

De huisartsenzorg op Aruba

Gezien vanuit de bevolking, de patiënten en de zorgverleners



De huisartsenzorg op Aruba

Gezien vanuit de bevolking, de patiënten en de zorgverleners

Wienke Boerma
Sytske Wiegersma
Janneke Noordman
René Stüssgen
Robert Verheij



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Maart 2021

ISBN 978-94-6122-668-6

00 31 30 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

Omslagfoto: Wienke Boerma

© 2021 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Hoofdtaken van de eerstelijnszorg zijn het tijdig en doeltreffend hulp bieden bij ziekte en gezondheidsproblemen, en die proberen te voorkomen. Huisartspraktijken hebben daarin een spilfunctie, die alleen goed kan worden vervuld als mensen weten wat de huisartspraktijk te bieden heeft, dat ze daar gemakkelijk terecht kunnen, dat ze er goed geholpen worden en dat zorgverleners daar beschikken over benodigde informatie over de patiënten.

De opdracht die wij, onderzoekers van het Nivel, van het UO AZV kregen, was vast te stellen hoe het op Aruba met die voorwaarden is gesteld. Om die vraag te kunnen beantwoorden hebben wij in dit onderzoek veel gegevens verzameld bij diverse betrokkenen. Zo werden er in bijna alle praktijken vragen gesteld aan de huisarts, de praktijkondersteuner en aan patiënten in de wachtkamer. Verder hebben enquêteurs bij een groot aantal mensen thuis een vragenlijst afgenomen. Tenslotte hebben de onderzoekers inzage gekregen in de (geanonimiseerde) gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van de huisartspraktijken om vast te stellen hoe die worden bijgehouden.

Door een heel goede medewerking van betrokkenen op Aruba, is deze brede opzet goed gelukt. Als gevolg daarvan geven de in dit rapport gepresenteerde resultaten een solide beeld van de stand van zaken. En die resultaten kunnen ook helpen bij de aanpak van knelpunten in de zorg die door de Covid-19 pandemie extra naar voren zijn gekomen.

We bedanken alle betrokken patiënten, zorgverleners, de huisartsenvereniging HAVA, de ziektekostenverzekeraar en opdrachtgever UO AZV, het Wit Gele Kruis Aruba, het Central Bureau of Statistics Aruba, het Ministerie van Toerisme, Volksgezondheid en Sport, de Directie Volksgezondheid en andere betrokken instanties dan ook van harte voor hun belangrijke inbreng en de samenwerking bij de uitvoering van dit onderzoek.

Wij hopen dat de resultaten en conclusies voor betrokkenen aanleiding zullen zijn met elkaar van gedachten te wisselen over aanknopingspunten voor het beleid en de zorgpraktijk. Onze aanbevelingen kunnen daar behulpzaam bij zijn. Uiteindelijk gaat het erom het zorgaanbod zo goed mogelijk te laten aansluiten op de behoeften van de Arubaanse bevolking.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting	7
1 Achtergrond en aanpak van het onderzoek	11
1.1 Het onderzoek als update voor beleid	11
1.2 Doel en vraagstelling van het onderzoek	11
1.3 Aanpak van de vier onderdelen	12
1.4 Activiteiten gedurende het onderzoek	15
2 Bevolking, volksgezondheid en zorgsysteem	17
2.1 Land en economie	17
2.2 Bevolking en volksgezondheid	18
2.3 De gezondheidszorg	20
3 Huisartsen: toegankelijkheid, werkwijze en zorgaanbod	24
3.1 Kenmerken van de huisartsen en de praktijken	24
3.2 Toegang tot de zorg	27
3.3 Zorgcontacten	33
3.4 Het zorgaanbod in de huisartspraktijken	36
3.5 Samenwerking en coördinatie van zorg	42
3.6 Voorwaarden voor het zorgproces	44
3.7 Kwaliteitsbevordering	49
3.8 Reflectie van de huisartsen op hun werk	50
3.9 Samenvatting	52
4 Praktijkondersteuners en hun werk	54
4.1 Wie zijn de praktijkondersteuners?	54
4.2 Toegang tot POH zorg	54
4.3 Aantallen zorgcontacten	55
4.4 Werkzaamheden	56
4.5 Samenwerking en coördinatie van zorg	58
4.6 Voorwaarden voor het zorgproces	59
4.7 Kwaliteitsbevordering	61
4.8 Oordeel van de praktijkondersteuners over hun werk	61
4.9 Samenvatting	62
5 Patiënten in de huisartspraktijk: ervaringen en beleving	64
5.1 Wie bezoeken de huisartspraktijken?	64
5.2 Gebruik van direct toegankelijke zorg	65
5.3 Toegankelijkheid van zorgvoorzieningen	67
5.4 Patiënten over hun huisarts en de praktijk	68
5.5 Hoe zien patiënten de functie van de huisarts?	70
5.6 Samenvatting	72
6 De algemene bevolking over gezondheid en (eerstelijns)gezondheidszorg	74

6.1	Respondenten en hun gezondheid	74
6.2	Gebruik van direct toegankelijke zorg	75
6.3	Toegankelijkheid van zorg	80
6.4	Waardering voor de huisarts	82
6.5	Meningen over aanbod van zorg	84
6.6	Oordeel over de gezondheidszorg en de rol van de huisarts bij klachten	85
6.7	Samenvatting	87
7	Kwaliteit van de medische verslaglegging: resultaten van de EPD-scan	90
7.1	Achtergrond bij de EPD scan	90
7.2	Registratie van de praktijkpopulatie	92
7.3	Registratie van contacten	93
7.4	Registratie van consulten	94
7.5	Registratie van verrichtingen	97
7.6	Registratie van gezondheidsproblemen met ICPC	99
7.7	Geneesmiddelenvoorschriften	101
7.8	Diagnostiek	103
7.9	Verwijzingen	105
7.10	Samenvatting	107
8	Antwoorden en aanbevelingen	110
8.1	Antwoorden op de onderzoeksvragen	110
8.2	Aanbevelingen	114
	Referenties	118
	Bijlage A Kenmerken van respondenten	120
A.1	Kenmerken van de huisartsen (uit Huisartsenenquête)	120
A.2	Kenmerken van de POHs (uit POH enquête)	120
A.3	Kenmerken van patiënten in de wachtkamer (uit Patiënten-enquête)	121
A.4	Kenmerken van de geënquêteerde bevolking (uit Bevolkingsenquête)	122
	Bijlage B Tabellen bij Hoofdstuk 7	125
	Bijlage C Voorbeeld spiegelrapportage huisartsen	134

Samenvatting

Dit onderzoek

Het onderzoek richtte zich op de eerstelijnszorg, en met name op goede toegankelijkheid, samenwerking tussen zorgverleners en de geboden zorg. Vrijwel alle huisartsen en praktijkondersteuners deden mee aan de enquêtes. Daarnaast zijn zowel mensen thuis als patiënten in de wachtkamer geïnterviewd. En tenslotte kregen de onderzoekers een gedetailleerd beeld van de volledigheid van medische dossiers die huisartsen bijhouden; en daarmee van de mogelijkheden om die te gebruiken voor het monitoren van de gezondheid en het zorggebruik van de Arubaanse bevolking. De resultaten van deze brede aanpak van het onderzoek geven een goed beeld van de eerstelijnszorg op Aruba en laten zien hoe deze verder versterkt kan worden.

Resultaten

De resultaten van de genoemde onderdelen van het onderzoek worden hieronder kort samengevat. Uitgebreidere samenvattingen staan in de slotparagrafen van elk hoofdstuk.

De huisartsen

De gemiddelde huisartspraktijk op Aruba is groot, bijvoorbeeld vergeleken met Nederland, maar er zijn grote onderlinge verschillen. De meeste huisartsen vinden dat er te weinig zorgverleners zijn in de eerste lijn. De praktijken zijn goed over het eiland gespreid en daardoor goed bereikbaar voor patiënten. Ook de openingstijden tijdens kantooruren en het maken van een afspraak voor een consult zijn naar tevredenheid van de patiënten. Echter, als de praktijken dicht zijn, weten veel patiënten niet goed waar ze terecht kunnen.

Verreweg de meeste consulten vinden in de spreekkamer plaats en de duur ervan verschilt sterk tussen de huisartsen. E-mailconsulten komen weinig voor en niet alle huisartsen leggen huisbezoeken af. De behandeling van klachten van patiënten over de zorgverlening is voor verbetering vatbaar.

Het zorgaanbod van huisartsen verschilt sterk, zowel in de problematiek die ze zien in het eerste contact, als de aandoeningen die ze behandelen of de verrichtingen die ze doen. Niettemin voelen veel huisartsen voor taakuitbreiding, zoals in de kleine chirurgie, diabeteszorg en cardiovasculaire screening. Afgaande op gerapporteerde medische uitrusting zijn de praktijken redelijk goed voorzien.

Samenwerking in de eerste lijn is nu nog weinig ontwikkeld, maar huisartsen hebben wel belangstelling om meer in groepspraktijken te gaan werken; en ze zijn ook voor bredere samenwerking met bijvoorbeeld wijkverpleging, fysiotherapie en maatschappelijk werk. Ook is er behoefte aan werken in deeltijd. Wat werksatisfactie betreft, vindt een groot deel het werk nog net zo interessant als vroeger; men ervaart echter stress van het werk en heeft zorgen over het respect voor het beroep van huisarts.

De praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijken (POHs)

POHs zijn vaak HBO verpleegkundigen en betrekkelijk kort in deze functie werkzaam. Een meerderheid werkt (in deeltijd) in twee praktijken. Het aantal patiëntencontacten dat ze hebben en de planbaarheid van het werk verschillen sterk tussen de praktijken. Het aantal patiënten dat

bekend is met diabetes is ook heel verschillend van praktijk tot praktijk. POHs hebben nog heel weinig zorgcontacten per email en ze gaan zelden op huisbezoek.

Onder regie van hun werkgever, het Wit Gele Kuis (WGK), werken POHs volgens een DM2 ketenprotocol, waardoor hun zorgaanbod in grote lijnen gelijk is. Er is zelden sprake van een groepsgewijze aanpak, bijvoorbeeld op onderdelen van de zorg voor ouderen. Naast de patiëntenzorg worden POHs ook ingeschakeld bij andere voorkomende werkzaamheden in de praktijk.

De samenwerking van POHs beperkt zich vooral tot hun huisarts en collega-POHs. POHs ervaren weinig stress in hun werk, maar ze zijn kritisch over administratieve rompslomp, de zin van onderdelen van het werk en de waardering daarvoor, ook financieel.

De patiënten in de wachtkamer

De meeste geïnterviewde patiënten in de wachtkamer noemen de eigen gezondheid goed of zeer goed; een derde heeft een chronische aandoening. Huisartspraktijken (en ook apotheken) zijn doorgaans dichtbij gevestigd en men is tevreden met openingstijden en beschikbaarheid van een arts tijdens kantooruren. Men is minder te spreken over de wachttijd in de wachtkamer.

Ruim een kwart van de patiënten bezocht het afgelopen jaar ook de spoedeisende hulp (SEH) in het ziekenhuis; meestal niet vanwege een spoedeisende klacht, maar omdat de huisarts – buiten kantooruren – volgens de patiënt niet beschikbaar was. Toch is de algemene tevredenheid met de eigen huisarts groot, met als ervaren sterke punten: luisteren, uitleggen, tijd nemen, eerdere aandoeningen kennen en open staan voor feedback. Minder open lijkt de huisarts voor niet-medische problemen en hij of zij lijkt weinig geneigd tot interventies tegen roken en het gebruik van alcohol. Ook vindt men dat de huisarts niet erg bereid is een huisbezoek af te leggen. Slechts weinig patiënten weten van het bestaan van een klachtenbus in hun huisartsenpraktijk.

Over bejegening door de receptiemedewerkers zijn patiënten verder erg te spreken en de introductie van POHs zien zij als een verbetering in de zorgverlening.

Veel patiënten betwijfelen of de praktijk voldoende medische apparatuur heeft, en een aanzienlijke minderheid is van mening dat het altijd beter is om door een medisch specialist behandeld te worden dan door een huisarts. Huisartsen lijken geen groot obstakel zijn om toegang te krijgen tot medisch specialistische zorg, want maar weinig patiënten ervaren belemmeringen om te worden doorverwezen. Opmerkelijk is hoe weinig reden patiënten zien om met serieuze klachten de huisarts te consulteren. Dit kan zowel wijzen op beperkte gezondheidsvaardigheden als op een lage inschatting van wat de huisarts bij deze klachten kan betekenen.

De algemene bevolking

Twee derde van de geïnterviewden in de algemene bevolking vond de eigen gezondheid goed of zeer goed; één derde had een chronische aandoening. De Spoedeisende Hulp (SEH) bezocht men vaker dan de Huisartsenpost (HAP), en ook hier ging het meestal niet om echte spoedeisende problemen maar meer om twijfels over de beschikbaarheid van een huisarts op dat moment.

Niet iedereen blijkt te weten dat men in principe van huisarts kan veranderen; wat in werkelijkheid overigens beperkt mogelijk is door gesloten praktijken. Een ruime meerderheid van de mensen zou de eigen huisarts bij anderen aanbevelen. Als een bezoek aan de huisarts al wordt uitgesteld, heeft dat meestal redenen in de persoonlijke sfeer; bij (lang) uitstel van een bezoek aan de tandarts, ook een eerstelijns voorziening, spelen er vaak financiële redenen. Toch vindt een ruime meerderheid dat de AZV hun zorgkosten grotendeels dekt. Bijna een kwart van de mensen ging het afgelopen jaar naar particuliere artsen of klinieken, vooral in het buitenland. Men verwacht er sneller en beter geholpen te worden.

De algemene bevolking is kritischer over de huisartspraktijken dan patiënten in de wachtkamer, bijvoorbeeld over de onvoldoende toegankelijkheid, niet snel genoeg doorverwijzen en te weinig

beschikbare medische apparatuur. Ruim één op de drie twijfelt aan de deskundigheid van de huisartsen. Men lijkt verder niet goed te weten waar men 's avonds of in het weekend heen moet voor zorg. Een ruime meerderheid wil de Arubaanse gezondheidszorg ingrijpend veranderen. Eveneens een ruime meerderheid in de bevolking wordt liever behandeld door een medisch specialist dan door een huisarts. Velen vinden het niet zinvol om bij klachten (eerst) een huisarts te consulteren.

De kwaliteit van de elektronische patiëntendossiers (EPD)

In de enquête rapporteren de huisartsen dat ze het elektronisch patiëntendossier goed bijhouden, al ontbreekt daarin veelal informatie over de leefsituatie, medische familiegeschiedenis en informatie uit overleg met andere zorgverleners.

Uit de EPD scan over 2017 en 2018 blijkt een duidelijke verbetering in het bijhouden van de elektronische dossiers. Het aantal geregistreerde patiëntcontacten was bijvoorbeeld in 2018 veel groter dan in 2017, wat op een meer complete registratie wijst. Toch lijkt verdere verbetering mogelijk. Er zijn bijvoorbeeld grote verschillen tussen praktijken in het aantal geregistreerde verrichtingen, wat lijkt te duiden op verschillen in volledigheid van de registratie op dat punt. Diagnosen en symptomen worden wel bijna altijd geregistreerd met behulp van een ICPC code. Als deze worden doorgerekend naar prevalenties, zoals het Nivel dat in Nederland doet, komen we echter veel lager uit dan in de Nederlandse situatie. Ook het aantal patiënten dat geneesmiddelen krijgt voorgeschreven is op Aruba lager dan in Nederland. In het aantal geregistreerde geneesmiddelen voorschriften zien we grote verschillen tussen de praktijken; evenals in het registreren van testuitslagen. Deze verschillen kunnen te maken hebben met de veel jongere bevolking op Aruba vergeleken met Nederland. Het aantal verwijzingen naar medisch specialistische zorg is daarentegen veel hoger op Aruba, wat in lijn is met de eerder genoemde voorkeur voor behandeling door een medisch specialist.

Aanbevelingen

De onderzoekers hebben aanbevelingen geformuleerd om gedachtewisseling over het gebruik van de resultaten te bevorderen. In hoofdstuk 8 zijn de aanbevelingen ook van een toelichting voorzien.

Over de toegang tot zorg buiten kantooruren

- Voor continuïteit van zorg is het wenselijk dat de huisartsenzorg buiten kantooruren beter georganiseerd en afgestemd is.
- Om regels voor het gebruik van de Huisartsenpost (HAP) en de SEH een grotere bekendheid te geven, moet in de praktijken duidelijker informatie worden gegeven over de huisartsenzorg buiten kantooruren.
- Om de huisartsenzorg buiten kantooruren 'in de buurt' beter toegankelijk te maken, kunnen huisartspraktijken in het weekend (bijvoorbeeld op zaterdagochtend) open zijn.

Over de geboden zorg

- Ter wille van de kwaliteit van zorg, zou moeten worden gestreefd naar een meer homogene invulling van het takenpakket door de huisartsen.
- Ter wille van een meer geïntegreerd zorgaanbod in de eerste lijn zou onderzocht moeten worden of uitbreiding met bepaalde taken, bijvoorbeeld rond preventie en gezondheidsbevordering, wenselijk en mogelijk is voor huisartspraktijken.

Over samenwerking en samenhang

- Een multidisciplinair aanbod van eerstelijnszorg vraagt om samenhang en samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn.
- Om onnodig gebruik van medisch specialistische zorg in de tweede lijn te verminderen, moet gestreefd worden naar meer integratie van eerstelijnszorg en medisch specialistische zorg .

Over de huisartspraktijken in de toekomst

- Een completer en meer afgestemd zorgaanbod vraagt om huisartspraktijken die onderdeel zijn van een samenwerkingsverband met verschillende expertise en waarin ook ruimte is voor de individuele wensen van huisartsen omtrent hun werkomgeving.

Over de rol van de patiënt in de zorg

- Het zorgstelsel moet structureel meer georganiseerd worden rond de patiënt en gericht zijn op de behoeften van de patiënt.

Over communicatie naar de bevolking en beeldvorming

- Onder de bevolking is onvoldoende begrip en waardering voor de huisarts. Daar dient verandering in te komen als een sterke eerste lijn de ambitie is.
- Effecten van maatregelen gericht op een andere rol van gebruikers en een betere informatievoorziening dienen zichtbaar gemaakt te worden om er achter te komen in hoeverre de maatregelen werken.

Verder met het elektronisch patiëntendossier (EPD)

- Het is belangrijk door te gaan met de verbetering van de verslaglegging in de EPDs. Dit kan door de huisartsen de voordelen van een goed bijgehouden dossier te laten ervaren, zoals door spiegelrapportages en periodieke herhaling van een EPD-scan
- Begin met het gebruiken van gegevens uit de EPDs van de huisartsenpraktijken om de gezondheid en het zorggebruik van de Arubaanse bevolking te monitoren.

1 Achtergrond en aanpak van het onderzoek

1.1 Het onderzoek als update voor beleid

Dit onderzoek past in een langjarig beleid ter versterking van de eerstelijnszorg op Aruba. Het beoogt de rol van de eerstelijnszorg en de beeldvorming daarover in kaart te brengen vanuit het perspectief van de zorgaanbieders, met name in de huisartspraktijken, de zorgvragers (de patiënten), en de Arubaanse bevolking in het algemeen.

Het beleid op Aruba sluit aan bij mondiaal gepropageerde uitgangspunten als 'Health for All' en 'Universal Health Coverage', met centrale thema's als: passende zorg; faire financiering en een samenhangend en toegankelijk stelsel van goede zorgverlening. De huidige verplichte zorgverzekering, bijvoorbeeld, biedt vrijwel de hele bevolking een omvattend zorgpakket. Verder is het optimaliseren van de zorgverlening vanuit de huisartspraktijken, inclusief een goede toegankelijkheid, op Aruba een aanhoudende beleidsprioriteit. Al in 2008 begonnen de overheid, de huisartsenvereniging (HAVA) en ziektekostenverzekeraar UO AZV (het Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering) met een scholingsprogramma om artsen in de eerste lijn die nog geen huisartsenopleiding hadden gevolgd op het gewenste competentieniveau te krijgen (Schoonheim & Van der Erve, 2008). Er kwam een huisartsenopleiding op Aruba om jonge artsen van het eiland beter toegang te geven tot de opleiding (www.hovumc.nl/aruba/). Ter verbetering van de informatievoorziening in de huisartspraktijken werd in 2011 eiland-breed één uniform elektronisch patiëntendossier (EPD) geïntroduceerd. Om het juiste gebruik daarvan te bevorderen zijn er in 2015 en 2018 cursussen aangeboden, gebaseerd op de ADEPD richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Boesten e.a., 2013). Een recente kwaliteitsimpuls in de eerstelijnszorg, vooral gericht op de zorg voor mensen met een chronische aandoening, was de intrede van praktijkondersteuners (POH) die momenteel aan vrijwel alle huisartspraktijken zijn verbonden; ze zijn in dienst van het Wit Gele Kruis (WGK), dat ook hun bij- en nascholing verzorgt.

De behoefte, bij onder meer het UO AZV, aan een brede inventarisatie in de eerstelijnszorg op Aruba is de aanleiding voor dit onderzoek. Zowel de aanbieders van zorg zouden hierin betrokken moeten worden als ook de patiënten en de bevolking in het algemeen. Een apart aandachtspunt zou de kwaliteit van het bijhouden van de elektronische patiëntendossiers moeten zijn.

Bij het uitwerken van de opzet van het onderzoek heeft het Nivel gebruik gemaakt van de – in samenwerking met de WHO-Europa ontwikkelde – systematiek van de Primary Care Evaluation Tool (PCET, 2007, 2013) en van ervaring binnen de Nivel Zorgregistraties met onderzoek naar de kwaliteit van de medische verslaglegging. Het onderzoek is gestart op 1 december 2017.

1.2 Doel en vraagstelling van het onderzoek

Het onderzoek heeft twee doelen: in de eerste plaats de huisartsenzorg op Aruba in kaart te brengen, vanuit het perspectief van de bevolking, patiënten en zorgverleners, en daarnaast inzicht te krijgen in de kwaliteit van de elektronische patiëntendossiers in de huisartspraktijken. Genoemde doelen zijn geconcretiseerd in de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe toegankelijk en bereikbaar zijn de huisartspraktijken? (bezien vanuit de organisatie van de praktijken en zoals ervaren door de patiënten)
- In welke mate vindt samenwerking plaats tussen huisartsen, en tussen huisartsen en andere zorgverleners; en hoe ervaren de patiënten dit?
- Wat is de breedte van het door de huisartsen aangeboden curatieve en preventieve zorgpakket?
- Hoe staat het met de voorwaarden voor kwaliteit van de huisartsenzorg? (bijvoorbeeld het gebruik van richtlijnen en nascholing; aanwezigheid van een klachtenprocedure; continuïteit van dossiervorming bij wisseling van huisarts; gebruik van het medisch dossier; medische uitrusting).
- Hoe ervaren patiënten de voorzieningen in de praktijk en de aandacht en ruimte die ze in het zorgproces krijgen?
- Hoe zien patiënten de rol van de huisarts bij het beoordelen en behandelen van uiteenlopende klachten en problematiek?
- Hoe ervaren de huisartsen hun werk?
- Wat is de beeldvorming en wat zijn de verwachtingen bij de bevolking ten aanzien van de huisartsenzorg op Aruba; ook in relatie tot andere zorgaanbieders op Aruba en elders?
- Hoe is de kwaliteit van de medische verslaglegging in de elektronische patiëntendossier? In hoeverre is deze volledig en adequaat en bruikbaar voor monitoring van gezondheid en zorggebruik van de bevolking?

Gegevens voor het onderzoek werden verzameld vóór het uitbreken van de Covid19 pandemie, maar de resultaten zijn daardoor niet minder relevant. Bij het oplossen van knelpunten die tijdens de pandemie naar voren zijn gekomen, zijn de resultaten van dit onderzoek zeer bruikbaar. Daarbij is het ook van belang dat dit onderzoek meer inzicht heeft verschaft in de mogelijkheden om de EPDs van de huisartsen te gebruiken voor monitoring.

1.3 Aanpak van de vier onderdelen

Het totale onderzoek bestaat uit de volgende vier onderdelen: drie brede inventarisaties onder respectievelijk de huisartsen, hun patiënten en de algemene bevolking, aangevuld met een analyse van de kwaliteit van de verslaglegging in de EPDs in de huisartspraktijken. Deze onderdelen worden in de volgende paragrafen uitgelegd.

Drie inventarisaties

De brede inventarisatie met vragenlijsten is gebaseerd op de methodologie van de Primary Care Evaluation Tool (PCET) die in 2008 door het Nivel voor de WHO-Europa is ontwikkeld op basis van een theoretisch kader (afgebeeld in *Figuur 1*). Dit theoretisch kader is gebaseerd op een uitgebreide internationale literatuurstudie (Kringos e.a., 2010; Snoeijs e.a., 2012; Genet e.a., 2014). De onderzoeksthema's op Aruba zijn mede gebaseerd op dit theoretisch kader.



Figuur 1.1: Theoretisch kader van de Primary Care Evaluation Tool (PCET)

In het schema is beleidssturing de overkoepelende voorwaardenscheppende functie voor de (eerstelijns)gezondheidszorg. Ook meer specifieke voorwaarden zijn relevant, zoals het genereren en inzetten van personele, financiële en materiële middelen. Het proces van zorgverlening wordt gekenmerkt door vier functies, namelijk: toegankelijkheid; continuïteit; breedte van het zorgaanbod en coördinatie. Deze vier functies, die samen de sterkte van eerstelijnszorg in een land typeren, worden hieronder kort toegelicht.

- **Toegankelijkheid:** dit is het gemak waarmee zorg kan worden verkregen waar en wanneer nodig. Deze kan fysiek, psychologisch en financieel worden ingeperkt en door gebrek aan informatie.
- **Breedte van het zorgaanbod:** betreft de diversiteit aan zorg die direct aan de patiënt kan worden geboden; curatief, ondersteunend of preventief. De breedte van het zorgaanbod hangt samen met voorzieningen en uitrusting in de praktijk en de bekwaamheden van de zorgverlener.
- **Continuïteit van zorg:** gaat over verlening van zorg door de tijd heen. Een duurzame zorgrelatie met bijvoorbeeld een huisarts kan een gunstige voorwaarde zijn voor continuïteit.
- **Coördinatie van zorg:** is een voorwaarde voor 'naadloze' zorg, ook al zijn daarbij meerdere zorgverleners betrokken.

In de vragenlijsten voor huisartsen en patiënten zijn vragen opgenomen die informatie verschaffen over bovengenoemde kenmerken. We hebben daarbij ook rekening gehouden met wat op Aruba belangrijk is. Mede daardoor is er een aparte vragenlijst gemaakt voor de Praktijk Ondersteuners Huisartsenzorg (POH), over o.m. werkuren en tijdsbesteding, zorgverlening, gebruik van patiëntendossiers, samenwerking en coördinatie, faciliteiten en werkbeleving. De vragenlijst voor de Arubaanse bevolking ging vooral over de beeldvorming ten aanzien van de huisartsenzorg, ook in samenhang met het overige zorgaanbod.

De EPD scan

In de EPD-scan zijn gepseudonimiseerde gegevens uit de gecodeerde velden van de elektronische patiëntendossiers van de huisartsen geanalyseerd om de kwaliteit van de medische verslaglegging te kunnen beoordelen. Er is geen gebruik gemaakt van gegevens die genoteerd stonden in vrije tekst velden. Een volledig en adequaat bijgehouden patiëntendossier is belangrijk om goede zorg te leveren en continuïteit van zorg te waarborgen; daarnaast is het een mogelijke bron van informatie om de ontwikkelingen in de gezondheid en het zorggebruik van de Arubaanse bevolking te monitoren. In Nederland worden gegevens uit elektronische patiëntendossiers van huisartsen onder andere gebruikt voor de VTV (de Volksgezondheid

Toekomstvoorspellingen) en de Staat van de Volksgezondheid van het RIVM¹. In de huidige Covid-crisis worden ze o.m. gebruikt om veranderingen in zorggebruik en eventueel ondergebruik vast te stellen en patiënten met Covid-gerelateerde verschijnselen in de tijd te volgen.

Er kunnen tal van dingen mis gaan tussen het registreren van patiëntengegevens in de huisartspraktijk en de analyse en rapportage daarover (zie Verheij et al. 2018). Om te beginnen is het belangrijk dat huisartsen correct en volledig registreren. Gunstige omstandigheden voor Aruba zijn dat alle huisartsenpraktijken dezelfde registratiesoftware gebruiken (Promedico ASP) en dat huisartsen een cursus adequaat registreren hebben gevolgd volgens de principes van de ADEPD richtlijn van het NHG².

Een EPD bevat informatie over de praktijkpopulatie; de patiëntencontacten; de gepresenteerde gezondheidsproblemen; de voorgeschreven geneesmiddelen; aangevraagde diagnostiek; en verwijzingen naar de tweede lijn. Onze analyse van de EPD data was gericht op de volledigheid hiervan. Daarbij is op de volgende aspecten gelet:

- Goede vastlegging van de basale gegevens van de ingeschreven patiënten.
- Vastlegging van alle contacten, gerangschikt in episodes; inclusief huisbezoeken en contacten bij een huisartspost.
- Het coderen van symptomen en diagnoses met gebruikmaking van de ICPC classificatie.
- Volledige registratie van alle verwijzingen.
- Volledige registratie van uitslagen en meetwaarden, gerelateerd aan gestelde diagnoses.
- Vastlegging van voorgeschreven medicijnen (ook die door specialisten voorgeschreven).

In de vragenlijsten is aandacht besteed aan de vraag wie er betrokken is bij de registratie in de praktijk. Het vastleggen van basisgegevens, externe diagnostiek en behandelingen in het buitenland kan mogelijk worden overgelaten aan praktijkmedewerkers.

Alle deelnemende huisartsen hebben erin toegestemd dat alle gegevens over 2017 en 2018 werden geëxtraheerd uit de EPDs. De verwerking ervan was conform die van de Nivel Zorgregistraties eerste lijn³. Voor de juridische afstemming hebben de huisartsen met het Nivel een Bewerkersovereenkomst gesloten, op basis waarvan de leverancier van de software (Promedico ASP) de gepseudonimiseerde data uit de EPDs aan het NIVEL ter beschikking heeft gesteld. Verder waren hierbij de Nivel onderzoeksvoorwaarden van toepassing⁴. Bij de beoordeling van de kwaliteit van registreren werd de NHG richtlijn ADEPD (Adequate Dossiervorming met het Elektronische Patiëntendossier) als uitgangspunt gebruikt (NHG/Boesten, 2013).

Resultaten van de EPD-scan en de organisatie van de registratie worden gerapporteerd in Hoofdstuk 7. Daarnaast hebben alle 42 deelnemende huisartsen vertrouwelijk individuele spiegelrapportages ontvangen. Een voorbeeld van deze spiegelrapportage is opgenomen in Bijlage C.

¹ <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv> <https://www.staatvenz.nl/>

² https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/final_adepd_2019_web.pdf

³ www.nivel.nl/zorgregistraties

⁴ www.nivel.nl/onderzoeksvoorwaarden

1.4 Activiteiten gedurende het onderzoek

Voorbereiding

In de voorbereidingsfase hebben de onderzoekers zich, door desk research en gesprekken met stakeholders en betrokken personen, verdiept in de gezondheidszorg op Aruba en contacten gelegd die nodig zijn voor de uitvoering van het project. Bij het vinden van documenten voor desk research is de opdrachtgever behulpzaam geweest. Tijdens een eerste bezoek, in januari 2018, hebben twee leden van het projectteam gesprekken gevoerd met relevante personen en instanties. Gesproken is o.m. met de Minister van Toerisme, Volksgezondheid en Sport, directie en medewerkers van UO AZV; het bestuur van de huisartsenvereniging HAVA, CBS-Aruba, Inspectie Volksgezondheid (VGZ), Dienst Volksgezondheid (DVG), ITP Caribbean, Huisartsopleiding Aruba, WGK (Wit Gele Kruis), de Diabetesvereniging en leden van de Patiëntenraad van het ziekenhuis.

Onderwerp van bespreking waren de gegevensverzameling met vragenlijsten, de te houden interviews onder de algemene bevolking, de steekproeftrekking en de samenwerking met Arubaanse instellingen. Ook vond verkennend overleg plaats over de aanpak van het veldwerk, in het bijzonder met de HAVA, het CBS and het WGK.

In een tweede bezoek, in mei 2018, werden aangepaste versies van de vragenlijsten, interviewprotocollen en de uitgewerkte aanpak van het veldwerk besproken en vastgesteld met de opdrachtgever en andere betrokkenen.

De vier enquêtes

Met vragenlijsten werden gegevens verzameld bij: de huisartsen, POHs, patiënten in de wachtkamer van de huisartspraktijken en de algemene bevolking. Gegevensverzameling voor de bevolkingsenquête (m.b.v tablets bij de mensen thuis) werd uitgevoerd door enquêteurs van CBS-Aruba. De vragenlijst voor huisartsen was beschikbaar in het Nederlands, Spaans en Engels. De gebruikte vragenlijsten voor patiënten in de wachtkamer en de bevolking waren beschikbaar in het Nederlands, Spaans, Papiaments en Engels.

Gezien de beperkte omvang van de populatie huisartsen (N = 45) en POHs (N = 20) zijn beide groepen in zijn geheel uitgenodigd. De patiënten in de wachtkamer werden door CBS enquêteurs gevraagd schriftelijk of mondeling de vragen te beantwoorden. De enquêteurs bezochten, na afspraak met de assistente, de praktijk om daar de vragenlijst af te nemen. Daar gingen zij mee door tot in de betreffende praktijk de beoogde 20 patiënten de vragenlijsten hadden beantwoord. Het invoeren van de gegevens van de huisartsenenquête en de enquête onder de POHs heeft op het Nivel plaatsgevonden, terwijl de vragenlijsten onder patiënten in de wachtkamer bij het CBS Aruba zijn ingevoerd.

Voor het bevolkingsonderzoek is door CBS Aruba een random steekproef getrokken uit de bevolking van 18 jaar en ouder (deze bedraagt 84.704 op een totale bevolking van 114.000, per medio 2018). In overleg met CBS Aruba werd de benodigde response vastgesteld op 1.058 respondenten (1.25%).

De vragenlijst voor het bevolkingsonderzoek is door het Nivel ontwikkeld, rekening houdend met de lokale omstandigheden. Het veldwerk voor het bevolkingsonderzoek is in overleg met het CBS vormgegeven en verder geheel door het CBS uitgevoerd (www.cbs.aw). Gegevens zijn door het CBS in de computer ingevoerd en het databestand is naar het Nivel gestuurd.

De EPD-scan

Om te bewerkstelligen dat zoveel mogelijk huisartspraktijken met de EPD-scan zouden meedoen, heeft het Nivel uitgebreid voorlichting gegeven, in nauwe samenwerking met de huisartsenvereniging HAVA. De EPD-scan op Aruba lijkt qua opzet veel op die eerder in Nederland is uitgevoerd, waarbij getoetst wordt in hoeverre de registratie voldoet aan de NHG richtlijn adequaat registreren in het EPD (ADEPD). Gepseudonimiseerde data over 2017 en 2018, waarover het Nivel via Promedico de beschikking heeft gekregen, zijn gebruikt voor de analyses.

Rapportage

In juli 2019 werd een eerste conceptrapport (met uitzondering van het hoofdstuk over de EPD-scan) aan de opdrachtgever en de HAVA toegestuurd voor commentaar. De ontvangen suggesties werden verwerkt in een volgende versie die aan de HAVA is gestuurd met het verzoek om feedback. Doordat levering van de EPD data lang op zich liet wachten, kon eind 2019 pas een eerste zeer voorlopig concept van het EPD hoofdstuk aan AZV en HAVA worden toegezonden. Daarin waren door de onderzoekers nog veel vragen om verheldering van de data geformuleerd. Feitelijk konden de data pas worden geanalyseerd in het voorjaar van 2020, nadat de noodzakelijke verhelderingen waren ontvangen. Het eindrapport kon tenslotte in februari 2021 worden voltooid.

Disseminatie

Met dit openbare eindrapport heeft in principe iedereen toegang tot de uitkomsten van het onderzoek en het is dan ook een essentieel onderdeel van het disseminatieproces. Beperkingen als gevolg van de Covid pandemie hebben voorgenomen disseminatieplannen doorkruist. Het is niet waarschijnlijk, dat de onderzoekers in de gelegenheid zullen zijn de resultaten op Aruba aan betrokkenen te presenteren en deel te nemen aan de discussie over de aanbevelingen.

Alternatieve mogelijkheden zullen worden benut.

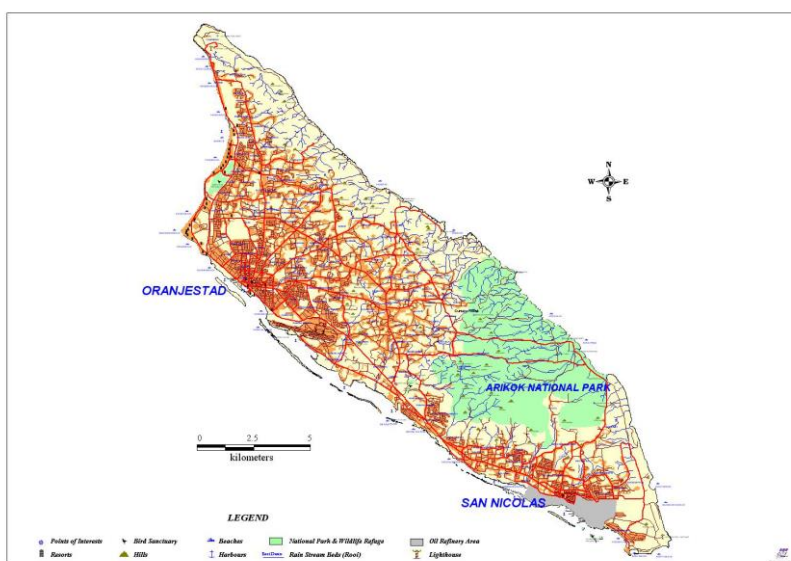
Met de formulering van aanbevelingen, in hoofdstuk 8, beogen de onderzoekers, op basis van de onderzoeksresultaten, bij te dragen aan een gedachtewisseling over verdere ontwikkeling van de eerste lijn op Aruba.

2 Bevolking, volksgezondheid en zorgsysteem

Met geografische, economische en demografische gegevens schetsen we in dit hoofdstuk de context van dit onderzoek. Uiteraard komen ook de volksgezondheid en het zorgstelsel aan bod. De onderzoekers hebben daarbij gebruik gemaakt van schriftelijke bronnen, observaties opgedaan tijdens werkbezoeken en feedback ontvangen van opdrachtgever UO AZV en de huisartsenvereniging HAVA.

2.1 Land en economie⁵

Aruba (zie *Figuur 2*) is met 112.000 inwoners op 180 km² een dichtbevolkt land. De hoofdstad Oranjestad telt 35.000 inwoners. Het eiland is 31 kilometer lang en op het breedste punt 8 kilometer breed en ligt ruim 20 kilometer voor de kust van Venezuela. De noordoost kant bestaat uit steile rotsen, terwijl de zuidwestelijke kant lieflijk is met prachtige stranden en een rustige zee met koraalriffen. Die omstandigheden, en het tropische klimaat, maken Aruba tot een geliefde bestemming voor vakantiegangers.



Figuur 2.1: Het eiland Aruba

Klimatologische veranderingen zijn ook op Aruba merkbaar: de neerslag is de afgelopen jaren sterk afgenomen en de windsnelheid gegroeid. Dit laatste bevordert de elektriciteitsproductie in het recent ontwikkelde windpark. De drinkwatervoorziening hoeft door de grotere droogte niet in gevaar te komen omdat drinkwater uit zeewater wordt gemaakt.

Sedert 1986 is Aruba een zelfstandig land en heeft het een eigen bestuur; het buitenlands beleid en de defensie zijn evenwel aangelegenheden van het Koninkrijk der Nederlanden, waar Aruba deel van uitmaakt, net als het naburige Curaçao, het bovenwindse Sint Maarten en Nederland.

⁵ Bronnen: Statistical yearbook 2015 CBS Aruba (laatst beschikbare); Wikipedia (<https://wikipedia.org/wiki/Aruba>); CBS Quarterly Demographic Bulletin; 1st quarter 2019; The population of Aruba 65 years and older and the world of ICT. CBS ICT Survey 2017; Destination Aruba, Recent migrants in our society; AMIS 2016, CBS, 2018; Recente cijfers op <https://www.cbs.aw>

Het Nederlands is één van de officiële talen, naast het Papiaments, dat op Aruba het meest wordt gesproken.

De politieke macht ligt bij het gekozen parlement en de Raad van Ministers. Het parlement van Aruba bestaat uit één kamer met 21 leden die voor vier jaar worden gekozen. Afgaande op de hoge opkomst bij verkiezingen, rond de 85%, leeft de politiek bij de Arubaanse bevolking.

In vergelijking met andere landen in de regio, is Aruba welvarend. Per hoofd van de bevolking bedroeg in 2014 het Bruto Nationaal Product (BNP) AWG 43.982,-. Ter vergelijking: voor Colombia was dat AWG 14.148,- en voor Venezuela AWG 29.741,-. In de periode tussen 2013 en 2017 is het Arubaanse BNP toegenomen met 13% (zie ook Tabel).

Tabel 2.1: Het Arubaans bruto nationaal product (BNP), 2013-2017

Bruto Nationaal Product (BNP)	2013	2015	2017
BNP (in AWG) per hoofd van de bevolking	4.836	5.226	5.471
Toename in BNP	--	8.1%	4.7%

Het toerisme is steeds meer de motor van de Arubaanse economie geworden. Tot de uitbraak van de Covid pandemie kwamen er jaarlijks ruim 1.8 miljoen toeristen op bezoek, oftewel 16 maal de eigen bevolking. Twee-derde komt per vliegtuig – de stay-over passagiers - en één-derde met één van de bijna 300 cruiseschepen die het eiland jaarlijks aandoen. Ongeveer de helft van alle toeristen komt uit de Verenigde Staten.

De welvaart is niet gelijk over het eiland verdeeld. Het florerende toerisme concentreert zich in het noordwestelijke deel, terwijl het zuidoosten wordt gedomineerd door een olieraffinaderij die lange tijd veel welvaart bracht, maar sinds 2011 is gesloten. Het gebied rond San Nicolas is er sociaal-economisch door achterop geraakt.

2.2 Bevolking en volksgezondheid⁶

De **bevolking** van Aruba omvat officieel ruim 112.000 inwoners (2019), al is het werkelijke aantal wellicht wat groter. Met 612 inwoners per vierkante kilometer is het zeer dichtbevolkt; op Curaçao, bijvoorbeeld, is dit aantal 337 en in Nederland 411. Echter, Sint Maarten is met ruim 1.000 inwoners per km² nog beduidend dichter bevolkt.

Tussen 2005 en 2015 nam de bevolkingsdichtheid toe met 12%, van 555 tot 612. Deze vond in zijn geheel plaats in het noordoostelijk deel van Aruba; in de zuidoostelijke regio van San Nicolas was er een bevolkingskrimp. De toename van de bevolking is het resultaat van het geboorteoverschot en, in belangrijker mate, het migratieoverschot (zie Tabel 2.2).

⁶ Bronnen: Statistical Yearbook 2015, CBS; CBS Quarterly Demographic Bulletin 2019 (1st quarter); www.cbs.aw; PAHO Health Profile, www.paho.org/data; CBS. Destination Aruba. Recent immigrants in our society. AMIS 2016. Frank Eelens. Aruba, een vergrijzende multiculturele samenleving. Demos, januari 2012

Tabel 2.2: Geboorte, sterfte en migratie

Demografische indicatoren (2015)	Geboorten en sterfte	Migratie
Levend geboren	1.244	
Sterfte	679	
Immigratie		3.504
Emigratie		2.334
Saldo	+ 565	+ 1.170

De Arubaanse samenleving is kleurrijk qua samenstelling, maar vergrijst als we kijken naar de leeftijdsopbouw. Het vruchtbaarheidscijfer is tussen 1960 en 1980 snel gedaald, terwijl ook meer jongeren naar Nederland zijn vertrokken. Tussen 2000 en 2015 nam het aandeel 65-plussers toe van 7% tot 13.6%.

Migratie is door de crisis in Venezuela een punt van zorg geworden, maar is een al lang bestaand verschijnsel. In 2010 was ruim een derde van de inwoners van Aruba in een ander land geboren. Er zijn landen in de regio waar dit percentage veel hoger ligt; op Sint Maarten, bijvoorbeeld, was 70% elders geboren. Van de recente migranten is het merendeel (65%) afkomstig uit landen in de regio, zoals Colombia, Venezuela en de Dominicaanse Republiek. Toch blijft Nederland het land waar de meeste migranten vandaan komen. De bloei van het toerisme en de bouwactiviteiten zijn de belangrijkste redenen om naar Aruba te verhuizen.

Een maat voor de **volksgezondheid** is de levensverwachting. Zoals Tabel 2.3 laat zien is die op Aruba lager dan op Curaçao, maar hoger dan in Colombia en Venezuela. Het verschil in levensverwachting tussen vrouwen en mannen is op Aruba groter dan op Curaçao.

Tabel 2.3: Levensverwachting in 2015

Levensverwachting bij geboorte (2015)	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aruba	73.5	79.7	76.6
Curaçao	75.9	80.6	78.2
Colombia	70.4	77.8	74.2
Venezuela	70.4	78.6	74.4

Bij de doodsoorzaken komen hart- en vaatziekten het meest voor op Aruba, met een aandeel van 42%. Op afstand komt kanker met 20% op de tweede plaats. In Nederland is kanker de belangrijkste doodsoorzaak geworden, met 31% en zijn hart- en vaatziekten teruggedrongen naar de tweede plaats (25%).

2.3 De gezondheidszorg⁷

Voor alle ingezetenen van Aruba is een pakket aan curatieve zorg beschikbaar dat eerstelijns-, specialistische en ziekenhuiszorg omvat. Omdat niet alle specialistische- en ziekenhuisvoorzieningen op het eiland beschikbaar zijn, kunnen patiënten in voorkomende gevallen worden doorverwezen naar landen als Colombia, de Verenigde Staten en Nederland. Voorzieningen voor publieke gezondheidszorg en preventie worden uit de algemene middelen gefinancierd. De rest van deze paragraaf geeft een overzicht van de gezondheidszorg, m.n. de eerstelijnsgezondheidszorg.

Beleid en toezicht

Het *Ministerie van Toerisme, Volksgezondheid en Sport* stelt de wettelijke kaders voor de gezondheidszorg vast. Centraal staat de Gezondheidsverordening, die wordt uitgewerkt in Landsverordeningen en -besluiten. Volgens de Gezondheidsverordening is de *Directie Volksgezondheid (DVG)* belast met beleidsadvisering en handhaving van wet- en regelgeving. De DVG richt zich daarbij vooral op de terreinen van gezondheidsbescherming en – bevordering en preventie.

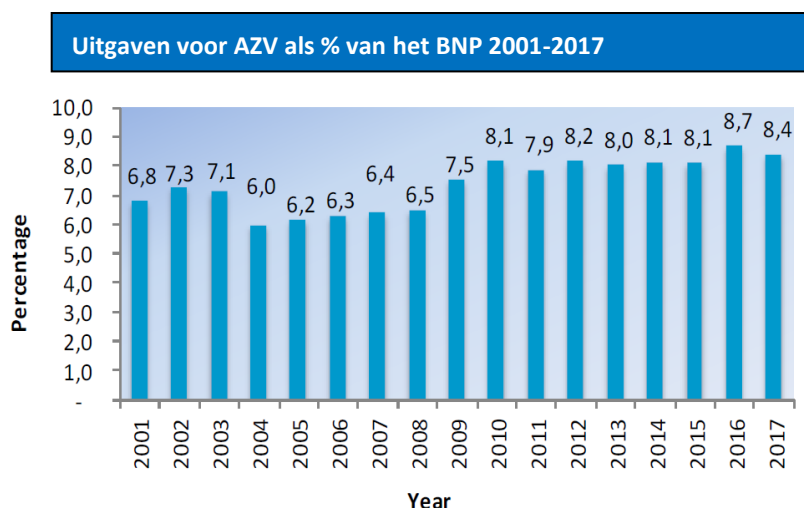
Sedert 2017 is er de *Inspectie Volksgezondheid Aruba (IVA)*, die tot taak heeft de kwaliteit van zorg te bewaken door middel van inspectiebezoeken, kwaliteitsjaarrapportages, klachten audits en binnenkomende klachten van burgers. Op basis van de *Landsverordening Kwaliteit in de Gezondheidszorg* zijn huisartspraktijken sinds 2017 verplicht een klachtenprocedure te hebben.

Een belangrijke rol in het toezicht op de curatieve zorg heeft het *Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering (UO AZV)*. De primaire taak van het UO AZV is de uitvoering van de ziektekostenverzekering (waarover hieronder meer), maar het ziet er ook op toe, dat zorgaanbieders hun contractuele verplichtingen nakomen (zoals beschikbaarheid van diensten).

Uitgaven voor gezondheidszorg

In 2017 gaf Aruba 8.4% van het Bruto Nationaal Product uit aan gezondheidszorg. De zorgvraag is gestegen als gevolg van demografische en technologische ontwikkelingen. Op Aruba zijn de zorguitgaven tussen 2001 en 2017 toegenomen van 6.8% tot 8.4% van het bruto nationaal product (BNP). Zoals de grafiek in *Figuur 2.2* laat zien, fluctueert het percentage over de jaren enigszins.

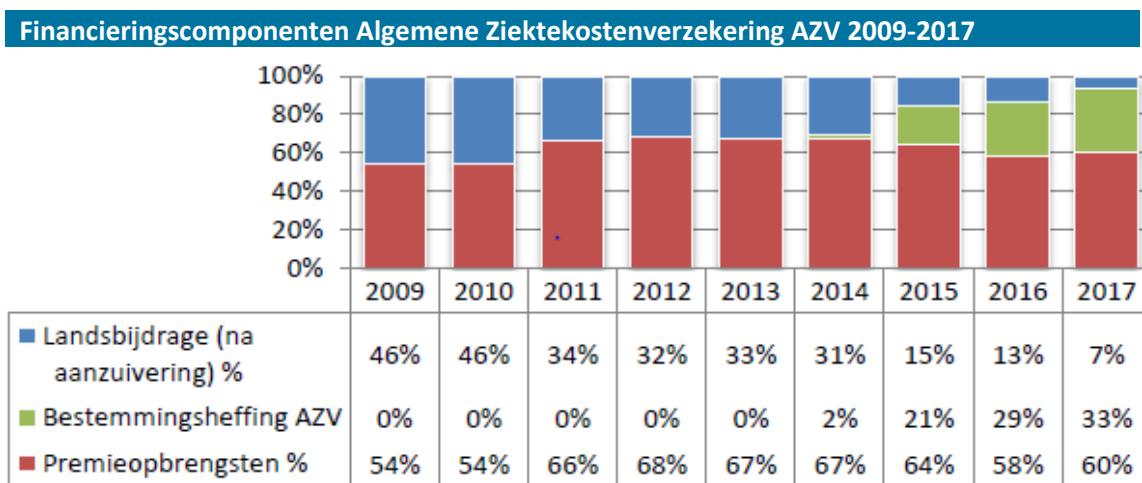
⁷ Bronnen: <http://www.azv.aw/en>; <https://www.iva.aw/>; <http://www.witgelekruiisaruba.org/> ; <http://www.impuesto.aw/Zakelijk/Belastingen/>; Landsverordening algemene ziektekostenverzekering; Brief over invoer consult- en visitetarief per 1-1-2017; Overeenkomst huisarts en het UO-AZV; Kwaliteits- en Doelmatigheidstraject 2016. Praktijkbezoek Huisartsen; A-30499 Uitvoeringsorgaan AZV - Gecombineerd financieel verslag 2017; 2017 HA Kwaliteitsbeloning; Jaarverslag 2017 IVA; Beleids- en uitvoeringsplan IVA 2018; Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239; informatie uit gesprekken tijdens werkbezoeken van de Nivel onderzoekers



Figuur 2.2: Uitgaven voor de algemene ziektekostenverzekering (AZV) (als % BNP), 2001-2017

Ziektekostenverzekering

Sinds 2001 kent Aruba een *Algemene Ziektekostenverzekering (AZV)*, gefinancierd uit een heffing op omzetten van bedrijven, premies en de algemene middelen ('bijdragen van het Land'). Sedert 2010 loopt het aandeel van de Landsbijdrage terug (zie *Figuur 2.3*). De premie bestaat uit een nominaal bedrag en een inkomensafhankelijk gedeelte dat de werkgevers en de werknemers betalen.



Figuur 2.3: Financiering van de AZV, 2009-2017

Middelen voor de uitvoering van de AZV worden verzameld in het *Algemeen Fonds Ziektekosten*, dat door het UO AZV wordt beheerd.

Het *verzekeringspakket* omvat de volgende aanspraken:

- Zorg verleend door een gecontracteerde huisarts, of huisartsenpost (buiten kantooruren).
- Medische behandeling door een specialist (op verwijzing van de huisarts);
- Verloskundige hulp door huisarts, verloskundige of (op verwijzing) medisch specialist;
- Maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut (op verwijzing/na toestemming UO AZV).
- Logopedische zorg (onder voorwaarden).
- Voorgeschreven genees-, verband- en hulpmiddelen.
- Opname, verpleging en verzorging in een ziekenhuis (na toestemming UO AZV).
- Zorg door een kruisinstelling (onder voorwaarden).

- Tandheelkundige en mondhygiënische hulp (onder voorwaarden).
- Ziekenhuis- en ambulancevervoer.

Als zorgaanpakken niet op Aruba aangeboden kunnen worden, is behandeling mogelijk in het buitenland (Nederland, Curaçao, Sint Maarten, de Verenigde Staten, Colombia of Venezuela). In dergelijke gevallen regelt UO AZV de reis, het verblijf en de behandeling.

Alle verzekerden staan ingeschreven bij een huisartsenpraktijk, een apotheek ('botica') en een tandarts van hun keuze. Wisselen van inschrijving kan twee maal per jaar, maar is beperkt mogelijk omdat sommige huisartspraktijken het maximum aantal van 2.475 patiënten per huisarts hebben bereikt.

In de *overeenkomsten* met de zorgverleners worden de vergoedingen voor verrichtingen vastgesteld en afspraken over de zorgverlening geformuleerd, bijvoorbeeld over kwaliteit en doelmatigheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid, gegevensuitwisseling en financiële voorwaarden.

Zorgaanbod

Voor *intramurale zorg* zijn er op Aruba één ziekenhuis, drie geriatrische verpleeghuizen en enkele particuliere instellingen voor verpleging en verzorging. In 2015 had het Dr. Horacio Oduber Hospital (HOH) 288 bedden en de drie verpleeghuizen bij elkaar 239.

Vergeleken met Curaçao is het beddenaanbod betrekkelijk laag, maar het is hoger dan in Colombia (zie Tabel 2.4). In 2015 waren er in totaal 181 artsen werkzaam op Aruba, waarvan 47 huisartsen⁸ (26%) en 77 medisch specialisten (43%). De *artsendichtheid* op Aruba (15.9 per 10.000 inwoners) is groter dan op Curaçao (12.4 per 10.000) maar lager dan in Colombia (17.7 per 10.000). Voor Venezuela zijn geen vergelijkbare gegevens beschikbaar. In Nederland is de artsendichtheid beduidend hoger dan in de genoemde landen, namelijk 33 per 10.000.

Tabel 2.4: Aanbod van artsen en ziekenhuisbedden, 2015/2017

Zorgaanbod per land	Artsen (per 10.000)	Ziekenhuisbedden (per 1.000)
Aruba	15.9	2.7
Curaçao	12.4	4.0
Colombia	17.7 ¹⁾	1.7 ²⁾

¹⁾ 2012 ²⁾ 2017

Verder waren er in 2015 onder meer nog de volgende aantallen *overige zorgverleners* op Aruba werkzaam: 48 tandartsen/orthodontisten; 30 psychologen/psychotherapeuten; 40 fysiotherapeuten; 18 apothekers en 8 verloskundigen. Nieuw is de praktijkondersteuner in de huisartspraktijk (POH). Daarvan waren er 20 werkzaam in 2018. De POHs zijn op Aruba opgeleid.

Met gemiddeld 2.475 inwoners per huisarts is het *aanbod van huisartsen* betrekkelijk gering, en de gemiddelde praktijkomvang dus groot. Bijvoorbeeld, in Nederland is het aantal ruim 1.700 per huisarts (personen). De vestiging van nieuwe huisartsen op Aruba is gereguleerd door middel van contracten met UO AZV.

Extramurale zorg bij de mensen thuis wordt door het *Wit Gele Kruis (WGK)* verleend, waar ook de POHs in dienst zijn. Het WGK biedt: wijkzorg; ouder, kind en kraamzorg; Informatie door een

⁸ Medio 2018 waren er 45 huisartsen werkzaam

diëtiste; informatie door een diabetesverpleegkundige; hulp in de huishouding; controles op bloedwaarden e.d.. Ook beheert het WGK een zorgwinkelmagazijn.

Zorggebruik⁹

In 2015 waren er 11.800 opnames in het Dr. Horacio Oduber ziekenhuis (HOH); de bedbezetting was er 78% en de gemiddelde opnameduur 6.9 dagen. Alle 239 bedden in geriatrische instellingen waren bezet; er bestond een wachtlijst van 239 mensen. Van de bevolking van 60 jaar en ouder bevond 1.16% zich in een geriatrisch verpleeghuis. In 2018 werd 40% van de ingeschreven patiënten minimaal één keer door de huisarts doorverwezen naar de tweede lijn. Zelfverwijzingen zijn hierbij niet meegerekend.

Uit opgaven van UO AZV blijkt dat huisartsen gemiddeld 6.8 unieke recepten uitschreven per ingeschrevene; maar er bestaan grote verschillen – tot een factor 3 - tussen huisartsen in het aantal uitgeschreven recepten. Er waren 5.6 laboratoriumtests per ingeschrevene. Ook hier lopen de cijfers sterk uiteen. Productiegegevens op basis van de in dit onderzoek uitgevoerde EPD scan staan in hoofdstuk 7 van dit rapport.

Kwaliteitsbeleid in de praktijk

De uitvoering van het kwaliteitsbeleid in de eerste lijn is vooral in handen van de Inspectie Volksgezondheid, de ziektekostenverzekeraar UO AZV en beroepsvereniging van de huisartsen HAVA.

De *Inspectie* heeft in het Meerjarenplan 2017-2020 als speerpunten genoemd: bestuurlijke verantwoordelijkheid in de zorg; disfunctionerende beroepsbeoefenaars; antibioticaresistentie; toegankelijkheid van eerstelijnszorg; en medicatieveiligheid. In 2018 was er o.m. speciale aandacht voor kwetsbare ouderen; toezicht op kwaliteitsjaarverslagen; kwaliteit in apotheken. De IVA heeft een Meldpunt van klachten en is ook belast met het toezicht op de klachtenprocedure die elke huisartsenpraktijk sedert 2017 moet hebben.

Het *Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering (UO AZV)* ziet o.m. toe op toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Met de huisartsen zijn afspraken gemaakt over:

- Praktijkorganisatie, zoals de telefonische bereikbaarheid.
- Verstrekken van periodieke spiegelinformatie (over voorschrijven, verwijzen en lab tests).
- Apart honoreren van farmacotherapeutisch overleg
- Praktijkbezoeken ter beoordeling van bouwkundige staat en organisatie (samen met DGV)
- Opleiding en inzet van POHs
- Opstelling en invoering van een diabetesprotocol.
- Invoering van prestatiebeloning in de diabeteszorg.
- Invoering van een vergoeding per consult en visite ter bevordering van beschikbaarheid.
- Investeren in IT infrastructuur.

Huisartsenvereniging HAVA is een belangrijke samenwerkingspartner voor de overheid en UO AZV bij de uitvoering van beleid ter bevordering van de kwaliteit van de eerstelijnszorg. Naast behartiging van belangen van haar leden, bevordert de HAVA ook de kwaliteit van de beroepsuitoefening, onder meer door bij te dragen aan een goed aanbod van bij- en nascholingscursussen en bevordering van het gebruik van professionele protocollen en richtlijnen.

⁹ Bronnen: AZV Spiegelinformatie 2018

3 Huisartsen: toegankelijkheid, werkwijze en zorgaanbod

In dit hoofdstuk presenteren we onderzoeksresultaten over de wijze waarop huisartsen op Aruba invulling geven aan hun werk, hoe ze hun werk organiseren en welke taken zij voor zichzelf zien. Het is vooral gebaseerd op gegevens uit de enquête onder de huisartsen, al presenteren we bij enkele onderwerpen ook resultaten uit de enquête onder patiënten. In de vragenlijsten werd meestal naar feitelijke zaken of situaties gevraagd, maar soms ook naar meningen.

Gegevens worden gepresenteerd in tabellen en staafdiagrammen, waarbij we ervoor hebben gewaakt dat deze niet tot individuele huisartsen zijn te herleiden. Als maat voor spreiding vermelden we gemiddelden en gemiddelden per tertiair. In dat laatste geval worden de respondenten verdeeld in drie gelijke groepen met respectievelijk een relatief lage score, een midden-score en een hoge score.

3.1 Kenmerken van de huisartsen en de praktijken

3.1.1 De huisartsen

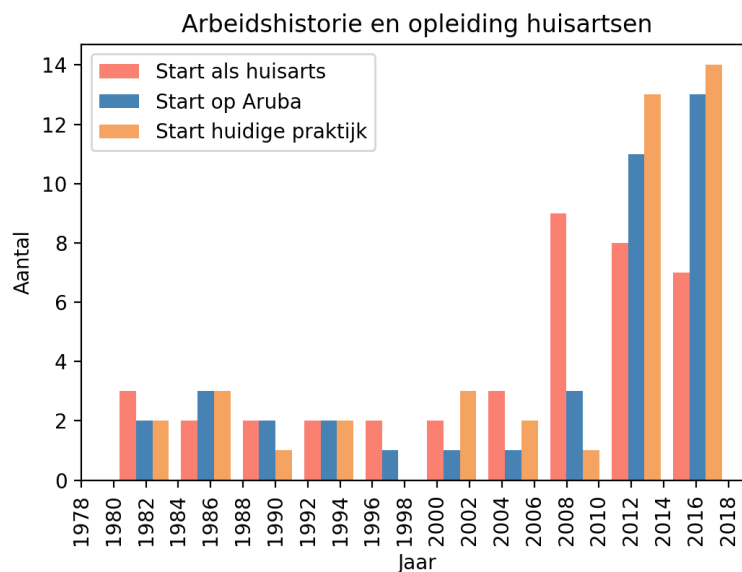
Van de 42 huisartsen die hebben deelgenomen aan de huisartsenenquête is het merendeel vrouw (57%). De leeftijdsopbouw van mannelijke en vrouwelijke huisartsen verschilt aanzienlijk: mannelijke huisartsen zijn gemiddeld 55 jaar oud en hun vrouwelijke collega's 45 jaar (meer details staan in Bijlage A.1).

Ruim driekwart van de huisartsen heeft het artsexamen in Nederland gehaald. De overige deden dat in België, Colombia en andere landen in de regio. Van de 42 hebben 32 (76%) de specialisatie tot huisarts afgerond. Dertig huisartsen hebben aangegeven in welk jaar dit was (zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1: Huisartsen die de specialisatie hebben afgerond, per jaar (N = 30)

Jaar	Aantal	%	Cum. %
1978-1996	5	16.7	16.7
1996-2002	1	3.3	20.0
2002-2004	2	6.7	26.7
2004-2006	4	13.3	40.0
2006-2008	3	10.0	50.0
2008-2010	6	20.0	70.0
2010-2012	3	10.0	80.0
2012-2014	2	6.7	86.7
2014-2016	4	13.3	100.0

De specialisatie tot huisarts duurde doorgaans 3 jaar en vond in de meeste gevallen plaats in de jaren tussen 2004 en 2010; over het algemeen in Nederland of op Aruba. Bijna een kwart van de huisartsen, vooral degenen die al langer zijn gevestigd, heeft deze specialisatie dus niet voltooid. De grafiek in Figuur laat zien wanneer de huisartsen zich vestigden.



Figuur 3.1: Arbeidshistorie huisartsen

Saillant is dat een groot deel van de huisartsen nog maar betrekkelijk kort op Aruba en in de huidige praktijk werkzaam is. Twee-derde van de huisartsen is in of na 2012 in de huidige praktijk begonnen.

3.1.2 Locatie van de praktijken

De beschikbaarheid van specialistische- en ziekenhuiszorg wordt onder andere bepaald door de afstand van een praktijk tot het ziekenhuis. Het ziekenhuis op Aruba is gevestigd nabij de grootste bevolkingsconcentratie om Oranjestad, aan de westkust van het eiland. Vijf huisartsen (12%) gaven aan dat hun praktijk zich op meer dan 20 kilometer van het ziekenhuis bevindt; bij nog eens 9 (21%) is dat 11 tot 20 kilometer. De meeste praktijken, namelijk 17 (41%) bevinden zich op 5-10 km afstand van het ziekenhuis en 9 (21%) op minder dan 5 kilometer (zie Tabel 3.2).

Tabel 3.2: Afstand van praktijk tot ziekenhuis

Afstand van praktijk tot ziekenhuis	Aantal	%
Minder dan 5 km	9	21
5-10 km	17	41
11-20 km	9	21
Meer dan 20 km	5	12
Weet niet	2	5
Totaal	42	100

Tenminste even belangrijk als de afstand in kilometers is de tijd die patiënten gewoonlijk kwijt zijn om van hun huis bij het ziekenhuis te komen. De informatie in onderstaande Tabel 3.3 is afkomstig uit de enquête in de wachtkamers van de huisartsenpraktijken waaraan 810 patiënten hebben meegedaan.

Meer dan een derde van de patiënten (36%) heeft meer dan een halfuur reistijd nodig om in het Dr. Horacio Oduber ziekenhuis (HOH) te komen; voor 22% is dat meer dan 45 minuten.

Als het om spoedeisende hulp (SEH) gaat is er naast het HOH nog een tweede voorziening op het eiland, namelijk ImSan (Instituto Medico San Nicolas), dat op het zuidoostelijk deel van het eiland ligt. Echter voor bezoek aan een specialist en voor de meeste diagnostiek zullen patiënten vervolgens toch naar HOH moeten.

Tabel 3.3: Reistijd van patiënten tussen huis en ziekenhuis

Reistijd in minuten van huis naar	< 15	15-30	30-45	> 45	Weet niet	Totaal
Ziekenhuis HOH	181 (22%)	319 (40%)	116 (14%)	178 (22%)	16 (2%)	810

3.1.3 De patiëntenpopulatie

De vraag over het aantal ingeschreven patiënten is door minder dan de helft van de huisartsen ingevuld (Tabel 3.4). De gemiddelde praktijkomvang van de 15 huisartsen die bij deze vraag wel een aantal hebben ingevuld bedraagt 2.630 patiënten. Kleine praktijken werden niet gerapporteerd; de 15 praktijken lagen allemaal boven de 2.300 patiënten. Wel werden er enkele zeer grote praktijken gerapporteerd met meer dan 3.000 patiënten. Het verschil tussen de gemiddelden in de laagste en hoogste groep bedraagt meer dan 600 patiënten. Vergelijking met cijfers van AZV van het aantal ingeschreven verzekerden bij de huisartspraktijken, laat een iets lager gemiddelde zien van 2.459 patiënten. In het AZV overzicht komen wel praktijken voor van minder dan 2.000 ingeschreven patiënten; die kunnen dus zijn ondervertegenwoordigd in de enquête. Bovendien zijn de door de huisartsen in de enquête opgegeven aantallen gebaseerd op de elektronische patiëntendossiers, die wat kunnen achterlopen op de actuele situatie.

Tabel 3.4: Gemiddelde praktijkomvang

Totale praktijkpopulatie	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd. *)	Middelste 1/3 gemidd. *)	Hoogste 1/3 gemidd. *)
Aantal Ingeschreven patiënten	15	2.630	2.386	2.450	3.005

*) Laagste 1/3 = derde deel van de huisartsen met het kleinste aantal ingeschrevenen; Middelste 1/3 = derde deel dat daar qua aantal boven komt; Hoogste 1/3 = derde deel van de huisartsen met het grootste aantal ingeschreven patiënten. Omdat de samenstelling van de drie groepen bij elk onderwerp in dit rapport wordt bepaald door de antwoorden op de betreffende vraag, kunnen de huisartsen steeds van verschillende groepen deel uitmaken.

De huisartsen is ook gevraagd naar de gepercipieerde samenstelling van hun praktijkpopulatie qua ouderen en mensen met een laag inkomen, vergeleken met de algemene bevolking van Aruba. Dit kan worden opgevat als indicator voor bewerkelijkheid van de patiëntenpopulatie. Uit de resultaten in Tabel 3.5 blijkt dat huisartsen deze bewerkelijkheid van hun praktijk lijken te overschatten. Slechts twee huisartsen geven aan minder ouderen in de praktijk te hebben dan gemiddeld, terwijl er 12 zijn die menen dat er in hun praktijk méér zijn dan gemiddeld. In werkelijkheid zouden deze twee groepen ongeveer even groot moeten zijn. Iets vergelijkbaars zien we als het gaat om patiënten met een laag inkomen.

Tabel 3.5: Door huisartsen gepercipieerde samenstelling van de praktijkpopulatie t.o.v. de bevolking

Gepercipieerde samenstelling praktijkpopulatie tov bevolking	Onder gemidd.	Gemidd.	Boven gemidd.	Weet niet	Totaal
Ouderen (boven 60 jaar)	2	20	12	7	41
Mensen met een laag inkomen	4	15	15	8	42

3.2 Toegang tot de zorg

De toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg in de huisartspraktijk hangt samen met de wijze waarop de praktijk is georganiseerd en hoe de beschikbare menskracht wordt ingezet. Naast deze formele aspecten is van belang in hoeverre patiënten bekend zijn met deze informatie en daar, mede ingegeven door hun eigen of andermans ervaringen, in voorkomende gevallen mee omgaan.

3.2.1 Werktijd en openingsuren

De totale werktijd van de huisarts stelt een grens aan de beschikbaarheid voor de patiënten in de praktijk. Gemiddeld zijn huisartsen 42 uur per week aan het werk, al betreft dit minder dan de helft van de huisartsen die deze vraag hebben beantwoord (zie Tabel 3.6). Er zijn echter grote verschillen tussen huisartsen in de werkuren per week. We hebben de respondenten in drie ongeveer gelijke groepen ingedeeld naar het aantal opgegeven werkuren (laagste derde deel, middelste derde deel en hoogste derde deel)¹⁰. In de groep met het minste aantal werkuren is het gemiddelde 31 uren. In de groep met het hoogste aantal is het gemiddelde 52 uren.

Tabel 3.6: Totale werktijd van de huisartsen

Werktijd	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
In uren per week	18	41.9	31.2	42.4	52.1

Om een beeld te krijgen van de toegankelijkheid van de zorg in de praktijk stelden we de huisartsen drie vragen over: het aantal uren dat de praktijk per doordeweekse dag geopend is (lunchtijd niet meegerekend); gedurende hoeveel uren per dag de huisarts daar beschikbaar is voor patiënten; en hoeveel uren de huisarts per dag telefonisch bereikbaar is voor patiënten (hetzij direct, hetzij via de assistente). Onderstaande tabel (Tabel 3.7) laat de resultaten van deze vragen zien.

Tabel 3.7: Openingsuren en aanwezigheid van de huisartsen per week

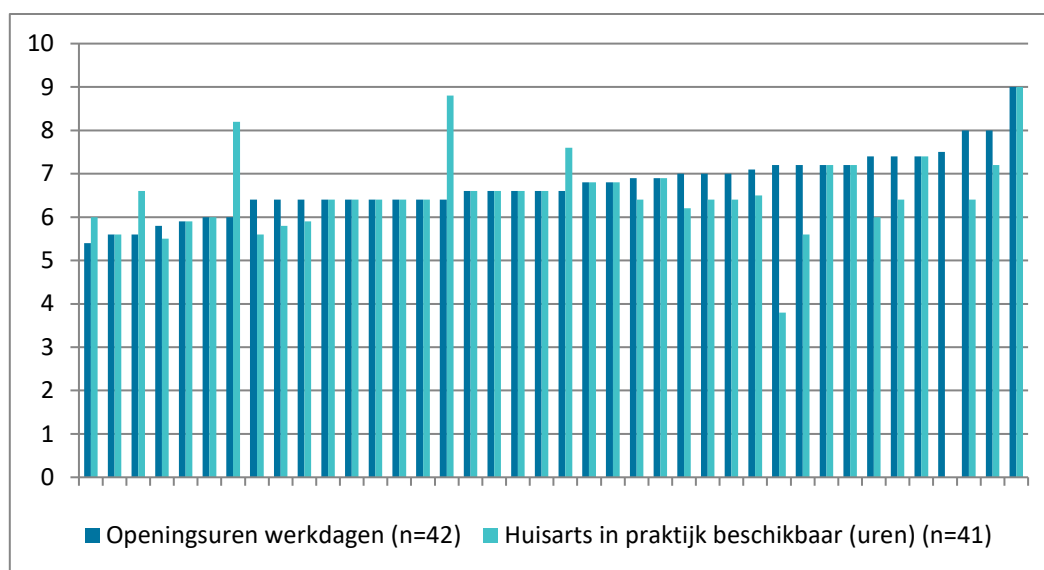
Opening en beschikbaarheid gemiddeld in uren (N = 40)	Ma	Di	Wo	Do	Vrij	Totaal
Openingsuren	7.2	6.9	6.5	6.7	6.5	6.8
HA in de praktijk beschikbaar	6.9	6.6	6.1	6.4	6.4	6.5
HA telefonisch bereikbaar	9.8	9.7	9.2	9.7	9.4	9.6

Doordeweeks zijn de huisartspraktijken tussen de 6.5 en 7 uren per dag geopend; op de maandag iets langer dan op de andere dagen. Het aantal uren dat de huisartsen in de praktijk beschikbaar zijn voor patiënten zit daar een klein beetje onder met gemiddeld 6.5 uur.

¹⁰ Bij de presentatie van de resultaten is alle informatie die herleidbaar is tot individuele huisartsen of praktijken vermeden. Om die reden worden in de tabellen geen minimum en maximum als maat voor de spreiding van waarden aangegeven. De gemiddelden van de drie groepen huisartsen (telkens 14, bij volledige response) die elk een-derde van de waarden van laag naar hoog representeren, geven toch een goed inzicht in de spreiding. De gepresenteerde staafdiagrammen tonen wel de spreiding op individueel niveau. Deze vorm van presentatie wordt dan ook alleen gekozen voor variabelen waarbij de kans op herleidbaarheid (vrijwel) afwezig is.

De telefonische bereikbaarheid van de huisartsen is beduidend ruimer met 10 uur per dag. Buiten de openingsuren van de praktijk zijn de huisartsen dus nog bijna 3 uur telefonisch bereikbaar.

Het gedetailleerde overzicht in *Figuur 3.2* laat de verschillen zien in de wekelijkse openingsuren van de praktijken en de uren dat de huisartsen daar beschikbaar zijn voor hun patiënten. De openingstijden, in de grafiek gerangschikt van laag naar hoog, verschillen aanzienlijk. Aan de ene kant zijn er praktijken die gemiddeld minder dan 6 uur open zijn per dag, terwijl er ook zijn die 7.5 uur of meer open zijn per dag. De beschikbaarheid van de huisarts in de praktijk houdt in de meeste gevallen ongeveer gelijke tred met de openingsuren. Waar dat niet het geval is, liggen de uren dat de huisarts beschikbaar is doorgaans iets onder de openingsuren, maar het omgekeerde komt ook voor.



Figuur 3.2: Totaal openingsuren op werkdagen en beschikbaarheid van de huisarts in de praktijken

3.2.2 Contact leggen met de praktijk

Gezien vanuit de praktijken

De huisartsen werd gevraagd te schatten welk deel van de patiënten een afspraak maakt voor het consult en welk deel binnenloopt zonder afspraak (zie Tabel 3.8). Bijna driekwart van de patiënten op het spreekuur heeft daarvoor een afspraak gemaakt, doorgaans telefonisch, maar ook wel door een afspraak te maken aan de balie. Daarnaast worden ook afspraken gemaakt via fax, e-mail en WhatsApp en worden patiënten ook wel door de huisarts uitgenodigd op het spreekuur te komen. Toch meldt nog één op de vijf patiënten zich zonder afspraak voor een consult. De verdeling tussen degenen die een afspraak maken en die dat niet doen verschilt aanzienlijk tussen de praktijken. Ook hier hebben we de huisarts-respondenten in drie ongeveer gelijke groepen ingedeeld naar de mate waarin er in hun praktijk wordt binnengelopen of afgesproken (in de tabel respectievelijk het laagste derde deel, middelste derde deel en hoogste derde deel. Zie ook de uitleg bij paragraaf 3.2.1). We zien aan de ene kant een groep praktijken waar veel patiënten – dat wil zeggen ongeveer de helft - zonder afspraak binnenlopen en aan de andere kant een groep praktijken waar bijna alle patiënten tevoren op de één of andere manier een afspraak hebben gemaakt voor het consult.

Tabel 3.8: Inloop of afspraak voorafgaand aan het consult

Inloop en afspraak maken	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Binnenlopen zonder afspraak	41	21.8	6.7	18.9	49.2
Na afspraak aan de balie	41	17.5	7.5	18.1	47.9
Na telefonische afspraak	42	58.5	25.5	72.4	92.7
Op andere wijze ^{*)}	14	7.8	3.2	10	25

^{*)} Bv: begeleid door familie; afspraak via fax, e-mail of WhatsApp; ambulance; door HA zelf opgeroepen.

Bij de meeste huisartspraktijken (61%) kunnen de patiënten gedurende de hele openingstijd voor een afspraak bellen (zie Tabel 3.9). Bij de overige praktijken is dit beperkt tot een bepaalde tijdsperiode, doorgaans de ochtenduren (van 7.00-12.00 uur).

Tabel 3.9: Beperking voor telefonisch afspreken

Limiet voor telefonisch afspreken	Aantal	%
Afspreken gedurende hele openingstijd mogelijk	25	61
Alleen mogelijk in bepaalde tijdsperiodes	16	39
Totaal	41	100

Alle huisartsen geven aan, dat patiënten die een afspraak maken, doorgaans nog dezelfde dag langs kunnen komen in de praktijk voor een consult.

Gezien vanuit de patiënten

Een grote meerderheid van de patiënten, bijna 90%, die in de huisartspraktijken werden geënuquêteerd hadden voor hun bezoek een afspraak gemaakt, hetzij telefonisch dan wel aan de balie (zie Tabel 3.10). Het maken van de afspraak werd over het algemeen als gemakkelijk ervaren, maar niettemin had 15% er moeite mee (zie Tabel 3.11).

Tabel 3.10: Hoe patiënt afspraak maakte voor dit consult

Afspraak patiënt voor dit consult	Aantal	%
Telefonisch	506	62.5
Aan de balie	219	27.0
Geen afspraak	85	10.5
Totaal	810	100

Tabel 3.11: Ervaring van de patiënt bij het maken van de afspraak

Ervaring patiënt met afspraak maken	Aantal	%
Makkelijk	614	84.7
Moeilijk	111	15.3
Totaal	725	100

In het bijzonder werd patiënten gevraagd of ze overweg konden met het antwoordapparaat als ze daarmee te maken krijgen bij het maken van een afspraak (Tabel 3.12). Als degenen die nooit bellen buiten beschouwing gelaten worden, heeft 86% geen problemen met het antwoordapparaat.

Maar ook hier is er dus een aantal van 14% van de patiënten (die wel telefonisch afspreken) die niet altijd begrijpen wat ze moeten doen om de huisarts te spreken te krijgen.

Tabel 3.12: Begrijpelijkheid antwoordapparaat

Duidelijkheid antwoordapparaat*	Aantal	%
Altijd of meestal duidelijk	535	66.0
Soms niet duidelijk	39	4.8
Vaak niet duidelijk	46	5.7
N.v.t (patiënt belt nooit op)	190	23.5
Totaal	810	100

*De vraag luidde: 'Begrijpt u wat er gezegd wordt over wat u moet doen om een dokter te spreken'?

3.2.3 Wisselende aanvang van spreekuur

Ruim driekwart van de huisartsen begint 's morgens tussen 8 uur en half 9 met het spreekuur; dat is op alle werkdagen hetzelfde. De wachtkamer kan wel al eerder zijn geopend. Drie of vier huisartsen beginnen eerder dan 8 uur en vijf á zes later dan half 9.

Uit Tabel 3.13 blijkt dat de begintijd van de ochtendspreekuren in driekwart van de praktijken (vrijwel) nooit verandert. In ongeveer tien praktijken is dat soms of regelmatig wél het geval.

Tabel 3.13: Veranderlijkheid in de aanvangstijd van het ochtendspreekuur

Verandering begintijd ochtendspreekuur	(vrijwel) nooit	Soms	Regelmatig	Totaal
Maandag	30	5	7	42
Dinsdag	29	6	5	40
Woensdag	31	5	4	40
Donderdag	31	3	7	41
Vrijdag	30	5	6	41

Weliswaar kan verandering van spreekuurtijden bij patiënten tot misverstanden leiden, toch waren er onder degenen die meededen aan de enquête maar heel weinig die te kennen gaven dat de openingstijden, bijvoorbeeld vanwege verandering in aanvangstijdstip, onduidelijk waren (zie Tabel 3.14).

Tabel 3.14: Oordeel van de patiënten over duidelijkheid van openingstijden

Oordeel patiënten over openingstijden (N=810)*	Eens	Totaal
Meestal duidelijk	777 (94.5%)	822
Niet overzichtelijk en moeilijk te onthouden	20 (2.4%)	822
Openingstijden veranderen vaak	12 (1.5%)	822
Praktijk soms dicht op aangegeven openingstijden	13 (1.6%)	822

*Vraag ingevuld door 810 patiënten. Meerdere antwoordopties; daardoor 822 antwoorden gegeven.

3.2.4 Openingstijden en alternatieven buiten kantooruren

's Avonds en op zaterdag en zondag zijn de huisartspraktijken gesloten (zie ook Tabel 3.15). Er zijn geen praktijken met avondopenstelling en slechts één die wel eens in het weekend open is.

Tabel 3.15: Avond- en weekendopening van de praktijk

Opening in avond en weekend	Ja	Nee	Totaal
Tenminste 1x per week 's avonds geopend	0	42	42
Tenminste 1x per maand open op zaterdag of zondag	1	41	42

In de avonduren verwijzen de meeste praktijken hun patiënten voor niet-spoedeisende hulp naar de huisartsenpost (HAP), waar het merendeel van de huisartsen zelf ook diensten doet (zie Tabel 3.16). Slechts één huisarts geeft aan in de avond of nacht doorgaans zelf beschikbaar te zijn; daarnaast zijn er nog vijf die via een waarneemgroep beschikbaar zijn. Andere mogelijkheden die genoemd worden voor patiënten om 's avonds of 's nachts hulp te krijgen zijn privé artsen, de spoedlijn of, bij gebrek aan een huisartsenpost, de spoedeisende hulp (in het ziekenhuis).

Tabel 3.16: Beschikbaarheid van niet-spoedeisende hulp op doordeweekse avonden

Hoe niet-spoedeisende medische zorg beschikbaar is op doordeweekse avond (tot 22.30)	Nee	Ja	Totaal
HA is zelf (vrijwel) altijd beschikbaar in avond/nacht	41 (98%)	1	42
HA is op toerbeurt beschikbaar (in waarneemgroep)	37 (88%)	5	42
Patiënten kunnen naar HAP (waar HA zelf ook diensten doet)	12 (29%)	30	42
Patiënten kunnen naar HAP (waar HA zelf geen diensten doet)	29 (69%)	13	42
Andere mogelijkheid ^{*)}	26 (62%)	16	42

^{*)} Bijvoorbeeld: privé artsen; Urgent Care center; Centrum Medica; ImSan; SEH

In de weekends is de situatie van de niet-spoedeisende zorg vergelijkbaar met die in de avonduren, al ligt de nadruk iets meer op de huisartsenpost (HAP), zie Tabel 3.17. Iets meer dan in de avonduren draaien huisartsen in het weekend diensten bij de HAP; daardoor zijn in het weekend minder huisartsen op toerbeurt beschikbaar via de waarneemgroep. Verder kunnen patiënten in het weekend, net als in de avonduren, terecht bij de spoedeisende hulp (SEH) of bij privé artsen, in het geval er geen HAP in de buurt is (zoals in San Nicolas).

Tabel 3.17: Beschikbaarheid van niet-spoedeisende hulp in het weekend

Hoe niet-spoedeisende medische zorg beschikbaar is op zaterdag en zondag	Nee	Ja	Totaal
HA is zelf (vrijwel) altijd beschikbaar	41 (98%)	1	42
HA is op toerbeurt beschikbaar (in waarneemgroep)	39 (93%)	3	42
Patiënten kunnen naar huisartsenpost (waar HA zelf ook diensten doet)	8 (19%)	34	42
Patiënten kunnen naar huisartsenpost (waar HA zelf geen diensten doet)	32 (76%)	10	42
Andere mogelijkheid ^{*)}	32 (76%)	10	42

^{*)} Bijvoorbeeld: bereikbaarheid via mobiel nummer in speciale gevallen; dienstdoende HA; privé artsen; Urgent Care center; Centrum Medica; ImSan; SEH

3.2.5 Oordeel van patiënten over bereikbaarheid en beschikbaarheid

Patiënten zijn, volgens eigen opgave, in het algemeen weinig tijd kwijt om van hun huis bij de praktijk te komen. Voor 71% is de voor hun gebruikelijke reistijd minder dan een kwartier, terwijl 24% er 15 tot 30 minuten voor nodig heeft. Verder vinden de meeste patiënten (70%) ook dat de huisartspraktijk met het openbaar vervoer goed te bereiken is (zie Tabel 3.18).

Tabel 3.18: Door patiënten opgegeven reistijd tussen huis en praktijk

Reistijd van huis van de patiënt naar	< 15 minuten	15-30 minuten	30-45 minuten	> 45 minuten	Weet niet	Totaal
Huisartspraktijk	574 (71%)	192 (24%)	30 (4%)	10 (1%)	4 (0%)	810

Patiënten zijn niet erg goed geïnformeerd over de praktijk, zoals blijkt uit Tabel 3.19. Informatie over bijvoorbeeld openingstijden en alternatieven buiten kantooruren zouden patiënten op de website van de praktijk kunnen vinden. Echter, twee-derde van de patiënten blijkt niet eens te weten of de huisartspraktijk een website heeft. Ook weet één-derde niet of er in geval van ziekte een spoednummer gebeld kan worden als de praktijk is gesloten. Verder is slecht bekend dat de huisartspraktijken 's avonds nooit open zijn; een klein aantal patiënten denkt dat dat wel het geval is, maar 29% weet het niet.

Tabel 3.19: Oordeel van patiënten over toegankelijkheid en bereikbaarheid van de huisartspraktijk

Oordeel van patiënten over bereikbaarheid en toegankelijkheid	Ja	Nee	Weet niet	Totaal
Huisartspraktijk is gemakkelijk te bereiken met OV	565 (70%)	74	171 (21%)	810
De praktijk van mijn huisarts heeft een website	121 (15%)	150	539 (67%)	810
Bij gesloten praktijk kan spoednummer gebeld bij ziekte	407 (50%)	136	267 (33%)	810
In deze praktijk kan ik minstens 1x/week na 18.00 terecht	33 (4%)	542	235 (29%)	810

3.2.6 Wachtijd en consultduur

De wachttijd tussen het maken van een afspraak en het bezoek aan de huisarts is voor de meeste patiënten niet lang. Ruim de helft heeft de afspraak op de dag van het consult gemaakt en bijna één op de vijf deed dat de dag ervoor. Toch geeft een kwart van de patiënten aan dat ze twee of meer dagen hebben moeten wachten voordat ze na de afspraak op consult konden komen (zie Tabel 3.20).

Tabel 3.20: Door patiënten opgegeven wachttijd tussen afspraak en consult

Wachttijd tussen afspraak en bezoek	Aantal	%
Afspraak is zelfde dag gemaakt	372	51.3
Afspraak is de dag ervoor gemaakt	136	18.8
Patiënt heeft 2-3 dagen gewacht	129	17.8
Patiënt heeft 4-7 dagen gewacht	59	8.1
Patiënt heeft langer dan een week gewacht	21	2.9
Patiënt weet dit niet	8	1.1
Totaal	810	100

Tabel 3.21 toont dat de tijd die patiënten in de wachtkamer moeten doorbrengen voordat ze de huisarts kunnen zien. In twee-derde van de gevallen is dat minder dan een half uur. Ruim een kwart is zelfs binnen een kwartier aan de beurt. Toch komt het ook voor dat patiënten een uur moeten wachten.

Tabel 3.21: Door patiënten opgegeven wachttijd in de wachtkamer

Wachttijd in wachtkamer	Aantal	%
Minder dan 15 minuten	232	28.6
15-30 minuten	292	36.1
30-45 minuten	128	15.8
45-60 minuten	49	6.1
Meer dan een uur	25	3.1
Weet ik niet	84	10.4
Totaal	810	100

3.3 Zorgcontacten

3.3.1 Vormen van zorgcontact door de huisarts

Gemiddeld hebben de huisartsen 28 face-to-face patiëntencontacten per werkdag (zie Tabel 3.22). daarnaast spreken zij nog ongeveer zes patiënten telefonisch en zijn er gemiddeld drie contacten per e-mail. Verder leggen de huisartsen wekelijks gemiddeld drie huisbezoeken af en bezoeken zij één- tot tweemaal per maand een patiënt in het ziekenhuis.

Achter deze gemiddelden gaan grote verschillen schuil tussen de huisartsen in het aantal en de aard van de contacten met patiënten. Het gemiddeld aantal onder het derde deel van de huisartsen met weinig face-to-face contacten bedraagt 23 per dag; in de hoogste groep is dat 32 per dag.

Telefonische en e-mailconsulten blijken in een aantal praktijken een belangrijke rol te spelen terwijl andere huisartsen er helemaal niet aan doen. Dit zien we ook weer terug in de vergelijking van de gemiddelden van de drie groepen. Huisartsen in de laag frequente groep rapporteren twee telefonische consulten per dag terwijl dat in de hoogfrequente groep gemiddeld 16 bedraagt. Ook bij het gebruik van e-mailconsulten zien we aan de ene kant de praktijken waar deze niet worden gepraktiseerd tegenover veel-gebruikers met een gemiddelde van 9 consulten via e-mail per dag.

Tabel 3.22: Soorten zorgcontact per dag

Patiëntencontacten in de praktijk (per dag)	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Face-to-face	42	28.0	23.1	27.7	32.4
Telefonisch	39	6.3	2.1	4.8	16.2
Per e-mail	32	3.0	0	1.5	8.8

Het huisbezoek lijkt voor sommige huisartsen geen onderdeel (meer) uit te maken van hun werk terwijl er collega's zijn die er meer dan 10 per week afleggen. We zien de verschillen ook in de vergelijking van de gemiddelden in de drie groepen (zie Tabel 3.23). Het bezoeken van hun patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen lijkt onder de huisartsen niet gebruikelijk. Het totale gemiddelde is minder dan 1 per week, maar de meeste huisartsen doen er niet aan. Vergelijking tussen drie groepen heeft hier dan ook weinig zin.

Tabel 3.23: Huisbezoek en bezoek aan patiënten in het ziekenhuis

Huis- en ziekenhuisbezoek (per week)	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Huisbezoeken	42	3.3	1.4	2.9	5.9
Bezoeken aan opgenomen patiënten in ziekenhuis	36	0.4	0	0	1.2

3.3.2 Substitutie

Tabel 3.24 brengt het aantal face-to-face contacten met patiënten in verband met het aantal telefonische en e-mailconsulten. Hiermee kan worden nagegaan of telefonische en e-mailconsulten substitueren voor face-to-face consulten. Met andere woorden: hebben huisartsen met minder face-to-face contacten wellicht meer telefonische of e-mailconsulten.

De resultaten in de tabel laten zien dat er geen aanwijzingen zijn voor het bestaan van substitutie tussen face-to-face contacten en telefonische consulten. Het tegendeel lijkt eerder het geval: de huisartsen met de meeste face-to-face contacten hebben ook de meeste telefonische consulten. Bij e-mail consulten zien we wel een aanwijzing voor substitutie; die komen namelijk duidelijk het meest voor in de praktijken waar relatief weinig face-to-face contacten zijn.

Tabel 3.24: Samenhang tussen diverse consultvormen (face-to-face, telefonisch en e-mail)

Face-to-face consulten	Aantal*	Telef. consulten (totaal gemidd.)	E-mail consulten (totaal gemidd.)
Laagste 1/3	14	4.9	5.7
Middelste 1/3	12	3.9	2.1
Hoogste 1/3	16	8.9	0.9

*De drie subgroepen zijn hier niet even groot omdat vrij veel huisartsen 30 face-to-face contacten hebben, en deze niet toegedeeld kunnen worden aan verschillende subgroepen.

3.3.3 Duur van het consult

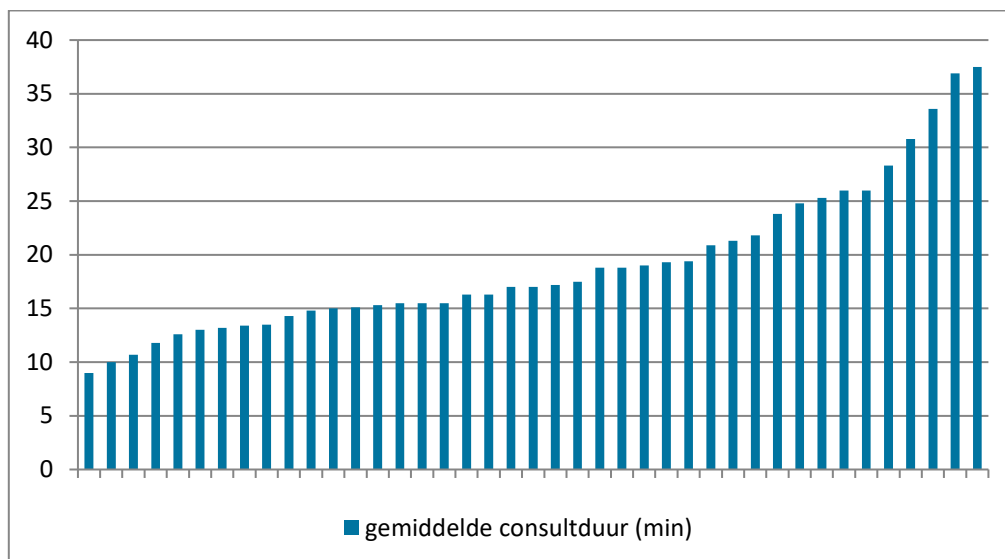
Volgens opgave van de patiënten duurde het consult met de huisarts gemiddeld bijna 20 minuten (zie Tabel 3.25). De verschillen tussen de opgegeven tijden zijn groot, zoals blijkt uit de vergelijking van de drie groepen. In de groep patiënten met korte consulten is het gemiddelde ruim 12 minuten; in de groep met lange consulten was dat ruim 35 minuten.

Tabel 3.25: Door patiënten opgegeven consultduur

Tijdsduur consult (opgegeven door patiënt)	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
In minuten	808	19.3	12.4	19.9	35.5

De tijdsduur van een consult hangt vaak samen met kenmerken van de patiënt, zoals aard van de gepresenteerde klacht, maar ook de leeftijd. Daarnaast verschillen ook de huisartsen in hun werkwijze en ook die kan tot verschillen in consultduur leiden. Om een beeld te krijgen van de verschillen tussen huisartsen in de duur van de consulten is per praktijk het gemiddelde berekend van de door de patiënten in die praktijk opgegeven tijdsduur.

Per praktijk gaat het als regel om 20 patiënten die hebben deelgenomen aan de patiënten-enquête en waarover dus het gemiddelde is berekend. Het resultaat staat in de *Figuur 3.3*.



*Figuur 3.3: Door patiënten opgegeven consultduur (gemiddelde per huisartsenpraktijk)**

*In 40 huisartspraktijken zijn ongeveer 20 patiënten bevroegd; in één waren dat er 3 (Totaal N = 41).

De grafiek laat zeer grote verschillen zien. Huisartsen met lange consulten hebben gemiddeld driemaal zoveel tijd nodig per consult als de collega's met korte consulten. We zien enerzijds huisartsen met consulten die gemiddeld rond de 10 minuten duren tegenover huisartsen die een gemiddelde hebben van een half uur of meer.

3.3.4 Dienst buiten kantooruren

Gemiddeld hebben de huisartsen gedurende de afgelopen drie maanden tussen de drie en vier avonddiensten (tezamen 15.2 uur) en één weekenddienst (die 17.7 uur duurde), zie Tabel 3.26. Er zijn tussen de huisartsen wel aanzienlijke verschillen in de frequentie waarmee ze diensten hebben en de uren die daarmee gemoeid zijn. In de groep van 13 huisartsen die weinig diensten hebben is het gemiddelde minder dan 2 per drie maanden; in de hoge groep is dat bijna 7. In de urenbesteding zien we nog grotere verschillen: 6 uur in de groep met weinig avonddiensten tegenover 36 in de hoogste. Bij de weekenddiensten is het vergelijken van de 3 groepen weinig zinvol omdat het om kleine aantallen gaat, maar in de urenbesteding zien we wel weer forse verschillen: 7 uren in de lage groep versus 30 in de hoge. De verschillen tussen de huisartsen in hun betrokkenheid bij avond- en weekenddiensten wijst op grote verschillen in de werkbelasting.

Tabel 3.26: Door huisarts gewerkte avond- en weekenddiensten

Avond-/weekend diensten in laatste 3 gewerkte maanden	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Aantal avonddiensten	39	3.6	1.5	3	6.9
Aantal weekenddiensten	38	1.2	0.9	-	2.3
Uren avonddienst	35	15.2	5.7	11.9	35.9
Uren weekenddienst	33	15.3	7.4	12	30.5

3.4 Het zorgaanbod in de huisartspraktijken

Een belangrijke rol van huisartsen, zeker als deze een poortwachtersfunctie vervullen, is het bieden van een professioneel eerste aanspreekpunt voor hun patiënten met gezondheidsproblemen. Van deze zorgvragen vraagt een klein deel om doorverwijzing naar een specialist of opname in een ziekenhuis. Het merendeel zal echter beoordeeld en behandeld kunnen worden in de eerste lijn, m.n. door de huisarts. Deze paragraaf gaat in op de rol van de huisartsen als eerste medische aanspreekpunt voor de patiënten en op de breedte van het behandelaanbod aan patiënten met een (chronische) aandoening of die een kleine chirurgische of andere verrichting nodig hebben.

3.4.1 Eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen

De huisartsen werd gevraagd bij elk van de 18 genoemde gezondheidsproblemen aan te geven in welke mate het aan hem/haar zou worden gepresenteerd als het zich in de praktijkpopulatie voordoet. De lijst gezondheidsproblemen in Tabel 3.27 is bedoeld om verschillen tussen huisartsen weer te geven en we zien die dan ook tussen de items in de mate waarin de huisarts daarin voor zichzelf een rol ziet in het beschikbaar zijn als eerste contact.

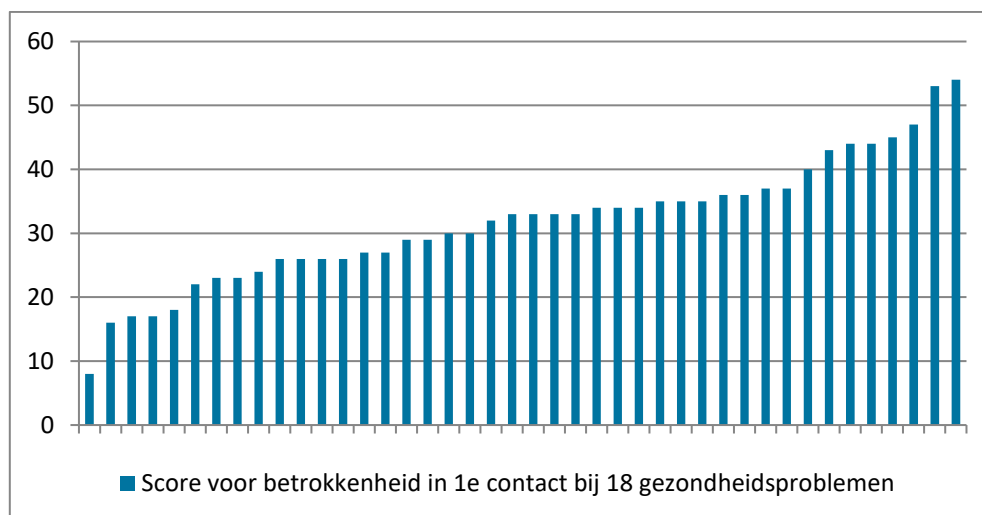
Tabel 3.27: Rol van de huisarts in het eerste contact met gezondheidsproblemen

Eerste contact bij onderstaande gezondheidsproblemen	(Bijna) altijd	Meestal	Af en toe	Zelden/nooit	Weet niet	Totaal
Kind met huiduitslag	36	4	2	0	0	42
Kind dat hevig hoest	40	2	0	0	0	42
Kind van 7 dat last heeft van bedplassen	17	3	11	11	0	42
Kind van 8 met gehoorproblemen	20	6	8	8	0	42
Vrouw van 18 die om anticonceptie vraagt	11	15	15	1	0	42
Vrouw van 20, bevestiging zwangerschap	14	20	8	0	0	42
Vrouw van 35, onregelmatige menstruatie	27	9	6	0	0	42
Vrouw van 50 met een knobbel in de borst	32	7	2	1	0	42
Vrouw van 60 met incontinentie klachten	23	11	6	2	0	42
Man van 45 met angstklachten	14	7	12	9	0	42
Man van 28 met convulsieklachten (1 ^e x)	9	3	9	18	3	42
Lichamelijk mishandeling kind	4	7	11	19	1	42
Paar met relatieproblemen	6	12	13	10	0	41
Man met suïcidale neiging	4	7	17	11	2	41
Vrouw van 35 met werk gerel. psych. kl.	15	16	11	0	0	42
Man van 32 met seksuele problemen	9	10	17	6	0	42
Man van 52 met een alcoholverslaving	4	7	18	13	0	42
Man met tuberculose symptomen	2	5	2	29	4	42

Problemen als kinderen met huiduitslag of die stevig hoesten, vrouwen met menstruatieproblemen, incontinentieklachten, een knobbel in de borst of met werk gerelateerde psychische klachten worden heel vaak aan de huisarts gepresenteerd als die zich voordoen.

Waar mensen doorgaans niet mee naar de huisarts gaan zijn klachten m.b.t. tuberculose, alcoholverslaving, convulsieklachten of kindermishandeling.

In de *Figuur 3.4* laten we de verschillen zien tussen de huisartsen in hoe zij hun rol zien als 'dokter van het eerste contact'. Daarvoor hebben we per huisarts een somscore berekend op basis van de antwoorden ('zelden/nooit'= 0; 'af en toe'=1; 'meestal'= 2; '(bijna) altijd'= 3).



Figuur 3.4: Rol van de huisartsen in het eerste contact bij gezondheidsproblemen per praktijk

Hoewel we moeten bedenken dat het hier gaat om inschattingen door de huisartsen, zijn de verschillen toch opmerkelijk. Aan de ene kant zijn er huisartsen die aangeven dat hun patiënten zich vrijwel altijd op het spreekuur zullen melden als één van deze problemen zich voordoet. Anderzijds zijn er huisartsen die van mening zijn dat veel van deze problemen in eerste instantie ergens anders worden gezien, zoals bij de huisartsenpost of op de SEH.

3.4.2 Betrokkenheid bij behandeling van aandoeningen

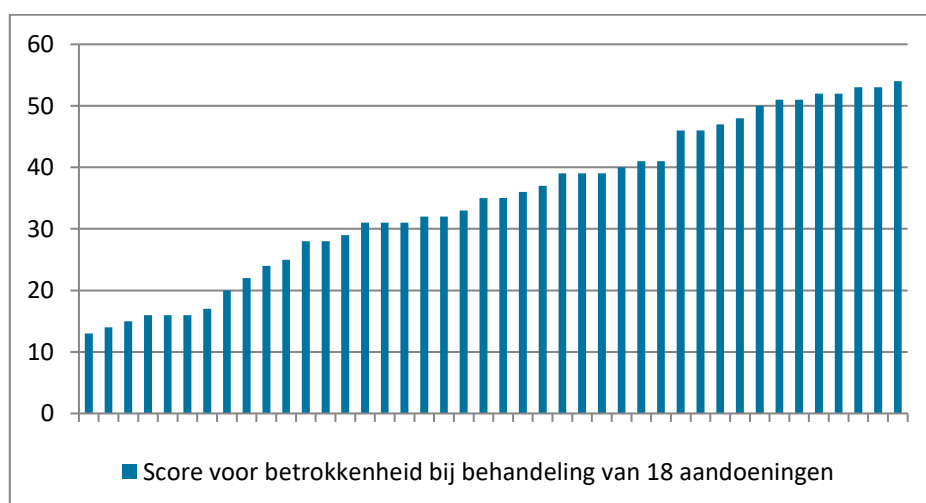
Bij de rol van de huisartsen als behandelaar van (chronische) aandoeningen is gebruik gemaakt van een lijst van 18 aandoeningen. Gevraagd werd in hoeverre de huisarts in voorkomende gevallen de behandeling op zich zou nemen (zie Tabel 3.28).

Huisartsen zijn vrijwel altijd betrokken als behandelaar bij patiënten met diabetes type II, hordoleum en longontsteking. Ook bij chronische bronchitis, maagzweer, hernia, depressie en hartfalen is de huisarts vaak in beeld als behandelaar. Dat is heel weinig het geval bij TB follow-up zorg en betrekkelijk weinig bij colitis ulcerosa, salpingitis en de ziekte van Parkinson.

Tabel 3.28: Rol van de huisartsen bij de behandeling van aandoeningen

Behandeling van onderstaande aandoeningen	(Bijna) altijd	Meestal	Af en toe	Zelden/ nooit	Weet niet	Totaal
Hyperthyroïdie	13	14	11	3	0	41
Chronische bronchitis	20	15	7	0	0	42
Hordeolum (strontje)	31	6	4	1	0	42
Maagzweer	19	17	3	2	0	41
Hernia	22	12	5	2	0	41
Acuut cerebrovasculair incident	15	11	7	8	0	41
Hartfalen	16	16	6	3	0	41
Longontsteking	23	14	2	2	0	41
Peritonsillair abces	18	11	6	5	1	41
Colitis ulcerosa	11	6	11	12	1	41
Salpingitis	13	7	13	7	0	40
Hersenschudding	14	14	6	7	0	41
M. Parkinson	11	9	12	7	2	41
Diabetes (type II)	34	7	0	0	0	41
Reumatoïde artritis	13	13	5	8	1	40
Depressie	18	18	4	1	0	41
Myocardinfarct	15	10	7	9	0	41
Tb follow up zorg	5	5	6	20	5	41

Net als in de vorige paragraaf worden ook hier de huisartsen met elkaar vergeleken aan de hand van de somscores. Die zijn op dezelfde wijze berekend als bij 'eerste contact' (zie *Figuur 3.5*). Ook als behandelaar van (chronische) aandoeningen zijn de huisartsen sterk verschillend. Er zijn huisartsen met een behandel aanbod dat de hele lijst van 18 aandoeningen omvat en er zijn er die op dat vlak een zeer bescheiden rol voor zichzelf zien.



Figuur 3.5: Rol van de huisartsen bij behandeling van aandoeningen

3.4.3 Medisch-technische verrichtingen

Analoog aan de aanpak in de vorige paragrafen is ook de betrokkenheid van huisartsen gemeten m.b.t. het verrichten van kleine chirurgische ingrepen en andere verrichtingen. Daarvoor werd een lijst van 17 verrichtingen samengesteld. Per verrichting werd gevraagd of dit in voorkomende gevallen meestal in de praktijk wordt gedaan (door de huisarts of de assistente), of dat verwijzing naar een medisch specialist zou plaats vinden (zie Tabel 3.29).

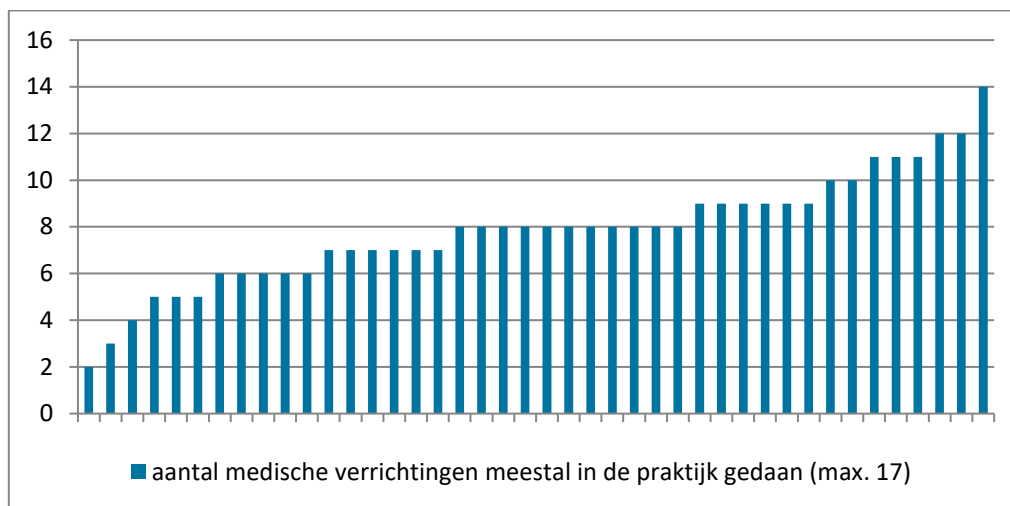
Verrichtingen die doorgaans in de meeste praktijken worden gedaan zijn: wondhechting; gewrichtsinjecties; behandeling van een ingegroeide teennagel; behandeling van wratten en immunisatie tegen griep of tetanus. Verwijzing naar een specialist gebeurt meestal voor het aanbrengen van een gipsverband; paracentese; sinuspunctie; oogfundoscopie en het inbrengen van een intraveneus infuus.

De POH of praktijkassistentie is betrekkelijk vaak betrokken bij immunisatie tegen griep of tetanus, en in veel mindere mate bij de behandeling van wratten en bij vaccinaties. Verder spelen de POHs en assistenten bij deze verrichtingen vrijwel geen rol.

Tabel 3.29: Het aanbod van medische verrichtingen in de huisartspraktijken (N = 42)

Door wie onderstaande verrichtingen meestal worden gedaan	Huisarts	POH/ assistente	Med. spec.	Weet niet	Totaal
Immunisatie tegen griep of tetanus	24	14	2	1	41
Wondhechting	37	0	4	0	41
Gewrichtsinjectie	37	0	5	0	42
Behandeling van ingegroeide teennagel	35	1	5	1	42
Verwijdering van wratten	29	5	7	0	41
Stikstofbehandeling bij wratten	23	5	13	0	41
Verwijderen talgcyste uit behaarde hoofdhuid	27	0	14	1	42
Spiraaltje inbrengen	24	0	17	1	42
Intapen van een enkel	17	2	19	3	41
Verwijdering roestvlek van het hoornvlies	13	0	27	0	40
Reizigers vaccinatie	7	3	12	16	38
Allergie vaccinatie	5	4	21	10	40
Inbrengen van intraveneus infuus	7	1	28	3	39
Fundoscopie van het oog	6	0	36	0	42
Sinuspunctie	2	0	33	4	39
Doorprikken van trommelvlies (paracentese)	1	0	37	2	40
Aanbrengen van gipsverband	0	0	39	2	41

Figuur 3.6 laat de variatie tussen de praktijken zien in het doen van medische verrichtingen. Omdat het om 17 verrichtingen gaat, is de hoogst mogelijke score hier 17. Die wordt door geen praktijk gehaald; er is er één die tot 14 komt; er zijn er zeven met een score tussen 10 en 12. Aan het andere eind van het diagram zijn er 6 praktijken met een score van 5 of minder. Er zijn dus praktijken waar bijna alle verrichtingen worden gedaan, door de huisarts zelf of door de POH of de assistente, en praktijken waar patiënten voor deze verrichtingen vaak naar elders worden verwezen, met name naar medisch specialisten.



*Figuur 3.6: Aanbod van medische verrichtingen per huisartspraktijk**

*In de praktijk uit te voeren door huisarts, POH of assistente (N = 42 praktijken).

3.4.4 Zelfstandige verrichtingen door POH of assistente

In de vorige paragraaf zagen we al dat, volgens opgaaf van de huisarts, POHs en assistentes zijn betrokken bij bepaalde verrichtingen, zoals immunisatie. Dat wordt in de Tabel 3.30 bevestigd: in 19 van de 42 praktijken (45%) verrichten ze zelfstandig immunisaties. Dat is zeker niet de meest voorkomende van de in de tabel genoemde zelfstandige verrichtingen. In bijna alle praktijken voeren de POH of assistente zelfstandig routine controles uit en geven gezondheidsadvies aan patiënten. Andere verrichtingen die zelfstandig uitgevoerd worden door de POH of assistente zijn bijvoorbeeld controle van bloeddruk en urine, verwijderen van hechtingen; verwijdering van wratten, oorspoeling, wondverzorging en het maken van uitstrijkjes.

Tabel 3.30: Zelfstandig uitgevoerde verrichtingen door POH of assistente

Verrichtingen door POH of assistente	Nee	Ja	Totaal
Immunisatie	23	19	42
Gezondheidsadvies	5	37	42
Routine controles	3	39	42
Andere activiteit	25	17	42

3.4.5 Zorg voor specifieke patiëntengroepen

De grote meerderheid van de huisartsen is betrokken bij specifieke activiteiten zoals de screening op soa's, HIV/AIDS en baarmoederhalskanker (zie Tabel 3.31). Verder is ruim driekwart betrokken bij de griepvaccinatie van risicogroepen, en de huisartsen die hier nog niet bij betrokken zijn staan hier eventueel wel voor open. De helft van de huisartsen is betrokken bij de zorg aan mensen met een lichamelijke beperking, en ook hier is ruimte voor uitbreiding naar andere huisartsen. Screening op Tuberculose wordt slechts door een derde gedaan, maar een kwart van de huisartsen zou hier wel graag bij betrokken willen zijn. Gezondheidsvoorlichting op scholen is, op twee uitzonderingen na, geen terrein waarop huisartsen actief zijn, maar 16 huisartsen (41%) zouden daarin wel verandering willen zien.

Tabel 3.31 Betrokkenheid van de huisartsen bij de zorg voor specifieke groepen patiënten

Betrokken bij onderstaande activiteiten voor specifieke patiëntengroepen	Ja	Nee, is niet mijn werk	Nee, maar zou het willen	Totaal
Soa screening	34	3	4	41
HIV / AIDS screening	34	2	5	41
Tuberculose screening	14	15	10	39
Griepvaccinatie bij hoog risicogroepen	31	3	5	39
Zorg aan mensen met een lichamelijke beperking	20	11	8	39
Gezondheidsvoorlichting op scholen	2	21	16	39
Screening op baarmoederhalskanker	39	1	1	41

Wat betreft moeder en kindzorg (Tabel 3.32) verlenen vrijwel alle huisartsen in meer of mindere mate ondersteuning bij gezinsplanning en anticonceptie. Daar staat tegenover dat huisartsen nauwelijks betrokken zijn bij routine prenatale zorg en reguliere immunisatie en controle van kinderen tot vier jaar. Dit lijkt dus niet tot de reguliere werkzaamheden van de huisarts te behoren.

Tabel 3.32: Betrokkenheid van de huisartsen bij ouder- en kindzorg

Betrokken bij onderstaande activiteiten in ouder/ kind zorg	Ja, aan allemaal	Ja, aan meeste	Ja, aan aantal	Nee, aan niemand	Weet niet	Totaal
Gezinsplanning / anticonceptie	10	18	13	0	0	41
Routine prenatale zorg	1	6	12	20	2	41
Reguliere immunisatie kinderen*	1	1	1	35	3	41
Reguliere controle kinderen*	4	3	5	27	2	41

*Kinderen tot vier jaar

Vrijwel alle (90.5%) huisartsen geven aan meestal tot altijd beschikbaar te zijn voor palliatieve zorg aan kankerpatiënten (zie Tabel 3.33).

Tabel 3.33: Beschikbaarheid van de huisartsen voor palliatieve zorg

Beschikbaar voor palliatieve zorg aan kankerpatiënten	Aantal	%
(Bijna) altijd	30	71.3
Meestal	8	19.1
Af en toe	2	4.8
Zelden tot nooit	2	4.8
Totaal	42	100

3.4.6 Werken met groepen patiënten

De zorg voor specifieke patiëntengroepen is vaak effectiever en efficiënter als die groepsgewijs wordt aangeboden. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aanleren van vaardigheden, gezondheidsvoorlichting en zelfzorg. Categorieën die zich voor een dergelijke aanpak lenen zijn patiënten met diabetes, hoge bloeddruk, zwangere vrouwen en ouderen. Deze paragraaf gaat in op dit soort activiteiten in de huisartspraktijk.

Een groepsgewijze aanpak in de zorg voor bepaalde patiëntencategorieën is uitzonderlijk (zie Tabel 3.34). Er zijn 9 praktijken (21%) waar groepsbijeenkomsten plaats vinden voor patiënten met diabetes. In 6 praktijken (14%) worden dergelijke bijeenkomsten gehouden voor patiënten met hoge bloeddruk. Bijeenkomsten over gezinsplanning of voor zwangere vrouwen of ouderen worden elk in één praktijk gehouden. In totaal zijn er 9 praktijken (21%) waar één of meer van dit soort activiteiten worden aangeboden.

Tabel 3.34: Het werken met groepen patiënten in de huisartspraktijken

Groepssessies aangeboden voor onderstaande categorieën	Nee	Ja	Totaal
Patiënten met diabetes	33	9	42
Patiënten met hypertensie	36	6	42
(Aanstaande) ouders over gezinsplanning	41	1	42
Zwangere vrouwen	41	1	42
Ouderen	41	1	42
Anders	41	1	42
Praktijk organiseert geen groepssessies	9	33	42

3.5 Samenwerking en coördinatie van zorg

Omdat de huisartspraktijk de plaats is waar de meeste mensen met gezondheidsproblemen het eerst binnenkomen, is het ook de plaats waar de zorg goed gecoördineerd kan worden. Als behandeling niet (alleen) in de huisartspraktijk kan plaatsvinden wordt de patiënt doorverwezen naar andere zorgverleners in de eerste lijn of naar medisch specialisten c.q. het ziekenhuis. Coördinatie en samenwerking zijn derhalve belangrijke taken voor de huisarts.

3.5.1 Gemeenschappelijke huisvesting

Samen met andere zorgverleners gevestigd zijn in één gebouw leidt niet vanzelf tot samenwerking maar kan daar wel faciliterend bij zijn. De typische huisartspraktijk op Aruba bestaat uit een solohuisarts die een assistente in dienst heeft en verder in de praktijk samenwerkt met een POH (in dienst bij het WGG). In zeven praktijken werkt daarnaast nog een praktijkverpleegkundige (zie Tabel 3.35).

Hoewel er praktijken zijn waar een huisarts-in-opleiding of een 'part-time 2^e huisarts' werkzaam is, lijkt de duo- of groepspraktijk waarin monodisciplinair structureel wordt samengewerkt, vooralsnog onbekend. Interdisciplinaire of multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van een gezondheidscentrum, komt ook niet voor. Wel zijn er enkele huisartsen die aangeven in één gebouw te werken met een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut, psychiater, chiropractor, logopedist of apotheek. Verder deelt iets meer dan de helft van de huisartsen het praktijkgebouw met een laboratorium of prikpost.

Tabel 3.35: Gemeenschappelijke huisvesting van meerdere disciplines

Andere disciplines in het praktijkgebouw	Nee	Ja	Totaal
Doktersassistente	3	39	42
Praktijkverpleegkundige	35	7	42
POH	5	37	42
Laboratorium of prikpost	20	22	42
Anders, namelijk	31	11	42

3.5.2 Intercollegiaal en interdisciplinair overleg

Overleg met collega huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn varieert sterk tussen huisartsen, zoals te zien in Tabel 3.36. Vrijwel alle huisartsen hebben face-to-face overleg met andere huisartsen, en dat geldt ook voor overleg met de POH of praktijkverpleegkundige, dat vaak met een grotere frequentie plaats vindt. Het is opmerkelijk dat er enkele huisartsen zijn die aangeven dit overleg met collega's of POH zelden of nooit te hebben. Ook met apothekers wordt door veel huisartsen geantwoord dat ze er face-to-face overleg mee hebben; bij elkaar heeft driekwart (76%) hiermee tenminste eens per drie maanden persoonlijk overleg. Met betrekking tot de overige eerstelijns disciplines is het opmerkelijk hoeveel huisartsen hierbij hebben geantwoord dat ze deze zelden of nooit ontmoeten voor overleg; tussen 70 en meer dan 90%. Dit wijst niet op een grote samenhang in de eerstelijns zorg.

Tabel 3.36: Face-to-face overleg met zorgverleners in de eerste lijn

Ontmoeting (face-to-face) met zorgverleners	Zelden/ nooit	Elke 1-3 maand	Meer dan 1x/maand	Totaal
Collega huisarts(en)	3	19	20	42
Praktijkverpleegkundige/POH	3	4	35	42
Wijkverpleegkundige(n)	29	4	2	35
Fysiotherapeut(en)	31	7	1	39
Diëtist(en)	39	0	0	39
Vroedvrouw(en)/verloskundige(n)	32	4	3	39
Apotheker(s)	9	22	10	41
Maatschappelijk werker(s)	32	2	0	34

In de overlegrelatie tussen huisartsen en de specialisten in de tweede lijn zien we dat, van de in Tabel 3.37 genoemde specialismen, de internisten het meest frequent door de huisartsen worden benaderd voor een medisch advies; 11 huisartsen (26%) doen dat meer dan eens in de maand en 27 (64%) één maal in de één tot drie maanden. Ook kinderartsen, chirurgen en neurologen worden regelmatig door huisartsen om advies gevraagd. De KNO arts en dermatoloog worden hiervoor het minst vaak benaderd. Het contact van de huisartsen over de medische as, met specialisten, lijkt in het algemeen beduidend meer te zijn ontwikkeld dan dat met niet-medische zorgverleners in de eerste lijn.

Tabel 3.37: Advies vragen aan medisch specialisten door de huisartsen

Advies vragen aan medisch specialisten (bv. telefonisch)	Zelden/ nooit	Elke 1-3 maand	Meer dan 1x/maand	Totaal
Kinderarts	2	31	8	41
KNO arts	14	27	1	42
Internist	4	27	11	42
Gynaecoloog	7	30	5	42
Chirurg	5	31	6	42
Neuroloog	8	28	6	42
Dermatoloog	19	20	2	41

3.6 Voorwaarden voor het zorgproces

3.6.1 Medische uitrusting

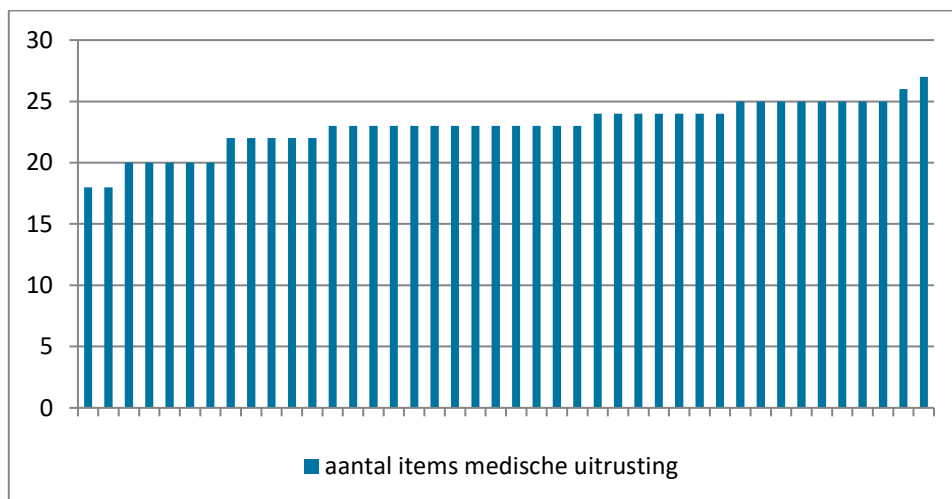
Aan de hand van een lijst van 30 items konden de huisartsen opgeven over welke medische uitrusting ze in hun praktijk kunnen beschikken (zie Tabel 3.38).

Tabel 3.38: Medische uitrusting die in de praktijken beschikbaar is

Beschikbare medische uitrusting	Ja	Nee	Weet niet	Totaal
Bloeddrukmeter	42	0	0	42
Stethoscoop	42	0	0	42
Thermometer	41	0	0	41
Tongspatel	42	0	0	42
Spuiten/naalden	42	0	0	42
Meetlint	42	0	0	42
Weegschaal voor volwassenen	42	0	0	42
Kinderweegschaal	16	25	0	41
Materiaal voor bloedsuiker tests	41	0	0	41
Verbandmiddelen	41	1	0	42
Auto (voor huisbezoek)	42	0	0	42
Visus testkaart ('snellen kaart')	37	5	0	42
ECG	4	34	2	40
Otoscoop	42	0	0	42
Zuurstofsaturatiemeter	38	3	1	42
Urine teststrips	33	8	0	41
Klisterset	3	29	5	37
Materiaal voor wondhechting	38	2	0	40
Oorspuit	42	0	0	42
Reflexhamer	42	0	0	42
Neusspeculum	37	5	0	42
Gynaecologische stoel	35	6	0	41
Speculum	42	0	0	42
Oogspiegel / ophthalmoscoop	30	11	0	41
Hemoglobinemeter	0	41	0	41
Doppler (voor de buik)	15	26	0	41
Materiaal voor eerste hulp	37	4	0	41
Stemvork	37	5	0	42
Aspirator	6	33	2	41
Peakflow meter	15	26	0	41

De meeste van de genoemde uitrusting wordt door een grote meerderheid van de huisartsen gemeld als zijnde beschikbaar. Uitzonderingen zijn de ECG, de klisterset, de doppler, de aspirator, de kinderweegschaal en de peakflow meter; deze zijn vaker niet dan wél aanwezig. Een hemoglobinemeter komt zelfs in geen enkele praktijk voor.

Figuur 3.7 laat per praktijk het aantal beschikbare items aan medische apparatuur zien. De verschillen tussen de praktijken zijn niet groot; vrijwel alle huisartsen melden de beschikbaarheid van tussen de 20 en 25 items.



Figuur 3.7: Beschikbare medische uitrusting per praktijk

3.6.2 Beschikbaarheid van lab- en röntgendiagnostiek

Voor diagnostiek is het van belang dat huisartsen toegang hebben tot laboratorium en röntgenfaciliteiten; die hoeven zich niet binnen de praktijk te bevinden. Met één uitzondering geven alle huisartsen aan dat ze voldoende laboratoriumfaciliteit tot hun beschikking hebben (zie Tabel 3.39). In meerderheid buiten de praktijk. Ruim een derde van de huisartsen heeft geantwoord in eigen praktijk labvoorzieningen te hebben.

Tabel 3.39: Beschikbaarheid van laboratoriumfaciliteiten volgens de huisartsen

Beschikbaarheid van laboratoriumfaciliteiten	Aantal	%
Volledig beschikbaar in mijn praktijk	16	38.1
Volledig beschikbaar buiten mijn praktijk	24	57.1
Laboratorium faciliteiten niet/onvoldoende beschikbaar	1	2.4
Geen antwoord	1	2.4
Totaal	42	100

Twee huisartsen vinden dat röntgenvoorzieningen onvoldoende beschikbaar zijn; de andere huisartsen vinden die beschikbaarheid voldoende. Apparatuur voor röntgendiagnostiek bevindt zich, op één uitzondering na, altijd buiten de praktijk (zoals te zien in Tabel 3.40).

Tabel 3.40: Beschikbaarheid van röntgendiagnostiek volgens de huisartsen

Beschikbaarheid van röntgenfaciliteiten	Aantal	%
Volledig beschikbaar in mijn praktijk	1	2.4
Volledig beschikbaar (deels) buiten mijn praktijk	39	92.9
Röntgenfaciliteiten niet/onvoldoende beschikbaar	2	4.7
Totaal	42	100

3.6.3 Gebruik van de computer

Als hulp-in-de-praktijk is de computer onmisbaar, maar de mate waarin hij wordt gebruikt kan verschillen. Inderdaad maken alle huisartsen gebruik van een PC. De vrijwel unaniem genoemde toepassingen zijn (zoals te zien in Tabel 3.41); het voorschrijven van medicatie; het vastleggen van gegevens van consulten; het schrijven van verwijsbrieven en het bewaren van de uitslagen van onderzoeken. Nauwelijks minder vaak genoemd worden het opzoeken van medische informatie op het internet en het doen van de financiële administratie.

Het digitaal boeken van afspraken voor het spreekuur lijkt een must, maar is het voor 6 huisartsen (14%) toch blijkbaar niet. Prescripties doorsturen naar de apotheek wordt het minst digitaal gedaan, door 64%, maar hiervoor is de huisarts wellicht ook afhankelijk van de mate van automatisering in de apotheken.

Tabel 3.41: Toepassingen van de computer in de praktijken

Gebruik van computer voor:	Nee	Ja	Totaal
Afspraken maken met patiënten	6	36	42
Financiële administratie/declaraties	4	38	42
Voorschrijven van medicatie	2	40	42
Consultgegevens vastleggen (in Promedico)	2	40	42
Verwijsbrieven aan medisch specialisten/ziekenhuis	2	40	42
Uitslagen van onderzoek bewaren	2	40	42
Opzoeken van medische informatie op internet	3	39	42
Prescripties sturen naar apotheek (digitaal)	15	27	42

3.6.4 Overdracht medisch dossier

Huisartsen kunnen veel doen aan de volledigheid van medische dossiers, maar zijn daarbij, als het gaat om nieuw ingeschreven patiënten, ook afhankelijk van de vorige huisarts van die patiënten. De situatie bij de overdracht van medische dossiers lijkt redelijk in orde. Vrijwel altijd ontvangt de nieuwe huisarts het medisch dossier van de vorige huisarts van de patiënt. Niettemin geven vijf huisartsen aan het medisch dossier slechts zo nu en dan of zelfs zelden te ontvangen (zie Tabel 3.42).

Tabel 3.42: Overdracht medische dossiers tussen huisartsen

Ontvangst medisch dossier van nieuw ingeschreven patiënten van vorige huisarts	Aantal	%
Meestal / altijd	37	88.1
Nu en dan	4	9.5
Zelden of nooit	1	2.4
Totaal	42	100

3.6.5 Bijhouden van het medisch dossier

Er is een apart deelonderzoek geweest naar het bijhouden van de EPDs in de huisartspraktijken. Over de resultaten daarvan wordt verslag gedaan in Hoofdstuk 7. In de huisartsenquête zijn evenwel ook vragen gesteld over de in de praktijken gangbare routines voor het bijhouden van de medische dossiers en over de ervaringen van de huisartsen met de Promedico software. De resultaten daarvan worden hier gepresenteerd.

De meeste huisartsen maken uitsluitend gebruik van Promedico (zie Tabel 3.43). Toch zijn er nog enkelen die, daarnaast, nog gebruik maken van andere software, zoals Medisoft, of er ook een papieren dossier op na houden. ‘Mengvormen’ zijn dat consulten uitsluitend in Promedico worden bijgehouden, maar dat voor uitslagen van onderzoeken ook nog gebruik gemaakt wordt van een papieren dossier. Soms is er, naast Promedico, nog een schriftelijk ‘schaduw dossier’.

Tabel 3.43: Bijhouden van het medisch dossier

Wijze van registreren consult- en patiëntgegevens	Aantal	%
Uitsluitend in het Promedico EPD	37	88.1
Uitsluitend in een papieren dossier	-	-
Deels elektronisch en deels op papier	2	4.8
Anders	3	7.1
Totaal	42	100

Het consciëntieus bijhouden van de EPDs kan gebaat zijn bij een goede taakverdeling tussen huisarts en (voor de routine informatie) de assistente. Toch zijn het de huisartsen die als regel, en in de meeste praktijken ook als enige, in het EPD schrijven (zie Tabel 3.44). Dat lijken de huisartsen overigens wel stelselmatig doen. In een minderheid van 13 praktijken (31%) zijn het (ook) de assistentes die gegevens in het EPD bijhouden.

Tabel 3.44: Praktijkroutines in de medische verslaglegging

Taakverdeling bij vastleggen van patiëntgegevens	Nee	Ja	Totaal
De assistente houdt gegevens bij	29	13	42
De HA houdt als regel de gegevens bij van alle patiëntencontacten	1	41	42
De HA houdt die gegevens meestal bij, tenzij het erg druk is	41	1	42
De HA houdt alleen de gegevens bij van belangrijke consulten	42	0	42
De HA houdt de gegevens bij van patiënten die regelmatig komen	42	0	42
De HA houdt de gegevens bij behalve voor kleine/onbeduidende klachten	41	1	42
Anders	41	1	42

Huisartsen werd gevraagd naar welke informatie zij gewoonlijk over patiënten opnemen in het EPD (zie Tabel 3.45). Zo goed als alle huisartsen geven aan dat uitslagen van onderzoek, diagnoses, bloeddruk metingen en voorgeschreven medicatie in het dossier staan. Ook de door de patiënt ingebrachte hulpvraag wordt veelal genoteerd. Over achtergronden van de patiënt, bijvoorbeeld gerelateerd aan gezondheidsgedrag, maar ook de medische familiegeschiedenis is veel minder te vinden. Dit is vaak informatie die de huisarts kan helpen preventieve activiteiten te ontplooiën, naar het individu of groepen patiënten.

Tabel 3.45: Informatie die in het medisch dossier wordt opgenomen

Inhoud van het medisch dossier	Nee	Ja	Totaal
Leefsituatie	25	17	42
Medische familiegeschiedenis (depressie, kanker)	13	29	42
Gewicht en lengte	10	32	42
Roken	14	28	42
Bloeddruk	1	41	42
Hulpvraag bij een consult ('reason for encounter')	5	37	42
Diagnose	1	41	42
Voorgeschreven medicatie	2	40	42
Uitslagen van onderzoek	1	41	42

3.6.6 De verwijsbrief

Bij verwijzing naar de medisch specialist wordt door bijna alle huisartsen informatie meegestuurd met betrekking tot de (voorlopige) diagnose, resultaten van eigen onderzoek (zoals lab tests, lichamelijk onderzoek), de voorgeschiedenis van de ziekte-episode en de vraagstelling van de

huisarts aan de specialist (zie Tabel 3.46). De achtergrond van de patiënt, die ook niet systematisch in de EPDs wordt genoteerd, blijft dan ook meestal achterwege. Bij 'andere informatie' die huisartsen in de verwijsbrief vermelden wordt nog genoemd: medicatie, comorbiditeit, allergieën en eerdere operaties.

Tabel 3.46: Inhoud van de verwijsbrief van de huisarts aan de medisch specialist

Inhoud van de verwijsbrief	Nee	Ja	Totaal
De (voorlopige) diagnose van de huisarts	3	39	42
Resultaten van eigen onderzoek (bv. lab testen)	3	39	42
Voorgeschiedenis van deze episode bij de patiënt	4	38	42
Achtergrond van de patiënt	25	17	42
Vraagstelling van de huisarts aan de specialist	4	38	42
Andere informatie	31	11	42

3.6.7 Ervaringen met de Promedico software

De huisartsen zijn heel positief over het nut van de Promedico software in de praktijk (zie Tabel 3.47). Opmerking bij de antwoorden bevestigen dat: men zegt niet te kunnen werken zonder Promedico, en het voor alles te gebruiken. Toch zijn er ook kritische opmerkingen, met name over het feit dat het tijdrovend is en dat het niet gebruikersvriendelijk is.

Tabel 3.47: Oordeel van de huisartsen over het nut van Promedico software

Ervaren nut van Promedico	Aantal	%
Heel nuttig	33	78.6
Nuttig	6	14.3
Niet zo nuttig	1	2.4
Helemaal niet nuttig	-	-
Geen antwoord	2	4.7
Totaal	42	100

Op de vraag naar de vaardigheid van de huisartsen met Promedico wordt door bijna allemaal geantwoord dat men er heel of tamelijk vaardig mee is (zie Tabel 3.48). Begeleidende opmerkingen zijn ook positief: men zegt er steeds beter in te worden; er zo goed mogelijk gebruik van te willen maken; een papieren dossier veel minder overzichtelijk te vinden.

Tabel 3.48: Vaardigheid met Promedico zoals opgegeven door de huisartsen

Vaardigheid met Promedico	Aantal	%
Heel vaardig	16	38.1
Tamelijk vaardig	23	54.7
(Nog) niet zo vaardig	2	4.8
(Nog) helemaal niet vaardig	-	-
Geen antwoord	1	2.4
Totaal	42	100

3.7 Kwaliteitsbevordering

Bevordering van de kwaliteit van zorg is een punt van aandacht op verschillende niveaus: bij de overheid, overige stakeholders en de individuele huisartsen. In deze paragraaf richten we ons op drie onderwerpen: de tijd die huisartsen besteden aan bij- en nascholing, gebruik van medische richtlijnen en de aanwezigheid van een klachtenprocedure in de huisartspraktijken.

3.7.1 Bij- en nascholing

Per maand wordt door de huisartsen gemiddeld ruim 9 uur besteed aan het lezen van vakliteratuur en medische informatie. Er zijn echter grote verschillen tussen huisartsen in deze activiteit, zoals te zien in Tabel 3.49. Onder het derde deel dat weinig vakliteratuur leest is het gemiddelde ongeveer 3 uur per maand en in de hoogste groep maandelijks 23 uur. Daarnaast besteden huisartsen een kleine vijf uur per maand aan het volgen van cursussen en trainingen. Hier liggen de gerapporteerde uren per maand minder ver uit elkaar; in de laagste groep is het bijna 3 uur en in de hoogste 8.

Tabel 3.49: Tijdsbesteding aan bij- en nascholingsactiviteiten

Uren per maand besteed aan:	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Lezen vakliteratuur en medische informatie (ook op internet)	40	9.3	2.9	8.4	22.8
Volgen van cursussen/trainingen/scholingsbijeenkomsten	39	4.6	2.7	4.6	7.9

3.7.2 Gebruik van medische richtlijnen

Een zeer grote meerderheid van de huisartsen (90.5%) geeft aan vaak gebruik te maken van standaarden en klinische richtlijnen (Tabel 3.50). Eén enkele huisarts antwoordt hier zelden tot nooit gebruik van te maken.

Tabel 3.50: Door de huisartsen opgegeven gebruik van klinische richtlijnen

Gebruik van standaarden/klinische richtlijnen	Aantal	%
Maakt vaak gebruik van standaarden/richtlijnen	38	90.5
Maakt af en toe gebruik van standaarden/richtlijnen	3	7.1
Maakt zelden tot nooit gebruik van standaarden/richtlijnen	1	2.4
Totaal	42	100

3.7.3 Klachtenbehandeling in de praktijken

De klachtenbehandeling is verre van compleet en algemeen, zoals de responses in Tabel 3.51 laten zien. In slechts de helft van de huisartsenpraktijken is er een klachtenbus aanwezig, en dan nog is er niet in al deze gevallen ook sprake van een uitgewerkte procedure die gevolgd wordt indien patiënten klachten hebben of ontevreden zijn. De andere helft van de praktijken biedt in het geheel geen procedure of klachtenbus of heeft deze vraag niet beantwoord.

Tabel 3.51: Beschikbaarheid van klachtenbehandeling in de praktijken

Procedure (incl. klachtenbus) voor ontevreden patiënten	Aantal	%
Er is zowel een procedure als een klachtenbus	17	40.5
Er is een klachtenbus, maar geen procedure	5	11.9
Geen procedure en klachtenbus aanwezig	16	38.1
Geen antwoord	4	9.5
Totaal	42	100

3.8 Reflectie van de huisartsen op hun werk

In een aantal vragen werden de huisartsen uitgenodigd zich uit te laten over de context van hun werk, hun tevredenheid en hun interesse in nieuwe taken en werkvormen.

3.8.1 Ruimte voor nieuwe taken

Een ruime meerderheid van de huisartsen zou meer ingezet willen worden bij het uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen, de begeleiding van patiënten met diabetes type II en het screenen op hart- en vaatziekten. Voor een taakuitbreiding naar periodiek onderzoek bij kinderen en het geven van gezondheidsvoorlichting zijn daarentegen maar zo'n 30% van de huisartsen te vinden (zie Tabel 3.52).

Tabel 3.52: Mening van de huisartsen over taakuitbreiding

Gewenste taakuitbreiding	Nee	Ja	Totaal
Kleine chirurgische ingrepen	14	28	42
Begeleiding van patiënten met diabetes II	19	23	42
Screening op cardiovasculair risico	16	26	42
Periodiek onderzoek bij kinderen	29	13	42
Gezondheidsvoorlichting (scholen/patiëntengroepen)	30	12	42

3.8.2 Belangstelling voor vormen van samenwerken

Het werken in een solopraktijk wordt over het algemeen als minder positief ervaren dan het werken in een groepspraktijk of in een interdisciplinair constructie, zoals te zien in Tabel 3.53. De meerderheid van de huisartsen staat (redelijk) positief tegenover parttime werken.

Tabel 3.53: Mening van de huisartsen over samenwerkingsverbanden en parttime werken

Mening over werkvormen	Zeer positief	Redelijk positief	Niet positief	Weet niet	Totaal
Solopraktijk	10	16	15	0	41
Groepspraktijk (2-3 huisartsen)	19	17	4	2	42
1 of meer huisartsen in 1 gebouw met anderen	26	11	3	2	42
Parttime werken (bv. 4 dagen in de week)	23	11	5	3	42

3.8.3 Mening over tekorten aan zorgverleners

Er zijn slechts drie huisartsen die geen enkel tekort ervaren bij de in Tabel 3.54 genoemde zorgverleners in de eerste lijn. Meer dan de helft (55%) van de huisartsen vindt dat er ruimte is voor meer huisartsen op het eiland. Tekorten aan doktersassistenten en diëtisten worden door nog iets meer huisartsen genoemd, namelijk bij twee derde. Iets meer dan de helft zou meer wijkverpleegkundigen willen zien, en een kwart ziet ruimte voor meer fysiotherapeuten en POHs.

Tabel 3.54: Door de huisartsen gepercipieerde tekorten aan zorgverleners

Ervaren tekorten ELGZ zorgverleners op Aruba	Tekort	Geen tekort	Totaal
Huisartsen	23	19	42
Wijkverpleegkundigen	20	22	42
Fysiotherapeuten	13	29	42
Diëtisten	26	16	42
Doktersassistenten	27	15	42
POHs	13	29	42

3.8.4 Tevredenheid en moreel

De meningen van de huisartsen omtrent een aantal aspecten van hun werk lopen behoorlijk uiteen. Het gaat in Tabel 3.55 om zowel algemene vragen over de beroepsuitoefening als over meer concrete aspecten.

Wat de algemene onderwerpen betreft vinden lang niet alle huisartsen (40%) dat zij een gerespecteerd beroep uitoefenen en vindt ook ruim de helft dat sommige delen van het werk niet zinvol zijn. Toch zegt ruim driekwart het werk nog net zo interessant te vinden als vroeger. Meer concreet, vinden velen (69%) dat ze veel tijd kwijt zijn aan onnodige administratieve rompslomp en dat ze door de huidige waarneemsituatie moeilijk vrije dagen kunnen opnemen (75%).

Wat de ervaren werk-gerelateerde stress betreft, vinden even veel huisartsen die te hoog als niet te hoog. De avond- en weekenddiensten lijken niet sterk bij te dragen aan te hoge stress, want het is een derde van de huisartsen die de druk daarvan te hoog vindt. Tenslotte vindt een meerderheid van bijna twee derde (62%) dat inspanning en beloning niet goed in evenwicht zijn.

Tabel 3.55: Tevredenheid en ervaren knelpunten in het werk

Uitspraken over het werk als huisarts	Sterk mee eens	Mee eens	Mee oneens	Sterk mee oneens	Totaal
Sommige delen van mijn werk vind ik niet zinvol	5	17	16	4	42
Ik vind mijn werk nog net zo interessant als vroeger	16	17	7	2	42
Ik moet in mijn werk veel tijd besteden aan onnodige administratieve rompslomp	13	16	11	2	42
Door de huidige waarneemsituatie is het moeilijk om vakantie of vrije dagen te nemen als ik dat wil	19	11	9	1	40
Mijn werk geeft me momenteel te veel stress	5	16	20	1	42
Huisarts zijn is een gerespecteerd beroep	7	18	10	7	42
In mijn werk zijn inspanning en beloning goed in evenwicht	6	10	16	10	42
De druk van avond- en weekenddienst momenteel te hoog	8	6	22	5	41

3.9 Samenvatting

Beroepsgroep. De beroepsgroep van huisartsen bestaat op Aruba uit jonge, betrekkelijk kort gevestigde, overwegend vrouwelijke huisartsen. Dit heeft mogelijk consequenties voor het toekomstige zorgaanbod, bijvoorbeeld voor patiënten die de voorkeur geven aan een mannelijke huisarts. Hoewel nog niet alle huisartsen een specialisatie als huisarts hebben gevolgd, lijkt aan deze situatie met de jaren een einde te komen als de niet-gespecialiseerde huisartsen zullen zijn gepensioneerd.

Praktijk grootte en locatie. De omvang van de praktijken, naar het aantal ingeschreven patiënten, verschilt sterk. Het gemiddelde van ruim 2.600 is vergeleken met Nederland¹¹ erg hoog. Maar er zijn ook praktijken met meer dan 3.000 patiënten. Er is een zekere samenhang tussen de grootte van huisartspraktijken en het zorgaanbod.

Afgaande op de gerapporteerde reistijden en de mening van patiënten lijkt de spreiding van huisartspraktijken in orde. Het ziekenhuis is gevestigd in Oranjestad, waar ook de meeste mensen wonen. Voor mensen elders op het eiland, zoals in San Nicolas, kan de reistijd naar het ziekenhuis echter oplopen tot 45 minuten.

Beschikbaarheid en werktijden. Het aantal werkuren per week verschilt sterk tussen de huisartsen, maar het gemiddelde ligt op 42 uur. Op werkdagen zijn de praktijken gedurende 7 uren geopend waarin de huisartsen meestal ook beschikbaar zijn voor patiënten. De telefonische bereikbaarheid van de praktijken is doorgaans ruimer dan de openingsuren. De urenbesteding van de huisartsen aan avond- en weekenddiensten varieert zeer sterk; het verschil tussen laagste en de hoogste bedraagt meer dan een factor 4.

De meeste patiënten zijn tevreden over de openingstijden en het maken van een afspraak voor het spreekuur. De wachttijd in de praktijk is meestal kort, al is deze in een kwart van de praktijken toch meer dan een half uur. Op avonden en in het weekend zijn de praktijken dicht en zijn patiënten voor niet-spoedeisende hulp aangewezen op de huisartsenpost. Informatie daarover zouden patiënten kunnen vinden op de website van de praktijk. Echter, weinig patiënten zijn op de hoogte van een dergelijke website of een spoednummer.

Zorgcontact. Verreweg de meeste contacten tussen huisarts en patiënt zijn face-to-face. De duur daarvan verschilt enorm; sommige huisartsen zien gemiddeld 6 patiënten per uur, anderen krap 2. Naast de consulten in de praktijk zijn er telefonische consulten, maar die lijken niet in de plaats te komen van face-to-face consulten. E-mail consulten vinden slechts bij enkele huisartsen plaats en die lijken wél in de plaats te komen van face-to-face consulten. Ook het afleggen van huisbezoeken aan patiënten wordt slechts door een deel van de huisartsen gepraktiseerd.

Zorgaanbod. Sommige huisartsen hebben een veel breder taakprofiel dan andere. Dit geldt voor de rol van de huisarts in het eerste contact met gezondheidsproblemen, het behandelen van aandoeningen (zelf versus doorverwijzing naar medisch specialist), en het verrichten van kleine chirurgie en andere medische ingrepen. Het merendeel van de huisartsen is betrokken bij de zorg voor specifieke groepen patiënten, zoals palliatieve zorg, anticonceptie en screening, of heeft daar wel belangstelling voor. Die belangstelling is er ook voor de routinezorg voor jonge kinderen, die nu nog veelal buiten de huisartspraktijk plaats vindt.

¹¹ Bijvoorbeeld vergeleken met de normpraktijk van 2.095 patiënten per FTE huisarts in Nederland, 2018 (Bron: www.lhv.nl).

De eerstelijnszorg op Aruba is onderbezet, vinden bijna alle huisartsen. Ze vinden in meerderheid dat er ruimte is voor meer huisartsen, maar meer nog voor praktijkassistenten en diëtisten en in iets mindere mate ook voor wijkverpleegkundigen.

Samenwerking. De huisartsen op Aruba werken momenteel in solopraktijken, waar ze samenwerken met een assistente en een POH. Er is wel belangstelling voor het werken in een breder samenwerkingsverband, zoals een groepspraktijk en een gezondheidscentrum. Ook staat een grote meerderheid positief tegenover parttime werken. De samenwerking van de huisartsen verloopt hoofdzakelijk via de medische lijn, dat wil zeggen met andere huisartsen, medisch specialisten en, in mindere mate apothekers. De samenhang binnen de eerste lijn lijkt gering. Overleg van de huisartsen met andere zorgverleners in de eerste lijn, zoals wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers, vindt namelijk heel weinig plaats.

Medische- en IT uitrusting. Op basis van een lijst van 30 medische uitrustingsitems, kan geconcludeerd worden dat huisartspraktijken daar redelijk goed in zijn voorzien. Ook zijn laboratorium- en röntgenfaciliteiten, binnen of buiten de praktijk, in voldoende mate beschikbaar volgens de huisartsen. Computers worden in vrijwel alle praktijken voor uiteenlopende toepassingen ingezet. Wel is het digitale contact met de apotheken nog voor verbetering vatbaar.

Medische dossiers. Medische dossiers worden volgens de huisartsen consequent bijgehouden en meestal overgedragen aan een nieuwe/vervangende huisarts. Informatie over leefsituatie en gezondheidsgedrag ontbreekt nog vaak in het medisch dossier en derhalve ook in de verwijfsbrief aan de medisch specialist. Huisartsen geven aan vaardig te zijn in het gebruik van Promedico, dat als nuttig en vaak onmisbaar in de praktijkvoering wordt ervaren.

Kwaliteitsbevordering. Er zitten zeer grote verschillen in de tijd die huisartsen zeggen te besteden aan het lezen van vakliteratuur (factor 8 verschil tussen hoog en laag) en het bijwonen van cursussen en trainingen (factor 3 verschil). Het gebruik van klinische richtlijnen wordt breed gerapporteerd. De behandeling van klachten binnen de praktijken (bv. met behulp van een klachtenbus en -procedure) is voor verbetering vatbaar.

Uitbreiding van zorgtaken. Huisartsen staan positief tegenover taakuitbreiding, in het bijzonder tegenover het uitvoeren van kleine chirurgische verrichtingen, diabeteszorg en cardiovasculaire screening. Ook is er belangstelling voor andere praktijkvormen dan de traditionele solopraktijk en, daarmee wellicht verband houdend, voor parttime werken.

Werktevredenheid. Hoewel driekwart van de huisartsen hun werk nog net zo interessant vindt als vroeger, zijn er diverse aspecten die aandacht verdienen, zoals het ervaren respect voor het beroep van huisarts, de zinvolheid van sommige aspecten van het werk en de stress die men in het werk ervaart.

4 Praktijkondersteuners en hun werk

Praktijkondersteuners (POHs) zijn een nieuwe beroepsgroep in de Arubaanse huisartspraktijken. In 2018 was de geleidelijke invoering grotendeels voltooid, toen 20 nieuw opgeleide POHs in de praktijken werkzaam waren. Een enquête onder de POHs maakte deel uit van het onderzoek; de resultaten daarvan, over de professionele rol van de POHs en hun opvattingen over hun werk, presenteren we in dit hoofdstuk.

De vragenlijst is door 19 POHs ingevuld; 10 van hen zijn in twee praktijken werkzaam. Het grootste deel van de vragen gaat over de praktijk-gebonden werkzaamheden van de POH. De POHs die in twee praktijken werken, beantwoorden die vragen dus voor beide situaties; zodoende bedraagt het aantal respondenten bij deze praktijk-gerelateerde vragen 29. Resultaten over andere vragen, bijvoorbeeld over persoonlijke- en demografische gegevens, worden per POH gerapporteerd, en daarbij bedraagt het aantal respondenten dus 19.

4.1 Wie zijn de praktijkondersteuners?

Van de 19 POHs die hebben deelgenomen aan de enquête is het merendeel vrouw (79%) en in de leeftijd tussen de 25 en 45 jaar (80%). De vier mannelijk POHs zijn over het algemeen iets ouder dan hun vrouwelijke collega's, tussen de 35 en 65 jaar. Tachtig procent heeft de opleiding HBO Verpleegkunde voltooid voordat zij als POH aan de slag gingen. De POHs zijn gemiddeld 2.5 jaar werkzaam in de huidige praktijk waarvoor ze de enquête hebben ingevuld (meer details staan in Bijlage A.2).

4.2 Toegang tot POH zorg

Omdat de inzet en toegankelijkheid van POHs samenhangt met de wijze waarop de praktijk is georganiseerd, verschilt deze van praktijk tot praktijk.

4.2.1 Werktijd en tijdsbesteding

Het merendeel van de POHs werkt parttime (24 uur per week oftewel 3 dagen per week) in de praktijken waarvoor ze de enquête hebben ingevuld (zie Tabel 4.1), maar er zijn aanzienlijke verschillen. Net als bij de huisartsen (in Hoofdstuk 3) hebben we de respondenten in drie ongeveer gelijke groepen ingedeeld naar het aantal opgegeven werkuren (laagste derde deel; middelste derde deel en hoogste derde deel; zie ook uitleg in Hoofdstuk 3 bij Tabel 3.4). De groep POHs met het kleinste aantal werkuren werkt gemiddeld 19 uur in de week, terwijl POHs in de hoogste groep gemiddeld 35 uur per week aan de praktijk verbonden is.

Tabel 4.1: Gemiddelde werktijd POHs

Werktijd per week als POH	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Uren	29	23.8	18.9	23.3	35.1
Dagen	29	3.2	2.4	3	4.7

4.2.2 Toegang en beschikbaarheid

De POHs is gevraagd in te schatten welk deel van de patiënten een afspraak maakt voor het consult en welk deel zonder afspraak naar de praktijk komt (zie Tabel 4.2). De meerderheid van de patiënten komt bij de POH op consult na een telefonische afspraak, de daarna grootste categorie zijn patiënten die een afspraak hebben gemaakt aan de balie. Patiënten kunnen verder ook op consult komen via een (directe) doorverwijzing van de huisarts of na een oproep door de POH of via het elektronisch patiëntendossier. Slechts een klein gedeelte van de patiënten loopt binnen zonder afspraak (bijna 10%). De verdeling tussen degenen die een afspraak maken met de POH en die dat niet doen, verschilt echter behoorlijk tussen de praktijken. Aan de ene kant is er een aantal praktijken waar bijna een derde (30%) van de patiënten binnen loopt zonder afspraak, terwijl er anderzijds een praktijken zijn waar dat nauwelijks voorkomt (3%).

Tabel 4.2: Afspreken voor een consult

Binnenkomst in %	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Zonder afspraak	28	9.3	2.9	10	30
Na een afspraak aan balie	28	16.5	5.1	18.8	35
Na telefonische afspraak	28	57.5	25.8	63.9	86.1
Anders	24	20.0	0	13.8	53.3

4.3 Aantallen zorgcontacten

Gemiddeld hebben POHs negen face-to-face patiëntencontacten per werkdag en spreken zij daarnaast nog eens zeven patiënten telefonisch (zie Tabel 4.3). Af en toe vindt patiëntencontact via e-mail plaats (gemiddeld één per twee dagen). Ook hier zien we achter deze gemiddelden weer grote verschillen tussen praktijken. Wat face-to-face contacten betreft, zien POHs in de lage groep gemiddeld 7 patiënten per dag, tegenover 11 bij collega's in de hoge groep. Bij de telefonische contacten zijn die aantallen respectievelijk 4 en 12. Alleen het aantal e-mail contacten verschilt nauwelijks per praktijk, maar dat komt vooral door de lage frequentie van e-mail contacten in het algemeen.

Tabel 4.3: Aantal patiëntencontacten naar soort contact per werkdag

Aantal contacten per werkdag naar soort contacten	N	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Face-to-face in spreekkamer	29	8.8	6.5	9.6	11.3
Telefonisch	29	7.4	3.6	7	12
Per e-mail	29	0.6	0	1	2.5

Het afleggen van huisbezoeken kan deel uit maken van de werkzaamheden van POHs, maar niet noodzakelijkerwijs, want bij een kwart is dat niet het geval. Driekwart van de POHs bezoekt patiënten dus wel eens thuis, maar in het algemeen niet vaak, namelijk gemiddeld minder dan één keer per week, en met uitschieters naar 3 tot 4 (zie Tabel 4.4 en Tabel 4.5).

Tabel 4.4: Het afleggen van visites bij patiënten thuis door de POH

Huisbezoek door de POH	Aantal	%
Maakt geen visites	7	25.0
Maakt visites	21	75.0
Totaal	28	100.0

Tabel 4.5: Wekelijks aantal visites aan patiënten

Patiënten bezoeken thuis	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Aantal visites per week	25	1.2	0.7	-	3.4

4.4 Werkzaamheden

POHs zijn in de huisartsenpraktijken op Aruba geïntroduceerd voor de zorg aan chronisch zieken, met name de zorg aan patiënten met Diabetes Mellitus type 2 (DM2). Deze paragraaf gaat dan ook voornamelijk over de invulling van die werkzaamheden. Daarnaast zal nog worden ingegaan op het inschakelen van POHs bij andere voorkomende werkzaamheden in de praktijk

4.4.1 Zorg aan patiënten met diabetes type 2 (DM2)

We vroegen POHs naar het aantal ingeschreven patiënten met DM2 in hun praktijk. In alle huisartsenpraktijken zijn patiënten met DM2 bekend (zie Tabel 4.6), gemiddeld zijn dat er 246 per praktijk. Er zijn echter grote verschillen tussen de praktijken wat betreft dit aantal. In de laagst frequente groep praktijken staan gemiddeld 164 patiënten met DM2 ingeschreven, tegenover gemiddeld 327 in de hoogst frequente groep (zie Tabel 4.7).

Tabel 4.6: Bijhouden aantal DM2 patiënten

Is het aantal patiënten met DM2 bekend in praktijk	Aantal	%
Ja	29	100.0
Nee	0	0.0
Totaal	29	100

Tabel 4.7: Gemiddeld aantal DM2 patiënten per praktijk

Patiënten met DM2	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Aantal	29	246	164	254	327

In Tabel 4.8 wordt een overzicht gegeven van de activiteiten van POHs bij *nieuwe* patiënten met DM2. In alle praktijken zijn de POHs betrokken bij het geven van voorlichting, het stellen van doelen, het bevorderen van zelfmanagement, en (op één praktijk na) ook bij het starten met een interventie.

Tabel 4.8: Door POH uitgevoerde activiteiten bij nieuwe patiënten

Betrokken bij activiteiten nieuwe patiënten met DM2	Niet	Wel	Totaal
Geven van voorlichting over de ziekte, voeding en leefstijl	0	29	29
Bespreken van persoonlijke situatie en doelen	0	29	29
Bevorderen van zelfmanagement	0	29	29
Starten van een interventie	1	28	29

POHs zijn daarnaast betrokken bij activiteiten rondom de *controle* van patiënten met DM2 (zie Tabel 4.9). In vrijwel alle praktijken worden controle-consulten zelfstandig gemonitord door de POH, wordt het zorgplan door de POH met de patiënt besproken, wordt door de POH met de huisarts overlegd over de behandeling en vindt ook overleg plaats met een diëtist of wordt de patiënt doorverwezen naar een diëtist. In de meeste praktijken is het verder gebruikelijk dat de POH een specialistisch consult uitvoert als dat nodig is.

Tabel 4.9: Activiteiten POH rondom controle DM2 patiënten

Activiteiten bij controle patiënten met DM2	Niet betrokken	Wel betrokken	Totaal
Zelfstandig monitoren tijdens 3-maands controleconsulten	2	27	29
Bespreken en zo nodig aanpassen van het zorgplan	1	28	29
Overleg met huisarts over de behandeling en evt. knelpunten	1	28	29
Overleg met/verwijzen naar diëtist	2	27	29
Indien nodig: specialistisch consult	4	25	29

4.4.2 Zorg voor specifieke patiëntengroepen

In de zorg voor specifieke patiëntengroepen kan een groepsgewijze aanpak, naast individuele contacten, efficiënt zijn en ook extra mogelijkheden bieden, bijvoorbeeld bij het aanleren van vaardigheden, het geven van gezondheidsvoorlichting en het bevorderen van zelfzorg.

Toch komt dit groepswerk betrekkelijk weinig voor: in slechts zes van de 29 praktijken geven POHs aan, betrokken te zijn bij de organisatie van dit soort groepsbijeenkomsten (zie Tabel 4.10). Deze groepsbijeenkomsten zijn gericht op patiënten met een chronische aandoening, met name diabetes en hypertensie (zie Tabel 4.11).

Minder vaak voorkomend zijn bijeenkomsten gericht op ouderen, leefstijl veranderingen, (morbide) obesitas en overgewicht, en omgaan met cardiovasculaire aandoeningen. Groepsbijeenkomsten voor zwangere vrouwen of over gezinsplanning worden niet genoemd. Het beeld dat POHs overwegend individuele contacten hebben, en dan vooral met 'patiënten met een diagnose', komt overeen met de resultaten uit de huisartsen enquête, die lieten zien dat een groepsgewijze aanpak in de zorg voor bepaalde patiëntencategorieën in weinig praktijken voorkomt (zie paragraaf 3.4.6).

Tabel 4.10: Betrokkenheid POH bij de organisatie van groepsbijeenkomsten

Groepsbijeenkomsten voor doelgroepen	Aantal	%
Niet betrokken bij organisatie	23	79.3
Betrokken bij organisatie	6	20.7
Totaal	29	100

Tabel 4.11: Doelgroepen waarbij de POH betrokken is

Voor welke doelgroepen	Niet	Wel	Totaal
Patiënten met DM2	23	6	29
Hypertensiepatiënten	23	6	29
Informatie over gezinsplanning	29	0	29
Zwangere vrouwen	29	0	29
Ouderen	28	1	29
Andere (mensen met overgewicht; CVA patiënten)	25	4	29

Zorgverlening aan patiënten met een chronische aandoening, m.n. diabetes, is weliswaar de hoofdtak voor POHs, er zijn daarnaast ook nog andere voorkomende werkzaamheden die in meerdere of mindere mate voortvloeien uit de hoofdtak. In Tabel 4.12 wordt daarvan een overzicht gegeven. In de helft van de praktijken doen de POH ook administratief werk, zoals het bijhouden van medische dossiers. In 11 praktijken (38%) dienen POHs vaccinaties toe; in 9 praktijken (31%) doen ze kleine medische verrichtingen, zoals wondbehandeling en oren uitspuiten) en in 7 praktijken (24%) wordt er geassisteerd bij het spreekuur. In twee praktijken, tenslotte, worden wel huisbezoeken afgelegd aan andere dan diabetespatiënten. Andere werkzaamheden die worden genoemd zijn bloeddrukmeting, bloedsuikerbepaling, CVRM zorg en zorg aan patiënten met obesitas en overgewicht.

Tabel 4.12: Aanvullende werkzaamheden van de POH

Andere werkzaamheden dan DM2 zorg	Niet	Wel	Totaal
Assisteren bij het spreekuur (bv. bij drukte)	22	7	29
Huisbezoek (anders dan bij DM2 patiënten)	27	2	29
Kleine verrichtingen (bv. wondbehandeling, oorspoeling)	20	9	29
Vaccinaties	18	11	29
Administratie (bv. bijwerken medische dossiers)	15	14	29
Andere (leefstijl interventies; CVRM; oproepen van patiënten)	16	13	29

4.5 Samenwerking en coördinatie van zorg

4.5.1 Overleg met de huisarts

Doordat meerdere zorgverleners, vaak van verschillende disciplines, betrokken zijn bij de zorg rond chronisch zieken, zijn coördinatie en samenwerking belangrijk in de huisartsenpraktijk. Daarbij gaat het in de eerste plaats om regelmatig overleg tussen huisarts en POH en verder tussen POHs en andere betrokken zorgverleners. Ook is er regelmatig overleg tussen de POHs onderling bij het Wit Gele Kruis, dat als werkgever optreedt voor de POHs.

In twee derde van de praktijken hebben de POHs een vaste afspraak voor overleg met de huisarts, tenminste wekelijks, maar in de meeste gevallen vaker dan eens per week (zie Tabel 4.13). In negen praktijken vindt het overleg met de huisarts niet op gezette tijden plaats.

Tabel 4.13: Regulier patiënten-overleg tussen POH en huisarts

Patiëntenoverleg met de huisarts	Aantal	%
Niet volgens vaste afspraak	9	31.0
Ongeveer wekelijks	7	24.1
Vaker dan 1x per week	13	44.8
Totaal	29	100

4.5.2 Overleg met collega-POHs en overige zorgverleners

Persoonlijk overleg met andere zorgverleners dan de huisarts, is er vooral met collega-POHs; dat wordt door alle POHs genoemd (zie Tabel 4.14). Met andere zorgverleners is er weinig overleg. Ruim een derde, dat zijn 7 POHs, meldt ontmoetingen met een diabetesverpleegkundige. Nog minder POHs heeft overleg met diëtist of podotherapeut/pedicure. Opmerkelijk is dat direct overleg tussen POHs en fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen vrijwel niet voorkomt.

Tabel 4.14: Ontmoetingen tussen POHs en andere zorgverleners in de eerste lijn

Face-to-face contacten met andere zorgverleners	Zelden/ nooit	Elke 1-3 maand	Vaker dan 1x/maand	Totaal
POH uit andere praktijk(en)	0	13	5	18
Wijkverpleegkundige(n)	17	0	1	18
Diabetesverpleegkundige	11	7	1	19
Fysiotherapeute(n)	19	0	0	19
Diëtist(en)	16	3	0	19
Podotherapeut/pedicure	15	4	0	19
Maatschappelijk werker(s)	18	1	0	19

POHs is ook gevraagd naar hun contacten, telefonisch of anderszins, met medisch specialisten voor het inwinnen van advies. Tabel 4.15 laat zien dat dergelijke transmurale contacten niet voor alle POHs gebruikelijk zijn en zich hoofdzakelijk beperken tot die met een internist, die door twee derde van de POHs met een zekere regelmaat wordt geraadpleegd. Consultatie van een cardioloog komt veel minder voor, bij zes van de 19 POHs, en de oogarts wordt door vier POHs wel eens geconsulteerd.

Tabel 4.15: Advies vragen aan medisch specialisten

Vragen om medisch advies aan specialisten (bv. telefonisch)	Zelden/ nooit	Elke 1-3 maand	Vaker dan 1x/maand	Totaal
Internist	7	9	3	19
Cardioloog	13	5	1	19
Oogarts	15	1	3	19

4.6 Voorwaarden voor het zorgproces

Continuïteit geldt als een belangrijke kwaliteit van zorg, en die is gebaat bij een goede beschikbaarheid van zo volledig mogelijke informatie over in zorg zijnde patiënten. Zonder gebruik van de computer en adequate software is dit niet doenlijk. Vandaar dat er in de enquête vragen waren opgenomen over het gebruik maken van de computer voor het vastleggen van patiëntengegevens en welke informatie als regel in de patiëntendossiers worden opgenomen. Daarnaast is gevraagd naar een andere voorwaarde voor het zorgproces, namelijk of POHs voldoende toegang hebben (direct of via de huisarts) tot laboratoriumfaciliteiten voor diagnostische test.

4.6.1 IT-gebruik en inhoud van patiëntendossiers

Tabel 4.16 bevestigt het beeld dat we ook in hoofdstuk 3 al zagen, dat in alle huisartspraktijken patiënt- en consultgegevens worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Eén praktijk maakt naast het EPD ook gebruik van een papieren dossier, bij wijze van back up.

Tabel 4.16: Bijhouden van het patiëntendossier door de POH

Registratiewijze consult- en andere patiëntgegevens	Aantal	%
Uitsluitend elektronisch	27	96.4
Uitsluitend handmatig	0	0.0
Deels elektronisch deels op papier	1	3.6
Totaal	28	100

POHs in vrijwel alle praktijken geven aan als routine alle gegevens bij te houden van alle contacten met patiënten met DM2. In twee praktijken schiet het er wel eens bij in als het erg druk is (zie Tabel 4.17).

Tabel 4.17: Vastleggen van consultgegevens van DM2 patiënten

Werkwijze vastleggen consultgegevens DM2 patiënten	Aantal	%
Als regel <i>alle</i> gegevens van <i>alle</i> contacten	26	89.7
Gegevens meestal bijgehouden, tenzij het erg druk is	2	6.9
Alleen de gegevens van belangrijke consulten bijgehouden	0	0.0
Gegevens bijgehouden tenzij kleine/onbeduidende klachten	0	0.0
Ander routine	1	3.5
Totaal	29	100

Tabel 4.18 laat zien welke informatie over diabetespatiënten er zoal wordt vastgelegd in de medische dossiers. In vrijwel alle praktijken wordt de volgende informatie bijgehouden: gewicht en lengte; rookgedrag; bloeddruk; diagnose en eventuele co-morbiditeit; medicatie en uitslagen van onderzoek. Gegevens omtrent de leefsituatie, de medische familiegeschiedenis en informatie uit overleg met andere zorgverleners worden minder algemeen opgenomen in de dossiers.

Tabel 4.18: Informatie over DM2 patiënten die POHs bijhouden in medisch dossier

Informatie over DM2 patiënten in medisch dossier	Niet	Wel	Totaal
Leefsituatie	9	20	29
Medische familiegeschiedenis (zoals depressie, kanker)	6	23	29
Gewicht en lengte	2	27	29
Roken	2	27	29
Bloeddruk	1	28	29
Diagnose / eventuele co-morbiditeit	1	28	29
Voorgeschreven medicatie	1	28	29
Uitslagen van onderzoek	1	28	29
Informatie uit overleg met andere zorgverleners	5	24	29

4.6.2 Beschikbaarheid laboratoriumfaciliteiten

Zonder uitzondering antwoorden de POHs dat zij – via de huisarts - voldoende toegang hebben tot laboratorium faciliteiten voor diagnostiek (zie Tabel 4.19).

Tabel 4.19: Oordeel van de POH over beschikbaarheid laboratoriumfaciliteiten

Beschikbaarheid laboratorium faciliteiten	Aantal	%
Voldoende	28	100
Niet voldoende	0	0.0
Totaal	28	100

4.7 Kwaliteitsbevordering

Het bevorderen van de kwaliteit van zorg is een punt van aandacht op verschillende niveaus: bij de overheid, stakeholders en organisaties in de zorg en, niet in de laatste plaats, bij individuele zorgverleners, waaronder de POHs. Deze paragraaf richt zich op de POH en dan met name op twee aspecten: de tijd die POHs besteden aan bij- en nascholing en de mate waarin POHs in hun werk het DM2 ketenprotocol volgen.

4.7.1 Tijd voor bij- en nascholing

Zoals blijkt uit Tabel 4.20, besteden POHs – het gaat hier dus om personen, niet om praktijken – gemiddeld twaalf uur per maand aan het lezen van vakliteratuur en medische informatie. Daar komt nog gemiddeld acht uur per maand bij voor het volgen van cursussen, trainingen en scholingsbijeenkomsten. De verschillen tussen POHs in het aantal uren dat ze besteden aan professioneel ‘bijblijven’ zijn echter heel groot. Als we ze weer in drie groepen indelen, dan zien we dat degenen die weinig vakliteratuur lezen daar gemiddeld drie uur per maand aan besteden, terwijl dat voor de groep die veel leest gemiddeld 25 uur is. Bij de tijd besteed aan het volgen van cursussen en trainingen zien we een vergelijkbaar beeld; in de laagste groep wordt daar gemiddeld 2 uur aan besteed en in de hoogste groep gemiddeld 20 uur per maand.

Tabel 4.20: Door POH gerapporteerde tijd voor bij- en nascholing

Besteding uur per maand aan:	Aantal	Totaal gemidd.	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
Vakliteratuur en medische informatie (ook op internet)	19	11.7	3.4	8.1	24.8
Cursussen/trainingen/scholing	17	7.9	2.3	9.5	20

4.7.2 Het gebruik van het ketenprotocol

Het DM2 ketenprotocol biedt POHs structuur voor de intake en zorgverlening aan patiënten met diabetes type 2. Belangrijk is in hoeverre de POH er in slaagt deze richtlijnen in de dagelijkse praktijk te volgen. Uit Tabel 4.21 kan opgemaakt worden dat in alle praktijken de POHs goed of redelijk goed in staat zijn om te werken volgens het DM2 ketenprotocol.

Tabel 4.21: Zelf-gerapporteerd gebruik van DM2 ketenprotocol

Werken volgens DM2 ketenprotocol	Aantal	%
Goed in staat	20	69
Redelijk in staat	9	31
Matig of onvoldoende in staat	-	-
Totaal	29	100

4.8 Oordeel van de praktijkondersteuners over hun werk

Tot slot waren er vragen waarbij de POHs werden uitgenodigd zich uit te spreken over hun werk. De resultaten staan in Tabel 4.22. Over één ding zijn vrijwel alle POHs het eens: hun werk geeft ze momenteel niet teveel stress. Over de andere punten zijn de meningen meer verdeeld.

Weliswaar vindt een ruime meerderheid dat ze een gewaardeerd beroep uitoefenen, toch zijn vier van hen (21%) het daar niet mee eens. Wat de inhoud van het werk betreft, vindt ruim de helft dat ze veel bezig zijn met administratieve rompslomp; en er zijn er vijf (26%) die sommige delen van hun werk niet zinvol vinden. En hoewel verwacht kan worden dat niet iedereen vindt dat inspanning en beloning goed in evenwicht zijn, is het opmerkelijk dat het hier om bijna twee derde van de POHs gaat (63%).

Tabel 4.22: Reflectie op het eigen werk door de POH

Oordeel over het werk als POH	Sterk mee eens	Mee eens	Mee oneens	Sterk mee oneens	Totaal
Sommige delen van mijn werk vind ik niet zinvol	1	4	10	4	19
Ik moet veel tijd besteden aan onnodige administratieve rompslomp	5	5	7	2	19
Mijn werk geeft me momenteel te veel stress	0	1	11	7	19
POH zijn is een gewaardeerd beroep	6	8	1	3	18
Inspanning en beloning zijn goed in evenwicht	2	5	8	4	19

4.9 Samenvatting

Dit hoofdstuk bevat de resultaten over de rol van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POHs) op Aruba. De bevindingen zijn gebaseerd op de antwoorden van 19 van de 20 POHs die in 2018 werkzaam waren op Aruba en die tezamen in 29 huisartsenpraktijken werkten.

Kenmerken van de POHs. In het algemeen zijn POHs vrouwen van tussen de 25 en 45 jaar, met een diploma HBO Verpleegkunde, die betrekkelijk recentelijk op Aruba de opleiding tot POH hebben voltooid. Omdat de functie nog maar kort geleden werd geïntroduceerd zijn de meesten nog maar enkele jaren als zodanig werkzaam. De POHs zijn in dienst van het Wit Gele Kruis (WGK) en parttime verbonden aan een huisartspraktijk; de meesten werken in twee praktijken.

Toegang tot de POH. Voor een consult met de POH maken de meeste patiënten een afspraak, hetzij telefonisch of aan de balie. Maar de verschillen tussen de praktijken in de planbaarheid van het werk zijn groot. Er zijn praktijken waar een derde van de patiënten langskomt zonder afspraak.

Werkbelasting. POHs zien per dag zo'n 9 patiënten in de praktijk en spreken er nog eens 7 aan de telefoon. De aantallen patiëntencontacten verschillen echter nog al tussen de praktijken. De email wordt nog heel weinig gebruikt. Ook huisbezoeken zijn niet frequent: enkele per week en een kwart van de POHs legt helemaal geen huisbezoek af.

Inhoud van het werk. De hoofdtaak is de zorg voor DM2 patiënten. Het aantal daarvan in de praktijk is altijd wel bekend, al zijn die in sommige praktijken meer dan twee maal zo groot als in andere praktijken, wat ook consequenties zal hebben voor de werkbelasting. In het zorgaanbod van POHs aan nieuwe en bestaande patiënten met DM2 lijkt de regie van WGK zichtbaar: het is in grote lijnen voor alle praktijken gelijk. Wat onder POHs weinig voorkomt, is een groepsgewijze aanpak in de zorg voor bepaalde patiëntencategorieën. Waar POHs wel groepswerk doen, is dat vooral voor mensen met een duidelijke diagnose, en bijvoorbeeld niet voor ouderen in het algemeen.

Naast de kerntaken worden POH ook ingeschakeld bij andere voorkomende werkzaamheden in de praktijken: in de eerste plaats bij administratief werk en verder bij vaccineren, andere kleine verrichtingen of assistentie bij een druk spreekuur.

Samenwerking. In het overleg staat dat met de huisarts centraal. Dat vindt in de meeste gevallen wekelijks of vaker plaats volgens vaste afspraak. Verder hebben alle POHs regelmatig overleg met hun collega's, waarschijnlijk in WGK verband. Daarbuiten zien de meeste POHs weinig of geen zorgverleners voor overleg. Overleg met een diabetesverpleegkundige heeft een ruime minderheid en enkele POHs hebben overleg met een pedicure of diëtist. De meeste POHs vragen op gezette tijden (telefonisch) advies aan een internist.

Dossiervoering. Promedico lijkt goed geïntegreerd in het werk van de POHs. Gegevens van alle contacten met DM2 patiënten worden er consequent in bijhouden. De vastgelegde informatie betreft direct relevante gegevens, zoals risico's en uitslagen van onderzoek. Minder vaak worden de algemene leefsituatie, medische familiegeschiedenis en informatie uit overleg met andere zorgverleners geregistreerd.

Kwaliteitsbevordering. Het aantal uren dat ze besteden aan 'blijven'(zoals het lezen van medische informatie en bij- en nascholing) verschilt zeer sterk tussen de POHs, soms met een factor 10. Daarnaast rapporteren alle POHs dat ze goed tot redelijk goed in staat te zijn om in hun werk het DM2 ketenprotocol aan te houden.

Tevredenheid met het werk. POHs vinden vrijwel unaniem dat ze niet teveel stress van hun werk ervaren. Verder zijn er echter wel wat punten die wijzen op onvrede. Zo vindt ruim de helft dat ze zich met veel onnodige administratieve rompslomp moeten bezighouden en ervaart een kwart dat sommige delen van het werk niet zinvol zijn. Ook is niet iedereen het eens met de stelling dat POH een gewaardeerd beroep is. Als het om beloning gaat, vindt niet minder dan twee derde van de POHs dat die niet in verhouding staat tot de geleverde inspanning.

5 Patiënten in de huisartspraktijk: ervaringen en beleving

Met behulp van mondelinge interviews met patiënten in de wachtruimten van 41 huisartspraktijken hebben we in dit onderzoek inzicht willen krijgen in de ervaringen en opvattingen van de gebruikers van de eerstelijnsvoorzieningen. We hebben bij elkaar 810 patiënten gevraagd over onderwerpen als: hun gezondheid, het zorggebruik in het afgelopen jaar, de toegankelijkheid van de praktijk en hun oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast hebben we nog een bevolkingsonderzoek gehouden bij de mensen thuis, waarover in hoofdstuk 6 verslag wordt gedaan. Sommige vragen zijn zowel gesteld aan patiënten in de wachtkamer, als aan de deelnemers van de bevolkingsenquête. Daardoor kunnen we op enkele plaatsen in de onderstaande paragrafen de antwoorden van de ‘patiënten’ vergelijken met die van de ‘algemene bevolking’.

5.1 Wie bezoeken de huisartspraktijken?

5.1.1 Kenmerken van de patiënten

Twee derde deel van de 810 geïnterviewde patiënten is vrouw (66%). Qua leeftijd verschillen mannen en vrouwen weinig: de mannen zijn gemiddeld 53 jaar; de vrouwen 50. Ruim een derde van de patiënten wonen samen met partner en één of meer kinderen (37%); zij zijn daarmee de meest voorkomende categorie. Bijna een kwart woont met een partner, maar zonder kinderen (23%).

Qua opleiding heeft een kwart (24%) van de patiënten een Mavo of Mulo diploma. Twee groepen van ongeveer gelijke omvang hebben respectievelijk: alleen basisonderwijs (17%) en Havo/Vwo (16%). In omvang volgen daarna de degenen met een Lbo en Mbo diploma, elk 13%, en degenen met een Bachelor opleiding 12%. Vergeleken met de mensen die meededen aan de bevolkingsenquête is er een duidelijk verschil in de opleidingsgegevens: in de bevolkingsenquête had een groter deel van de mensen alleen basisonderwijs als hoogste genoten opleiding, namelijk 23%.

Twee derde (64%) van de patiënten oefent een beroep uit waarvoor in de week voorafgaand aan de enquête tenminste 4 uur werd gewerkt. Een zelfde percentage dat een beroep uitoefent zien we ook bij de respondenten van de bevolkingsenquête (meer details staan in Bijlage A.3).

5.1.2 De ervaren eigen gezondheid

Van de ondervraagde patiënten geeft bijna twee derde (62%) te kennen een goede tot zeer goede gezondheid te hebben (zie Tabel 5.1). In de bevolkingsenquête bij de mensen thuis noemden wat meer mensen hun gezondheid goed of zeer goed (68%). Van de ondervraagde patiënten in de wachtkamer antwoordt 35% dat hij of zij lijdt een langdurige ziekte of aandoening heeft (zie Tabel 5.2). In de bevolkingsenquête is dat percentage ongeveer gelijk.

Tabel 5.1: Oordeel van de patiënten over de eigen gezondheid

Oordeel over eigen gezondheid	Aantal	%
Zeer goed	80	9.9
Goed	423	52.2
Redelijk	283	34.9
Slecht	24	3.0
Totaal	810	100

Tabel 5.2: Proportie patiënten met een langdurige ziekte of chronische aandoening

Langdurige ziekte of aandoening*	Aantal	%
Ja	282	34.8
Nee	528	65.2
Totaal	810	100

*Bijvoorbeeld hoge bloeddruk, suikerziekte, depressie, astma

5.1.3 Inschrijvingsduur in de huisartspraktijk

Het merendeel van de patiënten (60%) is langer dan drie jaar ingeschreven bij de huidige huisartspraktijk, zoals te zien in Tabel 5.3. Tien procent van de patiënten is in de loop van het jaar vóór deze enquête nieuw in deze praktijk gekomen.

Tabel 5.3: Inschrijfduur bij de huidige huisarts

Ingeschreven bij huidige huisarts	Aantal	%
Minder dan 1 jaar	85	10.5
1-3 jaar	226	27.9
Langer dan 3 jaar	488	60.3
Weet ik niet	11	1.3
Totaal	810	100

5.2 Gebruik van direct toegankelijke zorg

We hebben de patiënten gevraagd naar hun gebruik van direct toegankelijke zorg in het afgelopen jaar. Daarbij onderscheiden we contacten met de huisarts (in de praktijk of thuis) en bezoeken aan de SEH.

5.2.1 Zorggebruik bij de huisarts

Bijna alle 810 patiënten die in de wachtkamers werden ondervraagd (93%) hebben de huisarts al één of meerdere keren eerder bezocht in de afgelopen 12 maanden (zie Tabel 5.4). Bij slechts 54 patiënten was dat niet het geval.

Contacten met de huisarts bij de patiënten thuis worden heel weinig genoemd; bij 39 van de 810 patiënten (5%) heeft de huisarts in de afgelopen 12 maanden een huisbezoek afgelegd. Ook uit de huisartsenquête bleek al dat de huisartsen weinig huisbezoeken afleggen: gemiddeld 72 per 1.000 patiënten¹² per jaar. Er zijn echter grote verschillen in de praktijk van het huisbezoek. Het huisbezoek lijkt voor sommige huisartsen in feite geen onderdeel meer uit te maken van hun werk (zie ook 3.3.1).

¹² Dit is voor 38 praktijken berekend aan de hand van het door de HA aangegeven aantal huisbezoeken per week en de grootte van de patiëntenpopulatie volgens opgave AZV; voor 2 praktijken is het berekend met behulp van eigen telling. Voor twee huisartsen was het aantal geregistreerde patiënten niet bekend.

Tabel 5.4: Bezoeken aan, en visites door de huisarts in de afgelopen 12 maanden

Aantal bezoeken afgelopen 12 mnd.*	Nooit	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	Meer dan 10 keer	Totaal
Bezoek aan huisarts	54 6.7%	239 29.5%	369 45.6%	121 14.9%	27 3.3%	810 100%
Visite door huisarts	771 95.2%	19 2.4%	17 2.1%	3 0.3%	- -	810 100%

*Alleen voor de respondent zelf

5.2.2 Bezoeken aan de spoedeisende hulp (SEH)

Tabel 5.5 laat zien dat ruim een kwart van de patiënten (28%) in de afgelopen twaalf maanden één of meerdere bezoeken heeft gebracht aan de spoedeisende hulp van het ziekenhuis en 22% aan ImSan. Onder de respondenten in de bevolkingsenquête is het bezoek aan de SEH vergelijkbaar (24%) (zie hoofdstuk 6, paragraaf 6.2.2).

Tabel 5.5: Bezoeken aan de spoedeisende hulp (SEH) in de afgelopen 12 maanden

Aantal bezoeken aan SEH (afgelopen 12 mnd)	Nooit	1 keer	2-3 keer	≥ 4 keer	Totaal
Ziekenhuis HOH	581 71.7%	151 18.7%	61 7.5%	17 2.1%	810 100%
ImSan	634 78.3%	91 11.2%	54 6.7%	31 3.8%	810 100%

Met het bezoeken van de SEH maken patiënten dikwijls een keuze om niet naar de huisarts te gaan. We vroegen patiënten die de SEH hadden bezocht wat de reden was om niet naar de huisarts te gaan. Maar een klein deel van de redenen (12%) betrof het spoedeisende karakter van de zorgvraag. De meest genoemde redenen hadden te maken met het feit dat het gewenste contact buiten de vaste openingstijden plaats vond (30%) of dat de huisarts – feitelijk of vermeend – niet beschikbaar was (25%). Verder was er bij 9% sprake van een klacht waarvan men wist of veronderstelde dat die niet door de huisarts werd behandeld. Andere redenen waren de ongunstige openingstijden van de huisarts (4%), de verwachte kortere wachttijd bij de SEH (2%) en de verwachte betere zorg bij de SEH (2%) (zie Tabel 5.6).

Ook bij de enquête onder de algemene bevolking is (vermeende) niet beschikbaarheid van een huisarts de meest genoemde reden (30%), gevolgd door de ongunstige openingstijden van de huisarts (20%), en dat er sprake was van een klacht die de huisarts niet behandelt (8%) (zie 6.2.2).

Tabel 5.6: Redenen voor bezoeken aan SEH in plaats van aan huisarts

Reden bezoek SEH in plaats van huisarts*	Aantal	%
Hulp was nodig buiten de vaste openingstijden	109	30.2
(Mijn) huisarts was niet beschikbaar	89	24.7
Er was echt sprake van een spoedgeval	42	11.6
Ik had iets wat mijn/de huisarts niet behandelt	32	8.9
Ongunstige openingstijden huisarts	16	4.4
Ik verwachtte minder lange wachttijd bij SEH	8	2.2
De SEH levert betere zorg	6	1.7
Andere reden	59	16.3

*Vraag beantwoord door 320 patiënten, meerdere antwoordopties mogelijk, 361 redenen aangekruist.

‘Andere redenen’ om toch liever naar de SEH te gaan waren, onder meer, de betere bereikbaarheid van de SEH of omdat er een diagnostische test zou moeten plaats vinden, zoals labonderzoek of röntgenfoto.

5.3 Toegankelijkheid van zorgvoorzieningen

De toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen worden voor patiënten bepaald door (de beleving van) aspecten zoals: reistijd, bereikbaarheid, openingstijden en eventuele wachttijden. In deze paragraaf worden deze onderwerpen behandeld met betrekking tot een aantal zorgvoorzieningen, maar de nadruk ligt op de huisartspraktijk, vooral waar het gaat om de (door patiënten ervaren) bereikbaarheid en beschikbaarheid.

5.3.1 Bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen

Zorgvoorzieningen in de eerste lijn worden geacht in de directe omgeving van de gebruikers beschikbaar te zijn. Apotheken en huisartspraktijken zijn voor een grote meerderheid, respectievelijk 79% en 71%, van de patiënten binnen een kwartier te bereiken, zoals Tabel 5.7 laat zien. Reistijden van een half uur of meer zijn uitzonderlijk. De tandarts wordt door bijna de helft van de patiënten ook nog binnen een kwartier bereikt en door ruim 80% toch binnen een half uur. Reistijden voor ziekenhuis HOH en ImSan zijn over het algemeen langer, namelijk gemiddeld tussen de 15-45 minuten. De spoedeisende hulp bij ImSan is voor veel mensen betrekkelijk ver weg, wat te maken heeft met de ligging aan de zuidkant van het eiland. Hierdoor is HOH voor de meeste mensen dichtbij en de afstand tot ImSan weinig relevant (zie ook 6.3.1).

Tabel 5.7: Reistijd van huis naar verschillende zorgvoorzieningen, in minuten

Normale reistijd huis-zorgvoorziening	< 15 minuten	15-30 minuten	30-45 minuten	> 45 minuten	Weet niet
Huisartsenpraktijk	574 70.9%	192 23.7%	30 3.7%	10 1.2%	4 0.5%
Meest bezochte apotheek	638 78.7%	140 17.3%	20 2.5%	10 1.2%	2 0.3%
Meest bezochte tandarts	371 45.9%	291 35.9%	70 8.6%	18 2.2%	60 7.4%
SEH Ziekenhuis HOH	178 22.0%	319 39.4%	110 13.6%	180 22.2%	23 2.8%
SEH ImSan	200 24.7%	111 13.7%	257 31.7%	123 15.2%	119 14.7%

Naar het oordeel van driekwart van de patiënten (75%) is de huisartsenpraktijk goed bereikbaar voor mensen met een rolstoel of kinderwagen (zie Tabel 5.8). Voor 17% van de patiënten lijkt hierin verbetering mogelijk of noodzakelijk.

Tabel 5.8: Bereikbaarheid van de praktijk voor bepaalde doelgroepen

Bereikbaarheid huisartspraktijk Met rolstoel of kinderwagen	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
Goed bereikbaar met rolstoel of kinderwagen	607 (74.9%)	134 (16.5%)	69 (8.5%)	810

5.3.2 Ervaringen betreffende beschikbaarheid en openingstijden

Door aan te geven of men het met een aantal uitspraken eens was, is patiënten gevraagd naar hun ervaringen met openingstijden en wachttijden. Vrijwel alle patiënten (93%) blijken tevreden met de huidige openingstijden van hun huisartsenpraktijk (zie Tabel 5.9). Over de beschikbaarheid van een arts tijdens die uren wordt wat genuanceerder gedacht. Ruim driekwart van de patiënten antwoordt dat er dan meestal wel een huisarts (of eventueel een waarnemer) beschikbaar is in de praktijk (78%), terwijl een kwart die ervaring niet deelt. Een zeer ruime meerderheid (73%) heeft de ervaring dat je met iets urgents tijdens openingsuren dezelfde dag nog terecht kunt in de praktijk. Over de persoonlijke telefonische bereikbaarheid van de huisarts zijn de meningen ongeveer gelijkelijk verdeeld: iets meer dan de helft (54%) heeft de ervaring dat de huisarts makkelijk aan de telefoon te krijgen is als men behoefte heeft aan een advies.

Tabel 5.9: Ervaringen met openingstijden

Oordeel over openingstijden en -uren	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
Makkelijk om telefonisch advies te vragen aan de huisarts tijdens openingstijden	437 (53.9%)	183 (22.6%)	190 (23.5%)	810
Tevreden over huidige openingstijden	751 (92.7%)	51 (6.3%)	8 (1.0%)	810
Tijdens openingsuren is meestal huisarts / waarnemer beschikbaar	634 (78.3%)	66 (8.1%)	110 (13.6%)	810
Bij urgentie tijdens openingsuren kan patiënt nog dezelfde dag terecht	589 (72.7%)	125 (15.4%)	96 (11.9%)	810

Het maken van een afspraak met de huisarts lijkt voor de meeste patiënten geen tijdrovende kwestie, aangezien slechts 19% vindt dat daar te veel tijd mee gemoeid is. Over de tijd die men vervolgens moet wachten om de huisarts daadwerkelijk te zien, zijn wat meer patiënten niet te spreken; 28% vindt die wachttijd te lang (zie Tabel 5.10).

Tabel 5.10: Ervaringen met het maken van een afspraak en wachttijden

Oordeel over afspreken en wachten	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
Afspraak maken met huisarts kost veel tijd	151 (18.6%)	620 (76.6%)	39 (4.8%)	810
Ik moet lang wachten voordat ik mijn huisarts kan zien	230 (28.4%)	524 (64.7%)	56 (6.9%)	810

5.4 Patiënten over hun huisarts en de praktijk

Als patiënten zich uitspreken over de kwaliteit van de verleende zorg in de huisartspraktijk, gaat het zowel over hun ervaringen met de zorg die ze persoonlijk van de huisarts hebben ontvangen, als over de bejegening door andere medewerkers en over de voorzieningen. Deze paragraaf belicht de kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het gezichtspunt van de patiënten die wij in de wachtkamer hebben geënquêteerd.

5.4.1 Oordeel over de kwaliteit van de persoonlijke zorgverlening

Veel patiënten zouden hun huisarts bij vrienden of familie aanbevelen; als we degenen die het niet weten buiten beschouwing laten, gaat het zelfs om 87% (zie Tabel 5.11). Achter dit algemene oordeel zien patiënten sterke en minder sterke kanten. Volgens zo'n negen op de 10 patiënten

luistert de huisarts goed, legt hij of zij goed uit, neemt voldoende tijd en is op de hoogte van eerdere aandoeningen. Verder ziet ook een grote meerderheid (79%) de huisarts als iemand die open staat voor feedback van de patiënt als die niet tevreden is met een behandeling. Daar staat tegenover dat de rol van de huisarts bij niet-medische problemen minder wordt ingeschat. Een minderheid van 45% denkt dat de huisarts ook beschikbaar is voor persoonlijke problemen en zorgen. Hierbij sluit aan, dat slechts 40% denkt dat de huisarts op de hoogte is van de thuissituatie van de patiënt. Tenslotte wordt de bereidheid van de huisarts om op verzoek een huisbezoek af te leggen, ernstig betwijfeld; niet meer dan 18% geeft hier een positief antwoord.

Tabel 5.11: Meningen van patiënten over hun huisarts

Mening over de eigen huisarts (HA)	Eens	Niet eens	Weet niet	Tot.
HA is op de hoogte van thuissituatie	323 (39.9%)	410 (50.6%)	77 (9.5%)	810
HA is op de hoogte van eerdere ziektes/gezondheidsproblemen	728 (89.9%)	36 (4.4%)	46 (5.7%)	810
HA neemt voldoende tijd voor mij	709 (87.6%)	74 (9.1%)	27 (3.3%)	810
HA luistert goed naar mij	747 (92.2%)	39 (4.8%)	24 (3.0%)	810
HA is naast medische ook beschikbaar voor persoonlijke problemen/zorgen	361 (44.5%)	327 (40.4%)	122 (15.1%)	810
HA geeft duidelijk uitleg over aandoeningen en medicijnen	723 (89.2%)	59 (7.3%)	28 (3.5%)	810
HA staat open voor gesprek bij ontevredenheid over behandeling	637 (78.6%)	54 (6.7%)	119 (14.7%)	810
HA bezoekt mij thuis als ik dit zou vragen	142 (17.5%)	296 (36.5%)	372 (46.0%)	810
Ik zou mijn HA aan een vriend of familielid aanraden	625 (77.2%)	91 (11.2%)	94 (11.6%)	810

5.4.2 Ervaren aandacht van de huisarts voor leefstijl

Veel patiënten, bijna driekwart, heeft de ervaring dat hun huisarts met hen wel eens heeft gesproken over gezonde voeding en lichaamsbeweging (zie Tabel 5.12). Alcoholgebruik en roken zijn duidelijk minder vaak onderwerp van gesprek; respectievelijk 43% en 40% van de patiënten antwoordt dat de huisarts dat wel eens ter sprake heeft gebracht.

Tabel 5.12: Patiënten over leefstijlonderwerpen die huisarts heeft besproken

Besproken leefstijl onderwerpen	Ja	Nee	Weet niet	Totaal
Gezonde voeding	597 (73.7%)	189 (23.3%)	24 (3.0%)	810
Lichamelijke beweging	589 (72.7%)	195 (24.1%)	26 (3.2%)	810
Alcohol gebruik	350 (43.2%)	397 (49.0%)	63 (7.8%)	810
Minderen of stoppen met roken	325 (40.1%)	413 (51%)	72 (8.9%)	810

5.4.3 Meningen over andere praktijkmedewerkers

We vroegen patiënten ook over het functioneren van receptiemedewerkers en POHs in de praktijk. Men lijkt zeer te spreken over de receptiemedewerkers, aangezien 91% van mening is dat dezen vriendelijk en behulpzaam zijn (zie Tabel 5.13). Niet alle patiënten zullen met de POH te maken hebben gehad, maar van degenen die daar een mening over gaven, zegt 87% dat de komst van de POH een verbetering voor de zorgverlening heeft betekend.

Tabel 5.13: Mening van patiënten over andere praktijkmedewerkers

Uitspraak over andere zorgverleners	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
Receptiemedewerkers zijn vriendelijk en behulpzaam	740 (91.4%)	60 (7.4%)	10 (1.2%)	810
Komst van de POH in de praktijk betekent verbetering van zorgverlening	539 (66.5%)	84 (10.4%)	187 (23.1%)	810

5.4.4 Oordeel over voorzieningen in de praktijk

Bijna alle patiënten (91%) zijn van mening dat hun huisartspraktijk over een prettige wachtruimte beschikt (zie Tabel 5.14). Er zijn echter ook punten ter verbetering. Een derde van de patiënten twijfelt of de praktijk wel voldoende medische apparatuur heeft, of vindt die niet voldoende. Tenslotte zijn er maar weinigen (12%) die bevestigen dat er een klachtenbus in de praktijk aanwezig is; het merendeel denkt van niet (57%) of weet het niet (32%).

Tabel 5.14: Mening van patiënten over praktijk faciliteiten

Mening over voorzieningen	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
In deze praktijk is een klachtenbus aanwezig	93 (11.5%)	462 (57.0%)	255 (31.5%)	810
Praktijk beschikt over voldoende medische apparatuur	520 (64.2%)	68 (8.4%)	222 (27.4%)	810
Praktijk beschikt over een prettige wachtruimte	734 (90.6%)	68 (8.4%)	8 (1.0%)	810

5.5 Hoe zien patiënten de functie van de huisarts?

De huisartsenpraktijk is de plaats waar de meeste mensen met gezondheidsproblemen het eerste binnenkomen en waar de zorg gecoördineerd kan worden. De huisarts is poortwachter en generalist. Als behandeling niet (alleen) in de huisartsenpraktijk plaats kan vinden, wordt de patiënt doorverwezen naar een specialist. Patiënten hebben in de enquête hun mening kunnen geven over de verhouding tussen zorg door de huisarts en die door medisch specialisten, en kunnen aangeven voor welke problemen zij in eerste instantie de huisarts zouden bezoeken.

5.5.1 Samenwerking en uitwisseling van informatie

In het algemeen (87%) vinden patiënten dat hun huisarts in voorkomende gevallen de relevante medische informatie goed uitwisselt met medisch specialisten (zie Tabel 5.17). De informatie-uitwisseling tussen huisartsen onderling (bijvoorbeeld bij vervanging door een andere huisarts) wordt als minder goed ervaren of is niet bekend (55%). Patiënten vinden verder dat de onderlinge samenwerking tussen huisarts en doktersassistente erg goed is (89%).

Tabel 5.15: Mening over uitwisseling van informatie tussen huisarts, medisch specialisten en assistente

Uitspraken over uitwisseling van informatie en samenwerking	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
HA voorziet medisch specialist van informatie	705 (87.0%)	30 (3.7%)	75 (9.3%)	810
HA ontvangt informatie van medisch	695 (85.8%)	33 (4.1%)	82 (10.1%)	810

specialist				
Vervangende HA heeft alle benodigde informatie	362 (44.7%)	201 (24.8%)	247 (30.5%)	810
HA en doktersassistente werken goed samen	718 (88.6%)	20 (2.5%)	72 (8.9%)	810

5.5.2 Beeldvorming over huisartsen en specialisten

Voor veel patiënten lijkt behandeling door een huisarts op het tweede plan te komen. Zoals Tabel 5.15 laat zien vindt 40% dat het altijd beter is om door een medisch specialist behandeld te worden dan door een huisarts. Een derde (35%) is het daar niet mee eens, terwijl een kwart het niet weet.

In de bevolkingsenquête is overigens een beduidend groter deel die mening toegedaan: 66% van de mensen die thuis werden ondervraagd geeft de voorkeur aan een specialist boven de huisarts (zie hoofdstuk 6, paragraaf 6.6). Dat neemt niet weg dat maar weinigen (16%) belemmeringen ervaren om door de huisarts naar een medisch specialist te worden verwezen. Dit lijkt ook aan te sluiten bij de verwijscijfers van AZV over het jaar 2018, waaruit blijkt dat 42% van alle, bij de huisarts ingeschreven, patiënten op Aruba tenminste één keer werd doorverwezen naar een specialist in het ziekenhuis.

Tabel 5.16: Mening over positie van de huisarts en medisch specialisten

Uitspraken over huisarts en medisch specialist	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
Behandeling door een medisch specialist is altijd beter dan door een huisarts	323 (39.8%)	284 (35.1%)	203 (25.1%)	810
Doorverwezen worden naar medisch specialist is lastig	133 (16.4%)	581 (71.7%)	96 (11.9%)	810

5.5.3 De rol die men voor de huisarts ziet bij gezondheidsklachten

Met een lijst van 16 gezondheidsklachten werd de patiënten gevraagd, bij elke klacht aan te geven of zij het zinvol vonden in dat geval de huisarts te raadplegen (zie Tabel 5.17).

Opmerkelijk is hoe weinig reden er wordt gezien om met deze – veel voorkomende – klachten naar de huisarts te gaan. De klachten die het grootste deel van de patiënten (bij beide klachten 68%) een bezoek aan de huisarts waard zouden vinden zijn kortademigheid/benauwdheid en pijn op de borst. Maar bijna een derde vindt het ook in die gevallen nog niet zinvol naar de huisarts te gaan. Bij alle andere genoemde klachten is er geen meerderheid die de zin van een bezoek aan de huisarts inziet. Dit kan wijzen op beperkte gezondheidsvaardigheden, dan wel op een lage inschatting van wat de huisarts bij deze klachten zou kunnen betekenen.

Overigens zien we dit beeld ook terug in de resultaten van de bevolkingsenquête. Ook daar ziet een meerderheid van de mensen bij de meeste van de genoemde klachten de zin van een bezoek aan de huisarts niet in. Ook daar, met uitzondering van kortademigheid/benauwdheid (78%) en pijn op de borst (73%)(zie 6.6.2).

Tabel 5.17: Gezondheidsklachten waarmee patiënten de huisarts zouden bezoeken

Klachten waarvoor huisartsenbezoek zinvol wordt gevonden	Ja	Nee	Weet niet
Buikpijn	219 (27.0%)	555 (68.6%)	36 (4.4%)
Pijn in schouder of nek	383 (47.3%)	392 (48.4%)	35 (4.3%)
Nervositeit	217 (26.8%)	551 (68.0%)	42 (5.2%)
Diarree	193 (23.8%)	575 (71.0%)	42 (5.2%)
Keelpijn	289 (35.7%)	478 (59.0%)	43 (5.3%)
Hoofdpijn	277 (34.2%)	503 (62.1%)	30 (3.7%)
Vermoeidheid	173 (21.4%)	606 (74.8%)	31 (3.8%)
Griep	318 (39.3%)	455 (56.1%)	37 (4.6%)
Misselijkheid	303 (37.4%)	481 (59.4%)	26 (3.2%)
Kortademigheid/benauwdheid	548 (67.7%)	236 (29.1%)	26 (3.2%)
Pijn op de borst (bij inspanning)	549 (67.8%)	231 (28.5%)	30 (3.7%)
Overgewicht	312 (38.5%)	429 (52.9%)	69 (8.6%)
Hechten snee in de vinger	124 (15.3%)	611 (75.4%)	75 (9.3%)
Moeite met stoppen met roken	211 (26.0%)	567 (70.0%)	32 (4.0%)
Angst	174 (21.5%)	591 (72.9%)	45 (5.6%)
Huiselijk geweld	185 (22.8%)	550 (67.9%)	75 (9.3%)

5.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk worden resultaten gepresenteerd van de interviews met patiënten in de wachtruimten van 41 huisartspraktijken. In totaal werden vragen gesteld aan 810 patiënten over onderwerpen als: hun gezondheid, het zorggebruik in het afgelopen jaar, de toegankelijkheid van de praktijk en hun oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening.

De patiënten. Gemiddelde zijn de patiënten begin 50 en het merendeel is vrouw. Twee derde deelt noemt de eigen gezondheid in het algemeen goed of zeer goed. Eén op de drie heeft een langdurige ziekte of aandoening. Een meerderheid is langer dan drie jaar ingeschreven bij de huidige huisarts

Zorggebruik. Bijna alle patiënten hebben de huisarts in de afgelopen 12 maanden al één of meer keren bezocht en ruim een kwart heeft in die periode één of meerdere bezoeken gebracht aan de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis. Slechts een beperkt aantal gevallen daarvan wordt daadwerkelijk als spoedeisend aangemerkt. De belangrijkste redenen om dan niet naar de huisarts te gaan hebben te maken met het (vermeend) niet beschikbaar zijn van de huisarts buiten de openingstijden van de praktijk.

Toegang en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen. Apotheken en huisartspraktijken zijn goed bereikbaar; voor de meeste patiënten binnen een kwartier. Een bezoek aan de tandarts vraagt iets meer tijd. Reistijden voor ziekenhuis HOH zijn over het algemeen langer.

De toegankelijkheid tot de praktijk voor mensen met een rolstoel of kindervan wordt door de meeste patiënten in orde bevonden, al lijkt er in een aantal praktijken ruimte voor verbetering. Vrijwel alle patiënten blijken tevreden met de huidige openingstijden en een flinke meerderheid ook met de aanwezigheid van een arts tijdens die uren. Als zich tijdens die uren iets urgents voordoet heeft een ruime meerderheid de ervaring dat je dezelfde dag nog geholpen wordt. Een afspraak maken met de huisarts is doorgaans geen tijdrovende kwestie, maar men is minder te spreken over de tijd die men dan moet wachten om de huisarts daadwerkelijk te zien.

Ervaringen met zorgverlening. De algemene tevredenheid met de eigen huisarts is groot: velen zouden hem of haar bij vrienden of familie aanbevelen. Als sterke punten komt naar voren dat de huisarts goed luistert, goed uitlegt, voldoende tijd neemt en op de hoogte is van eerdere aandoeningen. Het merendeel van de patiënten ziet de huisarts als iemand die open staat voor feedback als de behandeling niet naar wens is. Daar staat tegenover dat men de huisarts minder toegankelijk vindt in geval van niet-medische problemen. Van de thuissituatie is de huisarts volgens veel patiënten niet op de hoogte. Verder bestaat er brede twijfel over de bereidheid van de huisarts een huisbezoek af te leggen, als men daar om zou vragen. Wat de aandacht van de huisarts voor leefstijl betreft, ervaren patiënten dat deze zich meer richt op lichaamsbeweging en gezonde voeding dan op het minderen of stoppen met roken of alcoholgebruik. Patiënten zijn erg te spreken over bejegening door de receptiemedewerkers, die als vriendelijk en behulpzaam worden ervaren. Voor zover men te maken heeft met de POH, deelt men breed de mening dat de komst van de POH een verbetering was voor de zorgverlening.

Uitwisseling van medische informatie. Over het algemeen vinden patiënten dat hun huisarts, in voorkomende gevallen, relevante medische informatie goed uitwisselt met medisch specialisten. De informatie-uitwisseling tussen huisartsen onderling, bijvoorbeeld bij waarneming, wordt als minder goed ervaren. Over de samenwerking binnen de praktijk tussen huisarts en assistente is bijna iedereen positief.

Uitrusting van de praktijk. In de beoordeling van een aantal overige voorwaarden scoort de wachtruimte goed, maar vragen veel patiënten zich wel af of de praktijk wel over voldoende medische apparatuur beschikt. De aanwezigheid van een klachtenbus is bij heel weinig patiënten bekend.

Status van de huisarts versus medisch specialist. Nogal wat patiënten, vier op de tien, zijn van mening dat het altijd beter is om door een medisch specialist behandeld te worden dan door een huisarts. (overigens is die mening in de algemene bevolking nog meer gangbaar). De huisarts is volgens de geënquêteerde patiënten ook makkelijk te bewegen tot een verwijzing; er worden weinig belemmeringen ervaren als men naar een medisch specialist wil worden doorverwezen.

Met welke klachten gaat men naar de huisarts? Patiënten zien opmerkelijk weinig reden om met serieuze klachten de huisarts te bezoeken. Bij kortademigheid, benauwdheid en pijn op de borst vindt bijna één op de drie het niet zinvol naar de huisarts te gaan. Bij andere klachten, zoals onder meer buikpijn, nervositeit, diarree, misselijkheid en huiselijk geweld wordt zelfs door een meerderheid het raadplegen van de huisarts niet zinvol geacht. Beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen hier een rol spelen maar ook een onderwaardering van wat de huisarts bij deze klachten kan betekenen.

6 De algemene bevolking over gezondheid en (eerstelijns)gezondheidszorg

Door de enquête onder de algemene bevolking kwamen ook mensen die weinig of niet bij de huisarts komen in dit onderzoek aan het woord. Door de interviews bij de mensen thuis hoorden we hun opvattingen over de gezondheidszorg op Aruba en hun ervaringen met ontvangen zorg, eventueel ook in het buitenland. In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten.

Voor dit deel van het onderzoek is een steekproef getrokken uit het verzekerdenbestand van de AZV van personen van 18 jaar of ouder. Op de peildatum 1 oktober 2018 waren dat er 84.704. Om op basis van deze steekproef betrouwbare¹³ uitspraken te kunnen doen over de hele bevolking van Aruba waren 1.058 respondenten nodig¹⁴. Om dat aantal te bereiken bestond de steekproef uit 2.200 huishoudens. Daarin zijn in totaal 1.111 personen van 18 jaar en ouder daadwerkelijk geënquêteerd¹⁵; niet meer dan één persoon per huishouden. Een aantal resultaten wordt vergeleken met de door AZV verstrekte spiegelinformatie.

6.1 Respondenten en hun gezondheid

Onder de 1.111 personen die aan de bevolkingsenquête hebben deelgenomen blijken vrouwen, met een aandeel van 61%, te zijn oververtegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd van de geënquêteerden, zowel bij de mannen als de vrouwen, ligt rond de 53 jaar. Bij nadere beschouwing van de leeftijdscategorieën blijkt dat jongeren zijn ondervertegenwoordigd en ouderen aanzienlijk oververtegenwoordigd. Personen van 55 jaar en ouder, bijvoorbeeld, maken 27% van de bevolking uit maar 47% van degenen die aan het bevolkingsonderzoek hebben meegedaan. Het merendeel maakt deel uit van een tweepersoonshuishouden. Meer details over kenmerken van de respondenten staan in Bijlage A.4.

Twee derde van de ondervraagden beoordeelt de eigen gezondheid als goed tot zeer goed (68%) (zie Tabel 6.1). Gezien de ondervertegenwoordiging van mannen en jongeren, mag worden aangenomen dat dit percentage in de bevolking in werkelijkheid hoger is. Slecht een kleine fractie van 2% ervaart de eigen gezondheid als slecht. Vrouwen beoordelen hun gezondheid wat minder goed dan mannen. Ruim een derde (36%) geeft aan een langdurige ziekte of aandoening te hebben, zoals hoge bloeddruk, suikerziekte of depressie (zie Tabel 6.2).

¹³ Dat wil zeggen met een betrouwbaarheid van 95% en een foutenmarge van 3%

¹⁴ Hierbij is de volgende formule voor een oneindige steekproef gehanteerd:
$$n \geq \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{F^2}$$
, waarbij N de populatiegrootte is, z de standaardafwijking van het betrouwbaarheidspercentage, p de kans dat iemand een bepaald antwoord wel geeft, q de kans dat iemand een bepaald antwoord niet geeft en F de foutmarge.

¹⁵ Een enquêteur heeft de vragenlijst afgenomen en de antwoorden ingevuld voor 1 persoon per huishouden.

Tabel 6.1: Oordeel van de bevolking over de eigen gezondheid, uitgesplitst naar geslacht

Oordeel over eigen gezondheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Zeer goed	246 (22.1%)	112 (25.5%)	134 (19.9%)
Goed	510 (45.9%)	221 (50.3%)	289 (43.0%)
Redelijk	331 (29.8%)	98 (22.3%)	233 (34.7%)
Slecht	24 (2.2%)	8 (1.8%)	16 (2.4%)
Totaal aantal	1.111	439	672

Tabel 6.2: Proportie van de bevolking met een langdurige ziekte of chronische aandoening

Langdurige ziekte of aandoening*	Totaal	Mannen	Vrouwen
Ja	396 (35.6%)	140 (31.9%)	256 (38.1%)
Nee	715 (64.4%)	299 (68.1%)	416 (61.9%)
Totaal aantal	1.111	439	672

* Bijvoorbeeld hoge bloeddruk, suikerziekte, depressie, astma

6.2 Gebruik van direct toegankelijke zorg

Deelnemers aan de bevolkingsenquête is gevraagd naar hun zorggebruik in het afgelopen jaar bij de huisarts, medisch specialist en huisartsenpost, bezoek aan spoedeisende hulp, aan particuliere klinieken dan wel artsen als ook bezoek aan de tandarts en gebruik van medicijnen.

6.2.1 Bezoeken aan huisarts, medisch specialist en huisartsenpost

Van de ondervraagde bevolking heeft 78% de afgelopen 12 maanden één of meerdere bezoeken gebracht aan de huisarts. De bezoeken aan de medisch specialist en de huisartsenpost liggen met respectievelijk 39% en 18% een stuk lager, zoals weergegeven in Tabel 6.3. Dit komt overeen met het gemiddeld aantal bezoeken van diegene die tenminste één keer bij de huisarts, medisch specialist of huisartsenpost zijn geweest (zie Tabel 6.4).

Tabel 6.3: Bezoek aan een zorgverlener, afgelopen 12 maanden

Bezoek afgelopen 12 mnd. aan:*	Nooit	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	Meer dan 10 keer	Totaal
Huisarts	247 22.2%	470 42.3%	309 27.8%	62 5.6%	23 2.1%	1.111 100%
Medisch specialist	683 61.5%	294 26.5%	108 9.7%	16 1.4%	10 0.9%	1.111 100%
Huisartsenpost	907 81.6%	171 15.4%	31 2.8%	2 0.2%	-	1.111 (100%)

*Voor respondent zelf

Tabel 6.4: Gemiddeld aantal bezoeken aan een zorgverlener, afgelopen 12 maanden

Bezoek afgelopen 12 mnd. aan	Gemiddeld aantal bezoeken*
Huisarts	1.6
Medisch specialist	1.4
Huisartsenpost	1.2

*Van degenen die tenminste één bezoek heeft afgelegd

6.2.2 Bezoeken aan de spoedeisende hulp (SEH)

Bijna een kwart van de ondervraagden (24%) heeft het afgelopen jaar één of meerdere keren een bezoek gebracht aan de spoedeisende hulp in het ziekenhuis of bij ImSan (zie Tabel 6.5).

Gemiddelde deed men dat 1.3 keer. Meer mensen bezoeken dus de SEH dan de Huisartsenpost (18%). Wanneer men de SEH bezocht, deed men dit gemiddeld 1.3 keer in het voorbije jaar. Er zijn in dit opzicht geen verschillen tussen mannen of vrouwen, tussen personen van verschillende leeftijdscategorieën of tussen hoger of lager opgeleiden (zie Tabel 6.6 en Tabel 6.7).

Tabel 6.5: SEH bezoek in de afgelopen 12 maanden

Bezoek SEH vorige 12 mnd.	Nooit	1 keer	2-3 keer	≥ 4 keer	Totaal
Ziekenhuis HOH/ImSan	849 (76.4%)	187 (16.8%)	64 (5.8%)	11 (1%)	1.111 (100%)

Tabel 6.6: SEH bezoek naar genoten opleiding

Gemiddeld aantal bezoeken SEH Afgelopen 12 mnd. naar opleiding*	Basisonderwijs en LBO(-niveau) (aantal = 115)	Overige opleidingen (aantal = 147)
Ziekenhuis HOH/ImSan	1.3	1.3

*Van degenen die tenminste één bezoek heeft afgelegd

Tabel 6.7: SEH bezoek in verschillende leeftijdsgroepen

Gemiddeld aantal bezoeken SEH afgelopen 12 mnd. naar leeftijd*	≤ 40 jaar (N = 45)	41-60 jaar (N = 117)	≥ 61 jaar (N = 100)
Ziekenhuis HOH/ImSan	1.3	1.3	1.3

*Van degenen die tenminste één bezoek heeft afgelegd

De meest genoemde redenen om niet de huisarts maar de SEH te bezoeken hebben te maken met het – werkelijk of verondersteld – niet beschikbaar zijn van een huisarts (30%) en omdat men vindt dat de huisarts ongunstige openingstijden aanhoudt (20%)(zie Tabel 6.8). Andere genoemde redenen zijn, onder meer, dat de betreffende klacht niet door de huisarts wordt behandeld; dat het nacht was; of dat er inderdaad sprake was van een ongeluk of noodgeval. Evenals bij de patiënten die in de wachtkamer werden geënquêteerd zien we hier dat bij het bezoeken van de SEH de spoedeisendheid van het geval vaak niet de doorslag lijkt te geven bij de beslissing.

Tabel 6.8: Redenen voor bezoek aan SEH in plaats van huisarts

Reden SEH in plaats van huisarts*	Aantal	%
Er was geen huisarts beschikbaar	99	29.8
Ongunstige openingstijden huisarts	66	19.9
Ik had iets wat mijn/de huisarts niet behandelt	28	8.4
Ik verwachtte minder lange wachttijd bij SEH	14	4.2
De SEH levert betere zorg	23	6.9
De SEH is beter te bereiken	18	5.4
Andere reden	84	25.3
Totaal	332	100

*Beantwoord door 262 personen. Meerdere antwoordopties mogelijk. In totaal 332 antwoorden gegeven.

6.2.3 Bezoek aan particuliere arts of kliniek

Als mensen een particuliere arts of kliniek willen bezoeken is het aanbod op Aruba beperkt, maar het buitenland is dichtbij. Van de deelnemers aan de bevolkingsenquête heeft 5% in het afgelopen jaar één of enkele keren op eigen kosten een particuliere kliniek of arts *op Aruba* ge bezocht (Tabel 6.11). Een groter deel, namelijk 17%, deed dat – ook op eigen kosten - *in het buitenland*. Het bezoek aan een particuliere voorziening, zowel op Aruba als in het buitenland, komt het meest voor in de leeftijdscategorie van 41 tot 60 jaar (Tabel 6.11). Eveneens zien we meer zelf bekostigde zorgbezoeken onder degenen met een middelbare of hogere opleiding dan bij mensen met een lagere opleiding. (Tabel 6.9).

Tabel 6.9: Bezoek aan particuliere arts of kliniek op Aruba en in het buitenland

Aantal bezoeken aan particuliere arts / kliniek	Nooit	1-2 keer	3-5 keer	6 keer of vaker	Totaal
Op Aruba	1.065 95.1%	41 3.7%	11 1.0%	3 0.3%	1.111 100%
In het buitenland	927 83.4%	177 15.9%	7 0.6%	- -	1.111 100%

*Afgelopen 12 maanden, voor uzelf

Tabel 6.10: Bezoek aan particuliere arts of kliniek, uitgesplitst naar leeftijd

Aantal bezoeken particuliere arts / kliniek, naar leeftijd	1-2 keer	3-5 keer	6 keer of vaker	Totaal
Op Aruba				
≤ 40 jaar	12	2	-	14 (25.5%)
41-60 jaar	17	5	3	25 (45.5%)
≥ 61 jaar	12	4	-	16 (29.0%)
Totaal	41	11	3	55 (100%)
In het buitenland				
≤ 40 jaar	31	4	-	35 (19.0%)
41-60 jaar	98	2	-	100 (54.3%)
≥ 61 jaar	48	1	-	49 (26.6%)
Totaal	177	7	-	184 (100%)

Tabel 6.11: Bezoek aan particuliere arts of kliniek, uitgesplitst naar opleiding

Aantal bezoeken particuliere arts / kliniek, naar opleiding	1-2 Keer	3-5 keer	6 keer of vaker	Totaal
Op Aruba				
Lagere opleiding	17	4	2	23 (41.8%)
Midden-hogere opleiding	24	7	1	32 (58.2%)
Totaal	41	11	3	55 (100%)
In het buitenland				
Lagere opleiding	50	2	-	52 (28.3%)
Midden-hogere opleiding	127	5	-	132 (71.7%)
Totaal	177	7	-	184 (100%)

Bij de keuze voor een particuliere arts of kliniek spelen openingstijden en beschikbaarheid van de huisartsen nauwelijks een rol. De meest voorkomende reden is dat men daar betere zorg verwacht. Verder speelt ook vaak een rol dat die beter bereikbaar zijn, en dat men daar sneller geholpen denkt te worden (zie Tabel 6.12).

Andere genoemde redenen zijn dat men een vakantie combineert met het maken van een check up; dat men behoefte heeft aan een second opinion of dat bepaalde specialistische zorg nodig was.

Tabel 6.12: Redenen voor een bezoek aan een particuliere kliniek (volgens de bevolking)

Reden bezoek particuliere kliniek/arts	Aantal	%
Die leveren betere zorg	98	28.4
Die zijn beter te bereiken	78	22.6
Verwachtte daar minder lang te hoeven wachten	44	12.7
Ik had iets wat huisartsen niet behandelen	14	4.1
Er was geen huisarts beschikbaar	13	3.8
Andere reden	98	28.4
Totaal	345	100

*Beantwoord door 214 personen. Meerdere antwoordopties mogelijk. 345 antwoorden gegeven.

6.2.4 Bezoek aan een tandarts

Tabel 6.13 laat zien dat iets minder dan de helft (46%) van de ondervraagde personen in het afgelopen jaar naar de tandarts is geweest. Voor 13% is het laatste tandarts bezoek meer dan vijf jaar geleden. Redenen waarom het zo lang geleden is dat de tandarts is bezocht zijn vooral van financiële aard (37%), maar ook angst voor een tandheelkundige behandeling speelt een rol (24%) al wordt ook de verwachte moeite om een afspraak te maken nogal eens als reden genoemd (19%) en dat men te druk is (13%) (zie

Tabel 6.14).

Tabel 6.13: Tijd sinds laatste bezoek aan de tandarts, in jaren

Laatste tandartsbezoek	Aantal	%
Minder dan 1 jaar geleden	515	46.4
1 - 2 jaar geleden	260	23.4
2 - 3 jaar geleden	111	10.0
3 - 5 jaar geleden	82	7.4
Langer dan 5 jaar geleden	143	12.9
Totaal	1.111	100

Tabel 6.14: Reden voor het uitstellen van een tandartsbezoek

Reden laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden *	Aantal	%
Te druk	23	13.2
Financiële reden	65	37.4
Geen vervoer	12	6.9
Opzien tegen de moeite om afspraak te krijgen	33	19.0
Angst voor de tandarts	41	23.6
Totaal	174	100

*Ingevuld door 143 personen. Meerdere antwoordopties mogelijk. 174 antwoorden gegeven.

6.2.5 Medicijngebruik

Ongecontroleerd medicijngebruik lijkt bij de meeste mensen niet voor te komen. Drie kwart van de deelnemers aan de bevolkingsenquête geeft aan nooit of vrijwel nooit formele medicatie¹⁶

¹⁶Formele medicatie is in de enquête omschreven als "Echte medicijnen, zoals antibiotica of ibuprofen, zonder dat die zijn voorgeschreven door een arts (middelen zoals hoestdranken worden hier niet bedoeld)".

(zoals antibiotica of ibuprofen) te gebruiken zonder dat die is voorgeschreven door een arts. We zien dit in ongeveer gelijke mate in de verschillende leeftijdscategorieën en bij mensen met een lager of hoger opleidingsniveau (zie Tabel 6.15, Tabel 6.16 en Tabel 6.17).

Tabel 6.15: Gebruik van medicijnen zonder doktersvoorschrift

Gebruik 'echte' medicijnen* zonder doktersvoorschrift	Aantal	%
(Vrijwel) nooit	843	75.9
Weinig	181	16.3
Regelmatig	76	6.8
Vaak	10	0.9
(Vrijwel) altijd	1	0.1
Totaal	1.111	100

*Bv. antibiotica of ibuprofen, zonder dat die zijn voorgeschreven door een arts. (middelen zoals hoestdranken worden hier niet bedoeld)

Tabel 6.16: Gebruik van echte medicijnen zonder doktersvoorschrift, uitgesplitst naar opleiding

Gebruik echte medicijnen zonder doktersvoorschrift (naar opleiding)	Aantal	Basisonderwijs of LBO(-niveau)	Overige opleidingen
(Vrijwel) nooit	843	319 (77%)	524 (75%)
Weinig	181	61 (15%)	120 (17%)
Regelmatig of vaker	87	34 (8%)	53 (8%)
Totaal	1.111	414	697

Tabel 6.17: Gebruik van echte medicijnen zonder doktersvoorschrift, uitgesplitst naar leeftijd

Gebruik echte medicijnen zonder doktersvoorschrift naar leeftijd	Aantal	≤ 40 jaar	41-60 jaar	≥ 61 jaar
(Vrijwel) nooit	843	166 (70%)	381 (74%)	296 (82%)
Weinig	181	50 (21%)	92 (18%)	39 (11%)
Regelmatig of vaker	87	21 (9%)	42 (8%)	24 (7%)
Totaal	1.111	237	515	359

De respondenten die aangeven wel gebruik te maken van formele medicatie zonder doktersvoorschrift (dat zijn er 268), doen dit omdat ze menen dat die beter zijn dan voorgeschreven medicijnen (38%), omdat ze vinden dat hun huisarts niet bereid is die voor te schrijven (19%), of omdat de betreffende medicijnen officieel niet verstrekt worden (18%) (zie Tabel 6.18). Als andere redenen noemt men dat het sneller gaat zonder voorschrift; dat men niet langs de dokter wil voor een recept; dat het om kleine ongemakken gaat (zoals hoofdpijn, menstruatiepijn); dat het toch vrij verkrijgbaar is of dat het middel niet wordt vergoed door de AZV.

Tabel 6.18: Reden voor medicijngebruik zonder doktersvoorschrift

Reden medicijngebruik zonder voorschrift	Aantal	%
Ze zijn beter dan wat wordt voorgeschreven	102	38.1
Mijn dokter wil ze niet voorschrijven	52	19.4
Ze worden niet officieel verstrekt	47	17.5
Andere reden	67	25.0
Totaal	268	100

Degenen die niet voorgeschreven medicatie gebruiken besteden daar maandelijks gemiddeld 53,2 AWG aan. De verschillen zijn echter aanzienlijk. Het hoogste genoemde bedrag voor deze zelfmedicatie bedraagt 528 AWG per maand (zie Tabel 6.19).

Tabel 6.19: Uitgaven voor niet-voorgeschreven medicatie, per maand

Uitgaven voor niet voorgeschreven, echte medicijnen (per maand)	Aantal	Gemiddeld	Standaard deviatie	Maximum
In AWG	266	AWG 53.2,-	63.5	AWG 528,-

6.3 Toegankelijkheid van zorg

Ook in de bevolkingsenquête hebben we mensen vragen voorgelegd over ervaringen en belevingen betreffende toegankelijkheid van zorgvoorzieningen. De vragen gingen over reistijd naar een aantal voorzieningen, de tijd tussen de afspraak en het consult bij de huisarts, ervaren financiële belemmeringen bij het gebruik van zorg en, daarmee samenhangend, wat men vindt van de financiële dekking door de algemene ziektekostenverzekering.

6.3.1 Reistijd naar voorzieningen

Het merendeel (60%) van de mensen kan binnen een kwartier bij de huisartspraktijk zijn; de rest heeft daar meestal tussen de 15 en 30 minuten voor nodig (zie Tabel 6.20). De apotheek die men doorgaans bezoekt is nog wat dichterbij huis; voor driekwart binnen een kwartier tijd. Een bezoek aan de tandarts vraagt doorgaans wat meer tijd, maar driekwart (77%) kan daar toch binnen een half uur zijn. Het ziekenhuis HOH en vooral ImSan liggen verder weg, maar voor wie dichterbij het ziekenhuis woont is de reistijd naar ImSan doorgaans weinig relevant.

Tabel 6.20: Reistijd van huis naar meest verschillende zorginstellingen

Reistijd van huis naar:	< 15 minuten	15-30 minuten	30-45 minuten	> 45 minuten	Weet niet	Totaal
Huisarts	645 (60%)	360 (34%)	43 (4%)	11 (1%)	6 (1%)	1.056
Apotheek*	798 (76%)	236 (22%)	23 (2%)	5 (0.5%)	3 (0%)	1.056
Tandarts*	361 (34%)	463 (43%)	112 (11%)	24 (2%)	105 (10%)	1.056
Ziekenhuis	206 (20%)	350 (32%)	231 (22%)	276 (26%)	2 (0%)	1.056
SEH HOH	207 (20%)	349 (32%)	231 (22%)	276 (26%)	2 (0%)	1.056
SEH ImSan	263 (25%)	118 (11%)	347 (32%)	250 (24%)	87 (8%)	1.056

*De meest bezochte apotheek / tandarts

6.3.2 Wachtijd

De meeste mensen kunnen doorgaans snel bij de huisarts terecht; ruim twee derde zelfs nog dezelfde of de volgende dag (zie Tabel 6.21). Bij één op de zes geënquêteerden duurt het twee of drie dagen en bij één op de negen langer. Wat verder opvalt in deze tabel, is dat binnenlopen in de huisartspraktijk zonder afspraak vrijwel niet voor lijkt te komen.

Tabel 6.21: Wachtijd voor een afspraak met de huisarts

Tijd tussen afspraak en bezoek huisarts	Aantal	%
Ik kan meestal nog dezelfde dag langskomen	429	38.6
Ik kan de volgende dag langskomen	324	29.2
Ik kan na 2-3 dagen langskomen	189	17.0
Het duurt meer dan 3 dagen	121	10.9
Ik maak nooit een afspraak	17	1.5
Ik weet het niet	31	2.8
Totaal	1.111	100

6.3.3 Mening over dekking door de Algemene Ziektekostenverzekering (AZV)

Ingezetenen van Aruba hebben in principe recht op de Algemene Ziektekostenverzekering AZV, dat een breed pakket omvat, waaronder de zorg verleend in de huisartspraktijk en voorgeschreven medicatie. Of mensen financiële belemmeringen ervaren bij zorggebruik, hangt, onder meer, af van hun mening over het toereikend zijn van het AZV pakket en welke noodzaak men ziet daarnaast nog gebruik te maken van voorzieningen die buiten het pakket vallen en dus voor eigen rekening zijn.

Gevraagd naar hun mening over de dekking door de AZV, geeft een ruime meerderheid aan de AZV zorgverzekering hun zorgkosten grotendeels dekt (zie Tabel 6.22). Dat neemt niet weg dat er toch nog veel mensen zijn, 21%, die het daar niet mee eens zijn. Die kritische houding zien we ook bij de 30% die vindt, dat er ondanks de AZV toch teveel zorgkosten zijn die uit eigen portemonnee betaald moeten worden. Bij uitsplitsing van de antwoorden in leeftijdsgroepen blijkt dat personen tot 40 jaar wat minder vaak vinden dat de AZV de meeste benodigde zorgkosten dekt (zie Tabel 6.23). Over het teveel aan zorgkosten die men zelf zou moeten betalen zijn de meningen in de verschillende leeftijdscategorieën ongeveer gelijk verdeeld.

Tabel 6.22: Opvattingen over kostendekking door AZV zorgverzekering

Oordeel over dekking door AZV	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
De AZV zorgverzekering vergoedt het meeste dat je aan zorg nodig hebt	852 (76.7%)	234 (21.1%)	25 (2.3%)	1.111
Ondanks de AZV zijn er teveel zorgkosten voor eigen rekening	331 (29.8%)	758 (68.3%)	22 (2.0%)	1.111

Tabel 6.23: Opvattingen over kostendekking door AZV in verschillende leeftijdsgroepen

Oordeel over dekking door AZV naar leeftijd	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
De AZV zorgverzekering op Aruba vergoedt het meeste dat je aan zorg nodig hebt				
≤ 40 jaar	168 (70.9%)	61 (25.7%)	8 (3.4%)	237
41-60 jaar	402 (78.0%)	105 (20.4%)	8 (1.6%)	515
≥ 61 jaar	282 (78.6%)	68 (18.9%)	9 (2.5%)	359
Ondanks de AZV zorgverzekering zijn er teveel zorgkosten voor eigen rekening				
≤ 40 jaar	71 (30.0%)	159 (67.1%)	7 (3.0%)	237
41-60 jaar	158 (30.7%)	350 (68.0%)	7 (1.4%)	515
≥ 61 jaar	102 (28.4%)	249 (69.4%)	8 (2.2%)	359

6.3.4 Uitgaven voor particuliere zorg

Van 214 respondenten in de bevolkingsenquête die hebben aangegeven in het voorafgaande jaar gebruik te hebben gemaakt van particuliere zorg die buiten het AZV verzekeringspakket valt weten we het bestede bedrag. Gemiddeld gaf deze groep 1.534 AWG uit aan zorg door een particuliere arts of kliniek (zie Tabel 6.24). De verschillen in deze uitgaven zijn groot; het hoogste bedrag dat werd genoemd was AWG 30.000,-. Bij een verdeling in drie ongeveer gelijke groepen qua particuliere uitgaven, zien we dat het derde deel met de laagste uitgaven gemiddeld AWG 153,- besteedt en het derde deel met de hoogste uitgaven gemiddeld AWG 4.504,-. Mensen met een lagere opleiding besteden gemiddeld een wat hoger bedrag aan een particuliere zorg dan mensen met een hogere opleiding (zie Tabel 6.25).

Tabel 6.24: Uitgaven voor bezoek aan particuliere kliniek of arts (afgelopen 12 maanden)

Uitgaven voor particuliere zorg (afgelopen 12 maanden)	Aantal	Totaal	Laagste 1/3 gemidd.	Middelste 1/3 gemidd.	Hoogste 1/3 gemidd.
In AWG (gemiddeld)	214	1.534	153	638	4.504

Tabel 6.25: Uitgaven voor bezoek aan particuliere kliniek of arts in groepen met verschillend opleidingsniveau

Uitgaven voor particuliere zorg (afgelopen 12 maanden)	Aantal	Totaal	Basisonderwijs of LBO(-niveau) (N = 65)	Overige opleiding (N = 149)
In AWG (gemiddeld)	214	1.534	1.665	1.477

6.4 Waardering voor de huisarts

Evenals bij de enquête onder patiënten in de wachtkamer, vroegen we ook aan de algemene bevolking naar het oordeel over de eigen huisarts, of men wellicht zou willen veranderen van huisarts en welke mogelijkheden men daarvoor ziet. Ook is gevraagd of mensen in het voorafgaande jaar wel eens een bezoek aan de huisarts hebben uitgesteld of er helemaal van hebben afgezien, en wat daarvoor de redenen waren.

6.4.1 Algemeen oordeel en de behoefte aan een andere huisarts

Bijna driekwart van de ondervraagden zou hun huisarts bij familie of vrienden aanbevelen (zie Tabel 6.26). Dat zou 23% zeker niet doen, terwijl het aantal twijfelaars met ruim 4% klein is. Daarmee wordt de huisarts door de deelnemers aan de bevolkingsenquête wat minder positief beoordeeld dan door de patiënten in de wachtkamer, waar slechts 11% de huisarts niet zou aanbevelen; maar daar waren de twijfelaars wel talrijker (12%).

Tabel 6.26: Mening over de huisarts

Huisarts aanraden bij vriend/familie	Aantal	%
Zou huisarts aanraden	806	72.6
Zou huisarts niet aanraden	256	23.0
Weet het niet	49	4.4
Totaal	1.111	100

Ook de wens om van huisarts te veranderen zegt iets over de tevredenheid.

Tabel 6.27 laat zien dat het ook weer ongeveer driekwart is, die geen behoefte heeft om over te stappen naar een andere huisarts. Vijftien procent speelt wel eens met de gedachte weg te gaan bij de huidige huisarts, terwijl 9% dat beslist wil.

Tabel 6.27: Aantal inwoners dat graag zou overstappen naar een andere huisarts

Wens overstappen naar andere huisarts	Aantal	%
Geen behoefte aan andere huisarts	847	76.2
Wil misschien overstappen	161	14.5
Wil beslist een andere huisarts	103	9.3
Totaal	1.111	100

Formeel bestaat de mogelijkheid voor AZV verzekerden twee maal per jaar van huisarts te veranderen, maar minder dan de helft van de ondervraagde personen denkt daadwerkelijk te kunnen overstappen (Tabel 6.28). Als belangrijkste obstakel ziet men dat de meeste praktijken altijd vol zitten (25%), maar 20% lijkt niet te weten van de halfjaarlijkse mogelijkheid en denkt dat het gewoon niet kan. Als degenen die het niet weten daar worden bijgeteld lijkt ruim een kwart van de mensen niet goed op de hoogte te zijn van de mogelijkheden om van huisarts te veranderen.

Ook uit de AZV spiegelinformatie (2018) blijkt dat het wisselen van huisarts weliswaar formeel mogelijk is, maar dat de vrije artskenus in de praktijk wordt beperkt doordat in een aantal praktijken geen nieuwe patiënten worden ingeschreven omdat daar het maximum aantal van 2.475 patiënten per huisarts is bereikt.

Tabel 6.28: Wat men denkt over mogelijkheid over te stappen naar andere huisarts

Mogelijkheid overstappen andere huisarts	Aantal	%
Ja dat is altijd mogelijk	527	47.5
Het kan, maar alles zit eigenlijk vol	276	24.8
Nee, dat kan niet	221	19.9
Weet het niet / anders	87	7.8
Totaal	1.111	100

6.4.2 Afzien van bezoek aan de huisarts

Eén op de negen ondervraagden heeft het afgelopen jaar wel eens een bezoek aan de huisarts uitgesteld of daar van afgezien, hoewel daar wel behoefte aan was (zie Tabel 6.29). De meeste van de genoemde redenen kunnen niet worden toegeschreven aan belemmeringen van de kant van de huisartspraktijk: met had het te druk (30%), kon geen vrij krijgen van het werk (17%) of had geen vervoer (14%) (zie Tabel 6.30). Dat financiële belemmeringen vrijwel niet worden genoemd, bevestigt de financiële laagdrempeligheid van de huisartspraktijken. Andere redenen die genoemd werden hebben te maken met diverse privéomstandigheden of het (veronderstelde) geen tijd hebben van de huisarts.

Tabel 6.29: Uitstel of afzien van noodzakelijk huisartsbezoek in de afgelopen 12 maanden

Uitstel/afstel van noodzakelijk huisartsbezoek	Aantal	%
Heeft bezoek uitgesteld/afgesteld	125	11.3
Geen uitstel of afstel	986	88.7
Totaal	1.111	100

Tabel 6.30: Redenen voor uitstel of afzien van huisartsbezoek

Reden voor uitstel of afstel	Aantal	%
Had het te druk	43	30
Kreeg geen vrij van mijn werk	24	17
Had geen vervoer	20	14
Zag op tegen de moeite die het kost een afspraak te maken	8	6
Om financiële reden	3	2
Andere reden	44	31
Totaal	142	100

6.5 Mening over aanbod van zorg

Vragen over het zorgaanbod op Aruba richtten zich op het aanbod en de beschikbaarheid van huisartsen, de mogelijkheid om te worden doorverwezen en de beschikbaarheid van zorg in de avond- en weekenduren en medische apparatuur.

Bijna twee derde deel van de ondervraagde personen is van mening dat er op Aruba te weinig huisartsen zijn (63%)(zie Tabel 6.31). Het merendeel zou het goed vinden als nieuwe huisartsen meer op Aruba zouden worden opgeleid. Verder geven veel mensen (62%) te kennen dat de toegankelijkheid van de huisartspraktijken te wensen overlaat omdat het doorgaans moeilijk is om een afspraak te maken voor een bezoek aan de huisarts. Patiënten die wij in de wachtkamer ondervroegen denken daar anders over; daar vond 19% dat het maken van een afspraak met de huisarts teveel tijd kost (zie 5.3.2).

Bijna alle ondervraagden in de bevolkingsenquête (93%) zijn niet tevreden met het doorverwijsbeleid zoals zij dat ervaren bij huisartsen; ze vinden dat huisartsen sneller moeten doorverwijzen naar medisch specialisten. Ook hier zien we weer een tegenstelling met de opvattingen van de patiënten die wij in de wachtkamer ondervroegen; daar vond slechts 16% het lastig om door de huisarts te worden doorverwezen (zie 5.5.2). Uit cijfers van de AZV over 2018 blijkt overigens dat 40% van alle ingeschreven patiënten in dat jaar tenminste één keer is doorverwezen naar de tweede lijn.

Tabel 6.31: Mening over aanbod van huisartsen en mogelijkheid van doorverwijzing

Mening over aanbod en beschikbaarheid van huisartsen en doorverwijzen	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
Er zijn te weinig huisartsen op Aruba	700 (63.0%)	230 (20.7%)	181 (16.3%)	1.111
Tijdens kantooruren is het meestal makkelijk om een afspraak te maken voor een bezoek aan de huisarts	397 (35.7%)	684 (61.6%)	30 (2.7%)	1.111
Het zou goed zijn als meer huisartsen binnen Aruba zouden worden opgeleid	668 (60.1%)	362 (32.6%)	81 (7.3%)	1.111
Huisartsen moeten patiënten sneller doorverwijzen naar medisch specialisten	1031 (92.7%)	55 (5.0%)	25 (2.3%)	1.111

De bekendheid onder de bevolking met de wijze waarop men 's avonds of in het weekend medische zorg kan krijgen, laat nogal te wensen over. Bij elkaar vindt 40% het moeilijk (of weet het niet) waar die avond- weekend en nachtzorg beschikbaar is (zie Tabel 6.32) . Ondervraagden zijn verder kritisch over de beschikbaarheid van medische apparatuur in de huisartspraktijken.

Volgens twee derde (67%) zou het aantal bezoeken aan de SEH kunnen verminderen als huisartsenpraktijken meer apparatuur zouden hebben. De tegenstelling met wat patiënten in de wachtkamer hiervan vinden is weer opmerkelijk: bijna twee derde (62%) vindt dat er voldoende medische apparatuur is, 8% vindt van niet en de rest (27%) weet het niet (zie 5.4.4).

Tabel 6.32: Mening over beschikbaarheid medische zorgvoorzieningen

Mening over aanbod van medische zorg en beschikbaarheid van apparatuur	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
Het is moeilijk om te weten waar je in de avond en het weekend heen moet voor medische zorg	412 (37.1%)	667 (60.0)	32 (2.9%)	1.111
Als HA praktijken op Aruba meer medische apparatuur zouden hebben zou bezoek aan de SEH kunnen verminderen	744 (67.0%)	235 (21.2%)	132 (11.9%)	1.111

6.6 Oordeel over de gezondheidszorg en de rol van de huisarts bij klachten

Hoe burgers denken over de gezondheidszorg in het algemeen en de kwaliteit van de zorgverleners bepaalt mede hoe ze er feitelijk gebruik van maken. Deze paragraaf gaat over de beeldvorming betreffende de gezondheidszorg en de huisartsen op Aruba, met name in relatie tot medisch specialisten. Verder worden resultaten gepresenteerd over de rol die men voor de huisarts ziet weggelegd in geval men te maken krijgt met lichamelijke klachten en psychosociale problemen.

6.6.1 Beeldvorming over de gezondheidszorg en (huis)artsen

De meningen over het huidige gezondheidszorgsysteem op Aruba zijn behoorlijk verdeeld (zie Tabel 6.33). Het aantal mensen dat over het geheel genomen wel tevreden is met het huidige stelsel (42%) is ongeveer in evenwicht met degenen die vinden dat er grote veranderingen nodig zijn (39%). Als echter bij die laatste groep de 17% wordt opgeteld die een geheel andere opzet van de gezondheidszorg willen, dan is er toch een ruime meerderheid die fundamentele veranderingen nodig vindt (57%). Mensen met een andere mening, willen onder meer dat er efficiënter wordt samengewerkt, dat het makkelijker moet worden om een afspraak te maken en dat er meer medisch specialisten komen.

Tabel 6.33: Mening over de gezondheidszorg op Aruba

Mening over gezondheidszorg op Aruba*	N	%
Gezondheidszorg is goed, maar kleine veranderingen gewenst	466	42.0
Grote veranderingen zijn nodig, ondanks goede kanten	438	39.4
De gezondheidszorg moet helemaal anders opgezet	190	17.1
Andere of geen mening	17	1.5
Totaal	1.111	100

*Dus alle voorzieningen, zoals ziekenhuis, huisartsen, wijkzorg, jeugdgezondheidszorg, spoedzorg

De meeste mensen (62%) vinden dat de Arubaanse huisartsen deskundig zijn, maar als ze kunnen kiezen tussen een behandeling door een huisarts of een specialist, kiest twee derde (66%) toch voor de laatste, ongeacht wat het medische probleem is (zie Tabel 6.34). In de deskundigheid van de Arubaanse huisarts heeft ruim een kwart (27%) weinig vertrouwen en nog een 10% weet het

niet. Dat is bij elkaar tamelijk veel twijfel. De voorkeur voor medisch specialisten zagen we eerder ook onder de patiënten in de wachtkamer, maar daar was de voorkeur minder groot met 40% die een medisch specialistische behandeling altijd beter vindt; en de twijfelaars waren daar ook talrijker (25%) (zie 5.5.2).

Tabel 6.34: Mening over deskundigheid van huisartsen en medisch specialisten

Mening over huisarts en medisch specialist	Eens	Niet eens	Weet niet	Totaal
De huisartsen op Aruba zijn in het algemeen deskundig	693 (62.4%)	302 (27.2%)	116 (10.4%)	1.111
Het is altijd beter om te worden behandeld door een medisch specialist dan door een huisarts	738 (66.4%)	259 (23.3%)	114 (10.3%)	1.111

6.6.2 De rol die men voor de huisarts ziet bij gezondheidsklachten

Op dezelfde manier als in de wachtkamerenquête is in de bevolkingsenquête aan de mensen gevraagd of ze het zinvol vonden bij elk van een reeks klachten daarmee naar de huisarts te gaan (zie Tabel 6.35). Het algemene beeld is, dat een gang naar de huisarts door velen niet gauw zinvol wordt gevonden. Kortademigheid of benauwdheid en pijn op de borst wordt door een meerderheid nog wel zinvol gevonden om aan de huisarts voor te leggen, evenals een snee in de vinger om te laten hechten. Maar bij klachten als buikpijn, diarree, vermoeidheid en griep vindt slechts rond de 15% van de mensen een bezoek aan de huisarts zinvol. De wachtkamerenquête liet ook zien dat men bij de meeste klachten een bezoek aan de huisarts weinig zinvol vindt, maar onder de bevolking is dat wat extremer; bij 11 van de 16 klachten is het percentage 'zinvol' bij de bevolking lager dan bij de patiënten in de wachtkamer (zie 5.5.3). Al zijn er ook enkele uitzonderingen. Huiselijk geweld, bijvoorbeeld, wordt in de bevolking door beduidend meer mensen (35%) als zinvol beschouwd om mee naar de huisarts te gaan dan onder de patiënten in de wachtkamer (23%). Iets dergelijks geldt ook voor kortademigheid / benauwdheid (78% in de bevolking versus 68% onder patiënten).

Tabel 6.35: Klachten waarvoor men het zinvol vindt de huisarts te bezoeken

Klachten waarvoor het zin heeft naar de huisarts te gaan	Zinvol	Niet zinvol	Weet niet	Totaal
Buikpijn	146 (13.1%)	959 (86.4%)	6 (0.5%)	1.111
Pijn in schouder of nek	367 (33.0%)	734 (66.1%)	10 (0.9%)	1.111
Nervositeit	206 (18.5%)	872 (78.5%)	33 (3.0%)	1.111
Diarree	184 (16.6%)	913 (82.2%)	14 (1.3%)	1.111
Keelpijn	210 (18.9%)	891 (80.2%)	10 (0.9%)	1.111
Hoofdpijn	279 (25.1%)	823 (74.1%)	9 (0.8%)	1.111
Vermoeidheid	159 (14.3%)	938 (84.4%)	14 (1.3%)	1.111
Griep	170 (15.3%)	933 (84.0%)	8 (0.7%)	1.111
Misselijkheid	391 (35.2%)	713 (64.2%)	7 (0.6%)	1.111
Kortademigheid/benauwdheid	865 (77.9%)	239 (21.5%)	7 (0.6%)	1.111
Pijn op de borst (bij inspanning)	808 (72.7%)	280 (25.2%)	23 (2.1%)	1.111
Overgewicht	253 (22.8%)	832 (74.9%)	26 (2.3%)	1.111
Snee in de vinger	678 (61.0%)	419 (37.7%)	14 (1.3%)	1.111
Moeite met stoppen met roken	114 (10.3%)	918 (82.6%)	79 (7.1%)	1.111
Angst	177 (15.9%)	910 (81.9%)	24 (2.2%)	1.111
Huiselijk geweld	384 (34.6%)	670 (60.3%)	57 (5.1%)	1.111

Bij uitsplitsing van de resultaten naar geslacht, zien we dat bij het merendeel van de klachten vrouwen een bezoek aan de huisarts iets vaker zinvol vinden dan mannen. Uitzonderingen zijn hoofdpijn dat door vrouwen minder vaak als reden voor een bezoek aan de huisarts wordt beschouwd en huiselijk geweld dat voor vrouwen vaker een zinvolle reden wordt gevonden dan voor mannen om mee naar de huisarts te gaan (zie Tabel 6.36).

Tabel 6.36: Klachten waarvoor men het zinvol vindt de huisarts te bezoeken, uitgesplitst naar mannen en vrouwen

Klachten waarvoor het zin heeft naar de huisarts te gaan	Totaal aantal 'zinvol'	Mannen N= 439	Vrouwen N= 672
Buikpijn	146	56 (12.8%)	90 (13.4%)
Pijn in schouder of nek	367	146 (33.3%)	221 (32.8%)
Nervositeit	206	85 (19.4%)	121 (18.0%)
Diarree	184	58 (13.2%)	126 (18.8%)
Keelpijn	210	75 (17.1%)	135 (20.1%)
Hoofdpijn	279	99 (22.6%)	180 (11.9%)
Vermoeidheid	159	55 (12.5%)	104 (15.5%)
Griep	170	65 (14.8%)	105 (15.6%)
Misselijkheid	391	141 (32.1%)	250 (37.2%)
Kortademigheid/benauwdheid	865	332 (75.6%)	533 (79.3%)
Pijn op de borst (bij inspanning)	808	311 (70.8%)	497 (74.0%)
Overgewicht	253	89 (20.3%)	164 (24.4%)
Snee in de vinger	678	253 (57.6%)	425 (63.2%)
Moeite met stoppen met roken	114	51 (11.6%)	63 (9.4%)
Angst	177	72 (16.4%)	105 (15.6%)
Huiselijk geweld	384	128 (29.2%)	256 (38.1%)

6.7 Samenvatting

In de bevolkingsenquête, die bij de mensen thuis werd afgenomen, werden ook mensen bereikt die weinig of niet bij de huisarts komen. Vragen werden gesteld over hoe men dacht over de gezondheidszorg en welke ervaringen men heeft gehad met ontvangen zorg, zowel op Aruba als in het buitenland.

De geënquêteerden en hun gezondheid. In totaal werden 1.111 personen van 18 jaar en ouder geënquêteerd, met een gemiddelde leeftijd van 53 jaar. Vergeleken met de gehele bevolking zijn vrouwen en ouderen oververtegenwoordigd. Twee derde van de ondervraagden vindt de eigen gezondheid goed of zeer goed. Eén derde deel heeft een langdurige ziekte of aandoening.

Gebruik van zorg. Bezoek aan de huisarts komt het meest voor: driekwart is daar het voorafgaande jaar één of meerdere keren geweest. Bijna 40% was in die periode wel eens bij een medisch specialist. De Spoedeisende Hulp, waar een kwart contact mee had, lijkt makkelijker gevonden te worden dan de Huisartsenpost, die door 18% werd bezocht. De voorkeur voor de Spoedeisende Hulp boven de huisarts heeft doorgaans weinig te maken met het spoedeisende karakter van de hulpvraag, maar meer met het werkelijk of vermeend niet beschikbaar zijn van een huisarts en ongunstig gevonden openingstijden. Het merendeel van de mensen heeft het voorafgaande jaar geen tandarts bezocht; voor één op de acht is dat zelf meer dan vijf jaar geleden. Financiële redenen spelen een belangrijke rol bij uitstel. Gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen lijkt geen groot probleem. De minder dan 10% die ze met een zekere

regelmaat gebruikt, denkt vaak dat die beter zijn dan voorgeschreven middelen. Onder niet-regulier zorggebruik vallen ook bezoeken aan particuliere artsen of klinieken. In het voorafgaande jaar was daarvan sprake bij bijna een kwart van de ondervraagden, vooral in het buitenland. Men verwacht in de particuliere sector betere zorg en snellere service. Gemiddeld gaf men AWG 1.534,- uit, maar de individuele verschillen zijn groot.

Bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Veelgebruikte voorzieningen als de eigen huisartspraktijk en apotheek zijn snel te bereiken, meestal binnen een kwartier. Een bezoek aan de tandarts vraagt wat meer reistijd en het ziekenhuis (en ImSan) liggen nog wat verder van huis. Na het maken van een afspraak met de huisartspraktijk kan een ruime meerderheid, twee derde deel, daar nog dezelfde of de volgende dag terecht. Weliswaar vindt een ruime meerderheid dat de AZV hun zorgkosten grotendeels dekt, toch is één op de vijf ondervraagden het daar niet mee eens. Die kritische houding blijkt ook uit de 30% die vindt dat er, ondanks de AZV, toch teveel zorgkosten voor eigen rekening komen.

Waardering voor de huisarts. Deelnemers aan de bevolkingsenquête zijn wat minder positief over hun huisarts dat degenen die we in de wachtkamer interviewden: bijna driekwart zou hun huisarts bij familie of vrienden aanbevelen en bijna één kwart zou dat zeker níet doen. Het is ook weer ongeveer driekwart dat geen behoefte heeft van huisarts te veranderen, terwijl bijna één op de tien dat beslist wel wil; de rest twijfelt. Formeel kan iedere AZV verzekerde halfjaarlijks overstappen, maar dat er praktische beperkingen zijn, zoals volle praktijken, weten veel mensen wel. Maar onbekendheid met de mogelijkheid van huisarts te veranderen speelt bij ongeveer een kwart ook een rol. Als mensen een bezoek aan de huisarts uitstellen of er vanaf zien, wat bij een kleine 10% wel voorkomt, ligt dat meestal aan henzelf: men had het te druk, kon geen vrij krijgen van het werk of had geen vervoer.

Oordeel over het zorgaanbod op Aruba. Er moeten meer huisartsen komen vindt bijna twee derde deel, en die zouden dan meer op Aruba moeten worden opgeleid dan nu het geval is. Over de huisartspraktijken is men kritisch; een stuk kritischer dan patiënten die we in de wachtkamer interviewden. Een voorbeeld is de toegankelijkheid van huisartsenpraktijken, waarvan zes op de tien ondervraagden vindt dat de toegankelijkheid te wensen overlaat omdat het doorgaans moeilijk is om een afspraak te maken. (Patiënten in de wachtkamer hadden daar geen moeite mee). Verder vindt bijna iedereen dat huisartsen sneller moeten doorverwijzen naar medisch specialisten. (Ook deze mening lijkt niet te worden gedeeld door de meeste patiënten in de wachtkamer, waar slechts één op de zes aangaf moeite te hebben om door de huisarts te worden doorverwezen). Ondervraagden zijn verder kritisch over de medische apparatuur in de huisartspraktijken. Volgens twee derde zou het aantal bezoeken aan de SEH kunnen verminderen als er meer apparatuur beschikbaar komt. (Van de patiënten in de wachtkamer vindt bijna twee derde dat er voldoende medische apparatuur is). Tenslotte lijkt de bekendheid onder de bevolking met het zorgaanbod 's avonds of in het weekend nogal te wensen over te laten. Vier op de tien vindt het moeilijk (of weet het niet) waar die avond- weekend en nachtzorg beschikbaar is.

Algemeen oordeel over gezondheidszorg en de huisartsen. Over de gezondheidszorg wordt nogal verschillend gedacht. Degenen die er wel tevreden over zijn en degenen die grote veranderingen nodig vinden houden elkaar getalsmatig ongeveer in evenwicht. Daarnaast vindt één op de zes een geheel andere opzet nodig. Dus is er bij elkaar toch een ruime meerderheid die fundamentele veranderingen wil. Over de deskundigheid van de Arubaanse huisartsen bestaat wel enige twijfel. Weliswaar vindt een meerderheid die in orde, maar een ruim een derde is het daar niet mee eens of weet het niet.

In elk geval kiest twee derde van de mensen, als ze kunnen kiezen tussen de behandeling door een huisarts of een medisch specialist, in alle gevallen voor de laatste.

Met welke klachten gaat men naar de huisarts? Op basis van een lijst van 16 klachten en problemen komt als algemeen beeld naar voren, dat velen een bezoek aan de huisarts in die gevallen niet gauw zinvol vinden. Bij kortademigheid of benauwdheid en pijn op de borst vindt een meerderheid een bezoek aan de huisarts nog wel zinvol, maar bijvoorbeeld bij buikpijn, diarree, vermoeidheid en griep vindt een grote meerderheid het raadplegen van de huisarts niet zinvol. Dit roept vragen op over bekendheid met wat de huisarts in deze gevallen zou kunnen betekenen en hoe het is gesteld met gezondheidsinformatie en –vaardigheden in de bevolking. De vraag is ook wat mensen eventueel wèl doen als een bezoek aan de huisarts niet zinvol wordt gevonden; misschien ziet men een bezoek aan de SEH als een meer aantrekkelijk alternatief.

7 Kwaliteit van de medische verslaglegging: resultaten van de EPD-scan

In dit hoofdstuk bekijken we de volledigheid van de gegevens die huisartsenpraktijken routinematig bijhouden in het EPD, en in hoeverre die gegevens kunnen worden gebruikt om de gezondheid en het zorggebruik van de bevolking te monitoren. Dit sluit aan bij het idee van een lerend zorgsysteem, waarin het genereren van data en kennis en het gebruik daarvan een onderdeel is van het zorgverleningsproces (Friedman et al. 2010; Menear et al. 2019). Goed registreren in het EPD is een voorwaarde voor een lerend zorgsysteem.

Waar mogelijk, vergelijken we in dit hoofdstuk de situatie met Nederland, en maken we binnen Aruba een vergelijking tussen 2018 en 2019. Elke deelnemende huisartsenpraktijk ontving feedback over de volledigheid van registratie in de eigen praktijk. Een geanonimiseerd voorbeeld hiervan is opgenomen in Bijlage C.

7.1 Achtergrond bij de EPD scan

Een goede medische verslaglegging is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van de individuele zorg. Daarnaast kan met EPD gegevens uit een groot aantal praktijken een betrouwbaar inzicht worden verkregen in de gezondheidsnoden en behoeften van de bevolking. Het gebruik van EPD data voor het monitoren van de volksgezondheid is betrekkelijk nieuw; reden waarom we er hier kort bij stil staan.

Omdat het bij de EPD scan om vertrouwelijke gegevens gaat wordt vervolgens uitgelegd met welke voorwaarden de privacy van de patiënten werd gewaarborgd. Tenslotte wordt in deze paragraaf uiteengezet hoeveel praktijken toestemming hebben verleend voor dit deel van het onderzoek en welke gegevens uit de EPDs werden geëxtraheerd.

7.1.1 Zorgdossiers: een potentiële bron van diverse informatie

In landen waar huisartsen een centrale positie innemen in de gezondheidszorg, wat kan blijken uit inschrijving van patiënten en een verwijssysteem naar de specialistische zorg, kunnen data uit EPDs een goed beeld geven van ziektepatronen en zorggebruik onder de bevolking en de kwaliteit van de geleverde zorg. De bruikbaarheid van die informatie staat of valt met de kwaliteit van de gegevens zoals zorgverleners die vastleggen. Gebruik van internationale classificatiesystemen en het waarborgen van de privacy van de patiënten zijn daarbij essentieel. Dit werkt alleen als zorgverleners gemotiveerd en vaardig zijn in het gestructureerd registreren.

Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) heeft in 2013 de 'Richtlijn voor adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD)' gepubliceerd. Deze voorziet in adviezen voor de methode van verslaglegging in het EPD. Eenduidig en goed gestructureerd vastleggen van gegevens komt de uitwisselbaarheid en de vergelijkbaarheid tussen zorgverleners ten goede.

7.1.2 Voorwaarden voor gebruik van EPD data voor dit onderzoek

Alle huisartsenpraktijken hebben voor dit onderzoek schriftelijk toestemming gegeven voor het verstrekken van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier over de jaren 2017 en 2018. Deze gegevens zijn vervolgens aan het Nivel verstrekt door Promedico, het huisartsinformatiesysteem waar alle huisartsen op Aruba gebruik van maken.

Gegevens zijn verwerkt conform die van de Nederlandse Nivel Zorgregistraties eerste lijn¹⁷. De gegevens worden daarbij ontdaan van direct identificerende gegevens over patiënten, zoals beschreven in het privacyreglement van Nivel Zorgregistraties eerste lijn (te vinden op www.nivel.nl/zorgregistraties). Daarnaast is een privacy-protocol opgesteld waarin is omschreven hoe wordt omgegaan met privacygevoelige gegevens uit de extractie van gegevens.

Voor de juridische afstemming hebben de huisartsen met het Nivel een Bewerkersovereenkomst gesloten op basis waarvan de leverancier van de software (Promedico ASP) de gepseudonimiseerde data uit de EPDs aan het NIVEL ter beschikking heeft gesteld. Verder waren voor dit onderzoek de Nivel Onderzoeksvoorwaarden van toepassing¹⁸.

Bij de beoordeling van de kwaliteit van registreren werd de NHG richtlijn ADEPD (Adequate Dossiervorming met het Elektronische Patiëntendossier) als uitgangspunt gebruikt (NHG/Boesten, 2013).

7.1.3 Deelnemende praktijken en aard van de geëxtraheerde data

Gegevensextractie zijn uitgevoerd over de jaren 2017 en 2018. Van de 42 deelnemende huisartsen, werden over 2017 van 40 huisartsen en over 2018 van 42 huisartsen gegevens aangeleverd; het betrof respectievelijk 38 en 40 praktijken. Praktijken waarvan gegevens dubbel bleken te zijn werden ontdubbeld.

De geëxtraheerde gegevens betroffen de volgende categorieën:

- *Patiënten*: geanonimiseerde gegevens voor het bepalen van de noemerpopulatie van de gegevens en de vaste patiëntenpopulatie en de praktijk van inschrijving.
- *Verwijzingen*: alle nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist (incl. achteraf verwijzingen).
- *Contacten*: opgesplitst naar:
 - Consulten: in de praktijk, bij patiënten thuis, telefonisch en 'no-shows'.
 - Verrichtingen: medische handelingen; wel of niet gedeclareerd (zoals griepvaccinaties, uitstrijkjes bevolkingsonderzoek, keuringen).
- *Uitslagen*: van diagnostische tests uitgevoerd/aangevraagd door de huisarts. Deze zijn geregistreerd volgens de NHG tabel diagnostische bepalingen¹⁹
- *Prescripties*: alle voorschriften, w.o. herhalingen uitgeschreven door specialisten.
- *Journaals*: ICPC codes per (deel)contact. Te gebruiken voor incidentie en prevalentiecijfers.
- *Episodes*: geregistreerde episodes inclusief start/einddatum, status, episodenaam en ICPC code.
- *Contra-indicaties*: reden om een behandeling of geneesmiddel niet voor te schrijven.

Ter vergelijking zijn, waar beschikbaar en relevant, Nederlandse cijfers gebruikt afkomstig van Nivel Zorgregistraties voor 2018 (het jaar waarin de registraties op Aruba het meest compleet zijn). Incidenteel zijn ook gegevens uit 2015 gebruikt van een EPD-scan in de regio Nijmegen.

7.1.4 Vaststelling van de noemer

Veel van de uitkomsten worden gepresenteerd per 1000 ingeschreven patiënten; de noemer. De noemer is het totaal van in de huisartsenpraktijk ingeschreven patiënten. Omdat in principe iedere Arubaan bij een huisartsenpraktijk staat ingeschreven en het onderzoek gebaseerd is op gegevens van vrijwel alle huisartsenpraktijken, zou die noemer in de buurt moeten liggen van het inwonertal van Aruba.

In de Nederlandse situatie is de noemer gebaseerd op de inschrijftarieven, zoals die in huisartsenpraktijken per kwartaal worden gedeclareerd en geregistreerd. Dat ontbreekt in de Arubaanse EPDs, en dus is een andere aanpak gevolgd om de praktijkpopulatie te bepalen.

¹⁷ www.nivel.nl/zorgregistraties

¹⁸ www.nivel.nl/onderzoeksvoorwaarden

¹⁹ <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-tabel-diagnostische-bepalingen>

We beschouwen een patiënt als 'vaste patiënt' wanneer deze:

- Ingeschreven is voor of in het rapportagejaar (bv 2017);
- Uitgeschreven is in of na het rapportagejaar (bv 2017);
- Een status van soortpatiënt = 'vast' heeft;
- Er geen reden van vertrek is ingevoerd.

Er bleken veel patiënten bij wie in- en uitschrijfdatum ontbreken, maar die wel als 'vaste' patiënt staan aangemerkt en bij wie geen reden van vertrek is ingevuld. Deze patiënten vormen de basis voor de noemer in de presentaties in dit hoofdstuk. Voor 2017 komen we zo op 108.646 vast ingeschreven patiënten in 38 praktijken; in 2018 zijn dat er 112.784 in 40 praktijken.

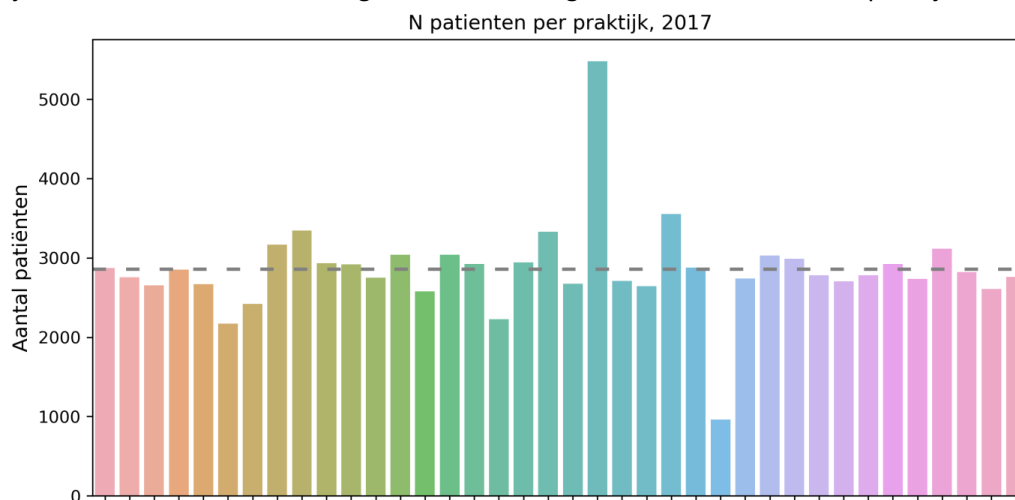
7.2 Registratie van de praktijkpopulatie

De bevolking van Aruba omvat officieel ruim 112.000 inwoners (2019). Volgens de gegevens uit het HIS waren in 2017 108.464 personen bij een huisarts ingeschreven als vaste patiënt. In 2018 betrof dit 112.784 personen. Gemiddeld bedraagt het aantal vast ingeschreven patiënten per praktijk daarmee 2.854 in 2017 (verspreid over 38 praktijken) en 2.820 in 2018 (verspreid over 40 praktijken) (zie Tabel 6.36). Dit aantal ligt iets boven het gemiddelde gerapporteerd in de huisartsenvragenlijst; dit bedraagt 2.630 (eigen telling) of 2.459 (telling volgens AZV). Het verschil kan veroorzaakt zijn door verschillende peildata. Vergelijking van de praktijkgrootte met die in Nederland (4.081) is niet zinvol, omdat driekwart van de praktijken in Nederland duo- of groepspraktijken betreft (Nivel, 2020).

Tabel 7.1. Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per praktijk

Jaar	EPD extracties	Volgens AZV
2017	2.854	-
2018	2.820	2.459

Tabel laat het aantal ingeschreven patiënten per praktijk zien voor 2017. Voor de meeste praktijken zijn dat er iets minder dan 3.000, met weinig onderlinge verschillen. Het beeld voor 2018 is in grote lijnen hetzelfde, al is het totale gemiddelde iets lager door enkele startende praktijken.



Figuur 7.1. Aantal vaste patiënten per praktijk, 2018

Belangrijkste bevinding over registratie van ingeschreven patiënten

De praktijkgrootte valt betrouwbaar uit de EPDs te destilleren. Daarmee is het mogelijk om kengetallen per 1000 ingeschreven patiënten te berekenen. Hiermee wordt voldaan aan een belangrijke voorwaarde om deze gegevens voor monitoring te gebruiken.

7.3 Registratie van contacten

Tabel 7.2 toont het aantal geregistreerde contacten, waarbij het om een consult of een verrichting kan gaan. Alleen contacten met vaste patiënten zijn meegeteld. Omdat de praktijkomstandigheden tussen 2017 en 2018 niet drastisch zijn veranderd, lijken de grote verschillen tussen beide jaren vooral toegeschreven te kunnen worden aan een duidelijk meer complete registratie van de contacten in 2018. Echter, omdat het gemiddelde aandeel van de ingeschreven patiënten dat in 2018 contact had met de huisarts nog betrekkelijk laag is (41%), is er reden aan te nemen dat verdere verbetering mogelijk is.

Tabel 7.2. Overzicht geregistreerde contacten

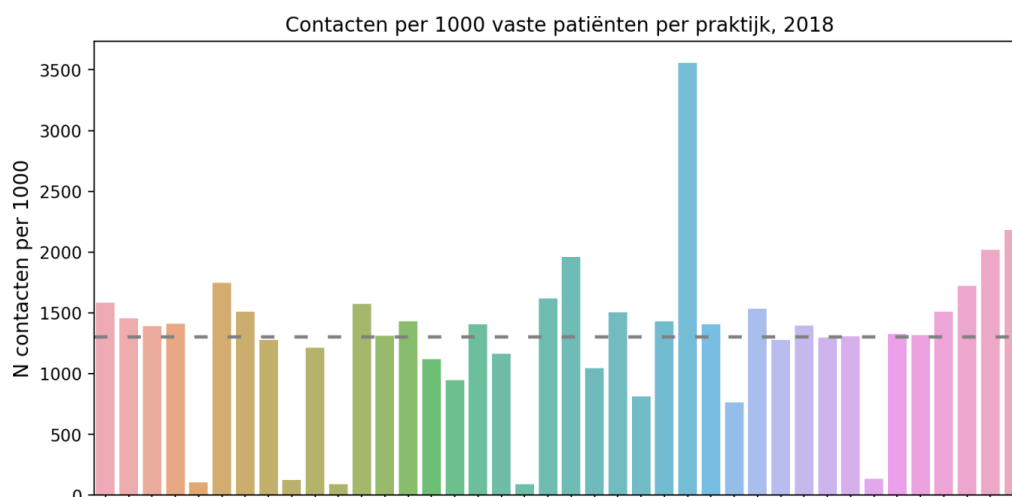
Contacten	2017	2018
N geregistreerde contacten	67.946	140.354
N unieke patiënten met contact	32.385	46.426
% patiënten dat één of meer keer contact had met de huisarts	29.9	41.2
N contacten per 1.000 ingeschreven patiënten	626	1.244

Vergelijking met Nederland

Vergelijking met de Nederlandse aantallen is niet zuiver, onder meer omdat in Nederland ook telefonische contacten worden gedeclareerd. Toch is het verschil dermate groot dat het betekenis heeft. In Nederland heeft namelijk ruim driekwart (78%) van de vast ingeschreven patiënten in 2018 minimaal één keer contact gehad met de huisartsenpraktijk. En gemiddeld hadden patiënten 4.5 keer contact met de praktijk (exclusief contacten uit de integraal bekostigde ketenzorg).

Variatie tussen praktijken

Figuur 7.2 toont het aantal contacten per 1.000 vast ingeschreven patiënten per praktijk voor 2018. De stippellijn geeft het gemiddelde weer. De spreiding rond het gemiddelde is groot. Er zijn praktijken waar nauwelijks contacten worden geregistreerd; hier is dus zeer veel verbetering mogelijk. Maar ook de variatie tussen de overige praktijken lijkt te wijzen op verbetermogelijkheden. Overigens zien we ook hier bij vergelijking met 2017 (niet weergegeven) dat de situatie in dit opzicht in 2018 toch al beduidend beter is.



Figuur 7.2 Contacten per praktijk, 2018

Belangrijkste bevinding over registratie van contacten

De registratie van contacten lijkt voor verbetering vatbaar. Er zijn grote verschillen tussen praktijken die nog niet zijn te verklaren, en het verschil met Nederland lijkt te groot om correct te zijn.

7.4 Registratie van consulten

Tabel 7.3 toont een nadere uitsplitsing van de consulten. Het overgrote deel van de geregistreerde consulten in zowel 2017 als 2018 is een consult in de praktijk, gevolgd door een visite afgelegd door de huisarts. Het lijkt erop, dat pas vanaf 2018 is begonnen met het registreren van No Shows. No shows werden voorheen onder verschillende termen geregistreerd. No shows voor de POH zijn afzonderlijk geregistreerd. Opvallend is dat het aantal geregistreerde consulten voor 2018 bijna tweemaal zo hoog ligt als in 2017.

Tabel 7.3. Geregistreerde consulten

Soort consult	2017			2018			NL 2018
	N	%	per 1000	N	%	per 1000	per 1000
Consult huisarts (01/148)	56.685	97,1	523	126.456	97,3	1.121	2.074
Visite huisarts (01/149)	928	1,6	8,6	1936	1,5	17,2	Kort: 94 Lang: 77
Vaste vergoeding avonddienst per dienst (01/170)	273	0,5	2,5	232	0,2	2,1	-
Vergoeding consult tijdens dienst (01/171)	216	0,4	2,0	148	0,1	1,3	-
Vaste vergoeding weekend en vrije dagendiensten (01/172)	99	0,2	0,9	4	0	0	-
Vaste vergoeding weekend en vrije dagen diensten per dagdeel (01/179)	66	0,1	0,6	126	0,1	1,1	-
Partic. telefonisch consult c.q. recept (10.002)	63	0,1	0,6	32	0	0,3	1.276
Partic. consult (10.001)	56	0,1	0,5	97	0,1	0,9	-
Consult Passant	7	0	0,1	21	0	0,2	-
T consult test	3	0	0	0	0	0	-
Partic. spoedvisite (10.007)	1	0	0	0	0	0	-
Partic. visite (10.005)	1	0	0	0	0	0	-
Consult huisarts 20 min. en langer	0	0	0	1	0	0	712
No Show	0	0	0	850	0,7	7,5	-
No show POH	0	0	0	5	0	0	-
Totaal	58.398	100	538	129.908	100	1.152	-
Noot. N = aantal geregistreerde consulten in totale vaste patiëntenpopulatie. % = proportie van het totaal aantal geregistreerde consulten. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten.							

Vergelijking met Nederland²⁰

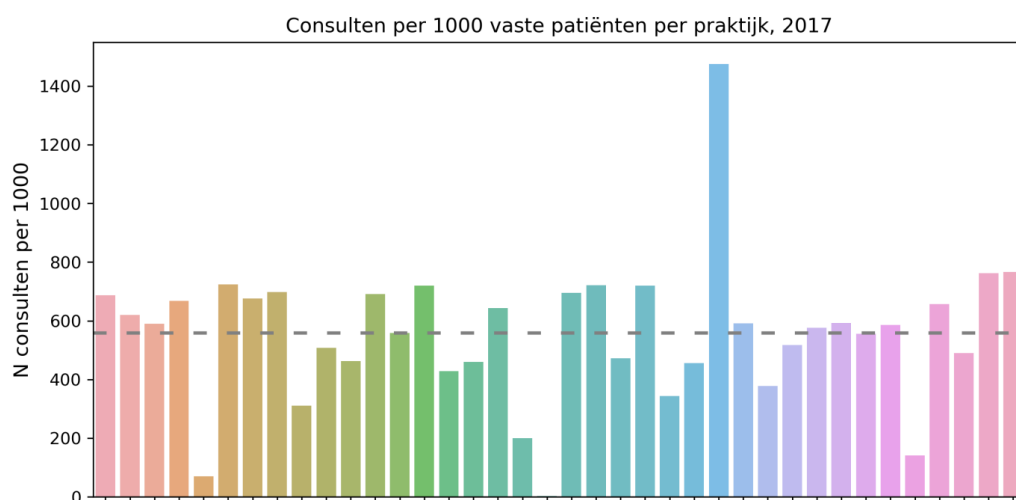
In Nederland werden in 2018 per vaste patiënt gemiddeld 4,5 contacten in segment 1 (consulttypes, uitgesplitst naar: consult kort, consult lang, visite kort, visite lang, telefonisch consult, vaccinatie, e-mailconsult) en segment 3 (M&I verrichtingen) geregistreerd (Nivel, 2020)²¹. In vergelijking daarmee is het gemiddelde van 1,2 op Aruba laag. Dit kan liggen aan het feit dat vaccinaties in dit rapport zijn geteld onder verrichtingen in plaats van consulttype. Daarnaast zijn M&I verrichtingen niet apart geregistreerd. Verder lijken op Aruba telefonische consulten niet structureel te worden vastgelegd (0,28 per 1.000 op Aruba; 1.276 per 1.000 in NL). E-mail consulten (44 per 1.000 in NL) worden in zijn geheel niet geregistreerd op Aruba. Vergelijking met Nederland van contacten is weinig zinvol door verschil in registreren van telefonische contacten en vaccinaties. Wel kan het aantal consulten vergeleken worden: 2 per 1000 in Nederland en 1,1 op Aruba.

²⁰ Bij vergelijking met Nederlandse gegevens moet er rekening mee worden gehouden dat daar diverse registratiesystemen worden gebruikt

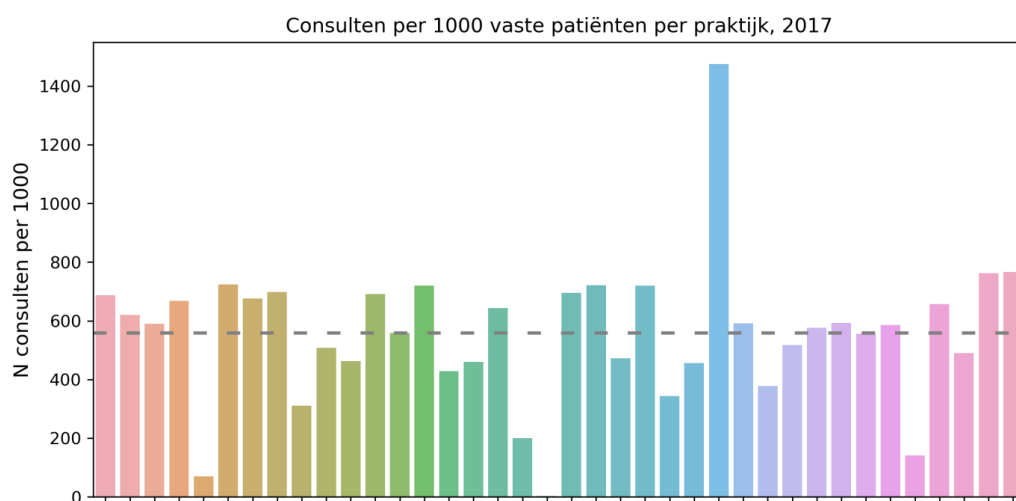
²¹ www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/contacten-huisartsenpraktijk

De jongere bevolking op Aruba lijkt deze lagere consultfrequentie (mede) te verklaren; immers, jongere mensen bezoeken minder vaak de huisarts.

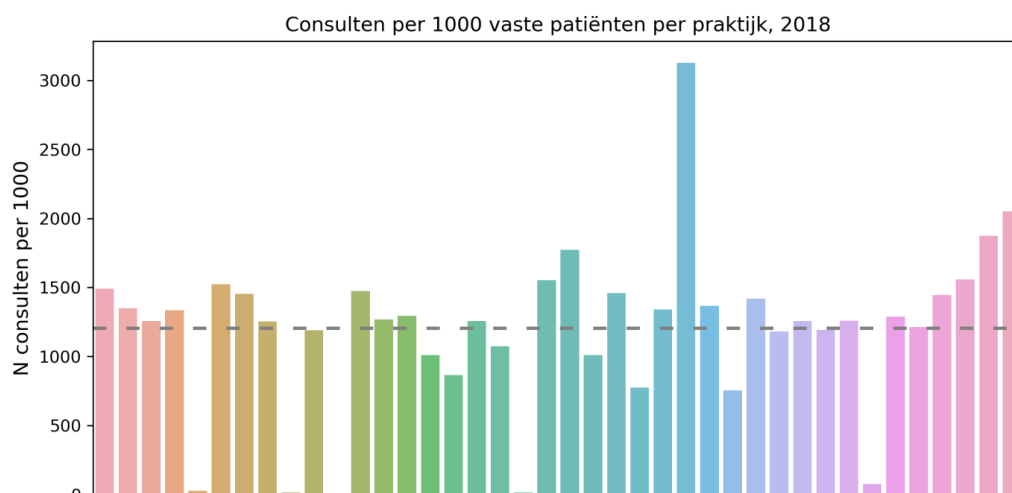
Variatie tussen praktijken



Figuur 7.3 en Figuur 7.4 geven het aantal consulten per 1.000 patiënten per praktijk weer voor de jaren 2017 en 2018. De waarden op de Y-as verschillen sterk in beide grafieken, waardoor de grote toename in het aantal geregistreerde consulten niet direct opvalt. Ondanks deze toename leren beide grafieken dat er erg grote verschillen zijn in de registratie van consulten tussen praktijken.



Figuur 7.3. Consulten per praktijk, 2017



Figuur 7.4. Consulten per praktijk, 2018

Belangrijkste bevinding over registratie van consulten

Het aantal consulten per 1000 is in vergelijking met Nederland, laag te noemen, maar dat kan toe te schrijven zijn aan een aantal praktijken waar helemaal geen consulten geregistreerd lijken te zijn. De registratie in 2018 lijkt een stuk vollediger dan in 2017. Een verklaring voor beide bevindingen ontbreekt nog; gesprekken met de huisartspraktijken kunnen dit verhelderen.

7.5 Registratie van verrichtingen

In 2017 werden ongeveer 15.000 verrichtingen (medische handelingen tijdens een consult) geregistreerd; voor 2018 was dit bijna 16.000 (zie Tabel). Zoals te verwachten, is het aantal geregistreerde verrichtingen gering vergeleken met de contacten. Met afstand de meest voorkomende medische handeling is de pap test, uitstrijkje voor test op baarmoederhalskanker.

Tabel 7.4. Geregistreerde verrichtingen (top 10; volledige tabel in Bijlage B)

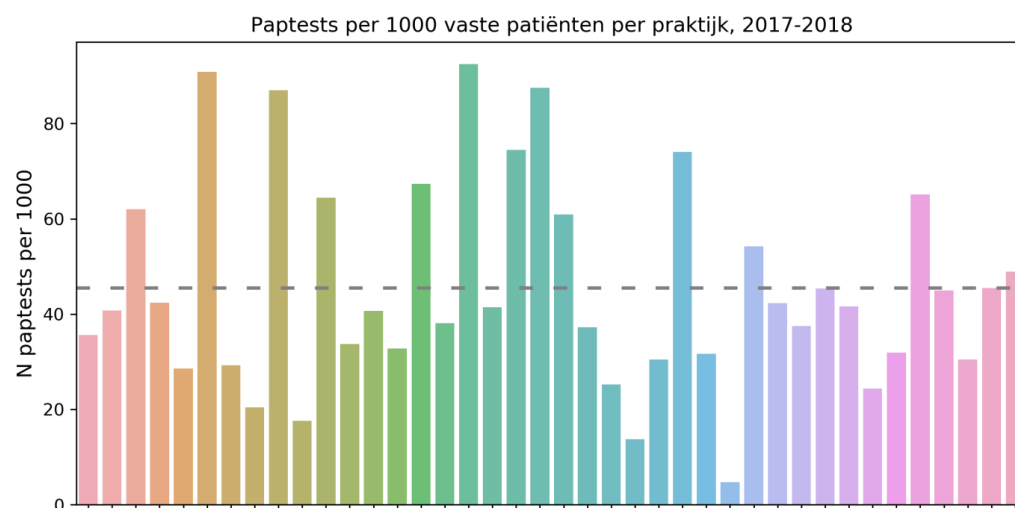
Verrichting	2017			2018			AZV 2018*	
	N	%	per 1.000	N	%	per 1.000	N	N pat.
Paptest (01/204)	2524	26,4	23,3	2733	26,2	24,2	3736	3628
Oortoilet (01/205)	1282	13,4	11,8	1352	12,9	12	1957	1411
Intra-articulaire injectie (01/212)	1167	12,2	10,8	1351	12,9	12	1819	1525
Wondbehandeling evt inclusief hechtingen (01/222)	1102	11,5	10,2	1149	11	10,2	1546	804
Wratbehandeling (per sessie aantal van <= 6 wratten) (01/211)	582	6,1	5,4	753	7,2	6,7	979	733
Excisie atheroomcyste, ganglion, keratose, fibroom, lipoom (01/215)	509	5,3	4,7	469	4,5	4,2	624	518
Hechtingen verwijderen (01/203)	454	4,8	4,2	451	4,3	4	593	549
Wondbehandeling patiënten met diabetes mellitus (01/219)	377	4,0	3,5	331	3,2	2,9	485	235
Incisie abces (01/208)	360	3,8	3,3	423	4,1	3,8	551	474
Electro-cauterisatie (01/223)	249	2,6	2,3	314	3,0	2,8	408	332
Totaal (volledige tabel)	9.548	100	88	10.446	100	93	13.815	11.192
Noot. N = aantal geregistreerde verrichtingen in totale vaste patiëntenpopulatie. % = proportie van het totaal aantal geregistreerde verrichtingen. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten.								

Vergelijking met Nederland

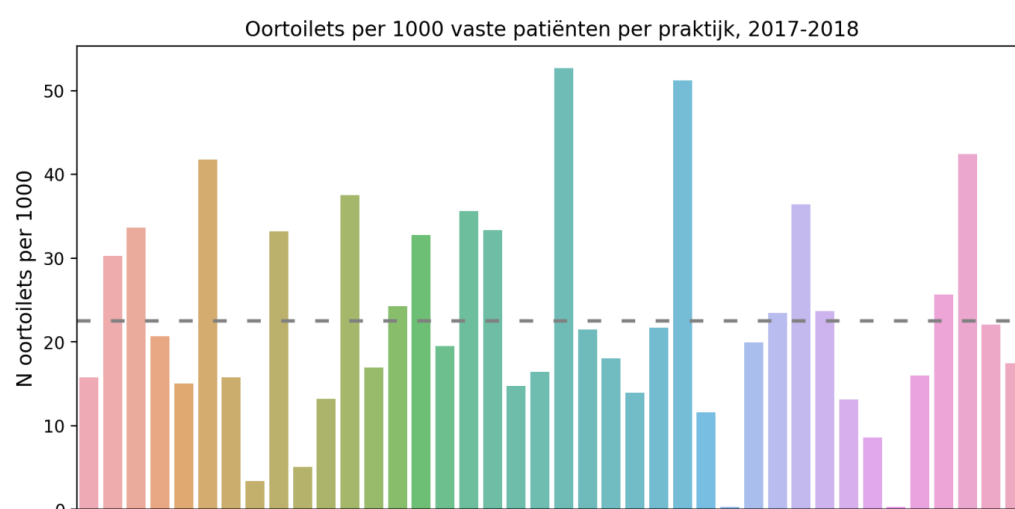
Vergelijking met Nederland is hier niet goed mogelijk. Beschikbare gegevens over de 11 M&I-verrichtingen (bekostigd volgens een part tarief ter bevordering van Modernisering en Innovatie) sluiten slecht aan bij het verrichtingenoverzicht van Aruba. Wel zijn, ter vergelijking, de aantallen bij AZV bekende verrichtingendeclaraties in de tabel toegevoegd. Deze aantallen zijn voor 2018 iets hoger dan die uit de geëxtraheerde EPD gegevens.

Variatie tussen praktijken

Praktijkvariatie wordt getoond voor twee specifieke verrichtingen: paptests (Figuur 7.5) en oortoilets (Figuur 7.6). Verrichtingen zijn geteld over beide jaren en alle patiënten. De staafdiagrammen laten een zeer grote praktijkvariatie zien in de aantallen geregistreerde paptests en oortoilets per 1.000 ingeschreven patiënten.



Figuur 7.5. Pap-tests per 1000 voor 2017 en 2018



Figuur 7.6. Oor-toilets per 1000 voor 2017 en 2018

Belangrijkste bevinding over registratie van verrichtingen

Het aantal geregistreerde verrichtingen in 2017 was niet veel anders dan in 2018. Er is veel variatie tussen praktijken. Mogelijk is dit het gevolg van verschillen in manier van registreren.

7.6 Registratie van gezondheidsproblemen met ICPC

Voor het gebruik van EPD data voor epidemiologische analyses is het belangrijk dat bij ieder consult een diagnose- of symptoomcode geregistreerd wordt. Evenals in Nederland wordt op Aruba daarvoor gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC). In deze paragraaf kijken we in hoeverre de ICPC codering wordt gebruikt en welke codes het meest voorkomen.

Voor de consulten genoemd in Tabel 7.3, behalve die betreffende vergoeding (01/171; 01/170; 01/179), is gekeken of een ICPC code stond geregistreerd op de e-regel in het journaal. Bij meerdere codes voor dezelfde patiënt op één dag, is de eerste code geselecteerd.

In 2017 waren er 57.133 huisartsconsulten waarvan 57.131 met een geregistreerde ICPC code. In 2018 waren dit er 128.372 consulten, waarvan 128.368 met een geregistreerde ICPC code. In 2017 waren er slechts twee consulten met een missende ICPC code, in 2018 waren dit er vier. Dit duidt op een zeer complete registratie.

Tabel 7.5. Meest geregistreerde ICPC codes (top 10; volledige tabel in Bijlage B)

2017					2018					NL 2018
ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	per 1000
K86	Essentiële hypertensie	2714	4,8	25,0	K86	Essentiële hypertensie	6397	5,0	56,7	147,8
A97	Geen ziekte	2626	4,6	24,2	A97	Geen ziekte	3873	3,0	34,3	81,6
R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	1325	2,3	12,2	T90.02	Diabetes type 2	3170	2,5	28,1	65,6 ²²
T90.02	Diabetes type 2	1210	2,1	11,2	R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	2893	2,3	25,7	64,1
R05	Hoesten	1051	1,8	9,7	R05	Hoesten	2506	2,0	22,2	62,5
A97.01	Preventief onderzoek	935	1,6	8,6	A97.01	Preventief onderzoek	2200	1,7	19,5	-
S74	Dermatomycose	868	1,5	8	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	2078	1,6	18,4	28,2
D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	829	1,5	7,6	L15	Knie symptomen/ klachten	1984	1,6	17,6	31,9
L15	Knie sympt./ klachten	824	1,4	7,6	S74	Dermatomycose	1806	1,4	16,0	38,9
L08	Schouder sympt./ klachten	747	1,3	6,9	L08	Schouder sympt./ klachten	1642	1,3	14,6	32,1
Totaal	(volledige tabel)	57133	100	527			128372	100	1138	
<i>Noot.</i> N = aantal geregistreerde ICPC codes in vaste patiëntenpopulatie. % = proportie van het totaal aantal geregistreerde ICPC codes. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten. De Nederlandse cijfers zijn afkomstig van www.nivel.nl/zorgregistraties										

Tabel 7.5 toont de meest geregistreerde ICPC codes voor de huisartsenconsulten. Geregistreerde ICPC codes zijn onder andere weergegeven per 1.000 vast ingeschreven patiënten in de totale populatie. Deze aantallen kunnen geïnterpreteerd worden als prevalentieschattingen. De top tien meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten met de huisarts of POH-GGZ per 1.000 ingeschreven patiënten in 2018 in Nederland (Nivel, 2020)²³ zijn toegevoegd als extra kolom.

Vergelijking met Nederland

Het patroon in geregistreerde gezondheidsklachten in beide landen lijkt op elkaar, al zijn er grote verschillen in de aantallen. Als bijvoorbeeld de aantallen per 1000 genomen worden als prevalentieschatting, dan is de prevalentie in het aantal geregistreerde ICPC codes op Aruba veel lager dan in Nederland. De verdubbeling in gezondheidsklachten op Aruba tussen beide jaren is terug te voeren op het eerder gemelde verschil in geregistreerde contacten. Ook verschillende methoden van berekenen dragen bij aan de verschillen, alsmede de verschillen in de bevolkingssamenstelling.

²² Betreft zowel Diabetes type 1 als 2

²³ www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/gezondheidsproblemen

Observaties over gebruik van de ICPC

- Bij vrijwel alle geregistreerde consulten wordt ook een ICPC code ingevoerd.
- De gevonden aantallen zijn te gebruiken als prevalentieschattingen voor de bevolking.
- De meest voorkomende ICPC codes zijn Essentiële hypertensie, Geen ziekte, Acute infectie van de bovenste luchtwegen en Diabetes type 2.

7.7 Geneesmiddelenvoorschriften

Tabel 7.6 geeft een indruk van het voorschrijfgedrag. Ruim 40% van de ingeschreven patiëntenpopulatie krijgt in een jaar één of meer geneesmiddelen voorgeschreven. In Nederland is dat ruim 70%. Het Arubaans percentage is dus aanmerkelijk lager.

Tabel 7.6. Geregistreerde prescripties per jaar

Prescripties	2017	2018	NL 2018
N geregistreerde prescripties	398.701	441.279	-
N unieke patiënten aan wie medicatie is voorgeschreven	45.206	48.643	-
% patiënten met één of meer medicatievoorschriften	41,7	43,1	70,9
N prescripties per 1.000 ingeschreven patiënten	3.676	3.913	-
N unieke voorgeschreven prescripties	4.022	4.329	-

Tabel 7.7 toont de volledigheid van het registreren van codes bij prescripties in 2017 en 2018. In beide jaren zien er dat bij 82% van de voorschriften ook een code wordt geregistreerd.

Tabel

Tabel 7.8 laat de meest voorgeschreven geneesmiddelen zien voor 2017 en 2018; de volledige tabel staat in Bijlage B). De verschillen tussen beide jaren zijn klein.

Tabel 7.7. Aantal geregistreerde geneesmiddelenvoorschriften met en zonder informatie over werkzame stof en/of productcode.

2017			2018		
Prescriptie	N	%	Prescriptie	N	%
Code onbekend	72.429	18,2	Code onbekend	78.310	17,8
Code bekend	326.272	81,8	Code bekend	362.969	82,3
Totaal	398.701	100		441.279	100

Tabel 7.8. Aantal ingeschreven patiënten aan wie een geneesmiddel één of meer keer werd voorgeschreven. (top 10; volledige tabel in Bijlage B)

2017				2018			
Prescriptie ²⁴	N	%	per 1000	Prescriptie	N	%	per 1000
Code onbekend	25392	13,8	234,1	Code onbekend	26893	13,4	238,5
DICLOFENAC	7430	4,0	68,5	DICLOFENAC	8422	4,2	74,7
METFORMINE	4217	2,3	38,9	METFORMINE	4675	2,3	41,5
IBUPROFEN	3346	1,8	30,9	IBUPROFEN	3617	1,8	32,1
AMLODIPINE	2849	1,5	26,3	AMLODIPINE	3439	1,7	30,5
AMOXICILLINE	2720	1,5	25,1	PANTOPRAZOL	3257	1,6	28,9
ESOMEPRAZOL	2611	1,4	24,1	AMOXICILLINE	3195	1,6	28,3
NAPROXEN	2496	1,4	23,0	HYDROCORTISON MET OVERIGE MIDDELEN	2636	1,3	23,4
HYDROCORTISON MET OVERIGE MIDDELEN	2462	1,3	22,7	NAPROXEN	2571	1,3	22,8
PANTOPRAZOL	2389	1,3	22,0	ACETYLSALICYLZUUR	2569	1,3	22,8
Totaal (volledige tabel)	184496	100	1701		200774	100	1780
<i>Noot. N = aantal patiënten aan wie één of meer geneesmiddelen zijn voorgeschreven. % = proportie van het totaal aantal voorgeschreven patiënten. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten.</i>							

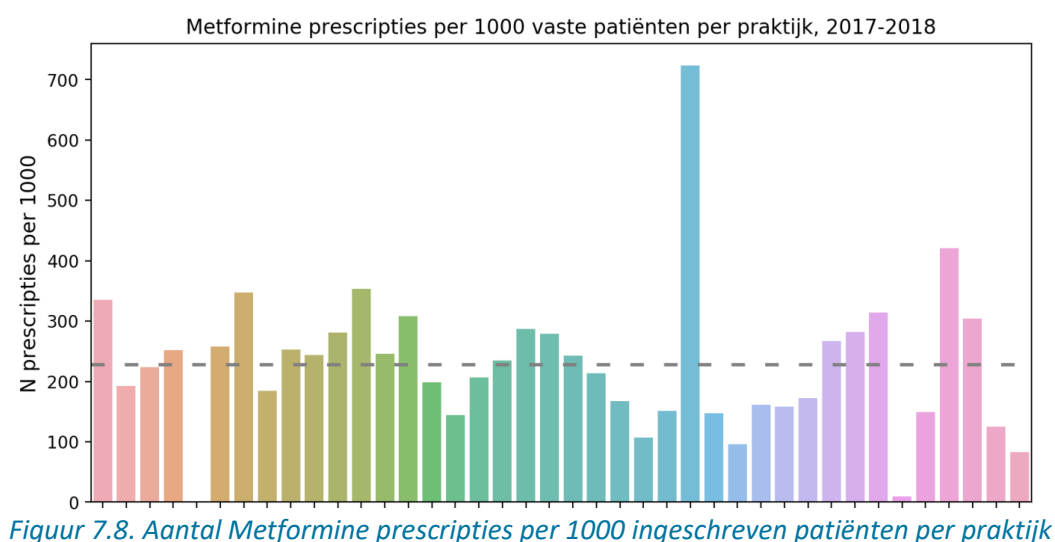
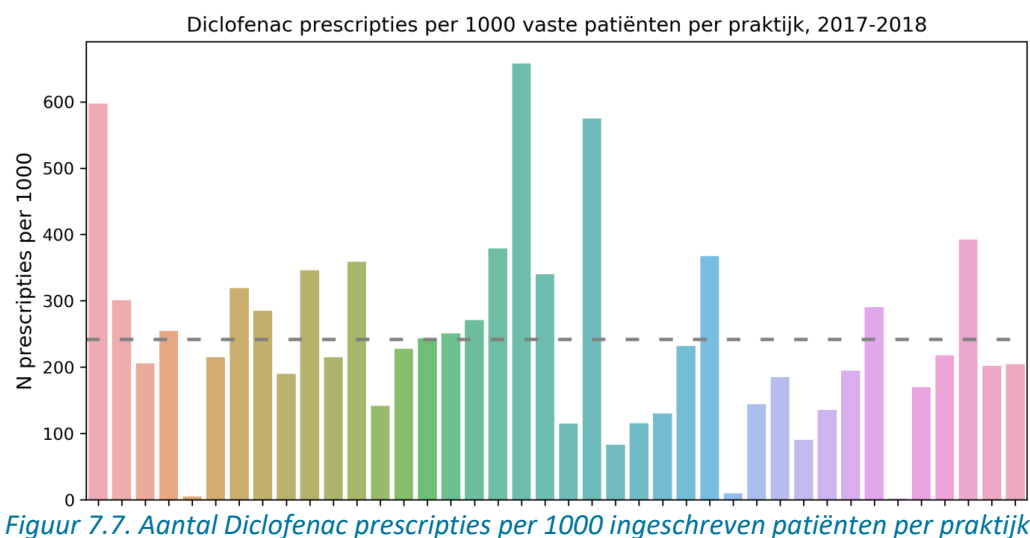
Vergelijking met Nederland

Het aantal mensen per 1000 met een prescriptie is in Nederland aanzienlijk hoger (zie Tabel 7.6). Dit is in lijn met het eerder geconstateerde verschil in aantal consulten (dat lager is in Aruba).

Variatie tussen praktijken

Diclofenac (een pijnstiller) en Metformine (om het bloedglucosegehalte te verlagen) waren in zowel 2017 als 2018 de meest voorgeschreven medicijnen. De praktijkvariatie in voorschrijven van deze middelen staat in Figuur 7.77 en Figuur 7.8. Voor beide geldt dat er grote verschillen zijn in aantallen voorschriften. Dit komt mede doordat sommige praktijken heel weinig voorschriften registreren. Maar er zijn ook uitschieters naar boven, waarvoor een verklaring vooralsnog ontbreekt.

²⁴ Prescripties zijn gecodeerd met numerieke codes en een aanduiding voor het soort code (P, H, A, M). Deze staan respectievelijk voor PRK codes handelsmercodes (HPK codes). 'A' zijn ZI-nummers of APK-nummers. De P, H en A codes werden omgezet naar ATC-codes m.b.v. van de Z-index (www.z-index.nl). De records aangeduid met de letter 'M' zijn Aruba-specifieke machtigingscodes. Deze codes zijn deels omgezet naar medicatienamen m.b.v. een door AZV geleverde koppeltabel.



Belangrijkste bevindingen bij medicatievoorschriften

Geneesmiddelenvoorschriften worden redelijk compleet geregistreerd. Waar dat te wensen over laat kan dat liggen aan het registreren of aan technische problemen. Informatie over het voorgeschreven middel ontbreekt bij 18% van de voorschriften; hetzij omdat de handelsproductcode niet bestaat, hetzij omdat het niet gaat om een geneesmiddelvoorschrift. Dat in Aruba minder mensen een geneesmiddel voorgeschreven krijgen dan in Nederland, kan liggen aan het kleinere aantal contacten en/of aan een jongere bevolking.

7.8 Diagnostiek

Diagnostische tests worden met hetzelfde codeersysteem geregistreerd als in Nederland. In 2017 zijn 723.796 diagnostische tests afgenomen van 666 verschillende typen test, bij 23.521 unieke patiënten. In 2018 waren dat er veel meer 1.156.170 voor 628 soorten tests bij 31.674 patiënten (zie Tabel 7.9). Niet voor alle geregistreerde tests is ook een uitslag geregistreerd. De top 10 van geregistreerde tests is weergegeven in Tabel 7.10. Metingen van bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker komen het meest voor.

Tabel 7.9. Geregistreerde diagnostiek-uitslagen per jaar

Diagnostiek	2017	2018
N geregistreerde uitslagen	723.796	1.156.170
N unieke patiënten bij wie een test is afgenomen	23.521	31.674
% patiënten met één of meer tests getest	3,3	2,7
N tests per 1.000 ingeschreven patiënten	6.546,6	10.118,07
N verschillende soorten afgenomen tests	606	628

Tabel 7.10. Geregistreerde diagnostiek-uitslagen; 2017 en 2018 (top 10; tabel met top 30 in Bijlage B)

2017	N	%	2018	N	%
Systolische bloeddruk	23281	3,3	Glucose nuchter	34276	3
Diastolische bloeddruk	23256	3,3	Systolische bloeddruk	32207	2,8
Glucose nuchter	22755	3,2	Diastolische bloeddruk	32158	2,8
Cholesterol totaal	17979	2,5	Cholesterol totaal	27844	2,4
HDL-cholesterol	17578	2,5	Kreatinineklaring MDRD formule (GFR)	27796	2,4
Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	17511	2,5	Kreatinine	27708	2,4
Kreatinine	17495	2,5	Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	27345	2,4
Kreatinineklaring MDRD formule (GFR)	16768	2,4	HDL-cholesterol	27341	2,4
Hematocriet (Ht)	16513	2,3	M.C.V.	26664	2,3
Erytrocyten	16488	2,3	Erytrocyten	26657	2,3
Totaal (volledige tabel)	710070	100		1141156	100

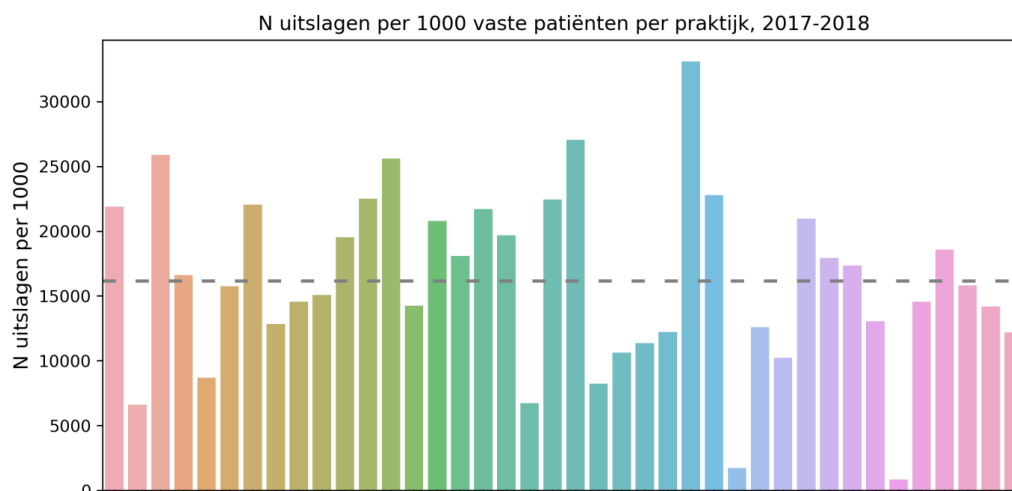
Tabel 7.11 geeft het aantal verschillende patiënten weer waarvoor uitslagen zijn geregistreerd.

Tabel 7.11. Patiënten bij wie een diagnostische test is geregistreerd; 2017 en 2018 (top 10; volledige tabel in Bijlage B)

2017			2018		
Uitslag	N	%	Uitslag	N	%
Glucose nuchter	12673	2,7	Glucose nuchter	19734	2,6
Cholesterol totaal	11645	2,5	Cholesterol totaal	18179	2,4
HDL-cholesterol	11436	2,5	HDL-cholesterol	18094	2,4
Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	11375	2,4	Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	18069	2,4
Hematocriet (Ht)	11353	2,4	M.C.V.	17942	2,4
M.C.V.	11336	2,4	Erytrocyten	17941	2,4
Erytrocyten	11335	2,4	Hematocriet (Ht)	17937	2,4
Trombocyten	11322	2,4	Trombocyten	17865	2,4
Systolische bloeddruk	11170	2,4	Kreatinine	17512	2,3
Diastolische bloeddruk	11162	2,4	Hemoglobine (Hb)	16637	2,2
Totaal (volledige tabel)	114.807	24,6		179.910	24,1

Variatie tussen praktijken

Het aantal geregistreerde diagnostische tests verschilt behoorlijk tussen praktijken (zie Figuur 7.9. Dat kan betekenen dat er veel variatie is in registratiegedrag, maar het kan ook zijn dat huisartsen sterk onderling verschillen in de diagnostieaanvragen en het doen van eigen metingen.



Figuur 7.9. Totaal aantal geregistreerde uitslagen per 1000 voor 2017-2018

Belangrijkste bevindingen over registratie van diagnostiek

- Het registreren van diagnostische uitslagen lijkt te zijn verbeterd van 2017 op 2018.
- Praktijken verschillen sterk in het aantal geregistreerde uitslagen per 1.000 patiënten. In enkele praktijken ontbreken deze registraties vrijwel.

7.9 Verwijzingen

In 2017 werden 30.497 unieke patiënten één of meer keren verwezen naar een medisch specialist. In totaal ging het daarbij in totaal om 67.516 verwijzingen, naar 84 verschillende specialismen of disciplines. Ongeveer 30% van alle ingeschreven patiënten is in één jaar verwezen, wat neerkomt op 622 per 1.000 patiënten; dit is veel hoger dan in Nederland (310 per 1.000). In 2018 werden 33.129 unieke patiënten 74.170 keer verwezen naar 81 specialismen. In 2018 is het percentage verwezen patiënten en het aantal per 1.000 iets hoger dan in 2017 (zie Tabel). In vergelijking met de contacten, verrichtingen en prescripties, zijn verschillen in het aantal verwijzingen tussen 2017 en 2018 gering.

Tabel 7.12. Geregistreerde verwijzingen per jaar; 2017, 2018 en Nederland 2018

Verwijzingen	2017	2018	Nederland 2018
N geregistreerde verwijzingen	67.516	74.170	-
N unieke patiënten die zijn verwezen	30.497	33.129	-
% patiënten dat één of meer keer is verwezen	28,1	29,4	-
N verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten	622	657	309
N verschillende disciplines waarnaar is verwezen	84	81	

Tabel 7.1 laat de aantallen voor 2017 en 2018 zien voor de 30 specialismen waarnaar patiënten het meeste werden verwezen. De top 20 verwijzingen per specialisme in Nederland is voor 2018 als extra kolom in de tabel opgenomen (Nivel, 2020)²⁵. (Drie daarvan stonden niet in het overzicht van Aruba en zijn daarom als extra rijen opgenomen in de volledige tabel).

Tabel 7.13. Geregisteerde verwijzingen naar specialismen; 2017 en 2018 (top 10; volledige tabel in Bijlage B)

2017				2018				NL 2018
Specialisme	N	%	per 1000	Specialisme	N	%	per 1000	per 1000
Overig	11439	16,9	105,5	Overig	11196	15,1	99	-
Oogheelkunde	7641	11,3	70,5	Oogheelkunde	8648	11,7	77	32
Chirurgie	4678	6,9	43,1	Chirurgie	5238	7,1	46	26
Cardiologie	4225	6,3	39,0	Cardiologie	4516	6,1	40	15
Dermatologie	3867	5,7	35,7	Dermatologie	4125	5,6	37	32
Orthopedie	3587	5,3	33,1	Orthopedie	3867	5,2	34	30
Gynaecologie	3291	4,9	30,3	Neurologie	3814	5,1	34	23
Neurologie	3214	4,8	29,6	Gynaecologie	3762	5,1	33	19
Keel, neus, oor	3176	4,7	29,3	Keel, neus, oor	3583	4,8	32	31
Interne geneeskunde	2819	4,2	26	Interne geneeskunde	3049	4,1	27	14
Totaal (volledige tabel)	67516	100	623		74170	100	658	310
<i>Noot.</i> N = aantal geregisteerde verwijzingen in totale vaste patiëntenpopulatie. % = proportie van het totaal aantal geregisteerde verwijzingen. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten.								

Vergelijking met Nederland

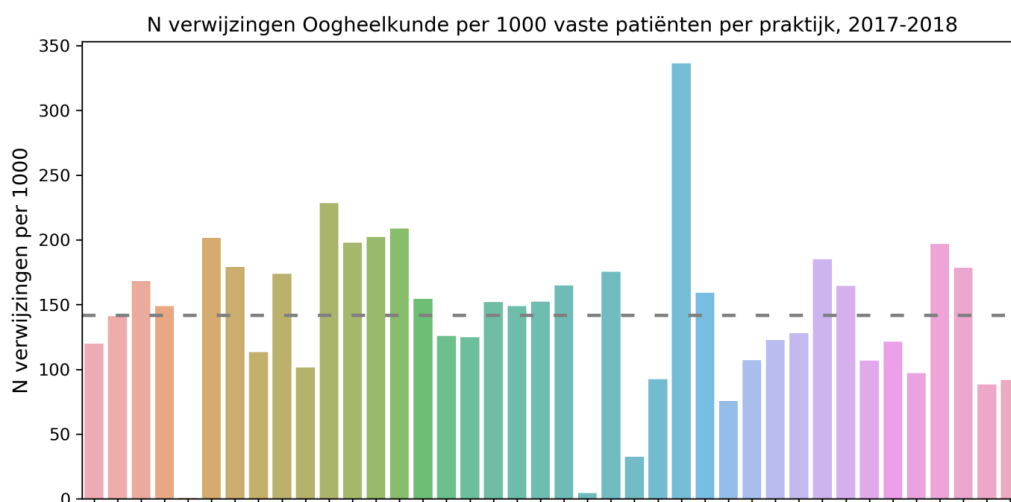
In Nederland lag het aantal verwijzingen naar een medisch specialist per 1.000 patiënten in 2018 op 310. Dit is minder dan de helft van het aantal in Aruba. Dit verschil lijkt zich voor te doen bij de meeste specialismen. De grootste verschillen tussen Nederland en Aruba zien we bij oogheelkunde, en cardiologie. Alleen bij longziekten, nefrologie en oncologie verwijst de Nederlandse huisarts meer door. Verschillen in de beschikbaarheid van verschillende specialismen tussen Aruba en Nederland kunnen hierin een rol spelen.

Variatie tussen praktijken

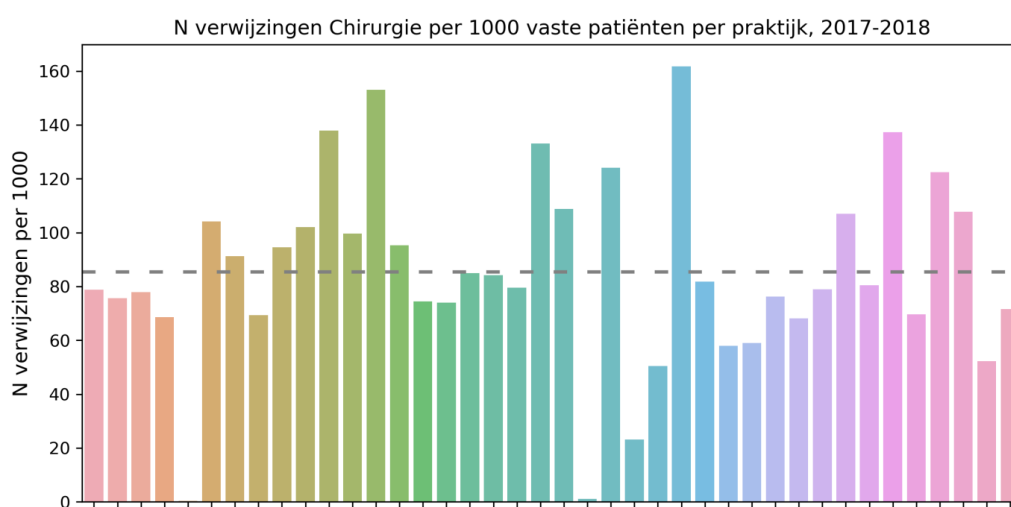
De meeste patiënten werden in 2017 en 2018 doorverwezen naar Oogheelkunde en Chirurgie. Voor deze twee specialismen is de praktijkvariatie onderzocht aan de hand van Figuur 7.10 en Figuur 7.

Opvallend is dat een aantal praktijken in beide jaren zeer weinig patiënten doorverwezen naar de betreffende specialisten. Dit kan wijzen op verschillen in registratiegewoonten of op werkelijke verschillen in het aantal verwijzingen.

²⁵ <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/verwijzingen-specialisme>



Figuur 7.10. Aantal verwijzingen Oogheelkunde per 1000 ingeschreven patiënten per praktijk



Figuur 7.11 Aantal verwijzingen Chirurgie per 1000 ingeschreven patiënten per praktijk

Belangrijkste bevindingen over het registreren van verwijzingen

- De aantallen en typen verwijzingen zijn voor 2017 en 2018 vergelijkbaar. Dit in scherpe tegenstelling tot de aantallen contacten en prescripties.
- Het aantal verwijzingen in 2018 is tweemaal zo hoog als in Nederland, wat ook een registratie-artefact kan zijn, ook al past een hoger verwijscijfer bij onze bevinding dat de Arubaanse bevolking een duidelijke voorkeur heeft voor behandeling door medisch specialisten.

7.10 Samenvatting

Een goed bijgehouden EPD informeert huisartsen niet alleen beter over het zorgproces bij individuele patiënten, maar is ook onmisbaar bij anticiperende zorg en preventie. Daarnaast kunnen EPDs een bron van informatie zijn over ziektepatronen en zorggebruik in de bevolking. Daarvoor is nodig dat de zorgverleners gegevens goed vastleggen volgens gemeenschappelijke regels.

De EPD scan is bedoeld om een beeld te krijgen van de stand van zaken. Vooral verschillen tussen praktijken in de registraties kunnen inzicht geven in mogelijkheden voor verbetering.

Deelnemende praktijken. Alle huisartsenpraktijken hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het verstrekken van gegevens uit het EPD over 2017 en 2018. Van de 42 deelnemende huisartsen, werden over 2017 van 40 huisartsen en over 2018 van 42 huisartsen gegevens aangeleverd.

Populatiegegevens. In 2017 waren 108.464 personen bij een huisarts ingeschreven als vaste patiënt; in 2018 waren dat er 112.784. Het gemiddeld aantal vast ingeschreven patiënten per praktijk bedraagt 2.854 in 2017 (verspreid over 38 praktijken) en 2.820 in 2018 (verspreid over 40 praktijken). De onderlinge verschillen tussen de praktijken zijn klein. Vaststelling van de praktijkpopulatie op basis van het EPD maakt berekening van kengetallen per 1000 ingeschreven patiënten mogelijk

Contacten met patiënten. De grote verschillen in geregistreerde contacten tussen 2017 en 2018 lijkt vooral toegeschreven te kunnen worden aan een meer complete registratie. Toch is het percentage van de ingeschreven patiënten dat in 2018 contact had met de huisarts nog betrekkelijk laag (41%), zeker in vergelijking met Nederland. Dat kan deels een registratie artefact zijn. Er zijn namelijk praktijken waar nauwelijks contacten worden geregistreerd. Tegelijkertijd kan het mogelijk te verklaren zijn door de veel jongere bevolking in Aruba.

Typen consulten. Het aantal geregistreerde consulten is in 2018 bijna tweemaal zo hoog als in 2017, wat lijkt te wijzen op een inhaalslag bij de volledigheid van de registratie. De erg grote verschillen in de registratie van consulten tussen praktijken doet vermoeden dat het in diverse praktijken aanmerkelijk beter kan.

Verrichtingen. In lang niet alle consulten vindt een medische verrichting plaats die ook als zodanig wordt geregistreerd. Het absolute aantal verrichtingen is in vergelijking daarmee dan ook bescheiden; tussen 2017 en 2018 nam het slechts weinig toe, wat kan wijzen op een stabiele registratieroutine. Deze routine verschilt echter sterk van praktijk tot praktijk, gezien de grote variatie in het registreren van de twee meest genoteerde verrichtingen.

Coderen volgens de ICPC. Bij vrijwel alle geregistreerde consulten wordt zowel in 2017 als 2018 een diagnose of symptoomcode geregistreerd met behulp van een ICPC code. Als op basis hiervan prevalenties worden geschat blijken die op Aruba veel lager dan in Nederland. Dat kan mogelijk verklaard worden door het veel lagere contactcijfer (zie boven), wat weer te maken kan hebben met het feit dat de bevolking op Aruba beduidend jonger is dan in Nederland. Ondanks verschillen in het morbiditeitspatroon tussen beide landen, geldt in het algemeen dat de jongere mensen minder zorg gebruiken dan oudere.

Prescripties van geneesmiddelen. Op jaarbasis krijgt ruim 40% van de ingeschreven patiënten één of meer geneesmiddelen voorgeschreven, wat aanzienlijk onder het percentage in Nederland ligt (ruim 70%). De geringe toename van het aantal geregistreerde prescripties tussen 2017 en 2018 duidt erop dat we hier niet te maken hebben met een inhaalslag na onderrapportage. Voor de meest voorgeschreven middelen zijn er grote verschillen tussen praktijken in de aantallen geregistreerde voorschriften. Sommige praktijken registreren maar heel weinig voorschriften.

Uitslagen van diagnostische tests. Vergelijking van 2018 met 2017 lijkt in het algemeen te wijzen op een meer complete registratie van testuitslagen. Niettemin zijn er praktijken waar deze uitslagen nog nauwelijks in het EPD worden vastgelegd.

Verwijzingen naar medisch specialisten. Bijna een derde van de ingeschreven patiënten is in een jaar verwezen, oftewel 622 per 1.000 patiënten. In Nederland zijn dat er 310 per 1.000. In 2018 werden 33.129 patiënten 74.170 keer verwezen naar 81 specialismen. De toename in verwezen patiënten tussen 2017 en 2018 is relatief klein. Het aantal geregistreerde verwijzingen naar de medisch specialist is veel lager dan in Nederland, maar dat hoeft niet te duiden op gebrekkige registratie.

8 Antwoorden en aanbevelingen

De gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld om een antwoord te kunnen geven op de vragen die we ons in paragraaf 1.2 hebben gesteld. In dit hoofdstuk gaan we die vragen beantwoorden. Op basis van de resultaten doen we daarna aanbevelingen.

8.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

Hoe toegankelijk en bereikbaar zijn de huisartspraktijken?

- Huisartspraktijken zijn voldoende gespreid over het eiland zodat patiënten niet veel reistijd kwijt zijn om er te komen. De openingsuren lijken conform de normen, waarbij dan ook een huisarts aanwezig is. Patiënten hebben over het algemeen positieve ervaringen met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg tijdens kantooruren.
- De toegankelijkheid en bereikbaarheid van huisartsenzorg buiten kantooruren laat echter te wensen over. Patiënten hebben er onvoldoende informatie over, waardoor ze tijdens avonden, nacht en weekends moeite hebben hun weg te vinden; dat kwam in de bevolkingsenquête nog sterker naar voren dan bij de patiënten in de wachtkamer. De SEH wordt makkelijker gevonden dan de Huisartsenpost. Mensen die de SEH bezochten geven ook aan dat het daarbij doorgaans niet om een spoedeisende zorgvraag ging. Onbekendheid met de Huisartsenpost lijkt dan ook tot een onnodig beroep op de SEH te leiden.
- Ook de vrije artskenus is een aspect van toegankelijkheid. Deze werkt in de praktijk niet optimaal omdat een aantal praktijken geen nieuwe patiënten inschrijven vanwege het bereiken van het maximum aantal. Daarnaast blijkt ook, dat niet iedereen ervan op de hoogte is dat men van huisarts kan wisselen.
- De grote praktijken op Aruba - nog groter dan in Nederland - kunnen een ongunstig effect hebben op de toegankelijkheid en het geboden zorgaanbod. Daar staat tegenover dat de gemiddelde jaarlijkse consultfrequentie beduidend lager ligt dan in Nederland, wat mede verband houdt met de jongere bevolking op Aruba. Toch is het verwijscijfer weer aanmerkelijk hoger dan in Nederland. In elk geval vinden de huisartsen dat er ruimte is voor meer collega's; al kan dat ook te maken hebben met de bestaande wens om liever in deeltijd te werken. Meer in de breedte van de eerste lijn, zien de huisartsen een tekort aan diëtisten, PoHs en praktijkassistenten op Aruba.
- Financiële belemmeringen in de toegang tot de huisartsenzorg lijken zich nauwelijks voor te doen. Als een noodzakelijk bezoek aan de huisarts al wordt uitgesteld, houdt dat doorgaans verband met praktische omstandigheden. Echter, bij achterstalligheid in bezoeken aan de tandarts wordt wel relatief vaak een financiële reden genoemd. Dat kan wijzen op een financiële belemmering in de toegang tot mondzorg. Ook vindt bijna een derde in de bevolking dat er, ondanks de AZV, toch teveel zorgkosten voor eigen rekening komen.

In welke mate vindt samenwerking plaats tussen huisartsen, en tussen huisartsen en andere zorgverleners; hoe ervaren de patiënten dit?

- De eerstelijnszorg op Aruba vertoont geen sterke samenhang, maar onder de huisartsen lijkt ambitie te bestaan die te verbeteren. Solopraktijken zijn momenteel dominant, maar er is een duidelijke belangstelling voor samenwerkingsverbanden, zoals groepspraktijken en gezondheidscentra.
- In de eigen praktijk overleggen de huisartsen regelmatig met de assistenten en POHs. Ook hebben ze regelmatig onderling contact, met medisch specialisten en, in mindere mate, met de apotheek. Patiënten zijn ook tevreden over de samenwerking tussen medici. Opmerkelijk is dat interdisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn, zoals met diëtisten, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen of maatschappelijk werkers, nauwelijks plaatsvindt.
- Het overleg van de POHs met andere zorgverleners beperkt zich tot de eigen huisarts; overleg met andere zorgverleners is er doorgaans niet. Wel zien ze de andere POHs regelmatig bij het WGK, o.m. voor bijscholing.

Wat is de breedte van het door de huisartsen aangeboden curatieve en preventieve zorgpakket?

- Het zorgaanbod van de huisartsen is verre van uniform. Of het gaat om het eerste contact met gezondheidsproblemen, de behandeling van (chronische) aandoeningen of het doen van kleine verrichtingen: de verschillen in de zelf-gerapporteerde zorgaanbod zijn groot.
- Het zorgaanbod van de huisartsen lijkt vooral gericht op het individu en met een bescheiden aandeel voor niet-medische problematiek. Groepsgerichte behandeling, vaak toegepast bij preventieve zorg, komt erg weinig voor en verder zien patiënten een relatief kleine rol van de huisarts bij psychosociale en relatieproblemen. De minieme aanwezigheid van het maatschappelijk werk in de huisartspraktijk duidt hier misschien ook op. Ook in de medische dossiers ontbreekt dikwijls achtergrondinformatie over de leefsituatie van de patiënt.
- Opmerkelijk is, dat veel huisartsen belangstelling hebben voor taakuitbreiding, bijvoorbeeld in de zorg voor patiënten met diabetes, bij screening op cardiovasculaire risico's en het verrichten van kleine chirurgische ingrepen. De grote verschillen tussen praktijken in de taakuitoefening laat zien dat er ook binnen het huidige takenpakket al veel uitbreiding mogelijk is. Ook het relatief hoge verwijscijfer lijkt te duiden op mogelijkheden tot taakverruiming.
- In de aard van de POH kerntaken, de diabeteszorg, is de centrale regie van het WGK zichtbaar. POHs lijken goed in staat volgens het diabetesprotocol te werken. In de uitvoering laat de inbedding in de praktijken echter grote verschillen zien in organisatie en werkbelasting. Naast de diabeteszorg verrichten POHs ook nog andere werkzaamheden in de praktijk, zoals administratie, vaccinaties en bloeddruk- en bloedsuikermeting.
- POHs verlenen hun zorg voornamelijk individueel en komen weinig bij patiënten thuis. Door de patiënten wordt hun komst in de huisartsenpraktijken gezien als een verbetering van de zorgverlening.

Hoe staat het met de voorwaarden voor kwaliteit van de huisartsenzorg?

- Het gebruik van standaarden en richtlijnen onder huisartsen lijkt gemeengoed. De opgegeven tijdsbesteding aan het lezen van vakbladen en het volgen van cursussen loopt echter erg uiteen.
- Een klachtenprocedure is in de meeste praktijken nog niet van de grond gekomen, wat ook blijkt uit onbekendheid daarmee onder de patiënten.
- De medische- en IT uitrusting in de huisartspraktijken lijkt voldoende. Ook laboratorium- en röntgenfaciliteiten zijn in voldoende mate beschikbaar. Computers worden voor diverse toepassingen ingezet, inclusief medische dossiervorming. Wel is digitale communicatie met de apotheken voor verbetering vatbaar.
- Als patiënten van huisarts wisselen, worden dossiers overgedragen. Die dossiers worden volgens de huisartsen goed bijgehouden bij ieder contact. Informatie over leefsituatie en gezondheidsgedrag ontbreekt echter nog vaak in het medisch dossier. Dat soort informatie ontbreekt derhalve ook veelal in de verwijfsbrief van de huisarts aan de medisch specialist. Ook de POHs maken gebruik van het elektronisch patiëntendossier.
- De huisartsen zijn positief over de het Promedico informatiesysteem dat ze gebruiken. Ze vinden het nuttig en vaak ook onmisbaar in hun praktijkvoering. Het merendeel vindt zichzelf bovendien vaardig in het gebruik van het programma.

Hoe ervaren patiënten de voorzieningen in de praktijk en de aandacht en ruimte die ze in het zorgproces krijgen?

- Patiënten die de huisarts net hebben bezocht zijn daar tevreden over. Velen zouden hem of haar bij vrienden of familie aanbevelen. De huisarts communiceert goed, geeft uitleg en neemt voldoende tijd. Met niet-medische problemen kan men er echter minder goed terecht en ook laat de bereidheid om een huisbezoek af te leggen te wensen over.
- Hoewel de concrete ervaringen met de zorgverlening door huisartsen dus overwegend positief zijn, spreekt er uit de algemene beeldvorming toch een gebrek aan vertrouwen, die in de bevolkingsenquête het sterkst naar voren komt. Dat gebrek aan vertrouwen uit zich in de voorkeur voor behandeling door een medisch specialist, twijfel over de deskundigheid en medische uitrusting van huisartsen op Aruba en de wens, vooral aanwezig in de bevolking, dat huisartsen sneller zouden moeten doorverwijzen. Het relatief hoge verwijscijfer op Aruba kan moeilijk los gezien worden van deze dominante attitudes bij de bevolking.
- Over de bejegening door receptiemedewerkers zijn patiënten erg te spreken en ook over de wachtruimte is men positief. Voor zover men te maken heeft gehad met de POH, wordt de mening breed gedeeld dat de komst van de POH een verbetering voor de zorgverlening heeft betekend.

Hoe zien patiënten de rol van de huisarts bij het beoordelen en behandelen van uiteenlopende klachten en problematiek?

- Patiënten zien een opvallend bescheiden rol voor de huisarts wanneer zij geconfronteerd worden met specifieke klachten. In veel gevallen wordt het door het merendeel van de mensen niet zinvol gevonden ermee naar de huisarts te gaan. Niet duidelijk is, wat men dan wél zinvol vindt in die gevallen; bijvoorbeeld direct naar de SEH gaan, vertrouwen op zelfzorg of alleen maar afwachten. Het blijft enigszins gissen naar de achtergronden, maar ook dit zou kunnen

wijzen op een gebrek aan vertrouwen in de mogelijkheden van de huisarts. Maar ook kunnen ontoereikende gezondheidsvaardigheden een rol spelen.

- Wat hiermee verband kan houden is de opvatting bij een groot gedeelte van de patiënten dat het in alle gevallen beter is om door een medisch specialist behandeld te worden dan door een huisarts.
- Niet-regulier zorggebruik, waarvoor de kosten zelf worden gedragen, uit zich vooral in het gebruik maken van diensten van (vooral buitenlandse) particuliere artsen en klinieken. Daarbij spelen overwegingen van betere kwaliteit en grotere beschikbaarheid een rol.

Hoe ervaren de huisartsen en POHs hun werk?

- Huisartsen op Aruba lijken nog steeds voldoening te vinden in hun werk. Wel zijn er enkele aandachtspunten, zoals de stress die het werk met zich meebrengt en een ervaren gebrek aan respect voor het beroep als huisarts.
- POHs vinden dat zij een zinvol beroep uitoefenen. Er zijn geen tekenen van overmatige werkstress. Ze zijn kritisch over administratieve taken en de (financiële) waardering voor hun werk.

Wat is de beeldvorming en wat zijn de verwachtingen bij de bevolking ten aanzien van de huisartsenzorg op Aruba; ook in relatie tot andere zorgaanbieders op Aruba en elders?

- In de bevolkingsenquête is men in het algemeen kritischer over huisartsen en gezondheidszorg dan in de wachtkamerenquête. De waardering van de bevolking voor het zorgsysteem als geheel valt niet positief uit. Een meerderheid vindt, dat er op zijn minst grote veranderingen nodig zijn.
- Een ervaren knelpunt lijkt de ANW-zorg. Veel mensen geven aan niet voldoende op de hoogte te zijn van waar zij 's avonds, 's nachts of in het weekend medische zorg kunnen krijgen. Maar ook opvattingen over de toerusting van de huisartspraktijken spelen een rol: geënquêteerden verwachten dat het gebruik van de SEH zou kunnen verminderen als huisartsenpraktijken over meer medische apparatuur zouden beschikken.
- Bij bijna één op de drie inwoners voldoet de AZV blijkbaar niet aan de verwachtingen; zij vinden dat ze, ondanks de ziektekostenverzekering, toch teveel zorgkosten zelf moeten betalen.
- Opvattingen over huisartsen, die afwijken van ervaringen van patiënten in de wachtkamer, lijken te wijzen op mogelijk onjuiste beeldvorming. Zo vindt een meerderheid de huisartspraktijken onvoldoende toegankelijk omdat het moeilijk zou zijn om een afspraak te maken. Ook vindt een zeer grote meerderheid dat huisartsen patiënten sneller zouden moeten doorverwijzen.

Hoe is de kwaliteit van de medische verslaglegging in de elektronische patiëntendossiers? In hoeverre is deze volledig en adequaat en bruikbaar voor monitoring van gezondheid en zorggebruik van de bevolking?

- In de enquêtes gaven vrijwel alle huisartsen en POHs aan in de regel gegevens van alle patiëntencontacten bij te houden in het EPD. De EPD-scan laat zien dat er weliswaar vorderingen zijn gemaakt in het vervolledigen van de registratie, maar dat er nog ruime mogelijkheden zijn om daar mee door te gaan.

- Meer concreet wijzen de zeer grote verschillen tussen de praktijken in de geregistreerde absolute en relatieve aantallen en het gebruik van coderingen op mogelijkheden voor aanmerkelijke verbetering in veel praktijken.
- Populatiegegevens worden goed vastgelegd, waardoor kengetallen per 1000 ingeschreven patiënten berekend kunnen worden. Dat is belangrijk omdat het hiermee mogelijk wordt om trends over de tijd te analyseren en verschillen tussen praktijken. Voor toekomstig gebruik van de EPD gegevens voor monitoring en statistiek over gezondheid en zorggebruik van de Arubaans bevolking is dit een essentiële voorwaarde, waaraan dus kennelijk wordt voldaan.
- Over de volledigheid van de registratie van contacten kan nog weinig worden gezegd. Met deze gegevens zou (verandering in) het zorggebruik bij de huisarts gemonitord kunnen worden, maar eerst moet duidelijker worden wat de oorzaak is van de gevonden verschillen tussen praktijken.
- Registratie van prescripties zowel als verrichtingen lijkt stabiel over beide jaren, maar er zijn nog grote verschillen tussen de praktijken, die nader geduid dienen te worden. Zodra de oorzaak van die verschillen verklaard zijn, wordt het mogelijk om meer zicht te krijgen op ontwikkelingen in het voorschrijven van geneesmiddelen in Aruba.
- Coderen volgens de ICPC is in beide jaren vrijwel volledig, al vallen prevalentieschattingen wel laag uit vergeleken met Nederland. Dit stemt positief over de mogelijkheden om hiermee de gezondheid van de Arubaanse bevolking in kaart te brengen en ontwikkelingen in de gaten te houden. Zeker in de huidige Covid-crisis is dit een belangrijke bevinding, omdat het ook mogelijkheden biedt voor surveillance van infectieziekten.
- Diagnostische tests worden meer compleet geregistreerd, zij het in verschillende mate. Ook dit draagt potentieel bij aan beter inzicht in het zorggebruik bij de huisarts en eventuele medisch specialistische vervolgzorg.
- Het aantal verwijzingen naar medisch specialisten is niet veel toegenomen van 2017 op 2018. Hoewel het verwijscijfer ver boven dat in Nederland ligt, denken we toch dat de registratie van verwijzingen redelijk volledig is, omdat er een administratieve noodzaak aan de registratie ten grondslag ligt. Analyse van deze gegevens biedt mogelijkheden de kosten van de gezondheidszorg op Aruba beter te beheersen.

8.2 Aanbevelingen

De veelheid van resultaten in dit rapport kunnen de vraag doen ontstaan waar te beginnen. De hier geformuleerde aanbevelingen zijn bedoeld om hierbij richting te geven. Op basis van de resultaten wijzen de onderzoekers op onderwerpen die aandacht verdienen en doen ze algemene suggesties voor een aanpak.

De toegang tot zorg buiten kantooruren

- *Voor continuïteit van zorg is het wenselijk dat de huisartsenzorg buiten kantooruren beter georganiseerd en afgestemd is.*
Vooral de afstemming tussen SEH en Huisartsenpost moet beter. Gedacht kan worden aan een gemeenschappelijke triage en het consequent doorsturen van niet urgente zorgvragen van de SEH naar de Huisartsenpost.

- *Om regels voor het gebruik van de Huisartsenpost (HAP) en de SEH een grotere bekendheid te geven, moet in de praktijken duidelijker informatie worden gegeven over de huisartsenzorg buiten kantooruren.*

Het kan helpen als deze informatie uniform is in alle praktijken. De informatie moet voor alle bezoekers duidelijk zichtbaar zijn en gericht zijn op het onderscheid tussen beide voorzieningen.

- *Om de huisartsenzorg buiten kantooruren 'in de buurt' beter toegankelijk te maken kunnen huisartspraktijken in het weekend (bijvoorbeeld op zaterdagochtend) open zijn.*

Dit vermindert niet alleen de druk op de Huisartsenpost, en mogelijk ook op de SEH, maar kan ook beter aansluiten op de behoeften van veel patiënten. De lange periode tussen vrijdagavond en maandagochtend, dat mensen zijn aangewezen op verder weg gelegen voorzieningen, wordt hiermee onderbroken.

Het zorgaanbod

- *Ter wille van de kwaliteit van zorg, zou moeten worden gestreefd naar een meer homogene invulling van het takenpakket door de huisartsen.*

De invulling van het takenpakket is momenteel erg verschillend. Zeker in een systeem met ingeschreven patiënten geeft minder variatie in het behandelaanbod van huisartsen aan patiënten meer zekerheid over de kwaliteit van zorg. Op basis van de al gangbare standaarden, zou bijvoorbeeld door onderlinge toetsing en wederzijdse praktijkvisiteatie de bestaande variatie kunnen worden verkleind.

- *Ter wille van een meer geïntegreerd zorgaanbod in de eerste lijn zou onderzocht moeten worden of uitbreiding met bepaalde taken, bijvoorbeeld rond preventie en gezondheidsbevordering, wenselijk en mogelijk is voor huisartspraktijken.*

Uitbreiding van het zorgaanbod lijkt mogelijk, vooral bij niet-medische problematiek, bij groepsgewijze interventies (o.m. gericht op gezond gedrag) en bij activiteiten in de 'community' waarbij gezondheid een rol speelt. Een dergelijke verbreding vraagt ook om samenwerking met zorgverleners van andere disciplines. Verder moet er voor worden gewaakt dat het huisbezoek, als kerntaak van de huisarts, niet ongemerkt verdwijnt.

Samenhang en samenwerking

- *Een multidisciplinair aanbod van eerstelijnszorg vraagt om meer samenhang en samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn.*

Samenwerking van de huisartsen beperkt zich voornamelijk tot die met collega's, de POHs en de praktijkassistenten. Interdisciplinaire samenwerking komt nauwelijks voor. Een samenhangend zorgaanbod in de eerste lijn stoelt op samenwerking met wijkverpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, verloskundigen en maatschappelijk werkers. Belemmeringen in financiering en regelgeving zouden moeten worden weggenomen. De vorming van groepspraktijken en gezondheidscentra kan hierbij fungeren als stippen op de horizon.

- *Om onnodig gebruik van medisch specialistische zorg in de tweede lijn te verminderen, moet gestreefd worden naar meer integratie van eerstelijnszorg en medisch specialistische zorg.*

De tegenstelling tussen huisartsenzorg en specialistische zorg leeft sterk in de bevolking, waarbij specialistische zorg als superieur wordt gezien. Maar ook los daarvan, kan de continuïteit van zorg gebaat zijn bij meer samenwerking tussen de echelons. Die kan verder gaan dan het gebruikelijke overleg en telefonische consultaties. Medisch specialisten kunnen bijvoorbeeld spreekuren hebben in de huisartspraktijk of samen met

huisartsen voorlichting verzorgen. Dat kan ook bijdragen aan vermindering van onnodige verwijzingen.

Huisartspraktijken in de toekomst

- *Een completer en meer afgestemd zorgaanbod vraagt om huisartspraktijken die onderdeel zijn van een samenwerkingsverband met verschillende expertise en waarin ook ruimte is voor de individuele wensen van huisartsen omtrent hun werkomgeving.*

De alom tegenwoordige solopraktijk biedt beperkte mogelijkheden tot integrale zorgverlening. Er is bovendien een discrepantie tussen de huidige en de gewenste werkomgeving van een groot deel van de huisartsen. Er is een wens meer in deeltijd te werken en ook is er belangstelling voor groepspraktijken en gezondheidscentra. Wellicht dat die discrepantie bijdraagt aan de gesignaleerde werkstress. Er lijkt ruimte voor andere praktijkvormen, zoals groepspraktijk of gezondheidscentrum. Ook kan overwogen worden voor huisartsen die dat liever willen, een dienstverband mogelijk te maken.

Rol van de gebruikers in de zorg

- *Het zorgstelsel moet structureel meer georganiseerd worden rond de patiënt en gericht zijn op de behoeften van de patiënt*

Hierbij gaat het niet om de patiëntgerichtheid in de individuele consulten, maar om 'het systeem' waarin patiënten onvoldoende worden gekend. Een slecht werkende klachtenprocedure is een symptoom van mensen die niet goed hun weg weten te vinden in de zorg; die onvoldoende gezondheidsvaardig zijn en negatief oordelen over de gezondheidszorg. Met betere voorlichting, ook in het onderwijs, valt veel te winnen. In de bejegening van zorggebruikers moeten hun wensen en behoeften centraal staan. Over de aard van die wensen en behoeften kunnen beschikbare gegevens, zoals die uit de EPDs van de huisartspraktijken, inzicht verschaffen.

Communicatie naar de bevolking en beeldvorming

- *Onder de bevolking is onvoldoende begrip en waardering voor de huisarts. Daar dient verandering in te komen als een sterke eerste lijn de ambitie is.*

Opvattingen over de zorg kunnen verbeteren als gewerkt wordt aan de eerder genoemde thema's, vooral de versterking van de rol van de gebruikers. Het ontgaat mensen niet als er goed rekening wordt gehouden met hun wensen en behoeften. Goede communicatie is daarbij erg belangrijk.

- *Effecten van maatregelen gericht op een andere rol van gebruikers en een betere informatievoorziening dienen zichtbaar gemaakt te worden om er achter te komen in hoeverre de maatregelen werken.*

Het systematisch evalueren van beleidsmaatregelen levert gegevens op om het succes van beleid zichtbaar te maken en, zo nodig, bij te sturen.

Verder met het EPD

- *Het is belangrijk door te gaan met de verbetering van de verslaglegging in de EPDs. Dit kan door de huisartsen de voordelen van een goed bijgehouden dossier te laten ervaren, zoals door spiegelrapportages en periodieke herhaling van een EPD-scan*

De huidige infrastructuur, met één softwaresysteem in alle praktijken, is prima. Er zijn duidelijke vorderingen gemaakt, maar een goede volledige registratie is een kwestie van lange adem. Het geregeld terugkoppelen van gegevens moet geleidelijk de variatie in registratieroutines tot aanvaardbare proporties terugbrengen.

- *Begin met het gebruiken van gegevens uit de EPDs van de huisartsenpraktijken om de gezondheid en het zorggebruik van de Arubaanse bevolking te monitoren. zorg*

De data kunnen inzicht geven in ontwikkelingen in het zorggebruik en de gezondheid van de bevolking. Surveillance van infectieziekten is een voorbeeld. De aanwezigheid van een epidemiologische noemer is een heel belangrijke voorwaarde waaraan nu al is voldaan, en ook de registratie van verwijzingen en contacten lijkt in een deel van de praktijken voldoende volledig om hiermee te beginnen.

Referenties

- Bij S van der, Biermans M, Levelink H, Verheij R. (2015). De kwaliteit van de elektronische verslaglegging door huisartsenpraktijken in de regio Nijmegen, eindrapport. Utrecht: NIVEL.
- Bij S van der, Khan N.A. Veen P ten, Roodzant E, Visscher S, Verheij R. (2013). De kwaliteit van elektronische verslaglegging door huisartsen gemeten. EPD-scan regio Twente, eindrapport. Utrecht: NIVEL.
- Boerma W, Ten Veen P, Verheij R. Patiëntendossiers van huisartsen als bron van informatie voor beleid en praktijk op Bonaire, St. Eustatius en Saba. Naar een lerend zorgsysteem. Utrecht: NIVEL, 2016
- Boesten J, Braaksma L, Klapwijk-Strumpler S, Kole HM, Sloekers J, Smit C, Stroucken JPM, Van Werven H, Westerhof R. (2013). NHG Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (Volledig gereviseerde versie 2013). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Friedman CP, Wong AK, Blumenthal D. Achieving a nationwide learning health system. Science translational medicine. 2010 Nov 10;2(57):57cm29.
- Genet N, Boerma WGW, Schellevis FG. (2014). Hoe kan de Nederlandse eerstelijnszorg leren van andere Europese landen? Een verkennende studie. Utrecht: NIVEL.
- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J van der, Groenewegen PP. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research, 10:1.
- Menear, M., Blanchette, MA., Demers-Payette, O. et al. A framework for value-creating learning health systems. Health Res Policy Sys 17, 79 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0477-3>
- Nielen MMJ, Spronk I, Davids R, Korevaar JC, Poos R, Hoeymans N, Opstelten W, van der Sande MAB, Biermans MCJ, Schellevis FG, Verheij RA. Estimating Morbidity Rates Based on Routine Electronic Health Records in Primary Care: Observational Study. JMIR Med Inform. 2019 Jul 26;7(3):e11929. doi: 10.2196/11929. PMID: 31350839; PMCID: PMC6688441
- Nivel. Zorg door de huisarts. Uit: Zorg door de huisarts - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Jaarcijfers 2018 en trendcijfers 2014-2018. [Laatst gewijzigd op 11-02-2020; geraadpleegd op 03-03-2020]. URL: www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn
- Primary Care Evaluation Tool (PCET). Copenhagen: World Health Organization Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf.
- Schäfer WLA, Boerma WGW, Van den Berg M, De Maeseneer J, De Rosis S, Detollenaere J, Greß S, Heinemann S, van Loenen T, Murante AM, Pavlič DR, Seghieri C, Vainieri M, Willems S, Groenewegen PP. (2019) Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. Primary Health Care Research & Development page 1 of 9. doi: 10.1017/S1463423619000434
- Schäfer WLA, Boerma WGW, Schellevis FG, Groenewegen PP. GP practices as a one stop shop: how do patients perceive the quality of care: A cross-sectional study in 34 countries. Health Services Research, Vol 53,4, Aug 2018, 2047-2063

- Schoonheim P, Van der Erve H. (2008). Versterking Huisartszorg Aruba 2008-2013. Amsterdam: Vrije Universiteit Medisch Centrum, Huisartsopleiding.
- Schäfer WLA, Boerma WGW, Murante AM, Sixma HJM, Schellevis FG, Groenewegen PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. Bulletin of the World Health Organization, 2015, ID: BLT.14.140368
- Snoeijs S, Boerma W, Schellevis F. (2012). Evaluatie van de structuur en de zorgverlening van de eerstelijnsgezondheidszorg op Curaçao: Een studie op basis van vragenlijsten, documenten en gesprekken met zorgverleners en andere betrokkenen in de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- Spronk I, Korevaar JC, Poos R, Davids R, Hilderink H, Schellevis FG, Verheij RA, Nielen MMJ. Calculating incidence rates and prevalence proportions: not as simple as it seems. BMC Public Health: 2019, 19(1), 512
- Verheij, R.A., Curcin, V., Delaney, B.C., McGilchrist, M.M. Possible sources of bias in primary care electronic health record data use and reuse. Journal of Medical Internet Research: 2018, 20(5), e185

Bijlage A Kenmerken van respondenten

A.1 Kenmerken van de huisartsen (uit Huisartsenenquête)

Leeftijd huisartsen	Geslacht		Totaal
	Man	Vrouw	
25-34	1 (5.6%)	-	1 (2.4%)
35-44	2 (11.1%)	13 (54.2%)	15 (35.7%)
45-54	3 (16.7%)	7 (29.2%)	10 (23.8%)
55-64	10 (55.5%)	4 (16.7%)	14 (33.3%)
65-74	2 (11.1%)	-	2 (4.8%)
Totaal	18 (100%)	24 (57.1%)	42 (100%)

Artsexamen gehaald in	N	%
Nederland	32	76.2
Colombia	4	9.5
Elders ^{*)}	6	14.3
Totaal	42	100

^{*)} België, Venezuela, Costa Rica Dominicaanse Republiek, Suriname

Huisarts specialisatie	N	%
Huisartsopleiding afgerond	32	76.2
Geen huisartsopleiding gevolgd	10	23.8
Totaal	42	100

Duur gevolgde specialisatie	N	%
2 jaar	4	12.5
2.5 jaar	3	9.4
3 jaar of langer	25	78.1
Totaal	32	100

Land waar specialisatie tot huisarts werd behaald	N	%
Aruba	12	37.5
Nederland	17	53.1
Elders	3	9.4
Totaal	32	100

A.2 Kenmerken van de POHs (uit POH enquête)

Leeftijd	Geslacht		Totaal
	Man	Vrouw	
18-24	-	1 (6.7%)	1 (5.3%)
25-34	-	5 (33.3%)	5 (26.3%)
35-44	1 (25.0%)	7 (46.7%)	8 (42.1%)
45-54	1 (25.0%)	2 (13.3%)	3 (15.8%)
55-64	2 (50.0%)	-	2 (10.5%)
Totaal	4 (100%)	15 (100%)	19 (100%)

Voltooide opleidingen vóór start POH opleiding	N
Verpleegkunde HBO	12
Verpleegkunde MBO	4
Basisarts (in Zuid Amerika)	1
Doktersassistente (NL niveau 4)	3
Anders	8
Totaal	28

Werkzaam in huidige praktijk	N	Gem.	Laagste 1/3 gem.	Middelste 1/3 gem.	Hoogste 1/3 gem.
Aantal jaren	18	2.6	1.1	2.1	5.3

A.3 Kenmerken van patiënten in de wachtkamer (uit Patiënten-enquête)

Leeftijd	Geslacht		Totaal
	Man	Vrouw	
18-24	17 (6.3%)	37 (6.9%)	54
25-34	25 (9.2%)	71 (13.2%)	96
35-44	37 (13.6%)	83 (15.4%)	120
45-54	48 (17.6%)	116 (21.6%)	164
55-64	66 (24.3%)	123 (22.9%)	189
65-74	54 (19.9%)	65 (12.1%)	119
75+	23 (8.5%)	41 (7.6%)	64
Missing	2 (0.6%)	2 (0.3%)	4
Totaal	272 (100%)	538 (100%)	810

Woonsituatie	N	%
Alleenwonend	116	14.3
Met partner	189	23.3
Met partner en 1 of meer kinderen	303	37.4
Bij ouders (zonder partner en/of kinderen)	100	12.4
Anders	102	12.6
Totaal	810	100

Hoogste voltooide opleiding	Patiënten	
	N	%
Basis onderwijs (wel of niet afgemaakt)	134	16.5
Aspirant; LBO	105	12.9
Mavo/mulo	195	24.1
Havo / vwo / high school / bachillerato	126	15.6
Mbo 1 & doorstroom epb / mbo 2 - mbo 4	106	13.1
Bachelor (Hbo of universitair; NL of US) / Associate degree	97	12.0
Master (Hbo of universitair; NL of US)	26	3.2
Ander	21	2.6
Totaal	810	100

Aantal uren gewerkt afgelopen week	Patiënten	
	N	%
Vier uren of meer	517	63.8
Minder dan 4 uren	293	36.2
Totaal	810	100

Hoedanigheid van het werk	Patiënten	
	N	%
Als werkgever (3 of meer werknemers)	29	5.6
Als eigenaar van een klein bedrijf (niet meer dan 2 werknemers)	38	7.3
Als vaste medewerker; gesalarieerde (incl. management)	405	78.2
Als tijdelijk medewerker (bv. via een uitzendbureau)	30	5.8
Als vrijwilliger of onbetaald in familiebedrijf	1	0.2
Als stagiaire of trainee	1	0.2
Anders	14	2.7
Totaal	518	100

Afgelopen week meer dan 4 uur gewerkt			
Naar geslacht	Ja	Nee	Totaal
Man	165 (60.7%)	107 (39.3%)	272 (100%)
Vrouw	352 (65.4%)	186 (34.6%)	538 (100%)
Totaal	517 (63.8%)	293 (36.2%)	810 (100%)
Naar leeftijd			
18-24	40 (74.1%)	14 (25.9%)	54 (100%)
25-34	76 (79.2%)	20 (20.8%)	96 (100%)
35-44	100 (83.3%)	20 (16.7%)	120 (100%)
45-54	141 (86.0%)	23 (14.0%)	164 (100%)
55-64	131 (69.3%)	58 (30.7%)	189 (100%)
65-74	27 (22.7%)	92 (77.3%)	119 (100%)
75+	2 (3.1%)	62 (96.9%)	64 (100%)
Totaal	517 (64.1%)	289 (35.9%)	806 (100%)

A.4 Kenmerken van de geënquêteerde bevolking (uit Bevolkingsenquête)

Leeftijd	Geslacht		Totaal
	Man	Vrouw	
18-24	16 (3.6%)	22 (3.3%)	38 (3.4%)
25-34	34 (7.7%)	74 (11.0%)	108 (9.7%)
35-44	66 (15.1%)	106 (15.8%)	172 (15.5%)
45-54	112 (25.5%)	159 (23.7%)	271 (24.4%)
55-64	107 (24.4%)	155 (23.1%)	262 (23.6%)
65-74	73 (16.6%)	90 (13.4%)	163 (14.7%)
75+	31 (7.1%)	65 (9.7%)	96 (8.6%)
Missing	0 (0.0%)	1 (0.0%)	1 (0.1%)
Totaal	439 (100%)	672 (100%)	1.111 (100%)

Aantal personen in het huishouden	Aantal	%
1	224	20.2
2	367	33.0
3	247	22.2
4	149	13.4
5	75	6.8
6 of meer	49	4.4
Totaal	1.111	100

Hoogste voltooide opleiding	Aantal	%
Basisonderwijs (wel of niet afgemaakt)	257	23.1
Aspirant; LBO	157	14.1
Mavo/mulo	223	20.1
Havo / Vwo / High school / Bachillerato	182	16.4
Mbo 1 & doorstroom epb / mbo 2 - mbo 4	105	9.5
Bachelor (Hbo of universitair; NL of US systeem) / Associate degree	98	8.8
Master hbo of universitair (NL of US systeem)	26	2.3
Ander	63	5.7
Totaal	1.111	100

Aantal uren gewerkt de afgelopen week	Aantal	%
4 uren of meer	700	63.0
Minder dan 4 uren	411	37.0
Totaal	1.111	100

Hoedanigheid van het werk	Aantal	%
Als werkgever (3 of meer werknemers)	14	2.0
Als eigenaar van een klein bedrijf (niet meer dan 2 werknemers)	67	9.6
Als vaste medewerker, gesalarieerde (incl. management)	589	84.1
Als tijdelijk medewerker (bv. via een uitzendbureau)	20	2.9
Als vrijwilliger of onbetaald in familiebedrijf	2	0.3
Anders	8	1.1
Totaal	700	100

Reden om niet in een beroep werkzaam te zijn	Aantal	%
Gepensioneerd / AOW/ leven van eigen middelen	272	66.0
Geen noodzaak; partner vindt het niet nodig	8	2.0
Zorgen voor het huishouden	24	5.8
Zorgen voor familieleden	16	3.9
Geen werkvergunning	2	0.5
Nog in opleiding / studie	26	6.3
Gezondheidsredenen	31	7.5
Andere (incl. bijstandsuitkering; werkeloos)	33	8.0
Totaal	412	100

Werkzaamheid afgelopen week	Gewerkt (> 4 uur)	Niet gewerkt (of < 4 uur)	Totaal
Naar geslacht			
Man	297 (67.7%)	297 (32.3%)	439 (100.0%)
Vrouw	403 (60.0%)	269 (40.0%)	672 (100.0%)
Naar leeftijd			
18-24	12 (31.6%)	26 (68.4%)	38 (100.0%)
25-34	88 (81.5%)	20 (18.5%)	108 (100.0%)
35-44	155 (90.1%)	17 (9.9%)	172 (100.0%)
45-54	238 (87.8%)	33 (12.2%)	271 (100.0%)
55-64	170 (64.9%)	92 (35.1%)	262 (100.0%)
65 en ouder	36 (13.9%)	223 (86.1%)	259 (100.0%)
Missing	1 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)
Totaal	700 (63.0%)	411 (37.0%)	1.111 (100%)

Bijlage B Tabellen bij Hoofdstuk 7

Tabellen In Hoofdstuk 7 met alleen de top 10 vermelding, worden hier volledig weergegeven.

Tabel B7.4. Geregistreerde verrichtingen; 2017 en 2018; AZV 2018

Verrichting	2017			2018			AZV 2018*	
	N	%	per 1000	N	%	per 1000	N	N pat.
Paptest (01/204)	2524	26,4	23,3	2733	26,2	24,2	3736	3628
Oortoilet (01/205)	1282	13,4	11,8	1352	12,9	12	1957	1411
Intra-articulaire injectie (01/212)	1167	12,2	10,8	1351	12,9	12	1819	1525
Wondbehandeling evt inclusief hechtingen (01/222)	1102	11,5	10,2	1149	11	10,2	1546	804
Wratbehandeling (per sessie aantal van <= 6 wratten) (01/211)	582	6,1	5,4	753	7,2	6,7	979	733
Excisie atheroomcyste, ganglion, keratose, fibroom, lipoom (01/215)	509	5,3	4,7	469	4,5	4,2	624	518
Hechtingen verwijderen (01/203)	454	4,8	4,2	451	4,3	4	593	549
Wondbehandeling patiënten met diabetes mellitus (01/219)	377	4,0	3,5	331	3,2	2,9	485	235
Incisie abces (01/208)	360	3,8	3,3	423	4,1	3,8	551	474
Electro-cauterisatie (01/223)	249	2,6	2,3	314	3,0	2,8	408	332
Partic. rijbewijskeuring (10.014)	127	1,3	1,2	124	1,2	1,1	-	-
I.U.D. verwijderen (01/295)	98	1,1	0,9	83	0,8	0,7	101	99
Fluor onderzoek, incl. microscopie (01/221)	94	1,0	0,9	111	1,1	1	286	269
Verwijdering corpus alienum (01/209)	92	1,0	0,9	92	0,9	0,8	128	123
Foetaal of veneus doppler onderzoek (01/403)	87	0,9	0,8	50	0,5	0,4	70	17
Nagelextractie (01/214)	85	0,9	0,8	104	1	0,9	130	119
Fluoresceïneonderzoek (01/220)	76	0,8	0,7	110	1,1	1	142	128
I.U.D. plaatsen (01/218)	58	0,6	0,5	55	0,5	0,5	76	75
Wigexcisie (01/216)	52	0,5	0,5	39	0,4	0,4	47	44
Part. wratbehandeling middels cryocoagulatie (10.029.8)	39	0,4	0,4	30	0,3	0,3	-	-
Keuring Dimas	15	0,2	0,1	32	0,3	0,3	-	-
Part. aanleggen drukverband (10.028.2)	12	0,1	0,1				-	-
Keuring	10	0,1	0,1	8	0,1	0,1	-	-
Part. excisie atheroomcyste, ganglion, keratose, fibroom, lipoom, epitheelcyste, naevus etc. (10.030)	10	0,1	0,1	6	0,1	0,1	-	-

- Tabel B7.4 gaat verder op de volgende pagina -

Verrichting	2017			2018			AZV 2018*	
	N	%	per 1000	N	%	per 1000	N	N pat.
Prenatale zorg (vanaf de 11e week) (01/151)	8	0,1	0,1	1	0	0	-	-
Volledige verloskundige hulp (01/150)	8	0,1	0,1	6	0,1	0,1	-	-
Part. injectie c.q. venapunctie (10.028.1)	6	0,1	0,1	20	0,2	0,2	-	-
Part. intra-articulaire injectie (10.029.9)	6	0,1	0,1	11	0,1	0,1	-	-
Part. wondbehandeling eventueel inclusief hechtingen (10.029.2)	6	0,1	0,1	11	0,1	0,1	-	-
Medische rapportage	6	0,1	0,1	2	0	0	-	-
Part. oortoilet (10.028.7)	6	0,1	0,1	14	0,1	0,1	-	-
Part. catheterisatie (10.029.7)	5	0,1	0,1	-	-	-	-	-
Arterieel doppler onderzoek (enkel-arm index) (01/408)	5	0,1	0,1	28	0,3	0,3	30	16
Part. overige niet vernoemde verrichtingen (10.099)	4	0	0	-	-	-	-	-
Part. incisie abces (10.029.3)	3	0	0	4	0	0	-	-
Part. medische verklaring (1) (10.013)	3	0	0	2	0	0	-	-
Postnatale zorg (01/153)	3	0	0	2	0	0	-	-
Gedeeltelijke postnatale zorg 75%vd voll postnatale zorg (01/158)	3	0	0	4	0	0	-	-
Gedeeltelijke zorg bij de partus 90%vd volledige natale zorg (01/157)	2	0	0	1	0	0	-	-
Part. [NIVEL: woonplaats]xtractie ([NIVEL: datum])	2	0	0	3	0	0	-	-
Waarneming HAGRO	2	0	0	19	0,2	0,2	-	-
Part. punctie c.q. inspuiting bij bursitis ([NIVEL: datum])	1	0	0	1	0	0	-	-
Part. fluoronderzoek inclusief microscopie (10.028.9)	1	0	0	-	-	-	-	-
Prenatale zorg 11 tot 19 weken (01/154)	1	0	0	-	-	-	-	-
Injectie	1	0	0	18	0,2	0,2	-	-
Part. kleine keuring (10.015)	1	0	0	1	0	0	-	-
Part. plaatsen of verwijderen I.U.D. (10.029.5)	1	0	0	1	0	0	-	-
24 uren bloeddruk meeting (01/409)	1	0	0	92	0,9	0,8	107	93
Medische verklaring klein	1	0	0	23	0,2	0,2	-	-
IPA Keuring	1	0	0	-	-	-	-	-
Schouwen	-	-	-	4	0	0	-	-
Medisch info voor verzekering	-	-	-	-	-	-	-	-
Part. paptest (10.028.6)	-	-	-	2	0	0	-	-

- Tabel B7.4 gaat verder op de volgende pagina -

Verrichting	2017			2018			AZV 2018*	
	N	%	per 1000	N	%	per 1000	N	N pat.
Part. invaliditeitskeuring (inclusief medisch rapport) (10.017)	-	-	-	1	0	0	-	-
Part. hechtingen verwijderen (10.028.3)	-	-	-	3	0	0	-	-
Registratie ECG met beoordeling (01/401)	-	-	-	1	0	0	-	-
Part. behandeling distorsie/luxatie (10.029.1)	-	-	-	-	-	-	-	-
Prenatale zorg 11 tot na 32 weken doch voor de bevalling (01/156)	-	-	-	1	0	0	-	-
Totaal	9.548	100	88	10.446	100	93	13.815	11.192
<i>Noot.</i> N = aantal geregistreerde verrichtingen in totale vaste patiëntenpopulatie. % = proportie van het totaal aantal geregistreerde verrichtingen. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten. *Een aantal verrichtingen (zoals 24 uren bloeddrukmeting, dopplersonderzoek) kan alleen gedeclareerd worden door de huisarts na akkoord van AZV.								

Tabel B7.5. Meest geregistreerde ICPC codes; 2017 en 2018

2017					2018					NL 2018
ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	per 1000
K86	Essentiële hypertensie	2714	4,8	25,0	K86	Essentiële hypertensie	6397	5,0	56,7	147,8
A97	Geen ziekte	2626	4,6	24,2	A97	Geen ziekte	3873	3,0	34,3	81,6
R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	1325	2,3	12,2	T90.02	Diabetes type 2	3170	2,5	28,1	65,6 ²⁶
T90.02	Diabetes type 2	1210	2,1	11,2	R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	2893	2,3	25,7	64,1
R05	Hoesten	1051	1,8	9,7	R05	Hoesten	2506	2,0	22,2	62,5
A97.01	Preventief onderzoek	935	1,6	8,6	A97.01	Preventief onderzoek	2200	1,7	19,5	-
S74	Dermatomyose	868	1,5	8	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	2078	1,6	18,4	28,2
D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	829	1,5	7,6	L15	Knie symptomen/klachten	1984	1,6	17,6	31,9

- Tabel B7.5 gaat verder op de volgende pagina -

²⁶ Betreft zowel Diabetes type 1 als 2

2017					2018					NL 2018
ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	per 1000
L15	Knie sympt./klachten	824	1,4	7,6	S74	Dermatomycose	1806	1,4	16,0	38,9
L08	Schouder sympt./klachten	747	1,3	6,9	L08	Schouder sympt./klachten	1642	1,3	14,6	32,1
L02	Rug sympt./klachten	694	1,2	6,4	L03	Lage-rugpijn zonder uitstraling	1481	1,2	13,1	-
N01	Hoofdpijn	682	1,2	6,3	L02	Rug sympt./klachten	1458	1,1	12,9	-
L03	Lage-rugpijn zonder uitstraling	639	1,1	5,9	N01	Hoofdpijn	1331	1,0	11,8	-
R74.01	Gewone verkoudheid	501	0,9	4,6	R74.01	Gewone verkoudheid	1175	0,9	10,4	-
H70	Otitis externa	501	0,9	4,6	L04	Borstkas sympt./klachten	1100	0,9	9,8	-
D02	Maagpijn	468	0,8	4,3	D02	Maagpijn	1078	0,8	9,6	-
L01	Nek sympt./klachten	457	0,8	4,2	U71	Cystitis/urine­weginfectie	1065	0,8	9,4	147
D12	Obstipatie	445	0,8	4,1	L17	Voet/teen sympt./klachten	1048	0,8	9,3	-
L86	Lage-rugpijn met uitstraling	433	0,8	4,0	L86	Lage-rugpijn met uitstraling	1039	0,8	9,2	-
A12	Allergie/allerg. reactie	430	0,8	4,0	D12	Obstipatie	1030	0,8	9,1	-
D73	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	430	0,75	4,0	L01	Nek sympt./klachten	1025	0,8	9,1	-
L18	Spierpijn	428	0,75	4,0	X37	Cervixuitstrijkje	986	0,8	8,7	-
S88	Contact eczeem/ander eczeem	420	0,74	3,9	A12	Allergie/allerg. reactie	937	0,7	8,3	-
L17	Voet/teen sympt./klachten	420	0,74	3,9	H70	Otitis externa	919	0,7	8,2	-
L04	Borstkas sympt./klachten	408	0,71	3,8	L18	Spierpijn	910	0,7	8,1	-
U71	Cystitis/urine­weginfectie	393	0,69	3,6	S88	Contact eczeem/ander eczeem	901	0,7	8,0	-
X14	Vaginale afscheiding	384	0,67	3,5	R21.01	Keelpijn	847	0,7	7,5	-
A03	Koorts	364	0,64	3,4	T93.01	Hypercholesterolemie	841	0,7	7,5	-

- Tabel B7.5 gaat verder op de volgende pagina -

2017					2018					NL 2018
ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	ICPC code	ICPC	N	%	per 1000	per 1000
F70	Infectieuze conjunctivitis	357	0,62	3,3	D73	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	766	0,6	6,8	-
A04	Moeheid/zwakte	349	0,61	3,2	X14	Vaginale afscheiding	753	0,6	6,7	-
					A04	Moeheid/zwakte				90
					H81	Overmatig cerumen				71
					P76	Depressie				70
					S03	Wratten				64
					R96	Astma				56
Totaal		57133	100	527			128372	100	1138	
Noot. N = aantal geregistreerde ICPC codes in totale vaste patiëntenpopulatie. % = proportie van het totaal aantal geregistreerde ICPC codes. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten. De Nederlandse cijfers zijn afkomstig van www.nivel.nl/zorgregistraties										

Tabel B7.8. Ingeschreven patiënten aan wie een geneesmiddel één of meer keer werd voorgeschreven; 2017 en 2018.

2017				2018			
Prescriptie ²⁷	N	%	per 1000	Prescriptie	N	%	per 1000
Code onbekend	25392	13,8	234,1	Code onbekend	26893	13,4	238,5
DICLOFENAC	7430	4,0	68,5	DICLOFENAC	8422	4,2	74,7
METFORMINE	4217	2,3	38,9	METFORMINE	4675	2,3	41,5
IBUPROFEN	3346	1,8	30,9	IBUPROFEN	3617	1,8	32,1
AMLODIPINE	2849	1,5	26,3	AMLODIPINE	3439	1,7	30,5
AMOXICILLINE	2720	1,5	25,1	PANTOPRAZOL	3257	1,6	28,9
ESOMEPRAZOL	2611	1,4	24,1	AMOXICILLINE	3195	1,6	28,3
NAPROXEN	2496	1,4	23,0	HYDROCORTISON MET OVERIGE MIDDELEN	2636	1,3	23,4
HYDROCORTISON MET OVERIGE MIDDELEN	2462	1,3	22,7	NAPROXEN	2571	1,3	22,8
PANTOPRAZOL	2389	1,3	22,0	ACETYLSALICYLZUUR	2569	1,3	22,8
OMEPRAZOL	2372	1,3	21,9	ESOMEPRAZOL	2526	1,3	22,4
ACETYLSALICYLZUUR	2297	1,3	21,2	METOPROLOL	2464	1,2	21,9

- Tabel B7.8 gaat verder op de volgende pagina -

²⁷ Geneesmiddelenvoorschriften zijn gecodeerd met numerieke prescriptiecodes en een aanduiding voor het soort code (P, H, A, M). Deze staan respectievelijk voor PRK codes handelsmerkcodes (HPK codes). 'A' zijn ZI-nummers of APK-nummers. De P, H en A codes konden worden omgezet naar ATC-codes met behulp van de Z-index (www.z-index.nl). De records aangeduid met de letter 'M' zijn Aruba-specifieke machtigingscodes (waarschijnlijk BAP meerprijs geneesmiddelen; generieke middelen waarvoor een prijsmaatregel bestaat, de 'Best Aruban Price'). Deze codes zijn deels omgezet naar medicatienamen m.b.v een door AZV geleverde koppeltabel.

2017				2018			
Prescriptie ²⁸	N	%	per 1000	Prescriptie	N	%	per 1000
METOPROLOL	2239	1,2	20,6	FUSIDINEZUUR	2418	1,2	21,4
DES Loratadine	2232	1,2	20,6	ROSUVASTATINE	2409	1,2	21,4
AMOXICILLINE MET ENZYMRERMER	2137	1,2	19,7	OMEPRAZOL	2348	1,2	20,8
FUSIDINEZUUR	2106	1,1	19,4	SIMVASTATINE	2284	1,1	20,3
PARACETAMOL, COMBINATIEPREPARAT EN EXCL PSYCHOLEPTICA	1988	1,1	18,3	DES Loratadine	2249	1,1	19,9
ROSUVASTATINE	1977	1,1	18,2	PARACETAMOL, COMBINATIEPREPARAT EN EXCL PSYCHOLEPTICA	2225	1,1	19,7
TRIAMCINOLON	1954	1,1	18,0	SALBUTAMOL	2088	1,0	18,5
AZITROMYCINE	1939	1,1	17,9	TRIAMCINOLON	2051	1,0	18,2
DOMPERIDON	1875	1,0	17,3	NITROFURANTOINE	2042	1,0	18,1
TIZANIDINE	1828	1,0	16,9	MOMETASON	2005	1,0	17,8
MICONAZOL	1801	1,0	16,6	TIZANIDINE	1974	1,0	17,5
SALBUTAMOL	1793	1,0	16,5	AMOXICILLINE MET ENZYMRERMER KUNSTTRANEN EN	1929	1,0	17,1
NITROFURANTOINE	1717	0,9	15,8	ANDERE INDIFFERENTE PREPARATEN	1922	1,0	17,0
VALSARTAN MET DIURETICA	1676	0,9	15,5	MICONAZOL	1874	0,93	16,6
CHLOORAMFENICOL	1667	0,9	15,4	LISINOPRIL	1869	0,93	16,6
MOMETASON	1653	0,9	15,2	TRAMADOL	1840	0,92	16,3
KUNSTTRANEN / ANDERE INDIFF. PREPARATEN	1652	0,9	15,2	VALSARTAN MET DIURETICA	1821	0,91	16,2
GM. Positieve Lijst gedekt vanuit AZV-pakket	1622	0,9	15,0	GM. Positieve Lijst gedekt vanuit AZV-pakket	1748	0,87	15,5
Totaal	184496	100	1701		200774	100,00	1780
Noot. N = aantal patiënten aan wie één of meer geneesmiddelen zijn voorgeschreven. % = proportie van het totaal aantal voorgeschreven patiënten. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten.							

²⁸ Geneesmiddelenvoorschriften zijn gecodeerd met numerieke prescriptiecodes en een aanduiding voor het soort code (P, H, A, M). Deze staan respectievelijk voor PRK codes handelsmerkcodes (HPK codes). 'A' zijn ZI-nummers of APK-nummers. De P, H en A codes konden worden omgezet naar ATC-codes met behulp van de Z-index (www.z-index.nl). De records aangeduid met de letter 'M' zijn Aruba-specifieke machtigingscodes (waarschijnlijk BAP meerprijs geneesmiddelen; generieke middelen waarvoor een prijsmaatregel bestaat, de 'Best Aruban Price'). Deze codes zijn deels omgezet naar medicatienamen m.b.v een door AZV geleverde koppeltabel.

Tabel B7.10. Geregistreerde diagnostische uitslagen; 2017 en 2018

2017	N	%	2018	N	%
Systolische bloeddruk	23281	3,3	Glucose nuchter	34276	3
Diastolische bloeddruk	23256	3,3	Systolische bloeddruk	32207	2,8
Glucose nuchter	22755	3,2	Diastolische bloeddruk	32158	2,8
Cholesterol totaal	17979	2,5	Cholesterol totaal	27844	2,4
HDL-cholesterol	17578	2,5	Kreatinineklaring MDRD formule (GFR)	27796	2,4
Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	17511	2,5	Kreatinine	27708	2,4
Kreatinine	17495	2,5	Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	27345	2,4
Kreatinineklaring MDRD formule (GFR)	16768	2,4	HDL-cholesterol	27341	2,4
Hematocriet (Ht)	16513	2,3	M.C.V.	26664	2,3
Erytrocyten	16488	2,3	Erytrocyten	26657	2,3
M.C.V.	16488	2,3	Hematocriet (Ht)	26649	2,3
Triglyceriden	16480	2,3	Trombocyten	26585	2,3
Trombocyten	16470	2,3	Gewicht patiënt	26008	2,3
Gewicht patiënt	16254	2,3	LDL-cholesterol	24395	2,1
LDL-cholesterol	16224	2,3	Hemoglobine (Hb)	24306	2,1
Leukocyten	16171	2,3	Triglyceriden	23665	2,1
Hemoglobine (Hb)	16060	2,3	Leukocyten	20665	1,8
Glycohemoglobine (HbA1c)	12034	1,7	Polsfrequentie	17631	1,6
Polsfrequentie	11949	1,7	Glycohemoglobine (HbA1c)	17225	1,5
Lengte patiënt	10137	1,4	Lengte patiënt	16527	1,5
Thyroid stimulerend hormoon (TSH)	10065	1,4	Thyroid stimulerend hormoon (TSH)	15135	1,3
Arm bloeddrukmeting	9916	1,4	Kalium	13698	1,2
Nitriet urine	8559	1,2	Arm bloeddrukmeting	13631	1,2
Ketonen urine (stick)	8229	1,2	M.C.H.	12986	1,1
Kalium	7998	1,1	M.C.H.C.	12986	1,1
Alanineaminotransferase (ALAT,SGPT)	7960	1,1	Quetelet-index (BMI) patiënt	12825	1,1
Quetelet-index (BMI) patiënt	7710	1,1	Red bloodcell distribution width	12750	1,1
Urobilinogeen	7320	1,0	Nitriet urine	12321	1,1
Erytrocyten urine	7147	1,0	Alanineaminotransferase (ALAT,SGPT)	12083	1,1
Leukocyten urine	7113	1	C-reactive proteïne (CRP)	11742	1,0
Totaal	710070	100		1141156	100

Tabel B7.11. Patiënten bij wie een diagnostische test is geregistreerd; 2017 en 2018

2017			2018		
Uitslag	N	%	Uitslag	N	%
Glucose nuchter	12673	2,7	Glucose nuchter	19734	2,6
Cholesterol totaal	11645	2,5	Cholesterol totaal	18179	2,4
HDL-cholesterol	11436	2,5	HDL-cholesterol	18094	2,4
Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	11375	2,4	Cholesterol/HDL-cholesterol ratio	18069	2,4
Hematocriet (Ht)	11353	2,4	M.C.V.	17942	2,4
M.C.V.	11336	2,4	Erytrocyten	17941	2,4
Erytrocyten	11335	2,4	Hematocriet (Ht)	17937	2,4
Trombocyten	11322	2,4	Trombocyten	17865	2,4
Systolische bloeddruk	11170	2,4	Kreatinine	17512	2,3
Diastolische bloeddruk	11162	2,4	Hemoglobine (Hb)	16637	2,2
Hemoglobine (Hb)	11147	2,4	Kreatinineklaring MDRD formule (GFR)	16159	2,2
Leukocyten	11105	2,4	LDL-cholesterol	15627	2,1
Kreatinine	10969	2,4	Triglyceriden	15568	2,1
Triglyceriden	10538	2,3	Systolische bloeddruk	15031	2,0
Kreatinineklaring MDRD formule (GFR)	10448	2,2	Diastolische bloeddruk	15024	2,0
LDL-cholesterol	10374	2,2	Leukocyten	13493	1,8
Thyroid stimulerend hormoon (TSH)	7030	1,5	Thyroid stimulerend hormoon (TSH)	10881	1,5
Polsfrequentie	6377	1,4	Gewicht patiënt	9153	1,2
Gewicht patiënt	6002	1,3	M.C.H.C.	9114	1,2
Glycohemoglobine (HbA1c)	5848	1,3	M.C.H.	9114	1,2
Nitriet urine	5771	1,2	Red bloodcell distribution width	8970	1,2
Alanineaminotransferase (ALAT,SGPT)	5624	1,2	Polsfrequentie	8962	1,2
Ketonen urine (stick)	5509	1,2	Nitriet urine	8871	1,2
Kalium	5039	1,1	Kalium	8788	1,2
C-reactive proteïne (CRP)	5011	1,1	Alanineaminotransferase (ALAT,SGPT)	8672	1,2
Erytrocyten urine	4931	1,1	Glycohemoglobine (HbA1c)	8488	1,1
Arm bloeddrukmeting	4833	1,0	Urobilinogeen	8123	1,1
Urobilinogeen	4751	1,0	C-reactive proteïne (CRP)	8103	1,1
Leukocyten urine	4596	1,0	Bilirubine urine	7446	1,0
pH urine	4589	1,0	pH urine	7441	1,0
Totaal	467199	100		748655	100

Tabel B7.13. Geregistreerde verwijzingen naar specialisme; 2017 en 2018

2017				2018				NL 2018
Specialisme	N	%	per 1000	Specialisme	N	%	per 1000	p.1000
Overig	11439	16,9	105,5	Overig	11196	15,1	99,3	-
Oogheelkunde	7641	11,3	70,5	Oogheelkunde	8648	11,7	76,7	32,4
Chirurgie	4678	6,9	43,1	Chirurgie	5238	7,1	46,4	25,8
Cardiologie	4225	6,3	39,0	Cardiologie	4516	6,1	40,0	15,3
Dermatologie	3867	5,7	35,7	Dermatologie	4125	5,6	36,6	32,4
Orthopedie	3587	5,3	33,1	Orthopedie	3867	5,2	34,3	30,4
Gynaecologie	3291	4,9	30,3	Neurologie	3814	5,1	33,8	22,9
Neurologie	3214	4,8	29,6	Gynaecologie	3762	5,1	33,4	19,4
Keel, neus, oor	3176	4,7	29,3	Keel, neus, oor	3583	4,8	31,8	31,0
Interne geneeskunde	2819	4,2	26,0	Interne geneeskunde	3049	4,1	27,0	14,3
Urologie	2387	3,5	22,0	Röntgenologie	2766	3,7	24,5	-
Röntgenologie	1978	2,9	18,2	Urologie	2303	3,1	20,4	11,8
Optiek	1952	2,9	18	Gastro-enteritis	1781	2,4	15,8	-
Psychiatrie	1774	2,6	16,4	Optiek	1768	2,4	15,7	-
Gastro-enteritis	1676	2,5	15,5	Fysiotherapie	1752	2,4	15,5	-
Fysiotherapie	1617	2,4	14,9	Longziekte	1664	2,2	14,8	7,8
Longziekte	1489	2,2	13,7	Psychiatrie	1622	2,2	14,4	20,2
Kinder-geneeskunde	1267	1,9	11,7	Kinder-geneeskunde	1432	1,9	12,7	9,0
Plastische	757	1,1	7,0	Nefrologie	893	1,2	7,9	-
Nefrologie	666	1,0	6,1	Maag-, darm	843	1,1	7,5	9,4
Oncologie	555	0,8	5,1	Plastische	838	1,1	7,4	9,7
Maag-, darm	481	0,7	4,4	Oncologie	631	0,9	5,6	-
Neurochirurgie	348	0,5	3,2	Eerste hulp	445	0,6	4,0	-
Psychologie	339	0,5	3,1	Psychologie	443	0,6	3,9	-
Eerste hulp	339	0,5	3,1	Neurochirurgie	400	0,5	3,6	-
Revalidatie	254	0,4	2,3	Orthopedie	297	0,4	2,6	-
Orthopedie	207	0,3	1,9	Revalidatie	265	0,4	2,4	2,6
Laboratorium	193	0,3	1,8	Reumatologie	249	0,3	2,2	5,2
Audiologisch	172	0,3	1,6	Audiologisch	246	0,3	2,2	-
Eerste-lijn	141	0,2	1,3	Medisch di	217	0,3	1,9	-
				Geriatric				3,0
				Anesthesiologie				2,6
				Mond & kaak				1,8
Totaal	67516	100	623		74170	100	658	
Noot. N = aantal geregistreerde verwijzingen in vaste patiëntenpopulatie. % = proportie van het totaal aantal geregistreerde verwijzingen. Per 1000 = aantal per 1.000 vaste patiënten.								

Bijlage C Voorbeeld spiegelrapportage huisartsen

Vertrouwelijk

Individuele praktijkrapportage Aruba

Betreft Huisartsenpraktijk Dr. X (voorbeeld)

Dit is een vertrouwelijke terugrapportage uit het Nivel onderzoek waaraan u hebt deelgenomen. Het Nivel heeft dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van UO AZV en in samenwerking met de HAVA. Wij zenden deze individuele terugrapportages uitsluitend aan de desbetreffende huisartsen. U krijgt ook het openbare onderzoeksrapport met alle resultaten, die echter niet tot individuele praktijken zijn te herleiden.

Deze rapportage gaat over een deel van de resultaten. Uit de Huisartsenenquête laten we zien hoe uw praktijk zich verhoudt tot de andere praktijken betreffende de beschikbaarheid van (medische) uitrusting en uw zorgaanbod. De terugrapportage uit de EPD scan geeft inzicht hoe er op tal van punten geregistreerd wordt in het EPD en welke de verschillen zijn tussen 2017 en 2018. Toelichting op de gebruikte gegevens en resultaten kunt u vinden in het integrale onderzoeksrapport.

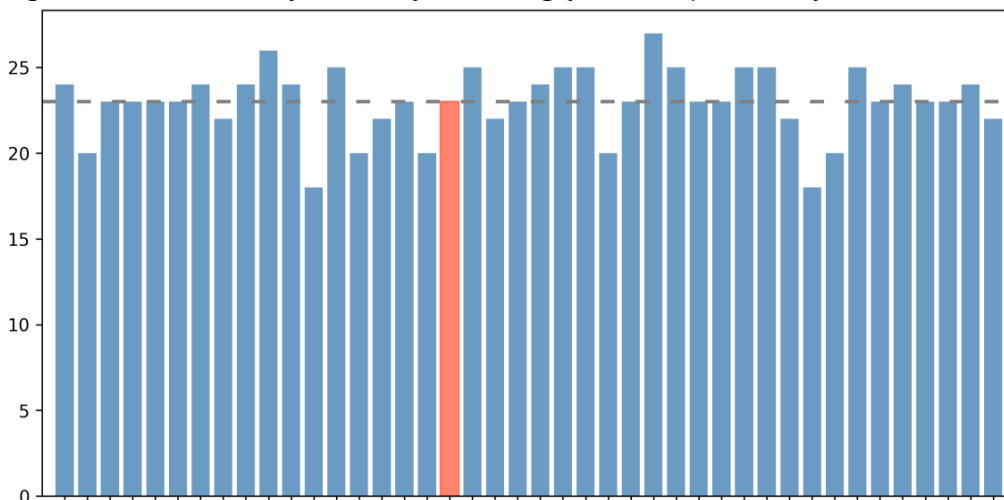
In onderstaande staafdiagrammen is uw praktijk steeds weergegeven in oranje. De stippellijn in de diagrammen geeft het gemiddelde over alle praktijken weer.

C1. Praktijkuitrusting en zorgprofiel

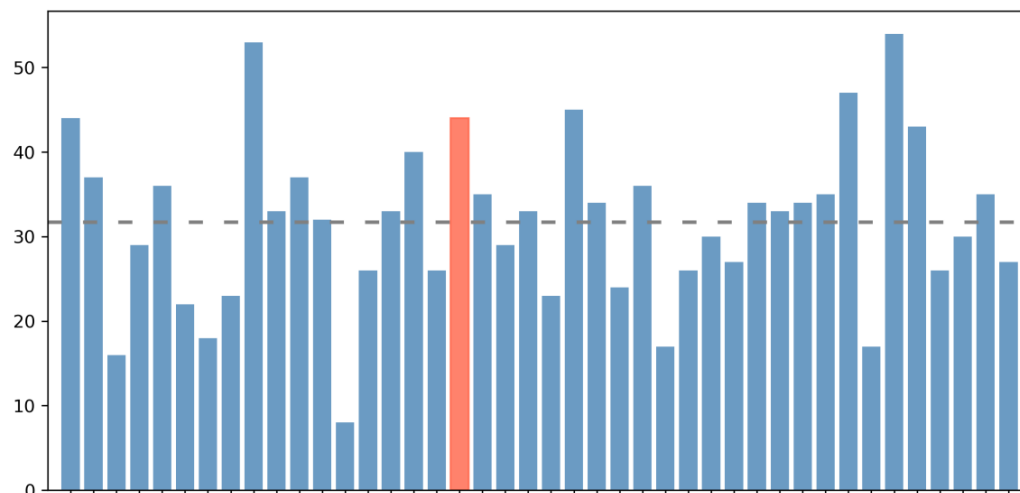
(uit Huisartsenenquête; zie ook Hoofdstuk 3 Onderzoeksrapport)

We presenteren hier een overzicht van de opgegeven praktijkuitrusting (a.d.h. van een lijst met 30 items) en enkele onderwerpen die een beeld geven van het zorgaanbod (de rol in het eerste contact; kleine medische verrichtingen en behandeling van aandoeningen)

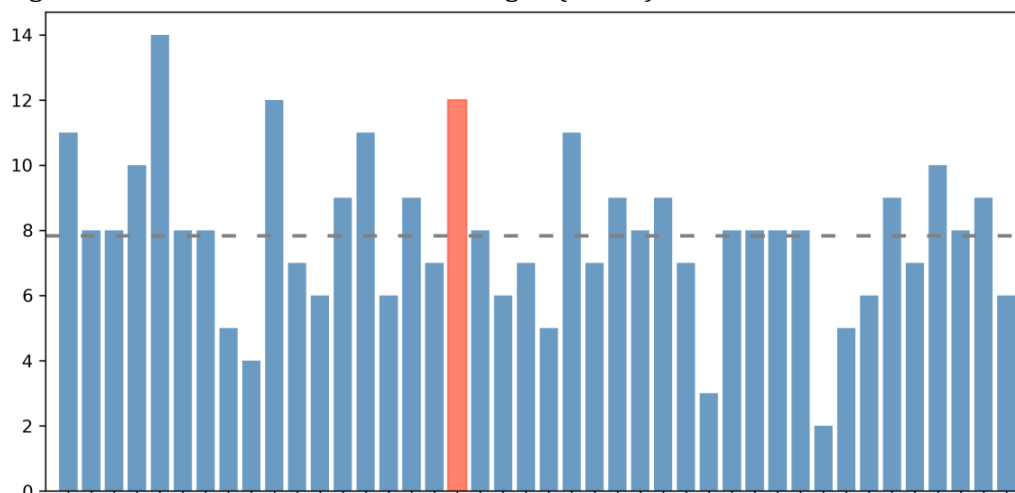
Figuur 1: Beschikbare (medische) uitrusting (van een lijst van 30)



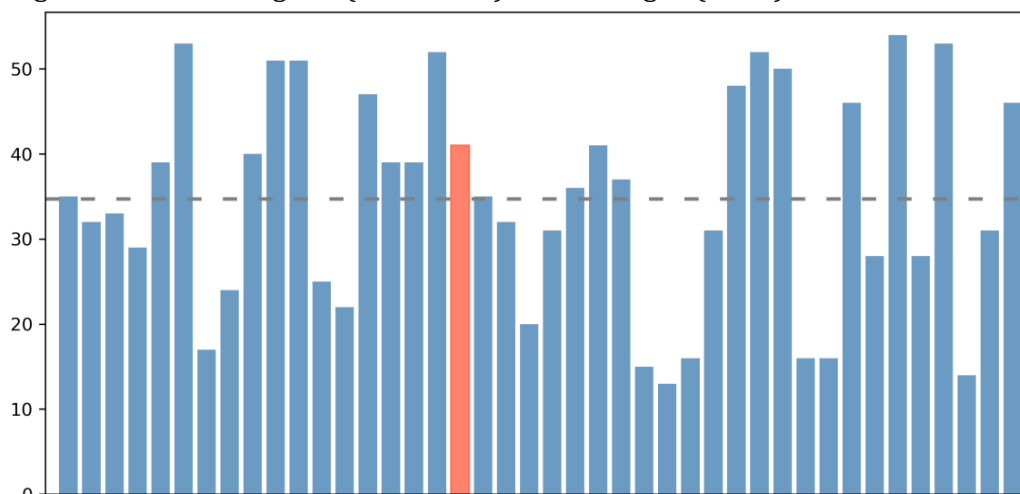
Figuur 2: Rol in het eerste contact met gezondheidsproblemen (score)



Figuur 3: Medisch-technische verrichtingen (aantal)



Figuur 4: Behandeling van (chronische) aandoeningen (score)



C2 Terugkoppeling uit de EPD-scan

(zie ook Hoofdstuk 7 Onderzoeksrapport)

Een belangrijk doel van de EPD scan was inzicht te krijgen in de stand van zaken bij het gebruik van de Promedico software, zoals die enkele jaren geleden bij alle huisartspraktijken op Aruba werd ingevoerd. Onder meer door de aangeboden ADEPD cursussen konden de huisartsen zich bekwamen in het gebruik van de nieuwe software.

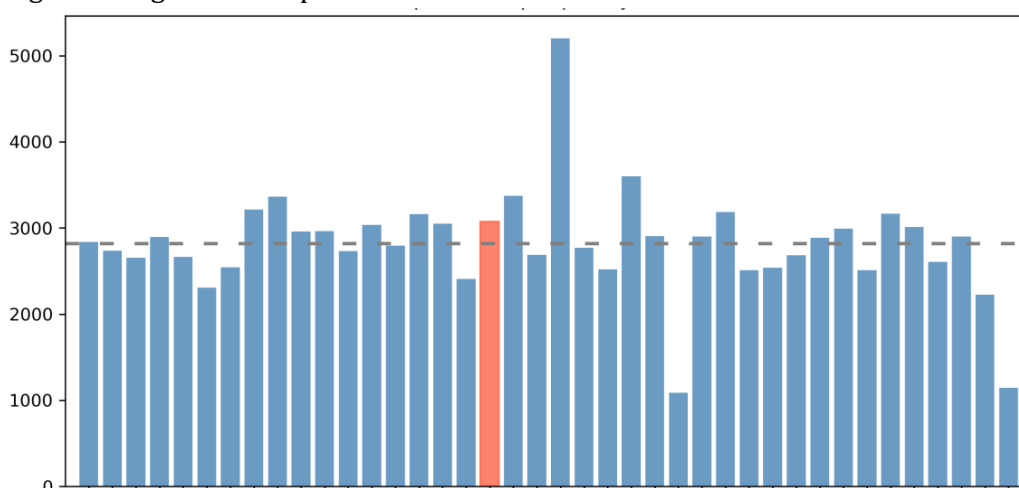
Door deze individuele terugkoppeling bent u in de gelegenheid de registraties in uw praktijk te vergelijken met die in andere praktijken en op die manier vast te stellen waar de beste verbetermogelijkheden in uw praktijk liggen.

2.1 Geregistreeerde praktijkpopulatie

De praktijkpopulatie omvat alle vaste patiënten waarvoor geen vertrekreden bekend is. Voor 2017 en 2018 zijn alle patiënten met een inschrijfdatum in of voor dat jaar aangehouden en een uitschrijfdatum eveneens in of na dat jaar. Vanwege het grote aantal missende inschrijfdatum zijn daarnaast ook patiënten waarvoor inschrijfdatum onbekend was voor beide jaren als vaste patiënt meegenomen.

Gemiddeld lag het aantal vaste patiënten volgens de EPD-gegevens in 2017 op 2.854 in 2017 en 2.820 in 2018. Omdat de diagrammen van beide jaren veel overeenkomst vertonen wordt alleen 2018 hier gepresenteerd.

Figuur 5: Ingeschreven patiënten in 2018

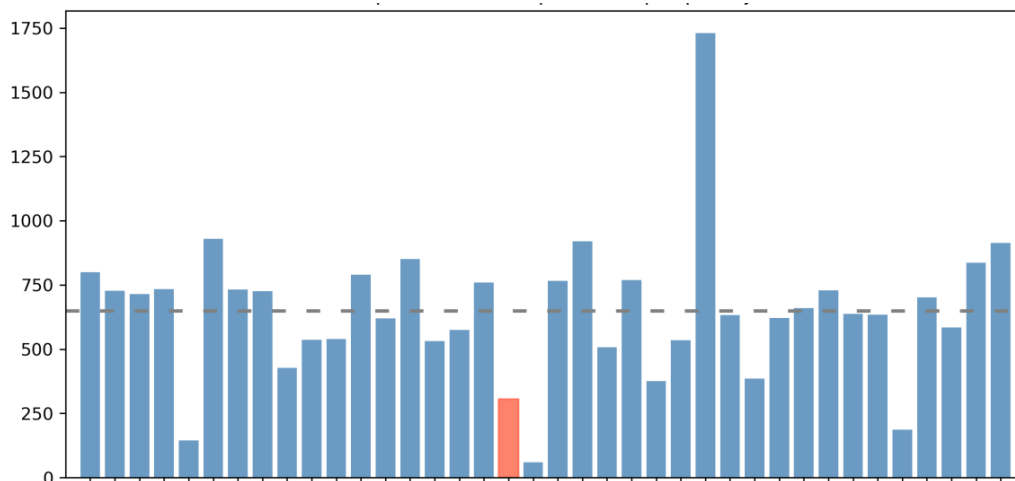


2.2 Geregistreeerde contacten

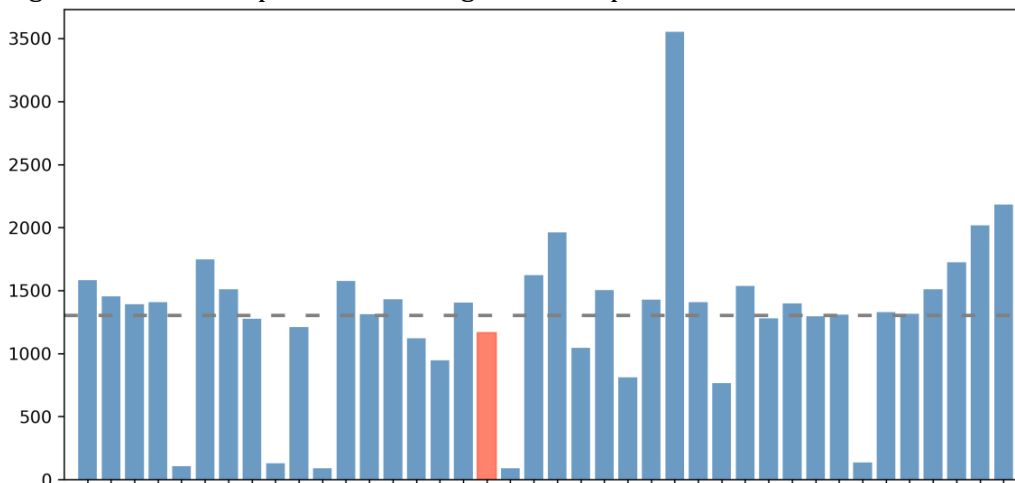
Als contact wordt aangehouden dat er tenminste één verrichting of één consult (van welk type dan ook) geregistreerd staat met een vast ingeschreven patiënt. Vergelijking van 2018 met 2017 kan een aanwijzing geven over mogelijke veranderingen in de registratie-routine.

Let wel: in 2018 werden over de hele lijn veel meer contacten geregistreerd dan in 2017; daarom verschillen de waarden op de Y-as in beide figuren.

Figuur 6: Contacten per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017



Figuur 7: Contacten per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2018

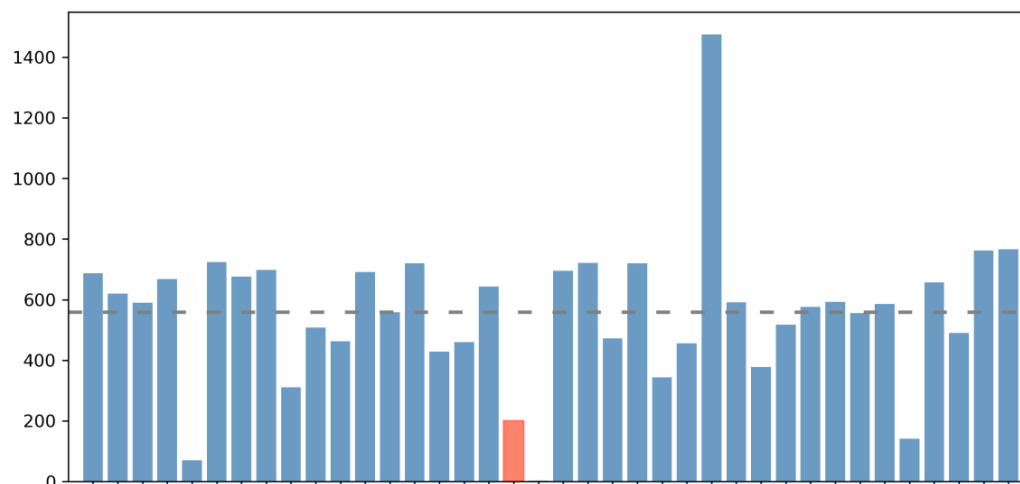


2.3 Geregistreeerde consulten

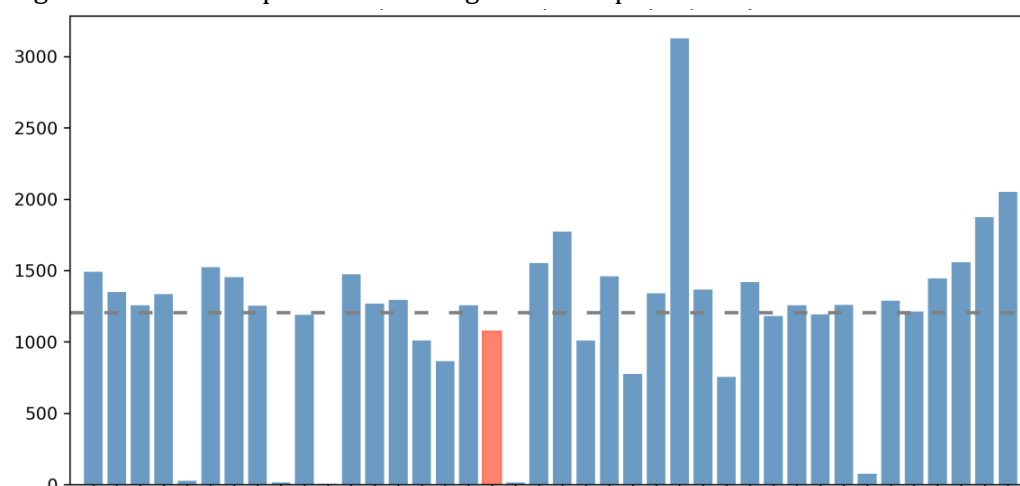
Een contact is de registratie van een verrichting of een consult. Onderstaande staafdiagrammen geven het aantal consulten per 1.000 patiënten weer voor 2017 en 2018. Ook hier kan vergelijking van beide jaren een aanwijzing geven over veranderingen in de wijze van registreren.

Let wel: in 2018 waren de geregistreeerde aantallen beduidend hoger dan in 2017; daarom verschillen de waarden op de Y-as in beide figuren.

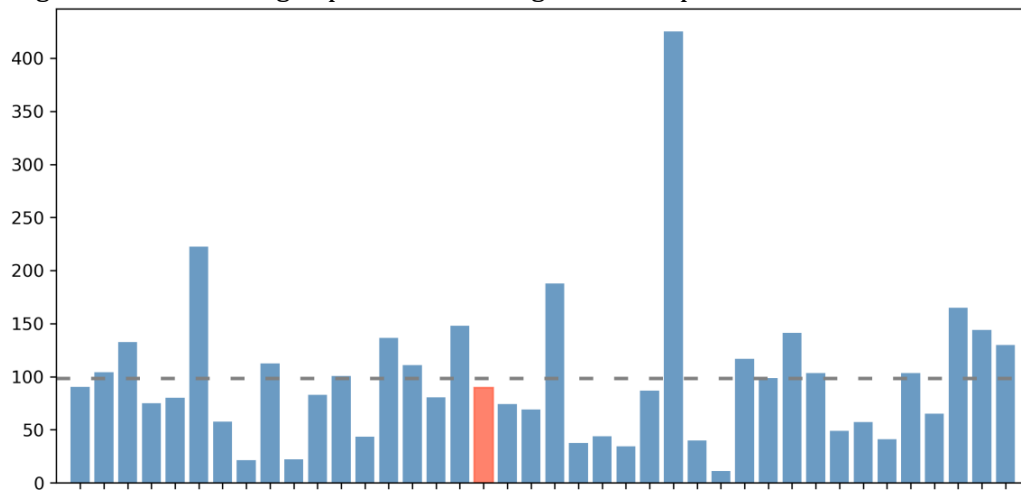
Figuur 8: Consulten per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017



Figuur 9: Consulten per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2018

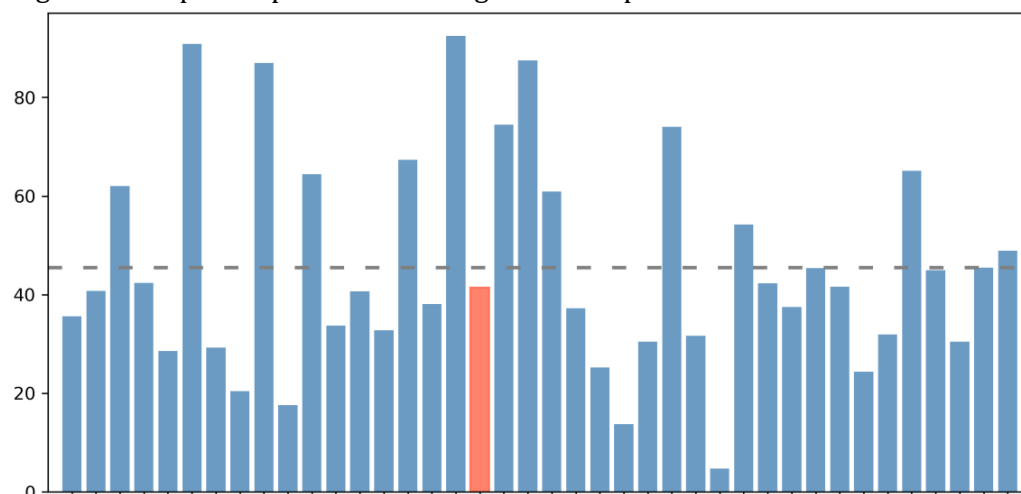


Figuur 11: Verrichtingen per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2018

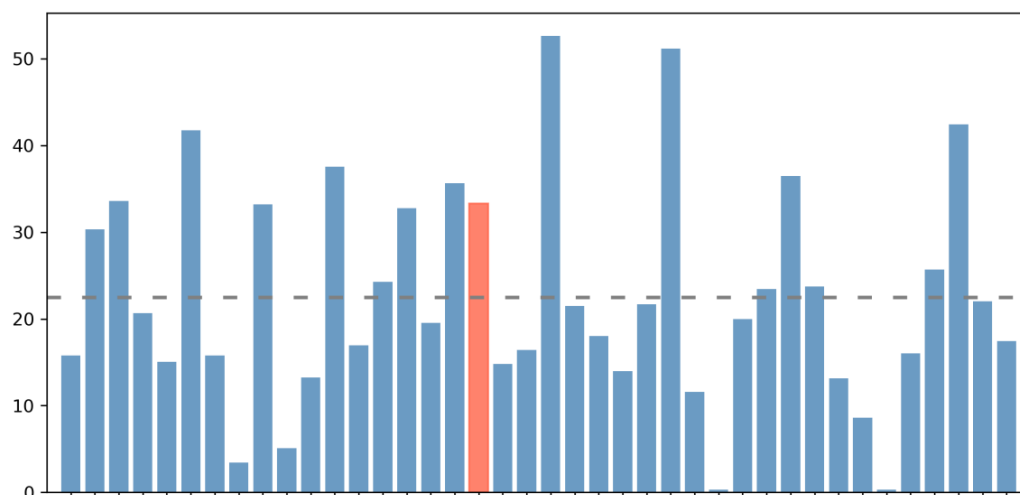


Variatie tussen praktijken door middel onderstaande staafdiagrammen voor de twee meest uitgevoerde verrichtingen; paptests en oorspoeling. Verrichtingen zijn over alle jaren en patiënten genomen. De staafdiagrammen tonen een grote variatie in geregistreerde paptests en oorspoeling per 1.000 vast ingeschreven patiënten per praktijk.

Figuur 12: Pap-tests per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018



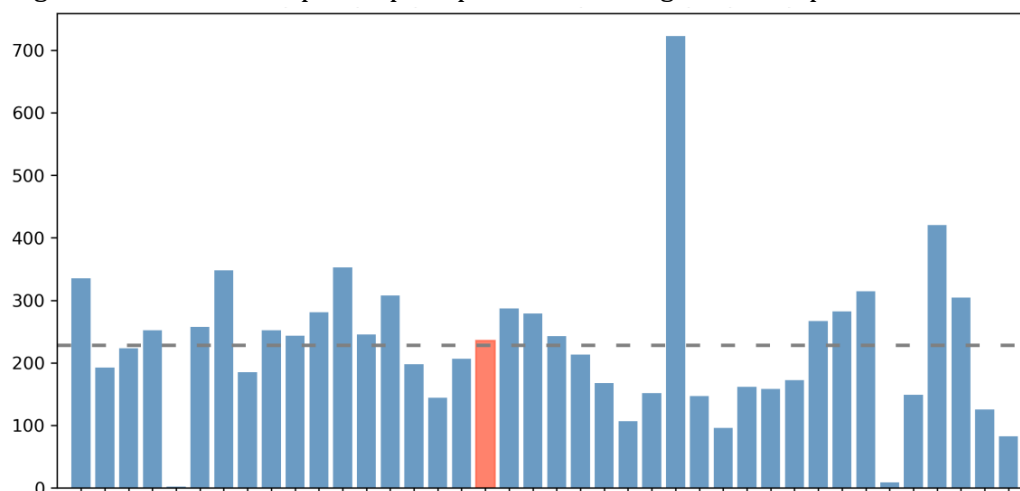
Figuur 13: Oorspoeling per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018



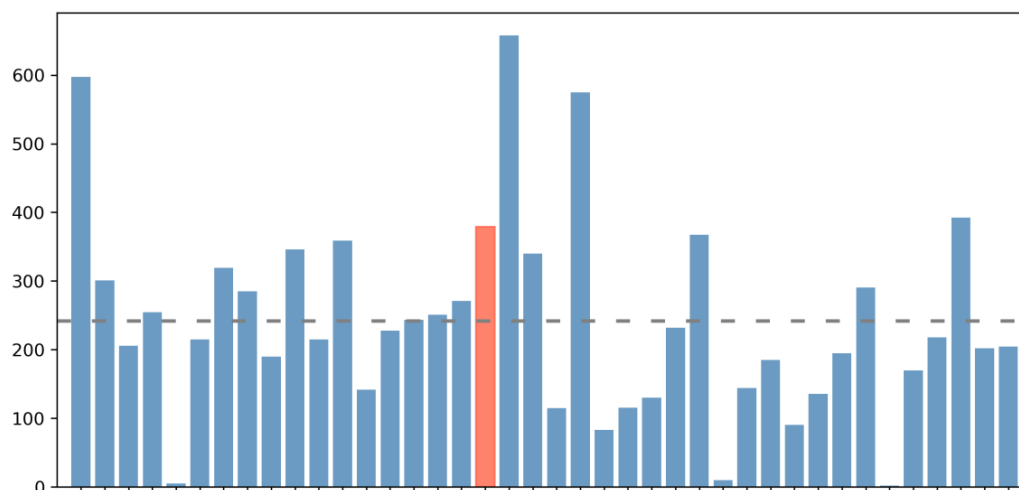
2.5 Geregistreerde prescripties

Variatie tussen praktijken door middel onderstaande staafdiagrammen voor de twee meest voorgeschreven medicatie; Metformine en Diclofenac. Prescripties zijn over alle jaren en patiënten genomen. De staafdiagrammen tonen een grote variatie in geregistreerde prescripties per 1.000 vast ingeschreven patiënten per praktijk.

Figuur 14: Metformine prescripties per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018



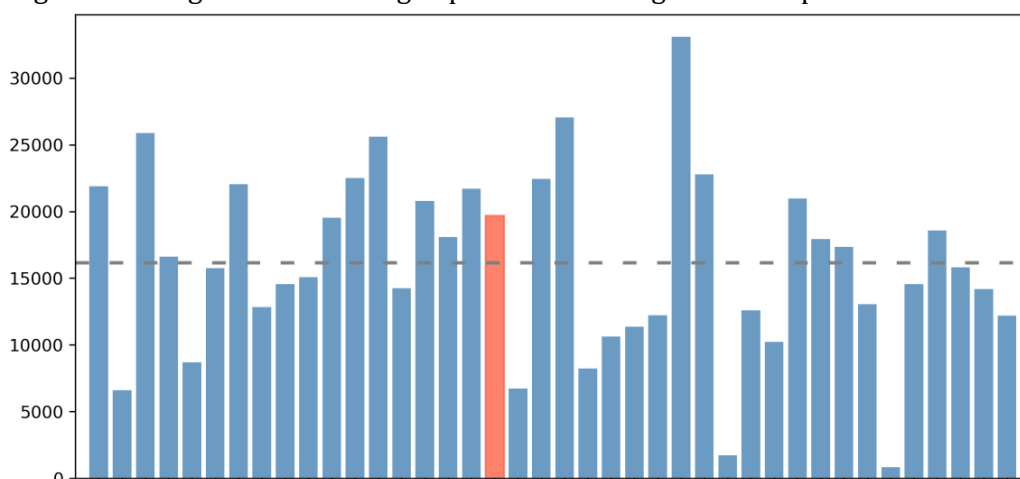
Figuur 15: Diclofenac prescripties per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018



2.6 Geregistreeerde diagnostische uitslagen

Onderstaande staafdiagram geeft het aantal uitslagen per 1.000 patiënten per praktijk weer voor 2017 en 2018 samen.

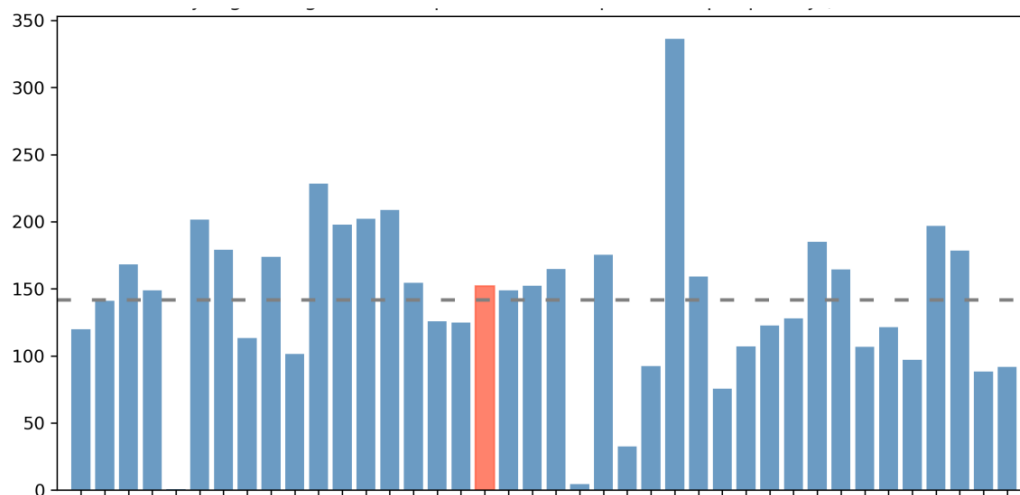
Figuur 16: Diagnostische uitslagen per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018



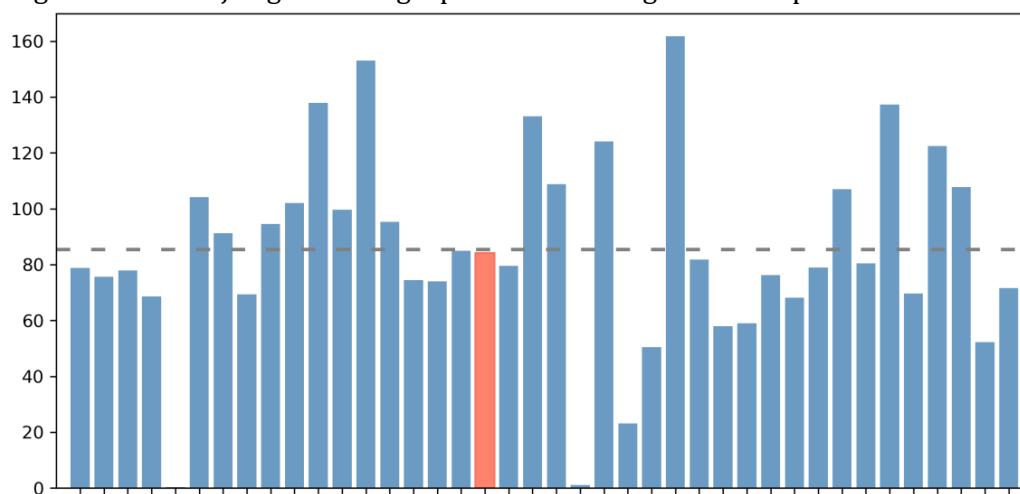
2.7 Geregistreeerde verwijzingen

Onderstaand diagrammen laten de verwijzingen in 2017 en 2018 zien naar Oogheelkunde en Chirurgie, waarvoor de verwijzingen het talrijkst waren.

Figuur 17: Verwijzingen oogheelkunde per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018



Figuur 18: Verwijzingen chirurgie per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018



2.8 Geregistreerde contra-indicaties

Figuur 19: Contra-indicaties per 1000 vast ingeschreven patiënten in 2017-2018

