

# Studiereis

**Verslag Transmurale  
Studiereis naar Canada**

**11-18 september 2010**



# Colofon

Jaargang 10 –  
Extra editie, gelimiteerde oplage  
December 2010

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

*Deze extra editie geeft een weerslag van de transmurale studiereis naar Alberta, Canada die op 11-18 september 2010 werd georganiseerd door het Transmuraal Netwerk Midden-Holland.*

## Onder redactie van

Lia Donkers, *directeur Transmuraal Netwerk M-H*  
Dorrit Gruijters, *directeur Coincide*  
Carla van Zuylen, *Van Zuylen Communicatie - eindredactie*

## 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

Twigt grafisch facilitair, Waddinxveen

## Foto's

Titel omslagfoto: Lake Moraine, Alberta  
Omslag: Lia Donkers  
Overige: Redactie, tenzij anders vermeld.

## Oplage

750

## Verspreiding

1. via deelnemers aan reis
2. relaties van Transmuraal Netwerk M-H

## Copyright

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

Reisbestemming:

# Alberta in Canada

De transmurale studiereis van Midden-Holland ging naar de groeiende en vooruitstrevende provincie Alberta in Canada. Waarom Alberta? Alberta is bezig integratie van de verschillende zorg(systemen) te realiseren tot een nieuwe toegankelijke gezondheidszorg uitgaande van de vraag van de cliënt, met verantwoorde kwaliteit en financieel vol te houden. Daartoe zijn in 2009 alle zorgorganisaties gefuseerd tot één grote Alberta Health Services met in totaal 90.000 medewerkers. Voordien bestonden er twee grootstedelijke (Calgary en Edmonton), zeven regionale en drie categorale zorgorganisaties (ouderenzorg, GGZ en oncologie). Alberta wordt, net zoals Nederland, geconfronteerd met een groeiende zorgvraag vanwege de vergrijzing en een toenemend aantal chronisch zieken, maar kampte ook met een inefficiënt zorgsysteem. Samenvoeging van de verschillende werksoorten in één centrale provinciale organisatie moet de zorg verbeteren. Er is een beweging op gang gebracht om op talloze plaatsen invulling te geven aan integrated care. Kennismaking met deze beweging en met interessante voorbeelden vormde het doel van de studiereis. Als Transmuraal Netwerk staan we immers ook voor de taak om voor de mensen in Midden-Holland een zo goed mogelijk samenhangend zorgaanbod te realiseren. De studiereis voerde naar Calgary met presentaties over geïntegreerde ouderenzorg en naar Edmonton waar klinische en eerstelijnsnetwerken centraal stonden. Daarnaast werden twee kleinere plaatsen bezocht. Drumheller is een voorbeeld waar het gehele zorgaanbod onder één dak is gehuisvest met nauwe verbindingen tussen nulde-, eerste- en tweedelijnsgezondheidswerkers. In Ponoka bevindt zich een groot GGZ-centrum dat via televerbindingen vele cliënten thuis begeleidt en ook professionals op afstand ondersteunt.

Lia Donkers,  
directeur Transmuraal Netwerk Midden-Holland



**TRANSMURAAL NETWERK  
MIDDEN-HOLLAND**

# Inhoud

Het land Canada: op één na grootste van de wereld .....	4
Het Canadese zorgsysteem: grote rol voor provincies .....	5
Alberta's gezondheidsvisie: Vision 2020 .....	6
Senior's Services: continuïteit van zorg .....	8
Drumheller Hospital and Care Centre: alles onder één dak .....	10
Drumheller in de polder? .....	12
Integrated Care: wat is dat? .....	13
Primary Care: teamwork .....	14
St. Albert Primary Care Network in Edmonton .....	16
Secondary Care: veel telezorg .....	18
Multicultural Care: het probleem van zorganalfabetisme .....	20
Northeast Community Health Centre in Edmonton .....	21
Mental Health Centre in Ponoka .....	22
Lessen uit Alberta .....	24
Quality Care: feedback voor dokters .....	26
Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland .....	27

De gezondheid van de Canadezen:

## overgewicht grootste bedreiging

De gezondheid van de Canadezen is vergelijkbaar met die van Nederlanders. Overgewicht komt alarmerend vaak voor, meer nog dan in Nederland. De Canadese overheid trekt veel geld uit voor preventie- en behandelprogramma's en vraagt wereldwijd aandacht voor erkenning en bestrijding van deze mondiale epidemie.



Figures WHO 2006	Canada	Netherlands
Total population (x 1.000.000)	32,6	16,4
Gross national income per capita (Int. \$)	36,3	37,9
Life expectancy at birth in years	m 78 / f 83	m 78 / f 82
Healthy life expectancy at birth in years	m 71 / f 75	m 72 / f 74
Infant mortality (< 5 years) per 1.000 live births	6	5
Adult mortality (15-60 years) per 1.000 population	m 89 / f 55	m 81 / f 95
% population over 60 years	19	21
% population under 15 years	17	18
% obese adults (BMI > 30)	23	10
% overweight adults (BMI 25-30)	59	41
Total expenditure on health (Int. \$)	3,7	3,4
Total expenditure on health (% GDP)	10	9,3

### Voorwoord

Deze extra editie van Stroomlijn informeert u over de transmurale studiereis naar de Canadese provincie Alberta. Deelnemers waren zorgbestuurders en –managers uit de regio Midden-Holland. Want marktwerking of niet, het is belangrijk dat zorgverleners op regionaal en lokaal niveau gezamenlijk investeren in samenhangende zorg zodat de cliënt of patiënt zo min mogelijk hinder heeft van de schotten die nu eenmaal bestaan. Het Transmuraal Netwerk kreeg opnieuw het verzoek om een reis op maat te organiseren naar een land waar integratie van zorg voorop staat. Doel was goede voorbeelden zien, eigen inzichten spiegelen, samenwerkingsmogelijkheden verkennen en onderlinge relaties versterken. Kortom: licht opsteken en puzzels leggen! Via het International Network Integrated Care werden contacten gelegd met Alberta waar een majeure operatie gaande is, namelijk een volledige integratie van zorg in één organisatie, de Alberta Health Services (AHS). De AHS hecht veel belang aan kennisuitwisseling en was zeer bereid ons te ontvangen, maar pas nadat alle deelnemers een internetenquête hadden ingevuld over hun expertise en specifieke vragen. Resultaat was een zeer *tailormade* programma, goed van opbouw, afwisselend en met een brede scope. We hebben veel gedreven en enthousiaste mensen ontmoet die op een zeer open manier onze vragen beantwoordden. Dat kan je niet zeggen van de navigatiesystemen in onze huurauto's. Het heeft vier dagen geduurd er ze het allemaal deden. En ze waren nog wel *idiotproof*.

### Lia Donkers

Directeur Transmuraal Netwerk Midden-Holland



Gloria Hodder, coördinator Exchange Program AHS  
Lia Donkers, directeur Transmuraal Netwerk Midden-Holland

Het land Canada:

# op één na grootste van de wereld

Lia Donkers,  
directeur Transmuraal  
Netwerk Midden-Holland

**In Canada leven ongeveer 33 miljoen mensen op een oppervlakte van bijna 10 miljoen vierkante kilometer.**

**Dat is ruwweg tweemaal de Nederlandse bevolking in een land dat 250 keer groter is. Na Rusland is Canada het grootste land ter wereld.**

Net zoals Rusland kent Canada in het noorden uitgestrekte onherbergzame koude streken. Driekwart van de bevolking woont in de zuidelijke gebieden die grenzen aan Amerika. Tachtig procent van de bevolking leeft in grote steden. De afstand van de oost- naar de westkust is circa 5.000 kilometer.

## Veel immigranten

Canada is een relatief jong land en kent nog steeds een hoog immigratieniveau. De eerste inwoners van Canada, de Indianen en Inuit, worden aangeduid als Aboriginals of mensen van de First Nations. In de

17e en 18e eeuw bereikten Fransen en Engelsen apart van elkaar via de St. Lawrence en de Hudsonbay het veelbelovende Canada en namen grote delen land in bezit. Naast de veroveringen op de Aboriginals vochten de Fransen en Engelsen ook tegen elkaar. Een strijd die in deze tijd nog tastbaar is in de onafhankelijkheidsbeweging van Quebec. Formeel is Canada tweetalig, Engels en Frans, maar de individuele Canadezen zijn dat allerm minst. In de 19e en 20e eeuw arriveerden vanuit alle continenten grote stromen immigranten, op zoek naar een nieuwe toekomst in de bos- en mijn-

bouw, olie-industrie of agrarische sector.

## Multicultureel mozaïek

Canada staat bekend als een land waar de diverse culturen vredig naast elkaar leven. Racisme en discriminatie zijn per wet verboden. Canada is afgestapt van het Amerikaanse concept van een multiculturele smeltkroes. Dat werd te veel geassocieerd met assimilatie, waar oorspronkelijke culturen terzijde worden geschoven om van een nieuwe gemeenschap deel uit te kunnen maken. Canada geeft de voorkeur aan een multicultureel mozaïek.

Canada is een constitutionele monarchie maar heeft een eigen parlement en een federale overheid. De regering zetelt in Ottawa. Het volgende niveau van bestuur zijn de tien provincies en de drie territoriale districten. Zij zijn verantwoordelijk voor ondermeer de gezondheidszorg.

De provincie Alberta met 3,7 miljoen inwoners op een oppervlakte van 16 keer Nederland is vanwege de oliewinning een relatief rijke provincie. Naar de mening van de Albertanen moet de provincie meer afdragen aan de federale overheid dan ze ervoor terugkrijgt.



Het Canadese zorgsysteem:

# grote rol voor provincies

Lia Donkers,  
directeur Transmuraal  
Netwerk Midden-Holland

De gezondheidszorg in Canada wordt decentraal door de provincies uitgevoerd. Canada heeft geen landelijke wetgeving over zorgverzekeringen maar wel over zorgvoorzieningen. De Canada Health Act schrijft de provincies voor om de gezondheidszorg onder publiek bestuur zodanig te organiseren dat iedereen kosteloos toegang heeft tot volledige medische zorg, ook bij binnenlandse verhuizingen en buitenlands verblijf. Het betreft ziekenhuizen en eerstelijns gezondheidscentra, waarbij de zorgverleners doorgaans in dienst zijn van de provinciale overheid. Zij richten ook activiteiten ter bescherming van de volksgezondheid (in Nederland de GGD-functie). De provincies voorzien meestal tevens in organisaties voor ouderenzorg. Dit wordt bekostigd vanuit provinciaal belastinggeld, werkgeversvergoedingen, aanvullende verzekeringen (Blue Cross) en uit eigen vermogen. Voor de additionele zorg geldt eenzelfde bekostigingsmix.

De federale Canadese overheid is verantwoordelijk voor een beperkt aantal gezondheidsprogramma's en voor de zorg aan mensen van de First Nations (aboriginals), personeel van het leger en veteranen en leden van de politie, de Royal Canadian Mounted Police. De gemeenten hebben in de zorguitvoering slechts een geringe rol.

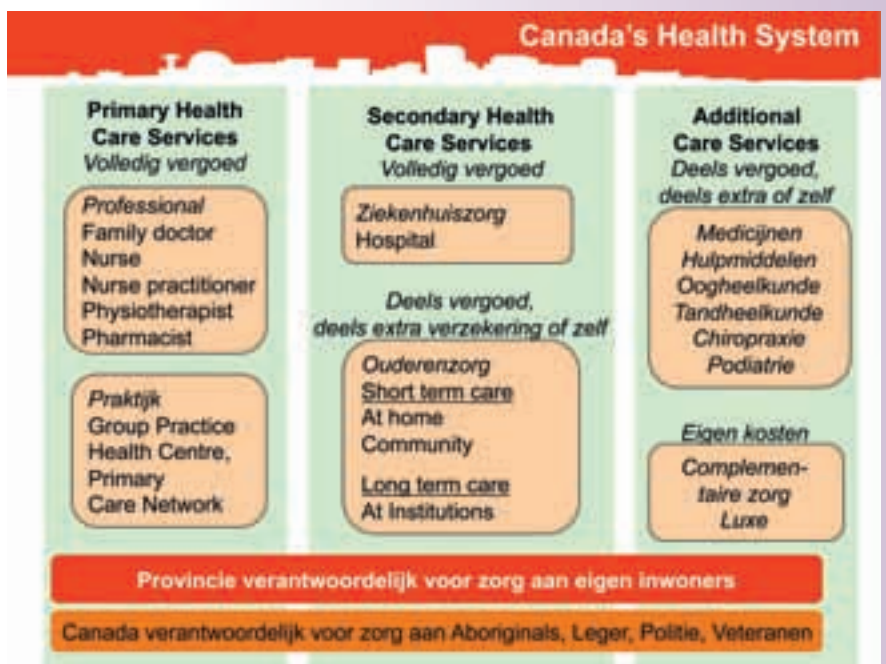
Vanwege inefficiënties heeft het ministerie van volksgezondheid van Alberta besloten de zorg te centraliseren in één provinciale organisatie,



Calgary met Calgary Tower

de Alberta Health Services (AHS). Deze is formeel gestart in 2009. Bij de AHS werken 90.000 mensen waarvan 7.200 artsen. Er zijn 97 ziekenhuizen voor acute zorg, 5 psychiatri-

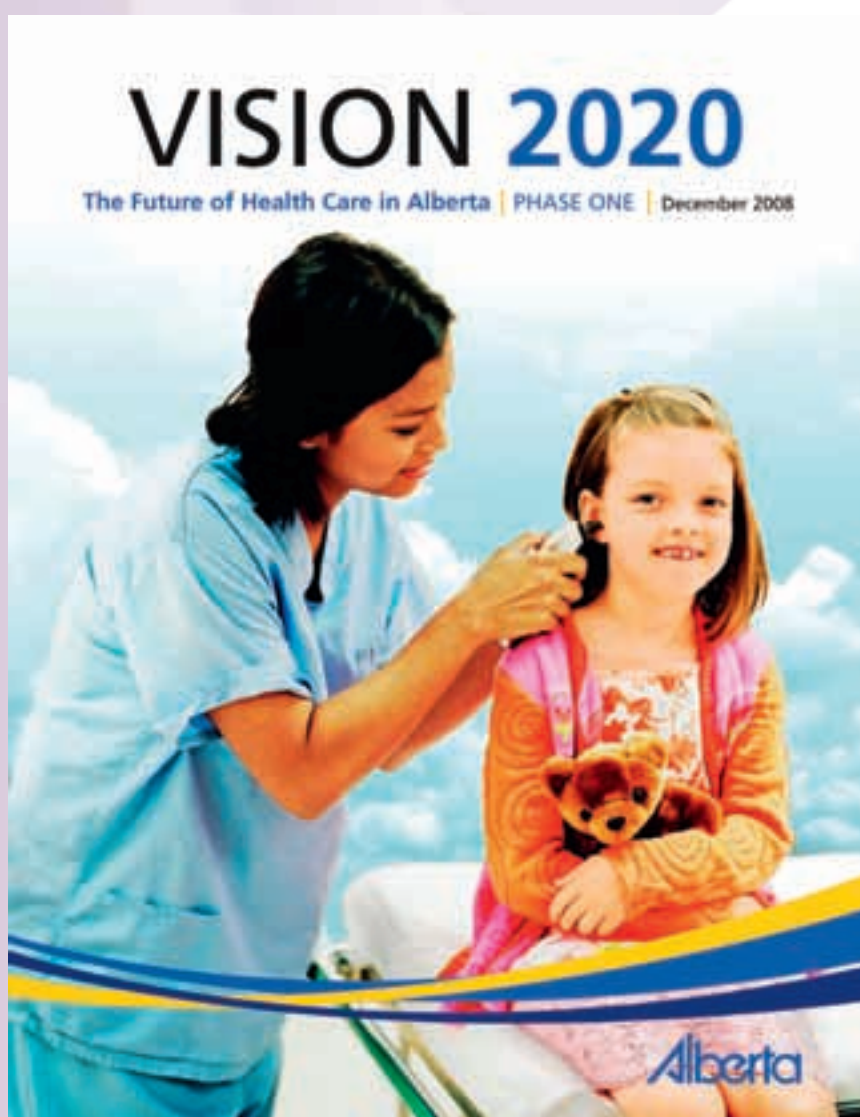
sche voorzieningen, 9.000 acute/subacute bedden, 19.000 plaatsen in zorgcentra, 1.500 bedden voor verslaving en GGZ en 5 spoedzorgcentra.



# Alberta's gezondheidsvisie: Vision 2020

Lia Donkers,  
directeur Transmuraal  
Netwerk Midden-Holland

**De Alberta Health Services (AHS), heeft een langetermijnvisie opgesteld die leidend is bij het verder vormgeven en integreren van een provinciebrede zorgorganisatie.**



Deze Vision 2020 omvat:

1. Het bieden van de juiste zorg op de juiste plaats en het juiste moment.
2. Het verbeteren van de toegang tot de zorg, ook in plattelandsgedebieden.
3. Het aansluiten van de totale formatie van arbeidskrachten aan de vraag naar zorg.
4. Het verbeteren van de coördinatie en continuïteit van zorg.
5. Het versterken van preventie en gezondheidsbevordering.

De AHS beschouwt de visie als een stip op de horizon: "Our north star".

De visie is in samenspraak met de zorgverleners vertaald naar een strategisch plan dat tegemoet komt aan waarden in de zorg, cliëntparticipatie, transparantie en toekomstbestendigheid. Iedere AHS medewerker is bekend met deze strategie die fraai is vormgegeven in een wiel.

De doelen zijn:

1. Kwaliteit: de gezondheidszorg is veilig, effectief en patiëntgericht.
2. Toegang: voor iedereen is passende gezondheidszorg beschikbaar, waar je ook woont in Alberta.
3. Duurzaam: de gezondheidszorg is nu en in de toekomst betaalbaar binnen het financieel kader.

## **Inschrijving bij huisarts**

Om alle inwoners van Alberta werke-

lijk toegang tot zorg te kunnen geven, streeft de AHS ernaar dat iedereen staat ingeschreven bij een eigen huisarts. Voor Nederland een gewone zaak, maar in Alberta ontbreekt nog een substantieel deel van de bevolking in de eerstelijns patiëntregistratie. Er is een huisartsentekort, veel praktijken zijn dicht voor nieuwe patiënten. De AHS stimuleert (financieel) taakherschikking in de vorm van multidisciplinaire teams. In een paar jaar tijd is in meer dan de helft van de gevallen sprake van een Primary Care Network. Wellicht een mooi voorbeeld van 'ontsnippering' voor Nederland waar met de komst van keten-DBC's voor elke diagnosegroep apart een zorggroep wordt opgericht.

### SEH's overvol

De grootste inefficiëntie van het gezondheidszorgsysteem in Alberta is te vinden in de acute zorg. De SEH's zijn overvol. Patiënten wachten vier tot veertien uur. De AHS stimuleert het opzetten van spoedposten in de eerstelijnszorg. Maar ook voor geplande ziekenhuiszorg bestaat een lange wachttijd van soms maanden.

### Meten

Voor elk onderdeel uit het strategisch plan zijn meetindicatoren en prestatienormen geformuleerd zoals: 90% van de bevolking staat ingeschreven bij huisarts, 80% dekking Primary Care Networks, 25% minder ziekenhuisopnames en 10% meer verpleegkundigen in oplei-

ding. Voor de komende vijf jaar zijn de budgetten veilig gesteld om de plannen uit te voeren en de omschreven prestaties neer te zetten.

### Ambitueus

De manier waarop alle plannen zijn doorgedacht is inspirerend en ambitueus. Integratie van zorg is topbeleid. Het is spannend of in de komende jaren de beoogde resultaten ook werkelijk gemeten kunnen worden. De AHS wil in 2020 de gezondste provincie van Canada zijn met het beste zorgsysteem.



**3 Goals**  
**8 Areas of focus**  
**20 Strategic priorities**

# Senior's Services: continuïteit van zorg

Jeroen van den Oever,  
bestuurder Vierstroom  
Aris Bras,  
manager behandeling & begeleiding  
Zorgpartners

**Versnippering. Grote verschillen in de zorg- en dienstverlening al naar gelang waar je als oudere woont. Lange wachttijden. Slechte toegankelijkheid. Een te groot gebruik van acute voorzieningen dan strikt noodzakelijk was. Een ook voor Nederland grotendeels herkenbare problematiek in de ouderenzorg van Alberta.**

Zoals bij ons, wil de Alberta Health Services (AHS) de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen vergroten, zodat ze langer onafhankelijk thuis kunnen wonen en minder snel een beroep doen op duurdere en acute voorzieningen. Daarvoor heeft AHS een indrukwekkende blauwdruk opgezet, die geldt voor heel Alberta. Het raamwerk schenkt vooral ook veel aandacht aan het vergroten van kennis bij ouderen, mantelzorgers en zorgverleners. Bij het ontwikkelen van de raamwerken/blauwdrukken spelen 'community groups', te vergelijken met bijvoorbeeld een Alzheimerstichting, een belangrijke rol. Preventie en zorg thuis staan centraal. Opvallend is de beoogde kennisoverdracht en educatie via internet.

## **Palliatieve zorg**

Ook voor de palliatieve zorg heeft de AHS een raamwerk opgesteld. De indruk werd gewekt dat in tegenstelling tot de ouderenzorg het accent

meer ligt op het inrichten van hospice-achtige voorzieningen dan op thuiszorg. Wel begrijpelijk gezien de, vooral op het platteland, enorm grote afstanden. Religie (b)lijkt overigens geen grote rol te spelen bij het organiseren van palliatieve zorg. Wel de overtuiging dat goede palliatieve zorg, euthanasie –de discussie kwam daar al snel op terecht- overbodig kan maken. In de ogen van de Canadezen is euthanasie 'running before you can walk'. Het debat over euthanasie is overigens niet definitief afgerond in Canada.

## **Thuiszorg**

Thuiszorg is thuiszorg, ook in Alberta. Veel herkenning dus bij dit onderdeel van de presentaties. Al helemaal toen bleek dat de Canadezen ook met PGB aan de slag zijn gegaan en zij er ongeveer dezelfde problemen mee ervaren als wij. Een belangrijk verschil: geen indicatieorgaan en gewoon zelf indiceren, zoals het vroeger ook in Nederland gebeurde.





Verpleeghuispost: ruim en leeg

De thuiszorg vormt binnen de Alberta Health Services een aparte divisie. Kijkend naar de cijfers (aantal cliënten, omzet per cliënt) lijkt deze tak van zorg zoals gezegd verdacht veel op die in Nederland. Maar uiteraard is er toch sprake van een cruciaal verschil en dat is de afstand tussen zorgverlener en cliënt. In Alberta wonen gemiddeld vier inwoners op een vierkant kilometer, in Nederland bijna 400. Vooral voor de

thuiszorg is dit uiteraard een zeer relevant gegeven. De hoeveelheid thuiszorg die cliënten ontvangen lijkt dan ook aanzienlijk minder dan in Nederland: er gaat gewoonweg te veel tijd verloren met reizen. Gelukkig is er een centraal callcenter ingericht, genaamd Healthlink, dat zorg op afstand probeert te verlenen. Ook zijn er enkele homecare clinics ingericht waar cliënten naar toe kunnen voor instructie en behandeling. Het blijft



Nederlands gezelschap luistert naar colleges over ouderenzorg

hoe dan ook een lastig parket, waarin je terecht komt als je op het platteland woont, zorg nodig hebt en er geen mantelzorg in de buurt is. Snel verhuizen naar een intramurale voorziening is vaak noodgedwongen het enige alternatief.

### Opvallend

Goed beschouwd is het zorgstelsel in de provincie Alberta het spiegelbeeld van het Nederlandse systeem. Waar in Nederland de zorg in zekere zin georganiseerd is als een min of meer open marktplaats van in principe zelfstandige spelers, is er van enige marktwerking in Alberta geen sprake. De Canadese zorg wordt uitgevoerd door een groot staatsbedrijf dat in opdracht van het ministerie alle verantwoordelijkheid draagt. Het gevolg hiervan is interessant: de Canadezen zijn vooral erg druk met systemen en modellen. Per ziektebeeld of klantengroep wordt op de tekentafel uitgewerkt hoe de werkelijkheid eruit moet zien. Dat betekent dus, in vergelijking tot Nederland, meer visie, meer ideeën over totale ketens, meer aandacht voor een gecoördineerde aanpak en geen schroom om relatief snel door te pakken. Hier kunnen we in Nederland met ons eindeloze polderen nog heel wat van leren. Daar staat wel tegenover dat de Canadezen zo zijn gaan geloven in de maakbaarheid van hun zorgwereld dat ze naar onze smaak naïef optimistisch zijn over hun eigen implementatiekracht. Zeker in een land waar zorgverleners vaak op velen uren reizen van de hoofdstad wonen en werken zou de top van Alberta Health Services wel wat meer oog mogen hebben voor het 'hoe' naast het 'wat' voor de variatie die onvermijdelijk bestaat in zo'n groot land. Het gevaar is dat de sterke nadruk op blauwdrukken de regionale variatie en individuele, professionele betrokkenheid en creativiteit smoort, waardoor de effectiviteit van de zorg- en dienstverlening wel eens in het gedrang zou kunnen komen.



# Drumheller Hospital and Care Centre: alles onder één dak

Jan Slappendel,  
manager zorgkantoor Unive VGZ IZA Trias  
Jeanette Horlings-Koetje,  
directeur Unive VGZ IZA Trias

**Drumheller is een kleine gemeenschap, van nog geen 10.000 inwoners. In het totale verzorgingsgebied van 80 bij 80 kilometer wonen nog eens 40.000 inwoners. In het Drumheller Hospital and Care Centre is alle zorg die onder Alberta Health Services valt onder één dak gebracht.**



*Demonstratie Telestroke: neuroloog op 150 km afstand*

De schaal is voor ons verbazend, je merkt dat de uitgestrektheid van het land een enorme impact heeft op de vormgeving van de gezondheidszorg waardoor je in zo'n klein dorp toch een mini ziekenhuis aantreft. In het Centre vind je een ziekenhuis van 33 bedden, 6 bedden intensive care, 88 bedden verpleeghuiszorg, thuiszorg, fysiotherapie, etc. Alles onder één dak.



Rondleiding Drumheller gezondheidscentrum door Joachim Neffgen (li), hoofd kliniek

Alleen de huisartsen kliniek staat op een kleine afstand. De huisartsen uit de kliniek zijn echter wel ook de artsen in het Centre. Een paar huisartsen heeft zich gespecialiseerd in onder andere anesthesie en chirurgie. Zij hebben hun blikveld verbreed om zo, ver verwijderd van de stad, toch specialistische zorg beschikbaar te maken.

Ook voor de verpleegkundigen geldt dat zij veel meer werken in de breedte dan bij ons. Een thuiszorg-verpleegkundige kan 's morgens helpen bij een bevalling, 's middags diabetesspreukuur houden en daarna nog wat aan dementiezorg doen. Voor ons was de trots waarmee de professionals over hun werk spraken

opvallend. Het gaat om hún gezondheidszorg, hún centrum voor hún eigen gemeenschap. De sfeer is: "Wij regelen het met elkaar voor onze klanten". Dit wordt ook nog eens weerspiegeld door een uitgebreid vrijwilligersnetwerk en donateurs. Vrijwel alle apparatuur wordt door acties betaald door de gemeenschap.

### Wat kunnen we leren van dit concept?

*Dit is een concept wat je niet zo maar kunt overzetten, er zijn veel lokale en geografische omstandigheden die sturend zijn in de gekozen zorgvormen. Bij ons kwam de vraag op of wij niet te veel sturen op regeltjes en tarieven. Wij maken alles specifiek en speciaal, om vervolgens te zuchten dat de administratieve lastendruk te hoog en het systeem belemmerend is voor echte samenwerking rondom de cliënt. Kunnen wij van Drumheller leren en in een wijk de professionals en hun cliënten weer het gevoel geven dat het echt om hún zorg en hún zorgcentrum in hún wijk gaat?*

# Drumheller in de polder?

Jan Slappendel,  
manager zorgkantoor Unive VGZ IZA Trias  
Jeanette Horlings-Koetje,  
directeur Unive VGZ IZA Trias

**Wij willen in een wijk een maatschappelijk experiment aangaan met zorgaanbieders om door integratie betere zorg in de wijk te realiseren is. Wij willen betere zorg met minimale bureaucratie en voor samenwerking tussen professionals belemmeringen wegnemen.**



*Internationale vakinteresse*

Randvoorwaarde is dat voor gelijke kosten betere zorg en liefst zelfs betere zorg voor minder kosten gerealiseerd wordt. Doel is daarnaast de weg in te slaan naar outcome financiering. De uitdaging is te bewijzen dat met minder regels en meer vertrouwen betere zorg geleverd kan worden zonder kostenstijging. Wij willen ons daaraan committeren als er ook bij de aanbieders voldoende draagvlak is. De uitdaging is de maatschappelijke businesscase, niet de winst maximalisatie voor een der partijen. Onderling vertrouwen en durf zijn hierbij essentieel. Bij twijfel: niet aan beginnen.

## **Wat kunnen we van Drumheller leren?**

- Kern is een wijkgerichte aanpak met aandacht voor bewust gebruik van zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligers. Maak ondersteuning hiervoor wel goed bereikbaar door onderlinge bekendheid te vergroten. Sluit aan op bestaande

structuren en behoeften in de wijk en verbind ze, voeg alleen toe wat mist en geef bestaande werkers in gezondheidszorg, begeleiding en welzijn de gelegenheid om de verbindingen te leggen. Maak gebruik van een duidelijk herkenbaar gebouw in de wijk waar de burger met zijn probleem kan binnenlopen (één loketgedachte, natuurlijk ook via internet).

- Betrek bewoners in de ontwikkeling. Motto: zorg voor jezelf als het kan, zet professionele hulp pas in als het moet. Maak professioneel advies laagdrempelig bereikbaar.

**Laten we springen, wie weet waar je komt!**

- Sluit aan op de gemeentestructuren. Waak voor overname van Wmo-taken van de gemeente, maar wees niet te precies, stimuleer samenwerking op basis van gelijkwaardige inbreng, Optie is bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige die deels uit de AWBZ en deels door de gemeente wordt bekostigd.

- Regel de zorg op basis van generalistische inzet waar het kan, specialistisch waar het moet. Waak ervoor dat specialisten (case managers, gespecialiseerde verplegenden) consulterend optreden en niet overnemen. Maak die consulten wel goed bereikbaar. Houd zo de taken van de werkers aan de basis breed, versterk hun zelfvertrouwen en kennis.
- Creëer vrijheid van de regels. Aanbieders denken hierbij al snel aan heel het budget, je kunt ons inziens ook nadenken over delen. Leg de basis bij thuiszorg en huisarts. Als hier een duidelijke basis is, breid dan de samenwerking uit met dan gemeente, tweedelijns en GGZ.
- Belangrijkste en wellicht ook moeilijkste: maak prestatieafspraken op outcome niveau. Denk bijvoorbeeld aan aantal ziekenhuisopnamen, tevredenheids- en gezondheidsmeting bij cliënten, goede financiële afspraken en bewaking. Betrek goede wetenschappers voor de monitoring. Gebruik reeds ontwikkelde instrumenten.
- Je kunt nadenken over aansluiting op landelijke programma's. Er draait van alles wat hier op aansluit (o.a. ZonMw 'In voor zorg') Pas wel op dat dit niet vertragend werkt. Laten we trachten snel iets te beginnen. 

# Integrated care: wat is dat?

Lia Donkers,  
directeur Transmuraal  
Netwerk Midden-Holland

“To make Integrated Care happen you need a clear vision, the right combination of strategies and resources and the circumstances to support it.” (Dennis Kodner, professor of Medicine & Gerontology, New York.)

Ketenzorg, managed care, continuïteit van zorg, casemanagement, transmurale zorg, shared care. Allemaal termen voor wat internationaal nog het meest integrated care wordt genoemd. Een mondiaal begrip. Niet omdat de term zo uitgebreid gedefinieerd is, maar omdat het een antidotum is voor een probleem dat zich overal ter wereld voordoet, namelijk zorgversnippering. Deze versnippering wordt ondermeer veroorzaakt door differentiatie, specialisatie, segmentatie en domeindenken (*silo mindset*). Ook in Nederland werd het zorgaanbod opgedeeld en ontstonden organisatorische schotten (intra- en extramuraal), professionele (echelons) en financiële (compartimenten). Op zich een heldere structuur die echter voorbijgaat aan de optiek van de patiënt of cliënt. Op het ogenblik zitten we in een omvormingsproces van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde zorginrichting.

Integrated care is een sleutelstrategie om te komen tot een *demand driven* zorgaanbod. Het is geen doel maar een middel om samenhang en synergie tussen de verschillende delen van de zorgonderneming te brengen om een betere kwaliteit van zorg en van leven te verkrijgen, meer systeemefficiëntie en een hogere tevredenheid van de zorgconsument.

Integrated care is multidimensionaal. Er is geen sprake van *'one size fits all.'* Een eenduidige definitie voor integrated care bestaat niet, alleen aspectbeschrijvingen.



Gezondheidscentrum annex Gemeenschapshuis in Drumheller

De activiteiten wordt dan ook vaak aangeduid naar een deelkenmerk.

Bijvoorbeeld naar de groepen waarop integrated care zich richt:

- de totale gemeenschap of op een deelpopulatie;
- kwetsbare cliëntgroepen;
- mensen met een complex chronische aandoening.


Of naar de zorgonderdelen die geïntegreerd worden:

- eerste- en tweedelijnszorg;
- zorgverlening en welzijnsdiensten;
- professionele en informele zorg;
- bestuur en professionals.

Of de samenwerkingsverbanden waarin integrated care vorm krijgt:

- *Informational networks* waarin partijen kennis en ideeën delen.
- *Coordinated networks* waarin partijen de zorg afstemmen en in samenhang brengen, maar ieder afzonderlijk verantwoordelijk blijft voor de zorguitvoering en de bekostiging.
- *Procurement networks* waarin partijen zich verbinden aan een geïntegreerd zorgaanbod onder één contract met een overall kwaliteitsborging.
- *Managed networks* waarin partij-

en geïntegreerde zorg verlenen vanuit één organisatie.

Omdat een allesomvattend concept voor integrated care ontbreekt, is het moeilijk te onderzoeken of het beter en/of goedkoper is. Op aspectniveau zijn echter wel meetindicatoren te benoemen en ook voordelen aangevoerd zoals bij diabetes en CVA. 

## Appeltaart of frisse lucht

*Wonderlijk eigenlijk dat je systematisch moet werken aan een betere samenwerking in de zorg. Zoiets gaat toch vanzelf, zou je denken, omdat het zinnig en leuk is. Het is voor ons allemaal - zo las ik in een Engels boek - even aantrekkelijk als appeltaart. Waarmee maar gezegd is dat de waarde van samenwerken moeilijk te objectiveren valt. Bewezen is wel dat de afwezigheid van samenwerking fataal kan zijn. Ik las namelijk in datzelfde boek dat ook Engeland schrijvende gevallen van kindermishandeling meemaakt waarbij een falende samenwerking in de jeugdzorg debet is aan de dodelijke afloop. Iedere hulpverlener deed zijn 'eigen ding' en daarmee basta. Samenwerking is dus niet alleen aantrekkelijk maar ook noodzakelijk. Misschien is het wel als met frisse lucht: het wordt pas een probleem als er een tekort aan is (Stroomlijn, 2008, Lia Donkers)*

# Primary care: teamwork

Dies Teunissen,  
bestuursvoorzitter ROH Midden-Holland  
Paul Rasch,  
manager ROH Midden-Holland

*“De gezondheidszorg loopt vast als de eerste lijn niet goed georganiseerd is. Het nut en de noodzaak van een geïntegreerde eerste lijn nemen toe”*

*“De rol van het ondersteuningspersoneel in de eerste lijn, en in de gezondheidszorg in het algemeen, zal de komende jaren alleen maar belangrijker worden”*

*“Telemedicine is de nieuwe ontwikkeling binnen de gezondheidszorg en verdient aandacht binnen de huisartsenzorg”*



Royal Alexandra Hospital in Edmonton

paramedici, de ouderenzorg o.a. dementiezorg, en de telemedicine hebben we een aantal mooie en bruikbare voorbeelden gezien.

## Vergelijken

Het is lastig om een eerlijke vergelijking te maken tussen twee systemen. Toch valt een paar zaken op; de gemiddelde praktijk is half zo groot en omvat zo'n 1.350 patiënten, er is geen inschrijving op naam en het aantal contacten per patiënt per jaar bij de huisarts ligt op ongeveer anderhalf maal het aantal vergeleken met Nederland. Er is een gebrek aan huisartsen door de hele provincie heen waarbij de steden relatief oververtegenwoordigd zijn.

## Lokale oplossingen

We hebben op een aantal plaatsen mooie voorbeelden gezien hoe lokaal oplossingen waren gevonden voor de bestaande problemen. In Drumheller staat een kleine kliniek waar eerste- en tweedelijns zorg geïntegreerd wordt geleverd in een gebied met een betrekkelijk lage bevolkingsdichtheid. Er is hier sprake van vergaande transmurale zorg waarbij huisarts en specialist met een hecht team van ondersteuningspersoneel vanuit een centrum met een groot aantal voorzieningen een grotendeels dekkend gezondheidscentrum laten functioneren. Hoewel het niet binnen de Canadese overheidsvisie past, zie je dat op deze plek door samenwerking en afstemming hoogwaardige zorg geleverd kan worden.

Terugkijkend op de studiereis en het huidige zorgstelsel in Alberta moeten wij tot de conclusie komen dat er in Alberta, Canada sprake is van een vastgelopen zorgstelsel, ondanks vergelijkbare budgetten als in Nederland en wel met vergelijkbare uitkomsten van gezondheid en levensverwachting. Opvallend is dat vooral toegankelijkheid en doorstroom een ernstig probleem vormen met wachttijden. Mede hierdoor is onder politieke druk twee jaar geleden gekozen voor een centraal aangestuurd stelselherziening voor wat betreft financiering en kwaliteitsparameters. Als onderdeel van de herziening is er een grote diversiteit aan innovatie projecten gestart die op inhoud goed bruikbaar zijn op plekken met een andere financieringsstructuur. Vooral op het gebied van de taakdifferentiatie met

### Geïntegreerde eerste lijn

In Edmonton hebben we een project bezocht van een 'primary care network' wat doet denken aan de eerste stappen richting een geïntegreerde eerste lijn. Hier is vooral mooi te zien wat de effecten zijn van het introduceren van ondersteuningspersoneel met gedelegeerde taken op het functioneren van een zorgvoorziening. Zowel kwaliteits- als kwantiteitsparameters van zorgverlening zijn daar beduidend verbeterd, opvallend was dat de huisarts in kwestie een werkdruk vermindering ervaarde, ondanks een toenemend aantal taken. Als onderdeel van dit project was overgegaan tot inschrijving op naam, hierdoor was het aantal consulten bij de huisarts per patiënt gehalveerd en waren de toegangstijden teruggebracht naar vrijwel nul. Ook het aantal patiënten dat ingeschreven stond kon hierdoor stapsgewijs worden verhoogd. Het betrof hier een eerste stap naar een volledige herziening waar op dat moment nog veel weerstand tegen bestond vanuit de huisartsgroep. We hebben helaas geen gesprek gehad met een huisarts die nog op de gebruikelijke manier werkte.

### Ieder probleem op zich

In Alberta is jarenlang de oplossing gekozen om meer financiële middelen in het zorgstelsel te stoppen om de wachtlijsten op te lossen en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Terugkijkend kan geconcludeerd worden dat het de zorg duurder heeft gemaakt, geen verbetering van de toegankelijkheid heeft opgeleverd en dat er versnippering is opgetreden in het zorgaanbod doordat vooral is geïnvesteerd in ondersteunende stafdiensten en ieder probleem op zich werd aangepakt.

### Nieuwe oplossingen

Vanuit geografisch oogpunt moet in een land dat 250 maal groter is dan Nederland gezocht worden naar onconventionele oplossingen als men de doelstelling heeft om over de gehele provincie dezelfde kwaliteit van zorg te leveren. Telemedicine als instrument voor consultatie, diagnostiek en collegiaal



*Discussie over het elektronisch patiëntendossier*

overleg kunnen de opmaat zijn naar een toenemende digitalisering van de zorg, waarbij het persoonlijk contact met de patiënt en de zorgverlener op de voorgrond moet blijven staan.

In Canada en in Nederland worden we geconfronteerd met dezelfde problemen van een stijgende zorgvraag bij krimpende budgetten. Doordat budgetten onder druk komen te staan, zal dit betekenen dat er meer moet gebeuren voor hetzelfde geld of dat er minder budget beschikbaar is voor dezelfde hoeveelheid werk.

Wat ons betreft moeten we zorgen dat we met een goed georganiseerde eerste lijn kunnen inspringen op de toenemende zorgvraag vanuit de bevolking, en vooral investeren in transmurale zorg waarbij specialistische en generalistische zorg als een continuüm kunnen opereren.

### Regie- en gidsrol

Voor de huisartsen betekent dit naar onze mening dat er de komende jaren verder geïnvesteerd moet worden in de regie- en gidsrol die de huisarts vervuld binnen de gezondheidszorg.

Om deze rol te kunnen vervullen is een netwerk van ondersteuningspersoneel nodig binnen de eigen praktijk. Op verschillende disciplines en vooral de chronische zorgverlening,

aangevuld door verdere afstemming en taakdelegatie binnen de eerste lijn met onder andere de thuiszorg, fysiotherapie en de farmacie. Het was opvallend hoe het ontbreken van ondersteuningspersoneel binnen de financiering van de eerste lijn in Canada had gezorgd voor een hoge mate van versnippering van die eerste lijn, met veel individuele commerciële belangen.

### Conclusies:

- De zorgvernieuwingsprojecten die we in Canada hebben bezocht kunnen input geven aan nieuwe ideeën voor de Goudse regio.
- Er zal veel creativiteit en flexibiliteit gevraagd gaan worden van de eerste lijn en vooral de huisartsen bij het invullen van de zorgvraag die op de gezondheidszorg afkomt.
- Ondersteuningspersoneel en taakdelegatie is één van de oplossingen binnen de zorgverlening en vormt tevens het risico voor versnippering.
- De meerwaarde van een studiereis zit hem vooral in de informele contacten met verschillende disciplines binnen de eigen regio.
- Als je in Canada ziek wordt, loont het tot op heden om wat betreft de wachttijden direct op het vliegtuig te stappen en terug naar Nederland te gaan.

# St. Albert Primary Care Network in Edmonton

Harry Roberts, programma manager  
gezond & thuis Vierstroom  
Wilma Bijsterbosch, directeur ZorgBrug

**Disease management, zelfmanagement, eigen verantwoordelijke, zelfregie. Zo een paar van die termen die nog in de kinderschoenen staan.**

**Zeker in Nederland.**

29 september 2010 was in Nederland op het nieuws dat onderzoek uitwees dat het zo vroeg mogelijk signaleren van overgewicht, aanbieden van begeleiding bij stoppen met roken en programma's van overmatig alcohol-misbruik enkele miljarden oplevert aan maatschappelijke waarde en geld (tegen ruim 100 miljoen euro aan kosten).

## Financiering

In het programma van de Primary Care Network (PCN) heeft een huisarts, die aangesloten is, per jaar per patiënt 50 Canadese Dollar (CAD) beschikbaar voor de coördinatie van zorgprogramma's. Met deze 50 CAD (circa 36 euro) is het mogelijk om activiteiten als medicatieveiligheid, wegwerken wachtlijsten, verbeteringen in trombose programma's, taakherschikking tussen huisarts en Nurse Practitioner (NP) te organiseren. De 50 CAD wordt gedurende vijf jaar elk jaar vanaf 2008 aan de PCN gegeven ter verbetering van de zorg. Alberta Health Services (AHS) biedt ondersteuning om de zorgprogramma's te coördineren en te implementeren. Dit lijkt op de Module eerstelijnszorg in Nederland. Over de financiering na deze vijf jaar bestaat grote onzekerheid. Wel is nu al duidelijk dat dit bedrag niet genoeg is om alle gewenste/geplande activiteiten binnen vijf jaar te financieren. Een dag voor ons vertrek uit Alberta stond in de krant dat er naast de basisfinanciering ook gekeken zou gaan worden naar de inzet van private middelen.

## Regisseur

Bij ons bezoek aan het PCN in St. Alberts, buitenwijk van Edmonton, werd aangetoond dat door taakherschikking tussen huisarts en Nurse Practitioner er meer ruimte ontstaat voor de huisarts voor de rol van regisseur bij meer complexe patiëntsituaties en de wachtlijsten voor de gesprekken konden worden teruggebracht van 30 naar 3 dagen. Veel achterstand is blijvend weggewerkt door huisartsen te koppelen aan patiënten waardoor de chronische zorg veel beter is te structureren. Hierbij zijn aandacht, vertrouwen en de opgebouwde relatie tussen de arts/NP en de patiënt essentieel gebleken.

## Eerste lijn versterkt

Aansluitend is veel scholing aan verpleegkundigen in de thuiszorg geboden en daarmee wordt de keten in de eerste lijn versterkt gericht op het werken met de zorgprogramma's, gebaseerd op disease management. Als extra voordeel kreeg de huisarts extra ruimte voor nieuwe patiënten. De norm in Alberta per huisarts is (was) 1 huisarts per 1.200 patiënten, dit is 50% lager dan de Nederlandse norm. Het is inhoudelijk vergelijkbaar met een wijkgerichte aanpak, ten aanzien van de omvang is het voor ons meer een regionale aanpak.

Ter illustratie van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn: de PCN heeft een geriater die één dag per week spreekuur houdt in de eerstelijns praktijk. Aan dit spreekuur gaat een screening van patiënten



Jeanette Horlings (UVIT) en Lia Donkers (TMN) luisteren naar een voordracht over de eerstelijnszorg in Alberta.

vooraf door een geriatrisch verpleegkundige. Vanuit de multidisciplinaire samenwerking is er feedbackinformatie beschikbaar en zijn er iedere maand feedbackbijeenkomsten waar de gerealiseerde kwaliteit en kwantiteit worden besproken ten aanzien van de verleende geprogrammeerde zorg.

#### Speerpunten

1. Er is een vaste huisarts per patiënt. Relatie opbouw is een belangrijk thema, zeker in het kader van de chronisch zieken.
2. Multidisciplinair werken in de eerstelijnszorg.
3. Multidisciplinaire feedback informatie en besprekingen.
4. AHS heeft een sterke visie als basis voor alle ontwikkelingen in de zorg.

#### Visie en inhoud

Taakherschikking en multidisciplinaire

samenwerking zijn neergezet vanuit de overall visie die is geformuleerd door AHS, de implementatie van taakherschikking en multidisciplinaire samenwerking vindt plaats vanuit een gedrevenheid gebaseerd op visie en inhoud.

Leerpunt voor Nederland is dat de keuze voor taakherschikking en daarbij de multidisciplinaire samenwerking voortkomt vanuit de (financieel opgebouwde) zorgprogramma's. In Nederland is de visie vaak sterker gebaseerd op financiële gronden dan op de inhoud van zorgverlening, coördinatie en behandeling.

#### De uitdaging voor Midden-Holland

De uitdaging voor Midden-Holland is om een regionale visie te beschrijven als basis voor de geïntegreerde multidisciplinaire samenwerking en zorgprogramma's en feedbackinformatie

op kwaliteit en kwantiteit.

In de Zorgprogramma's kan dan het diseasemanagement stevig verankerd worden waardoor ook preventie en zelfmanagement de juiste plaats en aandacht krijgen.

Hiervoor is nodig dat betrokken partijen weten welke domeinen ze nu hebben, bereid zijn om strakke taakafbakeningen los te laten en te zoeken naar de synergie van samenwerking en het formuleren van gezamenlijke uitdagingen van zeg de komende drie tot vijf jaar.

Patiëntenorganisaties kunnen een actieve rol hebben in de totstandkoming van de zorgprogramma's en de keuze van de op maat gemaakte zorgprogramma's voor wijk of dorp en bij indicatoren voor de feedbackinformatie.



# Secondary Care: veel telezorg

Monique Verdier,  
raad van bestuur  
Groene Hart Ziekenhuis (GHZ),  
Bert Karrenbeld,  
manager bedrijfsvoering GHZ,  
Adrienne Raben,  
chirurg – intensivist GHZ,  
Suzanne Swen,  
klinisch geriater GHZ

**Door de samenwerking kan de zorg veel efficiënter en veel meer op macroniveau worden aangepakt: preventie in plaats van behandeling enzovoort.**

**Ook wordt er in Canada veel meer vanuit de patiënt gedacht.**

Alles is erop gericht om de patiënt uit het ziekenhuis te houden. Dus om de patiënt geen zorg te laten consumeren.

De bureaucratie lijkt erger dan bij ons. Interessant is het om de kosten van dit systeem eens af te zetten tegen de kosten in Nederland.

## **Beroepstrots**

Het meest bijzondere is het feit dat er in Alberta ziekenhuizen zijn vanaf 17 bedden. Huisartsen zijn verbonden aan het ziekenhuis en leveren parttime (naast het huisarts zijn) de meest noodzakelijke specialistische zorg. Elke huisarts heeft één jaar specialisatie gedaan (cardio, heelkunde, interne). Er zijn veel gespecialiseerde verpleegkundigen, die veel meer bevoegdheden hebben dan in Nederland (ze mogen bijvoorbeeld medicatie uitschrijven). Men geeft aan dat de organisatie van het ziekenhuis gedragen wordt door de verpleegkundigen. Het lijkt alsof de beroepstrots van verpleegkundigen veel groter is dan hier.

## **Moderne communicatiemiddelen**

Er wordt veel meer gebruik gemaakt van telezorg. Bij een stroke (CVA) bijvoorbeeld, staat een camera gericht

op de patiënt op de onderzoeksbank en kijkt de specialist (uit een groot ziekenhuis ver weg), mee. De verpleegkundige fungeert als zijn handen. Interessant voor ons, om de zorg goedkoper te maken. Daarnaast wordt telecommunicatie ook ingezet om contact te maken tussen de specialist en de familie.

Er is contact met de specialist geïnitieerd door patiënt, onder andere via e-mail. Ook uitslagen van aanvullende diagnostiek worden via e-mail doorgestuurd en becommentarieerd door arts. Om patiënten thuis te observeren wordt telemonitoring ingezet: zelfs 24 uur webcam-controle (mag als patiënt toestemming geeft).

## **Aandacht voor kennis van de zorg**

Kennis delen is van belang om iedereen dezelfde toegang tot de zorg te kunnen geven. Vanuit de gedachte, dat hoe eerder dat gebeurt, des te minder kosten er zijn. Bovendien betekenen lange wachttijden dat mensen gaan shoppen en dat geeft administratief veel werk. Ook is er veel aandacht (door vrijwilligers) om allochtonen uit te leggen hoe de zorg in Alberta werkt. Men richt zich hierbij specifiek op de jongere gene-



Discovery Café: kennisuitwisseling over het probleem obesitas.

ratie. Vooral aandacht voor 'bij welke cultuur hoor je', omdat zoeken hier naar de grootste oorzaak is van cultuurproblemen.

### Verandermanagement

Ze hebben trots hun vorm van verandermanagement getoond. Hiervan waren we niet onder de indruk. Het is heel topdown en systeemtechnisch ingestoken, er is weinig aandacht voor het proces. Interessant was de vorm van kennisuitwisseling tussen de Canadese zorgverleners en Nederlandse bezoekers via zogenaamde discovery cafés (conversatie/nieuwe ideeën/ontwikkel/druk je uit, 20 minuten uitleg, 30 minuten discussie en 10 minuten wat geleerd top 3 beide kanten).

### Obesitas

200.000 kinderen, 1,2 miljoen volwassenen met obesitas (60%). Nodig zijn training, kennis en tijd. Er is twee jaar wachttijd tot opname in obesitasprogramma, dat is inclusief het deel dat bij ons bij de huisarts plaatsvindt: afvalprogramma enzovoort. Zij bekijken alle gerelateerde ziekten met obesitas in samenhang, om oorzaak en gevolg te scheiden.

Ook Geriatrie wordt breed opgepakt. Heel verrassend is dat de zorgverleners de denkbeelden van Montessori inzetten voor ouderen.

Ook wordt er veel gebruik gemaakt van het Herinneringspel: foto's over de dag maken en dat 's avonds bespreken met de patiënt.

Ze hebben vergelijkbare problemen in de aansluiting met de psychiatrie. Als ziekenhuis en verpleeghuis in één gebouw zitten, is het makkelijker om geriatrische patiënten zo veel mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten, ook bij ziekte. Er wordt heel veel aan preventie gedaan: zichtbaar maken dat het niet normaal is dat vader of moeder dingen vergeet. Zodat behandeling eerder begonnen kan worden. Veel aandacht voor mantelzorgers in de opleidings sfeer. Ook worden er nannies ingezet voor demente ouderen.

# het probleem van zorganalfabetisme

Lisette van Dingenen,  
programmaleider ketenzorg  
Transmuraal Netwerk Midden-Holland

**De Multicultural Health Brokers vormen een brug tussen de  
vele culturen in Canada.**

Hun doel is het ondersteunen van allochtonen in het verwerven van optimale gezondheid door gezondheidsvoorlichting, verbeteringen van omgevingsfactoren en pleitbezorgering.

Veel voorkomende problemen:

- weinig kennis zorgsysteem;
- arm;
- sociaal isolement;
- depressie of post traumatisch stress syndroom;
- chronische ziekten.

Immigranten arriveren vaak met een goede lichamelijke gezondheid, maar deze neemt af in de loop van de tijd. Vluchtelingen hebben vaak complexe lichamelijke en psychische problemen.

De Brokers bemiddelen tussen allochtonen en het gezondheidsstelsel in termen van kennis en relaties. Zij zijn een culturele gids en een navigator binnen het gezondheidssysteem.

## De Brokers

De Brokers hebben vaak een medische of onderwijskundige achtergrond in hun thuisland. Ze zijn allemaal opgeleid in: perinatale zorg, tienerzwangerschappen, preventie van chronische ziekten en disease management, het gezondheidssysteem en gezondheidsbevordering.

De Brokers zetten in op het overbruggen van health illiteracy (zorganalfabetisme); dus het leren lezen/begrijpen van het gezondheidssysteem. Ze doen huisbezoeken en zetten locale activiteiten op.

## Integratie van beide kanten

De Brokers stimuleren en ondersteu-

nen beide culturen. Het is belangrijk om de eigen cultuur te behouden en de nieuwe cultuur toe te voegen. Zo ontstaat er een mix/middenweg; een nieuwe culturele identiteit en een sense of belonging. Op scholen zijn er interculturele leerprogramma's en wordt lesgegeven in de eigen taal. De visie is dat integratie van beide kanten moet komen.

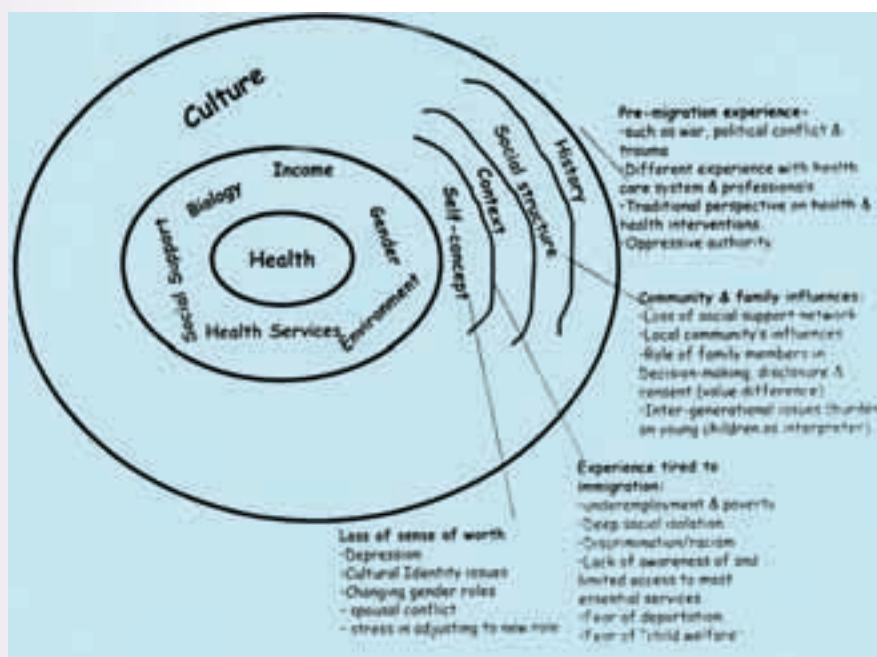
## Tweede generatie

We spaken met een Broker uit Marokko. Een deel van haar familie woont in Nederland. Ze gaf aan dat er vele cultuurverschillen zijn in Marokko, waardoor deze groepen elkaar ook vaak niet begrijpen of zelfs niet verstaan. De groep in Nederland is laaggeschoold (in tegenstelling tot de groep in Canada) en houden sterk aan hun cultuur vast. Haar tip was om in te zetten op de tweede generatie, want de eerste generatie verandert niet meer.

Belangrijk is een vertrouwenspersoon in te zetten die gerespecteerd wordt door de gemeenschap, iemand met een open mind, die goed onderlegd is. Marokkaanse jongens hebben een jonge leider nodig uit de eigen cultuur, waarmee zij zich kunnen identificeren. Samenwerken met een religieus leider kan veel meerwaarde hebben.

## Conclusie

Er was duidelijk een visie, een werkwijze en een zeer brede aanpak met goede resultaten. In de regio Midden-Holland is een aantal VETC-ers (vrouwen eigen taal en cultuur) werkzaam. Hun inzet is zeer beperkt. Een brede aanpak met de insteek beide culturen te behouden zoals in Canada, zou ook in onze regio een mooie werkwijze kunnen zijn.



# Northeast Community Health Centre in Edmonton

In eerste instantie was het plan om op de locatie van het Northeast Community Health Centre een ziekenhuis neer te zetten. Er moest echter bezuinigd worden. Gezien het feit dat er net een tornado langs geraasd was, bleek dat er behoefte was aan acute opvang.

Lisette van Dingenen,  
programmaleider ketenzorg  
Transmuraal Netwerk Midden-Holland  
Wilma Bijsterbosch,  
directeur ZorgBrug



Rondleiding op de ER


Het Northeast Community Health Centre werkt met multidisciplinaire teams. De artsen en verpleegkundigen zijn in loondienst. De verpleegkundigen zijn breed inzetbaar en zijn bekwaam in alle voorbehouden handelingen. De diensten die het centrum verleent zijn: Family Health, Emergency department, Amateur Sport & Simple Fracture clinic, Tobacco reduction, Child & Adolescent Health, Mental Health & Addictions, Pediatric Asthma, Woman's Health, Senior Health. Het is een centrum waar iedereen zonder verwijzing binnen kan lopen.

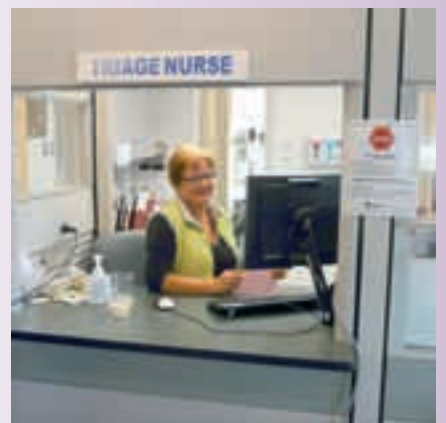
Niet alleen de hulpvraag wordt behandeld, iedere patiënt krijgt een volledige intake. Er zijn aparte programma's voor immigranten, mensen met een risicovolle leefstijl, kwetsbare ouderen en huiselijk geweld.

## Nurse Practitioners

Op de ER zijn zes plaatsen voor acute zorg beschikbaar. Nurse Practitioners (NP) doen de triage van alle patiënten die zonder verwijzing komen. Dat zijn er veel omdat er geen verplicht verwijzingsysteem is via een huisarts. Door de NP wordt een intake gedaan (anamnese en lichamelijk

onderzoek). Indien patiënten aansluitend naar huis gaan is er een gesprek met de NP over mogelijkheden om herhaling te voorkomen. Zo nodig verwijst de NP naar een andere zorgverlener in de eigen woonomgeving of naar een cursus of wordt een voorstel gedaan voor zelfmanagement.

Digitale informatie uitwisseling (EPD) is niet privacy beschermd. Een rapportagesysteem, koppeling met onderzoeksafdelingen (intern/extern) zorgen voor een goed geordend dossier. Maar ook zij hebben 'last' van wet en regelgeving rondom privacy maar hebben ervoor gekozen hier wel mee door te gaan in verband met kwaliteit van de medische en verpleegkundige zorg. 



Ontvangst bij Northeast Community Health Center

# Mental Health Centre in Ponoka

Peter Kadee,  
directeur algemene zaken  
GGZ Midden-Holland  
Jan Vink,  
directeur behandelzaken  
GGZ Midden-Holland

**In Ponoka, Canada is het Centennial Centre for Mental Health and Brain Injury gevestigd. Het centrum is onderverdeeld in drie eenheden. Hiermee onderscheidt het zich meteen van de gemiddelde situatie in Nederland.**



Monumentaal hoofdgebouw Ponoka

De eenheden zijn:

1. GGZ-zorg voor volwassenen (tot 65 jaar)
2. GGZ-zorg voor ouderen (vanaf 65 jaar)
3. Revalidatie bij niet aangeboren hersenletsel

Vooraf het onderdeel Revalidatie zou bij ons onder de somatische zorg vallen. In Nederland zou dit centrum zich voor het deel ouderenzorg in tweeën hebben gesplitst, te weten in een deel ouderenspsychiatrie en een deel psychogeriatric dat meestal onder de V&V sector valt. Het GGZ deel leek erg veel op GGZ-instellingen in Nederland.

## Problemen in Canada

De problemen die men in Ponoka ervaart wijken niet veel af van die problemen die we op andere in Canada bezochte plekken hebben gezien en die dus eigenlijk vrij universeel zijn.

Je ziet voor elk van de drie onderdelen capaciteitsproblemen bij plaatsingen van mensen met als lastig ervaren gedrag. Zo is er bij ouderen met zwaardere problemen een wachttijd van 1 tot 2 jaar in de verpleeghuissfeer, ontbreken er bij de GGZ voldoende begeleide woningen in de maatschappij en is de repatriëring van mensen met complexe problemen als gevolg van hersenletsel een groot probleem.

Tevens zie je ook in Canada een verdere ontwikkeling van het beleid dat is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven en empowerment, of revalidatie en zorg buiten de instellingsmuren in de gemeenschap. En dat het net als in Nederland weliswaar een goed en bewezen positief effect kent, maar dat dit nog niet wil zeggen dat het ook zo in de samenleving werkt. En, last but not least, is er een probleem van het niet kunnen binnengaan van voldoende GGZ deskundigheid van zowel psychiaters als geriateren, juist vanwege het feit dat er sprake is van een landelijk gebied met blijkbaar een weinig aantrekkelijke uitstraling voor indiensttreding. De oplossingen die men voorstelt



Reisgezelschap op trap van hoofdgebouw

zijn gebaseerd op het geven van meer voorlichting, het beter opvolgen van best practices en het doen van meer wetenschappelijk onderzoek. Kortom, oplossingen die in Nederland ook vaak naar boven komen.

### Wat is er te leren?

Veel van wat we gezien hebben is vergelijkbaar met de situatie in Nederland. De oplossingen die je er bij kiest zijn uiteraard mede afhankelijk van het systeem waarbinnen je werkt.

De samenwerking binnen één organisatie of keten is in wezen beter van de grond gekomen dan in Nederland. Het zorgcontinuüm lijkt beter op orde door afwezigheid van institutionele grenzen. Zo is de gewenste inbedding in de samenleving voor ouderen lastig vanuit de GGZ te regelen aangezien in Nederland de V&V sector daar meer actief is, bijvoorbeeld bij de Wmo en de aansluiting bij de ontwikkelingen op het gebied van wonen/zorg en welzijn. Hoe dan ook denken wij dat de maatschappelijke integratie van de zorg in de samenleving in Canada iets verder is gevorderd door de manier waarop het systeem is ingericht.

Twee geheel andere aspecten kunnen ons in Nederland helpen, name-

lijk de inzet van telehealth (behandelgesprekken voeren via videoconferencing) en het gebruik van de verworvenheden van het Montessoridenken in de ouderenzorg.

### Overige impressies

Het Centennial Centre for Mental Health and Brain Injury lijkt op een ouderwets APZ (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis) zoals we die in Nederland ook nog veel hebben. Het centrum is vergelijkbaar met hoe het bij ons gaat: een deel van de gebouwen wordt vervangen door nieuwbouw, maar dat doe je niet met de hoofdgebouwen, die meestal monumentaal en karakteristiek zijn. Het is dan ook lastig hiervoor een bestemming te vinden of voldoende geld om ze in stand te houden. Dat lukt overigens bij ons meestal wel; met het hoofdgebouw op het terrein in Ponoka was dat nog niet het geval. We hoorden dat er om te beginnen drie miljoen dollar nodig was om de ramen te vernieuwen.

De opzet en organisatie van de GGZ aldaar zoals we gepresenteerd kregen waren in veel opzichten erg vergelijkbaar met die bij ons. Je ziet in Canada ook ambulante teams die de provincie intrekken met natuurlijk het bijzondere probleem van de

extra grote afstanden, getackeld met telehealth. Ze doen huisbezoeken, geven consulten aan huisartsen en kunnen terugvallen op de opnameafdelingen in Ponoka. Het leek qua samenwerking tussen de ambulante en de klinische voorzieningen redelijk te werken, zoals dat bij ons, naar onze mening, ook vrij goed verloopt. Ook opvallend was de herkenbare organisatie vanuit het stepped care denken: de zwaarste disciplines komen aan bod bij de zwaarste problemen. Het zoeken naar de beste manier om de integratie met de maatschappij te bevorderen, bijvoorbeeld door de goede faciliteiten ter beschikking aan de burgers te stellen, is herkenbaar evenals de door cliënten gerunde kledingwinkel in het centrum.

Bijzonder was de NAH (niet aangeboren hersenletsel) revalidatieafdeling die was ontwikkeld vanuit de expertise van een psychiatrische afdeling met gedragsproblemen bij deze groep. Deze afdeling vonden wij zonder meer indrukwekkend: prachtig en ruim gebouwd (architectonisch ook interessant) en voor zover we het konden beoordelen zeer goed geoutilleerd. Het was een genoegen om daar rondgeleid te worden.

Van geheel andere orde was het prachtig bij de excursie te zien dat alle logistieke stromen door de kelders gaan zodat dit voor patiënten en personeel niet verstorend werkt; alle panden zijn aan elkaar gekoppeld en was dat niet zo dan is er een gang omheen gemaakt die naar het volgende pand loopt en zo de verbinding legt.

Tot slot nog een hele belangrijke vaststelling en die betreft het feit dat we blij waren te zien dat onafhankelijk van het systeem er altijd mensen zijn die vanuit hun eigen professionele opvattingen goede en patiëntgerichte zorg leveren en dat het dus mooi is om te zien hoe de common sense in het vak op verschillende plaatsen leidt tot een vergelijkbare manier van werken.



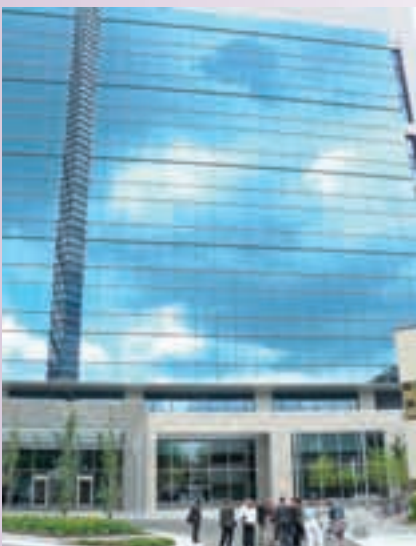
# Lessen uit Alberta

Lia Donkers,  
directeur Transmuraal Netwerk  
Midden-Holland

**De deelnemers van de zesdaagse studiereis naar de Canadese provincie Alberta waren bestuurders en managers afkomstig uit organisaties die allemaal een taak hebben in de zorg voor de inwoners van Midden-Holland.**



Semitransparante binnenwand Southport Tower



Southport Tower AHS, Calgary

Doel van de reis was dat deelnemers na afloop beschikken over:

1. Inspiratie uit goede voorbeelden van geïntegreerde zorg.
2. Feedback op het eigen zorgbeleid.
3. Verkenning van verdere samenwerkingsmogelijkheden in Midden-Holland.
4. Versterkte onderlinge netwerkverhoudingen.

Uit de evaluaties blijkt dat de doelstellingen ruimschoots zijn gehaald. Alberta is nog maar kort bezig met het implementeren van een totaal geïntegreerd zorgconcept. Goede voorbeelden bestonden meer nog op papier dan in de praktijk. Dat neemt niet weg dat de deelnemers inspirerend ideeën mee naar huis hebben genomen zoals het voorbeeld van toepassing van het Montessori concept in de ouderenzorg.

## **Dialoog**

De onderlinge banden zijn aangehaald. Er is bijzonder veel over het

werk gesproken in alle mogelijke combinaties. Gereisd werd met vier auto's waarbij de passagiers steeds wisselden. De dialoog over nut en noodzaak van casemanagement heeft zodoende de hele week geduurd. Een kijkje in elkaars keuken betekende voor de ene deelnemer een openbaring van de mogelijkheden buiten de eigen instelling en bood de andere een kans om een gezamenlijk plan te smeden. Er zijn veel vervolgspraken gemaakt.

## **Vergelijken**

Natuurlijk werd het Canadese en Nederlandse zorgstelsel met elkaar vergeleken. Het beeld dat de Canadezen het met een centrale regie en zonder marktwerking goed voor elkaar hebben, moest worden bijgesteld. Waar wij in Nederland van overheidswege verzekerd zijn van care en ieder individueel een polis moet afsluiten voor cure, is het in Canada precies andersom. Mensen zijn verzekerd van gratis medische zorg maar voor bijvoorbeeld de ouderenzorg bestaan verschillende bekostigingssystemen waaronder ook 'uit eigen zak'. Ziekenhuizen worden overstroomd met zorgvragen, mede vanwege een krappe eerstelijnszorg. En daar loopt het systeem vast. Mensen moeten uren wachten voor acute zorg en maanden voor een geplande operatie. Alberta wil de druk op de ziekenhuizen verminderen door grote investeringen in eerstelijns- en ouderenzorg. Niet alleen in capaciteit maar ook in procesverbeteringen. En zo staat inte-



grated care hoog op de agenda. Bezuinigingen zijn wel aan de orde maar enig uitstel lijkt nog mogelijk. In Canada wordt veel meer gebruik gemaakt van ICT voor telezorg, teleconsultatie en zorgregistraties dan bij ons. Een integraal EPD ontbreekt echter nog.

### Praktijk weerbarstig

De ontwikkeling van integrated care in Alberta gebeurt top down terwijl bij ons zorgketenvorming veel meer bottom up en ook regionaal gebeuren is. Conceptueel is in Alberta alles goed doordacht, om jaloers op te zijn, maar de implementatie in de praktijk is, net zoals in Nederland trouwens, weerbarstig. Behalve dan in landelijke gebieden waar men uit pure noodzaak op elkaar is aangewezen. Wat wel opvalt is dat meer integratie wordt gezocht in een combinatie van disciplines dan in een geïntegreerd zorgproduct zoals bij ons de DBC's. Een andere bevinding is dat ingezet wordt op goede generalisten bij de patiënt en een telepanel van specialisten op de achtergrond. Op deze manier krijgt de patiënt een specialistische behandeling dicht bij huis en de generalist bedside teaching. Wellicht de enige manier voor een generalist om op alle gebieden bij te blijven.

Voor Midden-Holland werden de volgende lessen geleerd:

### 1. VISION 2020 voor Midden-Holland?

Het was duidelijk dat in Alberta de langetermijnvisie een bindend en richtinggevend effect heeft. Bij ons ligt ad hoc beleid op de loer, vooral in tijden van marktwerking waar iedere branche en zorgaanbieder een eigen weg zoekt. Een regionale visie met een dieper en breder perspectief kan houvast bieden. Plan is om de bestaande regiovisie van Midden-Holland te actualiseren met inachtneming van het marktdenken. Geen blauwdruk maar een inzichtelijke beschrijving van de regionale taakopvatting ten behoeve van een betere zorg en gezondheid voor de inwoners van Midden-Holland. Concreet was er behoefte aan een regionale verkenning inzake cliëntparticipatie, casemanagement, inzet Nurse Practitioners, indicatie- en zorgevaluatiesystemen, telezorg en een helpdesk à la Health Link voor mensen met inhoudelijke of navigatievragen op het gebied van de zorg.

### 2. Knowledge Exchange Department in Gouda?

De manier waarop men in Alberta zorggegevens verzamelt en presenteert voor feedback doeleinden is indrukwekkend. In onze regio registreren zorgverleners ook veel maar meestal voor landelijke branchespecifieke databanken. Welbeschouwd worden dergelijke gegevens op Midden-Holland niveau nog maar spaarzaam aan elkaar gelinkt terwijl dat een schat aan informatie over regionale processen zou opleveren. Er volgt een verkenning over de haalbaarheid van een regionaal kennis-/feedbackplatform. Overigens een functie die we in 2007 ook in het Zweedse Qulturum hebben gezien.

### 3. Drumheller in de polder?

Het bezoek aan het verafgelegen Drumheller waar de nulde-, eerste- en tweedelijnszorg onder één dak zit, heeft grote indruk gemaakt. De inwoners van het verzorgingsgebied zo groot als Nederland spelen een grote rol bij de realisatie en

exploitatie van deze gezondheidsvoorziening. Een aantal deelnemers gaat geïnspireerd door het Drumheller concept in Midden-Holland een lokaal experiment integrale wijk- of buurtzorg uitwerken.

### 4. Supportive living voor ouderen?

Tijdens de studiereis kwamen methodieken ter sprake die nadere bestudering behoeven en wellicht in Midden-Holland toegepast of versterkt kunnen worden. Het gaat om concepten als Montessori in de ouderenzorg en Advanced Care Planning in de palliatieve zorg. Maar ook methoden als Eigen Kracht Conferenties, Groepsoli's en een verbijzondering van de acute zorgketen voor ouderen.

### 5. Ponoka Check bij Chronisch Zieken?

In Ponoka ten zuiden van Edmonton is een groot GGZ centrum gesitueerd dat toonaangevend is voor West Canada. Het ondersteuningsrepertoire aan zowel patiënten als professionals is bijzonder breed. Deelnemers aan de reis spraken af om de optie te verkennen van een GGZ- en leefstijl check bij mensen met een chronisch somatische aandoening omdat het vermoeden bestaat dat op die gebieden vaak sprake is van problemen die door onderkenning en een juiste aanpak veel meer kwaliteit van leven zouden kunnen genereren.

Naast de hiervoor genoemde vijf punten zijn nog veel meer lessen geleerd, die door twee of drie partijen gezamenlijk worden opgepakt.

Het was een interessante en vruchtbare studiereis die naar de mening van de deelnemers veel heeft bijgedragen aan de regionale inzichten, verhoudingen en samenwerking. Hoe geïntegreerd het toekomstig zorgplaatje er uit zal zien, weet echter niemand. Het blijft voortdurend puzzelen. Als zorgregio Midden-Holland gaan we die uitdaging aan.



# Quality Care: feedback voor dokters

Lisette van Dingenen,  
programmaleider ketenzorg  
Transmuraal Netwerk Midden-Holland

Recent is in Canada Toward Optimized Practice (TOP) opgericht. Doel is het realiseren van een cultuurverandering tot continue kwaliteitsverbetering onder de artsen en de teams waarmee zij samenwerken. Zij ondersteunen de artsen hierin met meetinstrumenten en evidence based richtlijnen om zo de kwaliteit van de geleverde zorg te verhogen. Het accent ligt op het meten van gegevens om op basis daarvan verbetertrajecten op te zetten. Dit gebeurt vooral lokaal. Het spiegelen zorgt voor een cultuurverandering. Het TOP ondersteunt de implemen-

tatie van de richtlijnen en doet de procesbegeleiding bij verbetertrajecten. Er lopen projecten ter verbetering van het gebruik van richtlijnen, verbetering van de wachttijden, doorstroom en continuïteit van zorg.

## Conclusie

In Canada is dus ook de borging van kwaliteit centraal georganiseerd. In Nederland wordt momenteel nagedacht over een landelijk kwaliteitsinstituut voor de zorg.

In ons land heeft iedere beroepsgroep zijn eigen organisatie voor het maken van richtlijnen en vaak ook een eigen werkwijze voor de implementatie. Het CBO kwaliteitsinstituut stelt daarnaast multidisciplinaire

richtlijnen op. In Midden-Holland heeft het Transmuraal Netwerk een deel van de taken van het TOP in Canada. Het Transmuraal Netwerk biedt ook de mogelijkheid van procesbegeleiding bij verbetertrajecten, regionale vertalingen en implementatie van landelijke richtlijnen. Binnen de ketens en netwerken worden wel gegevens verzameld en het Transmuraal Netwerk coördineert ook de verzameling van gegevens voor de zorgparagraaf van de Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Maar het Transmuraal Netwerk is niet gericht op het verzamelen van zorggegevens en het ontwikkelen van meetinstrumenten.



## Deelnemers



Staan: Lisette van Dingenen (programmaleider ketenzorg Transmuraal Netwerk), Peter Kadee (directeur algemene zaken GGZ M-H), Adrienne Raben (chirurg-intensivist GHZ), Paul Rasch (manager ROH M-H), Bert Karrenbeld (manager bedrijfsvoering GHZ); Jan Vink (directeur behandelzaken GGZ M-H), Jeanette Horlings (directeur UVIT), Aris Bras (manager Zorgpartners M-H), Lia Donkers (directeur Transmuraal Netwerk), Harry Robberts (programmamanager Vierstroom), Monique Verdier (raad van bestuur GHZ), Jeroen van den Oever (raad van bestuur Vierstroom).

Zittend: Dies Teunissen (voorzitter ROH M-H), Jan Slappendel (manager Zorgkantoor M-H), Wilma Bijsterbosch (directeur ZorgBrug), Suzanne Swen (klinisch geriater GHZ), Dorrit Gruijters (reisbegeleiding, directeur Coincide BV)

# Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland

Lia Donkers,  
directeur Transmuraal Netwerk  
Midden-Holland

Het Transmuraal Netwerk Midden-Holland is eind 1998 opgericht door de grotere zorgaanbieders in de regio Midden-Holland met als doel te komen tot een onderling goed afgestemde en kwalitatief hoogstaande zorgverlening in het belang van de cliënt. Dat is vaak zo dicht mogelijk bij de thuissituatie. Het stichtingsbestuur wordt gevormd door de bestuurders van de participerende organisaties. Er is structurele samenwerking met zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Op projectniveau werkt het Transmuraal Netwerk samen met tal van andere instanties. Daarmee is het een open netwerk. Een klein bureau bestaande uit een secretariaat, diverse programmaleiders en een directeur fungeert als aanjager van de regionale samenwerking.

De belangrijkste activiteiten van het netwerk zijn:

1. opzet van diverse zorgketens en zorgnetwerken rond patiëntgroepen met bepaalde zorgvragen zoals CVA, COPD, palliatieve zorg, dementie, MS, etc.;
2. coördinatie van regionale ontwikkelingen op het gebied van ICT en zorg;

3. ondersteuning van de samenwerking van de zorgaanbieders op het gebied van Human Resource Management;
4. bijdragen aan regionaal gezondheidsonderzoek zoals de Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RVTV);
5. stimuleren van samenwerking op het gebied van preventie in de regionale zorg.

## De regio Midden-Holland

Midden-Holland met 240.000 inwoners vormt een onderdeel van het Groene Hart. Het gebied is beschermd open polderlandschap met kleine dorpskernen. Gouda met 70.000 burgers is de grootste van de 11 gemeenten van Midden-Holland. De bevolkingssamenstelling van Midden-Holland verschilt van het gemiddelde in Nederland. Er zijn relatief meer jongeren en minder volwassenen vergeleken met de ouderen. Gouda is na Amsterdam en Utrecht de derde stad met een hoog percentage inwoners van Marokkaanse afkomst. Bijna de helft van de bevolking heeft een protestants christelijke signatuur. De levensverwachting van Midden-Holland is een van de hoogste van Nederland. Vergeleken met andere regio's maken de Midden-Hollanders minder gebruik van de zorg. Er zijn voldoende zorgvoorzieningen. De



ziektelast zal gaan toenemen door een snellere vergrijzing dan elders en door ziekten ten gevolge van ongezonde leefstijlen. Tussen publieke en private sector is meer integraal gezondheidsbeleid nodig vooral op het gebied van preventie.



Referentie: Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning Midden-Holland 2010



Bevolkingsopbouw  
Midden-Holland

# Zegt de ene stroopwafel tegen de andere.....



*Calgary International Airport met op de achtergrond de skyline van downtown Calgary*

Als je dan naar Canada gaat, is het leuk om aan al die sprekers iets uit Nederland te geven als bedankje. Het idee was om stroopwafels uit te delen. Typisch Hollands en ook nog typisch voor onze stad Gouda. Het aantal sprekers zou groot zijn, dus we kwamen al snel uit op 60 pakjes stroopwafels. Hoe krijg je die in Calgary of Edmonton?

De eerste optie was een aparte verzending naar Canada. Eenvoudig maar wel zeer duur omdat je tijdens het transport toch ook wilt dat de stroop tussen de wafels blijft. Als tweede optie hebben we onderzocht of de stroopwafels wellicht meekonden met een pallet Hollandse producten die toch al die kant op gingen. Verbazend wat er allemaal wordt verscheept maar een extra vrachtje van 600 stroopwafels bleek te ingewikkeld. Inmiddels hadden we in Edmonton een Hollandse winkel gevonden, waar producten te koop zijn als Venz hagelslag en Nasi-kruiden van Knorr. Maar helaas geen stroopwafels.

Dus dan maar zelf de stroopwafels overvliegen. Allemaal vier pakjes in de koffer. Maar zoals iedereen weet, is het gewicht van je bagage in een vliegtuig altijd een precair punt. Voor sommigen is het geen probleem, voor anderen is het wikken wegen wat je wel en niet mee zal nemen. Vier pakjes stroopwafels wegen ongeveer anderhalve kilo. Een beter plan was om als gezelschap in één keer in te checken, in de hoop dat er op het totaal een ondergewicht zou zijn van tenminste 22,8 kilo. Door laatkomers en ander eigenwijs gedrag, mislukte dit finaal.

En dan blijkt een van ons comfort class te vliegen vanwege een hernia. Hij mag 20 kilo extra bagage meenemen, terwijl hij notabene rugklachten heeft.....

Afijn, in het ruim van een vliegtuig reizen 600 stroopwafels comfort class de oceaan over. Zegt de ene stroopwafel tegen de andere: "Ruim hè?"