



Klinika Capriles  
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis



# Jaarverantwoording 2019





# Inhoudsopgave

<b>JAARDOCUMENT 2019 KLINIKA CAPRILES EN “YUDABOYU” .....</b>	<b>1</b>
<b>VOORWOORD RAAD VAN BESTUUR .....</b>	<b>2</b>
<b>JAARVERSLAG RAAD VAN TOEZICHT.....</b>	<b>3</b>
<b>1. UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING.....</b>	<b>4</b>
<b>2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE .....</b>	<b>5</b>
2.1. ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS.....	5
2.2. STRUCTUUR VAN DE INSTELLING .....	5
2.3. KERNGEGEVENS .....	9
2.4. BELANGHEBBENDEN.....	11
<b>3. GOVERNANCE .....</b>	<b>17</b>
3.1. BESTUUR EN TOEZICHT .....	17
3.2. BEDRIJFSVOERING.....	22
<b>4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES.....</b>	<b>28</b>
4.1. MEERJARENBELEID .....	28
4.2. ALGEMEEN BELEID .....	30
4.3. KWALITEITSBELEID .....	38
4.4. KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS.....	51
4.5 FINANCIEEL BELEID 2019.....	59
<b>5. VERKORTE GECONSOLIDEERDE JAARREKENING 2019.....</b>	<b>64</b>
5.1. VERKORTE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2019 .....	64
5.2. VERKORTE GECONSOLIDEERDE STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 2019 .....	65
5.3. VERKORTE GECONSOLIDEERDE KASTROOMOVERZICHT OVER 2019 .....	66
5.4. TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2019 .....	67
<b>6. CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT.....</b>	<b>74</b>



## Jaardocument 2019 Klinika Capriles en “Yudaboyu”

Het maatschappelijk verslag 2019 is op 18 juni 2020 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles en de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

De jaarrekening 2019 is op 18 juni 2020 vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles en de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Dhr. Waldi Oostburg  
Raad van Bestuur

Het maatschappelijk verslag 2019 is op 18 juni 2020 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles Capriles en de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

De jaarrekening 2019 is op 18 juni 2020 goedgekeurd door de Raad van Toezicht van de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles Capriles en de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Mw. Richeline Martina-Joe  
Voorzitter Raad van Toezicht



## Voorwoord Raad van Bestuur

Voor wat betreft de geestelijke gezondheidszorg op Curaçao heeft het jaar 2019 sterk in het teken gestaan van een thema's: de toekomst van de GGZ op Curaçao. Naast de inspanningen van GGZ Curaçao op dit terrein heeft ook de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur begin van dit jaar het initiatief genomen om te komen tot een toekomstvisie op de gehele GGZ. Het traject dat hierbij is doorlopen en waar de sector intensief betrokken is geworden, heeft geresulteerd in vastgestelde overheidsbeleid aangaande de GGZ. Dit beleid, vastgelegd in de nota "Visie Geestelijke Gezondheidszorg 2019-2022", sluit aan op de algemene visie op de gezondheidszorg zoals de overheid deze heeft verwoord in haar visiedocument "Traha huntu pa un Kòrsou salú 2025" (Visie 2025). De kern van de Visie 2025 omvat in de eerste plaats de ombuiging van zorg en ziekte naar gezondheid en welbevinden, zonder de kwaliteit van de huidige zorgverlening te verwaarlozen. Deze ombuiging zou hand in hand moeten gaan met een modernisering van het zorgaanbod door middel van een integrale aanpak, waarbij de patiënt centraal staat.

Voor de GGZ betekent dit dat bij het streven naar mentaal welzijn, naast het optimaliseren van de kwaliteit van leven van zorgvragers met een mentale zorgbehoefte, de accenten moeten worden verlegd naar de meer preventieve kant van de gezondheidszorg: gezondheidsbevordering, preventie, vroegtijdige signalering en voorkomen van escalatie. Dit vanuit het principe "voorkomen is beter dan genezen". Om dit te realiseren stelt de overheid dat een aanzienlijke hervorming van het huidig zorgaanbod noodzakelijk is. Omdat het Land en in het bijzonder de Minister van GMN de herstructurering van de GGZ tot een van haar prioriteiten heeft gemaakt, is de verwachting dat het overheidsbeleid aangaande de GGZ van sterke invloed is op zowel de mogelijkheden als de beperkingen van Klinika Capriles. Klinika Capriles schaart zich achter het GGZ-beleid van de overheid en ziet voldoende kansen om op basis van dit beleid haar zorg nog beter te laten aansluiten op de behoeften van de gemeenschap. In ieder geval zijn de eerste stappen om als overheid en sector in gezamenlijkheid te werken aan de modernisering van het GGZ-aanbod gezet. Het visiedocument biedt daartoe een uitstekende basis. Wel spreken wij de hoop uit dat de daad bij het woord gevoegd zal worden en dat de overheid hoog zal inzetten op realisatie van haar doelstellingen zodat al op korte termijn de resultaten zichtbaar zullen zijn. Namens alle medewerkers van Klinika Capriles zou de directie willen zeggen: wij zijn er klaar voor!



## Jaarverslag Raad van Toezicht

De rollen, taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht (RvT) liggen vast in de statuten van de Stichting. Tevens is een Reglement van de Raad van Toezicht van kracht. In grote lijnen heeft de RvT de rol van optreden als werkgever van de Raad van Bestuur (RvB) alsmede toezichhoudende, adviserende en goedkeurende taken.

Volgens een door de RvT goedgekeurde “informatie- en vergaderschema” en additioneel op verzoek wordt de RvT door de RvB voorzien van informatie. De RvT vergaderde in 2019 zes keer in aanwezigheid van de RvB teneinde invulling te geven aan haar toezichhoudende en adviserende taken.

Er zijn drie commissies (HR, Zorg en Financieel) van de RvT actief die met de RvB en de betreffende manager zaken bespreken aangaande de betreffende sector. Deze gedelegeerde commissies van de RvT vergaderde afzonderlijk als volgt met de RvB: de Financiële commissie drie keer en de Human Resources commissie een keer.

De RvT kwam in 2019 zeven keer bijeen zonder de aanwezigheid van de RvB. De data van deze vergaderingen en de vergader onderwerpen zijn als volgt:

Datum bespreking	Onderwerpen
16 januari 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>Aanvang tweede wervings- en selectieronde RvB.</li></ul>
28 maart 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>Voortgangsbespreking tweede wervings- en selectieronde RvB.</li></ul>
24 april 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>Voortgangsbespreking tweede wervings- en selectieronde RvB.</li><li>Integratie Fundashon Maneho Di Adikshon (FMA) in GGz Curaçao.</li></ul>
1 juni 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>Voortgangsbespreking tweede wervings- en selectieronde nieuwe RvB.</li><li>Integratie FMA in GGz Curaçao</li></ul>
9 september 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>Voortgangsbespreking tweede wervings- en selectieronde RvB.</li><li>Vorbereiding jaarlijkse evaluatie RvT en RvB.</li></ul>
7 november 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>Definiëring nieuwe wervings- en selectieronde RvB.</li></ul>
9 december 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>Voortgangsbespreking nieuwe wervings- en selectieronde RvB.</li><li>Afronding evaluatie 2019 RvT en RvB.</li></ul>

Aangezien er statutair geen belangenverstrengeling van de leden van de RvT en RvB mag bestaan, constateert de RvT gezien de door de RvT en RvB leden opgegeven hoofd- en nevenactiviteiten dat er thans geen aanwijzingen zijn voor belangenverstrengeling.

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 wij de cyclus van beleid, inspanningen, prestaties en bijstelling van beleid vorm geven. 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](http://www.jaarverslagenzorg.nl)

Per 31 december 2010 is Klinika Capriles gelieerd aan de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao (GGz Curaçao). Verder is ook de stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Yudaboyu" (KJP) verbonden aan de moederstichting Stichting GGz Curaçao. Aangezien de Sociale Verzekeringsbank de inschrijving van de Stichting KJP als zorgverlener weigert, ressorteren de activiteiten alsmede financiën van de Stichting KJP onder die van Klinika Capriles.

In dit document wordt geïntegreerd gerapporteerd over Klinika Capriles en Yudaboyu. Indien van toepassing zal worden aangegeven dat het de Stichting GGz Curaçao betreft.





## 2. Profiel van de organisatie

### 2.1. Algemene identificatiegegevens

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

### 2.2. Structuur van de instelling

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

Bij de oprichting is door de Regering van de Nederlandse Antillen bepaald dat de Stichting haar werkzaamheden zal aanvangen op de dag waarop door de rechtspersoon: de Nederlandse Antillen de onroerende en roerende zaken, voor de werkzaamheden vereist, aan haar worden overgedragen. Op 19 april 2010 heeft de Raad van Ministers de beslissing genomen om de voorbereidingen te treffen om de onroerende zaken over te dragen aan Klinika Capriles om niet. De officiële overdracht heeft per 31 december 2019 nog niet plaats gevonden.

Klinika Capriles hanteerde tot 31 december 2010 het Raad van Beheer besturingsmodel. De dagelijkse leiding van het ziekenhuis werd statutair opgedragen aan de medisch directeur.

Op 31 december 2010 is met goedkeuring van de Minister van Volksgezondheid de bestuursvorm van Klinika Capriles gewijzigd. Per deze datum is Klinika Capriles gelieerd aan de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao. Hierbij wordt het Raad van Toezicht model gehanteerd.

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



Organogram Klinika Capriles per 31 december 2019





*Nadere typering*

**Situatie op 31 december verslagjaar, tenzij anders aangegeven.**

**Nadere typering: Klinika Capriles**

<b>Typering</b>	<b>Ja/nee</b>
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*

<b>Functie</b>	<b>Ja/nee</b>
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*

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

*Overige zorg geleverd door het concern*

<b>Prestatie</b>	<b>Ja/nee</b>
Dieetadvisering	Ja

*Doelgroepen cliënten*

*Algemeen AVBZ-zorg*

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

*Private zorg*

	<b>Ja/nee</b>
Hebt u in 2019 zorg verleend gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee



## Gegevens verblijfplaatsen

### Capaciteitsgegevens verblijfplaatsen

AFDELING	CAPACITEIT	INDICATIE STELLING	VERBLIJFS- DUUR
<b>Short Stay</b>	32 bedden	Acute opname, diagnostiek, crisisinterventie, observatie, behandeling	0 – 3 maanden
<b>Medium Stay 1 – 4</b>	20 bedden <i>16 bedden</i> <i>4 bedden</i>	Psychiatrische aandoeningen in combinatie met een verstandelijk beperking en gedragsproblemen Ziekenboek	onbepaald
<b>Medium Stay 5 – 7</b>	16 bedden	Ernstige psychiatrische aandoeningen met gedragsproblemen.	Langer dan 24 maanden
<b>Pico Plata</b>	16 bedden	Patiënten met acting-out gedrag en middelengebruik d.m.v. plaatsing door de rechter	Tot 12 maanden
<b>Long Stay</b>	40 bedden	Ouderen met ernstige psychiatrische aandoeningen	Langer dan 24 maanden
<b>Kas Florisol</b>	54 bedden	Resocialisatie afdeling voor langdurig opgenomen chronische patiënten	Onbepaald
<b>Totaal klinische bedden</b>	178 bedden		
<b>Poliklinische behandeling</b>		Psychiatrische en psychologische behandeling en therapie op de poli van Klinika Capriles en Medisch Centrum Sorsaka	
<b>(Intensieve) Ambulante begeleiding</b>		Psychiatrische behandeling en ondersteunende begeleiding aan patiënten in de thuisomgeving (IAB)	
<b>Dagbehandeling /nachtopvang Un Miho Mañan</b>	40 stoelen 21 bedden	Laagdrempelige dagbehandeling voor patiënten met psychiatrische problematiek gepaard met verslavingsproblematiek	Onbepaald
<b>Deeltijdbehandeling</b>	24 stoelen	Herstelgerichte modulair opgezette dag(deel)behandeling voor patiënten die vanwege psychische problemen nog niet op eigen kracht inhoud kunnen geven aan een gelukkig en zinvol bestaan	Tot 2 jaar
<b>Totaal</b>	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 huidige behandelaanbod van Klinika Capriles is een combinatie van klinische en ambulante zorgverlening.

### 2.3.2. Productie, personeel en opbrengsten

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

<b>Kerngegevens</b>	<b>Aantal /bedrag</b>
<b>Patiënten/cliënten</b>	<b>Aantal</b>
Aantal patiënten behandeld in 2019	2.965
<b>Capaciteit</b>	
Aantal klinische bedden op 31 december 2019	178
Aantal bedden beschermd wonen op 31 december 2019	0
Aantal plaatsen voor Dagactiviteit	0
<b>Productie</b>	
Aantal klinische verzorgingsdagen in 2019	56.808
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in 2019	0
Aantal deeltijd- en dagbehandelingen in 2019	9.022
Aantal ambulante contacten (incl. deeltijd /dagbehandelingen) in 2019	33.692
<b>Personeel</b>	
Aantal patiëntgebonden (ggz-)personeelsleden in loondienst op 31 december 2019	167
Aantal patiëntgebonden FTE in loondienst op 31 december 2019	163.40
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2019	239
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2019	234.21
Aantal psychiaters in loondienst per 31 december 2019	6
Aantal psychiaters in FTE per 31 december 2019	6
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten (ANG) in 2019	25,095,935
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	1,392,038

### 2.3.3. Werkgebieden

Nieuwe klinische opnames in 2019 beperkten zich tot cliënten uit Curaçao, Bonaire en enkele buitenlandse toeristen zijn opgenomen in de kliniek. 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.

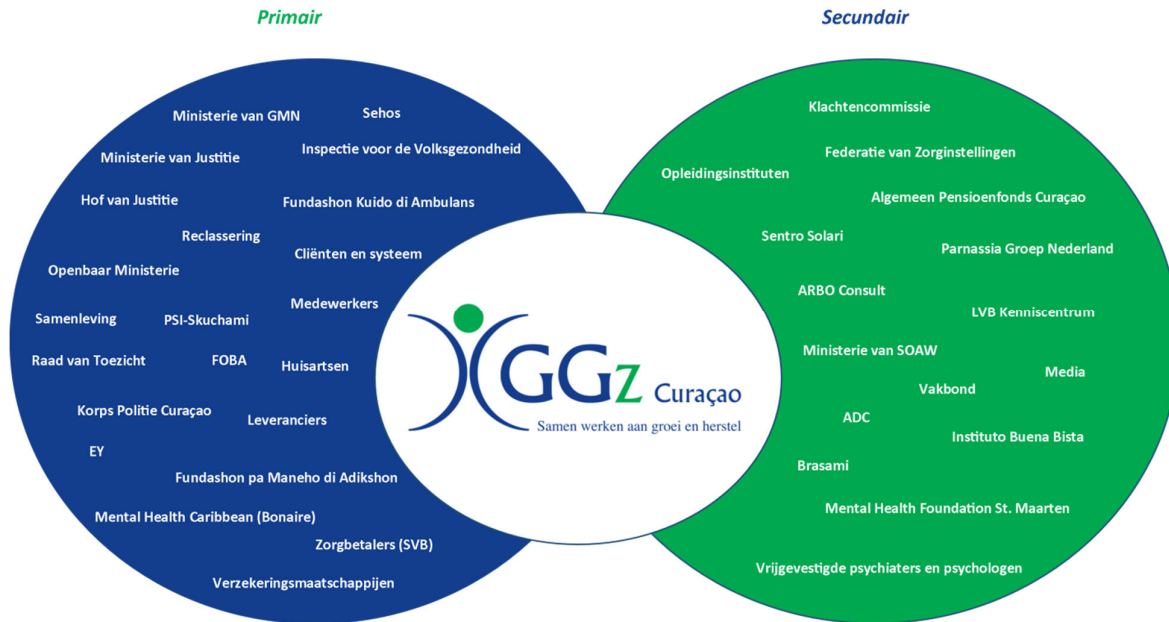


### 2.3.4. Personeelsformatie

A) Personeel in loondienst	Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2019	Aantal fte's per 31 december 2019
<i>1) Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst</i>			
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100		
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300		
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400	3	3,0
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500	14	12,7
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 5)	413600	26	25,6
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 4)	413600	90	89,53
Verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (niveau 3)	413600	18	17,5
Helpenden (niveau 2)	413600		
Zorghulpen (niveau 1)	413600	1	1
Verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	413600	135	133,63
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700	15	14,08
<b>Subtotaal A</b>	<b>413000</b>	<b>167</b>	<b>163,41</b>
<i>2) Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst</i>			
Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch			
<b>Subtotaal B</b>	<b>414000</b>		
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>			
Personeel algemene en administratieve functies	411000	22	21,8
Personeel hotelfuncties	412000	43	42,0
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000	7	7,0
<b>Subtotaal C</b>	<b>411+412+415000</b>	<b>72</b>	<b>70,8</b>
<b>Subtotaal A + B + C</b>		<b>239</b>	<b>236.21</b>
B) Personeel niet in loondienst	Code	Aantal werkzame personen per 31 december 2019	Aantal fte's per 31 december 2019
Stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch			
Overige stagiaires			
Uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch		1	1
Overige uitzendkrachten			
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en specialisten in loondienst elders			
Overig ingehuurd personeel		9	6,29
Vrijwilligers		1	0,2
Alfa-helpenden			
<b>Subtotaal D</b>		<b>11</b>	<b>7,49</b>
<b>Totaal (A+B+C+D)personeel in loondienst en personeel niet in loondienst</b>		<b>250</b>	<b>241,7</b>



## 2.4. Belanghebbenden



### Beleidsbepaler /toezichthouder

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

23 januari 2019 : vergunning voor ingebruikname van Scharloeweg 150 als zorginstelling voor de voorziening van dagbehandeling;

11 februari 2019: beschikking waarin het budget 2019 Basis Verzekering is bepaald;

18 april 2019 : Visiedocument Geestelijke Gezondheidszorg 2019 -2023 vastgesteld.

- **Inspectie voor de Volksgezondheid**

- *Klachten*

Gedurende 2019 moesten wij reageren op twee (2) klachten ingediend bij de Inspectie. Een klacht is doorverwezen naar onze externe klachtencommissie voor een onafhankelijk onderzoek.

Wij hebben twee (2) meldingen gedaan.

- *Inspectiebezoeken*

- *Afdeling Inspectie gezondheidszorg*

In 2019 heeft geen inspectiebezoek plaatsgevonden.

- *Afdeling Inspectie Gezondheidsbescherming*

Op 27 maart 2019 is een bezoek gebracht aan de Centrale Keuken. De inspectie heeft geconstateerd dat de horren in de warme keuken vuil zijn en dat de snijplanken in de groentekeuken aan vervanging toe zijn. Deze dienen binnen een week schoon /vervangen te zijn. Verder wordt de richtlijn goed nageleefd.

- Een presentatie is verzorgd over voedselhygiëne voor woonvormen in de gezondheidszorg.



## Kapitaalverschaffers

- **Zorgbetalers**

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

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

AVBZ : 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.

Justitie: 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.

Aruba : Tenslotte is Aruba een belangrijke zorgbetaler.

## Rechtszaken

Drie (3) rechtzaken in eerste aanleg,

Een (1) rechtzaak in hoger beroep

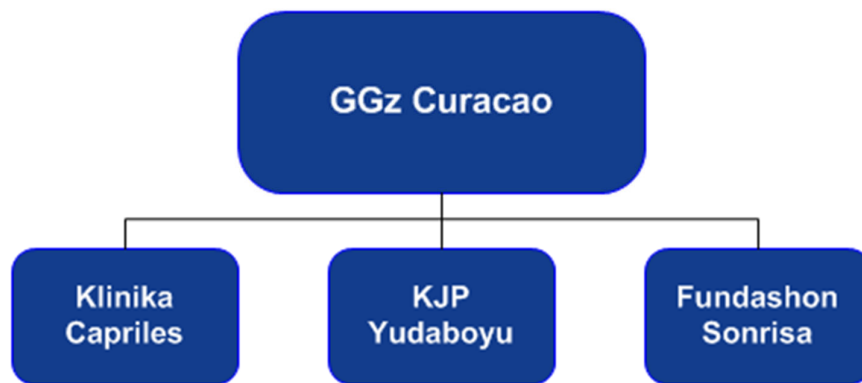
## Samenwerkingsverbanden op landelijk niveau.

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

In april 2010 is de *Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao* (stichting GGz Curaçao) opgezet als moederstichting van de nieuwe werkstichting *Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "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 de *Fundashon Sonrisa* (beschermd wonen) gekoppeld aan de Stichting GGz Curaçao.

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



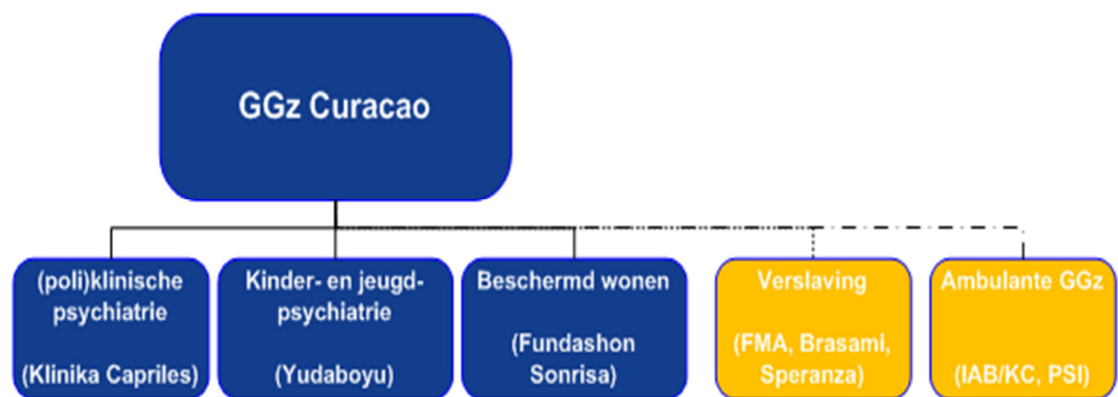




Het aanbieden van de GGZ-zorg vanuit één gemeenschappelijk bestuurlijke eenheid biedt belangrijke voordelen:

- 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.

De wens om te komen tot een verdere clustering van GGz-instellingen onder de paraplu van Stichting GGz Curaçao (zie onderstaande figuur) past volledig binnen de visies van zowel het Ministerie van GMN als de Stichting Federatie van Zorginstellingen om het zorgaanbod te ontwikkelen rondom grotere bestuurlijke eenheden.



- **Stichting Wit Gele Kruis.**

Het is incidenteel noodzakelijk om in Klinika Capriles voorbehouden handelingen conform de BIG wetgeving te verrichten. Deze handelingen mogen verricht worden door medewerkers die bevoegd én bekwaam zijn. Voor de meerderheid van de handelingen geldt dat deze zo weinig voorkomen dat het bijna onmogelijk is om de bekwaamheid te kunnen behouden. Om deze reden is contractueel vastgelegd dat in de gevallen waarin het personeel van Klinika Capriles niet in staat is voorbehouden handelingen te verrichten, deze worden verricht door bekwaam personeel van de Stichting Wit Gele Kruis voor de Thuiszorg "Prinses Margriet".
- **Zorgfederatie.**

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

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



Onderstaand worden de belangrijkste federatie-activiteiten genoemd waaraan Klinika Capriles in 2019 heeft deelgenomen:

- Good Governance
    - Oktober: 2 sessies voor Raden van Bestuur en Toezicht i.s.m. dhr. D. Palm, SBTNO;
    - December: Risicomanagement i.s.m. dhr. R. Kroon, Themis Institute, Curaçao
  - Er zijn 3 bijeenkomsten gehouden over de volgende thema's:
    - Oktober: Werkplezier i.s.m. FWG
    - Oktober: Intimidatie op de werkvloer en vertrouwenspersoon i.s.m. mw. K. Bosman
    - December: Competentiemanagement m.b.t. Afas.
  - Wij zijn lid van het Centrale Inkoop Bureau en maken gebruik van de e-shop hetgeen ons besparingen oplevert;
  - Contractmanagement collectieve verzekeringen heeft geleid tot premierestituties en het wederom afzien van premieverhogingen.
  - Herijking van Visiedocument GGZ 2020
- 
- **Stichting Fundashon pa Maneho di Adikshon (FMA).**

De FMA wil als koepelorganisatie een aanspreekpunt zijn dat zowel op beleidsniveau als op uitvoerend niveau activiteiten op het gebied van verslavingspreventie en verslavingszorg op Curaçao initieert, coördineert, uitvoert en uitbesteedt ten einde het welzijn in de samenleving te bevorderen. FMA maakt gebruik van het elektronisch dossier EZRA.

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 overdacht van bestuursverantwoordelijkheden van het huidige 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 Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (Yudaboyu) als werkstichting deel gaat uitmaken van Stichting GGz Curaçao.

**Update: op 20 maart 2020 is FMA gekoppeld aan Stichting GGz Curaçao**

- **LVB Platvorm**

GGz Curaçao is lid van het LVB Platvorm. Dit Platvorm bestaat uit instanties en instellingen die 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 duidelijker structuur aangebracht worden om hierover af te stemmen en doelgerichter te kunnen samenwerken.

Het betreft de organisaties: Fundashon Kontakto, GGz Curaçao, De SGR Groep, Sentro Solari en Fundashon Tayer Sosial Santa Martha.
- **Curaçao Medical Center (CMC)**

De voorbereidingen zijn getroffen dat Klinika Capriles de psychiatrische en psychologische behandeling en begeleiding in het CMC zal verzorgen.

#### **Samenwerkingsverbanden op Internationaal niveau.**

- **Parnassia Groep (Nederland)**

In januari 2019 hebben twee medewerkers van Parnassia, een Kinder- en Jeugdpsychiater en een Psycholoog, aan de behandelaren van Klinika Capriles en Yudaboyu de training 'Motiverende bejegening' gegeven. Ter voorbereiding hebben de behandelaren de e-learning modules Motiverende bejegening gevolgd. In oktober 2019 zijn de trainers teruggekomen en hebben zij voor behandelaren een train de trainer-programma verzorgd. Deze behandelaren zullen in 2020 trainingen geven aan het zorgpersoneel van Klinika Capriles, Yudaboyu en Sonrisa. De trainers van Parnassia zullen de behandelaren superviseren en coachen.



Detachering van arts-assistenten in opleiding bij Klinika Capriles zal in september 2020 starten.

- **Mental Health Foundation St. Maarten (MHF)**  
Een samenwerkingsovereenkomst was in 2019 van kracht. Doel is het bieden van ondersteuning aan elkaar bij de ontwikkeling van psychiatrische zorg in de breedste zin des woords.  
Gedurende 2019 hebben geen activiteiten plaatsgevonden.
- **Stichting Verslavingszorg & Psychiatrie Caribisch Nederland**  
De samenwerking met de Mental Health Caribbean (CMH) betreft de opname en behandeling in Klinika Capriles van cliënten uit Bonaire en kennisoverdracht. CMH is actief lid van de Zorgfederatie

### **Informatievoorziening**

#### ***Intern***

Tot 2019 waren er de standaardactiviteiten ter bevordering van een interactieve communicatie zowel top-down, bottom-up als tussen medewerkers onderling 'Ban Kombersá', 'Lunch di Interkambio' en 'Informando Personal'.

'Ban Kombersá', een kwartaalbijeenkomst met onderwerpen variërend van werk gerelateerd tot meer persoonlijke ontwikkeling, is in 2019 stopgezet. Dit gezien de teruglopende belangstelling en deelname en vele trainingsactiviteiten in het kader van deskundigheidsbevordering die een extra beroep deden op de aanwezigheid van het personeel.

De 'Lunch di Interkambio', is van tweemaandelijks naar eenmaal per kwartaal gebracht. Deze 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 tevoren bepaald of door de aanwezigen ingebracht onderwerp discussieert, vond drie maal plaats.

De informatie- en discussiebijeenkomsten 'Informando Personal', voorgezeten door de directeur, vindt 1x per kwartaal plaats. In 2019 heeft het drie maal doorgang gevonden.

Het personeelsblad 'GGz Indoors' is in 2019 viermaal verschenen.

Het in 2016 met een toekenning door Samenwerkende Fondsen ingezette project 'Ondersteuning Belevingsgerichte zorg' mocht ook in 2019 op deze steun rekenen. Om minder druk op de personeelsbezetting van de afdelingen te bewerkstelligen is ervoor gekozen om de trainingen in gemengde groepen te doen. De groepen werden samengesteld uit 1 tot 2 personen per afdeling. Zo heeft weer een groot deel van het personeel kunnen deelnemen aan de training ter versterking van de kennis en vaardigheden om belevingsgerichte zorg te geven.

#### ***Extern***

Als organisatie streven wij ernaar daar waar mogelijk informatie te delen die bijdraagt aan kennisvergroting over psychiatrie in het algemeen en onze werkzaamheden in het bijzonder. In dat kader zijn ook in 2019 diverse rondleidingen en/of informatiesessies verzorgd voor zowel scholen – waaronder ook de politieschool -, medewerkers van andere (buitenlandse) zorginstellingen als voor individuele personen.

Voor de huisartsen hebben er twee themabijeenkomsten plaatsgevonden. Kinder- en jeugdpsychiater Karin Hermans heeft een inleiding verzorgd op het thema 'Agressie bij jongeren' en psycholoog Irving Picus is dieper ingegaan op het thema 'Cognitief gedragstherapie in Curaçaose context'; een thema waarover hij ook een lezing heeft verzorgd voor professionals en overige belangstellenden in het kader van de samenwerking met de University of Curaçao.

In datzelfde kader was er ook een lezing 'Motiverende gespreksvoering' en 'Verslaving en psychiatrie bij jonge mensen' verzorgd door Leontien Los en Mariken Müller, respectievelijk psychiater en psycholoog bij Brijder Verslavingszorg.



Agnes de Lima-Heyns, GZ-psycholoog en orthopedagoog tot half 2019 werkzaam bij Klinika Capriles, heeft samen met wetenschappelijk hoofdmedewerker straf(proces)recht aan de University of Curaçao dr. Annemarie Marchena-Slot, een lezing verzorgd over respectievelijk 'Perspectieven van het Curaçaose detentierecht' en 'Hoog risico forensische patiënten: knelpunten binnen de GGz Curaçao' voor interne en externe genodigden betrokken bij de justitiële keten.

Voor ouders zijn door de professionals van Yudaboyu verschillende informatieavonden verzorgd.

GZ-psycholoog Jihan Rigaud-Elhage heeft samen met sociaalpsychiatrisch verpleegkundige Jadira Martina het onderwerp 'Tieners en stress' behandeld en samen met psychomotorisch therapeut Kirsten Woei het onderwerp 'Zelfrespect'. Ook Karin Hermans heeft een informatieavond over het onderwerp 'Zelfrespect' voor haar rekening genomen.

Tijdens de door SMAT georganiseerde conferentie in oktober heeft Jihan Rigaud-Elhage een lezing 'Kiko ta funshoná?' (Wat werkt?) over psychologische testen verzorgd en Karin Hermans is ingegaan op het onderwerp 'Medicijngebruik'. Ook heeft ze een lezing 'Psychose en medicatie' verzorgd voor de SGR-groep. Tijdens het Naskho congres 'Psychotrauma en psychiatrie' hebben diverse professionals van Klinika Capriles een bijdrage geleverd. Karin Hermans met de lezing 'Trauma en psychose bij kinderen', psychiater Petra Gelan met de lezing 'Kwaliteit van leven binnen GGz Curaçao' en Marjon Halmeyer-Roos en Marleen de Valk met een lezing over vaktherapie beeldend en muziektherapie bij de behandeling van trauma.



## 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	Raad van Toezicht model
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"> <li>• Jaarrekeningen 2018 van Klinika Capriles, Fundashon Sonrisa;</li> <li>• Het Maatschappelijk verslag 2018 van Klinika Capriles;</li> <li>• Zorgnota Klinika Capriles 2019 – 2022;</li> <li>• Vergader- en informatieschema 2020;</li> <li>• Jaarplanning Raad van bestuur 2020;</li> <li>• Aftreedrooster 2020;</li> </ul> <p>Tevens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benoeming van twee (2) nieuwe Raad van Toezicht leden;</li> <li>• Evaluatie 2019 van de Raad van Bestuur en evaluatie van de Raad van Toezicht;</li> <li>• Verlenging van het contract met de bestuurder tot 1 september 2020.</li> </ul>
Bestaan er commissies binnen het toezichthoudend orgaan?	<p><u>Financiële Commissie</u>: bestaat uit de financieel deskundige leden van de RvT. Bespreekt de begrotingen, kwartaalcijfers en jaarrekeningen ‘in dept’ met de RvB en Financieel manager. Notulen worden gemaakt en verzonden naar de overige RvT leden. Er hebben 3 overlegmomenten plaatsgevonden.</p> <p><u>HRM commissie</u>: bestaat uit de HRM deskundige. Bespreekt personeelsgerelateerde onderwerpen met de directie die meestal wordt bijgestaan door de HRM van Stichting GGz Curaçao. Het Rvt lid brengt verslag uit aan de rest van de raad van toezicht. Er heeft 1 overlegmoment plaatsgevonden.</p> <p><u>Zorgcommissie</u>: bestaat uit de zorgdeskundigen. Zij bespreken zorggerelateerde onderwerpen met de directie die bijgestaan kan worden door coördinerend medisch hoofd e/o manager zorg. Onderwerpen die aan bod komen zijn de</p>



	strategische plannen van de werkstichtingen, kwaliteit van de behandelingen en zorg. Zij brengen verslag uit aan de rest van de RvT.
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?	In 2019 zijn de bevindingen van de jaarcontrole door de externe accountant met de toezichthouders en de RvB /Financieel manager besproken.
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 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 2019*

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

Nevenfunctie per 31 december 2019	
Stichting Federatie Zorginstellingen.	Bestuurslid





## Raad van Toezicht

De leden van de Raad van Toezicht worden voor 4 jaren benoemd en zijn slechts één keer herbenoembaar

*Samenstelling toezichthoudend orgaan per 31 december 2019*

Naam	Taakverdeling	Aftreeddatum	Herbenoembaar
Dhr. L. Sint Jacobs, MBA  <i>Nevenactiviteit</i> Stichting voor Ouderenzorg Birgen di Rosario	Voorzitter, Financieel- economisch  <i>Lid Raad van Toezicht</i>	1 januari 2020	Nee
Dhr. drs. P. Spuijbroek, organisatie psycholoog  <i>Nevenactiviteit</i> Wit Gele Kruis Prinses Margriet	Vice-voorzitter, secretaris /HRM  <i>Lid Raad van Toezicht</i>	1 januari 2020	Nee
Mw. S.L.T. Perez, huisarts	Zorg	1 januari 2021	Nee
Mw. dr. R. Martina-Joe, L.L.M., psycholoog, jurist  <i>Nevenactiviteit</i> International School of Curaçao Stichting Hospice Arco Cavent	Zorg /Juridisch  <i>President of the Board</i> <i>Voorzitter van het</i> <i>Bestuur</i>	1 mei 2022	Nee
Mw. drs. G. Schorea, RA, CAMS	Financieel-economisch	1 oktober 2020	Ja
Mw. drs. D. Sluis-Bazoer	HRM	1 oktober 2023	Ja
Dhr. B. P. Bito, RA, RC  <i>Nevenactiviteit</i> SGR Groep Federatie Antilliaanse Jeugdzorg	Financieel-economisch  <i>Lid Raad van Toezicht</i> <i>Bestuurslid</i>	1 november 2023	Ja



## **3.2. Bedrijfsvoering**

### **3.2.1. Zorginhoudelijke doelstellingen**

#### **Betere zorg**

*Als te behalen doelen zijn in de strategische nota GGz Curaçao 2019 - 2022 vastgelegd:*

GGz Curaçao wenst “betere zorg” te bereiken door in te zetten op de volgende speerpunten:

- Cliënt centraal.
- Bijzondere cliëntgroepen.
- Optimalisatie voorzieningenaanbod.
- Samenwerking zorgpartners.
- Investeren in forensische psychiatrie.

#### **Cliënt centraal: herstelgerichte zorg, bejegening en cliëntenparticipatie**

Sinds 2009 richt GGz Curaçao zich op de ontwikkeling van herstelgerichte zorg. Dit proces is ingezet binnen Klinika Capriles 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 psychische problematiek centraal staan. In de praktijk hebben Klinika Capriles en Fundashon Sonrisa hiermee al aanzienlijke verbeterlagen weten te maken. Wel tonen de resultaten van de periodieke metingen “Recovery Oriented Practices Index” (ROPI) aan dat er ten aanzien van de thema’s ervaringsdeskundigheid en cliëntenparticipatie ontwikkelkansen liggen. Werken aan een verdere verankering van herstelgerichte zorg blijft aldus belangrijk. Een randvoorwaarde om succesvol te kunnen werken aan herstelgerichte zorg van de cliënt is dat de cliënt en de medewerker zich veilig voelen in hun omgeving. Om deze reden hecht GGz Curaçao veel waarde aan het principe van veilige zorg. Veilige zorg begint met respectvolle en liefdevolle bejegening als basis van ieder menselijk contact.

Aanvullend op de toepassing van SRH wenst GGz Curaçao meer inzicht in de vraag of andere methodieken van toegevoegde waarde kunnen zijn bij het methodisch vorm geven van onze zorg aan specifieke cliëntgroepen, bijvoorbeeld ouderen, kinderen en jeugd.

#### *Beleidslijnen:*

- Doorontwikkeling herstelgerichte zorg.
- Bevorderen van de cliëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid.
- Onderzoeken van alternatieve vormen voor het methodisch vorm geven van de zorg bij specifieke cliëntgroepen.
- Zekerstellen van veilige zorg.
- Permanente aandacht voor respectvolle en liefdevolle bejegening.



## **Bijzondere cliëntgroepen: LVB, dubbelproblematiek/verslaving, overig**

Een bijzondere cliëntgroep van GGz Curaçao en haar werkstichtingen wordt gevormd door personen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en aanvullende psychische problematiek. Een aanzienlijk deel van onze cliënten kampt met cognitieve achterstanden. Dit is van invloed op de behandelmogelijkheden van deze cliënten. GGz Curaçao heeft aan deze specifieke cliëntengroep de afgelopen jaren al de nodige aandacht besteed. Deze aandacht heeft zich inmiddels vertaald in een vastgesteld LVB-beleid, de opzet van een klinische LVB-afdeling en diverse trajecten van deskundigheidsbevordering. De komende jaren zal het vastgestelde beleid verder verankerd worden binnen de werkstichtingen van GGz Curaçao. GGz Curaçao is lid van het LVB platform dat ten doel heeft om haar afzonderlijke leden bij te staan in het werkveld van de LVB.

Een tweede groep van cliënten die specifieke aandacht behoeven, zijn personen met dubbelproblematiek. GGz Curaçao gaat er in haar beleid van uit dat verslaving een psychiatrische ziekte is en dat deze in samenhang met andere psychiatrische aandoeningen behandeld dient te worden. De omvang van de dubbeldiagnoseproblematiek binnen GGz Curaçao neemt alsmaar toe. Alle werkstichtingen van GGz Curaçao worden geconfronteerd met cliënten die verslavende middelen gebruiken, terwijl kennis en richtlijnen betreffende het omgaan met verslavingsproblematiek nog slechts beperkt aanwezig is. Om deze reden heeft GGz Curaçao het ontwikkelen van beleid aangaande deze groep tot prioriteit verheven. De komende jaren zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de behandeling en begeleiding van personen met dubbelproblematiek en het scheppen van de randvoorwaarden om hieraan op gepaste wijze invulling te geven. Hierbij wordt in de eerste plaats gedacht aan het vergroten van de deskundigheid op dit specifieke terrein. Ook met het oog op de voorziene integratie van Stichting Brasami en Fundashon pa Maneho di Adikshon (FMA) binnen GGz Curaçao, zal het thema “behandeling en begeleiding van cliënten met een verslavingsproblematiek” de komende beleidsperiode hoog op de opleidingsagenda staan.

Naast specifiek beleid met betrekking tot de voornoemde cliëntgroepen, wenst GGz Curaçao te komen tot (aanvullende) richtlijnen aangaande opname en ontslag van cliënten die gerekend kunnen worden tot een van de volgende groepen: personen met dementie, personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, zwakzinnigen en kinderen. Deze richtlijnen zijn gewenst omdat de werkstichtingen worden geconfronteerd met een toenemend spanningsveld in verwachtingen aangaande de behandeling en begeleiding enerzijds en de mogelijkheden hiertoe anderzijds. Het is van belang heldere scheidslijnen te definiëren tussen waar de verantwoordelijkheden van de werkstichtingen beginnen en waar deze ophouden.

### *Beleidslijnen:*

- Doorontwikkeling van het beleid voor personen met een licht verstandelijke beperking en aanvullende psychische problematiek.
- Ontwikkeling van een GGz-breed beleid gericht op de behandeling en begeleiding van personen met dubbelproblematiek.
- Deskundigheidsbevordering verslavingsproblematiek.
- Komen tot aanvullende richtlijnen voor opname en ontslag voor specifieke cliëntgroepen (kinderen, zwakzinnigen en personen met een psychogeriatrisch ziektebeeld of met een antisociale persoonlijkheidsstoornis).



## **Optimalisatie voorzieningenaanbod: breed aanbod, buiten de klinische setting**

Reeds jaren terug heeft GGZ Curaçao vastgesteld dat cliënten van Klinika Capriles onvoldoende kunnen uitstromen naar vervolgvoorzieningen. In het bijzonder ontbreekt het aan voorzieningen voor beschermd wonen met een sterke mate van begeleiding en is de ambulante behandelvorm nog voor te weinig cliënten beschikbaar. Ook ouderen met chronische psychische problematiek kunnen moeilijk uitstromen uit de klinische setting. De gebrekkige uitstroom leidt bovendien tot het dichtslibben van diverse klinische afdelingen binnen het psychiatrisch ziekenhuis waardoor niet alle cliënten tijdig kunnen worden toegelaten tot de afdeling die voor de cliënt het meest geschikt wordt geacht.

Het is te verwachten dat de komende jaren de budgettaire kaders voor de gehele ggz krap zullen blijven. In het licht van een strakke doelmatigheidsagenda die de overheid momenteel voorstaat in combinatie met de beoogde integratie van ggz-aanbieders binnen de structuur van GGZ Curaçao, dringt de vraag zich op hoe het nieuwe ggz-landschap zich verder dient te ontwikkelen. In het kader van deze vraagstelling is GGZ Curaçao voorstander van inperking van de klinische capaciteit. Dit eist echter wel dat in voldoende mate alternatieve zorgvoorzieningen beschikbaar zijn om cliënten met psychische problemen buiten de klinische setting op niveau te kunnen begeleiden en behandelen. Om dit te realiseren zet GGZ Curaçao zich in om de toegankelijkheid van de poliklinische en ambulante zorg te vergroten. Hiernaast wenst zij haar aanbod van beschermd en begeleid wonen binnen de ggz uit te breiden. Het komen tot adequate verblijfsvoorzieningen voor ouderen met chronische psychische problematiek maakt tevens deel van uit van deze wens.

De doelgroep kinderen en jeugd wordt bediend vanuit de Stichting Centrum voor Kinder- en jeugdpsychiatrie "Yudaboyu". Deze stichting heeft sinds haar oprichting in 2010 een groei in aantal cliënten getoond. Inmiddels heeft zij een gevestigde naam in de Curaçaose samenleving, ondanks het feit dat de stichting nog niet als medewerkende van de SVB wordt erkend.

Door ruimtegebrek en financiële nood is in 2018 besloten om de kinder- en jeugdpsychiatrie te verhuizen naar het terrein van Klinika Capriles. Qua huisvesting is dit een verbetering, maar de nieuwe situatie mag zeker niet optimaal worden genoemd. Een belangrijk gemis betreft een opnamemogelijkheid voor kinderen en jeugdigen buiten Klinika Capriles. Het realiseren van een opnamevoorziening binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie blijft dan ook het streven.

### *Beleidslijnen:*

- Komen tot een structurele overlegvorm met de overheid gericht op besluitname aangaande herstructurering van de ggz.
- Verminderen van het aantal bedden voor klinische zorg voor volwassenen.
- Uitbouwen van het aantal plaatsen voor begeleid en beschermd wonen.
- Verblijfsvoorziening voor ouderen met psychiatrische problematiek buiten klinische setting.
- Verder ontwikkelen van de (intensief) ambulante behandeling en begeleiding.
- Verbeteren van de toegankelijkheid van de poliklinische zorg.
- Opnamevoorziening voor kinderen en jeugdigen met psychische problematiek.
- Komen tot erkenning van Yudaboyu door SVB als medewerkende.



## **Samenwerking zorgpartners: Curaçao Medical Center (CMC) en anderen**

GGz Curaçao wenst haar behandelcapaciteit ook in te zetten voor cliënten met een psychische zorgvraag die elders zijn opgenomen. In het concept Visiedocument van de overheid “Samen bouwen aan een gezond Curaçao” is opgenomen dat het nieuwe ziekenhuis met Klinika Capriles afspraken overeenkomt ten aanzien van de liaison-psychiatrie en de behandeling van cliënten die op de PAAZ verblijven. Ook wenst de overheid dat Klinika Capriles behandelaren ten behoeve van de crisisopvang 24/7 beschikbaar stelt. Overleg met CMC heeft geresulteerd in de afspraak dat de behandelaren van Klinika Capriles de regie voeren over de behandeling van psychische problematiek van patiënten die zijn opgenomen in CMC. Ook met andere zorginstellingen wenst GGz Curaçao de samenwerking inhoud te geven op basis van dit principe. Met de SGR-groep is hier al sprake van, maar ook kan hierbij gedacht worden aan de Justitiële Jeugd Inrichting Curaçao (JJIC) en het Sentro di Korekshon Korsou (SdKK).

### *Beleidslijnen:*

- Samenwerking met HNO/PAAZ op basis van de afspraak dat regie over psychische behandeling bij Klinika Capriles berust.
- Bestendiging van de samenwerkingsafspraken met de SGR-Groep.
- Onderzoeken samenwerking FOBA en JJICForensische psychiatrie: afstemming Justitie, GMN en uitvoerders

## **Forensische psychiatrie: afstemmen Justitie, GMN en uitvoerders**

Forensische zorg is voor mensen met een psychische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen. De rechter kan deze personen veroordelen tot het ondergaan van zorg. Het gaat hierbij om zowel volwassenen als jeugdigen. De voorzieningen van Klinika Capriles kennen allen een laag beveiligingsniveau. Hierdoor is Klinika Capriles voor een deel van de justitiabelen niet geschikt. Buiten de FOBA/SdKK kent Curaçao geen plaatsen waar deze personen kunnen worden ondergebracht. Om deze reden acht GGz Curaçao het van groot belang dat er adequate forensische opnamecapaciteit beschikbaar komt. Deze voorziening zou kunnen vallen onder de verantwoordelijkheid van SdKK of onder die van GGz Curaçao. In beide gevallen geldt dat tussen het Ministerie van Justitie en het Ministerie van GMN en in nadere afstemming met verantwoordelijk uitvoerende partijen zeer duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over deze vorm van zorg en hoe hierin kan worden voorzien. Onafhankelijk van de vraag onder welke organisatie de huisvesting en de beveiliging in de toekomst zal gaan ressorteren, gaat GGz Curaçao er van uit dat de behandelaren van Klinika Capriles de regie zullen voeren over de behandeling binnen deze forensische voorziening. Los van het voorgaande geldt aanvullend dat Klinika Capriles afspraken wenst te maken met Sentro di Korekshon Korsou (SdKK) voor wat betreft de behandeling van personen die verblijven op de afdeling Forensische Observatie & Behandel Afdeling (FOBA).

GGz Curaçao constateert voorts dat bij de diverse stakeholders uiteenlopende ideeën en verwachtingen bestaan m.b.t. de plaatsing, behandeling en ontslag van cliënten die met een vonnis worden opgenomen in Klinika Capriles. In de praktijk levert dit onwenselijke situaties op, bijvoorbeeld het langer vasthouden van cliënten dan vanuit klinisch oogpunt nodig en wenselijk is. Om deze reden acht GGz Curaçao het van groot belang om te komen tot een betere afstemming tussen stakeholders en een formalisering van gemaakte afspraken in dit kader.

### *Beleidslijnen*

- Afstemming met alle belangengroepen: Ministerie van Justitie, Ministerie van GMN, OM, SdKK, Brasami.
- Totstandkoming forensische voorziening.
- Samenwerking met SdKK/FOBA uitgaande van behandelregie bij Klinika Capriles.
- Richtlijnen plaatsing, behandeling, beveiliging, ontslag.



### 3.2.2. Risico-inventarisatie

Risico-inventarisatie GGz Curaçao	Noodzaak tot nemen van maatregelen	Reeds genomen maatregelen
Achteruitgang van algemeen voorzieningenniveau, uitholling goed werkgeverschap en onvoldoende solvabiliteit en liquiditeit ten gevolge van ontoereikende opbrengsten door uitblijven van tariefsaanpassingen.	Onmiddellijk	Aanschrijven Minister GMN aangaande noodzaak van budgetverhoging en tariefsaanpassing op continue basis. Continu overleg met BPT&U voor bepaling van nieuwe tarieven. Additioneel interne efficiency verhogen dmv budgetverantwoordelijkheid in de lijn.
Brand / beschadiging afdeling	Maatregelen vereist	Brandbestendige matrassen op de acute opname-afdeling. Rookbeleid invoeren
Continuïteit van bedrijfsvoering in geding ten gevolge van ernstige storing ICT a.g.v. inadequate ICT-infrastructuur en onvoldoende tijdig herstel	Maatregelen vereist	ICT-audit uitgevoerd. Investeringsplan en -begroting opgesteld Financieringsmiddelen beschikbaar gesteld De gesignaleerde verbeterpunten uit de audit opnemen in jaarplanning 2020
Schade patiënt ten gevolge van separeren (insluiting)	Maatregelen vereist	Separeerprotocol beschikbaar, Streefwaarde PI Insluiting vastgesteld, Beleid aanscherpen door: (1) Verhogen drempels om te separeren ("separeren tenzij") (2) Streefwaarde "PI Insluiting" opnemen in jaarplannen zorg
Patiëntveiligheid in geding ten gevolge van verkeerde medicatie bij toediening en verkeerde registratie van medicatie.	Maatregelen vereist	Jaarlijkse audit op geneesmiddelendistributie-protocol Audit concentreren op toedienen van medicatie. Verscherpt toezicht op afdelingen door teamleiders.
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"), meer aandacht voor correcte bejegening.
Kwaliteit patiëntenzorg in geding ten gevolge van separeren	Maatregelen vereist	Separeerprotocol 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	Continu toezicht op de toediening van medicatie; jaarlijkse audit op geneesmiddelen distributie-protocol.
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") Verplichte deelname zorgmedewerkers aan "response" en "PPO-trainingen" Vernieuwde aandacht voor evaluatie agressieincidenten Meer aandacht voor correcte bejegening
Kwaliteit patiëntenzorg in geding ten gevolge van geen beschikbaarheid / toegankelijkheid elektronische patiëntgegevens	Maatregelen vereist	Nieuwe ECD implementatie
Verslechtering financiële situatie (liquiditeit) ten gevolge van verslechtering betaalgedrag financiers	Maatregelen vereist	Incassobeleid is vastgesteld en geïmplementeerd. Medewerker is hiermee belast. Continue monitoring door financieel manager, maandelijkse rapportage naar RvB.
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. Toe zien dat teamleiders aandacht besteden aan dit onderwerp bij hun taakuitvoering.



## 4. Beleid, inspanningen en prestaties

### 4.1. Meerjarenbeleid

GGZ Curaçao beschikt over een strategische nota GGZ Curaçao 2019 - 2022. De Raad van Bestuur stelt jaarlijks een jaarplan en bijbehorende begroting vast 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 zowel mensen met psychische problematiek als mensen die het risico lopen om deze problematiek te ontwikkelen. 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.

Samenwerking tussen de verschillende bedrijfsonderdelen van de GGZ Curaçao wordt als voorwaarde beschouwd om te kunnen komen tot een breed en in samenhang ontwikkeld zorgaanbod én tot uitvoering van dit aanbod. Maar “samen werken” gaat 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 mensen met psychische problematiek. De GGZ vormt samen met familieleden, overheid, bedrijven, scholen, maatschappelijke organisaties en individuele burgers het netwerk van de cliënt. Het “samen werken” is gericht op het aanbrengen van een geschikt steunsysteem 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 hen kansen om hun talenten te benutten en te ontwikkelen. Het versterken van de eigen kracht van de cliënt staat hierbij centraal. Dit komt tot uiting in een zo zelfstandig en volwaardig mogelijk leven en een zo optimaal mogelijke deelname aan de samenleving.

#### *Herstel*

De ondersteuning die wij bieden aan cliënten met een psychische problematiek is in eerste instantie gericht op herstel. Herstel is het geven van nieuwe zin en betekenis aan het leven na het ontstaan van een psychiatrische of psychische problematiek en is niet altijd hetzelfde als genezing. Herstel is het proces van de cliënt zelf. Het eigen verhaal van de cliënt staat centraal.





## Visie

Onze visie geeft aan welk beeld we hebben van de toekomst en wat onze lange termijn ambities zijn. Maar ook: “waar staan we voor, wat verbindt ons, wie willen we zijn?”

Onze visie is opgebouwd uit tien visie-onderdelen aangevuld met een drietal kernwaarden .

1. De geestelijke gezondheidszorg op Curaçao wordt aangeboden vanuit een samenhangend geheel aan zorgvoorzieningen. Deze zorgvoorzieningen zijn organisatorisch ondergebracht binnen diverse werkstichtingen. GGz Curaçao voorziet in het bestuur van deze stichtingen en waarborgt op deze wijze de onderlinge samenhang en afstemming. Hierbij wordt erkend dat de diverse werkstichtingen hun eigen cliëntgroepen bedienen en een zekere speelruimte nodig hebben om op eigen wijze in te kunnen spelen op de vraag van deze cliëntgroepen.
2. GGz Curaçao levert haar werkstichtingen een volledig scala van ondersteunende diensten en wel zodanig dat zij hiermee tegemoetkomt aan de verwachtingen die de werkstichtingen hebben aangaande het niveau van deze dienstverlening. Er is dus sprake van een klant-leverancier relatie.
3. Binnen de grenzen van wat haalbaar is, werken de werkstichtingen van GGz Curaçao 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.
4. De begeleiding aan personen met psychische problematiek is gericht op groei en herstel en wel zodanig dat deze personen 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. Er wordt ingezet op het (her)integreren van de cliënt in de samenleving.
5. Alle werkstichtingen van GGz Curaçao geven inhoud aan het begrip ‘helende omgeving’. Een helende omgeving wordt gecreëerd door rustgevende gebouwen en een vriendelijke inrichting hiervan. Ook een actieve betrokkenheid van de familie en de gemeenschap maakt deel uit van een helende omgeving. De rol die medewerkers kunnen spelen bij het stimuleren van deze omgeving krijgt veel aandacht.
6. 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 het verlenen van diensten aan andere partijen waaronder collega-zorginstellingen.
7. Waar relevant en zinvol richten de werkstichtingen van GGz Curaçao zich op het voorkomen van psychische problematiek bij kwetsbare groepen. Dit vanuit de gedachte dat vroegtijdig signaleren en interveniëren de cliënt en zijn omgeving het beste dienen.
8. Innovaties binnen het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg volgen deels uit het monitoren van internationale ontwikkelingen en het vaststellen van de mogelijke betekenis ervan voor GGz Curaçao, haar werkstichtingen en hun doelgroepen.
9. GGz Curaçao heeft in haar beleid aandacht voor het verantwoord en innovatief omgaan met de tot haar beschikbaar staande bronnen. Zij onderkent het belang van een zorgvuldige aanwending van financiële middelen en in haar personeelsbeleid laat zij zich leiden door principes van goed werkgeverschap. Hiernaast wenst GGz Curaçao een maatschappelijke verantwoordelijkheid te dragen door het toepassen van ideeën in het kader van een groene economie, dat wil zeggen het duurzaam omgaan met beschikbare hulpbronnen.



10. Medewerkers werken samen in een cultuur die veilig is. Een dergelijke cultuur kenmerkt zich doordat medewerkers zich vrij voelen om kritisch te kijken naar hun eigen handelen en dat van een ander, dit ook bespreekbaar te maken, om hier vervolgens met elkaar van te (kunnen) leren. Medewerkers willen ook dat cliënten in veilige handen zijn. Het bieden van veilige zorg aan cliënten vormt een gezamenlijk doel van alle medewerkers.

### Kernwaarden

GGZ Curaçao kent een drietal kernwaarden die samen het “ethisch kompas” vormen. Met behulp van deze gemeenschappelijke waarden wil de GGZ Curaçao haar visie en doelstellingen realiseren. Het sturen op en werken met kernwaarden versterkt de gewenste bedrijfscultuur. Naast een bindend effect resulteren herkenbare kernwaarden in een betere communicatie tussen medewerkers onderling en met cliënten omdat men elkaar beter begrijpt.

De kernwaarden zijn:

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

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

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

### 4.2. Algemeen beleid

*Als te behalen doelen zijn in onze strategische nota GGZ Curaçao 2019 - 2022 vastgelegd:*

- Cliënt centraal: herstelgerichte zorg, bejegening en cliëntparticipatie;
- Bijzondere cliëntengroepen: LVB, dubbelproblematiek/verslaving;
- Optimalisatie voorzieningenaanbod: breed aanbod, buiten de klinische setting;
- Samenwerking zorgpartners: CMC, Brasami en PSI;
- Forensysche psychiatrie: afstemming Justitie, GMN en uitvoerders.

#### 4.2.1 Jaarplanning 2019 Directie /Afdeling Kwaliteit, Innovatie en Communicatie

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
		<b>Positionering, externe samenwerking en communicatie</b>	
Beleid, planning & control	1	Zorgnota werkstichtingen zijn vastgesteld: Klinika Capriles; KJP en Fundashon Sonrisa. Zorgnota KC is vastgesteld. Zorgnota KJP is in afrondingsfase. Zorgnota FS zal in 2020 gereed zijn.	☹️
	2	Met CMC en SDKK zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over de psychiatrische behandeling binnen deze voorzieningen door behandelaren van Klinika Capriles. 1. Met Curaçao Medical Center zijn afspraken gemaakt inzake behandeling op PAAZ en 24/7 beschikbaarheid van behandelaren. 2. Met SDKK zijn afspraken gemaakt inzake behandeling op FOBA KC biedt psychiatrische behandeling in CMC; formalisering in een eindfase. Opstart SDKK overleg is nog pending en	☹️



		volgt pas na definitieve afspraken met CMC. Heeft ook geen prioriteit.	
	3	Er is een beleid vastgesteld ten aanzien van opname en ontslag van cliënten die door justitie geplaatst zijn. -Instellen werkgroep belast met opstellen conceptnota "risicobeheersing bij maatschappelijke terugkeer van risicovolle patiënten" . Wegens capaciteitsgebrek is deze activiteit doorgeschoven naar 2020.	☹️
Kwaliteit Management Systeem	4	De kritieke prestatieindicator Productiviteit voor behandelaren van KJP en Poli KC is vastgesteld en ingevoerd. (1) Normering behandelaren vaststellen. (2) Poli behandelformatie vaststellen (3) BI tool ontwikkelen (na implementatie Asterisque) Deze activiteit is gekoppeld aan implementatie Asterisque gevolgd door ontwikkeling BI tool en verschuift naar 2020	☹️
Organisatie en processen	5	Nieuw ECD "Asterisque" is operationeel in alle werkstichtingen van GGz Curaçao en vervangt EZRA Go Live is afhankelijk van invoering nieuw elektronisch medicatie voorschrijf systeem dat voldoet aan eisen ziekenhuis. Go Live wordt nu voorzien 2e helft 2020.	😊
Competentie management	6	De gesprekscyclus is volledig ingevoerd bij alle werknemers. (1) leidinggevend en optimaal ondersteunen in het uitvoeren van de gesprekscyclus en het toepassen van het instrument (2) 360° feedback is ingevoerd bij managers en behandelaren Leidinggevend en hebben ondersteuning gekregen bij de uitvoering van de gesprekscyclus, deze ondersteuning is op maat gegeven. Ondersteuning betrof het bijstaan bij gesprekken met medewerkers, het geven van uitleg en instructies in hanteren van het systeem en het helpen bij het formuleren van doelen. Er zijn sessies gegeven voor alle leidinggevend en waarin de toepassing van competentie management centraal stond.	😊
Professionalisering FD	7	Er zijn bindende afspraken gemaakt met collega-zorginstellingen aangaande de uitvoering van centraal management voor de facilitaire functie (opzet Shared Services Facilitair) Inventariseren met collega instellingen welke diensten /services van organisaties kunnen gecombineerd worden Gemeenschappelijk dienst is opgezet waarbij zorginstellingen gewenste diensten/service inkopen. GGz Curaçao en de SGR groep hebben het gezamenlijk besluit genomen om n.a.v. een vooronderzoek in het eerste kwartaal van 2020 een businesscase Facilities & Real Estate Shared Services op te stellen die voorziet in vergaande samenwerking tussen partijen op het gebied van facilitaire en huisvestingsservices.	😊



Budgetverantwoordelijkheid	8	De verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van het budgethouderschap voor leidinggevenden zijn vastgesteld. Het opstellen van de kaders budgethouderschap voor leidinggevenden in samenspraak met de managers. Begroting 2019 is ism de budgethouders opgesteld. Ook is een handleiding mbt begrotingsposten opgesteld en in een presentatie toegelicht aan de budgethouders. Het staat vast dat de budgethouders zich meer van bewust zijn van de budgetten. Het sluitstuk, met name het rapporteren van de realisatie vs begroting is niet naar verwachting gegaan. Derde kwartaal is gerapporteerd, de rapportage neemt veel tijd in beslag. Om dit aan te pakken, hebben wij deze rapportage laten inrichten met behulp van MS Power BI-tool.	😊
ICT veiligheid en continuïteit	9	De in de IT-audit van Pure ICT gesignaleerde tekortkomingen met een toegekend hoog risico zijn allen afdoende gemitigeerd. In totaal waren er 10 aanbevelingen met hoog of middel-hoog risico. Van deze zijn er 5 volledig afgerond, 2 gedeeltelijk afgerond en staan er 3 nog open. Investerings zijn gedaan in MS Server licentie, firewall (Fortinet), antivirus (ESET), Citrix platform en thin cliënt. Verder zijn de nodige upgrades gedaan.	😊

#### 4.2.2 Jaarplanning 2019 Medisch /psychologische staf

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
<b>Behandeling</b>			
Cliënt centraal	1	Min. 80% van de cliënten heeft een actief recent (< 1 jaar oud en voor Intensieve Ambulante Begeleiding <2 jaar oud) rehabplan nieuwe stijl in het ECD. Dit is een doel in samenwerking met de persoonlijke begeleiders. Eigen invloed (vd behandelaren) hierin is onderschat, deze is te beperkt. Er dient een betere aansturing te komen door coördinatoren, manager zorg, een betere coördinatie van samenwerking. Nieuwe audit begin 2020 moet uitwijzen of er groei in zit.	😞
Bijzondere cliëntgroepen: DD	2	Van cliënten is bekend of er sprake is van middelengebruik en in welke mate (dmv registratie in DSM V). Afspraken zijn gemaakt ivm registratie in EZRA (voor kliniek cliënten, welke verslavingen, wat), nu de actiefase van gradueel vastleggen.	😊
	3	Er is een protocol beschikbaar voor desintoxicatie van alcohol en benzodiazepines. Geneesmiddelencommissie is hiermee bezig, bijna afgerond	😊



	4	Deskundigheidsbevordering: het ingezette traject van beheersen van motiverende gespreksvoering wordt uitgevoerd en is ook uitgebreid naar ander personeel. Behandelaren hebben training gevolgd in januari (online en live) en krijgen nu intervisie. Inmiddels vond ook het Train de trainer traject plaats in oktober 2019 voor training van de begeleiders in 2020.	😊
Bijzondere cliëntgroepen: psychose	5	Diagnostiek bij psychose wordt beschreven via een categoriale beschrijving volgens DSM-V + via een individueel profiel (descriptieve diagnose) + ook de klinische stadiëring wordt vermeld. Er vond een workshop DSM-V plaats in mei 2019 waarin hiermee geoefend werd. Afspraken werden gemaakt, nu verder uitvoeren.	😊
Bijzondere cliëntgroepen: diagnostiek	6	Testbatterij voor diagnostiek van belangrijkste voorkomende aandoeningen, waaronder ook LVB is up to date volgens adequate standaarden. Er zijn enkele testen waar niet alle informatie te vinden is.	😐
Bijzondere cliëntgroepen: transitie psychiatrie	7	De aansluiting tussen de kinder&jeugd en de volwassen psychiatrie is gewaarborgd. Er is een werkgroep ingesteld die in 2020 een beleid zal indienen.	😐
Bijzondere cliëntgroepen: EPA ambulante	8	Samenwerking huisartsen is bewerkstelligd om de implementatie van de procedure ter signalering en behandeling van metabool syndroom bij onze ambulante EPA-cliënten (in eerste instantie IAB) mogelijk te maken. Dit punt bleef liggen wegens tijdsgebrek. Dit houdt afspraken in met de voorzitter vd HA-vereniging om daarna medewerking te krijgen van alle huisartsen ter implementatie. Ban topa vond plaats in 2017 met HA hierover en protocol is klaar, implementatie echter vergt meer inspanningen. Nog geen reactie van HA-en, wordt vervolgd 2020.	😐
Veilige cultuur	9	De behandelstaf is steeds alert op een veilige zorg in een veilige omgeving en zorgt mede voor een veilige cultuur. Moeilijk te meten.	😊
Kwaliteit	10	Behandelaren zijn getraind in het registreren in DSM-V. Er vond een workshop DSM-V plaats in mei 2019. Bij gebruik Asterisque nog te bekijken hoe daar DSM-V en DD in te vullen.	😊
	11	Er is een visitatie uitgevoerd, de resultaten zijn besproken en afspraken zijn gemaakt voor verbetering. Visitatie is uitgesteld tot er een 1e geneeskundige is.	😞
Management	12	Expertise van de behandelaren is ingezet o.v.v. actieve bijdrage aan beleidsondersteuning van de organisatie. Verschillende behandelaren zetelen in diverse werkgroepen.	😊



Structurele beleidskaart	13	Alle diagnoses zijn geregistreerd in EZRA: Audit over 2018: DSM-classificatie kliniek/ poli KC/IAB/ UMM/ Medical school: doel van 100% behaald, enkel Sorsaka nog niet (67%)/ ; descriptieve diagnose kliniek/ IAB/UMM: doel van 90% behaald; andere doelen nog niet behaald: poli KC 49% (wel verbetering van 5%)/ Sorsaka 57% (verbetering 8%)/ Medical school 77% (forse verbetering)	☹️
	14	Alle medicatie is geregistreerd in EZRA en er worden medicatie-controles uitgevoerd: Loopt goed. Wekelijks krijgen de artsen mails ivm de te herbeoordelen medicatie (per afdeling), als dit niet tijdig gebeurt wordt de medicatie rood in EZRA.	😊
	15	Overzicht van beschikbare psychofarmaca binnen KC is up-to-date. Bijna afgerond.	☹️
	16	Samenwerking met huisartsen is optimaal: Huisartsen krijgen een ontslagbrief bij afsluiting zorg in de kliniek en IAB / Min. 1 'Ban topa' met huisartsen per jaar: In januari 2019 heeft Yudaboyu een themabijeenkomst gehad voor de huisartsen. Picus gaf een 'Ban topa' voor huisartsen over CGT op 8 oktober.	😊
	17	GGz gerelateerde onderwerpen zijn beter bekend bij het UoC publiek en in de maatschappij. Tijdens presentaties bij de UoC zullen ook behandelaren inbreng hebben te weten 2x per jaar. Picus gaf een lezing over Cognitieve Gedragstherapie bij de UoC. Agnes de Lima gaf d.d. 18 juni jl. een lezing aan de Strafrechters over de kwaliteit van de pro-justitia rapportages die psychiaters leveren aan de rechtbank/ Petra Gelan gaf lezing op 30 nov op NASKHO congres: Geestelijke gezondheidszorg en kwaliteit van leven/ ook nog presentaties bij de familievereniging Ypsilon door een aantal collega's	😊

#### 4.2.3 Jaarplanning 2019 Zorg

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
<b>Behandeling</b>			
Dwang en drangbeleid	1	Streefwaarde van aantal en duur separaties is bepaald. Doel gerealiseerd.	😊
	2	Uitgangspunten en randvoorwaarden Beleid dwangreductie 2017/2018 worden toegepast/geïmplementeerd.	☹️



		Niet volledig gerealiseerd. Het gaat hierbij om bejegening en contact, risicotaxatie, de-escalerend werken (Response), reflectie, registratie en feedback. Hectische periode (overplaatsing personeel, pilot aansturen van zorg, samenwerking behandelaren) op SS. Willen focussen op alle doelstellingen, achteraf gezien niet haalbaar.	
Aanbod activiteiten organisatiebreed / Herstel academie	3	Deelname aan activiteiten en trainingen en afspraken in dit kader vormen een integraal onderdeel van de behandeling van de cliënt. Drie van de vier deeltijd modules zijn opgestart, maar nog niet alle afdelingen/cliënten kunnen bereiken. Activiteiten en Training Centrum is hierin achter gebleven. Reorganisatie nodig. Wordt in 2020 aan gewerkt.	☹️
Rapportage en overdracht	4	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 (profiel/plan). Doel gerealiseerd. Nog wel vast te leggen in kwaliteitshandboek.	😊
Herstelgerichte zorg	5	Doorontwikkelen herstelgerichte zorg met de SRH-stuurgroep als kartrekker. SRH plannen en profielen zijn aangepast.	😊
Basishandelingen zorg	6	Voorbehouden handelingen en het afnemen van parameters wordt op een correcte manier volgens de richtlijnen uitgevoerd. Doel niet gerealiseerd in 2019. Andere prioriteiten (trainingen). Stond gepland 1ste kwartaal 2020 en financien voldaan, maar door Covid 19 geen doorgang kunnen vinden.	☹️
Medewerkers	7	De gesprekscyclus gebaseerd op competentie management is volledig uitgevoerd bij alle medewerkers. Gesprekscyclus heeft niet bij alle medewerkers plaatsgevonden hoewel de zorgafdelingen grootste gedeelte van de gesprekken heeft afgerond in vergelijking met de andere afdelingen. Drie coördinatoren hebben alle gesprekken volgens de cyclus uitgevoerd.	☹️
	8	Er zijn inspanningen verricht ter verhoging van de intrinsieke motivatie en gevoel van betrokkenheid van medewerkers: (1) training belevingsgerichte zorg (2) activiteit "appreciative inquiry" Training belevingsgerichte zorg heeft plaatsgevonden. Vanuit de personeel sport en ontspanning organisatie	☹️



		(Paso) een aantal activiteiten georganiseerd die de contacten met elkaar van een groot deel van de medewerkers heeft bevorderd. Meer trainingen ter verhoging van de intrinsieke motivatie en gevoel van betrokkenheid en het bevorderen van persoonlijke contact tussen (staf) afdelingen en zorgafdelingen is gewenst en blijft een aandachtspunt.	
Kwaliteit en veiligheid	9	(1) De VIM-afhandeling is verbeterd, (2) De borgingsafspraken "kwaliteitsdocumenten manager zorg" zijn nagekomen, (3) De geneesmiddelenregistratie/-toediening is gewaarborgd, (4) De veiligheidsbeleving cliënten is verbeterd. Jaarlijkse doelen (kwaliteit en veiligheid) is deels aan gewerkt. Doel niet gerealiseerd.	☹️

#### 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 2019: Kinder- en Jeugdpsychiatrie ("Yudaboyu")

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
Optimalisatie voorzieningen aanbod	1	Yudaboyu heeft een duidelijk beeld over haar mogelijkheden/activiteiten/beperkingen op het gebied van de LVB/psychiatrie-combinatiegroep. Het is duidelijk geworden dat er een groep is die tussen wal en schip valt. De oplossing hiervoor is er momenteel niet vanwege ontbreken van een goede ambulante team voor deze groep.	☹️
	2	Aangaande kinderen met een hechtingsstoornis heeft KJP een besluit genomen over het al dan niet behandelen van deze cliëntengroep. In het geval van een bevestigend antwoord heeft Yudaboyu eind 2019 een diagnostiekprotocol voor deze cliëntengroep vastgesteld en in gebruik. KJP heeft zich verder geschoold in behandelmogelijkheden voor kinderen met een hechtingsprobleem. Het protocol is helaas niet gemaakt.	☹️
	3	Yudaboyu heeft een duidelijk beeld van haar mogelijkheden/beperkingen op het gebied van opname voor kinderen en jeugdigen. In 2019 zijn de opnames zoveel mogelijk vermeden door ambulant meer hulp te bieden. De opnames die niet	☹️





		voorkomen hadden kunnen worden hebben vooral in KC plaats gevonden en een enkele op de PAAZ. Er is een lijst bijgehouden van de opnames.	
Samenwerking zorgpartners	4	De ouderbetrokkenheid is verbeterd: er zijn 10 voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders georganiseerd. Yudaboyu heeft verschillende thema's aan de ouders aangeboden in vrijblijvende informatieavonden voor algemeen publiek.	😊
Forensische psychiatrie	5	Er zijn samenwerkingsafspraken met AJJC en JJCI overeengekomen en vastgelegd in de vorm van een Service Level Agreement (SLA). Er heeft een gesprek plaats gevonden met AJJC maar er zijn geen concrete afspraken gemaakt over de samenwerking	😞
Helende omgeving	6	De cliënten van deeltijd participeren in het voedselbos. Er is geen voedselbos aangelegd vanwege financiële beperkingen	😞
	7	Personeel bejagent de cliënten op een positieve wijze: 2 x per jaar oplossingsgerichte bijscholing. Er heeft een bijeenkomst plaats gevonden in 2019	😊
Kwaliteit	8	Behandelaren zijn getraind in het registreren in DSM V. Er is een training geweest voor alle behandelaren en daarna zijn we als team hier verder mee gegaan om het invullen van de DSM5 meer eigen te maken	😊
	9	Er is een visitatie uitgevoerd, de resultaten zijn besproken en afspraken zijn gemaakt voor verbetering. Afgezegd door GGz Curaçao	😞
Veiligheid	10	VIM wordt optimaal gebruikt. Geen aandacht meer hieraan besteed in 2019	😞
	11	Alle personeelsleden hebben de responstraining gevolgd. Iedereen heeft deel 1 gevolgd van de training. Het praktische deel is uitgesteld naar 2020	😊
Veilige cultuur	12	2 x per jaar komt het thema veilige cultuur terug in een activiteit opgezet door BHV. Er hebben twee sessies plaatsgevonden en Yudaboyu heeft een start gemaakt met een spel die de knelpunten aan het licht kan brengen.	😊
Medewerkers	13	De gesprekscyclus gebaseerd op competentie-management is volledig uitgevoerd bij alle medewerkers. Niet volledig uitgevoerd. Er hebben gesprekken plaats gevonden maar deze zijn niet digitaal verwerkt.	😊
Financien	14	Yudaboyu draagt de verantwoordelijkheid over hun eigen budget op een verantwoorde manier: (1) Medisch directeur bespreekt maandelijks budgetuitputting met financieel manager (2) Met alle medewerkers zijn produc-	😞



	tieafspraken gemaakt waarop zij worden aangestuurd. Niet uitgevoerd.	
--	---	--

#### 4.3. Kwaliteitsbeleid

Als te behalen doelen zijn in onze strategische nota GGz Curaçao 2019 - 2022 vastgelegd:

- Verankeren van de verbetercyclus kwaliteit en veiligheid.
- Ontwikkelen van een geautomatiseerd managementinformatiesysteem.
- Invoeren risicomangement.

##### 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 verzorgd door de Afdeling Kwaliteit en Innovatie hebben in 2019 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 2016 t/m 2019 zijn in onderstaande tabel weergegeven. In de laatste kolom treft u de gemiddelde ROPI-scores van alle afdelingen van Klinika Capriles.

#### Resultaten ROPI-metingen 2016-2019

ROPI Compilatie		Klinika Capriles								
Thema's ↓	Afdelingen →	2017	2018	2017	2017	2016	2016	2018	2019	
		SS	MS-1/4	MS-5/7	LS	PP	KF	IAB	UMM	KC-Tot
1	Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes	3.7	4.3	5.0	4.7	3.3	2.3	3.7	3.7	4.0
2	Breed aanbod van diensten	2.0	2.0	3.0	4.0	2.5	1.5	2.0	1.0	2.3
3	Sociale contacten en participatie	1.8	2.5	3.0	3.3	3.8	1.5	3.3	3.0	2.6
4	Medezeggenschap en participatiemogelijkheden	2.0	3.0	2.5	3.5	3.5	1.5	1.5	2.5	2.8
5	Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt	2.0	2.7	3.3	2.7	3.0	1.0	2.7	2.0	2.6
6	Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden	2.5	2.0	4.0	4.0	3.5	1.8	2.5	1.5	2.8
7	Zelfbepaling van de cliënt	2.4	2.8	3.2	3.6	2.8	1.8	2.8	2.8	2.8
8	Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid	2.6	2.6	2.8	2.8	2.6	1.0	2.6	2.6	2.2
	<b>Gemiddelde score</b>	2.4	2.8	3.3	3.5	3.1	1.5	2.7	2.4	2.6
	<b>Streefwaarde</b>	3.4		3.7	3.0	3.5	3.5	3,5		3.4

De aan het begin van de beleidscyclus vastgestelde streefwaarden blijken doorgaans iets te ambitieus te zijn geweest. De resultaten laten een tamelijk stabiel beeld van onvoldoende scores zien. Een afdeling heeft de streefwaarde overtroffen terwijl enkele afdelingen er dicht tegen aan zitten. Aan de andere kant van het spectrum bevindt zich nog een enkele afdeling waarvoor geldt dat de



streefwaarden nog ver in het verschiet 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 2019

Items↓	Klinika Capriles								Yudaboyu	
	2019	2018	2018	2018	2018	2018	2019	2015	2019	2019
Afdelingen→	SS	MS 1-4	MS5-7	LS	Pico Plata	KF	IAB	UMM	Ouders	Jeugd
Aan de client verstrekte informatie	☺↑	☹	☺↑	☹	☹↓	☹	☺↑	☹	☺	☹
Mogelijkheid tot inspraak	☹	☹	☺↑	☹	☹	☹	☹↓	☹	☺	☹↓
Hulpverlener (deskundigheid/inspraak)	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☺	☹
Resultaat van zorg/behandeling	☹	☹	☹↓	☹↓	☹↓	☹	☹	☹	☺↑	☹↓
Activiteiten	☺	☹	☹	☺↑	☹	☹		☹		
Specifieke vragen									☺↑	☺↑
Faciliteiten							☹			
Veiligheid	☹	☹	☺↑	☹	☺↑	☹				
Rapportcijfer	7.2↓	7.5	7.6	8↑	7.4↓	7.7	8.5↑	7.4	8.1↑	7.9↑
Instelling aanraden bij een ander	☹	☹	☹↓	☹	☹↓	☹	☹	☹	☹	☹

Het gemiddelde rapportcijfer met betrekking tot cliënttevredenheid bij Klinika Capriles bedraagt: 7.7. Het rapportcijfer bij Yudaboyu bedraagt gemiddeld 8.0.

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 en “mogelijkheid tot inspraak in de behandeling” en “aan de cliënt verstrekte informatie”.

## 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
	2019	2018	
Percentage cliënten somatisch gescreend (al dan niet binnen 2 weken na opname)*	84%	86%	100%
Percentage cliënten somatisch gescreend binnen 2 weken na opname*	46%	45%	100%
Percentage cliënten in langdurende klinische zorg, dat jaarlijks gescreend is	100%	92%	100%

\* Het betreft hier uitsluitend cliënten die in 2019 minimaal 14 dagen zijn opgenomen.

Ten opzichte van het jaar 2018 is in 2019 geen serieuze verandering 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, is voor het eerst voldaan aan de streefwaarde van 100%.

## 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 (100% = maximale veiligheid). In 2019 is nog geen streefwaarde vastgesteld voor deze indicator. Wel tonen de scores aan dat het algemene gevoel van veiligheid onder patiënten hoog is.

Veiligheid	MS 5-7	MS 1-4	LS	pp	SS	KF	UMM
hulpverleners	89%	82%	95%	93%	89%	95%	100%
clieuten	89%	82%	89%	86%	79%	86%	93%
gebouwen	89%	100%	90%	100%	89%	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.

In onderstaande tabel is zowel het aantal separeergevallen als de gemiddelde separeerduur weergegeven in de jaren 2018 en 2019.

Indicator	2019	2018
Aantal separeergevallen	1,805	2,437
Gemiddelde separeerduur in uren	15:06	11:01



Klinika Capriles streeft ernaar om het totaal aantal separaties en de gemiddelde separatie-duur substantieel te verlagen.

#### 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 2019 zijn de volgende audits uitgevoerd:

- Audit Maaltijdenbeleid
- Hygiëne audits
- Audit "EZRA-instructie invullen diagnose in EZRA": klinisch en poliklinisch
- Risico-audit Medicatie

#### Audit Maaltijdenbeleid

De resultaten van de in 2019 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	✓	✓	✓	✗		✓
Pico Plata	✓	✓	✓	✓		✓
Kas Florisol 1 (ontbijt)	!	✗	✗	✗		✗
Kas Florisol 3 (ontbijt)	✓	✓	✓	✓		✓
Kas Florisol 5 (lunch)	✓	✓	✓	✓	✓	✓

#### 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 2019 een regelmatig beeld. In vergelijking tot het jaar 2018 is er sprake van een lichte verbetering in de scores.



Resultaten hygiëne-audits	2019	2018
Kwartaal 1	7.8	7.0
Kwartaal 2	7.6	6.7
Kwartaal 3	7.5	6.7
Kwartaal 4	7.2	7.3

#### 4.3.3. Klachten

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

In 2019 zijn 3 klachten ingediend bij de directie. Deze klachten waren afkomstig van 3 verschillende personen. De klachten zijn intern behandeld. Er is 1 klacht doorgestuurd naar de klachtencommissie.

#### 4.3.4. Veilig Incidenten Melden (VIM)

In 2019 heeft GGz Curaçao problemen ondervonden met het elektronisch registreren van de incidenten. De VIM-applicatie was gedurende een groot deel van het jaar niet beschikbaar voor gebruik. Om deze reden is een tijdelijk systeem van incidentenregistratie en –afhandeling buiten de VIM-applicatie om opgezet. De problemen met de VIM-applicatie zijn in december van het jaar weer opgelost. Omdat de geregistreerde cijfers niet volledig zijn en vergelijkingen met voorgaande jaren hierdoor ook niet goed mogelijk is, heeft GGz Curaçao ervoor gekozen om geen cijfers in deze rapportage op te nemen.

#### 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 één (1) SIRE onderzoek uitgevoerd in 2019. Van dit onderzoek is een eindverslag beschikbaar. Dit verslag is met de directie besproken, waarop maatregelen zijn genomen. De Veiligheidscommissie heeft hierna follow-up gedaan op de genomen maatregelen en deze zijn opgevolgd.

#### 4.3.6. Kwaliteit ondersteunende diensten

Voor 2019 had de Facilitaire Sector 5 speerpunten onderverdeeld in 22 doelstellingen vastgesteld. Van de 22 doelstellingen is 32% volledige gerealiseerd en 41% deels gerealiseerd.

#### Jaarplanning 2019 Facilitaire sector

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
Bedrijfsvoering: facilitaire dienstverlening			
Professionalisering	1	Het Lean concept vormt een integraal onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden binnen de Facilitaire Sector. Het onderwerp Lean is meerdere malen besproken tijdens werkoverleggen. Afdeling Onderhoud heeft haar werk-	



		zaamheden opnieuw ingedeeld waarmee beduidend betere efficiency is behaald.	
	2	SLA (Service Level Agreement) is opgesteld tussen Facilitaire Sector en afdelingen Klinika Capriles. Heeft geen uitvoering gekregen in 2019 aangezien het invoeren van budgetverantwoordelijkheid voor afdelingen is uitgesteld.	☹️
	3	Shared Service Centrum is opgezet met collega zorginstellingen. Besluit is genomen om begin 2020 een businesscase uit te werken voor het gezamenlijk opzetten van een samenwerkingsvorm met de SGR-Groep.	😊
	4	De gesprekscyclus is volledig uitgevoerd bij alle werknemers. Met uitzondering van de afdeling Centrale Keuken is de gesprekscyclus uitgevoerd met de werknemers van Facilitair.	😊
Kwaliteit	5	Duurzaam meerjaren onderhoudsplan is opgesteld. Een nulmeting van de gebouwenconditie is uitgevoerd en een meerjarenonderhoudsplan is opgesteld voor in gebruikname begin 2020.	😊
	6	Achterstallig onderhoud aan gebouwen is weggewerkt. Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.	☹️
	7	Ontvangsten, uitgaven en verwerking van de Magazijnvoorraden wordt in het Magazijn gebruik gemaakt van een barcode systeem. Heeft geen uitvoering gekregen wegens onduidelijkheid te hanteren financiële computersysteem.	☹️
	8	Hygiëncode wordt nageleefd in de Centrale Keuken en streefscores van hygiëne audits worden behaald. Met de score van 7.5 is de target score voor 2019 van 8.0 niet gehaald.	😊
	9	Keuze mogelijkheden voor maaltijden in de menucyclus maaltijden is geïntroduceerd. Voor de patiënten van Klinika Capriles is het keuzemenu geïntroduceerd.	😊
Financieel	10	Budgetten voor facilitaire afdelingen worden niet overschreden. Budgetten zijn niet overschreden maar maandelijkse inzage in uitputting was nog niet mogelijk.	😊
	11	Onderhoudskosten zijn gealloceerd aan de verschillende afdelingen/stichtingen. Heeft geen uitvoering gekregen wegens onduidelijkheid te hanteren financiële computersysteem.	☹️



	12	Productie administratie voor Centrale Keuken is opgezet. Heeft geen uitvoering gekregen wegens onduidelijkheid te hanteren financiële computersysteem.	☹️
	13	Energiebesparingen op lichtverbruik worden gerealiseerd. Alle zorgafdelingen zijn voorzien van LED lampen.	😊
Veiligheid	14	Alle locaties van GGZ zijn in bezit van geupdated BHV plannen. Alle oude BHV plannen zijn geupdate en nieuwe locaties hebben BHV plannen gekregen	😊
	15	CLB systeem is geupgrade en virtuele server is in gebruik genomen. Fase 2 is in mei 2019 volledig uitgevoerd en de server is daarbij in de cloud geplaatst.	😊
	16	Brandmeldsystemen van CLB in gebouwen zijn overgezet naar individuele brandmeldcentrales. Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.	☹️
Huisvesting	17	Huisvesting en faciliteiten leveren een bijdrage aan een gezonde en helende omgeving. Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.	☹️
	18	De terreinen van de instellingen leveren een bijdrage aan een gezonde en helende omgeving. Voedselbos en een wandelroute is gerealiseerd op het terrein van Klinika Capriles.	😊
	19	Creëren van gemeenschappelijke voorzieningen voor medewerkers en cliënten. Heeft geen uitvoering gekregen wegens ontbreken financiële middelen.	☹️
	20	Maatregelen t.b.v. de risicobeheersing zijn uitgevoerd. Maatregelen zijn uitgevoerd met uitzondering van brandwerende matrassen voor alle slaapkamers en de hemelwaterafvoer bij de binnentuinen op de zorgafdelingen.	😊

Van de 20 doelstellingen is 35% volledige gerealiseerd en 25% deels gerealiseerd. De overige 40% van de doelstellingen zijn voornamelijk niet gerealiseerd wegens ontbreken van de benodigde financiële middelen of onduidelijkheid welk financieel computersysteem gehanteerd gaat worden in de toekomst.

#### *Algemeen*

Bij de Facilitaire Sector zijn de Administratieve afdeling en Transportafdeling in 2019 verhuisd van het C-gebouw naar A-gebouw. Het C-gebouw kwam hiermee beschikbaar om te verhuren aan derden. De communicatielijnen tussen verschillende facilitaire afdelingen zijn door deze verhuizing korter geworden en daarmee verbeterd. Deze verbetering sloot mooi aan bij het Lean concept dat in 2019 binnen de Facilitaire Sector veel aandacht heeft gekregen. Tijdens het afdelingsoverleg is het onderwerp Lean meerdere malen aan de orde gekomen waarbij actief is gezocht naar efficiënte





verbeteringen. Binnen de afdeling Onderhoud, Centrale Keuken en Transport zijn ook daadwerkelijke veranderingen doorgevoerd op gebied van procesverbetering en evenredige taakverdeling.

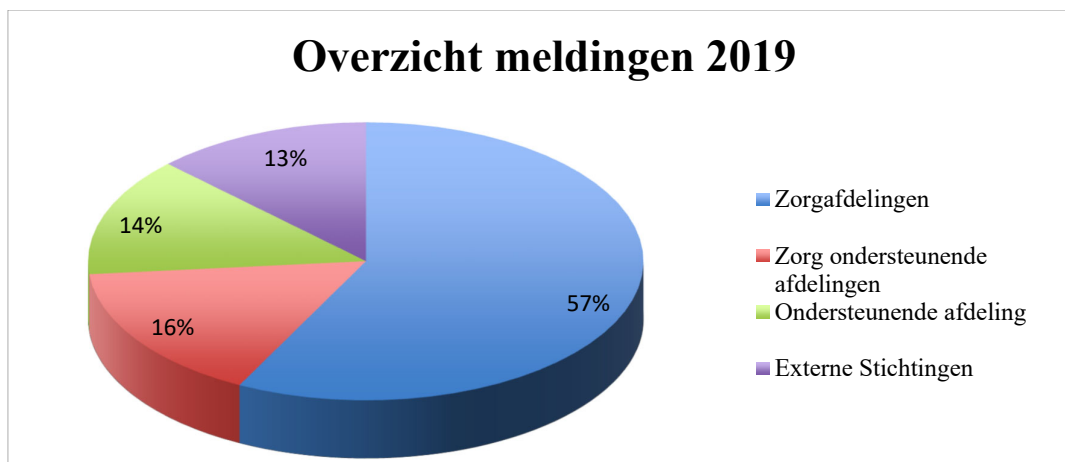
Vanuit de zorgfederatie is er een behoefte geuit om te kijken naar vergaande samenwerking tussen de facilitaire sectoren van GGz Curaçao en De SGR Groep. Hiervoor is een werkgroep samengesteld en deze zal begin 2020 een businesscase opstellen om de verschillende mogelijkheden tot samenwerking te onderzoeken.

In 2019 hebben de volgende opleidingen en trainingen doorgang gevonden.

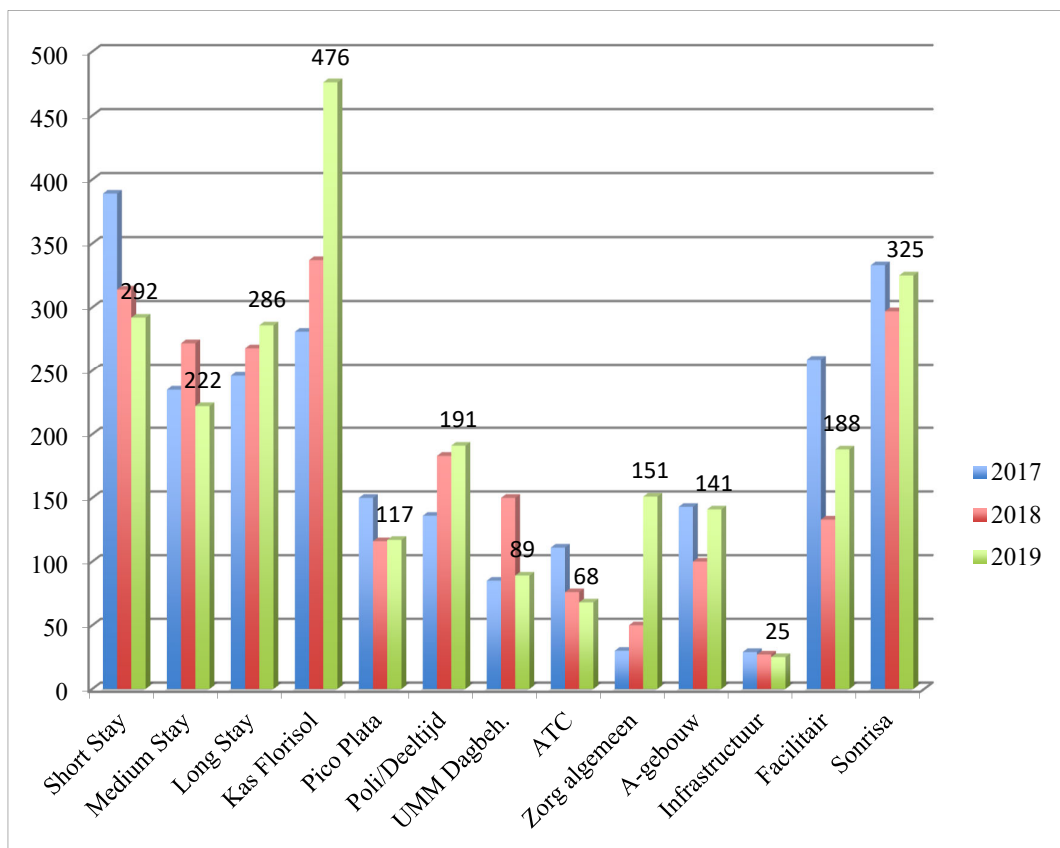
- ▶ Training Basis Leiding geven Supervisor niveau voor Wachtcommandanten en Souchefs.
- ▶ Herhalingsopleiding Basis Bedrijfshulpverlener voor alle Beveiligingsmedewerkers.
- ▶ Herhalingsopleiding Bedrijfshulpverlener Ploegleider voor Wachtcommandanten.
- ▶ Training basiskennis Brand voor alle medewerkers.
- ▶ Ontruimingsoefeningen bij zorggebouwen.

#### *Facilitaire Meldpunt*

In 2019 zijn er 2571 meldingen verwerkt door het Facilitair Meldpunt. Dit aantal storingsmeldingen is vergelijkbaar met het aantal meldingen in de voorafgaande jaren. Hieronder een overzicht van de onderverdeling van de 2571 geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen in 2019 naar afdelingen van Klinika Capriles en externe werkstichtingen van GGz Curaçao:



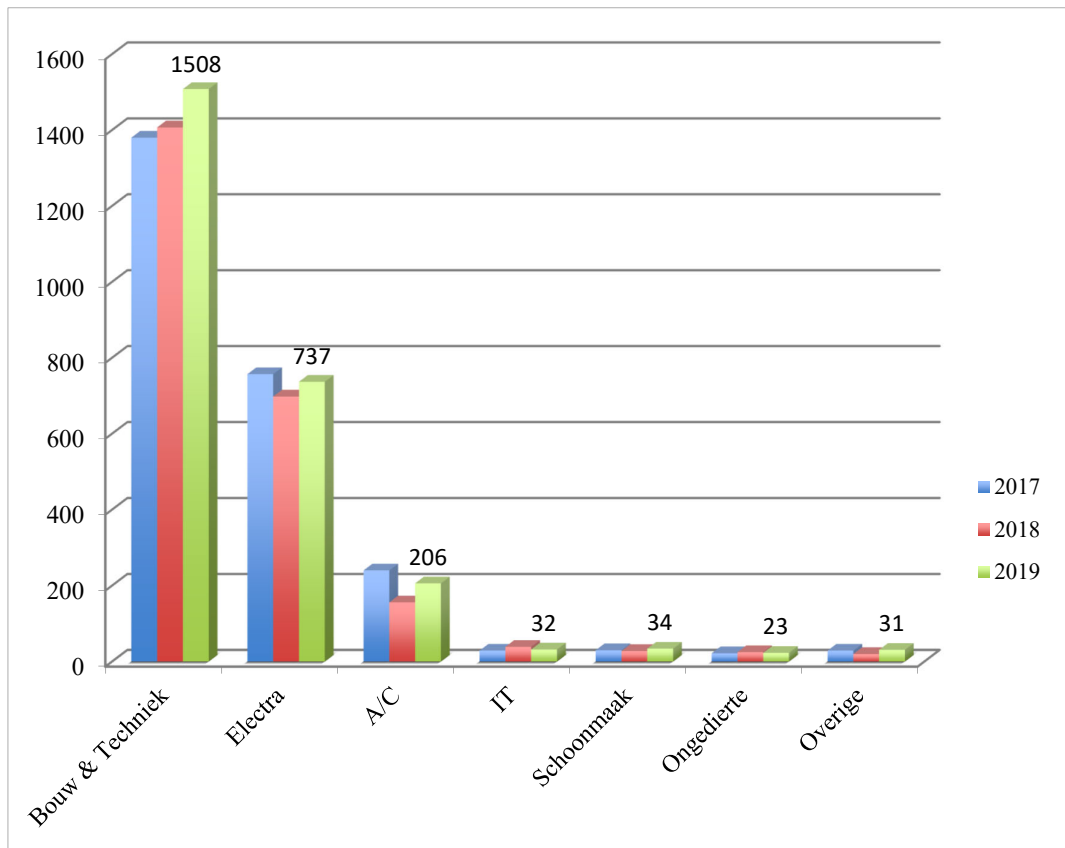
Het overzicht van geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen per afdeling:



De zorgafdeling Kas Florisol laat de afgelopen 2 jaar een stijgend aantal meldingen zien. De staat van onderhoud van de gebouwen en het hoge aantal patiënten op deze afdeling heeft een invloed op deze stijging. De stijging van het aantal meldingen onder Zorg Algemeen heeft te maken met de afronding van de renovatie van de Kapel in 2019. Daarnaast vraagt Fundashon Sonrisa ook veel aandacht van het Onderhoudsteam hetgeen ook wordt weergegeven in het aantal storingsmeldingen in het afgelopen jaar. Ook het aantal meldingen per beschikbare plaatsen toont aan dat de aandacht voor de afdeling Short Stay en Kas Florisol gemiddeld hoger is dan bij overige zorgafdelingen. Het aantal storingsmeldingen afgezet tegen het aantal beschikbare plaatsen voor patiënten was bij zorgafdeling Short Stay 9 meldingen per beschikbare plaats, Medium Stay 6, Pico Plata 7 Long Stay 7, Kas Florisol 10 en Un Mihó Mañan 4.



Overzicht van geregistreerde verzoeken/storingsmeldingen per vakgebied:



87% van alle meldingen die in 2019 zijn binnengekomen bij Meldpunt Facilitair zijn door het Onderhoudsteam van Klinika Capriles afgehandeld. De weergegeven IT meldingen zijn alleen de meldingen die zijn binnen gekomen bij het Facilitair Meldpunt. De afdeling IT heeft ook zijn eigen meldpunt waarbij het overgrote deel van de meldingen zijn binnen gekomen.

#### *Huisvesting*

De introductie van een storingsdienst gedurende de werktijden in januari 2019 heeft geresulteerd in een efficiëntere inzet van de medewerkers van de afdeling Onderhoud. De Storingsdienst loopt momenteel alle binnengekomen storingsmeldingen dezelfde dag na en verhelpt deze binnen 30 minuten. Bij storingsmeldingen die langer dan 30 minuten gaan duren worden deze opgenomen in de werkplanning van de "specialisten" in de daaropvolgende dagen. Deze nieuwe werkwijze is zowel een verbetering voor de "klant", die ziet dat zijn storing binnen 1 dag aandacht krijgt of verholpen wordt, als ook voor de medewerkers van Onderhoud die ongestoord hun geplande werkzaamheden kunnen uitvoeren.

In november 2019 is een nulmeting van alle gebouwen van GGZ Curaçao uitgevoerd door het bedrijf AAG uit Nederland. De resultaten van deze nulmeting zullen worden verwerkt in een meerjarenonderhoudsplan voor een periode van 10 jaar. Dit meerjarenonderhoudsplan geeft tevens financieel inzicht in de jaarlijkse kosten voor preventief onderhoud van de gebouwen.

In 2019 is de laatste fase van de renovatie van de kapel voltooid waarbij de buiten- en binnenmuren volledig zijn geverfd in de originele kleuren en alle shuttersramen zijn vervangen. Ook heeft Klinika Capriles een donatie van kerkmeubilair vanuit Nederland mogen ontvangen.



De donaties van verschillende organisaties uit Nederland en Curaçao hebben ruim 90% van de renovatiekosten van de Kapel gedekt. De Kapel is per 24 december weer in gebruik genomen en wordt begin 2020 officieel geopend door het Bisdom Curaçao.

De renovatie van de afdeling Medium Stay 1-4, waarbij alle leefruimten van patiënten en de overige algemene ruimten binnen de afdeling zijn opgeknapt, is begin 2019 volledig afgerond. Ook het Facilitaire gebouw is volledig opgeknapt waarna het gebouw verhuurd is aan derden.

De afdeling Kas Florisol heeft een compleet nieuwe sleutelplan gekregen waarbij elke patiënt één sleutel heeft van zijn eigen kamer en van de hekwerken van zijn eigen huis.

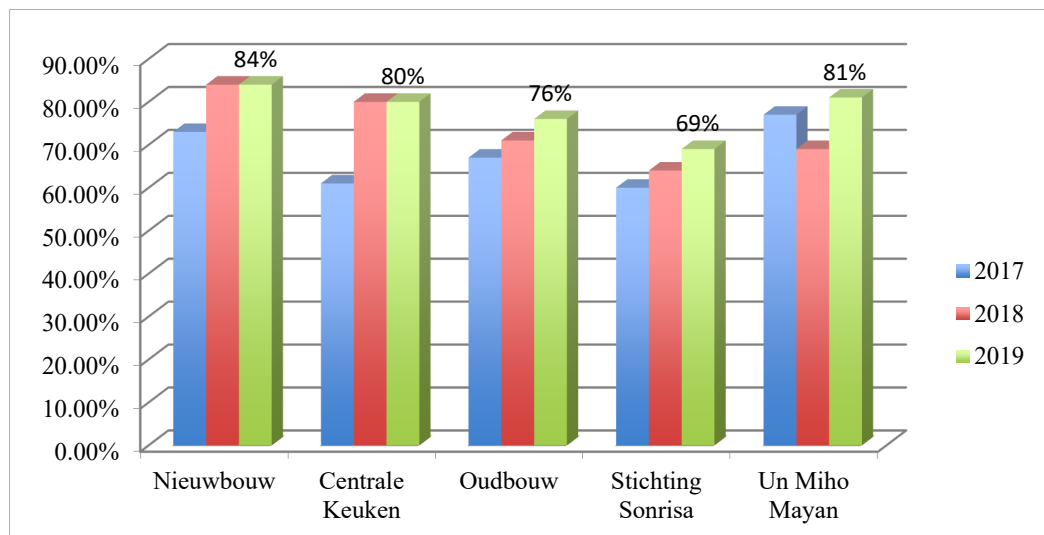
In het kader van energiebesparende maatregelen zijn de afdelingen Kas Florisol en Short Stay, in navolging van de overige zorgafdelingen, voorzien van LED verlichting. Tevens is een pilot gestart met het installeren van bewegingssensoren als lichtschakelaar bij vergaderruimten en het leslokaal. De eerste bevindingen zijn positief en geven aanleiding om te kijken naar andere mogelijkheden voor sensoren om energiebesparingen te realiseren.

Het gebouw “Dagbehandeling” is eind 2019 aan de binnenkant gerenoveerd en gebruiksklaar gemaakt voor de huisvesting van Deeltijd en het Ambulante Team.

Op het terrein van Klinika Capriles is met behulp van CuraDoet een voedselbos aangelegd waarvoor er tevens twee pompen zijn geïnstalleerd ten behoeve van waterirrigatie vanuit de waterbakken onder nabijgelegen gebouwen.

#### *Schoonmaak*

In 2019 hebben er in totaal 46 schoonmaakcontroles plaatsgevonden waarbij 149 verschillende ruimten zijn gecontroleerd. Het streefaantal van minimaal 45 controles en 100 ruimten per jaar is hierbij gehaald. 69% van alle schoonmaakcontroles vond plaats bij Klinika Capriles, 9% in de Centrale Keuken, 12% bij Fundashon Sonrisa en 10% bij Un Mihó Mañan.



Bij de Nieuwbouw en Centrale Keuken zijn de behaalde scores gelijk aan de scores behaald in 2018. Bij de Oudbouw, Fundashon Sonrisa en met name bij Un Mihó Mañan is wel een verbetering in de behaalde scores ten opzichte van 2018.

De vastgestelde targetscores voor Total Cleaning Services in 2019 waren voor de nieuwbouw en de Centrale Keuken 87% en de overige locaties 75%.



### *Transport*

Door het uitstellen van alle geplande investeringen door Klinika Capriles zijn ook voertuigen in de afgelopen jaren niet vervangen. De leaseovereenkomst voor de lease auto's voor de outreach liep in november 2019 af. Aansluitend is een nieuwe leaseovereenkomst afgesloten voor 4 nieuwe lease-auto's met een looptijd van 4 jaar. Daarnaast liep in 2019 ook de leaseovereenkomst van de dienstwagen van de Raad van Bestuur af en is besloten om van de koopoptie gebruik te maken en het voertuig in eigen beheer te nemen.

### *Voedselverstrekking*

De Centrale Keuken is in 2019 bij wijze van proef gestart met het koken van een keuzemenu tijdens feestdagen en weekenden voor de patiënten van Klinika Capriles. De bevindingen waren positief waardoor besloten is om in 2020 een vervolg te geven aan het aanbieden van keuzemenu's aan de patiënten van Klinika Capriles en in een later stadium ook aan de externe afnemers.

De Inspectie van de Volksgezondheid heeft op 17 maart bezoek gebracht aan de Centrale Keuken. De Inspectie heeft daarbij 2 punten ter verbetering geconstateerd: bij enkele ramen was het muskietengaas beschadigd en de snijplanken waren aan vervanging toe. Beiden aandachtspunten zijn binnen 2 weken verholpen.

De Inspectie van de Volksgezondheid heeft ook een presentatie gegeven tijdens één van de bijeenkomsten van de BHV Preventiemedewerkers waarbij het onderwerp voedselhygiëne voor woonvormen in de gezondheidszorg werd behandeld.

Gedurende het jaar zijn er intern 4 hygiëne audits uitgevoerd in de Centrale Keuken waarbij gelet is op ontvangst en opslag van goederen, temperatuurbeheersing, bereidingsprocessen en hygiënisch werken. Met een gemiddelde score van 7.5 is de target score van 8 niet gehaald maar de verwachting is dat in 2020 een score van boven de 8 haalbaar is.

Ook de Inspectie Arbeidsveiligheid heeft op 9 december controle uitgevoerd op de gasvoorziening t.b.v. Centrale Keuken. Overwegend was de Inspectie tevreden maar in 2020 zullen nieuwe richtlijnen van kracht zijn voor grootverbruik gasvoorzieningen waarbij kleine aanpassingen aan de installaties aangebracht moeten worden.

### *Beveiliging en Bedrijfsveiligheid*

De bestaande calamiteitsplannen van Klinika Capriles en Sonrisa zijn in 2019 volledig herzien en aangepast aan de huidige omstandigheden. Hiervoor is eerst een Risico Inventarisatie en Evaluatie uitgevoerd op beide locaties en zijn de risico's in kaart gebracht en zijn er, indien vereist en zover mogelijk, preventieve maatregelen genomen.

Voor de locatie van Dagbehandeling Scharloo, waar geen calamiteitsplan bestond, is een volledig nieuwe BHV plan opgesteld aan de hand van een uitgevoerde Risico Inventarisatie en Evaluatie.

Volgens de jaarplanning van het bedrijfshulpverleningsplan hebben er gedurende het jaar verschillende brandtrainingen plaatsgevonden waaraan in totaal 247 personen aan hebben deelgenomen. Van GGz Curaçao hebben 175 medewerkers de brandtraining gevolgd en 72 medewerkers van Birgen di Rosario en Brasami hebben deelgenomen.

De brandmeldcentrale van de afdeling Un Mihó Mañan (Scharlooweg 150) is in mei 2019 na de officiële certificering in gebruik genomen. De tweede fase van de upgrading van het CLB gebouwenbesturingssysteem is in april 2019 volledig werkend opgeleverd.

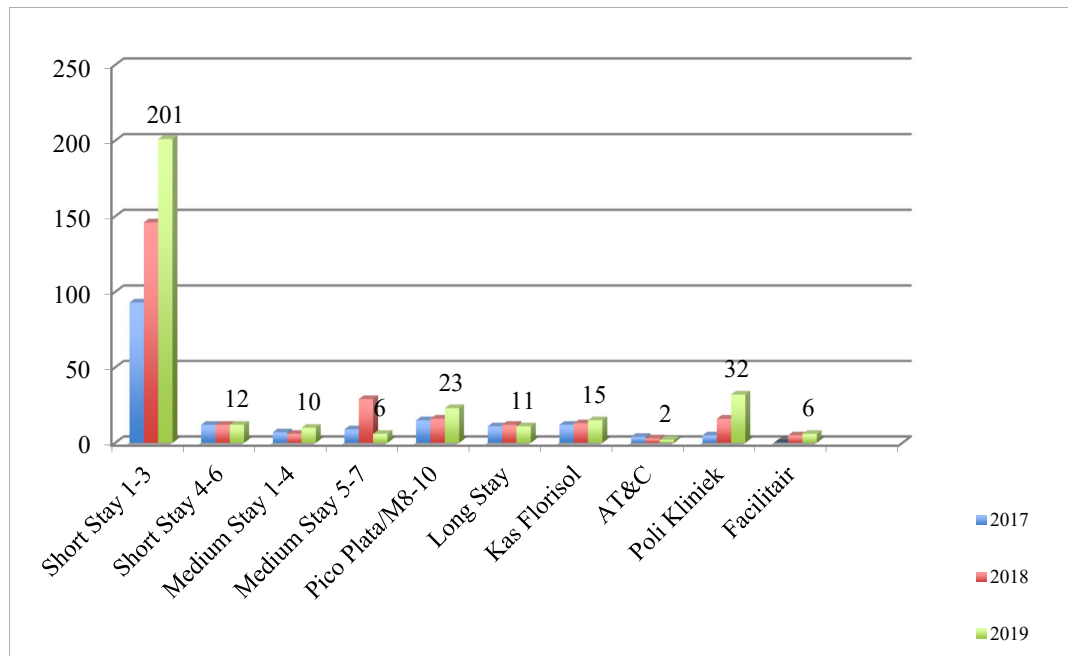
Ter verbetering van de waterkwaliteit op de zorgafdelingen zijn er terugslagkleppen geplaatst op de waterleidingen bij alle brandslangen zodat stilstaand water in deze leidingen geen overvloedige groei aan legionellabacteriën meer kunnen veroorzaken. De daaropvolgende legionellatesten hebben uitgewezen dat er bij de probleemlocaties geen of nauwelijks groei aan legionellabacteriën zijn waargenomen.

In 2019 heeft de afdeling Beveiliging 315 aanvragen gekregen voor het verlenen van assistentie op afdelingen. Dit aantal aan geregistreerde assistentie aanvragen is een stijging van 18% in vergelijking met 2018 (258 aanvragen).



Bij 41 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 15% van de assistentie uit Praktisch Penitentiair Optreden tegen agressie, 34% uit fysieke begeleiding /Response, 47 % toezicht houden en algemene begeleiding, 4% waren valse meldingen.



Met name de aanvragen voor assistentie bij de afdeling Short Stay 1-3 (201 aanvragen) is een forse toename in vergelijking met 2018 (146 aanvragen). Deze toename is deels veroorzaakt door intensieve begeleiding van 1 patiënt tijdens het dagelijks luchten op de afdeling voor een korte periode. Driekwart van deze aanvragen waren dan ook toezicht houden of algemene begeleiding. Vanuit de Polikliniek is een verdubbeling aan assistentie aanvragen waar te nemen in vergelijking met 2018.

Bij 49% van alle aanvragen voor assistentie heeft de afdeling Beveiliging ook handelend (Praktisch Penitentiair Optreden of fysieke begeleiding/Response) moeten optreden op de desbetreffende afdeling.

#### 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 2019 – 2022 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 2019 aan een vijftal speerpunten gewerkt:

1. Invoeren van competentie management
2. Leiderschapsontwikkeling
3. Personeelsplanning;
4. HR Beheer/informatie
5. Veiligheid










## Jaarplanning 2019 HRM

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gerealiseerd
<b>Organisatie en Leiderschap</b>			
Competentiemanagement	1	Managers en leidinggevenden zijn optimaal ondersteund om de gesprekscyclus uit voeren. Managers en leidinggevenden hebben individueel ondersteuning ontvangen bij de	😊
		uitvoering van de gesprekscyclus, het betref instructies bij het hanteren van het systeem, ondersteuning bij voorbereiden en houden van gesprekken en formuleren van doelen. Er zijn sessies gehouden waarin leidinggevenden hebben kunnen aangeven hoe de gesprekscyclus geoptimaliseerd kan worden. Er zijn trainingssessies gehouden waarin geoefend is met het formuleren van doelen, het hanteren van het systeem en het hanteren van de competentieprofielen en het competentiewoordenboek van GGZ Curaçao	
	2	Competentieprofielen vormen de basis voor selectiegesprekken. Competentieprofielen zijn voor een aantal functies vertaald naar competentiescans die bij selectie gebruikt worden, dit is nog niet voor alle functies opgesteld.	😐
Leiderschapsprogramma	3	Inzicht in leiderschapsdrives en verdieping in gespreksvoering en calibratie. In 2019 zijn 4 HR professionals gecertificeerd in Management Drives Individuele en Groepsprofielen. Alle leidinggevenden in de zorg hebben een MD profielen ingevuld en dit is door HR teruggekoppeld. Verdere toepassing door individuele begeleiding en groepsprofielen wordt in 2020 uitgevoerd, aangezien dit is gekoppeld aan de invoering van de functie teamleider. Ook de andere sectoren zullen dan aan bod komen	😐
Strategische Personeelsplanning (SPP)	4	In kaart gebracht wat de personeelsbehoefte is over 3-5 jaar. In 2019 werd georiënteerd op een passend model voor SPP. Gekozen is om de organisatie hierbij te laten begeleiden door een adviesbureau welke gespecialiseerd is in strategische HR vraagstukken	😐





Opleidingsbeleid	5	GGz e-learning is breed geïntroduceerd. Door nog ontoereikende (internet) verbindingen en hardware is de ggz e-learning in 2019 nog niet volledig ingevoerd. Eind 2019 is aan de meeste voorwaarden voldaan waardoor de brede invoering in 2020 wel kan plaatsvinden.	
	6	Scholingskaart voor iedere medewerker van GGz Curaçao is ingevoerd. Het is nog niet gelukt om de scholingskaart zodanig te ontwerpen dat de scholingsactiviteiten digitaal verwerkt kunnen worden in het personeelssdossier.	
HR beheer / informatie	7	Dashboards functioneren en leveren de ken- en stuurgetallen van HR. De benodigde HR ken- en stuurgetallen worden uit de dashboards van het personeelsinformatiesysteem gehaald. Ook de benodigde cijfers voor de managementrapportage wordt vanuit de dashboards aangeleverd.	
	8	Insite functioneert als informatieplatform voor HR gerelateerde zaken. De HR gerelateerde documenten en informatie is voor medewerkers in Insite beschikbaar.	
	9	Outsite functioneert als klantportaal voor sollicitanten. Outsite is nog niet ingericht als klantportaal voor sollicitanten. Dit zal in 2020 uitvoering krijgen.	
	10	Er is een aanvang gemaakt met het hanteren van de Flex module van FWG / binnen 1 sector van de GGz Curaçao. Het kunnen hanteren van de zogenaamde FWG Xelf module is gekoppeld aan het vooraf volgen van een training door FWG, FWG heeft deze training nog niet kunnen verzorgen. De training zal in samenwerking met de Federatie Zorginstellingen georganiseerd worden.	
Veilige cultuur	11	Gedragscode is ingevoerd en middels diverse werkvormen geïntroduceerd. Er is door middel van een themagerichte benadering informatie gegeven over de inhoud en betekenis van de gedragscode in de organisatie. Leidinggevenden hebben de ontworpen kaartjes gebruikt om de belangrijkste thema's te bespreken, tijdens de lunchmeetings met de Raad van Bestuur is ook aandacht gegeven aan de gedragscode.	



## Behandelstaf

De behandelstaf bestond per 31 december 2019 uit:

- Mw. L. Beerhuizen, 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;
- 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. S. Sander, kinder- en jeugdpsycholoog;
- Mw. A. Schotborg-de Pool, gz-kinder-en jeugdpsycholoog;
- Mw. Sh. Casseres, somatische arts;
- Mw. L. Reigina, apotheker (toezichthoudend);
- 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. De CMH maakt jaarlijks een beleidsplan voor haar afdeling t.w. de medische staf. De relevante actiepunten worden opgenomen in onze jaarplanning.

## Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Personeel in loondienst (totaal) per 1 januari 2019	240	234,93
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	169	164,13
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	14	13,5
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	9	8,5
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	15	14,4
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	11	10,4
Personeel in loondienst (totaal) per 31 december 2019	239	234,21
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	167	163,40



## Uitstroom personeel

Uitstroom personeel in 2019	Aantal
Pensioen	1
Vrijwillig	9
VUT (vroegtijdige uitdiensttreding)	0
Overleden	1
Contract niet verlengd	2
Afkeuring	0
Gedwongen	2
Wederzijds goedvinden	0
<b>Totaal</b>	<b>15</b>

## Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	13	0
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	10	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	5.06
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	5.54

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;
- Langdurig ziek 6 weken of langer.



	2019	2018	Vershil
Werknemers in dienst	234.21	234,93	-0.72
Aantal ziekmeldingen	457	427	30
Aantal verzuimdagen	4348	4248,33	100
Meldingsfrequentie (%)	1.90	1,82	0.08
Verzuim percentage (%)	5.06	5.02	0.04
Verzuimduur (%)	9.51	9,95	-0.44
Langdurig ziekteverzuim	11	15	-4

*Toename ziekmeldingen:*

Geen verklaring voor de toename. De toename ligt bij het zorgpersoneel.

*Toename verzuimdagen:*

Dit heeft te maken met de toename ziekmeldingen.

*Toename verzuim percentage:*

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

*Afname verzuimduur:*

Het aantal gevallen van langdurig verzuim is minder dan vorig jaar.

*Algemene conclusie:*

Het ziekteverzuimpercentage is met 0.04 gestegen. Dit ligt aan de toename van het aantal verzuimdagen als gevolg van de toename van de ziekmeldingen

## **Jubilea**

Gedurende het jaar 2019 waren:

- 11 medewerkers 12.5 jaren in dienst
- 2 medewerkers 30 jaren in dienst
- 2 medewerkers 40 jaren in dienst

## **Functie Waarderingsysteem.**

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

## **Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO)**

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

De CAO die per 1 augustus 2013 is geëindigd is door de vakbond opgezegd. Gedurende het verslagjaar zijn in de 2018 gestarte onderhandelingen voortgezet.



#### 4.4.2. Kwaliteit van het werk

Gedurende 2019 is wederom geïnvesteerd in deskundigheidbevordering van ons personeel.

##### 1. Basiscursus

In de periode januari tm juni heeft een basiscursus voor nieuwe medewerkers plaatsgevonden waarin de volgende onderwerpen aan de orde zijn geweest:

- SRH (Steunend Relationeel Handelen)
- Psychopathologie
- HRM en ARBO wat mag je daarvan verwachten
- VIM (Veilig Incidenten Melden) + human factors
- Response
- Beroepshouding

In totaal 18 trainingsdagen van 8.30 tot 16.00 uur hebben 13 deelnemers (KC en Sonrisa) de training gevolgd. Alle 13 deelnemers hebben de vooraf gestelde norm van minimaal 80% aanwezigheid ruimschoots gehaald. Deelnemers hebben de training positief ervaren, de enige opmerking die regelmatig naar voren kwam in de evaluatie is dat het lange dagen zijn.

##### 2. Brandpreventie

In april is een start gemaakt met de tweejaarlijks training brandpreventie voor alle medewerkers. Naast de medewerkers van GGz Curaçao hebben ook medewerkers van Brasami en van Birgen di Rosario deelgenomen aan de trainingen. In de maand april hebben 120 medewerkers deelgenomen aan de brandtraining. Aangezien dit nog niet de helft was van het totale aantal medewerkers is in overleg met de BHV – coördinator en de manager zorg besloten om de brandtrainingen door te laten gaan op elke 1e en 3e donderdag van de maand, om zodoende het maximale aantal deelnemers te kunnen bereiken. In 2019 hebben in totaal uiteindelijk 247 medewerkers deelgenomen aan de brandtraining waarvan 72 van Brasami en Birgen di Rosario. Met beide organisaties zijn afspraken gemaakt over de te verrekenen kosten.

##### 3. SRH , Zorgplannen en rapportage

In 2018 heeft de stuurgroep SRH de documenten die worden gebruikt in SRH gereviseerd. In December heeft de Raad van Bestuur akkoord gegeven om de formulieren in EZRA te plaatsen. Medewerkers zijn vanaf januari in twee sessies geschoold in het gebruiken van de nieuwe formulieren (Rehabilitatieplan en profiel). Daaraan gekoppeld is het rapporteren. SRH – docenten, samen met de manager zorg hebben deze trainingen gegeven. Op dit moment zijn 96 medewerkers getraind, dit zal in 2020 verder worden doorgezet.

Daarnaast zal ondersteuning worden geboden aan leidinggevenden in de zorg, hoe medewerkers te coachen bij het maken van plannen. Met afdeling Short Stay is in gezamenlijkheid met de behandelaren een aparte route opgesteld. Hieronder de aantallen aanwezig per afdeling



Kas Florisol	15
Short Stay	18
Pico Plata	0
MS 1-7	11
Long Stay	19
Sonrisa	14
ATC	1
UMM	12
IAB	6
Totalen	96

Daarnaast is er uitgebreid contact geweest met de hoofdopleiders van RINO – Utrecht wat er in heeft geresulteerd dat GGz Curaçao licentiehouders SRH zal zijn. Op die wijze blijven we bij met de nieuwe ontwikkelingen en zijn we in staat om docenten en coaches en medewerkers gecertificeerd te houden c.q. krijgen.

#### 4. E – learning

Het lag in de bedoeling om in het eerste kwartaal van 2019 ggz-ecademy volledig in te voeren in de organisatie. Door een combinatie van factoren is dat nog niet geheel gelukt. Op 31 december 2019 hebben 93 medewerkers reeds een account waarmee ze zelfstandig aan de slag kunnen met de e-learning. De door Samenwerkende Fondsen gedoneerde laptops worden ingezet om blended learning situaties te creëren wat een beter leerresultaat geeft. In het eerste kwartaal van 2020 zullen alle medewerkers een account hebben in de e-learning omgeving en zal met de leidinggevenden van alle afdelingen afspraken worden gemaakt over welke modules per afdeling verplicht worden gesteld. Vanuit opleiding zal per afdeling worden afgesproken welke begeleiding bij de implementatie noodzakelijk is.

#### 5. Samenwerking Parnassia/ motiverende gespreksvoering

In januari hebben twee medewerkers van Parnassia, een Kinder- en Jeugdpsychiater en een Psycholoog, aan de behandelaren de training ‘Motiverende gespreksvoering’ gegeven. In voorbereiding daarop hebben alle behandelaren de modules motiverende gespreksvoering vanuit de e-learning gevolgd. In oktober zijn de trainers teruggekomen en hebben zij voor behandelaren een train de trainer-programma gegeven. In 2020 zal de training Motiverende Bejegening door een 6- tal behandelaren worden gegeven voor al het zorgpersoneel van GGz Curaçao.

#### 6. Scholingskaart

Al langere tijd bestaat de wens dat alle medewerkers een scholingskaart bijhouden. Per dienst zal moeten worden vastgesteld hoeveel scholingsuren een medewerker moet kunnen

overleggen in 1 jaar. Dit kunnen trainingen zijn die binnen GGz Curaçao worden georganiseerd, maar ook symposia, lezingen etc. buiten de organisatie.

Dit is nog niet gerealiseerd. Het gebruik van e-learning kan er ook voor gaan zorgen dat medewerkers daadwerkelijk aan het gestelde aantal punten kunnen komen. Ook zullen de mogelijkheden verder worden onderzocht om een en ander digitaal te registreren in Insite /Afas.

#### 7. Elektronisch patiëntendossier

In het verslagjaar heeft de organisatie een nieuw elektronisch patiëntendossier gekozen. In november zijn in totaal 187 medewerkers (GGz Curaçao en FMA) getraind in de basisvaardigheden van het nieuwe systeem Asterisque. Door onvoorziene omstandigheden is



de implementatie van Asterisque uitgesteld naar 2020. Op het moment van implementatie zullen door de applicatiebeheerders nieuwe trainingen worden georganiseerd.

#### 8. Management Drives

Management Drives is een methode om drijfveren van medewerkers in organisaties in kaart te kunnen brengen. Hiermee beschikt de organisatie over een instrument wat behulpzaam is bij de verhoging van de performance van de organisatie door de effectiviteit van de medewerkers te vergroten. GGZ Curaçao hanteert dit instrument in eerste instantie voor leidinggevendenden. In 2019 zijn een 4-tal medewerkers (verder) getraind in het toepassen van het instrument in de organisatie en zijn alle 4 gecertificeerd in het hanteren van individuele en groepsprofielen. In 2020 wordt dit instrument breed toegepast onder meer bij de ontwikkeling van de nieuwe aansturing van de zorg.

#### 9. 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 GGZ Curaçao aan gemiddeld zo'n 100 studenten van verschillende opleiding een stageplek geboden.

Om die stages in goede banen te leiden en stagiaires optimaal te begeleiden zijn in 2019 in samenwerking met de Stichting Zorgfederatie 27 nieuwe leermeesters opgeleid. GGZ Curaçao beschikt momenteel over 98 gecertificeerde leermeesters.

### 4.5 Financieel beleid 2019

Speerpunt	#	Strategische doelstellingen	Gehaald
<b>Financiële en Patiënten Administratie</b>			
Tarieven	1	Er is een maximale bijdrage geleverd aan het traject om te komen tot (een advies voor) herziening van tarieven voor psychiatrische zorg waarmee de coördinator zorgautoriteit van BTP is belast. Alle informatie, berekeningen en achtergrond informatie is aan de Zorgautoriteit i.o. gegeven en uitgebreid toegelicht.	☹️
	2	Reductie in debiteuren met 20% per 30 juni 2019 t.o.v. debiteurenstand per 31 december 2018 (ter verbetering van het werkkapitaal). Debiteurenstand per 31 dec 2018 bedroeg ANG 1.128.562. Per 30 juni 2019 is dit met ANG 631.600 (56%) gedaald tot ANG 496.962. Per eind 2019 was de stand ANG. 1.115.869 waarbij het Ministerie van Justitie het grootste gedeelte van de openstaande saldo voor haar rekening nam.	😊
	3	De fysieke archieven zijn verder geminimaliseerd en het digitale archief is zodanig ingericht dat stukken efficiënt terug gevonden kunnen worden. Archief van Financieel en Patiënten Administratie is minimaal en geordend, stukken worden in Exact opgeslagen muv kasstukken.	😊



	4	Alle contracten zijn digitaal gecentraliseerd in een contractenbeheersysteem waardoor gedegen contractenmanagement kan worden gedaan. Dit project is door beperking in bezetting niet in 2019 opgepakt.	
Budget-verantwoordelijkheid	5	De verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van het budgethouderschap voor leidinggevendens zijn vastgesteld Begroting 2019 is ism de budgethouders opgesteld. Ook is een handleiding mbt begrotingsposten opgesteld en in een presentatie toegelicht aan de budgethouders. Er staat vast dat de budgethouders zich meer bewust zijn van de budgetten. Het sluitstuk, mn het rapporteren van de realisatie vs begroting is niet naar verwachting gegaan. Derde kwartaal is gerapporteerd, de rapportage neemt veel tijd in beslag. Om dit aan te pakken, hebben wij deze rapportage laten inrichten mbt MS Power BI.	
ECD	6	Het nieuwe ECD is gekoppeld aan Exact. Een koppeling tussen Asterisque en Exact is gebouwd en wordt momenteel gevalideerd.	
ERP	7	In het licht van de discussie over ERP is een beslissing genomen omtrent de aanschaf en het gebruik van (zo mogelijk nieuwe) financiële software. Dit project is door beperking in bezetting niet in 2019 opgepakt.	
ICT	8	Upgrade Windows Servers Upgrade van de Windows Server licentie 2016 is succesvol geïmplementeerd eind 2018.	
	9	Upgrade Backup strategie De back-up locatie is ingericht, echter er zijn meer licenties nodig voor voldoende dekking voor back-up. Wordt in 2020 afgerond.	
	10	Upgrade naar Office 365 Er is besloten om niet over te gaan naar abonnement van O365 maar om MS Office 2019 aan te schaffen. Deze is succesvol in 2019 uitgerold in het laatste kwartaal 2019.	
	11	Smart monitoring solution Firewall soft- en hardware Fortinet en anti-virus ESET zijn in de laatste kwartaal 2019 aangeschaft en begin december 2019 startte ICT afdeling met de implementatie hiervan. Het project is succesvol geïmplementeerd.	





	12	De in de IT-audit van Pure ICT gesignaleerde tekortkomingen met een toegekend hoog risico zijn allen afdoende gemitigeerd. In totaal waren er 10 aanbevelingen met hoog of middel-hoog risico. Van deze zijn er 5 volledig afgerond, 2 gedeeltelijk afgerond en staan er 3 nog open. Investerings zijn gedaan in MS Server licentie, firewall (Fortinet), antivirus (ESET), Citrix platform en thin cliënt. Verder zijn de nodige upgrades gedaan.	😊
--	----	---	---

Innovatie en vooruitgang op ICT vlak stonden centraal gedurende het jaar 2019 bij Klinika Capriles. Het project voor de ontwikkeling en implementatie van een nieuw Electronisch Cliënten Dossier (ECD) werd in 2019 opgestart. Dit project bracht met zich mee dat er noodgedwongen ook diverse investeringen in het ICT-infrastructuur en –systeem moesten plaatsvinden. Klinika Capriles heeft deze materiële investeringen deels uit zijn operationele cashflow en deels door een lening bij de Orco Bank gefinancierd. Het ECD-programma werd volledig door de operationele cashflow bekostigd. Dit heeft een negatieve impact gehad op de liquiditeitspositie van Klinika Capriles. Waar Klinika Capriles had verwacht dat het budget voor Basisverzekering verhoogd zou worden, besloot de overheid wederom hetzelfde budget toe te kennen. Dit terwijl het budget voor Basisverzekering al jaren niet kostendekkend is. Ook hebben Klinika Capriles en Fundashon pa Maneho di Adikshon (FMA) concrete stappen genomen om FMA aan te sluiten bij de Stichting GGz Curaçao, de moederstichting van Klinika Capriles. Dit is per 20 maart 2020 gerealiseerd.

Klinika Capriles realiseerde in 2019 een exploitatietekort van ANG 420.947 en zag hierdoor zijn eigen vermogen slinken tot ANG 252.903.

De cijfers voor 2019 en 2018 zijn in onderstaande tabel gepresenteerd.

Realisatie	2019	2018	Vershil	Vershil in %
Opbrengsten verrichtingen	23,703,897	24,471,147	(767,250)	-3%
Overige opbrengsten	1,392,038	1,323,202	68,836	5%
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>25,095,935</b>	<b>25,794,349</b>	<b>(698,414)</b>	<b>-3%</b>
Directe kosten	2,095,720	2,032,590	63,130	3%
Lonen en salarissen	18,695,368	18,749,591	(54,223)	0%
Afschrijvingskosten	612,669	732,586	(119,917)	-16%
Overige kosten	4,007,037	3,690,722	316,315	9%
<b>Totale kosten</b>	<b>25,410,794</b>	<b>25,205,489</b>	<b>205,305</b>	<b>1%</b>
<b>Exploitatieresultaat</b>	<b>(314,859)</b>	<b>588,860</b>	<b>(903,719)</b>	<b>-153%</b>
Financiële baten en lasten	(106,088)	(213,187)	107,099	-50%
<b>Resultaat</b>	<b>(420,947)</b>	<b>375,673</b>	<b>(796,620)</b>	<b>-212%</b>

### Opbrengsten

De opbrengsten uit verrichtingen voor het jaar 2019 vertonen een daling van 3% ten opzichte van vorig jaar, dit wordt voornamelijk verklaard door de daling in de bezetting van de afdeling Pico Plata. In deze afdeling worden cliënten die op basis van een rechterlijk bevel (Hof van Justitie) zoals onder curatele, vonnis of een KZ opgenomen. De daling in bezetting vertaalt zich in ANG 658K minder opbrengst verpleegdagen.



De overige opbrengsten voor het jaar 2019 laten een bescheiden stijging van 5% zien ten opzichte van 2018. Dit is te danken aan ontvangen donatie van Stichting Samenwerkende Fondsen voor het project om ECademy leerplatform uit te rollen waar een bedrag van ANG 24K mee gemoeid was. Verder vertonen de huuropbrengsten en opbrengsten uit ondersteunende diensten ook een stijging.

## Kosten

De kosten voor het jaar 2019 zijn met 1% oftewel ANG 205K gestegen ten opzichte van het jaar ervoor. De directe kosten en overige kosten zijn met 3% respectievelijk 9% gestegen terwijl de lonen en salarissen en afschrijvingskosten een daling vertonen ten opzichte van vorig jaar.

### *Directe kosten*

Deze kosten betreffen direct aan de cliënt gerelateerde verbruikskosten. De stijging wordt veroorzaakt door stijging in prijzen van voedingsmiddelen met 3% alsook prijsstijging in medicijnen met 6%.

### *Lonen en salarissen*

In 2019 werden de uitzendkrachten drastisch gereduceerd en is personeel in dienst genomen. Per ultimo boekjaar heeft Klinika Capriles 238 fte's in dienst (2018: 235 fte's). Daarnaast realiseerde Klinika Capriles een meevaller in de lasten met betrekking tot duurtetoeslag. Er werd geconstateerd dat de duurtetoeslagpremie van een aantal gepensioneerden ten onrechte ten laste van Klinika Capriles waren gebracht. APC trok dit in 2019 recht.

### *Afschrijvingskosten*

Daling in de afschrijvingskosten wordt verklaard door toename in de vrijval fonds materiële activa met betrekking tot de afschrijvingskosten op de onroerende zaken waarvan Land Curaçao nog steeds eigenaar is. Verder zijn de ICT-investeringen pas in de laatste kwartaal van 2019 geïmplementeerd waardoor er weinig afgeschreven is.

### *Overige kosten*

De post *overige kosten* toont een stijging van 9% (ANG 316K) ten opzichte van vorig jaar. Deze stijging wordt verklaard door stijging van ANG 170K in water- en elektrakosten door prijsstijging alsook stijging in verbruik. De algemene kosten vertonen ook een stijging ten opzichte van vorig jaar. Dit wordt veroorzaakt door het opnemen als een verplichting van een naheffingsaanslag loonbelasting ter waarde van ANG 293K en extra afschrijvingskosten (ANG 216K) met betrekking tot voorgaande jaren in verband met stroomlijnen van de afschrijvingspercentages. Tegenover deze extra kosten stond de ontvangen restitutie van verzekeringspremie over voorgaande jaren als een meevaller alsook de daling in huurkosten door de verhuizing van Un Mihó Mañan.

### *Resultaatratio*

Resultaat ratio	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaat ratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten)	(0.02)	0.01
Resultaat	(420,947)	375,673
Totale opbrengsten	25,095,935	25,794,349



### Liquiditeit

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Quick ratio (vlottende activa exclusief voorraden ten opzichte van de kortlopende schulden)	0.24	0.25
Current ratio (vlottende activa inclusief voorraden gedeeld door kortlopende schulden)	0.27	0.28
Vlottende activa inclusief voorraden	2,314,609	2,124,897
Vlottende activa exclusief voorraden	2,098,738	1,917,483
Totaal kortlopende schulden	8,569,776	7,713,057

Onze liquiditeitspositie is in 2019 licht verslechterd ten opzichte van 2018. De investering in het nieuwe ECD (ANG 298K) werd volledig met de operationele cashflow van Klinika Capriles gefinancierd. Hierdoor zag Klinika Capriles zich genoodzaakt om betaling van een aantal korte termijn verplichtingen uit te stellen. Dit leidde tot achterstand o.a. in de schuld aan het Algemeen Pensioenfonds Curaçao (APC) in verband met duurtetoeslagpremies en pensioenpremies. Een stijging in het budget BVZ is een belangrijke voorwaarde om een gezonde quickratio (1) te behalen. Klinika Capriles verkeert nog steeds in de gevarenzone.

### Solvabiliteit

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0.01	0.03
Vermogensratio (totaal eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0.01	0.03
Totaal eigen vermogen	252,903	673,850
Balanstotaal	22,185,155	22,996,019
Totaal opbrengsten	25,095,935	25,794,349

De solvabiliteit is verslechterd, dit komt door het geleden verlies in 2019 welk onttrokken van de overige reserves zal worden.



## 5. Verkorte geconsolideerde jaarrekening 2019

### 5.1. Verkorte geconsolideerde balans per 31 december 2019

(vóór resultaatbestemming)

	2019	2018
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>		
<b>ACTIVA</b>		
<b>Vaste activa</b>		
Materiële vaste activa	17,630,360	18,607,271
Financiële vaste activa	2,180,818	2,180,818
Waarborgsommen	59,368	83,033
	<u>19,870,546</u>	<u>20,871,122</u>
<b>Vlottende activa</b>		
Vorraden	215,871	207,414
Debiteuren	1,084,994	1,105,993
Vorderingen op verbonden partijen	-	14,706
Overige vorderingen en overlopende activa	529,365	612,511
Liquide middelen	484,379	184,273
	<u>2,314,609</u>	<u>2,124,897</u>
	<u>22,185,155</u>	<u>22,996,019</u>
<b>PASSIVA</b>		
<b>Eigen vermogen</b>		
Stichtingskapitaal	100	100
Overige reserves	673,750	298,077
Resultaat lopend boekjaar	(420,947)	375,673
	<u>252,903</u>	<u>673,850</u>
<b>Voorzieningen</b>		
Voorziening Jubilea	825,908	818,203
<b>Langlopende schulden</b>		
Fonds Materiële vaste activa	10,686,994	11,652,666
Kredietinstellingen	1,849,574	2,138,243
	<u>12,536,568</u>	<u>13,790,909</u>
<b>Kortlopende schulden</b>		
Kortlopend deel lening	549,112	524,587
Crediteuren	693,976	807,529
Vooruitontvangen budget SVB	363,000	-
Schulden aan verbonden partijen	2,058,962	1,762,635
Belastingen en premies sociale verzekeringen	3,596,017	3,202,897
Overige schulden en overlopende passiva	1,308,709	1,415,409
	<u>8,569,776</u>	<u>7,713,057</u>
	<u>22,185,155</u>	<u>22,996,019</u>



## 5.2. Verkorte geconsolideerde staat van baten en lasten over 2019

	2019	Begroting 2019	2018
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>			
<b>BATEN</b>			
Opbrengsten verrichtingen	23,703,897	23,907,226	24,471,147
Overige opbrengsten	1,392,038	1,021,760	1,323,202
	<u>25,095,935</u>	<u>24,928,986</u>	<u>25,794,349</u>
<b>Directe kosten</b>			
Verbruik behandelings-, kleding-, en voedingsartikelen	2,095,720	2,166,960	2,032,590
	<u>23,000,215</u>	<u>22,762,026</u>	<u>23,761,759</u>
<b>LASTEN</b>			
Lonen en salarissen	18,695,368	19,447,501	18,749,591
Afschrijvingskosten	612,669	990,700	732,586
Overige kosten	4,007,037	4,016,865	3,690,722
	<u>23,315,074</u>	<u>24,455,066</u>	<u>23,172,899</u>
<b>Exploitatieresultaat</b>	<b>(314,859)</b>	<b>(1,693,040)</b>	<b>588,860</b>
Financiële baten en lasten	(106,088)	(137,607)	(213,187)
<b>Resultaat</b>	<b><u>(420,947)</u></b>	<b><u>(1,830,647)</u></b>	<b><u>375,673</u></b>



### 5.3. Verkorte geconsolideerde kasstroomoverzicht over 2019

	2019	2018
<i>(in Antilliaanse guldens)</i>		
<b>Kasstroom uit operationele activiteiten</b>		
Exploitatieresultaat	(314,859)	588,860
<i>Aanpassingen voor:</i>		
Afschrijvingen	612,669	732,586
	297,810	1,321,446
Verandering in werkkapitaal:		
(Toename)/afname Waarborgsommen	23,665	-
(Toename)/afname debiteuren	20,999	(500,441)
(Toename)/afname overige vorderingen	97,852	89,970
(Toename)/afname voorraad	(8,457)	(39,053)
Toename/(afname) crediteuren	(113,553)	56,714
Toename/(afname) voorziening jubilea	7,705	21,065
Toename/(afname) overige schulden	945,748	(19,552)
Ontvangen interest	68,874	74,636
(Betaalde) interest	(174,962)	(206,322)
<b>Kasstroom uit operationele activiteiten</b>	<b>1,165,681</b>	<b>798,463</b>
<b>Kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>		
Investerings materiële vaste activa	(601,430)	(314,880)
<b>Kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>	<b>(601,430)</b>	<b>(314,880)</b>
<b>Kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>		
Aflossing annuïteitenlening Orco Bank	(264,145)	(491,074)
<b>Kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>	<b>(264,145)</b>	<b>(491,074)</b>
<b>Netto kasstroom</b>	<b>300,106</b>	<b>(7,491)</b>
Liquide middelen en kredietinstellingen begin boekjaar	184,273	191,764
(Afname)/toename liquide middelen	300,106	(7,491)
<b>Liquide middelen per eind boekjaar</b>	<b>484,379</b>	<b>184,273</b>



## **5.4. Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2019**

### **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*

De Stichting wordt bestuurd door een Raad van Toezicht model. De Raad van Bestuur is statutair en integraal eindverantwoordelijk voor de bestuurstaken. De Stichting behoort als werkstichting tot de Stichting GGz Curaçao. 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;
- Fundashon pa Maneho di Adikshon (sinds 20 maart 2020).

#### *Consolidatiekring*

De Stichting oefent een feitelijk beleidsbepalende invloed uit op Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP). De Stichting oefent ook een overheersende zeggenschap uit op KJP (RJ 217.212). KJP wordt middels het BVZ van de Stichting gefinancierd door de SVB. KJP heeft geen eigen BVZ-budget. De jaarrekening is de geconsolideerde jaarrekening van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles en KJP.

#### *Continuïteit*

De Stichting sloot het jaar 2018 met een positief eigen vermogen van ANG 673.750 en realiseerde een exploitatietekort van ANG 420.947 over het jaar 2019 waardoor het eigen vermogen per 31 december 2019 meer dan gehalveerd is. Dit bevestigt ook dat de continuïteit van de Stichting nog steeds in het geding is. Om de continuïteit te kunnen garanderen dient de Stichting een bekostigingssysteem dat toekomstbestendig met de financierders overeen te komen. Sinds december 2019 vonden diverse gesprekken met het Ministerie van GMN alsook de Zorgautoriteit i.o. om te komen tot tariefbepaling.

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 november 2019 met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) gevoerd over de hoogte van het budget voor BVZ voor het jaar 2020. 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 2019 heeft de Stichting een Ministeriële Beschikking gedateerd 11 februari 2019 (no. 2019/2143) 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 daaropvolgend tot en met 2019 is geen zorgovereenkomst getekend met de SVB. Het voorschot dat is toegekend voor het boekjaar 2019 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 2019 is ANG 11.9 mln (2018: ANG 11.3 mln) door de Stichting aan declaraties ingediend bij het SVB-AVBZ-fonds. Aan voorschotten werd ANG 13.1 mln (2018: ANG 12.2 mln) ontvangen in 2019.

#### *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.

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.

Indien aan een materieel vast actief telkens na een langere gebruiksperiode groot onderhoud wordt verricht, worden de kosten in direct verband met het groot onderhoud in de boekwaarde van het actief verwerkt.

#### *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 kasstroom genererende 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-waardeverminderingverlies wordt direct als een last verwerkt in de staat van baten en lasten onder gelijktijdige verlaging van de boekwaarde van het betreffende actief.

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

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

#### *Vorraden*

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

De opbrengstwaarde is de geschatte verkoopprijs onder aftrek van direct toerekenbare verkoopkosten. Bij de bepaling van de opbrengstwaarde wordt rekening gehouden met de incurantheid van de voorraden.

De Stichting beschikt over twee voorraadmagazijnen, namelijk een voorraadmagazijn voor de medicijnen, verbandartikelen, 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 2019 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.

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 blijf kans.

#### *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.

Winsten worden slechts opgenomen voor zover zij op balansdatum zijn gerealiseerd. Verliezen en risico's die hun oorsprong vinden voor het einde van de verslagperiode, worden in acht genomen indien zij voor het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

##### *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 prijsrisico.

#### *Renterisico*

De Stichting heeft voor de bouw van Longstay een lening afgesloten tegen een vast rentepercentage van 5.75% voor 10 jaar alsmede een termijndeposito (als onderpand) met een vast rentepercentage van 3%. Alle overige vorderingen en schulden zijn niet rentedragend.

#### *Kredietrisico*

De Stichting heeft een grote debiteur hetgeen onder normale omstandigheden zou leiden tot een verhoogd kredietrisico. Het Ministerie van Justitie vormt de meest significante debiteur. Het Ministerie voert een beleid uit namens het Land Curaçao. 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 in de jaarverantwoording opgenomen verkorte geconsolideerde jaarrekening 2019

#### Ons oordeel

De verkorte geconsolideerde jaarrekening 2019 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles (de 'Stichting') te Curacao is ontleend aan de gecontroleerde geconsolideerde jaarrekening 2019 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles.

Naar ons oordeel is de verkorte geconsolideerde jaarrekening 2019 in alle van materieel zijnde aspecten consistent met de gecontroleerde geconsolideerde jaarrekening 2019 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles op basis van de grondslagen zoals beschreven in punt 1.4.2 in de toelichting.

De verkorte geconsolideerde jaarrekening bestaat uit:

- de verkorte geconsolideerde balans per 31 december 2019;
- de verkorte geconsolideerde staat van baten en lasten over 2019;
- het verkorte geconsolideerde kasstroomoverzicht over 2019, en
- de toelichting met een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

#### Verkorte geconsolideerde jaarrekening

De verkorte geconsolideerde jaarrekening bevat niet alle toelichtingen die zijn vereist op basis van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek van Curacao gebruik makende van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, zoals gepubliceerd door de Nederlandse Raad voor de Jaarverslaggeving. Het kennisnemen van de verkorte geconsolideerde jaarrekening en onze verklaring daarbij kan derhalve niet in de plaats treden van het kennisnemen van de gecontroleerde geconsolideerde jaarrekening van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles en onze controleverklaring daarbij.

#### De gecontroleerde jaarrekening en onze controleverklaring daarbij

Wij hebben een oordeel met beperking verstrekt bij de gecontroleerde geconsolideerde jaarrekening 2019 van Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles in onze controleverklaring van 18 juni 2020.



**Building a better  
working world**

### **De basis voor ons oordeel met beperking**

Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles verantwoordt de jaarlijks aan het Algemeen Pensioenfonds Curacao ('APC') te betalen duurtetoeslag in de staat van baten en lasten in het jaar dat deze verschuldigd zijn aan APC en heeft geen actuariael bepaalde voorziening duurtetoeslag opgenomen in de balans voor de naar de toekomst toe te verwachte uitstroom van middelen in relatie tot deze duurtetoeslag. Dit is niet in overeenstemming met in Nederland algemeen aanvaarde grondslagen voor financiële verslaggeving. De inschatting is dat deze voorziening per 31 december 2019 minimaal ANG 10 miljoen zal bedragen waardoor het eigen vermogen tevens met minimaal ANG 10 miljoen zal afnemen. Het resultaat in de staat van baten en lasten is als gevolg van het niet opnemen van een voorziening te laag weergegeven.

### **Benadrukking van onzekerheid omtrent continuïteit**

Zoals weergegeven in de paragraaf 'de basis voor ons oordeel met beperking' dient de voorziening duurtetoeslag verantwoord te worden in de geconsolideerde jaarrekening. Bij opname van deze voorziening is het eigen vermogen per 31 december 2019 aanzienlijk negatief. Verder vestigen wij de aandacht op de continuïteitsparagraaf op pagina 67 en 68 in de toelichting op de geconsolideerde jaarrekening. Hierin is uiteengezet dat de Stichting over het afgelopen jaar een exploitatieverlies heeft behaald van ANG 420.947. Op grond van het feit dat de Stichting een zogenaamde systeem-instelling is, de diverse externe onderzoeken én de uitkomsten van het overleg met de minister, is het bestuur van de Stichting van mening dat een oplossing voor de continuïteit gevonden zal worden. Deze overtuiging is voor het Bestuur van de Stichting dan ook de reden om de geconsolideerde jaarrekening op basis van continuïteit op te maken. De hiervoor geschetste situatie doet geen afbreuk aan ons oordeel.

### **Verklaring over de in de jaarverantwoording opgenomen andere informatie**

Naast de verkorte geconsolideerde jaarrekening en onze controleverklaring daarbij, omvat de jaarverantwoording andere informatie, die bestaat uit het voorwoord, uitgangspunten van de verslaggeving, profiel van de organisatie, governance, beleid, inspanningen en prestaties.

Op grond van onderstaande werkzaamheden zijn wij van mening dat de andere informatie met de geconsolideerde jaarrekening verenigbaar is en geen materiële afwijkingen bevat.

Wij hebben de andere informatie gelezen en hebben op basis van onze kennis en ons begrip, verkregen vanuit de jaarrekeningcontrole of anderszins, overwogen of de andere informatie materiële afwijkingen bevat. Met onze werkzaamheden hebben wij voldaan aan de vereisten van de Internationale Standaard 720. Deze werkzaamheden hebben niet dezelfde diepgang als onze controlewerkzaamheden bij de verkorte geconsolideerde jaarrekening.

### **Verantwoordelijkheden van het bestuur en de raad van toezicht voor de in de jaarverantwoording opgenomen 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 1.4.2 in de toelichting.





**Building a better  
working world**

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

**Onze verantwoordelijkheden voor de controle van de in de jaarverantwoording opgenomen verkorte geconsolideerde jaarrekening**

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel of de verkorte 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,                      18 juni 2020  
12014590                      120/23099

Ernst & Young Accountants

Was getekend  
C. Smorenburg RA AA



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



Yudaboyu  
Mohikanenweg 8  
Tel: 738 9511  
Fax: 738 9553



Zijn onderdeel van

