

MONITOR OP ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG

**TRENDRAPPORT
CARIBISCH GEBIED
2013**



SINT MAARTEN
SABA
SINT EUSTATIUS

ARUBA
CURAÇAO
BONAIRE

Monitor op ontwikkelingen in de zorg

Trendrapport Caribisch gebied 2013

Utrecht, december 2013

Het Trendrapport Caribisch gebied is een uitgave van FWG

Auteurs Astrid Westerbeek en Peter Andriessen, FWG

Redacteur Nelly Dijkstra, Tind

Ontwerp Hollands Lof, Haarlem

Druk Veenman+, Rotterdam

Voorwoord

Wat voor u ligt, is voor mij de realisatie van een langgekoesterde wens. Ruim twaalf jaar geleden bezocht ik Aruba. De vraag was of ik FWG 3.0 (Functiewaardering Gezondheidszorg) wilde invoeren. In de jaren daarna reisde ik veelvuldig voor organisatie-ontwikkelprojecten en advisering bij cao-realisatie, ook naar Curaçao, Sint Maarten en Caribisch Nederland: Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

Een paar dingen vielen mij steeds weer op: de warmte in de samenwerking, de sterke wens om te ontwikkelen en te verbeteren en – *last* maar zeker niet *least* – de positieve levenshouding. Waar veel Nederlanders geneigd zijn om te redeneren vanuit wat niet goed gaat, werd ik op de eilanden verrast door de nadruk op zaken die wél goed gaan. Veranderen bleek heel goed samen te kunnen gaan met het waarderen van wat je hebt bereikt. Koester de basis en bouw verder!

Het trendrapport dat voor u ligt, zou gezien kunnen worden als het vastleggen van die basis. Een ijkmoment, een vastleggen van de status quo, om vanuit de inzichten die dat biedt verder te gaan met ontwikkelen. Mijn verwachting is dat het rapport aanknopingspunten biedt voor nieuwe ontwikkelingen, en reeds ingezette ontwikkelingen bespoedigt. Ik ben bijzonder blij met dit rapport en met de gezamenlijkheid waarin het tot stand is gekomen. Ik hoop dat het bijdraagt aan de continuïteit van kwalitatief hoogwaardige zorg op bovengenoemde eilanden. En ik hoop dat dit rapport uitstraalt wat ik daar heb mogen ervaren en wat voor mij alles-behalve cliché is gebleken: het glas is altijd halfvol.

Utrecht, december 2013

*Jan Helmond
Algemeen directeur FWG*

Inhoud

	VOORWOORD	5
	SAMENVATTING	9
1	INLEIDING	13
2	ONDERZOEK EN VERANTWOORDING	15
3	ACHTERGROND EN ORGANISATIE VAN DE ZORG	19
3.1	IN VOGELVLUCHT: HET CARIBISCH DEEL VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN	19
3.2	DE STAATKUNDIGE HERVORMING VAN CARIBISCH NEDERLAND	22
3.3	ORGANISATIE VAN DE ZORG OP BONAIRE	27
3.4	ORGANISATIE VAN DE ZORG OP SINT EUSTATIUS	28
3.5	ORGANISATIE VAN DE ZORG OP SABA	29
3.6	ORGANISATIE VAN DE ZORG OP CURAÇAO	30
3.7	ORGANISATIE VAN DE ZORG OP ARUBA	32
3.8	ORGANISATIE VAN DE ZORG OP SINT MAARTEN	34
4	BELANGRIJKE THEMA'S IN DE GEZONDHEIDSZORG	37
4.1	THEMA 1: PUBLIC HEALTH EN PREVENTIE	37
4.2	THEMA 2: MEDISCHE UITZENDINGEN	48
4.3	THEMA 3: 'VERGETEN GROEPEN'	57
4.4	THEMA 4: EERSTELIJNSZORG EN KETENZORG	66
4.5	THEMA 5: KWALITEIT EN ARBEIDSMARKT	72
5	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	87
BIJLAGE 1	GEÏNTERVIEWDEN	95
BIJLAGE 2	BRONNEN	97
BIJLAGE 3	VERKLARENDE WOORDENLIJST	109

Samenvatting

EEN CARIBISCH TRENDRAPPORT OVER ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG

Op verzoek van de zorgbestuurders in Caribisch Nederland – Bonaire, Sint Eustatius en Saba – schreven we een rapport vergelijkbaar met de FWG Trendrapporten, die we sinds 2009 voor de Nederlandse zorgsector ontwikkelen. Dit eerste Caribische rapport geeft zicht op de huidige stand van zaken en belangrijkste issues in de gezondheidszorg, als basis voor toekomstige ontwikkelingen. Vanwege de sterke onderlinge afhankelijkheid tussen de eilanden in het Caribisch gebied, is ervoor gekozen in het onderzoek ook Curaçao, Aruba en Sint Maarten op te nemen.

DE CONTEXT: DE ZORG PER EILAND

Naast het benoemen van de zorgthema's op de eilanden, besteden we in dit eerste rapport vrij uitgebreid aandacht aan de specifieke achtergrond en organisatie van de zorg op de afzonderlijke eilanden (hoofdstuk 3). De eilanden verschillen in grootte, inwoneraantal, taal en cultuur, en daardoor ook in zorgontwikkelingen. Daarbij heeft de staatkundige hervorming in 2010 invloed gehad op de inrichting en samenwerking in de zorg. Zo zijn er specifieke afspraken gemaakt over het niveau van de zorgvoorzieningen, waardoor veel is verschoven in het 'krachtenveld' van de eilanden op het gebied van zorg.

BELANGRIJKE THEMA'S IN DE GEZONDHEIDSZORG

Uit de gesprekken met experts uit de zorgsector en aanvullende desk-research kwamen 5 belangrijke thema's in de gezondheidszorg naar voren. Deze hebben we in het rapport uitgewerkt op 2 niveaus: overkoepelend en specifiek per eiland (hoofdstuk 4).

THEMA 1: PUBLIC HEALTH EN PREVENTIE

Armoede, een laag opleidingsniveau, obesitas, tienermoeders, hiv en aids en drugs- en alcoholgebruik zijn de grootste problemen. Preventie en ziektebesef blijven een aandachtspunt. De geïnterviewden geven daarbij aan de gezondheidsissues niet op zichzelf staand te beschouwen, maar integraal, ook in samenhang met armoedevermindering en welzijnsverbetering.

THEMA 2: MEDISCHE UITZENDINGEN

Heel specifiek voor de gezondheidszorg op de eilanden in het Caribisch gebied zijn de medische uitzendingen. Wanneer zorgvragen niet op een eiland zelf beantwoord kunnen worden, is uitzending naar een ander (ei)land noodzakelijk. Vanwege de hoge kosten, zoeken zorgbestuurders naar manieren om het aantal uitzendingen te verminderen. Aandachtspunt bij medische uitzendingen zijn de ‘voorkeurslanden’: artsen en bewoners willen uitzendingen zo dicht bij mogelijk organiseren, naar vertrouwde relaties, maar de kwaliteit van zorg moet ook worden meegewogen.

THEMA 3: ‘VERGETEN GROEPEN’

De zorg op de Caribische eilanden is vooral gefocust op de cure. Het gevolg van deze eerste essentieel-medische focus is dat de zorg voor langdurig kwetsbare groepen minder op orde is. Sociaal maatschappelijke omstandigheden, zoals armoede en wegtrek van jongeren, geven extra druk op deze ‘care-gebieden’.

THEMA 4: EERSTELIJNSZORG EN KETENZORG

Het versterken van de eerstelijnszorg is een belangrijk thema in de gezondheidszorg. Net als in Europees Nederland moet dit de kwaliteit van de zorg verbeteren en de kosten verlagen. In Caribisch Nederland komt de behoefte aan het versterken van de eerstelijnszorg ook voort uit de beperkte beschikbare capaciteit. Hoe de eilanden de eerstelijnszorg willen versterken, verschilt per eiland.

THEMA 5: KWALITEIT EN ARBEIDSMARKT

Het laatste thema gaat over de gewenste kwaliteit van de zorg op de eilanden, in relatie tot het kwaliteitsniveau dat bereikt kán worden. De te bereiken kwaliteit van zorg is sterk afhankelijk van onder andere de beschikbaarheid van goed geschoolde medewerkers. Zorgprofessionals gaan voor hun verdere ontwikkeling echter vaak naar andere (ei)landen en keren meestal niet terug.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In de Caribische regio ligt de focus op het verhogen van de kwaliteit van de (medische) zorg, zo concluderen we in hoofdstuk 5. De continuïteit van goede zorg is op de eilanden vele malen complexer dan op het (Nederlandse) vasteland. Dat zorgt ervoor dat het leeuwendeel van tijd en geld daarop gericht is, met als gevolg dat andere aspecten van zorg (nog) onderbelicht zijn. De eilanden zijn bezig om deze onderbelichte aspecten in beeld te brengen en ook deze vormen van zorg in te richten.

In het trendonderzoek in Nederland hebben we meermaals geconstateerd dat sommige ontwikkelingen herhalingen zijn uit het verleden, vaak met wat aanpassingen. Soms realiseren we ons dat we goede zaken hebben 'wegveranderd' en leren we weer van het verleden. Denk aan de inrichting van de care en de ontwikkeling van intramuralisering naar wijk- en buurtzorg. Of de transformatie van een goed georganiseerde, maar overvraagde, verzorgingsstaat naar het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Wanneer we de verschillende ontwikkelfases in Nederland en in het Caribisch gebied op elkaar te leggen, ontstaan er kansen. Kansen om terug en vooruit te kijken en daar ontwikkelingen op bij te sturen.

Tot slot: de zorg verandert continu en het is daarom aan te raden met enige regelmaat de ontwikkelingen te monitoren. Ook kan het een afweging zijn afzonderlijke rapporten over de individuele eilanden, dan wel over de effecten op individuele zorgorganisaties op te stellen. Deze zouden 'rijker' zijn en wellicht meer herkenbaar voor de verschillende eilanden.

1 Inleiding

Voor u ligt het eerste Trendrapport Caribisch gebied over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in het Caribisch gebied. De zorgbestuurders van Caribisch Nederland - Bonaire, Sint Eustatius en Saba - zijn officieel opdrachtgevers van dit rapport, maar vanwege de sterke onderlinge afhankelijkheid tussen de eilanden in het Caribisch gebied, is ervoor gekozen in het onderzoek ook Sint Maarten, Curaçao en Aruba op te nemen.

DE OORSPRONG: DE NEDERLANDSE TRENDRAPPORTEN

In 2009 publiceerde FWG het eerste trendrapport over Nederlandse trends en ontwikkelingen in de gezondheidszorg, met de effecten op organisaties en functies. Naast HR-medewerkers en bestuurders in de Nederlandse gezondheidszorg, ontvingen ook de bestuurders en HR-medewerkers van gezondheidszorgorganisaties op de eilanden in het Caribisch deel van het Nederlandse Koninkrijk onze trendrapporten. Zo ontstond de vraag naar een vergelijkbaar rapport voor Caribisch Nederland.

HET ONDERZOEK IN CARIBISCH NEDERLAND

De behoefte vanuit Caribisch Nederland was een rapport vergelijkbaar met de FWG Trendrapporten. Maar bij dit eerste rapport was niet zozeer de inventarisatie van nieuwe ontwikkelingen het doel, maar zicht op de huidige stand van zaken en de belangrijkste issues in de gezondheidszorg, als basis voor toekomstige ontwikkelingen.

Voor dit rapport zijn we op een vergelijkbare wijze te werk gegaan als voor het onderzoek in Europees Nederland. Met dit verschil dat aan het onderzoek geen uitgebreide brancheplattegrond ten grondslag lag en het expertnetwerk daardoor een minder goede afspiegeling vormde van de gehele sector. We hebben per eiland een aantal experts gesproken die goed zicht hebben op de hele sector (op het eiland) en op inter-eilandelijke verhoudingen en verbindingen (zie hoofdstuk 2 voor een beschrijving van de aanpak van het onderzoek).

LEESWIJZER

Naast het benoemen van de zorgthema's op de eilanden, hebben we in dit eerste rapport vrij uitgebreid aandacht besteed aan de achtergrond en organisatie van de zorg op de afzonderlijke eilanden. De context is namelijk medebepalend voor de thema's die actueel zijn. Hoofdstuk 3 van dit rapport start daarom met een beschrijving van die context: de eilanden,

de staatkundige hervorming in relatie tot de gezondheidszorg, en de organisatie van de zorg. Mocht u al goed bekend zijn met de organisatorische context, dan kunt u na hoofdstuk 2 ook meteen verder lezen in hoofdstuk 4. Daar leest u de belangrijkste zorgthema's die uit ons onderzoek naar voren kwamen. We hebben ze uitgewerkt op 2 niveaus: overkoepelend (1) en specifiek per eiland (2). In hoofdstuk 5 vindt u tot slot onze conclusies en een vergelijking met enkele thema's zoals die de afgelopen jaren zijn vastgesteld in het trendonderzoek in Europees Nederland. De conclusies sluiten we af met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Rest ons op deze plek iedereen te bedanken die zijn medewerking heeft verleend aan de totstandkoming van dit rapport.

Astrid Westerbeek en Peter Andriessen, FWG

2 Onderzoek en verantwoording

FWG doet in Europees Nederland jaarlijks onderzoek volgens een beproefde methodiek, de innovatiemonitor, waardoor we ontwikkelingen en innovaties in de zorg in kaart kunnen brengen. In dit hoofdstuk beschrijven we de methodiek zoals we die toepassen in het trendonderzoek in Europees Nederland. Daarna gaan we in op de wijze waarop de methodiek is ingezet voor de inventarisatie van belangrijke ontwikkelingen in de zorg in het Caribisch gebied.

SYSTEMATISCH KIJKEN NAAR INNOVATIES

Sinds 2009 maakt FWG gebruik van een ‘innovatiemonitor’, die vanuit de technische sector geschikt is gemaakt voor trendonderzoek in de gezondheidszorg. De methode is in de eerste plaats ontwikkeld om – op sectorniveau – innovatiebeleid te kunnen ondersteunen met onderzoek dat op een heldere, eenduidige manier trends en ontwikkelingen in kaart brengt. Een tweede belangrijke doelstelling is om organisaties en werknemers te kunnen informeren over ontwikkelingen die hun werk en werkprocessen zullen veranderen en inzicht geven in kansen voor de toekomst. En omdat verandering vaak gepaard gaat met een behoefte of noodzaak om kennis en kunde verder te ontwikkelen, wordt in het onderzoek ook altijd een directe relatie gelegd met onderwijs en kennisoverdracht.

DESKUNDIGHEID UIT DE SECTOR

Het in kaart brengen van belangrijke ontwikkelingen, begint met het verzamelen van signalen. Een belangrijke bron in dit onderzoek zijn deskundigen uit de sector. Zij voeden en volgen het onderzoek inhoudelijk, en kunnen de resultaten van het onderzoek verder inbedden in activiteiten van de organisaties en netwerken die zij vertegenwoordigen. We vragen hen regelmatig welke ontwikkelingen zij vanuit hun eigen expertise signaleren. Samen met deskresearch levert dit in een vroeg stadium goed zicht op relevante ontwikkelingen.

5 INNOVATIENIVEAUS

De informatie die we via de deskundigen ontvangen en aanvullend lezen in vakbladen of het nieuws, levert een diverse verzameling signalen op: van nieuwe technieken tot nieuwe inzichten, van product- tot procesinnovaties.

Daarnaast bevinden signalen zich op verschillende ‘aggregatieniveaus’. Sommige signalen zijn kleinschalig en betreffen werkzaamheden van een bepaalde functiegroep, andere signalen zijn sectoroverstijgend of zelfs internationaal georiënteerd. In het onderzoek onderscheiden we 5 niveaus (zie figuur 1).



Figuur 1 De 5 onderscheiden niveaus van innovatie

Alle signalen worden volgens deze systematiek geclassificeerd. Daarna leggen we dwarsverbanden waardoor clusters van signalen ontstaan, die we thema's en trends noemen. Deze thema's en trends bespreken we met de deskundigen en in de discussie met hen worden ze geprioriteerd naar de mate waarin ze belangrijk zijn voor de sector. Het belang wordt uitgedrukt in de mate waarin thema's effecten zullen hebben op de ontwikkelingsprogramma's van branches en branchepartijen, de werkwijzen en producten en diensten van organisaties, en de invulling van functies van de medewerkers daarbinnen.

De geselecteerde thema's en trends, en de (potentiële) effecten, werken we vervolgens jaarlijks uit in een trendrapport. Voor het onderzoek in Europees Nederland zijn in 3 opeenvolgende trendrapporten (FWG Trendrapport Zicht op zorg en functies 2009, 2010, 2011) de belangrijkste thema's en trends beschreven op sectorniveau, brancheniveau, organisatie- en functieniveau. Eind 2013 verschijnt het vierde rapport, met als titel 'De zorg terug naar de tekentafel'.

HET ONDERZOEK IN CARIBISCH NEDERLAND

In de inleiding beschreven we dat we voor dit rapport op een vergelijkbare wijze te werk zijn gegaan. Het verschil is met name gelegen in het ontbreken van wat we de 'brancheplattegrond' noemen. De expertgroep die we bevragen voor het Nederlandse onderzoek, is een afvaardiging van een onderliggende verdeling van de hele sector naar deelgebieden/specialisaties. Een dergelijke plattegrond hadden we van de eilanden niet. De geïnterviewde personen hebben we gekozen omdat ze goed zicht hebben op de hele sector (op het eiland) en/of op de inter-eilandelijke verhoudingen

en verbindingen. Veel interviews hebben we face-to-face kunnen doen, maar in een aantal gevallen hebben we ons moeten beperken tot telefonisch contact of e-mail. In bijlage 1 vindt u een overzicht van de geïnterviewde experts.

De interviews hebben we aangevuld met uitgebreide deskresearch. Het heeft veel tijd gekost om informatie te vinden en feiten te controleren. Sommige feiten kwamen namelijk niet overeen tussen de gevonden informatiebronnen, en meer dan bij het Nederlandse onderzoek waren we afhankelijk van veelal ongedateerde bronnen op internet. Het op waarde schatten van bronnen is bovendien sterk afhankelijk van het kennen van de context. We hebben daarom veel tijd gestoken in het controleren van bronnen en het bevestigd krijgen van informatie.

Alle gegevens hebben we tussen april 2012 en mei 2013 verzameld en verwerkt in een database, en vervolgens via onze vertrouwde methodiek geclassificeerd en geclusterd. De meeste geïnterviewden hebben het conceptrapport gelezen en hun feedback aan ons doorgegeven. Op deze manier hebben we inzicht gekregen in de belangrijkste zorgthema's op de eilanden.

3 Achtergrond en organisatie van de zorg

In het Caribisch deel van het Koninkrijk der Nederlanden is geen eiland is hetzelfde. Ze verschillen in grootte, inwoneraantal, taal en cultuur, en daardoor ook in zorgontwikkelingen. Daarom beschrijven we in dit hoofdstuk eerst de specifieke achtergrond en de organisatie van de zorg op de afzonderlijke eilanden. We zetten een stap terug in de tijd naar de staatkundige hervorming op 10 oktober 2010, omdat deze tot belangrijke veranderingen in de zorg heeft geleid. Tot slot beschrijven we de organisatie van de zorg op de afzonderlijke eilanden.

3.1

IN VOGELVLUCHT: HET CARIBISCH DEEL VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN¹

Aruba



6 KM

Ligging	Benedenwindse eilanden
Status	Autonoom land
Taal	Papiaments, bij officiële gelegenheden wordt vaak Nederlands gesproken
Oppervlakte	180 km ²
Aantal inwoners	Ca. 108.000

¹ Om technische redenen worden de eilanden in deze paragraaf in alfabetische volgorde beschreven. In de rest van het rapport houden we de volgende volgorde aan: eerst de eilanden die Caribisch Nederland vormen, vervolgens de andere eilanden uit het Koninkrijk der Nederlanden. Allemaal op volgorde van grootte

Bonaire



6 KM

Ligging	Benedenwindse eilanden
Status	Openbaar lichaam
Taal	Officiële talen zijn Nederlands, Engels en Papiaments, voertaal is Papiaments
Oppervlakte	288 km ²
Aantal inwoners	Ca. 16.500
Religie	Merendeels katholiek
Betaalmiddel	Amerikaanse dollar

Curaçao



6 KM

Ligging	Benedenwindse eilanden
Status	Autonoom land
Taal	Papiaments, bij officiële gelegenheden wordt vaak Nederlands gesproken
Oppervlakte	444 km ²
Aantal inwoners	Ca. 150.000

Saba



6 KM



Ligging	Bovenwindse eilanden
Status	Openbaar lichaam
Taal	Officiële talen zijn Nederlands, Engels en Papiaments, voertaal is Engels
Oppervlakte	13 km ²
Aantal inwoners	Ca. 1.900
Religie	O.a. katholicisme, Anglicaanse Kerk, Methodisten, 7e dags Adventisten
Betaalmiddel	Amerikaanse dollar

Sint Eustatius



6 KM



Ligging	Bovenwindse eilanden
Status	Openbaar lichaam
Taal	Officiële talen zijn Nederlands, Engels en Papiaments, voertaal is Engels
Oppervlakte	21 km ²
Aantal inwoners	Ca. 3.800
Religie	O.a. katholicisme, Anglicaanse Kerk, Methodisten, 7e dags Adventisten
Betaalmiddel	Amerikaanse dollar

Sint Maarten



6 KM



Ligging	Bovenwindse eilanden
Status	Autonoom land
Taal	Officieel Nederlands, maar de voertaal is Engels
Oppervlakte	34 km ²
Aantal inwoners	Ca. 41.000

3.2

DE STAATKUNDIGE HERVORMING VAN CARIBISCH NEDERLAND

Op 10 oktober 2010 vond een staatkundige vernieuwing van het Koninkrijk der Nederlanden plaats. Op die datum hielden de Nederlandse Antillen op te bestaan, en kregen Sint Maarten en Curaçao de status van autonoom land binnen het Koninkrijk. Bonaire, Sint Eustatius en Saba kregen de status van openbaar lichaam. Bonaire, Sint Eustatius en Saba werden tot de staatkundige hervorming aangeduid als BES-eilanden, verwijzend naar de eerste letters. Deze drie eilanden worden tegenwoordig Caribisch Nederland genoemd.

BESTUURLIJKE INRICHTING CARIBISCH NEDERLAND

In de Wet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba (WolBES) is vastgelegd hoe de bestuurlijke inrichting, de samenstelling en de bevoegdheid van de besturen, en bepalingen voor wat betreft het toezicht, zijn vormgegeven. Bij de opstelling van het wetsvoorstel was de Nederlandse Gemeentewet het uitgangspunt. Afgesproken werd dat de bevolking wordt vertegenwoordigd door de eilandraad (vergelijkbaar met de gemeenteraad in een gemeente) en bestuurd door een bestuurscollege bestaande uit de gezaghebber en eilandgedeputeerden (in een gemeente: burgemeester en wethouders). Caribisch Nederland is niet bij een bestaande of nieuwe provincie ingedeeld en maakt geen deel uit van het Schengengebied.² De taken die een provincie normaal heeft, worden deels door de eilanden zelf uitgevoerd. In de wet is vastgelegd dat de Rijksdienst Caribisch Nederland (RCN) verantwoordelijk is voor politie, onderwijs, volksgezondheid en uitkeringen. Met de vaststelling van de Wet geldstelsel BES, werd per 2011 de Amerikaanse dollar als officieel betaalmiddel in Caribisch Nederland ingevoerd. Daarnaast werd op die datum een nieuw belastingstelsel ingevoerd, dat vaak wordt aangeduid als het 'Nieuw Fiscaal Stelsel (NFS)'.³

VERANTWOORDELIJKHEDEN IN DE PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG

In de Wet Publieke Gezondheid BES is geregeld wie verantwoordelijk is voor de publieke gezondheidszorg op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. De minister van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) is verantwoordelijk voor het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg op de eilanden en richt zich op een ondersteuningsstructuur voor de publieke gezondheid die de samenwerking tussen de eilanden van Caribisch Nederland bevordert.⁴ Daarnaast ligt de focus op de

2 Schengenlanden zijn Europese landen waartussen geen grenscontrole voor personen plaatsvindt

3 www.wikipedia.org/wiki/Caribisch_Nederland

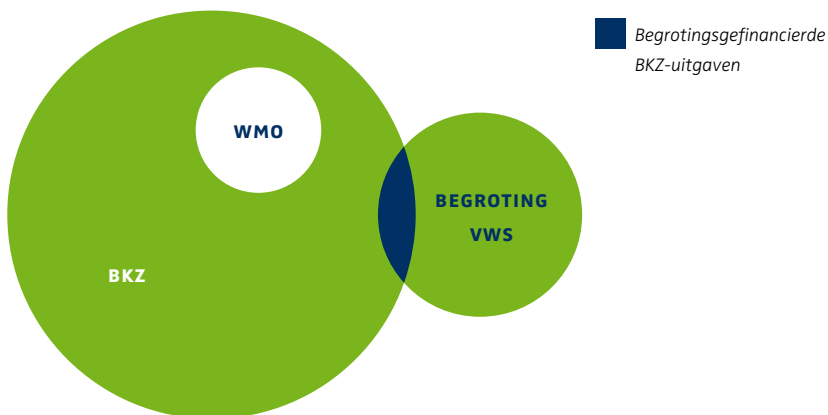
4 Door het Ministerie van VWS is de Dienst Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland opgezet. Deze dienst heeft 5 afdelingen; drie voor Bonaire, één voor Sint Eustatius en één voor Saba. De afdelingen voor Sint Eustatius en Saba zijn vormgegeven als een Centrum voor Jeugd en Gezin. De Rijkstaken zijn in deze centra gebundeld met de eilandelijke taken, preventieve opgroei- en opvoedondersteuning. Bonaire heeft een aparte afdeling Publieke Gezondheidszorg (in opbouw), en Saba en Sint Eustatius ontwikkelen de publieke gezondheidszorg in samenwerking met de GGD Den Haag

samenwerking met het Europese deel van Nederland, met Curaçao, Aruba en Sint Maarten, en op verdere internationale samenwerking, met het oog op een goede uitvoering van de Internationale Gezondheidsregeling.

Het bestuurscollege van de eilanden is verantwoordelijk voor onder meer de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, de ouderengezondheidszorg, de preventieve verslavingszorg en preventieve geestelijke gezondheidszorg en voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding. Voor wat betreft de jeugd- en ouderengezondheidszorg gaat het dan om (1) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren, (2) het ramen van de behoeften aan zorg, (3) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, (4) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding en (5) het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen. Ook draagt het bestuurscollege zorg voor de instelling en instandhouding van een openbare gezondheidsdienst. Voordat algemene besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de zorg voor de volksgezondheid, zo is opgenomen in de wet, vraagt het bestuurscollege advies aan de eilandelijke Raad voor de Volksgezondheid.

FINANCIERING VAN DE ZORG

Met de staatkundige hervorming is de verantwoordelijkheid voor én de financiering van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland bij het Nederlandse ministerie van VWS komen te liggen.⁵ Dat betekent dat ook de uitgaven voor zorg in Caribisch Nederland onderdeel zijn van de begroting van VWS. De uitgaven zijn daarnaast als post opgenomen onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ).⁶ In de afbeelding betreft dit het blauwe, overlappende vlak.



5 Met uitzondering van de publieke gezondheidszorg

6 www.rijksbegroting.nl. Rijksbegroting 2013, H3: uitgaven Budgettair Kader Zorg

In de gesprekken over het te realiseren voorzieningenniveau van de zorg op de eilanden, spelen financiën een belangrijke rol. De kosten voor zorg moeten niet alleen in Europees Nederland, maar ook in Caribisch Nederland betoegeld worden, want ook daar is de trend van almaar stijgende zorgkosten zichtbaar.⁷ Om de discussie over toegekende bedragen goed te kunnen voeren, is het van belang om de hoogte van de uitgaven goed in beeld te hebben. Wat is de omvang van de zorguitgaven in Nederland? Wat dragen burgers bij aan zorg en welk deel van hun inkomen betreft het? Wat krijgen ze daar vervolgens voor terug? Wat kost zorg op de eilanden? En hoe wijkt dat af van Nederland? Welk deel van het inkomen zijn eilandbewoners kwijt aan zorg?

Om welke bedragen het exact gaat, is moeilijk te achterhalen. Voor 2011 zou het gaan om een bedrag van € 60 miljoen dat aan zorgkosten is besteed voor Caribisch Nederland. In 2012 is volgens de Rekenkamer € 67,6 miljoen aan zorg in Caribisch Nederland geïnvesteerd. De rijksbegroting voor 2013 gaat uit van een bedrag van ruim € 80 miljard voor zorguitgaven (totaal). Het bedrag dat begroot staat voor Zorg Caribisch Nederland op de BKZ-begroting is € 0,1 miljard (€ 100 miljoen). Het bedrag dat begroot staat op de VWS-begroting voor 2013 is circa € 80 miljoen. Cijfermateriaal dat een goede vergelijking biedt tussen Europees en Caribisch Nederland, is niet voorhanden en het omrekenen van de bedragen naar uitgaven per inwoner is lastig omdat de registratie van aantallen bewoners niet op alle eilanden duidelijk is. Daarbij is de schaalgrootte lastig in het kader van vergelijkbaarheid. Voor het kosteneffectief, dan wel renderend inrichten van zorg, is een bepaalde schaalgrootte voorwaardelijk. Geen van de eilanden kan dat alleen, daarvoor zijn ze ieder voor zich te klein. Zelfs in gezamenlijkheid zijn de eilanden eigenlijk niet groot genoeg. De kleinschaligheid en medische afhankelijkheid van andere eilanden en landen in de regio maken de zorgkosten in Caribisch Nederland moeilijk vergelijkbaar met die van Europees Nederland.

CONSEQUENTIES VOOR DE ZORGVERZEKERING

De belangrijkste wijziging van wet- en regelgeving op het terrein van zorg, was het Besluit Zorgverzekering Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Hiermee werd een collectieve zorgverzekering ingevoerd, waarmee alle ingezetenen van rechtswege verzekerd zijn tegen ziektekosten. Voor het realiseren van deze nieuwe zorgverzekering, werd in de transitiefase bewust gekozen om af te kijken van het uitgangspunt dat de Nederlands-Antilliaanse

7 M.b.t. Curaçao, uit de nota Integraal Zorgbeleid van de Raad voor gezondheidszorg: In de periode 2000-2004 was er sprake van een groei van de totale zorguitgaven met 4% en een jaarlijkse toename van 8% van de medische producten. In 2000 bedroeg de totale zorgrekening ANG 431 miljoen. In 2004 was deze ANG 500 miljoen. Deze lokale trend vertoont grote gelijkenis met de internationale ontwikkeling

regelgeving zo veel mogelijk behouden wordt. Reden voor het afwijken was dat de ziektekostenverzekeringen op de Nederlandse Antillen in verschillende regelingen waren ondergebracht. Hierdoor waren er verschillende zorgverzekeringen, bijvoorbeeld een publiekrechtelijke zorgverzekering voor ambtenaren en diverse particuliere zorgverzekeringen. Ook waren er mensen helemaal niet verzekerd. Het toepassen van het Nederlandse systeem had echter ook niet de voorkeur, onder meer vanwege het beperkte aantal zorgaanbieders en inwoners op de eilanden. Ook ontbrak er een goed functionerende markt waarin zorgverzekeraars met elkaar kunnen concurreren. Er werd daarom gekozen voor een nieuwe verplichte zorgverzekering, voor alle inwoners van de eilanden. De zorgverzekering is geënt op het Europees Nederlandse systeem, maar toegesneden op de plaatselijke situatie, zowel qua medische infrastructuur als qua koopkrachteeffecten.⁸

De inwoners van Caribisch Nederland zijn verzekerd via de Zorgverzekering Caribisch Nederland. De kosten worden ten dele opgebracht door werknemers en werkgevers, in een verhouding van 30,4% respectievelijk 18,4%.⁹ Het resterende deel wordt gedragen door het ministerie van VWS. Deze verzekering omvat de volgende aspecten van zorg: huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg, paramedische zorg, tandartsenzorg, farmaceutische zorg (medicijnen), hulpmiddelen, verloskundige zorg, kraamzorg, ziekenvervoer en langdurige zorg in verband met ouderdom en een ziekte of handicap al dan niet gepaard gaande met een verblijf in een instelling. De Rijksdienst Caribisch Nederland (RCN) – en specifiek het Zorgverzekeringskantoor (ZVK) – draagt zorg voor de uitvoering van de Zorgverzekering Caribisch Nederland, ten behoeve van het ministerie van VWS. Met het invoeren van de verzekering, is in Caribisch Nederland de scheiding met de care, verzekerd via de AVBZ¹⁰ (vergelijkbaar met de Europees Nederlandse AWBZ), verdwenen. Voor Curaçao, Aruba en Sint Maarten geldt dit niet.

NORMEN VOORZIENINGENIVEAU

Er zijn grote verschillen in het aanbod en de kwaliteit van de gezondheidszorg op de eilanden. Niet alleen verschillen tussen de eilanden die Caribisch Nederland vormen, maar eveneens in vergelijking met Curaçao, Aruba en Sint Maarten. Met de staatkundige vernieuwing werden ook specifieke afspraken gemaakt over het niveau van de zorgvoorzieningen waar de eilanden recht op hebben als openbaar lichaam van Nederland. Tot 2013 is op de verschillende beleidsterreinen verschillend omgegaan met de uitwerking hiervan. Zo streeft het ministerie van OCW (Onderwijs, Cultuur

⁸ *Rijksoverheid en Caribisch Nederland: naleving van afspraken, Algemene Rekenkamer, 's-Gravenhage, 22 november 2012, p.13*

⁹ *Ook gepensioneerden dragen bij. Bron: expert-interview, september 2012*

¹⁰ *Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten*

en Wetenschap) ernaar dat op de openbare lichamen qua onderwijs een met het Europese deel van Nederland vergelijkbaar voorzieningenniveau wordt aangeboden (per 2016), en heeft het ministerie van VWS aangegeven het voorzieningenniveau per zorginstelling verder uit te willen werken, waarbij het initiatief bij de bestuurders van die zorginstellingen ligt. In een studie uit 2012 naar het naleven van afspraken tussen de Rijksoverheid en Caribisch Nederland staat beschreven: “Op het terrein van onderwijs zijn streefwaarden voor het gewenste voorzieningenniveau geformuleerd, op het terrein van zorg is dat nog niet overal gebeurd. Bestuurders en medewerkers van de openbare lichamen hebben aangegeven ook voor andere beleidsterreinen behoefte te hebben aan een definitie van het gewenste voorzieningenniveau.”¹¹ In maart 2013 zijn in een Interparlementair Koninkrijksoverleg afspraken gemaakt om in samenwerking tot een optimale gezondheidszorg te komen in het Koninkrijk. Waar de kleinschaligheid van de eilanden bijvoorbeeld aanleiding geeft tot concentratie van medische specialisaties, moet dit worden nagestreefd. Ook zijn plannen gemaakt voor een conferentie voor parlementariërs, regeringen, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, verzekeraars en andere betrokken instanties van de (ei)landen. Daarnaast is de regeringen van de (ei)landen gevraagd om na te denken over mogelijkheden tot samenwerking bij de uitzendingen van patiënten in de regio, zoals bijvoorbeeld naar Colombia, zodat een kostenreductie kan worden gerealiseerd. Een andere vraag is of het mogelijk is om met een basispakket van 70 à 80 generieke medicijnen in de eerstelijnsgezondheidszorg te komen tot een kostenreductie in de zorg in de Caribische landen van het Koninkrijk.¹²

Door de aandacht voor het kwaliteitsniveau in de zorg, is er veel verschoven in het ‘krachtenveld’ van de eilanden op het gebied van zorg. De sterke positie van Curaçao is verdwenen, de ziekenhuiszorg aldaar is door de Nederlandse inspectie niet op niveau bevonden en Bonaire, Sint Eustatius en Saba mogen er (op onderdelen) niet meer naar uitzenden. Bonaire (met het ziekenhuis Fundashon Mariadal) heeft zich sterk ontwikkeld, onder meer door samenwerking met Nederland en Nederlandse academische ziekenhuizen (zie kader Jumelage op pagina 27), en is bezig om in de Benedenwindse regio de ziekenhuisrol van Curaçao over te nemen. Er is veel gedaan aan de deskundigheidsbevordering van medewerkers en er is vernieuwd en uitgebreid. Bonaire lijkt een leidende rol te krijgen, ook in de richting van de Bovenwindse eilanden, maar voor Saba en Sint Eustatius is Sint Maarten van oorsprong de belangrijkste zorgpartner. Met de staatkundige hervorming en problemen in de organisatie van de zorg op Sint Maarten, is deze relatie onder druk komen te staan. Om de kwaliteit

11 Rijksoverheid en Caribisch Nederland: naleving van afspraken, Algemene Rekenkamer, ‘s-Gravenhage, 22 november 2012, p.20

12 Afsprakenlijst Interparlementair Koninkrijksoverleg, maart 2013

van zorg op Saba en Sint Eustatius te waarborgen, zijn in 2012 gesprekken gevoerd om de samenwerking met het ziekenhuis op Bonaire uit te breiden naar het ziekenhuis op Sint Maarten, waardoor een uitbreiding van specialismen op Sint Maarten mogelijk zou worden. De samenwerkingsactiviteiten werden begin 2013 gestopt wegens governanceproblemen van het Sint Maarten Medical Center, maar zijn inmiddels weer opgepakt.¹³

Jumelage

Vanuit de ambitie om de zorg in Caribisch Nederland binnen 5 jaar op hetzelfde niveau te brengen als de Nederlandse gezondheidszorg, is op 1 januari 2011 een samenwerking gestart tussen de overkoepelende zorgorganisatie op Bonaire - Fundashon Mariadal -, het VU medisch centrum en het AMC. De samenwerking bestaat eruit dat Nederlandse specialisten tijdelijk worden uitgezonden naar Bonaire, zodat zij daar medisch specialistische zorg kunnen bieden en er de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. Andere aspecten van de samenwerking zijn: de mogelijkheid voor Nederlandse geneeskundestudenten om hun praktijkstage in Fundashon Mariadal te lopen en (toekomstig) de mogelijkheid om er een keuze-coschap te lopen. De Amstel Academie, onderdeel van het VU medisch centrum, zal bijscholingscursussen verzorgen, voor onder andere de radiologisch laboranten en verpleegkundigen. Met de hulp van ROC ASA zullen doktersassistenten worden bijgeschoold.

Na een beschrijving te hebben gegeven van de veranderingen sinds de staatkundige hervorming, gaan we in de onderstaande paragrafen verder met een beschrijving van de huidige organisatie van de zorg per eiland.

3.3

ORGANISATIE VAN DE ZORG OP BONAIRE

De zorg op Bonaire wordt geleverd aan zo'n 16.500 inwoners en ressorteert grotendeels onder Fundashon Mariadal. Dit is een overkoepelende zorgorganisatie waar ruim vierhonderd mensen werken. Fundashon Mariadal bestaat uit het ziekenhuis 'Hospitaal San Francisco' met 35 bedden, het verpleeghuis 'Kas di Kuido' met 80 bedden en zorgcentrum 'Sentro di Salú', waar wijkverpleging, bejaardenwerk, verloskundige zorg en kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en schoolgezondheidszorg onder vallen. Daarnaast heeft Bonaire de Stichting Verslavingszorg Psychiatrie Caribisch Nederland (SVPCN), een christelijk opvangcentrum voor verslaafden (Stichting Krusada) en het Centrum Jeugd en Gezin Bonaire. De zorg voor mensen met een verstandelijke handicap is ondergebracht in Fundashon Kwido di

¹³ Brief van de Minister, Dhr. dr. R.H.A. Plasterk, reactie op de afsprakenlijst van het Interparlementair Koninkrijksoverleg, 11 april 2013

Personnan Desabilita (FKPD). Tiernermoeders kunnen voor opvang terecht bij Rosa di Sharon.

Bonaire is het enige eiland waarvoor een streefgetal benoemd is voor het gewenste voorzieningenniveau van zorg. De ambitie is dat 80% van de zorg op Bonaire zelf wordt aangeboden. Alleen voor uitzonderlijke gevallen vinden medische uitzendingen naar het buitenland plaats (lees meer over medische uitzendingen in hoofdstuk 4).¹⁴ Cruciaal in het bereiken van deze ambitie is de jumelage met de Nederlandse academische ziekenhuizen en hiermee de beschikbaarheid van verschillende medisch specialismen voor de eilandbewoners.

3.4 ORGANISATIE VAN DE ZORG OP SINT EUSTATIUS

Sint Eustatius heeft een oppervlakte van 21 km² en een bevolkingsomvang van 3.791 inwoners.¹⁵ Op Sint Eustatius en Saba geldt dat de ziekenhuizen altijd in overheidshanden zijn geweest. Om een transparante verhouding tussen uitvoering, bestuur en toezicht te realiseren, is gekozen voor het onderbrengen van de gezondheidsvoorzieningen in stichtingen. Aansturing van de stichtingen geschiedt door een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht in plaats van (indirect) door het bestuurscollege van respectievelijk Sint Eustatius en Saba.

Op Sint Eustatius is de zorg georganiseerd in de stichting Sint Eustatius Health Care Foundation (SEHCF). De medische zorg wordt gegeven in het Queen Beatrix Medical Center. Dit kleinschalige ziekenhuis heeft 12 bedden en wordt bemand door 3 huisartsen en verplegend personeel. Daarnaast bezoeken specialisten vanuit Sint Maarten regelmatig het ziekenhuis. De basiszorg wordt vanuit het Queen Beatrix Medical Center geleverd. Voor operatieve ingrepen en spoedgevallen worden patiënten uitgezonden, naar Sint Maarten, Guadeloupe of Colombia.

De ouderenzorg op het eiland is ondergebracht bij het Auxiliary Home, kortweg 'the home'. Hier worden 21 cliënten ('residents') opgevangen, waarvan iets meer dan de helft de status van verpleeghuispatiënt heeft en intensieve verzorging behoeft. De overige cliënten hebben alleen hulp nodig bij enkele handelingen.

Psychiatrische zorg en verslavingszorg worden, evenals op Saba en Bonaire, verzorgd door de door het ministerie van VWS gefinancierde stichting SVPCN. Gehandicaptenzorg is op Sint Eustatius nog weinig ontwikkeld. In tegenstelling tot Saba, is er op Sint Eustatius wel dagopvang voor mensen met een beperking.

¹⁴ Rijksoverheid en Caribisch Nederland: naleving van afspraken, 2012, p.20

¹⁵ Caribisch Nederland, gegevens per 1 januari 2012, CBS

3.5

ORGANISATIE VAN DE ZORG OP SABA

Saba is in oppervlakte (13 km²) en qua inwoneraantal het kleinste eiland van Caribisch Nederland. De zorg die op Saba wordt geleverd, bedient 1.971 mensen.¹⁶ Voor een transparante organisatie van de zorg, is op Saba net als op Sint Eustatius een stichting opgericht: de Saba Health Care Foundation (SHCF).

Er zijn 2 huisartsen werkzaam op het eiland, die werken bij het (onder de stichting vallende) A.M. Edward Medical Center: een gezondheidscentrum waarin eerstelijnszorg en tweedelijnszorg zijn geïntegreerd. De instelling heeft 10 bedden en beschikt over echo- en röntgenapparatuur. De huisartsen doen – naast reguliere huisartsenzorg – kleine chirurgische en gynaecologische ingrepen, bieden spoedeisende hulp en worden ondersteund door visiterende specialisten. Als er geen visiterende specialist aanwezig is, is er op het eiland geen directe specialistische zorg aanwezig. Wanneer directe specialistische hulp noodzakelijk is, worden medische uitzendingen georganiseerd naar Sint Maarten, Guadeloupe en Colombia. De vervoerstijd bij spoed naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (Sint Maarten Medical Center) is overdag minstens een uur, afhankelijk van omstandigheden als het weer en beschikbaar vervoer.

De ouderenzorg op Saba wordt aangeboden door de Benevolent Foundation: een verpleeg- en verzorgingshuis dat direct naast het A.M. Edward Medical Center ligt en voorziet in de verpleging en verzorging van ouderen met somatische, (psycho)sociale, (psycho)geriatrie en psychiatrische problematiek, met plaats voor ongeveer 20 cliënten.



Jaarlijkse seniorenendag in Benevolent Foundation Saba

¹⁶ Caribisch Nederland, gegevens per 1 januari 2012, CBS

Opgroe- en opvoedondersteuning biedt Saba in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Relatief nieuw in het zorgaanbod op Saba is de eerder genoemde SVPCN. Met de oprichting hiervan is een start gemaakt met verslavings- en psychiatrische zorg op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Van georganiseerde gehandicaptenzorg is op het eiland nog nauwelijks sprake.

3.6 ORGANISATIE VAN DE ZORG OP CURAÇÃO

Sinds 2010 is Curaçao een autonoom land binnen het Koninkrijk der Nederlanden. Volgens de laatste telling heeft Curaçao een bevolking van 149.679 inwoners.¹⁷

Curaçao heeft 3 ziekenhuizen, waarvan 2 privéklinieken. Privékliniek Dr. J. Taams heeft 52 bedden, 145 medewerkers en 40 artsen en The Antillean Adventist Hospital heeft 40 bedden en 40 artsen. Voor nierdialyse is er het Diatel Dialysis Center, met een vierkoppig medisch team. Het St. Elisabeth Hospitaal (afgekort SEHOS) heeft ruim 520 bedden en 1150 medewerkers. De grootste en modernste afdeling is de afdeling neonatologie (45 bedden). Ook de polikliniek oncologie is vernieuwd. Maar het SEHOS is sterk verouderd en bij de kwaliteit van zorg, en de financiering ervan, worden vraagtekens gezet. Nadat door de Inspectie geïndiceerde verbeterpunten meerdere jaren aaneengesloten niet werden opgepakt, is het ziekenhuis in 2012 onder verscherpt toezicht gesteld. De verbeterpunten betroffen zaken als kledingdiscipline, installatie van een nieuw luchtbehandelingssysteem en onderzoek naar de hygiënische kwaliteit van het OK-complex. Het ziekenhuis is al jaren in afwachting van nieuwbouw, die om politieke en bureaucratische redenen niet gerealiseerd wordt. Verbeterinitiatieven die zijn gestart, betreffen onder meer samenwerking met Nederlandse instellingen zoals het UMC Groningen (visiterende specialisten), het Catharina ziekenhuis in Eindhoven en de Daniel de Hoed-kliniek.

De psychiatrische zorg op Curaçao is relatief goed georganiseerd en kent een breed, hoogwaardig zorgaanbod. In 2010 is de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Curaçao (GGz Curaçao) opgericht en deze is als moederstichting verantwoordelijk voor het waarborgen van de samenhang in het zorgaanbod van de zorginstellingen die actief zijn op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. GGz Curaçao bestuurt en geeft ondersteuning aan de Stichting Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. David Ricardo Capriles (kortweg Klinika Capriles), Stichting Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Yudaboyu, Fundashon Sonrisa, voor beschermd en begeleid wonen en een dagactiviteitencentrum, en Stichting Facilitair Bedrijf. GGz Curaçao biedt in totaal met 275 medewerkers een pakket aan behandelmogelijkheden, in zowel klinische, poliklinische als

¹⁷ CBS, volkstelling 2011

deeltijdsettingen. Ook wordt er outreachend gewerkt en zijn er vormen van beschermd wonen.

De zorg voor psychogeriatrische cliënten wordt gegeven door Stichting Hugenholtz en Stichting Birgen di Rosario. Stichting Hugenholtz biedt zorg, welzijn en huisvesting aan circa 70 dementerende bewoners. Stichting Birgen di Rosario biedt zorg aan 740 ouderen.

Ook de gehandicaptenzorg op Curaçao is de laatste jaren sterk gemoderniseerd. Een groot deel van de gehandicaptenzorg valt samen met de revalidatiezorg onder de SGR-Groep: de Stichting voor Gehandicapten- en Revalidatiezorg. Werkstichtingen die onder de holding vallen, zijn Fundashon Verriet (zorg voor lichamelijk en verstandelijk beperkte personen), Stichting Revalidatiecentrum Curaçao (all-round revalidatiezorg) en Curaçao Orthotics & Prosthetics (leverancier van hulpmiddelen). Bij de SGR-Groep werken ongeveer 500 mensen, verspreid over verschillende locaties en buitenvoorzieningen.



Aangepaste woning voor gehandicapten op Curaçao

Zowel de SGR-Groep als de Stichting GGz zijn onderdeel van een groter verband: de SFZ (Stichting Federatie Zorginstellingen Nederlandse Antillen, kortweg Stichting Zorgfederatie). De SFZ verenigt gehandicaptenzorg, revalidatiezorg, thuiszorg, bejaardenzorg, verpleeghuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. De zorginstellingen die zijn aangesloten bij de federatie, steunen de schaalvergroting die eerder resultaat boekte in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Hoofddoel van de Stichting is verdere professionalisering van de zorg. Leden van de SFZ zijn de SGR-Groep; de Stichting GGz; Stichting Thuiszorg Banda'bou (thuiszorg en gespecialiseerde zorg thuis); Stichting Verpleeghuizen Betesda; Stichting Birgen di Rosario (ouderenzorg); Stichting Witgele Kruis Prinses Margriet (thuiszorg);

Fundashon pa Maneho di Adikshon (verslavingszorg) en Fundashon Mariadal. Deze laatste is de enige zorgorganisatie van een ander eiland (Bonaire) die deelneemt in de Zorgfederatie.

Voor rijkere ouderen op Curaçao zijn private initiatieven beschikbaar, zoals kleine particuliere bejaardenhuizen. Ook is er een zelfstandige thuiszorgorganisatie: Carmen's Care. Deze organisatie biedt verzorging en verpleging aan mensen die graag thuis willen en kunnen blijven wonen, maar door ziekte, handicap of ouderdom niet meer helemaal voor zichzelf kunnen zorgen.

Op Curaçao zijn cure en care in de financiering nog gescheiden. Per 1 februari 2013 is er een basisverzekering voor ziektekosten ingevoerd: de Landsverordening Basisverzekering Ziektekosten. Het verzekeringspakket bestaat uit noodzakelijke en doelmatige zorg, en is op enkele punten uitgebreid met vormen van niet-noodzakelijke zorg. Hieronder vallen tandheelkundige zorg voor personen tot 18 jaar, consultatie, diagnostiek, preventie, hygiëne, chirurgie en prothesen.¹⁸ De financiering bestaat uit een nominale premie, een inkomensafhankelijke premie en een Landsbijdrage. Voorlopig zal de Sociale Verzekeringsbank (SVB) worden belast met de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten. Het toezicht vindt plaats door de Curaçaose Zorgautoriteit (CZA).¹⁹

Naast de basisverzekering is er de AVBZ, vergelijkbaar met de Europees Nederlandse AWBZ, waaruit langdurige zorg wordt betaald. De verwachting is dat de nieuw ingevoerde basisverzekering duidelijkheid schept over het onderscheid tussen cure en care en dat dat zal leiden tot kostenbeheersing binnen de AVBZ. Tegelijkertijd zijn er geluiden dat de nieuwe basisverzekering een bedreiging vormt voor de AVBZ. Het fonds, met een gezonde vergrijzingsreserve, zou gebruikt kunnen worden om de tekorten van andere fondsen te dekken. Daarnaast neemt de vergrijzing toe en bestaat het vermoeden dat de werkelijke zorgvraag groter is dan nu in beeld is. De werkelijke grootte van de reserve is daardoor onduidelijk. De AVBZ heeft lange tijd geen indicatieorgaan gekend en een goede afhandeling van aanvragen en wachtlijstregistratie ontbreken.

3.7

ORGANISATIE VAN DE ZORG OP ARUBA

De zorgorganisaties op Aruba bedienen een bevolking van 107.635 inwoners.²⁰ Het enige ziekenhuis op het eiland is het Dr. Horacio Oduber Hospitaal (HOH). Dit ziekenhuis beschikt over 280 opnamebedden en resorteert onder de Stichting Ziekenverpleging Aruba. Relatief veel Arubanen

18 Conform de voormalige BZV-regelingen (Basis Ziektekosten Verzekering)

19 Staten van Curaçao, Landsverordening basisverzekering ziektekosten, december 2012

20 Gebaseerd op gegevens uit het CIA World Factbook van 2012

gaan naar het buitenland voor ziekenhuiszorg, omdat ze ontevreden zijn over de wachtlijsten en een gebrek aan zorg op maat. Om hierin verandering aan te brengen is de Inspectie van Volksgezondheid uit Nederland gevraagd te adviseren waar de zorg beter moet. Het ziekenhuis werkt nu aan verbeteringen op de Spoedeisende Hulp, de OK en sneller overleg met de huisarts. De huisarts heeft op Aruba de poortwachtersfunctie, ofwel: patiënten kunnen slechts via de huisarts doorverwezen worden naar de specialist.

HOH is een middelgroot, algemeen ziekenhuis, waar alle basisspecialisten en enkele superspecialismen aanwezig zijn. Medisch specialisten zijn in dienst van het ziekenhuis of zijn via een contract met de Algemene Ziektekosten Verzekering (AZV) verbonden aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft een PAAZ-afdeling (Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis), een huisartsenpost, een afdeling fysiotherapie en een revalidatieafdeling met enkele bedden.²¹ Bepaalde gespecialiseerde diensten worden aangeboden in nabijgelegen klinieken. Via de AZV heeft het ziekenhuis samenwerkingsverbanden met diverse academische ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken in Colombia en Venezuela. Als verdere behandeling nodig is, die niet op Aruba gegeven kan worden, kunnen medisch specialisten een verwijzing naar het buitenland aanvragen. De AZV of particuliere zorgverzekeraars dragen zorg voor de uitzending. Andersom ontvangt het HOH regelmatig patiënten uit kleinere ziekenhuizen in de regio, zoals uit Bonaire en de Bovenwindse eilanden. Bij gebrek aan IC-bedden of couveuses worden ook uit Curaçao patiënten naar Aruba overgeplaatst.

Naast het HOH is er op Aruba een medisch centrum voor ambulante behandeling, het Instituto Medico San Nicolas (ImSan).²² ImSan biedt onder meer 24/7 spoedeisende hulp (Centro Medico), een huisartsenpost die open is op feestdagen en buiten kantoortijden, een diabetescentrum, het landslaboratorium en ambulancezorg. Samenwerking tussen HOH en ImSan vindt plaats op het niveau van de ambulancedienst en sterilisatie. Het ImSan is in 2011 een samenwerking aangegaan met het Amerikaanse ziekenhuis Baptist Health South Florida. De samenwerking is een initiatief van de Minister van Volksgezondheid van Aruba en moet leiden tot een uiterst moderne kliniek, die ook voor toeristen aantrekkelijk is.²³

Op het gebied van de psychiatrische zorg is er – naast de PAAZ in het HOH – een Sociaal-Psychiatrische Dienst. In de afgelopen jaren is ook de ambulante nazorg ingevuld. De jeugdgezondheidszorg op het eiland volgt

21 Op de website van het ziekenhuis wordt gesproken over 'drie psychiatrische afdelingen', waarbij ook sprake is van een polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie. Verschillende bronnen betwisten dit en noemen slechts de PAAZ

22 Voor met name dialyse en katheterisatie

23 RNW, 'Nieuwe kliniek op Aruba', 6 juli 2011

de groei en (psychosociale) ontwikkeling van 0- tot 19-jarigen. Belangrijk aandachtspunt is het geven van gezondheidsvoorlichting. Verslavingszorg wordt geboden door de FMAA (Fundacion pa Maneho di Adiccion di Aruba). Daarnaast zijn er enkele kleinere initiatieven, zoals het Centro Colorado (biedt opvang aan circa 40 verslaafde cliënten) en het Centro di Motivation (circa 20 verslaafde cliënten).

De Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba (SABA) biedt met 320 fte verzorging en verpleging aan somatische en psychogeriatrische ouderen. Vanuit het ziekenhuis zijn 2 ouderenzorgspecialisten gedetacheerd voor de behandeling van de cliënten. Verder verzorgt SABA een dagopvang voor dementerenden, voor 15 cliënten per dag. Er is een wachtlijst met 120 cliënten, die verpleeg- of verzorgingshuiszorg nodig hebben. Door deze wachtlijst ontstaan particuliere huizen met 2 tot 3 kamers.

De SVGA (Stichting voor Verstandelijk Gehandicapten Aruba) biedt speciaal onderwijs, fysiotherapie, logopedie en therapieën aan kinderen en volwassenen met een verstandelijke handicap. Stichting het Wit Gele Kruis biedt onder meer wijkzorg, kraamzorg en hulp in de huishouding.

Op Aruba wordt het algemene fonds ziektekosten beheerd door het Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekosten Verzekering, kortweg AZV. Behalve voor het beheren van dit fonds is de AZV verantwoordelijk voor het uitvoeren van de 'Landsverordening Algemene Ziektekosten Verzekering'. Het doel van de AZV is de toegankelijkheid, doelmatigheid en effectiviteit van de gezondheidszorg op Aruba voor alle verzekerden te waarborgen. Een AVBZ, zoals op Curaçao, is er niet. Voor de financiering van de ouderenzorg, van SABA, is het ministerie van Sociale Zaken verantwoordelijk.

3.8 ORGANISATIE VAN DE ZORG OP SINT MAARTEN

Sinds 10 oktober 2010 is Sint Maarten een autonoom land binnen het Koninkrijk der Nederlanden. Althans, voor een deel. Het eiland bestaat namelijk uit een Nederlands deel en een Frans deel: St. Martin. Exacte cijfers over het inwoneraantal zijn niet voorhanden. In een rapportage van het Internationaal Monetair Fonds (IMF) uit december 2011 wordt gerekend met een aantal van 34.000 en op de officiële website van Sint Maarten wordt gesproken over een aantal van 41.000 op Sint Maarten en 36.000 op St. Martin.^{24, 25}

²⁴ Wikipedia: *Bij de laatste volkstelling in 2001 had het eilandgebied Sint Maarten 30.594 inwoners.*

Het daadwerkelijke aantal inwoners was waarschijnlijk echter een stuk hoger, door het grote aantal illegalen. Ook groeit de bevolking nog steeds door immigratie

²⁵ IMF Country Report No. 11/342, december 2011

Op Sint Maarten ligt de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg bij het eigen ministerie van Volksgezondheid, Sociale ontwikkeling en Arbeid. Het ziekenhuis is ondergebracht in de Sint Maarten Medical Center Foundation en is een private, not-for-profit-organisatie. Het ziekenhuis aan de Franse kant is in handen van de Franse overheid.²⁶

De medische zorg op het eiland wordt verleend in het Sint Maarten Medical Center (SMMC). Het SMMC is een ziekenhuis met 76 bedden en een beperkt aantal (visiterend) specialismen. Het ziekenhuis levert zorg aan bewoners van de Nederlandse kant van het eiland, aan inwoners van Saba en Sint Eustatius, en aan toeristen die het eiland bezoeken. Voor complexe medische ingrepen wordt er uitgezonden naar Curaçao, Puerto Rico, Santo Domingo, Colombia en Martinique. Ook is er – steeds meer – sprake van samenwerking met het Louis-Constant Fleming Ziekenhuis op het Franse St. Martin.

De thuis- en ouderenzorg op het eiland (verpleging en verzorging) zijn georganiseerd in Stichting Zorgverlening het Wit Gele Kruis. Het Wit Gele Kruis beheert het Sint Martin's Home (een woonvoorziening voor bejaarden- en verpleeghuiszorg), het Sister Basilia Center (waarin een residence-functie is ondergebracht en een dagopvang voor mensen met een mentale, fysieke of sensorische handicap) en een project 'Guided Living'. Ook beschikt de stichting over een team Wijkzorg, voor de verpleging en begeleiding aan zieken en gehandicapten in hun eigen woonomgeving. De psychiatrische zorg op Sint Maarten is in handen van de Mental Health Foundation. De zorg aan psychiatrische cliënten is – mede dankzij hulp van ggz-professionals van Curaçao – de afgelopen jaren sterk verbeterd en het dienstenaanbod is uitgebreid: 4 verpleegkundigen, een psycholoog en psychiater bieden zorg aan zo'n 400 cliënten.

Op Sint Maarten wordt gesproken over de invoering van een algemene, nationale ziektekostenverzekering (Project Reform Health Insurance System), die in de plaats moet komen van het huidige gefragmenteerde systeem, waarbij naar schatting 30% van de bevolking onverzekerd is. Doel van het project is te komen tot een betaalbaar zorgsysteem dat hoge kwaliteit levert. De verzekering wordt, evenals op Bonaire, Sint Eustatius en Saba, een verplichte verzekering, uitgevoerd door de huidige publieke verzekeraar SVZ.

26 SMMC 20 Years Caring for You, Annual Report 2011

4 Belangrijke thema's in de gezondheidszorg

In dit hoofdstuk vindt u de 5 belangrijkste thema's in de gezondheidszorg die uit de gesprekken en onze deskresearch naar voren kwamen. We hebben ze uitgewerkt op 2 niveaus: overkoepelend (1) en specifiek per eiland (2).

4.1

THEMA 1: PUBLIC HEALTH EN PREVENTIE

Als eerste thema gaan we in op de 'publieke gezondheidsissues' die op de eilanden aan de orde zijn. En hoewel het sec genomen geen issue is dat de publieke gezondheid betreft, was het ontbreken van data opvallend bij het inventariseren van de belangrijkste public health-issues. De eilanden hebben weinig historie als het gaat om metingen en onderzoek: er is nauwelijks cijfermatig inzicht in bevolkingsontwikkeling, voorkomende ziektes en doodsoorzaken, de effectiviteit van behandelwijzen of inzicht in de uitgaven van de zorgsector. In sommige gevallen is er zelfs geen exact materiaal beschikbaar over inwoneraantallen en demografische opbouw. Dit gebrek aan inzicht in de zorgbehoefte van de bevolking, maakt het lastig om prioriteiten te stellen en public health-beleid op te zetten. Ook Unicef constateerde in 2013 dit probleem bij het onderzoeken van gezondheidsissues bij kinderen en jongeren in Caribisch Nederland.²⁷ Het verzamelen van valide, gestructureerde, bruikbare data, heeft op alle eilanden op dit moment de aandacht.

Ondanks deze afwezigheid van cijfermatig inzicht is er wel zicht op de belangrijkste gezondheidsissues. Uit alle bronnen komt naar voren dat armoede, een laag opleidingsniveau, tienermoeders, drugs- en alcoholgebruik en obesitas de grootste problemen zijn. We noemen hier specifiek ook armoede en opleidingsniveau als 'gezondheidsissues' vanwege de sterke relatie tussen deze situationele omstandigheden en de andere gezondheidsissues. De geraadpleegde bronnen geven unaniem aan dat het belangrijk is de issues niet als op zichzelf staand te beschouwen, maar integraal te benaderen, in samenhang. Welzijnsverbetering en armoedevermindering hebben daarom hoge prioriteit.

27 Kloosterboer, K. Kind op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Kinderrechten in Caribisch Nederland. Samenvatting, Unicef, mei 2013



Armoede in een sloppenwijk op Sint Maarten

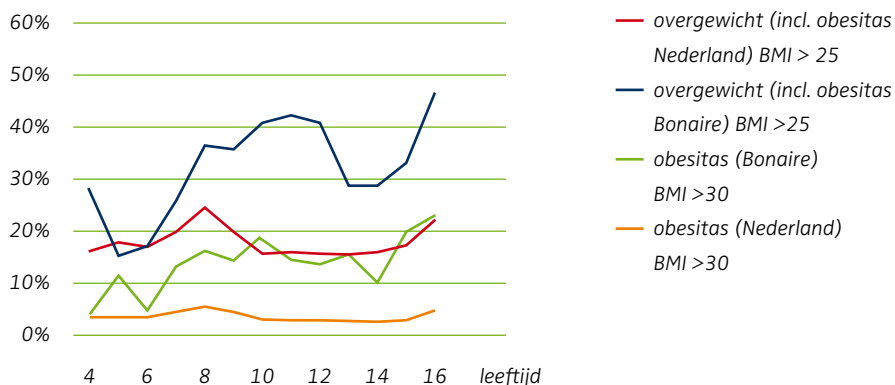
Deze onderwerpen stonden ook op de agenda bij de besprekingen die in maart 2013 werden gevoerd tussen de bestuurscolleges van de eilanden van Caribisch Nederland en staatssecretaris Klijnsma van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Als concrete actie is benoemd dat Bonaire verschillende doelgroepen in kaart brengt en – per doelgroep – een overzicht geeft van beschikbare instrumenten om de armoedeproblematiek aan te pakken. Dit overzicht wordt vervolgens besproken met Sint Eustatius en Saba en ook met de staatssecretaris van SZW, om zo het gezamenlijke streven naar verbetering van de sociaal-economische situatie in Caribisch Nederland vorm te geven.

OBESITAS

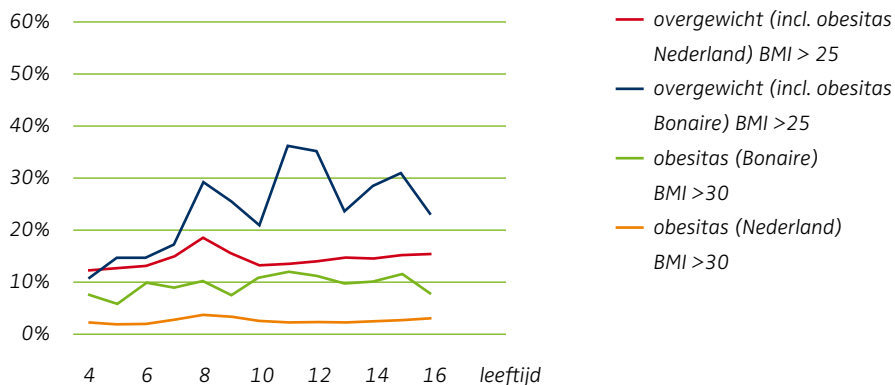
Als het gaat om veel voorkomende gezondheidsissues, springt obesitas er voor alle eilanden uit. De geïnterviewden geven aan dat overgewicht en daarvan afgeleide gezondheidskwesties als diabetes, oogaandoeningen, hoge bloeddruk en hartfalen fors toenemen. Onderliggende problemen zijn het verkeerde voedingspatroon en gebrek aan beweging. De meeste eilanden zijn zelf geen producent van groenten en fruit, of maar voor een beperkt deel van het jaar. De afhankelijkheid van import is groot en verse producten zijn een luxe. Op alle eilanden heerst armoede. Met de overgang naar de Amerikaanse dollar en de invoer van het nieuwe belastingstelsel is de koopkracht van de inwoners erop achteruitgegaan. Voeding is duur en groenten en fruit nog duurder dan overige producten. Net als elders zijn de ongezondere producten veelal de goedkoopste. Dat werkt slecht eetgedrag in de hand. Daarbij komt, aldus de geïnterviewden, dat de Caribische cultuur een 'eetcultuur' is. Eten is equivalent aan gastvrijheid en gezelligheid.

Wat ontbreekt is een ‘beweegcultuur’. De infrastructuur is er – zeker op de kleinste eilanden – niet op ingericht dat inwoners zelf activiteiten ontplooiën (de wegen zijn te slecht, te steil of te smal om te fietsen of te lopen).

Percentage meisjes 4-16 jaar met overgewicht/obesitas²⁸



Percentage jongens 4-16 jaar met overgewicht/obesitas²⁹



28 HiraSing, prof., Visser, dr., e.a., Obesitas op Bonaire. Onderzoek naar overgewicht en obesitas, oktober 2009. In de oorspronkelijke grafiek is de titel: Percentage meisjes 4-18 jaar met overgewicht/obesitas

29 HiraSing, prof., Visser, dr., e.a., Obesitas op Bonaire. Onderzoek naar overgewicht en obesitas, oktober 2009. In de oorspronkelijke grafiek is de titel: Percentage jongens 4-18 jaar met overgewicht/obesitas

Uit de grafieken op pagina 39 komt naar voren dat er sprake is van een hoge prevalentie van overgewicht en obesitas bij schoolkinderen op Bonaire. Uit onderzoek naar bloeddruk en overgewicht op Saba kwam naar voren dat 48% van de volwassen bevolking een hoge bloeddruk heeft, en dat de gemiddelde BMI (Body Mass Index) bij mannen 27,9 is en bij vrouwen 28,7. Een BMI tot 25 is 'normaal', een BMI tussen 25 en 30 geldt als 'matig overgewicht'.³⁰ Voor Sint Eustatius zijn geen exacte cijfers bekend, maar er bestaat een indicatie dat de helft van de vrouwen op het eiland obesitas heeft.³¹ Op Sint Maarten, Aruba en Curaçao speelt het probleem eveneens. Minister Visser van Volksgezondheid van Aruba liet in april 2012 weten een conferentie voor te bereiden over obesitas, specifiek gericht op het toenemende overgewicht bij kinderen. Om de preventie van kinderobesitas vorm te geven, werkt Aruba samen met ambtenaren van het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid. Het promoten van sport is een belangrijk onderdeel in de preventie, hoewel het exploiteren van sportaccommodaties in een kleine gemeenschap lastig renderend te krijgen is.³²

De medische zorg in het Caribisch gebied is lange tijd niet in staat geweest de secundaire en tertiaire preventie rond diabetes, gerelateerd aan overgewicht, goed te organiseren. Dat resulteerde in soms vergaande consequenties van de ziekte (zoals bijvoorbeeld amputaties). Ook het geven van dialyses – de direct benodigde zorg bij nierfalen – is op verschillende eilanden een probleem. Op Sint Eustatius en Saba moeten patiënten (2 tot 3 keer per week) voor hun dialyse worden uitgezonden naar Sint Maarten. Op Bonaire werd lange tijd uitgezonden naar Curaçao voor de benodigde zorg, maar met de opening van een eigen dialyseruimte is die noodzaak verdwenen. De afgelopen jaren is de aandacht voor de gezondheid en de relatie met voeding en leefstijl toegenomen. Dit wordt onder meer zichtbaar in de organisatie van 'gezondheidsweken' en 'gezondheidsbeurzen' op de verschillende eilanden.

ONGEWENSTE ZWANGERSCHAPPEN

Een tweede issue op het gebied van publieke gezondheidszorg dat door de geïnterviewden naar voren is gebracht, betreft het grote aantal tienerzwangerschappen en, daarmee samenhangend, abortussen. Bijna de helft van alle zwangerschappen eindigt in een abortus. In 2010 werd een inventariserend onderzoek gedaan naar de situatie van tienermoeders op de Nederlandse Antillen.³³ Daaruit kwam naar voren dat (evenals in vele andere landen waar dit probleem speelt) het overgrote deel van de

30 *Obesity, the silent epidemic in the Netherlands Antilles, National Institute of Health, aangehaald in VNG Magazine, 2009*

31 *Idem*

32 *Sport en Bewegen op de BES-eilanden, Quickscan NISB, 2009*

33 *Een inventariserend onderzoek naar de situatie van tienermoeders op de Nederlandse Antillen, 2010*

tienermoeders voortijdige schoolverlaters zijn. Gepleit werd voor een integrale aanpak met expliciete aandacht voor het stimuleren van een positieve schoolbeleving, het verbeteren van de sociaaleconomische situatie én op specifieke doelgroepen toegeschreven seksuele educatie en hulpverlening. Op Bonaire en Sint Maarten zijn al enkele jaren organisaties specifiek op dit vlak actief.



Een oproep om condoomgebruik te stimuleren

Hoewel abortus lange tijd illegaal was, konden inwoners van Bonaire wel een beroep doen op een van de huisartsen voor medicamenteuze afbreking tot een periode van 9 weken zwangerschap. Voor afbreking na die termijn werd doorverwezen naar Curaçao, voor een periode tot 12 weken. Waar vrouwen met een abortuswens met een zwangerschap langer dan 12 weken naartoe gingen, is onbekend. Wel is bekend dat vrouwen zelf abortus probeerden op te wekken door middel van illegale medicijnen of kruiden. Voor het uitvoeren van de afbreking bij de huisarts op Bonaire moesten vrouwen zelf de kosten betalen (circa € 120).³⁴ Op Sint Eustatius en Saba is zwangerschapsafbreking nooit mogelijk geweest, hiervoor is verwijzing naar Sint Maarten nodig. Vanwege de kleinschaligheid is de privacy echter al snel in het geding. Het is bekend dat vrouwen niet via de eigen huisarts een doorverwijzing vragen, maar dit via een andere arts proberen te regelen. Het is sowieso bijzonder lastig om ongemerkt of met een goed excuus Saba dan wel Sint Eustatius te verlaten: iedereen weet wie wanneer op het (kleine) vliegtuig stapt. Naast Sint Maarten, staan St. Kitts en Puerto Rico bekend als eilanden waar vrouwen van Sint Eustatius en

³⁴ Nulmeting abortus provocatus op de BES eilanden, drs. W.M. van der Wiele, 2010

Saba heengaan om hun zwangerschap te laten afbreken. Op Puerto Rico is het mogelijk zwangerschappen tot laat in het tweede trimester af te breken. Op de Franse kant van Sint Maarten wordt ongeveer \$ 500 betaald voor abortus. Voor Stataanse of Sabaanse vrouwen wordt dit niet door de verzekering vergoed. Wat de kosten van afbreking zijn op Puerto Rico of Saint Kitts, is onbekend.³⁵

Na de staatkundige hervorming in 2010 kregen Bonaire, Sint Eustatius en Saba dezelfde abortuswetgeving als in Nederland (Wet afbreking zwangerschap (WAZ)). Dit heeft tot veel beroering geleid, aangezien de Nederlandse wetgeving op dit vlak sterk indruist tegen de op de eilanden geldende normen en waarden. Hoewel de Nederlandse abortuswetgeving in oktober 2011 van kracht werd, was er geen zorgorganisatie bereid de ingreep te verrichten. Inmiddels heeft het ziekenhuis op Bonaire deze taak op zich genomen: in juni 2012 is de abortusvergunning verleend. Voor Saba en Sint Eustatius geldt dat het onwaarschijnlijk is dat zij in de toekomst een vergunning aanvragen voor het verrichten van abortus. Dat heeft te maken met de bereidheid van de artsen om een vergunning aan te vragen, met de kleinschaligheid van de eilanden en de beperkte medische faciliteiten, maar ook omdat het onwaarschijnlijk is dat vrouwen op hun eigen eiland zwangerschapsafbreking willen laten uitvoeren. Privacyoverwegingen spelen hierbij te zeer een rol.³⁶

De legalisering van zwangerschapsafbreking op Bonaire maakt voor vrouwen op Sint Eustatius en Saba vermoedelijk geen verschil. Een verwijzing naar Bonaire (circa 800 km van de eilanden vandaan) betekent te veel reistijd en kosten voor verblijf aldaar. Vrouwen zullen vermoedelijk Sint Maarten verkiezen. Omdat abortus daar echter illegaal is, zal Nederland voor vrouwen van Sint Eustatius en Saba elders een legale optie moeten aanbieden. Daarbij wordt gedacht aan het Franse deel van Sint Maarten of Guadeloupe. Ter preventie van zwangerschappen is besloten anticonceptiva op te nemen in het basispakket verzekerde zorg voor Caribisch Nederland.

HIV EN AIDS

Een derde gezondheidsissue betreft hiv/aids. Volgens het 'Joint United Nations Programme on HIV/aids'³⁷ heeft het Caribisch gebied het op een na hoogste aantal gevallen van hiv en aids ter wereld. Sinds juni 2011 zijn er op Curaçao in totaal 746 hiv-geïnfecteerden geregistreerd. Aruba telde tussen 1999 en 2010 435 geregistreerde gevallen van hiv en aids. Van de

³⁵ *Nulmeting abortus provocatus op de BES eilanden, drs. W.M. van der Wiele, 2010, p.18*

³⁶ *Idem, p.25*

³⁷ *Unicef. De situatie van kinderen en jongeren op Curaçao, Aruba, Sint Maarten, Bonaire, Sint Eustatius en Saba, mei 2013*

gevallen tussen 2000 en 2010 was 70% man en 30% vrouw. De meest voorkomende manier van overdracht op het eiland is heteroseksueel contact.³⁸ Sint Maarten telde in 2008 nog het hoogste aantal hiv-gevallen van de (toenmalige) Nederlandse Antillen. In 2010 waren er 20 nieuwe gevallen (van de in totaal 664 geregisteerde gevallen tussen 1985 en 2010). De schatting in 2010 was dat 100% van de geregisteerde hiv-geïnfekteerden een behandeling had ontvangen, inclusief de gevallen zonder ziektekostenverzekering. Van Bonaire, Sint Eustatius en Saba zijn de aantallen onbekend. Wel is bekend dat patiënten worden behandeld op Curaçao.³⁹

DRUGS- EN ALCOHOLPROBLEMATIEK

Hoewel er geen cijfers voorhanden zijn, blijkt op alle eilanden het probleem van alcohol- en drugsverslaving te spelen, mede doordat de eilanden gebruikt worden voor doorvoer van drugs. Vanwege de kleinschaligheid van de eilanden is er snel sprake van overlast. In veel gevallen worden er knelpunten gesignaleerd op het vlak van huisvesting, dagbesteding, werk, inkomen en algemeen maatschappelijk werk. Verslavingszorg moet worden gefinancierd door de overheid, want de zorgverzekeraar vergoedt het niet. Aangezien de overheid moet bezuinigen, laat dat weinig middelen over voor goede verslavingsopvang. Het ministerie van VWS heeft om die reden ondersteund bij de totstandkoming van de eerder genoemde Stichting SVPCN in februari 2011.



Jongeren op Curaçao

Op Bonaire is sinds de inzet van een FACT-team (Functie Assertive Community Treatment) meer zicht gekomen op de situatie. Het

³⁸ Unicef. *De situatie van kinderen en jongeren op Curaçao, Aruba, Sint Maarten, Bonaire, Sint Eustatius en Saba, mei 2013*

³⁹ *Idem*

bestuurscollege aldaar wil de komende jaren effectieve aandacht voor de preventie van psychiatrische problemen en verslaving, vooral onder de jeugd. Op Saba is sinds juni 2012 een SPV'er (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige) aangesteld om hulp en ondersteuning te bieden. Op Curaçao is op het gebied van verslavingszorg, in het bijzonder in de preventieve sfeer, Fundashon pa Maneho die Adikshon actief. Ook op Sint Maarten zijn er activiteiten op het gebied van preventie. Zo wordt, in samenwerking met een Nederlandse ggz-organisatie, in het najaar van 2013 een congres georganiseerd met en voor alle eilanden, met als onderwerp Verslavingszorg, Preventie en ACT-zorg.

DENGUE

Meerdere geïnterviewden benoemden knokkelkoorts of dengue als issue op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Begin 2012 was er sprake van een dreigende epidemie op Bonaire, die ook in Nederland uitgebreid het nieuws haalde. Opvallend in de discussie is dat de deskundigen afkomstig van de eilanden zich veel minder zorgen lijken te maken dan deskundigen uit Europees Nederland. Deze niet-verontrustheid kan samenhangen met het belang van toerisme voor de eilanden (geen onrust willen veroorzaken), maar ook met een betere inschatting van de dreiging ter plaatse. Een van de constatering naar aanleiding van de laatste dreiging, was de conclusie dat de aandacht voor preventie bij de bevolking over de jaren is verslapt. Voor de bewustwording van het voorkomen van dengue zijn opnieuw activiteiten gestart. Zo bezochten op Bonaire inspecteurs van de Gele Koorts Muskieten Bestrijding (GKMB) basisscholen om voorlichting te geven over preventie van dengue. Zij willen deze voorlichting jaarlijks herhalen.



Saba: kleine vissen worden in reservoirs gebracht om muggengroei te stoppen

VOORKOMEN VAN ZIEKTES DOOR VACCINATIES

Na de staatkundige hervorming bracht de Gezondheidsraad het advies uit om het vaccinatieprogramma in Caribisch Nederland uit te breiden, zodat een gelijk aanbod aan vaccinaties bestaat. Er zijn 3 vaccinaties toegevoegd: tegen pneumokokkenziekte, tegen ziekte door meningokokken C en tegen baarmoederhalskanker door HPV-infectie (Humaan Papillomavirus). In 2013 zullen de deskundigen van Caribisch Nederland en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) samen optrekken bij de verdere harmonisatie van het Rijksvaccinatieprogramma. Naast een vergelijkbaar aanbod van vaccinaties, wordt ook aandacht gegeven aan andere pijlers van het Rijksvaccinatieprogramma: de registratie van toegediende vaccinaties, inclusief de methode van vaststelling van de vaccinatiegraad en surveillance van veiligheid en effectiviteit, communicatie en deskundigheidsbevordering.⁴⁰

4.1.1.

AANVULLENDE PUBLIC HEALTH ISSUES PER EILAND

Na bovenstaande opvallende public health-issues in het Caribisch gebied te hebben beschreven, gaan we in de alinea's hierna in op enkele specifieke gezondheidsissues per eiland.

Public health op Bonaire

De public health-issues op Bonaire bestaan met name uit de eerder omschreven issues. In vergelijking met de andere eilanden lijkt er op Bonaire explicieter aandacht te zijn voor verslavingszorg, in combinatie met psychiatrische zorg. Zoals geschreven, wordt door de inzet van een FACT-team inzichtelijker welke problematiek er leeft bij welke personen en/of groepen. Naast de aandacht voor verslavingszorg, is het uitvoeren van legale zwangerschapsafbreking in het kader van de Wet afbreking zwangerschap (WAZ) – zoals hiervoor beschreven – een nieuwe ontwikkeling voor dit eiland.

Public health op Sint Eustatius en Saba

Op Sint Eustatius en Saba worden maagklachten toegevoegd aan de hiervoor beschreven algemene gezondheidsissues. De artsen op de eilanden vermoeden een verband tussen maagklachten op het eiland en het drinken van ongezuiverd water.

Op Saba en Sint Eustatius zijn de bewoners afhankelijk van regenwater voor de watervoorziening. In Saba kan er geen waterleiding aangelegd worden vanwege de geografische ligging. Op Sint Eustatius is een waterleiding aangelegd, maar deze is nog altijd niet in gebruik. De artsen pleiten ervoor om alle inwoners te voorzien van een goed filter.

⁴⁰ RIVM, Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland. Verslagjaar 2013



Reservoirs worden gevuld met vers water op Sint Eustatius

Specifiek voor Saba is daarnaast het aantal inwoners met huidkanker. Van de autochtone bevolking is ongeveer de helft blank en nakomeling van de eerste Zeeuwse kolonisten of van Schotse en Ierse zeerovers die er in de loop der tijden neerstreken.⁴¹ De personen van Schots-Ierse afkomst zijn genetisch behept met een lichte, pigment-arme huid. Het klimaat op Saba met de vele zonuren, leidt tot een relatief hoog aantal mensen met huidkanker. Van preventie is nog weinig sprake: kinderen mogen op school geen hoofddeksel dragen, terwijl dat vanuit preventief oogpunt de voorkeur zou verdienen.

Public health op Curaçao

Naast de afdeling Epidemiologie van het ministerie van GMN (Gezondheid, Natuur en Milieu), die data verzamelt over mortaliteit, infectieziekten en dengue, is vorig jaar een volksgezondheidsinstituut geopend: het Volksgezondheidsinstituut van Curaçao (VIC) in Otrobanda. Het instituut heeft als doel de gezondheid van de Curaçaose bevolking te onderzoeken en in kaart te brengen. Tot 2015 zal het instituut zich voornamelijk bezighouden met nationaal onderzoek naar de volksgezondheid van Curaçao (Nationale Gezondheidsenquête) en het verzamelen van alle gezondheidsgegevens in een nationale databank, de Curaçao Health Information System. Gegevens die nu nog verspreid staan over de databanken van de SVB, Basis Ziektekosten Verzekering (BZV), zorgverzekeraars en ziekenhuizen, worden in het nieuwe systeem bijeen gebracht.

⁴¹ *Wikipedia, Saba*

De eerder genoemde gezondheidsissues spelen in elk geval een rol op het eiland. Daarnaast noemden de geïnterviewden ook de ziekte van Alzheimer als bedreiging voor de volksgezondheid op Curaçao. De ziekte neemt snel toe en wordt vanuit het beleid nog niet goed opgepakt.

In het kader van preventie van bijvoorbeeld obesitas zijn verschillende projecten gestart, onder meer in het kader van het SEI (social economic initiative). Oplossingsrichtingen worden gezocht in een directe benadering van inwoners om te komen tot meer beweging en in het trainen van nieuwe vaardigheden, zoals het opvoeden van kinderen, gezond leven, bevorderen van mondigheid en het opbouwen van een sociaal netwerk. Voor het uitrollen van deze preventie-activiteiten is geld nodig, maar ook hier geldt dat de bezuinigende overheid weinig middelen ter beschikking heeft, dan wel stelt. Preventie is ook hier geen verzekerde zorg.

Public health op Aruba

Ook op Aruba heeft diabetes de aandacht. Diabetes laat op Aruba nog steeds een toename zien, ook onder kinderen.⁴² Er zijn dan ook plannen voor het opzetten van een speciale kinderdiabetespoli. Nationale zorgverzekeraar AZV verwacht dat preventie op dit vlak veel tijd gaat kosten, aangezien het vooral een cultuuromslag in het eetpatroon vereist.

Op Aruba is sinds 2012 speciale aandacht voor de preventie van borstkanker. Wereldwijd krijgt 1 op de 9 vrouwen ermee te maken en op Aruba werden in de afgelopen jaren circa 80 nieuwe gevallen van borstkanker per jaar geconstateerd. De helft hiervan is in de leeftijd van 45 tot 65 jaar.⁴³ Met de oprichting van de Stichting Bevolkingsonderzoek Borstkanker (BOB) is er aandacht voor preventief onderzoek onder vrouwen van 45 tot 75 jaar. De stichting streeft naar een tweejaarlijkse screening onder deze leeftijdsgroep waarbij deelname gratis en vrijwillig is.

Tot slot wordt ook de versnelde vergrijzing op het eiland als gezondheidsissue genoemd. Op dit moment heeft Aruba 1900 ouderen boven de 80. Over 10 jaar zullen dat 4500 ouderen zijn.

Public health op Sint Maarten

De grootste problematiek op Sint Maarten is diabetes, met gevolgen als amputaties, slechtiendheid of blindheid en nieraandoeningen. Op het gebied van preventie is nog weinig georganiseerd, maar het Wit Gele Kruis heeft een voorstel voor een preventiemodel voor diabetes gemaakt en dit voorgelegd aan de minister. Het model bestaat uit het houden van spreekuren

⁴² Amigoe, 14 november 2012

⁴³ Amigoe, 16 oktober 2012

voor diabetici, consulten door diëtisten, de mogelijkheid tot het maken van een oogfundus-foto en consulten door een oogarts.

Op het gebied van psychiatrische en verslavingszorg is er het voornemen om te onderzoeken wat de meest voorkomende aandoeningen zijn op scholen. De Mental Health Foundation (MHF) wil zich hiermee voorbereiden op zorgbehoeften die aan het ontstaan zijn. Zaken die reeds bekend zijn, betreffen depressie, lichte vormen van epilepsie en aandachtsstoornissen bij kinderen, evenals drugsmisbruik onder tieners. Daarnaast heeft de Minister van Volksgezondheid van Sint Maarten een nieuw onderzoek aangekondigd naar de gezondheid en de gezondheidszorg op het eiland. Het vorige onderzoek – ‘How healthy is Sint Maarten’ – dateert van 1999. Met het nieuwe onderzoek wil de minister een compleet beeld krijgen van de gezondheidssector en de bestaande zorgfaciliteiten voor burgers.

4.2

THEMA 2: MEDISCHE UITZENDINGEN

Heel specifiek voor de gezondheidszorg op de eilanden in het Caribisch gebied zijn de medische uitzendingen. Onder een medische uitzending wordt verstaan: een noodzakelijke uitzending voor medisch onderzoek en/of behandeling naar een medisch centrum of een medische specialist in het buitenland.⁴⁴ Het gaat hierbij zowel om acute als niet acute uitzendingen. Zeker op de kleinste eilanden (Sint Eustatius en Saba) zijn er frequent zorgvragen die door de zorgverleners en zorgvoorzieningen op de eilanden zelf niet beantwoord kunnen worden. In dat geval is het overbrengen van de patiënt naar een ander (ei)land noodzakelijk.

De medische uitzendingen hebben nogal wat voeten in de aarde. In de eerste plaats speelt de vraag waarnaar wordt uitgezonden. Vóór de staatkundige hervorming waren de routes duidelijk: Sint Eustatius en Saba zonden uit naar Sint Maarten, Curaçao, Aruba, Puerto Rico en soms Nederland. Sint Maarten – waar ook niet ieder specialisme vertegenwoordigd is – zond uit naar Curaçao of naar Puerto Rico. Voor medisch noodzakelijke zorg die Bonaire haar inwoners niet kon bieden, werd uitgezonden naar Curaçao of Aruba en soms naar Venezuela, de Verenigde Staten of Nederland⁴⁵ (zie voor een overzicht de illustratie op pagina 50, 51).

Met de staatkundige hervorming werd het tot dan toe functionerende systeem van medische uitzendingen overhoop gehaald. Zorg op de verschillende eilanden voldeed bijvoorbeeld niet aan de Nederlandse normen of Nederland contracteerde zorgorganisaties op andere plekken dan tot dan toe gebruikelijk was (bijvoorbeeld het Franstalige Guadeloupe of het Spaanstalige

⁴⁴ Brochure *Medische Uitzending, Curaçao*

⁴⁵ *ViaMedica. Een verkenning over de Specialistische zorg op maat voor Bonaire in opdracht van Fundashon Mariadal, Bonaire, Deel 1 en 2, januari 2009*

Colombia). Ze verplichtte daarmee de zorgverleners op de eilanden om voortaan die routes te kiezen (en af te zien van bepaalde medische verwijzingen naar bijvoorbeeld Curaçao). Het gevolg was dat de relatie tussen behandelend specialisten en hun patiënten werd verbroken, dat mensen werden uitgezonden naar een plek waar zij de taal niet verstonden, of dat er papieren, verklaringen of vergunningen nodig waren die patiënten niet (of niet tijdig) konden overleggen. Ook identificatie leverde problemen op, omdat specialisten en apotheken van het ene eiland de identiteitskaart van het andere eiland niet accepteerden. Daarnaast speelden problemen met de vergoeding van medicijnen: patiënten kregen in het ziekenhuis op Guadeloupe bijvoorbeeld recepten voor Franse medicijnen voorgeschreven die in Nederland niet geregistreerd stonden en daarom ook niet werden vergoed.

Een tweede vraag rondom de medische uitzendingen is de vraag waarvoor er wordt uitgezonden. Het viel in 2011 op dat tussen januari en juni 5.000 medische uitzendingen hadden plaatsgevonden vanuit Saba, Sint Eustatius en Bonaire. Nierdialysepatiënten die meerdere keren per week werden uitgezonden, waren daarin meegerekend.⁴⁶ Het grote aantal was aanleiding om te kijken welke zorg op de eilanden zelf geleverd kan worden, zodat het aantal uitzendingen (en de daaraan verbonden hoge kosten) omlaag kan. Door middel van samenwerking met Europees Nederland en de omringende landen en eilanden is daar inmiddels veel in veranderd en worden benodigde specialismen zo veel mogelijk 'ingevlogen'. Natuurlijk zullen er altijd uitzendingen nodig zijn, zeker als er sprake is van acute situaties waarvoor op het eiland zelf geen behandel mogelijkheden bestaan en voor bepaalde specialistische bezoeken/behandelingen.

De derde vraag is: wie wordt uitgezonden en door wie? De patiënt zelf uiteraard, maar mag er ook iemand mee? Deze vraag raakt aan een breder, logistiek probleem voor Saba en Sint Eustatius. De patiënt én begeleider vlogen van oudsher met de dienstdoende luchtvaartmaatschappij WinAir. Deze maatschappij bood echter reguliere vluchten, zonder specifieke vergunning voor medische evacuaties. Met de staatkundige hervorming werd daar – in eerste instantie – een eind aan gemaakt. Medische evacuaties mochten alleen nog worden uitgevoerd door een air ambulance, met als neveneffect dat er geen plaats was voor een naaste/familielid om de patiënt te begeleiden. Dat betekende dat familie na moest reizen, wat niet alleen ontbrekende support voor de patiënt betekende, maar ook een logistiek probleem. Op Sint Eustatius is nu een medische helikopter gestationeerd, die wordt gebruikt door zowel Saba als Sint Eustatius. En hoewel in overleg met het ministerie van VWS ook de medische vluchten door WinAir zijn hervat, vliegen begeleiders van de patiënt nog altijd na met de eerst beschikbare lijnvlucht.

46 Radio Nederland Wereldomroep, 6 augustus 2011



MEDISCHE UITZENDINGEN EN AFSTANDEN (KM)

		NAAR →											
		ARUBA	CURAÇAO	BONAIRE	SINT MAARTEN	SANT MARTIN	COLOMBIA	PUERTO RICO	DOMINICAANSE REPUBLIEK	ANGUILLA	NEDERLAND	GUADELOUPE	VENEZUELA
VAN ↓	ARUBA		112				482				7892		774
	CURAÇAO	112		82									692
	BONAIRE	191	82				658						
	SINT EUSTATIUS				61		1395					204	
	SABA		865		50		1377			69		236	
	SINT MAARTEN		912			7	1419	374	735				

De uitzending van patiënten naar een andere locatie betekent veel regelwerk en veel communicatie-op-afstand. Op Sint Maarten is sinds 2012 specifiek een tussenpersoon benoemd die de communicatie tussen artsen en specialisten van Sint Maarten, Caribisch Nederland, Colombia en Guadeloupe verzorgt. Deze persoon begeleidt ook specialisten bij medische uitzendingen vanuit het Sint Maarten Medical Center. Het gaat om begeleiding, hulp en advies bij uitzendprocedures en bijstand en toezicht voor het doorsturen van de dossiers van de patiënten die worden uitgezonden. Formeel is deze (deeltijd)functie ondergebracht bij het zorgverzekeringskantoor ZVK op Bonaire. Voor directe uitzendingen van Sint Eustatius en Saba (dus niet via Sint Maarten) is opvang geregeld op het eiland waarnaar wordt uitgezonden. Zo communiceren de zorgverleners op Saba en Sint Eustatius met een echtpaar op Guadeloupe dat zaken faciliteert en coördineert voor de Sabaanse patiënten. Daarbij gaat het om zaken als het ophalen van het vliegveld, het regelen van verblijf, het wegwijs maken op het eiland en in het ziekenhuis en zo nodig hulp bij vertalen bij contacten met specialisten. Gewerkt wordt aan de opzet van een commissie van artsen voor uitzendingen tussen Saba, Sint Eustatius en Sint Maarten en Guadeloupe. Gezamenlijk wordt bekeken hoe de communicatie beter kan verlopen, welke protocollen nodig zijn en hoe spoeduitzendingen het beste kunnen worden opgezet. De coördinatie van uitzendingen naar Colombia vindt plaats via Coomeva: deze organisatie draagt zorg voor de opvang, begeleiding en behandeling van patiënten die naar Colombia zijn doorverwezen.

Tot slot de vraag wanneer, op welk moment van de dag, er kan worden uitgezonden. Vanwege de kleine, onverlichte landingsbaan, kunnen er op Saba geen nachtvluchten worden uitgevoerd. Het ministerie van VWS financierde daarom de aanleg van helipad-verlichting op het vliegveld, om het eiland bij acute medische evacuaties bereikbaar te houden. Voor verbetering van de transporttijden op alle momenten van de dag, is het wachten op de nieuwbouw van het ziekenhuis op Sint Maarten. Dit nieuwe ziekenhuis zal worden uitgerust met een helipad op het dak.

4.2.1

MEDISCHE UITZENDINGEN PER EILAND

Na de algemene problematiek rondom de medische uitzendingen te hebben beschreven, gaan we in deze paragraaf in op de specifieke medische uitzendingen per eiland in het Caribisch gebied.

Medische uitzendingen van en naar Bonaire

De zorg die Bonaire zelf biedt, is de afgelopen jaren enorm uitgebreid. In juni 2012 constateerde minister Schippers van VWS dat het aantal medische uitzendingen vanuit Bonaire in een jaar was gehalveerd. Een deel van de 'besparing' werd gerealiseerd door de opening van een eigen nierdialyse-afdeling in het ziekenhuis (Fundashon Mariadal), waardoor die medische uitzendingen naar Curaçao onnodig werden. Daarnaast werpt de samenwerking

met academische ziekenhuizen in Nederland zijn vruchten af: er is een goede samenwerking tussen Fundashon Mariadal en het VU en AMC (jumelage, zie ook de toelichting op p. 27), waardoor het ziekenhuis de meeste basisspecialistische voorzieningen inmiddels zelf kan bieden. Daarnaast biedt Fundashon Mariadal sinds kort teleconsultatie aan om het aantal verwijzingen naar specialisten buiten Bonaire te verminderen. Dagelijks vliegen 30 patiënten van Bonaire naar specialisten op Curaçao of Aruba. Een voor oudere en zieke patiënten belastende reis, die in voorkomende gevallen slechts gemaakt wordt om de uitslag van een onderzoek te krijgen. Soms moeten patiënten een tweede keer komen omdat gegevens ontbreken of er aanvullend onderzoek moet worden gedaan, dat ook uitgevoerd kan worden op Bonaire. Met de inzet van teleconsultatie worden ook dit soort uitzendingen voorkomen.⁴⁷

Medische uitzendingen blijven voor een deel nodig. Bonaire wil patiënten het liefst zo dicht mogelijk bij huis en naar vertrouwde adressen uitzenden. En dat betekent uitzendingen naar Colombia, Curaçao en Aruba. Uitzendingen naar Venezuela zijn vanwege de politieke instabiliteit – en op dringend verzoek van het ministerie van VWS – stopgezet. Maar het ministerie vindt ook de kwaliteit van zorg die geleverd wordt in het ziekenhuis op Curaçao (het SEHOS) van een dusdanig laag niveau, dat verwijzingen hier naar toe worden afgeraden. De minister van VWS begrijpt de behoefte van de artsen op Bonaire om de uitzendingen zo dicht bij mogelijk te organiseren, maar kwaliteit van zorg gaat voor.⁴⁸

Recent kwamen ook de medische uitzendingen naar Colombia slecht in het nieuws, evenals de Colombiaanse zorgverzekeraar Coomeva. Dit vanwege de lange wachttijden ter plaatse, terwijl bekend is wanneer de cliënt zal arriveren. Het zorgverzekeringskantoor op Bonaire stelt een onderzoek in.⁴⁹

Voor acute uitzendingen met zwaardere specialistische zorg (inclusief intensive care), blijft geschikt transport dat binnen korte tijd beschikbaar is, noodzakelijk. Het ministerie van VWS heeft een speciaal hiertoe uitgerust vliegtuig op Bonaire gestationeerd. Dit vliegtuig zal door het Zorgverzekeringskantoor, in samenwerking met Fundashon Mariadal, worden ingezet als air ambulance. Het vliegtuig is nog niet in gebruik genomen, vanwege ontbrekende goedkeuring van de Burger Luchtvaart autoriteit van Curaçao. Daarnaast moet ook het medisch personeel getraind worden in het vliegtuig en gescreend door de Algemene Inlichtingen- en Veiligheidsdienst (AIVD) (voor toegang tot vliegvelden). Het vliegtuig komt ook beschikbaar voor het vervoer van ernstig zieke patiënten van de Bovenwindse eilanden naar bestemmingen als Aruba of Colombia.

47 *Digitalezorg.nl*, 31 oktober 2011

48 *Brief Minister Schippers*, 4 juni 2012

49 *Caribischnetwerk.nl*, 20 februari 2013

Medische uitzendingen van Sint Eustatius

Vanuit Sint Eustatius reizen er dagelijks zo'n 20 patiënten naar Sint Maarten voor medische zorg.⁵⁰ Daarnaast wordt – evenals vanuit Saba – uitgezonden naar Guadeloupe en Colombia. De kwaliteit van zorg in Colombia is heel goed, maar de Spaanse taal vormt een struikelblok.



Princess Juliana International Airport, Sint Maarten: een medische uitzending

Hoewel artsen op Sint Eustatius bij enige druk van de patiënt snel geneigd zijn door te verwijzen, is het streven van het bestuur op Sint Eustatius om meer zorg naar het eiland te halen: meer specialisten, die in een vaste regelmaat consulten en behandelingen kunnen doen. Tegelijkertijd zou Sint Eustatius graag zien dat er meer specialismen geboden worden op Sint Maarten. Dat zou de reistijd bij uitzendingen in veel gevallen aanzienlijk verkorten (waarbij ook de tijd meegeteld moet worden die bij uitzending naar Guadeloupe en Colombia opgaat aan strenge drugscontroles). Daarnaast heeft het een kostenaspect: als een patiënt voor een langere periode ver weg – zoals naar Bonaire – wordt uitgezonden, dan moet aan de begeleider ook voor lange tijd onderdak geboden worden. Inwoners van Sint Eustatius kunnen zich dit niet permitteren, tenzij er toestemming is gegeven dat een begeleider mee mag, conform de Zorgverzekering Caribisch Nederland. De verwachting is daarom dat er in de toekomst weer meer naar Sint Maarten verwezen zal worden, zodra de zorg daar weer beter op peil is. In dat geval worden uitzendingen die nu naar Colombia of Guadeloupe gaan, voor een deel weer naar Sint Maarten gericht.

⁵⁰ Bron: Expert-interview, september 2012

Medische uitzendingen van Saba

Vanuit Saba wordt momenteel standaard verwezen naar Sint Maarten, Guadeloupe en Colombia. Het gaat hier om reguliere verwijzingen waarvoor geen toestemming nodig is. In uitzonderingsgevallen, en na toestemming van het Zorgverzekeringskantoor, wordt verwezen naar Curaçao, Anguilla of Europees Nederland. Guadeloupe en Colombia zijn na de staatkundige verandering tijdelijk door het Nederlands ministerie gekozen als 'voorkeursziekenhuizen' voor superspecialistische zorg.⁵¹

De zorgbestuurders, artsen en bewoners van Saba hebben van oudsher, ook vanwege opgebouwde relaties, sterk de voorkeur voor het nabijgelegen Sint Maarten als het gaat om verwijzingen en uitzendingen. Ook om 'administratieve redenen': sommige personen die niet in het bezit zijn van een Nederlands paspoort kunnen niet zomaar naar Colombia of Guadeloupe worden vervoerd. Het ministerie van VWS heeft daarom in april 2012 besloten extra te investeren in de kwaliteit van zorg op Sint Maarten. Het ministerie benadrukte daarbij dat ze niet verantwoordelijk is voor de gezondheid van de burgers op Sint Maarten, maar wel voor die van Sint Eustatius en Saba.

Hoewel het ziekenhuis op Bonaire inmiddels ook gespecialiseerde zorg te bieden heeft, heeft Bonaire voor Sabanen en Statianen niet de voorkeur. Dit heeft te maken met de afstand (circa 800 kilometer) en het feit dat er geen rechtstreekse vluchten gaan, maar ook met cultuurverschillen.

Medische uitzendingen van en naar Sint Maarten

Zoals beschreven, zenden Saba en Sint Eustatius bij voorkeur uit naar het ziekenhuis op Sint Maarten. Zorg die op de kleine eilanden niet geboden kan worden, is wel aanwezig op Sint Maarten. Maar ook Sint Maarten heeft niet alles. Zo biedt het ziekenhuis geen zorg op het gebied van neurologie, urologie en oncologie. Het ziekenhuis heeft sterk de wens om meer specialismen in huis te halen én om de kwaliteit binnen alle specialismen te verhogen.

Vanwege de medische uitzendingen, heeft minister Schippers van VWS in april 2012 besloten tot het aangaan van een samenwerkingsovereenkomst met Sint Maarten, via Bonaire, waardoor uitwisseling met specialisten uit Europees Nederlandse ziekenhuizen mogelijk wordt.⁵² Voor de samenwerking gelden echter wel voorwaarden, gelegen op het vlak van kwaliteitsverhoging, hygiëne en good governance. Zolang niet aan de voorwaarden is voldaan, kan de jumelage geen doorgang vinden. Sinds 2011 verlenen een aantal cardiologen

51 In de afgelopen tijd is duidelijk geworden dat uitzending naar deze locaties niet slechts voor superspecialistische zorg wordt ingezet, maar als reguliere, toegankelijke tweedelijnszorg. Door de toename van het aantal verwijzingen naar Colombia en Guadeloupe zien de zorgbestuurders van Saba een forse toename van kosten ontstaan

52 Jumelage, zie kader op p. 27

die verbonden zijn aan het Bronovo ziekenhuis in Den Haag, cardiologische zorg bij het SMMC. In 2012 is deze pool aangevuld met cardiologen van het VU medisch centrum en het AMC.

Op het eiland wordt in toenemende mate samengewerkt met het ziekenhuis aan de Franse kant: het Louis-Constant Fleming Ziekenhuis. De zorgverzekeraar op Sint Maarten contracteert ook zorg op de Franse kant. Hoewel Franse bewoners soms zorg afnemen aan de Nederlandse kant, is het vaker andersom. Aan de samenwerking liggen geen officiële afspraken ten grondslag. Wel is het – met de status van autonoom land – voor Sint Maarten eenvoudiger geworden om zelfstandig afspraken te maken en directer samen te werken. Voor zorg die op Sint Maarten op dit moment niet geleverd kan worden, worden patiënten uitgezonden naar Curaçao, Puerto Rico, Santo Domingo en Colombia.

Medische uitzendingen van en naar Curaçao

Het Nederlandse ‘verbod’ op uitzendingen naar Curaçao, heeft de verhoudingen in de regio doen verschuiven. Dat er vanuit Bonaire zeer beperkt wordt uitgezonden naar Curaçao, is om meerdere redenen vervelend. Er bestaan vele familierelaties tussen Curaçao en Bonaire en met het verwijzverbod worden, naar de mening van de eilandbewoners, veel relaties doorgeknipt. Het SEHOS (het ziekenhuis op Curaçao) heeft het echter aan zichzelf te wijten, vinden diverse geïnterviewden. De aanwijzingen van de inspectie zijn herhaaldelijk niet opgepakt, wat heeft geleid tot een zorgomgeving waarin kwaliteit niet meer gegarandeerd is. Of ‘de oude dame’ – zoals het SEHOS liefdevol wordt genoemd – zich zal herstellen om te doen wat haar gevraagd wordt, is onzeker.

Er wordt vanuit omliggende eilanden wel uitgezonden naar de Stichting Revalidatie Curaçao voor klinische revalidatie en naar Stichting GGZ Curaçao voor klinische psychiatrie. Voor Curaçao is vooral Aruba de medische partner in de buurt.

Medische uitzendingen van en naar Aruba

De staatkundige hervorming heeft er voor Aruba toe geleid dat er meer patiënten vanuit Bonaire naar Aruba worden verwezen. Nadeel is de slechte verbinding tussen Aruba en Bonaire, waarbij altijd een tussenlanding nodig is op Curaçao. Bovendien is de ziekenhuiszorg op Aruba (nog) niet helemaal op orde. De operatiekamers in het Horacio Oduber Hospitaal (HOH) voldoen niet aan de eisen en uit onderzoeken van de Nederlandse inspectie kwamen ook procedurefouten naar voren.⁵³

⁵³ Amigoe, 4 april 2013

Daarnaast biedt Aruba niet alle zorg zelf. Zo kan het HOH neonatale intensive care, hartchirurgie en interventiecardiologie niet zelf bieden. En dus wordt ook vanaf Aruba regelmatig uitgezonden. Volgens verzekeraar AZV worden er jaarlijks ongeveer 1000 patiënten (verzekerden via de AZV) naar het buitenland uitgezonden voor medische behandelingen die niet op Aruba kunnen plaatsvinden. Veel van die behandelingen vinden plaats in Colombia, met name op het terrein van cardiologie, oncologie, complexe chirurgie, oogheelkunde en neonatale zorg. Een kleiner deel van de verwijzingen gaat naar Curaçao en Nederland. Een uitzendingsrelatie tussen Aruba en Sint Maarten is er nog niet. Wel is er een jaarlijks overleg tussen ziekenhuisdirecteuren van alle eilanden van het Koninkrijk.

Recent heeft de zorgverzekeraar op Aruba besloten om zelf – zonder tussenkomst van bemiddelaars – contracten af te sluiten met een aantal geselecteerde ziekenhuizen in Colombia. De verzekeraar hoopt hiermee een flinke kostenbesparing te realiseren. De ziekenhuizen waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten, zijn geselecteerd op basis van internationale accreditatie, kwaliteit en de prijs. En, aldus de AZV: “Een belangrijk aspect in de keuze is ook geweest de mogelijkheid om, bijvoorbeeld via telemedicine, de communicatie tussen de Colombiaanse en Arubaanse specialisten te optimaliseren.”

4.3

THEMA 3: ‘VERGETEN GROEPEN’

De zorg op de Caribische eilanden is gefocust op de cure. Vooral op Sint Eustatius en Saba is door de kleinschaligheid goed te zien wat de essentie van zorg is: uitgebreide anderhalvelijnszorg, in combinatie met serieuze eerste hulp (spoedzorg). Zorg die in staat is te stabiliseren tot er overgedragen kan worden. Daarnaast laat de keuze voor de op de eilanden aanwezige specialismen (voornamelijk visiterend) zien, waar de eerstvolgende zorgbehoeften liggen. Een cardioloog, dermatoloog, gynaecoloog, orthopeed, psychiater, Arbo-arts, een tandarts, een orthodontist, een maatschappelijk werker en een diëtiste.⁵⁴ De keuzes worden gemaakt op basis van wat nodig en haalbaar is.

Het gevolg van de eerste essentieel-medische focus is dat de zorg voor andere, langdurig kwetsbare groepen minder op orde is. Vooral op de kleinste eilanden zijn de geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg), de gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg sterk voor verbetering vatbaar en wordt gesproken over ‘vergeten groepen’. Sociaal maatschappelijke omstandigheden geven extra druk op deze ‘care-gebieden’: armoede, werkloosheid, eenoudergezinnen en wegtrek van jongeren. Voor ouderen is er bovendien sprake van veel eenzaamheid en, zo wordt

⁵⁴ Beleidsnotitie Saba Health Care Foundation 2010-2011-2012

door een enkele geïnterviewde naar voren gebracht, ook van mishandeling door de eigen kinderen. In dit kader speelt ook dat kinderen die in Europees Nederland woonachtig zijn, hun ouders daar naartoe laten komen. De kinderen claimen de inkomsten waar de ouderen recht op hebben, maar geven er geen zorg voor terug.

OUDERENZORG EN THUISZORG

Het aanbod en de kwaliteit van de ouderenzorg verschillen sterk per eiland:

- Op Sint Eustatius ligt het Auxiliary Home direct naast het ziekenhuis. Naast de opvang in het verpleeghuis, bestaat er dagopvang voor ouderen: een privaat initiatief van inwoners, met subsidie van het ministerie van VWS.
- Op Saba zitten 18 ouderen bij elkaar, in het verlengde van het gebouw van het ziekenhuis. Het gebouw is oud en het aanbod (aan activiteiten) is minimaal.
- Op Bonaire is de visie van zorginstellingen en het zorgverzekeringskantoor duidelijk: ouderen moeten zo lang mogelijk uit de intramurale zorg blijven. Langdurige zorg moet vooral wijkgerichte thuiszorg zijn. Dit doel is op het eiland nog niet bereikt: teveel ouderen zijn opgenomen in instellingen. Met innovatieve nieuwe zorgconcepten wordt geprobeerd om wonen, welzijn, opvang en zorg goed op elkaar te laten aansluiten.
- Op Aruba ontbreekt een samenhangend beleid voor de care. De verschillende zorginitiatieven leveren geen gezamenlijk afgestemd aanbod met meerwaarde voor de cliënt.⁵⁵
- Op Sint Maarten is het Wit Gele Kruis bezig met de opzet en uitrol van ouderenzorg in de vorm van onder meer thuiszorg en dagopvang voor dementerenden.
- Op Curaçao is door de toename van de zorgzwaarte bij Stichting Birgen di Rosario, een van de grootste instellingen voor ouderenzorg, bezig met een transformatieproces waarbij de organisatie omschakelt van verzorgingshuis naar verpleeghuis.

Uit enkele bronnen komt naar voren dat de zorg in de verpleeg- en verzorgingshuizen weinig cliëntgericht is vormgegeven. In Europees Nederland is de ontwikkeling naar cliëntgerichte zorg, en de transitie naar eigen regie en zelfredzaamheid, enkele jaren geleden ingezet. De opbrengsten daarvan zijn inmiddels op veel plekken en in veel aspecten zichtbaar. In Caribisch Nederland is de zorg nog erg gericht op 'overnemen', op het puur verlenen van basiszorg. De diversiteit in de kwaliteit van de ouderzorg op de eilanden, kwam ook naar voren uit onderzoek dat het ministerie van VWS in 2011 en 2012 liet uitvoeren naar noodzakelijke beleidsaanpassingen voor de langdurige zorg in Caribisch Nederland. Conclusie: beleid dat erop gericht is om ouderen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten wonen en dat sterk inzet op

⁵⁵ Stichting Ziekenverpleging Aruba, Jaarverslag 2010

dagopvang en wijkgerichte zorg, zal leiden tot beheersbaarheid van kosten en zal tegelijkertijd de zelfredzaamheid van ouderen stimuleren.⁵⁶ Het aanbod aan thuiszorg op de eilanden is eveneens minimaal. Op sommige eilanden zijn wijkverpleegkundigen werkzaam. Maar als er sprake is van thuiszorg (verpleging, verzorging, kraamzorg), moet de zorg vaak geleverd worden onder lastige omstandigheden. Uit een adviesrapport over de thuiszorg op Sint Maarten: “Vaak kleine behuizing, soms het ontbreken van stromend water en elektriciteit, vervuilde woningen en dergelijke maken het werk niet eenvoudig. Noodzakelijke hulpmiddelen zoals hoog-laagbedden zijn niet altijd aanwezig, waardoor de zorg extra belastend kan zijn.”⁵⁷

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Hoewel de geestelijke gezondheidszorg op met name Saba en Sint Eustatius nog goeddeels opgezet moet worden, valt op dat de ggz op Curaçao relatief goed georganiseerd is en stappen zet met de modernste inzichten. Er is een start gemaakt met outreachend werken, de inzet van FACT-teams en het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Ook in Nederland zijn dit relatief nieuwe ontwikkelingen. Betrokkenen op Curaçao geven aan dat het starten zonder veel ballast uit het verleden, de mogelijkheid geeft om meteen met de modernste inzichten te gaan werken. Curaçao ondersteunt met haar expertise de opzet en uitbouw van ggz-zorg op Aruba en Sint Maarten. Het gaat hierbij vooral om het overdragen van deskundigheid via opleidingen. Mede dankzij deze inspanningen, is de zorg aan psychiatrische cliënten op Sint Maarten de afgelopen jaren sterk verbeterd en is het dienstenaanbod uitgebreid. Op Bonaire is de aandacht vooral gericht op verslavingszorg; hiervoor zijn meerdere voorzieningen beschikbaar. Over het aanbod en de kwaliteit van de ggz op Aruba zijn de berichten tegenstrijdig. De zorgorganisaties geven aan dat de geestelijke gezondheidszorg op het eiland goed georganiseerd is, en dat er ook gewerkt wordt met outreach en (F)ACT. Andere bronnen laten weten dat Aruba alleen klinische voorzieningen heeft, geen ambulante ggz en dat er geen sprake is van outreachend werken, noch van (F)ACT-zorg. Verschillende geïnterviewden geven aan dat de heersende mentaliteit op Aruba en de kleinere eilanden wat ‘ouderwets’ is: huisartsen neigen meer naar het ‘wegstoppen’ van cliënten dan naar vermaatschappelijking (inclusie).

56 Veen, van drs. J.A.H., *Ouderenzorg in Rincon Bonaire, een kans op een betere toekomst voor ouderen op heel Bonaire, maart 2012* en Veen, van drs. J.A.H., *Kansen voor betere ouderen zorg op de Bovenwindse eilanden Saba en Sint Eustatius, 4 april 2012*

57 Van Goed naar Beter, drs. P.A.E. de Boevere, 2011

GEHANDICAPTENZORG

De gehandicaptenzorg op de eilanden is misschien wel het meest ondergeschoven kindje. Hoewel er in een enkel geval sprake is van zorg en dagopvang voor mensen met een verstandelijke beperking (Bonaire, Sint Eustatius, Sint Maarten), zijn er voor mensen met een lichamelijke handicap geen voorzieningen. Deze groep is afhankelijk van mantelzorgers/informele zorg. De zorg is deels achtergebleven omdat matig tot ernstig lichamelijke en/of verstandelijk gehandicapten van oudsher naar Curaçao gingen voor zorg en behandeling.⁵⁸ De zorg voor deze groep is daardoor op de overige eilanden niet of nauwelijks tot ontwikkeling gekomen. Op Curaçao is de gehandicaptenzorg goed in beeld, door samenwerking en uitwisseling van expertise, maar ontwikkelingen zijn ook versneld door toedoen van de ouders/vertegenwoordigers van cliënten. Van oorsprong hebben patiënten en belangengroeperingen een zwakke positie, maar daarin is de laatste jaren enige verbetering gekomen.

4.3.1

'VERGETEN GROEPEN' PER EILAND

Na de zorg aan diverse care-groepen beschreven te hebben, beschrijven we in de volgende paragraaf de 'vergeten groepen' per eiland.

Vergeten groepen op Bonaire

Op Bonaire worden psychiatrische patiënten met een opname-indicatie nu nog uitgezonden naar Curaçao of Aruba, waar een psychiatrische afdeling aanwezig is bij het algemene ziekenhuis. Voor ziekenhuis Fundashon Mariadal komt de realisatie van een eigen psychiatrische afdeling echter in zicht. De tekeningen liggen klaar, het wachten is op financiering en een bouwvergunning.⁵⁹ Sinds juni 2012 is er ook een FACT-team gestart. Het team heeft een focus op verslavingszorg, omdat met name cocaïne-verslaving voor problemen zorgt.

Voor de ouderenzorg zijn er vooral ontwikkelingen op het gebied van de dagopvang. Zo is het plan om de dagopvang in Rincon uit te bouwen tot een meer professionele voorziening. Het project Rincon/Cocari omvat een compleet zorgconcept voor ouderen. Het gaat uit van zelfredzaamheid en het principe 'zo lang mogelijk thuis verzorgd worden'. Het houdt rekening met de schaalgrootte en omstandigheden van Caribisch Nederland.

⁵⁸ Deze regeling is nog steeds van kracht en voor Aruba is deze recentelijk vastgelegd in een zorgcontract

⁵⁹ GGZ inGeest, Psychiater Sybren Wiersma per mail over zijn werk op Bonaire (Mail van Bonaire, 15 januari 2013)



Ouderen in Rincon, Bonaire

Vergeten groepen op Sint Eustatius

De belangrijkste ontwikkelingen voor ouderenzorg op Sint Eustatius, betreffen het onderbrengen van de huidige wijkzorg bij het Auxiliary Home, en op de recent op aanwijzing van de inspectie ingevoerde protocollen voor verpleging. Er is een redelijk lopende particuliere dagopvang, maar nog geen samenwerking met de wijkverpleging/thuiszorg van de Healthcare Foundation noch met het zorgpersoneel van het Auxiliary Home, dat ook een aantal dagopvangplaatsen heeft.

Net als op Saba en Bonaire, wordt op Sint Eustatius samengewerkt met de Nederlandse zorgorganisatie Novadic Kentron om de ontwikkeling van de verslavingszorg een impuls te geven. Onderdeel van deze samenwerking is de realisatie van opvang op Sint Eustatius zelf. In juni 2012 werd geconcludeerd dat er op facilitair gebied nog veel aan de opvang moet gebeuren en dat het project nog in de kinderschoenen staat. Desondanks wordt er 'met beperkte middelen door een staf van 2 personen baanbrekend werk verricht.'⁶⁰

Gehandicaptenzorg is ook op Sint Eustatius nog weinig ontwikkeld. Met financiële steun van Nederland werd wel een klein privaat initiatief voor dagopvang gerealiseerd.

⁶⁰ Brief van Minister E.I. Schippers, Verslag bezoek Caribisch Nederland van 16 tot 21 april 2012, juni 2012

Vergeeten groepen op Saba

Bij het bejaardenhuis op Saba – de Benevolent Foundation – ontbreekt het nog aan dagopvang voor ouderen. Voor thuiszorg zijn er, vanuit het Medical Centre, sinds eind 2012 3 wijkverpleegkundigen 7 dagen per week inzetbaar (voorheen één). Volgens het eerder genoemde onderzoek van VWS (zie pagina 58) is deze zorg nog onvoldoende ontwikkeld om uit te groeien tot effectieve wijkgerichte zorg. Zorginhoudelijke samenwerking met het personeel van de Benevolent Foundation zou wenselijk zijn.

Op Saba is geen specifieke verslavingszorg voorhanden. Maar met de oprichting van de in hoofdstuk 3 genoemde SVPCN, is een eerste stap gezet. De Stichting streeft naar het bieden van professionele hulp aan mensen met verslavingsproblemen, psychiatrische stoornissen of ernstige psychische problemen en regelt tevens de nazorg, begeleiding en opvang voor patiënten en hun naasten. Het streven is om patiënten en hun omgeving zo goed mogelijk te ondersteunen, door intensieve samenwerking met huisartsen, lokale ziekenhuizen, jeugdzorg, reclassering en klinieken op Curaçao, Sint Maarten, Aruba en in Nederland.

Psychische/psychiatrische hulp wordt – kleinschalig – geboden door de reguliere zorg (huisarts) en de Mental Health Foundation (MHF). Daarnaast zijn er (visiterende) psychologen en een visiterende psychiater op Saba.⁶¹ Zoals eerder aangegeven, is er op Saba geen georganiseerd zorgaanbod voor gehandicapten; niet voor mensen met een lichamelijke beperking, noch voor mensen met een verstandelijke beperking.⁶²

Vergeeten groepen op Curaçao

Op Curaçao zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd om te bepalen wat het ouderenbeleid zou moeten zijn, gezien vanuit de optiek van zorgvragers, zorgaanbieders, zorgfinanciers en de overheid.⁶³ De overheid pleit er bijvoorbeeld al jaren voor om ouderen zo veel en zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te houden. Desondanks is er op Curaçao nog geen eenduidig beleid op dit gebied. In de verschillende stukken wordt geconstateerd dat het nodig is dat de overheid prioriteiten stelt. De vergrijzing op het eiland vraagt ook om goed ouderen(zorg)beleid: zat in 1995 12,1% van de bevolking in de leeftijdscategorie van 60 jaar en ouder, de verwachting is dat dit in 2020 25% zal zijn.⁶⁴ Tegelijkertijd is er een toename van de zorgzwaarte bij ouderen zichtbaar. Stichting Birgen di Rosario, een van de

61 *Kind op Saba*, Karin Kloosterboer, Unicef, mei 2013

62 *Idem*

63 *Deze onderzoeken betreffen de Nota Ouderenbeleid 1996; Beleidsdocument Ouderenzorg 2000/1098; Verslag Commissie Leefbaar Ouderschap 2004; Eindrapportage Project Ouderenbeleid/bejaardenzorg 2007*

64 Raadvoorouderenbeleid.com

grootste instellingen voor ouderenzorg, is als reactie daarop bezig met een transformatieproces waarbij de organisatie omschakelt van verzorgingshuis naar verpleeghuis, met een geheel andere organisatie en personele inzet.

Volgens geïnterviewden verkeren veel ouderen in een sociaal isolement. Jongeren trekken weg van het eiland en dit leidt tot eenzaamheid, en deze wordt versterkt door het feit dat ouderen in veel gevallen niet de beschikking hebben over een computer en daarmee geen toegang tot sociale media. Het wegtrekken van de jongeren heeft ook invloed op de zorg voor ouderen: het resulteert in een ontbrekende mantelzorglaag waardoor ouderen er veelal alleen voor staan. Een ander zorgelijk punt is de toename van de ziekte van Alzheimer, en een toename van deze ziekte onder mensen jonger dan 50 jaar. Sinds 2000 bestaat de Stichting Alzheimer Curaçao, die is aangesloten bij de internationale federatie Alzheimer Disease International (ADI). De Stichting geeft informatie en ondersteuning aan cliënten en familie/mantelzorgers. Daarnaast doet de stichting aan kennisoverdracht richting verpleegkundigen en verzorgenden.⁶⁵

Als het gaat om geestelijke gezondheidszorg, loopt – zoals gezegd - Curaçao voor op de andere eilanden in de regio. Van een ‘vergeten groep’ is hier geen sprake. Speerpunten van GGz Curaçao zijn het outreachend werken (de cliënt bezoeken waar hij is) en verdere professionalisering van de organisatie, zowel beleidsmatig als organisatorisch. Het aanbod is nog niet volledig afgestemd op de ggz-vraag. Zo kampt het psychiatrisch ziekenhuis met doorstroommogelijkheden vanwege het ontbreken van voorzieningen voor intensieve ambulante geestelijke gezondheidszorg en zijn er onvoldoende plaatsen voor beschermd en begeleid wonen. Ook is er nog geen klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en is er behoefte aan een forensische kliniek. GGz Curaçao zet daarnaast in op de vermaatschappelijking (inclusie) van psychiatrische cliënten en neemt hierin een informatietaak op zich om bij te dragen aan het veranderen van de heersende mentaliteit ten opzichte van psychiatrische cliënten.

Ook de gehandicaptenzorg is op Curaçao in ontwikkeling en wordt op goed niveau geboden. Met de organisatie van congressen en samenwerking met deskundigen uit onder andere Nederland, wordt de expertise vergroot en uitgedragen. De Stichting voor Gehandicapten- en Revalidatiezorg (SGR) is een samenwerking aangegaan met de Rijksuniversiteit Groningen, waardoor stappen zijn gezet in de kwaliteit van de zorgverlening. Er wordt niet meer alleen gewerkt aan de verzorging van cliënten, maar eveneens aan hun ontwikkeling.⁶⁶ De voorgestelde benadering is vergelijkbaar met de

65 Hulp bij een ingrijpend proces, Artikel, Amigoe, 18 juni 2011

66 Amigoe, Meer waarde geven in hun menszijn. Artikel, 25 februari 2012

ontwikkeling in Nederland: vooral gericht op wat de cliënt nog wél kan, en zelf kan.

Naast versterking van de intramurale zorg is ook ingezet op uitbreiding van de ambulante zorgverlening via de Sociaal Pedagogische Dienst, onderdeel van Fundashon Verriet/SGR. Zorgconsulenten gaan naar de cliënten thuis en ondersteunen de gezinnen. Ook zijn er voorzieningen opgezet die vallen onder de zogenaamde respijtzorg, zoals een logeerhuis en een oppascentrale. Punt van zorg is de toename van de vraag: ondanks de capaciteitsuitbreiding groeit de wachtlijst. Hoewel hieraan meerdere factoren ten grondslag liggen, wordt door geïnterviewden met name het langzaam afbrokkelen van de mantelzorg als oorzaak genoemd.

Vergeten groepen op Aruba

Als het gaat om langdurige zorg op Aruba, lijken ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg op een kwalitatief lager pitje te staan. Bij ouderenzorg is regelmatig sprake van ‘verkeerde-bedden-problematiek’: het ziekenhuis heeft patiënten die eigenlijk in een verzorgingshuis thuis horen, maar de Stichting SABA (Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba) heeft te weinig opvang. Binnen de almaar stijgende zorgkosten, is dit een van de oprijvende factoren. De verbetering van ouderenzorg heeft wel aandacht, bleek onder meer op het in 2012 georganiseerde congres Ouderenzorg. Vragen die hier besproken werden, waren: ‘Hoe zou de ouderenzorg er uit moeten zien?’ en ‘Wat mist er nog op dit gebied?’. Uit het congres kwam naar voren dat er grote behoefte is aan integrale, samenhangende zorg voor ouderen, ondersteund door een sterke eerstelijns. In 2013 is bovendien een voorlichtingscampagne opgestart: ‘Ouderen in veilige handen’.

Aruba heeft honderden verslaafden, maar verslaving wordt er niet als een ziekte gezien en dus wordt opvang of behandeling niet door de verzekeraar vergoed. De overheid zou financiële middelen beschikbaar moeten stellen, maar verkeert in structureel financieel zwaar weer, waardoor nauwelijks middelen voor verslavingsopvang kunnen worden vrijgemaakt. Nu bieden het FMAA (Fundacion pa Maneho di Adiccion di Aruba), het Centro Colorado en het Centro di Motivation hulp aan verslaafden. Net als de psychiaters van de PAAZ-afdeling werken zij name vanuit hun eigen instelling: ambulante zorg is nauwelijks aanwezig. Het FMAA heeft wel 2 ‘straathoekwerkers’ in dienst.

Zorg voor gehandicapten, zowel verstandelijk als lichamelijk, is er niet. Ook op Aruba speelt de taboekwestie: mensen met het syndroom van Down worden ‘verstopt’ in hun huizen. Er is recentelijk een samenwerkingsovereenkomst getekend met Stichting Verriet op Curaçao: een tweejarig contract voor de opvang en verzorging van lichamelijk en verstandelijk

beperkte personen. Aruba werkt al vele jaren met een regeling waarbij eilandbewoners met meerdere lichamelijke of verstandelijke beperkingen naar Curaçao kunnen verhuizen om daar bij verschillende instellingen verzorging, behandeling en therapie te krijgen. Stichting Verstandelijk Gehandicapten Aruba (SVGA) neemt de zorg voor deze groep op zich en geeft aan waar voor specifieke gevallen betere zorg beschikbaar is, op Aruba of op Curaçao.

Vergeten groepen op Sint Maarten

Zoals beschreven in hoofdstuk 3, zijn de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en thuiszorg op Sint Maarten georganiseerd in Stichting het Wit Gele Kruis (The White and Yellow Cross Foundation). In februari 2011 is onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het zorgaanbod van de Stichting. Geconstateerd werd dat de zorg geleverd wordt door zeer betrokken medewerkers aan zeer tevreden cliënten. Tegelijkertijd bleek een duidelijk overzicht van alle kwaliteitseisen te ontbreken. In verschillende documenten worden meerdere kwaliteitseisen genoemd. Niet alle genoemde kwaliteitseisen zijn zodanig geformuleerd dat er maar één uitleg mogelijk is. Dit maakt het voor de organisatie enerzijds lastig om met zekerheid te stellen dat aan deze eisen voldaan wordt, anderzijds geeft dit de mogelijkheid om als organisatie zelf invulling te geven aan deze eisen en die interpretatie aan de beleidsmakers voor te leggen ter besluitvorming.⁶⁷

In de thuiszorg⁶⁸ bieden zorgmedewerkers een breed takenpakket aan zo'n 120 thuiswonende cliënten, veelal onder moeilijke omstandigheden. Het taakgebied strekt zich uit van moeder- en kindzorg tot ouderenzorg en van stomazorg tot diabetesverpleegkunde. Gezien de (komende) vergrijzing en het succes van de thuiszorg, wordt gepleit voor de strategische keuze om sterk in te zetten op 'District Nursing' en deze vorm verder uit te bouwen.

Voor het gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuis Sint Martins Home, richtte het advies uit het onderzoek zich vooral op de mentaliteit van de cliënt die zich graag laat verzorgen. Zelfredzaamheid en eigen regie kregen prioriteit, ook om te voorkomen dat de zorgvraag almaar toeneemt. Voorstel was om voor iedere cliënt een zorgleefplan op te stellen. Hoewel dit advies, zo weten we anno 2013, is overgenomen en de plannen zijn opgesteld, blijkt het sterk afhankelijk van het (opleidings)niveau van medewerkers en teams in hoeverre hier ook echt mee gewerkt wordt.

Voor wat betreft de gehandicaptenzorg, geboden door het Sister Basilia Center, wordt geconstateerd dat het opleidingsniveau van medewerkers sterk varieert en niet altijd toereikend is. Ook is er een gebrek aan

67 Van Goed naar Beter, drs. P.A.E. de Boevere in opdracht van ABC Advies, 2011

68 Binnen het Wit Gele Kruis geboden door de afdeling District Nursing

invalkrachten met de juiste ervaring. Wat ook opvalt, is de constatering van geraadpleegde medewerkers dat er een taboe rust op het hebben van een handicap: veel kinderen met een verstandelijke beperking worden thuis en uit het zicht van de omgeving gehouden. Ook wordt vastgesteld dat er voor oudere mensen met een verstandelijke beperking nog geen faciliteit aanwezig is. Deze laatste suggestie is opgepakt: sinds kort is er als structurele voorziening voor oudere verstandelijk gehandicapten een dagprogramma. De gehandicaptenzorg op Sint Maarten richt zich volledig op mensen met een verstandelijke beperking. Mensen met een lichamelijke beperking (blind, slechtziend, invaliditeit) zijn aangewezen op mantelzorgers/informele zorg.

4.4

THEMA 4: EERSTELIJNSZORG EN KETENZORG

Meerdere geïnterviewde experts op de eilanden noemen het versterken van de eerstelijnszorg als belangrijk thema in de gezondheidszorg. Net als in Europees Nederland, moet de kwaliteit in de zorg hierdoor verbeteren. Daarnaast is kostenbesparing aan de orde: een goed functionerende eerste lijn voorkomt dat mensen een beroep doen op duurdere zorg in de tweede lijn.⁶⁹ Het voorkomt bovendien de ‘verkeerde-bedden-problematiek’, waarbij een cliënt bijvoorbeeld een ziekenhuisplaats inneemt, maar eigenlijk op een revalidatieplek geholpen zou moeten worden.

In Caribisch Nederland komt de behoefte aan het versterken van de eerstelijnszorg ook voort uit de beperkte beschikbare capaciteit. Zeker op de kleinste eilanden zijn er weinig opnameplekken en is men noodgedwongen aangewezen op zorg thuis. Die zorg moet dan wel goed geregeld zijn. Versterken gaat in dat geval met name over verbeteren: goede zorg verlenen aan cliënten die anders zorg ontberen. Opmerkelijk is dat de zorg zoals deze nu, zeker op de kleinste eilanden, georganiseerd is, precies het soort eerstelijnszorg is dat men in Europees Nederland wil bereiken: brede gezondheidscentra waarin functies uit de eerste en tweede lijn gemengd zijn. In die zin zijn de eilanden dus koplopers in ‘anderhalvelijnszorg’ en daaruit voortvloeiende samenwerking en ketenzorg. Bij afwezigheid van georganiseerde tweedelijnszorg, valt eerstelijnszorg op deze eilanden echter uiteen in goede anderhalvelijnszorg en minder goede thuis- en wijkzorg. Met recente initiatieven is er op dit vlak op alle eilanden veel verbeterd.

4.4.1

EERSTELIJNS- EN KETENZORG PER EILAND

Door het verschil in de organisatie van de zorg per eiland, zijn er verschillende aandachtspunten op het gebied van het versterken van de eerstelijns- en ketenzorg. Hierna beschrijven we de aandachtsgebieden per eiland.

⁶⁹ FWG Trendrapport De zorg terug naar de tekentafel, 2013

Eerstelijns- en ketenzorg op Bonaire

Met het invoeren van de nieuwe ziektekostenverzekering in januari 2011, is voor Caribisch Nederland het onderscheid tussen financiering van cure en care vervallen. Volgens de geïnterviewden is dit een impuls voor samenwerking in de keten. De zorgbestuurder van Bonaire spreekt van een zorgketen, waarbij thuiszorg, ziekenhuiszorg en ouderenzorg goed op elkaar aansluiten. Specifiek met betrekking tot de verslavingszorg op Bonaire wordt aangegeven dat ook hier de keten goed functioneert: er is goede samenwerking tussen ggz-zorgverlening, verslavingszorg en forensische zorg. Vanuit Fundashon Mariadal bestaat de intentie om vrijwilligers te faciliteren voor opvang van verslaafden.

Verschillende experts geven aan dat er de afgelopen jaren in de tweede lijn op Bonaire heel veel verbeterd is en dat de nadruk nu moet liggen op de eerstelijnszorg: het 'finetunen' van de huisartsenzorg. Momenteel zijn er ongeveer 10 huisartsen op Bonaire, vertegenwoordigd door de Bonairiaanse huisartsenvereniging. Specifiek in de verbetering van de huisartsenzorg, wordt categorale zorg genoemd, met als voorbeeld diabeteszorg. Met een kwalitatief betere uitrusting van de eerstelijns zouden complicaties bij diabetes voorkomen kunnen worden. Preventie (secundair) is een belangrijke taak van de eerstelijns: diabetes kan in een eerder stadium herkend en behandeld worden. Dit geldt overigens evenzeer voor categorale zorg op Saba en Sint Eustatius, zo blijkt uit de signalen.

Wat verder opvalt op het gebied van de eerstelijnszorg, is zorg die met name voor niet-Bonairianen direct toegankelijk en beschikbaar is. Eind 2012 opende een high-tech tandartsenpraktijk zijn deuren (Chirino Memorial Dental Clinic). Vanuit Nederland wordt voor ernstige psoriasispatiënten zorg aangeboden op Bonaire. En het Hospitaal San Francisco (onderdeel van Fundashon Mariadal) heeft een speciale trombosedienst waar toeristen zonder tussenkomst van een huisarts hun bloed kunnen laten prikken.

Eerstelijns- en ketenzorg op Saba

Op Saba is, zoals we in het begin van dit hoofdstuk beschreven, goede anderhalvelijnszorg. De aanwezige zorg is vormgegeven in een gezondheidscentrum, waarin eerstelijnszorg en tweedelijnszorg zijn geïntegreerd. Deze 'anderhalve lijn' bestaat uit huisartsenzorg, fysiotherapie, tandheelkundige zorg (visiterend) en andere visiterende specialismen, zoals cardiologie en gynaecologie. Om de zorg te borgen en verder uit te breiden, is volgens verschillende experts nieuwbouw en verbetering van de outillage gewenst.

Op Saba is de thuiszorg vorig jaar uitgebreid, omdat het gebrek aan mantelzorg problemen opleverde. Meerdere geïnterviewden geven aan dat jonge mannen het eiland verlaten om elders werk te zoeken en vrouwen blijven met de rest van de familie achter. Om in inkomen te voorzien, hebben deze

vrouwen vaak meerdere banen waardoor er voor mantelzorg geen tijd overblijft. Daarom is besloten de zorg aan huis uit te breiden. Met deze 'Home Health Care' kan aan mensen thuis meer ondersteuning geboden worden. Niet alleen medisch, maar ook ondersteunende en huishoudelijke hulp en bijvoorbeeld 'tafeltje dekje'.



Bijeenkomst met ketenpartners over alcohol- en drugsverslaving op Sint Eustatius, 2012⁷⁰

Eerstelijns- en ketenzorg op Sint Eustatius

De situatie op Sint Eustatius is vergelijkbaar met die op Saba. Het Queen Beatrix Medical Center kan eveneens beschouwd worden als gezondheidscentrum waarin eerste en (onderdelen van) tweedelijnszorg geïntegreerd worden aangeboden. Het QBMC (Queen Beatrix Medical Center) biedt voornamelijk eerstelijnszorg (3 huisartsen) en poliklinische zorg. Voor operaties wordt altijd uitgezonden. In het QBMC is een tandartsenpraktijk gevestigd, voorzien van moderne stoelen en apparatuur.

Voor de zorg aan huis is er binnen het ziekenhuis een afdeling wijkverpleging. Deze afdeling bestaat uit 3 fte en levert zorg aan patiënten in de verschillende wijken op Sint Eustatius. De zorg bestaat uit hulp bij de basiszorg, het verstrekken van medicatie en wondbehandeling. De zorg is ook in het weekend beschikbaar.

Eerstelijns- en ketenzorg op Curaçao

De eerstelijnsgezondheidszorg op Curaçao is in 2012 uitgebreid in kaart gebracht door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), door middel van een vragenlijstonderzoek onder huisartsen en patiënten op het eiland, aangevuld met ander studiemateriaal. Reden voor het onderzoek is ook hier 'versterking van de eerste lijn', met als doel om meer zorg in de eerste lijn aan te bieden en zo te komen tot kostenbesparing.

Uit het onderzoek van het NIVEL komt naar voren dat de meeste huisartsen op Curaçao vrijgevestigd zijn en in Nederland zijn opgeleid. De belangen

⁷⁰ *Fotograaf: Hans Derks*

van de huisartsen worden vertegenwoordigd door de huisartsenvereniging CHV (Curaçaosche Huisartsen Vereniging). Gemiddeld is er sprake van 1 huisarts per 1860 inwoners. De meeste huisartsen maken deel uit van een dienstgroep waarin artsen de diensten in avonden, nachten en weekenden onderling verdelen. Van spreekuren op afspraak is nauwelijks sprake: patiënten kunnen zonder afspraak bij de huisarts terecht, meestal nog dezelfde dag.⁷¹

In de eerstelijns op Curaçao wordt een (ernstig) tekort gemeld aan verloskundigen en maatschappelijk werkers. Verloskundigen zijn, net als de huisartsen, meestal zelfstandig gevestigd en de samenwerking alsmede de inbedding in de eerstelijnszorg worden in het rapport genoemd als punten van aandacht. Er zijn 2 organisaties die thuiszorg bieden, na verwijzing door een huisarts. Verzekeraars lijken de thuiszorgcapaciteit te remmen, wat leidt tot de verwachting dat particuliere organisaties dit gat gaan vullen.⁷²

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat gestructureerde samenwerking langs medische lijnen (met collega-huisartsen, of medisch specialisten) veel beter is ontwikkeld dan de samenwerking met andere partijen binnen de eerste lijn. Daar waar dat wel tot stand komt, gaat het met name om overleg met fysiotherapeuten en (in mindere mate) met een wijkverpleegkundige. Opvallend is dat de huisarts volgens patiënten regelmatig het gesprek met hen aangaat over gezonde voeding en voldoende beweging. Een preventietaak die in Europees Nederland maar moeizaam door huisartsen wordt opgepakt. Ook gezinsplanning en anticonceptie wordt door de huisartsen op Curaçao met patiënten besproken. Wat ontbreekt, zo constateert het NIVEL, is een expliciete visie op de eerstelijnsgezondheidszorg. De hoofdaanbeveling luidt dan ook om een dergelijke visie te ontwikkelen, waarbij rol en taken van de eerstelijnsgezondheidszorg binnen het hele zorgsysteem benoemd worden, als mede de relatie tot medisch-specialistische zorgverlening en het ziekenhuis.

Als het gaat om mantelzorg, geldt – evenals op de andere eilanden – dat ‘de middenlaag’ is weggetrokken van het eiland, waardoor er in geringe mate een ‘mantelzorglaag’ beschikbaar is. Thuiszorgorganisaties als het Stichting Witgele Kruis en Stichting Thuiszorg Banda Bou hebben zich de afgelopen jaren daarom ingezet om naast thuiszorg ook andere services tot stand te brengen. Zo heeft Stichting het Witgele Kruis een transmuraal verpleegkundige gestationeerd in het SEHOS, die na het ontslag van patiënten de nazorg coördineert. Ook zijn dagcentra voor ouderen opgezet en mantelzorginitiatieven. Sinds 2010 is er specifiek aandacht voor ‘Familiezorg’: een project dat zich richt op mantelzorgondersteuning door zorgprofessionals.

71 Evaluatie van de structuur en de zorgverlening van de eerstelijnsgezondheidszorg op Curaçao. NIVEL, 2012

72 *Idem*

De methode gaat uit van de relatie en samenwerking tussen zorgvragers, familiezorgers (family care) en beroepskrachten: die relatie is de leidraad in de scholing van beroepskrachten en managers in de zorg. Het project is gestart als initiatief van Stichting Thuiszorg Banda Bou, maar de methode blijkt goed aan te slaan bij de zorginstellingen op Curaçao. Ook zorginstellingen op Aruba en Bonaire hebben interesse getoond voor de methode Familiezorg.

Eerstelijns- en ketenzorg op Aruba

Op Aruba is de eerstelijnszorg vrij breed. Stichting het Wit Gele Kruis biedt onder meer wijkzorg, kraamzorg en hulp in de huishouding. Onder wijkzorg is ook de zorg voor diabetes ingericht, met aandacht voor wondverzorging, maar ook preventieve zorg en begeleiding van cliënten naar zelfzorg op het gebied van diabetes. Daarnaast is een diëtiste beschikbaar voor informatie over voeding, met een specifiek aandachtsgebied voor kinderen van 0 tot 5 jaar. Stichting het Wit Gele Kruis levert goed werk, maar is volgens geïnterviewden regelmatig onderbemand.

Er zijn op Aruba 42 huisartsen werkzaam. Uit de interviews komt naar voren dat er voor huisartsen nog een grote rol is weggelegd als het gaat om het tijdig opmerken van overgewicht en dreigende diabetes. Opvallend voor de huisartsenzorg op Aruba is dat er gewerkt wordt met een gemeenschappelijk digitaal systeem: het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Het HIS gaat ook draaien in het ziekenhuis en krijgt een koppeling met laboratoria. Ook Stichting SABA (bejaardenzorg) is aangesloten op het HIS. Automatisering van de eerstelijnsgezondheidszorg is tot speerpunt gemaakt, om zo te komen tot betere en meer gestandaardiseerde zorg en betere communicatie.

Een ander speerpunt in de eerstelijns is de preventie en behandeling van chronische ziekten bij ouderen. De minister van Volksgezondheid van Aruba ziet vooral verbetering van samenwerking als voorwaarde daarvoor. De minister zou graag zien dat huisartsen in een korte stageperiode kennis maken met alle facetten van de ouderenzorg. Zo zouden ze moeten komen tot een hernieuwde oriëntatie op de praktijkvoering en zouden ze het voortouw kunnen nemen in de samenwerking tussen verschillende eerstelijnspartijen.⁷³

De gewenste samenwerking tussen partijen staat mede onder druk door verschil in salarissen van medisch specialisten. De specialisten vallen grofweg in 2 groepen uiteen: oudere specialisten die betaald worden volgens het 'fee for service-systeem' en jongere specialisten die in dienst zijn van het ziekenhuis. Ook de samenwerking tussen specialisten en

⁷³ Congres 'Ouderenzorg op Aruba', Minister Visser van Volksgezondheid, Aruba, 26 maart 2012

huisartsen is matig. Minister Visser wil graag een verschuiving van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg realiseren, mede door het verschuiven van financiële middelen. Verschillende bronnen uit de behoefte aan een integraal plan van aanpak en een financieringsplan, waarin verschillende ontwikkelpunten en wensen van verschillende ketenpartijen goed worden meegenomen. Ook de wens tot transparantie in de beloning van verschillende partijen wordt expliciet naar voren gebracht.⁷⁴ Ketenzorg is op dit moment in elk geval niet uitgekristalliseerd en niet optimaal.

Eerstelijns- en ketenzorg op Sint Maarten

De eerstelijnszorg op Sint Maarten wordt met name verzorgd door Stichting het Wit Gele Kruis. De stichting heeft beschikking over een wijkzorgteam voor de verpleging en begeleiding van zieken en gehandicapten in hun eigen woonomgeving. Daarnaast heeft de Stichting sinds eind 2012 een revalidatievoorziening: 4 bedden die permanent beschikbaar zijn voor revalidatie, voor de duur van de revalidatie. Voor deze plekken is ook een zorgcontract afgesloten met Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

De revalidatievoorziening ontstond naar aanleiding van een advies uit een onderzoek uit 2011 naar de kwaliteit van de dienstverlening van het Wit Gele Kruis.⁷⁵ Andere adviezen uit het rapport betroffen: meer gezamenlijk optrekken met het ziekenhuis (SMMC) om te komen tot ketenzorgafspraken voor verschillende patiëntgroepen waarin het ziekenhuis en het verzorgings-/verpleeghuis een rol spelen, het betrekken van huisartsen daarbij en het inzetten van beeldverbindingen om de ketenzorg te ondersteunen (bijvoorbeeld voor overleg met een revalidatiearts). De geïnterviewde experts gaven aan dat er een goede verstandhouding is tussen het ziekenhuis en de Stichting, maar dat door haperingen op managementniveau zeker geen sprake is van 'een geoliede machine'. De ketenzorg kan veel beter en de verwijzingen vanuit het ziekenhuis kunnen veel beter.

Voor wat betreft de huisartsenzorg: er zijn op Sint Maarten 15 huisartsenpraktijken en hierin werken 19 artsen. Daarnaast zijn er 2 vaste waarnemers op het eiland, waarvan er een ook parttime als EHBO-arts werkt. De huisartsenpraktijken worden allemaal veelvuldig bezocht. Een structureel deel van de visites is echter – vanuit Europees Nederlands-perspectief – onnodig. Het gaat dan bijvoorbeeld om ziekmeldingen die door huisartsen moeten worden onderschreven of om reguliere verkoudheden. Cliënten hechten aan medicatie als 'bevestiging van het nut dat ze naar de dokter zijn gegaan'.⁷⁶ Uitleggen dat medicatie in veel gevallen niet nodig is, kost veel tijd en

⁷⁴ *Bearingpointcaribbean.com; artikel zelfzorg en preventie via internet*

⁷⁵ *Van goed naar Beter. Drs. P.A.E. de Boevere, i.o.v. ABC Advies, februari 2011*

⁷⁶ *Informatie en citaat uit 'Coschap huisartsgeneeskunde op Sint Maarten', SWG arts en werk, 25 augustus 2011*

leidt tot onmin in de arts-cliënt-relatie. Reden voor veel artsen om toch medicatie voor te schrijven. Voor het versterken van de eerstelijns, zo meldt een enkel signaal, zou het 'scholen' van cliënten in dit opzicht leiden tot minder 'onnodige visites' om zo meer ruimte te maken voor preventieve activiteiten.

4.5 **THEMA 5: KWALITEIT EN ARBEIDSMARKT**

Het laatste thema dat naar voren kwam in de gesprekken met de geïnterviewde experts, gaat over de gewenste kwaliteit van de zorg op de eilanden, in relatie tot het kwaliteitsniveau dat bereikt kán worden. De te bereiken kwaliteit is sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van goed geschoolde medewerkers en daarmee van de scholing (mbo, hbo, wo), het niveau van de huidige werkzame groep zorgprofessionals en de zorg-arbeidsmarkt. Na een algemene beschrijving werken we deze thematiek per eiland uit.

OPLEIDINGEN

Als het gaat om hoger onderwijs, kennen Sint Maarten, Curaçao, Bonaire, Sint Eustatius en Saba voornamelijk hoger beroepsgericht onderwijs (hbo). Als het gaat om medische opleidingen, zijn op de eilanden met name 'off-shore' medische universiteiten gevestigd (zie figuur 2 hieronder). De inwoners van de eilanden genieten hun medische opleiding hier niet. Offshore medische scholen leiden voornamelijk studenten op van en voor de Verenigde Staten en Canada. De studenten keren terug naar hun eigen land, na afronding van de opleiding.⁷⁷

Country/Territory	School	Established	Degree	Regional/Offshore
Aruba	Aureus University School of Medicine	2004	MD	Offshore
Aruba	Xavier University School of Medicine	2004	MD	Offshore
Bonaire	Saint James School of Medicine	1999	MD	Offshore
Bonaire	International University School of Medicine	2005	MD	Offshore
Curaçao	Avalon University School of Medicine	2003	MD	Offshore
Curaçao	Caribbean Medical University School of Medicine	2007	MD	Offshore
Curaçao	St. Martinus University Faculty of Medicine	2000	MD	Offshore
Saba	Saba University School of Medicine	1986	MD	Offshore
Sint Eustatius	University of Sint Eustatius School of Medicine	1999	MD	Offshore
Sint Maarten	American University of the Caribbean School of Medicine	1978	MD	Offshore

Figuur 2⁷⁸

⁷⁷ Bronverwijzing uit wikipedia.org: "Accreditation of International Medical Schools: An Update from FAIMER and CAAM-HP" (PDF). michigan.gov. Federation of State Medical Boards. 18 juni 2009, p. 32

⁷⁸ Bron: wikipedia.org/List of medical schools in the Caribbean

Voor inwoners van de eilanden die een basis- en middelbare scholing hebben gevolgd, is het IFE samen op Curaçao een van de belangrijkste opleidingsinstituten voor opleidingen in de gezondheidszorg. IFE staat voor Instituto pa Formashon den Enfermeria. Het oorspronkelijke doel van de stichting IFE was om verpleegkundigen A op te leiden voor de Nederlandse Antillen. Enerzijds geïnspireerd door ontwikkelingen in Nederland, waar in de jaren zeventig naast de tot dan toe gangbare in service-opleidingen ook dagopleidingen op mbo- en hbo-niveau voor verpleegkundigen werden opgericht. Anderzijds doordat het St. Elisabeth ziekenhuis (SEHOS) op Curaçao besloot op te houden met het opleiden tot verpleegkundigen. In 1978 startte de eerste groep leerling-verpleegkundigen. Tegenwoordig levert het IFE jaarlijks tientallen gediplomeerden in de gezondheidszorg af, zoals operatieassistenten (hbo-niveau 5), algemeen verpleegkundigen (secundair beroepsonderwijs/sbo-niveau 4), apothekersassistenten (sbo-niveau 4), doktersassistenten (niveau 4), ziekenverzorgenden (sbo-niveau 3) en helpenden zorg (sbo-niveau 2). De opleidingen zijn erkend op Caribisch Nederland, Curaçao, Aruba en Sint Maarten en in Europees Nederland.⁷⁹

Het IFE biedt ook vervolgoopleidingen aan (dialyseverpleegkundige, intensive care-verpleegkundige, neonatologie-verpleegkundige etc.) maar geen opleidingen tot medisch specialist. In veel gevallen vertrekken leerlingen dan ook ofwel aan de start ofwel voor de vervolgoopleiding naar Europees Nederland of Amerika. In Nederland is een breder scala aan (vervolg)opleidingen te volgen, is de kwaliteit van de werkomgevingen hoog (moderne omgeving, apparatuur, werken volgens nieuwste inzichten, richtlijnen etc.) en is de werkervaring die men kan opdoen meer divers. De meeste geïnterviewde experts volgden (een deel van) hun opleiding aan Nederlandse medische faculteiten en in Nederlandse ziekenhuizen. Bijzonder aan hun positie is dat zij terugkeerden naar hun geboorteplaats om daar het vak te gaan uitoefenen. Veel jongeren die vertrekken om elders hun opleiding te volgen blijven daar ook, wat problematisch is voor de gezondheidszorg in het Caribisch gebied. Aruba probeert actief om deze jongeren 'terug naar huis' te laten keren, door samen met de VU en de Arubaanse huisartsenvereniging de mogelijkheid te creëren om de studie medicijnen volledig op Aruba af te ronden. De aangeboden studie valt onder de auspiciën van het Huisartseninstituut van het VU medisch centrum, is volledig erkend en vergelijkbaar met de studie die in Nederland wordt aangeboden.⁸⁰

Sinds de staatkundige hervorming streven professionals op de eilanden van Caribisch Nederland ernaar dezelfde scholings- en registratiecriteria

⁷⁹ Website IFE, www.ife-curacao.com

⁸⁰ Radio Nederland Wereldroep, 21 april 2012

aan te houden als in Nederland. In Nederland is ‘arts’ een beschermde titel, die pas kan worden verkregen na het voltooien van een academische studie en het succesvol afleggen van het artsexamen. Om de titel te mogen voeren moet een arts zijn ingeschreven in het BIG-register (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Om het beroep te mogen uitoefenen is registratie in het BIG-register geen voorwaarde. Het bedrijven van de geneeskunst is namelijk vrijgegeven, behalve 13 voorbehouden handelingen (art. 36 wet BIG). De meeste basisartsen studeren verder voor medisch specialist zoals huisarts, internist of chirurg.⁸¹ Voor verpleegkundigen, verloskundigen, apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en tandartsen geldt dat registratie in het BIG-register elke 5 jaar moet worden vernieuwd. Voor medisch specialisten geldt eveneens vijfjaarlijkse herregistratie (via de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS)), waarvoor aantoonbare tussentijdse deskundigheidsbevordering een voorwaarde is. De zorgorganisaties op Caribisch Nederland staan bovendien sinds 2010, net als alle Nederlandse zorgorganisaties, onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze inspectie ondersteunt ook de inspecties op Curaçao, Aruba en Sint Maarten.

ARBEIDSMARKT

De stand van zaken op de zorg-arbeidsmarkt is op onderdelen slecht te achterhalen. Inzicht in eventuele tekorten van ziekenhuizen is er veelal wel, hoe het staat met zorgorganisaties in de care is minder inzichtelijk. De eilanden verschillen onderling als het gaat om de zorg-arbeidsmarkt. Op Aruba en Sint Maarten zijn bijvoorbeeld veel vacatures voor medisch specialisten, als ook managementvacatures. Op Bonaire is nauwelijks sprake van tekorten of moeite met werving. De jumelage met de Nederlandse academische ziekenhuizen VU en AMC heeft hierin veel opgelost.

Als het gaat om het aantrekken van hoogopgeleide verpleegkundigen, blijken er overal wervingsproblemen, en dus nemen de zorgorganisaties de scholing zelf ter hand. Ook, zoals de Federatie van Zorginstellingen op Curaçao signaleert, door de mismatch tussen wat zorginstellingen vragen aan instroomkwaliteit en de competenties en de beroepshouding waarmee veel studenten nu instromen in de zorg.

Op Bonaire is veel geïnvesteerd in de scholing van verpleegkundigen: daar zijn in 2012 de eerste verpleegkundigen (niveau 4) BIG-geregistreerd en wordt ingezet op voortgaande scholing naar niveau 5. Op Sint Maarten wordt expliciet niet gestreefd naar niveau 5-verpleegkundigen: de zorg is daar beter gediend bij breder in te zetten, minder gespecialiseerde niveau 4-verpleegkundigen. Op Aruba is het niveau van de verpleegkundigen niet overal op het

81 wikipedia.org/wiki/Wet_op_de_beroepen_in_de_individuele_gezondheidszorg

gewenste niveau, zo wordt geschetst. Het werven van niveau 4-verpleegkundigen is al problematisch.

Voor medisch specialisten ligt de moeilijkheid in het blijvend voldoen aan de kwaliteitsnormen, in die zin dat niet altijd aan het benodigde aantal handelingen voldaan kan worden. (Her)registratie wordt dan problematisch. In veel gevallen vliegen specialisten uit, om elders aan het aantal handelingen te kunnen voldoen en hun bevoegdheid te kunnen behouden. Dit frequente uitvliegen bemoeilijkt – zo wordt genoemd door enkele geïnterviewden – de opbouw van de relatie tussen cliënt en specialist. Op het gebied van medisch specialisten wordt ook genoemd dat de kwaliteitsverschillen onderling groot zijn: in de ziekenhuizen werken veelal specialisten van verschillende afkomst, met een verschillende opleidingsachtergrond. Ook de samenwerking wordt door taal- en cultuurverschillen bemoeilijkt.

Belangrijk op het vlak van arbeid en arbeidsmarkt zijn ook de gezamenlijke stappen die de eilanden van Caribisch Nederland hebben gezet in HR-beleid. In 2012 bereikten werkgevers- en werknemerspartijen op Saba en Sint Eustatius een akkoord over de eerste zorg-cao. Daarbij werd ook gekomen tot een gemeenschappelijk salarisgebouw, dat geharmoniseerd werd met dat van Fundashon Mariadal op Bonaire. Voor medewerkers in de zorg betekent dat een basis van heldere afspraken, rechten en verplichtingen en transparantie over functies en verdiensten.

CLIËNTPERSPECTIEF

In 2012 werd onder bewoners van Caribisch Nederland een vragenlijst afgenomen, onder andere over de ervaren kwaliteit van zorg. De resultaten van deze 'eenmeting' werden vergeleken met de resultaten van de eerder uitgevoerde nulmeting. Een citaat uit het rapport: "Op het medisch zorgaanbod was in 2011 veel kritiek; de onderwerpen die toen het meest naar voren kwamen waren de invoering van het formularium voor geneesmiddelen, de medische uitzendingen, de lange wachttijden bij tandartsen en medische specialisten. [...] Over de kwaliteit van de medische zorg oordeelde in 2011 38% van de ondervraagden positief en 36% negatief. Het beeld over de medische zorg anno 2012 is aanzienlijk positiever: 56% oordeelt positief terwijl het aandeel critici is afgenomen tot 20%. Als de medische zorg van voor 10-10-10 als ijkpunt genomen wordt geldt dat 61% van mening is dat de medische zorg beter is; 13% vindt dat deze slechter is geworden."⁸²

De nul- en eenmeting zijn in meerdere opzichten uniek. De onderzoeken zijn een start van de gewenste en benodigde dataverzameling in het

82 *Eénmeting Belevingsonderzoek Caribisch Nederland, CurConsult, oktober 2012*

Caribisch gebied, op basis waarvan raming van zorgbehoefte inzichtelijk wordt. Daarbij is het op de eilanden nog niet zo gebruikelijk cliënten zelf te raadplegen en hun mening te vragen. Cliëntgerichte zorg is in Europees Nederland al jaren een speerpunt, maar blijkt moeilijk vorm te geven. Het blijkt ingewikkeld om in traditionele zorgprocessen de cliënt echt centraal te stellen en individuele wensen (maatwerk) een plek te geven in een hogelijk gestandaardiseerde omgeving. De focus op de cliënt is ook in Caribisch Nederland onderdeel van de gewenste kwaliteitsslag. De scholing en opleiding van medewerkers zal zich daar voor een deel op richten. Met het invoeren van zorgleefplannen (bijvoorbeeld bij Stichting het Wit Gele Kruis op Sint Maarten) komt de cliënt steeds beter in beeld. Ook de geleidelijke toename van patiënten- of belangengroeperingen zal het cliëntperspectief versterken. In Curaçao lijkt de positie van patiënten- en belangengroeperingen te verbeteren, en in Caribisch Nederland is in 2013 Stichting Patiëntenbelangen BES opgericht. Het belangrijkste doel van de stichting is te zorgen dat de medische zorg beschikbaar blijft en tegemoet komt aan de behoeften van de inwoners van Caribisch Nederland.⁸³

4.5.1

KWALITEIT EN ARBEID PER EILAND

Na de thema's kwaliteit en arbeid voor het Caribisch gebied beschreven te hebben, gaan we in de volgende alinea's in op de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en arbeid per eiland.

Kwaliteit en arbeid op Bonaire

Voor de scholing en arbeidsmarkt in algemene zin is de oprichting van een ROA (Raad voor Onderwijs en Arbeidsmarkt) op Bonaire vermeldenswaardig. De stichting is in opdracht van het Nederlandse ministerie van OCW opgezet. Doelstellingen zijn het adviseren van de minister van OCW over de doelmatigheid van beroepsopleidingen, het monitoren van de arbeidsmarktrelevantie van opleidingen en het creëren van randvoorwaarden om de kwaliteit van een beginnend beroepsbeoefenaar te borgen. De taakstelling van de ROA lijkt op die van de Nederlandse Kenniscentra Beroepsonderwijs Bedrijfsleven.

Voor de kwaliteit van de zorg heeft Bonaire vanuit Fundashon Mariadal fors geïnvesteerd in de opleiding van medewerkers. Met name op het gebied van de verpleging is met een structureel uitwisselings- en opleidingsprogramma, onder andere door de jumelage met het VU en het AMC in Nederland, veel bereikt. De eerste verpleegkundigen op niveau 4 zijn inmiddels BIG-geregistreerd. De ontwikkeling naar niveau 5 is nog niet gemaakt, maar wordt wel nagestreefd. Vanuit de visie 'cliënt centraal en medewerker centraal' is, naast de scholing van verpleegkundigen, ook in de professionaliteit van leidinggevendenden geïnvesteerd. Daarnaast zijn in de volle breedte

⁸³ Caribisch netwerk, 26 juli 2013

van de organisatie de kwaliteiten en vaardigheden van medewerkers in kaart gebracht, in relatie tot de functie die zij uitoefenen. Op deze manier wordt richting gegeven aan ontwikkeling. Ook is er een zorgmanager aangesteld die verantwoordelijk is voor de integratie van leren in de praktijk. Om medewerkers verder te ondersteunen in hun ontwikkeling, is – samen met organisaties op Aruba en Curaçao – een begin gemaakt met de realisatie van e-learning. De kleinschalige setting maakt goede samenwerking met naburige eilanden noodzakelijk.



Studie- en beroepenmarkt op Bonaire⁸⁴

Het investeren in de scholing van medewerkers verhoogt de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg, maar is eveneens een investering in het behoud van medewerkers. De bekostiging van de scholing is deels gerealiseerd uit de jumelage-gelden en deels uit een doorgevoerde tariefsverhoging. Door de lijn die is ingezet, worden vanuit Fundashon Mariadal de komende 5 jaar geen arbeidsmarktproblemen verwacht.

Niet alleen vanuit het ziekenhuis wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van medewerkers. Ook in de geestelijke gezondheidszorg wordt een inhaalslag gemaakt. Psychiater Sybren Wiersma, vanuit GGZ inGeest in Nederland voor een half jaar uitgezonden naar Bonaire, blogt: “Vanaf juni 2012 is er een FACT-team met enthousiaste medewerkers en veel deskundigheid, vooral op het gebied van verslaving. [...] Er is veel onderbehandeling van schizofrene

84 *Fotograaf: Belkis Osepa*

en bipolaire patiënten op Bonaire. We zijn bezig met een inhaalslag. Niet alleen de ambulante psychiatrische en verslavingszorg is jarenlang vrij beperkt geweest, maar ook de hulpverleners die deze zorg jarenlang met hart en ziel hebben geboden zijn een beetje verwaarloosd. Ze zijn gemotiveerd om te gaan behandelen volgens de geldende standaarden.”⁸⁵



Diplomeringsceremonie verpleegkundigen Fundashon Mariadal, Bonaire, juni 2012

Kwaliteit en arbeid op Sint Eustatius

Op Sint Eustatius zijn 3 huisartsen werkzaam, maar deze artsen zijn niet BIG-geregistreerd. Alle verpleegkundigen zijn opgeleid bij de IFE op Curaçao en één van hen is opgeleid in Zwitserland. De ziekenverzorgenden zijn op Sint Maarten opgeleid. Bijscholing en trainingen zijn nodig om het niveau te behouden. Op Sint Eustatius wordt daarom de laatste jaren aandacht besteed aan scholing van medewerkers en het borgen van kwaliteit. Leidinggevendenden zijn getraind en er is hard gewerkt aan de invoer van een (digitaal) kwaliteitssysteem. Juist met het oog op de kleinschaligheid van de zorg, en het feit dat een groot aantal handelingen slechts in zeer lage frequentie voorkomt, is het van belang om actuele beschrijvingen van werkprocessen en protocollen in huis te hebben. Samen met een Nederlandse softwareleverancier is een eenvoudig digitaal portaal ingericht, waarin alle documenten eenvoudig vindbaar zijn. Per document en proces is een verantwoordelijke aangesteld, die zorg draagt voor het borgen van de actualiteit en kwaliteit op het betreffende onderdeel.⁸⁶

⁸⁵ Blog 'Mail van Bonaire', 15 januari 2013

⁸⁶ Kwaliteitsmanagement op Sint Eustatius, www.infoland.nl, 20 november 2012

Tuchtrecht

*'Met de stelselherziening van 10-10-10 is er ook een wijziging gekomen in het tuchtrecht. Tot oktober 2010 kenden de 5 eilanden van de Nederlandse Antillen een eigen tuchtrecht, niet gebaseerd op de Wet BIG (zoals in Nederland) maar op afzonderlijke wetgeving. Nu de Nederlandse Antillen uiteen zijn gevallen, krijgen de nieuwe landen Curaçao en Sint Maarten elk een eigen tuchtcollege, net als eerder al Aruba. Bonaire, Sint Eustatius en Saba krijgen samen één college, gebaseerd op de Wet medisch tuchtrecht BES. Hoewel elk land zijn door de eigen minister van Volksgezondheid benoemde voorzitter en leden van het tuchtcollege heeft, zal in de praktijk sprake zijn van een personele unie, waardoor de colleges zullen bestaan uit dezelfde mensen. De leden worden zo gekozen dat elk land vertegenwoordigd is. Anders dan in Nederland vallen niet alle BIG-geregistreerden onder het tuchtrecht. Op de eilanden kan slechts worden geklaagd over het handelen of nalaten van artsen, tandartsen, verloskundigen en apothekers.'*⁸⁷

Sint Eustatius heeft, net als Saba, een (private) 'off-shore' medische universiteit (University of Sint Eustatius School of Medicine). Vanuit deze universiteit is er op Sint Eustatius sinds 1999 een hyperbare tank beschikbaar.⁸⁸ Deze wordt niet alleen ingezet voor duikersongevallen, maar eveneens voor de behandeling van moeilijk geneesbare wonden. In Nederland werd de inzet van een hyperbare tank op dermatologisch gebied kortgeleden nog als noviteit gepresenteerd.⁸⁹

Het kleinschalige karakter van de beide eilanden Saba en Sint Eustatius stelt bijzondere eisen aan de zorg voor ouderen. Zorgpersoneel moet voor diverse zorgtaken ingezet kunnen worden, want taakdifferentiatie is vanwege de kleine schaal niet mogelijk maar ook niet wenselijk. Dit stelt bijzondere eisen aan (aan te trekken) personeel en aan scholing en deskundigheidsbevordering.⁹⁰

Kwaliteit en arbeid op Saba

Op Saba zijn 2 huisartsen werkzaam, die beiden BIG-geregistreerd zijn. Zij vormen, samen met de visiterende medisch specialisten, de kern van de zorg die op het eiland geleverd wordt. Er is met de doorgevoerde wijziging per oktober 2010 een grote professionaliseringsslag gestart, op allerlei

87 Medisch Contact, 20 augustus 2012

88 Een hyperbare tank is een drukkabine waarin patiënten 100% zuurstof inademen

89 FWG Themadossier Intersectorale samenwerking, juni 2012

90 Veen, van drs. J.A.H., Kansen voor betere ouderenzorg op de Bovenwindse eilanden Saba en Sint Eustatius, 4 april 2012

gebieden (management, HR-beleid, bouw- en vastgoedbeleid, scholing en huisartseninformatiesysteem). Met het vormen van de Saba Health Care Foundation, heeft de zorg zich losgemaakt van de eilandelijke overheid en is er meer ruimte ontstaan voor de visie van de zorgbestuurders op de te leveren zorg.

De laatste jaren wordt op Saba meer aandacht besteed aan bijscholing van medewerkers. De mensen die werkzaam zijn in de zorg op Saba, zijn veelal geschoold bij de IFE op Curaçao of bij het SMMC op Sint Maarten. Het SMMC geeft opleidingen die Saba aanvraagt. Ook verzorgen deskundigen van MeduProf bijscholing op Saba voor zowel verpleegkundigen als artsen.

De circa 500 studenten op de universiteit zijn bijna allemaal van Amerikaanse of Canadese afkomst. Hoewel dit aantal groot is in verhouding tot het totaal aantal inwoners op Saba (500 op nog geen 2000), is er nauwelijks sprake van integratie.

Saba is een kleine en hechte gemeenschap, en dat maakt het lastig om klachten over ontvangen zorg te uiten. Om hier toch ruimte voor te maken, onderzoekt de Health Care Foundation de mogelijkheid om – naast het instellen van een tuchtcollege voor Caribisch Nederland – ook zelf een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen.⁹¹

Kwaliteit en arbeid op Curaçao

Als het gaat om kwaliteit van zorg op Curaçao, is met name het ziekenhuis (SEHOS) de afgelopen jaren veel in het nieuws geweest. Meerdere jaren op rij maakten inspectierapporten inzichtelijk dat de zorg niet op orde was. Dat werd van verschillende kanten bevestigd: bij de inspectie kwamen veel klachten binnen van cliënten, waarbij het vooral ging over bejegening door het verzorgend en verplegend personeel en het niveau van de verpleegkundige zorg. Medisch specialisten klaagden over gebrek aan materiaal en middelen waardoor naar hun mening geen kwalitatief goede zorg geboden kon worden. Daarnaast zorgde het gebrek aan financiële continuïteit ervoor dat er (onder meer) niet voldoende arts-assistenten aangetrokken konden worden en ook daardoor kwam de kwaliteit van zorg in het geding.⁹² Bijkomend euvel was dat de nieuwe regering (2010), zo geven geïnterviewden aan, in Curaçao alle ambtelijke instituties op het gebied van zorg helemaal vernieuwde, waardoor aan die kant een flink kennistekort ontstond en continuïteit in beleid verdween. Daarnaast is opgemerkt dat maatstaven voor kwaliteit van zorg ontbreken en dat de zorg vanuit een verkeerd perspectief wordt georganiseerd: op basis van financiën in plaats

⁹¹ De Wet op Gezondheidszorg BES schrijft dit overigens ook voor

⁹² Amigoe, 2 mei 2012

van op basis van kwaliteit van zorg. Deze laatste opmerking komt overigens ook in het Europees Nederlandse trendonderzoek veelvuldig naar voren.



Behandeltafel voor kinderen, SEHOS, Curaçao

In hoeverre het SEHOS het tij kan keren, is niet helemaal duidelijk. Het ziekenhuis wacht op nieuwbouw en hoopt vanuit een nieuwe locatie veel problemen op te kunnen lossen. Critici geven aan dat de zorg niet 'als vanzelf' verbetert op een nieuwe locatie. Zolang het nog wachten is op nieuwbouw, zijn er verschillende initiatieven om de zorg van dit moment te verbeteren, zoals bijvoorbeeld de herinrichting van de poli en het op peil houden van de gemoderniseerde kinderafdeling, gefinancierd met gelden van het Ronald McDonald-fonds.

Ontwikkelpunten met betrekking tot de eerstelijnszorg zijn goed in beeld gebracht door het onderzoek van het NIVEL, zoals besproken in thema 4, paragraaf 4.4.

Voor huisartsen die zich op Curaçao vestigen, is het niet noodzakelijk een beroepsopleiding tot huisarts te hebben gevolgd. Ook bestaat er van overheidswege geen systeem van herregistratie. Opmerkelijk is dat bijna twee derde van de huisartsen geen (afgeronde) beroepsopleiding tot huisarts heeft gevolgd.⁹³

⁹³ NIVEL, *Evaluatie van de structuur en de zorgverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg op Curaçao*, Utrecht, 2012

Voor de medische scholing beschikt Curaçao over het IFE. De studenten blijven in veel gevallen echter niet voor Curaçao behouden: na de opleiding aan het IFE vertrekken studenten voor vervolgopleidingen vaak naar Europees Nederland. Sowieso komt het merendeel van het personeel niet van het eiland zelf, maar van andere continenten: geïnterviewde experts geven aan dat 70 à 80% van het personeel uit Nederland komt en de overige 20 à 30% uit Zuid-Amerika.

Voor verpleegkundigen voorziet men problemen op de zorg-arbeidsmarkt: door vergrijzing van personeel is over circa 2 jaar een flinke uitstroom te verwachten. Met het verhogen van de pensioenleeftijd naar 65 jaar komt er een groep oudere werknemers die zwaar werk moet blijven verrichten. Dat vraagt om aanwas van jongere medewerkers. Daarnaast is er een behoefte aan verpleegkundigen op niveau 5. Het SEHOS heeft de intentie de scholing van niveau 4 naar niveau 5 zelf ter hand te nemen, maar dit is nog niet geconcretiseerd. Meer verpleegkundigen op niveau 5 zou ook financiële gevolgen hebben: nu worden verpleegkundigen op niveau 4 en 5 nog gelijk betaald. Naast officiële scholing door bijvoorbeeld het ziekenhuis, geeft een enkele geïnterviewde aan dat zorgverleners ook gestimuleerd moeten worden zichzelf te ontwikkelen.

.....

“Het is voor verpleegkundigen van belang dat ze de ogen openen, een positiever zelfbeeld krijgen en een bewustwordingsproces doormaken. Want hoe een verpleegkundige zichzelf ziet, zo wordt ze ook behandeld. Verpleegkundigen moeten leren zich te verbreden, te ontwikkelen, moeten meer weten over de zorg, over de cliënten, over wat cliënten wensen en of ze tevreden zijn.”⁹⁴

.....

Ook in de ouderenzorg worden problemen voorzien op de zorg-arbeidsmarkt. Vanwege toenemende zorgzwaarte is er meer behoefte aan verzorgenden op niveau 3.

De meeste geïnterviewden uit de andere zorgbranches op Curaçao geven aan geen problemen te verwachten in de zorg-arbeidsmarkt. Deze organisaties doen zelf veel aan scholing en opleiding en weten deze studenten ook te behouden. De SGR-Groep (gehandicaptenzorg en revalidatie) maakt gebruik van lokale opleidingsinstituten, vooral de opleidingen SPW-3, SPW-4 en de opleiding tot verpleegkundige. Dit wordt bij indiensttreding verder aangevuld met interne opleidingen en trainingen. Voor (para)medische en psychosociale functies worden personen aangetrokken die een relevante

⁹⁴ Bron: expert-interview, september 2012

opleiding in Nederland of de regio hebben gevolgd. Ook GGz Curaçao – en dan specifiek Klinika Capriles – geeft aan veel te doen aan scholing en opleiding. Jaarlijks krijgen daar circa 100 studenten van verschillende opleidingen een stageplek. Daarnaast biedt Capriles stageplekken voor hbo- en universitaire opleidingen, zowel lokaal als internationaal (zoals opleidingsplaatsen voor psychiaters in opleiding en coassistenten, en stageplaatsen aan gezondheidszorgpsychologen in opleiding). Een trend die genoemd wordt in het kader van opleiden binnen de ggz, is de keuze voor meer agogisch geschoold personeel. GGz Curaçao is voor het trainen van eigen personeel een samenwerking aangegaan met Emergis uit Nederland. Zij coachen en trainen interne docenten op het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). De ambitie voor de komende jaren is dat professionals van GGz Curaçao zorgprofessionals op andere eilanden kunnen opleiden. Daartoe bestaan afspraken met Aruba en Sint Maarten. Ook is gestart met het oprichten van een GGz Academie.

GGz Curaçao geeft – in tegenstelling tot het SEHOS – aan dat de focus op kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg de laatste tien jaar steeds meer is komen te liggen op uitkomsten van de zorg. Hieraan wordt invulling gegeven door het gestructureerd en periodiek uitvoeren van (effect-) metingen. Daarnaast zijn slagen gemaakt in de verdere professionalisering van de organisatie, zowel beleidsmatig als organisatorisch. Het 'HKZ certificatieschema 2009 (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) voor instellingen voor geestelijke gezondheidszorg' vormt de leidraad voor het ontwikkelen van kwaliteitsmanagement.

Kwaliteit en arbeid op Aruba

De thema's scholing, kwaliteit van medewerkers en tekorten op de arbeidsmarkt, spelen zeer op Aruba. Verschillende geïnterviewden geven aan dat de Arubaanse zorg-arbeidsmarkt niet in staat is om te voldoen aan de vragen van de zorginstellingen. De arbeidsmarkt op Aruba vormt daardoor een bedreiging voor de continuïteit van zorg in het ziekenhuis. Meer dan 30% van de ziekenhuismedewerkers is momenteel afkomstig uit het buitenland (met name uit Nederland en België) en er is een tekort aan het aanbod van gespecialiseerde medewerkers. Bij vacaturestelling duurt het gemiddeld 4 tot 6 maanden voordat de vacature ingevuld is. Binnen het voortgezet onderwijs (havo 4) wordt nu al geworven voor toekomstig verpleegkundigen op opleidingsniveau 4. Ook het werven van voldoende medische specialisten is voor de Raad van Bestuur van het HOH-ziekenhuis een voortdurende bron van zorg. De vacatures voor specialistenfuncties worden vaak tijdelijk ingevuld door kortdurende waarnemingen van medisch specialisten uit Nederland. In dat kader is er een pool samengesteld van kortdurende medisch specialisten die uit Nederland (80-90%) of uit Colombia (10-20%)

komen. Deze oplossing is echter kostbaar.⁹⁵ De vacatures die wel vervuld zijn, c.q. het huidige zorgpersoneel, zijn lang niet overal op het gewenste niveau. Het ziekenhuis is druk bezig met opleidingen om de verpleegkundigen te laten voldoen aan de Wet BIG. Hiervoor zijn met de VU Amstel Academy afspraken gemaakt en wordt binnen het ziekenhuis een leer-werkplek-model geïntroduceerd.

In verbetertrajecten is aandacht voor veiligheid van de zorg en het betrekken van professionals. Zo wordt in september 2013 een VAR (Verpleegkundige Advies Raad) geïnstalleerd om de professional meer te betrekken bij beleid. Ook is het ziekenhuis gestart met automatiseringsprojecten, zoals PAX (digitaliseren van röntgenfoto's) en HIS (huisartseninformatiesysteem).

Als het gaat om de care op Aruba, heeft het verzorgings- en verpleeghuis SABA geen vacatureproblemen. Alle benodigde formatie (met name niveau 2 en 3) kunnen op het eiland zelf aangetrokken of opgeleid worden. Zorgmedewerkers worden vooral geschoold in het omgaan met dementerende ouderen. Ook zijn er 2 specialisten ouderengeneeskunde vanuit het ziekenhuis gedetacheerd. Voor medewerkers op niveau 2 en 3 (verzorgenden) is in 2012 bijscholing verzorgd. Ook is er samenwerking met Expertisecentrum Westhoff in Rijswijk, gespecialiseerd in zorg en behandeling voor de kwetsbare oudere met complexe gezondheidsproblemen. Er is een uitwisseling van stagiaires, docenten, maar ook van functiebeschrijvingen en protocollen. Door toename van het aantal cliënten met een complexere zorgvraag en grotere zorgintensiviteit, ontstaat wel meer behoefte aan personeel met kennis van verpleegtechnische handelingen.⁹⁶ Voor de toekomst streeft SABA naar het verhogen van de kwaliteit van de helpenden en verzorgenden en een personeelsuitwisseling met Stichting Verpleeghuizen Curaçao.

Kwaliteit en arbeid op Sint Maarten

Op Sint Maarten gaat de aandacht voor verbetering van kwaliteit vooral uit naar de medisch specialisten. In de afgelopen jaren hebben zich binnen deze groep op verschillende fronten problemen voorgedaan en er is het ziekenhuis (SMMC) veel aan gelegen om hierin verandering te brengen. Zaken waar aandacht voor moet zijn, is het vormen van eenheid onder de specialisten, en het laten welslagen van samenwerking met (visiterende) artsen vanuit de toekomstige jumelage met VU/AMC. De ambitie van het SMMC is om meer kwaliteit binnen de specialismen te realiseren, én om meer specialismen op het eiland aan te kunnen bieden. Ook is het een

⁹⁵ Jaarverslag HOH-ziekenhuis, 2010

⁹⁶ Jaarrekening SABA, 2012

speerpunt om de interne processen te verbeteren, onder meer door dossiers te gaan automatiseren.

Als het gaat om de kwaliteit van verplegend personeel, zijn enkele duidelijke keuzes gemaakt. Zo is besloten om niet in te zetten op verpleegkundigen op niveau 5, maar als hoogste niveau opleidingsniveau 4 aan te houden. Binnen opleidingsniveau 4 is er de mogelijkheid om te specialiseren: bijvoorbeeld tot dialyseverpleegkundige, maar ook richting beleid en management, een lerarenopleiding of een coachingsopleiding. Ook worden ziekenverzorgenden opgeleid tot verpleegkundige. Een andere keuze binnen het SMMC is dat BIG-registratie geen 'must' is, maar wel een ijkpunt. Jaarlijks zijn er trainingen op het gebied van voorbehouden handelingen.

Als het gaat om arbeidsmarkt en tekorten, is de uitdaging vooral om mensen voor de Sint Maartense zorg te behouden. Sint Maarten is voor veel zorgverleners een opstap naar Nederland of Amerika. Zo komen relatief veel zorgprofessionals uit Suriname voor opleiding naar Sint Maarten om daarna naar Nederland of Amerika te vertrekken: een verlies aan knowhow. Binnen het SMMC gebeurt dat vaker: nadat een flinke investering is gedaan in het scholen en laten samenwerken van mensen met verschillende culturen en achtergronden, vertrekken mensen van het eiland en is de investering voor niets geweest. Ook de zorgprofessionals van het eiland zelf vertrekken veelal op enig moment naar Nederland voor verdere specialisatie. Dat betekent in de meeste gevallen dat zij niet meer terugkeren in de zorg op Sint Maarten.

.....

*"Personeel komt bijna altijd van buiten het eiland. Verpleegkundigen komen uit de Filipijnen, de Dominicaanse Republiek en Suriname. Het effect is veel werk inzake verblijfsvergunningen, maar ook effect op samenwerken: het omgaan met verschillende culturen."*⁹⁷

.....

De bronnen die zich uitspreken over de zorg zoals die geleverd wordt vanuit het Wit Gele Kruis op Sint Maarten, zijn positief. De verzorgenden en verpleegkundigen worden bestempeld als 'professioneel', met een 'prettige bejegening van cliënten' en 'een grote mate van deskundigheid'.⁹⁸ Samen met het SMMC worden opleidingen voor zorgprofessionals georganiseerd.

⁹⁷ Bron: expert-interview, september 2012

⁹⁸ Van Goed naar Beter, drs. P.A.E. de Boevere in opdracht van ABC Advies, 2011

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste bevindingen en vergelijken we inhoudelijke thema's met thema's zoals die naar voren zijn gekomen in het trendonderzoek in Europees Nederland. Ook kijken we kritisch naar de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd en in welk licht de conclusies gezien moeten worden. We sluiten af met een aantal aanbevelingen voor de ontwikkeling van beleid en voor verder onderzoek.

VERGELIJKING CARIBISCH EN EUROPEES NEDERLAND

Caribisch Nederland en Europees Nederland laten zich eigenlijk niet vergelijken. Toch zijn we vaak geneigd om vanuit Nederlands perspectief, vanuit de zorg zoals we die hier kennen, te kijken naar de zorg op de eilanden. Dat is op zich logisch om zorg of ontwikkelingen te duiden, maar het gevaar is dat vanuit datzelfde perspectief wordt bepaald wat de kwaliteit van zorg op de eilanden zou moeten zijn. Maar alleen al een eenvoudig gegeven als de afwezigheid van een werkzame waterleiding op Saba en Sint Eustatius, maakt inzichtelijk hoe onvergelijkbaar de situatie is. De situaties laten zich evenmin vergelijken met eilanden dicht bij ons Europese vasteland, zoals de Waddeneilanden. De uitdagingen die daar aan continuïteit en kwaliteit van zorg gesteld worden zijn gering, als we ze plaatsen naast de uitdagingen waarvoor de Caribische eilanden zich dagelijks gesteld zien. Bewustzijn van het Nederlandse perspectief en van de context op de eilanden is daarom essentieel voor toekomstige ontwikkelingen in de zorg.

EFFECTEN VAN STAATKUNDIGE HERVORMING

De staatkundige hervorming in 2010 heeft veel teweeg gebracht. In het najaar van 2012, ten tijde van ons bezoek, leken de relaties verbeterd. Maar ook destijds werd uit de vele gesprekken (en de aanvullende deskresearch) duidelijk dat de hervorming in eerste instantie niet de verbetering gaf waarop men gehoopt had: niet op het gebied van zorg, en evenmin op tal van andere vlakken. Inwoners ervoeren zelfs een verslechtering van de situatie. Nederlandse beleidsmakers maakten weinig of geen gebruik van aanwezige kennis en expertise op de eilanden, en hielden weinig of geen rekening met de eigenheid van de eilanden. Dat leverde – ook op het gebied van zorg – ongewenste situaties op.

Eind 2012 werden meerdere verbeteringen zichtbaar. Ook uit het tweede Belevingsonderzoek Caribisch Nederland (de eenmeting) kwam tevredenheid naar voren en gaven zorgbestuurders aan dat er met de Nederlandse gelden veel verbeterd was op zorggebied, door investeringen die gedaan zijn in bouw, apparatuur, maar vooral ook in scholing en opleiding. De jumelage met de VU en het AMC heeft bijvoorbeeld een grote kwaliteitsimpuls gegeven.

.....

“Bij ieder beleidsdossier zou de vraag gesteld moeten worden: “hoe gaan we samen met de eilanden de uitvoering organiseren?”⁹⁹

.....

Desondanks was de relatie af en toe uiterst fragiel. Tijdens het uitwerken van het ruwe materiaal voor dit rapport, raakten de gemoederen bijvoorbeeld verhit toen minister Schippers van VWS in december 2012 besloot tot versnelde inperking van het basispakket voor verzekerde zorg. Dergelijke beslissingen die de cultuur en de eigenheid van de eilanden raken, de vele verschillende belangen en de snelheid waarmee ontwikkelingen elkaar opvolgen, bemoeilijkten soms een objectief proces van analyseren en omschrijven. Als de situatie net helder leek, bleek deze weer veranderd. We hebben gekozen voor een zo feitelijk mogelijke schets van de situatie, die we zien als momentopname. Een ijkpunt.

CONCLUSIES

CONCLUSIES MET BETREKKING TOT DE ORGANISATIE VAN ZORG

Als het gaat om de wijze waarop de gezondheidszorg op de eilanden georganiseerd is, vallen een aantal zaken op. In eerste instantie: de focus op de cure en het geringe niveau van georganiseerde care. Met name op de kleinste eilanden betreft zorg vooral basiszorg en zijn langdurig beperkten aangewezen op mantelzorg uit het eigen netwerk. Van integrale, cliëntgerichte zorg, georganiseerd in een zorgketen, is op geen van de onderzochte eilanden sprake. Ook op die eilanden waar wel care-zorg is georganiseerd, is de keten nog niet functioneel en is met name de eerstelijnszorg nog niet sterk genoeg. Optimalisering van de keten, gericht op de cliënt, blijkt ook in Europees Nederland uitermate moeilijk. Tegengestelde belangen en verkeerde financiële prikkels, stimuleren vaker het niet-samenwerken dan het samenwerken.

Wat ook opvalt als het gaat om organisatie van zorg, is dat de keuzes bij de staatkundige hervorming leiden tot een verschuiving van verhoudingen

⁹⁹ Rijksvertegenwoordiger voor de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Tweede voortgangsrapportage, februari 2012

in de regio. De eilanden die gekozen hebben voor de status van 'autonoom land binnen het Koninkrijk' zien zich geconfronteerd met financiële problemen, problemen met de kwaliteit en samenwerking van professionals, en daarmee met een afnemende kwaliteit van de zorg die geboden kan worden.

Gerelateerd aan de politieke status noemen we de verwevenheid van zorgbestuur en -toezicht, en lokale overheid. Op Caribisch Nederland hebben de zorgorganisaties zich bestuurlijk losgemaakt met de oprichting van een Health Care Foundation, waarbij een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht zijn benoemd. Op de andere eilanden varieert het model: op Curaçao heeft een ontwikkeling plaatsgevonden waarbij de meeste grote zorginstellingen zijn overgegaan van een Raad van Beheer- naar een Raad van Toezicht-model. Op Sint Maarten daarentegen is de verwevenheid nog aanwezig: hier moet de minister bijvoorbeeld goedkeuring geven voor voorgedragen Raad van Toezicht-leden. Daarnaast valt op dat meerdere personen door de kleinschaligheid vaak nevenfuncties vervullen. Leidinggevende, bestuurlijke dan wel toezichthoudende kwaliteiten zijn op de eilanden dun gezaaid. Degenen die deze kwaliteiten hebben, zetten deze vaak op meerdere plekken in. Dat uit zich in diffusie in rollen en het risico van verstrengeling van belangen.

Als het gaat om de financiële organisatie, valt met name op dat slecht inzicht te verkrijgen is in het beschikbare (toegekende) budget voor zorg, de verdeling van gelden en de bijdrage van ingezetenen aan zorg. Dat laat zich deels verklaren door een ontbrekende dataverzamelingstraditie: er zijn op de eilanden weinig gegevens beschikbaar over (bijvoorbeeld) aantallen verrichtingen, bijbehorende kosten, uitkomsten van zorg, ligduur, maar evenmin over exacte inwoneraantallen. Het andere deel van de verklaring ligt in de geringe inzichtelijkheid die aan Nederlandse kant geboden wordt. We hebben veel tijd gestoken in het bestuderen van ogenschijnlijk heldere berekeningen en het verkrijgen van duidelijkheid over budgetten voor Caribisch Nederland. Deze ondoorzichtigheid veroorzaakt wantrouwen en maakt de discussies tussen Nederland en Caribisch Nederland scherper dan wellicht nodig.

CONCLUSIES MET BETREKKING TOT BELANGRIJKE ZORGTHEMA'S

De thema's die als belangrijkste naar voren kwamen, zijn deels thema's die ook uit het trendonderzoek in Europees Nederland naar voren komen. Het gaat dan om thema's als preventie, versterking van de eerste lijn, maar ook de bezuinigingen en discussies rondom bijvoorbeeld het basispakket verzekerde zorg. Binnen deze thema's worden wel verschillen zichtbaar. Zo is de versterking van de eerstelijnszorg in Nederland sterk gekoppeld aan de grote transitie naar 'zorg dicht bij huis'. Een transitie waarbij het streven is zo veel mogelijk zorg uit de tweede lijn over te hevelen naar de eerste lijn,

deels vanuit kostenoverwegingen, deels vanuit kwaliteitsoverwegingen. Inherent hieraan is de beweging die cliënten zelfredzamer moet maken: om meer zorg thuis te kunnen ontvangen, moet de cliënt meer regie krijgen en nemen over de eigen ziekte/aandoening en ondersteund worden om de zorg zelf te managen. Ook op de eilanden speelt het streven naar een besparing van kosten, bijvoorbeeld met de huisarts als poortwachter, die zuinig is met verwijzingen naar de (duurdere) tweede lijn en inzet op preventie om overgewicht te voorkomen en bewegen te stimuleren. Voor Caribisch Nederland en de omliggende eilanden is niet zozeer zelfredzaamheid aan de orde, maar aandacht voor en een toename van mondigheid en ziektebesef.

Sowieso valt op dat de rol van de cliënt nog weinig is uitgekristalliseerd. De afwachtende, respectvolle houding van de patiënt kent zijn oorsprong in de cultuur. De bewoners van de eilanden zeggen elkaar niet gauw de waarheid en geven niet altijd openlijk aan wat ze zouden willen. Dit uit zich ook in de zwakke positie van patiënten- en belangengroeperingen. Het beperkt of vertraagt echter, zoals gesignaleerd, bepaalde ontwikkelingen in de zorg. De positie van de patiënt en die van belangengroeperingen verandert, maar dit proces vraagt tijd.¹⁰⁰ Wordt in Europees Nederland met allerlei initiatieven gepoogd de cliënt meer 'eigenaar' te maken van het zorgproces, hem/haar daar goed in te betrekken en meer gezamenlijk te beslissen over aanpak en behandeling, in de Caribische regio ligt de focus op het verhogen van de kwaliteit van de (medische) zorg die geboden kan worden. Het lijkt een noodzakelijke chronologie: eerst goede medische zorg kunnen leveren, dan evalueren waar het op andere aspecten beter kan (en dan komt de cliënt in beeld). Tegelijkertijd roept het de vraag op: zou het gelijk op kunnen gaan? Het verbeteren van de kwaliteit, en daar direct de cliënt als mede-beslissende partij in meenemen? We komen hierop terug in onze eerste aanbeveling over 'Leren van een anticyclische beweging?'

Op het gebied van preventie is de beweging op onderdelen vergelijkbaar: obesitas en aanverwante diabetesproblematiek maken preventie-interventies in leefstijl urgent. Opvallend is dat de signalen erop wijzen dat huisartsen op bijvoorbeeld Curaçao het gesprek over leefstijl duidelijk aangaan, terwijl dat in Europees Nederland gevoelig ligt. Preventie die in Caribisch Nederland nodig is op het vlak van tienerzwangerschappen en zwangerschapsafbrekingen, speelt in Europees Nederland als thema niet, preventie op het gebied van drugs en alcohol betreft in Nederland vooral wetgeving op het gebied van alcohol (geen verkoop van alcohol aan jongeren onder de 18) en activiteiten om roken – met name onder jongeren – tegen te gaan.

¹⁰⁰ Inmiddels is de Stichting Patiëntenbelangen BES (SPB-BES) een feit. Bron: Caribisch Netwerk, 26 juli 2013

De niet vergelijkbare thema's zijn de medische uitzendingen, die centraal staan in de zorg op de eilanden, de 'vergeten groepen' en (in elk geval in veel mindere mate) de noodzaak tot verdere scholing van zorgmedewerkers. Onze conclusie hierbij is dat de continuïteit van goede zorg, al dan niet acuut, op de eilanden vele malen complexer is dan op het (Nederlandse) vasteland. Dat zorgt ervoor dat het leeuwendeel van tijd en geld daarop gericht is. Met als gevolg dat andere aspecten van zorg (nog) onderbelicht zijn. De eilanden zijn bezig om deze onderbelichte aspecten in beeld te brengen en ook deze vormen van zorg in te richten. Een tweede conclusie hierbij is dat de kwaliteit van de zorg op de verschillende onderzochte eilanden sterk afhankelijk is van individuen. Het zijn individuele zorgprofessionals met een visie en een sterke verbeterwens, die de kwaliteit van zorg bepalen. Zij realiseren, al dan niet ondersteund door overheden, kwaliteitsverbetering en samenhangende zorg tussen de eilanden. Naast het respect dat dit oproept, raakt het ook meteen aan het risico van geringe borging.

AANBEVELINGEN

LEREN VAN EEN ANTICYCLISCHE BEWEGING?

Door de tijd, de interviews, de deskresearch en het vergelijken van de thema's, drong zich een beeld op van een anticyclische beweging. In het trendonderzoek in Nederland hebben we meermaals geconstateerd dat sommige ontwikkelingen herhalingen zijn uit het verleden, vaak met wat aanpassingen. Oude wijn in nieuwe zakken, zogezegd. Of beter: soms realiseren we ons dat we goede zaken hebben 'weg-veranderd' en leren we weer van het verleden. Een cyclische beweging, een fluctuerende lijn. In vergelijk met het onderzoek in het Caribisch gebied, komt er een lijn bij: de ontwikkelingen in de zorg op de eilanden gaan in tijd achter die van Europees Nederland aan. Zelfs zo dat een ontwikkeling die in Europees Nederland op zijn retour is, net ingezet wordt (of wordt beoogd) in Caribisch Nederland. Of zelfs zo dat zorg die beginnend in ontwikkeling is op de eilanden, kan starten op een punt dat in Nederland net bereikt is.

Een voorbeeld. De Nederlandse zorg heeft zich ontwikkeld tot kwalitatief hoogwaardige zorg, zowel op het gebied van de cure als van de care. De beweging in de care is er een geweest van sterke intramuralisering (grote instellingen) naar kleinschaligheid binnen de intramurale setting, naar kleinschaligheid op locatie, naar... zorg thuis. Extramuralisering staat op dit moment sterk in de aandacht en heeft veel consequenties. Zoals gesteld is de care op de Caribische eilanden lang onderbelicht geweest. Mensen die langdurige zorg nodig hadden, deden een beroep op mantelzorg. Met de individualisering die ook op de eilanden speelt, en de wegtrek van jongeren, vallen mantelzorgnetwerken weg. De ontwikkeling van de care leidt dan snel tot het inrichten van instellingen voor verpleging en verzorging. Zou de Nederlandse ervaring aanleiding kunnen zijn om vooral de zorg thuis

en de wijk- en buurtzorg te gaan versterken? Om de (resterende) sociale netwerken te waarderen, te behouden en te versterken?

Ander voorbeeld. De geestelijke gezondheidszorg in Nederland is sterk in beweging. Herstelgericht werken, non-fixatiebeleid, de inzet van ervaringsdeskundigheid, outreachend werken (naar de niet-zorgvragende cliënt toe) en de inzet van ACT- en FACT-teams worden hier langzaamaan leidend. Bij de ontwikkeling van de ggz-zorg op Curaçao, zijn deze manieren van werken meteen als uitgangspunt genomen. Met het voordeel dat er niet de ballast is uit een verleden. Geen geldende manier van werken die omgebogen moet worden in iets nieuws. In de cyclus gezien: instappen op een hoogtepunt.

Of deze: de Nederlandse bevolking is de afgelopen decennia op het gebied van zorg wat 'verwend' geraakt. Met de toename van behandel mogelijkheden zijn de behandelwensen ook sterk gegroeid. Een uitgebreid verzekerd pakket heeft geleid tot een houding van 'recht hebben op'. Het woord 'verzorgingsstaat' heeft een negatieve connotatie gekregen en er wordt stevig ingezet op het keren van het tij. Er worden maatschappelijke discussies gevoerd over eigen verantwoordelijkheid van burgers, grenzen aan behandelen, en er wordt ingezet op het versoberen van verzekerde zorg. De cliënt wordt weer gewezen op het eigen aandeel in de zorg, de eigen verantwoordelijkheid, het eigen kunnen. Met de ontwikkeling naar betere zorg en de mogelijkheid tot meer zorg op de Caribische eilanden, ontstaat meteen ook een stijgende vraag. Dit gecombineerd met cultuuraspecten waarin medicatie altijd gewenst is (het niet behandelen van een verkoudheid is geen optie) en de Amerikaanse invloed op eilanden als Saba en Sint Eustatius (de 'I'll sue you-cultuur'), voorspelt een beeld van een verzorgingsstaat-in-aanbouw. Zou de kwalitatieve ontwikkeling van de zorg in Caribisch Nederland meteen gepaard kunnen gaan met inzetten op eigen verantwoordelijkheid, eigen regie en zelfmanagement?

Als we op deze manier naar de ontwikkelingen in de zorg kijken, in Nederland en in het Caribisch gebied, ontstaan er kansen. Door verschillende ontwikkelfases op elkaar te leggen, krijgen we de kans om terug en vooruit te kijken én daar ontwikkelingen op bij te sturen. Wat hebben zorg-ontwikkelingen op het Nederlandse vasteland ons geleerd? Wat zouden we omkijkend anders doen, wat hadden we willen behouden? Voor Caribisch Nederland is het aan te bevelen om een eigen visie te ontwikkelen, die past binnen de culturele context. Daarbij is het raadzaam om vast te stellen welke lessen in Europees Nederland zijn geleerd en wat dus niet van Nederland overgenomen zou moeten worden. De Nederlandse zorg staat op het punt een aantal majeure veranderingen door te voeren, met kans op majeure fouten. In hoeverre kunnen de eilanden als spiegel dienen?

TOT SLOT: AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Met het Nederlandse trendonderzoek wordt jaarlijks een cyclus doorlopen, waarin de gevonden ontwikkelingen op macroniveau worden doorvertaald naar de (verwachte) effecten op organisaties en functies. Daartoe organiseren we jaarlijks bijeenkomsten met managers uit zorgorganisaties, die goed zicht hebben op de belangrijkste processen in hun organisatie en de rollen die medewerkers daarin vervullen. Ook met de voorliggende resultaten voor het Caribisch gebied zou het zinvol zijn deze doorvertaling te maken.

In het Nederlandse onderzoek zien we over de jaren de meerwaarde van een jaarlijkse monitor ontstaan: er worden langere lijnen en patronen zichtbaar en we verkrijgen zicht op het verloop van ontwikkelingen en de mate waarin ze in de zorg geïmplementeerd raken. Op die manier wordt ook goed zichtbaar waar knelpunten liggen en waar ontwikkelingen vastlopen. Nu voor het Caribisch gebied deze eerste 'monitor op ontwikkelingen' heeft plaatsgevonden, zou bekeken moeten worden of herhaling gewenst en mogelijk is, en met welke frequentie het onderzoek uitgevoerd zou moeten worden.

Ook kan het een afweging zijn afzonderlijke rapporten over de individuele eilanden te schrijven. Met het voorliggende rapport proberen we recht te doen aan alle eilanden, waardoor interessante informatie soms moest wijken: te veel detail of te veel informatie over één specifiek onderwerp, paste niet in een afgewogen geheel. Afzonderlijke rapporten over de individuele eilanden, dan wel over de effecten op individuele zorgorganisaties, zouden 'rijker' zijn en wellicht meer herkenbaar voor de verschillende eilanden.

Bij herhaling of verdieping van het onderzoek, zou een betere inrichting van de brancheplattegrond (zoals in hoofdstuk 2 genoemd) gewenst zijn. Hierbij zou het bovendien zinvol kunnen zijn om ook andere groepen te betrekken. Te denken valt aan politici die gezondheidszorg in hun portefeuille hebben en aan afvaardigingen van cliëntengroepen. Daarnaast zou het waardevol zijn om de kwaliteit van lokale bronnen (voor deskresearch) vooraf vast te stellen. Binnen Nederland zou het wenselijk zijn om informatie over Caribisch Nederland bij de ministeries vollediger te maken, bijeen te brengen en toegankelijk(er) te maken. Eerste stappen op dit vlak zijn gezet met de inrichting van een aparte Caribische 'statline' door het CBS.

We realiseren ons goed dat dit rapport een impressie is. Een momentopname van de zorg in een afgebakende onderzoeksperiode. Al in de feedbackronde op het concept van dit rapport ontstonden waardevolle vragen, initiatieven en adviezen, die we niet meer allemaal konden meenemen in dit rapport. Zo werkte het ook bij de trendrapporten die we eerder schreven voor Europees Nederland.

De ontwikkelingen in de zorg en de gesprekken daarover zijn een continu proces. We hopen dat dit rapport en het achterliggende onderzoek een basis en stimulans vormen voor de formulering en uitvoering van beleid op alle niveaus van de sector.

Bijlage 1

Geïnterviewden

GEÏNTERVIEWDE PERSONEN (IN ALFABETISCHE VOLGORDE)¹⁰¹

- Dhr. G. Berkel, Sint Eustatius Health Care Foundation (SEHCF)
(*plv Director*)
- Mevr. J. A. Blaauboer, MD, Saba Health Care Foundation (SHCF)
(*Board of Directors*)
- Mevr. B. Boetekees, Stichting Zorgverlening Het wit Gele Kruis,
Sint Maarten (*Operation manager*)
- Dhr. F. Clarendá, Fundashon Mariadal, Bonaire (*Projectmanager Kwaliteit*)
- Mevr. B. Dekker, MSc, Sint Maarten Medical Center (SMMC) (*Assistant
Director*)
- Dhr. prof. dr. A.J. Duits, St. Elisabeth Hospitaal (SEHOS) (*Voorzitter
Medische Staf*); Stichting Rode Kruis Bloedbank Curaçao (*Voorzitter en
directeur*)
- Dhr. dr. J. Falconi, Dr. Horacio E. Oduber Hospitaal, Aruba (*Medisch
directeur*)
- Dhr. G. Frans, MBA, Fundashon Mariadal, Bonaire (*Raad van Bestuur*)
- Dhr. drs. I. Gerstenbluth, Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur
(*Hoofd afdeling Epidemiologie & Onderzoek, Epidemioloog*)
- Mevr. J. Hassell, Sint Maarten Medical Center (SMMC) (*Manager HR/
Communications*)
- Mevr. S. Martis-Treurniet, MSc, St. Elisabeth Hospitaal (SEHOS) (*Secretaris
Raad van Toezicht, lid Eilandelijke Raad voor Volksgezondheid, lid Raad
van Ouderenbeleid*)
- Mevr. S. van der Meer, MBA, GGz Curaçao (*Beleidsmedewerker/Policy
advisor*)
- Mevr. S. Middelhof, Sense Change Management N.V. (*Consultant*)
- Dhr. dr. W. Oostburg, Klinika Capriles Curaçao (*Medisch Directeur*)
- Mevr. C. Ortega-Martijn, BA, lid Tweede Kamer der Staten-Generaal,
van 30 november 2006 tot 20 september 2012 van de Christen Unie
(*Woordvoerder Antilliaanse zaken*)
- Dhr. drs. N.C. Oudendijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport (*Directeur van de tijdelijke Projectdirectie Alt, Bonaire-,
Sint Eustatius en Saba-gezant periode 2007-2009*)

¹⁰¹ De personen zijn in de lijst opgenomen met de functie die zij bekleedden ten tijde van het onderzoek

- Dhr. T. Pantophlet, Sint Maarten Medical Center (SMMC) (*Manager Patiënt Care*)
- Dhr. F. Rigaud, Rigafer Advisory (*Managing Director/Owner, Voormalig Member Board of Directors Stichting Ziekenverpleging Aruba*)
- Dhr. J.B.M. Rokebrand, Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba (SABA) (*Directeur*)
- Dhr. A.J.G. Rossen, RA, Stichting voor Gehandicapten- en Revalidatiezorg (SGR-Groep), Curaçao (*Financieel Directeur*)
- Dhr. F. Rothweiler, Stichting Federatie Zorginstellingen (SFZ) (*Voorzitter*); Sense Change Management N.V. (*Directeur*)
- Dhr. dr. R.C. Sardeman, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (*Projectmanager VWS/Volksgezondheid voor Bonaire, Sint Eustatius en Saba*)
- Dhr. prof.dr. J. Savekoul, Fundashon Mariadal/VUmc/AMC (*Directeur Jumelage Fundashon Mariadal met VUmc/AMC*)
- Dhr. drs. J.M. Schut, Dr. Horacio E. Oduber Hospitaal, Aruba (*Manager Human Resources*)
- Dhr. K. Sneek, Sint Eustatius (*Gedeputeerde*)
- Dhr. drs. A. Sliedrecht (*Als Gemachtigde van het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen rapport uitgebracht over Sint Eustatius Healthcare Foundation i.o. in opdracht van VWS, 2009*)

GERAADPLEEGDE PERSONEN

- Dhr. drs. B. Awad MHA MBA-H, Sint Eustatius Health Care Foundation (SEHCF) (*Bestuurder a.i.*)
- Dhr. S. Bakker, Auxiliary Home Sint Eustatius (*Raad van Bestuur*)
- Dhr. E. Eleonora, Stichting Birgen di Rosario (*Voorzitter Raad van Bestuur*)
- Mevr. A. Gregorio, Stichting Thuiszorg Banda Bou (*Directeur*)
- Dhr. R. Heijink, MSc, National Institute for Public Health (RIVM) (*Researcher*)
- Dhr. H. Kamsteeg, SGR-Groep (*Voorzitter Raad van Bestuur*)
- Dhr. K. Klarenbeek, Sint Maarten Medical Center (SMMC), (*Voorzitter Raad van bestuur/Financial Director*)
- Dhr. D. Levenstone, Benevolent Foundation Saba (BFS) (*Boardmember*)
- Mevr. R. Mercurius, Auxiliary Home Sint Eustatius (*Director*)
- Dhr. R. Smith, Benevolent Foundation Saba (BFS) (*President*)
- Dhr. W. van der Zee, Palier Rotterdam (*Manager bedrijfsvoering en 10 jaar actief in de samenwerking tussen Stichting Opvang Verslaafden (SOV)/ Palier en organisaties op Curaçao en Aruba*)

Bijlage 2

Bronnen

ABC advies, 'Van Goed Naar Beter', drs. P.A.E. de Boevere, *Advies betreffende de kwaliteit van door "Stichting Zorgverlening Het Wit Gele Kruis" geleverde zorg en dienstverlening en tips voor de toekomst*, Philipsburg/Middelburg

25 FEBRUARI 2011

Algemene Rekenkamer, *Achtergronddocument verantwoordingsonderzoek BES-fonds*

MEI 2012

Algemene Rekenkamer Aruba, *Jaarverslag 2011*, Oranjestad

29 FEBRUARI 2012

Algemene Rekenkamer, rapport *Rijksoverheid en Caribisch Nederland: naleving van afspraken*

NOVEMBER 2012

Antilliaans Dagblad, *Artikel over versteviging van zorg in de eerstelijns op Curaçao*

31 MAART 2012

Balance consultancy Group, *Informatiedocument. Beschrijving organisatie, positie en profiel voor de positie van Afdelingshoofd Afdeling Publieke Gezondheidszorg Directie van Samenleving en Zorg van het Openbaar Lichaam Bonaire*

JUNI 2012

Bennekom, van, T. *De Tragiek van Bonaire - Nederlands onvermogen op een eiland waar niets is wat het lijkt*, Uitgeverij Village

OKTOBER 2012

BonaireVandaag

29 SEPTEMBER 2012

Calibris-Vizier, *Tijdschrift over arbeidsmarktontwikkelingen binnen Zorg, Welzijn en Sport*, 14e jaargang, nr. 54, Bunnik

NOVEMBER 2011

CAO Health Care Saba en Sint Eustatius, 1 januari 2012 – 31 december 2013

2012-2013

CBS. *Statistical Yearbook Netherlands Antilles 2009*, Willemstad, Curaçao

2009

Centrale Bank van Aruba, Annual Statistical Digest 2010, Issue no. 5

APRIL 2011

ChristenUnie, *Een binnen Nederland aanvaardbaar Voorzieningsniveau*.

Notitie Tweede Kamerfractie

SEPTEMBER 2011

Christen Unie, *Verkiezingsprogramma 2012*

2012

College financieel toezicht (Cft), *Halfjaarrapportage voor de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba*

APRIL 2011 - DECEMBER 2011

College financieel toezicht Bonaire, Sint Eustatius en Saba. *Toetsingskader 2013 BES*

2013

College financieel toezicht Bonaire, Sint Eustatius en Saba. *Advies 3de Uitvoeringsrapportage en Begrotingswijziging Saba 2012*

NOVEMBER 2012

Curconsult, *“Samen verder bouwen”, Eénmeting Belevingsonderzoek Caribisch Nederland. Vervolgonderzoek naar de beleving van de veranderingen door de burgers van Caribisch Nederland als gevolg van de gewijzigde staatkundige structuur binnen het Koninkrijk*

OKTOBER 2012

De Minister van Algemene Zaken en Buitenlandse Betrekkingen, *Landsverordening van de 28ste mei 2010 houdende regels inzake de opnemings- en verpleging van psychiatrische patiënten (Landverordening verpleging psychiatrische patiënten)*, Willemstad, Curaçao

28 MEI 2010

De Soroptimist, *Interview met mw. Shirley Martis-Treurniet*

JULI 2010

Digitalezorg.nl, *Artikel over inzet van teleconsultatie*

31 OKTOBER 2011

Ecorys, *Marktwerking op Caribisch Nederland. Een quick-scan van issues*, Rotterdam

28 FEBRUARI 2011

Eerste Kamer der Staten-Generaal, *Tweede aanpassing van wetten in verband met de nieuwe staatsrechtelijke positie van Bonaire, Sint Eustatius en Saba als openbaar lichaam binnen Nederland – A (Tweede Aanpassingswet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba – A)*

23 NOVEMBER 2010

Federatie Antilliaanse Jeugdzorg in samenwerking met SIFMA, in opdracht van Samenwerkende Fondsen Aruba en Nederlandse Antillen, *Jong (&) moeder. Een inventariserend onderzoek naar de situatie van tienermoeders op de Nederlandse Antillen, Curaçao/Sint Maarten*

SEPTEMBER 2010

FWG, Wetenswaardig, *Artikel over de HR superset op Bonaire*

NAJAAR 2012

GGZingeest.nl, *Blog van Psychiater Sybren Wiersma*

10 SEPTEMBER 2012

HiraSing, prof., Visser, dr., e.a., *Obesitas op Bonaire. Onderzoek naar overgewicht en obesitas*

OKTOBER 2009

IdeeVersa. Referentiekader Caribisch Nederland. Onderzoeksrapport *'Referentiekader voor lasten en baten van Bonaire, Sint Eustatius en Saba'*, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

20 FEBRUARI 2012

IKON, *talkshow 'Spraaakmakende Zaken' met Paul Rosenmöller als gastheer over de rechten van het kind in Nederland en op Saba, Sint Eustatius en Bonaire*

9, 16 EN 23 AUGUSTUS 2012

Inspectie voor de Volksgezondheid Nederlandse Antillen & Inspectie voor de Gezondheidszorg Nederland. *Geaggregeerde rapportage Verpleeghuis-, Verzorgingshuis- en Thuiszorg op de Nederlandse Antillen*

NOVEMBER 2009

Inspectie voor de Volksgezondheid, Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur. *Jaarverslag 2011, Curaçao*

APRIL 2012

Inspectie voor de Volksgezondheid, Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur. *Meerjarenbeleidsplan 2012-2015 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II)'*, Utrecht

DECEMBER 2011

Inspectie voor de Volksgezondheid. *Rapport 'Onderzoek Telefonische bereikbaarheid van huisartsen op Curaçao'*

JUNI 2010

Inspectie voor de Volksgezondheid, afdeling Gezondheidszorg. *Onderzoek naar en communicatie over de uitbraak van KPC-bacterie in het St. Elisabeth Hospitaal in Curaçao januari – november 2012*

DECEMBER 2012

Inspectorate Ministry of Public Health, Social Development and Labor, Sint Maarten. *Brief van Dr. E.W.A. Best, Inspecteur Generaal, over Last onder Dwangsom*, Philipsburg

12 OKTOBER 2012

Interparlementair Koninkrijkoverleg, *Afsprakenlijst*, Den Haag

5-8 MAART 2013

Klinika Capriles, *Jaardocument 2011*

MEI 2012

Kloosterboer, K. *Kind op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Kinderrechten in Caribisch Nederland. Samenvatting*, Unicef

MEI 2013

Lagendijk, drs. E. *Sport en bewegen op de BES-eilanden. Quick scan en advies over beleid, infrastructuur en organisatie van sport en bewegen op Bonaire, Sint Eustatius en Saba anno 2009*, DSP - groep BV, Amsterdam

NOVEMBER 2009

Magazine Alert, *Kwartaalmagazine over patiëntveiligheid en medische aansprakelijkheid*, MediRisk, 8e jaargang

MAART 2012

Medisch Contact, reportage *'Drie tropische gemeenten erbij'*

MAART 2009

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beantwoording schriftelijke Kamervragen over ontwerpbegroting 2013*. Kamerstuknummer 33400-XVI

24 JUNI 2013

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *over de maatregelen zorg Caribisch Nederland 2013*

DECEMBER 2012

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *Verslag bezoek Caribisch Nederland van 16 tot 21 april 2012*

JUNI 2012

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *Betreft kamervragen*

24 OKTOBER 2011

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *over Wet afbreking zwangerschap in Caribisch Nederland*

6 OKTOBER 2011

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *over Waz-vergunning Fundashon Mariadal*

14 JUNI 2012

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *over Aanvullende vragen zorgaanpakken Caribisch Nederland*

11 FEBRUARI 2013

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *overzicht ontwerpregelgeving Caribisch Nederland*

19 APRIL 2013

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, *beantwoording Verslag Schriftelijk Overleg van de Commissie VWS naar aanleiding van een tweetal brieven van 21 december 2012 en van 21 januari 2013 inzake Pakketmaatregelen Caribisch Nederland*

24 APRIL 2013

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, dr. A. Klink, *over de Uitvoering zorg op BES eilanden*

OKTOBER 2010

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Rijksbegroting 2013 xvi Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

18 SEPTEMBER 2012

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Brief van de Minister, mw. drs. E.I. Schippers, over de *zorgaanspraken Caribisch Nederland*

FEBRUARI 2013

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Brief van de Minister, Mw. mr. drs. J.W.E. Spies, *inzake het kabinetsstandpunt referentiekader Caribisch Nederland*

8 JUNI 2012

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Brief van de Minister, Dhr. dr. R.H.A. Plasterk over zijn *kennismakingsbezoek aan de landen Aruba, Curaçao, Sint Maarten, Saba, Sint-Eustatius en Bonaire van 19 tot en met 26 januari 2013*

30 JANUARI 2013

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Brief van de Minister, Dhr. dr. R.H.A. Plasterk, over *Caribisch Nederland*

8 FEBRUARI 2013

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Brief van de Minister, Dhr. dr. R.H.A. Plasterk, *Stand van zaken diverse onderwerpen Koninkrijksrelaties en Caribisch Nederland*

18 MAART 2013

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Brief van de Minister, Dhr. dr. R.H.A. Plasterk, *reactie op de afsprakenlijst van het Interparlementair Koninkrijksoverleg*

11 APRIL 2013

Ministry of Public Health, Social Development and Labor, *Health System Reform Sint Maarten*

NOVEMBER 2012

Nederlandse Grondwet, *Verslag van een algemeen overleg, gehouden op maandag 30 januari 2012, over BES-aangelegenheden op het beleidsterrein van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Vaststelling van de begrotingsstaat van Koninkrijksrelaties (IV) voor het jaar 2012*

FEBRUARI 2012

NHG-Praktijkaccreditering. *Cyclus 2008-2010*

JUNI 2008

NIVEL, *Evaluatie van de structuur en de zorgverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg op Curaçao, Utrecht*

2012

Nuffic, *Landenmodule Curaçao, Sint Maarten en de BES-eilanden. Waardering van buitenlandse getuigschriften in Nederland 2010*, Afdeling Onderwijsvergelijking, Den Haag

FEBRUARI 2011

Openbaar Lichaam Bonaire, *Begroting van de uitgaven en inkomsten van het Openbaar Lichaam voor het dienstjaar*

2012

PricewaterhouseCoopers (PwC), *Oog voor duurzaamheid. Eindrapport quickscan, SEI Curaçao*

16 JUNI 2011

PricewaterhouseCoopers (PwC), *Fiscale wetgeving 2012, Curaçao en Sint Maarten, BES eilanden en Aruba*

FEBRUARI 2012

Raad voor Ouderenbeleid, *Nota Ouderenbeleid. Uitgebracht in opdracht van het Bestuurscollege van het Eilandgebied Curaçao*

1996

RIVM, *Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland (inclusief CN)*

VERSLAGJAAR 2013

Rijksdienst Caribisch Nederland, *Informatiebrochure Zorgverzekering voor verzekerden van de Zorgverzekering Bonaire, Saba en Sint Eustatius per 1 januari 2011*

DECEMBER 2010

Rijksdienst Caribisch Nederland, afdeling OCW, *Brochure Het onderwijssysteem van Caribisch Nederland*

2011

Rijksvertegenwoordiger voor de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. *Eerste voortgangsrapportage*

2011

Rijksvertegenwoordiger voor de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. *Tweede voortgangsrapportage*

FEBRUARI 2012

Radio Nederland Wereldomroep (RNW)

PERIODE MAART 2010 – OKTOBER 2012

Rey, S. en Nennstiel, C. *Ergotherapie op Sint Maarten?* Museumpark Hogeschool Rotterdam

JANUARI 2008

SABA (Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba), *Jaarrekening Saba 2011*

MEI 2012

Saba Health Care Foundation, *Beleidsplan 2010-2012*

APRIL 2012

Samenwerkingsprotocol Aruba – Nederland, Oranjestad

27 OKTOBER 2011

Seksoa, *digitaal magazine over SOA, HIV en seksuele gezondheid. Interview dr. R.C. Sardeman*, jaargang 1, nr.4

DECEMBER 2010

Skipr, *artikel over Specialisten VUmc en AMC aan de slag in de Caraïben*

7 FEBRUARI 2011

Skipr, *artikel over de eerste zorg-cao voor Saba en Sint Eustatius*

7 JUNI 2012

Sliedrecht, drs. A. *St. Eustatius Healthcare Foundation i.o. Verslag werkbezoek St. Eustatius*

MAART 2009

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, *Wet van 17 mei 2010 tot invoering van de regelgeving met betrekking tot de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba (Invoeringswet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba)*

17 MEI 2010

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, *Wet van 17 mei 2010 tot aanpassing van wetten in verband met de nieuwe staatsrechtelijke positie van Bonaire, Sint Eustatius en Saba als openbaar lichaam binnen Nederland (Aanpassingswet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba)*

17 MEI 2010

Staatscourant, *Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over wijziging van de Regeling aanspraken zorgverzekering BES en de Regeling vaststelling premiepercentages werknemer en werkgever BES*

20 DECEMBER 2012

Staten van Curaçao, *Landsverordening basisverzekering ziektekosten*

DECEMBER 2012

Stichting Federatie Zorginstellingen Nederlandse Antillen. *Organisatie van de care op Curaçao, Visiedocument, Curaçao*

OKTOBER 2008

Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), *vacature Reclasseringswerker*

9 NOVEMBER 2012

Stichting ziekenverpleging Aruba, *Jaarverslag 2010, Oranjestad*

28 OKTOBER 2010

Sneek, K. Toespraak *'Sint Eustatius en Saba; mogelijkheden en uitdagingen'*

NOVEMBER 2011

The College of the Dutch Caribbean (CDC), *Flyer, Sbo/Mbo- & Bachelor/Hbo – opleidingen Voltijd - & Deeltijdopleidingen*

2012

The Daily Herald

31 AUGUSTUS 2012 EN 9 OKTOBER 2012

Trouw.nl, *Artikel over dat de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba meer geld krijgen dit jaar vanuit Den Haag*

11 JUNI 2012

Unicef, *De situatie van kinderen en jongeren op Curaçao, Aruba, Sint Maarten, Bonaire, Sint Eustatius en Saba*

2013

ViaMedica. *Een verkenning over de Specialistische zorg op maat voor Bonaire in opdracht van Fundashon Mariadal, Bonaire, Deel 1 en 2*

JANUARI 2009

Veen, van, drs. J.A.H., *Kansen voor betere ouderenzorg op de Bovenwindse eilanden Saba en Sint Eustatius*

4 APRIL 2012

Veen, van, drs. J.A.H., *Ouderenzorg in Rincon Bonaire, een kans op een betere toekomst voor ouderen op heel Bonaire!*

MAART 2012

Vereniging Bedrijfsleven Curaçao, Newsletter, *Rapport 'Nota Integraal zorgbeleid'*, Curaçao

FEBRUARI 2009

Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC). *Zorgrekeningen Curaçao 2008-2011*

DECEMBER 2012

V&VN, *Alomvattend ambulanceproject BES eilanden*, Vakblad V&VN
Ambulancezorg

MAART 2011

Wet publieke gezondheid BES

13 DECEMBER 2011

Wiele, van der, drs. W.M., *Abortus provocatus op de BES eilanden, Een nulmeting*

NOVEMBER 2010

Zorgvisie, artikel over uitstel zorgbezuiniging Bonaire, 1 juli 2011, en artikel over dat minister Schippers akkoord is met alternatieve bezuinigingen op Caribisch gebied'

18 JANUARI 2012

GERAADPLEEGDE WEBSITES APRIL 2011 – MEI 2013

Amigoe.com
Banboneirubek.com
Bearingpointcaribbean.com
Big register.nl
Bonaire.nu
Cbs.nl
Caribischnetwerk.ntr.nl
Comitekoninkrijksrelaties.org
Dehoop.org
Fundashonmariadal.com
Gezondheidszorgbalans.nl
Gobiernu.an, website van de Regering van Curaçao
Ife-curacao.com
Infoland.nl
Meetcuracao.com
Overheid.aw
Rosfriesland.nl
Sintmaartengov.org
Telemc.nl
Standaard.be
News.caribseek.com
Rijksbegroting.nl
Rijksoverheid.nl
Sabanews.nl
Statline.cbs.nl
Versgeperst.com
Wikipedia.nl

Bijlage 3

Verklarende woordenlijst

(F)ACT	(Functie) Assertive Community Treatment
ADI	Alzheimer Disease International
AIVD	Algemene Inlichtingen- en Veiligheidsdienst
AVBZ	Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten
AZV	Algemene Ziektekosten Verzekering
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMI	Body Mass Index
BOB	Stichting Bevolkingsonderzoek Borstkanker
BZV	Basis Ziektekosten Verzekering
CHV	Curaçaosche Huisartsen Vereniging
CZA	Curaçaose Zorgautoriteit
FKPD	Fundashon Kwido di Personanan Desabilita
FMAA	Fundacion pa Maneho di Adiccion di Aruba
FWG	Functiewaardering Gezondheidszorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GKMB	Gele Koorts Muskieten Bestrijding
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HOH	Dr. Horacio Oduber Hospitaal
HPV	Humaan Papillomavirus
HR	Human Resource
IC	Intensive Care
IFE	Instituto pa Formashon den Enfermeria
IMF	Internationaal Monetair Fonds
MHF	Mental Health Foundation
Ministerie van GMN	Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur
Ministerie van OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NFS	Nieuw Fiscaal Stelsel
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
QBMC	Queen Beatrix Medical Center
RCN	Rijksdienst Caribisch Nederland
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

ROA	Raad voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
SABA	Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba
SEHCF	Sint Eustatius Health Care Foundation
SEHOS	St. Elisabeth Hospitaal
SEI	Social economic initiative
SFZ	Stichting Federatie Zorginstellingen Nederlandse Antillen
SGR	Stichting voor Gehandicapten- en Revalidatiezorg
SHCF	Saba Health Care Foundation
SMMC	Sint Maarten Medical Center
SPV-er	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SRH	Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SVGA	Stichting voor Verstandelijk Gehandicapten Aruba
SVPCN	Stichting Verslavingszorg en Psychiatrie Caribisch Nederland
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VAR	Verpleegkundige Advies Raad
VIC	Volksgesondheidsinstituut van Curaçao
WAZ	Wet afbreking zwangerschap
WolBES	Wet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba
ZVK	Zorgverzekeringskantoor



Lunettenbaan 59
3524 GA Utrecht

Postbus 85266
3508 AG Utrecht

T 030-2669400

secretariaat@fwg.nl
www.fwg.nl



SINT MAARTEN
SABA
SINT EUSTATIUS

ARUBA
CURAÇAO
BONAIRE

Het *'Tendrapport Caribisch gebied 2013, Monitor op ontwikkelingen in de zorg'* is het eerste tendrapport dat de ontwikkelingen in de zorg in het Caribisch gebied in samenhang beschrijft. Dit tendrapport is vergelijkbaar met de FWG Tendrapporten, die sinds 2009 voor de Nederlandse zorgsector worden ontwikkeld. Dit rapport brengt de specifieke achtergrond en organisatie van de zorg op de eilanden Bonaire, Sint Eustatius, Saba, Curaçao, Aruba en Sint Maarten in kaart en geeft zicht op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg op deze eilanden. Belangrijke zorgthema's die besproken worden zijn public health en preventie, medische uitzendingen, 'vergeten groepen', eerstelijnszorg en ketenzorg en kwaliteit en arbeidsmarkt. Het Tendrapport Caribisch gebied 2013 biedt aanknopingspunten voor de formulering en uitvoering van beleid op alle niveaus van de zorgsector op de eilanden.

ISBN/EAN: 978-90-78497-07-3