenen met het verleden.

Klinika Capriles sloot het jaar 2017 met een negatief resultaat van ANG 2.5M, dit resultaat ratificeert het feit dat de toegekende budgetten en vastgestelde tarieven ten opzichte van de geleverde dienstverlening ontoereikend zijn en dat dit tot structurele verliezen leidt.



Onderstaande tabel presenteert de cijfers voor 2017 en 2016.

Realisatie	2017	2016	Vershil	Vershil in %
Opbrengsten verrichtingen	22,705,420	23,349,256	(643,836)	-3%
Overige opbrengsten	1,220,004	1,153,475	66,529	6%
Totale opbrengsten	23,925,424	24,502,731	(577,307)	-2%
Directe kosten	1,979,663	2,127,187	(147,524)	-7%
Lonen en salarissen	18,808,442	19,733,221	(924,779)	-5%
Afschrijvingskosten	1,045,963	1,103,420	(57,457)	-5%
Overige kosten	4,620,152	4,037,358	582,794	14%
Totale kosten	26,454,220	27,001,186	(546,966)	-2%
Exploitatieresultaat	(2,528,796)	(2,498,455)	(30,341)	1%
Financiële baten en lasten	48,788	(207,910)	256,698	-123%
Resultaat	(2,480,008)	(2,706,365)	226,357	-8%

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

Opbrengsten

De opbrengsten voor het jaar 2017 vertonen een lichte daling van 2% ten opzichte van vorig jaar, dit is voornamelijk te wijten aan gedwongen inkrimping in de deeltijdactiviteiten door reductie in personeel.

Kosten

De kosten voor het jaar 2017 zijn met 2% oftewel ANG 547k gedaald ten opzichte van het jaar ervoor. Alle kostencategorieën vertonen een daling m.u.v. de overige kosten.

Directe kosten

Deze kosten betreffen direct aan de patiënt te relateren verbruikskosten. Kostenposten waarop de grootste bezuinigingen zijn gerealiseerd, zijn de posten *voedingskosten inclusief restauratieve benodigheden* (-ANG 85K) en *verplegingsartikelen* (-ANG 30K).

Lonen en salarissen

In 2017 zijn 10 vacatures niet ingevuld in afwachting van concreet standpunt van de overheid inzake hoogte van toegekend budget. Vooral het feit dat deze vacatures in 2017 niet door Klinika Capriles werden ingevuld, heeft bijgedragen tot een verdere verlaging van de personeelskosten (-ANG 498K). De daling in salariskosten heeft zijn weerslag op de vergoedingen, de sociale lasten en de pensioenpremies. Om de kwaliteit van de zorg te blijven garanderen zijn er steeds meer uitzendkrachten ingezet bij Klinika Capriles.

Afschrijvingskosten

De afname in afschrijvingskosten is een te verwachten trend bij lineaire afschrijvingsmethode waarin geen grote investeringen zijn gedaan.

Overige kosten

De post *overige kosten* toont een stijging van 14% (ANG 583K). Hiervan is ANG 154K toe te rekenen aan toename van water- en elektriciteitskosten in 2017. Verder werd een groot opschoningsproject debiteuren uitgevoerd met inhaalslag in incasso. Het opschoningstraject resulteerde in het afboeken van ANG 273K en een dotatie aan de voorziening dubieuze debiteuren van ANG 94K.



Bijzondere gebeurtenissen

In oktober 2017 won Klinika Capriles twee belangrijke rechtzaken.

- Op 6 oktober 2017 veroordeelde de rechter in Eerste Aanleg van Curaçao het Land Curaçao om ANG 2.7M te betalen vermeerderd met de wettelijke rente (ANG 248K). Het betrof vorderingen ouder dan 2015 van Klinika Capriles op het Land Curaçao (Ministerie van Justitie) inzake behandelingen van patiënten opgenomen na een rechterlijke vonnis. Het Land heeft aan dit vonnis gehoor gegeven en de Landsontvanger van Curaçao heeft de betaling gebruikt om schulden van Klinika Capriles betreffende sociale premies te verrekenen. Dit leidde tot een vrijval van ANG 2.1M in dubieuze debiteuren voorziening.
- Op 3 oktober 2017 verklaarde het Gemeenschappelijk Hof van Justitie het door Klinika Capriles ingestelde hoger beroep gegrond. Het komt erop neer dat Klinika Capriles voor de periode 1 februari 2013 tot en met 31 december 2017 nieuwe budgetten voor de Basisverzekering moest krijgen van de minister van GMN. Met deze uitspraak in de hand heeft Klinika Capriles met de SVB in het laatste kwartaal van 2017 onderhandeld en werd een vaststellingsovereenkomst met de SVB ondertekend waarin de wederzijdse schulden (ANG 9.5M) en vorderingen (9M) weggestreept werden. Dit heeft geleid tot een vrijval van ANG 3.8M in dubieuze debiteurenvoorziening en een vrijval van ANG 0.5M aan kwijtgescholden belastingschulden.

In 2016 heeft het Land Curaçao het project van oninbaar verklaring van belastingschulden voor een aantal (overheids)stichtingen gerealiseerd. Hierdoor werd bij Klinika Capriles een totaal van ANG 2.4M aan belastingschulden oninbaar verklaard. Uit voorzichtigheidsprincipe bleef dit bedrag op de balans staan. In 2017 werd het duidelijk dat de Landontvanger dit bedrag daadwerkelijk kwijtgescholden heeft, dit leidde tot vrijval van het bedrag ANG 2.4M.

Deze bijzondere gebeurtenissen in 2017 welke resulteerden in vrijval zijn verwerkt in het beginvermogen in 2017.

Resultaatratio

Resultaat ratio	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaat ratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten)	(0.10)	(0.11)
Resultaat	(2,480,008)	(2,706,365)
Totale opbrengsten	23,925,424	24,502,731

Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (vlottende activa exclusief voorraden ten opzichte van de kortlopende schulden)	0.20	0.65
Current ratio (vlottende activa inclusief voorraden gedeeld door kortlopende schulden)	0.22	0.68
Vlottende activa inclusief voorraden	1,689,427	2,358,677
Vlottende activa exclusief voorraden	1,521,066	2,233,044
Totaal kortlopende schulden	7,648,531	3,461,892

Onze liquiditeitspositie is in 2017 drastisch verslechterd ten opzichte van 2016. Dit is voornamelijk te wijten aan de gedwongen aflossingen aan het Algemeen Pensioenfonds Curaçao (APC). In 2017 heeft Klinika Capriles in totaal ANG 4.9M aan APC betaald in verband met duurtetoeslagpremies, VUT-uitkeringen en compensatiepremies AOV/BVZ. Dit heeft een grote impact gehad op de liquiditeitspositie van Klinika Capriles in 2017.

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0.01	(0.39)
Vermogensratio (totaal eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0.01	(0.42)
Totaal eigen vermogen	298,177	(10,268,077)
Balanstotaal	23,852,077	26,055,605
Totaal opbrengsten	23,925,424	24,502,731



Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

Dr. David Ricardo Capriles

Curaçao

Verkorte Jaarrekening 2017

Inhoud

1	Verkorte Jaarrekening	3
1.1	Verkorte Balans per 31 december 2017	4
1.2	Verkorte Staat van Baten en Lasten over 2017	5
1.3	Verkorte Kasstroomoverzicht over 2017	6
1.4	Toelichting op de Balans per 31 december 2017	7
2	Controleverklaring van de onafhankelijke accountant	16

1 Verkorte Jaarrekening

1.1 Verkorte Balans per 31 december 2017

(vóór resultaatverdeling)

	Toel.	2017	2016
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>			
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1.4.6	19,812,876	21,347,157
Financiële vaste activa	1.4.7	2,180,818	2,180,815
Waarborgsommen		<u>168,956</u>	<u>168,956</u>
		22,162,650	23,696,928
Vlottende activa			
Voorraden		168,361	125,633
Debiteuren	1.4.8	612,115	1,262,047
Vorderingen op verbonden partijen	1.4.9	14,706	14,706
Overige vorderingen en overlopende activa	1.4.10	702,481	523,638
Liquide middelen	1.4.11	<u>191,764</u>	<u>432,653</u>
		1,689,427	2,358,677
		<u>23,852,077</u>	<u>26,055,605</u>
PASSIVA			
Eigen vermogen			
Stichtingskapitaal	1.4.12	100	100
Overige reserves	1.4.13	2,778,085	(7,561,812)
Resultaat lopend boekjaar		<u>(2,480,007)</u>	<u>(2,706,365)</u>
		298,178	(10,268,077)
Voorziening Jubilea	1.4.15	797,138	-
Langlopende schulden			
Fonds Materiële vaste activa	1.4.16	12,445,497	13,315,303
Annuiteitenlening	1.4.17	2,662,733	3,153,845
Belastingen en premies sociale verzekeringen	1.4.19	<u>-</u>	<u>16,392,642</u>
		15,108,230	32,861,790
Kortlopende schulden			
Crediteuren		750,816	902,745
Schulden aan verbonden partijen	1.4.18	1,650,557	882,105
Belastingen en premies sociale verzekeringen	1.4.19	3,534,651	327,764
Overige schulden en overlopende passiva	1.4.20	<u>1,712,507</u>	<u>1,349,278</u>
		7,648,531	3,461,892
		<u>23,852,077</u>	<u>26,055,605</u>

1.2 Verkorte Staat van Baten en Lasten over 2017

	Toel.	2017	2016
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>			
BATEN			
Opbrengsten verrichtingen	1.5.1	22,705,420	23,349,256
Overige opbrengsten	1.5.2	<u>1,220,004</u>	<u>1,153,475</u>
		23,925,424	24,502,731
Directe kosten			
Verbruik behandelings-, kleding-, en voedingsartikelen	1.5.3	<u>1,979,663</u>	<u>2,127,187</u>
		<u>1,979,663</u>	<u>2,127,187</u>
		21,945,761	22,375,544
LASTEN			
Lonen en salarissen	1.5.4	18,808,442	19,733,221
Afschrijvingskosten	1.5.5	1,045,963	1,103,420
Overige kosten	1.5.6	<u>4,620,152</u>	<u>4,037,358</u>
		<u>24,474,557</u>	<u>24,873,999</u>
Exploitatieresultaat		(2,528,796)	(2,498,455)
Financiële baten en lasten	1.5.7	<u>48,788</u>	<u>(207,910)</u>
Resultaat vóór belastingen		(2,480,007)	(2,706,365)
Belastingen		<u>-</u>	<u>-</u>
Resultaat na belastingen		<u>(2,480,007)</u>	<u>(2,706,365)</u>

1.3 Verkorte Kasstroomoverzicht over 2017

1.3 Kasstroomoverzicht per 31 december 2017

	2017	2016
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>		
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	(2,528,796)	(2,498,455)
<i>Aanpassingen voor:</i>		
Afschrijvingen	1,045,963	1,103,420
	<u>(1,482,833)</u>	<u>(1,395,035)</u>
Verandering in werkkapitaal:		
(Toename)/afname debiteuren	649,932	(502,492)
(Toename)/afname overige vorderingen	(178,843)	(2,269)
(Toename)/afname voorraad	(42,728)	65,722
Toename/(afname) crediteuren	(151,930)	(2,045,541)
Toename/(afname) voorziening jubilea	797,138	-
Toename/(afname) overige schulden	4,338,567	(264,653)
Ontvangen interest	298,666	112,191
(Betaalde) interest	<u>(249,878)</u>	<u>(320,101)</u>
Kasstroom uit operationele activiteiten	<u>3,978,091</u>	<u>(4,352,178)</u>
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings materiële vaste activa	(381,489)	(204,283)
Mutatie waarborgsommen	-	(300)
Kasstroom uit investeringsactiviteiten	<u>(381,489)</u>	<u>(204,583)</u>
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Aflossing annuïteitenlening Orco Bank	(491,112)	(487,238)
Dotatie jubileumvoorziening voorgaande jaren	(801,391)	-
Correctie rekening courant verhouding KJP-KC	4,424,089	-
Vrijval voorziening en belastingschulden	9,423,565	-
(Afname)/toename belastingschulden en sociale premies	<u>(16,392,642)</u>	<u>3,240,727</u>
Kasstroom uit financieringsactiviteiten	<u>(3,837,491)</u>	<u>2,753,489</u>
Netto kasstroom	(240,889)	(1,803,272)
Liquide middelen en kredietinstellingen begin boekjaar	432,653	2,235,925
(Afname)/toename liquide middelen	<u>(240,889)</u>	<u>(1,803,272)</u>
Liquide middelen per eind boekjaar	<u>191,764</u>	<u>432,653</u>

1.4 Toelichting op de Balans per 31 december 2017

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 en 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.

Groepsverhouding

De Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) is een werkstichting behorend tot de Stichting GGz. De Stichting oefent een feitelijk beleidsbepalende invloed uit op KJP. De Stichting oefent ook een overheersende zeggenschap uit op KJP (RJ 217.212). De jaarrekening is de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting en KJP.

Continuïteit

De Stichting won in 2017 twee belangrijke rechtzaken waardoor de financiële positie van de Stichting materieel verbeterde. Het betrof de rechtzaak tegen het Land Curaçao inzake vordering op het Ministerie van Justitie en het hoger beroep tegen het Land Curaçao inzake vaststelling nieuwe budgetten voor de periode 1 februari 2013 tot en met 2017 voor de Basisverzekering ziektekosten (BVZ). Deze rechtzaken worden uitvoerig toegelicht in de jaarrekening. Het eigen vermogen van de Stichting vertoont dit jaar wederom een positief saldo.

Ondanks deze voor de Stichting positieve uitkomsten is de continuïteit van de Stichting nog steeds in het geding.

De Stichting is de enige aanbieder van klinische psychiatrische zorg op het eiland. Indien geen structurele oplossing wordt gevonden, komt zowel deze zorg als de continuïteit van de Stichting in gevaar. De Stichting heeft onderhandelingsgesprekken met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) gevoerd over de hoogte van het budget voor BVZ. Echter zijn beiden niet tot een overeenkomst kunnen komen. Zowel de Stichting als de SVB hebben hun advies aan de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN) schriftelijk ingediend. Met name de vaststelling van een passend budget is daarbij cruciaal en de Stichting voelt zich daarin gesteund op grond van externe onderzoeken.

Op grond van het feit dat de Stichting een zogenaamde systeem-instelling is, de diverse externe onderzoeken die allen het beeld bevestigden dat het budget te laag is vastgesteld én de uitkomsten van het overleg met de minister, is de Stichting van mening dat een oplossing voor de voorliggende problematiek gevonden zal worden die in lijn is met het advies dat de Stichting aan de minister heeft uitgebracht. 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 jaarlijkse zorgbudget bedroeg ANG 1.040.000. Met betrekking tot de daaropvolgende boekjaren 2009 tot en met 2017 zijn geen zorgcontracten getekend. De Minister van GMN 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. Dit terwijl de Basisverzekering op 1 februari 2013 inging. Voor de jaren 2016 en 2017 is bij Ministeriële Beschikking (no. 2015/061515 en 2017/00278) het budget ter grootte van ANG 6.4 miljoen per jaar ter dekking van de kosten van de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao ingevolge de Landsverordening Basisverzekering Ziektekosten gehandhaafd. Het budget omvat voornamelijk de kosten van de zorg geleverd door de Stichting en KJP. De budgetten zijn in boekjaar 2017 ontvangen en verwerkt.

Op 3 oktober 2017 vernietigde het Gemeenschappelijk Hof van Justitie de besluiten van de minister van GMN van 8 december 2014 en 18 januari 2016 en bepaalde dat de minister met in achtneming van deze uitspraak nieuwe beschikkingen neemt inzake de budgettering van de Stichting te verlenen zorg voor de periode van 1 februari 2013 t/m 31 december 2017.

Met deze uitspraak in hand heeft de Stichting met de SVB in het laatste kwartaal van 2017 onderhandeld en werd een vaststellingsovereenkomst met de SVB ondertekend waarin de wederzijdse schulden (ANG 9.5M) en vorderingen (ANG 9M) per 31 december 2017 geheel werden vereffend.

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 de boekjaren daarop volgend tot en met 2017 is geen zorgovereenkomst getekend met de SVB. Het voorschot dat is toegekend voor het boekjaar 2017 bedraagt ANG 13.1 mln. Volgens het laatst getekende zorgcontract hoeft er geen afrekening plaats te vinden over eventuele overschotten of tekorten. De Stichting rapporteert de werkelijke bezetting maandelijks aan de SVB.

Met betrekking tot het boekjaar 2017 is ANG 11.3 mln (2016: ANG 12.4 mln) door de Stichting aan declaraties ingediend bij het SVB-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd ANG 11.2 mln (2016: ANG 13.1 mln) ontvangen in 2017, dit is na aftrek van inhouding ten behoeve van afbetaling APC (ANG 1.9 mln).

Schattingen

Bij toepassing van de grondslagen en regels voor het opstellen van de jaarrekening vormt de Raad van Bestuur 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.

1.4.1 Algemene waarderingsgrondslagen

Algemeen

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met Boek 2 van het op 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 van de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving, die uitgegeven zijn door de Raad voor de jaarverslaggeving.

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.

1.4.2 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.

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 en waarborgsommen opgenomen met een looptijd langer dan twaalf maanden. Het deposito en waarborgsommen zijn 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-waardevermindering 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.

Vorraden

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 2017 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 in het jaar 2016 volledig ten gunste van de algemene reserve 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.

Voorzieningen

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan, waarbij het waarschijnlijk is dat een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten.

De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de verplichtingen per balansdatum af te wikkelen. Pensioenvoorzieningen worden gewaardeerd op basis van actuariële grondslagen.

De overige voorzieningen worden gewaardeerd tegen de nominale waarde van de uitgaven die naar verwachting noodzakelijk zijn om de verplichtingen af te wikkelen, tenzij anders vermeld.

Wanneer de verwachting is dat een derde de verplichtingen vergoedt, en wanneer het waarschijnlijk is dat deze vergoeding zal worden ontvangen bij de afwikkeling van de verplichting, dan wordt deze vergoeding als een actief in de balans opgenomen.

Voorziening jubilea

De voorziening jubilea wordt opgenomen tegen de contante waarde van de verwachte uitkeringen gedurende het dienstverband. Bij de berekening van de voorziening wordt onder meer rekening gehouden met verwachte salarisstijgingen en de blijfkans. Bij het contant maken is de rendement op Nederlandse staatsleningen ad 0% (2016: 0%) als disconteringsvoet gehanteerd.

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.

1.4.3 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

De baten omvat de opbrengsten uit levering van diensten onder aftrek van kortingen en dergelijke en van over de opbrengst geheven belastingen.

Verantwoording van opbrengsten uit de levering van diensten geschiedt naar rato van de geleverde prestaties.

De opbrengsten worden verantwoord op basis van de door de Stichting ingediende declaraties bij de betreffende zorgverzekeraars, particulieren en overige instanties rekening houdend met de vastgestelde budgetten van SVB.

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 belastingautoriteit.

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.

1.4.4 Financiële 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.

Prijrisico

De Stichting loopt geen prijrisico.

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 3%. 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 het Ministerie van Justitie vormen de significante debiteuren. Beiden voeren een beleid uit namens het Land Curaçao. Met name het Ministerie van Justitie betaalt tussen de 90 en 120 dagen. De liquide middelen staan uit bij kredietwaardige banken.

Liquiditeitsrisico

Gezien de financiële 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



Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

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

Referentie: GT/136140/2180284

Ons oordeel

De samengevatte jaarrekening 2017 (hierna 'de samengevatte jaarrekening') van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles te Curaçao is ontleend aan de gecontroleerde jaarrekening 2017 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Naar ons oordeel is de bijgesloten samengevatte jaarrekening in alle van materieel zijnde aspecten consistent met de gecontroleerde jaarrekening 2017 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles op basis van de grondslagen zoals beschreven onder punt 1.4 in de toelichting.

Wat we hebben gecontroleerd

Wij hebben de jaarrekening 2017 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles ("de stichting") te Curaçao gecontroleerd.

De jaarrekening bestaat uit:

1. de verkorte balans per 31 december 2017;
2. de verkorte staat van baten en lasten over 2017; en
3. de toelichting met een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en overige toelichtingen.

Samengevatte jaarrekening

De samengevatte jaarrekening bevat niet alle toelichtingen die zijn vereist op basis van Boek 2 van het in Curaçao geldende Burgerlijk Wetboek. Het kennisnemen van de samengevatte jaarrekening en onze verklaring daarbij kan derhalve niet in de plaats treden van het kennisnemen van de gecontroleerde jaarrekening van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles en onze controleverklaring daarbij. De samengevatte jaarrekening en de gecontroleerde jaarrekening bevatten geen weergave van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden sinds de datum van onze controleverklaring van 21 juni 2018.

De gecontroleerde jaarrekening en onze controleverklaring daarbij

Wij hebben een goedkeurend oordeel verstrekt bij de gecontroleerde jaarrekening 2017 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles in onze controleverklaring van 21 juni 2018.

Wij vestigen de aandacht op het onderdeel 'Continuïteit' in de toelichting van de gecontroleerde jaarrekening waarin is uiteengezet dat de stichting afhankelijk is van de besluitvorming door de landsoverheid en de uitvoering van die besluitvorming voor de continuïteit van de stichting. Deze condities duiden op het bestaan van een onzekerheid van materieel belang op grond waarvan gereede twijfel zou kunnen bestaan over de continuïteitsveronderstelling van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles. Ons oordeel is niet aangepast als gevolg van deze aangelegenheid.

Verantwoordelijkheden van het bestuur en de raad van commissarissen voor de samengevatte jaarrekening

Het bestuur is verantwoordelijk voor het opstellen van de samengevatte jaarrekening op basis van de grondslagen zoals beschreven in punt 1.4 in de toelichting.

De raad van commissarissen is verantwoordelijk voor het uitoefenen van toezicht op het proces van financiële verslaggeving van de stichting.

Onze verantwoordelijkheden

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel of de samengevatte jaarrekening in alle van materieel belang zijnde aspecten consistent is met de gecontroleerde jaarrekening op basis van onze werkzaamheden, uitgevoerd in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse Standaard 810 'Opdrachten om te rapporteren betreffende samengevatte financiële overzichten'.

Curaçao, 21 juni, 2018
PricewaterhouseCoopers Curaçao



Gijsbert (A.N.) Turkenburg RA



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



Yudaboyu
Barendslaan 11
Tel: 738 9511
Fax: 738 9553

Zijn onderdeel van

