

Diabetes vormt een sterk groeiend gezondheidsprobleem op Curaçao. De huidige zorgsector is niet voorbereid op de toekomst gezien de groeiende zorgvraag en de beperkte kwaliteit van zorg. In dit onderzoek zullen aanbevelingen worden gegeven zodat diabetes op een effectieve en efficiënte manier tegen kan worden gegaan.

DIABETESZORG OP CURAÇAO: DE EILANDJESCULTUUR OP EEN EILAND

Eindverslag ter afronding van de bachelorfase van de opleiding gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede

P. van de Pavert (s0129720)

1 November 2009

Externe begeleider: dr. P.J. Klok
 Interne begeleider: mevr. D. Martina-Wijne
 Beleidsmedewerkster
 Stichting voor thuiszorg Wit Gele Kruis,
 Curaçao, Nederlandse Antillen

Samenvatting

Diabetes is op Curaçao een groot probleem. De hoge prevalentie van het aantal mensen met overgewicht op het eiland draagt substantieel bij aan dit probleem. Alsmede de eetcultuur die op het eiland heerst, met fastfood als statussymbool en luxe product, en de denkbeelden van de inwoners over eten. Daarnaast nodigt de infrastructuur van het eiland niet uit voor bewegen en zorgt het klimaat ervoor dat weinig groente en fruit verbouwd kan worden. In de toekomst zal dit een grote last voor de gezondheidszorg op het eiland met zich mee brengen. In dit onderzoek zal de huidige situatie van de gezondheidszorg rond diabetes bekeken worden en zal duidelijk worden dat het huidige netwerk van actoren niet klaar is voor de groeiende vraag naar diabeteszorg in de toekomst. Naast een literatuurstudie bestaat het onderzoek uit interviews die gehouden zijn met de belangrijkste actoren, zoals de huisarts en internist, rond diabeteszorg op Curaçao. Uit de gehouden interviews bleek dat geen enkele actor van mening was dat het huidige netwerk van actoren sterk genoeg is om in de toekomst kwalitatief goede en efficiënte diabeteszorg te kunnen leveren. Ook bleek er nogal wat kritiek te zijn op de huidige aanpak, en de bijbehorende programma's, van deze aandoening. De belangrijkste problemen en knelpunten in de huidige situatie die uit de analyse naar voren hebben te maken met de concepten 'samenwerking' en 'coördinatie en aansturing'. Oplossingen voor deze problemen zullen aangedragen worden met als doel om hiermee het netwerk te verstevigen. In de gewenste situatie zullen actoren intensief samenwerken om het gezamenlijke probleem van diabetes, dat binnen de gemeenschap op Curaçao heerst, aan te pakken. Op dit moment is er nog weinig samenwerking, slechts een beperkte mate van coördinatie en vindt er weinig afstemming plaats. Meer samenwerking, in de vorm van een Multidisciplinair overleg, als oplossing lijkt op dit moment de beste keuze om het probleem diabetes effectiever en efficiënter aan te kunnen pakken. De oplossing van een 'network administrative organization' (NAO) als coördinerende en faciliterende actor in het netwerk kan achter de hand gehouden worden wanneer blijkt dat het netwerk, eventueel versterkt, niet voor verbetering zorgt. Deze oplossing pakt het probleem echter op een andere manier aan. De NAO zal in een meer hiërarchische structuur voor aansturing van de actoren zorgen en het beleid van de overheid uitvoeren. Deze oplossingen zullen de eerste stappen zijn om van de eilandjescultuur af te komen, alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en dit collectieve netwerk te creëren.

Opzet

	<i>pagina</i>
- Voorwoord	4
- Inleiding	5
- Hoofdstuk 1: Plan van aanpak	
○ achtergrond en aanleiding	6
○ relevantie	6
○ probleemstelling	7
○ deelvragen	8
○ onderzoeksmethode	10
○ afbakening	11
○ conclusie en opzet rapport	11
- Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	
○ gebruikte theorieën	12
○ conclusie	16
- Hoofdstuk 3: Het probleem diabetes	
○ Inleiding	17
○ Diabetes als gezondheidsaandoening	17
○ Diabetesitas	19
○ Zorgverleners en hun rollen bij diabetes	20
○ Diabetes en overgewicht op Curaçao	22
- Hoofdstuk 4: De gezondheidszorg op Curaçao	
○ Organisatie van de gezondheidszorg op Curaçao	24
○ Voornaamste problemen van de gezondheidszorg op Curaçao	25
- Hoofdstuk 5: Het netwerk rond diabeteszorg op Curaçao	
○ Actoren die een rol spelen bij diabetes op Curaçao	30
○ Huidige programma's rond diabetes op Curaçao	33
○ Structuur indicatoren	36
▪ Centraliteit	36
▪ Multiplexiteit	37
▪ Clusters van actoren	40
○ Proces indicatoren	41
▪ Vertrouwen	41
▪ Macht	41
○ Rollen in het netwerk	43
○ Samenwerking binnen het netwerk	44
- Hoofdstuk 6: Gevonden problemen/knelpunten	45
- Hoofdstuk 7: Diabetesdienst	46
- Hoofdstuk 8: Oplossingen	50
- Hoofdstuk 9: Conclusies	54
- Literatuurlijst	56
- Bijlagen	63

Voorwoord

Dit verslag is het eindresultaat van ruim drie maanden onderzoek op Curaçao en vormt als bacheloropdracht de afronding van mijn driejarige bachelor Gezondheidswetenschappen. In deze tijd op het eiland heb ik vanuit de stichting voor thuiszorg Wit Gele Kruis de gezondheidszorg rond diabetes onderzocht. In de beginperiode hield ik me voornamelijk bezig met inlezen over de gezondheidszorg op Curaçao: hoe is deze georganiseerd en welke organisaties zijn hierbij betrokken? Vervolgens volgde de toespitsing op diabetes: hoe groot is het probleem op het eiland, welke actoren houden zich hiermee bezig en wat wordt er gedaan om het probleem te bestrijden? In het begin van het onderzoek kreeg ik een aantal mogelijkheden vanuit de stichting om de diabeteszorg in de praktijk te zien. Zo was ik een ochtend aanwezig bij de diabetessprekuren die vanuit het Wit Gele Kruis georganiseerd werden. Leerzaam om dit ook eens vanaf een praktische kant te bekijken. Na het proces van inlezen kon worden toegewerkt naar het belangrijkste deel van het onderzoek: de interviews met diverse zorgverleners rond diabetes. Zo heb ik interviews gehouden met huisartsen, internisten, de GGD, de verzekeraar en een verpleegkundige. De interviews geven een compleet beeld van de situatie op Curaçao en bekijken zorgverlening van diabetes, en de knelpunten of problemen hierbij, vanuit verschillende kanten. Hierbij wil ik dan ook Mevr. Martina-Wijne, werkzaam als beleidsmedewerksters bij het Wit Gele Kruis en begeleider van het onderzoek op Curaçao, bedanken voor alle hulp. Voornamelijk als het gaat om het werven van zorgverleners en andere professionals voor de interviews: ik werd voorzien van een uitgebreide lijst met namen en wanneer iemand niet in staat was mee te werken kon er altijd een andere internist of huisarts geregeld worden. Hierbij is gekozen om zorgverleners rond diabetes op het eiland vanuit een netwerk perspectief te bekijken. Een hecht en collectief netwerk kan, mede door een hoge mate van samenwerking, het gezamenlijke gezondheidsprobleem effectiever en efficiënter aanpakken. De theorie van het netwerk moest gekoppeld worden aan de opgedane kennis rond zorgverlening op Curaçao en de opinies in de interviews. Gebleken is dat deze koppeling tussen theorie en praktijk nogal eens lastig te maken bleek. Hierbij wil ik dan ook mijn begeleider Mr. P.J. Klok bedanken die me hierbij geholpen heeft alsmede de geboden hulp tijdens het schrijven van het verslag in de vorm van het geven van feedback.

Inleiding

Diabetes vormt wereldwijd een steeds groter probleem, volgens de International Diabetes Federation (IDF) kan er gesproken worden over een diabetesepidemie die verantwoordelijk zal zijn voor het feit dat in het jaar 2025 6% van de wereldbevolking aan diabetes lijdt. Deze trend wordt versterkt door het groeiende probleem van overgewicht (International Diabetes Federation, 2003). Volgens de World Health Organization (WHO) is het risico op diabetes bij vrouwen tussen de 30 en 55 jaar maar liefst 40 keer groter bij vrouwen met ernstig overgewicht in vergelijking met vrouwen met een normaal gewicht (Voedingscentrum, z.d.). Op Curaçao is dit een groot probleem, en mede hierdoor is de prevalentie van diabetes op het eiland groot. In de toekomst zal dit een grote last voor de gezondheidszorg op het eiland met zich mee brengen. In dit onderzoek zal de huidige situatie van de gezondheidszorg rond diabetes bekeken worden en zal duidelijk worden dat het huidige netwerk van actoren niet klaar is voor de groeiende vraag naar diabeteszorg in de toekomst. Uit de gehouden interviews bleek dat geen enkele actor van mening was dat het huidige netwerk van actoren sterk genoeg was om in de toekomst kwalitatief goede en efficiënte diabeteszorg te kunnen leveren. Ook bleek er nogal wat kritiek te zijn op de huidige aanpak, en de bijbehorende programma's, van deze aandoening. De belangrijkste problemen en knelpunten in de huidige situatie zullen uit de analyse naar voren komen. Oplossingen voor deze problemen zullen aangedragen worden met als doel om hiermee het netwerk te verstevigen. Een effectiever en efficiënter netwerk zodat kwaliteit van zorg omhoog zal gaan en het netwerk beter voorbereid is op de groeiende vraag naar diabeteszorg.

Hoofdstuk 1. Plan van aanpak

Achtergrond en aanleiding

De achtergrond van het probleem is het groeiend aantal mensen met diabetes op Curaçao dat een beroep doet op het netwerk van zorgverleners die betrokken zijn bij Diabeteszorg. Zorgverleners ervaren nu knelpunten en zien voor de toekomst problemen in de zorg rond diabetes.

Aanleiding tot onderzoek

De directe aanleiding is het feit dat het Wit Gele Kruis in het verleden bezig is geweest met het verbeteren van de zorg aan diabetes patiënten. Zo is er een formulier ontworpen voor communicatie met de huisartsen en het zorgdossier voor diabetespatiënten is bijgesteld. Een actueel diabetes beleidsplan is nodig om zorgontwikkelingen in de toekomst hierop af te stemmen, zoals het diabetespaspoort dat iedere patiënt heeft en de verbetering hiervan.

Rationale van het probleem

De rationale omvat de stap van de aanleiding van het probleem tot de probleemstelling. Om het Wit Gele Kruis uiteindelijk te voorzien van beleidsaanbevelingen is het raadzaam eerst de gehele, huidige situatie, de zorg rondom diabetes op Curaçao, te analyseren. Hieruit zal blijken waar men als Wit Gele Kruis staat in het netwerk. Door problemen en knelpunten van het netwerk te benoemen kunnen oplossingen bedacht worden. Hieruit kunnen vervolgens specifieke aanbevelingen voor de stichting/opdrachtgever gehaald worden.

Relevantie

Maatschappelijke relevantie

Maatschappelijk is het verslag relevant aangezien getracht wordt de zorg aan diabetespatiënten te verbeteren. Het aantal diabetespatiënten dat een beroep doet op de zorg neemt toe en de kwaliteit van zorg dient te verbeteren.

Wetenschappelijke relevantie

Wetenschappelijke relevantie is van belang om de oplossingen en aanbevelingen vanuit een theoretisch kader te onderbouwen.

De netwerkbenadering, met de bijbehorende theorieën, wordt toegepast en verhelderd. Vooral operationalisatie van begrippen behorende binnen de netwerkbenadering speelt een rol. Een begrip als multiplexiteit wordt op bestaand netwerk uit de praktijk toegepast. Zo kan de structuur van het netwerk geanalyseerd worden. Vanuit de theorie over netwerken kunnen vervolgens ook oplossingen geboden worden om het netwerk te verbeteren. Door, naar eigen inzicht, een selectie te maken van de verschillende theorieën over netwerken wordt geprobeerd een kader te creëren waardoor de onderzoeksvraag op een systematische manier beantwoord kan worden.

Onderzoeksvraag

Vanuit de achtergrond en aanleiding komen we bij het probleem op Curaçao en kan onderstaande probleemstelling opgesteld worden. Deze probleemstelling noemt de huidige kwaliteit van zorgverlening rond diabetes als probleem, evenals de groeiende zorgvraag naar deze zorgverlening. Kwaliteit van zorg is dus beperkt en de vraag naar deze zorg neemt daarbij elk jaar toe. Zowel de prevalentie, aantal gevallen van een aandoening per jaar, als de incidentie, het aantal nieuwe gevallen per jaar, neemt in aantal toe. Meer over deze groeiende zorgvraag in hoofdstuk 3.

Hieruit volgt de volgende probleemstelling:

Het netwerk rondom diabeteszorg op Curaçao is niet voorbereid op de toekomst gezien de kwaliteit van zorg en het groeiend aantal patiënten met Diabetes.

Uit de bovenstaande probleemstelling kan de onderzoeksvraag worden afgeleid. Uit deze onderzoeksvraag volgen deelaspecten die afzonderlijk behandeld zullen worden. Uiteindelijk zal hiermee de onderzoeksvraag beantwoord kunnen worden. De onderzoeksvraag luidt:

Hoe kan het netwerk rondom diabeteszorg op Curaçao voorbereid worden op de toekomst gezien de relatief lage kwaliteit van zorg en het groeiend aantal patiënten dat Diabetes heeft?

Conceptualisatie

Het netwerk rondom diabeteszorg omvat alle actoren, zowel zorgverleners als bijvoorbeeld verzekeraars of de overheid, die zich met diabeteszorg bezig houden. Gekozen is om deze actoren vanuit de netwerk benadering te analyseren. Een netwerk is een veelomvattend metafoor bestaande uit 'nodes' (knopen) en 'ties' (verbindingen). Netwerken kunnen in allerlei situaties en op allerlei niveaus bestaan en geanalyseerd worden. Toegepast op dit onderzoek gaat het over een netwerk van organisaties in een gemeenschap, in dit geval Curaçao.

In het theoretisch kader zal dit begrip verder uitgelegd worden en zal het belang van het gebruik van de netwerk benadering genoemd worden.

Dat dit netwerk niet voorbereid zou zijn op de toekomst wordt door twee factoren weergegeven: de kwaliteit van zorg en het groeiend aantal mensen met diabetes. De kwaliteit schiet te kort in de zorgverlening aan de diabetes patiënten die zich nu op het eiland bevinden. Hierdoor is het woord 'beperkt' aan de vraagstelling toegevoegd, waarom deze kwaliteit van zorg beperkt is zal in het verloop van het onderzoek duidelijk worden.

De vraag wat kwaliteit van zorg inhoudt is niet eenvoudig te beantwoorden. Het begrip kwaliteit is bijvoorbeeld niet altijd meetbaar. Ook zijn er vele definities te vinden voor het begrip kwaliteit van zorg. Het Institute of Medicine onderscheidt de vier, onderstaande, kernaspecten. Hier kan nog een vijfde, innovatie, aan toegevoegd worden.

- effectiviteit: effectieve zorg is wanneer de gestelde doelen worden bereikt. Deze doelen hangen af van de vorm van zorg. Curatieve zorg stelt doelen als het verlichten van pijn en het vertraging van het ziekteproces. Preventie heeft echter weer andere doelen zoals zorgen dat mensen gezond blijven door de gezondheid te bevorderen en te beschermen.

(Arcadis, AVVV, LOC, NVVA & Sting, 2005)

- veiligheid: Het Institute of Medicine omschrijft veiligheid als het voorkomen van ongelukken van patiënten bij de zorgverlening. Deze zorgverlening heeft immers de intentie patiënten te helpen. IOM, Institute of Medicine (Institute of Medicine [IOM], 2001).
- toegankelijkheid: Smits, Droomers & Westert (2002) geven de definitie: 'dat personen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening'
- vraaggerichtheid: Goudriaan en Vaalburg (1998) geven de volgende definitie van vraaggerichtheid: 'Een vraaggericht aanbod is een aanbod dat, op collectief of individueel niveau, naar de opvatting van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, optimaal bijdraagt aan het omgaan met de problemen die hij ervaart'
- innovatie: 'Stilstand is achteruitgang' geldt ook voor de gezondheidszorg. De behoefte aan zorg vanuit de bevolking verandert dus de gezondheidszorg zal hierop in moeten spelen. Innovaties, toepassingen van nieuwe producten of processen, kunnen gezondheidswinst opleveren door bijvoorbeeld voor afname in pijn te zorgen. (Organization for Economic Co-Operation and Development [OECD], 2005)

Deelvragen

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld. Globaal gezien wordt er steeds specifiek op het netwerk rond diabeteszorg ingegaan. In hoofdstuk 3 komt de aandoening diabetes aan bod, verder toegespitst op Curaçao. Vervolgens in hoofdstuk 4 de gezondheidszorg op het eiland en de problemen die er spelen. Hierna wordt verder toegespitst op het netwerk in hoofdstuk 5, dat een groot gedeelte van het onderzoek vormt. Uit dit laatste hoofdstuk, met de informatie uit de hoofdstukken 3 en 4, kunnen knelpunten gehaald worden. Hoofdstuk 9 zal deze knelpunten bekijken vanuit een project uit het verleden: de diabetesdienst.

- *Hoe groot is het gezondheidsprobleem diabetes op Curaçao?*

Diabetes, is zoals al beschreven in het plan van aanpak, een groeiend gezondheidsprobleem. Vooral op Curaçao, waar de groeiende zorgvraag en het verwachte aantal patiënten in de toekomst een grote druk op de gezondheidszorg met zich mee brengt. In het derde hoofdstuk zal bekeken worden wat deze aandoening inhoudt en met zich mee brengt om vervolgens te zien hoe groot het probleem op Curaçao is.

- *Welke problemen heersen er in de gezondheidszorg op Curaçao?*

In het volgende, vierde, hoofdstuk zal de gezondheidszorg op Curaçao beschreven worden. Daarnaast zullen de belangrijkste problemen in de gezondheidszorg op Curaçao opgesomd worden en zal worden ingegaan op het effect van deze problemen op de diabeteszorg. Om aanbevelingen te geven en zo het netwerk meer op de toekomst voor te bereiden is het noodzakelijk eerst te weten hoe de huidige gezondheidszorg georganiseerd is en welke problemen er, met het oog op het netwerk rond diabetes, zijn.

- *Hoe ziet het netwerk van actoren rond diabetes er uit?*

Deze deelvraag vormt het grootste deel van het verslag: een analyse van het netwerk van actoren die zich bezig houden met de diabeteszorg op het eiland. Eerst zullen deze actoren benoemd worden waarna de huidige programma's die er voor diabetes patiënten bestaan beschreven worden. Daarna wordt de structuur van het netwerk geanalyseerd, grotendeels met behulp van het begrip *multiplexity*. Nu de actoren en de structuur duidelijk zijn, zullen de processen die zich binnen het netwerk afspelen bekeken worden. Als laatste onderdeel zullen de rollen die verschillende actoren aannemen uitgelicht worden. Welke actor is bijvoorbeeld de initiatiefnemer als het gaat om zorgvernieuwing?

- *Wat zijn de belangrijkste problemen/knelpunten die uit de analyse kunnen worden gehaald?*

Na beschrijvingen van het probleem van diabetes op Curaçao, de problemen in de gezondheidszorg en vervolgens de analyse van het netwerk kunnen knelpunten en problemen gevonden worden. Deze zorgen ervoor dat het netwerk van actoren het probleem van diabetes niet op een effectieve manier aan kan pakken.

- *In hoeverre komen deze problemen/knelpunten overeen met de oorzaken voor het mislukken van de Diabetesdienst?*

In dit hoofdstuk wordt de diabetesdienst, een mislukt project rond diabetes uit het verleden, beschreven om deze te vergelijken met de eigen analyse. Hierbij zal bekeken worden in hoeverre de oorzaken voor het mislukken van de diabetesdienst overeenkomen met de gevonden knelpunten en problemen uit de eigen analyse. De diabetesdienst is hierbij een les uit het verleden waarvan geleerd kan worden. Mochten er overeenkomsten zijn dan zal eenzelfde aanpak zoals de diabetesdienst naar alle waarschijnlijkheid voor hetzelfde resultaat zorgen. Er zal dan een andere aanpak gekozen moeten worden.

- *Welke oplossingen kunnen voor de gevonden problemen/knelpunten bedacht worden?*

In hoofdstuk 8 zullen oplossingen voor de problemen en knelpunten bedacht worden en hiermee kan de onderzoeksvraag beantwoord worden.

Nadat de deelvragen opgesteld zijn is het van belang een geschikte onderzoeksmethode te kiezen om deze deelvragen, alsmede de onderzoeksvraag, te kunnen beantwoorden.

Onderzoeksmethode

(Geurts, 1999) onderscheidt diverse onderzoeksmethoden, als grondvorm is gekozen voor veldonderzoek.

Veldonderzoek werkt al dan niet met participerende observatie, eventueel aangevuld met enquêtegegevens en ambtelijke statistische gegevens. Verder kunnen vrije- of diepte-interviews deel uitmaken van het ontwerp. Mede door de bovenstaande kenmerken is voor deze grondvorm gekozen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een andere vorm die geschikt zou kunnen zijn: de casestudy. Bij deze vorm word een bepaald, uniek geval bestudeerd waarbij gekeken wordt naar individuele, kleine groepen van deelnemers of een groep als geheel. Reden om voor veldonderzoek te kiezen is dat hierbij vaak expliciet gebruikt wordt gemaakt interviews, iets dat in dit onderzoek ook als belangrijke bron wordt gebruikt om het netwerk te kunnen beschrijven. Met veldonderzoek wordt duidelijk gemaakt dat het onderzoek voor een substantieel deel gebaseerd is op ervaringen uit de daadwerkelijke situatie, dus de zorgsector rond diabetes op Curaçao. Een andere reden om niet voor de casestudy te kiezen is omdat het lastig is het netwerk van actoren rond diabetes als een onderzoeksobject of geval te beschouwen. Wanneer efficiëntie van een bepaalde organisatie wordt onderzocht kan voor de case studie gekozen worden, maar wanneer een groep werknemers binnen deze organisatie wordt bestudeerd is dit lastig. Ook de diabeteszorg op Curaçao is lastig als uniek geval te beschouwen: het vormt een deel van de gezondheidszorg waarbij de grenzen vaak niet duidelijk zijn. Zo spelen andere delen van de gezondheidszorg, zoals zorgverlening rond overgewicht/obesitas, ook een rol en is het afhankelijk van de specifieke patiënt welke actoren van invloed zijn.

Zoals beschreven spelen de interviews, en de kwantitatieve gegevens die hieruit gehaald kunnen worden, een belangrijke rol binnen het onderzoek. Om inzicht te krijgen in de huidige situatie zijn interviews gehouden met betrokken actoren zoals huisartsen, internisten, (diabetes)verpleegkundigen, de GGD, de verzekeraars.

Dit wordt gecombineerd met een literatuurstudie waarin informatie over de gezondheidszorg op Curaçao, het gezondheidsprobleem van diabetes en de diverse actoren geanalyseerd wordt. Bij de beschrijving van de deelvragen is het onderscheid gemaakt tussen de literatuurstudie en het veldonderzoek met betrekking tot de hoofdstukken. De hoofdstukken 3 en 4 worden beantwoord met behulp van de literatuurstudie. Hoofdstuk 5, over het netwerk zelf, zal voornamelijk beantwoord worden met behulp van de interviews.

Fuik van Miller

De keuze van de onderzoeksstrategie kan ook nog op een andere manier benaderd worden, namelijk vanuit de vraag welke resultaten worden verwacht gegeven de gekozen strategie. Hierbij wordt de fuik van Miller gebruikt. Deze geeft 23 alternatieven die tezamen leiden tot voldoende informatie om een onderzoeksstrategie te kiezen. Bij elke onderzoeksstrategie horen dus specifieke punten uit de fuik van Miller. Bij het veldonderzoek horen de punten 7, 8 en 9. Deze worden hieronder uiteengezet.

7. De te verkrijgen uitkomsten betreffen processen, patronen of structuren.

Dit alles wordt voor het netwerk van diabeteszorg op Curaçao bekeken. Wat is de structuur van het netwerk, hoe verhouden actoren zich tot elkaar en wat voor een relaties zijn er te onderscheiden?

8. De resultaten en de metingen van de begrippen moeten uitgebreid zijn en een grote waarde hebben.

Begrippen als vertrouwen, afhankelijkheid en (intensiteit van) samenwerking spelen een rol, de begrippen worden kwalitatief gemeten met betrekking tot het netwerk van diabetes zorg.

9. De resultaten moeten beschrijvingen van processen of patronen zijn. Als het onderzoek om personen gaat, horen hierbij tevens rollen, attitudes of waarden van die personen.

De resultaten geven processen weer die zich in het netwerk afspelen en patronen die bestaan. De rollen, waarden en attitudes van de betrokken organisaties spelen hierbij zeker een rol.

(Geurts, 1999)

Afbakening

Voor het onderzoek is afbakening vereist gezien de beperkte tijd en omvang van het verslag. Omdat het netwerk rond diabetes op Curaçao in zijn geheel aangepakt wordt is het onmogelijk alle aspecten van de netwerkbenadering, en de literatuur die hierover is, mee te nemen in de analyse. Aspecten die belangrijk geacht worden zijn eruit gekozen, zoals de structuur van het netwerk en bepaalde processen, bijvoorbeeld vertrouwen, die zich binnen het netwerk afspelen. Tevens worden algemene problemen van de gezondheidszorg benoemd, deze zijn immers weer oorzaak van problemen bij de diabetes zorgverlening. Keuzes voor deze aspecten hebben ook te maken met de bijbehorende vragen die in de gehouden interviews aan bod kwamen.

Conclusie en opzet rapport

Vanuit een probleem is een vraagstelling opgesteld. Uit deze vraagstelling is vervolgens een onderzoeksvraag opgesteld waaruit deelvragen volgen. In hoofdstuk 1, bij de 'deelvragen', is beschreven hoe de hoofdstukken opgesteld zijn en wat de volgorde is. Aan het eind van de hoofdstukken 3, 4 en 5 kunnen de drie bijbehorende deelvragen beantwoord worden. Zo wordt de vraag 'hoe groot is het diabetesprobleem op Curaçao?' in hoofdstuk 3 beantwoord. Dit kan echter pas gedaan worden nadat de aandoening diabetes beschreven wordt, het probleem overgewicht behandeld wordt en de zorgverleners beschreven worden die met diabetes te maken hebben. Na hoofdstuk 5 geven de hoofdstukken 6 en 7 de belangrijke problemen en knelpunten die gevonden zijn uit de literatuurstudie en het veldonderzoek. Hoofdstuk 8 zal de onderzoeksvraag uiteindelijk beantwoorden door oplossingen te bieden.

Na het geven van een afbakening aan het onderzoek is het plan van aanpak afgerond. Hieronder zal eerst een theoretisch kader gegeven worden. Daarna volgt de analyse van de deelaspecten en het beantwoorden van de deelvragen.

Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

Gebruikte theorieën

Voordat de analyse kan beginnen moet het kader van theorieën worden benoemd waarmee de diabeteszorg op Curaçao geanalyseerd gaat worden. Als kader is voor de netwerk aanpak gekozen. Hiertoe behoren theorieën die specifieke aspecten van het netwerk zullen analyseren.

Wat is een netwerk?

Een netwerk is een veelomvattend begrip, het meten en evalueren hiervan is moeilijk. Hierbij kan een netwerk als metafoor gezien worden of als concept, maar ook als een management techniek in de vorm van netwerken. Abstract kan een netwerk omschreven gezien worden als een systeem van relaties tussen de individuele delen. Waarbij deze delen worden beschreven als knopen ('nodes') en de relaties als verbindingen ('ties'). (Scott & Davis, 2007). In het onderzoek beschrijven we een netwerk dat uit organisaties bestaat. Hierbij is een netwerk een structuur van afhankelijkheid waarbij een organisatie niet enkel de formele ondergeschikte van de ander is in een bepaald hiërarchische structuur. Er is wel een mate van structuur maar een netwerk gaat verder dan formeel opgezette relaties en wettelijke banden. Een netwerk bestaat niet enkel uit formele hiërarchie of uit volledige marktwerking, maar bevat structuren die hiertussen liggen. De relaties die tussen organisaties in een netwerk bestaan kunnen uitwisselingen zijn of bijvoorbeeld samenwerkingen in het geval van gezamenlijke belangen (O'Toole, 1997). Toegepast op dit onderzoek is het netwerk het geheel van actoren die zich bezig houden met diabeteszorg op het eiland Curaçao, de actoren zijn de individuele delen waaruit het netwerk bestaat.

Waarom de netwerk aanpak?

Er zijn een aantal redenen waarom de zorgsector rond diabetes vanuit de netwerk theorieën bekeken wordt. Een hecht en collectief netwerk betekent dat, door samen te werken, diverse organisaties voordeel halen uit vergrote, gezamenlijke middelen en expertise. Het resultaat is een grotere output voor de deelnemers in een bepaalde gemeenschap. In dit geval een hoger niveau van gezondheid voor de diabetes patiënten op Curaçao. Dit samenwerken zorgt voor meer efficiëntie en effectiviteit van een service gericht op een gemeenschap. (Provan, Veazie, Staten & Teufel-Shone, 2005). Zo is het vanaf het begin van het onderzoek al duidelijk, vanuit gesprekken met betrokkenen, dat er op het gebied van samenwerking tussen de actoren nogal wat schort en verbeterd kan worden. Wanneer dit door het onderzoek bevestigd wordt kan gesproken worden over een onsamenvattend netwerk waarin actoren meer met zichzelf bezig zijn dan met samenwerken. Met de oplossingen zal dan geprobeerd worden naar een hecht en collectief netwerk toe te werken waarin actoren gezamenlijk het gigantische probleem van diabetes op Curaçao aanpakken.

Een andere reden is dat een netwerk analyse uitermate geschikt is voor een 'public-sector' netwerk, zoals de gezondheidszorg. Hierbij speelt het opbouwen van 'community capacity' een rol. Met deze capaciteit kan een gemeenschap zichzelf ontwikkelen en de problemen die er spelen zelf aanpakken. Het begrip 'community capacity building' (CCB) omvat een aantal aspecten waarbij een gemeenschap: zelfstandig organiseert en plannen maakt, zichzelf 'empowered', armoede en leed bestrijdt en werkloosheid bestrijdt. Belangrijkste hierbij is dat de sociale, economische en culturele doelen gezamenlijk bereikt worden. De definitie van CCB luidt: 'de netwerken, organisaties, houdingen, leiderschap en vaardigheden die nodig zijn om een gemeenschap te ontwikkelen volgens de eigen wensen en doelen'. Op Curaçao betekent dit het ontwikkelen van de capaciteit van de gemeenschap om het gezondheidsprobleem diabetes aan te pakken (Atkinson & Willes, 2005). In veel gemeenschappen is bewezen dat netwerken van organisaties een belangrijk mechanisme zijn voor het opbouwen van 'community capacity' door complexe gezondheidsproblemen te herkennen en aan te pakken (Provan et al., 2005). Daarnaast heeft een 'public-sector' netwerk het voordeel dat de meeste werknemers die werkzaam zijn binnen de organisaties professionals zijn met een bepaalde waarde en betrokkenheid met betrekking tot cliënten. De waarde van gezondheid voor diabetes patiënten is voor veel professionals belangrijker dan de betrokkenheid tot de eigen organisatie of een bepaald programma. Daarom moet effectiviteit, van zowel netwerk als organisaties, bereikt worden door te focussen op doelen op gemeenschapsniveau (Provan & Milward, 2001). Als laatste reden om voor deze aanpak te kiezen is dat het netwerk steeds belangrijker wordt en steeds meer gebruikt wordt. Zo zijn programma's vanuit de overheid steeds vaker inter-organizationele samenwerkingen om complexe problemen aan te pakken. Door middel van samenwerking ontstaat een breder en groter niveau van kennis om problemen op te lossen. Ambitieuze doelen gecombineerd met verspreide macht zorgt vaak voor een netwerk aanpak. Wat begon met een trend blijkt het netwerk steeds vaker de beste aanpak (O'Toole, 1997).

De netwerk aanpak in het onderzoek

Er is tot op heden veel gepubliceerd met betrekking tot netwerken. Dit zijn echter veelal artikelen met betrekking tot bepaalde aspecten die te maken hebben met netwerken. Voorbeelden zijn het meten van de structuur (Milward & Provan, 1998) of de invloed van de positie van een organisatie op de effectiviteit van een netwerk (Powell, Koput, Smith-Doerr & Owen-Smith, 1999). Er is echter geen grondtheorie die als houvast kan dienen bij het behandelen van de onderdelen van een netwerk. Dit komt vooral doordat netwerken in allerlei vormen bestaan en op allerlei manieren geanalyseerd kunnen worden.

Uit alle wetenschappelijke literatuur die er over netwerken te vinden was is er een selectie aan artikelen gemaakt die gebruikt zal worden in dit verslag. Een deel van de artikelen gaat over het analyseren en beschrijven van netwerken en een ander deel geeft aan hoe tot een samenwerkend netwerk van organisaties te komen en hoe men het beste samen kan werken. Deze theorieën, concepten en termen rond netwerken zullen in het verslag onder de verzamelnaam netwerk aanpak geschaard worden. Zoals vermeld is er niet een eenduidige netwerk theorie, over netwerken wordt in de wetenschap veel geschreven op allerlei niveaus, in allerlei vakgebieden met eigen invullingen aan het begrip netwerk. De artikelen van Keith G. Provan, Amerikaans professor die veel gepubliceerd heeft over netwerken van organisaties, zullen hierbij als leidraad dienen. Voornamelijk het artikel 'Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizations Networks' (Provan & Milward, 2001) dat een evaluatie kader biedt voor netwerken van organisaties in de publieke sector. Dit artikel beschrijft dat een netwerk op drie verschillende niveaus geanalyseerd kan worden: de gehele gemeenschap, het netwerk zelf en als laatste de deelnemers aan het netwerk. Er kan op ieder niveau naar de effectiviteit van het netwerk gekeken worden. Door

deze scheiding in de niveaus en de bijbehorende concepten ontstaat er een kader waarbij uit de andere artikelen theorie gezocht kan worden.

Op basis van deze theorie is naar eigen inzicht een onderverdeling gemaakt van de verschillende delen die geanalyseerd worden. Deze analyse vindt in hoofdstuk 5 plaats. De gekozen onderverdeling wordt hierna samengevat.

- De actoren in het netwerk
- Programma's rond diabetes
- Structuur van het netwerk
 - o Centraliteit
 - o Multiplexiteit
 - o Clusters van actoren
- Processen binnen het netwerk
 - o Vertrouwen
 - o Macht
- Rollen van actoren in het netwerk

Bij het eerste en meeste brede analyse niveau wordt bekeken in hoeverre het netwerk een bijdrage levert aan de gemeenschap, het lokale gebied, die het probeert te dienen. Het netwerk wordt beoordeeld als service verlener aan de lokale gemeenschap. Toegespitst op dit verslag kan bekeken worden in hoeverre het diabetes netwerk op Curaçao de bevolking op dit eiland voorziet van zorgverlening rond deze aandoening en hoe het netwerk presteert op basis van prestatie-indicatoren, zoals een niet-financiële indicator als patiënt tevredenheid.

Doel van de meeste publieke netwerken is het vergroten van het service niveau waarbij kosten niet stijgen en bij voorkeur dalen. Dit analyse niveau zal voornamelijk in hoofdstuk 4, over de gezondheidszorg op Curaçao, aan de orde komen (Provan & Milward, 2001).

Het grootste gedeelte van het verslag richt zich echter op het tweede niveau, namelijk de effectiviteit op het netwerk niveau zelf. Dit komt in hoofdstuk 5 aan de orde. Er zijn verschillende manieren dit niveau te analyseren, bijvoorbeeld door te kijken naar de intreding en uittreding van organisaties in en van het netwerk. In dit verslag zal echter vooral gekeken worden naar de (sterkte van) verschillende relaties tussen organisaties binnen het netwerk. Eerst zullen alle betrokken actoren benoemd worden, waarna gekeken wordt naar de programma's rond diabetes die er op het eiland zijn. Hierbij zal getracht worden conclusies te trekken vanuit de netwerk aanpak, bijvoorbeeld met betrekking tot aantallen van een bepaalde beroepsgroep of de invloed van een programma op de sterkte van het netwerk.

Vervolgens zal de structuur van het netwerk bekeken worden. De begrippen centraliteit en multiplexiteit spelen hierbij een rol. Centraliteit beschrijft de importantie van een actor in het netwerk en wordt vaak gebruikt voor het meten van de positie van een netwerk. Centraliteit heeft grote invloed op het bepalen van de prestatie van een organisatie. Organisaties die opschuiven naar een centralere positie in het netwerk genereren meer inkomsten en fondsen en verkopen meer. (Powell et al., 1999). Er zijn verschillende manieren om centraliteit te meten, de meest simpele manier kijkt naar het aantal directe contacten dat een actor heeft. Met andere woorden: hoe groot is het 'ego netwerk' van een actor, dus alle directe contacten van een 'node'. Het boek van Scott en Davis (2007) beschrijft deze maat als de 'degree'. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het aantal 'ties' dat naar de actor toe loopt (in-degree) en hoeveel 'ties' van de actor vertrekken (out-degree).

Een andere maat voor centraliteit is hoe ver actoren gemiddeld afliggen van een bepaalde actor, wat is de gemiddelde 'distance'? Een score van 1 geeft hierbij aan dat de actor gemiddeld een directe relatie heeft, de 1 staat voor de afstand van iemand tot een vriend, en een 3 wil zeggen dat de relatie via 2 andere actoren verloopt.

Daarnaast kan multiplexiteit ook uitspraken doen over de structuur van een netwerk. Multiplexe verbindingen tussen twee actoren bestaan wanneer men op meerdere manieren gekoppeld is. Bijvoorbeeld informatie-uitwisseling, financiële stromen en verwijzingen; in dit onderzoek het verwijzen van patiënten van de ene naar de andere organisatie. Naast het bekijken van de soorten relaties wordt ook de sterkte van iedere soort relatie bekeken. Als er een samenwerking tussen organisaties bestaat, kan gekeken worden of dit een hechte samenwerking is of slechts een incidentele samenwerking. Multiplexiteit laat zien welke organisaties op Curaçao rond diabetes samenwerking, op wat voor een manier ze samenwerken en of dit een intensieve of incidentele samenwerking is. Daarnaast wordt bekeken waarom organisaties wel of juist niet zouden samenwerken in het netwerk. Waarom zou een organisatie geld en tijd steken in het opbouwen en onderhouden van een relatie?

Hierna wordt gekeken in hoeverre er in het netwerk clusters van actoren bestaan. Clusters in een netwerk zijn kleine groepen actoren binnen het volledige netwerk die relaties met elkaar hebben. Clustering toegespitst op je eigen netwerk vraagt zich simpelweg af: zijn jouw vrienden ook vrienden van elkaar? In een familie zal sprake zijn van een hoge mate van clustering dan als het om vrienden gaat. Iedereen binnen een familie is immers gekoppeld aan elkaar een heeft, een sterke of minder sterke, relatie met elkaar. In het geval van een netwerk van vrienden, wanneer je jezelf in het midden zet, zal het vaak zo zijn dat er sprake is van een paar vrienden die elkaar niet kennen. Feit is wel dat, wanneer je de beide vrienden voor zou stellen aan elkaar, de kans groot is dat ze goed overweg kunnen met elkaar, een fenomeen beschreven door Fritz Heider in zijn 'balance theory' (Scott & Davis, 2007). Het is voor groot belang voor een effectief en succesvol netwerk om integratie tussen actoren te bewerkstelligen: dus om actoren te hebben die nauw met elkaar samenwerken en een relatie hebben gebaseerd op vertrouwen. Volledige integratie is echter niet nodig noch gewenst. Hiermee sluiten de conclusies van dit artikel perfect aan bij een vooraanstaand artikel van Mark Granovetter, een Amerikaanse socioloog, dat beschouwd wordt als een van de meest invloedrijke sociologische artikelen: 'The Strength of Weak Ties' (1973). Een persoon kan een netwerk hebben met vrienden, die elkaar ook goed kennen, en daarnaast een aantal kennissen hebben. Deze kennissen hebben, op hun beurt, weer een eigen netwerk met goede vrienden. De 'weak tie' tussen de persoon in kwestie en de kennis is echter een belangrijke: het fungeert als een cruciale brug tussen twee sterk samengevoegde groepen vrienden. Personen met een beperkt aantal 'weak ties' worden op die manier onthouden van informatie van ver weg staande delen van het sociale systeem en zijn veroordeeld tot provinciaal, beperkt nieuws en meningen van goede vrienden. Niet alleen kan dit de persoon ontwetend maken van de laatste ontwikkelingen en het nieuws maar ook zorgt het voor een slechtere positie in de arbeidsmarkt. Precies zoals het onderzoek, van waaruit Granovetter zijn artikel schreef, concludeerde. Sociale systemen zonder 'weak ties' zullen heel gefragmenteerd en onsamenvattend zijn. Nieuwe ideeën zullen zich langzaam verspreiden en subgroepen gevormd door bijvoorbeeld ras of geloof zullen het moeilijk hebben om samen te leven.

Provan en Sebastian (1998) beschrijven in hun artikel, 'networks within a network', dat integratie binnen netwerken gericht moeten zijn op de subnetwerken/clusters hierbinnen. Sterke en wederzijdige relaties tussen actoren in kleine clusters/subnetwerken kunnen uiterst effectief zijn en het succes vormen van een netwerk. Na de clusters worden de processen binnen het netwerk geanalyseerd. Hierbij zijn de processen van vertrouwen en macht gekozen. Wanneer het vertrouwen ontbreekt vanuit de organisatie in bepaalde actoren uit het netwerk zal deze organisatie eerder geneigd zijn minder energie in samenwerking te steken. Dit kan het opbouwen van een hecht en collectief netwerk tegen gaan. (Provan & Kenis, 2008)

Vervolgens kan geanalyseerd worden hoe macht in het netwerk verdeeld is. In een inter-organizationeel netwerk wordt gewerkt volgens een bepaalde cultuur waarbij het uitoefenen van macht niet de manier is om te werken. De cultuur in een netwerk controleert het gedrag van organisaties en zorgt voor coördinatie. Bij (machts-)conflicten zorgt het netwerk voor het reguleren van het gedrag van organisaties en door het aanmoedigen van oplossingen volgens de regels van het netwerk (Kong, 2007)

Het laatste onderdeel van hoofdstuk 5 beschrijft de rollen in het netwerk die actoren kunnen hebben, zoals de rol van initiator. Door een nemen van **initiatief** kan voor innovatie gezorgd worden zodat het netwerk zich ontwikkeld. Bij innovatie is het van belang te luisteren naar en relaties te onderhouden met zogenaamde 'lead users': klanten die vraag vanuit de markt duidelijk kunnen maken richting een organisatie of netwerk. De indicator innovatie is op zich al een meetinstrument voor het succes van een netwerk (Provan & Sydow, 2008).

Conclusie

In het theoretisch kader is beschreven wat de netwerk aanpak inhoudt en waarom deze aanpak relevant en nuttig is voor dit onderzoek. Vervolgens is besproken hoe de netwerk aanpak, en de gekozen theorieën die hiertoe behoren, gebruikt worden om het netwerk te analyseren volgens de zelf opgestelde onderverdeling. Deze analyse wordt voornamelijk in hoofdstuk 5 beschreven.

Hoofdstuk 3. Het probleem diabetes

Inleiding

Als startpunt zal de aandoening diabetes kort beschreven worden waarna zorgverleners en hun rol in het zorgverleningproces bij diabetes aan bod komen. Deze rollen zijn afhankelijk van het soort aandoening, zo is de rol van thuiszorg die je bij botbreuken verwacht heel anders dan de rol bij een chronische ziekte als diabetes. Een patiënt die diabetes krijgt beland in een zorgketen van professionals die hiermee te maken hebben. Deze zorgketen wordt als een cirkel gezien, een patiënt doorloopt immers geen vaste stappen volgens een vast patroon. Chronische ziekten zijn grillige ziekten: het ziekteverloop is niet voor iedere patiënt hetzelfde en dus niet te voorspellen. Een chronische ziekte is met de huidige geneeskunde niet te genezen, in het gunstigste geval kunnen symptomen onderdrukt worden met bijvoorbeeld medicijnen, toegepast op dit onderzoek is dit insuline (MEE West-Brabant, z.d.).

Dit chronische aspect zorgt ervoor dat de zorgverlening gezien kan worden als een cirkel: een patiënt, die gediagnosticeerd is met diabetes, belandt in een cirkel en komt hier vervolgens niet meer uit. Hierin ligt een groot verschil met bijvoorbeeld het netwerk van zorgverleners rond botbreuken. Wanneer een patiënt een been breekt doorloopt men een vast patroon in de keten waarna uittreding volgt. De zorgketen die in dit hoofdstuk beschreven wordt dient als vergelijkingsmateriaal voor het proces van zorgverlening rond diabetes op Curaçao.

Zo kan bekeken worden of professionals op Curaçao een rol vervullen die overeenkomt met de rol die bij diabetes verwacht kan worden.

De beschreven zorgketen is gebaseerd op de situatie in Nederland aangezien hier de meeste informatie over te vinden is. Er zal toch een referentiekader gekozen moeten worden aangezien het anders moeilijk is conclusies te trekken. Verder zal het gezondheidsprobleem van overgewicht/obesitas besproken. Reden hiervoor is de nauwe verbinding tussen de aandoeningen obesitas en diabetes en het invloed van de aandoeningen op elkaar. Vandaar dat de aandoeningen dikwijls samengevoegd worden tot diabetes. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt bekeken in welke mate obesitas en diabetes op Curaçao voorkomen.

Diabetes als gezondheidsaandoening

Diabetes, in de volksmond ook wel suikerziekte genoemd, is een stofwisselingsaandoening. Het lichaam kan in het geval van Diabetes Mellitus (DM), de officiële naam, het bloedsuikerspiegel niet meer in evenwicht houden. Dit evenwicht wordt normaliter in stand gehouden met het hormoon insuline dat aangemaakt wordt in de alvleesklier. Mensen met DM maken zelf geen insuline meer aan of hun lichaam reageert niet op insuline, dit is afhankelijk van het type diabetes. Wanneer insuline in het lichaam niet meer werkzaam is of kan zijn loopt het bloedsuikergehalte in het lichaam te hoog op wat schadelijk is voor het hele lichaam. Bloedsuiker, oftewel bloedglucose, geeft het lichaam energie en wordt verkregen uit de koolhydraten in voeding. Insuline zorgt ervoor dat deze bloedglucose verwerkt wordt en er de bloedsuikerspiegel altijd tussen bepaalde waarden zit. In het geval van DM is dit evenwicht dus weg, een te hoge waarde van glucose in het bloed zorgt ervoor dat iemand zich moe en futloos voelt, energie kan immers niet vrijgemaakt worden, en dat men veel dorst heeft en vaak moet plassen: het lichaam probeert op een andere manier de glucose kwijt te raken (Diabetesfonds, z.d. b)

Diabetes is grofweg te verdelen in twee groepen: type 1 en type 2 diabetes. In het geval van type 1 maakt iemand zelf geen insuline meer aan, deze vorm van diabetes ontstaat in het algemeen bij mensen onder de 30 jaar en werd daardoor vroeger ook wel jeugddiabetes genoemd. Nu is bekend dat deze vorm van diabetes wel degelijk op latere leeftijd verkregen kan worden. Type 1 DM is een auto-immuun ziekte: het eigen afweersysteem heeft de aandoening zelf veroorzaakt door de cellen die insuline aanmaken aan te vallen. (Diabetesfonds, z.d. c)

Bij type 2 DM is het lichaam ongevoelig geworden voor insuline, dit wordt insulineresistentie genoemd. Dit type werd vroeger ouderdomsdiabetes genoemd, de vorm komt echter steeds vaker bij jonge mensen en zelfs bij kinderen, zodat deze term niet meer opgaat. Er zijn verschillende manieren om DM type 2 te behandelen, zo zijn er tabletten die de alvleesklier aanzetten tot het aanmaken van insuline of tabletten die het lichaam gevoeliger maken voor insuline. Het kan ook zijn dat patiënten wordt aangeraden insuline te spuiten. Men krijgt daarnaast beweging- en voedingsadviezen en schrijft de arts medicijnen voor om het cholesterolgehalte en de bloeddruk te verlagen, dit verkleint de kans op hart- en vaatziekten (Diabetesfonds, z.d. d).

Over het algemeen komt type 2 DM relatief vaker voor dan type 1 DM. Om wat duidelijker te maken wat deze verhouding is: in Nederland hadden in het jaar 2003 74.000 mensen DM type 1 daar waar 584.900 mensen DM type 2 hadden (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2009).

Voor het gemak en vanwege het feit dat in de meeste gevallen sprake is van DM type 2 zal in het vervolg van dit verslag geen onderscheid gemaakt worden in de verscheidene typen diabetes.

Het aantal mensen met diabetes zal in de toekomst alleen maar toenemen. Volgens het IDF (International Diabetes Federation) zal in het jaar 2025 6% van de wereldbevolking aan diabetes lijden. Dit percentage staat voor 380 miljoen mensen, op dit moment (gemeten in het jaar 2007) zijn er 246 miljoen mensen met diabetes. 80% van de mensen in de wereld met DM woont in ontwikkelingslanden, DM verspreidt zich onder de armste mensen doordat armoede en slechte hygiëne zorgen dat men 'Low-Cost-per-Calorie' (zoveel mogelijk calorieën voor zo weinig mogelijk geld) voedsel eet en men veel verpakte dranken drinkt. Volgens het IDF zal dit aantal van 380 miljoen nog sterker oplopen als aan de trend van overgewicht geen halt toegeroepen wordt. De president van het IDF, Martin Silink, spreekt zelfs van een diabetestijdboom en epidemie.

(Diabetesweb, z.d. a). Hij hoopt dat de in eind 2006 aangenomen VN resolutie 'een inspiratie' zal zijn voor de diabetes wereld en deze van nieuwe kracht zal voorzien. Mede dankzij de 'Unite for Diabetes' campagne die is opgezet hoopt het IDF dat regeringen over de hele wereld een nationaal beleid opzetten om de zorg en preventie rondom diabetes uiteindelijk te verbeteren. Als onderdeel van de resolutie werd 14 november aangewezen als Wereld Diabetes Dag (Diabetes.nl, z.d.).

De meest verontrustende berichten hebben echter betrekking op het aantal kinderen met diabetes: de groei van dit aantal over de hele wereld is zorgwekkend. Per jaar krijgen meer dan 70.000 kinderen type 1 diabetes en ieder jaar groeit deze toename met 3% (International Diabetes Federation [IDF], 2003).

Als oorzaken voor de stijging van kinderen met diabetes kunnen een aantal verschijnselen genoemd worden. Onderzoek aan de Universiteit van Michigan laat zien dat kinderen met overgewicht een twee keer zo grote kans hebben op het verkrijgen van diabetes dan kinderen met een normaal gewicht (Diabetesfonds, z.d. a). Aangezien ook steeds meer kinderen overgewicht hebben is de stijging van het aantal kinderen met diabetes een te verwachten gevolg. De stijging van het aantal kinderen met overgewicht heeft vele oorzaken. Daar waar kinderen vroeger buiten speelden zit men tegenwoordig achter de computer of tv, mede dankzij de ouders die zich zorgen maken over hun kinderen bij het buitenspelen.

Ook de hoeveelheid reclame voor zoete snacks die veel vetten en suikers bevatten op de televisie zorgt voor een niet te onderschatten invloed op kinderen, men kiest eerder voor dit eten dan voor gezond en vers voedsel. Niet alle oorzaken moeten bij de kinderen zelf gezocht worden. Zo wordt er, vaak door gebrek aan tijd en door het werken van beide ouders, niet elke avond meer vers gekookt maar worden vaak kant-en-klare maaltijden gegeten of er wordt eten gehaald. Ook schoolkantines zouden hun steentje kunnen bijdragen door in de lunch gezonde en vers bereide maaltijden aan te bieden (InfoNu.nl, z.d.).

Meer over diabetes en obesitas en overgewicht in het onderstaande stuk diabetes.

Diabetes

Diabetes en obesitas zijn nauw met elkaar verbonden en worden daarom dikwijls samengevoegd tot de term diabetes. Acht op de tien mensen met DM type 2 is te zwaar. Overgewicht is vaak de oorzaak dat insuline zijn werk niet kan doen, waardoor dus weer DM kan ontstaan. Diabetes en overgewicht zorgen allebei weer voor een aanzienlijke verhoging van de kans op hart- en vaatziekten, een derde van het aantal doden in Nederland is hier per jaar aan toe te schrijven (Nederlandse Hartstichting & Diabetesfonds, 2009).

Hierboven werden al diverse redenen aangegeven waarom het aantal kinderen met overgewicht stijgt en als gevolg hiervan het aantal kinderen met DM. Deze redenen gelden natuurlijk ook voor volwassenen, waarbij lichamelijke inactiviteit en ongezond eten de belangrijkste zijn. De WHO verwacht dat overgewicht in 2015 het grootste gezondheidsprobleem van de Westerse Wereld zal zijn in dat jaartal zullen zo'n 2,3 miljard volwassenen kampen met overgewicht en bij 700 miljoen binnen deze groep zal er zelfs sprake zijn van obesitas. In het jaar 2005 schatte de WHO het aantal volwassenen met overgewicht nog op 1,6 miljard mensen, waarbij 400 miljoen mensen met obesitas kampten (Metropolis, z.d.).

Niet alleen is er dus sprake van een gigantische groei van mensen met overgewicht het percentage binnen deze groep met extreem overgewicht zal dus ook aanzienlijk groeien. Bij het aanpakken van het probleem diabetes zal dus altijd ook het fenomeen overgewicht bekeken moeten worden.



Fig. 1 krantenberichten over de 'diabetes epidemie'

Zorgverleners en hun rollen bij diabetes

Nadat de aandoening diabetes beschreven is kan bekeken worden welke zorgverleners een rol spelen bij de zorgverlening aan diabetes patiënten en welke rollen deze professionals hierbij aannemen.

De onderstaande cirkel is gebaseerd op de situatie in Nederland beschreven in de diabetes zorgwijzer van de Diabetesvereniging Nederland (DVN). In dit document wordt een overzicht gegeven van de zorg voor volwassenen met diabetes type 2. Dit komt overeen met dit onderzoek dat, zoals reeds aangegeven, zich ook voornamelijk op DM type 2 richt. Diabetes is het grootste probleem onder het oudere deel van de bevolking op Curaçao en dit zal in de toekomst nog verergeren.

In de cirkel staat de patiënt centraal. Vervolgens lopen er rond deze patiënt diverse ringen. In de eerste ring bevinden zich professionals waar elke diabetespatiënt mee te maken heeft. Een professional die verder weg staat in de cirkel kan geconsulteerd worden.



1. Patiënt
2. Huisarts, internist, praktijk ondersteuner, diëtist diabetesverpleegkundige
3. thuiszorg, apotheker, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog
4. pedicure, cardioloog, nefroloog, oogarts, podotherapeut en vaatchirurg

fig. 2. cirkel van zorgverleners rondom diabetespatiënt (zorgwijzer DVN)

De patiënt treedt de cirkel binnen wanneer de **huisarts**, die als professional het eerste aanspreekpunt is van de patiënt, de diagnose van diabetes stelt. Bijvoorbeeld naar aanleiding van klachten waarmee de patiënt bij de huisarts langs gaat. De huisarts neemt zowel diagnostiek als behandeling op zich: de meeste mensen met diabetes type 2 worden behandeld in de huisartsenpraktijk. In huisartsenpraktijken zijn vaak **praktijkondersteuners** werkzaam die zorg geven aan mensen met chronische aandoeningen als diabetes. Taken, zoals de driemaandelijke controle, worden van de huisarts overgenomen. Daarnaast helpt de praktijkondersteuner bij het behalen van de behandeldoelen van patiënten. Spreekuren met de patiënt, waarbij voorlichting gegeven wordt aan zowel patiënt als de mantelzorgers, dragen hieraan bij (Saxion Hogescholen, z.d.). Samen met de praktijkondersteuner wordt bekeken hoe de patiënt diabetes in zijn of haar leven het beste kan inpassen. De praktijkondersteuner is voor de patiënt het eerste aanspreekpunt bij problemen die rond diabetes kunnen ontstaan. Niet alle zorg wordt door de praktijkondersteuner gedaan, regelmatige controle wordt door de huisarts gedaan. Wel is duidelijk dat, na het diagnosticeren en het opstellen van het behandelplan, de meeste zorg uitbesteed wordt

aan de praktijkondersteuner. Deze wordt ook het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Medisch eindverantwoordelijke blijft echter de huisarts.

De **diabetesverpleegkundige** houdt zich alleen met diabetes zorg bezig. Deze gespecialiseerde verpleegkundige kan werkzaam zijn binnen een ziekenhuis, een huisartsenpraktijk of bij een thuiszorgstichting. In het geval van een huisartsenpraktijk begeleidt de diabetesverpleegkundige de ingewikkelde zorg bij diabetes type 2. Gevolg hiervan is dat patiënten, door deze gespecialiseerde zorg, langer onder behandelingen kunnen blijven van een huisartsenpraktijk. In het ziekenhuis geeft een diabetesverpleegkundige patiënten advies, over insulinegebruik en voeding bijvoorbeeld, en wordt patiënten geleerd hoe insuline te spuiten en de glucosespiegel te controleren. (Slotervaart Ziekenhuis, z.d.).

Wanneer bloedglucosewaarden moeilijk onder controle te krijgen zijn met medicijnen wordt de patiënt vanuit de huisarts vaak doorverwezen naar de **internist**. De internist kan werkzaam zijn op een diabetespoli waarbij samengewerkt wordt een diabetesverpleegkundige, die gesprekken met patiënten over de aandoening voor zijn rekening neemt. Binnen deze poli bevinden zich meer disciplines: de oogarts, diëtist, pedicure, medisch psycholoog en kinderarts.

De internist is medisch eindverantwoordelijk bij behandeling in het ziekenhuis.

Vanuit de diabetesverpleegkundige kan, in samenspraak met huisarts of internist, de patiënt doorverwezen worden naar de **diëtist**. De diëtist bevindt zich ook in de eerste ring rond de patiënt, overgewicht en diabetes gaan hand in hand zoals in het stuk over 'diabetesitas' als is verklaard. In Nederland wordt bij diagnose van diabetes standaard doorverwezen naar de diëtist. Over gezonde voeding bij diabetes wordt advies gegeven. Mocht de patiënt te zwaar zijn dan worden adviezen gegeven over afvallen. Door dit afvallen kan medicijngebruik afnemen. Mocht dit het geval zijn dan vindt overleg tussen diëtist en huisarts of internist plaats over medicatie. Het bezoek aan de diëtist hoeft voor de patiënt niet continue te zijn, maar de overstap op insuline of het veranderen van leef- of werkomstandigheden kunnen voor de huisarts reden zijn voor een volgende verwijzing.

Daarnaast zijn er een aantal zorgverleners met wie een patiënt te maken kan krijgen, deze bevinden zich in de tweede ring rondom de patiënt. De **thuiszorg** is hierin een belangrijke actor. Jonge mensen met diabetes wordt geleerd hoe insuline te spuiten en glucosewaarden te meten, men kan dit prima thuis. Maar bij oudere mensen wordt vaak thuiszorg ingeroepen voor patiënten die nog wel thuis wonen. Dit zijn vaak oudere mensen die hulp nodig hebben bij bijvoorbeeld het toedienen van medicijnen. Deze medicijnen kunnen door patiënten ook opgehaald worden bij de **apothek**, wanneer thuiszorg niet nodig is. Ook geeft de apotheker advies over bijwerkingen die kunnen ontstaan. Bij de apotheek kan de patiënt tevens terecht voor het kopen van een glucosemeter. De **fysiotherapeut** geeft adviezen over hoe een patiënt meer kan gaan bewegen, hierbij worden speciale beweegprogramma's opgesteld voor patiënten met diabetes. Dit bewegen is onderdeel van een hele andere manier van leven voor de diabetespatiënt. De patiënt moet leren leven met diabetes en dit kan met problemen, zoals vrijheid die door de aandoening beperkt wordt, opleveren. Met een **maatschappelijk werker** kan gesproken worden over deze problemen. Soms zijn dit psychische problemen als een depressie, een **psycholoog** die hierin is gespecialiseerd kan in dat geval uitkomst bieden. De volgende ring bestaat uit andere zorgverleners waar een patiënt mee te maken kan krijgen. Deze zorgverleners bevinden zich in de buitenste ring wat betekent dat slechts een beperkt aantal diabetes patiënten met deze professionals te maken hebben. Veel diabetespatiënten krijgen op den duur last van voetproblemen, het dragen van goed passende schoenen en het regelmatig controleren op wondjes of eczeem kan dit tegen gaan. Een bezoek aan de **pedicure** kan ook helpen bij het verzorgen van de voeten. Naast de pedicure kan ook een bezoek worden gebracht aan de **podotherapeut**, die gespecialiseerd is in het behandelen van voetproblemen. Zo kunnen aangepaste zooltjes of schoenen gemaakt worden en kunnen bepaalde voetwonden verzorgd worden. In diverse ziekenhuizen bestaan speciale 'voetenteams' voor

mensen met problemen aan voeten, hierin werken verschillende zorgverleners samen zoals de podotherapeut, internist en **vaatchirurg**. De vaatchirurg kan doorbloedingsstoornissen, als gevolg van diabetes, behandelen.

Patiënten met diabetes kunnen ook last krijgen van de ogen, een bezoek aan de **oogarts** kan dan nodig zijn. Ook de **cardioloog**, die zich bezig houdt met aandoeningen aan het hart en de **nefroloog**, die patiënten met nierziekten behandelt, kunnen als professionals nog ingeschakeld worden in het zorgverleningsproces.

Diabetes en overgewicht op Curaçao

Overgewicht

Tussen de diverse delen en landen in de wereld bestaat veel verschil in de prevalentie van mensen met overgewicht. Ook kan de prevalentie voor mannen en vrouwen sterk uiteenlopen. Dit is ook het geval in het Caribische gebied, waartoe Curaçao behoort, waar de vrouwen vaker te dik zijn dan vrouwen uit de rijkere landen/westerse wereld. Dit terwijl het aantal mannen met obesitas vaak onder het westers gemiddelde blijft. In het Caribische gebied is obesitas sinds de jaren tachtig met maar liefst 400% toegenomen (Metropolis, z.d.).

Op het vergelijkbare en naburige eiland Aruba kampt 77% van de mensen met overgewicht. Er zijn een aantal verschijnselen die bijdragen aan het relatief hoge aantal mensen, voornamelijk vrouwen, met overgewicht op Curaçao. Hieronder worden de belangrijkste opgesomd:

- Op Curaçao is, veel meer dan bij ons het geval is, sprake van een eetcultuur. Men eet gemiddeld meer.
- Door de droogte en passaatwind op het eiland wordt er weinig groente en fruit verbouwd. Dit moet dus allemaal geïmporteerd worden, hierdoor wordt de prijs over het algemeen hoger en zijn dit geen voorkeursingrediënten in het dagelijkse menu (Bremmer, 2007).
- Fastfood is op Curaçao dagelijkse kost. Eten van bijvoorbeeld de McDonalds of de Burger King wordt als luxe beschouwd omdat het uit het westen komt. Eten is dus een soort status symbool (Tienstra, 2007).
- Ook de algemene denkbeelden van de inwoners over bijvoorbeeld vis eten en drinkwater zijn niet correct. Vis eten wordt als gezond beschouwd, maar niet op de manier waarop die in het Caribische gebied in veel lokale restaurant wordt klaargemaakt met veel ongezonde vetten. Deze denkbeelden worden ook aan de kinderen meegegeven: door kinderen mee te geven dat water is om in te wassen en niet om te drinken zullen ze eerder frisdrank neigen te drinken (De Telegraaf.nl, z.d.)
- De infrastructuur op het eiland nodigt ook totaal niet uit om te gaan bewegen, zo zijn er geen trottoirs en fietspaden. Kinderen worden hierdoor met de auto naar school gebracht en weer afgehaald. Ook het warme en klamme weer is er verantwoordelijk voor dat men niet zo snel een rondje gaat joggen.
- De trend van groeiend overgewicht onder de jeugd is al helemaal van toepassing op Curaçao, vooral aan het beleid op scholen en kinderopvangcentra zou nog veel verbeterd kunnen worden om dit terug te dringen. De lunch die aan kinderen aangeboden wordt is vaak ongezond: van verschillende soorten pizza met veel zout tot snacks met verkeerd en te veel vet (Gerstenbluth, 2007).

Eigen ervaring

Met eigen ogen heb ik kunnen ervaren dat er op Curaçao echt sprake is van een eetcultuur waarin altijd wel tijd is om tussendoor wat te eten, meestal ongezond. Op mijn stagebedrijf, het Wit Gele Kruis, begon het vaak 's morgens al als er een vrouw allerlei soorten broodjes verkocht uit de laadklep van haar auto. Broodjes met bijvoorbeeld krab- of tonijnsalade. 's Middags werd er door een kleine groep collega's gekookt maar door de meesten werd wat afgehaald: of bij de diverse internationale fastfoodketens of bij de lokale tentjes, meestal gerund door de vele Portugezen op het eiland, alwaar gebakken aardappels met vlees of vis gehaald kon worden. Later op de middag kwam er meestal nog een vrouw langs met een kar met allerlei zoete broodjes, heerlijk maar meestal ook niet al te gezond, of een meneer met een karretje met allerlei soorten noten. De hoeveelheid eten die je aangeboden wordt als je door Willemstad rijdt is niet normaal: de fastfoodketens, de zojuist genoemde lokale tentjes of de vele Truck di Pans die 's avonds langs de weg verschijnen: witte trucks waar vanuit allerlei eten wordt aangeboden.

Diabetes

Naar aanleiding van de voorgaande informatie kan dus geconcludeerd worden dat Diabetes op Curaçao een groot probleem is en waarschijnlijk nog verergert. Dit als gevolg van de eerder genoemde vergrijzing en het verminderen van de mantelzorg en het relatief grote, en stijgende, aantal mensen met overgewicht op het eiland. Meer over het verminderen van de mantelzorg en de toenemende vergrijzing in hoofdstuk 4 over de gezondheidszorg op Curacao en haar voornaamste problemen. Het is moeilijk om een precieze prevalentie te geven van DM op Curacao, dit omdat het laatste onderzoek onder de totale bevolking en haar gezondheid dateert van het jaar 1995. In 1996 werd namelijk het rapport 'A health profile of Curacao: results from the Curacao Health Study' (Alberts, Koopmans, Gerstenbluth & Heuvel, 1995) gepresenteerd. Dit rapport schatte de prevalentie van DM type 2 onder de bevolking op zo'n 10%. Ter vergelijking, in Nederland lag deze prevalentie in ditzelfde jaartal net iets boven de 3% (Baan, Bonneux, Ruwaard & Feskens, 1998). Een aanzienlijk verschil ondanks het feit dat beide landen niet echt te vergelijken zijn. Diabetes was in het jaar 1993 de vierde doodsoorzaak op Curaçao, aan 5,1% van de sterftegevallen lag diabetes ten grondslag. Onder vrouwen komt diabetes vaker voor dan onder mannen, hierdoor was het onder vrouwen de derde doodsoorzaak. Liefs 17.4% van de sterftegevallen onder vrouwen stierf aan diabetes (Alberts et al., 1995). Het IDF schat het aantal mensen met diabetes op de Nederlandse Antillen op 14% van de totale bevolking. In de regio van Noord Amerika en het Caribische gebied, een van de zeven gebieden die tezamen de wereld vormen volgens de indeling van het IDF, is dit het hoogste nationale percentage van alle landen. Men maakt in het onderzoek geen onderscheid tussen de diverse eilanden van de Nederlandse Antillen. Ter vergelijking, in dit rapport werd het nationale percentage van mensen met diabetes in Nederland op 7,7% geschat (IDF, 2003).

Hoofdstuk 4. De gezondheidszorg op Curaçao

Organisatie van de gezondheidszorg

Het zorgstelsel op Curaçao is gebaseerd op dat van Nederland gekarakteriseerd door vrije toegang tot basis zorgvoorzieningen en een mix van overheid- en private verzekeraars (University of West Indies, 2004).

Om inzicht te krijgen in de organisatie van de gezondheidszorg wordt hieronder aandacht besteedt aan het verzekeringstelsel.

Verzekeringstelsel

Centraal in het verzekeringstelsel op Curaçao staan twee organisaties: het Bureau Ziektekosten Voorzieningen (BZV) en de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Hieronder is in het cirkeldiagram naar percentage van de bevolking de wijze van verzekering te zien. Vervolgens wordt voor elk van deze organisaties aangegeven welke verzekeringen men namens de overheid verzorgd en er wordt er op de organisatie zelf ingegaan.

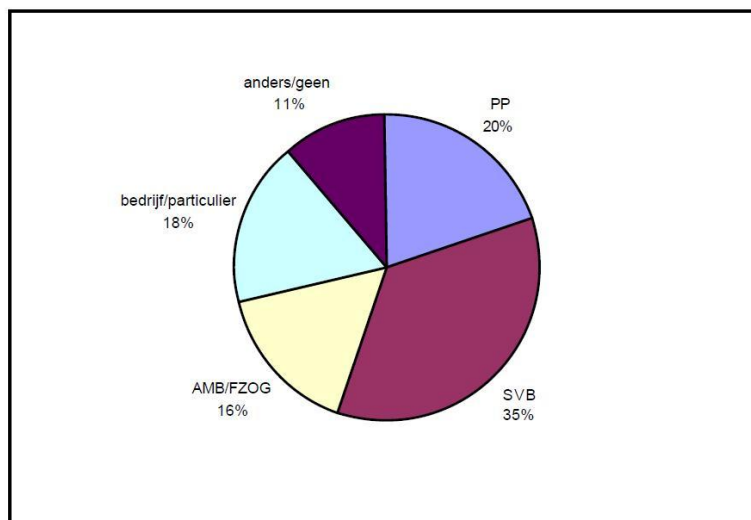


Fig. 3. Bevolking Curaçao naar wijze van verzekering (Bureau Ziektekostenvoorzieningen [BZV], z.d.)

BZV

De beslissing om het BZV op te richten in 1993 was het gevolg van diverse bijeenkomsten waarin met verschillende actoren werd gediscussieerd over de stijgende kosten in de gezondheidszorg op Curaçao. Het plan was om een orgaan op te richten dat uiteindelijk de uitvoering van een Algemene Ziektekosten Verzekering (AZV) op zich zou nemen. Het BZV is verantwoordelijk voor de ziektekosten van diverse groepen (tussen haakjes staat het jaar waarin men onder verantwoordelijkheid kwam van het BZV), te weten:

- Eilandsdienaren en gelijkgestelden (1993)
 - o Eilandsdienaren: ambtenaren van het eilandgebied Curaçao.

- gelijkgestelden: dit zijn werknemers die niet in dienst zijn van de overheid maar wel vallen onder de ziektekostenregeling van de eilandsdienaren, zoals bijvoorbeeld gepensioneerde ministers.
- PP-kaart houders (1993)

Inwoners van het eiland Curaçao kunnen, indien hun financiële situatie ervoor zorgt dat men niet kan voorzien in zijn/haar levensonderhoud, een PP-kaart aanvragen. Deze vorm van maatschappelijk hulp zorgt voor 100% vergoeding van medische kosten (Eilandgebied Curaçao, z.d.).

Deze vorm van verzekeren is dus van toepassing op het armste deel van de bevolking. Er is ook veel discussie over gaande, hier zal onder het kopje 'PP verzekerden' op ingegaan worden.

- Landsdienaren en gelijkgestelden (1997)
 - Landsdienaren: ambtenaren van de Nederlandse Antillen.
 - gelijkgestelden: zie hierboven bij 'Eilanddienaren en gelijkgestelden'.
- Ex-Shell werknemers, verzekerd via de Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg (2004)

In 1996 is vanuit de regering de uitvoering van de Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten (AVBZ) naar het BZV overgedragen. Dit was de eerste stap van de door toenmalig minister Inderson geconstrueerde drie-trapsraket. De overdraging van de uitvoering van de AVBZ moest ervoor zorgen dat de grootste belemmering voor de tweede stap, te weten de invoering van de Algemene Ziektekosten Verzekering, uit de weg was (BZV, z.d.).

SVB

Het SVB is, onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Ontwikkeling, belast met de uitvoering van een aantal wetten waarvan de algemene ouderdomsverzekering en de ziektewet de belangrijkste zijn (Sociale Verzekeringsbank [SVB], z.d.).

Voor het nut van het onderzoek is het niet van belang hier verder op in te gaan.

Voornaamste problemen van de gezondheidszorg

De gezondheidszorg op Curaçao heeft te maken met een aantal problemen, hieronder staan de voornaamste. Eerst volgt een opsomming van de problemen, daarna zal ieder probleem uitgezet worden en kan verklaard worden hoe deze problemen ook een negatief effect hebben op het diabetes netwerk.

- Financiële situatie
- PP verzekerden
- Thuiszorg op Curaçao
- Zorgaanbod Curaçao

Financiële situatie

Het systeem van open eindfinanciering is onbetaalbaar gebleken en de huidige organisatie van de zorg leidt structureel tot een te hoog uitgaven niveau. Daarnaast is het zo dat de vraag naar gezondheidszorg zal toenemen, voornamelijk door de toenemende vergrijzing. Deze vergrijzing zal ook leiden tot lagere premie opbrengsten. Dit alles zal nog eens versterkt worden door een verwachte terugloop van prestaties van de Curaçaose economie.

Het SFZC, de Stichting Federatie zorginstellingen op Curaçao, heeft in 2001 berekend dat de kosten van de gezondheidszorg circa Naf. 314 miljoen bedragen (1 euro is zo'n 2,5 Naf.), dit komt neer op 10% van het bruto nationaal product. De opbrengsten bedroegen Naf. 281 miljoen. Dit resulteert in een tekort van de Curaçaose gezondheidszorg, op jaarbasis, van Naf. 33 miljoen (Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao, 2001).

De 10% die Curaçao als percentage van het BNP aan haar gezondheidszorg besteedt was in het berekende jaar zelfs groter dan in Nederland, waar het meetjaar 2004 8% laat zien (Vermeer, 2007). Hierbij moet wel gezegd worden dat de vergelijkingen tussen een ontwikkeld en georganiseerd land als Nederland en het eiland Curaçao, waarvan de meeste delen als ontwikkelingsland gekenmerkt kunnen worden, moeilijk te maken is. Daar waar Nederland bij de rijkste tien landen van de OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) landen hoort leeft op Curaçao een derde van de huishoudens onder de armoedegrens, zegt dit wel degelijk wat over het relatief hoge percentage wat op Curaçao aan de gezondheidszorg wordt besteedt (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Curaçao, 2003).

Dit wordt nog eens bekrachtigd wanneer men het feit mee neemt dat rijke landen een groter deel van het inkomen uitgeven aan de gezondheidszorg (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [RVZ], z.d.). De voorzitter van de SFC, Henk Kamsteeg, verwijt de overheid een gebrek aan visie alsmede onduidelijkheid over het te voeren beleid inzake de budgetten die beschikbaar zijn voor de zorg. Vanuit de overheid is aangegeven dat een verhoging van budgetten niet mogelijk is, gevallen waarin de budgetten juist verlaagd worden zijn al bekend. Een voorbeeld is de stichting Birgin di Rosario die zich naast opvang van ouderen ook bezig houdt met medische zorg en fysiotherapie voor deze groep. Vanuit de overheid heerst echter het idee dat de stichting een activiteitencentrum is, dit terwijl voor ouderen Birgin di Rosario de enige professionele opvang is waar men naar toe kan. Het budget voor de stichting werd op 1 januari van dit jaar verlaagd van Naf. 1,3 miljoen naar 450.000 gulden, via de rechter wordt op moment van schrijven van dit verslag geprobeerd sluiting van de opvang tegen te gaan (Radio Nederland Wereldomroep [RNW], z.d.).

Een andere reden waarom door de overheid de budgetten van de diverse stichtingen verlaagd zijn de vele illegalen op Curaçao: uit humaniteit wordt deze groep in ziekenhuizen geholpen. Maar deze kosten moeten ergens verrekend worden en dus wordt er geld weg genomen bij de verschillende stichtingen (Sluis, 2007). Er kan geconcludeerd worden dat het beroep op gezondheidszorg op Curaçao zal groeien maar dat er nauwelijks geld beschikbaar is. Het beroep op de diabeteszorg zal sterk groeien aangezien het aantal diabetes patiënten toeneemt en de vergrijzing deze stijging ook beïnvloedt. Ook het grote aantal mensen met overgewicht en de stijging hierin zal invloed hebben het aantal diabetes patiënten.

De voorgaande beschrijving van de financiële situatie maakt duidelijk waarom het diabetesnetwerk verbeterd zou moeten worden. Alleen door een collectiever, efficiënter en effectiever netwerk kan aan de groeiende zorgvraag in de toekomst voldaan worden. Door de erbarmelijke financiële situatie staat de gezondheidszorg voor een gigantische uitdaging: meer en betere zorg zal geleverd moeten worden met minimale financiële middelen.

PP verzekerden

Er heerst op Curaçao onrust rond de PP verzekering, velen zijn van mening dat PP verzekerden niet gelijk behandeld worden als het gaat om toegang tot de zorg in vergelijking met andere zorgverzekeringen. Zo noemt R. Spong, huisarts op Curaçao, het een schande dat het in de huidige samenleving nog mogelijk is dat PP verzekerden niet dezelfde kansen hebben om naar de huisarts te gaan, laat staan naar de specialist. PP verzekerden moeten eerst naar de poli om een afspraak te maken om vervolgens maanden later pas geholpen te worden. Dit terwijl een particulier verzekerde direct geholpen wordt, alleen maar door het feit dat men een hoger inkomen heeft (Spong, 2009). Deze ongelijkheid in de zorg wordt ook bevestigd door het onderzoek naar de verschillen tussen wachttijden voor specialistische zorg voor PP verzekerden en particulier verzekerden, uitgevoerd door de Werkgroep ontwikkeling Vestigings- en Investeringsbeleid voor het Eilandgebied Curacao ten behoeve van de Gezondheidszorg (WeVIG). Uit dit onderzoek, getiteld 'Wachten op specialistische zorg op Curaçao: betekent PP Poko Poko?', kon een duidelijke conclusie worden getrokken: PP verzekerden worden geconfronteerd met langere wachttijden. Er werden enkele oorzaken hiervoor gegeven. Een belangrijke oorzaak is dat voor de specialisten die recht hebben op het behandelen van PP verzekerden volstrekt onduidelijk is hoeveel werk men voor deze groep verzekerden moet uittrekken. Via het Centraal Orgaan Medische Specialisten Zorg (COMSZ) wordt met enkele specialisten een contract afgesloten, deze hebben vervolgens het recht op het behandelen van PP verzekerden. De overheid heeft in het 2000 de curatieve zorg voor PP verzekerden afgestoten, het COMSZ heeft dit vervolgens op zich genomen. Volgens het onderzoek van de WeVIG is dit op te lossen door middel van een diepgaander onderzoek naar, zoals men het zelf verwoordt, de actuele tijdsbesteding en zorgorganisatie van de COMSZ-specialisten ten behoeve van de PP populatie (WeVIG, 2004). Sommige specialisten zouden de vergoeding voor de PP patiënten die men onder behandeling heeft wel erg makkelijk krijgen, terwijl er niemand is die controleert of die zorg wel daadwerkelijk aan de patiënt verstrekt is (Sluis, 2007). De zorgverzekering die iemand heeft bepaalt ook waar men in het st. Elizabeth ziekenhuis komt te liggen, aan de hand van een specifieke klasse waarin men ingedeeld wordt. Zo betekent klasse 1 een eigen kamer, inclusief tv, airco en badkamer, en verzekerden in deze klasse liggen ook letterlijk hoger in het ziekenhuis. Deze klasse is weggelegd voor bijvoorbeeld de meeste particulier verzekerden. Klasse 2 betekent al met meerdere personen op een kamer, wel zijn dit er maximaal ongeveer vier en heeft ieder een eigen ventilator. Voor de PP verzekerden bestaat de laagste klasse, nummer drie, waarbij men met tientallen in een zaal ligt en het moet doen met een paar ventilatoren (Curacao.nl, z.d.).

De uiteenzetting van het begrip 'kwaliteit van zorg' bij de conceptualisatie van de probleemstelling geeft toegankelijkheid van zorg als een van de kernaspecten van dit begrip. Uit het voorgaande stuk is gebleken dat er geen sprake is van toegankelijke zorg voor PP verzekerden in sommige gevallen. Specialistische zorg is voor particulier verzekerden een stuk toegankelijker dan voor PP verzekerden: kwaliteit van zorg is, door de ontoegankelijkheid van de zorg, voor deze laatste groep verzekerden een stuk minder. Het kernaspect vraaggerichtheid speelt een rol als het gaat om de klassenligging in het ziekenhuis. Ook al zou er vanuit een PP verzekerde patiënt de vraag bestaan naar een aparte kader met voldoende faciliteiten dan zou men nog in klasse 3 terecht komen.

Volgens dhr. Gerstenbluth van het GGD is een andere organisatie van zorg de enige oplossingen voor het probleem in wachttijden. Het betalingssysteem op dit moment gaat uit van betaling aan specialisten per lumpsum, dit zijn vaste bedragen per specialist. De specialist kiest vaak voor het geld van het grootste inkomen: dat van de particulier verzekerde. Dit werkt anders dan een systeem van betaling naar prestaties. Met een ander betalingssysteem kunnen de verschillen opgelost worden (Gerstenbluth, 2007).

Thuiszorg op Curaçao

De vraag naar zorg, vooral de vraag naar diabeteszorg, zal in de toekomst stijgen. Omdat in het geval van diabetes type meestal om oudere patiënten gaat zal de vraag naar thuiszorg ook stijgen. Naast het stijgen van het aantal oudere, hulpbehoevende diabetespatiënten hebben de onderstaande redenen ook invloed op de stijging van de vraag naar thuiszorg.

- De vergrijzing en daarmee gepaarde toenamen van het aantal ouderen.
- Plannen van de gezondheidszorg gericht op het verder ontwikkelen van de extramurale zorg om zo de druk op de, duurdere, intramurale zorg te verminderen.
- Teruglopen van de mantelzorg. Dit door het feit dat steeds meer jongeren op Curaçao naar Nederland emigreren (Stichting voor thuiszorg Wit Gele Kruis, 2005). In het jaar 2008, zo heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekent, is de emigratie met 30% gestegen in vergelijking met het voorgaande jaar (CBS, 2003).

Zorgaanbod Curaçao

Jarenlang waren medische beroepsbeoefenaars vrij om zich op Curaçao te vestigen, er waren geen richtlijnen over noodzakelijke vergunningen. Basisartsen zonder enige voortgezette opleiding en ervaring werden door de overheid, de verzekeraars en patiënten als huisarts geaccepteerd. Het bleek dat de zorgsector onvoldoende in staat was tot zelfregulatie en de overheid te lang gewacht heeft met het nemen van maatregelen. Om de lokale markt te beschermen en het aanbod te beheersen werd er in het jaar 2003 door de Werkgroep ontwikkeling Vestigings- en Investeringsbeleid voor het Eilandgebied Curaçao ten behoeve van de Gezondheidssector (WeVIG) een beleidsstuk opgesteld. Vanuit de WeVIG werd (her)registratie voor alle werkzame medische beroepsbeoefenaren verplicht gesteld. Er waren nog enkele andere redenen om het aanbod van beroepsbeoefenaren te reguleren: komen tot een evenwichtige distributie van verschillende voorzieningen, evenwichtige geografische spreiding en een minimale en vergelijkbare kwaliteit van de beroepsuitoefening. Bij het berekenen werd het aantal beroepsbeoefenaren per specialisme op Curaçao, uitgedrukt in FTE, vergeleken met de geadviseerde norm met betrekking tot dit specialisme. 1 FTE beschrijft een volledige werkweek. Hoewel de verhouding tussen de huidige situatie en het gewenst aantal bij de meeste specialisten redelijk overeen kwam zijn er volgens de WeVIG toch enkele uitzonderingen waarbij in elk geval sprake is van een overschot aan beroepsbeoefenaren:

- Er is een duidelijk overschot van huisartsen op Curaçao: er is 101 FTE aanwezig terwijl berekend is dat er 65,3 FTE nodig is. Dit levert een overschot van 36 FTE, dus 36 huisartsen die een volledige werkweek werken, op. Een simpel rekensommetje leert ons dat van alle huisartsen op er 36% eigenlijk helemaal niet nodig zijn.
- Het grootste overschot bevindt zich echter in de beroepsgroep van de fysiotherapeuten: 50 FTE. De gewenste norm laat 26,1 FTE zien terwijl in de huidige situatie er sprake is van 76 FTE. Geconcludeerd kan worden dat maar liefst 66% van de fysiotherapeuten, voor het gemak ervan uitgaande dat elke fysiotherapeut 1 FTE behelst, overbodig zijn (WeVIG, 2003).

Redenen voor het opstellen van het advies vestigingsbeleid zijn hierboven gegeven, deze zijn ook toepasbaar op de gezondheidszorg op Curaçao. Door het overschot aan huisartsen zijn de diabetespatiënten op het eiland over meer huisartsen verdeeld. Elke huisarts zal gemiddeld minder patiënten hebben dan wanneer het gewenste en daadwerkelijke aantal huisartsen beter bij elkaar aan zou sluiten. In het diabetes netwerk betekent het overschot aan huisartsen een verhoging van de coördinatie en de kosten die hieraan verbonden zijn. Concurrentie tussen huisartsen zal toenemen. Efficiëntie is het hoogst wanneer er rond de 65,3 FTE aan huisartsen aanwezig is op het eiland. Bij dit aantal FTE wordt een norm van 1:2000 gehanteerd: 1 huisarts op 2000 patiënten. Vanuit een onderzoek vanuit het Departement Volksgezondheid werd een norm voorgesteld van 1:2300. Echter, doordat de WeVIG de huisarts als poortwachter ziet in de gezondheidszorg werd deze norm naar beneden bijgesteld (WeVIG, 2003). Bij deze verhouding zou iedere huisarts in staat moeten zijn om zijn patiënten met voldoende zorg en aandacht te behandelen. Het netwerk zal minder efficiënt zijn door dit te hoge aantal huisartsen (Provan & Milward, 2001). Ook is het voor patiënten makkelijk over te stappen wat het volgen van patiënten bemoeilijkt en makkelijk voor verwarring kan zorgen, vooral door de slechte registratie van patiënten (Visser, 2003).

Hoofdstuk 5. Het netwerk rond diabeteszorg op Curaçao

In dit hoofdstuk zal het netwerk geanalyseerd worden, dit gebeurt met behulp van het veldonderzoek bestaande uit de gehouden interviews met de diverse actoren binnen het netwerk. Na een opsomming van de actoren en de huidige programma's wordt de structuur van het netwerk bekeken. Hierna komen de processen die zich binnen het netwerk afspelen aan bod. Het laatste onderdeel beschrijft de rollen die door sommige actoren worden aangenomen.

Actoren die een rol spelen bij diabetes op Curaçao

Welke actoren spelen een rol in het netwerk en is de invulling van die rol wat verwacht kan worden, bijvoorbeeld in het geval van de huisarts? Ook de houding ten opzichte van participatie in het netwerk wordt bekeken. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de eerder beschreven cirkel van zorgverleners uit de Nederlandse situatie. Deze cirkel, uit de zorgwijzer van de DVN, is hieronder vertaald naar de situatie op Curaçao. Er zijn een aantal wijzigingen aangebracht omdat het figuur in de huidige vorm niet bruikbaar is. Zo wordt de patiënt in de onderstaande figuur niet als actor gezien, zoals in de eerdere cirkel, maar als een stroom tussen de diverse actoren. In de diverse netwerk theorieën is dit gebruikelijk en ook sluit dit aan bij het onderdeel van multiplexiteit dat bij de structuur van het netwerk beschreven zal worden: de verwijzingen van patiënten. Hierdoor vormt de eerste ring ook niet langer de zorgverleners die het dichtst bij de patiënt staat, maar eerder de centrale professionals in zorgverlening rond diabeteszorg. In de eerste ring staan nog steeds de zorgverleners waar elke patiënt mee te maken heeft. Daarnaast is de onderstaande figuur slechts uit twee ringen opgebouwd, in plaats van meerdere zoals in de oorspronkelijke cirkel, vanwege het feit dat er niet alleen zorgverleners in het netwerk zijn. Er zijn ook andere actoren zoals de verzekeraars of de specialisten. Ook was het niet altijd duidelijk in welke ring een bepaalde zorgverlener geplaatst kon worden, zo staat de apotheker in de tweede ring in de oorspronkelijke cirkel in hoofdstuk 3.

Het is echter twijfelachtig of deze actor net zo dicht bij de patiënt staat als een actor uit dezelfde ring, bijvoorbeeld de thuiszorg. Allen redenen om de twee oorspronkelijk ringen samen te voegen en de verschillende soorten actoren hierin te plaatsen. Ondanks de veranderende (figuurlijke) weergave van het proces van zorgverlening kunnen de eerder beschreven zorgverleners, en de rollen die ze vervullen, niettemin goed gebruikt worden voor de vergelijking met de zorgverleners op Curaçao.

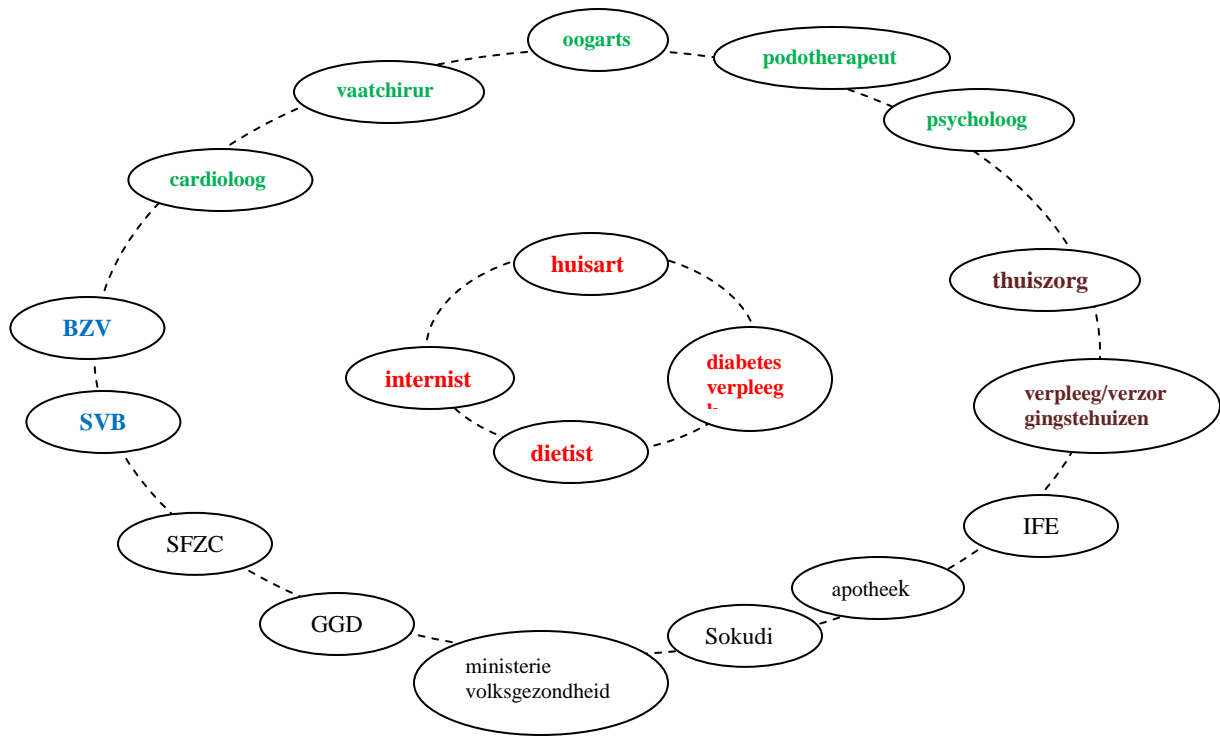


fig. 4. zorgverleners rond diabetes op Curaçao

Bovenstaand figuur geeft een overzicht van de zorgverlening rond diabetes op Curaçao. Met rood zijn de eerste aanspreekpunten voor de patiënt aangegeven, dit zijn de zorgverleners waar de diabetespatiënt mee te maken heeft. Groen staat voor actoren die een secundaire rol spelen en blauw geeft de verzekeraars aan. De thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn met zwart aangegeven, instellingen die directe zorg verlenen. De overige actoren zijn indirect bij de zorgverlening betrokken.

De zorgverleners van diabetespatiënten op Curaçao zullen beschreven worden volgens de eerder beschreven rollen van zorgverleners bij diabetes. Zo kan bekeken worden of er afwijkingen bestaan tussen de beschreven rollen op het eiland en de rollen die je van professionals kan verwachten.

Het begint met de **huisarts** die diagnosticeert en behandelt. Probleem op Curaçao is echter het grote aantal huisartsen dat geen specialistische opleiding genoten heeft. De meeste huisartsen zijn basisarts, Mevr. Martina, beleidsmedewerkster van het Wit Gele Kruis schat dit aantal op zo'n 80% van het totaal aan huisartsen (Martina-Wijne, 2007). Dit vormt echter geen wettelijke belemmering voor het uitoefenen van het beroep van huisarts. Wat hiervan het gevolg is voor de zorg aan

diabetespatiënten specifiek in onduidelijk, wel noemt de eerder besproken WeVIG het ‘een ongewenste en zelfs riskante situatie’ dat basisartsen zonder voortgezette opleiding door de overheid, de ziektekostenverzekeraars en door de patiënten als huisartsen worden gezien. De WeVIG pleit voor een wet die huisartsen, die op Curaçao willen werken, verplicht gekwalificeerd te zijn op basis van succesvol doorlopen vervolgopleiding in de huisartsenzorg (WeVIG, 2003). De **diabetesverpleegkundige** neemt na het doorverwijzen van de patiënt, door de huisarts of internist, het grootste gedeelte van de zorg over. Ook op Curaçao kan een diabetesverpleegkundige werkzaam zijn in de eerste en tweede lijn, de grootste groep is werkzaam binnen het Wit Gele Kruis. De **praktijkondersteuner** heeft geen rol in het diabetes netwerk op Curaçao, deze vervult geen belangrijke rol zoals in Nederland waar de praktijkondersteuner het eerste aanspreekpunt voor de patiënt is in de huisartsenpraktijk. De **internist** diagnosticeert en behandelt een grote groep diabetespatiënten.

Veel patiënten worden blijvend behandeld door de internist. De internist verwijst niet terug naar de huisarts. In dit verslag wordt dit knelpunt onder de titel ‘samenwerking’ beschreven. De **diëtist** is werkzaam binnen het ziekenhuis, de GGD of zelfstandig. De internist of huisarts verwijst de patiënt door naar de diëtist. Standaard doorverwijzen gebeurt nog niet.

De diëtisten werkzaam binnen het ziekenhuis hebben onvoldoende middelen om kwalitatieve zorg te kunnen leveren: nauwelijks software om voedingswaarden te berekenen, het ontbreken van werkruimte en een achterhaald registratiesysteem, waarbij men nog met kaartenbakken werkt. De zelfstandige diëtisten wordt verweten niet samen te werken

De **groen gekleurde actoren** spelen een rol bij complexe diabeteszorg, deze actoren zijn werkzaam binnen het ziekenhuis. Binnen de diabeteszorg ontbreekt onderlinge afstemming over het behandelen van patiënten. Actoren werken zelfstandig en gebruiken hun eigen behandelwijze. Het ziekteverloop wordt niet centraal gedocumenteerd: hoe en door wie de patiënt behandeld is kan voor de specialist onduidelijk zijn en wordt niet gecoördineerd. Een voorbeeld is het gebrekkige gebruik van het diabetespaspoort. Vanuit het Wit Gele Kruis is dit document ontwikkeld: ervaring in het gebruik leert echter dat medisch specialisten te vaak vergeten dit dossier bij te houden na een behandeling van de patiënt. De aanwezigheid van verschillende dossiers die door bepaalde professionals gebruikt worden helpt hierbij ook niet. De patiënt heeft met allerlei documenten te maken en aangezien men het diabetespaspoort zelf bij zich moet houden is het soms onduidelijk welke meegenomen moet worden.

De blauwe actoren, de verzekeraars, spelen een rol bij financiering van de zorg. Zorg wordt vanuit het **SVB** gebrekkig gefinancierd, dit staat beschreven onder ‘financiële stromen’ bij de proces indicatoren van het netwerk. Het **BZV** speelt een rol door het diabetesprogramma, uitgevoerd samen met het Wit Gele Kruis. Over de kwaliteit van dit programma is ingegaan onder ‘huidige projecten rond diabetes’.

Actoren in het zwart, de **thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen**, zijn in de tweede lijn verantwoordelijk voor de diabeteszorg. Het beroep op thuiszorg zal toenemen in de toekomst, zoals beschreven onder ‘huidige problemen’ van de gezondheidszorg op Curaçao. Het Wit Gele Kruis geeft thuiszorg aan diabetespatiënten, die zijn doorverwezen door huisarts of internist.

Diabetespatiënten kunnen ook zelfstandig thuiszorg aanvragen, binnen het Wit Gele Kruis bevindt zich een zorgcentrale waar een patiënt een zorgvraag kan indienen. Wanneer blijkt dat een patiënt niet langer zelfstandig kan wonen dan is opname in een verpleeg- of verzorgingshuis de volgende stap, dit wordt gedaan in overleg met huisarts of internist. Dan zijn er actoren die een indirecte rol spelen. De overheid, vertegenwoordigd vanuit het **Ministerie van Volksgezondheid**, is verantwoordelijk voor beleid en naleving hiervan. Het bewaken van de kwaliteit van zorg is een taak van het ministerie, onder ‘diabetes op Curaçao’ is te lezen dat het laatste onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking dateert uit 1995. De **GGD** heeft een preventieve rol in de

diabeteszorg, men houdt zich bezig met onderzoek naar diabetes en geeft voorlichting. Een andere actor die zich bezig houdt met onderzoek en voorlichting, alsmede met het delen van kennis, is het **SFZC**. Bij deze Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao zijn tien intra- en extramurale zorginstellingen aangesloten. **Sokudi**, de diabetespatiëntenvereniging, komt op voor de belangen van patiënten. De rol binnen het netwerk wordt vervuld door het aanbieden van de cursus diabetes, als onderdeel van het diabetesprogramma vanuit het BZV. De **apothek** is als actor in het netwerk verantwoordelijk voor het leveren van medicijnen aan patiënten en materialen. Het **IFE** is de verpleegkundeschool op Curaçao waar in dit jaar, in samenwerking met het Wit Gele Kruis, de eerder beschreven opleiding diabetesverpleegkundige wordt gegeven.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de praktijkondersteuner niet aanwezig is in de praktijk van de huisarts op Curaçao. De praktijkondersteuner vervult in de Nederlandse praktijken een grote rol door het overnemen van taken van de huisarts. Bij diabetes is de praktijkondersteuner het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Op Curaçao wordt de zorg in de huisartsenpraktijken nog voor een overgrote deel door de huisarts gedaan. Aan de patiënt kan niet zoveel tijd en aandacht besteedt worden als door de praktijkondersteuner in Nederland. Die laatste is als eerste aanspreekpunt en begeleider van de patiënt ook verantwoordelijk voor het inpassen van diabetes in het dagelijks leven en het stellen van behandeldoelen. Op Curaçao wordt dit niet door een bepaalde zorgverlener standaard gedaan. Er is sprake van een verdeling, waarbij in het onderzoek zal blijken dat afstemming en communicatie onderling vaak ontbreekt. De diabetesverpleegkundige vanuit het Wit Gele Kruis blijkt hierbij het meest de rol aan te nemen van de praktijkondersteuner in Nederland. Patiënten die behandeld worden vanuit het Wit Gele Kruis worden behandeld aan de hand van diabetesspreekuren. In deze spreekuren wordt het behandelplan en de toestand van de patiënt bekeken, dit gebeurt met behulp van het eerder beschreven diabetespaspoort. De diabetesverpleegkundige op het eiland vervult hierdoor een andere rol dan in Nederland waar de diabetesverpleegkundige zich specifiek bezig houdt met diabetes. Dit houdt in het begeleiden bij ingewikkeld zorg bij DM type 2, het adviseren over insulinegebruik of controle van de glucosespiegel.

Verder is er een verschil te zien in de rol van de diëtist. In Nederland is de diëtist standaard en intensief betrokken bij diabeteszorg zoals ook in de figuur van de DVN te zien is. Op Curaçao behoort de diëtist wel tot de eerste ring maar is de rol van de diëtist, zeker gezien het probleem van overgewicht/obesitas op het eiland, nog te minimaal. Er wordt niet standaard doorverwezen en er bestaat een ouderwetse werkwijze onder de diëtisten werkzaam in het ziekenhuis. Ook de rol van de internist verschilt tussen Nederland en Curaçao: daar waar in Nederland de internist voornamelijk patiënten behandelt met ingewikkelde diabetes, blijft op Curaçao de zorg te vaak hangen bij de internist doordat niet terugverwezen wordt.

Huidige programma's rond diabetes op Curaçao

Er zal een opsomming van de huidige programma's op het eiland gegeven worden, vervolgens worden de programma's toegelicht waarbij ook negatieve punten van de programma's worden uitgelicht.

- Specialistische opleiding Diabetesverpleegkundige
- Diabetes programma vanuit het BZV en het WGK
- Diabetespaspoort

Specialistische opleiding Diabetesverpleegkundige

Nadat het enige tijd geduurd heeft het plan van de grond te krijgen is de specialistische opleiding tot diabetesverpleegkundige, gefaciliteerd door de verpleegkundige school IFE op Curaçao, in januari van 2009 gestart. Deze opleiding wordt gegeven in samenwerking met het Wit Gele Kruis en staat onder verantwoordelijkheid van de hogeschool van Utrecht. De eerste groep bestaat uit 22 verpleegkundigen die tussen ieder studieblok door bij de eigen organisatie aan de slag gaan om op die manier competenties te behalen. De opleiding zijn studenten van 9 organisaties op Curaçao vertegenwoordigd: naast het Wit Gele Kruis is dit bijvoorbeeld ook het SEHOS (C.H.V. Beroepsvereniging huisartsen op Curaçao, z.d.). Volgens mevr. Martina-Wijne, vanuit het Wit Gele Kruis projectleider bij de opleiding, zorgt deze specialistische opleiding voor verdieping in de zorg in samenwerking met de huisarts en specialist. Het gaat om het bijhouden en vergroten van kennis. Hiermee gaat de opleiding de trend van het 'omhoogtrekken' van het beroep en het vergroten van het takenpakket van de verpleegkundige in Nederland achterna. (interview Martina – WGK). Doelstellingen van de opleiding zijn onder andere: het eerder signaleren van patiënten met diabetes en complicaties van diabetes en betere voorlichting aan patiënten over de risico's van diabetes en de manier waarop hun leefwijze- en omstandigheden hierop van invloed zijn (C.H.V. Beroepsvereniging huisartsen op Curaçao, z.d.). De opleiding wordt gefinancierd met ontwikkelingsgeld vanuit Nederland. Door het aanbieden van deze specialistische opleiding op Curaçao is men in de toekomst verzekerd van voldoende diabetesverpleegkundigen op het eiland. Voorheen lag de enige mogelijkheid van het volgen van deze opleiding in Nederland, maar door de hoge studiekosten werd hiervoor vaak niet gekozen. Wanneer er wel voor het volgen van de opleiding in Nederland werd gekozen dan bleef de afgestudeerde verpleegkundige vaak daar: het afbetalen van de hoge studieschuld met het salaris dat men op Curaçao verdient was voor veel verpleegkundigen een belangrijke reden niet terug te keren (Sluis, 2007).

Diabetes programma vanuit het BZV en het WGK

Het enige programma voor DM patiënten dat Curaçao kent is opgezet vanuit het Bureau Ziekteverzekering (BZV) in samenwerking met het Wit Gele Kruis, verpleegkundigen vanuit deze laatste actor zorgen voor begeleiding. Deze begeleiding bestaat uit, zoals vanuit de BZV wordt aangegeven, uit het 'motiveren, stimuleren en begeleiden' de deelnemers. Doelgroep van dit programma zijn PP-verzekerden en eilanddienaren waarbij reeds diabetes en/of hypertensie is geconstateerd waarbij een patiënt niet ouder mag zijn dan 70 jaar. Het programma, dat zich richt op DM type 2, wordt op wijkniveau gegeven en bestaat zowel uit individuele als

groepsprekuren. Indien gewenst worden ook huisbezoeken afgelegd. Het programma duurt 14 weken en wordt afgesloten met een certificaat. Het programma bestaat uit een aantal onderdelen:

- Cursus diabetes en/of cursus hypertensie.
- Cursus budgettering
- Beweging
- Voedingseducatie
- Optioneel: sociale begeleiding, hulpmiddelen

(Martina, Gillen & Gerstenbluth-Martis, 2007).

Cursus diabetes

Deze cursus wordt gegeven door de patiëntenvereniging van DM: Sokudi. Patiënten wordt verteld wat de oorzaken, behandelingen en complicaties van diabetes zijn. Ook leert men vaardigheden met betrekking tot voeding en het bepalen en interpreteren van de bloedglucose-waarden. Gezond eten, het onderwerp van glucose en complicaties die op lange termijn op kunnen treden (bijvoorbeeld aan ogen of voeten) zijn de belangrijkste onderwerpen van deze cursus die 6 bijeenkomsten beslaat.

Cursus budgettering

Belangrijk hierbij zijn de recepten die men mee krijgt waarmee gezonde maaltijden voor relatief goedkope prijzen kunnen worden klaargemaakt.

Beweging

Dit onderdeel wordt gegeven door het Aquarius Health Center, een fitnesscentrum op het eiland. Het omvat een proeftraining om de individuele capaciteit vast te stellen, het opstellen van een individueel afgesteld trainingprogramma en vervolgens de uitvoering hiervan. Het motiveren om te gaan bewegen hoort hier ook bij.

Voedingseducatie

Dit onderdeel wordt door diëtisten gegeven, waarbij bij elke deelnemer het BMI bepaald wordt. Vervolgens wordt besproken wat juiste en verantwoorde voeding inhoudt in het geval van DM.

Diabetespaspoort

Vanuit de stichting voor thuiszorg Wit Gele Kruis werkt men met een diabetespaspoort. Dit paspoort, ontwikkeld door de stichting zelf, de GGD en de patiëntenvereniging voor diabetes, neemt de patiënt mee bij ieder bezoek aan de zorgverlener. Het geeft een totaalbeeld van alle uitslagen, bijgehouden door de diverse zorgverleners. Zo kan elke zorgverlener op dit paspoort invullen welk advies gegeven is aan de patiënt, wat uit de diverse tests gekomen (bloedglucose) is en eventuele bijstellingen aan de medicatie van de patiënt. Maar het gebruik van het paspoort is verre van optimaal. Sommige specialisten gebruiken het paspoort niet, vaak omdat men hier geen tijd voor heeft. Ook wordt het gebruik wel eens vergeten zodat bijvoorbeeld dat de verpleegkundige niet weet dat een cliënt bij de oogarts is geweest omdat deze niet in het paspoort heeft geschreven. Maar het belangrijkste bij een goed gebruik is dat de patiënt gestimuleerd wordt. Vooral ouderen, de grootste groep met diabetes type 2, hebben een paternalistische houding. Voor hen is de zorg

nog een simpele route: naar de huisarts gaan en gediagnosticeerd worden. In het ergste geval gaat men naar het ziekenhuis, maar meer komt er niet bij kijken. Het idee van het diabetespaspoort richt zich juist op verantwoordelijkheid voor de eigen zorg doordat patiënten het paspoort in eigen beheer hebben en hier zelf verantwoordelijk voor zijn. Dit botst met elkaar. Ouderen weten zich geen raad met het paspoort. Een oplossing is het persoonlijker maken van het diabetespaspoort, vooral voor ouderen. Medicijnen nemen een belangrijke plaats in op Curaçao. Een glaasje melk neemt men niet serieus, maar als een medicijn als paracetamol genoemd wordt neemt men dit heel serieus. Medicijnen en het gebruik vormen een soort bewijs van ziekte. Het paspoort moet gepresenteerd worden als een document dat van belang is voor de gezondheid. Dit valt samen met het idee dat ouderen hun gezondheid veel meer als eigen verantwoordelijk moeten zien. Om het paspoort persoonlijker te maken kan er bijvoorbeeld een deel toegevoegd worden waarin de patiënt zijn of haar ervaringen kan delen en commentaar kan geven over zaken betreffende diabetes. Door het paspoort meer aanspreekbaar te maken voor de grote groep oudere patiënten met diabetes wordt men zich ook bewust van de eigen ziekte en is de kans dat men meer verantwoordelijk wordt groter. Behandelingen spreken meer tot de verbeelding en de patiënt ziet in hoe een bepaald eetpatroon het ziekteverloop kan beïnvloeden. Gevolg van een goed werkend paspoort en meer verantwoordelijkheid van de patiënt voor de eigen gezondheid is een grotere effectiviteit van diabetes zorgverlening.

Het diabetespaspoort in onderdeel van de diabetesprekuren die vanuit het Wit Gele Kruis met patiënten gehouden worden. Het grootste probleem is dat men vanuit de stichting slechts een beperkt aantal spreekuren per patiënt kan houden vanwege het beperkte hoeveelheid geld dat hiervoor beschikbaar is. Slechts een beperkt aantal diabetesprekuren per patiënt worden vergoed, doordat vanuit het SVB weinig geld hiervoor extra vrij gemaakt wordt. Vanuit de stichting moet veel moeite worden gedaan zorg vergoed te krijgen: een nette, officiële brief is nodig om het SVB te overtuigen zorg te vergoeden. Uit de geïnterviewde professionals binnen het Wit Gele Kruis bleek dat met name de SVB als verzekeraar vaak op zich laat wachten als het over het vergoeden van de geleverde zorg gaat (Sluis, 2007).

Conclusie

Standaardvraag in de gehouden interviews was wat de actor vond van de kwaliteit van huidige projecten die op Curaçao rond DM lopen. Naast de opleiding tot diabetesverpleegkundige is het diabetesprogramma het voornaamste, en enige, DM gerelateerde programma op het eiland. In het overzicht van de gegeven antwoorden, in de bijlage, zijn de antwoorden op deze vraag te vinden. Daaruit blijkt, uitgezonderd van de meningen over de opleiding vanuit het Wit Gele Kruis die hierna behandeld zal worden, dat vrijwel iedere actor de kwaliteit onvoldoende vond. Minpunt is bijvoorbeeld het feit dat deelname vrijwillig is, in eerste instantie meld men zichzelf aan of men kan door de huisarts aangemeld worden na overleg met de patiënt.

Ook richt het programma, volgens dhr. Gerstenbluth een belangrijk minpunt, zich op secundaire preventie. Patiënten waarbij immers DM al geconstateerd is nemen deel. Hoewel het programma wel zorgt voor sociale contacten tussen mensen is de insteek verkeerd. Het programma begint volgens hem een aantal stappen te laat, het zou moeten gaan om primaire preventie en het tegengaan van overgewicht, kinderen vormen hierbij een belangrijke groep die aangepakt moet worden. Daarentegen is hij van mening dat uit moreel aspect niet mogelijk is ouderen niet te helpen. Belangrijk is om te kijken waar de prioriteiten liggen, de middelen zijn immers beperkt (Gerstenbluth, 2007). Dhr. Schoop, huisarts, noemt vooral de unilaterale opzet en het gebrek aan wetenschappelijkheid als minpunten. Wat zijn de succesparameters van het programma? (Schoop, 2007). Ook dhr. de Valk is van mening dat het programma van het BZV methodologisch niet klopt en niet adequaat geanalyseerd wordt (Valk, 2007).

Structuur indicatoren

Centraliteit

Centraliteit, een meetinstrument voor het analyseren van netwerken, beschrijft de importantie van een actor in het netwerk en wordt vaak gebruikt voor het meten van de positie van een netwerk. Centraliteit heeft grote invloed op het bepalen van de prestatie van een organisatie. In het artikel over positie in het netwerk en de prestatie van een bedrijf stellen Powell et al.(1999) dat bedrijven die opschuiven naar een centrale positie in het netwerk meer inkomen genereren, meer verkopen en meer fondsen genereren.

Er zijn verschillende manieren om centraliteit te meten, in het theoretisch kader werd gesproken over de maat 'degree': het aantal directe contacten van een actor waarbij onderscheidt wordt gemaakt tussen in-degree, het aantal verbindingen dat naar een actor toe loopt, en out-degree, het aantal verbindingen dat vertrekt vanuit de actor. In het geval van het Wit Gele Kruis zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar de patiënten die het Wit Gele Kruis doorstuurt of de patiënten die men ontvangt. In het netwerk op Curaçao is dit moeilijk meetbaar aangezien het Wit Gele Kruis, en in het algemeen alle actoren, directe relaties met elkaar hebben aangezien het een klein eiland betreft en het netwerk ook nog eens toegespitst wordt op een bepaalde aandoening. Een maat als 'distance' voor de centraliteit is hierdoor ook moeilijk te meten.

Daarom is de centraliteit van de betrokken actoren bepaald op basis van de gehouden interviews met de belangrijkste actoren. Hieronder is te zien welke actor of actoren volgens de geïnterviewden worden gezien als centrale actor in de diabeteszorg op Curaçao (Scott & Davis, 2007).

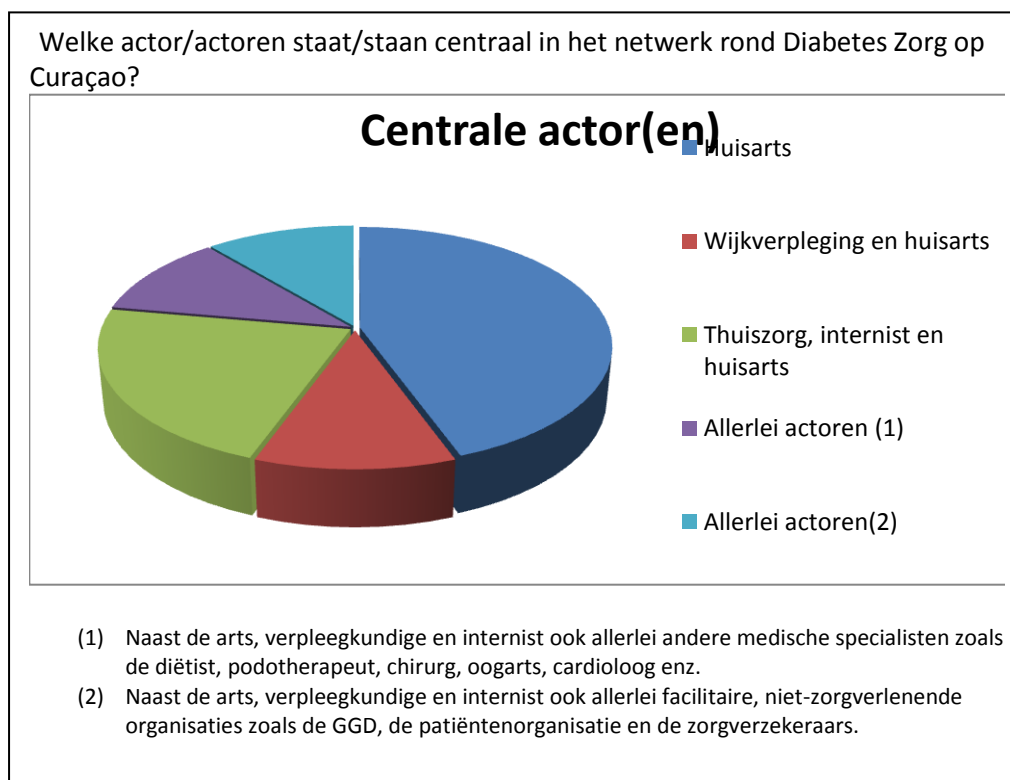


fig. 5. centraliteit van actoren, zie bijlage

Uit de antwoorden van de geïnterviewde betrokkenen komt naar voren dat de huisarts als centrale actor in het netwerk gezien wordt. 4 van de 9 geïnterviewden vonden zelfs dat de huisarts als enige als centrale actor in het DM netwerk beschouwd kon worden. Hij is immers de primaire behandelaar in de eerste lijn (Martina, 2007) en diegene die diagnosticeert, behandelt en verwijst (Jueng, 2007). De huisarts staat ook centraal als onderdeel van een 'centraal team' binnen het netwerk met nauwe samenwerking met dan wel de wijkverpleging of de wijkverpleging/thuiszorg en de internist. Van de geïnterviewden waren er twee van mening dat de centrale actoren een grotere groep zijn dan slechts de huisarts, thuiszorg en internist: een mening was dat naast deze actoren de overige medische specialisten ook een centrale rol spelen en een ander vond juist de niet-zorgverlenende partijen als de verzekeraars en GGD een centrale actor in het netwerk.

Multiplexiteit

De term multiplexiteit verwijst naar het aantal van verschillende relaties of uitwisselingen tussen twee of meer actoren. Het kijkt naar de breedte van een relatie. Bij multiplexe relaties heerst een hoge mate van vertrouwen en stabiliteit. Ook bestaat er tussen de actoren veel interactie. Hoe groter de mate van multiplexiteit hoe sterker de relatie: mocht er een verbindingen tussen twee actoren verbreken, bijvoorbeeld een gezamenlijk project dat stuk loopt, dan blijft de relatie voortbestaan (Provan & Sydow, 2008).

Voor het meten van effectiviteit op netwerk, het middelste, niveau kan multiplexiteit als indicator uitspraken doen over deze effectiviteit. In het begin van de ontwikkeling van een netwerk zijn verbindingen tussen actoren relatief zwak. Wanneer het netwerk zich ontwikkeld versterken sommige relaties zich doordat organisaties ontdekken welke relaties werken en behouden moeten worden. Andere relaties blijven relatief zwak wanneer beperkt contact en communicatie tussen organisaties gewenst is. Effectieve, ontwikkelde netwerken hebben echter een grote hoeveelheid actoren die verbonden zijn met elkaar, een fenomeen dat wordt aangeduid als 'density' (Scott & Davis, 2007). Om de multiplexiteit weer te geven wordt hieronder gebruik gemaakt van het eerdere figuur uit de vorige deelvraag over de actoren op Curaçao. De onderstaande vijf typen relaties worden besproken waarna knelpunten ook zichtbaar worden. Gekozen is om het figuur als illustratie hierbij te gebruiken. Besloten is om geen plaatjes met verschillende lijnen, die staan voor de typen relaties, weer te geven. Het grote aantal lijnen, dat door elkaar heen zal lopen, die in dit geval getekend moet worden zal onduidelijkheid met zich mee brengen. Iedere actor zal immers wel enige mate van samenwerking met elkaar hebben. Doel is om knelpunten te vinden en deze op te lossen, de uiteenzetting van ieder type zal deze knelpunten kunnen laten zien.

Omdat in het onderzoek niet alle actoren is gevraagd naar de typen relaties en de sterkte hiervan is dit afgeleid uit de gehouden interviews en gevonden literatuur. De lijnen die wel in het figuur te zien zijn, fungeren om de cirkel duidelijk te maken waarin een actor zich bevindt. De cirkel samengesteld uit de vier, rode actoren staan voor de belangrijkste zorgverleners rond de aandoening diabetes.

- uitwisseling kennis
- financiële stromen
- gezamenlijke programma's rond diabetes
- verwijzingen patiënten
- gedeelde medewerkers

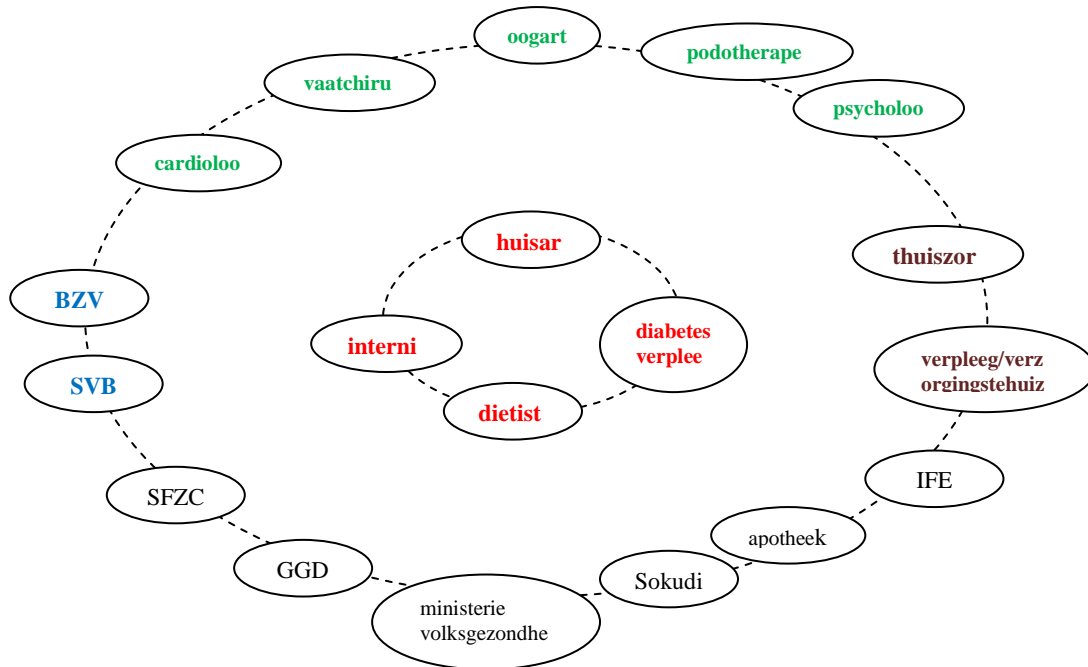


Fig. 6. zorgverleners rond diabetes op Curaçao

Uitwisseling kennis

Vooraf het SFZC, de Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao, houdt zich als overkoepelend orgaan rond diverse thema's bezig met het delen van kennis. Vanuit het SFZC worden onder andere workshops, symposia en lezingen georganiseerd. Men heeft tal van projecten en er wordt onderzoek gedaan. Organisaties aangesloten bij deze stichting kunnen ook van elkaar tijdens de bijeenkomsten die gehouden worden (SFZC, z.d.) Uitwisseling van kennis gebeurt ook vanuit het IFE, de lokale school voor verpleegkunde op Curaçao.

Zoals eerder in het verslag beschreven is wordt vanuit deze school de onlangs gestarte specialistische opleiding voor diabetesverpleegkundige gefaciliteerd. Vanuit het Wit Gele Kruis wordt deze kennis, door de diabetesverpleegkundigen die er werkzaam zijn, aangeboden richting studenten (C.H.V., z.d.). De term leren wordt als belangrijk gevolg van het samenwerken van organisaties met elkaar, en het deelnemen van organisaties aan het netwerk, gezien. Door nauwe samenwerking kan een organisatie nieuwe kennis opdoen. Dit leren is vaak indirect en impliciet: relaties rondom een bepaalde vraag, zoals de vraag naar diabeteszorg, resulteren vaak in een onbedoeld leerproces in een ander gebied (Provan & Sydow, 2008).

Andersom kan dit ook het geval zijn wanneer geleerde ervaringen uit bepaalde samenwerkingsverbanden toegepast kunnen worden op de diabeteszorg.

financiële stromen

De verzekeraars zijn de voornaamste actoren van waaruit financiële stromen lopen. Patiënten zijn verzekerd en betalen premie aan de verzekeraars die de zorgverzekeraars betalen voor de geleverde zorg. Al eerder is besproken dat de financiële stroom rondom de vergoeding voor de diabetespreekuren niet optimaal loopt.

Ook het Ministerie van Volksgezondheid speelt een rol, naast beleidsorgaan regelt men verzekering voor PP verzekerden. Vanuit het Ministerie loopt de financieringsstroom vervolgens naar de verzekeraars.

Gezamenlijke programma's rond diabetes

De programma's, die op dit moment lopen op Curaçao rond diabetes, zijn al eerder opgesomd en beschreven. Het zijn vaak samenwerkingsverbanden tussen actoren om het probleem van diabetes gezamenlijk aan te pakken. Deze gedeelde/gezamenlijke programma's kunnen ook als een soort relatie tussen actoren gezien worden.

verwijzingen patiënten

De patiënt is, zoals ook aan het figuur van het netwerk te zien is, geen losse actor in het netwerk. De patiënt wordt gezien als een 'stroom' door het netwerk heen en is hierdoor een type relatie tussen actoren. In het voorgaande stuk over de actoren op Curaçao in het diabetes netwerk en de beschrijving van de bijbehorende rollen die men vervult is al op deze 'stroom' van patiënten ingegaan. Het 'Network Data Collection Instrument' (Provan et al., 2005) uitgevoerd vanuit de opdrachtgever het Wit Gele Kruis, geeft enig inzicht in de verwijzingen van patiënten tussen de diverse zorgverleners. Dit instrument wordt verder in het onderzoek niet gebruikt doordat gegevens hierin zijn afgeleid uit de gehouden interviews. Door het afleiden uit de interviews kan er niet teveel waarde aan de informatie in het instrument worden gehecht. Zie voor het instrument de bijlage.

gedeelde medewerkers

Met de term 'gedeelde medewerkers' worden professionals, werkzaam binnen actoren van het netwerk, bedoeld die tevens binnen een andere actor werkzaam zijn. Dit is van belang om te weten, een sterkere relatie tussen organisaties zou hierdoor verklaard kunnen worden. In het diabetes netwerk op Curaçao zijn de volgende personen werkzaam binnen meerdere actoren:

- De directeur van het Wit Gele Kruis zit in de Raad van de Volksgezondheid
- Een aantal verpleegkundigen van WGK zitten in Sokudi
- De directeur van WGK zit in de Raad van Toezicht van het St. Elizabeth ziekenhuis (Martina-Wijne, 2007).

Conclusie

Doordat het diabetesnetwerk een beperkt aantal actoren betreft op een relatief klein eiland is er tussen bepaalde actoren wel sprake van multiplexiteit. Zo hebben de diabetesverpleegkundigen binnen het Wit Gele Kruis een multiplexe relatie met het BZV door het diabetes programma en tevens de financiële stromen die tussen de zorgverlener en verzekeraar lopen. Ook met Sokudi heeft het Wit Gele Kruis een multiplexe relatie: het diabetes project met daarnaast de verpleegkundigen die zich in Sokudi bevinden. Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat deze multiplexe relaties zich bevinden tussen de belangrijkste actoren die zich met diabeteszorg bezig houden: het internist, de huisarts, diabetesverpleegkundige en de diëtist. Zo vinden verwijzingen van patiënten tussen diabetesverpleegkundige en diëtist plaats en tevens werken deze twee actoren samen in het diabetes programma.

Naast de gedeelde verwijzingen van patiënten onderling wordt kennis gedeeld en wordt het probleem door middel van gedeelde programma's gezamenlijk aangepakt. Deze programma's zorgen ook voor enkele multiplexe relaties van deze belangrijkste actoren met actoren uit de 'tweede ring', zoals in figuur 4 afgebeeld.

Clusters van actoren

Clusters in een netwerk zijn kleine groepen actoren binnen het volledige netwerk die relaties met elkaar hebben. Er zijn slechts weinig netwerken volledig aaneengesloten waarin alle actoren verbonden zijn met elkaar, in plaats daarvan is er vaak sprake van groepen van drie, vier of meer actoren die gezamenlijk een cluster vormen en sterkere relaties met elkaar aangaan. Via een bepaalde actor wordt een cluster verbonden met een actor uit een ander cluster waar men een relatie mee heeft (Provan en Sebastian, 1998).

Het is van groot belang voor een effectief en succesvol netwerk om integratie tussen actoren te bewerkstelligen: dus om actoren te hebben die nauw met elkaar samenwerken en een relatie hebben gebaseerd op vertrouwen. Volledige integratie is echter niet nodig noch gewenst.

Wanneer de theorieën over het clusteren van actoren toegepast wordt op het diabetes netwerk op Curaçao zijn er een aantal clusters van actoren te onderscheiden waarbinnen relaties relatief sterker zijn. Zoals in figuur 6 te zien is vormen de belangrijkste zorgverleners die zich in bezig houden met diabeteszorg een cluster: de huisarts, de diabetesverpleegkundige, de internist en de diëtist.

Zoals al eerder bleek zijn de relaties binnen dit cluster, door bijvoorbeeld gebrekkige samenwerking en afstemming, niet optimaal. Ook het machtspeel vanuit de internist ten opzichte van de huisarts en diabetesverpleegkundige draagt hieraan bij, dit zal in de deelvraag over macht besproken worden. De actoren kunnen clusters van actoren met elkaar verbinden. Zo vormen de andere specialisten, zoals de oogarts en cardioloog, samen met de internist ook een cluster van de specialistische zorg binnen het ziekenhuis. Een 'weak tie' tussen bijvoorbeeld de patiëntenvereniging Sokudi en de internist kan via de diabetesverpleegkundige, die samenwerkt met zowel Sokudi als de internist, verbonden worden.

De financiers van zorg, de verzekeraars samen met het Ministerie, vormen ook een cluster. Hoewel vanuit de verzekeraars veel relaties met actoren zal bestaan, zal het Ministerie voornamelijk 'weak ties' (Granovetter, 1973) hebben. Wanneer het gaat over verzekering van PP verzekerden kan het Ministerie via de relaties van het SVB verbonden worden met individuele zorgverleners zoals de huisarts of diabetesverpleegkundige.

Conclusie

De vier belangrijkste zorgverleners vormen het belangrijkste cluster van het netwerk, om de kwaliteit van zorg te verbeteren zullen oplossingen zich op dit cluster moeten richten. Vanuit dit cluster zal vanuit een zorgverlener een sterke verbinding moeten zijn met de andere clusters, bijvoorbeeld het cluster van de medische specialisten in het ziekenhuis. Integratie van netwerken door het richten op subnetwerken/clusters. Zo zal de internist, die zich binnen het belangrijkste cluster bevindt, een 'strong tie' hebben met het cluster van medische specialisten.

Proces indicatoren

Waar hiervoor vooral de structuur van het netwerk bekeken is zullen processen, en de bijbehorende indicatoren van invloed op effectiviteit, in dit deelaspect bekeken worden. Twee proces indicatoren worden besproken: vertrouwen en macht.

Vertrouwen

Eerder is beschreven dat organisaties waartussen een sterke relatie bestaat ook een hoge mate van vertrouwen hebben. In het deelaspect samenwerking van het begrip multiplexiteit is hierop ingegaan: multiplexe relaties worden beschouwd als interactieve en stabiele relaties waarin tussen actoren sprake is van vertrouwen. Hoe groter de mate van multiplexiteit hoe sterker de relatie (Provan & Sydow, 2008). Nu zal het vertrouwen van de actoren in de andere actoren bekeken worden. Dit wordt algemeen bekeken, er zal niet bekeken worden of er vertrouwen is in iedere, afzonderlijke actor. Wel zal inzicht gegeven worden in hoeverre de actoren vertrouwen hebben in de andere zorgverleners rond diabetes.

Dit was een standaardvraag in de gehouden interviews, in de bijlage staat een tabel met een samenvatting van de gegeven antwoorden op de standaard vragen. De volgende vraag werd gesteld: 'bestaat er vanuit, bijvoorbeeld de huisartsen, voldoende vertrouwen in de andere zorgverleners/actoren in het netwerk van diabetes zorg op Curaçao?' Zes actoren gaven antwoord: twee actoren hadden geen vertrouwen en vier actoren wel. Gebrek aan afstemming en duidelijke afspraken en actoren die afzonderlijk werken zijn oorzaak van het verminderde vertrouwen (Gerstenbluth, 2007). Dhr. Berend, internist, noemt het gebrek aan scholing van een aantal artsen als oorzaak voor het gebrekkige vertrouwen in de andere actoren (Berend, 2007). Over het algemeen hebben de actoren dus wel vertrouwen in elkaar, dit in tegenstelling tot het vertrouwen dat actoren in het netwerk rond diabetes hebben. Dit is ook in de tabel in de bijlage te zien. Een indicatie dat de problemen niet bij bepaalde actoren liggen maar meer bij de relaties tussen de actoren, zoals de samenwerking.

Macht

In een beoogd inter-organizationeel netwerk wordt volgens een bepaalde cultuur gewerkt. Binnen deze cultuur is het uitoefenen van macht door een bepaalde actor niet de meest geschikte manier van werken. De cultuur in een netwerk controleert het gedrag van organisaties en zorgt voor coördinatie. Bij (machts-)conflicten zorgt het netwerk voor het reguleren van het gedrag van organisaties en door het aanmoedigen van oplossingen volgens de regels van het netwerk. Een actor binnen een netwerk met veel macht kan het creëren van een dergelijke cultuur in de weg staan (Kong, 2007). Een actor die zijn macht gebruikt om een bepaalde beslissing te nemen zal samenwerking tussen actoren niet positief beïnvloeden. Het gebruik van macht, in plaats van samenwerking en overleg om gezamenlijk tot een beslissing te komen, kan een negatieve houding vanuit actoren bewerkstelligen.

Eerder is de machtstrijd vanuit de internist in relatie tot de huisarts en (diabetes)verpleegkundige genoemd. De internist ziet zichzelf door zijn specialistische kennis boven huisarts en vooral verpleegkundige staan. Door de vergroten van het takenpakket van de huisarts, en het overnemen van taken van de internist door de huisarts, en specialiseren van de verpleegkundige voelt men zich bedreigd (Sluis, 2007). Standaard vraag in het interview was welke actor als machtigste in het

netwerk gezien werd. Hieronder staan de antwoorden overzichtelijk weergegeven in een cirkeldiagram, daarna zal het diagram toegelicht worden.

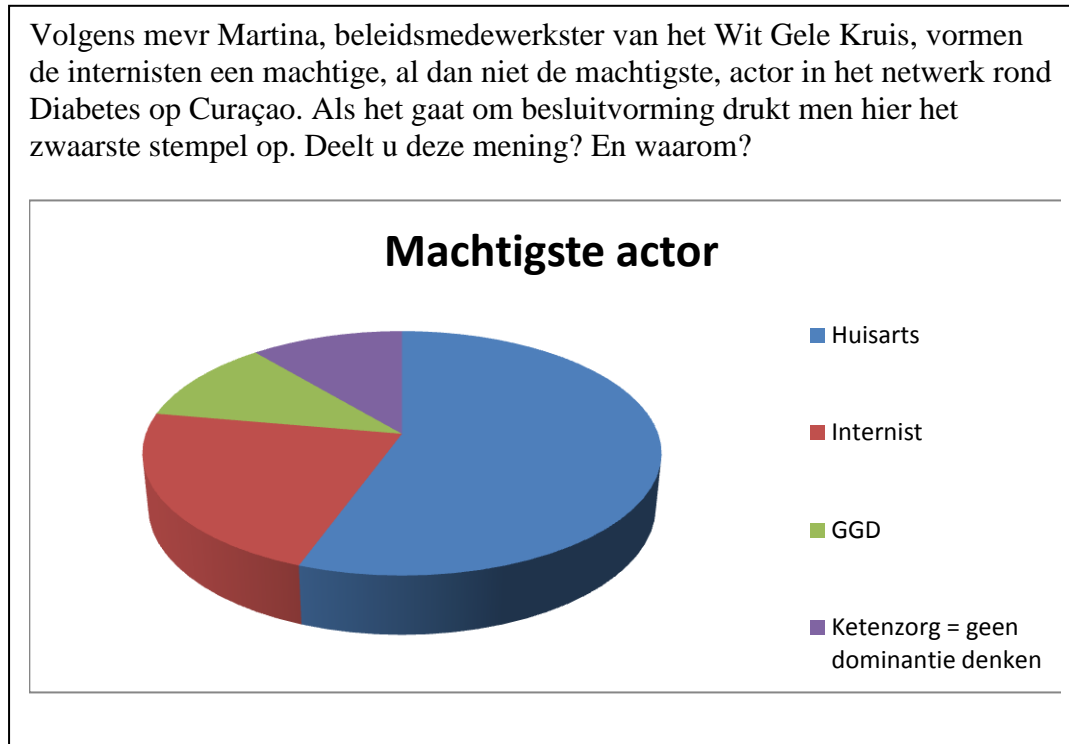


Fig. 7. Macht binnen het netwerk, zie bijlage.

Op de vraag welke actor het machtigst is in het netwerk, en de zwaarste stempel op de besluitvorming drukt, wordt door de respondenten een duidelijk antwoord gegeven: vijf van de negen geïnterviewden zijn van mening dat de huisarts de machtigste actor is. Het grootste gedeelte van de diabeteszorg zelf, zo'n 85-90% is namelijk in handen van de huisarts (Bruin, 2007). Twee van de negen geven aan dat de internist de machtigste actor is, waarbij een van deze twee geïnterviewden zelf ook internist is. Bijvoorbeeld omdat de verzekeraars bepaalde zaken, zoals glucometers, slechts leveren aan patiënten indien voorgeschreven voor internisten. Dhr. Schoop (2007), huisarts op Curaçao, is van mening dat dit echter eerder een gebrek aan inzicht is en dat de huisarts capabel genoeg is deze zaken voor zijn rekening te nemen en voor te schrijven. Opvallend is dat het BZV van mening is dat de GGD de bepalende actor is terwijl de GGD zelf de huisarts kiest als machtigste actor. Dhr. Gerstenbluth (2007) spreekt over een shift die heeft plaats gevonden: waar in het verleden de internisten de machtigste actor waren hebben de huisartsen deze rol langzamerhand overgenomen. Samen met de thuiszorg kan de huisarts deze machtspositie ten opzichte van de internist verstevigen. Ook dhr. de Bruin (2007) is van mening dat de huisarts en de thuiszorg een 'hecht en stabiel' tandem moeten gaan vormen. Deze meningen kwamen allen uit de interviews naar voren en zijn niet vanuit het theoretisch kader bekeken. Wel is dit belangrijk te noemen aangezien deze meningen uit de praktijk waardevol zijn voor het constateren van problemen in het netwerk. Ten slotte werd er vanuit een respondent geredeneerd kan bij ketenzorg, wat men voor ogen heeft, geen dominantie denken past en daarom kan men niet spreken van een machtigste actor (Valk, 2007). Dit kan ook overeen met de eerder aangehaalde cultuur die binnen een netwerk zou moeten heersen. Dat de huisarts als een machtige actor in het

netwerk wordt genoemd geeft aan dat bij het bedenken van oplossingen voor het versterken van het netwerk deze actor een belangrijke rol speelt. Wanneer oplossingen bedacht worden zonder de huisartsen hierbij te betrekken zal de kans groot zijn dat dit de situatie alleen maar zal verslechteren.

Rollen in het netwerk

Hierbij zal het niet gaan over de rollen die zorgprofessionals in het zorgverleningproces rond diabetes aannemen, wat al eerder besproken is. Dit ging meer over de rollen in de zin van werkzaamheden rond diabetes die voor een bepaalde actor gebruikelijk zijn. Hierbij gaat het echter om de rollen die een actor aan kan nemen om kwaliteit van het netwerk te bewaken of sturen. Wanneer de aanwezigheid van rollen in een netwerk bekeken wordt kunnen drie typen onderscheiden worden: initiatief, kwaliteit en aansturing/regulering (Provan & Milward, 2001). Het nemen van **initiatief** kan voor innovatie zorgen zodat het netwerk zich ontwikkelt. Bij innovatie is het van belang te luisteren naar en relaties te onderhouden met zogenaamde 'lead users': klanten die vraag vanuit de markt duidelijk kunnen maken richting een organisatie of netwerk. De indicator innovatie is op zich al een meetinstrument voor het succes van een netwerk (Provan & Sydow, 2008).

Het nemen van initiatief gebeurt, zoals eerder in het verslag al duidelijk werd, door verschillende actoren en wordt niet gecoördineerd. Voorbeelden zijn het project vanuit huisarts Jueng, in samenwerking met mevrouw Zeesluis van het Wit Gele Kruis, en het project dat vanuit de GGD in het verleden geprobeerd is op te zetten. Dit diabetesproject zal verderop in het verslag besproken worden. Er kan worden vergeleken of de gevonden knelpunten en problemen het uitblijven van succes van het project kunnen verklaren. Hoewel het Wit Gele Kruis als zorgaanbieder van thuiszorg geen centrale rol speelt in het netwerk, is de organisatie wel de initiatiefnemer rond zorgverbetering van diabeteszorg. Zo is men bezig met het opzetten van een opleiding diabetesverpleegkundige om ketenzorg te bevorderen, theorie en praktijk wordt met elkaar verweven. Ook heeft men een diabetespaspoort ontwikkeld zodat zorg beter afgestemd kan worden op de diverse zorgverleners. Van belang is dat initiatief gestuurd en gecoördineerd zal moeten worden. Een actor kan niet uit zichzelf, zonder overleg, initiatief tonen. Het is de vraag of de andere actoren binnen het netwerk gebaat zijn bij dit initiatief; zal dit initiatief leiden tot een grotere kwaliteit van zorg? Coördinatie is van belang om te weten wie wat doet.

Op de vraag welke actor initiatief op zich zou moeten nemen werd de GGD, zoals in de samenvatting van antwoorden in de bijlage gezien kan worden, het vaakst genoemd. Verder kan naar **kwaliteit** gekeken worden, is er een actor die de kwaliteit in de gaten houdt? Uit de interviews bleek dat hier nauwelijks sprake van is en dat er geen actor is die dit structureel op zich neemt, ook vanuit de overheid, het Ministerie van Volksgezondheid, worden dergelijke activiteiten nauwelijks ontplooit. Er worden op Curaçao ook geen algemene onderzoeken gedaan om de kwaliteit van zorg te meten. Enige onderzoeken die kwaliteit van zorg meten worden vanuit het GGD gedaan (Gerstenbluth, 2007).

Het probleem van gebrekkige **aansturing/regulering** in het netwerk is al eerder beschreven. Van coördinatie is slechts in beperkte mate sprake en de projecten die rond diabetes bestaan worden niet centraal gereguleerd of aangestuurd. Een centraal orgaan dat voor duidelijkheid zorgt is gewenst. Actoren weten in veel gevallen niet waar ze aan toe zijn, bijvoorbeeld rond financiering van zorg, en wat men van de overheid kan verwachten. Een dergelijk centraal orgaan kan, door regelmatig overleg met het Ministerie van Volksgezondheid, het beleid vanuit de overheid vertalen

richting de rest van het netwerk zodat duidelijkheid ontstaat. Het laatste aspect over aansturing vormt het eind van de beschrijving van het netwerk waarbij actoren zijn benoemd, de zorgverlening is geschetst, structuur en processen zijn besproken en de huidige aanpak van diabetes door het netwerk is beschreven. Ook zijn de gehele zorgsector en de voornaamste problemen die hierbinnen heersen geanalyseerd.

Samenwerking binnen het netwerk

De mate van samenwerking kan variëren van het 'kennen' van de andere actor tot het onderhouden van een intensieve samenwerking. Hoewel intensieve samenwerking moeite en kosten met zich mee brengen voor de participerende organisaties, alsmede een mogelijk verlies aan autonomie bij het nemen van beslissingen, kan een hechte vorm van samenwerking de organisatie en haar prestaties verbeteren. Een beter serviceniveau en een hogere omzet kunnen indicatoren zijn van intensieve samenwerking, ook innovaties en het leren van elkaar zijn kenmerken. Ook kunnen organisaties door samenwerking naar andere organisaties toe meer macht uitoefenen. Sterke relaties en hechte samenwerking zorgen voor relatief formele relaties waarbij tussen relaties een hoge mate van vertrouwen bestaat. Naast de eerder beschreven kosten en moeite voor de organisatie kan samenwerking ook voor een bepaald risico zorgen, beschreven als een 'lock-in'. Dit fenomeen beschrijft samenwerkende organisaties die investeringen hebben gedaan om een bepaalde ontwikkeling door te maken. Van deze weg, die men ingeslagen is, kan niet eenvoudig afgestapt worden (Provan & Sydow, 2008).

Uit gevonden literatuur en uit de interviews is gebleken dat vooral samenwerking tussen actoren geldt als een belangrijk probleem in de gezondheidszorg en in het netwerk rond diabeteszorg op Curaçao. In een aantal gevallen ontbreekt het hieraan en ook de manier van samenwerken is niet optimaal. Samenwerking in de dagelijkse zorgverlening wordt bijvoorbeeld bemoeilijkt door onduidelijke taakverdeling: een patiënt die vanuit de huisarts doorgestuurd wordt naar de internist, wanneer bloedglucose-waarden niet onder controle te krijgen zijn, zou na behandeling van de internist weer onder medische verantwoordelijkheid moeten komen van de huisarts. Nu blijkt dat veel patiënten blijven hangen bij de internist, deze professional neemt het proces van behandelen over van de huisarts. Vanuit financieel oogpunt zouden patiënten na behandeling van de internist terug moeten keren onder verantwoordelijkheid van de huisarts om de relatief hogere kosten van specialistische zorg in het ziekenhuis te minimaliseren. Aan de andere kant speelt het feit dat een aantal huisartsen, mede door het achterblijven van het niveau van kennis, zich niet op het gemak voelen bij het starten van insulinetherapie. Hierdoor stuurt men patiënten makkelijker door naar de internist. Middels nascholing zal hier verandering in moeten worden aangebracht (Schoop, 2007). Duidelijke taakverdeling en actoren die ieder een bepaalde rol hebben is vereist. Daarbij horen competentie die met de specifieke taken samenhangen (Jueng, 2007). Veel professionals hebben ook een eigen manier om het ziekteverloop en de behandeling te documenteren, ook dit staat goede samenwerking tussen actoren in de weg. Een diabetespaspoort heet weinig nut als er professionals zijn die, bijvoorbeeld door gebrek aan tijd, hier geen gebruik van maken. Wanneer gekeken wordt naar samenwerking van actoren om diabeteszorg te verbeteren dan blijkt iedere actor op een andere manier, of met een eigen project, het probleem aan te willen pakken. Weer een factor die samenwerking tussen actoren tegen gaat. Ontwikkelingen rond diabetes zijn niet op elkaar afgestemd of projecten zijn niet duurzaam: na een enthousiast begin wordt door gebrek aan geld of inzet van professionals het project gestopt (Gerstenbluth, 2007), Zo is huisarts Jueng van mening dat het huidige project rond diabetes vanuit het Wit Gele Kruis en het BZZ weinig zinvol is en niet kosten effectief (Jueng, 2007). Om diabetes aan te pakken is deze

huisarts nu bezig met het opzetten van multidisciplinair overleg rond diabetes met patiënten die onder zijn praktijk vallen (Sluis, 2007). Huisarts Schoop noemt het gebrek aan concrete samenwerking met de huisartsen het grootste minpunt van het project van het Wit Gele Kruis en de BZV (Schoop, 2007).

Hoofdstuk 6: Gevonden problemen en knelpunten

De gegeven, uitgebreide analyse laat een aantal problemen zien. Een aantal problemen bevinden zich binnen het netwerk en een aantal zijn een gevolg van problemen die zich binnen de gezondheidszorg op Curaçao afspelen. Deze laatste groep problemen zal niet verder behandeld worden, deze problemen zijn een gegeven en gezien vanuit het doel van het verslag zal niet getracht worden deze op te lossen. Zo worden problemen als de slechte financiële situatie van de zorg, en hierdoor het beperkte budget wat voor diabeteszorg beschikbaar is, alsmede een sterke toename in diabetespatiënten als gegeven beschouwd.

Bij het oplossen van problemen en weghalen van knelpunten richt het verslag zich op problemen binnen het huidige netwerk rond diabeteszorg.

Een aantal problemen zijn gevonden, hieruit zijn een aantal terugkomende en veelgenoemde problemen gehaald waar een oplossing voor bedacht zal worden. Deze problemen kunnen hieronder samengevat worden.

Samenwerking

Het ontbreken van samenwerking in het netwerk is diverse keren beschreven in het verslag. Zo werken actoren veelal individualistisch; iedere actor heeft een eigen idee hoe diabetes het beste aangepakt kan worden. Overleg vindt ook minimaal plaats, zo is er geen standaard gebruikt overzicht van het behandelplan en de behaalde resultaten van een patiënt. Actoren hebben hun eigen manier van documenteren. Zo is al gesproken over het diabetespaspoort dat het Wit Gele Kruis in gebruik heeft, probleem is dat niet alle actoren hier gebruik van maken. Als een bepaalde specialist de behandeling van de patiënt niet in dit paspoort zet kunnen er onduidelijkheden ontstaan. Dit zal efficiëntie van de zorg alleen maar verminderen. De zorgverlener waar de patiënt na de desbetreffende specialist naar toe gaat, heeft geen idee van de actuele gezondheidstoestand van de patiënt. Het kan zelfs zijn dat de patiënt nog een keer moet worden doorverwezen naar dezelfde specialist.

Oplossingen om samenwerking te verhogen zullen zorgen voor een efficiënter en effectiever netwerk dat in grotere mate kwaliteitszorg kan bieden. Op dit moment is er sprake van een onafhankelijke groep van zorgverleners en andere actoren die toevallig samenwerken rond dezelfde aandoening. Dit verklaart ook de titel van dit verslag: er heerst een bepaalde eilandjescultuur op Curaçao waardoor actoren slechts beperkt met elkaar samenwerken. Over een netwerk van actoren, die gezamenlijk intensief samenwerken om een gezamenlijk probleem aan te pakken, kan eigenlijk niet gesproken worden. Wel is het zo dat er de kern van actoren rond diabeteszorg, zoals dit ook eerder in figuur 6 te zien was, wel in enige mate verbonden is.

Coördinatie en aansturing

Ook coördinatie en aansturing van zorgverlening is een probleem dat in dit onderzoek naar voren is gekomen. Actoren opereren los van elkaar en er is geen duidelijke lijn die door alle actoren unaniem gevolgd wordt. Er is geen bepaalde actor die voor aansturing zorgt. Deze actor zorgt voor coördinatie van de verschillende actoren en kan waar nodig voor aansturing zorgen. Mocht er een huisarts zijn die een programma rond diabetes heeft bedacht dan zal dit eerst door deze coördineren actor bekeken worden. Is iedereen hierbij gebaat, ligt het programma in de lijn met de huidige aanpak door de huisartsen, is het programma beter dan de huidige aanpak? Door het stellen van deze vragen wordt duidelijk of het programma van toegevoegde waarde is voor de zorg. In de huidige situatie is het zo dat de zorgverleners zelf een bepaalde aanpak hanteren; is men van mening dat er een goed programma is bedacht dan wordt deze voor de eigen patiëntengroep ingevoerd.

Actoren werken dus los van elkaar aan zelf bedachte diabetes projecten en duidelijke afspraken en taakverdeling ontbreekt vaak. Het oplossen van deze problemen kan het netwerk ook verbeteren en zo effectiviteit en efficiëntie bevorderen.

Hoofdstuk 7: Diabetesdienst

De gevonden problemen en knelpunten kunnen met behulp van een voormalig diabetesproject geanalyseerd worden: zo kan bekeken worden of het mislukken van dit project verklaard kan worden aan de hand van deze problemen. Omdat het project zich niet richtte op de focus van het netwerk maar op de processen en organisatie van de diabetes zorgverlening binnen het netwerk zal problemen rond samenwerking, coördinatie en regulatie bekeken worden.

Eerst zal de oorsprong en opzet van het project beschreven worden, daarna zullen conclusies getrokken worden en kan worden bekeken waarom het project geen succes is geworden.

Oorsprong

De diabetesdienst vindt zijn oorsprong in 2003. In dit jaar vond er in Willemstad een symposium plaats rond diabeteszorg, waarbij ook een vertegenwoordiging van het Utrechts Diabetes Programma (UDP) aanwezig was. Naar aanleiding hiervan werd geconcludeerd dat een dergelijk programma op Curaçao de zorg rond diabetespatiënten aanzienlijk zou kunnen verbeteren. De situatie rond de afwezigheid van automatisering bij huisartsenpraktijken op Curaçao is een niet te onderschatten probleem: slechts een gering aantal huisartsen hield de status van hun diabetespatiënten bij, dit werd dan gedaan met behulp van stickers of viltstiften. Dit concludeerde dhr. de Bruin na het bezoeken van de praktijken als beginstap: het schetsen van de huidige situatie. Een situatie waarin huisartsen zouden gaan werken de NHG-diabeteskaart zou al een hele stap vooruit zijn in registratie (Visser, 2003). Dit was toen de situatie, op dit moment werkt men vanuit het Wit Gele Kruis met een individueel diabetespaspoort, dit is in het hoofdstuk 5 bij 'huidige projecten' rond diabetes al beschreven.

Het UDP is een samenwerkingsproject tussen diverse zorgverleners in het stad Utrecht en omgeving. Hierbij wordt door de internist steun wordt gegeven aan de betrokken huisartsen. Alle onderzoeken, uitgevoerd door de huisarts, worden gedaan volgens gestandaardiseerde procedures. De resultaten worden vervolgens naar de internist gestuurd. Resultaten vanuit het laboratorium worden automatisch naar de huisarts gestuurd. Vervolgens worden deze gegevens, samen met de klinische gegevens naar de internist gestuurd (Valk, 2007). De individuele advisering is hierbij kenmerkend voor het programma: internisten geven op afstand advies aan huisartsen die hierom vragen. Voorwaarde is dat de huisartsen alle gegevens over de patiënt meesturen, door deze voorwaarde wordt men gepusht dit standaard te doen (Visser, 2003). De algemene conclusie van het programma verhaalt over een gestandaardiseerde informatie overdracht tussen huisarts, internist en laboratorium die kan zorgen voor een effectieve infrastructuur voor gedeelde diabetes(keten)zorg (Valk, 2007).

Opzet

Eerste stap in het plan om het UDP te vertalen naar de situatie op Curaçao was het opzetten van een goede registratie van de diabetespatiënten en hun gezondheidstoestand. Het Analytisch Diagnostisch Centrum zou een belangrijke, centrale en faciliterende rol gaan spelen in de diabetesdienst. Iedere huisarts zou zijn diabetespatiënten naar het ADC verwijzen, door deze verwijzing werd de patiënt automatisch opgenomen in een registratiesysteem, bijgehouden door het ADC. In het geval van ernstige afwijkingen zou de patiënt doorverwezen worden naar de internist, in alle andere gevallen werd de patiënt naar de diabetesverpleegkundige, patiëntenvereniging Sokudi, de diëtist, de oogarts of de podotherapeut gestuurd. Via het ADC zouden deze bevindingen dan weer terug komen bij de huisartsen, die dit met de patiënt zou bespreken. Registratie zou de zorg vooral overzichtelijker maken en coördinatie bevorderen: door het vastleggen kan snel gekeken worden wat er mis gaat en actie ondernomen worden (Visser, 2003).

Dit zou een grote veranderingen met zich mee brengen met de voorgaande manier van werken waarin patiënten soms niet te vinden zijn, dubbel gediagnosticeerd worden met actoren die ieder individueel aan de slag gaan met patiënten. In het gebouw van het ADC zouden vergaderingen gehouden van de opgerichte stuurgroep, voorgezeten door iemand van de GGD, samen met de gebruikersgroep, bestaande uit zo'n 10 huisartsen, zodat ervaringen met de nieuwe manier van werken gedeeld konden worden. Ook waren er 2 internisten aanwezig bij de maandelijkse vergaderingen. Het ADC had zelfs een medewerker die zich fulltime met het project bezighield (Martina, 2007).

Stappenplan

Besloten werd om het project niet in een keer, radicaal, in te voeren. In februari begon 1 huisarts, dhr. Doran, met registratie. Hij zou door een groep van 11, en later door een groep van 23 huisartsen, gevolgd worden. Twee jaar later zouden alle huisartsen op het eiland betrokken moeten zijn in de diabetesdienst. Pas over vier jaar, wanneer iedere patiënt geregistreerd is en de rollen van elke betrokken actor duidelijk is, zouden de betrokken internisten hun taak gaan uitvoeren: het adviseren van huisartsen over de individuele patiënten. Voornaamste reden om te kiezen voor dhr. Doran is het feit dat hij relatief veel patiënten in zijn (duo-)praktijk heeft (zo'n 4000 mensen) Het

verbeteren van zorg was voor hem de voornaamste reden mee te doen: “Een gecompliceerde ziekte als diabetes is alleen te bestrijden met een goede samenwerking van de betrokken actoren, de rol van de huisarts is hierbij belangrijk” (Visser, 2003).

Geen succesvol project

Zoals al enigszins naar voren is gekomen is de diabetesdienst op Curaçao nooit een succes geworden. Het project is gestrand lang voordat volledige implementatie een feit was.

Geleerde lessen

De diabetesdienst op Curaçao leek veelbelovend: er zou eindelijk getracht worden een grote stap voorwaarts te maken in het tegengaan van het immense probleem van Diabetes. Het ontbreken van samenwerking tussen actoren in de gezondheidszorg op Curaçao was en is een groot probleem, dit project probeerde hier wat aan te doen. Ook zorgde het project voor een duidelijke taakverdeling voor de actoren en stonden veel actoren achter de plannen. Waarom mislukte het project alsnog? Om deze vraag te beantwoorden wordt er allereerst gekeken naar factoren die van te voren al niet gunstig waren om het project mee te beginnen. Vervolgens zal, vooral op basis van de gehouden interviews met dhr. de Bruin, dhr. de Valk en ook dhr. Martina van het ADC, gekeken worden waarom de diabetesdienst zelf geen succesvol project is geworden.

Bestaande, ongunstige factoren

Samenwerking onderling en het gebrek aan onderling contact tussen actoren is altijd al groot probleem geweest in de zorg op Curaçao, iedere actor heeft zijn eigen methode en werkwijze. Ook het ontbreken van enige mate van automatisering in de Curaçaose huisartsenpraktijken is al genoemd als probleem. Dhr. de Bruin noemt hierbij ook het feit dat er tussen de inrichting van praktijk veel variatie bestaat.

Het te hoge aantal huisartsen, meerdere malen al genoemd, staat implementatie van het project ook in de weg: overstappen tussen huisarts is makkelijk en op die manier zijn patiënten lastiger te volgen. Registratie wordt hierdoor zeker niet bevorderd. Daar waar sprake is van een overschot als het gaat om de huisartsen bestaat de verwachting dat het aantal diëtisten en podotherapeuten in de toekomst wel eens tekort kan gaan schieten.

Naast het ADC bestaan er verder op het eiland nog acht andere laboratoria, met elk een eigen manier van meten en registeren (Visser, 2003).

Waarom de diabetesdienst geen succes werd

Door de verschillende betrokken actoren worden diverse redenen genoemd waarom het fout liep. Volgens dhr. de Bruin wordt er op het eiland door zorgverleners teveel in hokjes gedacht, is er sprake van afgunst tussen actoren en waren onvoldoende middelen om het project tot een succes te maken (Bruin, 2007). Dhr. Martina van het ADC is het hiermee eens en benadrukt het gebrek aan inzet vanuit de verzekeraars: men vergoedde niet alles en gevolg is dat actoren in eerste instantie

aan bescherming van eigen inkomsten gaan denken. Het gebrek aan financiën noemt dhr. Martina dan ook de grootste schuldige aan het mislukken van de diabetesdienst (Martina, 2007).

Vanuit de GGD, de andere belangrijke speler betrokken bij de diabetesdienst, is men van mening dat het ADC ook bij zichzelf te rade moet gaan.

Dhr. Gerstenbluth (2007) van de GGD is van mening dat men met de gegevens van het laboratorium niets gedaan werd zodra deze informatie in handen was van het ADC. Hij vraagt zich af wat er met deze data gebeurd is. Wat is de toegevoegde waarde van dit project geweest? Volgens dhr. Gerstenbluth is het enige resultaat de specifieke aanvraagformulieren die vanuit het ADC ontwikkeld zijn. Volgens hem heeft het project wel voor 'awareness' bij de huisartsen gezorgd, maar dit was waarschijnlijk niet een specifiek doel wat opgesteld is. De GGD wordt op zijn beurt weer door een andere partij, te weten het Wit Gele Kruis, bekritiseerd als het om de diabetesdienst gaat. Te concluderen valt dat de betrokken actoren elkaar aankijken en ieder een andere kijk hebben over het falen van de diabetesdienst.

Geleerde lessen

Uit de meningen van de diverse actoren die hier voorgaand zijn genoemd kunnen een aantal lessen voor de toekomst meegenomen worden in de uiteindelijke conclusies van dit verslag. De financiën, wie betaalt en aan wie wordt betaald, van een dergelijk project moeten van tevoren uitgeschreven en voor iedere betrokken actor duidelijk zijn. Met het bedenken zal gekeken moeten worden wie voor de financiën gaat zorgen om het project op te zetten en te onderhouden. Duidelijk is dat dit in het geval van de diabetesdienst niet gebeurd is.

Een ander punt is het coördineren en, wederom, samenwerken. De GGD kijkt naar het ADC en vanuit de dienst zelf, in de persoon van adviseur dhr. de Bruin, is men van mening dat er in hokjes gedacht wordt en de actoren met afgunst naar elkaars functioneren kijken. Het ADC speelde een centrale rol in de diabetesdienst, maar ook de GGD neemt een belangrijke plaats in de stuurgroep die het project begeleidt. Reden hiervoor is dat structurele problemen dan in ieder geval aan de overheid en zorgverzekeraars kunnen worden voorgelegd (Visser, 2003). Als het ADC van mening is dat de bron van het falen van het project bij de verzekeraars lag, is dit dan via de GGD aangekaart bij deze partij? Of heeft de GGD dit op zijn beurt niet gedaan? Het kan ook zijn dat dit wel degelijk gemeld is maar dat de verzekeraars, bijvoorbeeld omdat het project een stuk duurder is dan vooraf berekend was, uiteindelijk tot de conclusies kwam dat de kosten niet meer te betalen vielen. En als de ADC van mening was dat er vanuit de verzekeraars te weinig werd vergoed dan zal dit van tevoren ook wel bekend zijn, je begint toch geen project zonder te weten wat wel en wat niet vergoed wordt?

Het is lastig deze vragen te beantwoorden. Wel wordt duidelijk dat er begonnen is met een plan, afgeleid van het UDP, en dat er heel enthousiast aan de slag mee gegaan is. Ook probeerde het project de problemen die uit dit verslag komen, zoals samenwerking en coördinatie, aan te pakken. Maar het lijkt alsof het maken van duidelijke afspraken rond die coördinatie, aansprakelijkheid en taakverdeling niet optimaal gebeurt is er daardoor bij ingeschoten is. Wie was de centrale, beslissende en vooral verantwoordelijke actor: het ADC of de GGD? Of de verzekeraars, aangezien het meeste geld van hun kant moest komen? Als dit vooraf niet duidelijk is, hoe kan achteraf gezocht worden naar redenen van het falen of kan er in ieder geval een actor zijn die kan verantwoorden waar het, met een veelbelovend plan als beginpunt, fout is gegaan?

Hoofdstuk 8: Oplossingen

Na het benoemen van de problemen en analyseren van een eerder project kunnen oplossingen bedacht worden die tot een meer gewenste situatie in het netwerk leiden.

De oplossingen die gegeven worden zijn eigenlijk twee typen oplossingen die wezenlijk verschillen van elkaar. Ten eerste is er het type oplossingen dat meer samenwerking tussen de actoren predikt. Door te investeren in samenwerking kan, zoals eerder beschreven in de theorie van Provan (2003) 'community capacity' opgebouwd worden. Meer samenwerking kan in dit geval zorgen voor een hechter netwerk van organisaties rondom diabeteszorg. Multiplexe relaties waarbij actoren nauw samenwerken kunnen ervoor zorgen dat het complexe en diepgewortelde probleem van diabetes effectiever wordt aangepakt. Binnen dit type oplossingen zijn diverse soorten te onderscheiden die trachten samenwerking te verhogen. Zo zou op patiëntniveau gekeken kunnen worden. Hierbij wordt iedere patiënt besproken door zijn of haar behandelaars. Daarnaast kan op een hoger niveau gekeken worden waarbij het multidisciplinair overleg en bijvoorbeeld het opstellen van protocollen een belangrijke rol spelen.

Naast dit type oplossingen, dat een samenwerkend netwerk van actoren voor ogen heeft, zijn er ook oplossingen die het probleem diabetes op een andere manier aanpakken. Zo kan het probleem aangepakt worden door in plaats van een netwerk van actoren, waarbij iedere actor zijn steentje bijdraagt om een gezamenlijk doel te verwezenlijken, een actor aan te stellen die als coördinator de rest van de actoren aanstuurt. Een dergelijke 'network administrative organization' (NAO) zorgt in dan voor een meer hiërarchische structuur.

Samenwerking

Binnen het type oplossingen, zoals hierboven beschreven, die meer samenwerking voor ogen hebben lijkt met bespreken van alle patiënten door de behandelaars een goede, eerste stap. Dit komt ook overeen met de theorie. Provan (2003) stelt in zijn onderzoek dat de eerste stap bij organisaties die samen gaan werken meestal het uitwisselen van informatie is. Aan een intensievere samenwerking kan hierna gewerkt worden. Deze oplossing, waarbij tussen de zorgverleners rond iedere diabetespatiënt informatie zal worden uitgewisseld, lijkt in eerste instantie een goede zet. De problematiek in de zorgsector rond diabetes op Curaçao zal door deze oplossing niet structureel en substantieel verminderen. Het ontbreken van protocollen, duidelijke afspraken rondom zorgverlening en de verschillen in behandelwijzen vereisen dat de problematiek op een hoger niveau aangepakt wordt.

Naast het eerder genoemde multidisciplinaire overleg is ook de diabetespoli een oplossing die onderzocht is. In Nederlandse ziekenhuizen kan meestal een diabetespoli gevonden worden. Bij deze multidisciplinaire aanpak wordt de patiënt door een team van zorgverleners, zoals de internist, diabetesverpleegkundige en diëtist, behandeld. Vooral het helpen van de patiënt bij het veranderen van zijn of haar levenswijze, aangepast op diabetes, is van belang. Bij deze voorlichting speelt vooral de diabetesverpleegkundige een rol. De meeste diabetespoli werken met vaste controles, die uitgevoerd worden door internist en diabetesverpleegkundige. Deze controles vinden meestal een aantal keer per jaar plaats (BovenIJ Ziekenhuis, z.d.). In de interviews is bekeken of een dergelijke diabetespoli ook gewenst zou zijn op Curaçao, binnen het st. Elizabeth ziekenhuis. De samenvatting van de antwoorden laat zien dat slechts een actor, een internist, positief tegenover de diabetespoli

stond. In het verleden is geprobeerd een dergelijke poli op te zetten, vooral het gebrek aan draagvlak zat in de weg. Met uiteindelijk de patiënt die hier negatieve gevolgen van ondervond. Een diabetespoli voor de huisartsen lijkt door de bovengenoemde redenen ook niet de beste oplossingen. Daarnaast gaven vooral de geïnterviewde huisartsen aan niets in een diabetespoli te zien. Vooralsnog is de belangrijkste stap meer samenwerking, een diabetespoli zou alleen kunnen werken als duidelijk is wie het project leidt en aanstuurt met onderlinge coördinatie en taakverdeling. Deze problemen eerst opgelost moeten worden, dit zal in het probleem rond coördinatie en aansturing beschreven worden.

Er is wel sprake van een diabetesvoetenpoli op het eiland (Martina et al., 2007). Het grootste opstakel voor het ontwikkelen van een diabetespoli is echter dat de meeste actoren van mening zijn dat de zorg voor diabetespatiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn moet blijven. Door een diabetespoli in het ziekenhuis op te starten wordt diabeteszorg meer verplaatst naar de tweede, specialistische lijn in het ziekenhuis. Specialistische zorg is daarbij ook een stuk duurder dan eerstelijnszorg. In plaats van de diabetespoli zou de eerstelijnszorg versterkt moeten worden. Een diabetespoli, zowel vanuit de huisartsen als in het ziekenhuis, is dus niet de gewenste oplossing.

Een belangrijk punt, waar nu nog wat verder op in zal worden gegaan, is dat diabeteszorg zoveel mogelijk in de eerste lijn plaats zou moeten vinden. Ook in Nederland is dit het streven. Dhr. Jan van Rooij, huisarts en voorzitter van de zorggroep Stichting Regionale Huisartsen Heuvelland (RHZ), werkt met een protocol diabeteszorg. Dit protocol heeft een aantal modules voor eenvoudige en ongecompliceerde zorg en voor ingewikkelde, gecompliceerde zorg. Alleen bij patiënten met zeer gecompliceerde problemen komt de internist of diabetoloog in het zorgverleningsproces terecht. Wanneer patiënten weer stabiel zijn dan schuift men weer door naar de huisartsenpraktijk. Door het werken met dit protocol blijkt dat slechts twee tot vier procent van de patiënten in de tweede lijn wordt behandeld. De rest wordt allemaal in de eerste lijn behandeld (Feijter, 2009). Hoewel hier op Curaçao naartoe gewerkt moet worden is een dergelijk percentage op dit moment nog ver weg. De internist heeft nog een te grote rol binnen de zorgverlening, de patiënt blijft te vaak bij deze specialist hangen. Ook zijn er op Curaçao niet dergelijke standaard protocollen waarmee gewerkt wordt waardoor de eerste lijn in staat is het grootste gedeelte van de zorg op zich te nemen. Scholing van huisartsen is hierbij een andere belangrijk onderdeel. Zoals aangegeven heeft een groot gedeelte van de artsen dat als huisarts werkzaam is niet een specialistische opleiding genoten en is men 'slechts' basisarts. Het belang van (na) scholing en periodieke toetsingen is hierdoor nog groter. Dit is ook een belangrijk punt wat naar voren kwam in de gehouden interviews.

Multidisciplinair overleg is een andere manier om samenwerking te bevorderen.

Multidisciplinair overleg, afgekort tot MDO, is een vast terugkerend overleg, bijvoorbeeld wekelijks, waarbij de belangrijkste disciplines rond diabetes aanwezig zijn. Deze vorm van overleg zorgt voor een goede samenwerking tussen de diverse disciplines die betrokken zijn bij het behandelen van diabetespatiënten (Zaans Medisch Centrum, z.d.).

Uit de gehouden interviews bleek iedere actor positief te staan tegenover dit overleg. Structureel multidisciplinair overleg vindt niet plaats op het eiland, een aantal zorgverleners werkt hier incidenteel en op indicatie, wanneer men het nodig acht, aan mee (Schoop, 2007).

Naast het bespreken van individuele patiënten en het maken van afspraken rond het behandelplan zouden er ook multidisciplinaire protocollen ontwikkeld moeten worden (Bruin, 2007). Dit betekent een duidelijk beleid over de inhoud van die samenwerking door de betrokken beroepsgroepen (Gerstenbluth, 2007). In dit overleg zouden de belangrijkste zorgverleners rond diabetes plaats moeten nemen, dus de huisarts, diabetesverpleegkundige en internist. Vanwege het feit dat het

vermindere van overgewicht ook een positieve invloed heeft op de ernst van diabetes zou ook de diëtist in dit overleg betrokken moeten worden. Overeenstemming over een leidende actor in het overleg is onmisbaar, bijvoorbeeld wanneer belangrijke beslissingen genomen moeten worden of wanneer conflict ontstaat tussen actoren. Deze actor zal tijdens het overleg als voorzitter kunnen fungeren. Het onderzoek laat zien dat de huisarts hiervoor de aangewezen actor is, de internist zal dit feit ook vooraf moeten onderkennen. Voorwaarde voor de centrale rol van de huisarts is wel dat deze, door het eerder genoemde aspect van scholing, kennis over de zorgverlening rond diabetes op peil te houden zodat kwaliteit geleverd kan worden (Bruin, 2007). Periodieke toetsing zou vanuit verplicht gesteld moeten worden. Wanneer er hierbij een bepaalde norm wordt gehanteerd en men blijkt als huisarts hieronder is zitten dan zal ook het volgen van nascholing verplicht moeten zijn. De huisarts kan hier zelf aan bijdragen door rond diabetes duidelijke standaard protocollen op te stellen. Het MDO zal bestaan uit vaste vergaderingen, met disciplines die hiervoor tijd maken, op vaste tijdstippen (Jueng, 2007). Duidelijke afspraken, bijvoorbeeld over het verdelen van taken, zijn onmisbaar bij het MDO.

Behalve het maken van duidelijke afspraken binnen het MDO is het van belang dat er binnen het netwerk wel sprake is van leiderschap. Ook Provan (2003) beschrijft dit belang. Vooral in het begin, wanneer initiatieven om het netwerk te verstevigen gestart worden, is er behoefte aan een actor die een aanzienlijke hoeveelheid tijd en moeite neemt om te zorgen dat samenwerking ontstaat en vervolgens blijft. Zonder een dergelijke leider is de kans groot dat samenwerking, in eerste instantie, moeilijk op gang komt. Daarnaast zal ontstane samenwerking sneller weer verdwijnen. Deze leider zorgt in het netwerk ook voor coördinatie en aansturing. Het MDO zal, als groep van belangrijkste actoren rondom de diabetespatiënten, deze taak op zich moeten nemen. Het MDO kan projecten en zorgverleners rond diabetes aansturen en een eenduidige aanpak van diabetes coördineren. Ook zal het MDO voor de overheid en de verzekeraars het eerste aanspreekpunt zijn, bijvoorbeeld in geval van een geplande verandering in beleid of financiering van zorg.

Het opzetten van een Multidisciplinair overleg is een belangrijke stap om de zorg op Curaçao anders te organiseren om de vraag in de toekomst aan te kunnen. Hiermee kan de zorgverlening in Nederland als voorbeeld en streven dienen. In Nederland werd men zich er ook van bewust dat zorg anders georganiseerd moest worden en dat samenwerking tussen zorgverleners hierbij het belangrijkste uitgangspunt is. Alleen ging men een stap verder dan het multidisciplinaire overleg door het introduceren van de diabeteszorggroep. In het rapport 'Diabeteszorg Beter' (2005) beschrijft de Taakgroep Programma Diabeteszorg dat goede diabeteszorg moet worden geleverd door een multidisciplinair samengesteld team van zorgverleners: de diabeteszorggroep. Hierin zouden tenminste de volgende functies vertegenwoordigd moeten zijn: de diëtist, huisarts, diabetesverpleegkundige en de mogelijk andere relevante functies, zoals de podotherapeut. Bij de implementatie van deze zorggroepen werden andere actoren ingeschakeld: zo kunnen zorgverzekeraars de vorming van deze diabeteszorggroepen bevorderen door nadruk te leggen op de inkoop van zorg bij een dergelijke groep.

Coördinatie en aansturing

Een tweede type oplossing richt op een andere structuur van de zorgsector rond diabetes. Hierbij wordt een 'network administrative organization' (NAO) aangesteld die boven de rest van de actoren zal staan en het beleid zal uitvoeren zoals opgesteld door de overheid. Deze verandering naar een hiërarchische structuur is een wel erg rigoureuze oplossing, maar zou wellicht de een mogelijkheid zijn wanneer blijkt dat de eerder genoemde oplossing van een sterk netwerk met samenwerkende organisaties niet werkt. De NAO is een manier om coördinatie en regulatie in een netwerk te vergroten. Provan en Milward (2001) beschrijven deze NAO als belangrijke verdelen van fondsen, administrator en coördinator. Volgens de theorie is een NAO zowel agent van de gemeenschap als het hoofd van de actoren waaruit het netwerk bestaat. Een agent is werkzaam binnen het netwerk als administrator en service organisatie. Een hoofd van een netwerk, in de theorie aangeduid als 'principal', houdt het netwerk in de gaten en zorgt de verdeling van fondsen richting organisaties en activiteiten binnen het netwerk. In formele netwerken in de publieke sector, gefinancierd via belastingen, wordt vaak gecoördineerd en bestuurd door een centrale, in het netwerk werkzame, instantie (Provan & Kenis, 2008). Andere theorieën beschrijven de NAO als de 'network broker'. Onderzoeken hebben hierbij aangetoond dat het van groot belang is de processen te coördineren binnen het netwerk, hierbij zou de broker een faciliterende rol op zich moeten. Dit in tegenstelling tot het simpelweg duidelijk maken aan organisaties wat er zou moeten gebeuren (Bessant & Tsekouras, 2005). Hoewel in de vorige oplossing de groep van actoren die het MDO vormen ook een coördinerende rol heeft en voor een deel aanstuurt, gaat de NAO nog een stap verder. Het heeft ook te maken met hoe de NAO neergezet wordt en welke macht een dergelijke instantie krijgt toebedeeld. In de hierboven genoemde theorie past de NAO prima binnen een netwerk en speelt dit orgaan een grote rol om het netwerk te verstevigen. Deze genoemde kenmerken passen echter meer bij de rol die het MDO krijgt toebedeeld. De NAO in deze oplossing past niet helemaal binnen een netwerk van gelijkwaardige organisaties die samen een gemeenschappelijk probleem aanpakken. De structuur is hierbij veel meer hiërarchisch. Hieronder zal deze oplossing verder uitgewerkt worden.

In de oplossing van de NAO op Curaçao zou een dergelijke instantie aangesteld moeten worden. Deze instantie kan voor centrale coördinatie zorgen en daarnaast kan van hieruit bepaald worden hoe diabetes aangepakt wordt, met welke projecten. Op deze manier zal niet iedere actor afzonderlijk een programma hebben maar kan centraal bepaald worden waarvoor gekozen wordt. Huidige programma zullen eerst getoetst moeten worden waarna bepaald kan worden of deze activiteiten effectief genoeg zijn of dat andere of aangepaste programma's gewenst zijn. Dan wordt het ook duidelijk richting de actoren. Op dit moment is bijvoorbeeld het BZV tevreden over het eigen diabetes programma. Maar bepaalde actoren zijn juist niet te spreken over de kwaliteit van dit programma, zo dhr. Schoop (2007) als huisarts de opzet van het programma te unilateraal en zouden er geen duidelijke succesparameters bestaan. Een coördineren en faciliterende instantie kan in dit geval bepalend zijn en uitsluitel geven. Ook op het gebied van het versterken van de samenwerking binnen het netwerk kan de NAO een rol spelen, bijvoorbeeld door het faciliteren van het Multidisciplinair overleg. Fondsen vanuit de overheid zouden dan via deze instantie moeten lopen, deze kan vervolgens voor verdeling zorgen en na onderzoek bepalen hoe dit verdeeld wordt zodat efficiëntie en effectiviteit van de zorg zo groot mogelijk is.

Welke actor deze centrale instantie zou moeten zijn moet nog bepaald worden. Het opzetten van een nieuwe instantie is niet gewenst, een bestaande actor in dit netwerk moet deze rol op zich nemen. Deze actor weet immers hoe de zorgverlening rond diabetes er op dit moment aan toe gaat, kent de actoren die een rol spelen in het netwerk en weet welke ontwikkelingen er in het verleden zijn geweest.

De GGD lijkt hiervoor het meest geschikt, alhoewel er een aantal redenen zijn die hier tegenin zouden kunnen gaan. Ten eerste is de huidige rol van de GGD in het netwerk relatief klein, vooral met betrekking tot de daadwerkelijk zorgverlening. Daarnaast is het zo dat de GGD in het verleden ook een belangrijk rol had in de stuurgroep rond de diabetesdienst, eerder is al uitgebreid het falen van dit project besproken. Ondanks deze punten is de GGD een onafhankelijk orgaan, deze onafhankelijkheid is een belangrijk kenmerk van de NAO. Ook is de GGD van oorsprong een coördinerend orgaan met contacten richting de zorgverleners, verzekeraars en de overheid. Daarnaast is het zo dat de andere actoren binnen het netwerk voor een dergelijke rol als coördinator ook niet geschikt zijn. Zo zijn de zorgverleners allemaal losse professionals die zich vooral met de zorgverlening zelf zouden moeten bezig houden. Er kan geconcludeerd worden dat de GGD de beste optie zou zijn. Binnen deze organisatie zou een orgaan opgericht moeten worden die als NAO in het diabetes netwerk zal gaan dienen. Hierbij moet dit orgaan de middelen toebedeeld krijgen om dit voor elkaar te krijgen, bijvoorbeeld een bepaalde mate van autoriteit om beslissingen te nemen. Daarnaast zal dit orgaan vanuit de overheid, de verzekeraars, de zorgverleners en de andere actoren in het netwerk als NAO erkend moeten worden. Het is gewenst dat er tussen de overheid en dit orgaan een korte lijn loopt. Op deze manier kan het beleid rond diabetes, dat het Ministerie voor ogen heeft en het overzicht van de uitvoering hiervan, in de gaten gehouden door de NAO, met elkaar vergeleken en afgestemd worden.

Hoofdstuk 9: Conclusies

In dit onderzoek is gebleken dat het huidige netwerk van actoren rond diabeteszorg op Curaçao nauwelijks een netwerk is. Er vindt weinig samenwerking plaats, weinig afstemming onderling, er is slechts beperkte coördinatie en er is weinig vertrouwen in de huidige programma's die diabetes aanpakken. In de toekomst zal de zorgvraag naar diabetes groter worden: de incidentie van diabetes stijgt elk jaar.

Dit mede door het gigantisch aantal mensen met overgewicht, dat ook stijgt. De zorgsector op Curaçao staat dus voor een grote uitdaging om in de toekomst iedere diabetespatiënt effectieve en efficiënte kwaliteitszorg te kunnen bieden. Het huidige netwerk zal deze zorgvraag naar alle waarschijnlijkheid niet aan kunnen; ook uit de interviews bleek dat de actoren hier allemaal geen vertrouwen in hebben. De actoren rond diabetes moeten tot een hecht en collectief netwerk gesmeed worden waarbij men gezamenlijk het diabetesprobleem tegengaat. Om dit te verwezenlijken zijn de belangrijkste knelpunten en problemen in dit onderzoek opgesomd waarna samenwerking, in de vorm van een Multidisciplinair overleg, als oplossing op dit moment de beste keuze lijkt om het probleem diabetes effectiever en efficiënter aan te kunnen pakken. De oplossing van de NAO als coördinerende en faciliterende actor in het netwerk kan achter de hand gehouden worden wanneer blijkt dat het netwerk, eventueel versterkt, niet voor verbetering zorgt. Deze

oplossing pakt het probleem echter op een andere manier aan. De NAO zal in een hiërarchische structuur voor aansturing van de actoren zorgen en het beleid van de overheid uitvoeren.

Deze oplossingen zullen de eerste stappen zijn om van de eilandjescultuur af te komen, alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en dit collectieve netwerk te creëren. Belangrijk hierbij is wel dat de overheid, in de vorm van het Ministerie van Volksgezondheid, de actoren de (financiële middelen) geeft om een MDO op te zetten en hiermee het netwerk te verstevigen. Om samenwerking voor elkaar te krijgen moet tijd, moeite en geld geïnvesteerd worden door de partijen. Zonder het aanreiken van middelen wordt het heel moeilijk om de genoemde oplossingen voor elkaar te krijgen. De zorgverleners hebben op dit moment net genoeg, of soms zelf niet eens genoeg, financiële middelen om de dagelijkse zorg te kunnen bekostigen. De problematiek rond het vergoeden van de diabetessprekuren heeft dit al laten zien. Naast het beschikbaar stellen van middelen zal vanuit het Ministerie ook het nodige gedaan moeten worden om de oplossingen tot een succes te maken. Zo ligt er een taak in het verplicht stellen van de nascholing en periodieke toetsing van de huisartsen. Daarnaast is het belangrijk dat het Ministerie de groep actoren die het MDO vormen als volwaardig gesprekspartner en eerste aanspreekpunt ziet, bijvoorbeeld in het geval wanneer er wijzigingen worden voorgesteld met betrekking tot de uitvoering van of het beleid rondom diabeteszorg.

Literatuurlijst

Hieronder volgt de literatuurlijst van de gebruikte boeken, (wetenschappelijke) artikelen en documenten. Daarna volgen de referenties van de gehouden interviews. Omdat verwijzingen in deze lijst naar eigen inzicht opgesteld zijn en omdat de interviews een belangrijk onderdeel van het onderzoek zijn, is besloten deze in een aparte lijst weer te geven.

Bij elke verwijzingen staat van tevoren vermeld hoe hiernaar verwezen zal worden in de tekst. Bij verwijzingen in de tekst met afkortingen zal de eerste verwijzingen de volledige naam geven en de daarop volgende verwijzingen de afkorting. Dit is tevens in de lijst te zien.

(Alberts, Koopmans, Gerstenbluth & Heuvel, 1995)

(Alberts et al., 1995)

Alberts, J.F., Koopmans, P.O.C., Gerstenbluth, I. & Heuvel, W.J.A. van der (1995). A health profile of Curaçao: results from the Curaçao health study. *West Indian Medical Journal*, 44, 21- 2.

(Antillen.blog.nl, z.d.)

Antillen.blog.nl. (z.d.) Verkregen op 14 februari 2009, van <http://www.antillen.blog.nl/?WEBLOG/1861/>.

(Arcadis, AVVV, LOC, NVVA & Sting, 2005)

Arcades, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Sting. (2005) *Toetsingskader voor verantwoorde zorg. Een operationalisatie van het visiedocument normen voor verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V. Utrecht: Arcades.*

(Atkinson & Willes, 2005)

Atkinson, R. & Willes, P. (2005). *Community Capacity Building – A Practical Guide*. Verkregen op 14 maart, 2009, via University of Tasmania, Housing and Community Research Unit, van <http://www.utas.edu.au/sociology/HACRU/6%20Community%20Capacity%20building.pdf>.

(Baan, Bonneux, Ruwaard & Feskens, 1998)

(Baan et al., 1998)

Baan, C.A., Bonneux, L., Ruwaard, D. & Feskens, E.J.M. (1998). The prevalence of diabetes mellitus in the Netherlands, a quantitative review. *European Journal of Public Health*, 8, 210-216.

(Bessant & Tsekouras, 2005)

Bessant, J. & Tsekouras, G. (2005). Developing learning networks. *AI & Society*, 15, 82-98.

(BovenIJ Ziekenhuis, z.d.)

BovenIJ Ziekenhuis (z.d.). *Informatie voor patiënten: Diabetespoli*. Verkregen op 12 januari 2009, van http://www.bovenij.nl/folders/Diabetespoli_april%2008.pdf.

(Bremmer, 2007)

Bremmer, J. (2007, 21 november). Dikke mensen op de Antillen. *Nederlands Dagblad*. Verkregen op 14 maart 2009, van <http://www.nd.nl/artikelen/2007/november/21/dikke-mensen-op-de-antillen>.

(Bureau Ziektekostenvoorzieningen [BZV], z.d.)

Bureau Ziektekostenvoorzieningen. (z.d.) Verkregen op 20 februari 2009, van www.bzv.an.

(Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Curaçao, 2003)

Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Curaçao (2003). *Census 2001 tabellen*. Curaçao: CBS

(C.H.V. Beroepsvereniging huisartsen op Curaçao, z.d.)

(C.H.V., z.d.)

C.H.V. Beroepsvereniging huisartsen op Curaçao (z.d.). *Keten Diabeteszorg op Curaçao, wellicht een startpunt!* Verkregen op 14 mei 2009, van http://chv-site.org/index.php?option=com_content&view=article&id=52:latest-news&catid=1:latest-news&Itemid=66.

(Curacao.nl, z.d.)

Curacao.nl. (z.d.) *Werken in de zorg op Curaçao*. Verkregen op 14 februari 2009, van <http://www.curacao.nl/forum/viewtopic.php?start=15&t=47>.

(De Telegraaf.nl, z.d.)

De Telegraaf.nl – Vrouw. (z.d.). *'Overgewicht in Caribisch gebied erger dan in de VS'*. Verkregen op 12 januari, van http://www.telegraaf.nl/vrouw/gezond_leven/2038486/___Overgewicht_in_Caribisch_gebied_enger_dan_in_VS__.html.

(Diabetesfonds, z.d. a)

Diabetesfonds (z.d.). *Overgewicht risicofactor voor diabetes bij kinderen*. Verkregen op 16 januari 2009, van http://www.diabetesfonds.nl/index.php?page=news_detail&type=news&content=70.

(Diabetesfonds, z.d. b)

Diabetesfonds (z.d.). *Wat is diabetes?* Verkregen op 15 januari 2009, van <http://www.diabetesfonds.nl/watisdiabetes>.

(Diabetesfonds, z.d. c)

Diabetesfonds (z.d.). *Diabetes type 1*. Verkregen op 15 januari 2009, van <http://www.diabetesfonds.nl/diabetestype1/>.

(Diabetesfonds, z.d. d)

Diabetesfonds (z.d.). *Diabetes type 2*. Verkregen op 15 januari 2009, van <http://www.diabetesfonds.nl/diabetestype2/>.

(Diabetes.nl, z.d.)

Diabetes.nl. (z.d.) *VN resolutie diabetes*. Verkregen op 12 juli 2009, van http://www.diabetes groningen.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=178&Itemid=43.

(Diabetesweb, z.d. a)

Diabetesweb. (z.d.) *Diabetes epidemie loopt uit de hand*. Verkregen op 14 januari 2009, van <http://www.diabetesweb.nl/nieuwsberichten/diabetes-epidemie-loopt-uit-de-hand.html>.

(Diabetesweb, z.d. b)

Diabetesweb. (z.d.) *Diabetes. Feiten en cijfers*. Verkregen op 14 januari 2009, van <http://www.diabetes-leven.nl/diabetes-type-2/diabetes.-feiten-en-cijfers.html>.

(Eilandgebied Curacao, z.d.)

Eilandgebied Curaçao. (z.d.) *PP-kaart*. Verkregen op 20 februari 2009, van <http://www.curacao.gov.an/site.nsf/0/7139FCB0FDE41F57042570430067EAE0?opendocument>.

(Feijter, 2009)

Feijter, C. de (2009). Ketenzorg: diabeteszorg in de eerste lijn. *Huisarts in praktijk*, nr. 6, 26-27.

- (Geurts, 1999)
Geurts, P. (1999). *Van probleem naar onderzoek*. Bussum: Coutinho.
- (Goudriaan & Vaalburg, 1998)
Goudriaan, G. & Vaalburg, A.M. (1998). *De vraag als maat: vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief*. Utrecht: NP/CF.
- (Granovetter, 1973)
Granovetter, M.S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.
(Institute of Medicine [IOM], 2001)
Institute of Medicine [IOM] (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press.
- (InfoNu.nl, z.d.)
InfoNu.nl. (z.d.) *Overgewicht bij kinderen, een maatschappelijk probleem*. Verkregen op 14 februari 2009, van <http://mens-en-samenleving.infoanu.nl/sociaal/10017-overgewicht-bij-kinderen-een-maatschappelijk-probleem.html>.
- (International Diabetes Federation [IDF], (2003)
International Diabetes Federation [IDF](2003). *Diabetes Atlas, second edition*. Brussel: IDF
- (Institute of Medicine [IOM], 2001)
Institute of Medicine [IOM] (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press.
- (Kong, 2007)
Kong, D. (2007). *Another social force: inter-organizational network culture*. Verkregen op 20 februari 2009, via Washington University, John M. Olin School of Business, van <http://www.midwestacademy.org/proceedings/2007/papers/mam07p11.pdf>.
- (MEE West-Brabant, z.d.)
MEE West-Brabant. (z.d.) *Beschrijving chronische ziekten*. Verkregen op 14 januari 2009, van http://www.meewestbrabant.nl/index.php/id_pagina/8598/naam/een_chronEen_ische_ziekte.htm
- (Metropolis, z.d.)
Metropolis (z.d.). *Een rondje overgewicht: achtergronden*. Verkregen op 10 januari 2009, van <http://www.metropolistv.nl/?p=36>.
- (Milward & Provan, 1998)
Milward, H.B. & Provan, K.G. (1998). Measuring network structure. *Public Administration*, 76, 387-407.
- (Nederlandse Hartstichting & Diabetesfonds, 2009)
Nederlandse Hartstichting & Diabetes Fonds (2009). *Diabetes en hart- en vaatziekten, gezond leven helpt!* Papendrecht: Mouthaan Grafisch Bedrijf.
- (Organization for Economic Co-Operation and Development [OECD], 2005)
Organization for Economic Co-Operation and Development (2005). *Health Technology and Decision Making*. Parijs: OECD.
- (O'Toole, 1997)
O'Toole, L.J., Jr. (1997). Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration. *Public Administration Review*, 57(1), 45-57.

- (Powell, Koput, Smith-Doerr & Owen-Smith, 1999)
(Powell et al., 1999)
Powell, W.W., Koput, K.W., Smith-Doerr, L. & Owen-Smith, J. (1999). Network Position and Firm Performance: Organizational Returns to Collaboration in the Biotechnology Industry. In *Networks In and Around Organizations*, special volume in the series *Research in the Sociology of Organizations*. Greenwich, CT: JAI Press.
- (Provan & Kenis, 2008)
Provan, K.G. & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration, Theory & Review*, 18(2), 229-252.
- (Provan & Milward, 2001)
Provan, K.G., & Milward, H.B. (2001). Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414-424
- (Provan & Sebastian, 1998)
Provan, K.G. & Sebastian, J.G. (1998). Networks within networks: service link overlap, organizational cliques, and network effectiveness. *Academy of Management Journal*, 41(4), 453-463.
- (Provan & Sydow, 2008)
Provan, K.G. & Sydow, J. (2008). *Evaluating Interorganizational Relationships*. In Copper, S./Ebers, M./Huxham, C./ Ring, P.S. (Eds.): *The Oxford Handbook of Interorganizational Relations* (pp 691-716). Oxford: Oxford University Press.
- (Provan, Veazie, Staten & Teufel-Shone, 2005)
(Provan et al., 2005)
Provan, K.G., Veazie, M.A., Staten, L.K. & Teufel-Shone, N.L. (2005). The Use of Network Analysis to Strengthen Community Partnerships. *Public Administration Review*, 65(5), 603-613
- (Radio Nederland Wereldomroep [RNW], z.d.)
Radio Nederland Wereldomroep [RNW] (z.d.). *Kwaliteit zorg op Curaçao in gevaar*. Verkregen op 10 januari 2009, van http://antilliaans.caribiana.nl/curacao/car20090303_zorgkwaliteit.
- (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [RVZ], z.d.)
Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [RVZ] (z.d.). *Nieuwsberichten: Gezond Nederland*. Verkregen op 16 januari 2009, van http://www.rvz.net/cgi-bin/nieuws.pl?niew_srcID=164.
- (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2009)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2009). *Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan?* In: Volksgezondheid Toekomst verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM
- (Saxion Hogescholen, z.d.)
Saxion Hogescholen (z.d.). *Aangeboden cursussen: Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk*. Verkregen op 20 september 2009, van <http://saxion.nl/cursus/pto/kort>.
- (Scott & Davis, 2007)
Scott, W.R. & Davis, G.F. (2007). *Organizations and Organizing: Rational, Natural and Open System Perspectives*. New Jersey: Pearson Education.

(Slotervaart Ziekenhuis, z.d.)
Slotervaart Ziekenhuis (z.d.). *De diabetesverpleegkundige*. Verkregen op 20 september 2009, van <http://www.slotervaartziekenhuis.nl/diabetes/Onsdiabetesteam/Dediabetesverpleegkundige/tabid/666/language/nl-NL/Default.aspx>.

(Sluis, 2007)
Sluis, M. (2007, 22 oktober). *Ziekenhuis op Curaçao lekt: eerste deel van een drieluik over de Nederlandse Antillen*. Verkregen op 24 april 2009, van http://www.nrc.nl/nieuwsthema/antillen/article1851010.ece/Ziekenhuis_op_Curaccedil_ao_lekt.

(Smits, Droomers & Westert, 2002)
(Smits et al., 2002)
Smits, J.P.J.M., Droomers, M. & Westert, G.P. (2002). *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. Bilthoven: RIVM.

(Sociale Verzekeringsbank [SVB], z.d.)
Sociale Verzekeringsbank [SVB] (z.d.). *Wetten*. Verkregen op 16 januari 2009, van <http://www.svbna.an/>.
(Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao [SFZC], z.d.)
Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao [SFZC] (z.d.). *Activiteiten*. Verkregen op 16 januari 2009, van <http://www.zorgfederatie.com/>.

(Spong, 2009)
Spong, R. (2009, 22 januari). *Gelijke kansen? Curaçao vandaag*. Verkregen op 14 maart 2009, van http://www.curacaovandaag.com/index.php?option=com_content&task=view&id=680&Itemid=60.

(Stichting Federatie Zorginstellingen Curaçao, 2001)
(SFZC, 2001)
Stichting Federatie Zorginstellingen Curacao [SFZC] (2001). *Kadernotitie 2001-2003*. Curacao: SFZC.

(Stichting voor thuiszorg Wit Gele Kruis, 2005)
(WGK, 2005)
Stichting voor thuiszorg Wit Gele Kruis [WGK] (2005). *Beleidsplan WGK 2005-2010*. Curacao: WGK.

(Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005)
Taakgroep Programma Diabeteszorg (2005). Rapport: *Diabeteszorg Beter*. Den Haag: Ministerie van VWS.

(Tienstra, 2007)
Tienstra, R. (2007). 'Te veel gezond maakt ook dik'. Stage op Curaçao: diëtist op fastfood-eiland. *De Hanze: krant van de Hanzehogeschool Groningen*, 12^e jaargang, 6.

(University of West Indies, 2004)
(UDOP, 2004)
University of West Indies Diabetes Outreach Project [UDOP] (2004). The 10th Annual International Conference, theme: New Trends in Diabetes Management. *West Indian Medical Journal*, 53, 1-47.

(Vermeer, 2007)
Vermeer, K. (2007). Europese zorgstelsels vergeleken: de internationale zorg. *Mednet Magazine*, nr 16, 14-16.

(Visser, 2003)
Visser, J. (2003). Goed voorbeeld doet goed volgen: Diabeteszorg op Curaçao naar Utrechts model. *Medisch Contact*, nr 12, 19 maart.

(Voedingscentrum, z.d.)
Voedingscentrum (z.d.) *Overgewicht en diabetes*. Verkregen op 1 november 2009, van <http://www.voedingscentrum.nl/nl/eten-gezondheid/gewicht/overgewicht/gezondheidsrisico-s/diabetes.aspx>.

(WeVIG, 2003)
Werkgroep ontwikkeling Vestigings- en Investeringsbeleid voor het Eilandgebied Curaçao ten behoeve van de Gezondheidssector [WeVIG] (2003). *Santu Remedi: Een vestigingsbeleid in de Gezondheidszorg voor het eilandgebied Curaçao*. Curaçao: WeVIG.

(WeVIG, 2004)
Werkgroep ontwikkeling Vestigings- en Investeringsbeleid voor het Eilandgebied Curaçao ten behoeve van de Gezondheidssector [WeVIG] (2004). *Wachten op specialistische zorg op Curaçao: betekent PP 'Poko Poko'?* Curaçao: WeVIG.

(Zaans Medisch Centrum, z.d.)
Zaans Medisch Centrum (z.d.). *Multi Disciplinair Overleg [MDO]*. Verkregen op 16 januari 2009, van <http://www.zaansmedischcentrum.nl/site/internet/kwaliteit/aandoeningen/Mammacare/3371.asp>.

(Zee, 2004)
Zee, van der F. (2004). *Kennisverwerving in de Empirische Wetenschappen, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek*. Groningen: BMOOO

Interviews

Hieronder staat de lijst met de gehouden interviews, de geïnterviewden staat op alfabet. Omdat voor een interview niet een vaste vorm van verwijzen bestaat is hierbij gekozen om dit naar eigen inzicht te doen volgens de volgende manier:

Geïnterviewde. (datum interview) organisatie, functie.

Tevens staat er bij dhr. de Valk en dhr. de Bruin nog vermeld dat beide in het verleden actief waren in de gezondheidszorg op Curaçao. Hierdoor zijn de interviews per mail gehouden bij deze twee gevallen, de vermelde datum hierbij geeft aan wanneer het interview beantwoord terug gestuurd werd. De interviews zijn allen in de bijlage te vinden.

(Berend, 2007)
Berend, K. (22 juni, 2007). St. Elizabeth Hospital [SEHOS] – internist.

(Bruin, 2007)
Bruin, J. de (25 juni, 2007). Inmiddels gepensioneerd huisarts te Utrecht. Was tevens directeur van het huisartsenlaboratorium en grondlegger van het Utrechts Diabetes programma [UDP]. In het verleden op Curaçao: *opzetten van diabetesdienst: voornamelijk organisatie van het project.*

(Gerstenbluth, 2007)

Gerstenbluth I. (2007, 25 mei) Gemeentelijke Gezondheidsdienst [GGD] - Hoofd afdelingen 'Epidemiologie en Onderzoek' & 'Besmettelijke Ziekten'.

(Jueng, 2007)

Jueng, H.M. (21 juni, 2007). Huisarts.

(Martina, 2007)

Martina, W. (13 juni, 2007). Analytisch Diagnostisch Centrum [ADC] Curaçao – klinisch chemicus.

(Martina, Gillen & Gerstenbluth-Martis, 2007)

(Martina et al., 2007)

Martina, B., Gillen, M. & Gerstenbluth-Martis, S. (21 juni 2007). Bureau Ziektekosten Voorzieningen [BZV] – (in vorige volgorde) medisch adviseur, verpleegkundig adviseur & verpleegkundig beleidsmedewerker afdeling cure.

(Martina-Wijne, 2007)

Martina- Wijne, D. (20 mei, 2007). Stichting voor Thuiszorg Wit Gele Kruis [WGK] – beleidsmedewerkster.

(Sc hoop, 2007)

Schoop, Y. (9 juni, 2007). Huisarts.

(Sluis, 2007)

Sluis, Z. (2007, 7 juni 2007). Stichting voor Thuiszorg Wit Gele Kruis [WGK] – Advanced Nurse Practitioner.

(Valk, 2007)

Valk, H. de (8 juni, 2007). UMC Utrecht – Hoofd sectie diabetologie, tevens internist & endocrinoloog. In het verleden op Curaçao: *opzetten van diabetesdienst op Curaçao: voornamelijk inhoudelijk advies aan de actoren.*

Bijlagen

Interviews

Hieronder staat een alfabetische lijst van de geïnterviewden. Kernpunten die uit de interviews naar kwamen zullen hieronder te zien zijn volgens deze lijst. Eerst zullen echter de standaard vragen gegeven worden die in elk interview aan bod kwamen, hiernaast werden in ieder interview specifieke vragen gesteld. In het geval van dhr. de Valk en dhr. de Bruin werd bijvoorbeeld meer op de diabetesdienst ingegaan en in het geval van de geïnterviewden bij het BZV stond het programma vanuit deze organisatie rond diabetes centraler.

- Berend – internist SEHOS
- De Bruin - diabetesdienst
- Gerstenbluth - GGD
- Jeung - huisarts
- Martina – ADC
- Martina, Gillen & Gerstenbluth-Martis – BZV
- Martina-Wijne – Wit Gele Kruis
- Schoop – huisarts
- Sluis – Wit Gele Kruis
- Valk – diabetesdienst

Standaard vragen

- Wat is uw functie binnen de gezondheidszorg op Curaçao?
- Hoeveel jaar bent u al werkzaam in de gezondheidszorg op Curaçao?
- Op welke manier houdt u zich specifiek bezig met DM in uw dagelijkse werkzaamheden?

- Welke actor/actoren staat/staan centraal in het netwerk rond Diabetes Zorg op Curaçao?
- Volgens mevr Martina, beleidsmedewerkster van het Wit Gele Kruis, vormen de internisten een machtige, al dan niet de machtigste, actor in het netwerk rond Diabetes op Curaçao. Als het gaat om besluitvorming drukt men hier het zwaarste stempel op. Deelt u deze mening? En waarom?
- Welke actor zorgt voor de grootste aansturing bij het complete proces van zorgverlening rond Diabetes op Curaçao?
- Van welke actor/actoren bent u als (*actor*) binnen uw organisatie het meest afhankelijk?
- Op welke manier wordt de kwaliteit van DM zorg in de gaten gehouden?

- Hoe kijkt u aan tegen de afbakening van taken tussen de huisarts, diabetesverpleegkundige en internist? In Nederland neemt de huisarts meer en meer taken over van de internist, waarbij men bijvoorbeeld zelf de insulinetherapie op zich neemt in plaats van gelijk door te verwijzen naar de internist. Hierbij neemt de praktijkverpleegkundige op zijn/haar beurt weer taken over van de huisarts.
- In hoeverre heeft u als (*actor*) binnen uw organisatie een stem in de beeldvorming rond Diabetes en het beleid wat uw organisatie rond Diabetes hanteert?
- Worden er, bijvoorbeeld op een belangrijk gebied als preventie, initiatieven genomen in het ontwikkelen van nieuwe projecten rond Diabetes zorg?
- Zo nee, wat vindt u daarvan?
- Welke actor zou hierbij het voortouw moeten nemen (initiator)?
- Wat vindt u van de (kwaliteit van de) projecten rond Diabetes die op dit moment lopen? Onvoldoende Zoals het preventie programma vanuit het BZV dat door het Wit Gele Kruis wordt begeleid in samenwerking met diverse andere actoren, zoals een bewegingstherapeut en diabetesverpleegkundige.
- Op welke manier denkt u dat de zorgsector op Curaçao de groeiende vraag naar diabetes zorg als gevolg van vergrijzing en het verminderen van de mantelzorg onder controle zou kunnen houden?
- Denkt u dat het netwerk van actoren dat zich bezig houdt met het leveren van DM zorg voldoende sterke relaties (tussen de belangrijkste actoren) bevat voor de toekomst om als geheel kwalitatief goede en efficiënte Diabetes zorg te kunnen leveren?
- Wat zijn de belangrijkste relaties die u als (*actor*) (bij het leveren van zorg) onderhoudt met de andere actoren in het netwerk rond Diabetes zorg op Curaçao?
- Zijn deze relaties formeel of informeel van aard?
- Vindt overleg tussen de actoren incidenteel plaats of is er sprake van vast overleg?
- Acht u dit wel nodig/van toegevoegde waarde voor het leveren van DM zorg?
- Hoe vindt communicatie over het algemeen plaats?
- Bestaat er vanuit de internisten voldoende vertrouwen in de andere (belangrijke) zorgverleners/actoren in Diabeteszorg op het eiland Curaçao?

Berend – internist SEHOS

De belangrijkste conclusies

- De arts in het algemeen staat centraal in het netwerk rond diabetes zorg, waarbij de internist de machtigste actor is.
- De huisarts zou samen met de internist moeten zorgen voor het proces van aansturing in het netwerk.
- Kwaliteit van zorg en kennis van diverse huisartsen schieten tekort als huisarts, laat staan als diabetesverpleegkundige. Onvoldoende geschoold. Uitbreiding van taken van huisartsen, bijvoorbeeld insulinertherapie, is dus geen goed idee.
- Nog te weinig projecten, bijvoorbeeld op het gebied van preventie, ontwikkeld op het gebied van preventie. Kwaliteit van huidige projecten laat te wensen over, soms wordt er wel goed initiatief genomen. De overheid zou hierbij het initiatief moeten nemen.
- Inspringen groeiende vraag naar DM zorg in de toekomst:
 - verzekeraars dienen meer geld en mankracht reserveren voor preventie
 - ontwikkelen van diabetespoli voor meer gecentraliseerde DM zorg waarin alle betrokken actoren betrokken zijn (zoals huisarts, diëtist, podotherapeut enz.)
- Huidige netwerk rond DM zorg nog niets sterk genoeg, de relaties tussen de belangrijke actoren nog niet sterk genoeg. Niet genoeg vertrouwen in werking netwerk voor de toekomst.
- Belangrijkste relaties gebaseerd op persoonlijk initiatief en informeel van aard.
- Multidisciplinair overleg gewenst.

de Bruin – diabetesdienst

De belangrijkste conclusies

- De belangrijkste actoren zijn het ADC samen met de huisartsen. Daarnaast was er samenwerking met het Wit Gele Kruis en de internisten
- DM type II hoort primair bij de huisartsen.
- Het is belangrijk dat de huisarts tezamen met de wijkverpleegkundige een hecht en stabiel tandem gaan vormen.

- Ten tijden van het opzetten van de diabetesdienst dus toen de belangrijkste actor als het ging om aansturing.
- Om kwaliteit van zorg in de gaten te houden zullen de Curaçaose huisartsen moeten maken van de NHG standaarden.
- Veel is al bekend of moet reeds bekend zijn. Het zal dus niet moeten gaan om nieuw onderzoek maar energie moet gestoken worden in het opzetten van multidisciplinaire protocollen.
- De huisarts staat centraal bij het behandelen van DM type II. De huisarts moet echter wel kwaliteitszorg leveren. Daarom moet nascholing verplicht worden en moeten er periodieke toetsingen komen.
- De patiënten moeten zoveel mogelijk in de eerste lijn gehouden worden, daar horen ze thuis. Deze eerste lijn moet met geld en mankracht (deskundigen) versterkt worden. Hierbij moet aan huisartsen eisen gesteld worden met betrekking tot verplichte nascholing en periodieke toetsingen. Dus weg met de vrijblijvendheid.
- Alleen huisartsen die voldoen aan deze eisen komen vervolgens in aanmerking voor financiële ondersteuning. Zorgverzekeraars moeten hun patiënten aanmoedigen/verplichten alleen te gaan naar erkende huisartsen voor behandelingen van DM type II. Ziekenhuizen zijn duur en beslist niet beter dan huisartsen die aan de eisen voldoen.
- Toen dhr. de Bruin werkzaam was op Curaçao was het netwerk duidelijk niet klaar voor de toekomstige zorgvraag.
- De diabetesdienst is op Curaçao geen (groot) succes geweest. Er wordt teveel in hokjes gedacht en er zijn te weinig middelen. Het ADC op Curaçao is gebaseerd op het UDC.

Gerstenbluth – GGD

De belangrijkste conclusies

- Spilfunctie in het netwerk (centraliteit) wordt vervuld door de huisarts. De wijkverpleging speelt een grotere rol als het gaat om Diabetes patiënten die afhankelijk zijn/Diabetes in verergerde toestand.
- Shift plaats gevonden als het gaat om macht in het netwerk. In het verleden waren de internisten de machtigste actor, langzamerhand zijn de huisartsen de machtigere actor geworden. Samen met de wijkverpleging kan de huisarts deze machtspositie (bijv. ten opzichte van de internist) versterken.
- Belangrijk om huisartsen op 1 lijn te krijgen. Net als de internisten, hoewel dit nog moeilijker is. Men denkt het zelf als beste te weten (de 'koning' te zijn).
- Er worden geen algemene onderzoeken gedaan om de kwaliteit van de gehele zorg te meten. De ketenzorg als geheel zou onderzocht moeten worden. Individuele onderzoeken, vanuit bijv. het BZV of de GGD, kunnen als indicatoren wat over de kwaliteit zeggen.

- Op het gebied van preventie kan er nog heel wat verbeterd worden. Het moet dan bij de bron aangepakt worden, namelijk bij obesitas. Primaire preventie zou hierop gericht moeten worden. Wel dient dan rekening gehouden te worden met de cultuur (eetgewoonten, beleid op scholen) en de economie (infrastructuur, groente/fruit duur). De belangrijkste maatregelen liggen buiten de gezondheidszorg om.
- Het gaat dus om 2 soorten primaire preventie. Ten eerste primaire preventie gericht op het voorkomen van obesitas en ten tweede primaire preventie om DM te voorkomen.
- Ook de secundaire preventie kan voldoende verbeterd worden. Ieder actor weet dat DM een groot gezondheidsprobleem is maar men vraagt zich af hoe het vervolgens aan te pakken. Het gaat hierbij om afstemming tussen de actoren, dus goede afspraken tussen actoren in het veld. En het gebruik maken van duidelijke protocollen.
- Op het gebied van initiatief zou iedere actor zijn bijdrage kunnen leveren. Zo zouden de huisartsen tot goede protocollen kunnen komen. En zou de wijkverpleging tot meer samenwerking in de lijn kunnen komen.
- De insteek van de huidige projecten rond DM, bijvoorbeeld het programma vanuit het BZV, is niet goed. Het zou moeten gaan om de kinderen en scholen bij de preventie bij obesitas. Wordt nu te laat ingegrepen. Vanuit moreel oogpunt wel goed, ook om contact tussen ouderen onderling te bevorderen. Probleem met de projecten is dat de duurzaamheid vaak ontbreekt. Op een bepaald moment zijn er geen personen meer die zich inzetten voor het project of is het geld op.
- Diabetespoli geen goed idee. In ieder geval niet hoe die in het verleden is georganiseerd. Het gaat erom hoe sterk het platform/draagvlak is. Een probleem is wie leidt het (project) en wie trekt het? Dit is afhankelijk wie wordt geassocieerd met leiding, welke actor is sterk genoeg om de groep te binden? Dit was allemaal niet het geval bij de vorige 'versie' van de diabetespoli, waardoor de cliënt de dupe werd en tussen wal en schip viel.
- Er moet een sterker platform komen voor (afspraken rond) de ketenzorg. Oprichten van een goed platform, het gros van de beroepsgroep hierbij meekrijgen en duidelijkheid te krijgen over de afspraken. Het is nu nog te gefragmenteerd, niet centraal en iedereen betrokken.
- Oorzaak van het verschil in wachttijden tussen PP verzekerden en particulier verzekerden heeft alles te maken met hoe de zorg georganiseerd is. Specialist krijgen per lumpsum betaald, een vast bedrag per cliënt. Zolang dit betalingssysteem erin zit heb je verschillen in wachttijden en zal dit ook niet veranderen. De specialist kiest voor het geld van het inkomen, dus voor de particulier verzekerde.

Jeung – huisarts

De belangrijkste conclusies

- Spilfunctie wordt vervuld door de huisartsen, zij diagnosticeren, behandelen en verwijzen. In het huidige netwerk vormen de huisartsen ook de belangrijkste actor.
- Kwaliteit van DM zorg wordt op dit moment door geen enkele organisatie in de gaten gehouden. Het niet hebben van een huisartsenopleiding hoeft de kwaliteit van zorgverlening niet te beïnvloeden. Het niet volgen van bij- en nascholing des te meer.

- Er is een overschat van 37 huisartsen (rapport Santu Remedi, herzien 2006) en dit komt de zorg niet ten goede. Er heerst financiële onrust en men is meer bezig met het genereren van inkomen dan waarborging van kwaliteit van zorg.
- Door middel van voorlichting en educatie tracht men de zelfzorg en het bewustzijn van patiënten met betrekking tot de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid te vergroten.
- Er moet een duidelijke taakverdeling zijn tussen verpleegkundige, internist en huisarts met de daarbij samenhangende bekwaamheden. De zorgverzekeraar bepaalt op dit moment door haar pakket wat voor taken door welke actor wel of niet mogen worden vervuld.
- SOKUDI zou het voortouw moeten nemen in het ontwikkelen van nieuwe, preventie, projecten rond DM.
- Het zou in preventieve programma's in eerste instantie moeten gaan om de primaire preventie van obesitas. In het geval van secundaire preventie zou het eerst moeten gaan om duidelijke afspraken tussen actoren.
- Het huidige preventie programma vanuit het BZV, in samenwerking met het Wit Gele Kruis, is weinig zinvol. Het programma is niet kosten effectief. De opleiding vanuit het WGK tot diabetesverpleegkundige, in samenwerking met het IFE en de Hogeschool Utrecht, is daarentegen van uiterst belang.
- Het huidige netwerk rond Diabetes bevat onvoldoende sterke relaties om in de toekomst als geheel kwalitatief goede en efficiënte Diabetes zorg te kunnen leveren.
- Multidisciplinair overleg is nodig, in de vorm van vaste vergaderingen onder normale werkuren. Elke discipline maakt hier de tijd voor vrij.
- Eens met dhr. Gerstenbluth: het is van belang het gros van de beroepsgroepen mee te krijgen en te komen tot duidelijke afspraken. Op dit moment is het nog te veel gefragmenteerd. Elke discipline is op dit moment met haar eigen deelgebiedje bezig.

Martina – ADC

De belangrijkste conclusies

- Huisarts is de spil in het netwerk, hij is immers de primaire behandelaar in de eerste lijn. Dit was ook de filosofie van de het ADC, Diabetes Dienst. Daarbij zijn de huisartsen ook de machtigste actor geworden, waar de internisten 20 jaar geleden nog de meeste macht hadden. De huisartsen zorgen ook voor de grootste aansturing bij het proces van zorgverlening rond DM, gevolgd door de specialisten (internisten). Het ADC is ook het meest afhankelijk van de huisartsen als actor.
- Het ADC had een centrale faciliterende rol en was trekker van het project diabetesdienst. Het gebouw te st. Rosa werd te beschikking gesteld voor de vergaderingen van de stuurgroep, voortgezeten door dr. Maduro van de GGD, en de gebruikersgroep bestaande uit zo'n 10 huisartsen.

Daarbij waren van tijd tot tijd twee internisten aanwezig bij de maandelijkse vergaderingen. Daarnaast had het ADC ook een medewerker die zich fulltime bezig hield met het project.

- Het ADC houdt alleen door middel van het door hun geproduceerde analyse resultaten de kwaliteit in de gaten. Dit in tegenstelling tot vroeger waar sprake was van een periodieke afstemming middels vergaderingen met de stuurgroep en de gebruikersgroep, onder andere middels spiegelinformatie.
- Initiatieven rond preventie van DM zijn niet structureel en te fragmentarisch te noemen. Het ADC zou de rol als facilitaire initiator op zich kunnen nemen, zoals ik het verleden, maar dat betekent dat anderen in de gezondheidszorg zich niet bedreigd moeten voelen. Het is zaak voor de ziektekostenverzekeraars om duidelijk te zijn in hun beleid voor wat betreft vergoeding aan zorgverleners en paramedici. Preventie zou zich vervolgens op zowel DM als overgewicht moeten richten, deze gezondheidsproblemen zijn immers onlosmakelijk met elkaar verbonden.
- In samenspraak met de stuurgroep zijn toentertijd diverse protocollen opgesteld. Dit om te zorgen dat men vervolgens gestandaardiseerd te werk kan gaan bij de behandeling van een DM patiënt.
- Een diabetespoli is duidelijk geen oplossing, DM-zorg moet zoveel mogelijk weg worden gehouden van de duurdere, tweede lijn. Het wordt te belastend voor de tweede lijn.
- Het huidige netwerk heeft duidelijk niet genoeg sterke relaties voor de toekomst, er moet een betere structuur komen met een goede afstemming en/of afbakening van werkzaamheden.
- Multidisciplinair overleg is zeker van toegevoegde waarde voor het leveren van DM zorg. In het verleden is dit min of meer het geval geweest in de vorm van vergaderingen met de stuurgroep vanuit het ADC en de gebruikersgroep. Het ideale multidisciplinaire overleg zou een bespreking zijn tussen de vertegenwoordigers van de verschillende actoren in de gezondheidszorg met DM als aandachtsgebied, ongeveer een keer per maand. Hierbij is voor de ziektekostenverzekeraars een belangrijke rol weggelegd. Een sterk platform is hierbij in ieder geval gewenst.
- Er is voldoende vertrouwen van de actoren in elkaar, maar de visie moet breed zijn vanuit bijvoorbeeld de GGD, de ziektekostenverzekeraars en andere actoren. Het implementeren van het een en ander moet niet vrijblijvend zijn. Er moet hierbij een tussentijdse toetsing zijn van de ziektekostenverzekeraar om na te gaan of men dat beleid of visie naleeft. Indien dit niet zo is dan zouden er ook sancties moeten volgen.
- Onderzoek naar DM vanuit het ADC wordt tegenwoordig alleen nog verricht via een aanvraagformulier aangekruist door de huisartsen/specialisten.
- Eens met dr. de Bruin: de diabetesdienst was geen succes, er werd teveel in hokjes gedacht en er zijn te weinig middelen. Dit juist omdat de ziektekostenverzekeraar niet alles vergoed, dat betekent dat men toch gaat letten op de bescherming van eigen inkomsten. (Het opzetten van) de diabetesdienst begon op Curaçao goed maar vooral door een gebrek aan financiën is het mislukt.

Martina, Gillen & Gerstenbluth-Martis – BZV

De belangrijkste conclusies

- Momenteel is het zo dat de huisarts taken overneemt met betrekking tot DM van de internist, zoals dus in Nederland in sterkere mate het geval is. Het is echter nog niet zo dat opgeleide

praktijkverpleegkundigen/diabetesverpleegkundigen taken van de huisarts overnemen met betrekking tot DM.

- De actor die uiteindelijk beslissingen neemt is de GGD, dit is dus de actor die een stempel op de besluitvorming drukt en uiteindelijk het machtigst is. De specialisten kunnen enkel aanbevelingen geven.
- Uit de gegevens het preventieprogramma vanuit het BZV zullen beleidsaanbevelingen opgesteld worden met de bedoeling dat de zorg rond DM verbeterd wordt voor haar cliënt. De GGD zou als actor het voortouw moeten nemen bij initiatieven rond DM.
- Om de groeiende vraag naar Diabeteszorg op Curaçao onder controle te houden moeten gemeenschappelijke risicofactoren zoals obesitas en hypertensie door middel van een geïntegreerd beleid in de zorg op sociaal gebied aangepakt moeten worden. Het huidige zorgverzekeringsstelsel is sterk genoeg om dit aan te kunnen.
- Het programma vanuit het BZV is een secundair/tertiair preventie programma. Hiermee is begonnen omdat na onderzoek het aantal obesitas-, hypertensie-, DM-cliënten en cliënten met gewrichtsklachten zeer groot is. Financiering vindt plaats vanuit het Eilandgebied Curaçao. Het programma loopt naar eigen zeggen goed. Primaire preventie dient echter grootschalig door de GGD opgezet en uitgevoerd te worden. Dit ontbreekt nog.
- Vanuit medisch/ethisch oogpunt kan het BZV patiënten niet verplichten aan het programma mee te doen. Deelname geschiedt op vrijwillige basis door tussenkomst van huisartsen.
- Er bestaat vanuit het BZV voldoende vertrouwen in de andere zorgverleners in de DM zorg op Curaçao, dit heeft het preventieprogramma reeds bewezen.

Martina-Wijne – Wit Gele Kruis

De belangrijkste conclusies

- Diagnose van diabetes gebeurt bij ziekenhuis of huisarts. Vervolgens wordt bekeken of er een gecompliceerde behandeling nodig is. Zo ja, dan vindt er een verwijzing naar de internist plaats. Is dit niet het geval, dan vindt behandeling door de thuiszorg plaats. Tevens is het dan goed mogelijk dat de cliënt in het BZV programma terecht komt. Vervolgens wordt in de gaten gehouden of er een continuering van de behandeling nodig is. Als dit zo is, dan zal controle van de behandelaar plaats vinden waarna weer gekeken zal worden welke behandeling nodig is voor de desbetreffende cliënt.

- Stuurgroep rond DM ging uit van laboratorium. Met medewerkers van belangrijke actoren: GGD, WGK, Huisartsen en de Diëtistenvereniging. Hier is niets mee gebeurd, vanuit de GGD hier niets serieus mee gedaan.
- Over een AZV of het nieuwe ziekenhuis praat men beiden al jaren maar hier wordt helemaal niets mee gedaan. Veel over gepraat, geen actie.
- Project diabetes: idee dat dit beter geconcentreerd moest worden. Vanuit Harald Valk en Joop de Bruin = specialist verbonden aan de Hogeschool Utrecht. Vanuit hier het plan om hbov studenten te sturen naar Curaçao die dingen konden bijsturen. Mr de Bruin heeft hierbij veel ondersteund stuurgroep. Hij heeft ook verstand van de DBC in Nederland. Het diabetespaspoort is het enige dat uit de stuurgroep gekomen is. Dit is echter nog nooit geëvalueerd. Eén van de beleidsaanbevelingen van Pim zal dan ook zijn het evalueren van het boekje in september.
- Verder geen initiatief, men kent elkaar en zegt tegen elkaar; we gaan daar wat aan doen. Eigenlijk taak GGD.
- De internisten zijn de actor die de zwaarste stempel hierop drukken. Op Curaçao wordt niet, zoals in Nederland, duidelijk en overzichtelijk als in banen gedaan. Loopt allemaal door elkaar heen. Het SVB heeft striktere regels. Het WGK heeft vanuit de SVB nu pas vergoeding voor de diabetesverpleegkundigen. Zenata weet hoe het zit met de financiering voor de spreekuren.
- Hoewel er redelijk formeel communiceert wordt is het informele van groot belang. Omdat je op een (klein) eiland zit heb je te maken met de complexiteit van een kleine gemeenschap. Het is hierdoor moeilijk klachten in te dienen, morgen kun je dezelfde persoon namelijk weer nodig hebben voor wat anders. Jan de Wit kan hier wat meer over vertellen. Hij is hoofd zorg van het BZV (de financier).
- Dit gebeurt niet gestructureerd. Zenata wil multidisciplinair overleg maar dit is heel moeilijk voor elkaar te krijgen. De huisartsen op Curaçao verdienen niet veel, er zijn er ook te veel van. Een groot deel daarvan (mevr Martina schat dit op zo'n 80%) is basisarts maar mag op Curaçao de functie van huisarts gewoon uitoefenen.
- De BZV regelt financiering voor PP verzekerden en ambtenaren (lands/eilandsdienaren). Het SVB regelt financiering voor iedereen die werkt tot een bepaalde (salaris-)schaal. En voor gepensioneerde ambtenaren. SVB voert ook controle uit, in de vorm van een bedrijfsarts, op diegene die werken. Tevens regelt met alles rond het pensioen. Het doel van de stuurgroep was om tot één groot protocol te komen, één groot DBC eigenlijk. Wat te doen: goed bestuderen naar DBC in Nederland en waar het WGK hierin zou staan. Hier wat mee gaan doen (bijvoorbeeld verwerken in aanbevelingen)
- WGK bezig met opleiding diabetesverpleegkundige. Opleiding is aangevraagd. Deze moet gefinancierd worden een fonds. Dit fonds wordt weer gefinancierd door ontwikkelingsgeld vanuit Nederland. Mensen uit Utrecht komen deze cursus geven. Deze opleiding is een samenwerking tussen de Hogeschool Utrecht en het IFE, de lokale school verpleegkunde. Het is voor iedereen toegankelijk, dus werknemers vanuit elke betrokken actor.

Dit is een specialistische opleiding om het beroep van verpleegkundige rond de diabeteszorg wat omhoog te trekken. Om tot verdieping te komen in de zorg in samenwerking met huisarts in specialist. Dus kennis bijhouden + vergroten. Verpleegkundigen zijn meestal al werkzaam bij het WGK, maar kunnen ook bij een andere actor (gaan) werken. Beetje trend van omhoogtrekken beroep en vergroten takenpakket verpleegkundige in Nederland achterna.

- De thuiszorg speelt een grote rol in PHC. De overheid hebben het in hun plannen veel over het belang van preventie, maar men trekt hier geen geld voor uit om eventuele projecten te financieren. Het WGK kan hier dan ook niet op aangesproken worden, er moet immers eerst maar eens wat gefinancierd worden. In Nederland worden de kosten van de zorg in uren berekend, in Curaçao per product. Bijvoorbeeld het product wassen. In het verleden werd in Nederland de zorg ook berekend aan de hand van producten maar dit is vervolgens overgenomen door de berekening per uren. In Curaçao is dit vervolgens blijven hangen.

Schoop – huisarts

De belangrijkste conclusies

- Huisarts (Schoop) houdt zich in mini teamzorg bezig met zorg rondom DM. Bestaande uit praktijkgebonden Diabetische spreekuur door wijkverpleging(1 dagdeel/week), Diëtiste(1 dagdeel/wk), Bandagiste(1 dagdeel/week), Podotherapeut(1 dagdeel/mnd) naast huisartsenzorg.
- Machtigste actor is huisarts: zo'n 85-90% van de DM zorg is in handen van de huisarts. De huisarts zorgt tevens voor de grootste aansturing in het netwerk.
- Huisarts is bij het leveren van DM zorg het meest afhankelijk van laboratoria en verzekeraars.
- Onderzoek naar kwaliteit sporadisch, voornamelijk in de vorm van analyse van eigen zorgverlening.
- Historisch gegeven dat de meeste huisartsen 'slechts' basisarts zijn. Veel belangrijker is nascholing en specialisatie rond in dit geval DM. Daarnaast moet er een vestigingsbeleid ontwikkeld worden.
- Bezig met ontwikkelen multidisciplinair teamgebonden preventie diabetesplan voor regio Montagne, die binnen het GGD preventieplan een pilot gaat vormen.
- Bewustzijn patiënten voor eigen gezondheid vergroten: spreekkamer gebonden voorlichting, doorverwijzen naar Sokudi en begeleiding bij Diabetes spreekuur.
- Situatie rond afbakening taken tussen internist en huisarts (en verpleegkundige) loopt achter bij die in Nederland. Men wil, door nascholing, hier verandering in aanbrengen.
- Soort verzekering invloed op levering zorg: bv. SVB vergoedt slechts 4 diabetessprekuren.
- Huisarts geen invloed in beleidsvorming van Ministerie, weinig beleid en overleg.

- De programma's rond met name preventie missen integratie en samenwerking. Mede als verwetenschappelijking ervan. Plan Schoop zal gebruik maken van wetenschappelijke evidence om succesparameters te meten.
- Initiatief voor programma's zou vanuit de verzekeraars en de huisarts moeten komen.
- Groeiende vraag naar diabeteszorg beheersen door een gestructureerd, landelijk geïmplementeerd preventieplan gebaseerd op wetenschappelijke 'evidence'. De pilot (plan Schoop) moet er een basis voor vormen.
- Moet gewerkt worden aan het netwerk en de relaties binnen dit netwerk, de tijd is hier rijp voor.
- Formeel overleg met 'in huis' medewerkers en informeel met overige. Overleg tussen de actoren gebeurt incidenteel en op indicatie.
- Communicatie meestal per schrijven, soms per telefoon en soms face-to-face. Nooit per mail.
- Voldoende vertrouwen in de andere actoren (bijv. mbt de zorgverlening). Patiënt blijft wat betreft dhr. Schoop te lang hangen bij de specialist.

Sluis – Wit Gele Kruis

De belangrijkste conclusies

- De stichting moet vaak achter het SVB aan zitten om betaling van geleverde diensten voor elkaar te krijgen. De SVB moet dan overtuigd worden dat de patiënt echt nog niet op eigen benen kan staan. De SVB geeft zelf aan dat preventie niet in haar takenpakket zit. De enige oplossing zou een Algemene Ziektekostenvoorziening zijn.
- Multidisciplinair overleg beginnen met cliënten bestand van Zenata die ook aangesloten zijn bij diëtiste van de GGD en onder huisarts Jeung vallen. Klein beginnen en vervolgens doorzetten. Huisarts en diëtiste zijn druk, dus hier moet rekening mee worden gehouden. De huisarts heeft op dit moment al te maken met besprekingen met de wijkverpleging.
- Het ontwikkelen van dit overleg gaat verder in augustus/september. Het gaat dan om het cliëntenbestand eens per kwartaal door te spreken en te analyseren. Het gaat dan voornamelijk om de bijzondere gevallen.
- Het diabetespaspoort kende een goed begin met intensief gebruik door de actoren. Nu wordt er beduidend minder gebruik van gemaakt, vooral door specialisten wordt er minder ingeschreven. Het kan zijn dat de verpleegkundige niet weet dat een cliënt bij de oogarts is geweest omdat deze niet in het paspoort heeft geschreven.

- Het belangrijkste bij een goed gebruik hiervan is dat de patiënt gestimuleerd wordt. Vooral ouderen, grootste groep met DM, hebben een paternalistische houding. Voor hen is de zorg nog een simpel basis route: naar de huisarts, gediagnosticeerd worden.
- Voor de patiënten moet dit paspoort persoonlijk worden. Net als de medicijn formulieren dit voor hen is, die ze vanuit de cardioloog krijgen. Medicijnen nemen een belangrijke plaats in op Curaçao. Ouderen zouden de gezondheid veel meer als eigen verantwoordelijk moeten zien.
- Een mogelijke oplossing (deeloplossing) is bijvoorbeeld om aan het paspoort blaadjes toe te voegen waar patiënten zelf hun ervaring op kunnen schrijven.
- Ook Curaçao heeft te maken met individualisering. De mantelzorg is niet meer zoals het vroeger was, het laat te wensen over. Om de zorg/toenemende zorgvraag aan te kunnen moeten mensen meer op hun verantwoordelijkheid gewezen worden. Ook economisch is de situatie een stuk minder dan vroeger. Men kan het zich niet langer permitteren om ziek te zijn. De stichting heeft echter wel een morele plicht om patiënten te verzorgen, dus de kosten van patiënten die de zorg niet zelf kunnen betalen komen voor rekening van het WGK.
- Het programma zou omgegooid moeten worden, niet langer moet het complete programma doorgelopen worden. Er moet worden uitgegaan worden van het probleem van de patiënt, hier moet vervolgens op gefocust worden. Bijvoorbeeld op voeding/hoge bloedsuikerspiegel richten.
- Er wordt veel gedaan rond diabetes op Curaçao door de diverse zorgverleners. Iedereen doet wel iets. Het probleem is echter dat iedereen zelf maar wat doet, men kijkt niet naar elkaar en bedenkt zelf iets wat men denkt dat goed is.
- Er zou 1 overkoepelend orgaan aangesteld moeten worden om dit te coördineren, dit zou de GGD moeten zijn. Als bijvoorbeeld huisarts A een programma wil opstarten dan kan de GGD bekijken of dit van toegevoegde waarde is en wie er mogelijk al op hetzelfde terrein een vergelijkbaar programma heeft lopen. Nu kan iedere zorgverlener iets opstarten, men moet alleen aan enkele wettelijke verplichtingen voldoen. Hetzelfde geldt voor obesitas, iedere voedingsconsulent raadt een ander programma. Er is geen lijn in te ontdekken.
- De GGD kan hierdoor de patiënt beschermen omdat de patiënt een leek is en dan op de GGD kan vertrouwen.

de Valk – diabetesdienst

De belangrijkste conclusies

- De centrale actoren in het netwerk zijn de huisarts, de internist van het SEHOS en de personen van de thuiszorg (Wit Gele Kruis)
- Vanuit het Nederlandse perspectief: in ketenzorg zou er geen dominantie-denken moeten zijn. Dus er zou geen machtigste actor moeten zijn.

- Is een algemeen onderzoek naar de ketenzorg wel nodig, weten we de uitkomst al niet? Het gaat om:

- een beter niveau van functioneren van de individuele zorgverleners.
- Nascholing met accreditatie.
- Registratie van patiëntgegevens
- Schriftelijke interne communicatie (binnen een zorgverleninginstelling)
- Schriftelijke externe communicatie (tussen de zorgverleners)

- Taakafbakening tussen huisarts, internist en diabetesverpleegkundige (praktijkondersteuner, POH, huisarts in Nederland) is een goede zaak mits er sprake is van resultaat-analyse. In de praktijk richten de internisten zich op type 1 diabetes en op de gecompliceerde type 2 diabetes en de huisarts op de rest. De POH brengt voor- en nadelen met zich mee. Aan de ene kant is een goede POH-er beter dan een niet-geïnteresseerde huisarts. Aan de andere kant worden afspraken over de opleiding en nascholing van POH-ers niet nagekomen. In het algemeen zijn POH-ers opgeleid voor het monitoren van getallen en juist bij DM is de co-morbiditeit een groot probleem, zowel voor behandeling, kwaliteit van leven als voor de prognose op zich. POH-ers zijn in dan dus van belang.

- Eens met de uitspraak van dr. Berend over het tekort schieten van de kwaliteit van zorg en kennis van de meeste huisartsen. Juist in dat geval zou het diabetesprogramma een grote (hebben) kunnen spelen. Nascholing is belangrijk maar dient niet opgezet te zijn als een gezellig avondje eten/café. In Utrecht is nascholing breed opgezet: met avonden (ism drie ziekenhuizen en de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Utrecht), een website waarbij regelmatig over diverse casussen gesproken wordt en recente trials becommentarieerd worden.

- Preventie is alleen effectief binnen een inhoudelijk correct en methodologisch zinvol kader met opzet, analyse en rapportage door een onafhankelijk lichaam waarbij een duidelijk advies komt hoe de diabeteszorg op te zetten. Hierbij zou ook een prijskaartje bepaald moeten worden, die naar alle waarschijnlijkheid hoger uit zal vallen dan iedereen denkt, en een verplichting iets met de resultaten te doen. Dit omdat anders geen enkel onafhankelijk lichaam dit zal gaan doen. Dhr. de Valk vraagt zich af of iedereen weet wat met het voorgaande bedoelt wordt. De GGD zou dit onafhankelijk orgaan kunnen zijn, in samenwerking met een erkend onafhankelijk lichaam.

- Het is een absolute verspilling onderzoek te doen dat methodologisch niet klopt, fondsen verspilt en/of niet adequaat geanalyseerd wordt. Is dit het geval dan zal onderzoek direct geblokkeerd moeten worden, initiatieven vanuit het BZV zijn om die reden in het verleden al geblokkeerd.

- In theorie zou de diabetespoli een oplossing kunnen zijn om de zorgvraag uiteindelijk aan te kunnen. Maar de grote vraag is en blijft: wie gaat dit betalen en organiseren. Volgens dhr. de Valk is er geen behoefte aan een nieuw instituut.

- Het huidige UDP wordt langzaam vervangen door een vergelijkbare service via het UMC-webportal in samenwerking met een grote groep georganiseerde huisartsen in Utrecht en

omstreken. De resultaten uit het UDP zijn in essentie teruggekoppeld naar de huisartsen en als basis opgenomen voor de nascholing.

- Opzet van diabetesdienst op Curaçao: in essentie werden patiënten op papier ingeleverd bij het ADC, samen met de labgetallen werden deze geretourneerd aan de huisarts. Ondersteuning door de internist, zoals in het UDP gedaan is, is niet van de grond gekomen. Alsmede het vaste traject langs andere actoren (diëtist enz.).

Network Data Collection Instrument

Groe	Organisatie:	Gedeelde informatie	Gedeelde voorraden	Verzonden verwijzingen	Ontvangen verwijzingen	Kwaliteit relatie (1 t/m 4)
1	Internisten – SEHOS	✓		✓	✓*	2-3
	Huisartsen	✓		✓	✓	3
2	BZV	✓ ✓	vfin			4
	SVB	✓				2
	GGD	✓	vfin			2-3
	Min. van Volksgez.-overheid	✓	vfin			2-3
	ADC	-	----	----	----	----
	Sokudi	✓		✓		
3	Diëtisten-zelf. of SEHOS	✓		✓		3
	Podotherapeuten	✓		✓		3

4	Oogartsen	√		√		3
	IFE	√	√			4
	Apotheek		√	√		3
5	Producenten medic./hulpm.		√			3
	SFZC	√	√			4
6	P.I. Verriet	√		√	√	3
	Birgen di Rosario	√		√	√	3
	Betesda	√		√	√	3
7	Taams kliniek	√		√	√*	3
	Advent	√		√	√*	3
	BandaBou	√				2-3

LEGENDA	
Fin = op financieel gebied worden voorraden gedeeld. Dus in het geval van het BZV en het WGK het gezamenlijke budget voor het diabetes programma wat men gezamenlijk heeft opgezet (deelvr. 8)	
√ = gedeelde informatie over individuele patiënten	
√ = gedeelde informatie over:	
<ul style="list-style-type: none"> • beleid rond DM • onderzoek rond DM 	<ul style="list-style-type: none"> • zorgverlening in het algemeen rond DM • financiering van DM zorg
√* = Deze verwijzing van de specifieke organisatie naar het Wit Gele Kruis is het geval bij de internist. In de andere gevallen, zoals bij de oogarts of podoloog, wordt niet terugverwezen maar gaat de patiënt voor een behandeling naar het ziekenhuis. Vanuit het WGK wordt de patiënt naar deze specialisten verwezen.	
---- = Er bestaat in het huidige netwerk van DM geen relatie tussen het WGK en het ADC. Een aantal jaar geleden, met het ADC en haar centrale, faciliterende rol, was dit wel zo. Nu zou dit enkel het geval zijn wanneer men vanuit het WGK het ADC benaderd om onderzoek naar DM te laten doen.	

Overzicht antwoorden

Hieronder een overzicht van antwoorden uit gehouden interviews op standaard vragen met betrekking tot netwerk DM op Curaçao.

Actor	Centraal	Macht	Multidisc. overleg	Initiatieve preventie	Kwaliteit projecten	Initiator	Primair preventie	DM poli	Vertrouwen
1 Martina-WGK	*	Internist	*	Nee	*	*	*	*	*
2 Sluis-WGK	*	*	Ja	Ja	Nee	GGD	*	*	*
3 Berend-SEHOS	Arts	Internist	Ja	Onvoldoende	Onvoldoende	Overheid	*	Ja	Nee
4 Gerstenbluth-GGD	Huisarts	Huisarts	Ja	Onvoldoende	Onvoldoende	Iedere actor op z'n beurt	Obesitas	Nee	Nee
5 Schoop-Huisarts	Allerlei actoren	Huisarts	Ja	Ja	Onvoldoende	Huisarts en verzekeraars	Beide	*	Ja
6 Jeung-Huisarts	Huisarts	Huisarts	Ja	Ja	Onvoldoende	Sokudi	Obesitas	Misschien	Ja
7 Martina-ADC	Huisarts	Huisarts	Ja	Onvoldoende	Onvoldoende	ADC en verzekeraars	Beide	Nee	Ja
8 de Bruinvoorn adviseur/ozet DM dienst Cur.	Allerlei actoren: Wijkverpleging en huisarts centraal tandem	Huisarts	*	*	*	Regionale huisartsvereniging	*	Nee	*
9 de Valk-internist/ozet	Thuiszorg, internist, huisarts	Ketenzorg: geen dominantie denken	*	*	Onvoldoende	GGD ism met erkend onafhankelijk lichaam	*	*	*

DM dienst Cur.									
10 Gerstenblut h/ Gillen/Mart ina- BZV	Allerlei actoren	GGD	Ja	*	onvoldoe nde	GGD	beide	*	Ja

Reflectieverslag

In het reflectieverslag zal ik beschrijven hoe het uitvoeren van de opdracht op Curaçao verlopen is en welke lessen ik trek uit ervaringen met dit onderzoek voor het afstudeeronderzoek dat in de master zal plaats vinden.

Vorbereiding

De voorbereiding op de opdracht valt te karakteriseren als gehaast. Toen op een bepaald moment vast stond dat de reis naar Curaçao daadwerkelijk plaats zou vinden waren er nog enkele weken om het concept van het onderzoeksvoorstel te verbeteren en compleet te maken. Het voorstel dat er lag was niet theoretisch genoeg, was nog te veel omvattend en had nog geen duidelijke deelvragen van wat onderzocht zou gaan worden. De laatste weken voor vertrek lag er een voorstel dat compleet was; dit wil zeggen dat alle benodigde onderdelen zich in het voorstel bevonden. In feite was het voorstel nog onvoldoende om als leidraad en basis te fungeren in het begin van het onderzoek. Hierbij moet wel de opmerking geplaatst worden dat de afstand en, mede hierdoor, slechte communicatie met de begeleider van de opdracht op de stageplek hier zeker niet aan bijgedragen heeft. Voor mij was het nog niet duidelijk wat nou precies onderzocht diende te worden en hoe men de uitvoering van de opdracht op Curaçao vanuit de stichting Wit Gele Kruis voor zich zag. Er was in de weken voor vertrek nog mailverkeer geweest omtrent specificatie van de opdracht, dit na aanleiding van het commentaar op het eerste onderzoeksvoorstel. Maar dit beantwoorde niet alle vragen die nog had rondom het voorstel, voornamelijk het theoretisch kader ontbrak nog aan het voorstel. Dit zal later tijdens de afronding van het verslag ook een lastig punt blijken.

Uitvoeren van het onderzoek

Het belang van een compleet onderzoeksvoorstel als basis en startpunt voor het onderzoek blijkt al tijdens de start van het onderzoek in mijn eerste week bij de stichting voor thuiszorg Wit Gele Kruis op Curaçao. Het incomplete en, door tijdsdruk, geforceerde onderzoeksvoorstel blijkt slecht bruikbaar om mijn onderzoek te starten. Doordat ik geen vertrouwen had in het voorstel heb ik het bij de start van het onderzoek over een andere boeg gegooid. Ik begon me in te lezen op allerlei aspecten die met het onderzoek te maken hadden. Zo las ik artikelen en rapporten die me werden uitgereikt omtrent de gezondheidszorg op Curaçao, de diabetesproblematiek, de algehele problematiek rondom de gezondheidszorg op Curaçao en de zorgorganisaties die zich op het eiland bevinden. Daarnaast ging ik ook nog eens op internet op zoek naar informatie rondom de vorige onderwerpen. Op zich was het niet verkeerd om me eerst in te lezen en wegwijs te maken voordat ik met de deelvragen begon, maar door geen rekening te houden met het onderzoeksvoorstel kreeg ik te maken met een 'information overload'. Hierbij moet gezegd worden dat het idee van inlezen van de artikelen en rapporten ook kwam van mijn begeleider op Curaçao. In de beginperiode van mijn onderzoek zat ik op een kamer waarbij ik geen toegang had tot internet. Hierdoor besloot ik alles maar te gaan lezen. Bij een volgend onderzoek zal ik er zeker voor zorgen dat ik het onderzoek meer in eigen hand heb en uit kan voeren zoals ik dat wil. Deze 'onmacht' over de uitvoering werd vergroot door het feit dat ik geen toegang had tot de informatie en wetenschappelijke artikelen die ik nodig had voor het opstellen van een goed theoretisch kader dat als houvast kon dienen. Dit door het genoemde gegeven van het dikwijls ontbreken van internet. Maar ook doordat er geen toegang was tot de Universiteitsbibliotheek. De boeken die ik meegenomen had, door het limiet aan bagage waren dit er maar twee, bleken niet helemaal geschikt voor mijn onderzoek. Daarnaast moesten deze na een aantal weken terug worden gestuurd naar Nederland omdat een andere student deze boeken gereserveerd bleek te hebben. De overload aan informatie was niet bevorderlijk voor het

verloop van mijn onderzoek. Na een aantal weken had ik grote stukken tekst over allerlei uiteenlopende onderwerpen; waarbij geen structuur of logica te ontdekken viel. Veel te laat kwam ik tot ontdekking dat ik het belangrijkste gedeelte van mijn onderzoeksvoorstel eerst duidelijk moest hebben. Enige deelvragen werden opgesteld en het werd voor mij iets duidelijker waar het onderzoek naar toe moest en wat de gewenste resultaten moesten zijn.

Het belangrijkste gedeelte van mijn onderzoek waren de interviews met de diverse actoren rondom diabeteszorg op het eiland. De stichting Wit Gele Kruis, van waaruit ik onderzoek deed, heeft me hierbij duidelijk geholpen. Ik kreeg de beschikking over een uitgebreide lijst met zorgverleners en andere actoren. Dit bleek zeker geen overbodige luxe: diverse actoren reageerden niet op mijn uitnodiging of er was geen tijd. Uiteindelijk heb ik voor iedere actor een eigen vragenlijst opgesteld waarbij sommige vragen bij elke actor werden gesteld. Op zich ging het afnemen van de interviews prima alleen weer speelt hier het feit mee dat ik nog steeds niet precies duidelijk waar het onderzoek nou om draaide. Na het uiteindelijke schrijven van het onderzoek werd duidelijk dat rondom de belangrijkste onderwerpen enige cruciale vragen misten of dat bepaalde vragen voor het onderzoek overbodig bleken. De samenwerking met de colleges en andere stagiaires binnen de stichting verliep prima; met iedereen kon ik goed opschieten en allemaal waren ze behulpzaam wanneer ik voor mijn onderzoek iets nodig had. Wat miste is dat ik op inhoudelijk gebied, met betrekking tot mijn onderzoek, nauwelijks met deze mensen van gedachten heb gewisseld. Met mijn begeleider bij de stichting is, met uitzondering van de start van het onderzoek, geen discussie gevoerd rondom vraagstukken die voor mij nog onduidelijk waren. Op zich heb ik dit deels opgevangen door contact te houden met mijn begeleider dhr. Klok tijdens het onderzoek. Dit heeft me op bepaalde momenten zeker een duw in de goede richting gegeven. Het blijft echter fijner om met iemand 'face-to-face' te overleggen en van gedachten te wisselen.

Afronding na het uitvoeren van onderzoek

De uiteindelijke afronding van het onderzoek heeft lang op zich laten wachten. Dit is iets wat ik me aantrek en waar ik zeker niet trots op ben. Er zijn allerlei oorzaken te noemen hiervoor. Erg jammer is het feit dat mijn computer crashte op het moment dat ik goed opschoot met het schrijven van mijn verslag. Dom om geen back-up te maken en zeker geen excuus voor de grote vertraging bij de afronding, al deed het mijn motivatie om het verslag weer te gaan schrijven zeker geen goed. Een belangrijke reden voor mij is echter het feit dat ik niet geheel trots ben op het uiteindelijke resultaat en op de manier hoe dit tot stand is gekomen. Aan de andere kant denk ik wel dat ik hierdoor een belangrijke les heb geleerd: mijn afstudeeropdracht in de master zal ik anders aanpakken zodat duidelijk is wat ik ga onderzoeken en ik een leidraad heb van wat ik ga aanpakken en wanneer. Door een interessante en uitdagende opdracht te kiezen, waarin een leuk onderwerp behandeld wordt, zal de motivatie een stuk groter zijn om de opdracht succesvol en binnen de gestelde tijd af te ronden. Succesvolle afronding van het onderzoek werd ook bemoeilijkt doordat er een duidelijk verschil bestaat in wat er vanuit het 'stagebedrijf' van me gevraagd wordt, en hoe ik mijn onderzoek dus in het begin heb opgesteld, en wat er vanuit de universiteit van me verlangd wordt. Dit laatste, voornamelijk door de inbreng van een theoretisch kader, heeft voor aanpassingen en de uiteindelijke versie van het verslag bezorgd. Dit heeft ook weer te maken met het feit dat het theoretisch kader tijdens het onderzoek grotendeels ontbrak en er later bijgevoegd moest worden. Door de aanpassingen bleek bepaalde informatie, bijvoorbeeld uit de interviews, niet meer bruikbaar voor het onderzoek en moest er bij het schrijven van het verslag nog gezocht worden naar nieuwe informatie. Door van te voren alles duidelijk op een rijtje te hebben en door in het begin van het onderzoek een compleet en goed onderzoeksvoorstel te hebben kan dit voorkomen worden. Zo verloopt onderzoek meer gestructureerd en voorkom je de kans dat er grote aanpassingen na of tijdens het onderzoek gedaan moeten worden.