

Kwaliteitsjaarverslag met trendanalyse 2015 - 2019

St. Eustatius Health Care Foundation

Leeswijzer

Het kwaliteitsjaarverslag begint met een voorwoord van de directeur bestuurder van de SEHCF. Hoofdstuk 1 beschrijft de uitgangspunten van het kwaliteitsjaarverslag met trendanalyse. Hoofdstuk 2 geeft algemene informatie over de structuur van de organisatie en de samenwerkingsrelaties. In hoofdstuk 3 komt de wijze waarop de St. Eustatius Health Care Foundation invulling heeft gegeven aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid aan bod gevolgd door een trendanalyse van de zorgvraag in hoofdstuk 4.

Algemene identificatiegegevens

Naam: St. Eustatius Health Care Foundation

Adres: Queen Beatrix rd 25

Plaats : Oranjestad, Sint Eustatius, CN

Telefoon: +599-318-2211/318-2371

Nummer Kamer van Koophandel: 808

E-mail: info@secf.org

Website: <http://www.sehcf.org>

Inhoudsopgave

Voorwoord directeur bestuurder	4
1. Uitgangspunten kwaliteitsjaarverslag en trendanalyse	6
2. Profiel van de organisatie	7
2.1 Missie en visie	7
2.2 Besturingsmodel: Raad van Bestuur – Raad van Toezichtmodel	7
2.3 Structuur en organisatie	9
2.4 Personeel	12
2.5 Samenwerking	14
3. Kwaliteitsjaarverslag	16
3.1 Klachtenregeling voor patiënten	16
3.2 Patiëntenparticipatie	17
3.3 Veilig Incident Meldingssysteem (VIM)	20
3.4 Commissies en verbeterteams	20
3.5 Projecten	21
3.6 Deskundigheidsbevordering	25
3.7 Audits	26
4. Trendanalyse	28
4.1 Acute zorg	28
4.2 Ziekenhuiszorg	29
4.3 Poliklinische zorg	30
4.4 Radiologie	34
4.5 Laboratoriumzorg	35

Voorwoord

2020 is zorgelijk en bewogen begonnen. Met twee Corona besmettingen is ook Sint Eustatius niet aan het COVID19 virus voorbij gegaan. Gelukkig is door zorgvuldige quarantainemaatregelen ons eiland vooralsnog aan een grote uitbraak ontsnapt. Met een bevolking die voor 65 procent bestaat uit ouderen en chronisch zieken staan wij als stichting voor een uitdagende taak om ook in het komende jaar goede uitgebreide eerstelijnszorg te leveren. In de afgelopen jaren hebben wij fors ingezet om meer en betere faciliteiten te creëren en niet zonder resultaat. In 2018 hebben wij onze zorgverlening reeds uitgebreid met visiterende specialisten op het gebied van orthopedie en cardiologie. In 2019 is urologie daaraan toegevoegd. In 2020 wensen wij het aanbod aan visiterende specialisten verder uit te breiden.

Vervolgens hebben we een belangrijke stap gezet met de overname van het 'St. Eustatius Community Care Center' waar we in 2020 actief op voortborduren. Verder is het zeer wenselijk dat we ons in de toekomst verenigen in een 'alles-onder-een-dak' gezondheidsorganisatie op het eiland. Hiervoor is nieuwbouw een nadrukkelijke wens. De huidige faciliteiten zijn gedateerd en verdienen aandacht en vernieuwing.

Helaas hebben wij niet alles wat we voor 2019 hadden voorgenomen kunnen uitvoeren. Desondanks hebben wij op meerdere fronten een kwaliteitsslag gemaakt, zowel qua zorg als bestuurlijke organisatie. In 2019 hebben wij veel aandacht besteed aan onder andere deskundigheidsbevordering van onze medewerkers, de herziening en ontwikkeling van protocollen en processen op onder meer het gebied van voedselveiligheid, schoonmaak, verpleegkundige zorg en geneesmiddelenvoorziening. Ook hebben wij veel bereikt op bestuurlijk gebied. Naar aanleiding van de herziene Governancecode Zorg die per 1 januari 2017 van kracht is en waaraan de SEHCF overeenkomstig afspraak met ZVK verplicht is zich te houden, hebben wij voorbereidingen getroffen voor aanpassing van onze statuten. De voornaamste wijzigingen hebben betrekking op de vaststelling van een nieuw bestuursreglement en reglement voor de Raad van Toezicht, de instelling van een remuneratiecommissie, een kwaliteitscommissie, auditcommissie, een cliëntencommissie en een personeelscommissie en het invoeren van een klokkenluidersregeling en klachtenregeling voor medewerkers.

Wij hebben de kennis die ons afgelopen jaar door middel van de uitvoering van inspecties onder meer door het Zorgverzekeringskantoor en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is aangereikt gewaardeerd en op waarde geschat. Wij beschouwen deze inspecties als welkome advies op basis waarvan wij als organisatie scherp blijven en aan de hand van verbeterplannen onze zorgverlening kunnen blijven verbeteren.

Geen zorgorganisatie kan goed presteren zonder de inzet van haar medewerkers. De gedrevenheid en betrokkenheid van onze medewerkers en de initiatieven die zij ontplooiën, zorgen ervoor dat onze organisatie ieder jaar vooruitgaat.

Afrondend wil ik namens onze organisatie iedereen bedanken die in het afgelopen jaar ons heeft ondersteund en een bijdrage heeft geleverd aan de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg op Sint Eustatius. Graag rekenen we ook in 2020 weer op jullie steun!

Dhr. Gerard Berkel
Directeur bestuurder St. Eustatius Health Care Foundation



1 Uitgangspunten kwaliteitsjaarverslag en trendanalyse

In gevolge artikel 12 van de Wet Zorginstellingen BES dient de St. Eustatius Health Care Foundation (SEHCF) jaarlijks een verslag ter openbare inzage te leggen, waarin verantwoording wordt afgelegd van het beleid dat in het afgelopen jaar ter uitvoering van deze wet ter zake van de kwaliteit van de verleende zorg is gevoerd. Naast de nodige verantwoording wenst de stichting door middel van een zogenaamde trendanalyse inzicht te geven in de ontwikkeling van de zorgvraag bij de SEHCF. Het kwaliteitsjaarverslag en de trendanalyse vormen de basis voor het toekomstige gezondheidszorgbeleid van de stichting.

Het 'Kwaliteitsjaarverslag met trendanalyse' wordt beschouwd als een groeidocument. In het tweede kwartaal van 2019 is de SEHCF gestart met de ontwikkeling van een eigen prestatie-indicatoren set. Het is de intentie om het kwaliteitsjaarverslag en de trendanalyse jaarlijks uit te breiden met kengetallen die voortkomen uit het meten van deze prestatie-indicatoren.

Afschrift van het 'Kwaliteitsjaarverslag met trendanalyse' wordt gezonden aan de Minister van Volksgezondheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2 Profiel van de organisatie

De SEHCF beheert en exploiteert het Queen Beatrix Medical Center (QBMC), het enige medische centrum op het eiland. Het QBMC is verantwoordelijk voor de uitvoering van de eerstelijnszorg op het eiland en in sommige gevallen voor uitgebreide eerstelijnszorg als het gaat om noodsituaties.

2.1 Missie en visie

Missie

De missie van de SEHCF is om een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg te bieden aan de gehele bevolking van St. Eustatius, inclusief haar bezoekers. Gezondheidszorg die is gebaseerd op een patiëntgerichte aanpak, een angstverminderende filosofie, passie en empathie. Gezondheidszorg die wordt geboden in een ondersteunende en zorgzame omgeving en die betaalbaar en voor iedereen toegankelijk is.

Visie

Het is onze visie, doel en motivatie om door te gaan met het verbeteren van het niveau van primaire en ondersteunende zorg, samen met de kwaliteit van de geleverde diensten. We zullen ernaar streven een toonaangevend medisch centrum in de regio te zijn en zullen ons netwerk blijven gebruiken om continu onderwijs en training te verzekeren en daarmee te voldoen aan de lokale en nationale normen voor gezondheidszorg.

2.2 Besturingsmodel: Raad van Bestuur – Raad van Toezichtmodel

De SEHCF heeft een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht. Medio 2018 heeft de stichting voorbereidingen getroffen voor wijziging van haar statuten. De aanleiding hiervoor was de herziene Governancecode Zorg die per 1 januari 2017 van kracht is en waaraan de SEHCF overeenkomstig afspraak met ZVK verplicht is zich te houden. Hoewel de SEHCF al wel in de geest van de nieuwe statuten handelde was de formele wijziging vooralsnog uitgesteld. De reden hiervoor was de geplande fusie met de Sint Eustatius Auxiliary Home Foundation (SEAHF) die een andere statutenwijziging noodzakelijk zal maken. Echter daar de fusie op korte termijn niet realiseerbaar blijkt te zijn heeft de SEHCF besloten de formele statutenwijziging alsnog door te zetten. Naar verwachting wordt deze in juni 2020 afgerond.

De wijzigingen in de statuten naar aanleiding van de nieuwe Governancecode Zorg hebben betrekking op:

- De vaststelling van een nieuw bestuursreglement en reglement voor de Raad van Toezicht.

- De instelling van een remuneratiecommissie, een kwaliteitscommissie, een auditcommissie, een cliëntencommissie en een personeelscommissie (die de taken uitvoert van een ondernemingsraad).
- Het invoeren van een klokkenluidersregeling en een klachtenregeling voor medewerkers.

Raad van Bestuur

De SEHCF wordt conform de statuten bestuurd door een Raad van Bestuur bestaande uit één of meer leden. Sinds de oprichting van de SEHCF heeft de organisatie een éénhoofdig Raad van Bestuur gehad. In het Bestuursreglement zijn de taken en verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur geëxpliciteerd. Aandachtspunten zijn individuele, collegiale en collectieve verantwoordelijkheid, houding en gedrag, besluitvorming, doelen van besturen, medezeggenschap en inspraak, functioneren en de evaluatie daarvan en tot slot de verhouding tot de Raad van Toezicht.

Onder de Raad van Bestuur ressorteert het Managementteam. De Raad van Bestuur en het Managementteam zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de strategische, financiële en lopende zaken van de organisatie. Het Management Team bestond tot 2017 uit de manager facilitaire dienst, de manager intramurale zorg en spoedzorg en de manager polikliniek. In 2018 is het hoofd financiële administratie toegevoegd aan het Management Team en in 2019 de teamleider van de thuiszorg. De Raad van Bestuur vergadert gemiddeld een keer per twee weken met het Management Team en een keer per maand met de Raad van Toezicht.

Raad van Toezicht

Het toezicht op de SEHCF wordt uitgeoefend door de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken van de stichting. De Raad van Toezicht bestaat conform de statuten uit drie tot maximaal vijf leden. Sinds de oprichting van de SEHCF bestaat de Raad van Toezicht uit vijf leden. Overeenkomstig de 'oude' statuten konden de leden van de Raad van Toezicht voor maximaal twee termijnen van vier jaren benoemd worden. De nieuwe statuten maken het mogelijk om de leden van de Raad van Toezicht voor een derde termijn te (her)benoemen als er zwaarwegende redenen daarvoor zijn. De reden voor deze statutenwijziging is dat de stichting momenteel mede door COVID-19 een cruciale periode doormaakt met ingrijpende veranderingen en grote uitdagingen, waardoor in deze fase de continuïteit en stabiliteit in de samenstelling van de Raad van Toezicht van essentieel belang zijn. In 2013 heeft de laatste wisseling van drie leden plaatsgevonden. Conform de oude statuten hadden in 2020 twee leden van de Raad van Toezicht moeten aftreden. Een van de twee leden is reeds in het begin van het jaar herbenoemd. Het ander lid is recentelijk ook voor een derde termijn herbenoemd. In de Raad van Toezicht zijn verschillende deskundigheden vertegenwoordigd, zoals verpleegkundig management, financieel management, human resource management (HRM), facilitair & onderhoudsmanagent en zelfstandig ondernemerschap. De leden hebben in hoofd- of nevenfunctie geen zakelijke binding of belangenverstrengeling met de SEHCF.

De SEHCF heeft in 2018 een reglement opgesteld voor de Raad van Toezicht waarin de taken en verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht zijn vastgelegd. Dit reglement geeft met de statuten van de SEHCF, inhoud aan het toezicht op en het samenspel met de Raad van Bestuur, evenals op het functioneren van de Raad van Toezicht zelf. In december 2019 is het reglement voor de Raad van Toezicht vastgesteld. Ook heeft de Raad van Toezicht eind 2019 de reglementen voor de auditcommissie, de remuneratiecommissie en de kwaliteitscommissie aangenomen. De auditcommissie heeft als taak het voorbereiden van de informatievoorziening ten behoeve van de besluitvorming door de Raad van Toezicht alsmede het adviseren van de Raad van Toezicht op het gebied van financiële zaken die de stichting betreffen. De Remuneratiecommissie richt zich op de werving, selectie en arbeidsvoorwaarden van de leden van de Raad van Toezicht en van het bestuur. De kwaliteitscommissie is belast met het voorbereiden van de informatievoorziening ten behoeve van de besluitvorming door de Raad van Toezicht alsmede het adviseren van de Raad van Toezicht op het gebied van de kwaliteit, veiligheid en innovatie van de zorg die door de stichting wordt geboden. In 2020 zullen de leden van de commissies officieel worden benoemd en gestart worden met de verdere implementatie van de reglementen van de commissies. Bovendien zijn een klokkenluidersregeling en een klachtenregeling voor medewerkers opgesteld.

2.3 Structuur en organisatie

Het Queen Beatrix Medical Center bestond in 2019 uit:

- De ambulancedienst met 1 reguliere ambulance en 1 jeep ambulance;
- De emergency room met 1 emergency bed;
- De verpleegafdeling met 14 bedden (3 kinderbedden en 11 verpleegbedden);
- De verloskamer met 1 verlosbed;
- De polikliniek met huisartsgeneeskunde, verloskunde, fysiotherapie en visiterende specialismen cardiologie, orthopedische chirurgie, revalidatiegeneeskunde, urologie, diabetesverpleegkunde, diëtetiek, logopedie, podotherapie, medische pedicure en instrumentmaker;
- De wijkverpleegkundige zorg;
- De radiologie afdeling;
- Het medisch laboratorium;
- De instellingskeuken;
- De wasserij en schoonmaakdienst;
- De technische dienst;
- De receptie;
- De financiële en HR administratie;
- De afdeling kwaliteit;
- Het mortuarium.

In 2020 wenst het Queen Beatrix Medical Center het aanbod aan visiterende specialisten uit te breiden met dermatologie, oogheelkunde, gynaecologie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en KNO.

Overname St. Eustatius Community Care Center

In 2016 was het Openbaar Lichaam Sint Eustatius (OLE) met integrale middelen een thuiszorg project gestart om senioren te faciliteren langer zelfstandig te laten wonen met als doel de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren. De SEHCF en het OLE zijn op 4 januari 2017 een samenwerkingsovereenkomst aangegaan. Een van de afspraken in de overeenkomst was dat het St. Eustatius Community Care Center over zou gaan naar en als een reguliere voorziening wordt opgenomen in de activiteiten van de SEHCF. Per 1 januari 2019 heeft de SEHCF het 'St. Eustatius Community Care Center' van het OLE overgenomen. Uitgangspunt bij de transitie was om vooralsnog de 'going concern' zoveel mogelijk intact te laten om vervolgens over te gaan tot integratie van de zorgproducten en de verdere ontwikkeling daarvan. In maart 2020 heeft de stichting een externe audit laten uitvoeren op basis waarvan een plan van aanpak wordt ontwikkeld.

Fusie SEHCF en SEAHF

In 2018 zijn gesprekken hervat tussen de SEHCF en de Sint Eustatius Auxiliary Home Foundation (SEAHF) met betrekking tot het samengaan van beide organisaties waarbij een eerste verkenning heeft plaatsgevonden van welke vorm van fusie het beste past. In 2019 zijn de gesprekken hierover van de kant van de SEAHF opgeschort. Desalniettemin blijft de SEHCF open staan voor een fusie met de SEAHF.

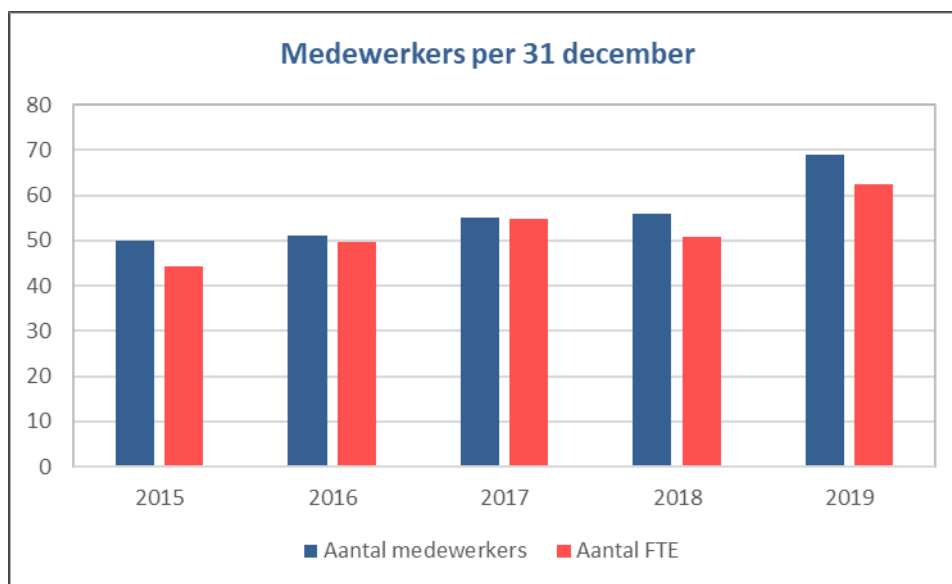
Organogram

Onderstaande organogram geeft een overzicht van de organisatiestructuur van de SEHCF in 2018. Met de overname van het St. Eustatius Community Care Center is deze per 1 januari 2019 aangepast.

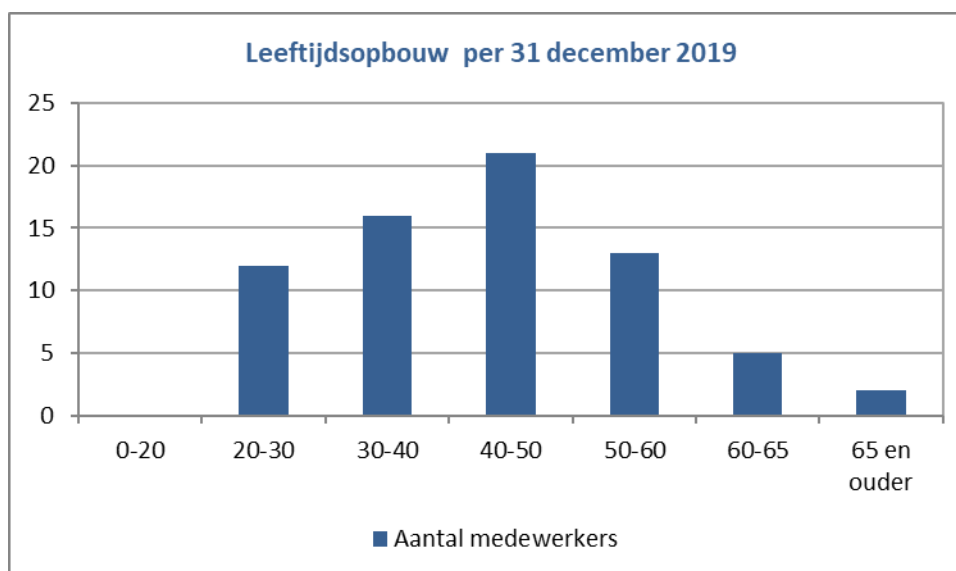


2.4 Personeel

In de periode 2015 tot en met 2019 is het aantal medewerkers van de SEHCF gegroeid van 50 naar 69. Het aantal FTE is in 2019 gegroeid van 50,8 naar 62,4. De voornaamste reden voor deze stijging is geweest de overname van het personeel van het 'Community Care Center' per 1 januari 2019.

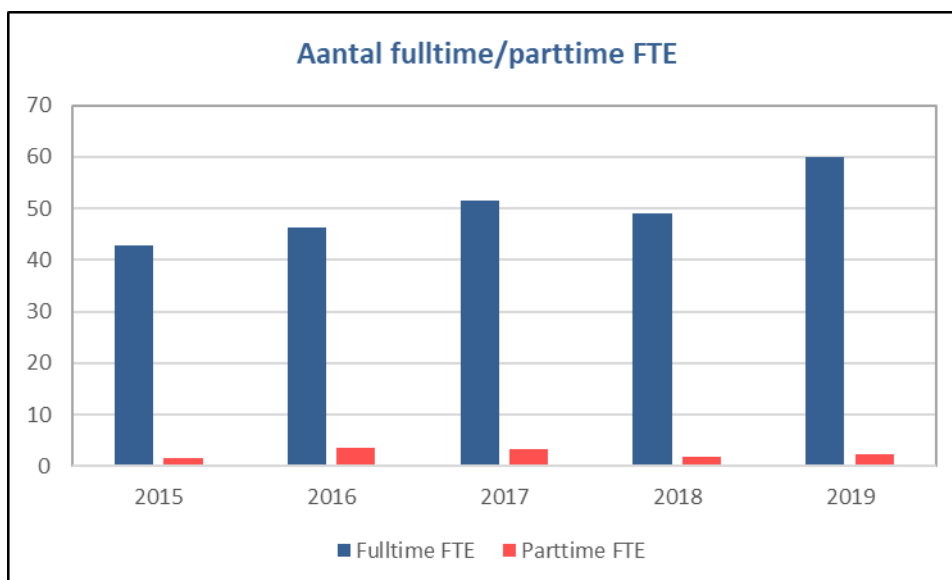
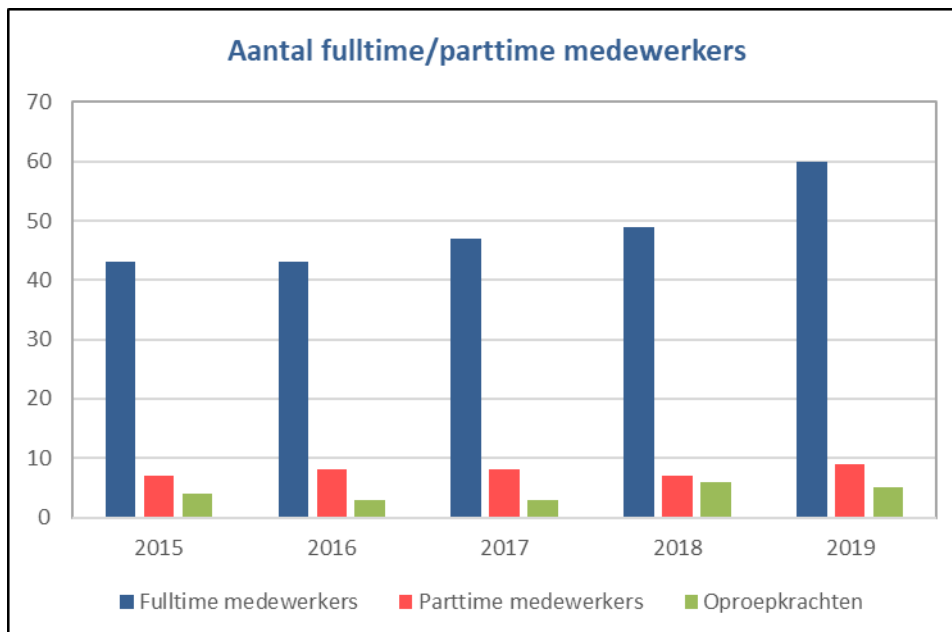


N.B. Exclusief oproepkrachten

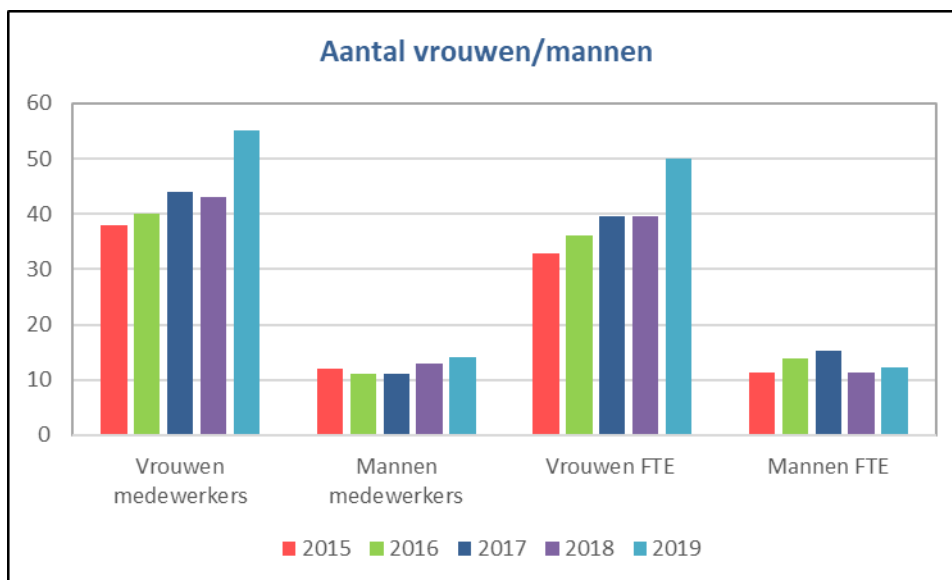


N.B. Exclusief oproepkrachten

Onderstaande grafieken geven informatie over de verdeling van fulltime en parttime en het geslacht van de medewerkers in aantallen en FTE in de periode 2015-2019.



N.B. Is exclusief oproepkrachten



N.B. Is exclusief oproepkrachten

2.5 Samenwerking

Het deelnemen in samenwerkingsverbanden sluit aan bij de visie op hoe de SEHCF haar rol ziet, een netwerkorganisatie die de primaire en ondersteunende zorg kwalitatief goed organiseert maar niet alles volledig zelf verzorgt. Als medisch centrum wordt doorlopend gezocht naar kansen voor verdere participaties waarmee het zorgaanbod kan worden verbeterd of die meehelpt de SEHCF gezond te houden. De SEHCF heeft met diverse organisaties op Sint-Eustatius en in de regio samenwerkingsafspraken gemaakt. De voornaamste samenwerkingsrelaties worden weergegeven in de volgende tabel.

Samenwerkingsrelatie	Toelichting
Sint Maarten Medical Center (SMMC)	Met het SMMC heeft de SEHCF een Service Level Agreement afgesloten betreffende medisch specialistische zorg voor patiënten van SEHCF in het SMMC en diensten m.b.t. onderhoud aan (medische) apparatuur in het QBMC.
Saba Health Care Foundation (SHCF)	De SEHCF en de SHCF hebben afspraken over het uitlenen van huisartsen en andere medewerkers bij tijdelijke personeelstekorten.
Sint Maarten Laboratory Services (SLS)	De SEHCF en SLS hebben een Service Level Agreement gesloten aangaande de ondersteuning door SLS betreffende het verifiëren van uitslagen, advisering over aankoop en reparatie van apparatuur, trainingen, delen van SOP's, IT-problemen en problemen op het gebied van klinische chemie/hematologie, immunologie, medische microbiologie, pre-analyse en kwaliteitsborging/bewaking.
Sint Eustatius Auxiliary Home Foundation (SEAHF)	Met het SEAHF heeft de SEHCF reeds een samenwerkingsovereenkomst inzake de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem en protocollen en werkprocedures op het gebied van (medische) zorg. In 2020 vindt verdere verkenning van fusiemogelijkheden plaats.

Samenwerkingsrelatie	Toelichting
Zorgverzekeringskantoor BES (ZVK)	Met het zorgverzekeringskantoor worden afspraken gemaakt over de zorginkoop, administratieve procedures en belangrijke strategische keuzes.
Inspectie voor de Gezondheidszorg en overige toezichthouders	SEHCF informeert indien nodig de Inspectie voor de Gezondheidszorg en/of overige toezichthouders en verleent alle mogelijke medewerking aan inspectiebezoeken en – onderzoeken.
Overheid	SEHCF onderhoudt contact met verschillende overheden (zowel lands als eilands) ten behoeve van de eigen taakuitoefening te weten ministeries (met name VWS), RCN en het Openbaar Lichaam Sint Eustatius

Met het Zorgverzekeringskantoor (ZVK) is afgesproken dat in 2019 op zoek zou worden gegaan naar samenwerking op het gebied van e-health toepassingen voor medische specialistische zorg waaronder zowel wordt verstaan toepassingen in de interactie tussen zorgverlener en patient (e-consult) als toepassingen voor zorgverleners onderling (telemedicine en teleconferencing). De snelheid en betrouwbaarheid van het internet bij QBMC laten echter te wensen over en maken e-health toepassingen vooralsnog technisch niet mogelijk. De situatie van de afgelopen maanden waarbij als gevolg van de uitbraak van het coronavirus patiënten (met uitzondering van spoedsituaties) niet meer naar Sint Maarten of elders kunnen worden uitgezonden voor medische behandeling maken het creëren van de juiste randvoorwaarden voor inzet van e-health-innovaties nog essentiëler.

3 Kwaliteitsjaarverslag

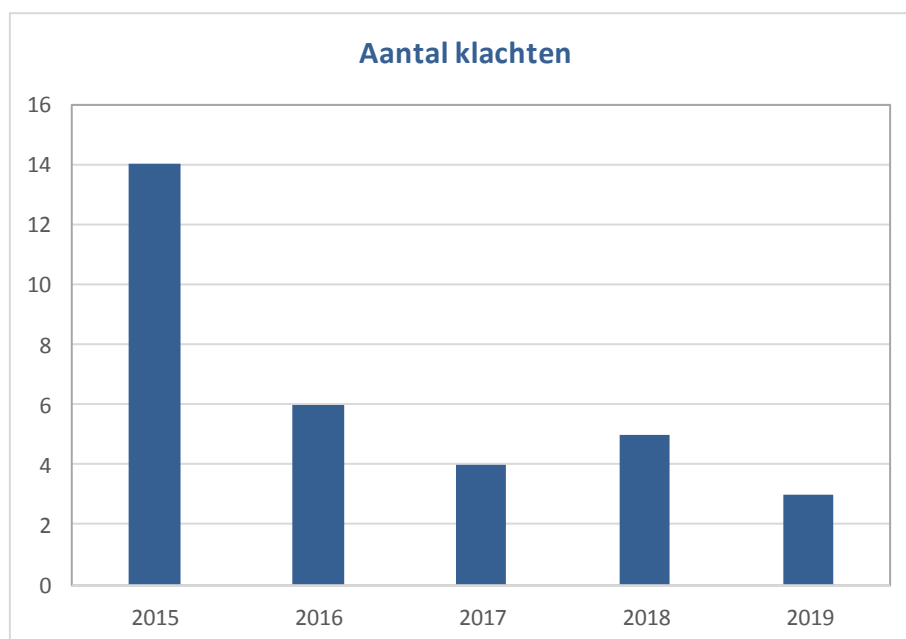
Als het enige ziekenhuis op het eiland is het de missie van de SEHCF om elke bewoner of bezoeker een hoge kwaliteit gezondheidszorg te bieden. Om richting te geven aan het kwaliteitsbeleid is bij de aanvang van de organisatie de afdeling kwaliteit opgericht. De afdeling kwaliteit bestaat uit twee medewerkers kwaliteitszorg.

Aan het systematisch toetsen en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg wordt vormgegeven door middel van de klachtenregeling voor patiënten, patiëntenparticipatie, het Veilig Incident Meldingssysteem (VIM), de instelling van commissies en verbeterteams, het uitvoeren van projecten, procesmanagement, deskundigheidsbevordering van medewerkers en het (laten) uitvoeren van audits.

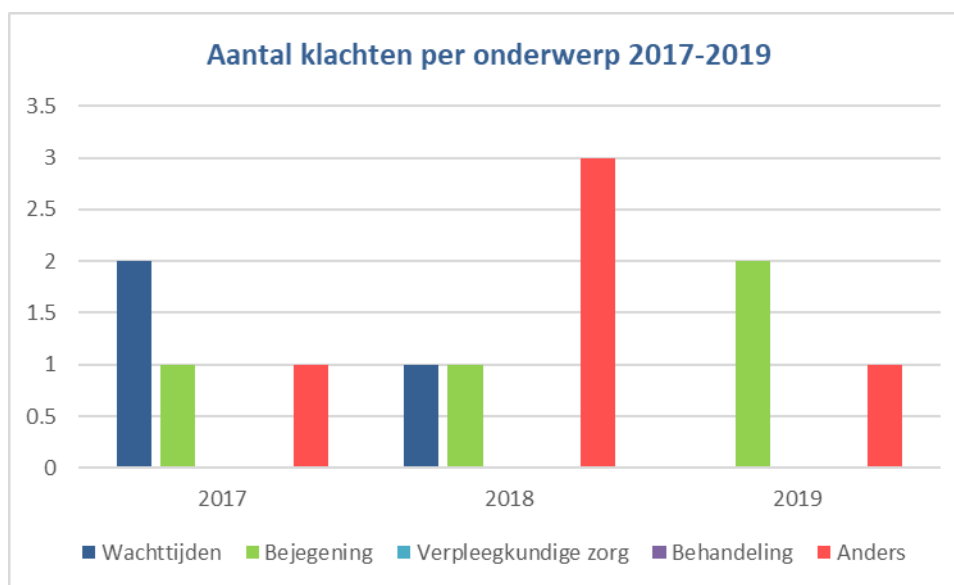
3.1 Klachtenregeling voor patiënten

In gevolge artikel 14 van de Wet Zorginstellingen BES voorziet de SEHCF sinds 2016 in een klachtenregeling. Het primaire doel van de klachtenregeling is om middels bemiddeling de relatie tussen betrokken partijen waar nodig te herstellen. De klachtenfunctionaris is bij een binnenkomende klacht het eerste aanspreekpunt. Indien bemiddeling niet wenselijk is of zonder resultaat blijft dan kunnen patiënten zich wenden tot de klachtencommissie van de inter-eiland klachtencommissie van Saba, Sint Eustatius en Sint Maarten.

In 2015 zijn 14 klachten ingediend bij de klachtenfunctionaris. In 2016, 2017, 2018 en 2019 waren dit er respectievelijk 6, 4, 5 en 3.



Dat er in 2015 significant meer klachten zijn ontvangen dan in de jaren 2016 en verder is het gevolg van het opzetten van een nieuwe structuur binnen de polikliniek geweest en zowel patiënten als medewerkers moesten wennen aan een nieuwe manier van werken, afspraken maken e.d. binnen het QBMC. In 2017 is gestart met de digitale registratie van klachten waaronder het onderwerp van de klacht.



Twee van de klachten die in 2019 zijn ontvangen hadden betrekking op bejegening. In beide gevallen heeft een bemiddelingsgesprek plaatsgevonden met de betrokkenen waarna de klacht was afgerond. De derde klacht had betrekking op beperkte keuzevrijheid waarbij een cliënt van de thuiszorg aangegeven had niet door een bepaalde verpleegkundige verzorgd te willen worden. Na een andere verpleegkundige toegewezen te hebben was ook deze klacht afgerond.

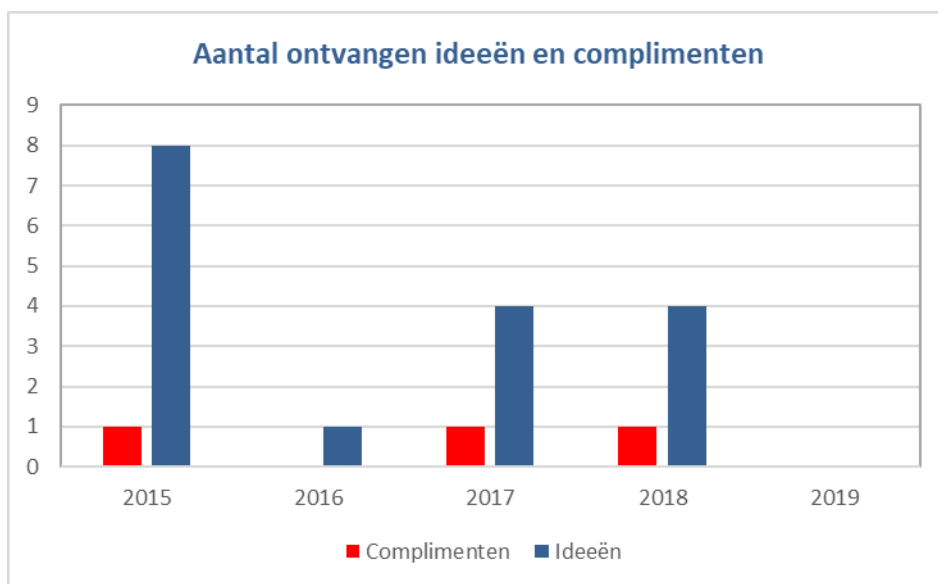
Er zijn in 2019 geen klachten binnengekomen over de SEHCF bij de inter-eiland klachtencommissie van Saba, Sint Eustatius en Sint Maarten. De SEHCF heeft het vermoeden dat de inwoners van Sint Eustatius vanwege de kleinschaligheid van het eiland weinig geneigd zijn om een klacht in te dienen. Dit blijft een punt van aandacht.

3.2 Patiëntenparticipatie

Overeenkomstig artikel 12 lid 2 van de Wet Zorginstellingen BES dient de SEHCF in haar kwaliteitsjaarverslag aan te geven op welke wijze zij haar patiënten heeft betrokken bij het gevoerde kwaliteitsbeleid.

Ideeën en complimenten bus

Om patiënten (en medewerkers) de mogelijkheid te geven om ideeën en complimenten voor verbetering van de kwaliteit aan te dragen heeft de SEHCF een ideeën en complimentenbus ingericht. Door middel van het deponeren van een ingevuld ideeën en complimentenformulier in een speciaal daarvoor bestemde brievenbus of het invullen van een ideeën en complimentenformulier op de website van de stichting kunnen patiënten (en medewerkers) hun ideeën en complimenten kenbaar maken. De ideeën en complimentenbus wordt beheerd door de afdeling kwaliteit. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal ideeën en complimenten ontvangen in de periode 2015 tot en met 2019.



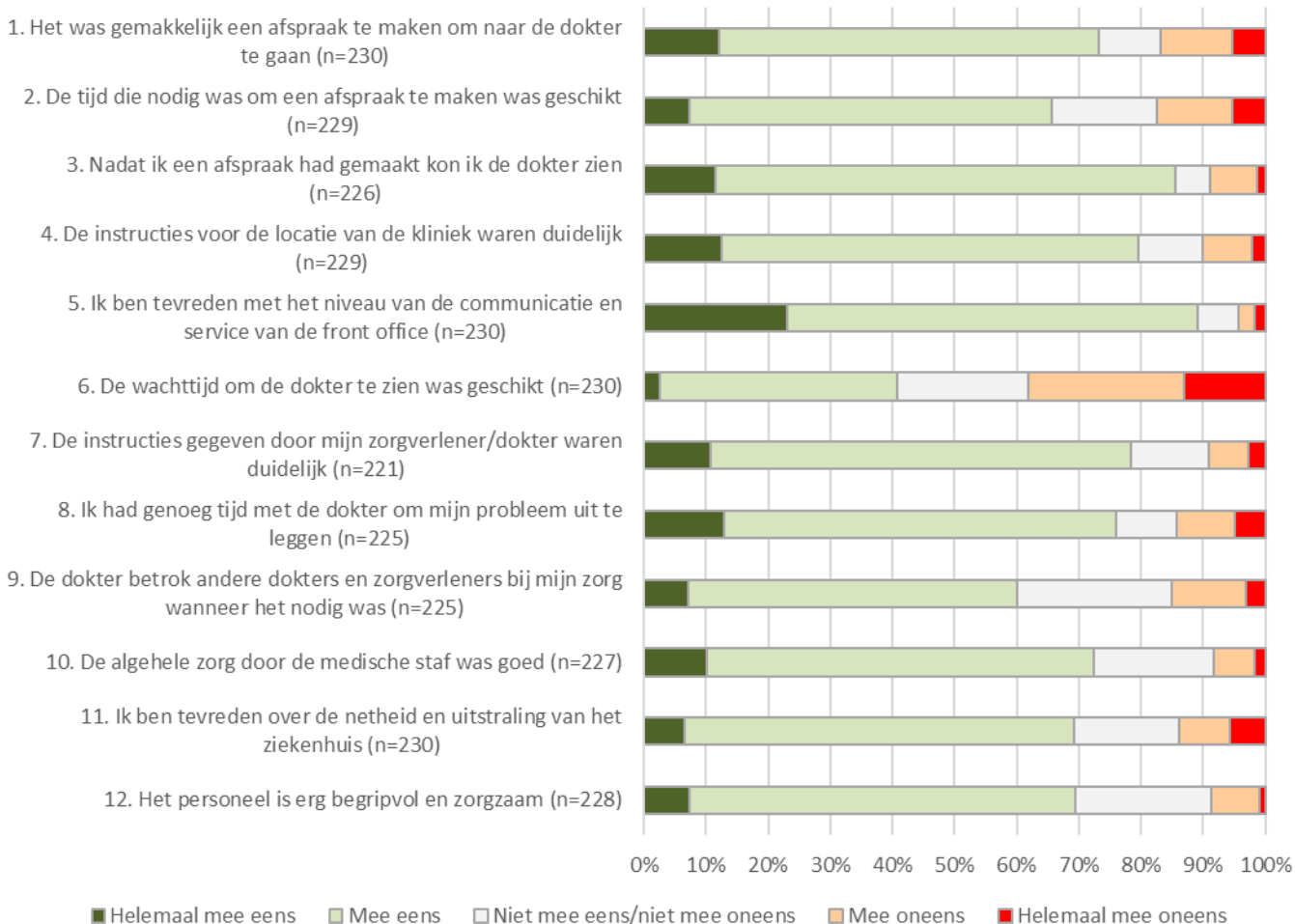
In 2019 zijn er geen ideeën of complimenten binnen gekomen.

Patiënttevredenheidsmeting

De St. Eustatius Health Care Foundation streeft ernaar om optimale kwaliteit te leveren in haar zorg- en dienstverlening aan patiënten. Ten einde zichzelf daarin te blijven verbeteren wil zij graag inzicht krijgen hoe de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening door haar patiënten ervaren wordt.

In juli 2018 heeft de afdeling kwaliteit een onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid van de patiënten van de polikliniek waarbij 230 patiënten bereid zijn gevonden een enquête in te vullen. In onderstaande grafiek worden de resultaten gepresenteerd.

Resultaten patiënttevredenheidsonderzoek



Hoewel de resultaten over het algemeen erg optimistisch waren was het de intentie om in 2019 voor de onderwerpen waarop minder positief gescoord was, zoals bijvoorbeeld de wachttijden aanvullende specifiekere patiënttevredenheidsenquêtes uit te voeren. Dit heeft als gevolg van herprioritering van kwaliteitsverbeteringsprojecten echter niet plaats gevonden. SEHCF heeft het voornemen om in 2020 opnieuw een breed patiënttevredenheidsonderzoek bij de polikliniek uit te voeren waarin extra aandacht zal worden besteed aan de aandachtspunten die naar voren zijn gekomen uit de enquête van 2018. Ook is zij voornemens een patiënttevredenheidsonderzoek bij het community care center uit te voeren. Hoe dergelijke onderzoeken eruit kunnen gaan zien is in verband met de covid-19 maatregelen nog niet duidelijk.

3.3 Veilig Incident Meldingssysteem (VIM)

In 2015 heeft de St. Eustatius Health Care Foundation een digitaal Veilig Incident Meldingssysteem (VIM) aangeschaft waarin incidenten kunnen worden gemeld en geanalyseerd. Een incident is gedefinieerd als een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt en/of de medewerker heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Het uiteindelijke doel van het VIM is het voorkomen en beheersen van risico's waardoor de veiligheid en daarmee de kwaliteit van de zorg verbeterd wordt. Tot op heden is weinig gebruik gemaakt van het VIM. In 2019 is als onderdeel van het procesmanagement project (zie paragraaf 3.5) het VIM proces herzien en beschreven. Op basis van de procesbeschrijving zijn aanpassingen gemaakt in het VIM-formulier en het digitale meldingssysteem waarna medewerkers door middel van presentaties geïnstrueerd zijn van het nieuwe systeem gebruik te maken. In 2020 zal het VIM verder uitgerold worden.

3.4 Commissies en verbeterteams

Overeenkomstig artikel 17 van de Wet Zorginstellingen BES dienen binnen iedere ziekenhuisvoorziening een of meer commissies te functioneren die ten minste tot taak hebben:

- Het zorgdragen voor het vaststellen van uniforme- en verpleegkundige protocollen met betrekking tot behandelingen;
- De registratie van incidenten;
- De advisering over de voorziening en distributie van geneesmiddelen;
- De advisering over de handhaving van optimale hygiënische omstandigheden.

In 2018 had de SEHCF diverse commissies en verbeterteams opgericht. Daar vanwege de kleinschaligheid van de organisatie steeds dezelfde medewerkers zitting hadden in de verschillende commissies en verbeterteams is in 2019 besloten het aantal ervan te verminderen naar een kwaliteitsverbeteringsteam, een medicatie controle team en een VIM-commissie.

Kwaliteitsverbeteringsteam

Het kwaliteitsverbeteringsteam bestaat uit de directeur bestuurder, de medewerkers kwaliteitszorg, de manager facilitaire dienst en de managementassistente. De taak van het kwaliteitsverbeteringsteam is het initiëren en begeleiden van kwaliteitsverbeteringstrajecten binnen QBMC waaronder de ontwikkeling, de herziening, het beheer en het toegankelijk maken van protocollen en procedures volgens een uniform format en het toezien op de handhaving ervan. Het team komt in principe een keer per maand bij elkaar. In 2019 is het team uitgebreid met een externe consultant op het gebied van hygiëne en infectiepreventie. Het kwaliteitsverbeteringsteam heeft zich voornamelijk gericht op de ontwikkeling van protocollen en procedures op het gebied van voedselveiligheid, schoonmaak en verpleegkundige zorg, het trainen van medewerkers in de HACCP-basisregels, het trainen van een aantal interne (junior) auditors en het uitvoeren van een interne audit van de keuken. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal ontwikkelde protocollen en procedures per aandachtsgebied.

Aandachtsgebied	Aantal
Voedselveiligheid	20
Schoonmaak	12
Verpleegkundige zorg	43
Totaal	75

Alle protocollen en procedures zijn gepubliceerd in het Document Management Systeem (DMS).

Registratie van incidenten

De registratie en afhandeling van incidenten was voorheen belegd bij een van de medewerkers kwaliteitszorg. Tijdens het herzien en beschrijven van het VIM-proces is besloten hiervoor een commissie in te stellen bestaande uit de medewerker kwaliteitszorg en de managers van de verschillende afdelingen. De leden van de VIM-commissie komen tenminste een keer per twee weken bij elkaar.

Voorziening en distributie van geneesmiddelen

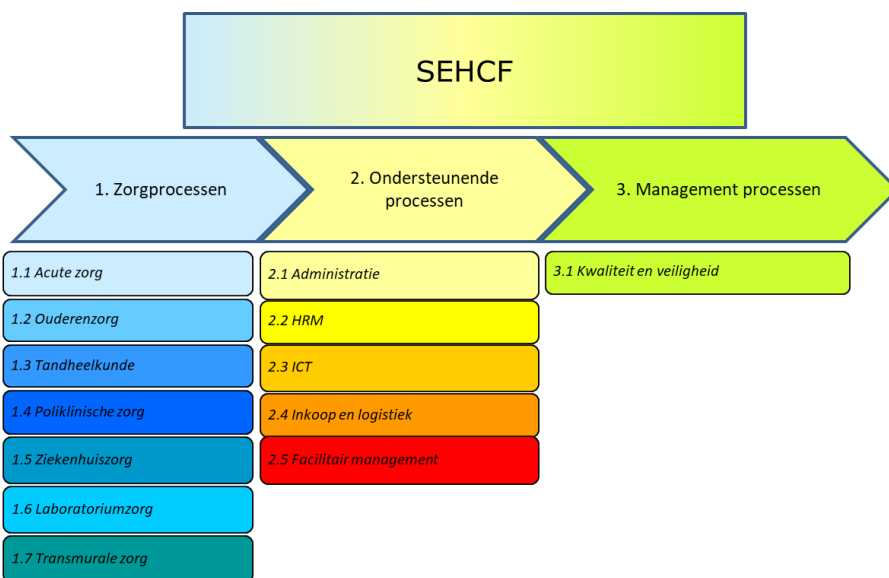
De advisering over de voorziening en distributie van geneesmiddelen is ondergebracht bij het medicatie controle team. Het medicatie controle team bestaat uit de apotheker van de Goldenrock pharmacy, een medewerker kwaliteitszorg en de managementassistente. Het medicatie controle team komt gemiddeld een keer per maand bij elkaar en houdt zich bezig met de voortdurende evaluatie en verbetering van de processen rondom medicatieveiligheid. Het medicatie controle team heeft zich in 2019 voornamelijk beziggehouden met de ontwikkeling en implementatie van een protocol voor beheer en opslag van opiaten, een protocol voor het voorschrijven, uitzetten, toedienen, klaarzetten en beheer van medicatie en het herzien van het proces van bestellen van medicatie.

3.5 Projecten

Procesmanagement

In 2015 heeft de SEHCF met ondersteuning van Fundashon Mariadal in Bonaire haar 'proceslandschap' ontwikkeld. Het proceslandschap maakt onderscheid in:

- Zorgprocessen: zijn de primaire processen van de organisatie en beschrijven de dienstverlening aan de patiënt/cliënt. Voorbeelden van zorgprocessen zijn uitvoering ambulancezorg, opname op verpleegafdeling en ontslag;
- Ondersteunende processen: zijn ondersteunend aan de zorgprocessen. Voorbeelden hiervan zijn interne bestelling van voorraadartikelen en verwijdering van afval;
- Managementprocessen: omvatten alle activiteiten betreffende het plannen, controleren, evalueren en bijsturen. Voorbeelden hiervan zijn Veilig Incident Melden (VIM) en bemiddeling van klachten.



Figuur: Proceslandschap SEHCF

Het proceslandschap vormt de basis voor het op gestructureerde wijze identificeren, beschrijven, (her)ontwerpen en beheersen van de processen binnen het Queen Beatrix Medical Center. In het tweede kwartaal van 2018 is de SEHCF gestart met het identificeren en beschrijven van de processen waarbij tegelijkertijd de werking van de processen intern worden getoetst en daar waar nodig verbeteracties geformuleerd. Tijdens het proces beschrijven worden bovendien per proces de voor QBMC bruikbare prestatie-indicatoren benoemd. Deze prestatie-indicatoren vormen de basis voor enerzijds het kwaliteitsjaarverslag en de trendanalyse en anderzijds beleidsvorming in de toekomst. De processen die in 2018 en 2019 zijn beschreven en waar nodig een plan van aanpak voor is ontwikkeld zijn:

Zorgprocessen:

- Acute zorg
 - Uitvoeren ambulance zorg
 - Organiseren spoed medische uitzending (in concept)
- Poliklinische zorg
 - Afspraak maken en aanmelden patiënt poliklinische afdeling
 - Uitvoeren prenatale zorg
 - Uitvoeren fysiotherapeutische behandeling
 - Uitvoeren radiologische verrichting (in concept)
- Ziekenhuiszorg
 - Opnemen patiënt verpleegafdeling
 - Ontslaan patiënt verpleegafdeling

Ondersteunende processen:

- Administratie
 - Beheren crediteuren
 - Verwerken inkoopfacturen
 - Betalen facturen middels internetbankieren
 - Betalen facturen en salarissen middels cheque
 - Ontvangen en verwerken bankafschriften
 - Ontvangen boeken en storten kasgelden
- HRM
 - Werven en selecteren nieuwe medewerkers (in concept)

Management processen:

- Kwaliteit en Veiligheid
 - Bemiddelen van klachten van patiënten
 - Autoriseren en uitgeven documenten DMS
 - Veilig Incident Melden
- Planning en control
 - Opstellen en goedkeuren begroting

In 2020 zal in eerste instantie de aandacht uitgaan naar de volgende processen:

Zorgprocessen:

- Acute zorg
 - Uitvoeren behandeling emergency room
- Poliklinische zorg
 - Uitvoeren consult huisartsenzorg
 - Uitvoeren consult polikliniek
 - Organiseren medische uitzending (niet spoed)
 - Uitvoeren laboratoriumzorg
- Thuiszorg/wijkverpleging
 - Aanmelden client
 - Uitvoeren intake
 - Ontslaan client
 - Maaltijdenvoorziening

Ondersteunende processen

- Administratie
 - Beheren salarisadministratie
 - Verwerken salarissen
 - Betalen salarissen middels internetbankieren
 - Ziekteverzuim

- Facilitair management
 - Bestellen voorraadartikelen
 - Bestellen niet-voorraadartikelen
 - Bestellen medicatie
 - Inkopen
 - Behandelen van linnen

Nieuwbouwproject

De huidige huisvesting van het QBMC is gedateerd. Er zijn in de tijd steeds delen aangebouwd en verbouwd. Het totale complex sluit niet meer aan op de eisen van deze tijd en biedt geen basis voor verdere verbetering van de zorg. Nieuwbouw van een medisch centrum is daarom meer dan wenselijk gebleken. De St. Eustatius Health Care Foundation heeft daartoe in 2016 een zorgvisie ontwikkeld. De zorgvisie biedt, rekening houdend met de eigenheid en kleinschaligheid van de eilanden, de basis voor verdere op- en uitbouw van de SEHCF om te komen tot integrale en samenhangende zorg, in een gebouw dat dit flexibel en toekomstbestendig kan faciliteren. De zorgvisie is bedoeld als leidraad:

- voor het bereiken en monitoren van exploitatiedoelen;
- voor het toetsen van structurele investeringen in dienstverlening, organisatie en huisvesting.

De zorgvisie is onder meer vertaald in een businessplan nieuwbouw. Naar aanleiding van voortschrijdende inzichten is het businessplan in 2018 aangepast. In 2017 heeft het ZVK op verzoek van de voormalige Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Edith Schippers een onafhankelijk onderzoek uit laten voeren naar de haalbaarheid van de opzet van nierdialysezorg op Sint Eustatius. Uit het onderzoek is gebleken dat de investering in hemodialyse op Sint Eustatius financieel gezien gerechtvaardigd is daar de baten ruim opwegen tegens de investeringskosten. Waarbij geadviseerd is de dialysezorg vanuit de SEHCF te laten plaatsvinden echter volledig onder de (medische) verantwoordelijkheid van het SMMC. Ten einde de dialysezorg in de toekomst te kunnen faciliteren is het businessplan aangepast. Ook is in het geüpdatet businessplan rekening gehouden met andere zorgaanbieders op Sint Eustatius die hebben aangegeven geïnteresseerd te zijn zich in de toekomst in het nieuwe medisch centrum te vestigen.

Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)

In juni 2018 heeft de SEHCF een convenant gesloten met de GGD, Mental Health Caribbean (MHC), het Rode kruis met betrekking tot deelname aan het bestuurlijk overleg van het GHOR platform Zorginstelling Sint Eustatius. In het convenant zijn afspraken vastgelegd m.b.t. informatieverstrekking en 24-uursbereikbaarheid bij een ramp, crisis of zwaar ongeval, de ontwikkeling van rampen-, crisis- en continuïteitsplannen, het opleiden, trainen en oefenen van de GHOR, de inrichting van een GHOR actiecentrum bij een ramp/crisis en evaluatie na een GHOR inzet. In november 2019 heeft een gezamenlijke table-top training plaatsgevonden.

Invoering Wet Bescherming Persoonsgegevens

In juni 2019 heeft de Commissie Toezicht Bescherming Persoonsgegevens (CBP) aan alle zorginstellingen een presentatie gegeven over de invoering van de Algemene Verordening Gegevensbescherming in Europa en de Wet Bescherming Persoonsgegevens in Caribisch Nederland. Naar aanleiding van deze presentatie heeft de SEHCF een van de medewerkers kwaliteitszorg aangewezen als privacy consultant. De privacy consultant heeft in 2019 aan de hand van een flowchart bepaald met welke partijen een verwerkersovereenkomst afgesloten dient te worden. Daarnaast is in 2019 een concept-privacyreglement opgesteld die in 2020 geformaliseerd zal worden.

3.6 Deskundigheidsbevordering

Deskundigheidsbevordering heeft betrekking op alle activiteiten die de deskundigheid van personen met betrekking tot de uitoefening van zijn/haar functie verbetert. In 2019 is veel aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering.

Cursus/training	Periode	Doelgroep
Echografie zwangerschap	December	Artsen en verloskundige
Echografie bewegingsapparaat	April	Artsen en fysiotherapeut
Spoedeisende hulp	Februari, September, Oktober	Artsen en verpleegkundigen
Bedrijfshulpverlening (BHV)*	Augustus	Alle medewerkers
HACCP interne (junior) auditor	November	Kwaliteitsmedewerkers, Manager Facilitair, Managementassistent
HACCP in de praktijk (basisregels)	Maart en November	Medewerkers keuken en schoonmaakdienst
Bediening en presentatie maaltijden en bejegening patiënten	November	Medewerkers keuken
GHOR table-top training	November	Diverse medewerkers QBMC, Brandweer, Politie, OLE

*De training BHV zal jaarlijks worden herhaald. In 2020 zal een van de ambulancechauffeurs getraind worden tot hoofd bedrijfshulpverlening.

3.7 Audits

Externe audits

Baseline assessments

Het Ministerie van VWS heeft in 2018 als voorwaarde voor de investering in nieuw- en of verbouwplannen de uitvoering van een financiële audit en een baseline medische assessment gesteld. Deze assessments hebben respectievelijk in augustus en oktober van 2018 plaatsgevonden. De baseline medische assessment brengt de huidige en toekomstige zorgvraag in kaart en definieert bovendien het huidige en het gewenste (op de zorgvraag afgestemde) zorgaanbod. De baseline medische assessment doet verder uitspraak in hoeverre het huidige kwaliteitssysteem van de St. Eustatius Healthcare Foundation voldoet aan de NHG kwaliteitsnormen. Uit het rapport van de baseline assessment is op te maken dat de kwaliteit van de aangeboden zorg voldoende tot goed is. Er zijn echter ook verbeterpunten aangegeven. In het rapport zijn vijf belangrijke aanbevelingen gedaan. Er is voor gekozen om deze aanbevelingen in ieder geval over te nemen. Alle andere aanbevelingen zijn geëvalueerd en vervolgens geprioriteerd. Op grond van de zorgvraag, risico's en bevindingen is in maart 2019 een projectplan ontwikkeld. Het doel van het project is om vorm te geven aan de verdere kwaliteitsontwikkeling. Het doel is verder om toe te werken naar erkenning van deze kwaliteitsontwikkeling en op termijn een kwaliteitskeurmerk zoals die van de NHG-praktijkaccreditering te kunnen krijgen. In het projectplan zijn onderstaande 8 verbeterplannen gedefinieerd die in 2019 ten uitvoer zijn gebracht. Per verbeterplan is beknopt de doelstelling geformuleerd. De plannen zijn in separate documenten uitvoerig beschreven.

Verbeterplan	Doelstelling
Diabetes Mellitus	Implementeren diabetes ketenzorg
EPD	Beschikbaar stellen van een compleet EPD (Promedico)
Triage	Triage van alle (telefonische) hulpvragen met de NHG-Triagewijzer
Verwijzingen	Reductie van het aantal verwijzingen
Spoedvervoer	Optimaliseren spoedvervoer
Inzet personeel	Doelmatiger inzet van personeel van poli en verpleegafdeling
Diagnostiek	Uitslagen als meetwaarde i.p.v. pdf-bestand in EPD
VIM	Implementeren Veilig Incident Melden

In oktober 2019 heeft een pre-audit voor certificering NPA (Nederlandse Praktijk Accreditering) plaatsgevonden. De intentie was om in het eerste kwartaal van 2020 een echte audit uit te laten voeren. Als gevolg van de Corona crisis is dit echter nog niet gebeurd.

Inspectie gezondheidszorg en jeugd

In november 2018 heeft de inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ) een inspectiebezoek gedaan bij de QBMC. Het doel van het bezoek was het beoordelen of de SEHCF voldoet aan de randvoorwaarden voor goede zorgverlening. In mei 2019 heeft de IGJ haar definitieve rapport vastgesteld en toegezonden. Op basis van de aanbevelingen in het inspectierapport heeft de SEHCF een verbeterplan ingediend welke in juli is goedgekeurd.

Interne audits

HACCP audit keuken

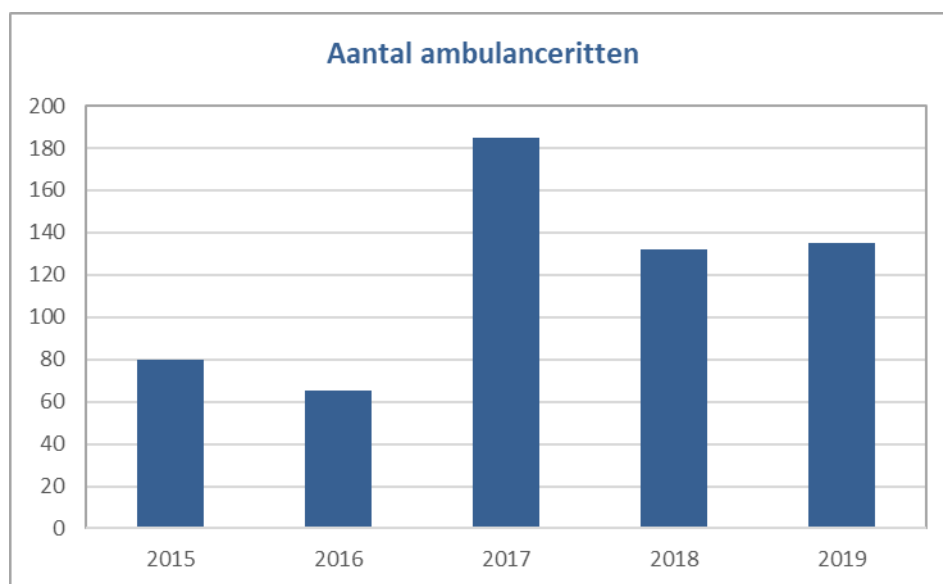
In september 2019 heeft de QBMC een interne HACCP audit van de keuken uitgevoerd. De audit brengt in beeld hoe binnen de keuken van het QBMC wordt omgegaan met de inname, opslag en verwerking van voedsel.

4 Trendanalyse

In de trendanalyse worden evenals in het kwaliteitsjaarverslag de jaren 2015 tot en met 2019 tegen elkaar afgezet. Veel van de productiecijfers laten een significante verschuiving in 2017 zien. Daar waar niet anders vermeld wordt dit met name veroorzaakt door het feit dat vanaf 2017 de productie anders en vooral nauwkeuriger geregistreerd wordt. Hoewel daardoor veelal geen directe conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot de ontwikkeling van de zorgvraag laten deze cijfers wel zien wat de resultaten kunnen zijn van een verbeterde registratie.

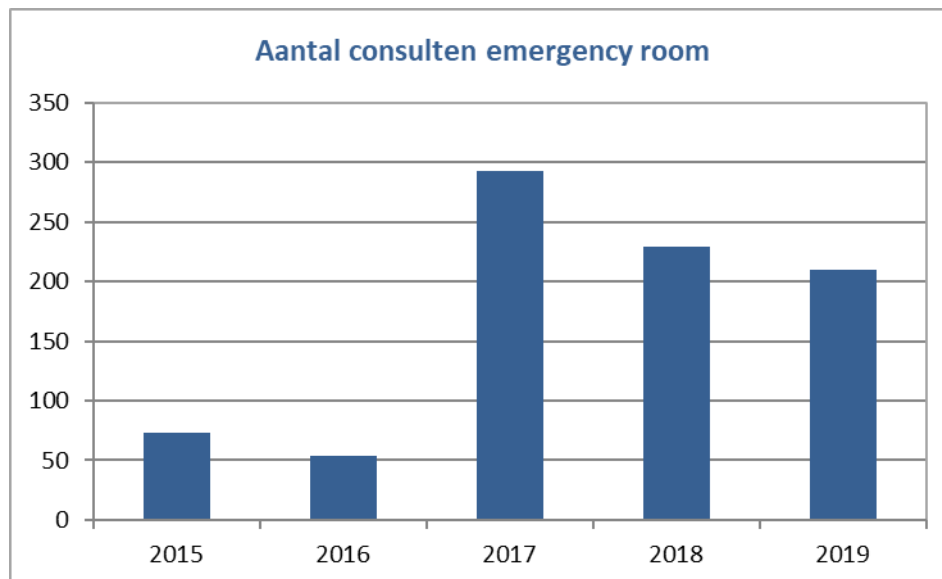
4.1 Acute zorg

De SEHCF beschikt over twee ambulances waarvan een in de vorm van een jeep en de andere een reguliere ambulance. Het aantal ambulanceritten in 2019 is vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2018.



Een van de processen waar in 2018 prioriteit aan is gegeven bij de beschrijving ervan is het zorgproces met betrekking tot de uitvoering van de ambulancezorg. Een van de actiepunten die daarbij is geformuleerd is het herzien van het ambulanceritformulier waarop onder meer de aankomst- en vertrektijden van de ambulance worden gerapporteerd. Het nieuwe formulier is medio 2019 in gebruik genomen. Ook is naar aanleiding van het beschrijven van het proces 'Uitvoeren ambulancezorg' het triageproces van de acute zorg herzien. Daar waar voorheen een melding voor acute ambulancezorg binnen kwam bij de baliemedewerker wordt een melding nu rechtstreeks doorgeschakeld naar het ambulanceteam. Dit verkort het proces. Onderstaande grafiek geeft een overzicht van het totale aantal consulten van de huisartsen bij

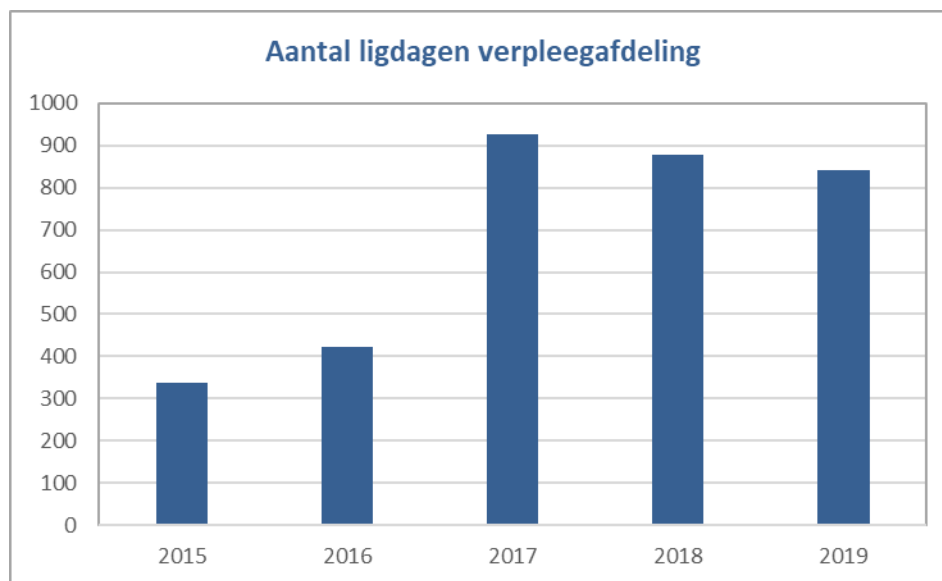
de emergency room. Het aantal consulten van de huisartsen bij de emergency room laat een daling zien met 8% in 2019 ten opzichte van 2018.



4.2 Ziekenhuiszorg

Verpleegafdeling

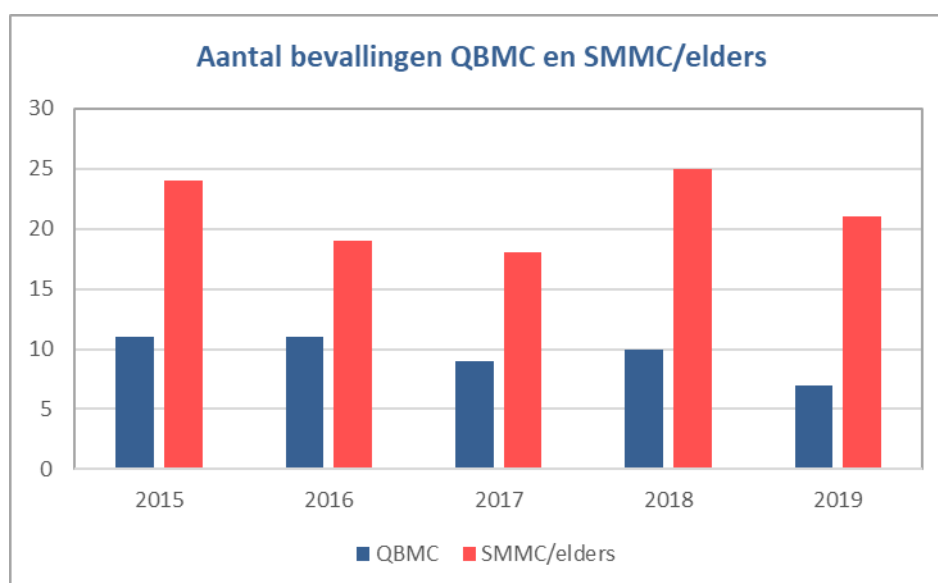
De verpleegafdeling in het QBMC heeft 14 bedden waarvan 3 kinderbedden en 11 verpleegbedden. Het aantal ligdagen op de verpleegafdeling in 2019 bedroeg 840 (-4%).



Verloskamer

Het QBMC beschikt over een verloskamer met een verlosbed. Zolang de zwangerschap en bevalling ongecompliceerd verlopen kunnen vrouwen hier veilig bevallen. Echter wanneer er van tevoren een medische indicatie bestaat waardoor het risico voor moeder en/of kind te groot is om in het QBMC te bevallen dan worden de ouders overgebracht naar het Sint Maarten Medical Center.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal bevallingen bij Queen Beatrix Medical Center en Sint Maarten Medical Center of elders. Eén van de bevallingen was van een tweelingzwangerschap.



4.3 Poliklinische zorg

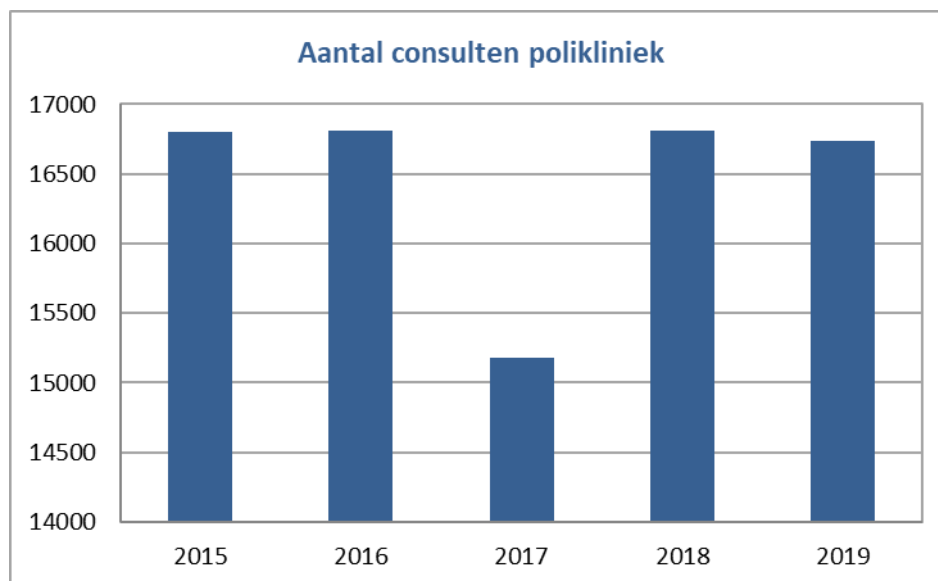
De poliklinische zorg bestaat uit:

- Huisartsenzorg;
- Poliklinische behandelingen;
- Prenatale en postnatale zorg;
- Fysiotherapie

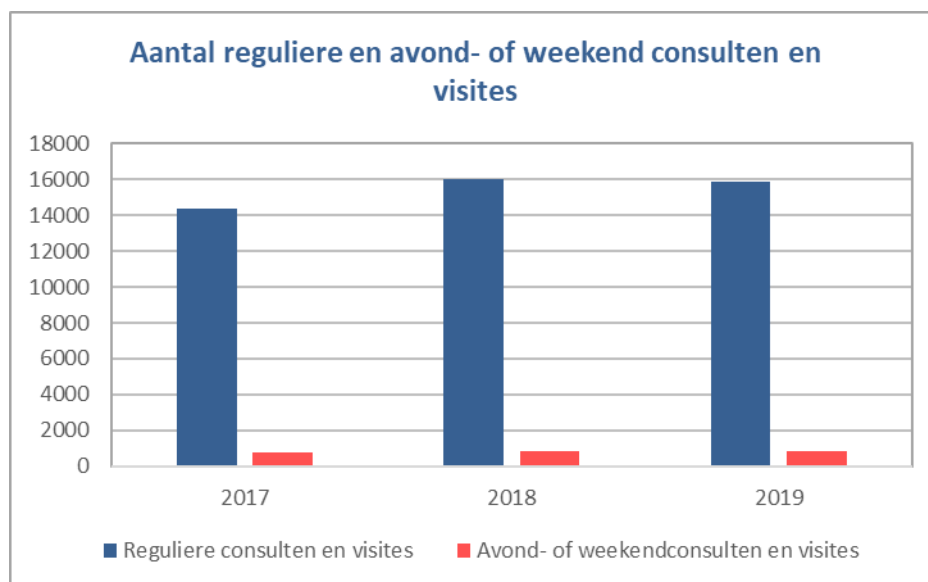
Huisartsenzorg

Het totale aantal consulten op de polikliniek van de huisartsen en de verloskundige tezamen is gedaald van rond de 16.800 in 2015 en 2016 naar 15.180 in 2017. Deze daling kan niet verklaard worden uit een andere manier van registreren maar is het gevolg van het uitvallen van een van de huisartsen in medio 2017 waardoor er in datzelfde jaar voor langere tijd minder capaciteit aan zorg aanwezig was. Bovendien is Sint Eustatius in september 2017 getroffen door twee orkanen waarna er voor een bepaalde periode minder zorg geleverd kon worden bij het

Queen Beatrix Medical Center. In 2018 is het aantal consulten weer gestegen tot 16.813 waarna deze in 2019 licht gedaald is naar 16.739.

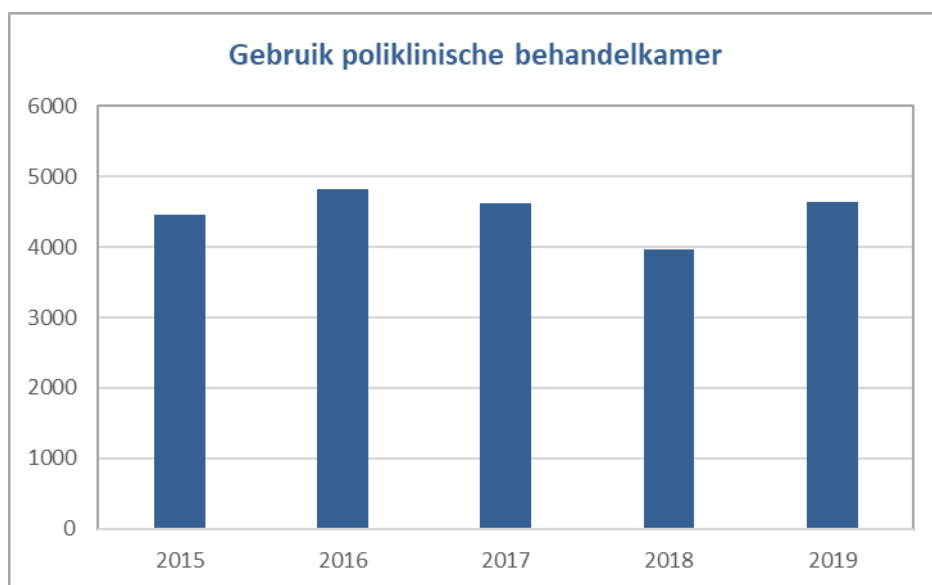


In 2017 is gestart met het apart registreren van het aantal avond- en weekend consulten.

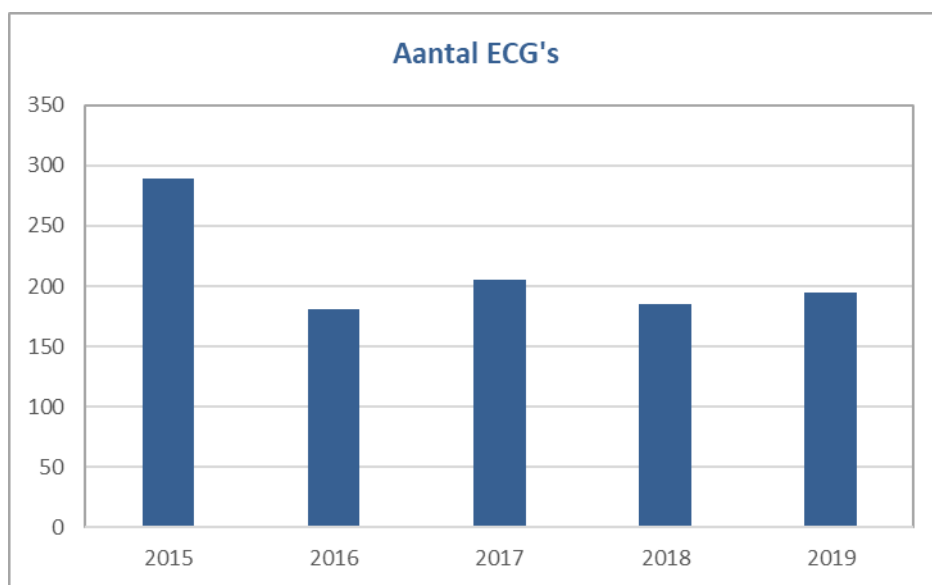


Poliklinische behandelingen

In onderstaande grafiek wordt de gebruikmaking van de poliklinische behandelkamer voor poliklinische behandelingen in beeld gebracht. De poliklinische behandelingen bestaan uit bloeddrukcontrole, wondverzorging, hechten, oortoilet, bandages, injecties en vaccinaties etc. en worden hoofdzakelijk door een verpleegkundige uitgevoerd.



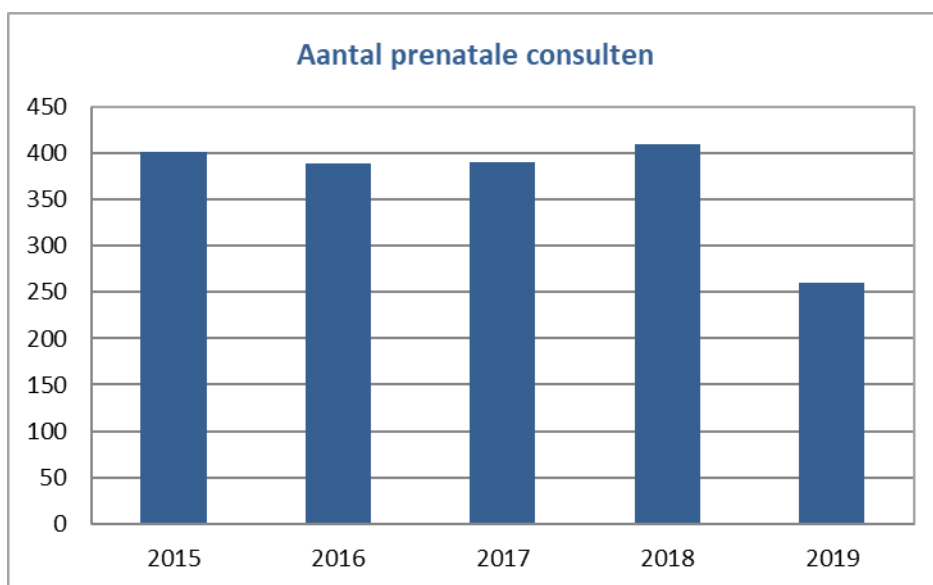
In zowel de poliklinische behandelkamer als op de verpleegafdeling worden ECG's gemaakt.



Prenatale zorg

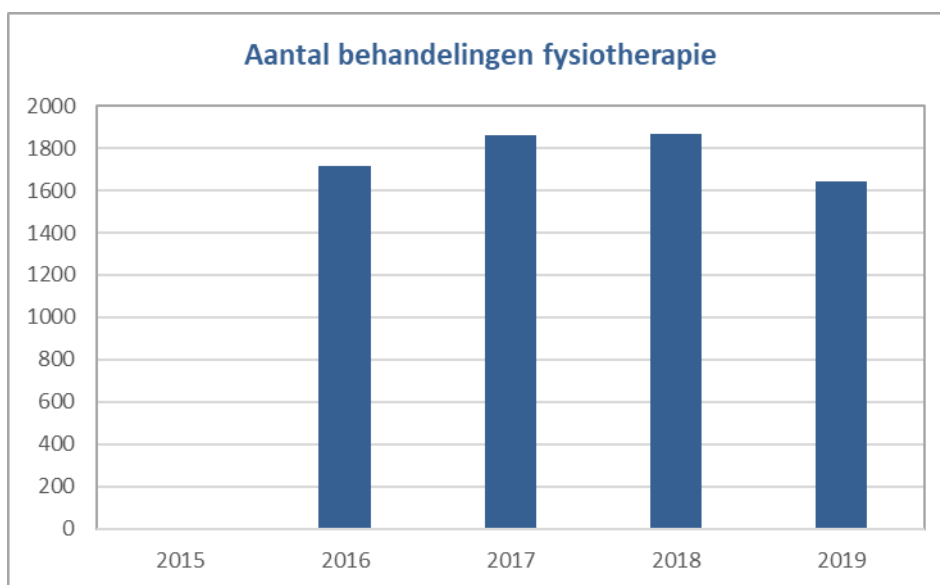
In 2018 is onder andere het proces met betrekking tot de uitvoering van de prenatale zorg beschreven en herzien. Onderdeel van dit proces was dat iedere zwangere bij 20 weken aan de hand van een structurele echo gecontroleerd wordt door de gynaecoloog in het Sint Maarten Medical Center. In het vierde kwartaal van 2018 is afgesproken om in lijn met het beleid voor alle zwangeren op Sint Maarten ook voor de zwangeren op Sint Eustatius tussen de 30 en 32 weken een gespecialiseerde groei echo te laten uitvoeren door de gynaecoloog.

Bij een normaal verloop van de zwangerschap vinden ongeveer 15 prenatale consulten plaats. In onderstaande tabel worden de totale aantallen prenatale consulten door de verloskundige over de periode 2015 tot met 2019 weergegeven. Het aantal prenatale consulten door de verloskundige lag in 2019 beduidend lager dan de voorgaande jaren. Dit kan verklaard worden doordat het aantal verwijzingen van zwangeren naar de tweede lijn in 2019 hoger lagen dan normaal. Daarbij is de verloskundige een periode uitgevallen waardoor zij minder consulten uitgevoerd heeft.



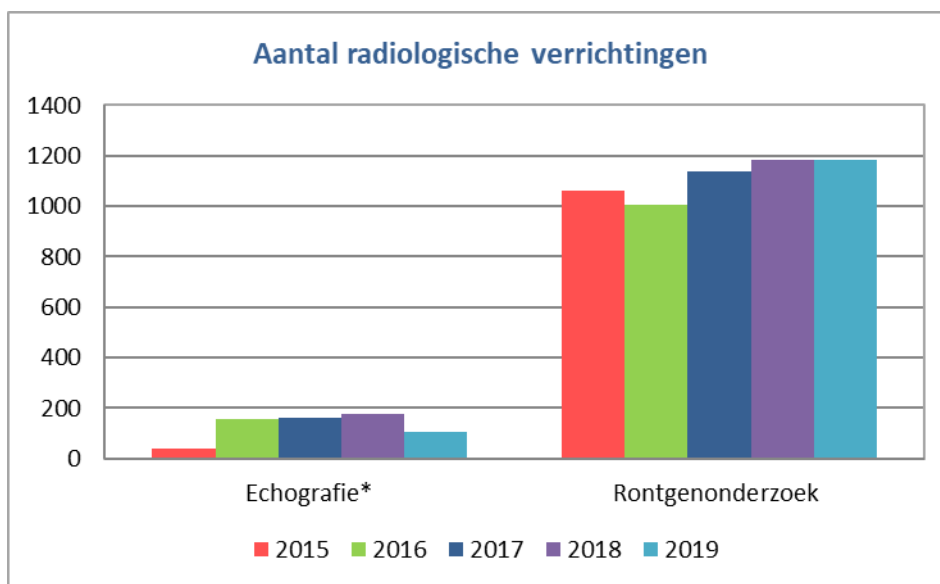
Fysiotherapie

Vanaf 2016 is gestart met fysiotherapie bij het QBMC. Het aantal behandelingen lijkt in 2019 met 12% te zijn gedaald naar 1645. Echter de fysiotherapeut is sinds begin 2019 tevens belast met de uitvoering van echografische onderzoeken van het bewegingsapparaat welke als radiologische verrichting worden geregistreerd.



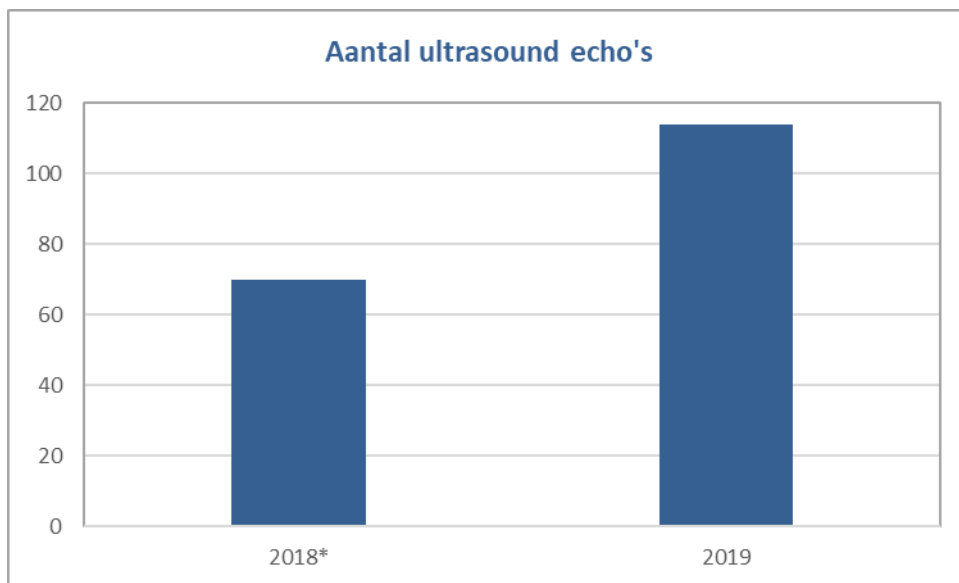
4.4 Radiologie

Bij het QBMC kunnen echografische en röntgenonderzoek worden uitgevoerd. Voor overige onderzoeken zoals CT, MRI, mammografie worden patiënten verwezen naar Sint Maarten.



*Exclusief ultrasound echo's verloskunde

In 2018 is het proces 'Uitvoeren prenatale zorg' in kaart gebracht. Als resultaat hiervan is per 1 juli 2018 gestart met de registratie van de ultrasound echo's uitgevoerd door de verloskundige.



* 1 juli 2018 – 31 december 2018

4.5 Laboratoriumzorg

Het QBMC beschikt over een basis medisch laboratorium. Voor onderzoeken die niet kunnen worden uitgevoerd worden de monsters opgestuurd naar Sint Maarten Laboratory Services (SLS). Het aantal patiëntencontacten in de afgelopen drie jaren ligt rond 4200.

