



GGZ-CARIB

Een routekaart naar passende
en toegankelijke basis ggz op
Curaçao en Bonaire



Colofon

Titel onderzoeksrapport:

GGZ-Carib: een routekaart naar passende en toegankelijke basis GGZ op Curaçao en Bonaire

Uitgave:

Caribbean Biomedical & Health Research Institute (CBHRI)

Auteurs:

Dr. Merel Griffith-Lendering

Drs. Elly Hellings

Drs. Izzy Gerstenbluth

Dr. Tineke Alberts

In samenwerking met:

Mental Health Caribbean Bonaire (MHC)

Bekostigd door:

ZonMw

Publicatiedatum:

Mei 2025

Citeer als:

Griffith-Lendering, M., Hellings, E., Gerstenbluth, I., & Alberts, T. (2025). *GGZ-Carib: een routekaart naar passende en toegankelijke basis GGZ op Curaçao en Bonaire*. Caribbean Biomedical and Health Research Institute (CBHRI).

Samenvatting GGZ-Carib: Een routekaart naar passende GGZ op Curaçao en Bonaire

Mei 2025 | Caribbean Biomedical Health Research Institute (CBHRI)

Achtergrond en doelstelling

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op Curaçao en Bonaire staat onder druk. Beide eilanden kampen met een beperkte beschikbaarheid van basis GGZ, lange wachttijden, gefragmenteerde samenwerking en onvoldoende aansluiting bij de leefwereld van cliënten. Binnen het GGZ-Carib project is een waarderend actieonderzoek uitgevoerd met als doel: het versterken van basis GGZ op de eilanden, op een manier die aansluit bij lokale context en bijdraagt aan passende, toegankelijke en duurzame zorg.

Het onderzoek richtte zich op drie doelen:

1. Het in kaart brengen van het huidige GGZ-aanbod en de ervaringen van gebruikers en aanbieders;
2. Het identificeren van kansen voor structurele versterking van basis GGZ;
3. Formuleren van implementatieplannen voor Curaçao en Bonaire, gericht op concrete verbetering van samenwerking, preventie en zorg op de juiste plek.

Methode

De aanpak bestond uit vier fasen (definiëren, ontdekken, ontwerpen en realiseren) op basis van waarderend actieonderzoek. Er is gebruik gemaakt van kwantitatieve data (o.a. POH-GGZ, SVB-declaraties, jaarverslagen GGZ-instellingen) en kwalitatieve data (interviews met cliënten, naasten, zorgprofessionals; droomsessies; validatiesessies).

Kernbevindingen

Curaçao heeft een gefragmenteerd GGZ-landschap met veel instellingen en beperkt afgestemde zorg. Preventieve voorzieningen zijn schaars en samenwerking tussen partijen is ad hoc.

Bonaire heeft een gecentraliseerde structuur via MHC. Hoewel de lijnen kort zijn, ontbreekt het aan duidelijke taakverdeling en wijkgerichte GGZ.

Beide eilanden kampen met stigma, beperkte beschikbaarheid van een laagdrempelig GGZ aanbod (zonder verwijzing toegankelijk) en een gebrek aan data voor beleidsontwikkeling. De POH-GGZ blijkt op beide eilanden een waardevolle schakel te zijn in het versterken van toegankelijke GGZ.

Gekozen aanpak: passende zorg als fundament

Het rapport hanteert het model van passende zorg zoals ontwikkeld door de NZa, oftewel zorg die:

- Waarde toevoegt voor cliënten
- Is georganiseerd rondom de patiënt
- Wordt geleverd op de juiste plek
- Gezondheid als uitgangspunt neemt, in plaats van ziekte.

Aanbeveling op hoofdlijnen

De weg naar passende en toegankelijke GGZ op Curaçao en Bonaire vraagt om een meerjarige, stapsgewijze aanpak waarin verschillende partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen. Allereerst is het van belang dat er heldere regie komt op de doorontwikkeling van het GGZ-landschap. De huidige versnippering, vooral op Curaçao, maakt dat samenwerking tussen partijen niet vanzelfsprekend is. Het formaliseren van taakverdelingen en het opzetten van duurzame overleg- en coördinatiestructuren, bijvoorbeeld via convenanten en een GGZ rolmatrix, is daarom essentieel. Zo ontstaat duidelijkheid over wie wat doet, en wanneer, een noodzakelijke voorwaarde voor vertrouwen en samenwerking.

Daarnaast vraagt de versterking van laagdrempelige en preventieve zorg om structurele investering. De ervaringen met POH-GGZ tonen aan dat deze functie, mist goed ingebed, bijdraagt aan het tijdig herkennen en behandelen van psychische klachten, zonder doorverwijzing naar duurdere specialistische zorg. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen als bruggenbouwers tussen formele zorg en de gemeenschap verdient uitbreiding. Hun rol versterkt de toegankelijkheid en herkenbaarheid van ondersteuning, en sluit aan bij het streven naar normalisering van psychische problematiek.

Een derde aanbeveling is om de GGZ niet als losstaand domein te benaderen, maar nadrukkelijk te verbinden met andere beleidsterreinen zoals volksgezondheid, onderwijs en welzijn. Door de GGZ hierin te positioneren als bondgenoot, bijvoorbeeld via wijkgerichte aanpakken of samenwerking met scholen, ontstaat fundament voor integrale ondersteuning.

Tot slot is het cruciaal om een lerende, datagedreven werkwijze te hanteren. Veel beleidskeuzes moeten nu worden gemaakt op basis van versnipperde of ontbrekende data. Een gezamenlijke datastructuur en het monitoren van uitkomsten zijn nodig om voortgang te kunnen volgen en tijdig bij te sturen.

Van visie naar actie: implementatieplannen

Voor beide eilanden zijn concrete implementatieplannen opgesteld die gevalideerd zijn met stakeholders. De implementatieplannen zijn uitgewerkt in een Theory of Change per eiland, inclusief een plan van aanpak voor drie strategische prioriteiten per eiland.

Voor Curaçao zijn de drie kernprioriteiten:

- Uniform triagesysteem: ontwikkeling van triageprotocollen en scholing voor zorgprofessionals
- Ontwikkeling van een centraal digitaal platform: één informatie- en verwijzingsplatform voor professionals en cliënten.
- Uitbreiding preventieve GGZ: structurele inzet van POH-GGZ en ervaringsdeskundigen

Voor Bonaire zijn de drie kernprioriteiten:

- Heldere rolverdeling en samenwerking: GGZ-rolmatrix en convenanten met betrokken organisaties
- Integrale aanpak voor vroegsignalering en preventie: trainingen en koppeling met volksgezondheidsprogramma's
- Zorg dicht bij de gemeenschap: wijkgerichte GGZ-teams en spreekuren op scholen.

Inhoudsopgave

Samenvatting GGZ-Carib: Een routekaart naar passende GGZ op Curaçao en Bonaire.....	3
1. Aanleiding en doel	7
1.1 Context en uitdagingen	8
1.2 Onderzoeksvragen	10
2. Onderzoeksaanpak.....	13
2.1 Waarderend actieonderzoek	13
2.2 Fase 1: Definiëren	14
2.2.1 Kwantitatieve data	14
2.2.2 Kwalitatieve data	16
2.2.3 Passende zorg als analysekader	18
2.3 Fase 2: Ontdekken	20
2.4 Fase 3: Ontwerpen.....	21
2.5 Fase 4: Realiseren	22
3. Overzicht van het GGZ-landschap	23
3.1 Beeldvorming GGZ.....	23
3.2 Vergelijking met Nederland.....	23
3.3 Bonaire: zorgstructuur en cliëntprofiel	24
3.3.1 GGZ-piramide Bonaire	24
3.3.2 Cliëntenpopulatie Bonaire	26
3.4 Curaçao: zorgstructuur en cliëntprofiel.....	28
3.4.1 GGZ-piramide Curaçao	28
3.4.2 Cliëntenpopulatie Curaçao	29
4. Ervaringen met GGZ-zorg	35
4.1 Perspectief van cliënten en professionals	35
4.2 Ervaren kwaliteit van hulpverlening	35
4.3 Ervaringen met ondersteunende diensten	36
4.4 Aanmelding en wachttijden	37
4.5 Taalbarrières	39
4.6 Stigma en bewustzijn	39
4.7 Familiebetrokkenheid	40

5. Analyse van passende zorg	42
5.1 Toetsing aan zorgprincipes	42
5.2 Waardegedreven zorg	42
5.3 Zorg rondom de patiënt georganiseerd	42
5.4 Juiste zorg op de juiste plek	43
5.5 Focus op gezondheid in plaats van ziekte	44
5.6 Tussenbalans per eiland	44
6. Conclusies en aanbevelingen	45
6.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen	45
6.2 Samenvattende conclusies per eiland	46
6.3 Algemene aanbevelingen	47
6.4 Aanbevelingen per eiland	47
6.5 Beperkingen van het onderzoek	48
7. Implementatieplannen	49
7.1 Inleiding	49
7.2 Theory of Change als basis	49
7.3 Leren van internationale voorbeelden	51
7.4 Prioriteiten en plan van aanpak	52
BIJLAGE 1: Achtergrondinformatie en topic list interviews	56
BIJLAGE 2: Implementatieplan Curaçao	59
BIJLAGE 3: Implementatieplan Bonaire	62

1. Aanleiding en doel

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op Bonaire en Curaçao wordt beïnvloed door een complexe interactie van demografische, sociaaleconomische en culturele factoren, wat unieke uitdagingen oplevert voor zowel de organisatie als de levering van zorg. Door de kleinschaligheid en het beperkte aanbod aan GGZ-voorzieningen ontbreekt een duidelijke scheiding tussen basis GGZ en gespecialiseerde ambulante zorg. Als 'Small Island Developing States' (SIDS) kampen Bonaire en Curaçao met specifieke problemen in de GGZ (Skuse, 2018; Setoya en Kestel, 2018) die niet eenvoudig kunnen worden opgelost met een aanpak gebaseerd op het Nederlandse model. Er is daarom behoefte aan een zorgmodel dat niet alleen effectief is, maar ook aansluit bij de unieke behoeften en omstandigheden van de lokale bevolking.

Het concept van passende zorg, zoals ontwikkeld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), biedt een robuust kader voor versterking van de GGZ in deze context. Passende zorg wordt gedefinieerd als zorg die nodig is, waarde toevoegt, en bijdraagt aan de kwaliteit van leven, terwijl deze aansluit bij de behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt¹. Dit model van zorg omvat vier kernprincipes:

1. Zorg die waarde gedreven is, gericht op uitkomsten die waardevol zijn voor de patiënt;
2. Zorg die in samenwerking met en rondom de patiënt wordt georganiseerd;
3. De juiste zorg op de juiste plek, met een focus op toegankelijkheid en effectiviteit; en
4. Een benadering die zich richt op gezondheid in plaats van ziekte².

De toepassing van deze principes op Bonaire en Curaçao is van belang voor de verbetering van de geestelijke gezondheidszorg in deze regio's. Door het versterken van passende zorg kan de GGZ beter inspelen op de specifieke uitdagingen die gepaard gaan met de geografische isolatie, de diversiteit van de populatie en de beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde zorg. Daarnaast biedt een waarde gedreven en patiëntgerichte benadering kansen om de gezondheidsuitkomsten te optimaliseren.

Het GGZ-Carib onderzoek richt zich op het versterken van de eerstelijns GGZ op Bonaire en Curaçao. Doelstellingen van GGZ-Carib zijn:

- I. Het in kaart brengen van alle huidige initiatieven van eerstelijns GGZ op Bonaire en Curaçao, inclusief ervaringen van aanbieders en gebruikers.
- II. Het identificeren van de mogelijkheden tot structurele versterking van de eerstelijns GGZ op Bonaire en Curaçao, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de lokale context en het aanbod zoveel mogelijk wordt afgestemd op de behoeftes van (potentiële) cliënten.
- III. Het realiseren van optimale samenwerking en afstemming (netwerkwzorg) tussen de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ op Bonaire en Curaçao.

¹ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (2020). *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*.

² Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) & Zorginstituut Nederland (ZiN). (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*.

1.1 Context en uitdagingen

Bonaire en Curaçao zijn aangemerkt als Small Island Developing States (SIDS)³ vanwege hun geografische ligging in het Caribisch gebied. Beide eilanden delen veel van de typische kenmerken van SIDS, zoals: klimaatkwetsbaarheid, economische kwetsbaarheid en beperkte hulpbronnen. Deze kwetsbaarheden beïnvloeden ook het aanbod en de organisatie van GGZ voorzieningen op de eilanden. Deze context met bijbehorende kwetsbaarheden vereist een doelgerichte en op de situatie toegesneden aanpak. De beperkte bevolkingsomvang en het aanhoudende stigma rondom psychische aandoeningen bemoeilijken de toegang tot zorg, terwijl de afhankelijkheid van een beperkt aantal professionals en instellingen de flexibiliteit en kwaliteit van de GGZ onder druk zet. Hoewel Bonaire en Curaçao beide onderdeel uitmaken van het Koninkrijk der Nederlanden, is er een belangrijk verschil in de bestuurlijke positie die ze innemen binnen het Koninkrijk. Bonaire functioneert als een bijzondere gemeente van Nederland, terwijl Curaçao een autonoom land is binnen het Koninkrijk. Deze bestuurlijke verschillen hebben directe implicaties voor de organisatie en bekostiging van de GGZ, waardoor de aanpak, organisatie en beschikbaarheid van zorg tussen de eilanden sterk variëren.

Bonaire

De geestelijke gezondheidszorg op Bonaire is grotendeels gecentraliseerd bij Mental Health Caribbean (MHC), die zowel ambulante als klinische zorg biedt. Ambulante zorg wordt georganiseerd via onder andere het FACT-team⁴, dat outreachend werkt om cliënten zoveel mogelijk binnen hun eigen omgeving te behandelen. Wanneer klinische opname noodzakelijk is, zijn er beperkte mogelijkheden voor opname bij de poli-Mariadal. Bij situaties waar specialistische klinische zorg noodzakelijk is, worden cliënten doorverwezen naar GGZ Curaçao en in sommige gevallen ook naar Aruba.

De afdeling Resilensia biedt binnen MHC laagdrempelige psychologische zorg voor cliënten met lichte tot matige psychische klachten, terwijl Sentro Nos Perseveransia (SNP) begeleiding biedt aan volwassenen met verslavingsproblematiek of psychiatrische aandoeningen in combinatie met een licht verstandelijke beperking. Recentelijk zijn er nieuwe initiatieven opgezet, zoals Primary Care Caribbean (PCC), die praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ) bieden sinds januari 2022, en Sentro Aksesu Boneiru, eveneens sinds januari 2022. Sentro Aksesu Boneiru is de centrale organisatie voor zorg en sociale hulpverlening, zoals maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, preventie, wijkontwikkeling en ondersteuning bij kinderopvang op Bonaire. Ze bieden ondersteuning bij psychosociale problemen, opvoedingsvragen, budgetbegeleiding en relatiebegeleiding. Daarnaast fungeren ze als advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling.

³ Bron: <https://www.unep.org/topics/ocean-seas-and-coasts/small-island-developing-states>

⁴ FACT staat voor **F**lexibele **A**ssertive **C**ommunity **T**reatment. Het is een methode die is overgenomen uit Amerika, waarbij zorg, behandeling en ondersteuning wordt geboden aan patiënten met ernstige psychiatrische problematiek die ook complexe maatschappelijke problemen ervaren. Behandeling is gericht op herstel, met als doel om een evenwicht te vinden op de verschillende levensgebieden.
<https://www.GGZcentraal.nl/clienten/behandelmogelijkheden/fact/>

Hoewel de keuze voor een gecentraliseerd aanbod van psychische hulpverlening via MHC voordelen biedt in termen van coördinatie, kent het ook beperkingen zoals het ontbreken van keuzemogelijkheden voor cliënten en afhankelijkheid van een beperkt aantal professionals.

Curaçao

De GGZ op Curaçao wordt gekenmerkt door een netwerk van instellingen die diverse vormen van psychische hulpverlening aanbieden. GGZ Curaçao fungeert als centrale organisatie en biedt ambulante, poliklinische en klinische zorg. Onder GGZ Curaçao vallen specialistische voorzieningen zoals de Capriles Kliniek, die klinische en poliklinische psychiatrische zorg verleent en Yudaboyu, gericht op kinder- en jeugdpsychiatrie. Fundashon Sonrisa biedt begeleiding en beschermd wonen voor mensen met chronische psychische aandoeningen en Fundashon pa Maneho di Adikshon (FMA) is een kenniscentrum voor verslavingszorg.

Daarnaast biedt Brasami zorg en behandeling aan personen met een combinatie van verslaving en psychische stoornissen, met name binnen de strafrechtsketen.

Verder is er Fundashon Perspektiva i Sostén Integral (PSI Skuchami), een ambulante GGZ-instelling die diensten verleent vanuit diverse locaties verspreid over het eiland. De zorg richt zich op het bevorderen van de geestelijke gezondheid en het behandelen van psychische aandoeningen. Op dit moment opereert PSI Skuchami onafhankelijk van GGZ Curaçao, maar vanuit het door de overheid opgestelde Visiedocument Geestelijke Gezondheidszorg 2019 – 2023 worden er inspanningen gedaan om de samenwerking te versterken.

In april 2024 zijn tijdens een conferentie op Curaçao stappen gezet om de samenwerking tussen verschillende GGZ partijen op alle eilanden binnen het Koninkrijk te bevorderen. Naast het stimuleren van samenwerking is herstructurering van het zorgaanbod en de reorganisatie van zorgaanbieders, waaronder de herziening van de tarievenstructuur, een belangrijk aspect van deze visie. Er is veel aandacht voor het belang van preventie en het versterken van de basis GGZ-zorg, met als doel de residentiële zorg te verkleinen en de zorg dichterbij de gemeenschap te brengen. In dit kader heeft de GGZ Curaçao van juni 2023 t/m mei 2024 een pilot gedaan met het inzetten van praktijkondersteuners GGZ (POH GGZ) bij 2 huisartsenpraktijken op het eiland en de poli bij de Capriles Kliniek.

Tot 2024 was de Psychiatrische Maatschap functioneel, een samenwerkingsverband van psychiaters, die een belangrijk rol speelde in het bieden van specialistische zorg. Deze Maatschap is medio 2024 gestopt waardoor belangrijk psychiatrische capaciteit is weggefallen. Tot slot is er een groep vrijgevestigde psychologen op het eiland die een breed scala aan diensten aanbieden, gericht op het bevorderen van de geestelijke gezondheid en het welzijn van individuen, groepen en organisaties. Hun werkzaamheden omvatten onder andere individuele therapie en counseling, psychodiagnostiek, groepstherapie en trainingen.

De GGZ op Curaçao staat voor significante uitdagingen, zoals beperkte middelen en personeelstekorten, die de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg onder druk zetten. Deze financiële uitdagingen bemoeilijken de transitie naar modern psychiatrische voorzieningen. Dit vormt een knelpunt voor het leveren van kwalitatieve en passende zorg volgens de in Nederland en

Bonaire geldende kwaliteitsnormen, terwijl dit essentieel is om effectief te kunnen blijven functioneren als verwijzingskliniek voor Bonaire.

1.2 Onderzoeksvragen

Zoals toegelicht kent de GGZ op Bonaire en Curaçao uitdagingen, onder andere gerelateerd aan de kenmerken voor SIDS. De eilanden hebben ieder hun eigen specifieke kenmerken en ontwikkelingen doorgemaakt. Bonaire richt zich op gecentraliseerde, vraaggerichte zorg, terwijl Curaçao zich richt op ambulantisering en de versterking van de GGZ. Door wederzijdse strategieën en initiatieven te analyseren, kunnen de eilanden de GGZ beter afstemmen op de behoeften van hun populaties.

De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek is:

Op welke manier kan de GGZ op Bonaire en Curaçao structureel versterkt worden en hoe kan optimale samenwerking en afstemming (netwerkgzorg) tussen voorportaal (huisartsen, Sentro Akseso), basis GGZ, specialistische ambulante GGZ en klinische GGZ worden gerealiseerd, zodanig dat optimaal tegemoetgekomen wordt aan de behoeften van zowel cliënten met lichtere, incidentele problematiek als cliënten met complexe langdurige psychiatrische problematiek?

De volgende deelvragen zijn geformuleerd:

1. Inventarisatie huidige initiatieven op het gebied van (basis) GGZ⁵ op Bonaire en Curaçao:
 - a. In hoeverre komen de initiatieven op het gebied van (basis) GGZ op Bonaire en Curaçao tegemoet aan de criteria van 'passende zorg'?
 - b. Wat zijn de succesfactoren en verbeterpunten van elk van de (organisatie)vormen van basis GGZ?
 - c. Hoe komen cliënten bij de (ambulante) GGZ terecht? In hoeverre vervullen huisartsen en Sentro Akseso een rol als voorportaal, hoe wordt deze rol ingevuld?
 - d. Welke actuele samenwerkingsrelaties zijn er en hoe wordt de samenwerking tussen de betrokken stakeholders op dit moment vormgegeven?
2. Inventarisatie van de ervaringen van stakeholders in de (basis) GGZ op Bonaire en Curaçao:
 - a. In hoeverre komen de initiatieven op het gebied van basis GGZ op Bonaire en Curaçao tegemoet aan de wensen en behoeften van cliënten, huisartsen en GGZ-behandelaars?
 - b. Welke zijn de voorwaarden voor optimale samenwerking en afstemming (netwerkgzorg) tussen de basis GGZ en gespecialiseerde ambulante en klinische GGZ op Bonaire en Curaçao?

⁵ In de subsidieoproep wordt gesproken over kwaliteitsverbetering van de 'eerstelijns GGZ'. Tijdens de uitvoering van het onderzoek GGZ-Carib bleek dat dit begrip verwarring oproept omdat deze term in de context van Bonaire en Curaçao niet altijd duidelijk is. "Basis GGZ" sluit beter aan bij de lokale zorgstructuur en terminologie. We hebben er daarom bewust voor gekozen om in het onderzoek de term 'eerstelijns GGZ' te vervangen voor 'basis GGZ'.

3. Op welke wijze kunnen de uitkomsten van dit onderzoek bijdragen aan een structurele versterking van de (basis) GGZ voorzieningen op alle eilanden van Caribisch Nederland (BES en CAS), zodanig dat:
 - a. Deze optimaal tegemoetkomen aan de criteria van 'passende zorg';
 - b. Deze optimaal tegemoetkomen aan de wensen en behoeften van stakeholders (inclusief potentiële cliënten);
 - c. Er optimale samenwerking en afstemming is tussen de basis GGZ en gespecialiseerde ambulante en klinische GGZ op Bonaire en Curaçao;
 - d. Er een eerste aanzet is geboden richting het optimaliseren van basis GGZ en gespecialiseerde GGZ op Aruba, Sint Maarten, Sint Eustatius en Saba door het delen van de opgedane kennis en ervaringen ten aanzien van netwerkwzorg GGZ op Bonaire en Curaçao.

Voor dit onderzoek is bewust gekozen voor een inventariserend en vergelijkend onderzoek gericht op de twee eilanden Bonaire en Curaçao. De keuze om het onderzoek te beperken tot deze eilanden en niet uit te breiden naar alle eilanden van Caribisch Nederland of het gehele Koninkrijk, is gebaseerd op verschillende overwegingen die zowel geografische, culturele als organisatorische aspecten omvatten.

Ten eerste is Bonaire het grootste eiland binnen Caribisch Nederland en daarmee ook de belangrijkste aanbieder van de GGZ in Caribisch Nederland. Daarnaast beschikt Curaçao over specialistische en klinische GGZ-voorzieningen die niet aanwezig zijn in Caribisch Nederland. Hierdoor fungeert Curaçao als de belangrijkste samenwerkingspartner voor MHC op Bonaire, wat de onderlinge afhankelijkheid tussen deze eilanden benadrukt.

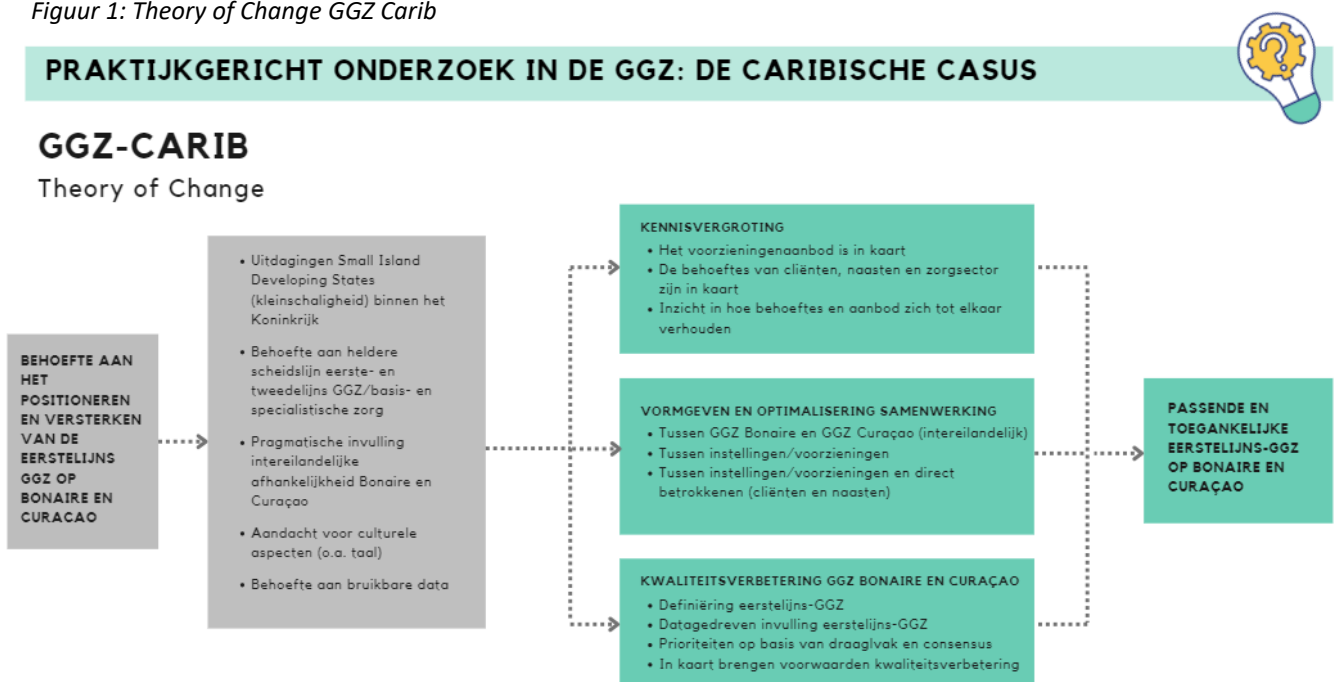
Bovendien delen Bonaire en Curaçao belangrijke overeenkomsten die dit onderzoek vergemakkelijken. Beide eilanden liggen fysiek dicht bij elkaar en worden gekenmerkt door een gedeelde culturele achtergrond, waarbij Papiamentu de dominante voertaal is. Deze gemeenschappelijke kenmerken zorgen voor een beter vergelijkingskader binnen het onderzoek en dragen bij aan de toepasbaarheid van de resultaten.

Hoewel dit onderzoek specifiek gericht is op de Caribische context, zijn de bevindingen ook relevant voor de GGZ in Nederland. Bonaire en Curaçao maken deel uit van het Koninkrijk der Nederlanden en er is sprake van een aanzienlijke migratie van mensen tussen de Caribische eilanden en Nederland. Problemen binnen de GGZ op de eilanden kunnen directe gevolgen hebben voor Nederland. Cliënten met onbehandelbare problematiek op het gebied van psychiatrie en verslavingen vertrekken vaak naar Nederland, vrijwillig of gestuurd door familie. Eenmaal in Nederland stuiten zij echter vaak op een gebrek aan kennis over hun culturele achtergrond en ervaren zij taalbarrières, aangezien hulpverlening in Papiamentu zelden wordt geboden. Dit leidt niet alleen tot een verhoogde kans op inadequate behandeling, maar kan ook bijdragen aan maatschappelijke problemen zoals overlast en een gebrek aan integratie.

Daarnaast biedt de context van Bonaire en Curaçao waardevolle inzichten voor andere kleinschalige regio's binnen Nederland, waar culturele en taalkundige aspecten een vergelijkbare invloed hebben op de GGZ. De resultaten van dit onderzoek kunnen zodoende bijdragen aan een breder begrip van

hoe kleinschalige en cultureel diverse zorgsystemen effectief kunnen worden ingericht en verbeterd, zowel in het Caribisch gebied als binnen het Europese deel van Nederland.

Figuur 1: Theory of Change GGZ Carib



2. Onderzoeksaanpak

2.1 Waarderend actieonderzoek

In het onderzoek GGZ-Carib is gekozen voor Waarderend Actieonderzoek (Appreciative Inquiry^{6,7}). Dit is een benadering die zich richt op het ontdekken van wat werkt en het gezamenlijk ontwerpen van verbeteringen. Zo is het mogelijk om meer draagvlak te creëren voor veranderingen en organisaties en mensen en organisaties tot actie te bewegen. Het onderzoek bestaat uit vier fasen, die in de volgende paragrafen nader worden toegelicht.

Figuur 2: Fasering waarderend actieonderzoek



⁶ Cooperrider D and Whitney D (2000). A positive revolution in change: Appreciative inquiry, in Cooperrider, D et al (eds) *Appreciative inquiry: rethinking human organization towards a positive theory of change*, Champaign, IL: Stipes Publishing LCC, 3-27

⁷ Sullivan Havens, D., Wood, S., Leeman, J. (2006). Improving nursing practice and patient care. Building capacity with appreciative inquiry. *The Journal of Nursing Administration JONA*, Volume 36, Number 10, pp 463-470

2.2 Fase 1: Definiëren

In de 1e fase (*Discovery*) is de huidige situatie in kaart gebracht en zijn de sterke punten en mogelijkheden geïdentificeerd. Tijdens deze fase is onderzocht welke informatie voor handen is, uit welke bronnen geput kan worden en hoe aanvullende informatie verzameld kan worden. Daarbij is gekeken naar het gebruiken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve data.

2.2.1 Kwantitatieve data

Voor het verzamelen van kwantitatieve data zijn op Bonaire en Curaçao diverse bronnen geraadpleegd, omdat het op de eilanden ontbreekt aan systematische registratie van data ten aanzien van verwijzingen en gebruik van GGZ-voorzieningen. Er is contact gelegd met instanties waarvan bekend is dat zij mogelijk over relevante gegevens beschikken: huisartsenpraktijken, GGZ-instellingen en de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Aan hen is gevraagd om zoveel mogelijk relevante data van de afgelopen 5 – 10 jaar ter beschikking te stellen. Bekend is dat de registratiemethoden tussen de organisaties niet op elkaar aansluiten en er beperkte beschikbaarheid is van uniforme gegevens. In de volgende sectie wordt een overzicht gegeven van de verzamelde data per eiland.

Bonaire

Voor de data-analyse op Bonaire zijn twee kwantitatieve bronnen gebruikt: gegevens van MHC en gegevens bijgehouden door POH-GGZ-ers. Door huisartsen wordt in het huisartseninformatiesysteem wel gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care, ICPC-codering, maar zeer beperkt voor wat betreft mentale klachten. Het was dan ook niet mogelijk om uit dit systeem bruikbare informatie voor het onderzoek te halen.

In de jaarverslagen van **MHC** worden data gepresenteerd die waardevolle informatie bieden over de cliëntenpopulatie van MHC in de afgelopen jaren. Deze jaarverslagen bevatten data en analyses over trends in zorgvraag en specifieke kenmerken van de cliëntenpopulatie.

Sinds januari 2022 is Primary Care Caribbean (PCC) gestart met de inzet van vier POH-GGZ medewerkers op Bonaire. Dit initiatief is opgezet om de eerstelijnszorg te versterken door laagdrempelige ondersteuning te bieden aan patiënten met psychische en psychosociale klachten. De POH-GGZ fungeert als een schakel tussen de huisarts en de specialistische GGZ, met als doel het vroegtijdig signaleren, begeleiden en behandelen van psychische problematiek en zo het zorgaanbod beter af te stemmen op de behoeften van de bevolking. Twee huisartsenpraktijken op Bonaire hebben data bijgehouden ten aanzien van de activiteiten van de POH-GGZ en hebben deze ter beschikking gesteld. In totaal hebben deze twee huisartsenpraktijken ongeveer 10.000 ingeschreven patiënten, er zijn 2 POH-GGZ in hun praktijk actief, respectievelijk met 0.80 FTE en 1.0 FTE.

Deze ter beschikking gestelde gegevens omvatten belangrijke indicatoren zoals:

- Aantal patiënten
- Instroom: informatie over de redenen waarom patiënten zich hebben aangemeld bij de POH-GGZ
- Uitstroom: gegevens over het verloop van de behandeling, inclusief de redenen voor uitstroom
- Duur en intensiteit van begeleiding

Curaçao

Op Curaçao worden in het huisartseninformatiesysteem geen ICPC codes gebruikt. Overwogen is om gedurende enkele maanden huisartsenpeilstations in te richten om alsnog deze data te verzamelen, maar dat bleek in de praktijk door overbelasting van huisartsen niet haalbaar. Voor de data-analyse op Curaçao zijn uiteindelijk twee kwantitatieve bronnen gebruikt: gegevens van de GGZ en gegevens uit de pilot met de POH-GGZ.

De gegevens van GGZ zijn gebaseerd op alle gedeclareerde ambulante verrichtingen door PSI-Skuchami, GGZ Curaçao (Klinika Capriles en Yudaboyu) vrijgevestigde psychologen en vrijgevestigde psychiaters bij de SVB in de jaren 2018-2022. De data betreffen enkel SVB-verzekerde cliënten.

- Verrichtingen: Het volume aan gedeclareerde verrichtingen per jaar wordt vergeleken. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar soorten ambulante verrichtingen; elke declaratie is geteld als een verrichting. De verrichtingen variëren van psychologische testen en poliklinische consultaties tot huisbezoeken en deeltijdbehandeling.
- Cliënten: Het totaal aantal unieke cliënten per jaar per instelling / behandelarengroep wordt vergeleken. Iedere cliënt wordt eenmaal meegeteld in het aantal cliënten per zorginstelling / behandelarengroep, ook wanneer deze meerdere keren in hetzelfde jaar opnieuw is aangemeld.

Het kan zijn dat eenzelfde cliënt bij meerdere zorginstellingen is meegeteld. Omwille van de privacy van de cliënten konden deze dubbeltellingen niet uit de databestanden worden verwijderd. De vergelijkingen geven daarom enkel informatie over de aantallen cliënten per instelling / behandelarengroep, maar niet over het totaal aantal SVB-verzekerde cliënten dat gebruik maakt van de ambulante GGZ op Curaçao per jaar.

Voor het onderzoek heeft SVB geanonimiseerde databestanden gedeeld van de SVB over de jaren 2018-2022. In deze bestanden werden zowel zorgverleners als cliënten voorzien van willekeurige identificatiecodes, die niet te herleiden zijn tot individuele personen. Op basis van deze identificatiecodes zijn vier categorieën van zorginstellingen en behandelaars onderscheiden:

1. GGZ Curaçao (inclusief Klinika Capriles en Yudaboyu)
2. PSI-Skuchami
3. Vrijgevestigde psychologen
4. Vrijgevestigde psychiaters

De SVB-data omvatten uitsluitend cliënten die verzekerd zijn via de SVB. Hoewel deze groep 85,4% van de Curaçaose bevolking betreft⁸, is het belangrijk op te merken dat deze dataset geen volledig beeld geeft van het daadwerkelijke gebruik van ambulante GGZ-voorzieningen op Curaçao. Cliënten met particuliere verzekeringen, eigen risicodragers en personen die zorg ontvangen via het Ministerie van Justitie zijn niet meegenomen in deze gegevens. Dit beperkt de representativiteit van de dataset, maar biedt desondanks een waardevol inzicht.

Uit de data van de SVB kan informatie gedestilleerd worden op het niveau van verrichtingen en cliënten.

⁸ Centraal Bureau voor de Statistiek (2023). *Eerste resultaten Census 2023*.

Daarnaast zijn gegevens verzameld uit de pilot met de **POH-GGZ**, die plaats vond van 2023 tot en met 24 mei 2024 in twee huisartsenpraktijken op Curaçao. De POH-GGZ werkte in beide praktijken gedurende acht uur per week. Het doel van de pilot was het evalueren van de toegevoegde waarde en effectiviteit van de inzet van een POH-GGZ in de huisartsenzorg.

Tijdens de pilot zijn verschillende aspecten systematisch geregistreerd, waaronder:

- Het aantal cliënten, inclusief hun demografische gegevens
- Het aantal consulten en de behandelduur
- De gestelde diagnoses
- De ingezette vervolgtrajecten voor cliënten.

Deze gegevens vormen een belangrijke basis voor de evaluatie van de pilot. Ze bieden inzicht in de rol van de POH-GGZ binnen de huisartsenzorg en de impact ervan op de bredere GGZ op Curaçao. Door deze twee databronnen te combineren, wordt een uitgebreider beeld verkregen van de huidige GGZ-structuur en de mogelijkheden tot verbetering.

2.2.2 Kwalitatieve data

Naast de kwantitatieve gegevensverzameling is er gebruik gemaakt van kwalitatieve methoden om diepgaand inzicht te verkrijgen in de ervaringen en perspectieven van belanghebbenden met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op Bonaire en Curaçao. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews afgenomen, gericht op het achterhalen van wensen, vereisten en ervaringen binnen de GGZ. Deze kwalitatieve aanpak bood ruimte voor persoonlijke verhalen en detailrijke inzichten die niet met kwantitatieve data kunnen worden verkregen.

In de periode van juni 2023 tot en met januari 2024 zijn in totaal 44 diepte-interviews afgenomen, waaraan 48 personen hebben deelgenomen. In enkele gevallen namen meerdere personen deel aan een interview. De interviews zijn georganiseerd rond drie hoofdgroepen van belanghebbenden:

1. Vertegenwoordigers van GGZ-instellingen op Curaçao en Bonaire,
2. Huisartsen en praktijkondersteuners huisartsen (POH) op beide eilanden,
3. Cliënten en hun naasten.

De verdeling van de interviews per eiland en belanghebbendengroep wordt weergegeven in de onderstaande tabel:

Tabel 1: overzicht diepte-interviews

	Curaçao	Bonaire	TOTAAL
GGZ instellingen	12	6	18
Huisartsen en POH	3	3	6
Cliënten en hun naasten	10	10	20
TOTAAL	25	19	44

Deze interviews hebben waardevolle inzichten opgeleverd over zowel de structuur van de zorg als de persoonlijke ervaringen en behoeften van gebruikers en zorgverleners. Deze kwalitatieve gegevens vormen een essentiële aanvulling op de kwantitatieve analyse en dragen bij aan een genuanceerder beeld van de GGZ op beide eilanden.

Werving

De werving van de respondenten voor het onderzoek is zorgvuldig en in samenwerking met de relevante instellingen uitgevoerd. Cliënten op Bonaire en Curaçao zijn geworven via Mental Health Caribbean (MHC) en GGZ Curaçao. Beide instellingen hebben willekeurig personen uit hun cliëntenbestand geselecteerd, die niet langer in behandeling waren en benaderden hen met de vraag of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. MHC en GGZ Curaçao hebben deze potentiële respondenten geïnformeerd over het onderzoek, waarna een van de onderzoekers telefonisch contact heeft opgenomen met degenen die aangaven bereid te zijn deel te nemen.

Het interviewproces bestond uit twee fasen: eerst werd aan de respondent expliciet om toestemming (informed consent) gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens werd het interview uitgevoerd. Verdere details, zoals de informatie voor de respondent, de consentverklaring en de interviewvragen, zijn opgenomen in bijlage 1.

In overleg met MHC en GGZ Curaçao is per eiland een zo divers mogelijke selectie van deelnemers gemaakt, waarbij rekening is gehouden met geslacht, leeftijd en betrokken afdeling. Elk interview duurde maximaal één uur. De gesprekken zijn opgenomen en later uitgewerkt in een verslag. De opnames zijn na uitwerking vernietigd, en de verslagen zijn volledig geanonimiseerd om de privacy van de deelnemers te waarborgen.

Via de naastenvereniging Ypsilon zijn op Curaçao ook interviews afgenomen met naasten van GGZ-cliënten. Ypsilon heeft informatie over het onderzoek gedeeld met haar leden, zodat geïnteresseerden zichzelf konden aanmelden voor een interview. Op deze manier is het gelukt om niet alleen cliënten maar ook naasten te interviewen over hun ervaringen met de GGZ en de impact hiervan op henzelf en hun naasten. Helaas is er op Bonaire geen vergelijkbare naastenvereniging aanwezig, waardoor een dergelijke wervingsmethode daar niet kon worden toegepast.

Huisartsen zijn benaderd via de Huisartsenvereniging van Curaçao en via Primary Care Caribbean (PCC) op Bonaire. Respondenten namens de GGZ-instellingen zijn gerekruteerd via Mental Health Caribbean op Bonaire en via diverse GGZ-organisaties op Curaçao, waaronder PSI-Skuchami (GGZ Curaçao), vrijgevestigde psychologen en psychiaters. Deze aanpak heeft gezorgd voor een representatieve en diverse groep deelnemers, wat de betrouwbaarheid en volledigheid van de onderzoeksresultaten versterkt.

Tabel 2: overzicht respondenten organisaties GGZ

Curaçao	Bonaire
GGZ-Yudaboyu (2 respondenten)	MHC-directie + beleid (2 respondenten)
GGZ- Poli (1 respondent)	MHC-psychiater (1 respondent)
GGZ-Klinika Capriles (4 respondenten)	MHC-FACT (1 respondent)
Brasami (1 respondent)	MHC-Poli Mariadal (1 respondent)
PSI-Skuchami (1 respondent)	MHC-Kind en Jeugd (2 respondenten)
Psychiatrische Maatschap (2 respondenten)	MHC-Resiliencia (1 respondent)
Vrijgevestigd psycholoog (1 respondent)	MHC-FACT (1 respondent)
Ypsilon (1 respondent)	GGZ-POH (3 respondenten)
GGZ-POH (1 respondent)	
Huisartsen (2 respondenten)	

Topics interviews

Tijdens de gesprekken zijn de volgende topics aan bod gekomen:

1. Werking en samenwerking binnen GGZ-instellingen:
 - Soorten geleverde zorg en behoeftes van cliënten.
 - Samenwerkingsverbanden met andere organisaties en huisartsen.
 - Het verwijsp proces en de communicatie tussen huisartsen en GGZ-instellingen.
 - Redenen voor verwijzing naar GGZ en de uitstroom van patiënten, inclusief communicatie hierover.
 - Kenmerken van de patiëntenpopulatie, met aandacht voor incidentele versus terugkerende patiënten.
2. Zorgvoorzieningen op Curaçao en Bonaire:
 - Beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg.
 - Integratie en samenwerking tussen zorgorganisaties op de eilanden.
 - Sterke punten en verbeterpunten van de zorg.
3. Uitwisseling van zorg tussen Curaçao en Bonaire:
 - Ervaringen met het uitwisselen van cliënten.
 - Positieve en negatieve aspecten van deze uitwisseling.
4. Verbeterpunten en prioriteiten voor de zorg op Curaçao en Bonaire.

2.2.3 Passende zorg als analysekader

De operationalisering van **passende zorg** vereist dat de vier kernprincipes worden vertaald naar meetbare en observeerbare elementen. Dit omvat het gebruik van specifieke variabelen uit de beschikbare kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Hieronder wordt gedetailleerd uitgewerkt hoe de vier kernprincipes geoperationaliseerd kunnen worden met de data die in het onderzoek beschikbaar zijn.

Passende zorg staat centraal in het versterken van de GGZ op Bonaire en Curaçao. Het concept, zoals gedefinieerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), richt zich op zorg die waarde toevoegt, aansluit bij de behoeften van patiënten en bijdraagt aan hun kwaliteit van leven. In de context van deze eilanden, met hun unieke geografische, demografische en culturele kenmerken, wordt passende zorg als volgt geoperationaliseerd:

Waarde gedreven zorg: zorg die zich richt op uitkomsten die patiënten belangrijk vinden. Dit betekent dat behandeltrajecten niet alleen effectief moeten zijn, maar ook moeten bijdragen aan het welzijn van cliënten. Op Bonaire en Curaçao wordt dit vertaald in indicatoren zoals:

- Cliëntervaringen: het meten van patiënttevredenheid en de perceptie van zorgresultaten.
- Uitstroom- en behandeldata: bijvoorbeeld percentages succesvol afgeronde trajecten of het verminderen van escalaties naar specialistische zorg.

Zorg georganiseerd rondom de patiënt: deze dimensie benadrukt samenwerking en coördinatie. Op de eilanden kan dit gemeten worden door:

- Samenwerkingsindicatoren: bijvoorbeeld de mate waarin huisartsen en POH-GGZ effectief cliënten doorverwijzen.

- Multidisciplinaire aanpak: in hoeverre is de zorg zo ingericht dat samenwerking met diverse ketenpartners wordt gefaciliteerd en gestimuleerd.

Juiste zorg op de juiste plek: hier ligt de focus op toegankelijkheid en effectiviteit:

- Wachttijden: het monitoren en verkorten van wachttijden voor zorg.
- Dekkingsgraad van zorgverleners: de aanwezigheid van voldoende basis- en specialistische GGZ in verhouding tot de populatie.
- Inrichting en gebruik preventieve zorg: in hoeverre is het GGZ systeem ingericht op vroegsignalering en zijn er laagdrempelige interventies beschikbaar?

Focus op gezondheid in plaats van ziekte: nadruk op het belang van preventie en welzijn:

- De mate van beschikbaarheid van programma's voor zelfmanagement
- Langdurig herstel: initiatieven zoals re-integratieprogramma's en andere randvoorwaarden die langdurig herstel kunnen stimuleren.

Tabel 3: Indicatoren en meetinstrumenten passende zorg Curaçao en Bonaire

Kernprincipe	Indicatoren	Meetinstrumenten
Waardegedreven zorg	Instroom/ uitstroom/ behandelresultaten	Patientenbestand POH-GGZ, MHC-data
	Clïëntervaringen	Diepte-interviews met cliënten en naasten
	Trends in zorgvraag	Jaarverslagen MHC, GGZ-Curaçao, SVB
Zorg georganiseerd rondom de patiënt	Achtergrond en soort verwijzing	SVB data, POH-GGZ data
	Clïëntervaringen	Diepte-interviews met cliënten
	Mate en vorm van samenwerking	Diepte-interviews met medewerkers GGZ-instellingen, huisartsen en cliënten
Juiste zorg op de juiste plek	Toegankelijkheid (aantal verrichtingen, aantal cliënten)	Informatiesysteem huisartsen/ informatiesysteem POH-GGZ / informatiesysteem GGZ instellingen / informatiesysteem SVB
	Beschikbaarheid (aantal cliënten ten opzichte van beschikbare FTE's)	Informatiesysteem POH-GGZ / Informatiesysteem GGZ instellingen
	Effectiviteit zorg (behandelduur, uitstroomreden, verhouding basis- en specialistisch zorgaanbod)	Informatiesysteem POH-GGZ / Informatiesysteem GGZ instellingen
	Ervaring hulpverleners	Diepte-interviews GGZ-instellingen
	Ervaring cliënten (bereikbaarheid, wachttijd)	Diepte-interviews cliënten
Focus op gezondheid in plaats van ziekte	Aantal en type consulten POH-GGZ	Informatiesysteem POH-GGZ
	Diagnose- en behandelingsprofielen	Informatiesysteem POH-GGZ
	Demografie zorggebruikers	Informatiesysteem POH-GGZ
	Ervaren focus op welzijn	Diepte-interviews met GGZ-instellingen en cliënten
	(Ervaren) visie overheid en zorginstellingen op preventieve zorg	Deskresearch / diepte-interviews met GGZ-instellingen, huisartsen, POH-GGZ en cliënten

Door bovenstaande variabelen te combineren, kan binnen het GGZ-Carib onderzoek geëvalueerd worden hoe passende zorg op Curaçao en Bonaire door verschillende stakeholders ervaren wordt. Aanvullend kan een inschatting gemaakt worden in hoeverre het huidige zorgaanbod aansluit op de behoefte van de bevolking en welke veranderingen nodig zijn die kunnen bijdragen aan kwaliteitsvergroting van de zorg.

2.3 Fase 2: Ontdekken

In deze fase (Dream) staat het formuleren van een gezamenlijke visie op passende GGZ op de eilanden centraal. Er zijn op elk eiland twee bijeenkomsten georganiseerd. Eerst een bijeenkomst om draagvlak te creëren voor de aanpak en de uitkomsten uit fase 1 te presenteren. En vervolgens een interactieve sessie met een diverse groep belanghebbenden (zorgverleners, behandelaars, beleidsmakers, management, vertegenwoordigers cliënten) om de opgehaalde data en verhalen uit de voorgaande fase te vertalen naar een toekomstbeeld. Hierbij is ingegaan op vragen zoals: Wat is belangrijk? Welke dromen en wensen leven er? Wat hopen zij te bereiken (voor zichzelf, hun doelgroep of organisatie)? En welke aspiraties zijn er op de lange termijn?

Zowel op Bonaire als Curaçao is bewust gekozen voor een sessie met een brede groep stakeholders, waaronder belangenbehartigers, cliënten, zorgverleners, beleidsmakers en vertegenwoordigers van GGZ-organisaties. Eerst zijn de onderzoeksresultaten uit de eerdere fase gepresenteerd. Vervolgens is met de deelnemers stilgestaan bij de definitie van passende zorg en wat passende zorg is binnen de context van de eilanden. Vervolgens zijn de deelnemers in kleine groepen uitgedaagd om specifiek vanuit cliëntperspectief naar passende zorg te kijken, in relatie tot aandachtsvelden die vanuit de diepte-interviews in fase 2 naar voren zijn gekomen. Aan hen zijn drie vragen voorgelegd:

- Hoe wil je dat mensen zich voelen of niet voelen in relatie tot de in het onderzoek naar voren gekomen relevante thema's: wachttijd en toegankelijkheid, bejegening en communicatie, continuïteit van zorg, nazorg en follow-up, culturele en taalbarrières, betrokkenheid naasten?
- Wat zou ervoor zorgen dat patiënten/cliënten zich wel of niet op deze manier voelen in relatie tot de thema's en geïdentificeerde verbeterpunten?
- Brainstorm en beschrijf ideeën over hoe het mogelijk zou zijn om de ervaring van patiënten/cliënten te verbeteren in relatie tot deze thema's en geïdentificeerde verbeterpunten.

Vervolgens hebben de deelnemers nagedacht over welke visie elementen gehaald kunnen worden uit deze brainstorm en hoe de visie elementen vertaald kunnen worden naar concrete acties gericht op verandering en kwaliteitsverbetering.

Op beide eilanden is het gelukt een diverse groep aan de droomsessies te laten deelnemen.



Droomsessie Curaçao



Droomsessie Bonaire

Tabel 4: overzicht deelnemers droomsessie

Curaçao	Bonaire
Birgen di Rosario (2 deelnemers)	Primary Care Caribbean (3 deelnemers)
CBHRI (4 deelnemers)	Stichting Project (1 deelnemer)
GGZ-Brasami (1 deelnemer)	Aksesio (1 deelnemer)
GGZ-FMA (1 deelnemer)	OLB Publieke Gezondheid (1 deelnemer)
GGZ-management (2 deelnemers)	MHC-management en beleid (3 deelnemers)
GGZ-Yudaboyu (2 deelnemers)	MHC-gz psycholoog 1 ^e lijn (1 deelnemer)
GGZ-Klinika Capriles (4 deelnemers)	MHC-verpleegkundig specialist (1 deelnemer)
Ministerie GMN (1 deelnemer)	MHC-teamleider (1 deelnemer)
POH-GGZ (1 deelnemer)	
PSI-Skuchami (5 deelnemers)	
Safe Place 4 Youth (2 deelnemers)	
SGR-Groep (1 deelnemer)	
SVB (3 deelnemers)	

2.4 Fase 3: Ontwerpen

De derde fase (Design) richt zich op het ontwerpen van praktisch oplossingen en strategieën die bijdragen aan de verbetering van de GGZ op Bonaire en Curaçao. De uitkomsten uit de droomfase zijn vertaald naar concrete oplossingsrichtingen, gericht op kwaliteitsverbetering in de basis GGZ op Curaçao en Bonaire. Deze fase richt zich dus niet alleen op het analyseren en samenvatten van de verzamelde inzichten, maar ook op het vertalen van deze bevindingen naar concreet uitvoerbare strategieën. Er worden twee producten opgeleverd, een onderzoeksrapportage en een implementatieplan. De implementatieplannen (bijlage: 2) bieden een stapsgewijze aanpak voor de realisatie van de geformuleerde visie elementen. Dit plan bevat aanbevelingen voor praktische

acties, prioriteiten en houdt rekening met de specifieke context van Bonaire en Curaçao en de door stakeholders uitgesproken wensen en behoeftes.

2.5 Fase 4: Realiseren

In de vierde fase (Destiny) zijn de implementatieplannen voorgelegd aan alle relevante betrokkenen met als doel het valideren van de plannen, het creëren van draagvlak en aandacht te besteden aan borging. Er zijn op Curaçao 2 validatiesessies gehouden, 1 interactieve sessie met stakeholders en 1 focusgroep met cliënten/naasten. Op Bonaire zijn ook 2 validatiesessies gehouden, 1 interactieve sessie met stakeholders en 1 interactieve sessie met huisartsen en POH-ers.

Tabel 5: overzicht deelnemers validatiesessies

Curaçao – validatiesessie cliënten
5 deelnemers
Curaçao – validatiesessie stakeholders
CBHRI (4 deelnemers)
GGZ-Brasami (2 deelnemers)
GGZ-management (1 deelnemer)
GGZ-Klinika Capriles (6 deelnemers)
Safe Place 4 Youth (2 deelnemers)
Huisarts (1 deelnemer)
PSI-Skuchami (5 deelnemers)
SGR-Groep (1 deelnemer)
SVB (1 deelnemer)
Ouderenzorg Birgen di Rosario (1 deelnemer)
Bonaire – validatiesessie stakeholders
MHC (9 deelnemers)
Psychologiepraktijk van der Vorst (1 deelnemer)
EOZ (1 deelnemer)
Bonaire – validatiesessie huisartsen
Huisartsen (4 deelnemers)
POH-GGZ (1 deelnemer)

3. Overzicht van het GGZ-landschap

3.1 Beeldvorming GGZ

In dit hoofdstuk wordt inzichtelijk gemaakt hoe het GGZ landschap op de eilanden eruit ziet, hoe zich dat verhoudt tot de situatie in Nederland. Tevens wordt aan de hand van beschikbare data ook gekeken naar mate en aard van gebruik. Voor de presentatie van het GGZ aanbod per eiland is in overleg met de stakeholders op de eilanden gekozen voor een omgedraaide piramidevorm. Deze omgekeerde piramide weerspiegelt de visie op passende zorg. Het zwaartepunt ligt bij preventieve en laagdrempelige voorzieningen, zoals zelfmanagement, informele zorg, en ondersteuning door huisartsen en praktijkondersteuners GGZ. Door de piramide om te keren, wordt geïllustreerd dat de meeste zorgvragen idealiter in de bovenste lagen worden opgevangen, terwijl een zo klein mogelijk deel van de zorgbehoefte, zoals gespecialiseerde en langdurige zorg aan de onderste punt toe komt. Deze aanpak sluit aan bij het streven naar toegankelijke en effectieve zorg, waarbij escalatie naar duurdere en intensievere vormen van zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen.

3.2 Vergelijking met Nederland

De geestelijke gezondheidszorg op Curaçao en Bonaire vertoont zowel overeenkomsten als duidelijke verschillen, in vergelijking met elkaar én met het Nederlandse systeem. Deze verschillen zijn mede het gevolg van de eilandcontext, kleinschaligheid, beperkte middelen en verschillen in bestuurlijke inrichting binnen het Koninkrijk der Nederlanden.

Overeenkomsten tussen Bonaire en Curaçao

Beide eilanden kenmerken zich door beperkt beschikbare specialistische capaciteit, wat met name vanuit Bonaire leidt tot verwijzingen naar Curaçao, Aruba of Nederland bij complexe problematiek. Psychische problematiek is op beide eilanden nog altijd omgeven door stigma, wat een tijdelijke hulpvraag belemmert en kan leiden tot onderbehandeling. Op beide eilanden wordt een groeiende behoefte aan GGZ gezien. Zowel op Curaçao als Bonaire wordt erkend dat laagdrempelige, preventieve zorg essentieel is, maar de implementatie verloopt verschillend.

Verschillen tussen Bonaire en Curaçao

Bonaire kent een gecentraliseerde structuur met MHC als enige aanbieder van basis- en specialistische GGZ, inclusief FACT-zorg en ambulante begeleiding. Curaçao heeft een gefragmenteerd en gedecentraliseerd GGZ-landschap, met meerdere aanbieders zoals GGZ Curaçao (bestaande uit Klinika Capriles, Yudaboyu, FMA en Sonrisa), PSI-Skuchami, Brasami en vrijgevestigde psychologen.

Op Bonaire is de POH-GGZ structureel ingebed in de huisartsenzorg en functioneert als schakel tussen huisarts en specialistische zorg. Op Curaçao bevindt de POH-GGZ zich nog in een pilotfase, wat de toegankelijkheid tot laagdrempelige GGZ beperkt. Door de centralisatie en korte lijnen zijn wachttijden op Bonaire relatief wat korter dan op Curaçao. Daar leiden fragmentatie en personeelstekorten tot langere wachttijden en minder efficiënte doorverwijzingen. Voor wat betreft intramurale capaciteit is de mogelijkheid op Bonaire beperkt, complexe casuïstiek wordt doorgaans doorverwezen naar Curaçao. Curaçao beschikt over gespecialiseerde intramurale instellingen zoals Klinika Capriles en Fundashon Brasami. Door schaalgrootte en centralisatie verloopt samenwerking

op Bonaire beter gestructureerd. Curaçao kent meer versnippering, zowel qua organisatie als financiering van de zorg, wat samenwerking tussen instellingen bemoeilijkt.

Vergelijking met Nederland

Nederland beschikt over een breed aanbod van preventieve en ondersteunende voorzieningen. Op Bonaire en Curaçao is de ambitie voor preventie aanwezig, maar in de praktijk nog beperkt geïmplementeerd. In Nederland is laagdrempelige GGZ in de vorm van POH-GGZ breed toegankelijk, ook op Bonaire is de POH-GGZ goed ingebed, op Curaçao is deze voorziening beperkt beschikbaar in de vorm van een pilotproject.

Voor wat betreft (hoog)specialistische GGZ is in Nederland de toegang tot specialistische GGZ uitgebreider, met een breed scala aan instellingen en behandelopties.

De cijfers over psychische aandoeningen in Nederland bieden waardevolle context, maar directe vergelijkingen met Bonaire en Curaçao zijn beperkt mogelijk vanwege verschillen in datakwaliteit, zorgstructuur en culturele factoren. In Nederland heeft circa 26% van de volwassen bevolking jaarlijks te maken met een psychische aandoening en maakt 16% gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (Trimbos instituut⁹). Op Bonaire maakte in 2023 ongeveer 5% van de bevolking gebruik van GGZ-zorg via MHC. Op Curaçao zijn dergelijke cijfers niet eenduidig beschikbaar, maar uit SVB-declaratiedata blijkt dat GGZ-aanbieders jaarlijks enkele duizenden cliënten behandelen, met name via ambulante trajecten. Het werkelijke percentage zorggebruikers ligt waarschijnlijk hoger, mede gezien de lange wachttijden en het ontbreken van registraties van niet-vergoede zorg.

De lagere geregistreerde zorgconsumptie op de eilanden is niet per se een reflectie van een lagere zorgbehoefte. Factoren zoals stigma, beperkte beschikbaarheid van laagdrempelige voorzieningen, personeelstekorten, en het ontbreken van systematische registratie dragen bij aan onderbenutting van de GGZ.

3.3 Bonaire: zorgstructuur en cliëntprofiel

Het GGZ-landschap op Bonaire is divers en biedt zowel basis als gespecialiseerde zorg, afhankelijk van de complexiteit van de psychische klachten. Dit systeem is ingericht om een breed scala aan psychische problemen aan te pakken, variërend van milde tot ernstige aandoeningen, en om ondersteuning te bieden aan verschillende doelgroepen op Bonaire.

3.3.1 GGZ-piramide Bonaire

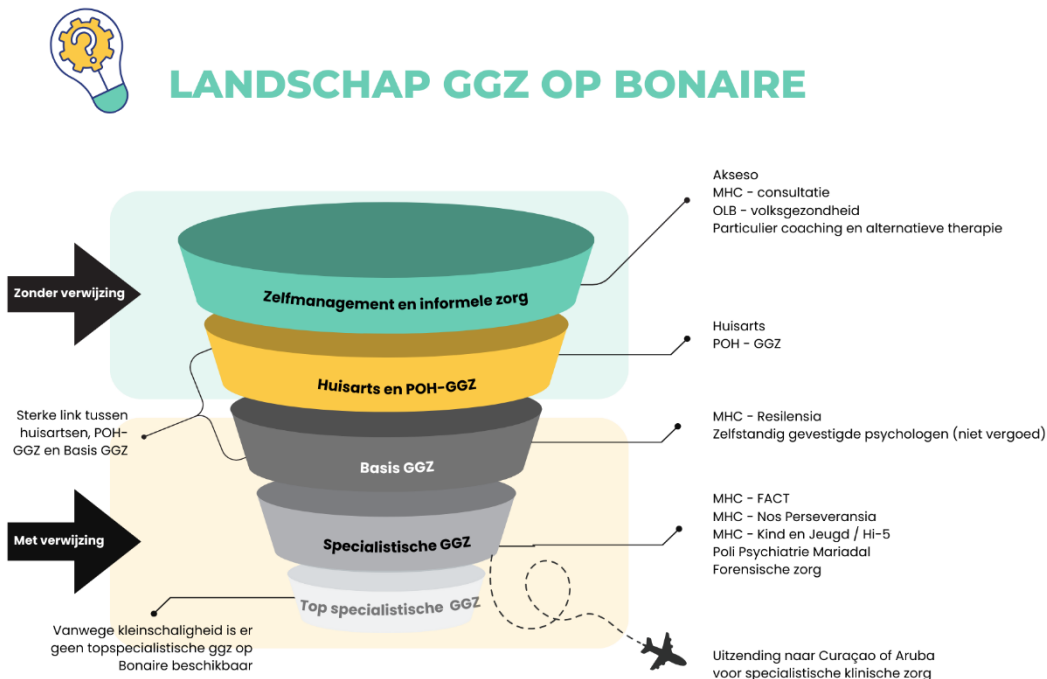
In figuur 3 wordt het landschap van de GGZ gepresenteerd in de vorm van een omgekeerde piramide. De piramide weerspiegelt een systematische aanpak waarbij zorg afgestemd is op de ernst van de klachten, van zelfhulp en preventie tot intensieve gespecialiseerde zorg. Elke laag van de piramide vertegenwoordigt een niveau van zorg, met een oplopende intensiteit en specialisatie.

In de bovenste laag zit het zelfmanagement en de informele zorg, waarin op Bonaire Stichting Akseso en de afdeling Publieke Gezondheid binnen OLB en MHC vanuit een consultatiefunctie een

⁹ Bron: <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-GGZ/>

rol spelen. Deze laag richt zich op preventieve en laagdrempelige ondersteuning met als doel het versterken van eigen regie en het voorkomen van escalatie van klachten.

Figuur 3: Schematische weergave GGZ piramide Bonaire



De tweede laag omvat de huisartsenzorg en praktijkondersteuning (POH-GGZ). Hier kunnen patiënten terecht voor medische en lichte psychologische hulp, waarbij de POH-GGZ een brugfunctie vervult door mensen te helpen met mentale klachten zonder dat specialistische interventies direct nodig zijn.

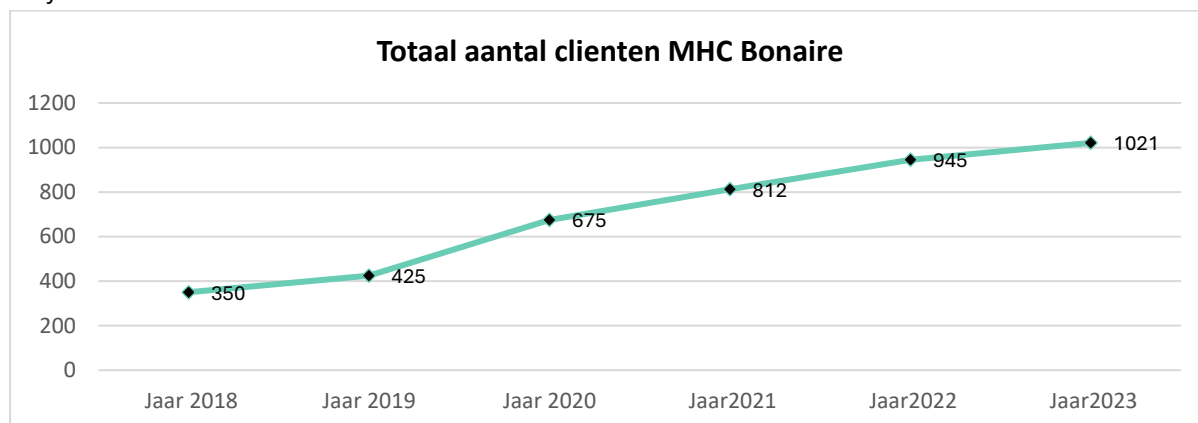
In de derde laag, de basis GGZ, wordt zorg geboden in de vorm van meer gestructureerde psychologische begeleiding. Dit gebeurt onder andere via de MHC praktijk Resilensia en in beperkte mate ook door zelfstandig gevestigde psychologen. Omdat deze niet vergoed worden door verzekeraars betreft het hier slechts een klein aandeel. Deze laag biedt een breder scala aan interventies voor psychische klachten die een meer gerichte aanpak vereisen.

In de vierde laag bevindt zich de gespecialiseerde GGZ, waar intensieve zorg wordt geboden aan patiënten met ernstige en complexe problematiek. Deze zorg wordt geleverd door MHC-Fact voor langdurige psychiatrische problemen die bij voorkeur integraal en direct in de omgeving van de patiënt wordt aangeboden, Sentro Nos Perseveransia voor re-integratie en herstel, en specifieke programma's voor kinderen jongeren via MHC-Kind en Jeugd of Hi-5. Daarnaast is er poliklinische psychiatrie en forensische zorg voor patiënten met een combinatie van psychische en justitiële uitdagingen. De kleinschaligheid maakt dat er op Bonaire geen top specialistische zorg aanwezig is, zoals bijvoorbeeld specialistische

3.3.2 Cliëntenpopulatie Bonaire

Het aantal cliënten bij MHC is sinds 2018 toegenomen, van 350 cliënten in 2018 naar 1021 cliënten in 2023. Deze toename heeft vooral te maken met de sterke demografische groei die Bonaire heeft doorgemaakt de afgelopen jaren. Ook lijkt er sprake te zijn van een afname van het stigma rondom psychische problemen. Gebaseerd op de huidige cliëntenpopulatie van MHC blijkt dat ongeveer 5% van de bevolking in Bonaire gebruik maakt van GGZ-zorg. Dat is lager dan het geschatte percentage zorgbehoevenden, wat is vastgesteld op 7% voor Caribisch Nederland¹⁰.

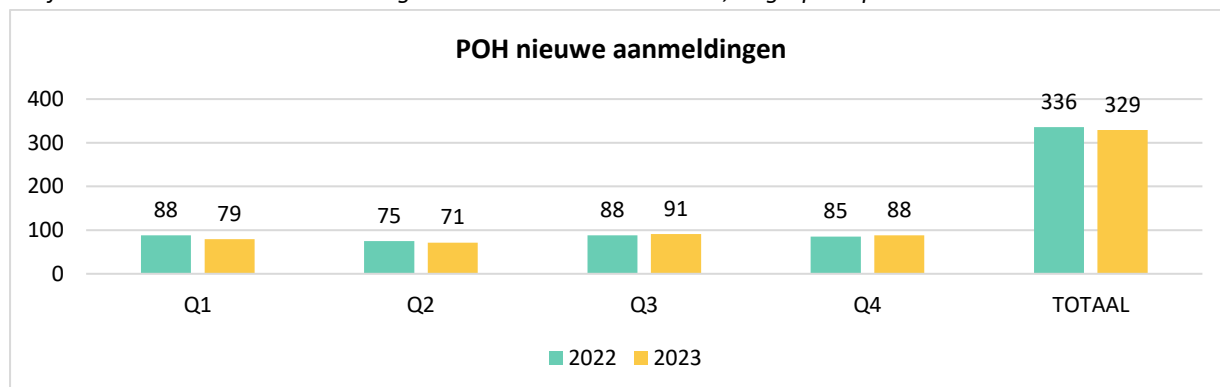
Grafiek 1: Overzicht aantal cliënten MHC Bonaire¹⁰



In januari 2022 is op Bonaire gestart met het invullen van de POH-GGZ functie. Een huisartsen-praktijk op Bonaire heeft gedetailleerde data beschikbaar gesteld over de activiteiten van de POH-GGZ. In totaal hebben deze twee binnen deze praktijk werkende huisartsen ongeveer 10.000 ingeschreven patiënten. Er zijn 2 POH-GGZ-ers die samen 1 FTE invullen.

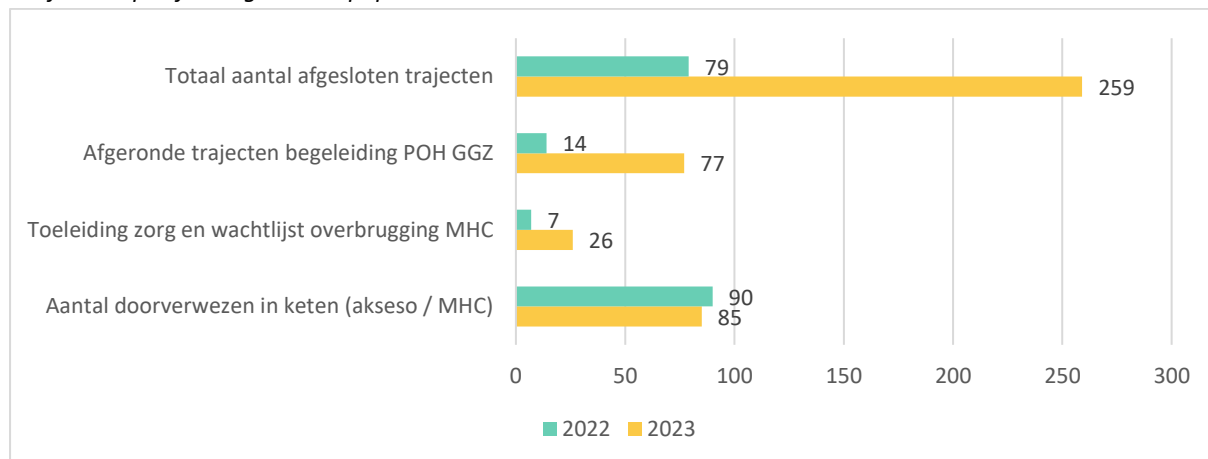
Grafiek 2 toont het aantal nieuwe aanmeldingen bij de POH-GGZ, verdeeld over de kwartalen van de jaren 2022 en 2023. De grafiek laat zien dat het aantal nieuwe aanmeldingen bij de POH-GGZ op Bonaire over de jaren 2022 en 2023 vrijwel stabiel is gebleven, met slechts kleine verschillen per kwartaal. De algemene stabiliteit in de cijfers suggereert een continue vraag naar de diensten van de POH-GGZ.

Grafiek 2: Aantal nieuwe aanmeldingen POH-GGZ in 2022 en 2023, uitgesplitst per kwartaal



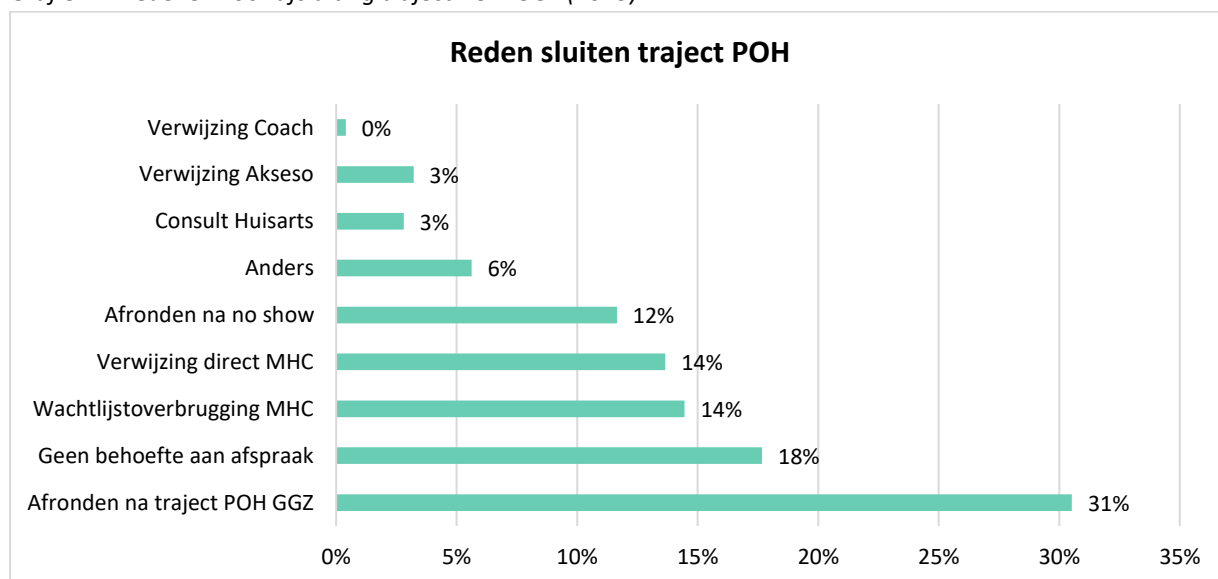
Grafiek 3 splitst de cliëntenpopulatie van de POH-GGZ nader uit in verschillende categorieën, en vergelijkt de situatie in 2022 met 2023. Er is een positieve ontwikkeling te zien in het aantal afgesloten en afgeronde trajecten, met name in 2023. De toename in afgeronde trajecten en het stabiele aantal doorverwijzingen binnen de keten suggereren een effectieve werking van de POH-GGZ, waarbij meer cliënten succesvol geholpen worden zonder de noodzaak voor verdere gespecialiseerde zorg.

Grafiek 3: Specificering cliëntenpopulatie POH-GGZ in 2022 en 2023



De reden voor afsluiting van een traject bij de POH-GGZ is divers (zie grafiek 5). Elke reden wordt weergegeven als een percentage van het totaal aantal afgesloten trajecten. De meeste trajecten binnen de POH-GGZ worden afgesloten vanwege het succesvol afronden van het traject of doordat cliënten geen verdere behoefte hebben aan ondersteuning. Een deel van de cliënten wordt doorverwezen naar verdere zorg. Ook valt een deel uit door no-shows. Deze gegevens bieden inzicht in de effectiviteit van de POH-GGZ en de uitdagingen die spelen bij het behoud van cliënten in behandeling.

Grafiek 4: Redenen voor afsluiting traject POH-GGZ (2023)



3.4 Curaçao: zorgstructuur en cliëntprofiel

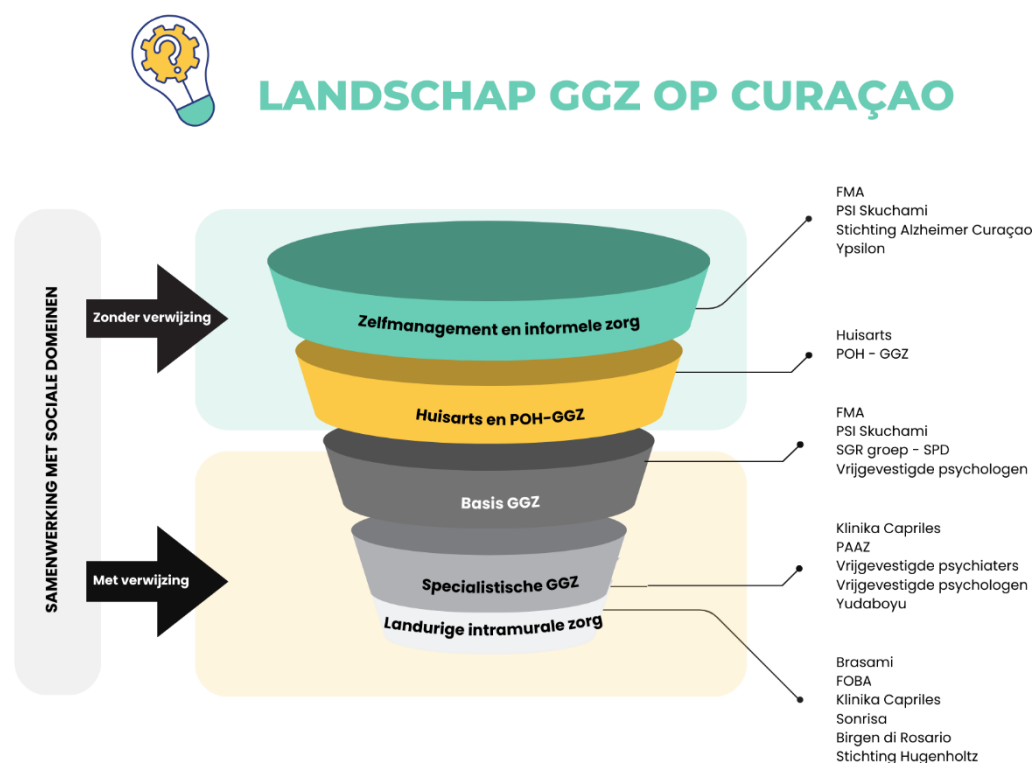
Curaçao beschikt over een divers en gelaagd aanbod van GGZ, dat uiteenloopt van preventie en laagdrempelige ondersteuning tot gespecialiseerde en langdurige zorg. De structuur van de GGZ op het eiland wordt gevormd door een netwerk van instellingen, zelfstandige professionals en ondersteunende diensten.

3.4.1 GGZ-piramide Curaçao

In figuur 4 wordt piramidestructuur van de GGZ op Curaçao, gepresenteerd, waarbij de verschillende zorglagen worden beschreven. Vergelijkbaar met de piramide van Bonaire vertegenwoordigt elke laag een niveau van intensiteit en specialisatie van geestelijke gezondheidszorg, van preventieve en informele zorg tot langdurige intramurale zorg.

De GGZ-piramide van Curaçao biedt een overzicht van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg op het eiland, waarin de zorg wordt gepresenteerd als een gelaagd systeem. Die manier van weergeven sluit goed aan op de visie van de Curaçaose overheid, waarin expliciet wordt gekozen voor ambulant als het kan, intramuraal als het nodig is, goede afstemming en samenwerking met sociale domeinen en in alle lagen aandacht voor preventie en eigen regie.

Figuur 4: Schematische weergave GGZ piramide Curaçao



gestructureerde psychologische begeleiding voor matige klachten en wordt aangeboden door verschillende organisaties (FMA, PSI Skuchami, SGR Groep en de vrijgevestigde psychologen). De volgende laag is de specialistische GGZ, waarbinnen op Curaçao gedifferentieerd wordt tussen ambulante en intramurale zorg. De ambulante specialistische GGZ is er in geval van crisis, bij stabiele ernstige psychiatrische aandoeningen en bij complexe psychische problematiek. Op dit gebied is er ook een divers aanbod op Curaçao: de polikliniek en het outreach team (IAB) van Klinika Capriles, vrijgevestigde psychologen, vrijgevestigde psychiaters en Yudaboyu. Intramurale specialistische GGZ wordt geboden door Klinika Capriles en de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis PAAZ. De langdurige intramurale zorg is er voor patiënten bij wie de behoefte bestaat aan langdurige opname en zorg, deze zorg wordt geboden door Brasami voor patiënten met een combinatie van psychiatrische en verslavingsproblematiek, de forensische behandelingsafdeling in de gevangenis voor gedetineerden met ernstige psychiatrische problemen (FOBA), Klinika Capriles (lang-verblijf afdelingen), Sonrisa voor psychiatrisch patiënten die stabiel zijn maar niet zelfstandig kunnen wonen en Hugenholtz voor patiënten met Alzheimer. Daarnaast maakt ook Birgen di Rosario deel uit van de langdurige intramurale zorg, met een capaciteit van 35 gefinancierde bedden voor chronische psychiatrische patiënten.

3.4.2 Cliëntenpopulatie Curaçao

Om inzicht te geven in hoe de cliëntenpopulatie van de GGZ op Curaçao eruit ziet is gebruik gemaakt van verschillende databronnen: administratieve data van de pilot POH-GGZ bij twee huisartsenpraktijken en administratieve data van de SVB en GGZ Curaçao.

POH-GGZ Curaçao

Gedurende de 11 maanden durende pilot bij twee huisartsenpraktijken zijn er in totaal 109 patiënten aangemeld bij de POH-GGZ, van deze 109 patiënten zijn er 23 (21%) ondanks herhaaldelijke uitnodiging niet op de afspraak verschenen. In totaal 86 patiënten zijn bij de POH-GGZ op consult geweest. De meeste patiënten waren vrouwen (79%), tegenover 21% mannen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 51 jaar, de jongste cliënt was 14 jaar en de oudste 88 jaar.

Het aantal contacten en de behandelduur varieerde, bij 39% was sprake van

Tabel 6: Diagnose bij intake POH-GGZ

ICPC code	Beschrijving	Aantal patiënten
	Psychische problemen	
P01	Angstig / nerveus / gespannen gevoel	44
P02.1	Post-traumatische stressstoornis	1
P03	Down / depressief gevoel	9
P19	Drugsmisbruik	1
P20	Geheugen- / concentratie- / oriëntatiestoornissen	2
P25	Levensfaseprobleem volwassene	1
P27	Angst voor psychische ziekte	1
	Psychische stoornissen	
P74	Angststoornis / angsttoestand	2
P75	Somatisatiestoornis	1
P76	Depressie	1
P78	Neurasthenie / sumenage	2
	Sociale problemen	
Z03.03	Dakloos	1
Z04.03	Eenzaamheid	1
Z05.01	Dreigend ontslag	1
Z05.02	Arbeidsconflict / probleem met collega's	1
Z12	Relatieprobleem met partner	3
Z13.01	Probleem met verslaving van partner	1
Z1		

Bij alle 86 patiënten is aan het einde van de pilotperiode in kaart gebracht of en waarheen de patiënt is uitgestroomd, zie tabel 7.

Tabel 7: Vervolgtraject na afsluiting door POH-GGZ

Vervolgtraject	Aantal patiënten
Geen vervolgtraject / op eigen kracht verder	22 (26%)
Vervolgtraject bij POH-GGZ	7 (8%)
Huisarts	36 (42%)
Vrijgevestigde psycholoog	9 (11%)
Poli Capriles	8 (9%)
PSI-Skuchami	1 (1%)
Psychiaters Maatschap	1 (1%)

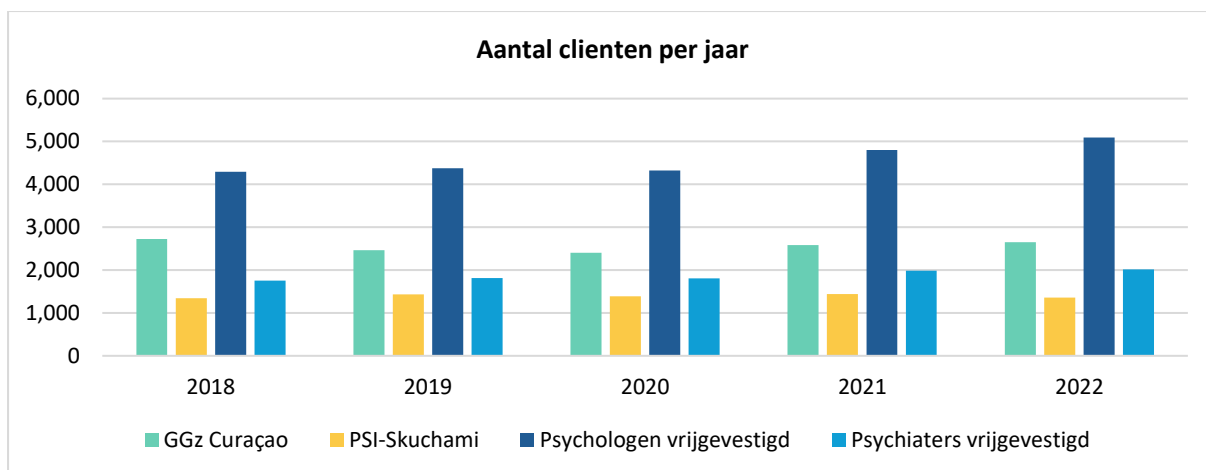
Tabel 8: Afname problematiek patiënt ingeschat door POH-GGZ

Vervolgtraject	Aantal patiënten
Niet afgenomen	11 (13%)
Een beetje afgenomen	36 (42%)
Gedeeltelijk afgenomen	10 (12%)
Volledig afgenomen	0 (0%)
Onbekend	29 (33%)

De POH-GGZ is gevraagd een inschatting te maken in hoeverre de problematiek van de patiënt na hun begeleiding is verminderd. Bij ruim de helft (54%) is de problematiek (enigszins) verminderd, zie tabel

Tabel 9 + Grafiek 5: Vergelijking gedeclareerde verrichtingen ten laste van SVB

	2018		2019		2020		2021		2022	
GGz Curaçao ¹	37.110	46.7%	34.634	44.4%	31.699	42.1%	33.963	41.5%	34.775	41.0%
PSI-Skuchami ²	9.743	12.3%	11.891	15.3%	10.949	14.5%	8.882	10.9%	10.035	11.8%
Psychologen vrijgevestigd ²	19.455	24.5%	19.746	25.3%	19.156	25.4%	22.199	27.1%	24.389	28.7%
Psychiaters vrijgevestigd ²	13.160	16.6%	11.656	15.0%	13.488	17.9%	16.757	20.5%	15.675	18.5%
Totaal										



Tabel 11 + Grafiek 7 tonen het gemiddeld aantal gedeclareerde verrichtingen per cliënt per jaar.

In tabel 12 worden de percentages jongeren en volwassenen per instelling / behandelarengroep weergegeven. Grafiek 8 vergelijkt de percentages jongere cliënten (< 18 jaar).

- De vrijgevestigde psychologen hebben relatief veel jongeren onder hun cliënten. Wel is er een dalende trend te zien. Was in 2018 nog 36.0% van hun cliënten jonger dan 18 jaar, in 2022 is dit percentage gedaald naar 29.1%.
- Bij GGz Curaçao (Klinika Capriles en Yudaboyu) is er in 2020 een dip in het percentage jongere cliënten te zien. Vanaf 2021 stijgt het aandeel jongeren onder de ambulante cliënten tot 26.7% in 2022. De verdeling jongeren-volwassenen bij GGz Curaçao is in 2022 vergelijkbaar met de verdeling bij vrijgevestigde psychologen.
- Het percentage jongeren onder de cliënten van PSI vertoonde een daling in de jaren 2019-2021 en is in 2022 weer enigszins toegenomen tot 15%.
- Het aandeel jongeren onder de cliënten van de psychiatrische maatschap is verwaarloosbaar klein.

Tabel 12 + Grafiek 8: Vergelijking percentages verrichtingen naar leeftijd ten laste van SVB

	2018
--	------

4. Ervaringen met GGZ-zorg

4.1 Perspectief van cliënten en professionals

Dit hoofdstuk belicht de ervaringen en beleving van de GGZ op Bonaire en Curaçao, vanuit het perspectief van zowel cliënten, zorgprofessionals als betrokken stakeholders. De verhalen zijn verzameld via interviews, focusgroepen, droomsessies en validatiesessies en vormen samen een rijk palet aan inzichten over wat goed werkt en wat beter kan binnen de GGZ.

De ervaringen van cliënten en professionals zijn niet los van elkaar te zien: waar cliënten spreken over hun persoonlijke trajecten en beleving van zorg, geven professionals een bredere kijk op de uitdagingen binnen het systeem en de uitvoering van de zorg. Door deze perspectieven in samenhang te presenteren, ontstaat een genuanceerd beeld van de werkelijkheid waarin beide groepen zich bewegen.

De thema's die in dit hoofdstuk centraal staan, zijn gebaseerd op terugkerende patronen uit de verhalen van de betrokkenen. Deze thema's zijn: de kwaliteit van de hulpverlening, de effectiviteit van behandelingen, ervaringen met ondersteunende diensten, het aanmeldproces en de impact van wachtlijsten, de invloed van culturele en taalbarrières,

meestal goede kennis van de context heeft waarin mensen leven. Echter ook de beperkte keuzemogelijkheden en overbelasting van enkele ketenpartners, waaronder maatschappelijk werk bij Aksezo werd expliciet benoemd.

Kleinschaligheid en capaciteitsproblemen spelen ook een rol bij hoe de effectiviteit van de behandeling beleefd wordt. Een professional op Bonaire gaf aan: *“Op Bonaire is er vaak sprake van onderbrekingen in de zorg, vooral als behandelaars het eiland verlaten. Dat maakt het moeilijk om een consistent behandelingsplan te volgen.”* Een andere professional merkt op *“Er is behoefte aan meer gespecialiseerde behandelingen, vooral voor complexe gevallen zoals trauma en ernstige depressie. We doen ons best, maar de middelen zijn beperkt”.*

Curaçao

Op Curaçao wordt de beleving van de kwaliteit van de zorg sterk beïnvloed door de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg. Lange wachttijden en beperkte capaciteit worden door zowel cliënten als professionals als significante belemmeringen ervaren. Een professional benadrukt dit door de wachttijden bij verschillende afdelingen nogmaals te benoemen:

individuele ondersteuning: *“Ik vind het moeilijk om mijn problemen te delen met een groep. Op Bonaire kent iedereen elkaar, en ik wil niet dat anderen weten wat ik doormaak.”*

Op **Curaçao** is sprake van vergelijkbaar dualisme, sommige cliënten ervaren groepsbijeenkomsten als ondersteunend en verbindend, anderen voelen zich ongemakkelijk om persoonlijke problemen in een groepssetting te delen. Een cliënt op Curaçao zei: *“De groeps sessies hebben me echt geholpen om te zien dat ik niet de enige ben met deze problemen. Het gaf me een gevoel van verbondenheid en steun”*. Een andere cliënt gaf echter aan: *“Ik vond het moeilijk om mijn verhaal te delen in een groep. Het voelde alsof ik niet alles kon zeggen wat ik wilde.”*

De implementatie van E-health en telefonische

Verskillende cliënten geven aan tijdens de wachttijd de behoefte te hebben gehad aan meer tussentijdse ondersteuning, zoals regelmatig contact of alternatieve interventies om de wachttijd draaglijker te maken. Een cliënt op Curaçao merkte op: *“Nee, ik kreeg geen aanvullende steun tijdens de wachtperiode. Als ik geïnformeerd was over aanvullende steun, had ik die misschien wel gezocht, maar ik vind het niet fijn om mijn persoonlijke ervaringen te delen met anderen die niet mijn arts zijn”*. Deze client geeft aan dat er wel behoefte was aan steun, maar ook een aarzeling om gebruik te maken van groepsondersteuning.

Een andere cliënt op Curaçao deelde een positieve ervaring: *“Tijdens de wachtperiode had de*

proberen cliënten die op de wachtlijst staan regelmatig te bellen om te zien hoe het met hen gaat. Maar dit is niet altijd haalbaar vanwege hoge werkdruk”, stelt een GGZ-professional.

Ervaringen zorgprofessionals Bonaire

Op Bonaire worden wachttijden eveneens als problematisch ervaren, vooral door onderbezetting van personeel. Dit leidt tot langere wachttijden, vooral bij specialistische dienstverlening door psychologen en psychiaters. Een professional op Bonaire zegt: *“Eigenlijk willen wij geen wachttijden, maar door onderbezetting door ziekte*

Het stigma rondom geestelijke gezondheid en het maatschappelijke bewustzijn over deze problemen spelen een belangrijke rol in hoe de GGZ wordt ervaren op zowel Bonaire als Curaçao. Dit stigma belemmert mensen om hulp te zoeken en beïnvloedt de manier waarop hulp ervaren wordt. Dit heeft directe gevolgen voor de effectiviteit van de GGZ aangezien veel cliënten pas hulp zoeken wanneer hun problemen al ernstig zijn. Schaamte speelt hierbij een grote rol. Een professional op Curaçao merkte op: *“We zijn een kleine gemeenschap, mensen zijn gewend de vuile was niet buiten te hangen. Er zit ook veel schaamte, je merkt dat het mensen beperkt om aan te geven wat hen mankeert. Ze denken wat mensen zullen zeggen als ze hun*

informatie aan families geven zodat families beter begrijpen wat er aan de hand is en hoe ze ermee om moeten gaan.” Een professional op Curaçao stelt voor dat er meer structurele informatie naar families moet gaan om hen te helpen de situatie beter te begrijpen: “Meer voorlichting in zijn algemeen aan de bevolking over psychische problematiek.”

5. Analyse van passende zorg

5.1 Toetsing aan zorgprincipes

In dit hoofdstuk wordt de situatie in de GGZ op Bonaire en Curaçao getoetst aan de vier kernprincipes van passende zorg: waardegedreven zorg, zorg georganiseerd rondom de patiënt, juiste zorg op de juiste plek en focus op gezondheid in plaats van ziekte. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de onderzoeksgegevens, interviewuitkomsten en inzichten uit validatiesessies.

alternatieven zijn naast MHC, behalve het zelf bekostigen van behandelingen bij zelfstandig gevestigde psychologen. Dat beperkt echter de toegankelijkheid voor cliënten. Er is noodzaak om de taakverdeling tussen huisartsen, POH-GGZ en maatschappelijke organisaties zoals Aksezo helderder vast te leggen, om cliënten beter en efficiënter te kunnen helpen.

De situatie op **C**

5.5 Focus op gezondheid in plaats van ziekte

Op **Bonaire** blijkt uit interviews en sessies dat er relatief veel aandacht is voor preventieve zorg en welzijn, mede door initiatieven zoals POH-GGZ en sociale programma's bij Aksezo gericht op vroeg signalering en welzijnsbevordering. Toch blijft uitbreiding en versterking van deze preventieve aanpak wenselijk, gezien de toenemende zorgvraag. Er is onder andere versterking nodig op het gebied van vroegtijdige signalering van problemen gerelateerd aan onder andere huiselijk geweld, relatieproblematiek en armoede gerel

6. Conclusies en aanbevelingen

6.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek was te komen tot een roadmap voor passende basis GGZ op Bonaire en Curaçao. Passend wordt hier op twee manieren geïnterpreteerd:

Op **Bonaire** vervullen de huisartsen en POH-GGZ een centrale rol als voorportaal. Sentro Aksesio functioneert aanvullend, vooral op het sociaal domein.

Op **Curaçao** zijn de huisartsen wel de belangrijkste verwijzers, maar bestaat er geen uniforme werkwijze voor verwijzing en ontbree

- De POH-GGZ is structureel ingebed in de huisartsenzorg en functioneert aantoonbaar als effectief voorportaal voor lichte tot matige problematiek: de instroom is stabiel en het aantal afgeronde trajecten groeit.
- De zorgstructuur is geïntegreerd en toegankelijk, maar kwetsbaar door beperkte capaciteit en specialisatie.

- Breid POH-GGZ uit inclusief structurele financiering hiervoor
- Ontwikkel een zorgkaart en digitaal zorgplatform
- Start publiekscampagnes tegen stigma rond psychische gezondheid

Deze aanbevelingen worden in het

7. Implementatieplannen

7.1 Inleiding

Op basis van de onderzoeksresultaten is per eiland een implementatieplan ontwikkeld voor de versterking van de GGZ. Deze plannen vormen een vertaling

doorverwijzingen, wordt tegen het licht gehouden, met het doel om effectievere en herstelgerichte behandeltrajecten te ondersteunen.

Een van de sleutels tot verbetering ligt in de toegang tot zorg. Daarom is het belangrijk te werken aan een uniform triagemodel dat

Een ander speerpunt is het uitbreiden van het aanbod POH-GGZ, zodat meer huisartsenpraktijken ondersteund kunnen worden en waarbij ook expliciet aandacht wordt

platform op Curaçao, waar triage, wachttijden en zelfhulp toegankelijk worden gemaakt voor cliënten zonder noodzakelijke verwijzing door een huisarts.

- **Australië (Headspace):** Headspace-centra bieden toegank

Ad B. Centraal digitaal platform voor professionals en cliënten

Informatie over GGZ-aanbieders, behandelopties en wachttijden is op Curaçao

Bonaire

De GGZ op Bonaire staat voor de uitdaging om toegankelijker, beter afgestemd en meer preventiegericht te worden ingericht. Ondanks de aanwezigheid van verschillende betrokken organisaties – MHC, huis

Deze preventieve aanpak sluit aan bij het volksgezondheidsbeleid van Bonaire, waarin aandacht is voor een holistische kijk op gezondheid in de vorm van het bevorderen van gezonde leefst

BIJLAGE 1: Achtergrondinformatie en topic list interviews

- U weet dat u het

- c. Hoe ervaart u de intereiland

BIJ



