

**Patiëntendossiers van huisartsen als informatiebron
voor beleid en praktijk op Bonaire, St. Eustatius en Saba**

Naar een lerend zorgsysteem

**Wienke Boerma
Petra ten Veen
Robert Verheij**

Patiëntendossiers van huisartsen als informatiebron voor beleid en praktijk op Bonaire, St. Eustatius en Saba

Naar een lerend zorgsysteem

Eindrapportage

Wienke Boerma
Petra ten Veen
Robert Verheij

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, overheden, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

NIVEL-onderzoek is van maatschappelijke en wetenschappelijke betekenis en daarom heeft het NIVEL een dubbele missie. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Ook zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ongeveer 90 onderzoekers.

ISBN 978-94-6122-406-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 27 29 700

Fax 030 27 29 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Omslagfoto: Wienke Boerma

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. 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

Dit onderzoek is gefinancierd door het RIVM, namens het Ministerie van VWS. De onderzoekers danken de huisartsen en het zorgmanagement op Bonaire, St. Eustatius en Saba voor hun ruimhartige medewerking aan dit onderzoek. Ook is dank verschuldigd aan de leden van de begeleidingscommissie voor hun waardevolle inbreng gedurende het onderzoek. Op het NIVEL hebben Ruud van den Broek, Rodrigo Davids, Elsie Greep en Elsbeth de Leeuw-Stravers belangrijke bijdragen geleverd aan het project.

Utrecht, augustus 2016

Begeleidingscommissie

De heer Rob Sardeman (VWS/IZ)
Mevrouw Liza van Koperen-Cox (VWS/IZ)
Mevrouw Chaya Sampatsing (VWS/PG)
De heer René Poos (RIVM)

Samenvatting

In 2015 en 2016 werd, in opdracht van het RIVM en het Ministerie van VWS, door het NIVEL een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden om de patiëntendossiers van huisartsen te gebruiken voor het opstellen van periodieke gezondheidsrapportages in Caribisch Nederland.

Onze boodschap

Het is mogelijk de informatiesystemen van huisartspraktijken te gebruiken ter informatie van lokaal gezondheidsbeleid. Op St. Eustatius en Saba kan dat gebruik in 2018 effectief zijn; op Bonaire duurt het langer omdat eerst een nieuw huisartsinformatiesysteem in gebruik moet worden genomen. Huisartsen en zorgmanagers zien het belang van deze ontwikkeling en willen er aan meewerken. Beter en vollediger registreren, met gebruikmaking van het ICPC coderingssysteem, vraagt van individuele zorgverleners kennis en aandacht om dit in het dagelijkse werk in te bouwen. Dat moet worden gefaciliteerd. Een goede registratie is echter ook teamwerk, dat stoelt op een taakverdeling en op afspraken binnen de organisatie. Goed vastgelegde zorggegevens hebben nog een andere belangrijke meerwaarde: ze kunnen zorgverleners feedback geven over de kwaliteit van hun werk en zo een prikkel zijn om die te verbeteren. Dat is het wenkend perspectief van een lerend zorgsysteem.

Relevantie

Sinds 2010 zijn Bonaire, St. Eustatius en Saba bijzondere gemeenten en dus wettelijk verplicht elke vier jaar rapportages te maken voor hun lokale volksgezondheidsbeleid. In Europees Nederland worden de praktijkinformatiesystemen van huisartsen hier steeds meer voor gebruikt, maar de geheel andere (en onlangs gewijzigde) omstandigheden op de drie eilanden, ook in de gezondheidszorg, waren reden de mogelijkheden en voorwaarden in dit onderzoek nader te bekijken.

Andere context vraagt maatwerk

Voor de bevolking van de drie zeer kleine en geïsoleerd liggende eilanden is Europees Nederland letterlijk en figuurlijk erg ver weg, maar ook onderling hebben ze weinig gemeen. Dat ze in oktober 2010 ineens, als bijzondere gemeente, deel gingen uitmaken van Nederland was ingrijpend. Op veel terreinen is het er niet beter op geworden de laatste vijf jaar, al is de gezondheidszorg een uitzondering, mede door investeringen en een nieuwe zorgverzekering. Bij verdere ontwikkelingen kunnen Bonaire, St. Eustatius en Saba veel baat hebben bij samenwerking met en inbreng uit Europees Nederland, mits goed rekening wordt gehouden met de lokale omstandigheden.

Onderzoeksvraag en aanpak

Het onderzoek moest dus antwoord geven op de vraag welke stappen nodig zijn om op de drie eilanden gegevens voor gezondheidsrapportages te verkrijgen uit routine zorgdata van huisartsenpraktijken; en op welke termijn het zover kan zijn.

De onderzoekers hebben twee maal een extractie van data uitgevoerd bij de huisartspraktijken op St. Eustatius en Saba. Hun bevindingen, na analyse van de data, werden in twee consultatieronden teruggekoppeld en besproken met de huisartsen. Op Bonaire was deze aanpak nog niet zinvol omdat daar op korte termijn met een ander huisartsinformatiesysteem gewerkt gaat worden; de gesprekken stonden daar in het teken van de voorwaarden voor deze transitie. Op de drie eilanden zijn ook gesprekken gevoerd met de zorgmanagers en de ziektekostenverzekeraar.

Naar betere informatie uit het HIS

Op St. Eustatius en Saba kan een gecoördineerde aanpak in 2018 betrouwbare informatie opleveren uit de informatiesystemen van de huisartsen. Dat vraagt om actie op verschillend vlak. Zo is het nodig dat de patiëntenpopulatie in het informatiesysteem ondubbelzinnig kan worden bepaald, bij voorkeur door koppeling met het verzekerdenbestand bij de ziektekostenverzekeraar ZVK. Binnen de praktijken moeten registratietaken helder worden verdeeld en afspraken daarover dienen opgevolgd te worden. Aan huisartsen en andere betrokken medewerkers moet scholing worden aangeboden om registratietaken goed uit te voeren. De kwaliteit van de registratie moet periodiek extern worden getoetst door middel van een gerichte check van de elektronische patiëntendossiers; de zogeheten EPD scan. Informatie daaruit moet worden teruggekoppeld aan de praktijken. Verder moet geregeld worden aan welke informatie precies behoefte is voor de gezondheidsrapportages; hoe en door wie de data-extracties plaats vinden en onder welke voorwaarden.

Naar een lerend zorgsysteem

Omdat goed bijgehouden zorgdossiers zoveel meer te bieden hebben dan informatie voor periodieke beleidsrapportages, schetsten de onderzoekers ook het bredere perspectief van een lerend zorgsysteem. Systematische vergelijking met praktijken elders, in Caribisch en Europees Nederland, houdt huisartsen een spiegel voor die laat zien hoe ze het doen en waar het beter kan. Dat is een gewaardeerde vorm van feedback, die voor de zorgverleners op de eilanden bovendien het professionele isolement kan doorbreken. Dergelijke systematische vergelijkingen kunnen een toegevoegde waarde hebben voor het lopende scholingsprogramma.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Doel en vraagstelling	9
1.2 Wettelijke verplichting als bijzondere gemeente	9
1.3 Aanpak van het onderzoek	10
2 Conclusies, aanbevelingen en antwoorden op de onderzoeksvragen	13
2.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen	13
2.1.1 De benodigde stappen	13
2.1.2 De haalbaarheid	14
2.1.3 De geschatte termijn	14
2.2 Conclusies	14
2.3 Aanbevelingen	15
3 Achtergronden	17
3.1 Zorgdossiers als informatiebron	17
3.2 Voorwaarden voor het gebruik van routine zorgdata	17
3.3 De context van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland	20
3.4 Het perspectief van een lerend zorgsysteem	22
4 Bevindingen uit observaties en geëxtraheerde gegevens	25
4.1 Waar we op hebben gelet	25
4.2 De praktijk van registreren	26
4.3 Bevindingen per eiland	27
4.3.1 St. Eustatius: samen kwaliteit verbeteren	27
4.3.2 Saba: remmende voorsprong?	28
4.3.3 Bonaire: op de drempel van een nieuwe start	29
4.4 Kwaliteit van dossiervorming op St. Eustatius en Saba	30
4.4.1 Epidemiologie	30
4.4.2 Zorggebruik	32
4.4.3 Indicatoren voor kwaliteit van zorg	32
4.5 Conclusie	33
5 Geraadpleegde bronnen	34
6 Bijlagen	36
Bijlage A Personen in Caribisch Nederland met wie gesprekken hebben plaats gevonden	37
Bijlage B Schets van drie bijzondere gemeenten in transitie	38
Bijlage C Randvoorwaarden voor het gebruik van routine zorgdata voor beleid	44
Bijlage D ADEPD, de NHG standaard voor goed registreren	46

1 Inleiding

Dit rapport doet verslag van een verkenning van mogelijkheden om lokale gezondheidsrapportages op de BES eilanden samen te stellen met behulp van gegevens die door huisartsen routinematig in elektronische patiëntendossiers worden vastgelegd. Deze studie vloeit voort uit de nieuwe status, sinds 2010, van Bonaire, St. Eustatius en Saba als bijzondere Nederlandse gemeenten, die hen onder meer wettelijk verplicht tot het opstellen van periodieke gezondheidsrapportages. In dit hoofdstuk worden ook het doel, de vraagstellingen en de aanpak van het onderzoek beschreven.

1.1 Doel en vraagstelling

Dit rapport gaat over de mogelijkheden om, op de eilanden Bonaire, St. Eustatius en Saba, de routine zorgregistraties van de daar werkzame huisartsen als bron van informatie te gebruiken voor periodieke lokale gezondheidsrapportages.

Met dit doel voor ogen is geprobeerd antwoord te geven op de volgende vragen:

- Welke stappen zijn nodig om op de drie eilanden een gegevensverzameling te realiseren op basis van routine zorgdata van huisartsenpraktijken, die in de toekomst als bron voor gezondheidsrapportages kan dienen?
- In hoeverre zijn die stappen haalbaar en op welke termijn?

1.2 Wettelijke verplichting als bijzondere gemeente

Dit project vloeit zowel voort uit de nieuwe status van de drie eilanden binnen het Koninkrijk sinds 2010 en de toenemende lokale verantwoordelijkheid in het voeren van gezondheidsbeleid, als uit inzichten in mogelijkheden van (geautomatiseerde) huisartsinformatiesystemen om daarvoor informatie te leveren.

Nieuwe status

Sedert 10 oktober 2010 hebben Bonaire, St. Eustatius en Saba de status van Openbaar Lichaam, vergelijkbaar met die van bijzondere Nederlandse gemeente. Recent uitgevoerde evaluaties van deze constellatie laten zien dat deze overgang ingrijpend was en dat de drie eilanden, door hun kleinschaligheid, de geïsoleerde ligging en in cultureel en economisch opzicht, niet alleen volstrekt anders zijn dan Europees Nederland maar ook onderling sterk verschillen (zie ook bijlage B). De bijzondere omstandigheden bepalen ook de gezondheidszorg op de eilanden en, meer in het bijzonder, de mogelijkheden van de huisartspraktijken om op Europees Nederlands niveau te presteren.

Eisen krachtens de Wet Publieke Gezondheid

Hoewel wetten in Europees Nederland niet automatisch gelden voor Caribisch Nederland, is de Wet publieke gezondheid (Wpg) ook daar van kracht. Dit betekent dat de BES-eilanden elk ook iedere vier jaar een nota gezondheidsbeleid dienen op te stellen (te verschijnen één tot twee jaar na de landelijke nota van het ministerie van VWS). Omdat de VWS nota in 2015 is verschenen zouden de lokale nota's in 2017 klaar moeten zijn.

De Nota's gezondheidsbeleid van Europees Nederlandse gemeenten zijn gebaseerd op een epidemiologische analyse van de gezondheidstoestand ter plaatse (Post et.al., 2014). Op landelijk niveau verzorgt het RIVM dergelijke analyses (de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen - VTV). Deze analyses zijn mede gebaseerd op gegevens uit elektronische patiëntendossiers van huisartsen die worden verzameld en geanalyseerd door de NIVEL Zorgregistraties. Op regionaal en lokaal niveau is er een belangrijke rol voor de GGD-en. Ten dienste van de gemeenten publiceert het RIVM zogeheten gemeentelijke gezondheidsprofielen (zie box 1)

Box 1: Doel en inhoud van gemeentelijke gezondheidsprofielen

Doel

Gemeenten kunnen met de gezondheidsprofielen informatie over bevolking en volksgezondheid in hun gemeente vergelijken met het GGD-gemiddelde en met landelijke trends. Met die informatie kunnen ze prioriteiten stellen voor hun gezondheidsbeleid.

Onderwerpen

Een gezondheidsprofiel bevat o.m. demografische gegevens, zoals bevolkingsgroei, geboorteoverschot, migratiesaldo. Ook kunnen doodsoorzaken worden vergeleken en kunnen gemeenten zien hoe zij scoren op gezondheidsdeterminanten zoals roken, drinken en overgewicht. Ook de vaccinatiegraad en sociale ongelijkheid kunnen (grafisch) worden weergegeven.

Bestaande gegevens geordend op gemeenteniveau

Gezondheidsprofielen zijn gebaseerd op bestaande gegevens die op gemeentelijk niveau bij elkaar zijn gezet. Bijvoorbeeld informatie uit www.volksgezondheidenzorg.info wordt niet vanuit indicatoren ontsloten, maar 'gekanteld' weergegeven per gemeente.

(Bron: http://rivm.nl/Onderwerpen/G/Gemeentelijke_gezondheidsprofielen)

Uit een brede oriëntatie van het RIVM naar informatiebronnen voor lokale gezondheidsrapportages op de BES eilanden bleken deze nog onvoldoende beschikbaar (Post et al., 2014). Het RIVM rapport concludeert dat gegevens die als routine worden vastgelegd in zorgregistraties als informatiebron te verkiezen zijn boven ad hoc vragenlijstonderzoeken, die een beperkter bereik hebben. Deze bronnen kunnen elkaar echter ook goed aanvullen.

Gebruik van zorgdossiers als bron heeft het voordeel dat ze in principe continue en routinematig, als onderdeel van het zorgproces, worden bijgehouden en het feitelijk zorggebruik laten zien in plaats van het door de respondent gerapporteerde zorggebruik. Om de voordelen van gegevens uit zorgregistraties goed te benutten moet echter wel aan voorwaarden worden voldaan. Daarop wordt in hoofdstuk 3 dieper ingegaan.

1.3 Aanpak van het onderzoek

Dit onderzoek heeft proefondervindelijk uitgezocht wat data-extracties uit de informatiesystemen van de huisartsen op de drie eilanden op dit moment aan informatie oplevert en welke vragen die oproepen. Directe interactie met de betreffende huisartsen is daarbij essentieel geweest, vooral ook om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag betreffende mogelijkheden en haalbaarheid van optimalisering.

Checken van randvoorwaarden

In de eerste plaats richtte dit onderzoek zich op het primaire proces van registratie in de huisartspraktijken. Daarbij werd gelet op:

- Volledigheid en actualiteit van de registratie van het basispatiëntenbestand;
- Volledigheid van vastgelegde consultgegevens (patiëntencontacten; klachten; diagnoses; verwijzingen; meetwaarden; laboratoriumuitslagen; voorgeschreven medicijnen);
- Het gebruik van codeersystemen.

Bij de verdere verwerking van de data (in de database en bij de analyses) werd op de volgende randvoorwaarden gelet:

- De mogelijkheid om gegevens te extraheren uit de computersystemen, naar een database;
- Het integreren van de gegevens uit verschillende bronnen in een database en het mogelijk maken van vergelijkingen;
- Beschikbaarheid van procedures om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de gegevens.
- Het onderkennen van mogelijkheden en beperkingen bij het analyseren van de gegevens.

Extracties uit elektronische patiëntendossiers

Tijdens werkbezoeken is geïnventariseerd welke softwarepakketten de huisartsen gebruiken en wat de mogelijkheden waren om daaruit gegevens te extraheren. Daarbij bleek de situatie op elk van de drie eilanden verschillend te zijn. Op Saba wordt Promedico VDF gebruikt; op St. Eustatius Promedico ASP; terwijl op Bonaire nog wordt gewerkt met SQLapius, maar een gezamenlijke migratie naar Promedico ASP is voorzien.

Met behulp van programmatuur van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn werden gegevens uit de door de huisartsen gebruikte software geëxtraheerd (Promedico VDF op Saba en Promedico ASP op St. Eustatius). Bij de ASP variant staan de gegevens in een centrale database op afstand van de praktijk en werkt de software via het internet. De praktijk geeft opdracht aan de softwareleverancier om de extractie uit te voeren en – gepseudonimiseerd - naar het NIVEL te sturen. Bij de VDF variant staan de gegevens lokaal in de praktijk en werkt ook de software lokaal. Daar moet de huisarts dan ook zelf de extracties doen. Op Bonaire heeft geen extractie plaatsgevonden omdat het thans gebruikte systeem binnenkort vervangen wordt. Op St. Eustatius en Saba zijn, voorafgaand aan de bezoeken, tweemaal data geëxtraheerd (een proefextractie van een deel van de data uit 2014 en een extractie van alle data uit 2015). Voor meer informatie over extracties, zie www.nivel.nl/zorgregistraties onder het kopje 'informatie voor zorgverleners'.

Het gebruikmaken van de bij NIVEL Zorgregistraties aanwezige tools en expertise voor wat betreft extracties, semantische integratie en analyses, stelde dit onderzoek in staat zich hoofdzakelijk te richten op de kwaliteit van het registreren in de huisartspraktijken. Andere bronnen van variatie in data kwaliteit werden daardoor als het ware gelijk getrokken.

Werkbezoeken

Twee onderzoekers van het NIVEL hebben de drie eilanden twee maal bezocht; in november 2015 en mei/juni 2016. Werkbezoeken vonden plaats in november 2015 en in mei 2016. Daarbij hebben onderzoekers, lokale zorgmanagers, huisartsen en zorgverzekeraar elkaar geïnformeerd over de huidige context, het nut en de aanpak van deze studie, de bevindingen en opties voor verbetering. Deze open en constructieve uitwisseling heeft draagvlak en vertrouwen opgeleverd, die voor dit project onmisbaar waren en een goede basis voor een vervolgtraject kunnen zijn, waarbij gegevens uit de huisartsenpraktijken daadwerkelijk kunnen worden gebruikt als informatiebron.

Saba en St. Eustatius

Hoofdbestanddeel van de bezoeken aan St. Eustatius en Saba waren de besprekingen tussen huisartsen en onderzoekers van de uitkomsten van de voorlopige analyses en de plannen om op alle eilanden over te schakelen op Promedico ASP. Deze maakten aan beide zijden veel duidelijk: niet alleen over de wijze van registreren en andere randvoorwaarden in de huisartspraktijken, maar ook *feedback* waar beheerders van de database en onderzoekers hun voordeel mee konden doen. Bij het vaststellen van discrepanties tussen de huidige en de gewenste registratieroutines was het een kleine stap naar de bespreking van wat er nodig was om in het gewenste niveau te bereiken.

Bonaire

In de bezoeken aan de huisartsen op Bonaire waren er geen data-extracties te bespreken, maar hebben wij informatie gegeven over wat goed registreren inhoudt en wat daarvan het nut is; niet alleen voor beleidsmakers maar ook voor henzelf en hun praktijkvoering. We hebben ook geluisterd naar hun wensen en behoeften aan ondersteuning en begeleiding zodra de nieuwe software op hun computers geïnstalleerd zal worden. Met de pas opgerichte Zorggroep is contact geweest over de coördinatie van de migratie en wat mogelijke aansluiting bij NIVEL Zorgregistraties op de langere termijn kan betekenen om de registratie optimaal te houden ten behoeve van informatie over epidemiologie en zorggebruik.

2 Conclusies, aanbevelingen en antwoorden op de onderzoeksvragen

De huisartsen in Caribisch Nederland willen positief aan de slag met het verbeteren van de kwaliteit van de informatievoorziening in hun praktijken. Die verbetering blijkt ook nodig om daar in de toekomst volksgezondheidsrapportages op te kunnen baseren. Bonaire zit nog op achterstand omdat daar eerst een nieuw software-systeem moet worden geïmplementeerd. Belemmeringen liggen niet alleen in de registratiegewoonten van huisartsen, maar ook in niet werkende administratieve procedures en slecht gecoördineerd registreren. Voorgesteld wordt om in een aantal concrete stappen de gegevensverzameling te optimaliseren. Verbetering van registratie zou hand-in-hand moeten gaan met een verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit rapport pleit voor een omvattende benadering waarin registratiesystemen bijdragen aan een lerend zorgsysteem; daarin is informatie dienstbaar aan het motiveren van zorgverleners en anderen om zich in hun werk voortdurend te verbeteren.

2.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

De bevindingen van dit onderzoek vormen de basis voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. Het antwoord op de tweede vraagstelling, over de haalbaarheid en de termijn, hebben we gesplitst.

2.1.1 De benodigde stappen

“Welke stappen zijn nodig om op Bonaire, St. Eustatius en Saba een gegevensverzameling te realiseren op basis van routine zorgdata van huisartsenpraktijken, die in de toekomst als bron voor gezondheidsrapportages kan dienen?”

Een traject ‘registratie’ zou de volgende stappen kunnen omvatten:

- Het bewerkstelligen van een koppeling tussen de HIS-en en de verzekerdenadministratie van ZVK, zodat de HIS-en altijd een up-to-date bestand bevatten van de ingeschreven (=verzekerde) populatie. Dit moet het huidige noemerprobleem oplossen.
- Een beter gestructureerd en georganiseerd registratieproces in de praktijken, waarbij sommige taken gedelegeerd kunnen worden naar andere medewerkers, zoals assistentes en verpleegkundigen. De taakverdeling moet helder zijn.
- Scholing voor huisartsen en medewerkers die met het HIS werken, ter wille van een volledig en uniform gebruik. Zij hebben hierbij een voorkeur voor ‘training on the job’.
- Een protocol met instructies over vereiste registratieroutines, bijvoorbeeld in geval van niet-ingeschreven patiënten (passanten, opvarenden, toeristen, studenten) en over de verwerking van ‘externe’ documentatie over patiënten (b.v. diagnostiek en verwijzingen).
- Periodieke terugkoppeling aan huisartsen, medewerkers en management over de kwaliteit van het EPD (op basis van extracties van data).
- Vaste bespreking van die *feedback* (peer review), waarbij expliciet doelen ter verbetering worden gesteld.
- Inzet van externe expertise voor data-extractie, verwerking daarvan tot *feedback* voor gebruikers en informatie voor de gezondheidsrapportages.

St. Eustatius en Saba kunnen nu al dit traject ingaan. Op Bonaire kan dat pas als de nieuwe software in alle praktijken operationeel is, de huisartsen (in het kader van de Zorggroep) het eens zijn deze aanpak te volgen en het duidelijk is hoe dit concreet zal worden georganiseerd. Voor de huisartsen op Bonaire zou een gezamenlijk optrekken bij het optimaliseren van hun HIS-en een goede stap kunnen zijn richting onderlinge toetsing. Zo ver zijn ze echter nog niet.

2.1.2 De haalbaarheid

“In hoeverre zijn die stappen haalbaar?”

Aan een belangrijke voorwaarde voor de haalbaarheid van een traject ‘registratie’ lijkt, vooral op St. Eustatius en Saba, te zijn voldaan: de huisartsen zijn geïnteresseerd en gemotiveerd om hier aan te werken. Op Bonaire staan de huisartsen in meerderheid positief tegen de ophanden zijnde migratie naar het nieuwe HIS. Men ziet ook dat die overgang extra inspanningen zal vergen, inclusief instructie en begeleiding. Er bestaan de nodige stimulansen. ZVK heeft een financiële tegemoetkoming in het vooruitzicht gesteld als huisartsen eind 2016 kunnen aantonen Promedico te gebruiken. De Zorggroep zal de migratie coördineren en wil actief zijn in het optimaliseren van de HIS-en in de toekomst. Toetreding tot de Zorggroep houdt o.m. in dat de huisartsen voor dit doel toestemming geven voor extracties van hun data.

Een probleem op Bonaire is evenwel dat historische zorgdata uit het oude systeem niet worden geconverteerd naar het nieuwe. Door deze discontinuïteit zullen de nieuwe HIS-en aanvankelijk nog van weinig betekenis zijn als informatiebron voor gezondheidsrapportages.

Om ook op de langere duur te kunnen bouwen op goed bijgehouden HIS-en, lijkt verbinding van ‘optimaal registreren’ met doelen ter verbetering van de kwaliteit van zorg op de eilanden raadzaam. Hierbij is het de bedoeling dat de Zorggroep het voortouw neemt. Hier liggen kansen voor een gezamenlijke aanpak op de drie eilanden.

Een dergelijk traject ‘*kwaliteit van zorg*’ zou de volgende elementen kunnen bevatten:

- Gezamenlijk vaststellen van thema’s (b.v. rond patiënten met chronische aandoeningen; risicogroepen)
- Op vrijwillige basis proeftuinen creëren per thema/ eiland (b.v. diabeteszorg op Saba; hart- en vaatziekten op St. Eustatius); ervaringen worden tussen de eilanden uitgewisseld.
- Activiteiten integreren in het lopende scholingsprogramma vanuit het AMC

2.1.3 De geschatte termijn

“..... en op welke termijn?”

Als nu wordt doorgewerkt in het traject ‘registratie’, kunnen voor St. Eustatius en Saba betrouwbare indicatoren voor volksgezondheidsrapportages beschikbaar zijn in 2018.

Voor Bonaire kan een dergelijke termijn niet worden genoemd. De introductie van Promedico ASP is al aanzienlijk vertraagd en wanneer het operationeel en voldoende informatief zal zijn om als informatiebron te dienen voor gezondheidsrapportages, valt nu niet te zeggen. Hoewel aan een aantal voorwaarden is voldaan, (zoals goede medewerking van de huisartsen en plannen voor de Zorggroep als coördinerende structuur), is invoering op Bonaire complex. Het aantal huisartsen is niet alleen groter dan op beide andere eilanden, ook het feit dat dezen zelfstandig gevestigd zijn is van invloed op de mogelijkheden van een uniforme gecoördineerde aanpak. Onzekerheid over de termijn wordt ook gevoeld door de complexiteit van de voorziene koppelingen van het HIS op Bonaire, vooral de mogelijkheid tot koppeling met de HAP (de huisartsenpost; voor huisartsenzorg buiten kantooruren) en de conversie van gegevens uit de oude HIS-en. Het was nog onzeker of de HAP ook met Promedico gaat werken; als dat niet het geval is, lijkt een belangrijk deel van de eerstelijnszorg buiten de extracties te blijven (tenzij daar afzonderlijke extracties voor worden georganiseerd).

2.2 Conclusies

- Patiëntendossiers van de huisartsen in Caribisch Nederland zijn op termijn een geschikte bron van informatie voor lokale nota’s over de volksgezondheid. Deze conclusie is gebaseerd op de ondervonden motivatie van de huisartsen zich in te zetten voor een betere registratie ten behoeve van een effectiever lokaal gezondheidsbeleid. De termijn is op St. Eustatius en Saba korter dan op

Bonaire, waar eerst een migratie naar nieuwe software wacht. Deze migratie wordt door de meeste huisartsen daar positief tegemoet getreden.

- Het traject voor St. Eustatius en Saba naar het gestelde doel is betrekkelijk overzichtelijk en omvat zowel technische stappen (zoals koppeling van de HIS-en met het ZVK, ter oplossing van het noemerprobleem) als organisatorische maatregelen (zoals een betere taakverdeling en uitoefening) en scholing en terugkoppeling van informatie. Externe ondersteuning is hierbij nodig. Op Bonaire moet eerst de overstap naar een nieuw registratiesysteem plaatsvinden voordat de kwaliteit van de registratie kan worden vastgesteld en een verbetertraject kan worden gestart.
- Het is alle betrokkenen duidelijk geworden dat de registratie in de huisartspraktijken beter kan. Sommige gegevens blijven buiten de dossiers omdat de meeste assistentes niet zelfstandig in het HIS werken. Ook ontbreken afspraken over uniforme werkwijzen en is er onduidelijkheid over de onderlinge rolverdeling tussen medewerkers. Ook het consequent en volledig gebruik van het ICPC classificatiesysteem verdient nog veel aandacht. Tegelijk mag ook worden vastgesteld dat de noodzaak tot goed registreren tot nog toe betrekkelijk gering was.
- Aandachtspunt bij de verbreding van het aantal gebruikers van het HIS en het delen van informatie tussen praktijken, is het omgaan met privacy-issues. Dit laatste geldt niet alleen voor assistentes en verpleegkundigen, maar ook voor de artsen. De nieuwe informatie-infrastructuur brengt immers met zich mee dat ook zij toegang krijgen tot veel meer informatie, ook van andere huisartsen, dan tot dusver het geval was.
- Voor de continuïteit is het van belang dat huisartsenpraktijken zelf ook nut blijven ondervinden van het goed registreren. Het is daarom positief dat de huisartsen veel belangstelling toonden voor spiegelinformatie over het functioneren van hun eigen praktijken. De huisartsen op Saba en St. Eustatius hebben dat al laten zien door hun gegevens voor het onderhavige onderzoek beschikbaar te stellen.
- Het belangrijkste knelpunt voor de bruikbaarheid van de registratie is de huidige onmogelijkheid om een betrouwbare noemer te bepalen, die weergeeft welke patiënten, over welke periode, de praktijk mag rekenen tot de vaste patiëntenpopulatie. Een dergelijke noemer is nodig om kengetallen te berekenen over het voorkomen van ziekten en de zorg die mensen krijgen. Ook hier verwachten we echter een positief effect van de automatiseringsslag die nu wordt voorbereid.

2.3 Aanbevelingen

- Op de korte termijn is het op orde brengen van de noemberbepaling in het HIS urgent. Gelukkig worden hier nu de nodige stappen in genomen, door de koppeling tussen gegevens in het HIS en gegevens van ZVK. Ook de andere koppelingen zijn van groot belang om de informatie in het HIS compleet en actueel te krijgen en te houden.
- Ook assistentes en verpleegkundigen dienen toegang te hebben tot gegevens uit het HIS en er voor te zorgen dat zij het goed kunnen gebruiken. Daarbij zullen ze zich, evenals de artsen, bewust moeten worden van de privacy-issues die hieraan zijn verbonden.
- Kennis en ervaring in het werken met een modern HIS dient bevorderd te worden, vooral onder de huisartsen op Bonaire die in dit opzicht een achterstand hebben. Daarbij is externe ondersteuning onmisbaar.

- Om HIS-informatie vergelijkbaar te maken tussen de eilanden dient toegewerkt te worden naar uniform gebruik. Hiervoor is feedback aan de praktijken nodig: in de eerste plaats over de kwaliteit van de registratie (EPD-scan), maar ook over de inhoud van de zorgverlening en de gepresenteerde gezondheidsproblematiek. De feedback zoals die in Europees Nederland aan huisartspraktijken wordt geboden kan als voorbeeld dienen; zij het dat, samen met betrokkenen, gestreefd moet worden naar maatwerk. Met deze aanpak wordt een stap gezet in de richting van een lerend zorgsysteem in Caribisch Nederland.
- Het traject naar een betere zorgregistratie moet rekening houden met de verschillende snelheden waarin dit op de eilanden gebeurt. Bij sommigen heerst de vrees dat het tempo bepaald gaat worden door de traagste; Bonaire dus. Dat kan het proces op beide andere eilanden ongunstig beïnvloeden.
- Feedback en informatie moeten niet alleen beschikbaar komen, er moet ook iets mee worden gedaan. Huisartsen en lokale zorgmanagers moeten voldoende in staat gesteld worden om de informatie om te zetten in acties die nodig worden geacht. Ook verpleegkundigen en assistentes dienen hierbij betrokken te worden.
- Externe expertise is nodig om het proces van data-extractie en verwerking daarvan tot informatie en *feedback* voor gebruikers op gang te krijgen en vol te houden. Op termijn kan gekeken worden in hoeverre er op de eilanden expertise beschikbaar komt, bijvoorbeeld om zelf berekeningen uit te voeren en cijfers te interpreteren voor het lokale gezondheidsbeleid.
- Het is zaak de gewekte belangstelling voor het nut van goed registreren, wat daarbij komt kijken en welke doeleinden ermee gediend zijn, levend te houden. Alle huisartsen blijken belangstelling te hebben voor spiegelinformatie, zowel inhoudelijke informatie, als voor informatie over kwaliteit van registreren. Deze feedback zou dan ook op de eilanden moeten worden besproken, op basis waarvan gezamenlijke doelen voor verbetering kunnen worden geformuleerd. Bijvoorbeeld het verbeteren van de zorg aan mensen met een chronische ziekte, of het beperken van antibioticagebruik. Degelijke activiteiten kunnen worden geïntegreerd in het lopende scholingsprogramma van het AMC.

3 Achtergronden

In zorgsystemen waarin huisartsen een centrale plaats innemen, bijvoorbeeld door een verwijfsfunctie, kunnen elektronische patiëntendossiers voor veel doeleinden informatie leveren. Voorwaarden zijn wel dat er in de praktijken consequent en volledig wordt geregistreerd met gebruikmaking van daarvoor geschikte software en coderingssystemen. Ook moet goed worden georganiseerd hoe de data worden geëxtraheerd, opgeslagen en geanalyseerd; dit alles met inachtneming van regels omtrent bescherming van de privacy. Voor een zinvolle interpretatie van de gegevens is kennis van de bijzondere context van de gezondheidszorg op elk van de drie eilanden onontbeerlijk. Sinds 2010 is de gezondheidszorg daar volop in beweging. De informatievoorziening en de automatisering in de zorg maken daar – van eiland tot eiland verschillend – deel van uit. De huidige en voorgenomen ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Caribisch Nederland passen goed in het bredere concept van een lerend zorgsysteem.

3.1 Zorgdossiers als informatiebron

Naarmate huisartsen een meer centrale positie in de gezondheidszorg innemen, blijkend uit een patiëntenpopulatie die op naam is ingeschreven en een verwijfssysteem naar specialistische zorg, kunnen data uit huisartsinformatiesystemen (HIS-en) een completer beeld opleveren van ziektepatronen en zorggebruik in de bevolking. Omdat op de BES eilanden in principe aan deze voorwaarden is voldaan, is het zeker zinvol voor dit doel toe te werken naar een optimalisering van de zorgregistratie.

Elektronische patiëntendossiers, zoals die in huisartspraktijken, kunnen dienen als bron van informatie voor uiteenlopende doelen, zoals:

- Voor de directe zorgverlening aan patiënten
- Over de kwaliteit van de geleverde zorg
- Over patiëntenstromen tussen zorgverleners en instellingen
- Voor het onderkennen van ontwikkelingen in het zorggebruik
- Om verspreiding van infectieziekten te kunnen volgen
- Om ontwikkelingen in de volksgezondheid te herkennen
- Voor het plannen van benodigde menskracht in de zorg.

Gebruikers van deze informatie kunnen professionals en beleidsmakers in de zorg zijn, op alle mogelijke niveaus, maar ook burgers of vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Informatie uit zorgdossiers heeft dus veel meer toepassingsmogelijkheden dan alleen voor gemeentelijke gezondheidsrapportages. Dat betekent dat er bij het optimaliseren van zorgdossiers als brede informatiebron ook oog moet zijn voor deze mogelijkheden. In dit rapport doen wij dit door – verderop in dit hoofdstuk - het perspectief te schetsen van een lerend zorgsysteem, waarin informatie wordt aangewend zowel voor beleidsdoeleinden als voor feed back aan zorgverleners en managers ter verbetering van het zorgproces.

3.2 Voorwaarden voor het gebruik van routine zorgdata

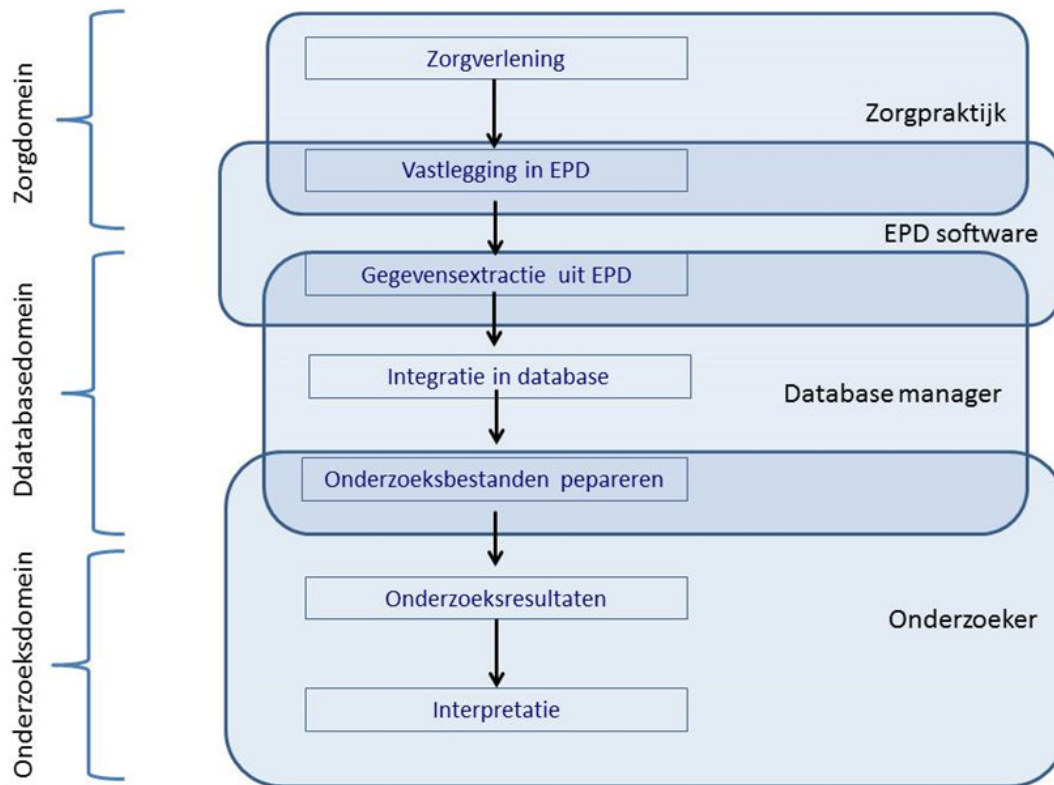
Het gebruik van informatie op basis van zorgdossiers staat of valt met de kwaliteit van de onderliggende gegevens. Daarbij geldt bovendien dat gegevens die voor één doel worden vastgelegd niet vanzelfsprekend ook geschikt zijn voor een ander doel en (van der Lei 1991, de Lusignan and Mimmagh 2006).

Dataverzameling en verwerking

In een dataverzamelingsproces doorlopen gegevens achtereenvolgens het domein van de zorgverlener, het domein van de database specialisten om uiteindelijk terecht te komen in het domein van de

onderzoeker (zie figuur 1) (Kuchinke, Ohmann et al. 2014). De kwaliteit van de uiteindelijk te gebruiken gegevens, en daarmee van de uitkomsten wordt beïnvloed door beslissingen die in elke stap worden genomen.

Figuur 1: Schakels in het genereren van informatie uit elektronische patiëntendossiers.



Registratie: een eerste vereiste is de beschikking over een computersysteem en software en weten hoe die te gebruiken. Verder moet men weten wat gestructureerd registreren inhoudt, bijvoorbeeld het bestaan van velden voor diagnoses en het gebruik van het coderingssysteem dat daarbij wordt gebruikt (de International Classification of Primary Care, ICPC). Wat betreft de software is het belangrijk dat wordt aangesloten bij internationaal gebruikte classificatiesystemen; dat extractieprogrammatuur van verschillende softwarepakketten vergelijkbare gegevens oplevert; en dat adequate maatregelen worden genomen voor de bescherming van de privacy van patiënten.

Als aan deze basisvoorwaarden is voldaan moet een zorgverlener de gegevens volledig en correct invoeren in het informatiesysteem. In een huisartsenpraktijken gaat het om registratie van (NHG 2009):

- *alle ingeschreven patiënten* (ook zij die de huisarts niet bezoeken; dit is noodzakelijk voor het bepalen van een epidemiologische noemer)
- *contacten* (voor informatie over het zorggebruik bij de huisarts)
- *diagnoses en/of gepresenteerde gezondheidsklachten* (waarvoor mensen bij de huisarts kwamen en waarvoor er eventueel werd doorverwezen of een medicijn voorgeschreven)
- *verwijzingen* (welke gezondheidsproblemen handelt de huisarts zelf af en voor welke wordt doorverwezen)
- *meetwaarden en lab-uitslagen* (inzicht in bijvoorbeeld bloeddruk of bloedsuikerwaardes in de populatie of een deel van de populatie)
- *medicijnvoorschriften* (welke geneesmiddelen worden er voorgeschreven)

Huisartsenpraktijken moeten worden gemotiveerd tot een correct en volledig gebruik van hun informatiesysteem (HIS), bijvoorbeeld door zelf het nut ervan te ervaren, dan wel door een financiële vergoeding of de mogelijkheid om eigen prestaties te vergelijken met collega's.

Extractie: gegevens, uit verschillende bronnen, dienen uit de systemen geëxtraheerd te worden en opgeslagen in een database.

Database: de gegevens worden in de database geïntegreerd en (ongeacht de gebruikte software) vergelijkbaar gemaakt met andere gegevens in de database.

Analyse en rapportage: een onderzoeker/analist krijgt een set gegevens ter beschikking om er de gewenste analyses mee te uitvoeren. Daarvoor moet deze alle voorafgaande stappen kennen alsmede de mogelijkheden en beperkingen van de gegevens. Daarbij hoort ook, meer in het algemeen, kennis van de lokale context van de gezondheidszorg en de plaats van de huisarts daarin (zie ook 3.3). Verkeerde interpretaties van de gegevens leidt tot uitkomsten die niet valide zijn.

Een onmisbare voorwaarde voor het genoemde gebruik van routine zorgdata zijn draagvlak en vertrouwen onder zowel de gebruikers als de leveranciers van data. Leveranciers moeten het vertrouwen hebben dat ieder mogelijk misbruik van de gegevens wordt voorkomen. Daarnaast moeten eventuele extra inspanningen voor de levering minimaal zijn, en de opbrengst maximaal, zowel op het hogere aggregatieniveau (bijvoorbeeld van de eilanden), maar ook voor individuele praktijken. Gebruikers van de informatie moeten er op kunnen vertrouwen dat gegevens valide zijn en uitkomsten betrouwbaar.

Beschikbaarheid van expertise

Expertise die nodig is om informatie te genereren uit elektronische patiëntendossiers is doorgaans niet beschikbaar in huisartspraktijken. Gunstig voor Caribisch Nederland is, dat deze expertise ook niet ter plaatse aanwezig hoeft te zijn. Het NIVEL heeft veel ervaring met de hele keten van gegevensverzameling in huisartspraktijken tot het verspreiden van informatie over (trends in) het voorkomen van ziekten en aandoeningen, zorggebruik en kwaliteit van zorg (zie box 2).

Box 2: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

NIVEL Zorgregistraties verzamelt gegevens uit o.m. de patiëntendossiers van huisartsen van 1,7 miljoen Nederlanders. Deze gegevens worden gebruikt om op landelijk niveau antwoord te geven op de vraag hoe de gezondheid van de bevolking zich ontwikkelt, en welke zorg er gebruikt wordt voor welke gezondheidsproblemen. Rapportage vindt jaarlijks plaats via: <http://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijin>. De gegevens worden ook vaak gebruikt voor verder onderzoek, waarover altijd openbaar moet worden gerapporteerd. Deelnemende zorgpraktijken ontvangen jaarlijks feedback over het functioneren van hun praktijk ten opzichte van de overige praktijken.

Met 520 huisartsenpraktijken in Nederland die op dit moment bij NIVEL Zorgregistraties zijn aangesloten vindt – op afstand - een intensieve uitwisseling plaats om een constante stroom van data van optimale kwaliteit te waarborgen. Ook andere eerstelijns zorgverleners zijn aangesloten bij Zorgregistraties (zoals huisartsenposten en paramedici). De informatie die dit oplevert wordt, onder meer, gebruikt voor het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV).

Om bij het gebruik van de gegevens de privacy van patiënten en zorgverleners te garanderen zijn strikte procedures en regels ontwikkeld (Kuchinke, Ohmann et al. 2014). De belangen van de zorgverleners die aan NIVEL Zorgregistraties deelnemen worden behartigd door de koepelorganisaties van die zorgverleners.

Ten behoeve van verschillende toepassingsmogelijkheden kunnen zorgdata uit patiëntendossiers worden verrijkt met gegevens uit andere bronnen, zoals patiëntenquêtes, declaratiegegevens en sociaal economische gegevens; uiteraard weer met inachtneming van de privacy van patiënten. Deze specifieke expertise kan ook worden ingezet in Caribisch Nederland.

3.3 De context van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland

De omvang, inrichting en functioneren van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland bepaalt mede wat de betekenis is van huisartsinformatiesystemen als bron voor lokale gezondheidsrapportages, en meer in het algemeen, de mogelijkheden van een lerend zorgsysteem. Het stelsel is extreem kleinschalig en voor een deel van de zorgbehoefte moet dan ook worden gebruik gemaakt van voorzieningen in andere landen.

Zorgvoorzieningen

Door de geringe populatie en de geïsoleerd ligging is het niet haalbaar op elk van de eilanden een volledig aanbod van zorgvoorzieningen beschikbaar te hebben. Box 3 geeft een overzicht van het aanwezige zorgaanbod op elk van de eilanden.

Box 3: Overzicht van de zorgvoorzieningen in Caribisch Nederland

Bonaire

- Ziekenhuis (36 bedden; SEH; laboratorium; dialysecentrum)
- Verpleeghuis (76 bedden; 10 plaatsen dagopvang)
- Zorgcentrum (incl. wijkverpleging, bejaardenwerk, verloskundige- en kraamzorg).
- GGD (o.m. infectieziektenbestrijding; JGZ; verslavingszorg)
- Huisartsenpost (voor buiten kantooruren)
- 8 huisartsen (zelfstandig gevestigd)
- tandartsen
- 3 apotheken
- 3 laboratoria

St. Eustatius

- Ziekenhuis (11 bedden; verloskamer; laboratorium; röntgen; SEH)
- Verpleeghuis (22 bedden)
- Wijkverpleging / thuiszorg
- Consultatiebureau
- huisartsen (in loondienst)
- Tandarts
- Apotheek

Saba

- Ziekenhuis (11 bedden; laboratorium; röntgen; SEH)
- Verpleeghuis (21 bedden)
- Wijkverpleging / thuiszorg
- Consultatiebureau
- 2 huisartsen (in loondienst)
- Tandarts
- Apotheek

(Bronnen: Eilandgids Caribisch Nederland van de Rijksdienst CN; observaties van de onderzoekers)

Ontwikkelingen in de zorg sedert 2010

Vergeleken met andere beleidsterreinen is de bevolking op de drie eilanden goed te spreken over de ontwikkeling van de gezondheidszorg sedert 2010. Daarin heeft de overheid in Den Haag in die periode ook veel geïnvesteerd. Huidige positieve ontwikkelingen en knelpunten kunnen als volgt worden samengevat (Evaluatiecommissie Caribisch Nederland, 2015):

Positieve ontwikkelingen

- Er is een lange-termijndoel gesteld voor een aanvaardbaar niveau van zorgvoorzieningen.

- De gezondheidszorg is na de transitie op veel punten fors verbeterd, o.m. door de invoering van een publieke brede zorgverzekering.
- Veel investeringen in infrastructuur, apparaten en ICT. Op Bonaire is het ziekenhuis sterk gemoderniseerd, waardoor het aantal medische uitzendingen sterk daalde.
- Twee helikopters beschikbaar voor medisch spoedvervoer vanaf Sint Eustatius en Saba.
- Kennisoverdracht door Nederlandse professionals.

Knelpunten

- Veel weerstand tegen de versoering van vergoedingen (mondzorg; fysiotherapie).
- Medische uitzendingen zijn duur en kosten patiënten en hun begeleiders veel tijd
- Communicatieproblemen tussen zorgverleners op de eilanden en de plaats van uitzending
- In Colombia voorgeschreven medicijnen worden niet altijd vergoed
- Te weinig deskundigheid en opvang voor jongeren in problemen en bij crisissituaties thuis.
- Weerstand tegen de snelle invoering van ethische wetgeving (abortus; euthanasie).
- Overleg vanuit Den Haag ('meer maatwerk'); bureaucratie (zoals bij de medische uitzendingen).

De nieuwe zorgverzekering

De uniforme volksverzekering voor de 3 eilanden omvat zowel geneeskundige als langdurige zorg omvat. Ten behoeve van het Ministerie van VWS is het Zorgverzekeringskantoor (ZVK) belast met de uitvoering. Verzekerd is iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland, zoals geregeld in het Besluit zorgverzekering BES. De dekking geldt: huisartsenzorg; medisch-specialistische zorg; ziekenhuiszorg; paramedische zorg; tandartsenzorg; farmaceutische zorg, medicijnen; hulpmiddelen; verloskundige zorg; kraamzorg; ziekenvervoer; langdurige zorg in verband met ouderdom, een ziekte of handicap al dan niet gepaard gaande met verblijf in een instelling. Voor zorg niet beschikbaar op de eilanden is uitzending mogelijk

Lokale prioriteiten voor de zorg

Het zorgbeleid op de drie eilanden richt zich momenteel vooral op de kwalificatie van beroepsbeoefenaren, de kwaliteit van eerstelijnszorg en de zogeheten medische uitzendingen (Bron: Vijfde Voortgangsrapportage Jaar 2015, Rijksvertegenwoordiger voor de Openbare Lichamen Bonaire, St.Eustatius en Saba)

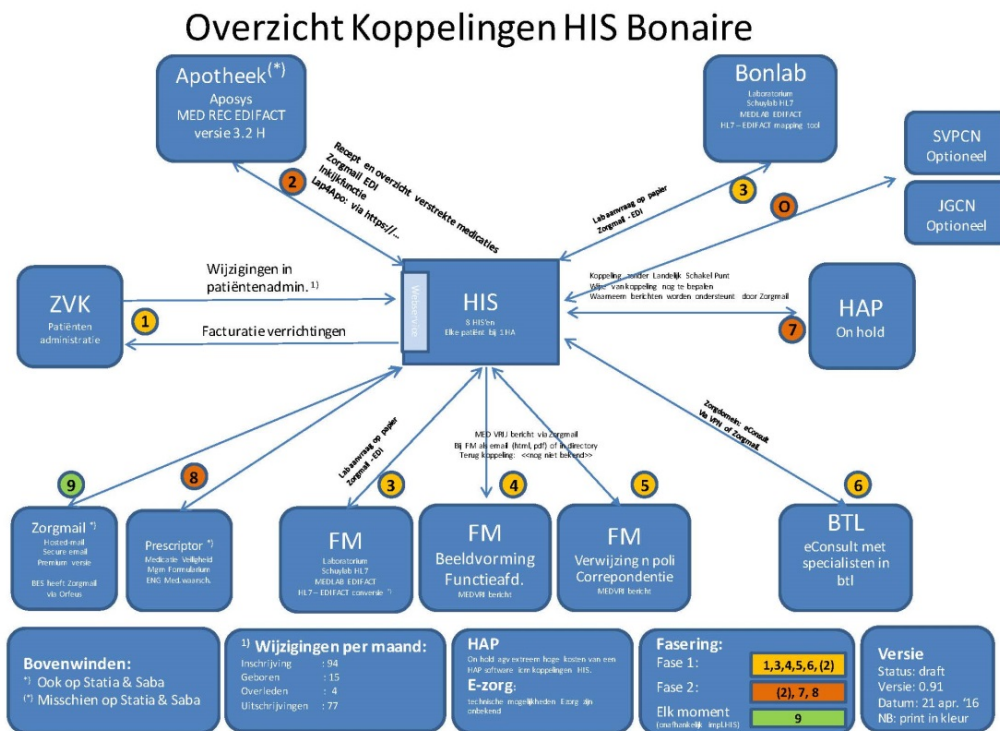
- *Voorwaarden voor beroepsuitoefening.* De wet BIG is niet van kracht in Caribisch Nederland. Wel geldt begin 2015 het 'Besluit uitoefenen medisch beroep BES'. Niet-BIG geregistreerde artsen die het beroep van huisarts wil uitoefenen hebben vóór 1 januari 2015 een ontheffing moeten aanvragen. Bevoegdheidsbesluiten voor arts, tandarts, verloskundige en/of apotheker bevatten opleidingseisen op Europees-Nederlands niveau. In 2020 moeten beroepsbeoefenaren onder het Besluit het gewenste kennisniveau hebben.
- *Verbetering eerstelijnsgezondheidszorg.* Dit wordt gerealiseerd door middel van een vierjarig scholingstraject voor de huisartsen. Daarnaast ondersteunt het Zorgverzekeringskantoor de huisartsen naar een zorggroepenaanpak, om veel voorkomende chronische ziekten zoals diabetes, hypertensie en chronisch hartfalen beter te kunnen behandelen.
- *De medische uitzendingen.* In 2015 zijn afspraken gemaakt met Colombiaanse ziekenhuizen om procedures in de zorg aan patiënten uit Caribisch Nederland te vereenvoudigen en de zorg doelmatiger en efficiënter te maken. Het aantal uitzendingen naar, en de gemiddelde verblijfsduur in Colombia nemen af. Het Zorgverzekeringskantoor heeft een tweede ziekenhuis op St. Maarten gecontracteerd, op het Franse deel, waardoor uitzendingen naar Colombia minder vaak nodig zijn.

Automatisering in de zorg

Voor dit onderzoek is zorgautomatisering erg belangrijk, en vooral de keuze voor Promedico-ASP als registratiesoftware voor de huisartspraktijken op de drie eilanden. Hierbij wordt de software centraal

gehost, en de zorggegevens centraal opgeslagen. Op St. Eustatius wordt dit systeem al gebruikt. Op Saba is nog een stand-alone variant van Promedico in gebruik (Promedico-VDF). Op Bonaire wordt nog met het systeem SQuapius gewerkt, dat daar ook in het ziekenhuis wordt gebruikt. De overstap op Promedico-ASP houdt voor Saba, maar vooral voor Bonaire, een grote verandering in. Essentieel zijn de voorgenomen koppelingen tussen het HIS en gegevens van respectievelijk het Zorgkantoor, de laboratoria en de huisartsenpost (HAP) voor zorg buiten kantooruren (zie figuur 2).

Figuur 2: Overzicht van voorgenomen koppelingen met het HIS op Bonaire. Bron: ICT plan Bonaire.



Als deze koppelingen worden gerealiseerd zou er een einde komen aan de huidige onduidelijkheid over wie er verzekerd zijn via het ZVK, en wie bij welke praktijk staat ingeschreven. Ook kan dan vanaf de HAP informatie over een patiënt worden ingezien bij huisartsenpraktijken. In het voorjaar van 2016 was een koppeling met de HAP, die uit oogpunt van continuïteit van zorg zeer gewenst is, nog allerminst zeker.

3.4 Het perspectief van een lerend zorgsysteem

Gezondheidsnota's zoals bedoeld in de Wet publieke gezondheid, passen goed in het algemene idee van een lerend zorgsysteem. Het idee van een lerend zorgsysteem, wint de laatste jaren sterk aan populariteit, mede als gevolg van de groeiende beschikbaarheid van data die routinematig in het zorgproces worden vastgelegd. De toepassingsmogelijkheden van dit type data zijn talloos (Delaney, Peterson et al. 2012, Friedman, Rubin et al. 2015).

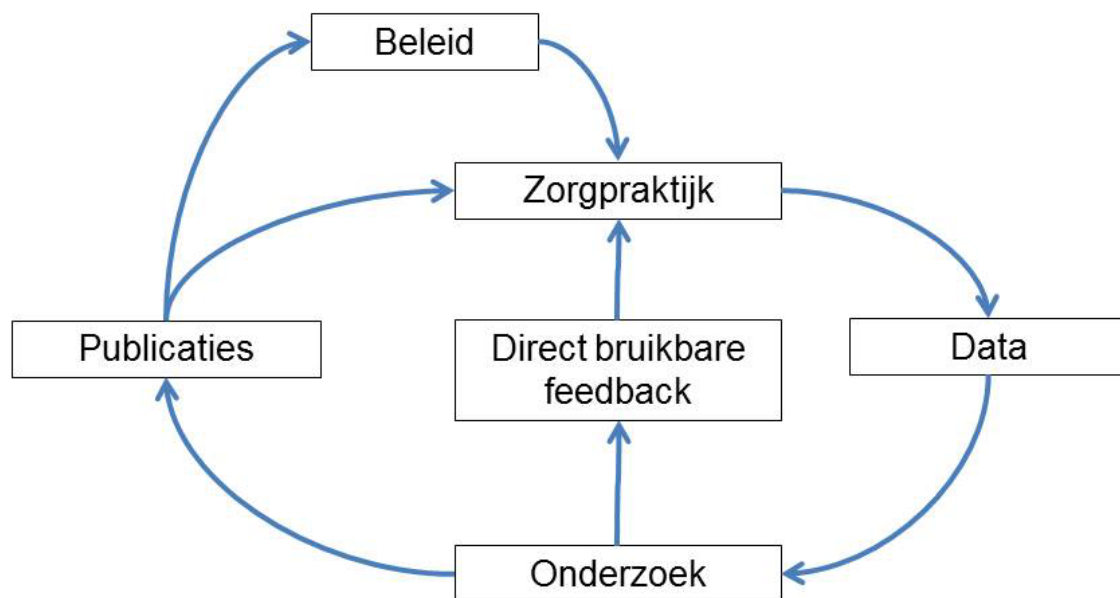
Continue prikkels ter verbetering

In een lerend zorgsysteem is het genereren van kennis dusdanig ingebed in het primaire proces van zorgverlening dat actoren daardoor continu prikkels krijgen tot verbetering van zorg. Essentieel is dat informatie en kennis zijn gebaseerd op het secundair gebruik van data die primair zijn vastgelegd voor de

zorg aan patiënten. Verwachtingen van een lerend zorgsysteem zijn gebaseerd op de notie dat in ieder zorgsysteem veel te winnen is, in geld en kwaliteit, en dat gedragsverandering om die winst te bereiken meer kans maakt als *feedback* snel en specifiek wordt gegeven.

Een lerend zorgsysteem bedient actoren met juist die informatie die ze nodig hebben. Zorgverleners hebben andere *feedback* nodig dan zorgmanagers of beleidsmakers. Figuur 3 geeft schematisch weer hoe routinematig in zorgpraktijken vastgelegde gegevens de basis zijn voor onderzoek, dat resulteert in *feedback* aan zowel die zorgpraktijken als aan beleidsmakers, bijvoorbeeld via rapporten en andere publicaties.

Figuur 3: Schematische weergave van een lerend zorgsysteem.



In een lerend zorgsysteem is sprake van een doorlopende stroom van gegevens ten behoeve van een continu proces van verbetering, bijvoorbeeld in efficiëntie, kwaliteit van zorg en patiënt-gerichtheid. Dit maakt een nauwe samenwerking nodig tussen zorgverlening en onderzoek waarbij te allen tijde de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gegarandeerd moet zijn. In bredere zin behelst dit onderzoek in feite ook een eerste verkenning van de mogelijkheden om op de BES eilanden een lerend zorgsysteem op te zetten, op basis van routine zorgdata.

De gesprekken van de onderzoekers met de zorgverleners en zorgmanagers in Caribisch Nederland hebben zich ook gericht op de mogelijkheden om huisartsen, op basis van dezelfde informatiebronnen, te voorzien van spiegelinformatie ten behoeve van de daar gewenste verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarmee komt het primaire doel van dit onderzoek, optimaliseren van de huisartsinformatiesystemen voor gezondheidsrapportages, in het bredere perspectief te staan van een lerend zorgsysteem.

Mogelijkheden in Caribisch Nederland

De kleinschaligheid van het zorgsysteem in Caribisch Nederland is een voordeel bij het realiseren van een lerend zorgsysteem. Het aantal informatiebronnen dat ten behoeve van feed back moet worden gecoördineerd is zeer beperkt. In feite zijn de huisartsinformatiesystemen er het hoofdbestanddeel van. Vandaar het belang van een optimalisering van deze systemen, bestaande uit: de beschikbaarheid van adequate software; mogelijkheid om data op afstand te extraheren en in een database op te slaan;

capaciteit om informatie te genereren op basis van de data; informatie terug te koppelen aan zorgverleners en andere betrokkenen.

In een later stadium kunnen andere bronnen worden betrokken, bijvoorbeeld die informatie verschaffen over beleid, ingezette middelen en uitkomsten van zorg.

4 Bevindingen uit observaties en geëxtraeerde gegevens

In dit hoofdstuk wordt de praktijk van het registreren in de huisartspraktijken afgezet tegen de eisen die men idealiter aan het gebruik van het HIS kan stellen. In de dagelijkse praktijk van zorgverleners zijn er omstandigheden en redenen zijn die het bereiken van dat ideaal in de weg staan. In de loop van de twee data-extracties die tijdens dit project zijn gehouden, bleek ook dat die eigenaardigheden niet altijd alleen in de zorgpraktijk liggen maar ook in de software, de structuur van de database of de assumpties van de onderzoekers die er mee werkten. Deze ruis kon in dit tijdsbestek al worden verminderd, echter niet geëlimineerd. Zo bleek het bepalen van de juiste epidemiologische noemer niet of nauwelijks mogelijk. Toch tonen we in dit hoofdstuk resultaten op basis van de geëxtraeerde HIS gegevens. Niet zozeer als een rapportage over ziekten en zorg op beide eilanden, maar om te illustreren wat er op dit moment mogelijk is met het beschikbare materiaal, ondanks geschetste beperkingen

Observaties over het gebruik van huisartsinformatiesystemen (HIS-en) zijn gebaseerd op de praktijk op St. Eustatius (waar men Promedico ASP gebruikt) en Saba (waar nu nog met Promedico VDF wordt gewerkt, maar in de toekomst met Promedico ASP). Op Bonaire staan de huisartsen aan de vooravond van een softwaremigratie van het huidige SQulapius naar Promedico ASP. Om die reden heeft daar geen extractie van data plaats gevonden. De gesprekken met de Bonairiaanse huisartsen ging over hun ervaringen met de aanstaande veranderingen, hun verwachtingen omtrent het migratietraject en hun behoeften aan ondersteuning bij het gebruik van de nieuwe software.

4.1 Waar we op hebben gelet

Met het onderzoek van de HIS-en richtten we ons op het zorgdomein. Daarbij hebben we gekeken naar de mogelijkheid om de patiëntenpopulatie vast te stellen en de volledigheid waarmee klinische informatie uit consulten en andere bronnen werd geregistreerd met gebruikmaking van de beschikbare classificatiesystemen. Verder hebben we geprobeerd een beeld te krijgen van hoe systematisch en uniform de huisartsen te werk gingen bij het registreren in het HIS. Wat volledig en systematisch registreren idealiter inhoudt staat beschreven in

..

Box 4: Wat volledig en systematisch registreren inhoudt (ook: Boesten et al., 2013)

Een compleet HIS bevat

- Basale gegevens van de totale patiëntenpopulatie; ook degenen die de huisarts niet of zelden bezoeken (*'epidemiologische noemer'*)
- Alle contacten, gerangschikt in episodes; ook contacten buiten de spreekkamer, zoals huisbezoeken en die aan een huisartspost (*'zorggebruik'*)
- Adequaate gecodeerde symptomen/diagnoses met gebruikmaking van de volle breedte van de ICPC classificatie (*'ziekten en aandoeningen'*)
- Alle verwijzingen (*'zorggebruik buiten de eerstelijns'*)
- Alle uitslagen en meetwaarden; gerelateerd aan diagnoses (*'risicofactoren'*)
- Alle prescripties; ook van medisch specialisten (*'therapie'*)

Richtsnoer bij dit deel van ons onderzoek was de ‘Richtlijn voor adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD)’ ontwikkeld door het NHG (NHG, 2013). Deze richtlijn, die als gouden standaard kan worden gezien, is ontwikkeld om huisartsen te adviseren hoe ze hun medisch dossier het best kunnen bijhouden en gebruiken. Voor een uitvoeriger beschrijving van ADEPD wordt verwezen naar bijlage C.

4.2 De praktijk van registreren

Onze besprekingen met de huisartsen op St. Eustatius en Saba op basis van de geëxtraheerde gegevens uit hun HIS-en heeft de onderzoekers veel inzicht gegeven in de kwaliteit van de registratie. Dit inzicht is van belang om zinvolle informatie over prevalentie van aandoeningen en kwaliteit van zorg te produceren. Uit de gesprekken werd duidelijk dat nog veel te verbeteren valt aan het bijhouden van de HIS-en als deze naast de directe patiëntenzorg, ook voor andere doelen gebruikt gaan worden (zoals voor periodieke gezondheidsrapportages). Ook vertonen de registratiegewoonten van de huisartsen nog aanzienlijke verschillen.

Een voorbeeld

Een concreet voorbeeld laat zien dat het goed bijhouden van een informatiesysteem niet vanzelfsprekend is in de zorg van alledag in een huisartspraktijk. Om betrouwbare informatie uit het HIS te krijgen over, bijvoorbeeld de zorg voor chronische patiënten, moet uit de gegevens zijn op te maken of een patiënt behoort tot de vaste patiëntenpopulatie (inclusief persoonlijke gegevens), moet een diagnosecode zijn vastgelegd, evenals relevante uitslagen van (ook elders verricht) diagnostisch onderzoek en de voorgeschreven medicijnen (in ATC codes). Daarbij kan nogal wat mis gaan. Diagnoses zijn in de huisartsgeneeskunde niet altijd direct duidelijk en moeten dan later – handmatig - worden bijgesteld, bijvoorbeeld na informatie van een specialist. Dat gebeurt niet altijd. De juiste registratie van voorgeschreven medicatie vergt vaak ad hoc werk na een consult; bijvoorbeeld als het elders voorgeschreven geneesmiddelen betreft. Als de patiënt komt voor een herhaalrecept is ook niet altijd duidelijk of er al dan niet sprake is van een contact. Terugkoppeling van de apotheek kan eveneens te wensen over laten. Diagnostische bepalingen komen niet altijd systematisch in het HIS terecht omdat ook deze doorgaans handmatig moeten worden ingevoerd, waar het niet altijd van komt. Als dat wel het geval is, komen ze niet altijd op de juiste plaats in het dossier te staan.

Verskillende gewoonten

De gesprekken maakten duidelijk dat uniform registreren tussen samenwerkende huisartsen binnen één (eiland)praktijk niet altijd een prioriteit was. Huisartsen hebben hun eigen gewoonten bij het vastleggen van gegevens, bijvoorbeeld bij het toekennen van diagnosecodes. Ook hebben ze hun eigen oplossingen bij problemen als hierboven geschetst. Er is, met andere woorden, geen coördinatie in het gebruik van de HIS-en. Dit hoeft in de huidige omstandigheden overigens niet als een ernstige omissie te worden beschouwd. De noodzaak tot uniformering en volledigheid was betrekkelijk gering omdat tot nu toe de huisartsen vrijwel de enige gebruikers zijn van ‘hun’ HIS. Indien HIS-gegevens gebruikt gaan worden als onderdeel van een lerend gezondheidszorgsysteem, als huisartsen meer met elkaar gaan samenwerken en gegevens delen, als gegevens voor meerdere doelen gebruikt gaan worden, ontstaat de noodzaak om beter en vollediger te registreren.

Praktijkassistentes

Opmerkelijk was verder dat anderen dan de huisartsen niet of nauwelijks 'schrijven' in het HIS. Er bestaat geen routine waarbij bezoekende medisch specialisten hun consulten in het HIS registreren. Ook praktijkassistentes hebben nauwelijks een rol bij het up-to-date houden van de HIS-en. Voor een deel komt dit door gebrekkige computervaardigheid van de assistentes, maar ook speelt een rol dat men in de kleine gemeenschap op een eiland het aantal personen dat toegang heeft tot vertrouwelijke medische informatie beperkt wil houden.

4.3 Bevindingen per eiland

Op St. Eustatius en Saba zijn de bevindingen gebaseerd op zowel extracties van data uit de HIS-en als gesprekken met de huisartsen en de managers van beide Health Foundations. Op Bonaire hebben geen extracties plaats gevonden en zijn de bevindingen gebaseerd op beide gespreksrondes met de huisartsen en besprekingen met het Zorgverzekeringskantoor en de Zorggroep.

4.3.1 St. Eustatius: samen kwaliteit verbeteren

Bespreking naar aanleiding van extracties

De omvang van de bevolking blijkt veel te hoog als afgegaan wordt op de gegevens uit de registraties. Het HIS blijkt vervuild omdat vertrokken patiënten niet worden uitgeschreven en patiënten die bij verschillende artsen komen er dubbel in staan. Het verplichte inschrijven bij slechts één huisarts blijkt niet gehandhaafd. Ook is niet duidelijk hoe passanten en personen die tijdelijk op het eiland verblijven, zoals bemanningsleden van de tankers, in het systeem zitten. Gevolg is dat berekende prevalenties waarschijnlijk te laag uitvallen en in elk geval niet betrouwbaar zijn.

Niet alle zorgcontacten en relevante zorginformatie worden geregistreerd. De verpleegkundigen, bezoekende medisch specialisten en de praktijkassistentes 'schrijven' niet in het HIS. Voor een deel komt dit door ontbrekende computervaardigheden. Door ontbreken van gegevens van verpleegkundigen blijft de zorg aan chronisch zieken voor een deel buiten beeld. Verder komen laboratoriumuitslagen doorgaans niet in het dossier terecht omdat deze na binnenkomst handmatig moeten worden ingevoerd, waarvoor geen routine bestaat. Zorgcontacten buiten kantooruren en informatie van medische uitzendingen (verwijzingen naar het buitenland) worden doorgaans ook niet geregistreerd. Tenslotte is er geen eenduidig beleid bij het vastleggen van zorggegevens van patiënten die in de kliniek zijn opgenomen. Tegenover deze vormen van onderrapportage staat ook over-rapportage, doordat soms één consult met meerdere verrichtingen als meerdere contacten wordt geregistreerd.

Er blijken grote verschillen te bestaan tussen huisartsen in het gebruik van het HIS. Sommigen gebruiken de functies van het HIS maar heel beperkt en schrijven veel in vrije tekst die ook in gecodeerde velden kan worden vastgelegd. Beperkt gebruik kan voortvloeien uit onbekendheid, bijvoorbeeld met het ICPC classificatiesysteem, het registreren van contacten in episodes. Voor individueel gebruik door de huisarts hoeft dat geen groot bezwaar te zijn, maar vrije tekst is nauwelijks toegankelijk voor analyse en een beperkt gebruik van ICPC geeft een vertekend beeld van de werkelijke klachten en aandoeningen. Overigens worden op St. Eustatius Nederlandse huisartsen (op tijdelijke basis) gecontracteerd om het team te 'voeden' met nieuwe inzichten, onder meer op het vlak van registreren.

Groeiend inzicht in de wijze van registreren en de gang van zaken in de zorg op St. Eustatius heeft de beheerders van de database en de onderzoekers geholpen ongerijmdheden en moeilijk te verklaren uitkomsten van de extracties te begrijpen of een juiste plaats te geven. De informatiewaarde van de tweede extractie, over het hele jaar 2015, was daardoor aanzienlijk hoger dan die van de eerder gepleegde profextractie.

Over het vervolg

De huisartsen zowel als het management willen werken aan een betere registratie. Dat past in het kader om, meer in het algemeen de zorg op St. Eustatius te verbeteren. Extern gestelde prioriteiten sporen hier met interne wensen. Benchmarking, op basis van goede praktijkinformatie, wordt ervaren als een impuls voor verbetering van de zorg.

Op dit moment zijn er nog weinig prikkels om de medische dossiers goed bij te houden. Die moeten er wel meer komen. Deels zal er een positieve stimulans uitgaan van het delen van patiëntendossiers met andere huisartsenpraktijken. Daarnaast kan systematische spiegelinformatie tekorten bloot leggen en zo blijvende aandacht wekken. Dat dit ook op het programma staat van de Zorggroep plaatst het in een breder en minder vrijblijvend kader.

Scholing, niet alleen van de huisartsen, maar ook van verpleegkundigen en assistentes, is een belangrijke voorwaarde voor het verbeteren van de registratie. Onder verpleegkundigen en assistentes is de affiniteit met computers nog gering. Uit de gesprekken werd duidelijk dat van het 'invliegen' van een cursus weinig effect werd verwacht. Er is behoefte aan direct toepasbare instructie en een regelmatige follow up; dus training zoveel mogelijk 'on the job'.

Op St. Eustatius geeft men er de voorkeur aan als *feedback* informatie en informatie over de volksgezondheid zijn toegesneden op de lokale behoefte. Een voorbeeld is informatie over infectieziekten, en in het bijzonder Dengue, die veel voorkomen op het eiland. Hierover zou men meer gedetailleerd geïnformeerd willen worden dan op dit moment mogelijk is.

Het werken in breder verband aan kwaliteit van registreren en kwaliteit van zorg wordt gezien als een mogelijkheid het isolement voor gezondheidswerkers op St. Eustatius te doorbreken.

4.3.2 Saba: remmende voorsprong?

Bespreking naar aanleiding van extracties

Op Saba kwamen voor een deel dezelfde issues naar voren als op St. Eustatius. Ook hier bestond het noemerprobleem. Op basis van de HIS gegevens kon niet goed worden bepaald welke patiënten moeten worden gerekend tot de vaste patiëntenpopulatie. Een sluitende routine voor uitschrijvingen was een belangrijke oorzaak. Aan de andere kant komen mensen die de huisarts niet bezoeken niet in het systeem voor. Onderrapportage lijkt er te zijn ten aanzien van het aantal contacten met passanten (vooral studenten van de Amerikaanse Medical School die op het eiland is gevestigd). Dit aantal was onwaarschijnlijk laag; veel contacten met studenten lijken buiten de registratie te blijven. Onduidelijkheden zijn er ook nog omtrent het vastleggen van gegevens over verwijzingen (uitzendingen) en herhaalrecepten.

De huisartsen op Saba, beiden BIG geregistreerd, zijn beter bekend met registreren en coderen dan een aantal huisartsen op St. Eustatius. Dat de HIS-en niet volgens de regels worden bijgehouden heeft, behalve met onbekendheid, vooral ook te maken met werkdruk en het ontbreken van een directe noodzaak. Lacunes in de registratie doen zich ook voor bij telefonische- en spoedconsulten; 'informele consulten'; en consulten buiten kantooruren.

De bespreking met de Sabaanse huisartsen ging meer over de details van de registratie (zoals het frequent ontbreken van een ingevulde E-regel in de SOEP systematiek; ontbrekende ICPC codes; het aantal actieve episodes per patiënt). Meetwaarden (bijvoorbeeld de bloeddruk van patiënten met diabetes) zijn weinig aangetroffen. De huisartsen maken verschillend gebruik van de mogelijkheden van het HIS. Zo bleken ze verschillende routines te hebben bij het construeren van ziekte-episodes. Overigens is gebleken dat na een korte ICPC training de uniformiteit in de codering aanzienlijk was toegenomen.

Behalve de huisartsen maken ook de twee verpleegkundigen in het ziekenhuis gebruik van het HIS; de apotheek en visiterende specialisten echter niet. Daardoor zijn medicatiegegevens onvolledig en ook gegevens over medisch specialistische contacten. Omdat de software van het laboratorium niet gekoppeld is met het HIS van de huisartsen, moeten uitslagen apart moeten worden ingevoerd. Dit

gebeurt niet altijd consequent en uitslagen komen ook niet altijd op de juiste plaats in het dossier terecht. Een andere witte vlek betreft de zorg verleend in het verpleeghuis; deze blijft in zijn geheel buiten het HIS. Er bestaat – ten behoeve van de GGD - een aparte registratie (turflijst) voor infectieziekten zoals Dengue. Verslaving wordt niet als zodanig in het HIS vastgelegd.

Over het vervolg

Training van baliemedewerkers, die nu nog weinig computervaardig zijn, wordt gezien als een mogelijkheid om de registratie beter en completer te maken.

Van de overgang van Promedico VDF naar Promedico ASP wordt ook verbetering verwacht; bijvoorbeeld in de mogelijkheid om gegevens van de apotheek en laboratoriumuitslagen makkelijker op te nemen.

Men heeft oog voor lacunes, maar de drukte van alledag heeft tot nu toe actie in de weg gestaan; de noodzaak daartoe werd ook niet zo gevoeld. Er moet (organisatorisch en procedureel) ruimte gemaakt worden om meer systematisch aan de beoogde verandering te werken. Op management niveau ziet men het nut van wat dat, ook voor sturing, aan extra informatie zal opleveren. Door externe coördinatie en stroomlijning (in het kader van de Zorggroep) ontstaat dat beetje extra druk dat nodig is om er mee door te gaan.

De huisartsen hebben behoefte aan 'tips & tricks' bij het werken in het HIS; ze zien het belang van spiegelinformatie om beter te gaan registreren en daarin meer één lijn aan te houden. Op inhoudelijk gebied – verbetering van de kwaliteit van zorg – zouden ze graag in een (eigen) pilot hun ervaringen met zorgvernieuwing willen delen met collega's op de andere eilanden.

4.3.3 Bonaire: op de drempel van een nieuwe start

Uit het overleg met (individuele) huisartsen blijken ze vrijwel allemaal positief over de migratie naar Promedico ASP. Omdat nog weinig bekend is over hoe die zal plaats vinden en wat de condities precies zijn, zijn er vooral vragen over dat traject. Men ziet in dat er meer samenhang moet komen in de eerstelijnszorg op Bonaire en dat over de grenzen van de eigen praktijk moet worden gekeken.

Onverenigbaar met een meer gecoördineerde zorgverlening is het shoppen van patiënten bij verschillende huisartsen. Men vindt dat dit moet stoppen. Mensen hebben vrije artskeus, maar dienen zich (tot wederopzegging) te wenden tot hun eigen huisarts. Naast de huisartsen zelf, wordt het ZVK gezien als de instantie die verantwoordelijk is voor handhaving.

De overgang naar Promedico ASP is meer dan een migratie naar nieuwe software. Vergeleken met de huidige situatie houdt het ook een aanzienlijke verbeterslag in voor de informatiebasis van de huisartspraktijken. Dat stelt eisen aan de huisartsen en hun praktijkvoering waar men op dit moment waarschijnlijk niet kan voldoen. De transitie zou dus meer moeten inhouden dan een technische instructie in het gebruik van de nieuwe software. De meeste huisartsen lijken dat ook zo te ervaren en hebben dan ook de nodige verwachtingen van de Zorggroep. Ook het lopende scholingsprogramma vanuit het AMC zou hierin een rol kunnen spelen.

Voor de niet-Nederlands sprekende huisartsen op Bonaire kan het werken met Promedico ASP bezwaarlijk zijn. Deze huisartsen zijn onzeker over hoe ze hier in de toekomst mee kunnen omgaan. Beschikbaarheid van een Engelstalige thesaurus zou uitkomst kunnen bieden.

Een ander mogelijk obstakel vormt het gebruik van Promedico ASP op de HAP (huisartsenpost). Het is de huisartsen vooralsnog niet duidelijk in hoeverre collega's die dienst doen op de HAP, via het HIS inzage zouden krijgen in de HIS-en van collega's. Er bestaat weerstand tegen volledige inzage in andermans HIS; bezwaar tegen gedeeltelijke inzage lijkt veel minder groot.

Sommige huisartsen vinden het problematische als medisch inhoudelijke gegevens uit het huidige systeem niet geconverteerd zouden kunnen worden naar Promedico ASP. Dit is dubbel werk en brengt ook risico's met zich mee. Als gegevens uit de oude HIS-en van de huisartsen niet naar de nieuwe HIS-en worden geconverteerd ontstaat er kans op discontinuïteit in de zorgverlening en zal de informatiewaarde

van de nieuwe HIS-en voor gezondheidsrapportages aanvankelijk zeer beperkt zijn. Het oude systeem als naslagsysteem gebruiken naast Promedico ASP is een omslachtige werkwijze voor de huisartsen. Hoewel veel aandacht uitgaat naar de software-migratie hebben de huisartsen ook oog voor de voordelen die het nieuwe HIS – op de wat langere termijn - biedt voor verbetering van de (keten)zorg aan patiënten met chronische aandoeningen. Ook hierbij ziet men een leidende rol weggelegd voor de Zorggroep.

4.4 Kwaliteit van dossiervorming op St. Eustatius en Saba

In deze paragraaf tonen we enkele resultaten van een EPD-scan van de extracties uit de HIS-en die worden gebruikt op Saba en St. Eustatius over het jaar 2015. Twee elementen zijn essentieel voor betrouwbare cijfers: een betrouwbare noemer en correcte en volledige ICPC codering.

Noemer

Informatie over zorggebruik en het voorkomen van ziekten kan niet zonder een betrouwbare noemer, een vaste patiëntenpopulatie, waar de huisartsenpraktijk verantwoordelijk voor is, en de primaire bron van eerstelijnszorg. In Europees Nederland baseert het NIVEL deze noemer op declaratiegegevens. Voor iedere patiënt declareert de huisarts ieder kwartaal een inschrijftarief en er is een centraal register waarin wordt bijgehouden welke patiënt staat ingeschreven bij welke praktijk (Stichting Inschrijving op Naam, ION). Naast het inschrijftarief ontvangt de huisarts een bedrag per patiënt. Voor een patiënt die zorg krijgt van een huisarts bij wie hij of zij niet staat ingeschreven, geldt een passantentarief, dat hoger is dan het normale consulttarief.

Op de BES eilanden geldt een ander verzekeringssysteem, dat niet gebaseerd is op het totaal aantal bij een praktijk ingeschreven patiënten. Een vaste patiëntenpopulatie is niet betrouwbaar te bepalen. Zouden we wel uitgaan van de HIS registraties, dan zouden de patiëntenpopulatie op Saba bestaan uit 3338 individuen, en op St. Eustatius uit 3541. Op beide eilanden een aanzienlijke overschatting van de populatie, met als gevolg dat bijvoorbeeld veel te lage prevalentie- en zorggebruikcijfers.

Een alternatief voor het gebruik van de vaste patiëntenpopulatie, is om uit te gaan van de *consulting population*, de populatie die de huisarts bezoekt. Dit wordt ook gebruikt in België, waar ook geen inschrijving op naam is (Bartholomeeusen, Kim et al. 2005). Ook in Tabel 1 en Tabel 2 is die *consulting population* als uitgangspunt genomen. Voor Saba komt deze uit op 1655 patiënten, voor St. Eustatius op 2715 patiënten.

Volledigheid van ICPC codering

Een andere zeer belangrijk aspect van de kwaliteit van de registratie is de volledigheid van ICPC coderingen. Zowel op Saba als op St. Eustatius dwingt het systeem af dat er voor ieder consult een ICPC code wordt geregistreerd. Op beide eilanden werd 97% van de contacten voorzien van een ICPC code. Verschillen in volledigheid van ICPC codering tussen medewerkers binnen de praktijken zijn er nauwelijks. Naast volledigheid speelt natuurlijk ook de juistheid van de ICPC registratie een belangrijke rol. Om hier beter zicht op te krijgen is aanvullend onderzoek nodig, waarbij overigens eerst het noemerprobleem zal moeten worden aangepakt.

4.4.1 Epidemiologie

Onderstaande tabellen tonen de top 15 van meest geregistreerde ziekten en aandoeningen op beide eilanden. Aandoeningen die op het ene eiland veel worden geregistreerd, worden dat zeker niet altijd ook op het andere eiland. De verschillen tussen de eilanden zijn groot, en waarschijnlijk grotendeels toe te schrijven aan verschillen in de registratie en de noemberbepaling. Deze cijfers kunnen dan ook op geen enkele wijze vergeleken worden met cijfers in Europees Nederland.

Tabel 1: Meest geregistreerde ziekten en symptomen per 1000 in de “consulting population”; Saba in vergelijking met St Eustatius (N=1655, St. Eustatius N=2715).

		Saba	St. Eustatius
1	Acute infectie bovenste luchtwegen	116	224
2	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	110	192
3	Diabetes mellitus	73	121
4	Lage-rugpijn zonder uitstraling –ex. L86	60	75
5	Hoesten	60	111
6	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	51	98
7	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	43	110
8	Cystitis/urine­weginfectie	42	111
9	Symptomen/klachten keel	41	46
10	Dermatomy­cose(n)	40	195
11	Otitis externa	37	64
12	Gegeneraliseerde pijn	37	13
13	Symptomen/klachten tanden/tandv­lees	34	24
14	Acute/chronische sinusitis	32	48
15	Schouder symptomen/klachten	31	79

Noot: deze cijfers geven een indruk van verschillen in registratie, niet het vóórkomen van ziekten en aandoeningen.

Tabel 2: Meest geregistreerde ziekten en symptomen per 1000 in de “consulting population”; St. Eustatius in vergelijking met Saba (Saba N=1655, St. Eustatius N=2715).

		St Eustatius	Saba
1	Acute infectie bovenste luchtwegen	224	116
2	Refractie afwijking(en)	216	9
3	Dermatomy­cose(n)	195	40
4	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	192	110
5	Andere virusziekte(n)	172	7
6	Stoornis maagfunctie	121	26
7	Diabetes mellitus	121	73
8	Vetstofwisselingsstoornis(sen)	116	21
9	Knie symptomen/klachten	115	30
10	Hoesten	111	60
11	Cystitis/urine­weginfectie	111	42
12	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	110	43
13	Astma	101	28
14	Borstkas symptomen/klachten	99	16
15	Veronderstelde gastro-intestinale infectie	98	51

Noot: deze cijfers geven een indruk van verschillen in registratie, niet het vóórkomen van ziekten en aandoeningen.

Tabel 3: Meest geregistreerde clusters van aandoeningen en symptomen op Saba en St Eustatius per 1000 in de "consulting population" (Saba N=1655, St. Eustatius N=2715).

	Saba	St Eustatius
Acute somatische aandoeningen: traumata	137	337
Acute somatische symptomen/SOLK ^{*)}	1002	2655
Acuut psychisch & sociaal	135	220
Afwijkende uitslagen	5	28
Bijwerkingen / gevolgen zorg	7	21
Chronische/langdurige aandoeningen	634	1737
Congenitaal	4	20
Gezinsplanning, zwangerschap, bevalling, kraambed	76	211
Handicap	1	2
Infecties	558	1610
Leefstijl	24	66
Neoplasmata	63	126
Preventie	15	2

SOLK^{*)}: Somatisch onverklaarbare lichamelijke aandoeningen

Noot: deze cijfers geven een indruk van verschillen in registratie, niet het vóórkomen van ziekten en aandoeningen.

4.4.2 Zorggebruik

Tabel 4 laat het aantal contacten en geneesmiddelenvoorschriften zien, per 1000 patienten. Ook hier is uitgegaan van de *consulting population* als noemer. De verschillen tussen Saba en St. Eustatius in het aantal voorschriften en het aantal contacten zijn groot, maar ook hier geldt dat fouten in de noemberbepaling sterk kunnen doorwerken.

Cijfers over verwijzingen worden in de tabel niet getoond, mede omdat deze veelal niet in gestandaardiseerde velden geregistreerd worden in het HIS, (ook niet in Europees Nederland) en/of omdat de juiste extractietools ontbreken.

Tabel 4: Zorggebruik op Saba en St Eustatius. Aantallen contacten en geneesmiddelenvoorschriften per 1000 in de 'consulting population' (Saba N=1655; St Eustatius N=2715).

Aspecten van zorggebruik	Saba	St. Eustatius
Contacten	3706	7449
Prescripties, waarvan:	3113	6867
• Antibiotica	398	405
• Benzodiazepines	44	57
• Antidepressiva	21	37

Noot: deze cijfers geven niet het feitelijk zorggebruik weer, maar het zorggebruik dat in het HIS is geregistreerd.

4.4.3 Indicatoren voor kwaliteit van zorg

In Europees Nederland wordt veel gewerkt met kwaliteitsindicatoren bij de zorg voor chronisch zieken. Deze worden geacht een indruk te geven van de kwaliteit van de geleverde zorg aan onder andere patiënten met diabetes en zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op gegevens uit het HIS. Zo'n indicator is bijvoorbeeld het percentage patiënten met diabetes bij wie een bloeddrukmeting is uitgevoerd. Onderstaande tabellen geven een indruk van de resultaten op Saba en St. Eustatius. Duidelijk is dat niet bij alle diabetespatiënten metingen worden geregistreerd.

Tabel 5: *Percentage patiënten met diabetes bij wie betreffende meting in 2015 geregistreerd is (Saba N=147, St Eustatius N=323 patiënten met diabetes).*

Soort meting	Saba (%)	St. Eustatius (%)
Gewicht patiënt	6,1	11,8
Glucose niet nuchter, capillair	0,0	0,6
Glucose nuchter, capillair	0	0,3
Lengte patiënt	0,7	5,3
Quetelet-index (BMI) patiënt	0	5,3
DM2 bij naaste familie	0	0,3
Roken	0	0,3
Diastolische bloeddruk	62,6	34,4
Systolische bloeddruk	62,6	34,4
Buikomvang (middelomtrek)	0	0,3
Polsfrequentie	14,3	20,4
Risico HVZ volgens CVRM richtlijn	0	0,3
Gewicht bij QI=25	0	3,7

4.5 Conclusie

De gepresenteerde resultaten in dit hoofdstuk laten zien dat gegevensextracties, zoals die in het kader van dit onderzoek zijn gemaakt op Saba en St. Eustatius, het mogelijk maken om informatie te genereren over zorg en gezondheid op de BES eilanden.

Bij de registratie hebben de huisartsen in Caribisch Nederland aan één belangrijke voorwaarde voldaan: voor ieder patiëntcontact is een ICPC code vastgelegd. Dat is een beter resultaat dan in veel huisartsenpraktijken in Europees Nederland (Bij and Verheij 2013, Bij, Biermans et al. 2015). Ook de registratie van geneesmiddelenrecepten lijkt behoorlijk volledig.

Daar staat tegenover dat meetwaarden nog maar weinig worden geregistreerd. Nader onderzoek moet worden verricht naar de wijze waarop de ICPC codes gebruikt worden en de juistheid van de codering. Het belangrijkste probleem is echter dat op dit moment de noemer op basis van de HIS gegevens niet goed is te bepalen.

5 Geraadpleegde bronnen

- Advies van de Werkgroep Zorg Caribisch Nederland aan de Minister van VWS. Den Haag 2014
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/05/28/>
- Bartholomeeusen, S., C. Y. Kim, R. Mertens, C. Faes and F. Buntinx (2005). "The denominator in general practice, a new approach from the Intego database." *Fam Pract* **22**(4): 442-447.
- Bij, S. v. d. and R. Verheij (2013). Inzet variabiliseringsgelden 2013 leidt tot belangrijke verbetering EPD. *SynthesHis: Tijdschrift voor Huisarts en Automatisering*. **12**.
- Bij, S. v. d., M. Biermans, H. Levelink and R. Verheij (2015). De kwaliteit van de elektronische verslaglegging door huisartsenpraktijken in de regio Nijmegen: eindrapport. Utrecht, NIVEL.
- Boesten J, Braaksma L, Klapwijk-Strumpler S, Kole HM, Sloekers J, Smit C, Stroucken JPM, Van Werven H, Westerhof R. NHG Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (Volledig gereviseerde versie 2013).
- de Lusignan, S. and C. Mimmagh (2006). "Breaking the first law of informatics: the Quality and Outcomes Framework (QOF) in the dock." *Inform Prim Care* **14**(3): 153-156.
- Delaney, B. C., K. A. Peterson, S. Speedie, A. Taweel, T. N. Arvanitis and F. D. Hobbs (2012). "Envisioning a learning health care system: the electronic primary care research network, a case study." *Ann Fam Med* **10**(1): 54-59.
- E. Pommer en R. Bijl (red.). Vijf jaar Caribisch Nederland. Gevolgen voor de bevolking. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag: SCP, 2015
- Evaluatiecommissie Caribisch Nederland. 'Vijf jaar verbonden: Bonaire, St. Eustatius en Saba en Europees Nederland'. Rapport. Den Haag, oktober 2015
- Friedman, C., J. Rubin, J. Brown, M. Buntin, M. Corn, L. Etheredge, C. Gunter, M. Musen, R. Platt, W. Stead, K. Sullivan and D. Van Houweling (2015). "Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning Learning Health System." *J Am Med Inform Assoc* **22**(1): 43-50.
- H.Winter, H.Bröring, N.Struiksma ea. Vijf jaar Caribisch Nederland. De werking van wetgeving. Groningen: Pro Facto, Rijksuniversiteit Groningen, 2015
http://rivm.nl/Onderwerpen/G/Gemeentelijke_gezondheidsprofielen
<https://www.rijksdienstcn.com/zorg/de-zorgverzekering-algemeen>
- Kuchinke, W., C. Ohmann, R. A. Verheij, E. B. v. Veen, T. N. Arvanitis, A. Taweel and B. C. Delaney (2014). A standardised graphic method for describing data privacy frameworks in primary care research using a flexible zone model. *International Journal of Medical Informatics*. **83**.
- Kuchinke, W., C. Ohmann, R. A. Verheij, E. B. van Veen, T. N. Arvanitis, A. Taweel and B. C. Delaney (2014). "A standardised graphic method for describing data privacy frameworks in primary care research using a flexible zone model." *Int J Med Inform* **83**(12): 941-957.
- N.A.M. Post, M.J.J.C. Poos, F. van der Lucht. Op weg naar een volksgezondheidsrapportage voor Caribisch Nederland: Een eerste inventarisatie van de mogelijkheden. RIVM Briefrapport 010016001/2014
- NHG (2009). Richtlijn adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier ADEPD. [Guideline for adequate registry using electronic patient records] (Dutch). Utrecht, NHG (The Dutch College of General Practitioners).
- Rijksdienst Caribisch Nederland. Eilandgids Caribisch Nederland.
<http://www.rijksdienstcn.com/publicaties/publicaties-rijksdienst-caribisch-nederland/eilandgids-caribisch-nederland>
- van der Lei, J. (1991). "Use and abuse of computer-stored medical records." *Methods Inf Med* **30**(2): 79-80.
- Vijfde Voortgangsrapportage Jaar 2015, Rijksvertegenwoordiger voor de Openbare Lichamen Bonaire, St.Eustatius en Saba. <https://www.rijksdienstcn.com/>
www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijin

6 Bijlagen

- Bijlage A: Personen in Caribisch Nederland met wie gesprekken hebben plaats gevonden
- Bijlage B: Schets van drie bijzondere gemeenten in transitie
- Bijlage C: Randvoorwaarden voor het gebruik van routine zorgdata voor beleid
- Bijlage D: ADEPD, de NHG standaard voor goed registreren

Bijlage A

Personen in Caribisch Nederland met wie gesprekken hebben plaats gevonden

Zorgverzekeringskantoor (ZVK)

De heer G-J. ter Braak, medisch adviseur

De heer L. Vlasblom, ICT medewerker

Zorggroep i.o

Mevrouw A. Punt, project manager

De huisartsen op Bonaire

Mevrouw E. Bernabela

Mevrouw J. Castro Tasé Vila

De heer G. Castro

De heer M. Hermelijn

Mevrouw M.L. Lont

De heer A. Miranda,

De heer J. Schröder

De heer D. van de Vaart

Op Sint Eustatius

De heer G. Berkel, directeur St. Eustatius Health Care Foundation

De huisartsen:

De heer F. Baboe

Mevrouw S. Baboe-Kalpoe

De heer G. Odongo

Mevrouw E. Vierhout (nieuw per juni 2016)

De heer H. Schuit (vertrokken per april 2016)

Mevrouw E. Witte (vertrokken per april 2016)

Op Saba

Mevrouw J. Blaauboer, directeur Saba Health Care Foundation

De huisartsen:

Mevrouw G. Boorsma

De heer G. Koot

Bijlage B

Schets van drie bijzondere gemeenten in transitie

De situatie van Bonaire, St. Eustatius en Saba lijkt heel weinig op die van gemeenten in Europees Nederland; ook onderling verschillen ze sterk. Recente evaluaties van de nieuwe status van de eilanden, sinds 2010, laten zien dat deze transitie ingrijpend was, vooral voor de bevolking. Hoewel de gezondheidszorg zich daarin gunstig onderscheidt van andere sectoren, denken grote delen van de bevolking dat het er niet beter op is geworden sinds 2010.

Geografie, demografie en economie



Bonaire

Oppervlakte: 288 km²

Inwoners: 16.541

Voertaal: Papiaments en Nederlands

Hoofdstad: Kralendijk



Sint Eustatius (Stata)

Oppervlakte: 21 km²

Inwoners: 3.791

Voertaal: Engels (en Nederlands)

Hoofdstad: Oranjestad



Saba

Oppervlakte: 13 km²

Inwoners: 1.971

Voertaal: Engels (en Nederlands)

Hoofdstad: The Bottom

De Bovenwindse eilanden Sint Eustatius en Saba, liggen oostelijk van de Dominicaanse Republiek en de Britse Maagdeneilanden; het Benedenwindse Bonaire ligt voor de kust van Venezuela en vlak bij Curaçao. Sint Eustatius en Saba liggen ongeveer 30 kilometer van elkaar en (ook van het grotere Sint Maarten); Bonaire ligt ongeveer 800 kilometer zuidelijker.

Sint Eustatius en Saba zijn vulkaaneilanden, beduidend kleiner dan het Nederlandse Waddeneiland Vlieland, zij het met een wat talrijker bevolking. Het vlakke koraaleiland Bonaire is ruim anderhalf keer Texel, zowel qua oppervlakte als populatie. De voertaal op de Bovenwinden is Engels en op Bonaire Papiaments en Nederlands. Overall is de Amerikaanse Dollar de officiële munteenheid.

Economisch zijn de eilanden kwetsbaar doordat ze van één of enkele soorten van bedrijvigheid afhankelijk zijn. Belangrijke economische pijlers van Bonaire zijn de zoutwinning en het toerisme, met name door de aanleggende cruiseschepen en het sportduiken in de koraalreservaten. Voor St. Eustatius is de olieopslagterminal van een Amerikaans bedrijf een belangrijke bron van inkomsten. Saba, met een doorsnede van nog geen 5 kilometer, drijft op kleinschalig toerisme rond de met tropisch regenwoud begroeide vulkaanhelling en duiken in onderwaterreservaten. Ook de op het eiland gevestigde Amerikaanse Saba University School of Medicine is een bron van inkomsten. Vrijwel alle personenverkeer van en naar de eilanden gaat door de lucht. St. Eustatius en vooral Saba, dat een extreem korte landingsbaan heeft, kunnen alleen bereikt worden met kleine vliegtuigen die verbindingen onderhouden met het nabije internationale vliegveld van Sint Maarten.

Nieuwe bestuurlijke verhoudingen¹

Met ingang van 10 oktober 2010 is het land Nederlandse Antillen opgeheven en bestaat het Koninkrijk der Nederlanden uit de volgende vier zelfstandige landen: Nederland, Aruba, Curaçao en Sint Maarten. Bonaire, Sint Eustatius en Saba zijn als openbare lichamen deel uit gaan maken van Nederland. Voor de drie eilanden betekende dit een overgang van het federatieve verband binnen de Nederlandse Antillen naar de Nederlandse gedecentraliseerde eenheidsstaat waar Den Haag de speelruimte voor de eilandbesturen bepaalt.

Op elk van de drie eilanden bestaat het bestuur uit een Gezaghebber, een Eilandsraad en een Bestuurscollege. De Eilandsraden, bestaande uit gekozen volksvertegenwoordigers, controleren het Bestuurscollege. De Gezaghebber, vergelijkbaar met de burgemeester in Europees Nederland, zit zowel de raad als het college voor en wordt voor zes jaar benoemd. Naast de Gezaghebber, bestaan de Bestuurscolleges uit Gedeputeerden, benoemd door de Eilandsraad, en een Eilandsecretaris. Voor de drie eilanden tezamen is er een Rijksvertegenwoordiger.

Legislatieve terughoudendheid en differentiatie, maar meer handhaving

Om de transitie soepel te laten verlopen werden in 2010 afspraken gemaakt over *legislatieve terughoudendheid* en mogelijkheid van *differentiatie*. Nederlandse wetgeving zou alleen worden ingevoerd waar nodig en zoveel mogelijk geleidelijk. Ook moesten de plaatselijke omstandigheden afwijkingen daarvan mogelijk maken. Door deze principes moest bij nieuwe regelgeving rekening kunnen worden gehouden met verschillen in de economische en sociale omstandigheden, zoals de grote afstand tot het Europese deel van Nederland, het insulaire karakter, de kleine oppervlakte en bevolkingsomvang, geografische omstandigheden en het klimaat. Voor de meeste inwoners mag veranderde wetgeving betrekkelijk onopgemerkt zijn gebleven, de handhaving ervan des te meer. Vanaf oktober 2010 werd wetgeving beter gehandhaafd dan daarvoor. Zo worden belastingen tegenwoordig geïnd, waar dat voorheen niet gebeurde.

Bij het Besluit zorgverzekering BES, waarmee een geheel nieuw breed zorgstelsel werd geïntroduceerd, heeft het ministerie van VWS echter bewust afgezien van terughoudendheid, gezien de toen bestaande lappendeken van inadequate zorgverzekeringen.

Geen coördinatie tussen departementen

Hoewel coördinatie van de transitie door het ministerie van BZK voor de hand had gelegen, is daar bewust vanaf gezien omdat de eilanden, net als andere Nederlandse gemeenten, rechtstreeks contact hebben met de diverse departementen. Gevolg was dat het ene departement voortvarender tewerk is gegaan dan het andere. Dit blijkt uit tabel 1, ontleend aan het SCP rapport 'Vijf jaar Caribisch Nederland. Gevolgen voor de bevolking' (Pommer en Bijl, 2015).

¹ Grotendeels gebaseerd op H.Winter et al., 2015

Tabel 1: Rijksuitgaven voor Caribisch Nederland (x 1000 €)

beleidsveld	2010	2014	Index 2014 (2010=100)
sociale zaken	19.200	23.190	121
veiligheid	20.200	34.800	172
onderwijs	15.700	43.180	275
gezondheidszorg	15.300	96.480	631
infrastructuur en economie	5.800	31.760	548
overige voorzieningen	4.300	19.030	443
totaal	80.500	248.440	309

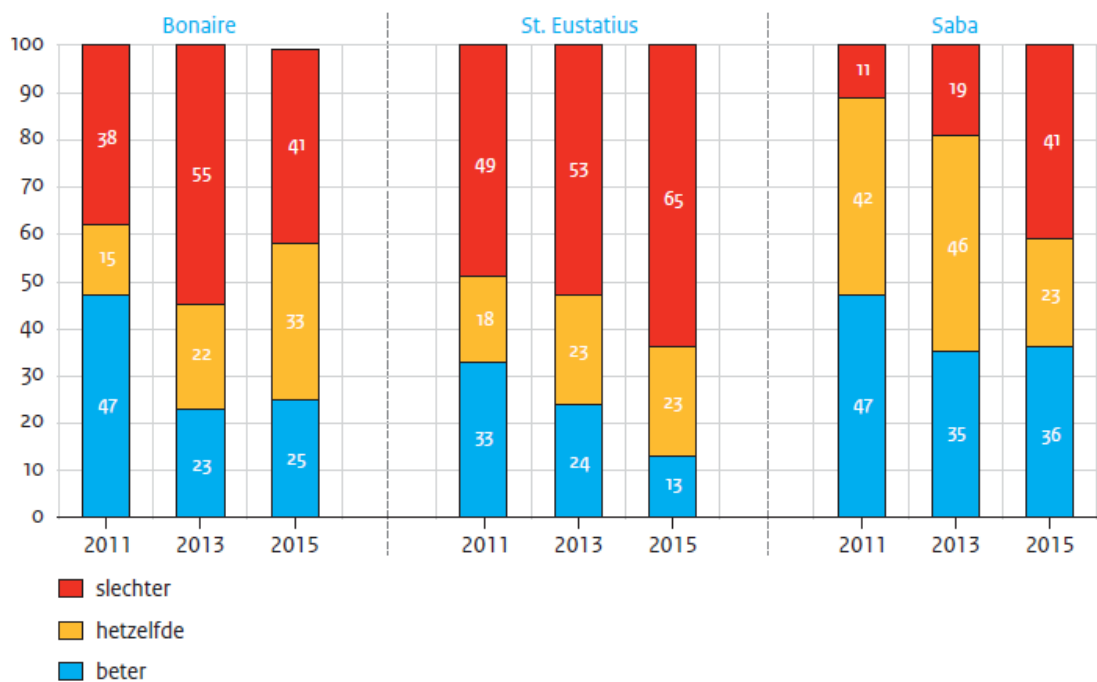
Met een meer dan verzesvoudiging is de toename van de uitgaven voor gezondheidszorg in Caribisch Nederland tussen 2010 en 2014 verreweg het grootst, vergeleken met andere beleidsvelden.

Ervaringen van de bevolking na 10-10-10

De eenzijdige en kwetsbare economieën van Caribisch Nederland zijn sinds 2010 getroffen door sterke prijsstijgingen, vooral veroorzaakt door externe omstandigheden. Als gevolg daarvan is de koopkracht tussen 2010 en 2013 gedaald met 4% op Bonaire, 14% op St. Eustatius en 6% op Saba. Er zijn dan ook maar weinig mensen op de drie eilanden die vinden dat het nu beter gaat dan in 2010 (zie figuur 1). Het oordeel over verschillende beleidsterreinen verschilt overigens sterk (zie figuur 2). De slechte ontwikkeling van de koopkracht valt uit de grafiek af te lezen evenals de zorgen om de veiligheid. De gezondheidszorg, daarentegen, onderscheidt zich in positieve zin. Op de drie eilanden vindt een meerderheid dat de gezondheidszorg er beter op is geworden sinds 2010. Blijkbaar zijn de relatief omvangrijke rijksuitgaven voor gezondheidszorg in Caribisch Nederland voor de bevolking niet onopgemerkt gebleven.

Figuur 1: Algemeen oordeel van de bevolking over de situatie op de eilanden

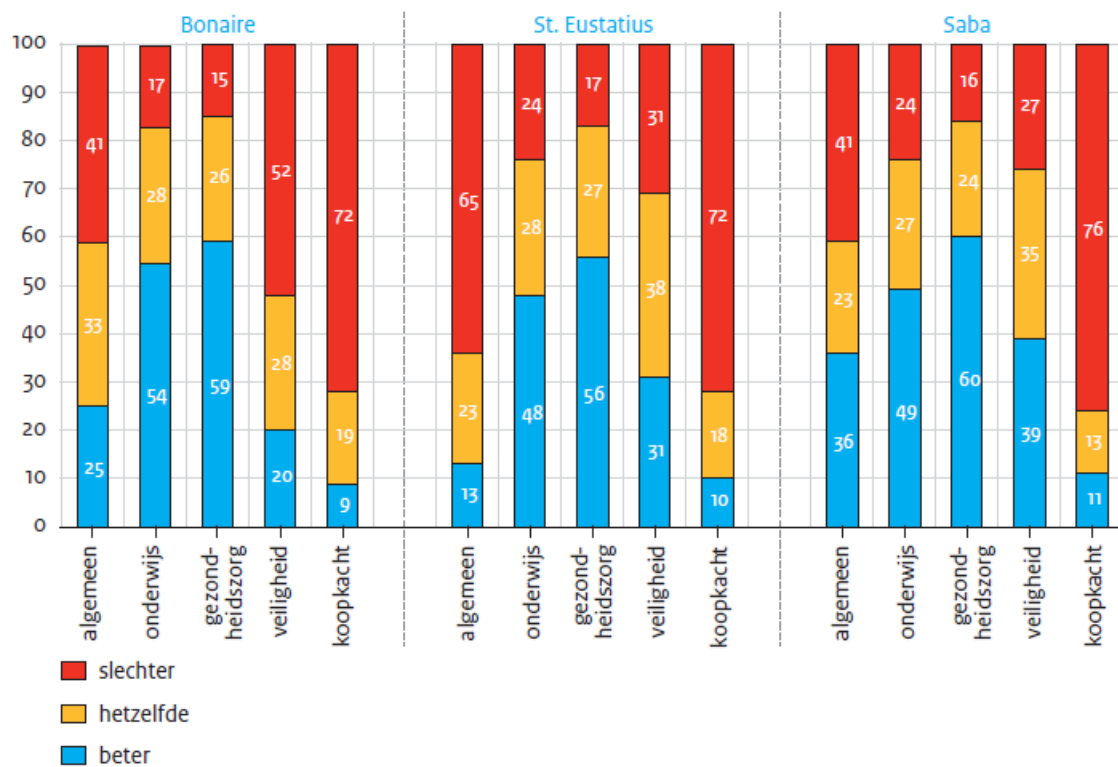
Bent u van mening dat het sinds 10 oktober 2010 beter of slechter gaat met uw eiland?



Bron: Curconsult (BCN'15) SCP bewerking

Figuur 2: Oordeel van de bevolking over overheidsdomeinen vanaf 2010

Oordeel over de verbetering of verslechtering van de situatie op de verschillende overheidsdomeinen vanaf 10 oktober 2010

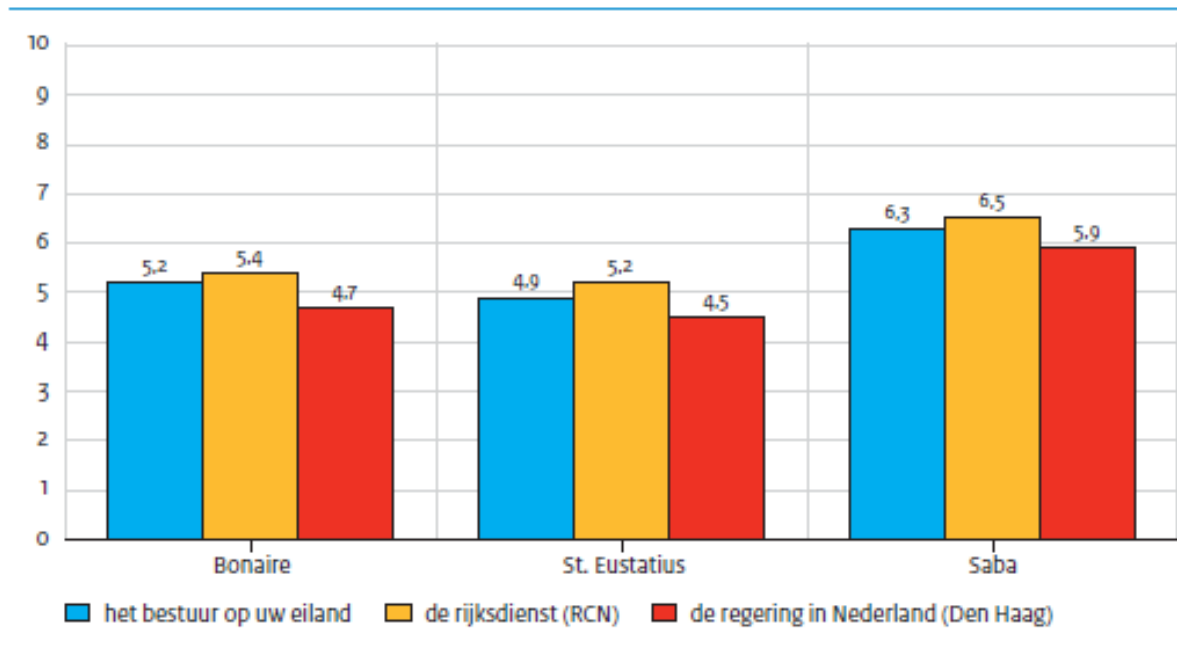


Bron: Curconsult (BCN'15) SCP bewerking

Over het bestuur zijn bewoners in het algemeen weinig tevreden, al is men op Saba iets tevredener dan op beide andere eilanden (zie figuur 3). Opmerkelijk is, dat over het eilandbestuur, waar direct gekozen volksvertegenwoordigers deel van uitmaken, evenmin positief wordt geoordeeld

Figuur 3: Oordeel van de bevolking over het bestuur

Hoe tevreden bent u met het bestuur (gemiddeld rapportcijfer)



Bron: Curconsult (BCN'15) SCP bewerking

Tussenbalans na 5 jaar

De Evaluatiecommissie concludeert in oktober 2015 dat de transitie van 2010 omvangrijk en complex is gebleken en dat, ondanks forse investeringen, de resultaten daarvan een gemengd beeld opleveren. (Evaluatiecommissie Caribisch Nederland, 2015). Veranderingen zijn vaak door de bewoners niet begrepen, laat staan dat zij daarop veel invloed hebben gehad. Aanzienlijke verbeteringen in de gezondheidszorg en het onderwijs worden op de eilanden overschaduwd door teleurstelling over de afgenomen welvaart. De afspraak dat voorzieningen op de eilanden op 'een binnen Nederland aanvaardbaar voorzieningenniveau' zouden komen te liggen hebben wellicht de verwachtingen destijds te hoog opgeschroefd. Deze afspraak is door beide zijden steeds verschillend geïnterpreteerd en niet altijd concreet ingevuld.

Het gevoel geregeerd te worden van veraf door mensen die weinig weet hebben van wat er op de eilanden speelt, vermindert het draagvlak voor de nieuwe staatkundige relatie en ontstaat ook ontevredenheid over het eilandbestuur. De commissie is kritisch over de aanpak vanuit Den Haag: die is versnipperd en soms tegenstrijdig doordat ministeries een eigen verkokerd beleid voeren, terwijl er juist behoefte is aan een integrale aanpak.

Bijlage C

Randvoorwaarden voor het gebruik van routine zorgdata voor beleid

Om zorgdata uit medische dossiers van huisartsen te kunnen gebruiken voor kwaliteitsverbetering en beleid moet aan alle onderstaande voorwaarden zijn voldaan:

Volledigheid

In de elektronische patiëntendossiers zou idealiter het volgende moeten worden vastgelegd:

Registratie van de totale *ingeschreven patiëntenpopulatie*, dus ook van patiënten die de huisarts niet bezoeken. Dit is noodzakelijk voor het bepalen van een epidemiologische noemer.

Registratie van *contacten*, om informatie te verschaffen over de hoeveelheid zorg die mensen bij de huisarts gebruiken.

Registratie van *diagnoses en/of gepresenteerde gezondheidsklachten*, zodat duidelijk is waarvoor mensen bij de huisarts kwamen en waarvoor er eventueel werd doorverwezen of een medicijn voorgeschreven.

Registratie van *verwijzingen*, zodat duidelijk is welke gezondheidsproblemen de huisarts zelf afhandelt en voor welke hij/zij doorverwijst naar andere zorgverleners.

Registratie van *meetwaarden, labuitslagen*, om meer zicht te krijgen op bijvoorbeeld de bloeddruk of bloedsuikerwaardes in de populatie of een deel van de populatie.

Registratie van *medicijnvoorschriften* om te zien welke geneesmiddelen worden voorgeschreven.

Mogelijkheid van extractie

Het moet mogelijk zijn om gegevens te extraheren uit de computersystemen en naar een database te sturen.

Vergelijkbaarheid

De gegevens dienen in de database geïntegreerd te worden en (ongeacht de gebruikte software) vergelijkbaar gemaakt met andere gegevens in de database. Dit is nodig om gegevens afkomstig van verschillende eilanden onderling en met gemeenten op het vasteland te kunnen vergelijken.

Indicaties voor goed registreren

In de database moeten instrumenten en procedures beschikbaar zijn om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de gegevens, teneinde slecht registrerende praktijken te kunnen identificeren

Praktijkkennis bij onderzoekers

Onderzoekers die met de gegevens werken dienen voldoende expertise te hebben om de mogelijkheden en beperkingen bij het gebruik van de gegevens te kennen.

Hoewel dit onderzoek zich vooral richtte op de drie eerstgenoemde voorwaarden, zijn voorwaarden 4 en 5 even belangrijk. Het opbouwen van expertise voor het gebruik van zorgdata voor onderzoek moet immers ook ontwikkeld worden.

Technische voorwaarden

Om überhaupt zinvol te kunnen registreren dienen huisartsen, en eventuele andere medewerkers, te beschikken over een computersysteem en software; moeten ze weten hoe ze die in technische zin moeten gebruiken en dat in de praktijk willen brengen. Verder moeten ze kennis hebben van wat gestructureerd registreren inhoudt, bijvoorbeeld dat een diagnose altijd te vinden moet zijn in een of enkele 'velden' in het systeem en het coderingssysteem dat daarbij wordt gebruikt (de International Classification of Primary Care, ICPC).

Prikkels voor goed registreren

Huisartsenpraktijken zullen voordelen moeten ondervinden van correct en volledig gebruik van het huisartsinformatiesysteem (HIS). Dat kunnen positieve prikkels zijn, bijvoorbeeld dat huisartsen ervaren zelf ook nut te hebben van een goed gebruik van hun computersoftware, of dat daar een financiële vergoeding tegenover staat die men anders niet zou krijgen. Het geven van spiegelinformatie kan daarbij een belangrijke rol spelen. Huisartsenpraktijken kunnen zich dan met andere huisartsenpraktijken vergelijken. Wat betreft financiële prikkels is in Europees Nederland in 2014 een deel van de honorering van huisartsen afhankelijk gemaakt van de volledigheid van de dossiervoering, wat een significante verbetering tot gevolg had.

EPD scan

Met het geven van *feedback* over de inhoud van de dossiers en de kwaliteit ervan zijn in Europees Nederland goede ervaringen. Het NIVEL heeft hiervoor de zogenaamde EPD-scan ontwikkeld, waarmee de kwaliteit van elektronische patiëntendossiers kan worden gemeten en via *feedback* inzichtelijk gemaakt.

Compatibiliteit

Wat betreft de software is het belangrijk dat wordt aangesloten bij internationaal gebruikte classificatiesystemen; dat extractieprogramma's van verschillende softwarepakketten vergelijkbare gegevens oplevert; en dat adequate maatregelen worden genomen voor de bescherming van de privacy van patiënten.

Bijlage D

ADEPD, de NHG standaard voor goed registreren

Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) heeft de 'Richtlijn voor adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD)' ontwikkeld (NHG, 2013). Het doel van de richtlijn is het geven van adviezen voor de methode van verslaglegging: waar en hoe kan relevante informatie in het EPD het beste worden vastgelegd. Met als resultaat, dat alle patiëntgegevens eenduidig zijn en goed gestructureerd en snel terug te vinden; en dat gegevens tussen verschillende zorgverleners goed uitwisselbaar is.

Functies van het EPD in de huisartspraktijk:

- Het vastleggen van relevante zorginhoudelijke informatie door huisarts. Het EPD is een geheugensteun voor de huisarts: het bevat zijn bevindingen en conclusies, de behandeling en/of het behandelplan, de gegevens die door anderen zijn verstrekt, de wensen van de patiënt en wat met de patiënt besproken of afgesproken is.
- Het vastleggen van de contactgegevens door de praktijkassistente en de praktijkondersteuner, in het kader van de verlengde armconstructie en taakdelegatie in de huisartspraktijk.
- Het mogelijk maken van elektronische consultondersteuning. Medisch-inhoudelijke richtlijnen, aangepast aan de specifieke patiëntkenmerken, kunnen tijdens het consult op het scherm worden opgeroepen en de huisarts ondersteunen bij het nemen van beslissingen (NHG-Consultwijzer, NHG-doc).
- Het uitvoeren van gestructureerde zorg- en preventietaken in de huisartspraktijk, zoals het selecteren van patiënten voor programmatische preventie, het opsporen van risicopatiënten en het monitoren van chronische aandoeningen.
- Bij 'shared care' vormt het EPD de bron voor gegevensuitwisseling met andere zorgverleners in het veld, andere huisarts(praktijken), zorggroepen, huisartsposten, medisch specialisten, etc.
- Bij consultatie of verwijzing naar derden kunnen gegevens uit het EPD gehaald worden voor het schrijven van een overdracht- of verwijsbrief.
- Uit het dossier kan 'spiegelinformatie' worden afgeleid voor bijvoorbeeld FTO-besprekingen, jaarverslagen of praktijkvisitatie. Het maakt reflectie op het eigen professioneel handelen mogelijk, de lerende zorgpraktijk.
- Het EPD is een bron van gegevens, bijvoorbeeld voor prestatievergelijking, interne kwaliteitsverbetering of externe toetsing.
- Geanonimiseerde gegevens kunnen voor onderzoeks- en andere projecten worden gebruikt.
- Bij een meningsverschil met de patiënt of een aansprakelijkheids- of claimzaak is het EPD een gegevensbron.

Inhoud van het patiëntendossier

Het EPD bevat de volgende medische gegevens van één patiënt zoals vastgelegd door de zorgverleners.

- Klachten, ziekten en aandoeningen (gerangschikt naar episode; ICPC codering)
- Operaties en belangrijke behandelingen
- Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klachten van de patiënt (deelcontacten als onderdeel van een episode)
- Voorgescreven medicatie inclusief actuele dosering (voorschriftenoverzicht; ATC codering)
- Aanvragen en resultaten van aanvullend diagnostische onderzoek
- Verwijzingen en resultaten van verwijzingen
- Context informatie (bijvoorbeeld psychosociale situatie, mantelzorg)

Gestructureerd vastleggen van deelcontacten (SOEP)

Om structuur aan te brengen in een deelcontact dienen hiervan de volgende elementen te worden vastgelegd:

- **Subjectief:** de klacht en hulpvraag van de patiënt en de anamnestiche gegevens.
- **Objectief:** de resultaten van lichamelijk en aanvullend onderzoek.
- **Evaluatie:** de werkhypothese, differentiaaldiagnose of conclusie van de zorgverlener.
- **Plan:** het diagnostisch plan of het behandelplan.

Episode Gericht Registreren (EGR)

Per patiënt worden alle gegevens (zoals van deelcontacten, voorschriften, brieven van medisch specialisten en laboratoriumuitslagen) gerangschikt binnen een episode. Een episode bevat dus alle relevante medische gegevens over één gezondheidsprobleem in chronologische volgorde (deelcontactverslagen, voorschriften, uitslagen, behandelingen en betreffende brieven). Iedere episode heeft zowel een (ziekte)naam als een passende code uit de International Classification of Primary Care (ICPC).

Zolang nog zorg wordt verleend aan een episode, is deze 'open'. Wanneer een gezondheidsprobleem niet meer actueel is of geen zorg meer behoeft, kan de huisarts de episode afsluiten. Met behulp van de episodelijst heeft een zorgverlener snel een indruk van alle klachten en aandoeningen van de patiënt.

Bron: Boesten J, Braaksma L, Klapwijk-Strumpler S, Kole HM, Sloekers J, Smit C, Stroucken JPM, Van Werven H, Westerhof R. NHG Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (Volledig gereviseerde versie 2013).