

**STICHTING VERPLEEGHUIZEN CURAÇAO
(VERPLEEGHUIS BETÈSDA)**

**KWALITEITSRAPPORTAGE
2019**



INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding.....	3
2. Organisatie.....	3
2.1. Algemene informatie	3
2.2. Doelstelling, functies en doelgroepen.....	3
2.3. Planning & Control cyclus	5
3. Kwaliteitsbeleid en –doelstellingen	6
4. Prestaties	8
4.1. Patiënten/Cliënten.....	8
4.1.1. Klachten.....	8
4.1.2. Fouten en bijna ongevallen	9
4.1.3. Werken aan vraaggerichte zorg	10
4.2. Medewerkers	11
4.2.1. Verloop personeel.....	11
4.2.2. Waarborgen van de kwaliteit van personeel.....	11
4.2.3. Ziekteverzuim	12
4.3. Samenleving	12
4.3.1. Activiteiten richting samenleving	12
4.3.2. Wijze waarop instelling deel uitmaakt van de zorgketen.....	12

1. Inleiding

In dit document wordt de kwaliteitsrapportage van 2019 van de Stichting Verpleeghuizen Curaçao (in de volksmond **Verpleeghuis Betèsda**) verantwoord. Het doel van deze kwaliteitsrapportage is het verstrekken van informatie aan belanghebbenden en het afleggen van verantwoording over de uitkomsten van het gevoerde beleid aan de toezichthouders.

2. Organisatie

2.1. Algemene informatie

De Stichting Verpleeghuizen Curaçao (SVC) is een zorginstelling die sinds de oprichting in 1988 wordt gekenmerkt door zorgzaamheid en sociale bewogenheid. SVC richt zich op het verlenen van professionele (para) medische-, verpleegkundige en psychosociale zorg, waarbij wordt uitgegaan van het “zorg op maat” principe voor iedere individuele zorgvrager. Dit impliceert dat een bewonersgerichte benadering wordt gehanteerd rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de individuele bewoner van SVC.

De SVC wordt dagelijks aangestuurd door de Algemeen Directeur, die verantwoording verschuldigd is aan het Bestuur van de Stichting Verpleeghuizen Curaçao.

De aangeboden zorg wordt geleverd op basis van een zorgcontract met de Stichting Sociale Verzekeringsbank (SVB) en bekostigd vanuit het AVBZ-fonds. Dit zorgcontract is niet meer aangepast sinds 2012.

De zorginstelling geeft de volgende informatie weer in onderstaande tabelvorm.

Naam verslagleggende instelling	Stichting Verpleeghuizen Curaçao
Adres	Kaya Mgr. Dr. Amado Römer 1
Telefoonnummer	868-4044
Emailadres	betesda@betesdacuracao.an
Soort instelling	Verpleeghuis
Besturingsmodel volgens statuten	Bestuur en directeur

2.2. Doelstelling, functies en doelgroepen

Doelstellingen

Statutair:

1. Het verplegen van lichamelijke en/of geestelijke zieke en/of gehandicapte personen, die niet noodzakelijk in een ziekenhuis moeten verblijven, doch aan wie thuis niet de nodige verpleging kan worden geboden, een en ander met eerbiediging van de geloofsovertuiging van de verplegden.

Zorg en dienstverlening:

1. Zorg komt overeen met de kwaliteit die van haar verwacht mag worden op grond van afspraken met de overheid als beleidsmakende instantie en de zorgverzekeraar.
2. De SVC biedt cliëntgerichte zorg op grond van kennis van de behoeften van verschillende cliëntgroepen en de beschikbaarheid van zorgpakketten.

Personeel:

1. De SVC beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel waarmee inhoud gegeven kan worden aan haar primair proces, de zorgverlening. Dit gebaseerd op haar visie, waarin de mens centraal staat.
2. De SVC beschikt over voldoende managementcapaciteit om het primaire proces en de gewenste organisatieontwikkeling met voortvarendheid te managen.
3. De SVC beschikt over een personeelsbeleid dat gedragen wordt door bestuur, directie en de medewerkers. Een arbeidsvoorwaardenbeleid dat haar oorsprong vindt in de CAO en rechtvaardige beloning maakt hier onderdeel van uit.

De visie en missie van Betèsda

Visie

Betèsda levert verpleeghuiszorg, korte-, langdurige medische zorg, respijtzorg, reactivering, ouderen en senioren en zorghotel aan de bewoners van Curaçao die verpleegbehoevend zijn. Betèsda legt de zorgbehoefte en wensen van de cliënt centraal, werkt conform geldende kwaliteitsnormen, is toegankelijk voor iedereen en houdt rekening in haar bedrijfsvoering met het milieu.

Missie

Betesda wil haar visie realiseren door:

- Haar zorgprofiel uit te breiden; Naast verpleeghuiszorg ook korte medische zorg (incl. dagbehandeling en dagopvang), respijtzorg, reactivering en zorghotel, senioren en ouderenzorg.
- Multidisciplinaire service te leveren tegen een maatschappelijk aanvaardbare prijs.
- Het aangaan van strategische partnership.
- Tijdig te investeren in degelijk materiaal, gebouw en menselijke capaciteit.
- Een hygiënisch, milieubewust en goed onderhouden omgeving waar de cliënten zich thuis, prettig en veilig voelen met hoge mate van privacy.
- Kwalitatieve zorg: zorg conform de vigerende kwaliteitsnormen. Algemene preventie, ruimte voor psychologische en spiritueel welbevinden voor alle cliënten; totale zorg op basis van goede samenwerking tussen de familie, de cliënt, de zorgprofessionals en de ketenpartners.
- Medische en para-medische behandeling en zorg.
- Imagoverbetering door informatievoorziening te verbeteren en beschikbaar maken voor alle actoren.

De SVC voorziet in de volgende functies:

Functie	Ja/Nee
Huishoudelijke verzorging	Nee
Persoonlijke verzorging	ja
Verpleging	ja
Ondersteunende begeleiding	ja
Activerende begeleiding	ja
Behandeling	ja
Verblijf	ja

Doelgroep

De SVC richt zich op het verlenen van zorg aan verpleegbehoefligen. Het verpleeghuis geeft zorg aan personen die in een dusdanige fysieke en/of psychische toestand verkeren dat deze personen verpleeghuistechnische zorg behoeven met regelmatige medische supervisie en eventuele paramedische ondersteuning

Doelgroep	Ja/Nee
cliënten met een lichamelijke handicap/beperking	ja
cliënten met een verstandelijke handicap/beperking	ja
cliënten met een psychiatrische aandoening	nee
cliënten met een psychogeriatrische aandoening	ja
cliënten met een somatische aandoening	ja
cliënten met een zintuiglijke handicap, auditief en visueel	nee

2.3. Planning & Control cyclus

Beschrijving planning & controle Cyclus

De SVC beschrijft haar planning en controle cyclus in een meerjarenbeleidsplan, het Strategisch plan Betesda 2020 - 2025. Op basis van het Strategisch plan wordt het beleidsplan jaarlijks opgesteld met de speerpunten van de directie voor het desbetreffende jaar. Het opstellen van het beleidsplan voor het komende jaar vindt plaats in de maanden oktober tot en met december van het lopende jaar. Elke afdeling van de SVC stelt haar jaaplan op ter realisatie van de in het beleidsplan geformuleerde doelstellingen. De jaarplannen dienen met andere woorden als leidraad voor de afdelingsmanagers. Per kwartaal rapporteren de afdelingsmanagers naar de directie.

Na de kwartaalrapportage volgt een afstemmingsoverleg tussen de afdelingsmanagers en de directie en worden de jaarplannen volgens de PDCA-cyclus bijgesteld. De directie bespreekt de kwartaalrapportage in commissie verband (Financiën, HRM, Facilitair Zaken, Zorg) met de daarvoor aangestelde leden van het bestuur. Aan de hand van deze overleggrondes stelt de directie op haar beurt een kwartaalrapportage op over de gehele verpleeghuiszorg aan het bestuur.

Jaarlijks worden de jaarplannen geëvalueerd en waar nodig aangepast. De evaluatie-resultaten vormen samen met de geprioriteerde doelstellingen van het volgende jaar, de basis voor het opstellen van het beleidsplan en de jaarplannen voor het daaropvolgende jaar.

De Stichting beschikt over goedgekeurde jaarrekeningen t/m 2018.

3. Kwaliteitsbeleid en –doelstellingen

In dit kwaliteitsverslag rapporteren wij de bereikte resultaten zoals opgenomen in de jaarplannen.

Doelstellingen zijn deels gerealiseerd:

- Aan de vertaling van de zorgvisie naar de zorgverleners wordt dagelijks gewerkt.
- De PDCA-cyclus methode is door SVC geadopteerd, hieraan wordt dagelijks gewerkt.
- De bewonersraad is gericht op kwaliteitsverbetering in de zorg- en dienstverlening binnen Betèsda, maar was in het verslagjaar niet actief.

Kwaliteit van de zorg

In SVC heeft kwaliteit van zorg blijvende aandacht, omdat we groot belang hechten aan tevreden bewoners. Tevens willen we door goede communicatie en samenwerking deze blijvende aandacht vanuit een hoogwaardige verpleeghuiszorg kunnen blijven bieden. Onze zorg wordt afgestemd op de behoeften van de individuele bewoner en houdt rekening met zijn of haar voorgeschiedenis en diens huidige omstandigheden. Binnen een klimaat van veiligheid en respect, wordt de bewoner persoonlijk en professioneel behandeld, verpleegd, verzorgd en benaderd.

De SVC is actief bezig met gerichte acties om te komen tot een continue kwaliteitsverbetering van de verpleeghuiszorg.

- Jaarlijks worden tussen het manager zorg, de afdelingshoofden en zorgverleners afspraken gemaakt om kwaliteitsverbeteringen te kunnen realiseren.
- Jaarlijks worden (ondersteunende) protocollen en procedures gereviseerd en aangepast conform Villans.
- De registratie van incidenten vindt continu plaats en wordt vastgelegd in een korte Rapportage zowel in het eerste halfjaar als aan het einde van het jaar in het Jaarverslag VIM.
- Het is de bedoeling dat de bewonersraad twee keer per jaar overleg pleegt met de directie en/of de maatschappelijke werker. In het verslagjaar hebben deze bijeenkomsten niet plaatsgevonden.

De organisatie van de SVC beschikt over een klachtenfunctionaris en een interne klachtencommissie die conform het vastgestelde in de klachtenregeling van SVC, functioneert. Daarnaast is er een onafhankelijke Gezamenlijke Klachtencommissie geïnstalleerd vanuit het samenwerkingsverband in de Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao, alwaar cliënten van de aangesloten organisaties, te weten de SGR-groep, Stichting Birgen di Rosario, Stichting Hugenholtz en onze stichting terecht kunnen met klachten die intern niet naar tevredenheid konden worden opgelost.

Vanuit de SVC zijn in het verslagjaar informatiebijeenkomsten georganiseerd, waarbij de betrokkenheid van familieleden en/of contactpersonen bij de totale zorg van de zorgvrager in stand wordt gehouden, verbeterd en/of vergroot. Met het optimaliseren van het contact met familieleden en/of contactpersonen wordt de zorg beter afgestemd op de wensen en behoeften van de bewoners.

Aan het einde van het verslagjaar is een enquête verricht om informatie te verkrijgen over de wijze waarop bewoners/familieleden van bewoners het verpleeghuis ervaren. Het doel van de verrichte enquête was gericht op het verkrijgen van inzicht in de opgedane ervaring door de bewoners/familieleden van de bewoners ter verbetering van de verleende zorg en diensten aan onze cliënten. De resultaten zijn in het verslagjaar niet verwerkt.

√ **Veiligheid**

Om de veiligheid van zowel cliënten en personeel te garanderen, volgt de SVC zoveel mogelijk de richtlijnen op van cliëntenveiligheid en van de lokale brandweer.

Ten aanzien van de cliëntenveiligheid wordt gekeken naar het onbedoeld lichamelijke en/of psychische schade die cliënten c.q. bewoners kunnen oplopen door fouten van hulpverleners of door tekortkomingen van het zorgsysteem.

Daarnaast beschikt SVC over een Ontruimingsplan Betèsda, dat in het geval van calamiteiten kan worden aangewend in nauwe samenwerking met de lokale brandweer.

Ter waarborging van de veiligheid draagt de SVC voor:

- het registreren van incidentenmeldingen middels het Veilig Incidenten Melding (VIM) systeem;
- het actueel houden van protocollen en procedures van handelen;
- het regelmatig (laten) verzorgen van trainingen;
- het regelmatig (simulatie-)oefeningen doen op de afdelingen;
- het verstrekken van informatie aan medewerkers en bewoners.

√ **Kwaliteitsmanagementsysteem**

Het verbeterplan dat SVC heeft ingezet naar aanleiding van het auditrapport van de Inspectie voor de Volksgezondheid in 2016 heeft het Nederlands kwaliteitskader Verpleeghuiszorg als referentie. Het is van strategisch belang om op dit niveau de zorg binnen SVC te organiseren en te verlenen.

Organisatie van het kwaliteitsbeleid

In het verslagjaar heeft de bewaking van de geleverde kwaliteit plaatsgevonden als onderdeel van de reguliere planning & controle cyclus en middels overlegmomenten. Het betreft overlegmomenten met het managementteam en in de vorm van individuele werkoverleg met leidinggevenden. Centraal binnen de organisatie blijft het bieden van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven binnen de organisatie.

De SVC ziet kwaliteit als een onlosmakelijk deel van de zorg die ze aan de bewoners aanbiedt. Dagelijks wordt aan dit deel van de zorg aandacht besteed door:

- het regelmatig verstrekken van informatie aan medewerkers door middel van werkoverleg;
- het opstellen en reviseren van (zorg)protocollen;
- het reviseren en indien nodig aanpassen van huisregels;
- het werken met zorgplannen;
- het inventariseren en aanpassen van aandachtspunten ten aanzien van kwaliteitsaspecten.

Door de structurele overlegmomenten wordt bij de leidinggevenden van de SVC een optimale kwaliteitsbewaking gewaarborgd.

Het kwaliteitsbeleid wordt door de directie samen met het management ontwikkeld

De verantwoordelijkheid voor :

- de behandeling ligt bij de manager behandeldienst;
- de zorg ligt bij de manager zorg;
- de facilitaire activiteiten bij de manager facilitaire zaken;
- de financiële werkzaamheden bij de manager financiële administratie.

4. Prestaties

4.1. Patiënten/Cliënten

In 2006 heeft de SVC samen met de andere leden van de Stichting Federatie Zorginstellingen een overeenkomst getekend voor het hanteren van een collectieve klachtenregeling. Dit heeft tot gevolg dat de cliënten en de belanghebbenden niet uitsluitend afhankelijk zijn van de wijze waarop de instellingen intern de klachten afhandelen, maar in het geval dat klachten niet naar de tevredenheid van de cliënt worden afgehandeld, hebben ze de mogelijkheid om in hoger beroep te gaan.

De klacht kan betrekking hebben op onder andere de zorg, de medische zorg, de bejegening en op de dienstverlening die vanuit de organisatie worden aangeboden.

Een klacht kan mondeling, telefonisch of schriftelijk binnenkomen bij het afdelingshoofd of de persoon die de klacht heeft veroorzaakt. Ook kan de klacht direct bij de interne klachtenfunctionaris in de SVC binnenkomen. In onze organisatie is deze taak toebedeeld aan de Maatschappelijk werkster.

Afhankelijk van de ernst van de klacht wordt de ingediende klacht in de Interne klachtencommissie van SVC behandeld. Mocht de cliënt niet tevreden zijn met het resultaat van de klachtenbehandeling vanuit de SVC, dan kan de cliënt altijd naar de onafhankelijke Gezamenlijke Klachtencommissie. Deze Gezamenlijke Klachtencommissie heeft tot taak om schriftelijk ingediende klachten te onderzoeken en daarover een oordeel te geven. De Gezamenlijke Klachtencommissie is onafhankelijk en is samengesteld uit een voorzitter, een secretaris van buiten de organisatie en de overige leden bestaande uit medewerkers die afgevaardigd zijn vanuit de deelnemende organisaties. Indien een klacht vanuit een bepaalde instelling bij de Gezamenlijke Klachtencommissie wordt ingediend, zal het lid dat door deze instelling is afgevaardigd, geen zitting nemen bij de behandeling van de klacht.

Tot slot kan de cliënt of diens familie/contactpersoon ten allen tijde een klacht bij de Inspectie voor de Volksgezondheid indienen.

4.1.1. Klachten

De klachtenregeling van SVC is aan de cliënten op verschillende wijze bekendgemaakt, zoals:

- bij de intake en opname waarbij de cliënten en zijn/haar familie/contactpersonen hiervan op de hoogte worden gesteld;
- middels de uitgave van opgestelde folder met informatie over de klachtenregeling;
- tijdens bijeenkomsten (2 keer per jaar) tussen het management van het verpleeghuis en de bewonersraad;
- tijdens de jaarlijkse familie-bijeenkomst/vergadering;
- naar gelang de behoefte van de cliënten en/of contactperso(n)en en/of familieleden.

De op basis van ontvangen klachten genomen maatregelen

De meeste intern ontvangen klachten betreffen de bejegening en gegeven persoonlijke verzorging. De klachten worden geanalyseerd en aan de hand van het resultaat worden passende maatregelen genomen.

In het verslagjaar zijn 0 klachten vanuit onze organisatie ingediend bij de Gezamenlijke Klachtencommissie en 2 klachten bij de Inspectie voor de Volksgezondheid.

In onderstaande tabel zijn het aantal interne klachten en de afhandeling ervan ingevuld.

Aard van de klacht	Aantal ontvangen klachten	Aantal klachten dat gegrond verklaard is	Aantal klachten dat tot maatregelen/verbeteringen heeft geleid
Klachten m.b.t. hygiëne	2	2	2
Klachten m.b.t. voeding	1	1	Klachten van voeding worden vaak mondeling aangegeven en direct behandeld
Klachten m.b.t. persoonlijke verzorging	4	4	4
Klachten m.b.t. bejegening	8	8	8
Klachten m.b.t. behandeling/ medisch	1	1	1
Totaal	16	16	15

4.1.2. Fouten en bijna ongevallen

Doelgroep	Ja/ Nee
Beschikt de instelling over een regeling voor registratie en afhandeling van fouten en (bijna) ongelukken	Ja
Is er een reglement opgesteld	Ja (Klachtenregeling)
Zijn er registratieformulieren beschikbaar en in gebruik	Ja
Is er een uitgewerkte procedure ter registratie en afhandeling van fouten en bijna ongelukken beschikbaar	Ja

Aantal meldingen dat tot maatregelen heeft geleid staat vermeld in het overzicht.

Aard van de melding	Aantal meldingen
Medicatie	14
- Rapportage, medicatie	1
- Verkeerde handeling uitvoeren, Medicatie	1
Agressie	2
Valincidenten	29
Voeding	4
Stoten/knellen	5
Overige	11
Totaal	67

4.1.3. Werken aan vraaggerichte zorg

De zorg binnen SVC is gericht op het omgaan met ziekte en beperkingen van de cliënten en het waarborgen van de kwaliteit van het leven van de cliënten. Hierbij wordt de mens volledig in zijn waarde gelaten en zoveel mogelijk rekening gehouden met diens wensen en behoeften. Het zorgaanbod wordt als zodanig afgestemd op de individuele vraag.

De cliënten van de SVC en hun vertegenwoordigers zijn tevreden over de ondersteuning die onze organisatie levert. Dit kan ook worden afgeleid van het totaal aantal klachten die de organisatie in het verslagjaar heeft ontvangen.

√ **Beschikbaarheid van zorgdossiers en zorgplannen**

- Elke bewoner beschikt over een zorgdossier, waarin alle functionele gegevens en rapportage zijn verwerkt.
- Vanaf het verslagjaar is een aanvang gemaakt met het invoeren van een nieuw model zorgplan voor zowel de cliënten van de PG-afdeling als de cliënten van de somatische afdeling, hetgeen het management beter in staat stelt om zorg aan te sturen.
- De zorgplannen worden opgeslagen in het zorgdossier van de betreffende cliënt en is beschikbaar op de afdeling waartoe de cliënt behoort.
- Tussen 60 á 70 % van de bewoners heeft een zorgdossier dat uitgerust is met een zorgplan.

√ **De manier van werken met zorgdossiers en zorgplannen**

- Zorgdossier wordt dagelijks bijgehouden door de zorgverlener. Aan het einde van elke dienst wordt benoemingswaardigheden over elke cliënt gerapporteerd in diens dossier.
- Vanaf de opname wordt de cliënt geobserveerd en na 2 weken moet er een concept zorgplan gereed zijn. In het verslagjaar heeft de totstandkoming van een conceptplan langer geduurd geduurd.
- In het eerstvolgende multidisciplinair overleg wordt het zorgplan besproken en definitief gemaakt. De zorgproblemen en doelen worden op de PG-afdeling geformuleerd volgens de vier levensdomeinen uit het model zorgleefplan van Actiz. Op de somatische afdeling worden de zorgplannen opgesteld volgens de 11 gezondheidspatronen van Gordon. In de voorafgaande jaren werd bij het opstellen van de zorgplannen gebruik gemaakt van het SAMPC-model.

√ **De activiteiten die erop gericht zijn te komen tot een verbetering van voornoemde punten**

Om aan verbetering van voornoemde punten te komen, werkt de SVC aan:

- het komen tot een zorgplan voor alle cliënten van Betèsda.
- het continu verstrekken van informatie aan het zorgpersoneel inzake het opstellen van zorgplannen d.m.v. bijscholing;
- het beter en meer gericht sturen van het zorgpersoneel door de afdelingshoofden;
- het verhogen van de kwaliteit van de rapportages in het zorgdossier door het bieden van vaardigheden voor het opstellen van inhoudelijk goede rapportages;
- het bewaken van de continuïteit van de zorg- en dienstverlening.

4.2. Medewerkers

4.2.1. Verloop personeel

In onderstaand tabel treft u een overzicht van het verloop van het personeel bij de SVC.
Totale uitstroom personeel in loondienst incl. collega's die met pensioen zijn gegaan

Personeelsinformatie 2019	Aantal FTE	Aantal medewerkers
Personeel in loondienst per 31 december 2018	147.7	161
Totale instroom personeel in loondienst	9.9	10
Waarvan personeel met cliëntgebonden functies	8.53	9
Totale uitstroom personeel in loondienst	16.9	18
Waarvan personeel met cliëntgebonden functies	10.9	13
Waarvan Kort contract (3mnd) is afgelopen in 2019	2	2
Personeel in loondienst per 31 december 2019	150.7	157

4.2.2. Waarborgen van de kwaliteit van personeel

De zorginstelling beschrijft op welke manier aandacht wordt besteed aan het waarborgen van de kwaliteit van het personeel.

Gedurende het jaar 2019 is met ongeveer 50% van de totale medewerkers de cyclus van planningsgesprekken, functionerings- en beoordelingsgesprekken doorlopen.

De SVC heeft in het kader van het waarborgen van de kwaliteit van de medewerkers de volgende acties ondernomen:

- Eén keer per jaar, aan het begin van het jaar, wordt met elke medewerker een planningsgesprek gevoerd, waarin afspraken schriftelijk worden vastgelegd (jan./febr.).
- Gedurende het jaar wordt tenminste 1 keer per jaar een functioneringsgesprekken gevoerd met de medewerker om de ontwikkeling in zijn functioneren te monitoren (april/mei).
- Zes maanden na het functioneringsgesprek volgt een beoordelingsgesprek (nov./dec.).
- Er is een opleidingsplan waarin de diverse scholingen, bijscholingen en klinische lessen gepland staan.
- Gestructureerd werkoverleg zou moeten plaatsvinden op alle afdelingen.
- Personeelstevredenheidsonderzoek is in het jaar 2019 voorbereid ten uitvoer in het daaropvolgend jaar.

4.2.3. Ziekteverzuim

Personeelsformatie	Verzuim personeel in loondienst (incl.lz)	Verzuim personeel in loondienst (excl.lz)
	2019	
Afdeling Klasmulatu	5.55	4.76
Afdeling Artemisia	4.35	4.35
Afdeling Lamoengras	11.77	4.76
Afdeling Berbena	6.45	3.8
Afdeling Flaira	7.84	3.28
Hoofd Verplegingsdienst (HVD)	6.18	5.06
Financieel Administratie	6.19	2.18
Centrale Keuken	3.14	3.14
Centrale Technische dienst	12.47	3.67
HR	17.69	3.08
Directie	4.23	1.15
Totaal alle afd.	6.93	3.89

Dit ziekteverzuimpercentage is uitgerekend op basis van werkdagen.

4.3. Samenleving

4.3.1. Activiteiten richting samenleving

De SVC heeft verschillende activiteiten verricht en/of deelgenomen aan verschillende activiteiten in de samenleving, namelijk:

- het bieden van informatie middels bijeenkomsten aan familieleden van bewoners.
- het bieden van informatie van SVC en de collectemaand van SVC op TV;
- het geven van rondleiding aan familieleden bij aanmelding van potentiële cliënten;
- het begeleiden van studenten van diverse opleidingen onder coördinatie en/of leiding van de stagecoördinator.

4.3.2. Wijze waarop instelling deel uitmaakt van de zorgketen

- Als lid van de Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao participeert SVC in verschillende projecten ter bevordering van kwaliteit van zorg.
- Middels samenwerking tussen de zorgpartners op het eiland in federatieverband is gekomen tot de centrale inkoop van materialen en/of producten wat efficiëntie of effectiviteitsvoordelen oplevert.
- SVC neemt ook deel aan het coördinatorenoverleg van het federatieverband.
- Plaatsing na overleg familie en instanties in de zorg en overplaatsing van cliënten in overleg met familie en andere instanties.