



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Vastgesteld rapport van het inspectiebezoek
aan het Queen Beatrix Medical Center/Sint
Eustatius Health Care Foundation op 20 tot en
met 23 november 2018

Utrecht, mei 2019

2019-2279795/V2008330

Inhoud

1	Inleiding 5
1.1	Aanleiding en belang 5
1.2	Doelstelling bezoek 5
1.3	Toetsingskader 5
1.4	Toezichtactiviteiten 7
2	Resultaten inspectiebezoek 8
2.1	Achtergrondinformatie zorgaanbieder 8
2.2	Beoordeling normen 9
3	Medische evacuaties 18
4	Conclusie 20
5	Te nemen maatregelen 21
5.1	Noodzakelijke verbeteringen 21
5.2	Resultaatverslag en voortgangsverslag 21
6	Bijlage: Normen en bronnen 22

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) bracht op 20 tot en met 23 november 2018 een inspectiebezoek aan het Queen Beatrix Medical Center op Sint Eustatius.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport is het kader waarbinnen de inspectie het bezoek bracht beschreven. In de hoofdstukken hierna volgen de resultaten, de conclusie en tot slot de handhaving met hierin de door de zorgaanbieder te nemen maatregelen.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie bewaakt en bevordert de kwaliteit en veiligheid van de zorg. We zien erop toe dat zorgaanbieders professioneel handelen binnen de wet- en regelgeving, hun eigen normen respecteren en zich blijven inspannen voor verdere verbetering van de zorg. De inspectie doet dit onder andere door het bezoeken van zorgaanbieders. De inspectie gaat in het toezicht uit van vertrouwen in de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om de best mogelijke zorg te verlenen.

Sinds de staatkundige hervorming van 10 oktober 2010, waarbij de eilanden Sint Eustatius, Saba en Bonaire als openbaar lichaam onderdeel werden van Nederland, houdt de inspectie toezicht op de gezondheidszorg op Sint Eustatius. Sinds 2010 is door partijen toegewerkt naar een voor 'Europees Nederland acceptabel voorzieningsniveau' binnen de gezondheidszorg.

De inspectie heeft Sint Eustatius gedurende deze periode herhaaldelijk bezocht en de ontwikkelingen met de zorgaanbieder besproken. In 2012 heeft de inspectie voor het eerst een nulmeting verricht naar de mate waarin de zorgaanbieder voldoet aan de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg op de onderwerpen: organisatie, infectiepreventie, medicatiebeheer, scholingsbeleid huisartsen en dossiervoering huisartsen.

1.2 Doelstelling bezoek

Het doel van het bezoek was het beoordelen of de zorgaanbieder voldoet aan de randvoorwaarden voor goede zorgverlening.

1.3 Toetsingskader

De inspectie heeft haar toetsing onder meer gebaseerd op de volgende wetten en richtlijnen:

- Wet zorginstellingen BES (Wz BES)
- Wet op de geneesmiddelenvoorziening BES (WOG BES)
- Opiumwet 1960 BES
- Besluit Geneeskunde BES
- Besluit bevoegdheid verloskundigen BES
- Besluit uitoefenen medisch beroep BES
- De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO BES)
- IGZ Kader 'Toezicht op goed bestuur' (2016)
- Richtlijnen vanuit de relevante beroepsgroepen, zoals onder andere de NHG-standaarden en de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA)
- KNMG-kwaliteitskader medische zorg (2012)
- LHV Handreiking "Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg" (2010)
- KNMG Richtlijn "Omgaan met incidenten, fouten en klachten" (2007)
- LHV Standpunt Basisartsen (2005)

- NHG-KNOV Richtlijn 'Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk' (2017)
- WIP-richtlijn ziekenhuis 'persoonlijke hygiëne medewerker' (2014)
- KNMG Standpunt inzake vaccinatie van artsen tegen hepatitis B (2004)
- LHV Richtlijn "Bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenzorg" (2013)
- NHG Standpunt huisarts en spoedzorg (2013)
- NHG Handleiding telefonische bereikbaarheid (2009)
- NHG Richtlijn "Adequate dossiervorming met het elektronische patiëntendossier – ADEPD" (2013)
- NHG/LHV Standpunt "Het elektronisch huisartsendossier" (2010)
- NHG-standpunt "Farmacotherapie in de huisartsenpraktijk" (2006)
- NHG LESA "Actueel medicatieoverzicht in de eerstelijns" (2011)
- "Richtlijn overdracht van medicatiegegevens" (2008)
- Farmacotherapeutische richtlijn "Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties" (NHG, 2012)
- HON/LHV/NHG "Competentieprofiel van de Huisarts" (2016)
- KNOV Beroepsprofiel Verloskundige juni 2014
- KNOV Standaard Prenatale verloskundige begeleiding (2008)
- KNOV Standaard Opsporing van foetale groeivertraging (2013)
- Verloskundig Vademecum 2003 met Verloskundige indicatie Lijst VIL (2003)
- AMvB Opleidingseisen en deskundigheidsgebied Verloskundige, 2008

In de bijlage staat een overzicht weergegeven van de normen en onderliggende regelgeving en beroepsnormen waarop de IGJ haar toetsing heeft gebaseerd. De vermelding is niet uitputtend.

Voor zover het richtlijnen/beroepsnormen betreft die door een beroepsvereniging in Europees Nederland zijn vastgesteld, geldt dat de inspectie in toenemende mate ervan uitgaat dat zowel zorgaanbieders als individuele beroepsbeoefenaren deze in de praktijk toepassen. Wel geldt dat de inspectie rekening houdt met de specifieke omstandigheden en ontwikkelingen in Caribisch Nederland en geldt het principe: 'pas toe of leg uit'. Voor BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren geldt het beginsel dat zij, bij het ontbreken van een vastgestelde Caribisch-Nederlandse veldnorm, aan de Europees Nederlandse veldnorm dienen te voldoen.

De inspectie sprak onder meer met:

	Naam	Functie
1.		Raad van Bestuur
2.		Raad van Toezicht
3.		Huisartsen
4.		Verloskundige
5.		Quality manager
6.		Hoofd verpleging
7.		Verpleegkundige
8.		Hoofd laboratorium

Daarnaast raadpleegde de inspectie verschillende informatiebronnen, waaronder:

- De website: <http://sehcf.org/>
- Het kwaliteitsjaarverslag 2015-2017 (juni 2018)

- Jaarplan 2018 voor lab QBMC (februari 2018)
- Zorgvisie SEHCF (eindrapport 2016)
- Resultaten patient survey
- Operating plan and strategic objectives 2018-2020
- Financial statements SEHCF 2017

1.4 Toezichtactiviteiten

Datum	activiteit
20 tot en met 23 november 2018	Bezoek QBMC
23 januari 2019	Toezending concept gespreksverslagen + aanvullende vragen IGJ
7 februari 2019	Ontvangst reactie op feitelijke onjuistheden en antwoorden
24 februari 2019	Aanvullende vragen aan zorgaanbieder
2 maart 2019	Rappel mail van 24 februari 2019
4 maart 2019	Ontvangst antwoorden aanvullende vragen
12 april 2019	Toezending concept rapport
10 mei 2019	Toezending vastgesteld rapport

2 Resultaten inspectiebezoek

2.1 Achtergrondinformatie zorgaanbieder

Het Queen Beatrix Medical Center (QBMC) is gevestigd in Oranjestad op Sint Eustatius en is de enige aanbieder van curatieve zorg op het eiland. Het gebouw is, na gedeeltelijke nieuwbouw, in 1987 geopend door koningin Beatrix. Het QBMC is onderdeel van de Sint Eustatius Health Care Foundation (SEHCF), maar beide benamingen worden in de praktijk door elkaar heen gebruikt. In dit rapport zullen we met de term zorgaanbieder het QBMC aanduiden als onderdeel van SEHCF.

De zorgaanbieder levert eerstelijns- en anderhalvelijnszorg aan de inwoners van Sint Eustatius (inwoneraantal 3200: CBS 2016).

De zorgaanbieder bestaat onder meer uit de volgende onderdelen:

- De ambulancedienst met 2 ambulances
- De emergencyroom
- De verpleegafdeling met 14 bedden (3 kinderbedden en 11 verpleegbedden)
- De verloskamer
- De radiologie afdeling
- Het medisch laboratorium
- De polikliniek waaronder huisartsen, verloskunde en fysiotherapie.

Per 1 januari 2019 zal de SEHCF ook de wijk- en thuiszorgactiviteiten van het Openbaar Lichaam gaan overnemen.

De zorgaanbieder biedt uiteraard de huisartsgeneeskundige zorg zoals deze gebruikelijk is. Daarnaast biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid voor een korte opname (ligdagen 2017: 926, gemiddelde beddenbezetting 2,5), de mogelijkheid om te bevallen (bevallingen 2017: 9, bevallingen elders: 18) en de eerste opvang bij acute geneeskunde (aantal consulten emergencyroom 2017: 296).

Aansturing

De zorgaanbieder heeft een éénpippige raad van bestuur. Er is een raad van toezicht die bestaat uit 5 personen.

De zorgaanbieder is in gesprek met het bestuur van het verzorgingshuis/ Auxiliary home over een (bestuurlijke) fusie.

2.2 Beoordeling normen

Tijdens het bezoek heeft de inspectie aan de hand van diverse normen beoordeeld of er wordt voldaan aan de (rand-)voorwaarden voor het leveren van goede zorg. Met kleuren wordt aangegeven of er wordt voldaan aan een beoordeelde norm.

1. Goed bestuur		
Norm		Oordeel Voldoet = groen Voldoet niet geheel = oranje Voldoet niet = rood
1	Er is een Raad van Bestuur en er is een Raad van Toezicht.	
2	Het bestuur legt verantwoording af over beleid, kwaliteit, veiligheid, continuïteit en financiën.	
3	Het bestuur is voortdurend in dialoog met de interne toezichthouder en de zorgverleners.	
4	De Raad van Toezicht houdt toezicht op het beleid van de zorgaanbieder, weet wat er in en om de organisatie speelt onder leidinggevend en zorgverleners. De Raad van Toezicht heeft zicht op de sturing van de organisatie vanuit het primair proces.	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> De SEHCF wordt bestuurd door een éenkoppige Raad van Bestuur. Hieronder ressorteert een managementteam (MT) dat verantwoordelijk is voor de lopende zaken van de organisatie. Het MT bestaat uit een manager facilitaire dienst, een manager verpleegafdeling en een manager polikliniek. Er is een Raad van Toezicht die bestaat uit 5 leden. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> Het bestuur legt verantwoording af over beleid, kwaliteit, veiligheid, continuïteit en financiën. Er is een kwaliteitsjaarverslag 2015-2017. Hierin worden trends benoemd zonder dat op basis hiervan een uitspraak gedaan kan worden over de kwaliteit van de verleende zorg. Er wordt geen gebruik gemaakt van uitkomstindicatoren. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> Het bestuur vergadert gemiddeld eens per maand met de Raad van Toezicht. Twee jaar geleden is er een reorganisatie geweest waardoor de artsen nu niet meer in het managementteam zitten. Er is wel een medical staff die af en toe een meeting heeft met de bestuurder. De huisartsen geven aan hierdoor wel minder in control te zijn. Afstemming over de richting waarin de zorgaanbieder zich moet ontwikkelen vindt onvoldoende plaats. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> De Raad van Toezicht geeft aan dat de informatie die zij ontvangt voldoende is, maar zij geeft wel aan dat zij managementinformatie over de kwaliteit van zorg mist. Daardoor is het voor de Raad van Toezicht lastig om hier een oordeel over te geven. De leden van de Raad van Toezicht hebben zelf geen regulier contact met de huisartsen of verpleging. 	

2. Systematisch verbeteren		
Norm		Oordeel
1	De zorgaanbieder draagt zorg voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. (art. 10 jo. art. 11. jo. art. 12 Wz BES)	
2	De zorgaanbieder heeft een werkende schriftelijke procedure voor de registratie van incidenten. (art. 17 lid 1 Wz BES)	
3	De zorgaanbieder beschikt over een regeling voor de onafhankelijke behandeling van klachten en brengt deze op passende wijze onder de aandacht van patiënten. (art. 14 Wz BES)	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> ● De zorgaanbieder heeft een beleid met doelstellingen om de kwaliteit van zorg te verbeteren zoals opgenomen in de Zorgvisie en het Operating plan. Eén van de doelstellingen is om zorgprogramma's voor chronische aandoeningen te ontwikkelen. Daarnaast benoemt de directeur voor 2018 de volgende doelstellingen: scholing, beschrijving van de bedrijfsprocessen en het nieuw leven inblazen van de VIM-procedure. Het is onduidelijk welke van de in Zorgvisie benoemde doelstellingen ook daadwerkelijk onderdeel zijn van het kwaliteitsbeleid voor de komende jaren. De directeur geeft aan dat andere concrete doelstellingen lastig zijn omdat de visie van VWS gemist wordt. ● De zorgaanbieder verzamelt niet op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg. De zorgaanbieder heeft trendgegevens weergegeven in het kwaliteitsjaarverslag die op zichzelf geen indicatie geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Andere gegevens (zoals bijvoorbeeld gegevens over zorguitkomsten of uit de incidentenprocedure) worden niet gebruikt. ● De zorgaanbieder heeft benoemd welke resultaten in de periode 2015-2017 zijn bereikt: het proceslandschap is beschreven, veilig incident melden is volgens de zorgaanbieder ingevoerd, er is een patiënttevredenheidsmeting uitgevoerd. Niet duidelijk komt naar voren hoe deze resultaten gewaardeerd worden en hoe zij bijdragen aan de kwaliteit van de verleende zorg. Daarnaast valt op dat er slechts enkele resultaten worden genoemd terwijl de periode die het jaarverslag betreft 3 jaar is. Daarnaast geldt voor twee van de resultaten dat deze onvoldoende geborgd lijken te zijn: de VIM-procedure én het kwaliteitssysteem ten aanzien van de medische handelingen. (Zie ook onder 3. Praktijkafspraken) 	
2	<ul style="list-style-type: none"> ● De zorgaanbieder heeft geen schriftelijke incidentenprocedure waarin stapsgewijs wordt beschreven hoe wordt omgegaan met incidenten en tijdige en passende verbetermaatregelen worden genomen. De zorgaanbieder heeft aangegeven wel over deze procedure te beschikken, maar bij controle bleek deze niet beschikbaar in het kwaliteitssysteem. ● De incidentenprocedure is niet werkend. Er zijn geen incidenten gemeld in het afgelopen jaar. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> ● De zorgaanbieder heeft een schriftelijke klachtenregeling. Er zijn in 2017 4 klachten geweest. 	

<ul style="list-style-type: none"> • De zorgaanbieder heeft een onafhankelijke klachtenfunctionaris aangewezen die de klager gratis adviseert en bijstaat. De klachtenfunctionaris is in dienst van het verpleeghuis om zo de onafhankelijkheid te borgen.
<ul style="list-style-type: none"> • De klachtenregeling wordt laagdrempelig onder de aandacht van patiënten gebracht. De mogelijkheid om een klacht in te dienen wordt onder meer op de website onder de aandacht gebracht.
<ul style="list-style-type: none"> • De klachtenregeling werkt.

3. Praktijkafspraken		
Norm		Oordeel
1	De zorgaanbieder heeft de benodigde schriftelijke praktijkafspraken om ervoor zorg te dragen dat gedelegeerde handelingen op verantwoorde wijze worden uitgevoerd. (art. 9 Wz BES)	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> • De zorgaanbieder beschikt niet over adequate schriftelijke afspraken over handelingen die gedelegeerd worden waarbij er risico's bestaan voor de patiëntveiligheid. Er is een digitaal kwaliteitssysteem dat is opgebouwd uit de volgende onderdelen: acute care, elderly care, dental care, out patient care, hospital care, laboratory care en transmural care. Alleen het onderdeel hospital care is gevuld: Recentelijk zijn er 60 protocollen van Vilans ingevoerd. De nieuwe protocollen zijn in een keer ingevoerd, terwijl de oude grotendeels zijn gewist. De nieuwe protocollen zijn geheel in de Nederlandse taal opgesteld terwijl het personeel hoofdzakelijk Engelstalig is. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • De wel aanwezige schriftelijke afspraken zijn/worden regelmatig herzien: recentelijk zijn vrijwel alle afspraken vernieuwd. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Medewerkers zijn niet op de hoogte van de praktijkafspraken. De verpleging heeft geen toegang tot de nieuwe protocollen, terwijl de oude protocollen eveneens niet meer toegankelijk zijn. Medewerkers zijn niet geschoold in aanloop op de invoering van de nieuwe afspraken. De artsen geven aan dat de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem voor hen niet duidelijk is. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • De zorgaanbieder kon niet aantonen zich ervan vergewist te hebben dat de medewerkers de afspraken naleven. De manager kwaliteit geeft aan dat er komend jaar meer audits zullen worden uitgevoerd om zicht te krijgen op de kwaliteit. 	

4. Personeel		
Norm		Oordeel
1	De zorgaanbieder beschikt over voldoende personeel. (art. 9 Wz BES)	

2	Het personeel is bevoegd, deskundig en bekwaam om de door hen verleende zorg te verlenen en de zorgaanbieder voert een personeelsbeleid dat hiervoor zorg draagt. (art. 9 jo art. 18 Wz BES, Besluit uitoefenen medisch beroep BES)	
3	Voor patiënten is te allen tijde duidelijk welke professionele hoedanigheid een praktijkmedewerker heeft. (art. 18 Wz BES, Besluit uitoefenen medisch beroep BES)	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft aannemelijk gemaakt dat er voldoende personeel is ten aanzien van de hoeveelheid patiënten. Het aantrekken van een 4^e vaste huisarts vormt momenteel wel een probleem. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder vergewist zich ervan bij het aannemen van nieuw personeel dat de werknemer in het verleden dusdanig heeft gefunctioneerd dat dit niet in de weg staat om hem bij het verlenen van zorg in te zetten. De zorgaanbieder raadpleegt onder andere het BIG-register, het register van BES-ontheffingen en vraagt referenties op. De zorgaanbieder biedt haar personeel scholing aan, maar dit is niet aantoonbaar verbonden met een beleid dat erop gericht is het personeel bevoegd en bekwaam te houden. In 2018 zijn er BLS en ALS bijscholingen gegeven aan verpleegkundigen. Een van de verpleegkundigen volgt een opleiding tot 'trainer'. Voor 2019 is er het voornemen om veel trainingen te geven aan het personeel. Er is geen scholingsplan aangeleverd. De zorgaanbieder kan niet laten zien dat zij zich ervan vergewist dat medewerkers deskundig en bekwaam zijn om de aan hen opgedragen taken uit te voeren. Er is geen scholing gegeven gericht op het verkrijgen van kennis en vaardigheden om de (nieuwe) afspraken uit het kwaliteitssysteem te borgen. De zorgaanbieder voert jaarlijks functioneringsgesprekken met haar medewerkers. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> Het is voor patiënten te allen tijde duidelijk welke professionele hoedanigheid een medewerker heeft. 	

5. Infectiepreventie		
Norm		Oordeel
1	De zorgaanbieder beschikt over een protocol of protocollen infectiepreventie en neemt aantoonbaar maatregelen om de overdracht van infectieziekten in de zorginstelling te voorkomen. De zorgaanbieder voldoet daarbij tenminste aan de minimumnormen van de NHG richtlijn Infectiepreventie (2017). Werkkleding wordt behandeld conform de hygiënevoorschriften van de Werkgroep infectiepreventie (2014). (Art. 9 Wz BES + NHG en KNOV, 2017, WIP-richtlijn ziekenhuis 'Persoonlijke hygiëne medewerker' 2014).	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder beschikt over vastgelegde afspraken voor infectiepreventie die nagenoeg aan de minimale normen van de NHG richtlijn Infectiepreventie voldoen. Gemist wordt onder meer: voorschriften ten aanzien van persoonlijke hygiëne (kleding, sieraden en haardracht). 	

<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder beschikt niet over vastgelegde afspraken voor infectiepreventie én reiniging, desinfectie en sterilisatie die erop toezien dat tenminste aan de minimale normen van de NHG richtlijn Infectiepreventie wordt voldaan. Het protocol bevat geen stap voor stap beschrijving van het proces reiniging, desinfectie en sterilisatie.
<ul style="list-style-type: none"> Reiniging en desinfectie wordt in een aparte sterilisatieruimte uitgevoerd. Al het instrumentarium wordt vooraf handmatig gereinigd en daarna verpakt gesteriliseerd. De zorgaanbieder gebruikt een stoomautoclaaf met automatische droogcyclus. In de ruimte is nog een oude stoomsterilisator aanwezig als reserve. De zorgaanbieder kon niet uitleggen of deze goed onderhouden wordt.
<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft onvoldoende middelen om hygiënisch te werken. Op de verpleegafdeling zijn in de hal voorzieningen voor handalcohol die leeg zijn. Op diverse plekken is geen handsfree kraan, onder meer op de verloskamer en in de sterilisatieruimte. Er is geen voorziening om kleding van verplegend personeel te wassen, kleding wordt thuis gereinigd. In de ambulance werden gebruikte handschoenen in een lade gedeponerd.
<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder is niet op de hoogte van de hepatitis B-vaccinatiestatus van haar medewerkers en/of biedt hen niet ten minste een hepatitis B-vaccinatie en jaarlijkse griepvaccinatie aan. Uit het aangeleverde overzicht blijkt dat er in 2018 een inventarisatie is uitgevoerd welke medewerkers ooit gevaccineerd zijn voor hepatitis B. Titers zijn niet bekend. Niet iedereen, waaronder verpleegkundigen en de verloskundige, is gevaccineerd. De zorgaanbieder heeft aangegeven in maart 2019 vervolgactie te ondernemen.
<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder houdt zich niet aan de regels van non responders.

6. Bereikbaarheid en triage

Norm	Oordeel
1 De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorgaanbieder is goed. (art. 8 Wz BES en NHG richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid)	
2 De zorgaanbieder voert op verantwoorde wijze triage uit. (art. 8 Wz BES en NHG richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid)	
Toelichting:	
1	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft twee telefoonnummers waarop spoedtelefoontjes binnen kunnen komen: 910 en 912, maar deze worden niet binnen 30 seconden opgenomen zo bleek uit een steekproef. De zorgaanbieder biedt actuele en essentiële informatie over de bereikbaarheid en beschikbaarheid tijdens en buiten praktijken op toegankelijke wijze aan voor patiënten. De zorgaanbieder heeft aannemelijk gemaakt dat een huisarts onder normale omstandigheden binnen 15 minuten bij een patiënt aanwezig kan zijn. De zorgaanbieder draagt zorg voor 24-uurs beschikbaarheid van huisartsgeneeskundige zorg: de huisartsen zorgen gezamenlijk voor een dekkend dienstrooster.
2	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft geen adequate vaste werkwijze ten aanzien van de triage gebaseerd op het NTS. De zorgaanbieder maakt gebruik van het Manchestersysteem. Het is de bedoeling dat iedereen gebruik gaat maken van de NHG triagewijzer, maar dit levert weerstand op. Er is nog geen training geweest op het gebruik van de NHG triagewijzer/ NTS.

<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft niet aannemelijk gemaakt dat medewerkers deskundig en bekwaam zijn. Medewerkers zijn niet getraind in het NTS/gebruik van de NHG triagewijzer.
<ul style="list-style-type: none"> Een huisarts is direct bereikbaar voor personeel dat de spoedlijn bemant.

7. Dossiervoering		
Norm		Oordeel
1	De zorgaanbieder maakt gebruik van een EPD en registreert hierin patiëntgegevens conform de richtlijn Adequate dossiervoering met het EPD (NHG, 2013). (art. 18 Wz BES)	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder maakt gebruik van een EPD en registreert relevante gegevens in het EPD overwegend conform de ADEPD-richtlijn. Uit een steekproef van 6 dossiers komen wel de volgende opmerkingen naar voren: <ul style="list-style-type: none"> In twee van de zes dossiers komen dubbele episodes voor. Bijvoorbeeld de episodes spierpijn, muscle cramp en car accident óf de episodes preventieve screening en preventief onderzoek. Ten aanzien van 1 dossier met CVRM valt op dat er geen risicoprofiel is aangemaakt en dat de tensiewaarden niet in een meetwaardenscherf worden opgenomen. 	

8. Medicatieveiligheid		
Norm		Oordeel
1	De zorgaanbieder heeft schriftelijke afspraken over het verantwoord voorschrijven van (herhaal)medicatie en zorgt ervoor dat elk recept vooraf aan uitgifte geautoriseerd wordt door een huisarts. De zorgaanbieder maakt bij het voorschrijven gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem met een medicatiebewakingssysteem. (art. 1 jo art. 16 WOG BES, art. 8 Wz BES en NHG standpunt farmacotherapie)	
2	De zorgaanbieder draagt zorg voor een actueel medicatieoverzicht. (NHG LESA 'Actueel medicatieoverzicht')	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder beschikt niet over schriftelijke afspraken over het verantwoord voorschrijven van (herhaal)medicatie. Als de patiënt een herhaalrecept nodig heeft, wordt dat doorgegeven aan de assistentes, die het vervolgens in Promedico zetten ter goedkeuring door de arts. Onduidelijk is of er afspraken zijn over controle op de frequentie van herhaling, incidentele herhalingen en meldingen van het EVS. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Recepten worden vooraf aan uitgifte door de apotheek geautoriseerd door een huisarts. 	
	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder maakt gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem. 	

	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft een medicatiebewakingssysteem in het elektronisch voorschrijfsysteem.
2	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft aannemelijk gemaakt dat op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht gebruikt wordt. De zorgaanbieder heeft aannemelijk gemaakt dat hij ervoor zorg draagt dat een actueel medicatieoverzicht tenminste 24 uur na verwijzing beschikbaar is voor andere zorgverleners. De zorgaanbieder heeft aannemelijk gemaakt dat bij aanpassing van de medicatiegegevens dit wordt geregistreerd in het medicatieoverzicht. Medicatie die door een specialist op Sint Maarten of Colombia is voorgeschreven wordt wel geregistreerd in het HIS, maar niet op een wijze dat het actueel gebruik ook bij de apotheek bekend wordt gemaakt.

9. Beheer gebruiks- en verbruiksmiddelen		
Norm		Oordeel
1	De zorgaanbieder beschikt over het instrumentarium dat benodigd is om verantwoorde zorg te leveren en instrumentarium wordt op de juiste wijze onderhouden. (art. 9 Wz BES)	
2	De zorgaanbieder beschikt over voldoende medische (verbruiks) middelen om verantwoorde zorg te leveren. De medische middelen worden bewaard onder de daarvoor geschikte bewaarcondities. (art. 9 Wz BES)	
3	De zorgaanbieder beschikt over een spoedtas/visitetas die dusdanig is uitgerust dat deze geschikt is om de in de NHG richtlijn 'Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties' genoemde aandoeningen te diagnosticeren en behandelen. (art. 9 Wz BES en NHG Farmacotherapeutische richtlijn geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties)	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft aannemelijk gemaakt dat de praktijk beschikt over benodigd instrumentarium om goede zorg te leveren. De zorgaanbieder geeft aan dat er een onderhoudscontract is dat ervoor zorgt dat instrumentarium op tijd en op de juiste wijze wordt onderhouden. Op meerdere plekken is er instrumentarium aangetroffen dat niet tijdig is onderhouden zoals: bloeddrukmeters, thermometer, CTG-apparaat, echoapparaat, zuurstofvoorziening en een centrifugeapparaat. Nevenbevinding: In één van de ambulances is een beademingsapparaat aanwezig voor mechanische beademing en intubatiemateriaal, terwijl aangegeven wordt dat geen enkele medewerker gecertificeerd is tot het intuberen van patiënten.	

2	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder heeft niet aannemelijk gemaakt dat er voldoende medische (verbruiks) middelen aanwezig zijn. De zorgaanbieder bewaart de medische (verbruiks)middelen niet onder de daarvoor geschikte bewaarcondities. Voorraadbeheer is belegd bij het facilitair hoofd en daarnaast voor de verbruiksmiddelen bij de 3 afdelingen: de outpatient department, de verpleegafdeling en het laboratorium. Er is geen systeem om een minimale voorraad te garanderen. In de spoedtas van de ambulance en in het laboratorium werden enkele/meerdere verlopen gebruiks- en verbruiksmiddelen aangetroffen. Temperatuurgevoelige medicatie wordt niet aantoonbaar onder de juiste condities bewaard. De koelkast op de verpleegafdeling heeft een thermometer, maar temperatuur wordt niet geregistreerd, het vriesvak heeft zichtbare ijsvorming. De min-max thermometer in het lab had een maximumtemperatuur van 21 graden bereikt. Het registratieformulier op de voorzijde van de koelkast was niet actueel. Handschoenen voldoen niet aantoonbaar aan de EN374/ NEN-EN 16523-1/2.
3	<ul style="list-style-type: none"> De zorgaanbieder beschikt over een spoedtas. De spoedtas is afdoende uitgerust om alle in de Farmacotherapeutische richtlijn 'Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties' (NHG: 2012) genoemde aandoeningen te diagnosticeren en behandelen.

10. Verloskundige zorg		
Norm	Oordeel	
1	De verloskundige draagt ervoor zorg dat zij bekwaam is en blijft bekwaam door zich afdoende te scholen. In het bijzonder voor risicovolle handelingen tijdens de baring. De verloskundige is aantoonbaar geschoold indien zij handelingen verricht waarvoor een extra bekwaamheid noodzakelijk is. (art. 8 lid 2 jo. art. 9 jo art. 18 Wz BES, KNOV-beroepscode art. 1.2, 1.3 en 1.4)	
2	De verloskundige hanteert het consultschema prenatale zorg KNOV. De verloskundige kan uitleggen hoe de postnatale controles zijn georganiseerd. (art. 8 lid 2 Wz BES, KNOV-beroepscode art 1.2, praktijkkaart consultschema bij KNOV Standaard Prenatale verloskundige begeleiding)	
3	De verloskundige kan uitleggen hoe zij voldoende anticipeert op risico's tijdens de zwangerschap en rekening houdt met lokale omstandigheden. De verloskundige kan aangeven hoe zij voldoende anticipeert en handelt op risico's tijdens de baring rekening houdend met lokale omstandigheden. (Art. 8 lid 2 Wz BES, KNOV Beroepsprofiel Verloskundige juni 2014, Art. 4 van de AMvB Opleidingseisen en deskundigheidsgebied Verloskundige, 2008)	
4	De verloskundige zorg wordt volgens de richtlijnen van de KNOV uitgevoerd.	
Toelichting:		
1	<ul style="list-style-type: none"> De verloskundige gaat weleens naar conferenties, maar volgt weinig hands-on training. Dit is in het bijzonder van belang wanneer de verloskundige onverwacht risicovolle handelingen zou moeten uitvoeren tijdens een bevalling. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • De verloskundige is door Fontys hogeschool opgeleid voor basisvaardigheden echografie. Zij voert er jaarlijks 50-60 uit. De gemaakte termijnecho's worden door een gynaecoloog op Sint Maarten mee beoordeeld. 2 maal per jaar volgt zij een opfriscursus.
	<ul style="list-style-type: none"> • Gemaakte CTG's kunnen eveneens door middel van een foto voorgelegd worden aan de gynaecoloog. De verloskundige is niet aanvullend geschoold in het beoordelen van CTG's, maar zij is wel in haar basisopleiding geschoold in het herkennen van een normaal CTG. <p>Het uitsluitend herkennen van een 'normaal CTG' terwijl een afwijkend CTG niet kan worden geïnterpreteerd, vereist nadere en continue deskundigheidsbevordering. Omdat gebruik wordt gemaakt van een CTG, maakt een CTG deel uit van de risicoselectie op Sint Eustatius en voldoet de kennis opgedaan in de basisopleiding niet om voortdurende risicoselectie uit te voeren.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Gezien het beperkt aantal bevallingen dat door de verloskundige jaarlijks wordt uitgevoerd (2017: 9 bevallingen) is het van belang om kennis en vaardigheden door scholing te onderhouden. Dit betreft met name het handelen bij acute verloskundige complicaties die alleen door de parteur kunnen worden uitgevoerd. (Onverwachte stuitligging, schouderdystocie, reanimatie moeder en kind, handelen bij fluxus post partum).
2	<ul style="list-style-type: none"> • De verloskundige hanteert het consultschema KNOV.
	<ul style="list-style-type: none"> • De verloskundige kan uitleggen hoe de postnatale controles zijn georganiseerd.
3	<ul style="list-style-type: none"> • De verloskundige kan overwegend uitleggen hoe zij anticipeert op risico's <u>tijdens de zwangerschap</u> en rekening houdt met lokale omstandigheden. Gecomplieerde zwangerschappen verwijst zij door naar Sint Maarten, bijvoorbeeld bij hypertensie, obesitas of bij een stuitligging verwijst zij eveneens tijdens de zwangerschap door.
	<ul style="list-style-type: none"> • De verloskundige heeft onvoldoende mogelijkheden voor tijdige verwijzing bij acuut optredende indicaties <u>tijdens de bevalling</u>. De achterwacht voor de verloskundige is niet altijd beschikbaar. Dit kan risico's opleveren bij acuut optredende complicaties zoals bijvoorbeeld bij een schouderdystocie, niet vorderende uitdrijving, foetale nood, onverwachte stuitligging, reanimatie van moeder of kind, fluxus post partum. Bij deze indicaties is vervoer naar het ziekenhuis op Sint Maarten gezien de vervoerstijd, ook niet van toegevoegde waarde.
4	<ul style="list-style-type: none"> • De verloskundige hanteert niet de Verloskundige indicatielijst (VIL) en volgt daarmee niet aantoonbaar de richtlijnen van de KNOV. De verloskundige geeft aan wel heel voorzichtig te zijn.

3 Medische evacuaties

De gezondheidszorg op Sint Eustatius is voor tweedelijns zorg aangewezen op Sint Maarten, Bonaire, Curaçao, Aruba, Colombia en Guadeloupe. In spoedeisende situaties is in eerste instantie Sint Maarten het ontvangende tweedelijns centrum.

In dit hoofdstuk wordt het proces van medische evacuaties beoordeeld. Voor dit proces is de zorgaanbieder slechts ten dele verantwoordelijk. Afspraken over verwijzingen vallen mede onder de verantwoordelijkheid van het zorgverzekeringskantoor en het beleidsdepartement. De beschikbare helikopters en het personeel worden rechtstreeks gecontracteerd door het zorgverzekeringskantoor.

Onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk wordt het proces medische evacuatie gespiegeld aan de Nederlandse ambulancenorm. Hierbij wordt de norm voor Caribisch Nederland als volgt gehanteerd: Het proces van medische evacuaties is zodanig ingericht dat de patiënt met zo min mogelijk delay vervoerd wordt naar een tweedelijns centrum waar de vereiste zorg kan worden geboden. In Europees Nederland geldt hierbij de zogenaamde ‘45-minuten norm’. De omstandigheden op Caribisch Nederland laten een dergelijke ‘harde’ norm niet toe.

11. Medische evacuaties	
Norm	Oordeel
Het proces van medische evacuatie is zodanig efficiënt ingericht dat de patiënt met zo min mogelijk delay vervoerd wordt naar een tweedelijns centrum waar de vereiste medische zorg kan worden geboden. (art. 8 Wz BES)	

Toelichting:

Vanwege de beperkte voorzieningen op Sint Eustatius en de ligging zijn er afspraken gemaakt met ziekenhuizen in de regio (Sint Maarten en Guadeloupe) en is er permanent een helikopter (National Helikopters NH) gestationeerd op Sint Eustatius die voor Sint Eustatius en Saba overdag en 's nachts het spoedvervoer voor haar rekening neemt. De luchthaven van Sint Maarten speelt een centrale rol. Patiënten met eindbestemming Sint Maarten landen daar. Er is geen vergunning om direct naast het ziekenhuis te landen. Hierdoor dienen spoedpatiënten vanaf de luchthaven per ambulance vervoerd te worden naar het ziekenhuis ruim 8 kilometer verderop. Het ziekenhuis van Sint Maarten beschikt over basisvoorzieningen, waardoor een deel van de patiënten ofwel meteen of na beoordeling in het ziekenhuis doorgestuurd worden. Zo heeft het ziekenhuis geen mogelijkheid tot interventiecardiologie en zal dus vaker dan noodzakelijk trombolyse worden ingezet. Bij verwijzing naar een derdelijns centrum vindt transport plaats met een airambulance van Coomeva. Bestemming is daarbij voornamelijk Colombia (afstand 1853 km), soms Curaçao of Bonaire. De mogelijkheid om te verwijzen naar het nabijgelegen Guadeloupe (afstand: 203 km, o.a. mogelijkheid interventiecardiologie) wordt nauwelijks benut.

Proces:

De hoofdverpleegkundige meldt de patiënt telefonisch aan bij het helikopterteam. De patiënt wordt met een ambulance naar het nabijgelegen vliegveld vervoerd. De responsetijd van het helikopterteam is ongeveer 30 minuten. De vliegtijd naar Sint Maarten (35 km) is ongeveer 30 minuten. Aldaar wordt de patiënt per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. Dit levert in totaal 4 transfermomenten op. Eén van de verpleegkundigen uit het ziekenhuis gaat op de vlucht mee en beschikt over een ambulancetas, met medische- en verpleegkundige hulpmiddelen,

verbandmiddelen, katheters, infuusmateriaal, uitzuigapparatuur en medicatie. De verpleegkundigen die patiënten begeleiden hebben extra training ontvangen. Personeel van NH is niet medisch getraind.

4 Conclusie

De inspectie beoordeelde tijdens het bezoek 11 thema's.

- Goed bestuur
- Systematisch verbeteren
- Praktijkafspraken
- Personeel
- Infectiepreventie
- Bereikbaarheid en triage
- Dossiervoering
- Medicatieveiligheid
- Beheer middelen
- Verloskundige zorg
- Medische evacuaties

Bij vrijwel alle thema's (10 van de 11) is verbetering noodzakelijk. Dat geldt in het bijzonder voor de thema's praktijkafspraken en infectiepreventie, waar door de tekortkomingen aanzienlijke risico's ontstaan voor de kwaliteit van zorg.

5 Te nemen maatregelen

5.1 **Noodzakelijke verbeteringen**

Voortkomend uit de geconstateerde tekortkomingen verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert. Deze dienen geheel doorgevoerd te zijn binnen 6 maanden.

Ten aanzien van het onderdeel medische evacuatie evenals voor de verloskundige zorg (norm 3) dient aangetekend te worden dat dit maar voor een deel in de macht van de zorgaanbieder ligt om hier verbetering in aan te brengen. Voor het overige is het van belang dat betrokken partijen hierover met elkaar in gesprek gaan. De inspectie zal bij de beoordeling van de verbetermaatregelen hiermee rekening houden.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder binnen 6 weken een verbeterplan opstelt waarin maatregelen worden benoemd met bijbehorend tijdspad om deze maatregelen binnen 6 maanden door te voeren inclusief onderbouwing van de prioritering.

De verbetermaatregelen ten aanzien van de hepatitis B-vaccinatie dienen binnen 2 maanden gerealiseerd te zijn. Daarnaast acht de inspectie het van belang om prioriteit te geven aan het verbeteren van de dialoog tussen de Raad van Bestuur en de medical staff. Bij de sturing van de zorgaanbieder alsmede het opstellen van het verbeterplan dient de input van de medical staff zwaar te wegen.

5.2 **Resultaatverslag en voortgangsverslag**

De inspectie verwacht in het kader van haar vervolgonderzoek naar de realisatie van de resterende bovengenoemde noodzakelijke verbeteringen een resultaatverslag na 6 maanden. Dit resultaatverslag bevat de volgende aspecten:

- Of binnen de gestelde termijn van 6 maanden is voldaan aan de wettelijke regelingen, richtlijnen of veldnorm van de beroepsgroep voor de thema's waarop tekortkomingen geconstateerd zijn.
- Een beschrijving van de wijze (aanpak en acties) waarop de verbeteringen zijn gerealiseerd.
- Een beschrijving van de resultaten van de verbeteracties en de wijze waarop de verbeteracties geëvalueerd zijn en in de toekomst geëvalueerd worden.

De inspectie verwacht in het kader van de opvolging van het verbeterplan dat de zorgaanbieder tweemaandelijks een voortgangsrapportage aanlevert, dat ingaat op de voortgang van het verbetertraject en per thema ingaat op de hierboven genoemde aspecten.

6 Bijlage: Normen en bronnen

Normen	Bron
Alle normen	Artikel 8 Wet zorginstellingen BES: 1 Een zorgaanbieder biedt zorg aan die verantwoord is. 2 Zorg is slechts verantwoord te achten als die tenminste wordt verleend op basis van deskundigheid, van een goed niveau is, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.
1. Goed bestuur	
Er is een Raad van bestuur en er is een Raad van Toezicht.	<ul style="list-style-type: none"> - Artikel 15 Wz BES (Algemeen bestuur en dagelijks bestuur) - IGZ Kader 'Toezicht op goed bestuur' (2016) - De raad van toezicht is in dit model grotendeels te vergelijken met een algemeen bestuur op basis van de Wz BES. De raad van bestuur is grotendeels te vergelijken met het dagelijks bestuur conform de Wz BES.
Het bestuur legt verantwoording af over beleid, kwaliteit, veiligheid, continuïteit en financiën	<ul style="list-style-type: none"> - Artikel 16 Wz BES (taken van het algemeen bestuur en dagelijks bestuur) - IGZ Kader 'Toezicht op goed bestuur' (2016) (p. 5)
Het bestuur is voortdurend in dialoog met de interne toezichthouder en de zorgverleners.	<ul style="list-style-type: none"> - IGZ Kader 'Toezicht op goed bestuur' (2016) (p. 5)
De Raad van Toezicht houdt toezicht op het beleid van de zorgaanbieder, weet wat erin en om de organisatie speelt onder leidinggeevenden en zorgverleners. De Raad van bestuur heeft zicht op de sturing van de organisatie vanuit het primair proces.	<ul style="list-style-type: none"> - IGZ Kader 'Toezicht op goed bestuur' (2016) (p. 5)
2. Systematisch verbeteren	
De zorgaanbieder draagt zorg voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.	<ul style="list-style-type: none"> - art. 10 jo. art. 11 jo. art. 12 Wz BES - LHV/NHG Notitie zorg voor kwaliteit huisartsen 2010- 2015 (2010, p. 13) - LHV Handreiking verbeter uw kwaliteit (2013, p. 23 en p. 30) - NHG Kwaliteitsdomeinen in de huisartsenvoorzieningen 2018, p. 11: systematisch meten, analyseren, verbeteren en borgen, p. 12: incidenten en zorguitkomsten, p. 14: beleidsplan en jaarverslag - KNMG Kwaliteitskader medische zorg: werken volgens de richtlijnen (2012, art 3.1.3b)

	<ul style="list-style-type: none"> - NHG handleiding beleidsplan en jaarverslag 2016
De zorgaanbieder heeft een werkende schriftelijke incidentenprocedure.	<ul style="list-style-type: none"> - art. 17 lid 1 Wz BES - LHV handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg: Veilig incident melden, melden, analyseren en verbeteren. (2010, p. 21) - LHV handreiking Verbeter uw kwaliteit: patiëntveiligheid, melden van incidenten verbetert de kwaliteit van zorg, VIM als basis voor werken aan patiëntveiligheid. Registratie (2013, p. 24 + bijlage 1, p. 66) - KNMG Kwaliteitskader Medische zorg: de arts meldt incidenten, de arts bespreekt regelmatig in teamverband complicaties en incidenten, VIM belangrijke bijdrage kwaliteit van zorg. (2012, 3.1.5 p. 32) - https://www.nhg.org/thema/patientveiligheid: voorbeelddocumenten NHG - NHG Kwaliteitsdomeinen in de huisartsenvoorzieningen 2018, p. 12: incidenten
De zorgaanbieder beschikt over een regeling voor de onafhankelijke behandeling van klachten en brengt deze op passende wijze onder de aandacht van patiënten	<ul style="list-style-type: none"> - art. 14 jo. art. 12 Wz BES - KNMG Richtlijn omgaan met incidenten, fouten en klachten: klimaat waarin klachten geuit kunnen worden. (2007, p. 5) - NHG Kwaliteitsdomeinen in de huisartsenvoorzieningen, p. 9. - NHG Model Klachtregeling 2016 - NHG Procedure Klachtopvang -
3. Praktijkafspraken	
De zorgaanbieder heeft de benodigde schriftelijke praktijkafspraken om ervoor zorg te dragen dat gedelegeerde handelingen op verantwoorde wijze worden uitgevoerd	<ul style="list-style-type: none"> - Art 9 Wz BES lid 1 - LHV handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg: kwaliteitssysteem voor de praktijk, kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging. Element van kwaliteitssysteem "vastgelegde procedures en werkafspraken" (2013, p. 25) - NHG Kwaliteitsdomeinen in de huisartsenvoorzieningen, p. 15 Kwaliteitssysteem & documentatie: gedocumenteerde afspraken bij risicovolle onderdelen van de zorg, de organisatie en voor het monitoren van kwaliteits-, beleids- en verbetermaatregelen. - NHG dossier 'organisatie van kwaliteit van de praktijk', delegeren van medische handelingen: randvoorwaarden.
4. Personeel	
De zorgaanbieder beschikt over voldoende personeel, dat aantoonbaar bevoegd, deskundig en bekwaam is om de door hen verleende zorg te verlenen en voert een personeelsbeleid dat hiervoor zorg draagt. Voor patiënten is te allen tijde duidelijk welke professionele hoedanigheid een praktijkmedewerker heeft.	<ul style="list-style-type: none"> - art. 8 lid 2 Wz BES - art. 9 jo art. 18 Wz BES - art. 2 Besluit uitoefenen medisch beroep BES - art. 1a Besluit bevoegdheid uitoefening van de tandheelkunst BES - art. 1 Besluit bevoegdheid apotheker en apothekersassistenten BES - art. 1 Besluit bevoegdheid verloskundigen BES - art. 1 en 2 Besluit geneeskunde BES - LHV/NHG Notitie zorg voor kwaliteit 2010-2015: intern overleg zorg- en praktijkvoeringsaspecten (2010, p. 13)

	<ul style="list-style-type: none"> - NHG 'Kwaliteitsdomeinen in de huisartsenvoorzieningen' 2017, p. 13 Personeel: formatie verbonden aan zorgaanbod, kennis en vaardigheden, protocollen, structureel overleg, functioneringsgesprekken.
5. Infectiepreventie	
De zorgaanbieder beschikt over een protocol of protocollen infectiepreventie en neemt aantoonbaar maatregelen om de overdracht van infectieziekten in de huisartspraktijk te voorkomen. De zorgaanbieder voldoet daarbij tenminste aan de minimumnormen van de NHG richtlijn infectiepreventie (2017). Werkkleding wordt behandeld conform de hygiënevoorschriften van de Werkgroep infectiepreventie (2014).	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 9 Wz BES - NHG Richtlijn infectiepreventie (2017). - Artikel Huisarts & Wetenschap: 'Praktijkorganisatierichtlijn infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk', 2017. - KNMG Standpunt inzake vaccinatie van artsen tegen hepatitis B: artsen die risicovolle handelingen verrichten dienen gevaccineerd te zijn (2004, P. 3) - WIP richtlijn ziekenhuis 'Persoonlijke hygiëne medewerker' 2014, hoofdstuk 5: kleding.
6. Bereikbaarheid en triage	
De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorgaanbieder is goed.	<ul style="list-style-type: none"> - LHV richtlijn Bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenzorg: 30 seconden norm, telefonische bereikbaarheid (2013) - NHG Standpunt Huisarts en spoedzorg: bereikbaarheid, 30 sec norm, capaciteit. (juni 2013, p. 18) - NHG Handleiding telefonische bereikbaarheid: goede bereikbaarheid basisvoorwaarde, 30 sec norm (2009)
De zorgaanbieder voert op verantwoorde wijze triage uit.	<ul style="list-style-type: none"> - LHV richtlijn Bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenzorg: deskundig en bekwaam personeel - NHG triagewijzer
7. Dossiervoering	
De zorgaanbieder maakt gebruik van een EPD en registreert hierin patiëntgegevens conform de ADEPD richtlijn.	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 18 lid 2 Wz BES - NHG richtlijn adequate dossiervoering EPD (ADEPD): SOEP, ICPC registreren (2013) - NHG-LHV Standpunt Het elektronisch huisartsendossier: de huisarts werkt volgens de ADEPD richtlijn (2010) - Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst: dossiervoering, goede hulpverlening (art. 454 BW 7 BES)
8. Medicatieveiligheid	
De zorgaanbieder heeft schriftelijke afspraken over het verantwoord voorschrijven van	<ul style="list-style-type: none"> - Art 1 jo art. 16 Wet op de geneesmiddelenvoorziening BES - NHG standpunt farmacotherapie in de huisartspraktijk: huisarts is voorschrijver en

<p>(herhaal)medicatie en zorgt ervoor dat elk recept vooraf aan uitgifte geautoriseerd wordt door een huisarts. De zorgaanbieder maakt bij het voorschrijven gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem met een medicatiebewakingssysteem.</p>	<p>eindverantwoordelijk, de praktijk werkt met procedures voor protocollair voorschrijven van herhaalreceptuur met autorisatie. (2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> - NHG LESA Actueel medicatieoverzicht - Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens 2008 - KNMG Richtlijn Elektronisch voorschrijven 2013 - Nadere toelichting Richtlijn overdracht medicatiegegevens 2015
<p>9. Beheer middelen</p>	
<p>De zorgaanbieder beschikt over het instrumentarium dat benodigd is om goede zorg te leveren en instrumentarium wordt op de juiste wijze onderhouden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 9 Wz BES - NHG-dossier 'Organisatie van kwaliteit in de praktijk': Beheer basisuitrusting medische hulpmiddelen (overzicht van de basisuitrusting, voorbeeldprotocol beheer en onderhoud van medische hulpmiddelen en voorbeeldprotocollen voor het up-to-date houden van geneesmiddelen)
<p>De huisartspraktijk beschikt over voldoende medische middelen om goede zorg te leveren. De medische middelen worden bewaard onder de daarvoor geschikte bewaarcondities.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 9 Wz BES - NHG-dossier 'Organisatie van kwaliteit in de praktijk': Beheer basisuitrusting medische hulpmiddelen (overzicht van de basisuitrusting, voorbeeldprotocol beheer en onderhoud van medische hulpmiddelen en voorbeeldprotocollen voor het up-to-date houden van geneesmiddelen)
<p>De huisartspraktijk beschikt over een spoedtas/visitetas die dusdanig is uitgerust dat deze geschikt is om de spoedeisende aandoeningen uit de NHG richtlijn geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties genoemde aandoeningen te diagnosticeren en te behandelen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 9 Wz BES - NHG Farmacotherapeutische richtlijn geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties: middelen voor spoed. (2012) - NHG-dossier 'Organisatie van kwaliteit in de praktijk': Beheer basisuitrusting medische hulpmiddelen (overzicht van de basisuitrusting, voorbeeldprotocol beheer en onderhoud van medische hulpmiddelen en voorbeeldprotocollen voor het up-to-date houden van geneesmiddelen)
<p>10. Verloskundige zorg</p>	
<p>De verloskundige draagt ervoor zorgt ervoor dat zij bekwaam is en blijft bekwaam door zich afdoende te scholen. In het bijzonder voor risicovolle handelingen tijdens de baring. De verloskundige is aantoonbaar geschoold indien zij handelingen verricht waarvoor een extra bekwaamheid noodzakelijk is.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 8 lid 2 Wz BES - Art. 9 Wz BES - Art. 18 Wz BES - KNOV-beroepscode art. 1.2, 1.3 en 1.4
<p>De verloskundige hanteert het consultschema prenatale zorg KNOV. De verloskundige kan uitleggen hoe de postnatale controles zijn georganiseerd</p>	<ul style="list-style-type: none"> - art. 8 lid 2 Wz BES - KNOV- beroepscode art 1.2 - praktijkkaart consultschema bij KNOV Standaard Prenatale verloskundige begeleiding

<p>De verloskundige kan uitleggen hoe zij voldoende anticipeert op risico's tijdens de zwangerschap en rekening houdt met lokale omstandigheden. De verloskundige kan aangeven hoe zij voldoende anticipeert en handelt op risico's tijdens de baring rekening houdend met lokale omstandigheden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - art. 8 lid 2 Wz BES - KNOV Beroepsprofiel Verloskundige juni 2014 - Art 4 AMvB Opleidingseisen en deskundigheidsgebied Verloskundige, 2008
<p>De verloskundige zorg wordt volgens de richtlijnen van de KNOV uitgevoerd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - art. 8 lid 2 Wz BES - KNOV- beroepscode art 1.2 - KNOV Verloskundige indicatielijst, verloskundig vademecum 2003
<p>11. Medische evacuaties</p>	
<p>Het proces van medische evacuatie is zodanig efficiënt ingericht dat de patiënt met zo min mogelijk delay vervoerd wordt naar een tweedelijns centrum waar de vereiste medische zorg kan worden geboden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art 8 Wz BES: verantwoorde zorg