



Klinika Capriles
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis



Jaarverantwoording 2018



Inhoudsopgave

JAARDOCUMENT 2018 KLINIKA CAPRILES	1
VOORWOORD	2
JAARVERSLAG RAAD VAN TOEZICHT	3
1. UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING	4
2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	5
2.1. ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS	5
2.2. STRUCTUUR VAN DE INSTELLING	5
2.3. KERNGEGEVENS	9
2.4. BELANGHEBBENDEN	11
3. GOVERNANCE	18
3.1. BESTUUR EN TOEZICHT	18
3.2. BEDRIJFSVOERING	22
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	25
4.1. MEERJARENBELEID	25
4.2. ALGEMEEN BELEID	30
4.3. KWALITEITSBELEID	36
4.4. KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS	52
5. VERKORTE GECONSOLIDEERDE JAARREKENING 2018	63
5.1. VERKORTE BALANS PER 31 DECEMBER 2018	63
5.2. VERKORTE STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 2018	64
5.3. VERKORTE KASSTROOMOVERZICHT OVER 2018	65
5.4. TOELICHTING OP DE BALANS PER 31 DECEMBER 2018	66
6. CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT	73



Jaardocument 2018 Klinika Capriles

Het maatschappelijk verslag 2018 is op 12 juni 2019 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

De jaarrekening 2018 is op 12 juni 2019 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Dhr. Waldi Oostburg
Raad van Bestuur

Het maatschappelijk verslag 2018 is op 12 juni 2019 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

De jaarrekening 2018 is op 12 juni 2019 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

Mede door verdere maatregelen ter beheersing van de kosten is de financiële positie van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles (Klinika Capriles) en de Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (Yudaboyu) verder verbeterd. Dit betekent echter niet dat de stichting inmiddels in financieel rustig vaarwater terecht is gekomen. Als gevolg van de niet-kostendeckende budgetten van met name de Basisverzekering ziektekosten (BVZ) blijft de liquiditeitspositie van Klinika Capriles onder druk staan. Dit heeft tot gevolg dat reeds jaren geen periodieken toegekend kunnen worden met het gevolg dat medewerkers geen salarisgroei ervaren. Goed werkgeverschap is dan ook niet mogelijk. Het niveau van investeringen in gebouwen en ICT ligt al jaren op een dermate laag niveau dat dit zijn tol begint te eisen. Het staat buiten kijf dat meer middelen nodig zijn ter voorkoming van een verdere toename van achterstallig onderhoud.

Inmiddels vormt het komen tot een juiste bekostiging van de psychiatrische zorg een van de aandachtspunten van het Land Curaçao en in het bijzonder dat van de Minister van Gezondheid Milieu en Natuur. Dit onderwerp valt samen met de inspanningen die het ministerie doet om te komen tot een meer beleidsmatige ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, waarvan ook een hervorming van het zorgaanbod en de bekostiging deel van zal uitmaken.

Klinika Capriles juicht deze ontwikkelingen toe en heeft de minister al haar steun toegezegd. Omdat Klinika Capriles zich bewust is van het feit dat hiermee tijd gemoeid gaat en de stichting een eigen verantwoordelijkheid draagt aangaande haar financiële situatie, heeft zij in het afgelopen jaar met de nodige creativiteit ingezet op het verlagen van haar kosten met goede resultaten tot gevolg. Twee ontwikkelingen springen hierbij in het oog.

In de eerste plaats heeft Klinika Capriles besloten om de kinder- en jeugdpsychiatrie onder haar eigen dak te brengen. Wel blijft Yudaboyu als onafhankelijke stichting gehandhaafd.

Hiernaast is de dagbehandeling Un Miho Mañan verhuisd en tevens organisatorisch samengevoegd met het inloopcentrum Dios Yudami van samenwerkingspartner Fundashon pa Maneho di Adikshon (FMA).

De resultaten van deze inspanningen laten zien dat kostenverlaging niet in alle gevallen negatieve gevolgen heeft voor de zorg maar ook kan leiden tot een verbetering ervan. Beide verhuizingen hebben veel voorbereidende inspanningen vereist van de betrokken medewerkers en Klinika Capriles kijkt dan ook met een gevoel van zowel trots als dankbaarheid terug op de manier waarop deze veranderingen zijn uitgevoerd.



Jaarverslag Raad van toezicht

Naast de reguliere toezichthoudende en adviserende activiteiten heeft de Raad van Toezicht zich in 2018 voornamelijk bezig gehouden met de werving van een nieuwe Raad van Bestuur doordat de huidige Raad van Bestuur de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt. De werving is per eind 2018 nog niet afgerond. De werving zal naar verwachting in 2019 afgerond worden.

De Raad van Toezicht kwam in 2018 negen keer bijeen, zonder de aanwezigheid van de Raad van Bestuur. Onderstaand zijn de data en hetgeen is besproken vermeld.

Datum bespreking	Besproken onderwerpen
17 januari 2018	Wervingsprocedure nieuwe RvB
8 februari 2018	Verzoek MT KC voor een gesprek over werving nieuwe RvB
19 februari 2018	Gesprek met MT KC over werving nieuwe RvB
23 mei 2018	Stand van zaken werving nieuwe RvB
11 juli 2018	Selectie van een bureau voor de werving en selectie van een nieuwe RvB
5 september 2018	Verzoek behandelstaf voor een gesprek over werving nieuwe RvB
17 september 2018	Gesprek met een delegatie van behandelstaf inzake de procedure voor werving nieuwe RvB
17 oktober 2018	<ul style="list-style-type: none">• Stand van zaken wervingsproces nieuwe RvB• Engagement letter EY• Due diligence FMA
21 november 2018	<ul style="list-style-type: none">• Het functioneren van de RvT van GGz Curaçao• Integratie FMA in GGz Curaçao• Wervingsproces nieuwe RvB

Voor meer informatie verwijzen wij naar Hoofdstuk 3.1



1. Uitgangspunten van de verslaggeving

Met het jaardocument legt Klinika Capriles verantwoording af aan belanghebbenden over de wijze waarop zij de cyclus van beleid, inspanningen, prestaties en bijstelling van beleid vorm geeft. Het jaardocument geeft niet alleen informatie over financiële gegevens en productiecijfers, maar geeft ook informatie 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 twee delen zijnde: het maatschappelijk verslag en de jaarrekening. 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 Yudaboyu verbonden aan de moederstichting GGz Curaçao. Aangezien de Sociale Verzekeringsbank de inschrijving van Yudaboyu als zorgverlener weigert, ressorteren de activiteiten alsmede financiën van Yudaboyu onder die van Klinika Capriles.

In dit document wordt geïntegreerd gerapporteerd over Klinika Capriles en Yudaboyu. Indien van toepassing zal worden aangegeven dat de rapportage betrekking heeft op GGz Curaçao.



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 2018 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 GGz Curaçao. Hierbij wordt het Raad van Toezicht model gehanteerd.

Yudaboyu is op 7 april 2010 opgericht en gelieerd aan 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 (SVB) 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 2018





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	Nee	Nee
Psychogeriatrische aandoening of beperking	Ja	
Psychiatrische aandoening	Ja	Ja
Lichamelijke handicap	Nee	Nee
Verstandelijke handicap	Nee	Nee
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	Nee	Nee
Psychosociale problemen	Ja	

Private zorg

	Ja/nee
Hebt u in 2018 zorg verleend gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee



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>16 bedden</i> <i>4 bedden</i>	Psychiatrische aandoeningen in combinatie met een verstandelijk beperking en gedragsproblemen Ziekenboek	onbepaald
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
Totaal klinische bedden	178 bedden		
Dagbehandeling /nachtopvang Un Miho Mañan	40 stoelen 21 bedden	Ernstige psychiatrische aandoeningen in een maatschappelijk kwetsbare positie met acting-out gedrag en middelengebruik e/o zorgmijders	Onbepaald
Deeltijdbehandeling	24 stoelen	De cliënt wordt voorbereid om zo zelfstandig mogelijk te kunnen participeren in de maatschappij.	Tot 2 jaar
Totaal	21 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, psychomotore therapie en maatschappelijke oriëntatie;
 Poliklinisch: Consult bij de behandelaren op de poli van Klinika Capriles, Medisch Centrum Sorsaka en Yudaboyu;
 IAB : Psychiatrische hulp aan patiënten in hun eigen omgeving ("outreach").
 Intensieve ambulante begeleiding

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 2018	3299
Capaciteit	
Aantal klinische bedden op 31 december 2018	178
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2018	
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	
Productie	
Aantal klinische verzorgingsdagen in 2018	60.495
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in 2018	
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2018	9.700
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in 2018	37.144
Personeel	
Aantal patiëntgebonden (ggz-)personeelsleden in loondienst op 31 december 2018	169
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2018	165,13
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2018	240
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2018	234,93
Aantal psychiaters in loondienst per 31 december 2018	6
Aantal psychiaters in FTE per 31 december 2018	6
Bedrijfsopbrengsten	
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2018	25,794,350
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	1,285,402



2.3.3. Werkgebieden

Nieuwe klinische opnames in 2018 beperkten zich tot cliënten uit Curaçao, Bonaire en enkele buitenlandse toeristen. Van Aruba zijn nog acht chronische patiënten langdurig opgenomen in Klinika Capriles.

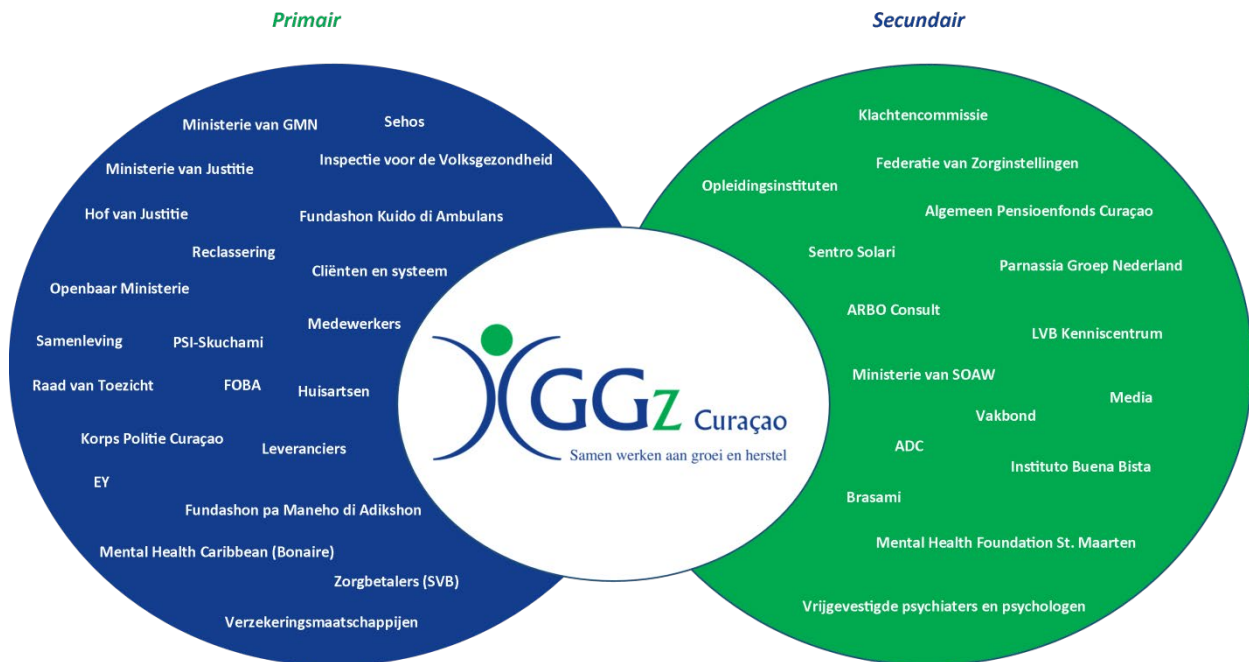
Voor wat betreft ambulante zorg richt de kliniek zich uitsluitend op patiënten die woonachtig zijn op Curaçao. Het betreft hier grotendeels nazorg (chronische) patiënten die tevens nabehandeling kunnen krijgen door het outreachteam.

2.3.4. Personeelsformatie

A) Personeel in loondienst	Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2018	Aantal fte's per 31 december 2018
1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst			
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100		
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300		
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400	6	6
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500	13	11,9
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 5)	413600	20	19,6
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 4)	413600	94	93,63
Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)	413600	18	17,5
Zorghulpen (niveau 1)	413600	1	1
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	413600	133	131,73
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700	17	15,5
Subtotaal	413000	169	165,13
2) Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst			
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch			
Subtotaal	414000		
3) Management en ondersteunend personeel in loondienst			
Personeel algemene en administratieve functies	411000	22	21,8
Personeel hotelfuncties	412000	43	42
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000	6	6
Subtotaal	411+412+415000	71	69,8
B) Personeel niet in loondienst	Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2018	Aantal fte's per 31 december 2018
Stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch			
Overige stagiaires			
Uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch		2	2
Overige uitzendkrachten			
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en specialisten in loondienst elders			
Overig ingehuurd personeel		11	6,79
Vrijwilligers		1	0,2
Alfa-helpenden			
Subtotaal		14	8,99
A + B) Totaal personeel in loondienst en personeel niet in loondienst		254	243,92



2.4. Belanghebbenden



Beleidsbepaler /toezichthouder

- **Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN)**
De Minister van Gezondheid Milieu en Natuur heeft middels een Ministeriele Beschikking d.d. 21 november 2018 het budget 2018 bepaald voor de basisverzekering ziektekosten.
- **Inspectie voor de Volksgezondheid**
 - *Klachten*
Gedurende 2018 was twee maal onze reactie gewenst op klachten ingediend bij de Inspectie. Wij hebben twee (2) meldingen gedaan.
 - *Inspectiebezoeken*
 - *Afdeling Inspectie gezondheidszorg*
In 2018 heeft geen inspectiebezoek plaatsgevonden. De inspectie had tevens geen vragen of opmerkingen na lezing van de jaarverantwoording 2017.
 - *Afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming*
Op 8 mei 2018 is een onaangekondigd bezoek gebracht aan de Centrale Keuken. Er zijn geen bijzonderheden aangetroffen. Conclusie van de inspectie was dat er op een verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid.



Kapitaalverschaffers

- **Zorgbetalers**

Klinika Capriles ontvangt geen subsidie.

Voor de klinische- (verpleegdagen) en ambulante zorg (poliklinische verrichtingen en deeltijdbehandelingen) zijn middels Landsbesluit van de 29 september 2000 No 2, wettelijk tarieven vastgesteld.

Per 1 februari 2013 is de wet BVZ in werking getreden met als uitvoeringsorgaan de SVB. In november 2018 hebben wij een ministeriële beschikking ontvangen die het budget voor 2018 voor de BVZ vaststelt.

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 worden middels justitiële plaatsing zowel strafrechtelijk als curatele. Hun gehele opnameperiode vastgelegd in het vonnis, komt voor rekening van het Ministerie van Justitie. Tenslotte is Aruba een belangrijke zorgbetaler.

Rechtszaken

Geen

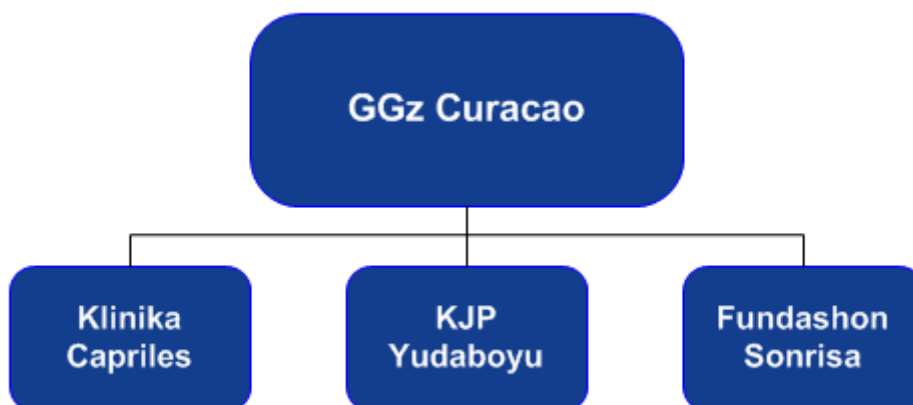
Samenwerkingsverbanden op landelijk niveau.

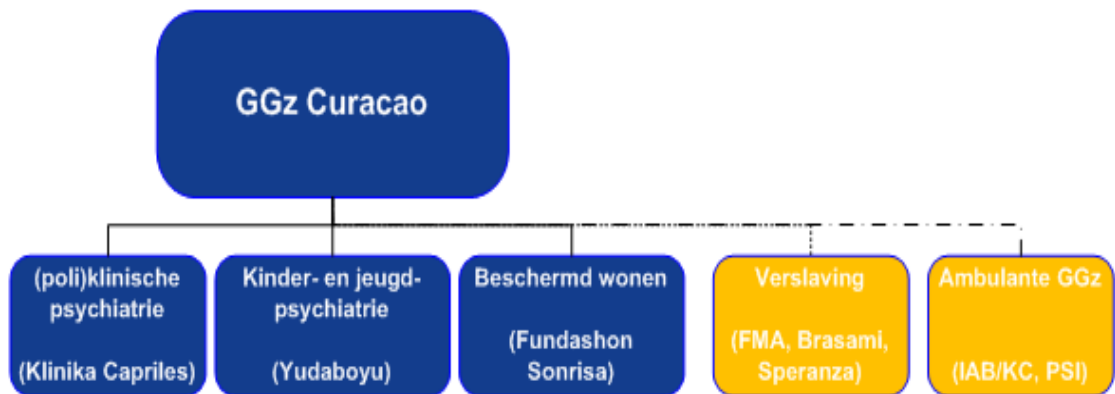
- **Duurzame samenwerking tussen de GGz instellingen.**

In april 2010 is de GGz Curaçao opgezet als moederstichting van de nieuwe werkstichting Yudaboyu. De moederstichting bestuurt en levert ondersteuning aan de werkstichtingen. Elke werkstichting is eigenares van haar activiteiten en financiën.

Eind 2010 is Klinika Capriles toegetreden tot deze structuur. In februari 2011 is Fundashon Sonrisa (beschermd wonen) gekoppeld aan GGz Curaçao.

De drie zorgstichtingen die ressorteren onder 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 entiteiten ten goede. Ook voor nog op te richten zorgstichtingen of stichtingen die zich in de toekomst wensen aan te sluiten bij GGz Curaçao zullen in beginsel de modelstatuten van toepassing zijn.





Het aanbieden van de geestelijke gezondheidszorg vanuit één gemeenschappelijk bestuurlijke eenheid 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 (Zorgfederatie) 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 bevoegd en bekwaam personeel van de Stichting Wit Gele Kruis voor de Thuiszorg “Prinses Margriet”.

- **De Zorgfederatie**

Klinika Capriles is aangesloten bij 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 activiteiten van de Zorgfederatie genoemd waaraan Klinika Capriles in 2018 heeft deelgenomen:

- De Governance Code van de Zorgfederatie is goedgekeurd;
 - Modeldocument Reglement Raad van Bestuur en Statuten Raad van Toezicht bestuursmodel zijn beschikbaar;
 - In het kader van “Shared Financial Services” hebben een drietal instellingen overeenkomsten gesloten aangaande de inzet van een en dezelfde financieel manager;
 - Inventarisatie om te komen tot een “Shared Service Center Facilitair” is afgerond;
 - Er zijn 4 bijeenkomsten gehouden over de volgende thema’s:
 - Ontwikkeling Functiewaardering en nieuwe trends FWG – 11 april 2018;
 - Electronisch dossier Asterisque – 24 april 2018;
 - Samenwerken bij calamiteiten – 20 september 2018;
 - Visiedocument Transitie Zorglandschap van het Ministerie van GMN en de implicaties hiervan voor de federatie-instellingen – 20 november 2018.
 - Centraal Inkoop Bureau;
 - Contractmanagement collectieve verzekeringen heeft geleid tot premierestituties en het wederom afzien van premieverhogingen.
- **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.

Op 29 november 2018 werd de minister van GMN geïnformeerd over de wens van het bestuur van FMA en de Raad van Bestuur van GGz Curaçao om te komen tot een overdracht van bestuursverantwoordelijkheden van het huidig bestuur van FMA aan de Raad van Bestuur GGz Curaçao. De voorgestelde statutenwijziging van FMA resulteert erin dat FMA, gelijk aan Klinika Capriles, Fundashon Sonrisa en Yudaboyu als werkstichting deel gaat uitmaken van GGz Curaçao.

- **LVB Platvorm**

Op 13 november 2018 heeft GGz Curaçao een intentieverklaring getekend met alle instanties en instellingen die in een platform op enige wijze de belangen behartigen van personen met functionele beperkingen. De reden is dat er behoefte bij de verschillende organisaties bestaat om kennis en ervaring met elkaar te delen en gezamenlijk actie te ondernemen. Er zal een duidelijke structuur aangebracht worden om hierover af te stemmen en doelgericht te kunnen samenwerken.

Het betreft de organisaties: Fundashon Kontakto, GGz Curaçao, de SGR-Groep, Sentro Solari en Fundashon Tayer Sosial Santa Martha.

Samenwerkingsverbanden op Internationaal niveau.

- **Parnassia Groep**

De afspraken die in 2017 zijn gemaakt met betrekking tot de ontwikkeling van een Business Intelligence tool (BI-tool) en ondersteuning bij het ontwikkelen en implementeren van beleid voor dubbel diagnose hebben in 2018 uitvoering gekregen.

De BI-tool functioneert en heeft in 2018 strategische informatie opgeleverd, er is nog doorontwikkeling mogelijk.

Het beleidsdocument “behandeling dubbele diagnose” is door deskundigen verslavingszorg,



zowel jeugd als volwassenen, becommentarieerd.

Een training in motiverende gespreksvoering door 2 professionals van de Parnassia Groep gegeven, is in 2018 voorbereid, uitvoering januari 2019.

Begin 2018 heeft de kinder- en jeugdpsycholoog de opleiding GZ-psycholoog bij Parnassia Groep met positief resultaat afgerond.

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

Een samenwerkingsovereenkomst was in 2018 van kracht. 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. Gedurende 2018 hebben geen activiteiten plaatsgevonden.

- **Mental Health Caribbean (MHC)**

De samenwerking met MHC betreft de opname en behandeling in Klinika Capriles van cliënten uit Bonaire. MHC is actief lid van de Zorgfederatie

Informatievoorziening

Intern

Standaardactiviteiten ter bevordering van een interactieve communicatie zowel top-down, bottom-up als tussen medewerkers onderling. Deze bijeenkomsten werden ooit in het leven geroepen op basis van een door medewerkers geuite behoefte.

- “Ban Kòmbersá”, een kwartaalbijeenkomst met onderwerpen variërend van werkgerelateerde tot meer persoonlijke ontwikkeling, heeft drie maal plaatsgevonden.
 - De heer I. Balentien van het Ministerie voor Economische Ontwikkeling heeft een informatiesessie verzorgd aangaande waar een consument op moet letten bij het doen van aankopen en met name hoe vervaldata te interpreteren als het om voedingswaren gaat.
 - Interne trainers hebben een sessie verzorgd over “oplossingsgericht werken”; een benadering welke organisatiebreed wordt uitgedragen en wat aansluit op het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen.
 - De ARBO verzorgde een sessie over financiële planning en het vermijden van problematische schulden.

De afgelopen twee jaren echter was de belangstelling en deelname drastisch terug aan het lopen, vandaar dat is besloten ‘Ban Kòmbersá’ niet voort te zetten in 2019.

- 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 vier maal plaats.
- De informatie- en discussiebijeenkomsten “Informando Personal”, voorgezeten door de directeur, vindt om en om eenmaal per kwartaal bij Klínika Capriles en Fundashon Sonrisa plaats. In 2018 vond het zowel bij Fundashon Sonrisa als bij Klínika Capriles drie maal plaats.
- Het personeelsblad “GGz Indoors” is in 2018 vier maal verschenen.
- Van mei tot en met oktober heeft de campagne “Biba salú, ban p’è” gelopen. De campagne had als doel bij de medewerkers van de onder GGz Curaçao vallende stichtingen de bewustwording te stimuleren van het belang van een gezonde leefstijl en hen daarmee bewegen (meer) te gaan bewegen en andere gezonde leefgewoonten aan te houden. Het zwaartepunt lag op het beschikbaar maken van informatie.



Naast informatiesessies verzorgd door externe sprekers is ook een module aangemaakt op het intranet met informatie, tips en oefeningen. Wekelijks ging een mail uit met 'tip van de week' met ingebed een link naar deze module. Voor de wekelijkse tips is uitgegaan van het zogenaamde BRAVO kompas, wat staat voor de thema's Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning, met een nadruk op bewegen en voeding. Verder vond maandelijks ook een beweegactiviteit plaats. Na het eerste kwartaal van de campagne is dit op verzoek van deelnemers opgeschroefd naar wekelijks.

- Eind 2016 is dankzij een toekenning door Samenwerken Fondsen het project "Ondersteuning Belevingsgerichte zorg" op de afdeling Longstay van start gegaan. Hierbij werd een combinatie gemaakt van activiteiten voor de cliënten zoals kleine muziek-vertel voorstellingen en dans/beweging en het versterken van de vaardigheden van het personeel, aangezien belevingsgerichte zorg staat of valt met degenen die de zorg moeten geven, het personeel dus. Daartoe is een programma samengesteld waarbij mevrouw S. Payne van Gogoriobi Foundation in samenwerking met mevrouw M. Raphaela van Andá-Creations de beide activiteiten verzorgen. In 2018 is door Samenwerkende Fondsen de financiering van het tweede projectjaar ook toegekend en kon het project voortgezet worden, met uitbreiding naar een volgende afdeling voor wat betreft het versterken van de vaardigheden van het personeel om belevingsgerichte zorg te leveren.

Extern

- Ook in 2018 zijn er diverse rondleidingen en/of informatiesessies verzorgd voor zowel scholen, medewerkers van andere (buitenlandse) zorginstellingen als voor individuele personen. De informatiesessies vinden ook op verzoek van organisaties plaats.
- Zorgmedewerkers hebben bij de IFE gastlessen verzorgd aangaande psychiatrie en rehabilitatie.
- Een maatschappelijk werkende heeft voor studenten Juridische Hulpverlening van de University of Curaçao een presentatie verzorgd over het maatschappelijk werk binnen Klinika Capriles.
- De HR-afdeling verzorgt jaarlijks een informatiesessie voor de IFE studenten, waarbij de HR-consulent ingaat op arbeidsvoorwaarden gerelateerde onderwerpen en een zorgmedewerker de meer zorginhoudelijke vragen voor haar/zijn rekening neemt.
- Psychiater Sander van Lent heeft een lezing aangaande bipolaire stoornis verzorgd voor de Curaçaose afdeling van Ypsilon, een vereniging van familieden en naastbetrokkenen van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose. Ook heeft hij voor cliënten van Fundashon Sonrisa en hun familieleden een presentatie verzorgd aangaande de begeleiding van mensen met EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen) vanuit het team voor intensieve ambulante begeleiding.
- GZ-psycholoog Agnes de Lima doet sinds 2015 naast haar werk ook promotieonderzoek. Hiervoor werkt zij samen met scholen op Curaçao en verschillende universiteiten (waaronder de Universiteit van Amsterdam en de Caribbean Medical University). Ook Klinika Capriles ondersteunt haar daar waar kan. Elk jaar nemen zo een 1000 jongeren op Curaçao deel aan haar onderzoek "*The Curaçao Longitudinal Study of Resilience and Delinquency*". Dit onderzoek zoekt naar factoren die jongeren helpen gelukkig te zijn, zich goed te blijven ontwikkelen en op het goede pad te blijven. Belangrijk om te voorkomen dat jongeren problemen ontwikkelen zoals agressie of psychiatrische problemen. Zowel nationaal als internationaal is er veel interesse in dit onderzoek naar jongeren op Curaçao. In mei 2018 was zij in Parijs om tijdens een internationaal congres over dit onderzoek te vertellen.
- Voor de huisartsen heeft een, door de commissie accreditatie nascholing van de Curasaosche Huisartsen Vereniging geaccrediteerde, themabijeenkomst plaatsgevonden over de 'Zorgstandaard psychose binnen GGz Curaçao', verzorgd door Petra Gelan en Juliette Libier respectievelijk psychiater en GZ-psycholoog bij Klinika Capriles.



- In samenwerking met de University of Curaçao heeft GGZ Curaçao twee lezingen voor professionals en overige belangstellenden georganiseerd.
 - Mevrouw M. van Baak, Emeritus Hoogleraar Fysiologie van Obesitas aan de Universiteit Maastricht ging in op de rol van vetcellen die het vasthouden van gewichtsverlies kunnen bemoeilijken.
 - Mevrouw F. Bannink, internationaal keynote speaker, trainer en auteur van 40 boeken op het gebied van positieve psychologie en oplossingsgerichte gespreksvoering, verzorgde een lezing over positieve psychologie; een interactieve lezing waarbij naast de theorie van de positieve psychologie benadering, de aanwezigen ook verschillende oefeningen kregen om toepassing van de benadering te ervaren. Deze lezing was een voortvloeisel uit haar aanwezigheid op Curaçao in verband met een aantal trainingen ‘oplossingsgericht werken’ die zij voor GGZ Curaçao verzorgde. Zowel medewerkers van de GGZ Curaçao stichtingen als diverse medewerkers van andere organisaties in de zorg en medewerkers uit het onderwijs hebben aan de training deelgenomen. Er waren deelnemers van Curaçao, Bonaire en St. Maarten. Er was een sessie speciaal gericht op Raden van Bestuur en hoger management, een gericht op middenkaderfunctionarissen, een gericht op maatschappelijk werkenden en een gericht op behandelaren zoals psychiaters, psychologen, (ortho)pedagogen, huisartsen en overige specialisten. Daarnaast heeft er een “train the trainer” oplossingsgericht werken plaatsgevonden. De deelnemers aan deze training zullen hun opgedane kennis en vaardigheden inzetten om de methodiek van oplossingsgericht werken verder uit te dragen binnen GGZ Curaçao en daarbuiten. In totaal hebben 99 mensen deelgenomen aan deze trainingen, waarvan 38 vanuit GGZ Curaçao en 61 van externe organisaties.
- De heer S. van de Ven, Psychomotorisch therapeut, heeft een introductie en demonstratie gegeven over de door hem ontwikkelde “Brain Blocks”; ontstaan als middel bij het geven van psycho-educatie over autisme maar veel breder inzetbaar dan alleen bij autismegerelateerde problematiek. Hier hebben 23 professionals aan deelgenomen, waarvan 16 van organisaties buiten de GGZ Curaçao stichtingen. Naast de training heeft hij ook een lezing over dit instrument verzorgd voor een breder publiek.
- De ADOS-2 is een gestandaardiseerd observatie-instrument voor autismespectrumstoornissen (ASS). Er wordt gekeken naar communicatie, sociale interactie en (verbeeldend) spel. Op initiatief van Hera Dierckx, psychologisch assistent bij Klinika Capriles en Yudaboyu, heeft begin 2018 een ADOS-2 training plaatsgevonden omdat zoals zij zegt: “Wij, de werknemers binnen de GGZ Curaçao organisaties, willen steeds groeien en verbeteren zodat we onze cliënten en patiënten beter kunnen diagnosticeren en behandelen.” De twee trainers, mevrouw A. Vanderlinden uit België en mevrouw A. Louwerse uit Nederland hebben les gegeven aan psychologen uit Curaçao, Bonaire en Aruba; 4 vanuit GGZ Curaçao en 15 van externe organisaties.
- De campagne “Biba salú, ban p’é” werd in oktober afgesloten met een voor breed publiek toegankelijke gezondheidsmarkt bij Klínika Capriles. Tijdens de markt werden onder andere ‘mini-lezingen’ verzorgd door onze behandelaren; Geomar Streedel besprak angststoornissen, Irving Picus depressie, en Karin Hermans depressie bij jongeren. De markt werd afgesloten met een tweede editie van de “Curamental Awareness Walk”, een loop die ten doel heeft aandacht te vragen voor geestelijke gezondheid, en die dit keer op het terrein van Klínika Capriles zelf plaatsvond.

Rond de lezingen zijn er persberichten verstuurd en heeft direct mailing plaatsgevonden. Ter promotie van de gezondheidsmarkt en loop zijn er naast persberichten ook spotjes gemaakt die zijn uitgezonden op drie lokale radiostations en is er deelgenomen aan de televisieprogramma’s Moru Bondia op TeleCuraçao en New Day op CBA.



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?	Sinds 2018 hanteren wij de Governance Code van de Federatie van Zorginstellingen

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"> • Jaarrekeningen 2017 van Klinika Capriles, Fundashon Sonrisa; • Het Maatschappelijk verslag 2017; • Begrotingen 2019 van Klinika Capriles, Yudaboyu en Fundashon Sonrisa; • Strategische nota GGz Curaçao 2019 - 2022; • Vergader- en informatieschema 2019; • Jaarplanning Raad van bestuur 2019; • Benoeming van Ernst & Young tot registeraccountant; • Koppeling van FMA aan GGz Curaçao.
Bestaan er commissies binnen het toezichthoudend orgaan?	<p><i>Financiële Commissie:</i> bestaat uit de financieel deskundige leden van de RvT. Bespreekt de begrotingen, kwartaalcijfers en jaarrekeningen 'in dept' met de RvB en Financieel manager. Notulen worden gemaakt en verzonden naar de overige RvT leden. Er hebben 3 overlegmomenten plaatsgevonden.</p> <p><i>HRM commissie:</i> 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. Er heeft 1 overlegmoment plaatsgevonden.</p> <p><i>Zorgcommissie:</i> bestaat uit de zorgdeskundigen. Zij bespreken zorggerelateerde onderwerpen met de directie die bijgestaan kan worden door coördinerend medisch hoofd e/o 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 RvT.</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?	6
Bestaat er regulier overleg met de externe accountant?	Een overleg heeft in 2018 plaatsgevonden voor bespreking van de bevindingen van de jaarcontrole door de externe accountant met de toezichthouders en de RvB /Financieel manager.
Laat het toezichthoudend orgaan zich door verschillende bronnen voorzien van informatie?	Ja

3.1.4. Transparantie bestuurstructuur

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 2018

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

Nevenfunctie per 31 december 2018

Stichting Federatie Zorginstellingen.	Bestuurslid
---------------------------------------	-------------

Raad van Toezicht

Samenstelling toezichthoudend orgaan per 31 december 2018

Naam	Taakverdeling	Aftreëddatum	Herbenoembaar
Dhr. L. Sint Jacobs, MBA	Voorzitter, Financieel-economisch	31 december 2019	Nee
<i>Nevenactiviteit</i> Stichting voor Ouderenzorg Birgen di Rosario	Lid Raad van Toezicht		
Dhr. drs. P. Spuijbroek, organisatie psycholoog	Vice-voorzitter, secretaris /HRM	31 december 2019	Nee
<i>Nevenactiviteit</i> Wit Gele Kruis Prinses Margriet	Lid Raad van Toezicht		
Mw. S.L.T. Perez, huisarts	Zorg	1 januari 2021	Nee



Mw. dr. Richeline Martina-Joe, L.L.M., psycholoog	Zorg /Juridisch	1 mei 2022	Nee
<i>Nevenactiviteit</i> International School of Curaçao	President of the Board		
Stichting Hospice Arco Cavent	Voorzitter van het Bestuur		
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 geestelijke gezondheidszorg.

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 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*

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 behuist is. Tevens biedt het huidige aanbod geen mogelijkheid om kinderen en jeugdigen op te nemen. Met een dergelijke klinische voorziening wordt wel rekening gehouden in de plannen voor nieuwbouw.

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

GGZ Curaçao streeft naar herstelgerichte zorg. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het een voorwaarde dat cliënten terecht kunnen in of bij de zorgvoorzieningen die het beste aansluiten op hun zorgbehoeften. Om als ggz-organisatie aan deze voorwaarde te kunnen voldoen, geldt dat een goede instroom en interne doorstroom van patiënten naar de diverse voorzieningen gewaarborgd is. Ook is het van belang dat patiënten die niet langer zijn aangewezen op een klinische voorziening tijdig kunnen uitstromen. GGZ Curaçao heeft vastgesteld dat patiënten van Klinika Capriles onvoldoende kunnen uitstromen naar vervolgvoorzieningen en dat hier zonder extra inspanningen geen verandering in zal optreden. In het bijzonder ontbreekt het aan voorzieningen voor beschermd wonen met een sterke mate van begeleiding. Hierdoor verblijven bepaalde patiënten onnodig en ongewenst binnen de muren van het ziekenhuis. Ongewenst omdat onvoldoende aan verder herstel en groei van deze patiënten en hun gewenste maatschappelijke integratie vorm en inhoud kan worden gegeven. Bovendien resulteert de gebrekkige uitstroom in het dichtslibben van diverse klinische afdelingen binnen het psychiatrisch ziekenhuis. Een gevolg hiervan is dat niet alle patiënten tijdig kunnen instromen binnen de afdeling die in het kader van hun behandeling het meest geschikt wordt geacht. Het in praktijk brengen van herstelgerichte zorg wordt hierdoor ernstig bemoeilijkt.

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-inventarisatie

Risico-inventarisatie GGz Curaçao	Noodzaak tot nemen van maatregelen	Reeds genomen maatregelen
Achteruitgang van algemeen voorzieningenniveau (mogelijk tot onder verantwoord minimum) en uitholling goed werggeverschap ten gevolge van uitblijven tariefsaanpassing	Onmiddellijk, stopzetting activiteit, andere aanpak	Aanschrijven Minister GMN aangaande noodzaak van budgetverhoging en tariefsaanpassing op continue basis
Structurele vermindering van opbrengsten met directe negatieve gevolgen voor solvabiliteit en liquiditeit ten gevolge van verlaging van GGz-budgetten (AVBZ, BVZ, Justitie)	Directe verbetering vereist	Zie hierboven, aangevuld met continue inspanningen ter verhoging van de doelmatigheid
Kwaliteit patiëntenzorg in geding ten gevolge van separeren	Maatregelen vereist	Separatieprotocol beschikbaar. Prestatie-indicator "Insluiting" vastgesteld (nog geen streefwaarde)
Patiëntveiligheid in geding ten gevolge van verkeerde medicatie bij toediening	Maatregelen vereist	Continu toezicht op de toediening van medicatie jaarlijkse audit op geneesmiddelendistributie-protocol.
Patiëntveiligheid in geding ten gevolge van verkeerde registratie van medicatie	Maatregelen vereist	Idem
Letsel ten gevolge van agressieve patiënten	Maatregelen vereist	Voorkomen van agressie (training "oplossingsgericht werken" en "Response", werken met "signaleringsplannen") Optreden bij agressie ("PPO-training", beleid "praktisch optreden bij agressie-incidenten") Evaluatie van agressie (afspraken "evaluatie agressie-incidenten")
Kwaliteit patiëntenzorg in geding ten gevolge van geen beschikbaarheid / toegankelijkheid elektronische patiëntgegevens	Maatregelen vereist	Huidige ECD wordt na 2019 niet langer ondersteund. Aanbesteding nieuw ECD voorbereid en keuze voor nieuwe leverancier gemaakt.
Kwaliteit patiëntenzorg in geding doordat voorbehouden handelingen worden uitgevoerd door onbevoegd of onbekwaam personeel	Maatregelen vereist	Protocol voorbehouden handelingen Overeenkomst met Stichting Wit Gele Kruis voor thuiszorg beschikbaar
Brand / beschadiging afdeling	Maatregelen vereist	BHV-team ingevoerd Ontruimingsbeleid met jaarlijkse evacuatie trainingen Brandbestendige matrassen op de acute opname-afdelingen



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 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 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 met 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 “etisch kompas” vormen voor de richting van de manier van werken van alle organisaties en hun medewerkers van GGZ Curaçao.

Met behulp van deze gemeenschappelijke waarden wil 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.
- Functievulwassen medewerkers.
- Effectief kwaliteitsmanagementsysteem.
- Lerende organisatie.
- Zorgvisie ondersteunende bedrijfscultuur.
- Voldoende financiële middelen.

Deze succesbepalende factoren 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 succesbepalende factor 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.
- Leidinggevend 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 2018 Directie /Afdeling Kwaliteit, Innovatie en Communicatie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
		Positionering, externe samenwerking en communicatie	
Beleid, planning & control	1	<i>Nieuwe Strategische Nota GGz 2019 - 2022 is beschikbaar en vastgesteld</i> <i>De strategische Nota GGz 2019 – 2022 is vastgesteld</i>	😊
	2	Nieuwe Zorgnota's 2019 -2022 van Klinika Capriles, Fundashon Sonrisa en Kinder- en Jeugdpsychiatrie zijn beschikbaar en vastgesteld <i>Deze activiteiten zijn doorgeschoven naar 2019</i>	😞
	3	Een beleidsnota "risicobeheersing bij maatschappelijke terugkeer van risicovolle patiënten" is opgesteld <i>Deze activiteit is niet uitgevoerd.</i>	😞
	4	GGz maakt gebruik van een BI-tool waarmee gestuurd kan worden op prestatie-indicatoren en voortgang jaarplannen <i>Deze tool is in ontwikkeling. BI-data is beschikbaar t.a.v. prestatie-indicatoren: aanwezigheid descriptieve diagnoses en geldigheid rehab.plannen. In ontwikkeling zijn: tijdigheid somatische screening, tijdigheid medicatiebeoordeling, separaties, productiviteit poliklinische behandelingen.</i>	😊
Kwaliteit Management Systeem	5	KPI Productiviteit behandelingen KJP en Poli KC is vastgesteld en ingevoerd <i>Deze activiteiten is doorgeschoven naar 2019</i>	😞



	6	Een nota inzake inzicht in en sturing op risicovolle processen is beschikbaar en vastgesteld <i>Document Inventarisatie risicovolle processen en te nemen maatregelen is vastgesteld</i>	
	7	De toepassing van de prestatie-indicatoren ROPI en GGz Thermometer is geevalueerd en binnen MT zijn afspraken gemaakt gericht op een verdere borging van dit instrument <i>Niet uitgevoerd</i>	
	8	Het gebruikersgemak van het kwaliteitshandboek is gewaarborgd <i>Eerste pagina is aangepast waarin duidelijk wordt omschreven waar de kwaliteitsdocumenten gevonden kunnen worden en wie benaderd kan worden bij vragen hierover. Verder zijn de kwaliteitsdocumenten geplaatst waar de gebruikers hen verwachten aan te treffen in plaats van onder wiens verantwoordelijkheid het kwaliteitsdocument valt.</i>	
	9	De prestatie-indicatoren rondom veiligheid maken volwaardig deel uit van de planning- & controlcyclus <i>Diverse VMI (komen) beschikbaar in BI-tool. Nieuw registratieformulier separatie in gebruik op basis waarvan BI-rapportages mogelijk worden. Streefwaarde separatie nog bepalen</i>	
Organisatie en processen	10	Er zijn twee lean-projecten uitgevoerd en op basis hiervan zijn werkprocessen aangepast met een verhoogde efficiency en effectiviteit als resultaat <i>Lean project bij Fundashon Sonrisa is niet uitgevoerd. Procesbeschrijvingen apotheek en dokterskamer zijn vernieuwd o.b.v. lean inzichten</i>	
	11	De privacy van cliënten is in EZRA gewaarborgd conform de vastgestelde afspraken hierover <i>In het kader van werving nieuw ECD zijn in 2018 naast de bestaande regeling in EZRA geen aanvullende activiteiten verricht</i>	
	12	Een advies is uitgebracht inzake de wijze waarop elektronisch patiëntenberichtenverkeer plaatsvindt met derden <i>Advies is uitgebracht aan directie en besproken.</i>	
	13	Een procedure voor het opstellen van VIM maatregelen-effectenrapportage is beschikbaar en in uitvoering <i>In de VIM-procedure is de borging van de follow up op SIRE-onderzoek toegevoegd en wordt als zodanig uitgevoerd</i>	



Competentie management	14	De gesprekscyclus gebaseerd op competentie management is ingevoerd <i>In 2018 werd de nieuwe gesprekkencyclus geïntroduceerd en was aangemerkt als een proefjaar. De resultaten zijn: met 76 % van de medewerkers is een doelstellingsgesprek gehouden, 20% van de medewerkers heeft een voortgangsgesprek gehad. Het evaluatiegesprek is niet gehouden. Reden van deze scores, met name de lage score op voortgangsgesprekken ligt in het feit dat er diverse overplaatsingen van leidinggevenden hebben plaatsgevonden waardoor de ingezette gesprekscyclus niet gecontinueerd kon worden.</i>	☹️
Zorginhoudelijk	15	Herstel en herstelondersteunende zorg staan centraal in de behandeling, begeleiding en bejegening van de cliënt. Dit blijkt uit een gemiddelde streefwaarde Ropi score van 3.5 voor Klinika Capriles en 4.0 voor Fundashon Sonrisa eind 2018 <i>Ropi onderzoeken zijn verdeeld over 2016, 2017 en 2018. Van de 8 afdelingen hebben 3 een gemiddelde score van bijna 3.5 kunnen behalen (16/17). 2 afdelingen wordt 2018 gezien als een 0-meting door andere doelgroep en verhuizing.</i>	☹️
Financien	16	De kaders van een budgethouderschap voor leidinggevenden zijn vastgesteld <i>Er zijn stappen genomen om de kaders te scheppen. Begroting 2019 is voor het eerst uitgesplitst per kostenplaats. Verdere verfijning is wel nodig.</i>	😊
Huisvesting	17	Het definitief ontwerp voor de Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie is gereed <i>Wegens gebrek aan financiële middelen is deze activiteit niet uitgevoerd</i>	☹️

4.2.2 Jaarplanning 2018 Medisch /psychologische staf

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Behandeling			
Psychiatrie	1	In het kader van de verbetering van de kwaliteit van zorg zijn op basis van de quick guide psychotische stoornissen GGzC enkele onderdelen van de zorgstandaard geselecteerd, waar extra aandacht wordt gegeven aan het toepassen van de geldende richtlijnen voor schizofrenie. Dit wordt gemeten via nog vast te stellen kwaliteitsindicatoren. <i>Geselecteerde onderdelen: diagnostiek psychose (DSM-V; staging; etc) en qua behandelinterventies: motiverende gespreksvoering voor alle personeel. Dit laatste is gepland voor behandelaren. Diagnostiek is voor volgend jaar</i>	☹️



	2	Dubbel diagnose: Het actieprogramma DD 2018 uit de Beleidsnota DD (of zorgbeleid DD) is uitgevoerd. <i>Stuurgroep werd ingesteld en skypegesprekken met Parnassia ivm ondersteuning. Hieruit kwam plan voor deskundigheidsbevordering (zie apart punt). Maar nog geen actieplan verder.</i>	☹️
	3	Alle geïndiceerde cliënten zijn gescreend en gediagnostiseerd op LVB volgens protocol. <i>Eerst haalbaarheidsstudie, kleine pilot ivm tijdsinvestering meten van dit proces en ook nog aanschaffen testmateriaal. Ligt stil.</i>	☹️
	4	De door de behandelaren opgedane kennis van de LVB doelgroep en de behandeling daarvan wordt overgedragen aan de andere behandelaars <i>Geen formele activiteit, wel positieve feedback dat dagstructureringsprogramma bij de LVB-groep van MS 1-4 fijn loopt</i>	☹️
	5	Dubbel Diagnose: Deskundigheidsbevordering i.s.m. Parnassia <i>Er werd gekozen om eerst "motiverende gespreksvoering" te trainen (belangrijk bij behandeling van zowel dubbeldiagnose als andere psychiatrische stoornissen. Gepland begin 2019.)</i>	😊
	6	Herstelvisie: Eind 2018 functioneert iedere (semi)klinische afdeling met een duidelijke dagstructuur met zinvolle activiteiten die het herstelproces van de cliënt bevorderen (=gezamenlijk plan!) <i>Succesvol voor MS 1-4! Loopt ook goed op PP en LS. Op Florisol, MS 5-7, SS wel losse activiteiten en bv. maandelijkse uitstapjes, maar hetgeen op papier staat komt niet helemaal overeen met de realiteit. Externe ondersteuning zoals op MS 1-4 was belangrijke succesfactor.</i>	😊
	7	Een procedure ter signalering en behandeling van metabool syndroom bij onze ambulante EPA-cliënten (in eerste instantie IAB) in samenwerking met de huisartsen is klaar en goedgekeurd door beide partijen <i>Concept is klaar voor bespreking met huisartsvertegenwoordiging. Wordt verder gezet in 2019</i>	😊
	8	Veiligheid: Er is een beleid vastgesteld ivm toekennen van vrijheden aan cliënten opgenomen onder justitie status <i>Dit wordt overgenomen door directie en getrokken door KIC, wel worden behandelaren betrokken hierin</i>	☹️
	9	De aansluiting tussen de kinder&jeugd en de volwassen psychiatrie is gewaarborgd. <i>Geen voortgang i.v.m. verhuizing Yudaboyu.</i>	☹️



(para) medische Dienst	10	Het werkproces "laboratorium onderzoeken" is van toepassing binnen de kliniek met het oog op verbetering van kwaliteit van zorg <i>Opname, 3 maandelijkse en jaarlijkse lab zijn aangescherpt en als voorbeeld aangegeven op een labbrief voor de prikzuster. Toxicologie en hematologie/ chemie lab zijn gedigitaliseerd, staan in EZRA en zijn besproken met psychiaters. Niet meer als aparte werkproces beschreven= niet nodig aangezien een gedeelte terug komt in werkproces doktersassistent.</i>	😊
	11	De werkprocessen en procedure (waar nodig) per (para)medische dienst zijn bekend en beschreven <i>Werkproces van doktersassistent is beschreven, nu nog laatste revisie dan goedkeuring. Moet nog besproken worden met alle actoren en implementeren.</i>	😊
	12	Beleid m.b.t. het aanbieden van terminale zorg in de kliniek is vastgesteld <i>Terminale zorg wordt al aangeboden maar er is geen beleid op papier opgesteld. Dit wordt niet langer als prioriteit gezien omdat het momenteel goed loopt door goede communicatie met alle actoren.</i>	😞
	13	Er is een onderwijsprogramma ter bevordering van de somatische kennis op afdelingen vastgesteld en in uitvoering <i>In 2018 zijn EHBO lessen gegeven. Maar niet specifiek op de afdelingen.</i>	😞

4.2.3 Jaarplanning 2018 Zorg

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Behandeling			
Zorginhoudelijk	1	Herstel en herstelondersteunende zorg staan centraal in de behandeling, begeleiding en bejegening van de cliënt. Dit blijkt uit een gemiddelde streefwaarde Ropi score van 3.5 eind 2018. <i>Ropi resultaten zijn verdeeld over 2016 2017 en 2018. Van de 8 afdelingen hebben 3 een gemiddelde score van bijna 3.5 kunnen behalen (16/17). Voor 2 afdelingen wordt 2018 gezien als een 0-meting door andere doelgroep en verhuizing.</i>	😊
	2	Deelname aan activiteiten en trainingen vormt een integraal onderdeel van de behandeling van de cliënt en afspraken in dit kader maken deel uit van het behandelplan van cliënt <i>Er zijn cliënten die activiteiten/training op maat krijgen, maar dit dient ziekenhuis breed geïmplementeerd te worden met aanbod vanuit ATC (herstelacademie) als onderdeel van het behandelplan.</i>	😊



	3	De aanbevelingen uit het verbeterplan rapportage en overdracht nieuwe stijl zijn geïmplementeerd en geborgd binnen de afdelingen, met als resultaat; 1. goede info overdracht 2. tijdig signaleren van problemen 3. overzicht van het verloop van het verblijf van de cliënt. <i>Planning implementatie is uitgesteld tot jan 2019 ivm andere prioriteiten. Ondertussen 4x 2 sessies gegeven (3u per sessie) aan KF en SS. Dit loopt door (2x per week) totdat alle afdelingen de trainingen hebben gekregen. Training wordt als positief ervaren.</i>	
Veiligheid	4	Zowel het aantal separaties als de gemiddelde duur van de separaties zijn met 10% afgenomen. <i>Aantal separaties is gestegen tov 2017. Aantallen/duur nog niet exact bekend. Begin januari 2018 formulier toegevoegd langdurige separaties (1 formulier per max 1 maand). Formulier aangepast op een aantal items. Bijv. kamerbeleid. Nog geen cijfers hoeveel KB tov. isoleercel.</i>	
	5	De procedure zoals vermeld in de geneesmiddelen distributie wordt nageleefd, in het bijzonder de aanbevelingen uit de medicatie risicoaudit oktober 2017. <i>Alle afdelingen hebben een verbeterplan opgemaakt, maar de follow up blijft een aandachtspunt. Continue controle noodzakelijk.</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 2018 Yudaboyu

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Psychiatrie	1	Een keuze is gemaakt voor een in 2019 in te voeren teambrede behandelmethodiek <i>Geen keuze gemaakt</i>	
	2	Psycho-educatie is een integraal onderdeel van ons behandelaanbod en ouders hebben een duidelijke rol in de behandeling (mn deeltijd) meetbaar via behandelplan ouders en tevredenheidsonderzoek bij afronding <i>Meer aandacht is besteed aan het aanbod van psycho-educatie, maar vormt nog geen integraal onderdeel van het</i>	



		<i>behandelplan. Voorstel is om dit mee te nemen als een optioneel zorgpad in Asterisque.</i>	
	3	Een behandelprotocol hechtingsproblematiek is vastgesteld <i>Er is geen goed behandelprotocol voorhanden voor de Curaçaose situatie</i>	☹️
	4	Een behandelprotocol eerste psychose is vastgesteld in samenwerking met Klinika Capriles. <i>Er is hiertoe wel een commissie ingesteld maar hier is (nog) geen behandelprotocol uit voort gekomen</i>	☹️
Deskundigheidsbevordering	5	Yudaboyu medewerkers beschikken over de noodzakelijke kennis aangaande de omgang met LVB-cliënten en hun cliëntsystemen vanuit een behandelperspectief <i>LVB-training is gedaan en bij vermoeden van LVB worden kinderen verwezen naar particuliere psychologen, regelmatig overleg met de SGR-Groep</i>	😊
	6	Bepaalde behandelaren hebben ADOS-training en Blainblock-training gevolgd met als gevolg dat het behandelteam beschikt over noodzakelijke vaardigheden op het gebied van autisme <i>Trainingen zijn uitgevoerd.</i>	😊
	7	Alle transities tussen KJP en Klinika Capriles worden geregistreerd en ge-evalueerd, eventuele knelpunten worden besproken <i>Dit loopt nog niet goed</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 System.

4.3.1. Uitkomstmetingen

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 2018 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 4 jaar geaudit.

De scores van de ROPI-metingen over de periode 2015 t/m 2018 zijn in onderstaande tabel weergegeven. In de laatste kolom treft u de gemiddelde ROPI-scores van alle afdelingen van Klinika Capriles.

Resultaten ROPI-metingen 2015-2018

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

De aan het begin van de beleidscyclus vastgestelde streefwaarde blijken doorgaans iets te ambitieus te zijn geweest. De resultaten laten een tamelijk stabiel beeld van scores onder de gestelde streefwaarden zien. Een afdeling heeft de streefwaarde overtroffen terwijl enkele afdelingen er dicht tegen aan zitten. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich enkele afdelingen waar voor geldt dat de streefwaarden nog ver in het verschiep liggen. De kliniek zal 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 bevraagt minimaal eenmaal per 3 jaar alle verblijfscliënten en ambulante cliënten met behulp van de GGZ Thermometer. Hiernaast interviewt de kliniek ieder jaar zoveel mogelijk cliënten die zijn opgenomen in de kortdurende opname-afdelingen Short Stay en Medium Stay 1-4.



Resultaten GGZ Thermometer 2018

Items ↓	Klinika Capriles								Yudaboyu		Fundashon Sonrisa	
	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2017	2018	2015	2015	2018	2018
Afdelingen →	SS	MS 1-4	MS5-7	LS	Pico Plata	KF	IAB	UMM	Ouders	Jeugd	AC	Wonen
Aan de cliënt verstrekte informatie	☹	☹	☺↑	☹	☹↓	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹↓
Mogelijkheid tot inspraak	☹	☹	☺↑	☹	☹	☹	☺↑	☺↑	☹	☹	☹	☹
Hulpverlener (deskundigheid/inspraak)	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹
Resultaat van zorg/behandeling	☹	☹	☹↓	☹↓	☹↓	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹
Activiteiten	☹	☹	☹	☺↑	☹	☺↑		☹			☹	☹↓
Specifieke vragen							☺↑		☹	☹		
Faciliteiten							☺↑					
Veiligheid	☹	☹	☺↑	☹	☺↑	☹		☹				☹
Rapportcijfer	7.8	7.5	7.6	8↑	7.4↓	7.7	8.2	8	7.7	7.7	8.6	7.9
Instelling aanraden bij een ander	☹	☹	☹↓	☹	☹↓	☺↑	☹	☹	☹	☹	☹	☹↓

Het gemiddelde rapportcijfer met betrekking tot cliënttevredenheid bij Klinika Capriles bedraagt: 7,9.

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 items ‘aan de cliënt 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
	2017	2018	
Percentage cliënten somatisch gescreend (al dan niet binnen 2 weken na opname)*	94%	86%	100%
Percentage cliënten somatisch gescreend binnen 2 weken na opname*	53%	45%	100%
Percentage cliënten in langdurende klinische zorg, dat jaarlijks gescreend is	89%	92%	100%

* Het betreft hier uitsluitend cliënten die in 2018 minimaal 14 dagen zijn opgenomen.

Ten opzichte van het jaar 2017 is in 2018 een achteruitgang te constateren voor betreft het tijdig d.w.z. binnen 2 weken screenen van cliënten die worden opgenomen. Voor wat betreft de cliënten die langdurig zijn opgenomen vertoont de indicator een lichte verbetering. 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 2018 is nog geen streefwaarde vastgesteld voor deze indicator.

Veiligheid	MS 5-10	MS 1-4	Longstay	Pico Plata	Shortstay	Kas Florisol	UMM
hulpverleners	89%	82%	95%	93%	94%	95%	100%
clieuten	89%	82%	89%	86%	72%	86%	93%
gebouwen	89%	100%	89%	100%	91%	97%	100%

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 worden geregistreerd.

Separaties 2018														
Afdeling	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Totaal	
Acute opname groep	8	10	3	7	11	3	8	7	12	5	13	14	101	
Kas Florisol	30	29	30	33	31	31	31	6			3		224	
Longstay			2		1	2	1	5	2			3	16	
Mediumstay 1-4	32	29	6	27	32	29	32	7	1	6	1	1	203	
Mediumstay 5-7		1	1					6	1	1	1		11	
Pico Plata		2	1	6	1		2				3	4	19	
Shortstay	160	140	157	152	161	96	167	177	133	193	137	128	1801	
Shortstay time-out groep/dagverblijf	8	18	7	4	1	3		1			17	3	62	
Totaal	238	229	207	229	238	164	241	209	149	205	175	153	2,437	
Cumulatief	238	467	674	903	1,141	1,305	1,546	1,755	1,904	2,109	2,284	2,437		

In onderstaande tabel is zowel het aantal separeergevallen als de gemiddelde separeerduur weergegeven in de jaren 2017 en 2018.

Indicator	2017	2018
Aantal separeergevallen	2,465	2,437
Gemiddelde separeerduur in uren	11:18	11:01

Klinika Capriles streeft ernaar om het totaal aantal separaties en de gemiddelde separatie-duur substantieel te verlagen. Ofschoon er sprake is van een lichte daling van beide kengetallen, zijn meer inspanningen vereist om de gewenste verbeteringen te realiseren.

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 2018 zijn de volgende audits uitgevoerd:

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

Audit Maaltijdenbeleid

De resultaten van de in 2018 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.

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

Toelichting

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

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. De resultaten tonen over het jaar 2018 een regelmatig beeld.

Resultaten hygiëne-audits	2017	2018
Kwartaal 1	7.1	7.0
Kwartaal 2	7.3	6.7
Kwartaal 3	8.3	6.7
Kwartaal 4	6.5	7.3



Audit aanwezigheid actief (geldig) rehabilitatieplan

De Raad van Bestuur Klinika Capriles heeft nog geen streefwaarde vastgesteld voor de aanwezigheid van een actief (geldend) rehabilitatieplan. Wel heeft de behandelstaf hieromtrent afspraken gemaakt die inhouden dat een patiënt binnen 3 maanden na opname beschikt over een rehabilitatieplan. Dit plan mag niet ouder zijn dan 1 jaar en dient voor die tijd te worden geëvalueerd en geactualiseerd. Een uitzondering geldt voor de afdelingen IAB en UMM. Hiervoor geldt een periode van geldigheid van 2 jaar. Het accent heeft in 2018 gelegen op het beschikbaar krijgen van de data hieromtrent op grond waarvan een gerichtere sturing mogelijk is waarna afspraken gemaakt kunnen worden omtrent te hanteren streefwaarden. Uit onderstaande tabel blijkt dat op dit punt nog de nodige inspanningen moeten worden geleverd om aan de gewenste doelen van de behandelstaf te kunnen voldoen.

Aanwezigheid rehabilitatieplan					
Afdeling	Soort afdeling	Aantal patienten	Geldig rehab plan	Niet geldig	%
Dagbehandeling	Ambulant	26	12	14	46.2%
Deeltijd/IAB	Ambulant	12	0	12	0.0%
IAB	Ambulant	284	85	199	29.9%
Totaal Ambulant		322	97	225	30.1%
Kas Florisol	Klinisch	46	1	45	2.2%
Longstay	Klinisch	40	32	8	80.0%
Mediumstay 1-4	Klinisch	13	0	13	0.0%
Mediumstay 5-7	Klinisch	15	2	13	13.3%
Pico Plata	Klinisch	15	1	14	6.7%
Shortstay	Klinisch	29	1	28	3.4%
Totaal Klinisch		158	37	121	23.4%
Totaal Generaal		480	134	346	27.9%

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 Klinika Capriles. Bij de bespreking van de resultaten in het coördinatorenoverleg behoort de cliëntenraad door de manager zorg te worden uitgenodigd voor deelname. Echter, Klinika Capriles beschikt al enige jaren niet over een goed functionerende cliëntenraad waardoor deelname aan het overleg door een dergelijke 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. Enkele patiënten hebben een negatieve opmerking over de bejegening van het personeel.
- de tevredenheid over de voeding, de consumpties en de presentatie van de maaltijd wordt door het merendeel van de patiënten als positief ervaren. Patiënten zien hierin een vooruitgang m.u.v de funchi die wordt geserveerd.
- 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 goed ervaren m.u.v Kas Florisol, Mediumstay 1-4, Mediumstay 5-7 en Shortstay. Op Shortstay geven de patiënten aan meer informatie te willen hebben met name over de regels die er zijn op de afdeling. Patiënten zijn zeer tevreden over de hygiëne op de afdelingen.
- de patiënten zijn tevreden over de schoonmaak. Op enkele afdelingen wordt aangegeven dat patiënten onderling elkaar aanspreken over het gebruik van de toiletten en het schoon houden van hun omgeving.
- patiënten voelen zich veilig binnen de kliniek.
- aangaande de huisvesting zijn enkele ontevredenheden geuit. Zo geven patiënten op Shortstay 4-6 aan veel last te hebben van de warmte. De eetruimte van Un Miho Mayan biedt onvoldoende bescherming tegen regen en stof. Op Pico Plata en Longstay hebben de patiënten last van muggen en duiven.

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.

In 2018 zijn 6 klachten ingediend bij de directie. Deze klachten waren afkomstig van 2 verschillende personen. De klachten zijn intern behandeld. Er is geen klacht doorgestuurd naar de klachtencommissie.



4.3.5. Veilig Incidenten Melden (VIM)

In 2018 werden 274 incidenten (t.o.v. 275 incidenten in 2017) gemeld via de applicatie Veilig Incidenten Melden (VIM). De meeste meldingen hadden betrekking op agressie en ongevallen. De cijfers tonen een vergelijkbaar beeld met de situatie in 2017.

Jaar 2018	AM	ONG	MF	OS	OV	VM	AO	SGG	SI	Totaal
Totaal	83	69	37	36	18	13	7	9	2	274
%	30%	25%	14%	13%	7%	5%	3%	3%	1%	100%
Cum %	30%	55%	69%	87%	93%	74%	96%	99%	100%	
T.o.v. 2017	≈	≈	≈	≈	↓	≈	≈	≈	≈	≈

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 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 oorzaken /analyses uitgevoerd in 2018. Van alle uitgevoerde onderzoeken zijn eindverslagen. Deze verslagen zijn met de directie besproken waarop maatregelen zijn genomen.

4.3.6. Kwaliteit ondersteunende diensten

Voor 2018 had de Facilitaire Sector 5 speerpunten onderverdeeld in 22 doelstellingen vastgesteld. Van de 22 doelstellingen is 32% volledige gerealiseerd en 41% deels gerealiseerd.

Jaarplanning 2018 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening			
Professionalisering	1	Vorbereidingen voor invoering van Planetree binnen de Facilitaire Sector zijn voltooid. <i>Ondanks dat Planetree niet als zodanig is ingevoerd is het meerjarenbeleidsplan van GGZ wel met de Planetree bouwstenen opgezet hetgeen ook vertaalt in meer aandacht voor Planetree elementen in de jaarplannen.</i>	😊



	2	Het Lean concept vormt een integraal onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden binnen de Facilitaire Sector <i>Medewerkers hebben diverse Lean bijeenkomsten bijgewoond en hebben actief meegedacht om verspillingen te voorkomen.</i>	
	3	De processen binnen de Facilitaire Sector zijn lean. <i>Binnen de afdelingen Centrale Keuken, Magazijn en Onderhoud zijn efficiëntie verbeteringen volgens Lean principe doorgevoerd.</i>	
	4	SLA (Service Level Agreement) is opgesteld tussen Facilitaire Sector en afdelingen Klinika CApriles <i>Heeft geen uitvoering gekregen in 2018 aangezien het invoeren van budgetverantwoordelijkheid voor afdelingen in 2019 gepland staat.</i>	
	5	Afspraken over onderlinge samenwerking tussen Facilitaire afdelingen zijn vastgelegd en afdelingen handelen volgens deze afspraken. <i>Diverse bijeenkomsten hebben plaatsgevonden waarbij onderlinge afspraken zijn gemaakt.</i>	
Kwaliteit	6	Meerjaren onderhoudsplan is opgesteld volgens de NEN 2767. <i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.</i>	
	7	Systeem is geïmplementeerd waar op productiviteit en tijdsindeling van de afdeling onderhoud kan worden gestuurd. <i>Met het Lean principe is verbetering aangebracht in productiviteit en tijdsindeling bij afdeling Onderhoud.</i>	
	8	Voor ontvangsten, uitgaven en verwerking van de Magazijnvoorraden wordt in het Magazijn gebruik gemaakt van een barcode systeem. <i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.</i>	
	9	Shared Service Centrum is opgezet met collega zorginstellingen. <i>Inventarisatie van behoefte bij collega zorginstellingen heeft plaatsgevonden.</i>	
	10	Keuze mogelijkheden voor maaltijden in de menucyclus maaltijden is geïntroduceerd. <i>Heeft geen uitvoering gekregen in 2018.</i>	
	11	Hygiënecode wordt nageleefd in de Centrale Keuken en streefscores van hygiëne audits worden behaald. <i>Met een gemiddelde score van 7 heeft Centrale Keuken de streefcode van 8 niet gehaald.</i>	



Financieel	12	Budgetten voor facilitaire afdelingen worden niet overschreden. <i>Budgetten zijn niet overschreden maar actuele inzage in afdelingsbudgetten was nog niet mogelijk.</i>	😊
	13	Onderhoudskosten zijn gealloceerd aan de verschillende afdelingen/stichtingen. <i>Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken van technische ondersteuning van afdeling Financiën.</i>	😞
	14	Productie administratie voor Centrale Keuken is opgezet. <i>Productie administratie wordt handmatig uitgevoerd zonder koppeling met administratie systeem.</i>	😊
	15	Energiebesparingen op lichtverbruik worden gerealiseerd. <i>60% van de zorgafdelingen is voorzien van LED verlichting.</i>	😊
Veiligheid	16	BHV organisatie is volledig getraind en opgeleid in uitvoeren van de BHV (preventieve) taken. <i>Alle geplande BHV trainingen en oefeningen zijn volgens planning uitgevoerd.</i>	😊
	17	Legionella beheersplan is geactualiseerd naar huidige situatie en geldende eisen en wordt volgens vastgestelde plan uitgevoerd. <i>Geactualiseerd legionella beheersplan is ingevoerd en uitvoering geschiedt conform.</i>	😊
	18	CLB systeem is geupgrade en virtuele server is in gebruik genomen. <i>Eerste fase is volledig uitgevoerd. Tweede fase staat gepland voor maart 2019.</i>	😊
	19	Alle brandmeldsystemen van CLB in gebouwen zijn overgezet naar individuele brandmeldcentrales zijn gecertificeerd. <i>Uitvoering pas mogelijk na upgradering CLB systeem in maart 2019.</i>	😞
Huisvesting	20	De huisvesting van de patiënten voldoet aan de criteria van de meest helende omgeving. <i>Binnentuinen afdelingen en Yudaboyu zijn voorzien van beplanting en gebouw Medium Stay 1-4 is opgeknapt. Verbetering aan inrichting heeft geen uitvoering gekregen.</i>	😊
	21	Renovatie van de Kapel is afgerond. <i>Eind 2018 is gestart met de renovatie van de Kapel.</i>	😊
	22	Nieuwbouw Yudaboyu en Begeleid Wonen is gerealiseerd. <i>Yudaboyu is verhuisd naar nieuwe (bestaande) locatie en behoefte voor nieuwbouw begeleid wonen is in 2018 niet meer actueel.</i>	😊



Algemeen

Ter verbetering van de facilitaire service verlening zijn er 2018 verschillende bijeenkomsten met facilitaire medewerkers geweest waarbij het onderwerp serviceverbetering aan bod is gekomen. Hierbij is ingegaan op het belang van het verkrijgen van feedback over geleverde goederen en diensten en het belang van goede en proactieve communicatie naar de afnemers.

In het kader van goede onderlinge samenwerking hebben er bijeenkomsten met de verschillende facilitaire afdelingen plaatsgevonden. Ook is er bij de facilitaire leidinggevenden in hun doelstellingsgesprekken het onderwerp onderlinge samenwerking opgenomen waarbij duidelijk afspraken en doelen zijn geformuleerd over het onderling assisteren en gezamenlijke bijdrage leveren naar de afnemers en elkaar.

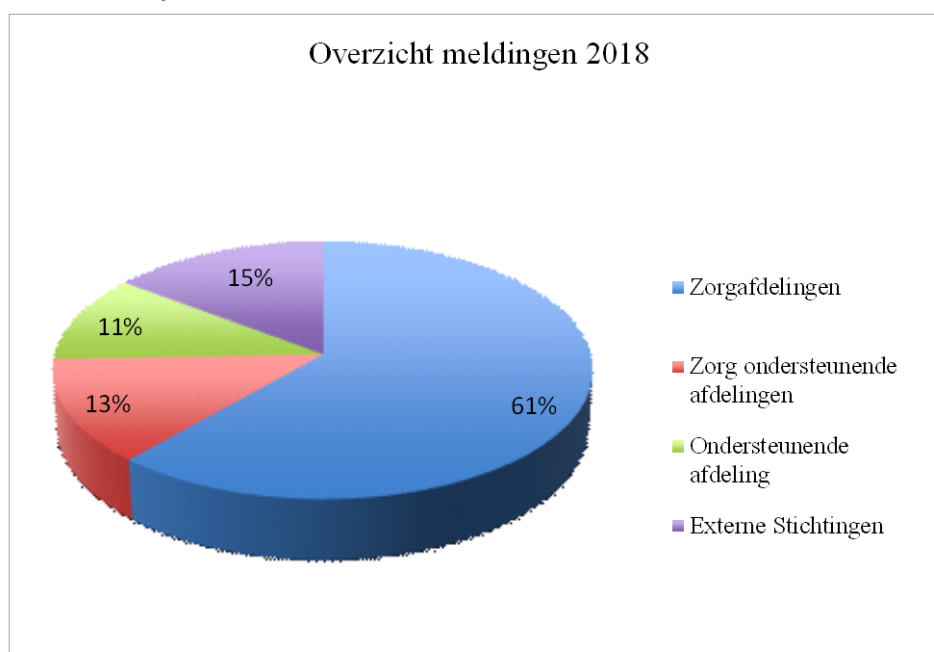
Eind 2017 is er een Lean project uitgevoerd waarbij de werkprocessen van alle facilitaire afdelingen in kaart zijn gebracht. Begin 2018 heeft dit Lean project een vervolg gekregen door het opnieuw indelen van de werkzaamheden van bepaalde afdelingen met als doel meer efficiëntie van de beschikbare mankracht te verkrijgen.

In de Centrale Keuken heeft deze herindeling van de dagelijkse werkzaamheden en evenredige taakverdeling er zelfs toe geleid dat de formatie van 12 FTE naar 11 FTE teruggebracht kon worden. Ook de werkprocessen van de afdeling Onderhoud zijn geëvalueerd volgens het Lean principe. Ideeën van het personeel zijn verwerkt in concrete stappen om de efficiëntie te verbeteren binnen de afdeling. Hierbij is met name gekeken naar de indeling van de werkorders, werkvoorraden en dagindeling van de werknemers. Daarnaast wordt het Lean principe maandelijks besproken met de leidinggevenden over de behaalde vorderingen binnen hun eigen afdelingen.

In navolging van de Service Level Agreement van de Facilitaire Sector met Fundashon Sonrisa en Yudaboyu is er met ingang van 1 juni ook een Service Level Agreement opgesteld met FMA voor de locatie Scharlooweg 150 wat betreft onderhoud, beveiliging, schoonmaak en maaltijdvoorziening.

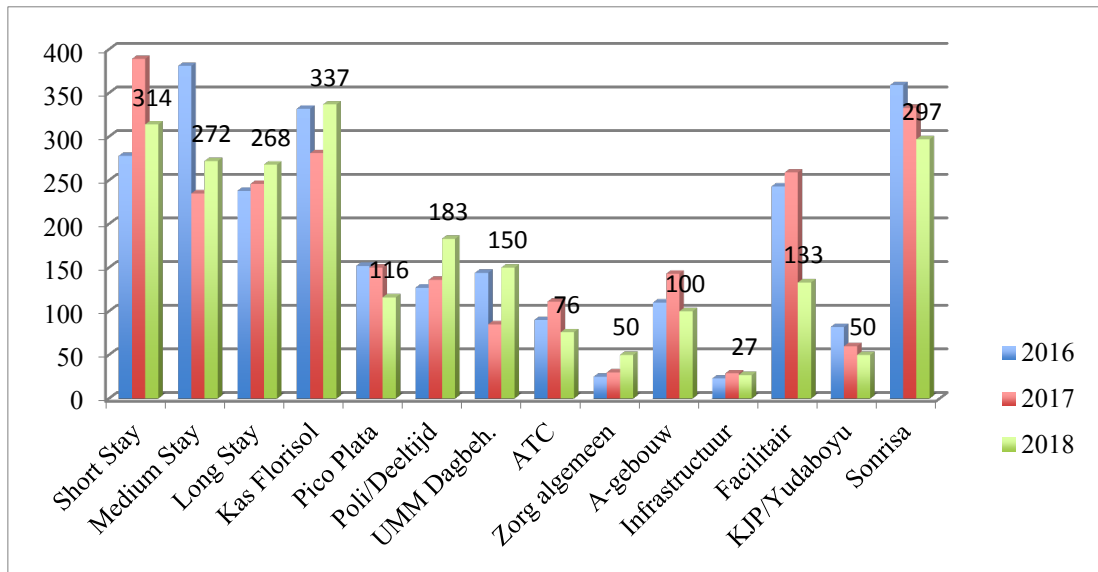
Facilitaire Meldpunt

Het aantal storingsmeldingen die zijn verwerkt in 2018 door het Meldpunt Facilitair was 2373 meldingen. Dit aantal storingsmeldingen is vergelijkbaar met het aantal meldingen in 2017 (2487) en 2016 (2585). Hieronder een overzicht van de onderverdeling van de 2373 geregistreeerde verzoeken/storingsmeldingen in 2018 naar afdelingen van Klinika Capriles en externe werkstichtingen van GGz Curaçao:





Overzichten van geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen per afdelingen:



De zorgafdelingen Short Stay, Medium Stay en Kas Florisol hebben de meeste medelingen geplaatst in 2018. Ook is er een verdubbeling van het aantal storingsmeldingen waar te nemen bij Un Miho Mañan (UMM) wat te verklaren is door de verhuizing die in juni 2018 heeft plaatsgevonden. Fundashon Sonrisa vraagt ook veel aandacht van het Onderhoudsteam hetgeen ook wordt weergegeven in het aantal storingsmeldingen in het afgelopen jaar.

Huisvesting

In het kader van de algemene bezuinigingen binnen GGz Curaçao hebben er 2 verhuizingen van afdelingen naar een andere locatie plaatsgevonden in de eerste helft van 2018.

Met het samenvoegen van Un Miho Mañan met Dios Yudami is de huurovereenkomst voor het pand aan de Scharlooweg 21 per 1 juni 2018 opgezegd. Het pand aan de Scharlooweg 150, waar Dios Yudami al gevestigd was, is na het aabringen van de nodige aanpassingen, per 31 mei gedeeltelijk in gebruik genomen door Un Miho Mañan.

Per 1 juli is Yudaboyu verhuisd vanuit de locatie Barentsblaai 11 naar de Polikliniek gebouwen op het terrein van Klinika Capriles. Twee maanden voorafgaand aan deze verhuizing is begonnen met het gereedmaken van de polikliniek gebouwen. Hiervoor moest een herindeling plaatsvinden van de al bestaande polikliniek werkplekken waarbij de volwassen polikliniek is samengevoegd in 1 gedeelte van de polikliniek gebouwen. Hierdoor was het mogelijk om Yudaboyu, met het plaatsen van een aantal hekwerken, een eigen afgesloten gedeelte te geven binnen de huidige polikliniek gebouwen. Met deze verhuizing hebben ook meteen alle polikliniek gebouwen van binnen en buiten een onderhoudsbeurt gekregen. Met het aabringen van beplanting en verschillende zitgelegenheden in de binnentuin van Yudaboyu is er tevens een helende omgeving gecreëerd waar patiënten zich op hun gemak kunnen voelen.

In navolging van Medium Stay 5-7 en Medium Stay 8-10 heeft de afdeling Medium Stay 1-4 in 2018 een opknappbeurt ondergaan aan de binnenkant en de leefruimten van patiënten.

Voor het einde van het jaar is er gestart met het verven van de Kapel waarvoor er in het verleden al gedeeltelijk de benodigde verf via een donatie voorhanden was. De afronding van de Kapel is gepland voor begin 2019.

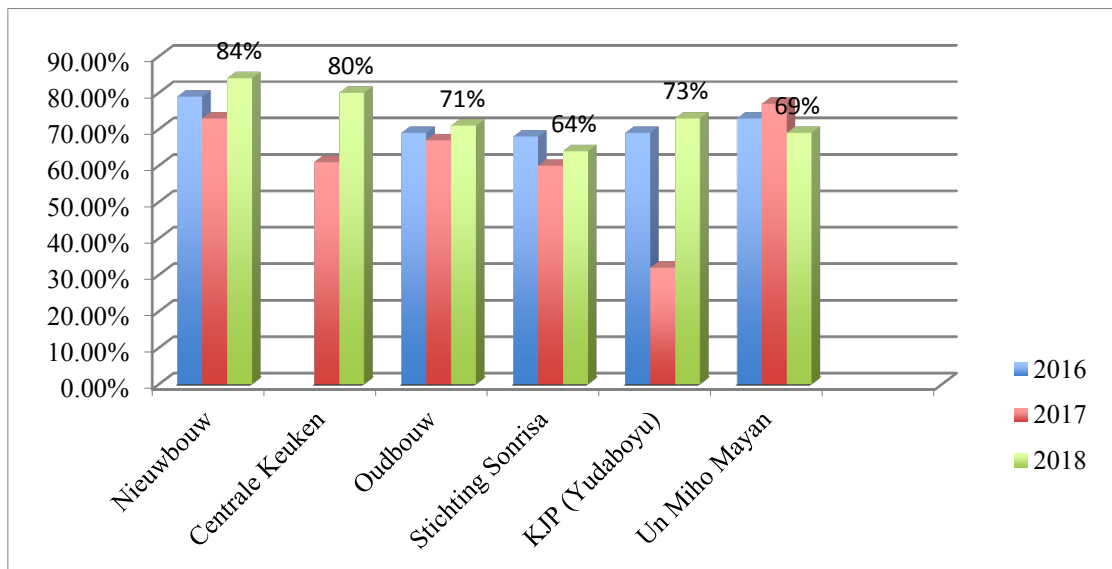
Het gefaseerd vervangen van spaarlampen op alle afdelingen voor LED lampen als energiebesparende maatregel is verder uitgevoerd met het plaatsen van LED lampen bij afdelingen Medium Stay 1-4



Short Stay 1-3 en Short Stay 4-6. Ook de straatverlichting rondom de afdeling Long Stay is voorzien van LED lampen.

Schoonmaak

In 2018 hebben er in totaal 32 schoonmaakcontroles plaatsgevonden waarbij 92 verschillende ruimten zijn gecontroleerd. Het streefaantal van minimaal 45 controles en 100 ruimten per jaar is hierbij niet gehaald. 84% van alle schoonmaakcontroles vonden plaats bij Klinika Capriles en 16% bij Stichting Sonrisa, Yudaboyu en Un Miho Mañan.



Ook in 2018 is een stijgende lijn te zien in de scores van de schoonmaakcontroles waarbij de target-scores van 80% bij de nieuwbouw afdelingen en Centrale Keuken behaald werden. Met Total Cleaning Services is vastgesteld dat in 2019 de targetscores voor nieuwbouw en Centrale Keuken 87% zal zijn en de overige locaties 75%.

Uit het patiënttevredenheidsoverleg, dat jaarlijks wordt afgenomen op de zorgafdelingen, komt naar voren dat de patiënten tevreden zijn over de schoonmaak op de afdelingen. Ook blijkt dat patiënten medepatiënten regelmatig aanspreken om de toiletten en leefomgeving schoon te houden.

Alle medewerkers van Total Cleaning Services hebben een training gekregen over hun rol tijdens ontruiming op de afdelingen. Tijdens de ontruimingsoefeningen bleek dat het merendeel van de medewerkers van Total Cleaning Services geen aandacht gaf aan de ontruiming danwel zelf "gered" moesten worden door de BHV'ers. Tijdens de training is duidelijk gemaakt dat zij ook een actieve rol hebben in het ontruimen van de afdeling.

Magazijn en Inkoop

Voor het opzetten van de gewenste productieadministratie voor de Centrale keuken is een koppeling tussen het productieregistratiesysteem en het administratiesysteem Exact Globe noodzakelijk voor het berekenen van de integrale kostprijs per maaltijd. Deze koppeling blijkt complexer dan gedacht en er moet mogelijk worden gekeken naar een alternatieve manier om tot een betrouwbare integrale kostprijs berekening te komen en het opzetten van een aparte profit center voor de Centrale Keuken.

Terreinonderhoud

In navolging van het aanbrengen van nieuwe beplanting in de binnentuinen van de zorgafdelingen, is in 2018 de binnentuin van de poli en Yudaboyu voorzien van nieuwe beplanting. Hiermee verschuiven de dagelijkse werkzaamheden van de terreinonderhoud steeds meer naar tuinonderhoud. De planning voor 2019 is om rondom de verschillende zorgafdelingen beplanting aan te brengen waarbij de tuinen een positieve bijdrage gaan leveren aan de leefomstandigheden van de patiënten.



Met ingang van 2019 is een nieuwe 1-jarige overeenkomst met Erwin Schoonmaakbedrijf t.b.v het terreinonderhoud. In de toekomst zal gekeken worden in hoeverre patiënten zelf een bijdrage kunnen leveren in het onderhouden van de tuinen op hun eigen afdelingen.

Voedselverstreking

Begin 2018 is er een nieuwe overeenkomst tussen Klinika Capriles en de SGR-Groep getekend voor het leveren van minimaal 280 warme maaltijden per dag uit de Centrale Keuken voor een periode van 5 jaar.

Het aantal verstrekte warme maaltijden vanuit de Centrale Keuken is in 2018 met 30 maaltijden per dag toegenomen door het samengaan van Un Mihó Mañan en Dios Yudami. In augustus 2018 zijn daarbij nog 10 extra maaltijden bijgekomen voor Sentro Speransa. Het totaal aantal warme maaltijden kwam daarbij op 545 stuks gemiddeld per dag.

De aandacht in de Centrale Keuken is in 2018 uitgegaan naar het efficiënter indelen van werkzaamheden van zowel de koks als keukenassistenten. De dagelijkse taakverdeling is compleet opnieuw ingericht waardoor werkzwaarte evenredig is verdeeld onder de keukenmedewerkers. Het 5-weekse menucyclus is wel bijgesteld waarbij er vier gerechten zijn vervangen. De patiënten gaven tijdens het patiëntentevredenheidsoverleg aan tevreden te zijn met de voeding en presentatie van de maaltijden. Er werd een gemiddeld rapportcijfer van 7.6 gegeven en dat was ongeveer gelijk met het cijfer van vorig jaar (gemiddeld 7.8). De patiënten zijn tevreden over de smaak, hoeveelheid en presentatie van het eten. Wel wordt door de patiënten aangegeven dat zij meer variatie te willen zien in de maaltijden.

Ter controle van het voedselhygiëneplan van de Centrale keuken wordt er elk kwartaal een hygiëne audit uitgevoerd waarbij een streefscore van 8 als doel is gesteld. In de vier kwartalen werd een gemiddelde score van een 7 behaald. Het niet behalen van de streefcode van een 8 heeft overwegend te maken met het ontbreken van volledig ingevulde controlelijsten bij ontvangst van goederen en bij de schoonmaak, het vergeten te labelen van bereide producten en persoonlijke hygiëne waarbij sierraden worden gedragen door het personeel in de Centrale Keuken.

De Inspectie van de Volksgezondheid heeft op 8 mei 2018 een onaangekondigd bezoek gebracht aan de Centrale Keuken en heeft laten weten dat er geen bijzonderheden zijn aangetroffen en dat er op een verantwoorde wijze wordt omgegaan met de voedselveiligheid.

In de maand november hebben alle keukenmedewerkers en magazijnmedewerkers een hygiëne training gevolgd waarbij aan het einde een test werd afgenomen waarvoor alle medewerkers zijn geslaagd.

Voor de productie administratie van de Centrale Keuken wordt maandelijks de ingrediëtprijzen nog handmatig ingevoerd vanuit de facturen aangezien de koppeling met Exact Globe nog niet tot stand is gekomen. Dit is een zeer tijdrovende bezigheid en tevens zeer foutgevoelig. Onduidelijkheid bij de financiële afdeling over het wel of niet behouden van Exact Globe als administratief systeem heeft er toe geleid dat er in 2018 geen start is gemaakt met het koppelen van de kostprijsberekening van de Centrale Keuken met Exact Globe.

Veilige leef en werkomgeving

In de maanden juni en september hebben EHBO-herhalingstrainingen plaatsgevonden voor alle zorgmedewerkers van Klinika Capriles en Yudaboyu. Aan de trainingen van september hebben ook medewerkers van Fundashon Sonrisa en FMA/Dios Yudami deelgenomen. Deze trainingen werd gegeven door (EHBO) gekwalificeerde medewerkers van Klinika Capriles. In totaal hebben er 160 zorgmedewerkers deze EHBO-herhalingstraining ontvangen.

In augustus hebben de Wachtcommandanten de herhalingstraining Ploegleider BHV behaald en in november hebben de BHV herhalingstrainingen plaatsgevonden voor alle Beveiligingsmedewerkers.



Gedurende de periode van 22 tot en met 24 augustus 2018 heeft er een orkaanoefening plaatsgevonden waarbij gesimuleerd werd dat op vrijdagavond 24 augustus een orkaan over Curaçao zou trekken. De stappen van het orkaanstappenplan zijn volledig uitgevoerd tijdens deze oefening. Naast alle zorgafdelingen van Klinika Capriles hebben ook de ondersteunende afdelingen en Fundashon Sonrisa voor het eerst meegedaan aan deze oefening.

In de maand december hebben de jaarlijkse ontruimingsoefeningen plaatsgevonden op alle afdelingen/gebouwen van Klinika Capriles en Fundashon Sonrisa.

Begin 2018 is er een enquête gehouden onder het personeel van de GGz Curaçao stichtingen over het onderwerp Veilige Cultuur. Hieruit bleek dat het onderwerp voor vele werknemers gevoelig is en ook dat de term Veilige Cultuur niet altijd even duidelijk is. Naar aanleiding hiervan hebben er in 2018 nog drie bijeenkomsten van de BHV-Preventiemedewerkers plaatsgevonden gewijd aan het onderwerp "Veilige Cultuur" met als doel dat dit onderwerp ook op de afdelingen ter sprake wordt gebracht door de BHV-Preventiemedewerkers.

Fase 1 van de upgrade naar de meest recente versie van het gebouwen beheersysteem van CLB, waaronder de brandmeldingen en alarmoproepen via de beepers voor de zorgmedewerkers worden doorgemeld, is uitgevoerd. Hierbij is de server van het CLB systeem in de "Cloud" geplaatst waardoor in de toekomst minder storingen te verwachten zijn. Fase 2 van de upgrade staat gepland voor maart 2019.

De brandmeldcentrale van de afdeling Kas Florisol is volledig gereviseerd en is per maart 2018 officieel gecertificeerd opgeleverd. In juli 2018 hebben de jaarlijkse certificering van alle brandmeldcentrale van Klinika Capriles en Fundashon Sonrisa plaatsgevonden. Bij het gebouw Scharlooweg 150, waar Un Mihó Mañan sinds jnuï 2018 gevestigd is, is ook het brandmeldsysteem gereviseerd en opnieuw in gebruik genomen.

Het 8 jaar oude legionella beheersplan is in 2018 volledig herzien en aangepast aan de laatste eisen omtrent legionella beheersing. Hiervoor is contact geweest met GGD Curaçao om de laatste ontwikkelingen op te nemen in het beheersplan. Uiteindelijk is er ook een kopie van het beheersplan overhandigd aan GGD Curaçao zoals de wet voorschrijft.

De laatste watermonsters gaven op bepaalde plaatsen toch nog aangroei in legionella weer. Na onderzoek bleken de brandslanghaspels op de afdelingen de mogelijke oorzaak hiervan te zijn.

Ter voorkoming van het teruglopen van water uit de brandslanghaspels zal er begin 2019 terugslagkleppen geplaatst worden op de leidingen naar desbetreffende brandslanghaspels.

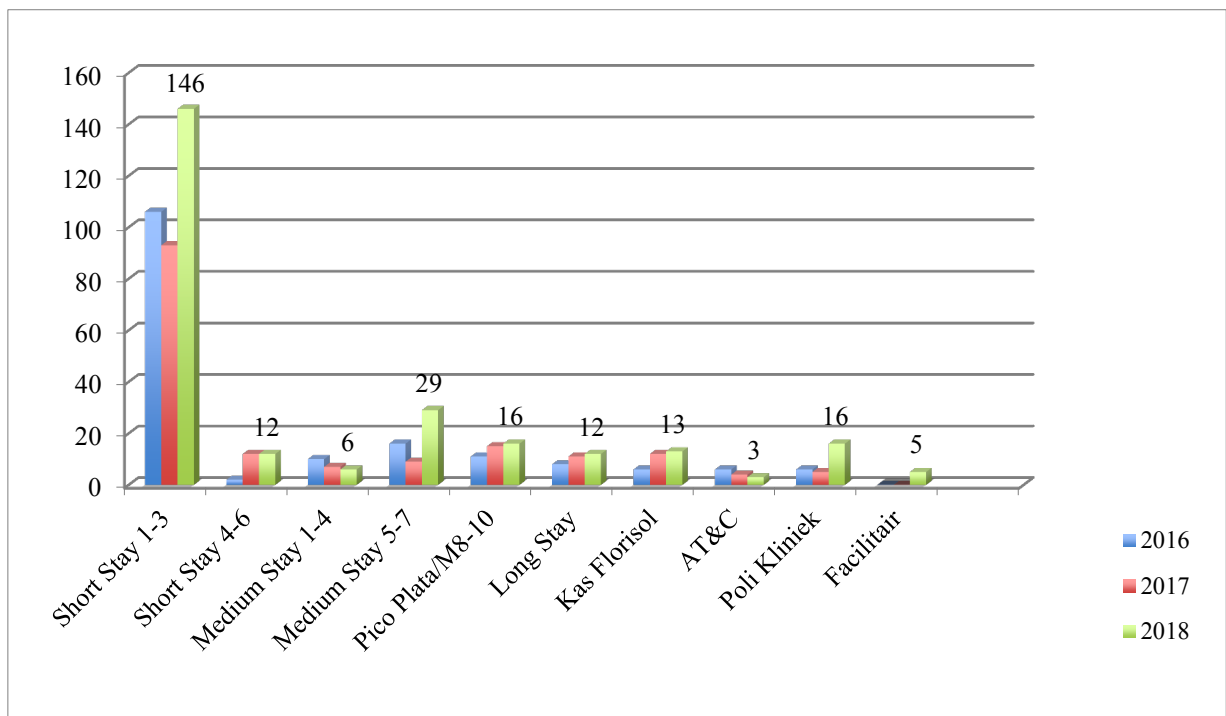
Assistentieaanvragen

In 2018 heeft de afdeling Beveiliging 258 aanvragen gekregen voor het verlenen van assistentie op afdelingen. Dit aantal aan geregistreerde assistentie-aanvragen is een stijging van maar liefst 50% aan geregistreerde assistentie-aanvragen in vergelijking met 2017 (168 aanvragen) en met 2016 (170 aanvragen).

Bij 34 aanvragen (13%) was er sprake van noodoproepen waarbij gebruik werd gemaakt van de PZI beeper (Persoonlijke Zend Installatie) door het zorgpersoneel ter indicatie dat de oproep urgent is. Van alle aanvragen bestond 14% van de assistentie uit Praktisch Penitentiair Optreden tegen agressie, 35% uit fysieke begeleiding / Response, 34% toezicht houden en begeleiding, 16 % uit algemene hulpverlening variërend van kamer controle, EHBO en brandmeldingen.



Het onderstaande overzicht geeft de assistentieaanvragen per afdeling weer.



Met name de aanvragen voor assistentie bij de acute opname afdeling Short Stay 1-3 (146 aanvragen) is een forse toename in vergelijking met 2017 (93 aanvragen). De helft van deze aanvragen was toezicht houden of kamer controle op de afdeling. Ook de afdelingen Medium Stay 5-7 en Poli Kliniek laat een toename aan assistentie-aanvragen zien.

Bij 50% 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:
 - Acute opname 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 2018 aan een drietal speerpunten gewerkt:

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

Jaarplanning 2018 HRM

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Organisatie en Leiderschap			
Competentiemanagement is ingevoerd	1	De gesprekscyclus gebaseerd op competentie management is ingevoerd <i>In 2018 werd de nieuwe gesprekkencyclus geïntroduceerd en was aangemerkt als een proefjaar. De resultaten zijn: met 76 % van de medewerkers is een doelstellingsgesprek gehouden, 20% van de medewerkers heeft een voortgangsgesprek gehad. Het evaluatiegesprek is niet gehouden. Reden van deze scores, met name de lage score op voortgangsgesprekken ligt in het feit dat er diverse overplaatsingen van leidinggevenden hebben plaatsgevonden waardoor de ingezette gesprekscyclus niet gecontinueerd kon worden</i>	



	2	<p>Werving en selectie vindt plaats met behulp van competenties</p> <p><i>Selectie vindt deels plaats aan de hand van competentieprofielen van de functies, maar nog niet gestructureerd.</i></p>	
Leiderschap	3	<p>Alle leidinggevendenden die uitvoering moeten geven aan HR beleid zijn getraind</p> <p><i>De geplande trainingen in coachingsvaardigheden zijn gehouden. Er zijn diverse sessies voor de leidinggevendenden gehouden en terugkom bijeenkomsten om de eerste ervaringen met de nieuwe gesprekscyclus te evalueren.</i></p>	
	4	<p>Er is een Management Development beleid vastgesteld</p> <p><i>Er is in 2018 nog geen gerichte MD beleid opgesteld.</i></p>	
Scholingsprogramma	5	<p>GGz e-learning is breed geïntroduceerd</p> <p><i>In 2018 zijn ± 75% van de afdelingen van Klinika Capriles en entiteiten van GGz Curaçao aangesloten. Modulen sluiten aan bij de behoefte van de organisatie, dienen ter ondersteuning. Er is ervaring opgedaan met blended learning waarvan gebleken is dat dit de beste resultaten geeft. Er is een start gemaakt met het vertalen van modulen naar het Papiaments wat de kans op het succesvol kunnen afronden van de modulen vergroot. Het functioneren van de e-learning modules wordt nog bemoeilijkt door de niet toereikende capaciteit van het netwerk.</i></p>	
	6	<p>Scholingskaart voor iedere medewerker van GGz Curacao is ingevoerd</p> <p><i>Het is niet gelukt de scholingskaart op een dermate wijze te ontwerpen dat deze én geschikt is voor alle medewerkers én digitaal verwerkt kan worden. Gesprekken zijn gehouden met ggz-ecadamy over de koppeling naar Afas, dit is nog niet afgerond.</i></p>	
	7	<p>Dashboards functioneren en leveren de ken- en stuurgetallen van HR</p> <p><i>De dashboards functioneren, het breed en praktisch kunnen hanteren van de gegevens die de dashboards leveren is nog onvoldoende.</i></p>	



	8	Insite functioneert als informatieplatform voor HR gerelateerde zaken <i>Een deel van HR documenten en informatie wordt via Insite aangeboden. De pocket-app is geïntroduceerd waardoor medewerkers eigen informatie kunnen opzoeken en ook verlofaanvragen kunnen doen.</i>	
HR Beheer en informatie	9	Het personeelsdossier is volledig digitaal <i>Er worden geen papieren dossiers meer aangemaakt. Het personeelsdossier is volledig digitaal</i>	

Behandelstaf

De behandelstaf bestond per 31 december 2018 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/ orthopedagoog;
- 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. J. Elhage, gz-kinder-en jeugdpsycholoog;
- Mw. N. Rancunet, orthopedagoog
- Mw. S. Sander, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. A. Schotborg-de Pool, gz-kinder-en jeugdpsycholoog;
- Mw. Sh. Casseres, somatische arts;
- Mw. L. Reigina, apotheker (toezichhoudend);
- Dhr. M. Huizer, tandarts;
- Mw. M. de Windt, 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. Het 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 2018	239	235,15
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	167	164,35
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	19	17,65
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	16	14,65
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	18	17,75
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	14	13,75
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2018	240	234,93
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	169	165,13

Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2018	Aantal
Pensioen	0
Vrijwillig	13
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	0
Overleden	0
Contract niet verlengd	1
Afkeuring	1
Gedwongen	3
Wederzijds goedvinden	
Totaal	18

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	5.03
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	5.84

Er is sprake van ziekteverzuim als een persoon ten gevolge van een aantoonbare ziekte of gebrek niet in staat is het werk uit te voeren. De duur van het ziekteverzuim is vanaf de dag dat de werknemer haar werkzaamheden niet kan uitvoeren tot de dag van volledige hervatting.



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;
- 7 dagen per week;
- FTE's;
- Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidperioden zijn meegenomen.

	2017	2018	Vershil
Werknemers in dienst	251.1	234,93	-16,17
Aantal ziektemeldingen	487	427	-60
Aantal verzuimdagen	4693	4248,33	-444,67
Meldingsfrequentie (%)	1.9	1,82	-0.08
Verzuim percentage (%)	5.3	5.02	-0,28
Verzuimduur (%)	9.6	9,95	0,35
Langdurig ziekteverzuim	25	15	-10

Afname ziekmeldingen:

Aantal werknemers in 2018 is 16.17 FTE minder dan in 2017. Het toepassen van terugkomstgesprekken kan ook een invloed hierin hebben.

Afname verzuimdagen:

Dit heeft te maken met de afname van het aantal werknemers in 2018 en ook met de afname van het aantal langdurig ziekteverzuim met 10 gevallen minder.

Afname verzuim percentage:

Dit is een gevolg van de afname van het aantal verzuimdagen.

Toename verzuimduur:

Het aantal gevallen van langdurig verzuim is minder dan vorig jaar, maar vijf van deze gevallen hebben langer dan 13 weken geduurd waarvan twee meer dan 18 weken hebben geduurd.

6 weken of meer wordt als langdurig verzuim beschouwd maar er waren verschillende gevallen die tussen 3 en 6 weken hebben geduurd waardoor ze niet als langdurig verzuim worden beschouwd maar ze hebben wel invloed op dit cijfer.

Algemene conclusie:

Het ziekteverzuimpercentage is gedaald en door het blijven toepassen van het ziekteverzuimbeleid kan dit cijfer nog lager worden.

Jubilea

Gedurende het jaar 2018 waren:

- 3 medewerkers 12.5 jaren in dienst
- 1 medewerker 25 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. Gedurende het verslagjaar zijn onderhandelingen opgestart.

4.4.2. Kwaliteit van het werk

Gedurende 2018 is het wederom gelukt om te investeren in deskundigheidbevordering van ons personeel.

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH):

- Gedurende het verslagjaar zijn een aantal sessies rondom het maken van zorgplannen en profielen gegeven, vooral gericht op de afdeling Short Stay. Aangezien de opgerichte stuurgroep SRH aan de slag is geweest om de bestaande formulieren te reviseren, is besloten met verdere scholing op dit gebied te wachten tot de gereviseerde documenten zijn vastgesteld. Dit is einde 2018 gerealiseerd, voor 2019 is een planning gemaakt voor een training rondom de nieuwe zorgplannen en – profielen voor alle zorgmedewerkers. In deze training zal ook het onderwerp rapportage worden meegenomen.
- In november 2018 zijn de heren Walravens (nieuwe Hoofopleider RINO SRH) en Lammers (stafmedewerker GGz Eindhoven met name gericht op eraringsdeskundigheid en cliëntparticipatie) op bezoek geweest. Zij hebben diverse trainingen gegeven voor de verschillende groepen binnen GGz Curaçao. Coördinatoren, behandelaren en management hebben de trainingen rondom het nieuwe SRH (vanaf nu Steunend Relationeel Handelen genoemd) gevolgd. Tevens is tijdens deze week gekeken naar de mogelijkheden om als GGz Curaçao een licentie SRH vanuit RINO te kunnen ontvangen. In 2019 zal dat worden gerealiseerd.

Response® / PPO

- In 2018 zijn wederom een aantal trainingsmiddagen rondom Response georganiseerd. In twee middagen is 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

53 medewerkers hebben aan deze trainingen deelgenomen.

Daarnaast heeft het Hoofd Beveiliging ism een van de coördinatoren diverse trainingsmiddagen georganiseerd waarbij het bijhouden van fysieke grepen (PPO) voorop stond.

Trainingen / Stage in het kader van LVB

- In 2018 heeft het team van Yudaboyu een training LVB, georganiseerd door Federatie Antilliaanse Jeugdzorg, gevolgd
- Het team van Medium Stay 1 – 4 heeft verdere ondersteuning ontvangen van een orthopedagoog. Met deze ondersteuning is het team erin geslaagd adequate bij de doelgroep aansluitende activiteitenprogramm's op te zetten en uit te voeren.

EZRA

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



Individuele scholingsactiviteiten:

- Een psycholoog van Yudaboyu heeft bij Parnassia Nederland haar opleiding GZ – psycholoog met goed gevolg afgerond

Behandelstaf

- **Cognitieve gedragstherapie**

In 2017 is het laatste gedeelte van de vervoltraining 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. De beide psychologen hebben in het verslagjaar hun opleiding met goed gevolg afgerond en zijn inmiddels geregistreerd Cognitief Gedragstherapeut.

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 Klinika Capriles zo'n 100 studenten van verschillende opleiding van een stageplek voorzien. 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.

Training oplossingsgericht werken door Fredrike Bannink

- In maart 2018 is de training oplossingsgericht georganiseerd vanuit GGz Curaçao. Er zijn vier verschillende trainingdagen georganiseerd:
 - Oplossingsgericht werken voor hoger kaderfunctionarissen
 - Oplossingsgericht werken voor middenkaderfunctionarissen
 - Oplossingsgericht werken voor maatschappelijk werkenden
 - Oplossingsgericht werken voor behandelaren

Bij alle trainingen hebben 38 medewerkers van GGz Curaçao deelgenomen. Totaal aantal deelnemers is 99 geweest.

Training ADOS -2 diagnostiek

- In januari 2018 heeft de training ADOS – 2 diagnostiek plaatsgevonden voor het team van Yudaboyu. ADOS – 2 is een nieuw instrument in de diagnostiek bij autisme voor kinderen. Net als bij de training oplossingsgericht werken is de training opengesteld voor medewerkers buiten GGz Curaçao.

Training Brainblocks

- In mei 2018 heeft de training brainblocks plaatsgevonden ten behoeve van het team van Yudaboyu. Brain Blocks is ontstaan met als doel psycho-educatie te geven over autisme door inzichtelijk te maken hoe het brein met en zonder autisme werkt. Al snel werd in de praktijk duidelijk dat Brain Blocks breder in te zetten is dan alleen bij psycho-educatie. Brain Blocks heeft voornamelijk een communicatieve functie en kan ook als therapeutische interventie ingezet worden. Ook bij deze training hebben medewerkers van buiten mee gedaan.

E – learning:

- In 2017 is GGz Curacao lid geworden van de GGZ Ecademy, een systeem voor e –learning dat door (bijna) alle GGz – instellingen in Nederland wordt gebruikt en ondersteund. In 2018 zijn een aantal afdelingen aangesloten op het systeem, per afdeling is afgesproken welke module in eerste instantie is opengesteld voor de medewerkers en gevolgd moest worden:
 - Afdeling Long Stay
 - Afdeling Pico Plata



- Afdeling Kas Florisol
- Afdeling ATC (Activiteiten Trainings Centrum)
- Medium Stay 5 – 7

Medewerkers zijn aan de slag met de modules, bij het afronden bij de toetsen lijkt de taal een probleem. Om dit probleem te tackelen zijn twee sporen afgesproken:

- Vertalen van toetsen naar Papiaments
- Afnemen van toetsen onder begeleiding van deskundige van de betreffende module (in groepen)

In 2019 zal dit verder worden uitgewerkt en zal aan de hand van de resultaten een beslissing over de toetsing worden genomen

In 2019 zullen de overige afdeling ook worden aangesloten op het e-learning systeem. Het gaat dan om de volgende afdelingen:

- Short Stay
- Medium Stay 1 – 4
- IAB
- Yudaboyu
- Fundashon Sonrisa
- Waar gewenst zullen ook ondersteunende diensten worden aangesloten op het systeem.

Facilitair:

In 2018 hebben de volgende opleidingen en trainingen doorgang gevonden.

- Training wachtcommandanten en meewerkende leidinggevendenden ander sectoren facilitaire dienst (9 deelnemers). In de training is gekeken naar persoonlijke motivatie, stijlen van leiderschap. Deze training zal in 2019 worden doorgezet.
- Hygiene training (HACCP) ten behoeve van keukenpersoneel.

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 EHBO voor alle zorgmedewerkers. (160 deelnemers)
- Ontruimingsoefeningen van alle gebouwen.






Overig:

De manager HRM heeft een training “management drives” gevolgd, met als bedoeling hier in de teams van de zorgafdelingen mee aan de slag te kunnen gaan.

4.5 Financieel beleid 2018

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
Financiële en Patiënten Administratie			
	1	Reductie in debiteuren met 20% per 30 juni 2018 t.o.v. debiteurenstand per 31 december 2017 (ter verbetering van het werkkapitaal) <i>De cijfers per 30 juni 2018 vertonen een stijging van 89%, echter dit wordt puur veroorzaakt door betalingsgedrag Justitie. In juli betaalde Justitie ANG 893k waardoor indien rekening wordt gehouden met dit, er een daling van 21% is gerealiseerd</i>	



	2	Maandelijkse directierapportage "realisatie vs begroting" op de 10e werkdag van de maand inclusief gedegen analyse	
	3	Maandelijkse sectorrapportage "realisatie vs begroting" op de 15e werkdag van de maand t.b.v. de managers Zorg, HR, FAC & ICT <i>De maandelijkse sectorrapportage is pas per augustus 2018 voor het eerst aan de betreffende managers gerapporteerd alsook september. De rapportages vergen heel veel tijd van FPA. De frequentie dient te worden beoordeeld.</i>	
	4	De fysieke archieven zijn geminimaliseerd en het digitale archief is zodanig ingericht dat stukken efficiënt terug gevonden kunnen worden. <i>Dit is gerealiseerd. Het beleid mbt archieven FPA dient nog te worden beschreven.</i>	
	5	Alle contracten zijn digitaal gecentraliseerd in een contractenbeheersysteem waardoor gedegen contractenmanagement kan worden gedaan. <i>Niet gerealiseerd wel worden alle contracten elektronisch centraal op een specifieke folder onder FPA bewaard.</i>	
	6	De kaders van een budgethouderschap voor leidinggevenden zijn vastgesteld <i>Er zijn stappen genomen om de kaders te scheppen. Begroting 2019 is voor het eerst uitgesplitst per kostenplaats. Verdere verfijning is wel nodig.</i>	

Het jaar 2018 was een jaar van stabilisatie en het nemen van verdere kostenbesparende maatregelen. De voortdurende onzekerheid over de hoogte van het budget BVZ heeft Klinika Capriles gedwongen om in het eerste halfjaar maatregelen te nemen. Zo werd besloten om Yudaboyu in juni te verhuizen naar het terrein van Klinika Capriles. Parallel werd een nauwe samenwerking met FMA in mei geconcretiseerd. De afdeling Un Miho Mañan van Klinika Capriles verhuisde naar het inloopcentrum Dios Yudami van FMA. Het aangaan van een samenwerkingsovereenkomst met FMA leverde voor beide stichtingen verscheidene kostenbesparingen zonder dat er op de zorg gekort werd.

Medio het jaar 2018 werd bekend gemaakt dat het budget voor BVZ voor het jaar 2018 verhoogd is met ANG 1.7 miljoen tot ANG 8.1 miljoen. De verhoging is deels gebruikt om achterstallige belasting schulden te betalen en deels om een inhaalslag op betalingen aan crediteuren te realiseren en broodnodige investeringen te plegen.

De verhoging in het budget heeft Klinika Capriles wat adem gegeven echter is Klinika Capriles niet uit de gevarenzone. De liquiditeit is nog steeds precair en dit is merkbaar aan onze quickratio.

Klinika Capriles behaalde in 2018 een bescheiden exploitatieoverschot van ANG 375.673. Het laatste jaar waarin de Stichting een winst behaalde was in 2010. Het behaalde exploitatieoverschot is



met name te danken aan de niet-zorggerelateerde activiteiten (non-core business) zoals verkoop van maaltijden en ondersteunende diensten.

Onderstaande tabel presenteert de cijfers voor 2018 en 2017.

Realisatie	2018	2017	Verskil	Verskil in %
Opbrengsten verrichtingen	24,471,147	22,705,420	1,765,727	8%
Overige opbrengsten	1,323,202	1,220,004	103,198	8%
Totale opbrengsten	25,794,349	23,925,424	1,868,925	8%
Directe kosten	2,032,590	1,979,663	52,927	3%
Lonen en salarissen	18,749,591	18,808,442	(58,851)	0%
Afschrijvingskosten	732,586	1,045,963	(313,377)	-30%
Overige kosten	3,690,722	4,620,152	(929,430)	-20%
Totale kosten	25,205,489	26,454,220	(1,248,731)	-5%
Exploitatieresultaat	588,860	(2,528,796)	3,117,656	-123%
Financiële baten en lasten	(213,187)	48,788	(261,975)	-537%
Resultaat	375,673	(2,480,008)	2,855,681	-115%

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

Opbrengsten

De opbrengsten voor het jaar 2018 vertonen een stijging van 8% ten opzichte van vorig jaar, dit wordt voornamelijk verklaard door de budgetverhoging met ANG 1.7 miljoen. De productie (poliklinisch, klinisch en deeltijd) van de stichting is in 2018 wederom gestegen.

De overige opbrengsten voor het jaar 2018 laten ook een bescheiden stijging van 8% zien ten opzichte van 2017. Dit is te danken aan toename in verkoop van maaltijden door onze keuken. Het aantal maaltijden in 2018 is met 2% (4.241 maaltijden) gestegen in vergelijking met 2017.

Kosten

De kosten voor het jaar 2018 zijn met 5% oftewel ANG 1.2 miljoen gedaald ten opzichte van het jaar ervoor. Alle kostencategorieën vertonen een daling m.u.v. de directe kosten.

Directe kosten

Deze kosten betreffen direct aan de patiënt te relateren verbruikskosten. De stijging wordt veroorzaakt door stijging in prijzen van voedingsmiddelen alsook stijging in aantal klaargemaakte maaltijden. Restauratieve benodigheden vertoont ook een stijging, deze wordt veroorzaakt door interne verschuiving vanuit voedingskosten.

Lonen en salarissen

De verhuizing van Un Miho Mañan in mei heeft bijgedragen dat er vacatures met huidig personeel ingevuld konden worden. Per 31 december 2018 heeft Klinika Capriles 240 personeelsleden in dienst (2017: 239). In 2018 zijn alleen een aantal vacatures ingevuld waardoor er voor een deel van het jaar met uitzendkrachten is gewerkt. Ook heeft Klinika Capriles geen periodieken of indexering in 2018 toegekend aan haar personeel. Al deze maatregelen hebben bijgedragen tot de beheersing van de personeelskosten 2018 waardoor zelfs een lichte daling ten opzichte van 2017 gerealiseerd is.

Afschrijvingskosten

Daling in afschrijvingskosten heeft te maken met het achterwege blijven van grote investeringen.



Overige kosten

De post *overige kosten* toont een daling van 20% (ANG 929K). Deze daling wordt verklaard door hoge boetekosten in 2017 (ANG 687K) voor het niet op tijd betalen van belastingpremies. Daarnaast is in 2017 in totaal ANG 367K afgeboekt of gedoteerd aan voorziening dubieuze debiteuren. Het debiteurenbeleid van Klinika Capriles is verscherpt en incasso is op niveau. Met uitzondering van het

Ministerie van Justitie komen de debiteuren hun verplichtingen conform betalingstermijn na. Aan de andere kant heeft de stichting meer onderhoud gepleegd dan in 2017.

Resultaatratio

Resultaat ratio	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaat ratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten)	0.01	(0.10)
Resultaat	375,673	(2,480,008)
Totale opbrengsten	25,794,349	23,925,424

Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (Vlottende activa exclusief voorraden ten opzichte van de kortlopende schulden)	0.25	0.20
Current ratio (Vlottende activa inclusief voorraden gedeeld door kortlopende schulden)	0.28	0.22
Vlottende activa inclusief voorraden	2,124,897	1,682,864
Vlottende activa exclusief voorraden	1,917,483	1,514,503
Totaal kortlopende schulden	7,713,057	7,641,968

Onze liquiditeitspositie is in 2018 licht verbeterd ten op zichte van 2017. In 2018 werd de schuld aan het Algemeen Pensioenfonds Curaçao (APC) in verband met duurtetoeslagpremies, VUT-uitkeringen en compensatiepremies AOV/BVZ volledig afgelost waardoor er cash vrij kwam om aan de operationele uitgaven te voldoen. De stijging in het budget BVZ heeft ook bijgedragen tot de lichte verbetering in onze liquiditeitspositie, echter de Stichting is niet uit de gevarezone. Dit is ook merkbaar aangezien de quickratio ver beneden de 1 zit.

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0.03	0.01
Vermogensratio (totaal eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0.03	0.01
Totaal eigen vermogen	673,850	298,177
Balanstotaal	22,996,019	23,845,513
Totaal opbrengsten	25,794,349	23,925,424



5. Verkorte geconsolideerde jaarrekening 2018

5.1. Verkorte Balans per 31 december 2018

(vóór resultaatbestemming)

	2018	2017
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>		
ACTIVA		
Vaste activa		
Materiële vaste activa	18,607,271	19,812,876
Financiële vaste activa	2,180,818	2,180,818
Waarborgsommen	83,033	168,956
	<u>20,871,122</u>	<u>22,162,650</u>
Vlottende activa		
Vorraden	207,414	168,361
Debiteuren	1,105,993	605,552
Vorderingen op verbonden partijen	14,706	14,706
Overige vorderingen en overlopende activa	612,511	702,481
Liquide middelen	184,273	191,764
	<u>2,124,897</u>	<u>1,682,864</u>
	<u>22,996,019</u>	<u>23,845,513</u>
PASSIVA		
Eigen vermogen		
Stichtingskapitaal	100	100
Overige reserves	298,077	2,778,085
Resultaat lopend boekjaar	375,673	(2,480,008)
	<u>673,850</u>	<u>298,177</u>
Voorziening Jubilea	818,203	797,138
Langlopende schulden		
Fonds Materiële vaste activa	11,652,666	12,445,498
Kredietinstellingen	2,138,243	2,662,733
	<u>13,790,909</u>	<u>15,108,231</u>
Kortlopende schulden		
Kortlopend deel lening	524,587	491,171
Crediteuren	807,529	750,816
Schulden aan verbonden partijen	1,774,016	1,650,557
Belastingen en premies sociale verzekeringen	3,202,897	3,534,651
Overige schulden en overlopende passiva	1,404,028	1,214,772
	<u>7,713,057</u>	<u>7,641,968</u>
	<u>22,996,019</u>	<u>23,845,513</u>



5.2. Verkorte Staat van Baten en Lasten over 2018

	2018	Begroting 2018	2017
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>			
BATEN			
Opbrengsten verrichtingen	24,471,147	22,160,772	22,705,420
Overige opbrengsten	1,323,202	979,000	1,220,004
	<u>25,794,349</u>	<u>23,139,772</u>	<u>23,925,424</u>
Directe kosten			
Verbruik behandelings-, kleding-, en voedingsartikelen	2,032,590	2,158,107	1,979,663
	<u>23,761,759</u>	<u>20,981,665</u>	<u>21,945,761</u>
LASTEN			
Lonen en salarissen	18,749,591	19,810,721	18,808,442
Afschrijvingskosten	732,586	868,390	1,045,963
Overige kosten	3,690,722	4,384,867	4,620,152
	<u>23,172,899</u>	<u>25,063,978</u>	<u>24,474,557</u>
Exploitatieresultaat	588,860	(4,082,313)	(2,528,796)
Incidentele baten en lasten	(213,187)	(143,300)	48,788
Resultaat vóór belastingen	375,673	(4,225,613)	(2,480,008)
Belastingen	-	-	-
Resultaat na belastingen	375,673	(4,225,613)	(2,480,008)



5.3. Verkorte Kasstroomoverzicht over 2018

	2018	2017
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>		
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	588,860	(2,528,796)
<i>Aanpassingen voor:</i>		
Afschrijvingen	732,586	1,045,963
	<u>1,321,446</u>	<u>(1,482,833)</u>
Verandering in werkkapitaal:		
(Toename)/afname debiteuren	(500,441)	649,932
(Toename)/afname overige vorderingen	89,970	(178,843)
(Toename)/afname voorraad	(39,053)	(42,728)
Toename/(afname) crediteuren	56,714	(151,930)
Toename/(afname) voorziening jubilea	21,065	797,138
Toename/(afname) overige schulden	(19,552)	4,338,567
Ontvangen interest	74,636	298,666
(Betaalde) interest	(206,322)	(249,878)
	<u>798,463</u>	<u>3,978,091</u>
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings materiële vaste activa	(314,880)	(381,489)
	<u>(314,880)</u>	<u>(381,489)</u>
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Aflossing annuïteitenlening Orco Bank	(491,074)	(491,112)
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	-	(16,392,642)
	<u>(491,074)</u>	<u>(3,837,491)</u>
Netto kasstroom	(7,491)	(240,889)
Liquide middelen en kredietinstellingen begin boekjaar	191,764	432,653
(Afname)/toename liquide middelen	(7,491)	(240,889)
	<u>184,273</u>	<u>191,764</u>
Liquide middelen per eind boekjaar	184,273	191,764



5.4. Toelichting op de balans per 31 december 2018

5.4.1. 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:

- Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles;
- Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP);
- Fundashon Sonrisa;
- Stichting Facilitair Bedrijf GGz Curaçao.

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 sloot het jaar 2017 met een klein positief eigen vermogen en realiseerde een exploitatieoverschot van ANG 375.673 over het jaar 2018 waardoor het eigen vermogen per 31 december 2018 verder is versterkt. Ondanks deze ontwikkeling is de continuïteit van de Stichting nog steeds in het geding. De liquiditeit is nog steeds niet adequaat, er zijn diverse vereiste investeringen gedaan in 2018 welke geen effect hebben op de exploitatie maar wel de liquiditeit van de Stichting zwaar hebben aangetast. Om de continuïteit te kunnen garanderen dient de Stichting een bekostigingssysteem dat toekomstbestendig is met de financierders overeen te komen.

De Stichting is de enige aanbieder van klinische psychiatrische zorg op het eiland. Indien geen structurele oplossing wordt gevonden voor de precare financiële situatie van de Stichting, komt zowel deze zorg als de continuïteit van de Stichting in gevaar.

De Stichting heeft onderhandelingsgesprekken in januari 2019 met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) gevoerd over de hoogte van het budget voor BVZ voor het jaar 2019. Echter zijn beiden niet tot een overeenkomst kunnen komen.

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 geconsolideerde jaarrekening op basis van continuïteit op te maken.



Zorgbudget SVB-BVZ

Voor het jaar 2018 heeft de Stichting een Ministeriële Beschikking gedateerd 21 november 2018 (no. 2018/048935) ontvangen ter grootte van ANG 8.1 miljoen voor Basis Verzekering Ziektekosten. Er is echter nog steeds geen zorgcontract met de SVB afgesloten.

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 2018 is geen zorgovereenkomst getekend met de SVB. Het voorschot dat is toegekend voor het boekjaar 2018 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 2018 is ANG 11.3 mln (2017: ANG 11.3 mln) door de Stichting aan declaraties ingediend bij het SVB-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd ANG 12.2 mln (2017: ANG 11.2 mln) ontvangen in 2018, dit is na aftrek van inhouding ten behoeve van afbetaling aan Algemeen Pensioenfonds Curaçao (zie toelichting 1.4.18).

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 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 zijn opgenomen onder de kasstroom uit operationele activiteiten.

5.4.2. Algemene waarderingsgrondslagen

Algemeen

De geconsolideerde jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met Boek 2 van het op Curaçao geldende Burgerlijk Wetboek. De Raad van Bestuur heeft de geconsolideerde 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 staat van baten en lasten 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 schattingswijzigingen zoals opgenomen in de desbetreffende paragrafen.

Functionele valuta

De posten in de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting worden gewaardeerd met inachtneming van de valuta van de economische omgeving waarin de Stichting haar activiteiten voornamelijk uitoefent (de functionele valuta). De geconsolideerde jaarrekening is opgesteld in antilliaanse gulden; 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 geconsolideerde 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 staat van baten en lasten, 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 Stichting kunnen er leasecontracten bestaan waarbij een groot deel van de voor- en nadelen die aan de eigendom verbonden zijn, niet bij de stichting ligt. Deze leasecontracten worden verantwoord als operationele leasing. Leasebetalingen worden, rekening houdend met ontvangen vergoedingen van de lessor, op lineaire basis verwerkt in de staat van baten en lasten over de looptijd van het contract.

5.4.3. Grondslagen voor de waardering van activa en passiva

Materiële Vaste Activa

Bedrijfsgebouwen en terreinen worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs plus bijkomende kosten of vervaardigingsprijs onder aftrek van lineaire afschrijvingen gedurende de verwachte toekomstige gebruiksduur. Op terreinen wordt niet afgeschreven.

Er wordt rekening gehouden met de bijzondere waardeverminderingen die op balansdatum worden verwacht.

Voor de vaststelling of voor een materieel vast actief sprake is van een bijzondere waardevermindering wordt verwezen naar de betreffende paragraaf. De door de rechtspersoon de Nederlandse Antillen, rechtsopvolger Land Curaçao, ter beschikking gestelde Materiële vaste activa zijn geactiveerd op basis van de kostprijs 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-waardeverminderingsverlies wordt direct als een last verwerkt in de winst-en-verliesrekening onder gelijktijdige verlaging van de boekwaarde van het betreffende actief.

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

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

Voorraden

De voorraden worden gewaardeerd tegen kostprijs op verkrijgingsprijzen onder toepassing van de FIFO-methode ('first in, first out') of lagere opbrengstwaarde.

De opbrengstwaarde is de geschatte verkoopprijs onder aftrek van direct toerekenbare verkoopkosten. Bij de bepaling van de opbrengstwaarde wordt rekening gehouden met de incurrantheid 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 eind van het boekjaar 2018 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 staat van baten en lasten 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.



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.

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 staat van baten en lasten 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.



5.4.4. Grondslagen voor bepaling van het resultaat

Algemeen

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

Opbrengstverantwoording

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 staat van baten en lasten 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 staat van baten en lasten 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 staat van baten en lasten verwerkt in de periode dat zij zich voordoen.

Belastingen

De Stichting is vrijgesteld van winstbelasting op Curaçao.

5.4.5. Financiële instrumenten en risicobeheersing

Valutarisico

De Stichting is 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 het 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 hetgeen onder normale omstandigheden zou leiden tot een verhoogd kredietrisico. De SVB en het Ministerie van Justitie vormen de twee meest 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 extra 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.



6. Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT

Aan: de Raad van Bestuur van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles

Verklaring over de verkorte geconsolideerde jaarrekening 2018

Ons oordeel

De verkorte geconsolideerde jaarrekening 2018 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles (de 'Stichting') te Curacao zoals opgenomen in de jaarverantwoording 2018 is ontleend aan de gecontroleerde geconsolideerde jaarrekening 2018 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Naar ons oordeel is de verkorte geconsolideerde jaarrekening zoals opgenomen in bijgesloten jaarverantwoording in alle van materieel zijnde aspecten consistent met de gecontroleerde geconsolideerde jaarrekening 2018 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles op basis van de grondslagen zoals beschreven in punt 5.4.2 in de toelichting.

De verkorte geconsolideerde jaarrekening bestaat uit:

1. de verkorte balans per 31 december 2018;
2. de volgende overzichten over 2018:
 - ▶ De verkorte staat van baten en lasten, het verkorte kasstroomoverzicht en de bijbehorende toelichtingen.

Verkorte geconsolideerde jaarrekening

Wij hebben een goedkeurend oordeel verstrekt bij de gecontroleerde geconsolideerde jaarrekening 2018 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles in onze controleverklaring van 12 juni 2019.

Die controleverklaring bevat ook een paragraaf 'overige zaken' waarin wordt aangegeven dat de jaarrekening 2017 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles is gecontroleerd door een andere accountant, die een goedkeurende controleverklaring heeft verstrekt bij deze jaarrekening op 21 juni 2018.

Verantwoordelijkheden van het bestuur en de raad van toezicht voor de verkorte geconsolideerde jaarrekening

Het bestuur is verantwoordelijk voor het opmaken en getrouw weergeven van de verkorte geconsolideerde jaarrekening op basis van de grondslagen zoals beschreven in punt 5.4.2 in de toelichting.

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



Building a better
working world

Onze verantwoordelijkheden voor de controle van de verkorte geconsolideerde jaarrekening

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

Curacao, 1 juli 2019
12014590 120/22656

Ernst & Young Accountants

Was getekend
Christiaan Smorenburg RA AA



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

Yudaboyu
Barendsllaan 11
Tel: 738 9511
Fax: 738 9553



Zijn onderdeel van

