

Visie Toekomst Huisartsenzorg

Inleiding

De huisartsenzorg op 5.1.2a staat momenteel voor een belangrijk kruispunt. De COVIDcrisis legt overal meerdere kritieke aspecten bloot, zo ook op 5.1.2a. Met de financiële crisis in de zorg, mede ten gevolge van de opgelegde besparingseis vanuit Nederland en de jaarlijks stijgende zorgkosten is er een grote kloof ontstaan tussen de diverse rollen binnen de zorgsector. Alhoewel de AZV het de afgelopen jaren relatief goed doet als we haar kosten vergelijken met zorgverzekeraars in de regio, is vrijwel iedereen het erover eens dat hervormingen in het zorgstelsel nodig zijn om de kosten de komende jaren beheersbaar te houden. Met de stijgende zorgkosten ten gevolge van de toename van chronische ziekten door vergrijzing en een ongezonde generatie wordt de financiële positie van onze zorgverzekeraar binnenkort onhoudbaar.

De huisartsenzorg op Aruba heeft de afgelopen jaren op 5.1.2a een significante ontwikkeling doorgemaakt. Met de komst van de huisartsenopleiding 5.1.2a (HOVUMC) is er een kwalitatief goede bron aangelegd voor nieuwe aanwas van lokale huisartsen vanuit Nederland die lokaal opgeleid kunnen worden tot huisarts. Tevens heeft met de komst van het project POH-S (praktijkondersteuner somatiek) een verschuiving plaatsgevonden in de behandeling van 2 belangrijke chronische zorgstromen namelijk diabetes mellitus en cardiovasculair risicomanagement. Tot nu toe geven de data-indicatoren aan dat het project een kwalitatieve verbetering geeft van de uitkomsten in de huisartsenpraktijk. De verwachting is dat dit met aanscherping van indicatoren op langere termijn ook positief zal uitwerken op de uitkomsten in het ziekenhuis en de zorgkosten in zijn algemeen (minder- en kortere ziekenhuisopnames en complicaties). Ook positief is dat alle huisartsen werken met een uniform HIS-systeem (Promedico). Dit is inmiddels uitgebreid met een uitgedunde HAP versie en er bestaat nu ook elektronisch receptverkeer tussen huisartsen en (de grote meerderheid) apotheken. Het recente NIVEL onderzoek op 5.1.2a heeft laten zien dat

ondanks dat de meeste patiënten tevreden zijn over hun huisarts er toch een kloof lijkt te bestaan tussen de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de geboden zorg op 5.1.2a. De huisarts die breed opgeleid is en de rol van poortwachter in het zorg systeem heeft ook hier op 5.1.2a, lijkt niet op waarde geschat te worden binnen de bevolking. 66% geeft de voorkeur voor behandeling door een medisch specialist boven de huisarts. Ook wordt er wegens het gevoel 'niet snel terecht te kunnen' of 'een gebrek aan vertrouwen', vaker gebruik gemaakt van particuliere zorgaanbieders op het eiland. Er wordt veelvuldig liever gebruikt gemaakt van de Spoedeisende Hulp (ook voor niet spoedeisende zaken) dan dat men moet wachten op een reguliere afspraak bij de huisarts. Vaak met als reden dat de huisarts niet goed bereikbaar is of onvoldoende expertise heeft.

De vraag is momenteel welke richting de zorg op moet gaan. De covidcrisis legt extra druk op de betaalbaarheid van de zorg. Patiënten lijken ontevreden over het huidige zorgsysteem en zijn niet meer opgevoed met de rol van de huisarts als poortwachter en generalist binnen het zorgsysteem. Dit terwijl de Huisarts juist een brede kennis geniet en door kostenbewust en doelmatig te handelen een belangrijke rol speelt in een van origine Nederlands/Europees zorgstelsel (NEZ). Met de steeds veranderende populatie qua diversiteit in achtergrond en cultuur lijkt een puur NEZ terrein te verliezen en moet meer rekening gehouden worden met de wensen van de hedendaagse bevolking.

Huisarts zijn op Aruba heeft veel overeenkomsten maar ook veel verschillen met een NEZ. Er is reeds vaker gesteld dat 5.1.2a vergelijkbaar is met een achterstandswijk in Nederland. Het opleidingsniveau is laag (maar 7% heeft een HBO-/WO opleiding) er is weinig algemene kennis over zelfzorg en het niveau van zelfredzaamheid is zeer beperkt. Opvoeding van de patiëntenpopulatie neemt veel tijd en energie in beslag en de werkdruk in de huisartsenpraktijk is in vergelijking met Nederland hoog. Daarnaast zijn de arbeidsvoorwaarden reeds lang ondermaats volgens de beroepsgroep. De honoraria liggen significant lager en de secundaire arbeidsvoorwaarden zijn in vergelijking met Nederland en de BES eilanden niet goed geregeld.

Ook is er weinig samenhang en samenwerking tussen de diverse zorgverleners op **5.1.2a** Zorg is versplinterd, zowel tussen de verschillende disciplines (bijv. tussen eerste- en tweedelij) als binnen de disciplines zelf (bijv. binnen de eerstelij). Er wordt te weinig samengewerkt en de nadruk ligt met name op reactief- in plaats van proactief/preventief behandelen. Volume (meer zorg) geniet over het algemeen ook de prioriteit boven kwaliteit (goede zorg) als behandeldoel.

Ondanks de positieve ontwikkelingen staat het werkklimaat voor huisartsen steeds meer onder druk en de crisis heeft net als bij andere sectoren meer onzekerheid gebracht over de toekomst. Veel huisartsen denken na over een vertrek (terug naar Nederland) bij uitblijvend langetermijn perspectief.

Door zijn unieke functie in de gezondheidszorg fungeert de huisarts als poortwachter voor de tweedelij. Een groot percentage van de gezondheidsklachten wordt in de eerste lijn behandeld tegen een laag percentage van de totale zorgkosten. Evenals in Nederland ligt dit ook op **5.1.2a** zo rond de 5%.

Tegelijkertijd echter is de huisarts als verwijzer, voorschrijver en diagnosticus verantwoordelijk voor een heel groot deel van de vervolgzorg en daarmee ook voor de vervolgkosten. Hij is als het ware de volumeknop van de zorgkosten. Het is daarom van groot belang dat de huisarts optimaal is uitgerust om deze taak te kunnen uitvoeren. Werkdruk, werkomstandigheden en een adequate beloning zijn daar onmiskenbaar onderdeel van.

Het is inmiddels duidelijk dat er een toenemende druk is op de eerstelij en dat die alleen maar groter zal worden. Er is toenemende vergrijzing en het aantal jongeren neemt af. Ouderen willen langer in hun eigen omgeving wonen. Er is een groeiend aantal mensen met minimaal een chronische aandoening en de hulpvraag wordt steeds complexer. Steeds vaker ook wordt uit oogpunt van kostenbeheersing gevraagd om zaken uit de tweede lijn over te hevelen naar de eerste, waardoor de werkdruk verder toeneemt.



Dit visiedocument hoopt als leidraad te fungeren in het versterken van de eerstelijns-/huisartsenzorg voor de nabije toekomst en probeert concrete adviezen te geven hiervoor.

Het is inmiddels alom bekend dat beheersbare zorgkosten beginnen met een sterke en weerbare eerstelijns.

Met het recente akkoord over structurele liquiditeitssteun vanuit Nederland lijkt de weg vrij voor nieuwe investeringen ter optimalisering van de structuur van de zorg (hervormingen). Het is duidelijk dat de eerstelijns hierin een belangrijke rol beoogt te spelen waarbij de focus op beheersbare kosten voor de toekomst moet komen te liggen. Investeren in een sterke eerstelijns en versterken van de samenwerking tussen eerste – en tweedelijns met substitutie van (duurdere) zorg hierbij als een belangrijk doel

Kernwaarden huisartsenzorg

“Huisartsenzorg is generalistische medische zorg, laagdrempelig toegankelijk voor alle mensen dichtbij huis. Huisartsenzorg is de sleutel tot een duurzame, doelmatige gezondheidszorg van hoge kwaliteit”

En generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg kenmerken de kernwaarden van huisartsen. Dit wordt vertaald in maatwerk in zorg dichtbij huis volgens theoretische kennis vastgelegd in up to date NHG standaarden toegepast in de context van elke patiënt afzonderlijk. De kracht van de huisarts is de nauwe band met de patiënt, de vertrouwensrelatie die in de jaren opgebouwd wordt vaak vanaf kind door alle fasen van het leven heen.

De huisarts coördineert steeds meer de complexiteit aan processen in het medisch zorglandschap rondom de patiënt en begeleidt de patiënt hierin.

-Knelpunten en bedreigingen huisartsenzorg op 5.1.2a

1. Verandering cultuur van vraag naar service based patroon

Er lijkt steeds meer behoefte naar on-demand zorg. De patiënt bepaalt wanneer en bij wie hij graag zijn zorg haalt. Dit is een significante shift vanuit het voorheen gebruikte vraagaanbod model waarbij de huisarts het aanbod bepaalde, dit gebeurt nog steeds op basis van urgentie (triage) in de meeste praktijken. De zorgvrager maakt echter de laatste tijd een ontwikkeling door van patiënt naar zorgconsument waarbij men steeds kritischer kijkt naar de aangeboden zorg en de zorgvraag steeds meer een persoonlijk karakter krijgt. Preventieve check ups krijgen bijvoorbeeld ook steeds meer plaats in de huidige zorgvraag. Dit geldt specifiek voor 5.1.2a door de veranderende cultuur met nationaliteiten die ondemand zorg gewend zijn en onbekend zijn met het NEZ/poortwachter systeem.

2. Imago/rol huisarts verliest steeds meer terrein

De opleiding tot huisarts is breed en specialistisch, echter wordt deze op 5.1.2a te weinig op waarde geschat. De huisarts wordt liever overgeslagen op weg naar de specialist met lange wachttijden in de tweedelij en hogere zorgkosten als gevolg. Dit terwijl de huisarts bij optimaal gebruik een grotere rol/verantwoordelijkheid zou kunnen spelen binnen het systeem tegen lagere kosten. De patiënt verwacht steeds vaker een oplossing in de klinische behandel sfeer door een verwijzing of medicatie te eisen. Dit leidt vaak tot medicalisering en overbehandeling van zorgvragen (bijvoorbeeld verwijzingen ter geruststelling van de patiënt) die makkelijker in de eerstelij afgehandeld kunnen worden met een specifieke patiëntgerichte aanpak/advies. Mede hierdoor krijgen huisartsen te maken kritiek en negatieve bejegening, vaak door onbegrip over de rol en specifieke expertise van de huisarts. De cultuur is in tegenstelling tot Nederland meer vermijdend waardoor de patiënt meestal niet in gesprek met de huisarts gaat maar zijn onvrede steeds vaker uit bij externe instanties zoals de zorgverzekeraar (AZV) de Inspectie Volksgezondheid (IVA) of in de (sociale) media.



Dit komt het imago van de huisartsen niet ten goede en leidt tot toenemende werkstress en frustratie.

3. Tekort aan huisartsen/doktersassistenten/personeel

Er is reeds jaren een tekort aan huisartsen wat heeft geleid tot te grote praktijkpopulaties en overbelasting bij de huisarts. De structuur van de eerstelijnszorg is gebaat bij een groter aanbod aan huisartsen waardoor er bijvoorbeeld parttime gewerkt kan worden, de suboptimale waarnemingregeling via de HAGRO's verbeterd wordt (kosten voor waarneming zijn momenteel zeer hoog) en de functie/rol van de Huisartsenpost uitgebreid kan worden. De komst van de huisartsenopleiding heeft hierbij nog geen overschot kunnen creëren met een verdere dreiging tot stijging van het huisartsentekort door mogelijk vervroegde pensioengang of een dreigend vertrek van huisartsen door de verslechterende werkomstandigheden. Hierdoor komt de continuïteit van de huisartsenzorg op Aruba steeds verder onder druk te staan. Er is ook een tekort aan gekwalificeerd personeel in de praktijk waaronder doktersassistenten (DA). Wegens toenemende kwaliteitseisen zoals bereikbaarheid en een gedegen triage speelt de assistente een steeds belangrijkere rol in de huisartsenpraktijk. Een gebrek aan structurele opleiding/scholing leidt nu ook tot een tekort aan opgeleide doktersassistenten (momenteel wordt er wel onderhandeld over de voorwaarden voor een nieuwe opleiding tot doktersassistente via EPI).

4. Budgettekort huisartsenzorg

Voor kwaliteit moet er geïnvesteerd worden, waarbij de huisartsen momenteel een te krap basisbudget hebben om aan bepaalde kwaliteitseisen te kunnen voldoen. De kosten binnen de huisartsenpraktijk nemen toe en er dient een verruiming plaats te vinden van het budget om de huisarts een steeds belangrijkere functie in het zorgstelsel te kunnen laten spelen met een degelijk pakket aan voorzieningen/tools. Denk hierbij aan goede bereikbaarheid, waarneming bij ziekte/vakantie, uitbreiding kennis/vaardigheden ter substitutie van



tweedelijnszorg in de eigen praktijk, innovatie en uitbreiding van de integrale ketenzorg (nu diabetes en CVRM, met als doel minimaal POH-GGZ erbij in de nabije toekomst).

5. Samenwerking zorgstromen minimaal

Er is te weinig samenwerking/communicatie tussen verschillende zorgaanbieders waaronder huisartsen en specialisten, apotheken, fysiotherapeuten, wijkverpleging en noem maar verder op. Hierdoor wordt er vaak onnodig verwezen, veel dubbele diagnostiek ingezet, is er te weinig kennis van elkaars expertise en is er te weinig samenhang/continuïteit in het behandeltraject van de patiënt met als gevolg verlies van vertrouwen in de zorgverleners. De patiënt wordt bijvoorbeeld via de huisarts verwezen naar een lab voor diagnostiek, de uitslagen hiervan zijn alleen beschikbaar voor de huisarts. Bij bezoek aan de HAP of SEH wordt er dan vaak nieuw lab ingezet bij gebrek aan inzicht in eerdere uitslagen. Ook op het gebied van de radiologie wordt vaker dubbel aangevraagd en waarschijnlijk ook uitgevoerd omdat er geen koppeling bestaat en terugrapportages vertraging ondervinden of zelfs verloren gaan door tussenschakels, zoals de patiënt als postbode te gebruiken. Radiologie onderzoeken te IMSAN verricht worden bij HOH als onbetrouwbaar geacht en daardoor ook vaak gedubbeld. Ook dit komt onder andere doordat er nog geen communicatie/koppeling bestaat tussen informatiesystemen van het ziekenhuis (Cerner) en de huisarts (Promedico). De terugrapportages zijn hierdoor ook nog niet elektronisch wat ook leidt tot inefficiënt medicatiebeleid en -gebruik en verlies aan informatieoverdracht tussen specialist en huisarts. Verder is er nog te weinig samenwerking tussen huisartsen zelf, met nog steeds veel solopraktijken en weinig groepspraktijken/gezondheidscentra. Dit leidt allemaal tot inefficiënte, overbodige en duurdere zorg.

6. Niveau qua dienstverlening/uitrusting van huisartsenpraktijken verschilt nog te veel

Met de verjonging en uniformisering van de nieuwere generatie huisartsen (o.a. door de huisartsenopleiding) wordt de kloof qua werkwijze (uniformiteit) en achtergrond steeds

kleiner. Echter is er nog steeds een te groot verschil qua visie en zijn er te weinig prikkels tot structurele kwaliteitsinvesteringen binnen de beroepsgroep. Dit heeft tot gevolg dat er een groot verschil blijft bestaan tussen de perceptie van kwalitatief geboden en ervaren zorg. Ook wordt er steeds benoemd dat een aantal huisartsen het niveau van ervaren zorg omlaag trekken.

Deze knelpunten leggen een enorme druk op de huisartsenzorg op 5.1.2a. De verantwoordelijkheden nemen inmiddels alleen maar toe. Toegenomen vraag naar bereik/beschikbaarheid, veeleisend gedrag van patiënten, toegenomen administratieve taken binnen de praktijken, onvoldoende financiële middelen en een afbrokkelend imago leiden tot een negatieve sfeer binnen de huisartsengroep. Veel collega's kampen met overspanningsklachten en neigen in dit tempo richting een burn-out. Niet te onderschatten is het toenemende aantal vrouwelijke huisartsen die behoefte heeft aan de mogelijkheid tot parttime werken en naast hun functie als huisarts begrijpelijk meer tijd willen investeren in privé-/familietijd (balans werk-privé). Parttime werken is op 5.1.2a helaas nog steeds eerder uitzondering dan regel. Het grootste risico is dat sommige huisartsen door de ontstane situatie ook nadenken over een terugkeer naar Nederland met uitholling van de eerstelijnssector als gevolg. Kortom, de huisartsenzorg op 5.1.2a heeft acuut behoefte aan een positieve imago boost en verbeterde werkomstandigheden.

Op Aruba is de continuïteit van de huisartsenzorg door de jaren heen flink verbeterd. Een huisartsenpost regeling in de avonduren heeft de bereikbaarheid voor huisartsenzorg na kantooruren verruimd. Door de toenemende vraag naar zorg op maat komt er echter steeds meer druk te liggen op de bereikbaarheid van de huisartsenzorg op 5.1.2a. De patiënt wil steeds meer bepalen waar, wanneer en door wie hij zorg krijgt aangeboden. Continuïteit is dan ook de kernwaarde waar de huisartsenzorg op 5.1.2a de belangrijkste slag te maken heeft. De mogelijkheid tot 24x7 huisartsenzorg is meerdere malen onderzocht, echter is dit door een chronisch tekort aan huisartsen en de hoge kosten verbonden aan een

volwaardige huisartsenpost nog niet mogelijk gebleken. Er wordt momenteel gewerkt aan uitbreiding met een 2e Huisartsenpost pariba di brug en een eventuele vaste parallel visitedienst. Idealiter ligt er een toekomstscenario in het verschiet waarbij de huisartsenzorg met een volwaardige HAP het ziekenhuis kan ondersteunen met de nodige spoedzorg waarbij ook hier een verschuiving optreedt van degeboden zorg(kosten). Hiervoor moeten binnen het zorgveld en samen met de zorgverzekeraar de juiste voorwaarden gecreeerd worden.

Waar willen wij als beroepsgroep naartoe?

Een terugkerende stelling onder collega's is het gebrek aan waardering en vertrouwen. Er is een duidelijk verschil in perceptie tussen geleverde inspanning bij huisartsen en de ervaren kwaliteit van zorg bij patiënten, de bevolking en de zorgverzekeraar. Dit leidt tot veel frustratie en wederzijds onbegrip. Het staat als een paal boven water dat de huisartsenzorg een grote inhaalslag te maken heeft wil het de komende jaren de in potentie bekende spilfunctie in de zorg bereiken. Er zal dan ook kritisch naar bovengenoemde knelpunten gekeken moeten worden om gezamenlijke oplossingen te vinden. Dit moet gebeuren zowel binnen de beroepsgroep zelf, zo ook tussen de beroepsgroep, zorgverzekeraar en andere zorgaanbieders. Hopelijk kunnen we op die manier de gestelde kernwaarden van de huisartsenzorg beter benaderen. De belangrijkste punten als doel van de beroepsgroep zullen dan ook zijn:

- het leveren van continue, patiëntgerichte betaalbare zorg van hoge kwaliteit die zich aanpast aan de tijd
- bijdragen aan een gezonde, motiverende werkomgeving voor de leden met een goede balans tussen beloning en arbeidsvoorwaarden, werk en privé balans
- het werken aan een gezond imago van de beroepsgroep met erkenning en waardering door patiënt, zorgverzekeraar (AZV) en collega zorgverleners
- het uitbreiden van de expertise en mogelijkheden tot behandeling van laagcomplexiteit zorg

binnen de eerste lijn met ondersteuning van de tweede lijn (anderhalvelijnszorg)

- uitbreiding/transitie van de ondernemingsvorm van solistische praktijken naar groepspraktijken/gezondheidscentra met betere/efficiëntere samenwerking en verbreding kennis, betere waarneemregeling, lagere praktijkkosten (door gezamenlijk kosten personeel en investeringen)
- een gezamenlijk verantwoordelijkheidsbesef binnen de beroepsgroep over afspraken betreffende kwalitatief goede zorg met ruimte voor (constructieve) feedback en bejegening richting elkaar. Het HAVA bestuur heeft de intentie hierbij een belangrijke rol te gaan spelen.

Geboden oplossingen voor genoemde knelpunten

1. *Verandering cultuur van vraag naar service based patroon*

De verandering naar personsgerichte on-demand zorg is een wereldwijde trend. Hier zal ook op Aruba aandacht aan besteed moeten worden. Momenteel werken de meerderheid van de praktijken met een combinatie van een aanbodsysteem op inloop en afspraak. Het voordeel van het ene is meteen het nadeel van het andere. De 5.1.2a samenleving/maatschappij is niet gericht op punctualiteit qua tijdsbeleving en te laat of niet verschijnen wordt als normaal beleefd/geaccepteerd. Met als gevolg dat een systeem op afspraak leidt tot verspilling van kostbare tijd en geld. Een aanbod systeem op inloop is handig om dit te voorkomen echter is er de neiging om voor alle kleine problemen (die vaak ook zelf opgelost kunnen worden) een huisarts te raadplegen wat ook extra druk legt op het zorgaanbod.

Een combinatie van beide is nog steeds de beste optie in de praktijk in combinatie met een uitbreiding naar avond-/weekendsprekuren en na de COVID-crisis behoud van videoconsulten en een volgende stap naar het zelf inplannen van afspraken door patiënten in Promedico. Dit geeft de nodige flexibiliteit wat deels gehoor geeft aan de on-demand vraag van de hedendaagse patiënt.

2. *Imago/rol Huisarts verliest steeds meer terrein*

Er moet door zowel de beroepsgroep, de regering en de zorgverzekeraar geïnvesteerd worden in het voorlichten over de rol van de huisarts als specialist generalist met de nadruk op de ontwikkeling van de competenties sinds de introductie van de specialisatie tot huisarts. Het imago van “je bent toch maar huisarts?” moet veranderen naar “ik ga het liefst naar mijn huisarts” en ook vanuit collega specialisten moet er meer nadruk komen op de rol van de huisarts in de gehele zorgketen. Immers, zonder een sterke huisartsenzorg loopt het ook in de tweede lijn volledig vast. Laag complexe zorg is het domein van de huisarts en is momenteel ook voor specialisten in het ziekenhuis een extra belasting. Een idee is dan ook om reeds in het basis-/middelbaar onderwijs, zo ook in de media aandacht te besteden aan de functie van huisarts en de rol binnen het zorgstelsel.

Ook moet er aandacht komen voor de rol van de praktijk met daarbij uitgelicht de functie van de assistentes, praktijkondersteuners en in de toekomst een eventuele praktijkmanager, de teamfunctie en beroepsgeheim zijn hierbij belangrijke voorwaarden. De HAVA zal de komende tijd investeren in een mediacampagne met als doel verbetering van het imago/rol van de huisarts. Wij vragen hierbij ondersteuning van de zorgverzekeraar (AZV) en de regering in het beschikbaar stellen van mediavoorzieningen/tijd en budget.

3. *Tekort aan huisartsen*

Momenteel is het bestuur bezig met inventariseren wat de ideale samenstelling van de huisartsenpraktijk zou moeten zijn. Hierbij hoort onder andere de ideale praktijkgrootte qua patiënten en personeel. Ook de wensen van huisartsen met betrekking tot werktijden (full/parttime), structuur (zelfstandig ondernemer/waarnemer/loondienst) zijn van belang. Dit allemaal met het doel te komen tot een **gedegen rapport manpowerplanning** voor de toekomst. Zoals reeds genoemd telt **5.1.2a** momenteel 48 huisartsen met een gemiddelde praktijkgrootte van 2300 patiënten. Zodra alle data bekend is inclusief geplande pensioendata kan er gestart worden met een nodige inhaalslag ter versterking van

personeel binnen de beroepsgroep. Het doel is:

- Ervoor zorgen dat de capaciteit huisartsen op 5.1.2a gewaarborgd blijft
- Creëren van aantrekkelijke arbeidsomstandigheden (inclusief een verbeterd contract) om te kunnen concurreren binnen het Koninkrijk met het werven van nieuwe huisartsen uit het buitenland (voorkeur 5.1.2a en/of huisartsen die zich voor langere tijd committeren te blijven)
- Het verruimen van de opleidingsplekken binnen de huisartsenopleiding 5.1.2a Hopelijk lukt het binnen een aantal jaar een overschot aan huisartsen te creëren waardoor de praktijkgrootte iets afneemt (lagere werkdruk), er een pool aan waarnemers kan ontstaan waardoor er een adequate waarneemregeling zal zijn en er hierdoor ook gewerkt kan worden aan de verbetering van de continuïteit van de eerstelijnszorg door middel van een continue HAP-structuur.

Er is inmiddels contact gelegd met de Asociashon Mediko Antias (AMA) in NL. Dit is een vereniging bestaande uit universitair opgeleide zorgprofessionals afkomstig uit 5.1.2a Bonaire, 5.1.2a Saba, St. Eustatius en 5.1.2a Zij kunnen zich inzetten bij de recruitment van huisartsen en aspirant huisartsen voor 5.1.2a. Ook het Arubahuis zal binnenkort hiervoor benaderd worden.

De positieve ontwikkelingen binnen de visie zullen hopelijk bijdragen aan het aantrekken van een nieuwe nodige generatie huisartsen.

4. Budgettekort huisartsenzorg

“Investeren in een sterke eerste lijn is het devies, het budget voor de eerstelijnszorg moet eerst omhoog”. Dit is een stelling die breed gedragen wordt binnen het zorgveld. Door de covidcrisis zijn de financiële middelen van de overheid schaars. Echter met een goede visie en vooraf goede investeringen zal ook de zorg hier sterker uitkomen. Het budget voor huisartsenzorg zal grotendeels verruimd moeten worden echter zullen hier ook

voorwaarden aan verbonden zijn. Alleen al om de nodige mankracht aan te trekken moeten de arbeidsvoorwaarden verbeterd worden in een nieuw contract die voldoet aan de normen binnen het Koninkrijk. Daarnaast zal er een verschuiving moeten plaatsvinden van zorg vanuit de tweede- naar de eerste lijn met als doel substitutie van zorg. Zoals eerder genoemd moet laagcomplexe zorg die nu in de tweedelijnszorg plaatsvindt terug naar de eerste lijn. Geef huisartsen de ruimte qua tijd, investering en prikkels om zich verder te bekwamen tot kaderarts of huisarts met een specifiek extra aandachtsgebied. De kennis en expertise binnen de eerste lijn neemt hierdoor toe waardoor er meer zorgvragen binnen de eerste lijn (evt. in samenwerking met specialisten) afgehandeld kunnen worden tegen lagere kosten. Het pakket aan geleverde zorg door de huisarts moet ook verruimd worden zodat de expertise en competenties optimaal benut worden. Hier staat dan ook een representatieve compensatie tegenover die meestal nog steeds lager ligt dan in de tweede lijn (denk bijv. aan palliatieve zorg, (diabetische) wondzorg).

Er moeten ook prikkels ontstaan tot het leveren van kwalitatief goede en noodzakelijke zorg. Dit in tegenstelling tot financiële prikkels die meer leiden tot overbodige zorg op basis van productie. Denk aan een budget voor prestatie en innovatie waaruit indien er een besparing op de algehele zorgkosten gerealiseerd wordt deze definitief toegekend wordt aan de huisartsen(groep).

Uitbreiding van het POH zorgaanbod is noodzakelijk. Momenteel bestaat het aanbod uit de modules diabetes en CVRM, echter blijkt uit een recente enquête van Respaldo dat uitbreiding met een POH-GGZ zeer wenselijk is. Dit komt de kwaliteit en de structuur van de GGZ op Aruba ten goede.

5. *Samenwerking zorgstromen minimaal*

“Multifunctionele geïntegreerde zorg voor de patiënt” behoort continu, dicht bij de patiënt te staan. Hierbij is samenwerking tussen alle zorgverleners van de patiënt essentieel. De eerste stap is zo snel mogelijk streven naar integratie van de verschillende



Informatiesystemen met als uitgangspunt hoe minder schakels hoe efficiënter/beter. Creëer een netwerk tussen Promedico, Cerner (HOH en Imsan), openbare apotheken en zorgdomein. Idealiter vindt er een fusie plaats tussen zowel de openbare apotheken als de laboratoria onderling met erkenning van elkaars accreditatie (nadat deze op peil zijn gebracht). Voor de huisartsenpraktijken zouden er prikkels moeten ontstaan om over te stappen naar groepspraktijken/gezondheidscentra. Denk hierbij aan een investeringsaftrek op belastingen, voordelige hypotheek/huur, maar ook bonustarieven bij samenwerking en het halen van vooraf gestelde doelen. Het voordeel van samenwerking binnen een groepspraktijk betekent een betere waarneemregeling (met eventueel een HIDHA), het delen van praktijkkosten en personeel en gebruikmaken van elkaars expertise (na eventuele uitbreiding bekwaamheden) maar ook het hebben van multidisciplinair overleg (MDO). Hierbij zou het handig zijn indien er meerdere disciplines gehuisvest zouden zijn in hetzelfde gebouw (gezondheidscentrum). Dit leidt dan ook tot meer integratie en verhoging van kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Een specifiek voordeel is het exploreren van anderhalvelijnszorg. Hierbij wordt de specialist gevraagd als consulent in de eerste lijn spreekuur te doen/mee te kijken. Dit fenomeen wordt steeds vaker omarmd in NL en bewijst van toegevoegde waarde te zijn voor de ervaring van zowel de patiënt als de zorgverleners. Daarnaast is het bij financiering binnen het eerstelijnsbudget ook kostenbesparend en voordelig door het filteren van onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis met kortere wachttijden als gevolg. Ook het ontwikkelen van zorgpaden met een integrale aanpak en financiering is een efficiënte maatregel om de zorgkosten te verlagen met een verbetering van de geboden zorgkwaliteit. Zorgverleners worden niet meer per verrichting betaald maar voor hun aandeel in de zorgketen van een patiënt. Deze vorm van bekostiging geeft ook prikkels tot een goede samenwerking en overdracht met een maximum aan verdien capaciteit per behandeling. Het doel is bijvoorbeeld na een ingreep het aantal dure ligdagen te verkorten en de patiënt zo snel mogelijk naar de volgende schakel in het zorgpad over te laten gaan zoals revalidatie met

daarna integratie naar de nieuwe thuissituatie onder begeleiding van de huisarts/wijkverpleging (WGK). Er moet gestreefd worden naar substitutie van (duurdere) tweedelijnszorg naar de eerstelijns.

6. *Niveau qua dienstverlening/uitrusting van huisartsenpraktijken verschilt nog te veel*

Als beroepsgroep begint het bij een gedegen visie waarbij wij bepalen wat voor onze leden kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg inhoudt. Dit wordt ons uithangbord en onze missie.

Waar we naar toe moeten is het stellen van een benchmark aan minimum kwaliteitseisen waar een huisartsenpraktijk en onze leden aan moeten voldoen. Dit stelt de beroepsgroep zelf vast door middel van bepaalde pijlers waarop getoetst kan worden. Zie het als een soort accreditatie voor de lokale situatie op 5.1.2a die een aantal jaar geldig is en om de zoveel jaar opnieuw getoetst wordt. Het is vergelijkbaar met de Health & Happiness code in de toerismesector. Een kwaliteitskeurmerk die bij voorkeur vastgelegd wordt in de wet Arubig. Het geeft de prikkel tot verdere ontwikkeling en innovatie. De eisen veranderen ook mee met de tijd. Praktijken die niet meedoen glijden langzaam af en worden als minderwaardig gezien. De ondergrens moet omhoog en leden moeten elkaar motiveren zich verder te ontwikkelen. Constructieve feedback vanuit het bestuur of door medeleden moet ook gezien worden als hulpmiddel en niet als kritiek, iets waar in de 5.1.2a gemeenschap weinig ruimte voor is en waar verantwoordelijkheid nemen vaker gemeden wordt. Intervisie, praktijkvergelijking en nascholingsnormen zullen hierin een rol gaan spelen.

Conclusie

Met de beoogde structurele hervormingen in het landspakket zorg in het getekend akkoord tussen 5.1.2a en Nederland voor liquiditeitssteun is de tijd aangebroken om zo snel mogelijk na te denken over een efficiëntere, duurzamere en toekomstbestendige bekostiging van ons zorgstelsel. Dit allemaal met behoud en liefst blijvende verbetering van de kwaliteit. Er is in de visie van onze beroepsgroep geen enkel denkbaar scenario waarbij de eerstelijnszorg geen prominente(re) rol krijgt binnen de nieuwe structuur. We herhalen hierbij nogmaals dat een robuust, betaalbaar zorgstelsel begint met een sterke eerste lijn en een goede/efficiënte samenwerking tussen eerste- en tweede lijn. Dit is ook een van de pijlers uit het landspakket. Wij beogen voor de toekomst dan ook een belangrijkere positie voor de huisartsenzorg binnen het 5.1.2a zorgstelsel met grote verantwoordelijkheden die we bereid zijn te dragen, echter wel alleen met toereikende middelen en de juiste gezonde voorwaarden om te kunnen voldoen aan het gewenste hoogwaardige niveau waar onze kernwaarden huisartsenzorg voor staan. Daar hopen we met ons visiedocument naar toe te kunnen groeien. We vragen onze partners in de zorg en de AZV ons hierin te ondersteunen om onze sector op lange termijn naar een hoger niveau te tillen en samen te werken aan een betere toekomst na de covidcrisis voor de zorg en onze patiënten. Preventie, goede gezondheidsrelaties en een sterk netwerk tussen zorgverleners, zorgverzekeraar, landelijke zorginstanties (onder andere paramedici, WGK, psychologen, thuiszorg, transport) en de regering (bevorderen van gezonde levensstijl en beweging) is hierbij de sleutel tot een duurzaam, kwalitatief sterk zorgstelsel tegen beheersbare zorgkosten in de toekomst.