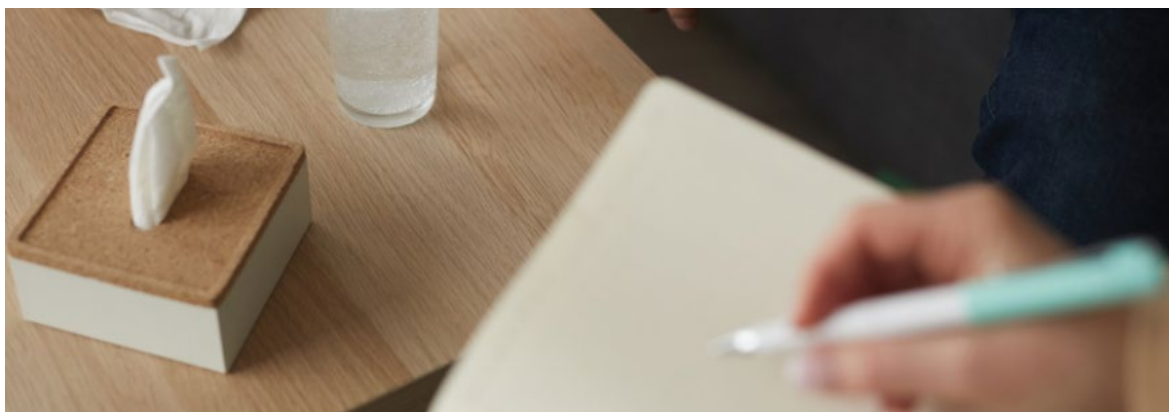




Inspectie
Volksgezondheid
Aruba



Rapport

Nulmeting Geestelijke Gezondheidszorg

Documentnummer: GEH-2025/2419

Versie: Definitief | 1.2

Datum van uitgave: 14 november 2025

Herzieningsdatum: n.v.t.

Disclaimer

Dit document is eigendom van de Inspectie Volksgezondheid en is uitsluitend bedoeld voor de geadresseerde(n). Het bevat mogelijk vertrouwelijke en/of gevoelige informatie. Ongeautoriseerde verspreiding, openbaarmaking of gebruik van (delen van) de inhoud is niet toegestaan.

Hoewel de grootst mogelijke zorg is besteed aan de juistheid en volledigheid van de informatie in dit document, aanvaardt Inspectie Volksgezondheid Aruba geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden of onvolledigheden. Dit document heeft geen bindende juridische status en er kunnen geen rechten aan worden ontleend. Verspreiding en/of openbaarmaking aan derden is alleen toegestaan met uitdrukkelijke toestemming van de Inspectie Volksgezondheid Aruba.

Auteur(s):	Trinidad, S	Span, C	Maya, C
Goedgekeurd door:	Fingal, C	Lopez Penha, D	-
Gebruikswijze:	Extern document		

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
1.1 Profiel van het veld	1
2 Organisatie	2
2.1 Organisatiestructuur en inrichting	2
2.2 Financiering en middelen	2
2.3 Medewerkers, capaciteit en deskundigheid	2
2.4 Samenwerking en interne overlegstructuren	3
2.5 Slotzin	3
3 Aangeboden diensten	4
3.1 Verwijzing en triage	4
3.2 Diensten en beschikbaarheid	4
3.3 Training en deskundigheidsontwikkeling	4
3.4 Samenhang en impact op zorgtrajecten	4
3.5 Slotzin	5
4 Zorgketen	6
4.1 Ketenpartners en rollen	6
4.2 Aanmelding en toegangspoorten	6
4.3 Overdracht en informatie-uitwisseling	6
4.4 Wachttijden en casusregie	7
4.5 Crisis- en spoedroutes	7
4.6 Buitenlandse partners en uitplaatsingen	7
4.7 Samenhang en afhankelijkheden	7
4.8 Slotzin	7
5 Kwaliteit	8
5.1 Patiëntbescherming	8
5.2 Dossiervoering en documentbeheer	8
5.3 Protocollen, richtlijnen en klachtenregeling	8
5.4 Kwaliteitscommissies, audits en kwaliteitsindicatoren	8
5.5 Kwaliteitssystemen en evaluatiecultuur	9
5.6 Slotzin	9

6	Medicatiemanagement.....	10
6.1	Medicatieopslag en beheer	10
6.2	Voorschrijven en dubbel-voorschrijven	10
6.3	Monitoring, bijwerkingen en overdracht	10
6.4	Slotzin.....	10
7	Ketenrisico's en gezamenlijke opgaven.....	11
7.1	Overkoepelende ketenrisico's	11
7.1.1	Continuïteitsrisico	11
7.1.2	Personeelstekort en verloop van professionals.....	11
7.1.3	Kwaliteitsrisico.....	12
7.1.4	Patiëntveiligheidsrisico.....	12
7.1.5	Samenwerkingsrisico	12
7.1.6	Toetsbaarheids- en verantwoordingsrisico.....	12
7.2	Gezamenlijke verbeteropgaven vanuit het veld	12
7.2.1	Eenduidige toegang en triage.....	12
7.2.2	Heldere overdracht en casusregie.....	12
7.2.3	Kwaliteitsbasis en transparante dossiervoering	13
7.2.4	Wachttijdbeheer en overbrugging.....	13
7.2.5	Medicatie-afstemming en monitoring.....	13
7.3	Conclusie	13
8	Aanbevelingen.....	14
8.1	Korte termijn - voorspelbaarheid en basisveiligheid	14
8.2	Middellange termijn - structuur en borging.....	14
8.3	Lange termijn - duurzame ketenontwikkeling.....	14
9	Toezichtlijn Inspectie	15
	Spoor 1 - Naleving basisafspraken	15
	Spoor 2 - Kwaliteitskader en medicatie-afstemming	15
	Spoor 3 - Risico gestuurd toezicht.....	15
10	Vertaling naar de keten.....	16
11	Slot woord	17
	Dankwoord	17

1 Inleiding

In de periode 2024-2025 heeft de Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie) een nulmeting uitgevoerd binnen de geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) om een keten-breed beeld te verkrijgen van de organisaties, samenwerking, kwaliteit en risico's in het veld.

Deze nulmeting is uitgevoerd op basis van artikel 18 van de Landsverordening Kwaliteit in de Gezondheidszorg (LKIG) en heeft als doel een eerste referentiepunt te creëren voor toekomstig toezicht en kwaliteitsverbetering.

In het kader van deze nulmeting zijn gesprekken gevoerd en gegevens verzameld bij meerdere zorgaanbieders en schakels binnen de GGZ-keten. De Inspectie heeft nulmetingsgesprekken gehouden met:

- Fundacion Salud Mental Aruba (Respaldo)
- Fundacion Anti Droga Aruba (FADA)
- Stichting Hunto pa Mental Health Aruba
- Huisartsenvereniging Aruba (HAVA)
- Wit Gele Kruis Aruba - Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)
- Ambulancedienst en Meldkamer 911 (Spoedzorgketen)
- Vrijgevestigde psychologen en orthopedagogen

Het doel van deze gesprekken en de aanvullende nulmeting was om de grootste risico's en knelpunten binnen de GGZ-keten in kaart te brengen, evenals kansen tot verbetering.

De nulmeting vormt daarmee de basis voor het versterken van de ketensamenwerking, het verbeteren van de continuïteit van zorg, en het ontwikkelen van veldbrede kwaliteitsnormen.

1.1 Profiel van het veld

De geestelijke gezondheidszorg op Aruba bestaat uit een divers landschap van aanbieders en schakels, die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor preventie, eerstelijnszorg, specialistische zorg, spoedzorg en nazorg. De nulmeting laat zien dat binnen de keten zowel publieke als private organisaties actief zijn, variërend van basis- en specialistische GGZ tot preventietaken, crisisinterventie en maatschappelijke begeleiding.

Het veld wordt gekenmerkt door verschillende financieringsstromen, uiteenlopende organisatiemodellen en variatie in schaalgrootte en expertise. De samenwerking tussen de ketenpartners is essentieel voor tijdige signalering, passende hulpverlening en opvolging. De nulmeting geeft tevens inzicht in onderlinge verwevenheid, afhankelijkheden, wachttijdproblematiek en verschillen in structuur, werkwijze en kwaliteitssystemen.

2 Organisatie

Uit de nulmeting blijkt dat de organisaties binnen de GGZ-keten sterk verschillen in structuur, schaalgrootte, financiering, personele capaciteit en mate van formalisering. Deze variatie beïnvloedt de stabiliteit, continuïteit en kwaliteit van zorg en maakt dat de organisatorische volwassenheid per schakel in de keten uiteenloopt.

2.1 Organisatiestructuur en inrichting

Binnen grotere instellingen zijn verantwoordelijkheden, werkprocessen en overlegstructuren zichtbaar vastgelegd. Er zijn coördinatoren, multidisciplinaire teams, commissies, dienststructuren en interne kwaliteitsrollen aanwezig. Dit zorgt voor duidelijkheid in taken, rapportagelijnen en besluitvorming. Bij kleinere organisaties en vrijgevestigde aanbieders is de structuur kleinschaliger en informeler. Werkprocessen en verantwoordelijkheden leunen vaker op individuele professionaliteit dan op vastgestelde afspraken, wat de continuïteit kwetsbaarder maakt, vooral bij uitval of piekdruk.

2.2 Financiering en middelen

De financieringsstromen binnen de keten zijn divers. Instellingen die via zorgcontracten (zoals met AZV) worden gefinancierd, beschikken over stabielere middelen en kunnen investeren in formatie, ICT, kwaliteitsfuncties en projecten. Andere schakels zijn grotendeels of volledig afhankelijk van overheidssubsidies of projectfinanciering. Deze afhankelijkheid vergroot de onzekerheid over continuïteit en maakt dat personele capaciteit, innovatie en kwaliteitsontwikkeling niet altijd duurzaam kunnen worden ingericht. Dit verschil in financieringsbasis vertaalt zich in ongelijkheid in organisatorische slagkracht en investeringsmogelijkheden tussen ketenpartners.

2.3 Medewerkers, capaciteit en deskundigheid

De nulmeting laat zien dat de personele capaciteit binnen de keten niet in balans is met de zorgvraag. Grote instellingen beschikken over diverse disciplines, bereikbaarheidsdiensten en multidisciplinaire teams, maar ervaren hoge werkdruk, vacatures en schaarste in specialistische profielen. Kleinere organisaties werken met kleine teams of eenmansbezetting, waardoor de zorgverlening sterk afhankelijk is van individuele professionals. Bij ziekte, uitval of doorstroom ontstaat onmiddellijk druk op continuïteit en wachttijden.

Daarnaast is deskundigheidsbevordering ongelijk ingericht: waar sommige organisaties toegang hebben tot structurele supervisie, scholing en visitatie, is dit bij kleinere aanbieders minder of niet geborgd.

2.4 Samenwerking en interne overlegstructuren

Samenwerking binnen organisaties is bij grotere instellingen verankerd via MDO's, werkgroepen en overlegmomenten. Bij kleinere aanbieders en vrijgevestigde ontbreekt vaak een vergelijkbare structuur, waardoor afstemming afhankelijk blijft van individuele bereidheid en tijd. De nulmeting laat zien dat organisaties hierdoor in ongelijke mate zijn toegerust om hun plek in de keten structureel te vervullen.

2.5 Slotzin

De variatie in structuur, financiering, capaciteit en overleg maakt de keten kwetsbaar en benadrukt de noodzaak van minimumnormen voor organisatorische inrichting, registratiestructuur en samenwerking, om continuïteit en ketenstabiliteit duurzaam te waarborgen.

3 Aangeboden diensten

Het zorgaanbod binnen de GGZ-keten is divers en wordt per organisatie op een andere manier vormgegeven. De toegang tot zorg verloopt via meerdere instroompunten zoals huisarts, POH-GGZ, Respaldo, spoeddienst of vrijgevestigde zorgaanbieders. Deze variatie zorgt enerzijds voor brede toegankelijkheid, maar leidt anderzijds tot verschillen in triage, verwijsgedrag, wachttijdbouw en het vervolg pad van patiënten.

3.1 Verwijzing en triage

Uit de nulmeting blijkt dat triage en verwijzing niet overal volgens vaste of eenduidige criteria plaatsvinden. In de eerste lijn spelen huisarts en POH-GGZ een cruciale rol in casusafweging en doorverwijzing, terwijl in de tweedelijnszorg interne screeningscommissies of behandelcoördinatoren dit bepalen. Zowel huisartsen als POH-GGZ gaven in hun nulmetingsgesprekken aan dat duidelijke, keten-brede triage-afspraken ontbreken, wat kan leiden tot onduidelijkheid in urgentie-afweging, timing van verwijzing en taakafbakening. De signalen die in dit rapport naar voren komen sluiten aan bij bevindingen uit de nulmeting bij HAVA, POH-GGZ en Respaldo.

3.2 Diensten en beschikbaarheid

De beschikbaarheid en intensiteit van zorg verschilt eveneens per schakel. Grotere instellingen kunnen multidisciplinaire zorg, bereikbaarheidsdiensten en interne consultatie organiseren. Kleinere organisaties en vrijgevestigde hebben beperkte capaciteit en zijn bij crisissituaties afhankelijk van andere ketenpartners, zoals de spoedzorgketen. De Ambulancedienst en Meldkamer 911 bevestigen dat ketenafspraken wel bestaan, maar in de praktijk niet uniform worden toegepast, vooral buiten kantooruren.

3.3 Training en deskundigheidsontwikkeling

Respondenten geven aan dat deskundigheidsbevordering, methodiekgebruik en training per organisatie verschillen. Grotere instellingen werken vaker met interne scholing, supervisie en methodische standaarden. Kleinere aanbieders organiseren deskundigheid op individuele basis. Hierdoor worden behandelmethoden en interventies keten-breed niet op gelijke wijze gekozen, geregistreerd of geëvalueerd. Dit patroon komt overeen met signalen uit de nulmetingen bij FADA, Stichting Hunto en Respaldo.

3.4 Samenhang en impact op zorgtrajecten

De variatie in triage, verwijsgedrag, deskundigheid en beschikbaarheid heeft gevolgen voor wachttijden, overdraagbaarheid van zorg en voorspelbaarheid van behandeltrajecten. Hierdoor kan de continuïteit onder druk komen te staan, vooral wanneer meerdere schakels betrokken zijn of wanneer zorg overgaat van de ene fase naar de andere (bijvoorbeeld van crisiszorg naar begeleiding of van eerste naar tweede lijn).

3.5 Slotzin

Het zorgveld ziet een duidelijke noodzaak tot gezamenlijke ketenafspraken over triage, verwijzing, dienststructuren en deskundigheidsontwikkeling. Een uniformer kader kan de voorspelbaarheid, transparantie en continuïteit van zorg vergroten en vormt daarmee een belangrijke randvoorwaarde voor het versterken van de gehele GGZ-keten.

4 Zorgketen

De nulmeting laat zien dat de GGZ-keten uit meerdere, onderling afhankelijke schakels bestaat met verschillende toegangspoorten, taken en verantwoordelijkheden. Het veld beschrijft dat de samenwerking in de praktijk vaak goed op persoonlijke lijnen verloopt, maar dat structurele borging via eenduidige afspraken, formats en terugkoppelmomenten niet overal is ingericht. Hierdoor kan de continuïteit onder druk komen te staan, vooral bij overdrachten, wachttijden en complexe casuïstiek.

4.1 Ketenpartners en rollen

De huisarts fungeert veelal als eerste toegangspoort en als coördinatiepunt voor somatische uitsluiting, basisdiagnostiek en de eerste behandel- of begeleidingsstap. De POH-GGZ ondersteunt triage, kortdurende begeleiding en doorverwijzing. Respaldo en Stichting Hunto hebben een centrale positie in specialistische zorg en intensievere trajecten. FADA vervult een preventieve en verslavingszorg-rol en signaleert vroeg in het traject. Vrijgevestigde professionals leveren aanvullende capaciteit voor diagnostiek en behandeling, met korte lijnen naar verwijzers. De spoedketen (Ambulancedienst, Meldkamer 911 en crisisdiensten) waarborgt acute opvang en schakelt, afhankelijk van de situatie, door naar vervolgzorg. Volgens respondenten functioneert deze rolverdeling, maar is zij kwetsbaar wanneer afspraken niet eenduidig zijn vastgelegd of niet actief worden toegepast.

4.2 Aanmelding en toegangspoorten

Patiënten stromen de keten binnen via verschillende routes: huisarts/POH-GGZ, directe aanmelding bij een instelling of vrijgevestigde, verwijzing vanuit spoed, of via maatschappelijke organisaties. Het veld geeft aan dat er geen 'één loket' bestaat en dat aanmeldcriteria, intakeformats en wachtrijbeheer per organisatie verschillen. Waar aanmeldingen niet centraal worden gewogen op urgentie, kunnen trajecten parallel ontstaan of stilvallen. Respondenten benoemen dat vaste triagecriteria, een uniform overdrachtsformat en periodieke ketenterugkoppeling (bijv. "aanmelding ontvangen - wachttijd - eerstvolgende stap") voorspelbaarheid en transparantie zouden vergroten.

4.3 Overdracht en informatie-uitwisseling

Overdrachten verlopen vaak ad hoc en persoonsafhankelijk. Schriftelijke samenvattingen, behandelplannen en contactrapportages worden niet overal op gelijke wijze opgesteld of gedeeld. Het veld geeft aan dat hierdoor informatieverlies, dubbel werk of onduidelijkheid over rolverdeling kan ontstaan. Een gezamenlijk, beknopt overdrachtsformat met aandacht voor hulpvraag, risicofactoren, interventies tot dusver en "afgesproken eerstvolgende stap" wordt als concrete verbetermogelijkheid genoemd. Dit sluit aan bij signalen die ook in eerdere nulmetingen naar voren kwamen bij HAVA/POH-GGZ en Respaldo.

4.4 Wachttijden en casusregie

Wachttijden hebben een keten-breed effect. Wanneer vervolgzorg niet tijdig beschikbaar is, blijven patiënten langer in de eerste lijn of in een onjuiste zorglaag, en neemt de druk op die schakel toe. Het veld beschrijft dat casusregie dan diffuus kan worden: verantwoordelijkheden verschuiven impliciet en follow-up is afhankelijk van individueel initiatief. Respondenten zien meerwaarde in een ketenafspraken waarbij bij wachttijd >X weken een "overbruggingspakket" wordt ingezet (bijv. psycho-educatie, veiligheidsplan, periodieke check-in) en de regieverantwoordelijke expliciet wordt bevestigd.

4.5 Crisis- en spoedroutes

De spoedketen signaleert dat crisisprotocollen en contactlijsten bestaan, maar dat toepassing in de praktijk varieert. Bereikbaarheid, rolverdeling (wie beoordeelt, wie beslist, wie volgt op) en overdracht na crisis worden niet overal uniform geborgd. Respondenten geven aan dat een geactualiseerd, keten-breed crisis-escalatieprotocol met heldere rolverdeling en terugkoppelmomenten (bijv. "crisisafsluitbrief" naar verwijzer en vervolgzorg) risico's vermindert, vooral buiten kantooruren.

4.6 Buitenlandse partners en uitplaatsingen

In specifieke situaties vindt verwijzing of consultatie plaats met buitenlandse partners (bijv. Curaçao, Colombia, Nederland). Het veld noemt hierbij praktische knelpunten: verschillen in documentatie-eisen, taal en beschikbaarheid van gegevens; onduidelijkheden over nazorgafspraken; en langere doorlooptijden voor aanmelding en terugkoppeling. Respondenten zien winst in een standaard "cross-border overdracht set" (essentiële gegevens, risicoprofiel, medicatielijst, contactpersoon en follow-up-afspraken) en in het vooraf vastleggen van wie regie voert tijdens en ná het buitenlandse traject.

4.7 Samenhang en afhankelijkheden

De nulmeting laat zien dat de keten sterk leunt op samenwerking tussen schakels, maar dat die samenwerking formatief ongelijk is georganiseerd. Waar werkende afspraken en vaste contactmomenten bestaan, ervaren respondenten dat trajecten voorspelbaarder verlopen en dat wachttijdschade afneemt. Waar afspraken ontbreken, is de keten kwetsbaar voor uitval, dubbel werk en onduidelijke regie.

4.8 Slotzin

Het veld ziet een duidelijke opgave in het uniformeren van aanmeld- en triagecriteria, het vastleggen van overdrachtsformats, het actualiseren van crisisroutes en het standaardiseren van buitenlandse overdrachtssets. Met deze gezamenlijke basisafspraken kan de keten de voorspelbaarheid, regie en continuïteit van zorg aantoonbaar versterken.

5 Kwaliteit

Uit de nulmeting blijkt dat kwaliteitsborging binnen de GGZ-keten niet uniform is ingericht. Waar sommige organisaties beschikken over vastgelegde kwaliteitsprocessen, registratiestructuren en toetsmomenten, geven andere partijen aan dat kwaliteitsbewaking vooral afhankelijk is van individuele professionaliteit en ervaring. Hierdoor ontstaat variatie in de mate waarin zorg overdraagbaar, toetsbaar en navolgbaar is.

5.1 Patiëntbescherming

Het veld geeft aan dat patiëntbescherming in de praktijk wordt nagestreefd, maar niet overall structureel is vastgelegd. Bij grotere organisaties bestaan escalatielijnen, interne commissies of crisisprotocollen. Bij kleinere aanbieders zijn deze borgingen minder formeel, waardoor bescherming tegen zorgonderbreking of risico-ontwikkeling afhankelijker is van individuele inzet. Respondenten benoemen dat uniforme basiswaarborgen nodig zijn, zowel voor crisissituaties als voor wachttijdbeheer.

5.2 Dossiervoering en documentbeheer

De nulmeting laat zien dat er grote verschillen bestaan in dossiervoering en archiveringssystematiek. Instellingen werken doorgaans met Elektronische Patiënten Dossier (EPD) of vaste formats, terwijl vrijgevestigde aanbieders vaker eigen registraties hanteren. Deze verschillen hebben impact op overdracht, continuïteit en verantwoording. Bij uitplaatsing, verwijzing of terugplaatsing ontstaan risico's wanneer behandelhistorie of risico-informatie niet eenduidig beschikbaar is of onvoldoende gestandaardiseerd wordt vastgelegd.

5.3 Protocollen, richtlijnen en klachtenregeling

Protocollen en richtlijnen worden niet keten-breed op uniforme wijze toegepast. Waar instellingen beschikken over uitgewerkte documenten en klachtenprocedures, ontbreekt dit bij kleinere zorgaanbieders of is het beperkt uitgewerkt. Het veld geeft aan dat een gezamenlijke set minimumnormen, inclusief zichtbare klachtenregeling en basale veiligheidsprocedures, de transparantie én kwaliteit kan vergroten. Dit sluit aan bij signalen in de nulmetingen bij Stichting Hunto en FADA.

5.4 Kwaliteitscommissies, audits en kwaliteitsindicatoren

Het toepassen van audits, kwaliteitscommissies en indicatoren komt nu vooral voor in organisaties met voldoende schaal. Kleinere aanbieders geven aan de noodzaak te zien, maar missen kaders en middelen. Hierdoor ontstaat ongelijkheid in kwaliteitsniveau en leervermogen binnen de keten. Een gedeeld kwaliteitskader kan volgens het veld helpen om transparant, vergelijkbaar en aantoonbaar te verbeteren.

5.5 Kwaliteitssystemen en evaluatiecultuur

De PDCA-cyclus, ROM, incidentanalyses en structurele behandel-evaluaties worden niet keten-breed toegepast. Hierdoor ontbreekt een gezamenlijke kwaliteitsbasis en leercyclus. Respondenten geven aan dat transparante dossiervoering, gedeelde basisprotocollen en vaste evaluatiemomenten de keten zouden versterken.

5.6 Slotzin

Het veld ziet de noodzaak van een gezamenlijke kwaliteitsbasis met minimumnormen voor dossiervoering, protocollen, klachtenprocedures, evaluatie en documentbeheer, zodat zorg aantoonbaar, toetsbaar, overdraagbaar en duurzaam wordt geborgd.

6 Medicatiemanagement

Medicatiemanagement is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen voorschrijvers, behandelaren en ketenpartners. Uit de nulmeting blijkt dat medicatieprocessen, opslag en afstemming niet uniform zijn vastgelegd, waardoor risico's ontstaan op patiëntveiligheid en continuïteit.

6.1 Medicatieopslag en beheer

Instellingen hanteren vaak centrale medicatieopslag en registratie, terwijl in ambulante setting of bij vrijgevestigde aanbieders medicatiebeheer bij de patiënt ligt. Het veld benoemt dat hierover onvoldoende gezamenlijke veiligheidsafspraken bestaan. Dit creëert risico's bij kwetsbare cliënten, bij overdosering en bij onduidelijkheid over verantwoordelijkheid tijdens overdracht.

6.2 Voorschrijven en dubbel-voorschrijven

Respondenten signaleren dat afstemming tussen huisarts en psychiater niet altijd structureel plaatsvindt. Hierdoor bestaan risico's op dubbel voorschrijven, onvoldoende monitoring of ongewenste voortzetting van medicatie. Dit sluit aan bij signalen uit de nulmeting bij HAVA en Respaldo. Het ontbreken van vaste contactmomenten of terugkoppelstructuren vergroot deze risico's.

6.3 Monitoring, bijwerkingen en overdracht

Bijwerkingen, wisselmomenten of stopbeleid worden niet overal adequaat gemonitord of vastgelegd. Wanneer trajecten overgaan tussen aanbieders, is informatieoverdracht afhankelijk van individuele afstemming. Respondenten geven aan dat medicatie soms onderdeel is van een begeleidingstraject zonder actieve medische opvolging, wat het risico vergroot dat signalen niet tijdig worden opgepakt.

6.4 Slotzin

Het veld ziet behoefte aan duidelijke ketenafspraken over opslag, voorschrijven, monitoring en overdracht, zodat verantwoordelijkheden helder zijn en patiëntveiligheid structureel wordt beschermd.

7 Ketenrisico's en gezamenlijke opgaven

De nulmeting laat zien dat de GGZ-keten op Aruba bestaat uit meerdere zorgaanbieders met onderlinge afhankelijkheden, verschillende verantwoordelijkheden en uiteenlopende werkprocessen. Deze diversiteit biedt mogelijkheden, maar brengt ook gezamenlijke risico's met zich mee. Het veld onderkent dat deze risico's voortkomen uit systeemkenmerken, niet uit individueel functioneren. De nulmeting wijst op vijf structurele risico's voor continuïteit, kwaliteit en veiligheid, en op een aantal gedeelde opgaven die de keten zelf als noodzakelijk benoemt.

7.1 Overkoepelende ketenrisico's

7.1.1 Continuïteitsrisico

Wachttijden, onduidelijke verantwoordelijkheden en versnipperde toegangsroutes zorgen ervoor dat patiënten te lang in het verkeerde deel van de zorg blijven of tussen schakels terechtkomen. Zonder duidelijke casusregie bestaat het risico dat trajecten onnodig stilvallen of vertragen.

7.1.2 Personeelstekort en verloop van professionals

De nulmeting laat zien dat de beschikbaarheid van gekwalificeerde professionals binnen de GGZ-keten structureel onder druk staat. Vacatures blijven langdurig openstaan en de werkdruk is hoog, vooral bij specialistische functies zoals psychiaters, psychologen en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen.

Daarnaast signaleren meerdere organisaties een hoog verloop ("turnover") van medewerkers, mede veroorzaakt door beperkte doorgroeimogelijkheden, tijdelijke contracten en hoge belasting in complexe casuïstiek.

Dit tekort en verloop hebben directe gevolgen voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Het vergroot de afhankelijkheid van individuele professionals, maakt organisaties kwetsbaar bij ziekte of vertrek, en belemmert kennisborging en supervisie. Bovendien beïnvloedt het de wachttijden en de stabiliteit van samenwerking binnen de keten.

Het veld benoemt als noodzaak:

- Duurzame formatieplanning en opleidingsplaatsen in samenwerking met overheid en onderwijs;
- Inzet op behoud en welzijn van personeel; en
- Gezamenlijke strategie voor werving en kennisdeling tussen instellingen.

Dit personele risico versterkt de noodzaak van ketenbrede afspraken over capaciteit, deskundigheidsborging en continuïteit van zorgverlening.

7.1.3 Kwaliteitsrisico

Door verschillen in dossiervoering, protocollen, registratiestructuur en evaluatiemethodiek is zorg niet overal toetsbaar, verifieerbaar of overdraagbaar. Dit vormt een belemmering voor behandeling, overdracht en verantwoording.

7.1.4 Patiëntveiligheidsrisico

Onvoldoende eenduidige triage- en crisisafspraken, in combinatie met variatie in medicatie-afstemming, kunnen leiden tot risico's bij acute situaties of bij medicatiegebruik zonder structurele monitoring.

7.1.5 Samenwerkingsrisico

Ketenafspraken zijn niet overal vastgelegd, waardoor samenwerking afhankelijk blijft van individuen in plaats van structuren. Waar samenwerking functioneert, is dat vaak te danken aan persoonlijke lijnen. Met ketenpartners buiten de gezondheidszorg laat de nulmeting ook zien dat de samenwerking tussen GGZ-instellingen en partners zoals het Korps Politie Aruba (KPA) en de Ambulancedienst, kwetsbaar is. Vooral bij crisissituaties blijkt communicatie en afstemming niet altijd eenduidig of gestructureerd. In sommige gevallen verlopen inzetten buiten de formele 911-meldstructuur, ontbreekt duidelijke regievoering, en vindt geen gezamenlijke briefing of triage plaats. Dit kan leiden tot misverstanden, rolverwarring en risico's voor zowel patiëntveiligheid als operationele veiligheid.

Het veld ziet behoefte aan duidelijke ketenafspraken met politie en ambulance over meldroutes, rolverdeling en scholing in omgang met psychiatrische problematiek, zodat samenwerking bij crisiszorg voorspelbaar en veilig verloopt.

7.1.6 Toetsbaarheids- en verantwoordingsrisico

Het ontbreken van een keten-breed kwaliteitskader, gezamenlijke indicatoren en uniforme verslaglegging beperkt het vermogen om prestaties, wachttijdgebruik en behandelresultaat te monitoren en verbeteren.

7.2 Gezamenlijke verbeteropgaven vanuit het veld

Ketenpartners geven unaniem aan dat zij verbetering willen realiseren en benoemen een aantal prioritaire opgaven.

7.2.1 Eenduidige toegang en triage

Respondenten zien als eerste opgave het harmoniseren van triage- en doorverwijscriteria. Een gezamenlijk triagekader en eenduidige urgentie-categorieën moeten voorkomen dat patiënten zonder volgorde, met wisselende criteria of via parallelle routes de keten instromen.

7.2.2 Heldere overdracht en casusregie

Het veld vraagt om vaste formats voor overdracht, korte lijntjes bij wachttijdschakels en expliciete roltoewijzing ("wie is regiehouder?"). Dit geldt ook voor overgang naar het buitenland. De keten ziet daarnaast meerwaarde in structurele casus-afstemming bij complexe of meervoudige problematiek.

7.2.3 Kwaliteitsbasis en transparante dossiervoering

Zorgprofessionals benoemen gezamenlijk dat basisnormen voor dossiervoering, evaluatie, protocollen, klachtenafhandeling en documentbeheer noodzakelijk zijn. Respondenten zien dat uniformiteit leidt tot betere overdracht, betere toetsbaarheid en gedeeld leereffect.

7.2.4 Wachtijdbeheer en overbrugging

Het veld noemt wachttijden als ketenprobleem en pleit voor gezamenlijke wachttijdmonitoring én overbruggingsafspraken, bijvoorbeeld via psycho-educatie, check-ins of veiligheidsplanning bij stagnatie.

7.2.5 Medicatie-afstemming en monitoring

Voor medicatiegebruik zien ketenpartners noodzaak in afstemming tussen huisarts, psychiater en begeleiders. Het veld erkent dat eenduidige afspraken nodig zijn over wie monitort, wie opvolgt en wanneer contact noodzakelijk is.

7.3 Conclusie

De risico's en verbeteropgaven laten zien dat ketenafspraken, kwaliteitsnormen en uniforme basisprocessen noodzakelijk zijn om de GGZ-keten te versterken. Het veld onderkent gedeelde verantwoordelijkheid en ziet gezamenlijke verbetering als randvoorwaarde voor voorspelbaarheid, continuïteit en patiëntveiligheid. In het volgende hoofdstuk worden deze inzichten vertaald naar concrete aanbevelingen en richtinggevende verwachtingen voor de keten.

8 Aanbevelingen

Waar de vorige hoofdstukken een beschrijvend en analyserend karakter hebben, bevat dit hoofdstuk de eerste normerende lijn. De Inspectie vertaalt de bevindingen naar verwachtingen en aanbevelingen op drie tijdshorizonnen.

8.1 Korte termijn – voorspelbaarheid en basisveiligheid

De Inspectie verwacht dat ketenpartners:

1. Eén uniform overdrachtsformat hanteren voor alle verwijzingen en casusoverdrachten;
2. Triage- en urgentiecriteria eenduidig vastleggen en toepassen;
3. Behandelplan en minimaal één evaluatiemoment verplicht onderdeel maken van ieder zorgtraject;
4. Zichtbare klachtenregeling borgen conform wettelijke verplichting;
5. Medicatie-overdracht standaardiseren bij wisseling van zorgverlener.

8.2 Middellange termijn – structuur en borging

De Inspectie beveelt aan dat ketenpartners:

1. Een keten-breed basis-kwaliteitskader vaststellen (incl. dossiervoering, protocollen en evaluatie-eisen);
2. Standaard medicatie-afspraken formaliseren tussen huisarts, psychiater en begeleiders;
3. Een structureel ketenoverleg inrichten voor wachttijdmonitoring, casusregie en escalaties;
4. Overbruggingszorg bij wachttijd (psychoeducatie, check-ins, veiligheidsplan) vast onderdeel maken van ketenafspraken.

8.3 Lange termijn – duurzame ketenontwikkeling

De Inspectie acht noodzakelijk dat de keten op termijn werkt met:

1. Een uniform digitaal gegevenskader voor overdracht en dossiervoering;
2. Een cyclisch kwaliteitssysteem (PDCA, audits, outcome-metingen);
3. Een keten-brede crisis- en wachttijdstrategie met heldere rolverdeling en casusregie.

Deze maatregelen leggen een stevige basis voor voorspelbaarheid, toetsbare kwaliteit en patiëntveiligheid, en voorkomen dat goede zorg afhankelijk blijft van individuen of toevallige routes.

9 Toezichtlijn Inspectie

De Inspectie baseert haar vervolgtoezicht op deze nulmeting en richt zich in op drie sporen:

Spoor 1 – Naleving basisafspraken

De Inspectie houdt toezicht op doorverwijzing conform nationale en professionele richtlijnen, toepassing van triagecriteria, dossiervoering en klachtenprocedures.

Spoor 2 – Kwaliteitskader en medicatie-afstemming

De Inspectie volgt de ontwikkeling en toepassing van een keten-breed kwaliteitskader, inclusief medicatie-afspraken en dossiervoeringstandaarden.

Spoor 3 – Risico gestuurd toezicht

Waar stagnatie, wachttijdschade of patiëntveiligheidsrisico's blijven bestaan, verdiept de Inspectie het toezicht en kan zij – indien noodzakelijk – interventiemiddelen inzetten conform de LKIG.

Tot slot is het toezicht gericht op duurzame borging van basisafspraken, het wegnemen van structurele risico's en het bevorderen van voorspelbare, veilige en samenhangende GGZ-zorg.

10 Vertaling naar de keten

De Inspectie benadrukt dat verbetering een gezamenlijke verantwoordelijkheid is, met per schakel een eigen rol in uitvoering:

Schakel	Rol in uitvoering
Huisartsen & POH-GGZ	Triage, casusregie bij instroom, overdracht en wachttijdsignalering
Respaldo & Stichting Hunto	Vervolg zorg, casusregie bij intensieve trajecten, overdrachts- en crisisstructuren
FADA & andere preventieve partners	Vroeg signalering, overdracht, wachttijd-overbruggingszorg
Vrijgevestigde Psychotherapeuten	Uniforme dossiervoering, overdrachtsformat, afstemming met verwijzers
Spoedketen (ambulance/911)	Crisisroutes, escalatieprotocol en overdracht na crisis
Ziekenhuis & buitenlandse partners	Heldere communicatie + overdracht bij externe trajecten

De keten kan alleen functioneren als elke schakel zijn rol eenduidig oppakt binnen één gezamenlijke structuur, met voorspelbare escalatie- en overdrachtsmomenten.

11 Slot woord

De nulmeting toont variatie in organisatie, triage, dossiervoering en samenwerking, waardoor risico's ontstaan voor continuïteit, samenwerking en patiëntveiligheid. Het veld vraagt om uniformiteit, heldere afspraken en basisnormen.

Deze nulmeting vormt het vertrekpunt voor een gezamenlijke ontwikkellijn. Het veld heeft duidelijk uitgesproken bereid te zijn tot verbetering; de Inspectie ondersteunt deze beweging met toezicht, normering en dialoog. Door basisafspraken, kwaliteitskaders en voorspelbare ketenprocessen te realiseren, kunnen wachttijdschade, casusverlies en risico's worden teruggedrongen. Zo wordt de GGZ-keten toekomstbestendig, transparant en patiëntgericht versterkt.

Dankwoord

De Inspectie dankt alle betrokken organisaties en professionals die hebben bijgedragen aan deze nulmeting. Hun openheid, inzet en bereidheid om informatie en ervaringen te delen, hebben het mogelijk gemaakt om gezamenlijk inzicht te krijgen in de sterke punten en verbeteropgaven binnen de GGZ-keten. Deze samenwerking vormt een waardevolle basis voor de verdere ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg op Aruba.