

Transmuraal
Magazine voor
Midden-Holland
Jaargang 9
Juni 2009
Nummer

2

Stroomlijn



In dit nummer onder andere:

Personeelsbeleid in crisistijd

HPV-vaccinatie:
"Communicatie niet van deze tijd"

Zwemmen in open water onder controle

Puberpoli moet 'drop-outs' voorkomen



Colofon

Jaargang 9 – Nummer 2
juni 2009

Stroomlijn is een informatief transmuraal magazine van en voor zorgverleners in de regio Midden-Holland en verschijnt vier maal per jaar.

Hoofredactie

Lia Donkers, *directeur Transmuraal Netwerk M-H*

Eindredactie

Ineke Weverling, *redactie secretaris*

Transmuraal Netwerk MH

Carla van Zuylen, *communicatieadviseur*

Transmuraal Netwerk MH

Redactie

Aleid de Booi, *afdelingsmanager algemene
gezondheidszorg GGD HM*

Aris Bras, *manager Behandeling & Begeleiding
Zorgpartners MH*

Ruud Hoogervorst, *clustermanager
Gemiva-SVG Groep*

Lidwien van Keep, *bedrijfsarts ArboUnie*

Wilma van Twist, *unitmanager kinderpoli*

Sophia Revalidatie Gouda

Marnix de Romph, *senior adviseur marketing
Vierstroomzorging*

Astrid van der Sanden, *klinisch geriatr,
afgevaardigde namens de KNMG*

Monique Pronk, *preventiefunctaris afdeling
Preventie en Dienstverlening GGZ MH*

Vaste medewerkers

Gerda Verbeek, *journalist*

Lia Thorborg, *journalist*

Gerben Stolk, *journalist*

Marieke Dubbelman, *journalist*

Martin Droog, *fotograaf [achterpagina]*

Tom van Wanrooij, *The Cartoon Factory [strip]*

Redactie-adres

Transmuraal Netwerk Midden-Holland (J49)

Postbus 1098, 2800 BB Gouda

Telefoon (0182) 50 55 34

Fax (0182) 50 58 97

info@transmuraalnetwerk.nl

www.transmuraalnetwerk.nl

DTP en Druk

Drukkerij Twigt bv, Waddinxveen

Oplage

2.000

Copyright

Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, of openbaar gemaakt in enige vorm of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de directie van Transmuraal Netwerk Midden-Holland.

Agenda

Inspiratiecyclus palliatieve zorg voor zorgverleners

In juni starten 3 nieuwe cycli, één op dinsdag (9 juni), één op woensdag (17 juni), één op donderdag (18 juni).

Werkconferentie MOVE (Midden-Holland Overleg Versterking Eerstelijnszorg)

16 september 2009 – doelgroepconferentie op uitnodiging

Netwerkbijeenkomst Palliatieve Zorg

28 september 2009 van 16.30 tot 21.00 uur

Conferentie ouderenzorg, doelgroepconferentie

28 september 2009 van 13.00 tot 16.00 uur

Regionale Zorgconferentie

12 november 2009 van 17.00 tot 22.00 uur, Goudse Schouwburg, kleine zaal

Jaardiner KNMG

6 november 2009

MS Symposium

Najaar 2009

Verzending

U ontvangt Stroomlijn per post of via uw instelling. Eventuele wijzingen/correcties kunt u melden aan info@transmuraalnetwerk.nl of aan de contactpersoon bij uw instelling (zie onder).

Overzicht van instellingen en contactpersonen:

Arbo-Unie Gouda

CIZ Midden-Holland

Gemiva-SVG Groep

GGD Midden-Holland

GGZ Midden-Holland, locatie Ronsseweg

GGZ Midden-Holland, Thijsselaan

GGZ Midden-Holland, locatie IJssellaan

GGZ Rivierduinen Leidschendam

Groene Hart Ziekenhuis

ID College, Unit Gezondheidszorg

Vierstroomzorging BE's

Vierstroomzorging stafafdelingen

Vierstroomzorging locaties

ZorgBrug

Zorgpartners Midden-Holland

E. Schut

A. Korthals

B. Gemser

directiesecretariaat

directiesecretariaat

medische administratie

medische administratie

zorgsecretariaat

K. Brussee

Secretariaat

directie secretariaten

afdelingssecretariaten

locatie secretariaten

D. Verburg

locatie secretariaten

Zorgliteratuur nodig?

Kijk op www.zorgmediatheek.nl

Als transmurale zorgverlener M-H kunt u gratis publicaties aanvragen.

Dit tijdschrift is mede mogelijk gemaakt door:

Arbo-Unie, Vierstroomzorging, GGD Hollands-Midden, Gemiva-SVG Groep, Groene Hart Ziekenhuis, KNMG afdeling Gouda e.o., Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland, GGZ Midden-Holland, Sophia Revalidatie, Zorgpartners Midden-Holland, UVIT Zorgverzekeraar, Vereniging Medische Staf Groene Hart Ziekenhuis

Inhoud

Personeelsbeleid in crisistijd	4
Berichten van het GHZ	7
Opkomst HPV vaccinatie Midden-Holland	8
Zwemmen in openwater onder controle	10
Autisme, gezamenlijke zorg	12
Berichten van de transmurale partners	13
Interview Eliane Thewessen	14
Diabeteszorg, multidisciplinaire aanpak tegen één tarief	16
Uitzetten van medicijnen van thuiszorg naar apotheek	18
Puberpoli moet 'drop-outs' voorkomen	20
Valpreventie: zoeken naar evenwicht	22
'Ken uw streek'	24

Highlights

Personeelsbeleid in crisistijd

Volgens de media is in tijden van crisis werken in de zorgsector zo gek nog niet. Wat merken de zorgorganisaties in Midden-Holland hier in de praktijk van?

Pagina 4



HPV-vaccinatie: "Communicatie niet van deze tijd"

Slechts iets meer dan de helft van de opgeroepen meisjes in Midden-Holland kwam in maart opdagen voor de eerste HPV-vaccinatie. Wat zijn de leerpunten?

Pagina 8



Zwemmen in open water onder controle

Zodra de zon schijnt en de temperatuur zomerse waarden bereikt, zoekt de mens verkoeling in het water. En daarin loert gevaar voor de gezondheid.

Pagina 10



Puberpoli moet 'drop-outs' voorkomen

De puberteit is een lastige periode. Ook voor kinderen met een chronische aandoening. De oplossing wordt gezocht in de transitie- ofwel puberpoli.

Pagina 20



Ontgoogeld

Laatst kwam een adviseur voor een offertegesprek. Hij begon te amicaal. Spoedig was duidelijk dat we niet spoorden. Haastig nam hij afscheid. "Succes met uw coachingspraktijk!" zei hij beleefd. "Met mijn wat?" vroeg ik verwonderd. "U begeleidt toch mensen die gepest worden op hun werk? Ik heb uw naam gegoogeld" biechtte hij op. Direct checkte ik mijn naam op internet. Een verpletterend aantal hits opeens. De lijst werd gedomineerd door één en dezelfde naamgenoot uit Alphen, coach. En pestspecialist. Geen familie. Ik bleek te zijn verdreven naar de vierentwintigste plaats! Dat was even slikken. Plotseling snapte ik de felicitaties die in mijn mailbox waren gevallen. Ik was genomineerd als netwerkster van het jaar terwijl ik van niks wist. Ik dacht nog: "Die spammail moet niet persoonlijker worden". Navraag leert dat wel meer mensen denken dat ik bijbeun als coach. Beetje lastig allemaal. Nieuwe mensen vraag ik nu bij binnenkomst of ze me gegoogeld hebben. Dat blijkt echter een impertinente vraag alsof ik naar hun inkomen informeer. Nu hangt op mijn kamer een internetuitdraai van de coach uit Alphen met opschrift: dubbelganger. Door extra persoonlijke webpagina's aan te maken ben ik weer terug bij de eerste tien hits op google. Maar tegen de internetactiviteiten van mijn naamgenoot kan ik niet op. Had ik maar een unieke naam. Eén ding is wel duidelijk: het zal me niet lukken haar weg te pesten.

Lia Donkers

Directeur
Transmuraal
Netwerk Midden-Holland



Meer mensen overwegen overstap naar de zorg

Personeelsbeleid in crisistijd

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Volgens de media is in tijden van crisis werken in de zorgsector zo gek nog niet. Wat merken de zorgorganisaties in Midden-Holland hier in de praktijk van en hoe kijken ze aan tegen bijvoorbeeld het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd?

Aandacht voor behoud van personeel

“Op dit moment merken we er nog niet zoveel van” aldus Mees Hoogerwerf, manager Personeel, organisatie en opleiding bij Zorgpartners. “Het is natuurlijk wel een beetje lastig te meten, ik heb wel de indruk dat er minder uitstroom is en meer aanbod. Maar dat kan ook te maken hebben met onze aandacht hiervoor. Vorig jaar zijn we namelijk gestart met het voeren van een nadrukkelijk beleid om personeel te behouden en nieuwe medewerkers te werven. We richten ons daarbij niet specifiek op zij-instromers en hebben hier ook nog geen plannen voor. Wel hebben we onze website verbeterd, nieuwe wervingsadvertenties ontwikkeld en zijn we met leidinggevenden aan de slag om ze meer bewust te maken dat zij een belangrijke rol spelen bij de afweging van mensen of ze weggaan of niet. Door schriftelijke exit-interviews krijgen we meer zicht op de motieven voor vertrek. Hieruit blijkt bijvoorbeeld dat als mensen weggaan ze wel in de gezondheidszorg blijven maar dan bij een andere organisatie of een andere richting op gaan.” Ook heeft Zorgpartners vorig jaar het levensfasebewust personeelsbeleid ingevoerd. “Belangrijk daarbij is dat de leidinggevende samen met de medewerker naar de persoonlijke situatie kijkt en bijvoorbeeld in overleg de werktijden vaststelt, voor zover mogelijk uiteraard. Ook de wijze waarop leiding wordt gegeven is belangrijk. Uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek blijkt bijvoorbeeld



*Mees Hoogerwerf, Hoofd P&O
Zorgpartners MH*

dat 80% het belangrijk vindt om met plezier naar het werk te gaan, dit is dus de belangrijkste drijfveer om te blijven. Om leidinggevenden voldoende toe te rusten op hun rol bij het realiseren van minder uitval volgen ze, niet geheel vrijblijvend, een management development programma. Hier blijkt overigens veel behoefte aan, dat is belangrijk anders werkt het niet.

Invloed op werktijden vinden de medewerkers ook belangrijk. Het voordeel is dat we veel vormen van dienstverband kennen, gemiddeld bedraagt de werkweek 24 uur maar meer of minder uren is goed mogelijk. Ik schat wel in dat mede-

werkers op dit moment minder snel kiezen om minder uren te gaan werken want er heerst toch een bepaalde mate van onzekerheid. Een groot deel werkt parttime waarbij het gaat om het tweede inkomen. Als de partner onzeker is over zijn baan, wordt er eerder gedacht om meer te gaan werken. Maar dat moet ook wel mogelijk zijn gezien de belastbaarheid. Ook qua beleid moeten we hier rekening mee houden want een te zware belasting betekent meer risico op uitval. De economische crisis heeft een gunstig effect op de aantrekkelijkheid om in de zorg te werken. Maar we moeten niet zo naïef zijn dat mensen vanzelf binnen blijven komen. We moeten zeker ook naar de lange termijn kijken en structureel werken aan behoud en het werven van goed personeel.”

Project Vitaliteit gouden greep

Peter Labots, coördinator HRM bij het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) merkt wel degelijk wat van de crisis. "Wat opvalt is dat mensen zich spontaan bij de balie melden met de vraag of we werk voor ze hebben. Eind april hebben we voor de eerste keer de Werken en Leren beurs georganiseerd, deze is door maar liefst 300 mensen bezocht. Daar zaten veel mensen bij die werkloos zijn of dreigen te worden. Er zitten ook mensen tussen die altijd al in de zorg hebben willen werken en nu dan toch de overstap willen maken. Voor algemene functies, dus niet direct gerelateerd aan de zorg, is het aanbod overstelpend. Ook te hoog gekwalificeerde mensen reageren."

Het GHZ heeft nog geen specifiek beleid voor de zogenaamde 'zij-instromers'. "We kijken vooral naar de competenties en of iemand bereid is te willen leren. Het is belangrijk om veel praktijkervaring op te doen, maar de theorie duurt vier jaar, daar hebben we nog geen antwoord op. Snelle instroom is dus moeilijk te genereren, behalve bij mensen die al een vooropleiding in de zorg hebben. Zo starten we elk jaar een groep van verzorgenden die willen doorstromen naar de functie van verpleegkundige. Verder proberen we enigszins tegemoet te komen door bijvoorbeeld een aanloopsalaris te bieden in plaats van het leerlingsalaris.

Een ander punt is het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd naar 67. "Belangrijk probleem is de belasting van de medewerkers. Daarbij spelen twee dingen een rol. Het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd betekent dat je nog



Peter Labots, Hoofd P&O GHZ

meer aandacht moet hebben voor leeftijdsfasegerichte maatregelen. Daarbij passen mooi de nieuwe afspraken in de CAO. Daarnaast werken we met het project Vitaliteit in samenwerking met het Transmuraal Netwerk. Het gaat daarbij om bewustwording, energie, enthousiasme en weerbaarheid in het eigen leven en werken. Daardoor wordt meer kwaliteit op de werkvloer geleverd waardoor mensen langer gebonden blijven aan een baan in de zorg. Dit is dé methode om mensen fit, actief en gemotiveerd te houden zodat ze het langer volhouden. Ik ga er zeker reclame voor

maken, ik voel dat dit iets is dat gaat groeien komende tijd."

Is langer doorwerken gunstig? "Het voordeel is dat we langer goed personeel aan het werk houden. Ik zeg altijd: het beste team is een goede mix: zowel mensen met veel ervaring als 'jonge honden'. Bij een team met alleen ouderen willen jongeren bijvoorbeeld niet werken. Qua werk functioneren ouderen niet slechter of beter dan andere leeftijdsgroepen.

Waar ik wel nieuwsgierig naar ben is het effect van de crisis op de vraag naar efficiëntie in de zorg. Ik verwacht niet dat wij mensen moeten gaan ontslaan maar geld erbij wordt moeilijk.

We zullen dus nog efficiënter moeten werken. Medisch zal het wel goed gaan, maar het gevaar is dat het patiëntenbelang niet meer in het oog wordt gehouden. Een verdere verzakelijking van de zorg ligt op de loer en de vraag is of we dat willen."

Jonge aanwas blijft nodig

"We merken er wel iets van". Aan het woord is Jacques Devilee, manager P&O bij Gemiva-SVG. "We krijgen meer open sollicitaties en daarin wordt letterlijk de crisis genoemd als reden voor sollicitatie.

Een specifiek beleid voor zij-instromers hebben we niet. Een baan in de zorg is altijd mogelijk, het

gaat erom dat de persoon overtuigend is in zijn motivatie hiervoor te kiezen, openstaat voor verandering en wil leren. Ook zijn we al enige jaren bezig met levensloop bewust beleid. Dat is heel zinvol. Zo organiseert de onder-

[Lees verder op volgende pagina >>](#)

>> Vervolg van vorige pagina

nemingsraad speciale bijeenkomsten voor 50-plussers. Die bijeenkomsten staan in het teken van hoe mensen langer fit kunnen blijven werken. Het voordeel van het langer doorwerken is dat het verloop wordt beperkt, dit is goed voor de continuïteit en je houdt meer ervaring in huis. Maar een te grote vorm van behoud is ook weer niet goed. Jonge aanwas blijft nodig, ze brengen nieuwe inzichten mee vanuit de scholing. Dat is zeker waardevol. Voorlopig speelt de crisis bij ons in ieder geval nog geen belangrijke rol.”



Jacques Devilee, Hoofd P&O
Gemiva-SVG Groep

Geen noodzaak voor ander beleid

Carlo Reeser werkt als hoofd Personeel en Organisatie bij Sophia Revalidatie. Ook hem vroegen we of hij iets merkt van de crisis. “Je merkt dat het aanbod wat groter wordt, we kunnen iets makkelijker vacatures vervullen. Waarbij ik wel kan opmerken dat het in de revalidatie voor de meeste beroepen toch al niet zo moeilijk was. Voor functies die niet direct gerelateerd zijn aan zorg zoals planners en medisch secretaresses, krijg ik wel meer reacties. Voorlopig hebben we in de zorg echter niet te maken met ingrijpende bezuinigingen of vraaguitleval. Er is dus nog geen noodzaak om ander beleid te gaan voeren. Voor logopedisten, fysiotherapeuten en dergelijke verandert er niet veel.”

Sophia Revalidatie kent wel levensfase beleid. “We hebben dit niet apart benoemd maar we hebben het wel met de ondernemingsraad besproken. Samen hebben we geconcludeerd dat het belangrijk is om voor alle levensfasen faciliteiten te hebben. Jonge mensen hebben meer behoefte aan opleidingsmogelijkheden, medewerkers met kinderen willen uren kunnen sparen, een andere groep wil zich mogelijk laten omscholen of een sabbatical nemen. Vroeger maakten we ons zorgen over de oudere werknemers. ‘Ga je dat wel halen?’, was een



Carlo Reeser, Hoofd P&O
Sophia Revalidatie

veelgehoorde vraag. De huidige senioren kijken er anders tegenaan: ik kan toch wel gewoon doorgaan! Natuurlijk is het belangrijk om wel te kijken wat daarvoor nodig is om te voorkomen dat ze opgebrand zijn aan het einde van de rit.

Als organisatie streven we naar een evenredige opbouw van het personeelsbestand. Jongeren kunnen fysiek meer aan, maar ervaring is ook belangrijk en ervaren medewerkers kunnen jongeren juist goed coachen. Een aantal jaar geleden constateerden we dat veel medewerkers lang in dienst waren en dat er slechts een klein verloop was. We hebben

daarom de neiging om nu juist jong personeel te werven om de opbouw gelijkmatig te houden. Soms is dat lastig want als er een oudere medewerker vertrekt, is de sollicitatiecommissie juist geneigd om weer een ouder iemand aan te nemen omdat ze de ervaring terug willen.

Je merkt dat als het gaat om werken in de zorg, het eigenlijk anticyclisch is. Zodra het economisch tegenzit willen mensen in de zorg werken, maar als de economie aantrekt wordt het juist lastig personeel te werven. Als je ziet hoe moeilijk sommige bedrijven het nu hebben dan bevinden wij ons nu in een luxe positie.”

Berichten van het GHZ

Fysiotherapie, revalidatie en sport voortaan onder één dak bij BeweegPuntFysio

De afdeling fysiotherapie van het Groene Hart Ziekenhuis gaat verzelfstandigen. Samen met sport- en gezondheidscentrum De Koornmolen uit Zevenhuizen is het nieuwe centrum 'BeweegPuntFysio' opgericht. BeweegPuntFysio 'centrum voor fysiotherapie, revalidatie en sport' is er niet alleen voor patiënten die nu in het ziekenhuis en op de polikliniek fysiotherapie krijgen, maar ook voor nieuwe patiënten, particuliere klanten en medewerkers van bedrijven die fysiotherapie, bewegen en sporten willen combineren. Verschillende fasen in het zorgtraject komen in het nieuwe centrum samen. Een dergelijk concept is uniek in Nederland. Medio juni opent BeweegPuntFysio haar deuren aan het pand aan de Büchnerweg 7 (het witte pand op de hoek van de



Bleulandweg en de Büchnerweg) te Gouda. Na de zomervakantie wordt de opening feestelijk gevierd.

De komende maanden staan in het teken van de verbouwing en inrichting van het pand. Daarnaast wordt momenteel hard gewerkt aan het ontwikkelen van nieuwe beweegprogramma's, gericht op specifieke doelgroepen, waaronder: fysiotherapeutische behandeling voor

(ex-)borstkankerpatiënten en behandelingen voor patiënten met MS, diabetes en obesitas. De eerstelijns fysiotherapie wordt eveneens doorontwikkeld. Een deel van de activiteiten blijft uitgevoerd worden in het ziekenhuis; zoals de klinische zorg en de hart- en longrevalidatie.

Op de website www.beweegpuntfysio.nl is alle informatie over het centrum terug te vinden. ■

Nachtelijk dialyseren een uitkomst

In het GHZ is het sinds 4 mei jl. mogelijk om ook 's nachts te dialyseren. Er is aangetoond dat het nachtelijk dialyseren, naast meer vrijheid overdag, medische voordelen heeft. Een paar vragen aan dr. Eijgenraam, nefroloog bij het GHZ, over deze nieuwe ontwikkeling.

Waarom is het GHZ begonnen met het nachtelijk dialyseren?

"Het dialyseren heeft een grote impact op iemands leven. Daarom willen we de dialysebehandeling zoveel mogelijk afstemmen op de individuele patiënt. Voor velen geldt dat dialyse een tijdelijke behandeling is, in afwachting van een eventuele niertransplantatie. Voor hen is het belangrijk deze

periode zo goed mogelijk door te komen. 's Nachts dialyseren duurt langer. Dit is beter; je kunt de afvalstoffen en overtollig vocht beter verwijderen. Het nachtelijk dialyseren kan ook voor mensen die willen blijven werken een uitkomst zijn. Er is een goed veiligheidssysteem en er wordt gezorgd voor zoveel mogelijk privacy zodat de patiënten 's nachts ook werkelijk kunnen slapen."

"Een kleine groep dialyseert 's nachts zelf thuis, zonder enige verpleging in de buurt: het 'Nocturne' project, via Dianet. De nachtdialyse in het GHZ zit tussen Nocturne en reguliere hemodialyse in. De mensen komen hier drie nachten per week dialyseren, er is

een arts-assistent en verpleegkundige zorg aanwezig."

Wanneer komt een patiënt hiervoor in aanmerking?

"Er moet sprake zijn van een goede shunt, een stabiele dialyse en de patiënt moet 'ADL-zelfstandig' zijn: hij moet zichzelf aan- en uit kunnen kleden en zelf in bed kunnen gaan liggen. Er is al een wachtlijst, maar er is kans op uitbreiding. We hebben helaas wel te maken met een landelijke schaarste van dialysepersoneel. Maar we beginnen eerst met deze groep en kijken naar de ervaringen van de patiënten en het personeel." ■

Opkomst HPV-vaccinatie Midden-Holland ook veel lager dan verwacht

‘Communicatie niet van deze tijd’

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

Iets meer dan de helft van de opgeroepen meisjes in Midden-Holland kwam in maart opdagen voor de eerste HPV-vaccinatie. Daarmee belandde de regio licht boven het landelijk gemiddelde, maar werd ook flink achtergebleven bij de verwachtingen. Wat zijn de leerpunten?

Het tv-programma Nova in plaats van de website YouTube. GGD-arts Anton Dalhuijsen weet wel waar het fout is gegaan tijdens de HPV-vaccinatiecampagne van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

“Meisjes die in 2009 dertien tot vijftien jaar zijn moet je op een heel andere manier benaderen dan je dat had gedaan in 2000. Het RIVM heeft zich dat onvoldoende gerealiseerd, terwijl tegenstanders juist handig gebruikmaakten van podia als MSN en Hyves. Die wezen de doelgroep bijvoorbeeld op een YouTube-filmpje: eerst zag je een vrolijke cheerleader, dan verscheen er een injectienaald en vervolgens was er een plaatje van een meisje in een rolstoel met een tekst als ‘Wil jij ook zo eindigen?’ Ik heb tientallen meisjes gesproken die via dat soort uitingen waren gaan geloven dat je van een HPV-vaccinatie kanker kan krijgen, onvruchtbaar kan worden of er verlamd door raken.”

Cijfers

Binnen de GGD Hollands Midden is Dalhuijsen arts infectieziekten én projectleider voor het Noordelijk deel van het werkgebied. Zijn collega Hans Vroom, beleidsadviseur/

projectleider, heeft de cijfers paraat over het Zuidelijke gedeelte, waartoe Midden-Holland behoort.

“In Midden-Holland gaat het bij de vaccinatiecampagne tegen baarmoederhalskanker om ongeveer 6.200 meisjes. De landelijke coördinatie ligt bij het RIVM, de uitvoering bij de GGD'en. De complete HPV-vaccinatie omvat drie inentingen, verspreid over een halfjaar. Landelijk werd gerekend op een opkomst van minstens zeventig

procent, maar slechts 49 procent haalde de eerste prik. In Midden-Holland was de opkomst 51%.”

Virusinfectie

Baarmoederhalskanker is een van de weinige vormen van kanker die bijna altijd worden teweeggebracht door een virusinfectie. In ons land ontstaat het jaarlijks bij 700 vrouwen en overlijden er 200 tot 250 aan. Tachtig van de honderd vrouwen lopen in hun leven HPV

op, maar uiteindelijk ontstaat bij één procent een blijvende infectie die na tien tot vijftien jaar kan leiden tot baarmoederhalskanker.

HPV-virussen worden vooral overgebracht door geslachts-gemeenschap, maar het kan ook via huidhuidcontact. Er bestaan ongeveer honderd typen van het virus, maar lang niet alle kunnen kanker veroorzaken. De huidige inenting beschermt tegen twee typen van het virus, die samen verantwoordelijk zijn voor zeventig procent van het veroorzaken van baarmoederhalskanker. Met het oog op gezondheidswinst voor vrouwen besloot het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport vorig jaar de inenting tegen baarmoederhalskanker op te nemen in het Rijks-



Anton Dalhuijsen, Arts infectieziekten GGD HM

vaccinatieprogramma. Meisjes krijgen de inenting wanneer ze twaalf zijn. Op die leeftijd zijn ze normaal gesproken nog niet seksueel actief geweest.

Vier priklocaties

Vroom: "In Midden-Holland waren vier goed bereikbare priklocaties ingericht in sportaccommodaties, verspreid over de regio. We hebben geen reden om aan te nemen dat dit aantal locaties onvoldoende was."

De tweede vaccinatieronde stond gepland voor april en voor nummer drie wordt de meisjes gevraagd zich aan te dienen in september. Vroom: "Drie sessies, dat betekent niet alleen een behoorlijke belasting voor de organisatie, maar ook voor de betreffende meisjes. Ze moeten drie keer worden geprikt worden, drie keer verschijnen op een – in principe – vaste tijd."

Dalhuisen: "In het hele land zie je dat de opkomst bij de tweede ronde min of meer even groot is als bij de eerste. Enerzijds heb je dus meisjes die, meestal samen met hun ouders, hebben besloten te gaan en anderzijds mensen die zich laten leiden door indianenverhalen over kanker en zo. Dat zijn verhalen die de wereld in zijn geholpen door bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken. Ik noem dat een eufemistische term. Die vereniging staat niet voor kritisch prikken, maar is gewoon helemaal tegen prikken."

Onderschat

Hoe dan ook, opponenten van de HPV-vaccinatie voerden een effectieve campagne. Dalhuisen: "Tegelijkertijd heeft het RIVM de kracht en invloed van de modernste media onderschat. Alle 380.000 meisjes die in aanmerking kwamen voor een HPV-vaccinatie, kregen een brief of folder thuisgestuurd en werden attent gemaakt op de website van het RIVM. Dat is interessante informatie voor zorgverleners, ouders en verzorgers, maar niet voor het gemiddelde




Hans Vroom, Beleidsadviseur/projectleider GGD HM

meisje van dertien. Dat geeft zo'n brief aan haar moeder en loopt door naar haar kamer waar ze via allerlei populaire websites op een heel toegankelijke manier kennismaakt met de tegenargumenten. Een moeder zei zelfs tegen mij dat ze vond dat de overheids campagne was gevoerd met communicatiemiddelen uit de negentiende eeuw." Vroom: "De landelijke voorlichtingscampagne is te laat en inadequaat van start gegaan. Ze was niet direct genoeg en gestoeld op oude principes. Naar mijn oordeel was het te veel een propagandacampagne, want de informatie over achtergronden en de voor- en

tegenargumenten op basis waarvan meisjes en ouders in staat werden gesteld zelf een afweging te maken, was onvoldoende. Met 'onvoldoende' bedoel ik ook: onvoldoende aansluitend bij de belevingswereld van de doelgroep. Verder is niet genoeg rekening gehouden met de argumenten van wetenschappelijke criticasters. Die argumenten beïnvloedden niet louter de personen die toch al tegenstander waren."

Scholen

Vroom pleit voor een betere betrokkenheid van scholen. "In Midden-Holland zijn in de loop van de campagne acties van start gegaan die specifiek op de scholen waren gericht. Zo werden de docenten Biologie en Verzorging voorzien van geschikte informatie. Tijdens het verdere verloop van de campagne is dus een meer schoolgerichte benadering wenselijk wanneer je wilt bereiken dat meisjes en ouders zelf een bewuste en weloverwogen keuze kunnen maken." Is een remmende werking uitgegaan van de vraag, of meisjes seksueel contact zijn geweest? Dalhuisen: "Het gaat niet om het seksuele en om de moraal. Het gaat erom dat veel moeders en meisjes geloven dat de vaccinatie leidt tot allerlei verschrikkelijke dingen. De lage opkomstcijfers worden volgens mij slechts ten dele verklaard door religieuze weerstand." 

'Besluitvorming krap'

Waarom heeft de Gezondheidsraad vorig jaar minister Ab Klink van VWS positief geadviseerd over HPV-vaccinatie, terwijl het vaccin er al lang was en was dit van invloed op de opkomst? Hans Vroom van de GGD Hollands Midden: "De Gezondheidsraad heeft in april vorig jaar geadviseerd voor meisjes van twaalf jaar de HPV-vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma op te nemen en een eenmalige inhaal campagne te starten voor meisjes die zijn geboren van 1993 tot en met 1996. Het vaccin bestond toen ongeveer zeven jaar. Ondanks de toen ook bestaande wetenschappelijke controverse was het advies van de Gezondheidsraad positief. Aan dat advies lagen behalve de medisch inhoudelijke argumenten onder meer doelmatigheidsberekeningen ten grondslag. Daarna was de besluitvorming in het kabinet krap, mede vanwege de noodzakelijke Europese aanbesteding en een kort geding van de leverancier van het alternatieve vaccin tegen de aanbesteding. De uitslag was pas eind 2008 bekend. Zo was er voor het RIVM weinig tijd om met de GGD'en zaken af te stemmen voor de voorbereiding en opzet van een goede voorlichtingscampagne."

Zwemmen in open water onder controle

Lia Thorborg,
journalist

Zodra de zon schijnt en de temperatuur zomerse waarden bereikt, zoekt de mens verkoeling in het water. De regio Midden-Holland is gezegend met een behoorlijke hoeveelheid open zwemwater. En daarin loert gevaar voor de gezondheid.



Marjolein de Gruijter, Medische milieukunde GGD HM

Dit jaar zijn veel openluchtwembaden zelfs eerder gestart vanwege de uitzonderlijk warme aprilmaand. In de zomer worden de strandjes bij de plassen druk bezocht en liggen overal zonnebaders langs de rivieren. Kinderen scharrelen lang de waterlijn, jongeren zwemmen en stoeien, ouderen crawlen een eindje naar de horizon.

Holland Waterland. Het is een idyllisch beeld, dat niet helemaal recht doet aan de werkelijkheid. Soms komen mensen na het recreëren hondsberoerd thuis. Ze hebben hoofdpijn, zijn misselijk, hebben last van maagkrampen, geïrriteerde ogen, gezwollen lippen of huiduitslag. "Zwemmen in open water is alleen veilig, wanneer je zeker weet dat terplekke de kwaliteit regelmatig wordt gecontroleerd," zegt Marjolein de Gruijter, arts 'maatschappij en gezondheid' van de GGD Hollands Midden. "En ook bij die gecontroleerde zwemlocaties is het noodzakelijk om goed te letten op de waarschuwings- en verbodsborden."

Controles

Tussen 1 mei en 1 oktober controleert de provincie elke twee weken de kwaliteit van het zwemwater. Het gaat daarbij altijd om plassen- en erkende recreatiegebieden. De zwemwatercontroleurs houden zich niet bezig met rivieren of kanalen. Zwemmen in vaarwegen wordt zon-

Zwemmersjeuk



Een heerlijke zwempartij en dan thuiskomen met hinderlijke bultjes op armen en benen. U bent het slachtoffer geworden van zwemmersjeuk ofwel cercariën dermatitis. Deze huiduitslag wordt veroorzaakt door larven van een platworm (trichobilharzia, zie foto hiernaast). De larven zijn afkomstig van poelslakken, komen vrij in het water en gaan 'op zoek' naar watervogels, bijvoorbeeld eenden. Dringt de larf bij toeval in de huid van de mens, dan sterft hij en veroorzaakt

een soort muggenbult. Aanvankelijk is deze nauwelijks voelbaar, maar zodra de bult opzwellt, begint ook de jeuk die een paar dagen kan aanhouden. Douchen helpt niet, het probleem zit onder de huid. De huisarts kan een jeukstillend middel voorschrijven.

De poelslakken, waarin de platworm haar eieren legt, komen vooral voor in ondiep water. Waarschuw altijd de waterbeheerder (de provincie), wanneer u zwemmersjeuk hebt opgelopen. Hij kan dan de slakkenpopulatie verwijderen.

der meer als riskant beschouwd en door de overheid in principe afgeraden. De grootste gevaren daar worden veroorzaakt door de mens: het verkeer te water, de onbekende diepte van vaargeulen, verraderlijke stromingen bij veerponten, sluizen, gemalen en strekdammen, maar ook de overstort en lozing van rioolwater en de onzichtbaarheid van uitstekende, scherpe voorwerpen onder water.

Blauwwier

Ziek worden na een zwempartij kan een scala aan oorzaken hebben. Het water kan zijn vervuild door urine (ziekte van Weil, ratten) of ontlasting (cryptosporidium) van dieren. Ook parasieten van watervogels kunnen de mens schaden (zie kader: zwemmersjeuk). En tot slot zijn er toxines en bacteriën van plantenorganismen (botulisme), die de kwaliteit van het water negatief beïnvloeden, zonder dat de mens er werkelijk ziek van wordt.

De meest voorkomende vijand van de zwemmer is echter de blauwwier of blauwalg. Deze wieren gedijen bij watertemperaturen rond de 20 graden, die de afgelopen zomers steeds vaker zijn voorgekomen. De algen vormen een drijvende laag op het water en scheiden bij hun afsterven giftige stoffen af, die gevaarlijk zijn voor mens en dier. Zwemmen in water waarop zo'n blauwgroenige, olieachtige film zichtbaar is, is vragen om problemen zoals hoofdpijn, braken, diarree en koorts. Wie der-

gelijke symptomen vertoont na een zwempartij in open water, moet altijd naar de huisarts. Bovendien moet er meteen een melding naar de provincie of de GGD. De GGD treedt op als coördinator, registrator en rapporteur aan het landelijke RIVM. Zij onderhoudt volgens een protocol ook de contacten met de waterbeheerder, wanneer sprake is van een aan zwemwater gerelateerde uitbraak waarbij groepen mensen het slachtoffer worden van één bepaalde ziekte.

Voorlichting

"De meeste berichten over vervuild water en negatieve zwemadviezen in Zuid-Holland gaan over blauwwieren," zegt De Gruijter. "De temperatuurverhoging van de laatste jaren heeft ermee te maken. Onze zomers worden warmer en de

watertemperatuur blijft langer boven de 20 graden. Er zijn echter de afgelopen jaren in onze regio Midden-Holland geen echte uitbraken van ziekteverschijnselen geweest. Waarschijnlijk is de voorlichting voldoende en zijn mensen zich inmiddels bewust van de gevaren. Ze blijven dus uit het water, als ze gewaarschuwd worden. Anderzijds is het mogelijk, dat ons beeld niet compleet is. We weten niet wat zich afspeelt op de niet-erkende zwemplekken. Individuele gevallen komen hier vaak niet binnen. Je mag ook aannemen dat niet iedereen met klachten zich bij de huisarts meldt. Wellicht zien we dus alleen het topje van de ijsberg." Er is geen medicijn tegen de gevolgen van blauwwierbesmetting (neurotoxines). In heel extreme gevallen, bij hoge doseringen is een dodelijke afloop mogelijk. In ons land is dat echter nog nooit voorgekomen. Het verschijnsel van de blauwalgen is direct gekoppeld aan de (water)temperatuur. Zodra die daalt, nemen de algenconcentraties af. Zijn zij verdwenen, dan kan er weer rustig worden gezwommen. Al met al lijkt zwemmen in open water een riskant tijdverdrijf. Allemaal liever naar het zwembad dan maar? "Welnee," lacht Marjolein de Gruijter. "Ten eerste is het ook daar nooit 100% risicovrij. Maar risicovrij bestaat sowieso niet. Het is een kwestie van gezond verstand gebruiken. Als je de adviezen volgt en alleen zwemt op gecontroleerde locaties, dan is het prima recreëren aan de plassen."

Zwemwater: website en telefoon



De provincie Zuid-Holland houdt als beheerder van het open zwemwater de kwaliteit goed in de gaten tussen 1 mei en 1 oktober. Elke twee weken wordt het water van erkende zwemlocaties gecontroleerd. In vitrinekastjes terplekke wordt altijd aangegeven of het veilig is om in de betreffende plas of waterpartij te zwemmen. Informatie over de kwaliteit van de erkende locaties is eveneens te vinden op www.zuid-holland.nl/zwemwater. Op de website staan ook algemene adviezen voor zwemmen in open water en het schoonhouden van de entourage om ziekteveroorzakers tot een minimum te beperken.

Wie gezondheidsklachten ondervindt na het zwemmen in open water, wordt gevraagd dat altijd te melden bij de huisarts, de GGD Hollands Midden of de Provincie. Dat kan in het seizoen via de Zwemwater telefoon: (070) 441 75 50.

Autisme, gezamenlijke zorg

Gerda van Beek,
journalist

Mozart, Socrates, Einstein: wie kent de namen van deze grootheden niet? Minder bekend is dat zij waarschijnlijk een vorm van autisme hadden. Zoals op dit moment naar schatting 160.000 mensen in Nederland lijden aan een autistische stoornis.



Mia Senten, Coördinator MEE MH

Autisme, het is aan de buitenkant niet te zien, de mate varieert sterk, de uitingen ook en dat maakt een goede begeleiding ingewikkeld. Daarom is jaren geleden op initiatief van het ministerie van VWS en de Nederlandse Vereniging Voor Autisme (NVA) een landelijk convenant opgesteld, ondertekend door acht landelijke partners. Doel is om vanuit een gezamenlijke aanpak de zorg en ondersteuning van mensen met autisme te verbeteren. Daarom is eerst gewerkt aan het realiseren van regionale samenwerkingsverbanden in heel Nederland, de Regionale Intersectorale Autisme Netwerken, ofwel RIAN's.

RIAN Midden Holland

Ook in Midden-Holland is een RIAN opgericht, in 2006. MEE Midden-Holland heeft voor acht uur per week een coördinator beschikbaar gesteld. Mia Senten voert deze functie uit. "Ik ben begonnen met

een verkenning wat er in de regio aanwezig is op het gebied van ondersteuning van kinderen en volwassenen met autisme. Dat is heel divers en vindt plaats op veel verschillende terreinen: zorg, onderwijs, welzijn, wonen en dergelijke. RIAN werkt met een stuurgroep waarin een aantal kernpartners is vertegenwoordigd. Daarnaast is er een overlegvorm met vertegenwoordiging van mensen op de werkvloer: het contactpersonen-netwerk autisme.

Er zijn diverse werkgroepen actief, die zich over bepaalde knelpunten buigen en een plan van aanpak maken. Zoals de lange wachtlijsten voor diagnostiek en behandeling. De woonbehoefte en het woonaanbod in kaart brengen. De problemen rondom het onderwijs. Dagbesteding en arbeid. De vrije tijdsinvulling: moet er een specifiek aanbod worden opgezet voor mensen met autisme of moeten er aparte afdelingen komen bij bestaande verenigingen?"

Versnippering

"Het is een lastige manier van werken", geeft Mia toe, "vanwege de enorme versnippering en diversiteit. Er bestaat zelfs geen eenduidige registratie. De ene ouder wordt doorverwezen naar Curium, een onderzoeks- en begeleidingsinstelling voor kinderen tot 18 jaar, de ander komt bij de GGZ terecht of bureau Jeugdzorg. Overal liggen plukjes en het blijft gissen. Daarom is instellingsoverstijgende samenwerking van groot

belang. Helaas vormt deelname aan overlegvormen steeds meer een probleem, want het zijn geen productgerelateerde uren. Terwijl brede samenwerking positieve gevolgen heeft voor de cliënt."

Kleine stapjes

Twee maal per jaar komen alle RIAN-coördinatoren uit het hele land bij elkaar. "Het is inspirerend om van elkaar te horen hoe de ontwikkelingen verlopen en van elkaar te kunnen leren. Het gaat in het hele land met zeer kleine stapjes, maar we gaan nog steeds vooruit. Bij mensen met een autistische stoornis heerst veel problematiek achter de voordeur. Het is van groot belang om het aanbod en de hulpverlening op elkaar af te stemmen om te voorkomen dat mensen tussen de wal en het schip vallen. Kennisoverdracht binnen een RIAN maakt partijen sterker en het leidt tot betere samenwerking." 

Deelnemende organisaties

Dat zorg voor autisme in veel organisaties plaatsvindt, blijkt wel uit de ondertekenaars van het convenant van het RIAN Midden-Holland. Dat zijn: ASVZ Zuid West, Gemiva SVG Groep, de Bruggen Midden-Holland, stichting Kwintes, GGZ Rivierduinen, Centrum Autisme NZH, Centrum voor Consultatie en Expertise Regio Zuid-Holland Midden, Curium, STEK Bureau Jeugdzorg Midden-Holland, MFC De Banjaard, Groene Hart Ziekenhuis, Zorgkantoor Trias, bureau TRACK, NVA regio Zuid Holland en MEE Midden-Holland.

Berichten



Change: NaH café op Locatie Karnemelksloot

Op 5 juni 2009 start Change. Change is een uitgaansgelegenheid in Gouda voor mensen met niet aangeboren hersenletsel. Het betreft een unieke samenwerking tussen Gemiva en Zorgpartners.

Op de eerste vrijdagavond van de maand kan iedereen met niet aangeboren hersenletsel binnenlopen en lotgenoten ontmoeten. Er wordt gebruik gemaakt van de ruimtes van Locatie Karnemelksloot. Deze ontmoetingsavonden hebben een ongedwongen karakter. Bij Change hoeft er niets maar mag veel. Het café wordt gedraaid door een begeleider van locatie Karnemelksloot en vrijwilligers. De bezoekers kunnen computeren, spelletjes doen en contacten leggen.

Het voornemen is om de ontmoetingsplek eens per maand open te stellen en in de toekomst uit te breiden naar mogelijk meer vrijdagavonden per maand.

Meer informatie, telefoon: (0182) 71 13 61. ■

Start team Kritieke Eerste Episode (KEP)

Het doormaken van een psychose is een zeer ingrijpende levensgebeurtenis. Het op tijd herkennen van een eerste psychotische episode is essentieel voor het verdere beloop. Het is gebleken dat in de eerste drie jaar na een eerste psychose, de meeste kans bestaat op verder functioneel herstel en dat intensieve opvang, behandeling en begeleiding mogelijk gunstig is voor dit herstel. Hoe langer een psychose duurt, hoe geringer de kans op herstel. Reden waarom Rivierduinen breed het beleid rondom eerste psychose drastisch is gewijzigd.

In GGZ Midden Holland is in september 2008 het team eerste psychose (KEP team) van start gegaan. Het team bestaat uit vier Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, een arts in opleiding tot psychiater, een psycholoog, een psychiater, ergotherapeut, ambulante verpleegkundige, medewerkers Kwintes en Reakt. Allen werken vooralsnog in deeltijd voor het team. Uitbreiding vindt plaats op basis van groei van caseload. Bedoeling is cliënten zo snel

mogelijk in zorg te krijgen en in zorg te houden met een zo gedifferentieerd mogelijk aanbod aan behandeling en begeleiding. Momenteel zijn er 15 cliënten in zorg variërend in leeftijd van 14 tot 36 jaar. De verwachting is dat dit er eind 2009, 65 zullen zijn.

Belangrijke doelstellingen van het team zijn:

- voorkomen onnodige behandelovergangen (voorkomen gat tussen jeugd en volwassenen psychiatrie, voorkomen teveel overgangen tussen behandelaren);
- verlagen van de duur onbehandelde psychose;
- streven naar verbeteren functionele uitkomst (werk, opleiding) na drie jaar;
- werken in samenwerken met cliënten, ervaringsdeskundigen en familie;
- vermindering psychotische symptomen, preventie van relaps.

Het team is in ontwikkeling en is veel bezig met uitwerken van methodiek en werkaafspraken. ■



“Ik blijf in de zorg werken, daar heb ik nog iets te doen”

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Eliane Thewessen, tot 1 juli lid van de Raad van Bestuur van het Groene Hart ziekenhuis blikt terug op haar tijd bij het ziekenhuis. “Na mijn werk als arts-microbioloog stapte ik in een totaal andere wereld.” Het bleek een goede keuze.

Eliane Thewessen voelt zich nog steeds een echte Limburgse ook al woont ze er al zo'n 30 jaar niet meer. Na haar specialisatie in Rotterdam, ging ze in 1989 aan de slag als arts-microbioloog in het Groene Hart Ziekenhuis. “Ik had me gespecialiseerd in infectie-

ziekten, vakinhoudelijk was dat helemaal mijn ding. Ik heb dit werk ruim 16 jaar gedaan. De rode draad bij mij was wel dat ik naast mijn werk als arts-microbioloog bestuurlijk actief was op allerlei fronten zoals voorzitter van de medische staf. Het was niet zozeer



Eliane Thewessen, Lid Raad van Bestuur Groene Hart Ziekenhuis

de vraag of, maar wanneer ik de stap zou zetten naar een 'echte' bestuurlijke functie. In 2005 deed zich de kans voor om lid van de Raad van Bestuur bij het GHZ te worden. Ik vond het ook een mooi moment om op mijn 47ste nog een keer de mogelijkheid te krijgen om een ander vak helemaal in de vingers te krijgen. Het bleek een uitstekende keuze voor mij, ik vind het leuk om beleidsmatig en overkoepelend te denken en verder te kijken dan de dagelijkse praktijk."

Andere wereld

"Als ik terugkijk op de afgelopen vier jaar; dit is wel een totaal andere wereld dan ik gewend was. In mijn vorige functie ging het om vakinhoudelijke kennis. Als bestuurder gaat het vooral om relaties: hoe gaan mensen met elkaar om. En: macht is een issue. Het gaat als bestuurder niet om je inhoudelijke kennis maar om de positie die ik heb. Mensen verwachten dat ik de richting aan geef, ook al zit je met allemaal slimme mensen bij elkaar. Daar moest ik erg aan wennen. En dat ik vrouw ben blijkt nu ook opeens een rol te spelen.

In de zorg zie je sowieso weinig vrouwen aan de top, terwijl daar juist veel vrouwen werken. Nu ik mijn afscheid heb aangekondigd krijg ik ook reacties van vrouwen, ze blijken mij als voorbeeld te zien. Dat had ik me niet zo gerealiseerd. Er zijn denk ik drie factoren waarom er zo weinig vrouwen in de top zitten. De Raad van Toezicht bestaat bijna altijd uit mannen, zij moeten het aandurven. Daarnaast moeten de zittende leden van de Raad van Bestuur, ook meestal mannen, een vrouw naast zich willen hebben. En: de vrouwen zelf moeten ja durven zeggen."

Kers

"Een belangrijk aspect van deze functie is dat je ook het visitekaartje bent naar buiten toe. Maar ook intern ben je het boegbeeld. Behalve beleid uitstippelen moet je het ook intern uitdragen, anders

werkt het niet. Je moet de toon zetten en er zijn als het nodig is. Iemand zei eens tegen me: 'Je bent de kers op de slagroomtaart'. En zo voel ik me soms ook. Maar het is ook goed en leuk om bij een receptie of prijsuitreiking iets te kunnen zeggen. Het biedt een podium om je boodschap neer te zetten of om medewerkers complimenten te geven."

Compassie

Eliane is ook ruim zeven jaar betrokken geweest bij het Transmuraal Netwerk. "Van nature hou ik van samenwerken. Het is goed dat er een transmuraal bestuur is. Niet dat er anders geen samenwerking zou zijn, maar bestuurlijk commitment is nodig om dingen van de grond te krijgen. Of om iets vlot te trekken als de samenwerking op een ander niveau spaak loopt. Ik ben ongelofelijk blij met het Transmuraal Netwerk, er zijn inmiddels zoveel ketens opgezet. Het effect van de transmurale samenwerking zou alleen wat mij betreft nog sterker mogen zijn. Als patiënt heb je al genoeg aan je ziekte, je moet geen last hebben van de organisatie er omheen. Ik zou echt willen dat wij met elkaar als netwerk de patiënt in de watten leggen. Verplaats je in de patiënt. Leg bijvoorbeeld even uit waarom je de patiënt aan de balie niet gelijk kunt helpen. Compassie gaat voor efficiency, een beetje anarchie mag wel, daar wordt de zorg in mijn ogen alleen maar beter van."

Typisch Eliane

"Wat ik van veel mensen hoor is dat ik toegankelijk ben gebleven en geen kapsones heb. Ik zeg altijd: je hoeft niet belangrijk te doen om belangrijk te zijn." En ze lacht graag, ook dat is algemeen bekend. "Ook al neem ik mijn werk zeer serieus, humor vind ik belangrijk. Onlangs merkte iemand op: 'lachende bestuurders zijn zeldzaam'. Zo kreeg ik eens bezoek van twee heren om het vestigen van een polikliniek op hun locatie te bespreken. De een

was typisch een 'pakkenman', de andere niet maar hij had toch een keurige combinatie aan. Halverwege het gesprek merkte de 'pakkenman' op dat de ander speciaal voor dit gesprek deze kleding had gekocht. Ach joh, dat was niet nodig geweest hoor!" En gedichten, ook dat is typisch Eliane. "In mijn baan als arts-microbioloog hing ik elke maand een ander gedicht op mijn deur. Soms krijg je met tekst en plaatjes meer in beweging. Ik hou van levenswijsheden, gekke gedichtjes met een kwinkslag. Ik vond dat dit als bestuurder niet kon. Daar heb ik wel een beetje spijt van, dus dat ga ik in het vervolg anders doen."

Nog iets te doen

"Ik zie de afgelopen jaren als een opleidingsperiode, ik heb veel geleerd. Nu ben ik op een moment aangekomen dat ik merk dat ik het in de vingers heb. Ik heb mijn rugzak gevuld en heb voldoende ervaring om uit te vliegen. Laat mij het maar eens ergens anders uitproberen. De afgelopen maanden heb ik me vooral georiënteerd. Ik weet wat ik ga doen, alleen weet ik nog niet waar. Voorop staat dat ik in de zorg-sector blijf werken, daar heb ik nog iets te doen. Er wordt nog teveel gedacht vanuit de organisatie in plaats van de patiënt/cliënt, dat kunnen we nog beter doen. Ik zoek een plek waar ik de vertaalslag kan maken van een zelf bedacht strategisch plan naar de praktijk. En waar ook gelachen mag worden." 

Diabeteszorg, multidisciplinaire aanpak tegen één tarief

Gerda van Beek,
journalist

Het aantal chronisch zieken neemt de komende jaren schrikbarend toe. Kwalitatief goede zorg, waardoor complicaties worden voorkomen of in ieder geval pas later optreden, is van groot belang. Te beginnen bij diabeteszorg. Midden Holland is er klaar voor.



Het is een speerpunt van minister Klink. De patiënt centraal, samenhangende zorg gebaseerd op de zorgstandaard, georganiseerd aangeboden en tegen één totaaltarief. De contracten zijn getekend. De financiering voor de chronische zorg is te vergelijken met de Diagnose Behandel Combinatie in het ziekenhuis: de DBC's, met één totaalbedrag voor een specifieke diagnose. "De ROH heeft met de zorgverzekeraar een contract afgesloten voor de diabetesketen-DBC", vertelt Paul Rasch, arts Maatschappij en Gezondheid en werkzaam als manager bij de ROH, de Regionale Organisatie Huisartsen Midden Holland.

Eén hoofdcontractant

De ROH is als hoofdcontractant verantwoordelijk voor de uitvoering en sluit contracten af voor de labbepalingen, de diëtiste, de fundusfotografie, de automatisering en de consultfunctie door de internisten. "Uiteraard verloopt alles in nauwe samenwerking met de ROH-leden, de huisartsen", benadrukt Rasch. "Zij verlenen de zorg. De ROH-ledenvergadering legt vast wát er moet gebeuren en de huisartsen bepalen hōe lokaal de uitvoering plaatsvindt. Dat kan bijvoorbeeld in Gouda anders zijn dan in bijvoorbeeld Lekkerkerk."

Eisen aan het KIS

Er is veel werk aan voorafgegaan.

Zo is er een protocol vastgesteld, een bedrijfsplan geschreven, de kwaliteitscriteria vastgesteld en is er een keuze gemaakt voor een KIS, een Keten Informatie Systeem. "Aan dat KIS hebben we hoge eisen gesteld", geeft Rasch aan.

"Voorwaarde was een goede koppeling met het HIS, het huisartsen-informatiesysteem. Het KIS krijgt de professionele samenvatting uit het HIS, de actuele medicatiegegevens en doet een check op eventueel recent opgetreden comorbiditeit. Omgekeerd geeft het KIS alle lab- en meetwaarden aan het HIS, met een samenvatting van de diabetesbehandeling. De medicatie wordt alleen via het HIS voorgeschreven. De praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige kan via het KIS de huisarts advies geven en de huisarts schrijft vervolgens op de gebruikelijke manier voor. Op deze wijze is de medicatiebewaking gewaarborgd. Het KIS is gekoppeld aan de UZI-pas (unieke zorgidentificatiepas), waardoor het ook toekomstbestendig is."



Paul Rasch, Manager ROH

vier controles per jaar, jaarlijks een meting van het Hba 1c (de ROH meet deze bepaling zelfs meerdere malen per jaar), evenals jaarlijks de klaring van de nierfunctie en van de microalbumine, de meting van de

"Regionaal vaststellen wát er moet gebeuren en lokaal hoe"

Draagvlak

Het KIS moest nog aan meer voorwaarden voldoen. Zo is het per internet voor alle betrokken professionals transmuraal beschikbaar. Het levert registratiegegevens en prestatie-indicatoren, die de huisarts dan weer kan spiegelen aan de ROH als geheel. Op deze wijze is feedback op een goede manier mogelijk. Ook biedt het patiënten-toegang voor een e-consult of het invoeren van een glucose-dagcurve. "Na een zorgvuldige selectie is gekozen voor het systeem van Porta Vita", vertelt Rasch, "Met specifiek voor ons toegevoegde mogelijkheden. Dit besluit is goedgekeurd door 94% van de leden, dus er is een breed draagvlak."

Zorgstandaard

De zorg wordt geleverd volgens de NDF Zorgstandaard. Dit houdt onder meer in voor diabetespatiënten:

bloeddruk en de BMI, jaarlijks een oogfoto en voetcontrole en eens per jaar een gesprek over zelfregulatie en over mogelijke complicaties. Daarnaast is opsporing van nog niet bekende diabetespatiënten van belang. "Dankzij de systematische aanpak van diabeteszorg krijgt iedereen de beste zorg van de beste kwaliteit."

Q-team

De huisartsen verlenen deze zorg met de praktijkondersteuner en/of diabetesverpleegkundige. "Dat kunnen ze, binnen het kwaliteitskader, zelf op de beste wijze invullen, passend in de lokale situatie", vervolgt Rasch. "De ROH ondersteunt de huisartsen met integrale dossiervorming, feedback, scholing, maar ook met het instellen van een Q-team. Dit team staat voor kwaliteit, met deelname van een internist, een kaderarts, een huisarts, een dia-

betesverpleegkundige, en een praktijkondersteuner. Op afroep kunnen er andere disciplines worden toegevoegd, zoals oogarts of diëtist. Dit Q-team adviseert over het protocol, beoordeelt de resultaten van de DBC, geeft daarover feedback, heeft een vraagbaakfunctie en levert een bijdrage aan de scholing."

Ondersteuning bij de invoering

Ook biedt de ROH ondersteuning bij de implementatie van deze werkwijze. "Per coöperatie is er een aantal advies- en begeleidingsuren beschikbaar. Het zorgt voor een nulmeting, geeft advies over verbeteringen, geeft training voor het gebruik van het KIS, biedt een cursus aan voor huisartsen over diabetes, verzorgt de conversie van data uit het HIS naar het KIS voor bestaande diabetespatiënten en biedt de mogelijkheid tot consultatie bij het Q-team. Zaken die de ROH noodzakelijk acht en daarom de kosten daarvan heeft opgenomen in de totaalprijs van de DBC."

Beste zorg

Rasch: "Bij goede diabeteszorg heeft de huisarts de regie, maar de uitvoering vindt plaats in samenwerking. Dit vereist een structurele aanpak. Met een DBC-financiering kun je dat goed invullen, zowel centraal als decentraal, passend bij de lokale situatie. Op deze wijze zijn alle patiënten met diabetes – en dat zijn er in onze regio naar schatting 6.000 – verzekerd van de beste zorg."

Regionale Organisatie Huisartsen Midden Holland

DE ROH heeft 12 leden: 11 lokale coöperaties van huisartsen en het gezondheidscentrum Goverwelle. Nagenoeg alle huisartsen in de regio zijn bij deze leden aangesloten. Deze organisatievorm heeft grote voordelen. De huisartsen zijn als één partij aanspreekbaar voor andere partijen, zoals overheden, zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De ROH kan slagvaardig optreden, terwijl de democratie verzekerd is. Daarom is er ook gekozen voor een coöperatie, niet voor een BV.

Uitzetten medicijnen van thuiszorg naar apotheek

Adieu, pillendoos

Gerben Stolk,
journalist - PlumaTekst

De pillendoos is niet meer. Sinds de apotheker in september 'uitzetten van medicijnen' overnam van de thuiszorg, krijgen steeds meer cliënten hun geneesmiddelen voor de komende week in zakjes. Wat zijn de ervaringen in Boskoop?

Dertig inwoners die al medicijnen krijgen op de nieuwe manier en nog eens dertig die er in de komende periode toe moeten overgaan. Alhoewel: helemaal zelfstandig zal een aantal cliënten uit die laatste groep niet uit de voeten kunnen, zodat een bepaalde vorm van hulp nodig blijft. Zó was halverwege april in Boskoop de situatie met uitzetten van medicijnen. Wat is er precies aan de hand?

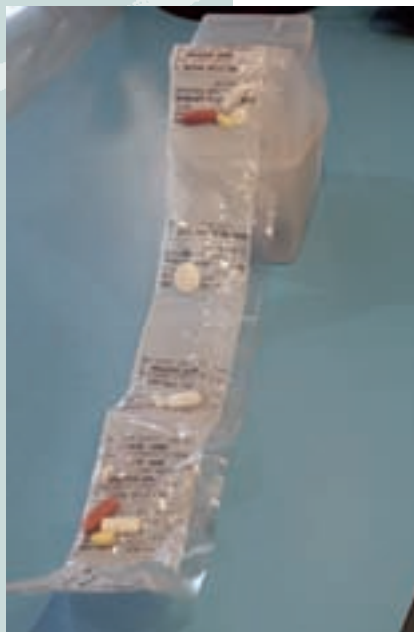
Uitzetten van medicatie behoorde jarenlang tot de taken van de thuiszorg. Medewerkers vulden de medicijndoos, waarna de cliënt exact wist wanneer hij een bepaald geneesmiddel moest innemen in de komende week. In september kwam daar verandering in. Sindsdien wordt 'uitzetten van medicatie' niet langer gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maar via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gevolg: apothekers voeren de werkzaamheden uit.

Overgang

"Het nieuwe systeem heet GDS, ofwel Geautomatiseerd Distributiesysteem. Het wordt ook wel baxteren genoemd", zegt Ingrid van der Heijde. Zij is namens thuiszorgorganisatie Vierstroomzorgring manager van het gebied Boskoop, Waddinxveen, Bodegraven en Reeuwijk. "Samen met de Dienst Apotheek Midden-Holland, een samenwerkingsverband van alle



Ingrid van der Heijde, RVE manager Vierstroomzorgring



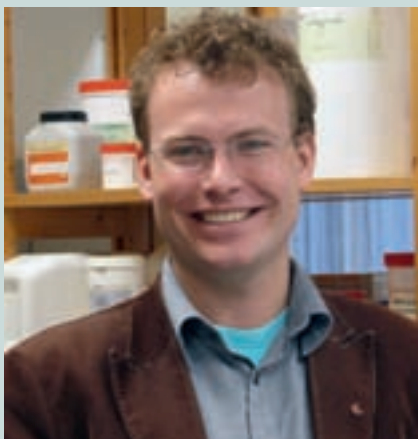
teren? Jorrit Neumann van Apotheek Parklaan in Boskoop: "Voorheen werd ons bijvoorbeeld door huisarts of thuiszorg gevraagd voor de komende drie maanden medicijndoosjes te leveren. Medewerkers van de thuiszorg haalden die op en plaatsen bij de cliënt thuis telkens de geneesmiddelen voor een week in de medicijndoos. Nu bezorgen wij de recepten voor een klant aan een apotheek waar met behulp van machines de medicijnen voor een week worden uitgezet. Het systeem is gebaseerd op plastic zakjes van plusminus vijf bij acht centimeter die in de juiste volgorde worden geplaatst. Op een zakje staat welk medicijn erin zit en wanneer het moet worden ingenomen. Wij zijn in de afgelopen maanden veel meer geneesmiddelen aan huis gaan bezorgen."

Veel medicijnen kunnen in zakjes worden geplaatst. Maar hoe zit het

openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen in de regio, heeft Vierstroomzorgring vorig jaar een protocol vastgesteld om de overgang van de oude naar de nieuwe werkwijze te regelen."

Plastic zakjes

Hoe ziet dat er precies uit, dat bax-



Jorrit Neumann, Apotheker Boskoop

met drankjes, zalfjes en crèmes? Voor die middelen is baxteren geen optie. “De medicijndoos had die beperking ook”, zegt Neumann. En Van der Heijde: “Dat soort medicijnen wordt apart geleverd. Hetzelfde geldt voor antistollingsmiddelen. De benodigde hoeveelheid kan variëren per week, afhankelijk van de prikresultaten van die keer door de Trombosedienst. De thuiszorgmedewerkers vragen bij het Centrum Indicatiestelling

Zorg een indicatie aan om deze medicatie aan te reiken.”

Verbetering

Heeft de thuiszorg geen enkele bemoeienis meer met uitzetten van medicijnen? Van der Heijde: “In de praktijk reiken we nog wel eens middelen aan, vooral bij mensen die vergeetachtig zijn.” Neumann: “De nieuwe situatie is een verbetering. Het proces is beter controleerbaar en de kans op een fout is één

op 700.000. Tegelijkertijd zijn er oudere mensen die het moeilijk vinden aan een verandering te wennen of die daartoe zelfs niet in staat zijn.”

Van der Heijde: “Sommigen, denk aan reumapatiënten of blinden en slechtzienden, kunnen misschien de zakjes niet openen. Voor hen moet een oplossing op maat worden gezocht. De apotheek of de thuiszorg zou dat toch moeten begeleiden.”



Actueel

Regionale patiëntendossiers in het nieuws

Woensdag 27 mei stond het Elektronisch patiëntendossier (EPD) volop in de publiciteit. Het College bescherming persoonsgegevens (CPB) verspreidde die dag een persbericht waarin zij bekendmaakten dat de regionale EPD's de wet overtreden. Wat is er aan de hand?

Het CPB heeft bij wijze van steekproef de regio Midden-Holland en de Centrale Huisartsenpost Gorinchem onderzocht. Punt van kritiek is dat beide regionale initiatieven de patiënten niet persoonlijk hebben geïnformeerd over de opname van hun gegevens in het regionaal elektronisch patiëntendossier. Daarnaast constateerde ze dat er geen structurele barrière en controle is om tegen te gaan dat artsen zonder behandelrelatie toegang zoeken tot een patiëntendossier.

Nog in ontwikkeling

Lia Donkers, woordvoerder namens de Stichting Schakelpunt Informatie Transmurale Zorg Midden-Holland (SPITZ-MH): “De privacy is gewaarborgd en veiliger dan bij papieren dossiers. De regio Midden-Holland volgt landelijke beleid maar we zijn net gestart, lopen iets voor en ontmoeten daardoor aspecten van techniek en van wet- en regelgeving die nog ontwikkeld moeten worden. Midden-Holland houdt zich aan de eisen zoals geformuleerd in de Wet Bescherming persoonsgegevens. Die gold tenslotte ook al voor papieren dossiers. Voor digitale dossiers

moet het wetsvoorstel EPD nog worden vastgesteld door de Eerste Kamer.”

Het aantal raadplegingen in 2009 was in Midden-Holland tot en met april nog zeer beperkt, slechts 250 keer, inclusief testen. “Er wordt bijgehouden welke zorgverleners informatie hebben opgevraagd. Omdat het aantal raadplegingen nog minimaal is, is het technisch nog niet mogelijk om patronen te herkennen en verdachte situaties eruit te filteren. Dat is bijvoorbeeld in het elektronisch betaalverkeer al wel het geval. Aan zo'n zelflerende technologie wordt landelijk hard gewerkt. Tot dan gebeurt de controle van de logging handmatig. Het misbruik in Midden-Holland is tot op heden nul.”

Informatievoorziening

“SPITZ M-H heeft namens de aangesloten zorgaanbieders en in overleg met de regionale patiëntenorganisatie ervoor gekozen om de inwoners van Midden-Holland te informeren via de media en een folder. Reden om het gezamenlijk te doen was dat we dan niet vier keer aan de 250.000 inwoners brieven hoefden te versturen omdat het gaat om

drie bronregistraties (huisartsen, apotheken en het Groene Hart Ziekenhuis) en één schakelregistratie (verwijsindex SPITZ). Dit zou alleen maar verwarrend zijn. Bovendien vonden we het prematuur om iedereen in dit stadium persoonlijk te informeren terwijl er in de praktijk nog nauwelijks sprake is van uitwisseling van gegevens. Mensen zouden immers onterecht op de aanwezigheid van een EPD vertrouwen.

We hebben conform het 10 punten plan EPD van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie de constructie van de passieve toestemming gehanteerd en mensen in dit stadium geïnformeerd via berichtgeving in kranten en huis-aan-huisbladen en door het verspreiden van de speciale folder. Als de ontwikkeling van het EPD qua techniek en jurisprudentie verder gereed is, zullen we de inwoners opnieuw persoonlijk informeren.

Uiteraard is SPITZ M-H er een groot voorstander van dat in de toekomst op één plek landelijk wordt geregeld dat mensen niet willen dat het elektronisch patiëntendossier door anderen dan de 'bron' wordt ingezien. Nu moet dat nog bij de verschillende bron- en schakelregistraties afzonderlijk worden aangegeven.”

Meer info op www.spitz-mh.nl.

Puberpoli moet 'drop-outs' voorkomen

Lia Thorborg,
journalist

De puberteit is een lastige periode. Ook voor kinderen met een chronische aandoening. In die fase vallen er jongeren uit de boot. De oplossing wordt gezocht in de transitie- ofwel puberpoli. Zo wordt in Midden-Holland geprobeerd 'zorgdrop-outs' te beperken.

Ouders zijn soms nog te beschermend, terwijl artsen ervan uitgaan dat jongeren langzamerhand zelfstandig beslissingen over behandelingen moeten leren nemen. Tegelijkertijd is dit het moment waarop ze – soms na jaren – afscheid moeten nemen van de vertrouwde kinderpoli om over te stappen naar de onbekende gezichten van de volwassenenzorg. De transitie- ofwel puberpoli moet de overstap van kinderarts naar internist, longarts of van kindernaar volwassenrevalidatie soepeler maken. Want 'zorgdrop-outs' zetten hun gezondheid op het spel.

Revalidatie

"Je moet pubers en jongvolwassen patiënten ondersteuning bieden die aansluit op hun specifieke vragen en problemen." Irene van der Steen, revalidatie-arts van het kinderteam van de Sophia Revalidatiepoli in Gouda kan de jongeren die zij begeleidt, nog geen plaatselijke groepsmodule bieden om de overgang naar volwassenzorg te vergemakkelijken. Ze verwijst daarvoor naar haar collega's in Den Haag. Daar draait een succesvolle poli voor 14- tot 24-jarigen. In een groep met leeftijdsgenoten bespreken jonge revalidatiepatiënten onder leiding van de professionals, wat zij nodig hebben om hun rol in de samenleving te vervullen. Er wordt met gerichte therapie gewerkt aan het verbeteren

van hun vaardigheden en mogelijkheden. In deze levensfase gaat dat over het vinden van de juiste opleiding of werk, het kiezen van een passende sport, vragen over seksualiteit en over zelfstandig wonen.

"Ons aanbod in Gouda is jammer nog niet groot genoeg om lokaal zo'n groep te formeren," verklaart Van der Steen. "We helpen hen individueel. Jongeren met een

fysieke beperking (door ongeluk, ziekte of aangeboren) willen leren om een zelfstandig bestaan op te bouwen. Zo komt hier bijvoorbeeld een 21-jarige jongeman die moeilijk loopt en een ernstig beperkte handfunctie heeft. Hij volgt een hbo-opleiding en zoekt een stageplek. We helpen hem bij het formuleren van de juiste vragen om hem een individueel afgestemd revalidatieprogramma te bieden."



Irene van der Steen, Revalidatie arts Sophia Revalidatie

Sophia Revalidatie is in Gouda sinds enige jaren actief met een kinderteam en een volwassenenteam. Van der Steen wil de aandacht dolgraag uitbreiden naar jongeren.

Jonge diabeten groepsgewijs

Het aanbod bij de revalidatiearts mag nog niet voldoende zijn, bij het kinderdiabetesteam en de afdeling kinderlongziekten zijn er klanten genoeg. Het probleem is al jaren geleden erkend. Vandaar dat het kinderdiabetesteam samen met internist Roel Hoogma in 2006 startte met een begeleide overdracht, bestaande uit een gezamenlijk consult bij de kinderarts, internist en diabetesverpleegkundige voor tieners van 17 en 18 jaar.

“Inmiddels zijn we verder,” aldus diabetesverpleegkundige Marjorie van Vliet. Want we raakten toch jeugdige patiënten ‘kwijt’. Later doken ze dan op de SEH en moesten met een ernstig ontregeld bloedsuikergehalte worden opgenomen. “Bij de kinderarts staan afspraken voor een heel jaar vast. Als je bij de internist een afspraak afzegt, trekt niemand aan de bel.”

En dus streeft het team nu naar een nog betere voorbereiding op de verandering in de zorg, de aanstaande zelfstandigheid én de volwassenheid. Met ingang van dit voorjaar nodigt de transitiepoli kinderen van 15 en 16 jaar schriftelijk uit voor deelname aan een programma met groepsactiviteiten op het gebied van sport en educatie. De ouders ontvangen een brief, waarin het belang van het traject wordt uitgelegd en hun support wordt gevraagd.

Loopt het? “De eerste bijeenkomst was een sportactiviteit, die we eind mei hadden gepland. Van de tien aangeschreven jongeren reageerde nog niet de helft. Ze hebben allemaal drukke agenda’s, met examens, vakanties, er is altijd wel wat. Duidelijk is, dat het niet meevalt deze doelgroep te motiveren.” Het idee achter de activiteiten, waarin onder leiding van de diabetesverpleegkundige samen met een psycholoog en/of diëtist wordt gepraat over alles wat jongeren bezighoudt, is dat jongeren steun



Marjorie van Vliet, Kinderdiabetes verpleegkundige ZorgBrug

vinden bij elkaar. Als kind hebben ze enthousiast aan soortgelijke groepen deelgenomen, maar de animo van tieners moet opnieuw gewekt. Na het voorbereidende jaar vindt het gezamenlijke transitieconsult plaats. “Na die transfer organiseren we nog een groepsmiddag met voorlichting over studie, werk en zelfstandig wonen. Daarna staan ze op eigen benen en hopen we dat ze zelf de verantwoordelijkheid oppakken.” Van Vliet lacht: “Een prachtig protocol, maar het is te vroeg om te juichen. Dit is een lastige doelgroep, ik zou niet durven zeggen dat we nooit meer iemand kwijtraken.”

Individuele transitie bij astma

De overgang van kinderarts naar volwassenzorg heeft altijd bestaan en tieners trouwens ook. Pubers van nu zetten de stap naar de volwassen gezondheidszorg echter veel minder vanzelfsprekend. Wanneer ze de noodzaak niet inzien (vergelijkbaar met spijbelgedrag op school) of domweg genoeg hebben van de routine, laten ze het zitten. Ook de attitude van ouders is aan verandering onderhevig: zij kennen hun kroost hierin veel vaker een eigen verantwoordelijkheid toe. Of slagen er niet meer in om hun

pubers de gang naar de dokter te laten maken.

In navolging van de diabetespoli heeft op de afdeling kinderlongziekten ook het team van kinderarts Floris Versteeg, Koos Prins, de nurse-practitioners Hanneke Leroux en Monique Veenstra in 2008 een systeem opgezet om pubers met astma over te dragen aan de ‘volwassen’ collega’s. Ook hier is sprake van een voorbereiding, die start op circa 15-jarige leeftijd. Het moment van overstappen wordt bepaald door de persoonlijke ontwikkeling en zelfstandigheid van de jongere in kwestie. Vier keer per jaar organiseren de teams een transitiepoli, waarop zowel de kinderartsen, de longartsen als de longverpleegkundigen aanwezig zijn om per middag achtereenvolgens zes patiënten in een gezamenlijk consult over te dragen. “De reacties zijn positief,” zegt Veenstra. “Zowel ouders als pubers vinden het prettig, dat de transitie wordt vergemakkelijkt. Onze patiënten komen niet samen in groepen, ze hebben behoefte aan individuele begeleiding. We helpen hen bij het stellen van hun persoonlijke doelen. En de transitiepoli helpt bezorgde ouders om hun opgroeiende kind los te laten.”

Valpreventie: zoeken naar evenwicht

Gerda van Beek,
journalist

Maar liefst één op de drie thuiswonende ouderen en de helft van ouderen in verpleeghuizen vallen één keer per jaar. Bijna 90.000 ouderen belanden door een val in het ziekenhuis, 1.700 mensen overlijden aan de gevolgen daarvan. Het is dus een groot probleem.



“Valaccidenten leiden tot veel leed”, zegt Maarten Bijma. “Het heeft grote impact op levens van mensen. Veel mensen lopen daardoor botbreuken op. Maar iemand die gevallen is, kan ook angstiger worden, bang om nog een keer te vallen. En hij/zij wordt daardoor minder mobiel. En door minder te bewegen, valt men makkelijker. Een vicieuze cirkel dus. Daarnaast zijn de economische kosten natuurlijk ontzettend groot. Een heupoperatie bijvoorbeeld kost gemiddeld zo’n € 14.000, en dan komen de revalidatiekosten er nog bij.”

Kartrekker

Het aantal valaccidenten zal met de toenemende vergrijzing mogelijk zelfs gaan verdubbelen. Het is daarom belangrijk om valpartijen door ouderen zoveel mogelijk te voorkomen. Valpreventie, met een mooi woord. Maarten Bijma weet daar alles van. Hij is projectcoördinator valpreventie bij Transmuraal Netwerk Midden Holland, voor acht uur per week.

De aanpak van valpreventie is vaken organisatieoverstijgend. Er zijn veel partijen bij betrokken en een kartrekker is daarbij hard nodig.”

Lachend: “In dit geval ben ik dat dus. Bij de start van dit netwerk heb ik alle mensen met beslissingsbevoegdheid binnen de zorgorganisaties benaderd. Van elke organisatie is er een afgevaardigde in het netwerk valpreventie: een fysiotherapeut, een ergotherapeut, specialistisch verpleegkundige en dergelijke. Zij nemen deel aan de werkgroep. Verder participeren in de keten organisaties als Consument en Veiligheid, Stichting Welzijn Ouderen.”

Betrokkenheid

“De eerste taak is om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Wat kunnen de deelnemers werkelijk bijdragen in de werkgroep? De betrokkenheid is van essentieel belang. Daarom plaatsen we ook alles online, een platform waarin alle deelnemers kunnen volgen wat we doen. Zo hebben ze ook controle over de richting van het netwerk. Dat gebeurt via een website met een besloten gedeelte en een openbaar gedeelte. Op de website kunnen de leden informatie vinden, met elkaar discussiëren, nieuws volgen, taken uitwisselen, etc.”

Pilot

“In september starten we met een pilot waar de thuiszorg een belangrijke positie inneemt”, vertelt Maarten. “Het idee is een instrument op te stellen voor screening op val-



Maarten Bijma, Netwerkkooördinator

preventie bij mensen thuis. Aan de hand daarvan kan een advies worden opgesteld voor vervolgstappen. Bijvoorbeeld aanpassing in het huis. Een bezoek aan de opticien. Het laten nakijken van de medicatie (denk daarbij vooral aan slaap- en kalmeringsmiddelen). Een cursus voor het omgaan met een rollator. Fysiotherapie ter verbetering van de lichamelijke conditie. Dat zijn zo maar wat voorbeelden. Daartoe gebruiken we het driefasenmodel: screening, diagnostisering en behandeling. Activiteiten die al in de regio plaatsvinden vormen daarbij de basis waarvandaan verder kan worden gebouwd aan de keten.

Deze pilot richt zich specifiek op kwetsbare ouderen. Deze doelgroep wordt vaak al gezien door de huisarts en de thuiszorg, zij hebben een belangrijke signalerende rol. Maar ook een ouderenconsulent kan het idee hebben dat een senior een verhoogd risico loopt op vallen. Daarom brengen we de Stichting Welzijn Ouderen in contact met de thuiszorg, zodat zij de thuiszorg kan inschakelen.”

Sluitende keten

“Er zijn al veel instrumenten ontwikkeld, dat hoeven we niet zelf te verzinnen. Maar het moet wel worden uitgevoerd. Het succes staat of valt bij de betrokkenheid van de deelnemers”, benadrukt Maarten. “Het opzetten van een netwerk is niet zo lastig, maar het continueren van een netwerk en het blijven enthousiasmeren van de mensen, daarentegen wel. Continuïteit vergt een doorlopend evenwicht tussen inzet en opbrengt. Dat wil zeggen: de deelnemers moeten het gevoel

hebben dat hun inzet werkelijk iets oplevert, natuurlijk voor de ouderen, maar ook voor de zorgprofessionals zelf. Een netwerk onderhouden vergt een gedegen investering in het gedragsbehoud.”

En niet alleen dat. De financiering is natuurlijk ook altijd een belangrijk aandachtspunt. De functie van Maarten wordt betaald door de zorgverzekeraar. De overige inzet komt ten laste van de deelnemende organisaties. Terwijl preventie van valaccidenten natuurlijk veel kosten kan voorkomen. “Maar dat valt niet hard te maken”, geeft Maarten toe. “Gelukkig bestaat er tegenwoordig landelijk veel aandacht voor valpreventie en wordt de noodzaak daarvan ingezien. Wij hopen met dit netwerk in de regio een sluitende keten neer te zetten, waardoor valpreventie een eigen plek krijgt in de gezondheidszorg.” Onderstaand schema geeft weer wat er op dit moment in Midden-Holland aanwezig is op het gebied van valpreventie.

Concrete Activiteiten	Aanwezig in Midden-Holland?
Medicatieveiligheid	In ontwikkeling
Beweeg/balanstraining	Incidenteel, op aanvraag
Valpoli	Operationeel
Signalering	In ontwikkeling
Voorlichting	Incidenteel, op aanvraag
Lichamelijke Screening	Nog niet
Visusscreening	Nog niet
Huisbezoeken	Incidenteel, op aanvraag





Annette Bruinings:

“Dat ik mijn huis altijd mee kan nemen is heel lekker.”

Foto's: Martin Droog

Marieke Dubbelman,
journalist

“Ik viel meteen voor haar lijnen toen ik Vagebond zag liggen in de haven van Rotterdam in 1992. Toen ik haar kocht was ze 35 meter lang en 5,45 meter breed. Inmiddels is het schip zes meter ingekort. Dat vaart praktischer en de vorm is nog mooier. Stapje voor stapje ben ik het schip gaan restaureren. Vanwege mijn werk nam ik Vagebond mee naar Katwijk. Daar bezocht ik in de avonduren de ambachtsschool. In 1994 haalde ik mijn lasdiploma. Ik woonde in het matrozengedeelte dat niet groter was dan 20 m². Ondertussen kluste ik aan het schip. Dat was best pittig, want mijn relatie was gestrand en ik stond er alleen voor. Ons doel is om het schip in originele staat terug te brengen en het weer zeilend te maken. Omdat we het schip restaureren, hebben we een ligplaats in de Museumhaven van Rotterdam. Tijdens de restauratie heb ik Martin mijn huidige partner leren kennen. Hij is ooit voor mij onder het schip gedoken om een vastgelopen roer los te maken op een koude novemberdag. In 14 jaar tijd hebben we de schipperswoning vervangen, is er een nieuw achterdek, een nieuw voordek en een nieuws mastdek gekomen. Martin en ik doen al het werk zelf. Daarom werken we allebei parttime. Een deadline wanneer het schip klaar moet zijn, hebben we losgelaten. Restauratie is een kostbaar en tijdrovend proces, waar ik veel van heb geleerd; vooral geduld en volharding. Als ik nu een project oppak op mijn werk, wil ik het ook af maken. Zolang je maar zorgt dat je een goed woongedeelte hebt, wordt je zo'n verbouwing niet snel zat. Inmiddels zit er een luxe badkamer en keuken in en beschikken we over alle gemakken. We wonen nu midden in het centrum van Rotterdam, best druk, maar als je de trossen los gooit, vaar je weg. We zijn naar Groningen geweest, naar Schiermonnikoog en lagen met de havendagen in Gouda. We zijn zelfs met ons huis op bezoek geweest bij mijn schoonmoeder in Enkhuizen. Ik zou het heel gek vinden om ooit nog in een normaal huis te wonen. Wonen op een schip is een manier van leven. Dat ik mijn huis altijd mee kan nemen is heel lekker.”



Annette Bruinings (48), is revalidatiearts in het Groene Hart Ziekenhuis en het Sophia revalidatiecentrum en is gespecialiseerd in progressief neurologische aandoeningen en gediplomeerd lasser. Ze woont op een klipperaar uit 1907 met als thuishaven Rotterdam.