

Transmuraal
Magazine voor
Midden-Holland
Jaargang 9
December 2009
Nummer

4

Stroomlijn



In dit nummer onder andere:

Minder geld voor de zorg: systeem moet op zijn kop

De Mexicaanse griep in Midden-Holland

Zorgconferentie: Trage vragen in de zorg

Integratie zorg van 0 tot 19 jaar een feit



Colofon

Jaargang 9 – Nummer 4
december 2009

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

Midden-Holland is een mooi gebied. Op de achterkant van Stroomlijn wordt het verhaal verteld bij een bijzondere plek in de regio. Kortom: ken uw streek

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 Booij, *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 geriater GHZ*

Monique Pronk, *preventiefunctie 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

Twigt grafisch facilitair, Waddinxveen

Oplage

2.000

Copyright

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



Bedankt!

Voor uw samenwerking,
het plezier in het werk,
en de uitdaging voor 2010!

De medewerkers van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland wensen u prettige kerstdagen en een gelukkig nieuwjaar.



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 Midden-Holland, 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

Minder geld voor de zorg: systeem moet op zijn kop	4
Zorg rondom prematuren geconcentreerd	7
De Mexicaanse griep in Midden-Holland	8
Terugblik zorgconferentie 12 november	10
Ergotherapie bij dementerenden verbetert kwaliteit van leven	12
Berichten van het Transmuraal Netwerk	13
“Huisvesting moet plezierig, goed toegankelijk en veilig zijn”	14
Dynamiek in de eerste lijn: van solist naar samenwerking	16
Integratie zorg van 0 tot 19 jaar een feit	18
Interview Gerrit Jan Blankemeijer	20
Revalidatieprogramma Herstel en Balans nu ook in Gouda	22
Ken uw streek: de Ringdijk in Tempel	24

Highlights

Minder geld voor de zorg: systeem moet op zijn kop

Meer vraag naar zorg, maar minder geld beschikbaar. Een moeilijk dilemma. De bestuurders van de zorgorganisaties in Midden-Holland zien het gelukkig niet somber in.

Pagina 4



De Mexicaanse griep in Midden-Holland

Wat is er in de regio Midden-Holland gedaan ter voorbereiding op deze pandemie en hoe staat het ervoor?

Pagina 8



Zorgconferentie: Trage vragen in de zorg

“De nieuwe opzet was even wennen, maar ik vond het heel geslaagd. Goed om elkaar weer eens te spreken, persoonlijk en over het vak.” Een terugblik op de jaarlijkse Transmurale Zorgconferentie Midden-Holland.

Pagina 16



Integratie zorg van 0 tot 19 jaar een feit

De integratie van Ouder- en Kindzorg van Vierstroomzorg en de jeugdgezondheidszorg van de GGD Hollands Midden is per 1 januari 2010 een feit. En hoe staat het met de Centra van Jeugd en Gezin in Midden-Holland?

Pagina 18



VUT met 65

“Na 65 jaar is men te oud om nog te kunnen werken.” Daarmee ben ik opgegroeid. Later was ik van mening dat we op ons 65ste toe zijn aan een welverdiend verlof. Maar nu weet ik het niet meer precies. Waar komt die grens van 65 jaar eigenlijk vandaan? In de media wordt de Duitse kanselier Bismarck genoemd als uitvinder van de pensioenleeftijd. In zijn tijd was de gemiddelde levensverwachting 66 en Bismarck gunde iedereen na een werkzaam leven een jaartje rust. Een sociale gedachte, al vind ik een jaartje wel wat kort. Als ik verder zoek, stuit ik op andere gegevens. De gemiddelde levensverwachting in het Duitsland van toen – de wet is van 1889 - was 45 jaar en de pensioenleeftijd 70. Niks sociaal. Bismarck verruimde zijn invaliditeitswet voor ouden van dagen. Die enkeling die eenmaal de 70 had bereikt, was ongetwijfeld gebrekkig. Voor soldaten geldt een grens van 65 jaar. Ten tijde van de eerste wereldoorlog is de legerpensioenleeftijd door de andere landen als standaard overgenomen. Al met al is 65 dus een VUT-leeftijd wegens militaire jaren, gebaseerd op een beduidend lagere levensverwachting. Onze wetgevers zitten er maar mooi mee opgescheept. Bismarck zelf werd 83 en vergeleek wetten met worsten: “Je kunt maar beter niet zien hoe ze gemaakt worden.”

Lia Donkers

Directeur Transmuraal Netwerk Midden-Holland



Bestuurders zorgorganisaties geven hun visie

Minder geld voor de zorg: systeem moet op zijn kop

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Meer vraag naar zorg, maar minder geld beschikbaar.

Een moeilijk dilemma. De bestuurders van de zorgorganisaties in Midden-Holland zien het gelukkig niet somber in. Maar het systeem moet wel op zijn kop.

Dirk Jan Verbeek, voorzitter Raad van Bestuur van het Groene Hart Ziekenhuis steekt van wal: "Met de ziekenhuizen is een landelijk prestatiecontract afgesproken waardoor we tijdens deze kabinetsperiode als sector flink moeten inleveren. We krijgen simpelweg minder geld dan we nodig hebben. Dit heeft echter wel geleid tot inventiviteit: meer doen met hetzelfde geld. Medewerkers zeggen wel eens: je wilt er een Toyotafabriek van maken. Niet eens zo'n gekke vergelijking. Maar het werkt wel: het uitvoeren van dezelfde type operaties achter elkaar bij patiënten waarbij je geen complicaties verwacht gaat twee keer zo snel. Met een andere blik naar de bedrijfsprocessen kijken dus, een efficiëntere aanpak zodat er meer tijd overblijft voor de patiënten met een bijzonder risico."



Dirk Jan Verbeek, Groene Hart Ziekenhuis

Meer informele zorg

Simon de Jong, lid Raad van Bestuur van Zorgpartners Midden-Holland beaamt: "In de Awbz-sector zie je een zelfde soort ontwikkeling. Door de invoering van de Zorgzwaartepakketten (een soort Diagnose Behandel Combinatie [DBC's]) is er sprake van een systeemwijziging. De instellingsbudgetten worden vastgesteld op basis van de zorgzwaarte van de cliënten. Voortaan is het budget dus afhankelijk van de hoeveelheid zorg die cliënten nodig hebben. Dit heeft vele voordelen. Want laten we wel wezen: de huidige Awbz is een gedrocht. Wat bedoeld was voor het financieren van zorg voor chronisch zieken en mensen die complexe zorg nodig hebben is verworden tot een systeem waarin alles werd gestopt wat niet ergens anders paste. Dit, plus de vergrijzing, zorgt ervoor dat er een enorm beroep wordt gedaan op de Awbz. Dat er dus iets moet veranderen is logisch. Informele zorg door naasten moet weer gewoon worden. Natuurlijk is het wel een lastige discussie, want je moet keuzes maken: het ene doen en het andere laten. Voor de verpleeghuissector geldt dat welbevinden steeds belangrijker wordt. Werd er vroeger vooral gedacht vanuit het verlenen van zorg, de vierpersoonskamer is daar een voorbeeld van, tegenwoordig willen mensen een prettige omgeving en aandacht."



Simon de Jong, Zorgpartners MH

Andere oplossingen

Dirk Jan vervolgt: "Bij ziekenhuizen zie je dat ze zich steeds meer gaan concentreren op de core business. Het is bewezen dat hoe vaker een arts een behandeling doet, hoe beter hij daarin wordt. Je ziet ook steeds meer gedifferentieerde zorg in plaats van eenduidige zorg. Daar komen we elkaar als ziekenhuis en zorginstelling ook tegen. Kijk wat een patiënt nog zelf kan of wat de familie kan doen. Het gaat in de zorgsector om een fundamentele verandering in denken. Ook bij zorgverleners. Dit leidt tot andere oplossingen. Kijk maar naar de nieuwbouw van verpleeghuizen, het is handig om nu al in alle kamers rekening te houden met het kunnen aansluiten van beademingsapparatuur." "Er is veel behoefte aan nieuwbouw want de oude locaties voldoen

simpelweg niet meer” aldus Simon. “Scheiding van de ‘wooncomponent’ van de ‘zorgcomponent’ is logisch waarbij mensen zelf betalen voor het wonen, uiteraard naar rato van vermogen. Zo kan er meer geld worden vrijgemaakt voor de echte zorg die mensen nodig hebben. En omdat mensen zelf betalen voor het wonen, kunnen ze zelf of hun familie meer invloed uitoefenen op de wensen.”

Geen kaasschaaf

Dirk Jan: “Er is een werkgroep aan de slag om te kijken hoe het moet in de zorg in 2020, uitgaande van 20% minder budget. Dat is niet mis: zo’n 6 miljard minder voor de cure sector zoals ziekenhuizen en 4,4 miljard minder voor de Awbz sector zoals verpleeghuizen. De kaasschaafmethode heeft geen zin meer want alles een beetje minder zet geen zoden aan de dijk. We moeten dus groter denken: minder ziekenhuizen, kleiner pakket en premie omhoog. Decentraal wat kan zoals poliklinieken in bestaande accommodatie dichtbij huis voor kleinere verrichtingen. En grotere ziekenhuizen meer centraal die door meer behandelingen een hogere kwaliteit kunnen leveren. Dit betekent wel een heel ander model dus, maar dit soort veranderingen zijn naar mijn mening nodig om de boel betaalbaar te houden.”
Simon: “Er komt een grote verschuiving in het financierings-systeem van zorg. Er zal meer

gekeken worden waar professionals door hun kennis toegevoegde waarde hebben. Ik zie zogenaamde broekers ontstaan, die inzicht bieden in waar je de beste oplossing vindt voor jouw probleem. Ziekte zal meer gezien worden als ‘schade’ waarvoor je een schadeverzekering afsluit, de rest regel en betaal je zelf.”

Rol medewerkers

Dirk Jan: “Met medisch specialisten denken we gezamenlijk na over hun rol in de toekomst in het geheel. Ook die rol verandert en gaat meer richting de vraag ‘Hoe kunnen we patiënten ondersteunen in het ziek zijn?’ Daarnaast speelt technologie een belangrijke rol. Nu al komt 70% van de patiënten bij de arts met informatie gevonden op internet. Ik voorzie op internet ook community’s van zieken en hun familie. Daar moeten artsen op inspelen.

Ook de rol van de ‘handen aan het bed’ verandert: meer uitgaan van het versterken van de eigen mogelijkheden van de patiënt in plaats van overnemen.

“Ik zie dat ook in de care sector, maar wel als een duidelijke kans voor medewerkers waardoor het een aantrekkelijke sector blijft om te werken.” vult Simon aan. “Je bent meer een coach voor cliënten, dat kan veel voldoening geven. De tijd van allemaal om 7.30 uur ontbijten omdat dat voor ons als organisatie handig uitkomt, is voorbij, mensen van onze generatie willen

de eigen regie houden. Dit vraagt wel flexibiliteit van de medewerkers, ook qua werktijden.”

“Dat klopt,” zegt Dirk Jan “want op de OK’s van tegenwoordig staat hele dure medische apparatuur. Dus om deze optimaal te benutten zul je langere openingstijden van de OK’s moeten hanteren, zo van 7.00 tot een uur of 21.00.

Ik verwacht niet dat het personeel langer op een dag werkt, maar dit vergt wel medewerkers die andere diensten draaien dan nu binnen kantooruren.

Ook is er het spanningsveld met de verzekeraars. Maar het is heel simpel: zij betalen het inkomen van de specialisten. Voor verzekeraars is elke behandeling een schadelast. Maar soms is jouw behandeling als specialist duurder maar wel efficiënter omdat de patiënt sneller geneest, er minder gevolgschade is of minder kans op herhaling. Dus uiteindelijk goedkoper. Dat is een uitdaging voor de specialisten.”

Anders denken

Dirk Jan: “Het oude systeem van financiering in de zorg stevent in de nieuwe situatie op een faillissement af. Alleen door anders te gaan denken kunnen we in de toekomst verder met een beperkter budget.”
“Ja” zegt Simon “de crisis heeft het proces versneld, de noodzaak is nu dringender. Maar we moeten het ijzer smeden nu het heet is, dus het is tijd om een fundamentele

“De uitdaging van geïntegreerde eerstelijnszorgverlening”

Dies Teunissen is huisarts en tevens voorzitter van de Regionale Organisatie Huisartsen in Midden-Holland (ROH-MH). Wat merken huisartsen van de financiële perikelen in de zorg? “Ik zie dat er meer werkzaamheden naar de eerste lijn toekomen. Dit heeft alles te maken met kwaliteit van zorg en geld, in de eerste lijn wordt veel zorg

geleverd met relatief weinig geld. Belangrijk daarbij is dat we goed kijken dat we zorg leveren op het niveau dat nodig is.

In de huidige situatie ontvangen huisartsen een abonnementstarief per ingeschreven patiënt en daarnaast een verrichtingentarief voor ieder contact met een patiënt. Dit is nog uit de tijd van minister

Hoogervorst die daarmee de ondernemingszin wilde stimuleren. Maar het aantal verrichtingen is gegroeid dus ook de aanslag op het budget door meer vraag naar zorg. Functionele bekostiging is een vorm die uitgaat van de zorgvraag van de patiënt en is niet gebaseerd op wie die zorg levert. Het is een methode om kosten te beheersen.

Met de partners in de zorg spreken we af wie welk stukje zorg levert rondom een ziektebeeld. Op dit moment is Midden-Holland gestart om volgens die methode de zorg voor diabetespatiënten te regelen.

Goede aanpak

“Op zich vinden we functionele bekostiging een goede aanpak want hierdoor kunnen we goede kwaliteit van zorg leveren” vertelt Dies. “Door behandelingen op elkaar af te stemmen en informatie uit te wisselen krijgen we inzicht in wat werkt. We kunnen dus ook van elkaar leren en dat komt de kwaliteit van zorg ten goede. De zorg wordt door deze aanpak mede verantwoordelijk voor het budget, natuurlijk is dat wennen. Hoe het systeem van functionele bekostiging verder vorm zal krijgen, is nu nog moeilijk te overzien. Als ROH pakken we het met gepaste voor-

zichtigheid op. Want natuurlijk zijn er ook geluiden dat het een verkapte bezuinigingsmaatregel is. Maar we moeten ook realistisch zijn, de zorgvraag neemt toe en het budget staat in deze tijd sterk onder druk.”

Verschuiven

“Gelukkig is de eerste lijn goed en efficiënt ingericht, huisartsen leveren 90% van de zorg voor maar 5% van het totale zorgbudget. Voor specialistische diagnostiek en behandelingen verwijzen we door naar de collega's in de tweede lijn. En nadat een patiënt goed is ingesteld op een behandeling of is uitbehandeld nemen wij de zorg in de eerste lijn indien gewenst weer over, hierdoor ontstaat ook een zorgcontinuüm. Als ik verder kijk naar 2020 zie ik geïntegreerde eerstelijnszorgverlening met minder ziekenhuizen en meer zorgverlening buiten de



Dies Teunissen, ROH MH

muren van het ziekenhuis. Ik zie meer centra voor eerstelijns diagnostiek dicht bij huis verschijnen. Vanuit huisartsen is er een positieve grondhouding om de zorg anders aan te pakken. We moeten er wel voor waken niet het kind met het badwater weg te gooien door het hele stelsel van eerstelijnszorg helemaal op zijn kop te zetten.”

“Medewerkers aan je blijven binden”

“Er is een toenemende kloof tussen de vraag naar zorg en de mogelijkheden” constateert Jeroen van den Oever, bestuurder van Vierstroomzorging. “Kijk alleen al naar het aantal dementen, dat in 2025 is verdubbeld ten opzichte van nu. En dat terwijl er in de toekomst eerder minder dan meer geld voor de zorg zal zijn. Dat betekent dus



Jeroen van den Oever, Vierstroomzorging

dat er een andere wereld zal ontstaan. Meer private financiering, een groter beroep op mantelzorgers en vrijwilligers en minder mogelijkheden om een beroep te doen op de zorg. De tijden van schaalvergroting en fusies om kosten te besparen zijn voorbij, daar valt geen voordeel meer te behalen. Het wordt een uitdaging om met andere financiers zoals bijvoorbeeld verzekeringsmaatschappijen en pensioenbedrijven te zoeken naar nieuwe mogelijkheden.”

Zorg op afstand

“Een voorbeeld van een andere aanpak is zorg op afstand” aldus Jeroen. “Door de inzet van domotica kan de zorg efficiënter. Thuiszorgorganisaties experimenteren hier ook mee bijvoorbeeld bij mensen met diabetes. Zij hebben via een beeldscherm contact met de diabetesverpleegkundige die langs deze weg advies geeft. Hiermee wordt de productiviteit verhoogd. We moeten dus andere producten en diensten ontwikkelen

zodat waar nodig het mogelijk blijft om mensen achter hun eigen voordeur, dus thuis, goed te kunnen helpen. Van de overheid hoeven we op dat punt niet veel te verwachten. Natuurlijk, er is door ons al veel gedaan om de medewerkers efficiënter te laten werken zodat de productiviteit is toegenomen maar op dat vlak is het maximum wel bereikt. Een belangrijke uitdaging wordt daarom ook om ervoor te zorgen dat medewerkers werken in de thuiszorg leuk blijven vinden. We moeten ze blijven boeien en binden. Recent zijn we bijvoorbeeld het traject ‘wijkfocus’ gestart, waarbij in kleine teams nauw wordt samengewerkt in een wijk. Ook de ontwikkelingen rond ketenzorg zijn van belang, zorg dat deskundige medewerkers een rol hebben in de keten. Zo werkt de samenwerking van gespecialiseerde verpleegkundigen van Vierstroomzorging en het Groene Hart Ziekenhuis in Zorgbrug erg goed. Ook dat blijft uitermate belangrijk in de toekomst.”



Alles onder één dak in GO-poli

Kleine kindjes, grote zorgbehoefte.

Het Groene Hart Ziekenhuis en Vierstroomzorging

Jeugdgezondheidszorg sloegen de handen ineen voor prematuren, dysmaturen en hun ouders.

Gerben Stolk,
journalist – PlumaTekst

Ouders die niet langer met hun kind zowel de kinderarts in het ziekenhuis als de JGZ-arts op het consultatiebureau bezoeken, maar naar één plek gaan. Het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) en Vierstroomzorging Jeugdgezondheidszorg (JGZ) zetten vorig jaar de GO-poli op. De G staat voor groei, de O voor ontwikkeling en het initiatief is in grote lijnen bedoeld voor prematuren en dysmaturen, ofwel kinderen die zijn geboren tussen de 25e en 35e week van de zwangerschap en op tijd geboren baby's met een te laag geboortegewicht. In ons land komt een op de twintig baby's te vroeg op de wereld. Sinds de start in 2008 zijn er al 120 kinderen die de GO-poli bezoeken.

Eenduidigheid

“Er is nu meer eenduidigheid in de adviezen aan ouders. We signaleren eventuele ontwikkelingsproblemen ook eerder, zodat vroegtijdige begeleiding ingezet kan worden.” Dat zegt zorgcoördinator polikliniek Kindergeneeskunde Ria van Leeuwen van het GHZ. Zij vervolgt: “Ouders krijgen met een flinke overgang te maken wanneer hun kind eindelijk naar huis mag. In het ziekenhuis hebben ze al een tijd hun kind verzorgd, maar na weken zijn ze nu opeens niet meer in de gelegenheid om elk moment een verpleegkundige aan haar jasje te trekken. Waar doen ze



Jacqueline Kuipers, JGZ arts Vierstroomzorging en Ria van Leeuwen, zorgcoördinator Groene Hart Ziekenhuis

bijvoorbeeld verstandig aan qua voeding of lighouding van hun kind?” “De getrainde jeugdverpleegkundige van Vierstroomzorging in de wijk is deel van het team van de GO-poli. Zij kan in de eerste twee jaar thuis vragen voor ouders beantwoorden, want zij is voor hen het vaste aanspreekpunt buiten het ziekenhuis. In het verleden kon het voorkomen dat de adviezen van het GHZ en Vierstroomzorging van elkaar afweken. Nu is er dus eenduidigheid.”

Intensiever

Evenals Irene Koendjibharie is Jacqueline Kuipers namens Vierstroomzorging als JGZ-arts vertegenwoordigd in de poli. Zij zegt: “Prematuren en dysmaturen moeten intensiever worden gevolgd dan andere kinderen. Juist wanneer ze

naar huis gaan. Binnen de GO-poli in het GHZ worden de kinderen in het eerste jaar gemiddeld acht keer gezien. Dat aantal bouwen we af in het tweede jaar en we vervolgen de kinderen totdat ze vier à vijf zijn.”

“Het kind krijgt er niet alleen de gebruikelijke vaccinaties, maar gaat ook met zijn ouders op bezoek bij zowel een kinderfysiotherapeut, logopedist als een kinderarts of JGZ-arts. De logopedist adviseert bijvoorbeeld over het introduceren van bijvoeding. Als het nodig is, kunnen andere disciplines

de kinderen ook beoordelen. Denk aan een revalidatiearts of kinderpsycholoog.”

Geen verplichting

Van Leeuwen: “Het grote voordeel is, dat je bij wijze van spreken alles onder één dak hebt. Heel praktisch voor ouders, want één bezoek volstaat. We zijn laagdrempelig en bieden de mogelijkheid vroegtijdig problemen te onderkennen en in te grijpen. De GO-poli is overigens geen verplichting.”

“Na elk spreekuur worden de kinderen ook besproken in het multidisciplinair team. Tijdens het spreekuur zelf kan snel worden geschakeld. Dan vraagt bijvoorbeeld een JGZ-arts aan een fysiotherapeut even mee te kijken naar een kind.”

De Mexicaanse griep in Midden-Holland

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Op het moment van het schrijven van dit artikel heeft het RIVM net bekend gemaakt dat er sprake is van een milde epidemie van de Mexicaanse Griep. Wat is er in de regio Midden-Holland gedaan ter voorbereiding op deze pandemie en hoe staat het ervoor?



Joost Bernsen, GGD Hollands Midden

Joost Bernsen is directeur van de GGD Hollands Midden en tevens Regionaal Geneeskundig Functionaris van de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) in de regio Hollands Midden. "Nederland en ook de regio Hollands Midden is al in 2004 begonnen met het voorbereiden op een wereldwijde epidemie. Er is een drietal draaiboeken opgesteld op regionaal niveau, een voor vogelgriep, een voor een nieuw gevaarlijk virus en een voor een influenzapandemie. Deze voorbereidingen zijn heel grondig gedaan samen met de

verschillende schakels. Het Groene Hart Ziekenhuis was een van de eerste ziekenhuizen met een rampenplan pandemie. In 2006 waren alle draaiboeken afgerond maar toen in april bleek dat er mogelijk sprake zou zijn van een pandemie is het draaiboek bestrijding influenzapandemie in korte tijd weer geactualiseerd. Vaccinstrategie, inzet van antivirale

middelen, preventie en hygiëne, coördinatie eerste en tweedelijnszorg en communicatie zijn onderdeel in dit plan."

Snelle uitbraak voorkomen

"In de beginfase gingen medewerkers van de GGD bij verdachte gevallen thuis langs om monsters af te nemen om vervolgens te laten testen bij het RIVM. Vaak gebeurde dit 's avonds omdat een huisarts het niet vertrouwde en toch een test wilde laten uitvoeren. Op dat moment wisten we nog niet hoe gevaarlijk het virus zou zijn. Deze strategie was nodig om een snelle

uitbraak te voorkomen zodat er meer tijd zou zijn om maatregelen te treffen en een vaccin voor te bereiden. En dat lukte ook, in een gemeente lukte het zelfs een relatief grote uitbraak volledig uit te doven door het opsporen van mogelijk besmette personen en deze preventief te behandelen. Het omslagpunt kwam toen over het land verspreid meldingen kwamen van mensen die in Nederland besmet waren geraakt. De gehanteerde aanpak tot dan toe, isoleren en testen, bron- en contactonderzoek had vanaf dat moment geen zin meer. Wel was er meldingsplicht voor artsen bij ziekenhuisopnamen en overlijden zodat we konden monitoren hoe de pandemie zou verlopen."

Medewerkers in de zorg

Medewerkers in de zorg komen in aanmerking voor vaccinatie tegen de Mexicaanse griep. "Vaccinatie is niet verplicht, iedereen moet zelf een afweging maken. Maar de Mexicaanse griep is een andere situatie dan de normale seizoensgriep. Wat mij betreft zijn er twee redenen om je als medewerker in de zorg te laten vaccineren tegen deze griep. Ten eerste om ervoor te zorgen dat er voldoende personele capaciteit is om zorg te bieden. En ten tweede om de zwakkere patiënten te beschermen. De risico's



Aris Bras, Zorgpartners

van het vaccin tegen de Mexicaanse griep zijn bijzonder laag, ernstige bijwerkingen zijn uiterst zeldzaam en niet aantoonbaar bewezen.”

Een paar keer per week is er overleg tussen de ziekenhuizen met de GHOR. “We bespreken dan de actuele situatie en maken afspraken over de verdeling van de patiënten over de verschillende ziekenhuizen in de regio.

Een punt waar in het overleg met de ziekenhuizen ook uitgebreid over gesproken is, is het preventief verstrekken van Tamiflu aan medewerkers in de zorg. Omdat het vaccin nog niet direct beschikbaar was, zou het slim zijn om aan een beperkte groep medewerkers, die onmisbaar zijn om de zorg overeind



Carola Pagie, Vierstroomzorging

Zorgpartners: beroep op solidariteit

Aris Bras, manager bij Zorgpartners: “De komst van de Mexicaanse griep heeft ervoor gezorgd dat we het calamiteitenplan dat er al lag, weer helemaal geactualiseerd hebben. En de handhygiëne is weer goed onder de aandacht gebracht, dit werkt ook preventief voor andere ziektes dus dat is een bijkomend voordeel.

Uit de cijfers over september en oktober blijkt dat het tot nu toe meevalt: het ziekteverzuim is niet meer dan in dezelfde periode vorig jaar. En ook bij de bewoners merken we geen piek van zieken, hoewel zij bij deze griep niet echt doelgroep lijken te zijn.

Alle medewerkers van Zorgpartners die rechtstreeks verzorgend, verplegend of behandelend contact hebben met cliënten hebben persoonlijk een brief ontvangen met de oproep voor de vaccinatie (daarbij hebben we de richtlijnen van VWS gevolgd). In totaal heeft circa 70% van ons personeel een oproep gekregen, dus voor zo'n 2.000 van de 3.000 medewerkers zijn er vaccins beschikbaar. Vaccinatie is niet verplicht, maar we doen een beroep op de solidariteit om cliënten te beschermen en te zorgen dat ze minder kans hebben op besmetting met de Mexicaanse griep. Het is moeilijk op dit moment (begin november) te peilen in hoeverre medewerkers zich laten vaccineren, er zijn veel vragen en er is twijfel door veronderstelde bijwerkingen. Veel zal afhangen van de meldingen in de media over het aantal griepslachtoffers vlak voor het moment van vaccineren.”

te houden, preventief Tamiflu te verstrekken. Denk aan het team van de IC of OK personeel. Het was vervolgens aan de ziekenhuizen om dit

te bespreken met de Arbodienst en betreffende medewerkers en hier afspraken over te maken.”



VSZR: Continuïteitsplan opgesteld

Carola Pagie werkt als manager Communicatie en Kwaliteit bij Vierstroomzorging (VSZR). Toen de Mexicaanse griep in aantocht bleek is het M-team opgericht. Carola maakt daar deel van uit, samen met o.a. de arbofunctionaris en een bestuurder. Zij vertelt: “Onze eerste actie was het opstellen van een continuïteitsplan om te zorgen dat het bedrijf toch kan doordraaien als veel medewerkers zich zouden ziek melden. We zijn daarbij uitgegaan van drie scenario's: 10% extra ziekteverzuim bovenop het normale percentage, 30% en 50%. Aan alle afdelingen hebben we gevraagd welke zorg ze bij die drie situaties nog zouden kunnen bieden.

Een ander belangrijk punt was informatieverstrekking en het vaccineren van de medewerkers. Zo hebben we veel aandacht besteed aan het opnieuw onder de aandacht brengen van de bestaande hygiënerichtlijnen.

Bij het vaccineren volgen we het landelijke beleid dus medewerkers die direct contact hebben met de risicogroepen komen in aanmerking. We hebben vier locaties aangewezen die op verschillende dagen tussen 11.00 en 19.00 open zijn om iedereen zoveel mogelijk de gelegenheid te bieden zich te laten inenten. Begin november hebben we vooruitlopend op het te verwachte besluit om ook jonge kinderen te gaan vaccineren, zelf besloten ook de medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (de consultatiebureaus) op te roepen. We merken wel dat het erg leeft. Zo worden de speciale pagina's op ons intranet over de Mexicaanse griep goed bezocht. Onze verwachting is dan ook dat zo'n 75% van onze medewerkers die in aanmerking komen, zich zal laten vaccineren.”

Trage vragen in de zorg

Gerda van Beek,
journalist

“De nieuwe opzet was even wennen, maar ik vond het heel geslaagd. Goed om elkaar weer eens te spreken, persoonlijk en over het vak.” Zomaar een opmerking van een deelnemster, die de mening van velen vertolkten over de jaarlijkse Transmurale Zorgconferentie Midden-Holland.

De titel ‘Trage vragen in de zorg’ sloeg beslist niet op de voortgang van de conferentie. Want in een hoog tempo sprak Harry Kunneman, hoogleraar Sociale en Politieke Theorie aan de Universiteit voor de Humanistiek, over het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid. “Bij die verbetering is sprake van een diepe kloof tussen managers en professionals. Deze tegenstelling boeit mij. Dat is de logica van lantaarnpalen en kampvuren.”

Lantaarnpaal en kampvuur

“De lantaarnpaal is gericht op maximale zichtbaarheid en controleerbaarheid. Hij maakt alles transparant. Het licht wordt centraal beheerd, van bovenaf, vanwege de verticale controle. Het licht is onbeperkt technisch perfectioneerbaar via steeds geavanceerdere vormen van regulering, toezicht en controle. Het versterkt zichzelf via spiralen van controlerende functies.” Kunneman wijst op de nadelen.

“Alles wat niet geobjectiveerd en gekwantificeerd kan worden, blijft in dit onpersoonlijke licht onzichtbaar. En alles wat van bovenaf als irrelevant wordt geacht, blijft ook buiten het licht van de lantaarnpaal.”

Hij stelt daar de logica van de kampvuren tegenover. “In het schemerduister stoken professionals hun eigen kampvuren. Deze vlammen tijdelijk op, er is ruimte

voor verhalen, voor humor en voor emoties. Je stapt even uit de hiërarchie. Er is licht en schaduw, ruimte voor stilte en voor de trage vragen. Het gaat om wat diep betekenisvol is. Dit licht doet gezichten oplichten en verbindt mensen met elkaar.”

Trage vragen

Kunneman gaat nog even in op die ‘trage vragen’. “Dat zijn de vragen rond eindigheid, verlies, solidariteit. Vragen rond lijden, verlies en



Harry Kunneman,
Hoogleraar sociale en politieke theorie

sterfelijkheid laten zich niet versnellen. Deze vragen zijn al eeuwen oud, zij lopen mee in de geschiedenis van de mensheid. Wat betekent het als je kanker hebt of weet dat je snel zult sterven? Dat zijn vragen die we niet technisch kunnen oplossen, ze moeten doorleefd worden.”

Samenvoeging

“Vanuit de kampvuren is verzet gekomen tegen de lantaarnpalen”, geeft Kunneman aan. “De professionals weten uit ervaring dat ze écht van betekenis zijn voor de ander. De logica van de lantaarnpaal is ongevoelig voor deze motivatie, omdat de vuurtjes onvoorspelbaar en oncontroleerbaar zijn. Er zijn allerlei bezielde alternatieven ontwikkeld, zoals de presentiebeweging van Andries Baart en de Plane Tree.” Het vijandbeeld van de lantaarnpalen en het idealiseren van de kampvuren noemt hij te eenzijdig en houdt een pleidooi voor een ‘warme-kracht-koppeling in de zorg’: het samenvoegen van beide logica’s.

Dat is niet eenvoudig, vanwege de grote verschillen. Daarnaast wijst Kunneman op een tweede spanningsveld, namelijk dat mensen een combinatie zijn van chimpansees en bonobo’s. “Bij chimpansees zijn de sterkste mannen de baas, conflicten worden met geweld beslecht en er is onophoudelijke strijd om de macht. Bij de bonobo’s hebben oudere vrouwen de leiding, worden dreigende conflicten gedempt met erotiek en is er zorgzaamheid voor zwakkeren. Beide kanten horen bij ons: agressie en zorgzaamheid.”

Goede zorg én goede macht

Het is te simpel om de kampvuren te identificeren met betrokkenheid en zorg, de lantaarnpalen met bestuurlijke arrogantie en overmatige regelzucht. “Dat is een valkuil. Lantaarnpalen leiden ook tot continuïteit, samenwerking, maatschappelijk verantwoord ondernemen. En kampvuren kunnen leiden tot uitsluiting, roddel en vijandbeelden. De uitdaging is juist te komen tot de verbinding en



Marieke Oldewarris, deelnemster zorgconferentie

elkaar te laten begrenzen.

Dat vraagt niet alleen goede zorg, maar ook goede macht, van hogere kwaliteit.

Macht van hogere kwaliteit is effectief, transparant en respecteerbaar. We bewegen ons langs twee lijnen”, geeft Kunneman aan. “Enerzijds het versterken van de hulpbronnen voor aandachtige, betrokken zorg. Anderzijds het werken aan macht van hogere kwaliteit, met inperking van bestuurlijke arrogantie. Zodoende moeten professionals het streven naar meer doelmatigheid zelf actief toe-eigenen, met inbreng van hun eigen, morele waarden. Ga daar bewust mee om.”

Verder praten

Stof om over na te denken, dus. En dat gebeurde volop. Op het enorm grote podium van de Goudse Schouwburg stroomden de deelnemers samen om ‘kampvuren te laten branden’. Er was ruimte voor ideeën, actuele thema’s en prangende vragen.

De top tien luidde:

- * Waar is de passie gebleven?
- Hoe lever je goede zorg onder grote tijdsdruk?
- Wat maakt dat mensen

(cliënten en professionals) doen wat goed voor hen is?

- Een goede samenleving vereist genoeg geld voor de zorg. Hoe maken we dat de politiek duidelijk?
- Hoe vraag je aandacht voor de professionele ontwikkeling van medewerkers?
- Mag de lantaarnpaal van jou bij het kampvuur komen zitten?
- Hoe betrekken we de familie beter bij de zorg?
- Hoe laten we grote zorgorganisaties samenwerken met kleine zelfstandige praktijken?
- Hoe blijf je mens als zorgverlener?

Passie en compassie

Deze tien thema’s werden vervolgens in kleine groepjes uitgebreid besproken. Overal stonden mensen met elkaar te discussiëren, opperden men ideeën en verbeteringen, was er sprake van een open dialoog. En tussendoor werd er nog heerlijk gegeten. Het was duidelijk: het ontbrak bij de deelnemers niet aan passie en compassie. De bereidheid tot verbinding tussen ‘lantaarnpalen en kampvuren’ was volop aanwezig!

Ergotherapie bij dementerenden verbetert kwaliteit van leven

Gerda van Beek,
journalist

Met het klimmen der jaren neemt de kans op dementie sterk toe. Van de 65-jarigen is 1% dement, van de 90-jarigen maar liefst 40%. De zelfredzaamheid neemt af, relaties veranderen, partners en kinderen worden mantelzorgers. In dit proces kan ergotherapie een belangrijke rol vervullen.

Wetenschappelijk onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Nijmegen heeft aangetoond dat ergotherapie, gegeven volgens een ontwikkelde standaard, enorm goede effecten heeft voor zowel de patiënt als voor de mantelzorgers. De ergotherapeuten in Midden-Holland wilden daar meer van weten en hebben dit voorjaar een cursus gevolgd.

Gesprekken onder vier ogen

“Het betreft een gestandaardiseerde wijze om de mantelzorgers bij het proces te betrekken”, vertelt ergotherapeute José Temmink. “Dat was echt een eye-opener. We deden dat

“Kijken naar cliënt en hele systeem thuis”

natuurlijk al wel, maar niet gestructureerd. We houden nu twee aparte interviews, een met de cliënt en daarna met de mantelzorgers. Als je de mensen los van elkaar spreekt, kaarten ze makkelijker de problemen aan. Na de afzonderlijke gesprekken gaan we met z'n drieën gezamenlijk doelen stellen en prioriteiten. Het zijn vaak maar kleine dingen, bijvoorbeeld een boodschapje doen of tuinieren. De mantelzorgers leren om de dementerende zo goed mogelijk te ondersteunen en begeleiden. Dat bevordert het gevoel van eigenwaarde van de cliënt en het brengt rust in de situatie. Deze aanpak is echt effectief, heb ik ervaren”, zegt José enthousiast. “We kijken niet alleen

naar de cliënt, maar naar het hele systeem thuis. Mensen kunnen daardoor vaak weer verder.”

Mantelzorgers instrueren

José: “Partners van dementerenden zijn 24 uur per dag mantelzorgers. Dat is zwaar, heel zwaar. Dan is het van belang dat de mantelzorgers zich niet machteloos voelt, maar weet wat hij/zij kan doen. Neem bijvoorbeeld de man die opgeklommen is tot een topfunctie door dag en nacht te werken. Hij nam altijd de beslissingen, zij was de verzorgende, afhankelijke vrouw. De rollen zijn nu omgedraaid en daar hebben ze beiden moeite mee.



José Temmink, ergotherapeut,
Zorgpartners Midden-Holland

Daarom was het advies aan de vrouw: geef niet zelf instructies, laat anderen dat doen. Of kijk naar de mevrouw die zelf koffie wil zetten, maar niet meer weet hoe dat moet. Haar partner legt nu alles op volgorde klaar op het aanrecht en zij heeft dan het idee dat ze het

helemaal zelf kan. Daarmee verdwijnt haar irritatie. Mensen willen graag samen op een leefbare wijze thuis blijven wonen, zolang als het kan. Het geeft veel voldoening als ik daar als ergotherapeute positief aan kan bijdragen.”

Wetenschappelijk onderzoek

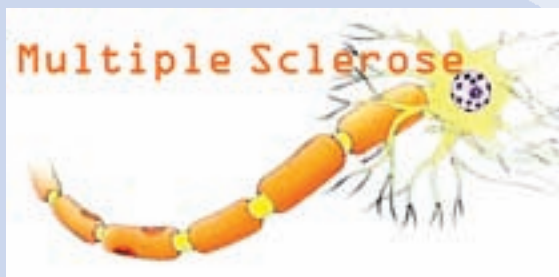
Het Nijmeegs Universitair Centrum doet vanaf november 2009 een vervolgonderzoek naar de resultaten van de implementatie van deze richtlijn. De ergotherapeuten in Midden-Holland werken mee aan dit onderzoek. Voorwaarde is dat ze dit jaar 10 tot 12 mensen behandelen en dat aantal is zonder enige twijfel haalbaar.

Financiering

In de basisverzekering wordt tien uur ergotherapeutische behandeling per persoon per jaar vergoed. Dat is in de praktijk meestal voldoende. Mocht dat niet het geval zijn dan kan er nog een verwijzing worden aangevraagd voor de mantelzorgers, waardoor het totaal op twintig behandelingen uitkomt.

Berichten

Symposium MS: 'Meer Samen'



Multiple Sclerose (MS) heeft een variabel verloop met een grote invloed op het functioneren en de kwaliteit van leven. De klinische verschijnselen zijn extreem variabel en onvoorspelbaar. Deze aspecten kwamen aan bod tijdens het symposium Meer Samen over MS op 14 oktober.

De onvoorspelbaarheid van de ziekte werd duidelijk in de presentatie van Freek Verheul, neuroloog. Hij gaf aan hoe belangrijk het daarom is om gegevens van MS-patiënten wereldwijd te verzamelen in een database om zo inzicht te krijgen in het ontstaan en beloop van de ziekte. Er is bijvoorbeeld aangetoond dat er een verschuiving plaatsvindt van de verdeling man/vrouw met MS. Was dit voorheen 1:2, inmiddels is dat 1:3,6. Ook blijkt uit de gegevens dat meer MS-patiënten in mei geboren zijn dan in andere maanden. Verklaringen zijn nog niet gevonden, maar het kan handvatten geven voor de toekomst.

MS-zorgketen Midden-Holland

De verschijnselen en klachten bij MS zijn extreem variabel, waardoor in de zorg voor MS-patiënten de kennis niet bij één discipline of hulpverlener kan liggen. Een goede afstemming is dan ook van groot belang. Annette Bruinings, revalidatie-arts heeft het initiatief genomen om een MS-zorgketen voor Midden-Holland op te zetten. Hiervoor is een projectgroep opgericht met veel van de betrokken

disciplines. Tijdens het symposium werd aan de hand van een casus toegelicht welke rol de verschillende zorgverleners kunnen hebben in de zorg voor MS-patiënten. Hierbij kwam naar voren dat de MS-verpleegkundige

een belangrijke coördinerende rol kan spelen. De projectgroep wil voor de toekomst een goed functionerende zorgketen voor MS-patiënten vastleggen. De 'Leidraad MS-keten Midden-Holland' vormt hiervoor de basis.

Impact

Tijdens het symposium werd ook weer duidelijk welke impact de ziekte heeft op een patiënt. Mis(s) Reni de Boer, ambassadeur beperkt Nederland 2007, vertelde op aansprekende wijze over haar ervaringen. Voor haar was het vooral van belang om ondanks haar ziekte haar dagelijkse activiteiten gewoon te kunnen voortzetten. Zij riep de 65 aanwezigen op om MS-patiënten vooral daarmee te helpen door Meer Samen te werken.

Meer informatie

De Leidraad MS-keten Midden-Holland en de presentaties zijn te vinden op:
www.transmuraalnetwerk.nl/zorgketens/multiplesclerose.

Sabine Corpeleijn overleden



Sabine Corpeleijn, die van 2000 tot 2006 werkzaam was bij het Transmuraal Netwerk in Midden-Holland en diverse zorgketens heeft helpen opzetten, is op 3 november 2009 tijdens het raften in Nepal op 32-jarige leeftijd op tragische wijze door verdrinking om het leven gekomen. De zeven andere toeristen en vijf Nepalese gidsen overleefden het ongeval. De herdenkingsbijeenkomst heeft op 14 november in Utrecht plaats gevonden. De mensen met wie Sabine nauw heeft samengewerkt, zijn persoonlijk op de hoogte gesteld van haar overlijden. Dit bericht is voor het geval u onverhoopt niet bent geïnformeerd.

Lia Donkers, directeur
Transmuraal Netwerk

De COPD-keten staat

Op 9 november vond de eerste jaarvergadering COPD plaats. Er waren 55 professionals aanwezig van alle disciplines die betrokken zijn bij patiënten met COPD. En dat zijn er veel. Zo waren er fysiotherapeuten, diëtisten, praktijkondersteuners, longartsen, huisartsen, maar ook oefentherapeuten en logopedisten. De inzet van de laatste disciplines is nu ook in het ketenprotocol opgenomen. Met z'n allen hebben we gekeken naar de COPD-zorg in de regio. Steeds meer huisartspraktijken hebben een apart traject voor de behandeling en begeleiding van COPD-patiënten. Ondanks dat er altijd nog veel valt te verbeteren is het ook duidelijk dat de keten COPD in de regio Midden-Holland staat.

George van Vliet: hoofd Bouw- en Huisvesting Gemiva-SVG Groep

“Huisvesting moet plezierig, goed toegankelijk en veilig zijn”

Marieke Dubbelman,
journalist

George van Vliet is hoofd Bouw- en Huisvesting bij de Gemiva-SVG Groep in Gouda en heeft ruim 300 panden onder zijn hoede. Met 75 lopende bouw- en verbouwingsprojecten en aangescherpte brandveiligheidseisen kun je in zijn geval wel spreken van een drukke baan.



George van Vliet, Hoofd Bouw- en Huisvesting Gemiva-SVG Groep

Wat houdt je werk, eenvoudig gezegd, in?

“Mijn afdeling adviseert en ondersteunt de locaties van Gemiva-SVG Groep bij het beheer en onderhoud, brandveiligheid en andere bouwgerelateerde zaken. Ik zorg ervoor dat mensen met een handicap binnen onze organisatie op een goede manier kunnen wonen en werken. Dat betekent dat de huisvesting plezierig, veilig en goed toegankelijk is. Er mogen niet teveel dorpeltjes zijn. Er moet voldoende daglicht toetreding zijn. De temperatuur moet goed zijn en de sfeer in het algemeen. Zodat de cliënten en medewerkers op een fijne manier kunnen wonen en werken.”

Hoe ben je ooit in de zorg terecht gekomen?

“Begin jaren tachtig ben ik als bouwkundige in de gehandicaptenzorg terecht gekomen. Het was, net als nu, een tijd van economische crisis en er was geen werk meer voor mij bij het architectenbureau waar ik werkte als opzichter-tekenaar. Ik ben toen begonnen als bouwkundige bij de technische dienst van de Hooge Burch in Zwammerdam, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Ik moest toch wat. Maar het feit dat ik nu bijna 30 jaar later nog steeds met veel

plezier in deze sector werk, zegt genoeg.”

Je noemt de economische crisis. Hoe beïnvloedt deze jouw werk?

“Feitelijk heeft de crisis geen invloed op mijn werk. Maar wat we dus wel doen is met gezond boerenverstand nadenken met welke partijen we in zee gaan en op welke voorwaarde. Bij aanbestedingen zorgen we voor een gedegen bestek en tekeningen en voor de uitnodiging kan een financiële screening plaats vinden. En we verwachten dat er binnen drie weken na het verstrekken van een opdracht een bankgarantie van de aannemer van minimaal 5 procent van de bouwsom afgegeven wordt. Als de bankgarantie er niet komt, dan gaat het project niet door. Aannemers staan nu te trappelen om voor ons aan de slag te gaan. De prijzen zijn zeker gunstiger. Maar als een aannemer een offerte onder de marktprijs uitbrengt, dan moet je jezelf wel afvragen of dat de juiste partij is. Een goedkope aanbesteding, betekent meestal een onprettig bouwproces. Je krijgt niet de kwaliteit die je wilt en je moet veel extra toezicht houden. Daarom werken we meestal met een vaste groep aannemers.”

Wat drijft jou in je werk?

“Natuurlijk is het salaris dat ik hier verdien aardig. Maar het leukste vind ik die blije koppies als we weer een sleuteluitreiking hebben van een pand. Mensen met een handicap zijn zó afhankelijk van anderen. Als een tijdje na een verhuizing de rust is wedergekeerd en je ziet dat mensen gelukkig zijn met hun woon- of werkplek dan geeft dat mij dat een goed gevoel.”

Valt er dan nooit iets te klagen?

“Je bent beperkt met je budget. De standaard AWBZ is niet zo luxe. Onlangs vroeg een bewoonster om een elektronische schuifdeur naar haar terras, zo eentje als bij een winkel, omdat ze anders nooit zelfstandig op haar balkon kon gaan zitten. Dat kost ruim 12.000 euro en dat kan dus niet vanuit de AWBZ. Om mensen echt zelfstandig te

laten wonen, is meer geld nodig en dat is er niet.”

Overschrijdt u dan nooit het budget?

“Je moet voorbereid zijn op de toekomst. Daarom nemen we nu bijvoorbeeld voor de toekomst heel veel bekabeling mee voor allerlei communicatie voorzieningen. Dat kost nu extra geld wat er eigenlijk niet is, maar later profiteer je daar wel weer van.”

Hoe komt het dat er nu veel bouw- en verbouwprojecten lopen?

“Enerzijds zijn we bezig om mensen met een verstandelijke beperking, die nu nog in een gezinsvervangend tehuis wonen, anders te huisvesten. De tijd van een kamer van 12 m² en gedeeld sanitair is voorbij. De appartementen worden groter met een aparte woon- en slaapkamer en eigen sanitair. We moeten dus veel oude locaties aanpassen of afstoten. En dus moet er veel bijgebouwd worden. Daarnaast is er gewoon veel vraag naar onze voorzieningen. De wachtlijsten voor mensen met een verstandelijke, maar vooral met een lichamelijke handicap zijn nog steeds lang.”

Wat verwacht jij van de mensen die in jullie panden werken?

“Mensen in de zorg hebben niet altijd even veel affiniteit met techniek en gebouwen. Daar zijn we dus met een inhaalslag bezig. Vooral wat betreft de brandveiligheid. Met meer cursussen en trainingen willen we meer affiniteit creëren met het onderwerp. Zo leiden we onze bedrijfshulpverleners zelf op. Alle brandmeldinstallaties moeten op onze locaties worden beheerd en bediend. Daar moet je mensen voor opleiden. Maar dat is heel lastig, want maak ze daar maar eens een dag vrij voor.”

Onlangs bleek dat veel zorginstellingen geen ontruimingsoefeningen houden. Is er te weinig aandacht voor brandveiligheid?

“Sinds de Nieuwjaarsbrand in Volendam is Nederland in rep en roer. Dat vind ik wel een beetje overdreven. De overheid doet

momenteel heel veel aan brandveiligheid in de zorg. Maar er is hier niet echt veel winst meer te halen. Er vallen maar weinig doden in de zorg door brand. Verkeerde medicatie zorgt voor meer slachtoffers. Maar geen organisatie wil op de voorpagina van de krant komen als een brand verkeerd uitpakt. Je kunt heel veel borgen met goede techniek, maar het adequaat reageren blijft mensenwerk. Als iemand bij brand, zoals bij de Schipholbrand, alle deuren bij het ontruimen laat openstaan, dan houdt het op. Natuurlijk moet je je verantwoordelijkheid nemen. Een keer per jaar houden we een ontruimingsoefening. Meestal gebeurt dat niet onverwachts en zeker niet 's nachts. Dat kost gewoon teveel overuren. En alle woonlocaties zijn voorzien van brandmelders. Wij krijgen altijd een signaal als er iets mis is in een kamer. Gelukkig heb ik in die dertig jaar maar drie keer brand meegeemaakt. Bij een brand was er sprake van kortsluiting. Een andere keer had een gordijn brand gevat bij een kaars. De andere brand was aangestoken door een cliënt die het geweldig vond als de brandweer kwam voorrijden.”



Dynamiek in de eerste lijn: van solist naar samenwerking

1

Dit artikel is deel 1 in een reeks over de veranderingen in de eerstelijnszorg.

Gerda van Beek,
journalist

De vergrijzing slaat toe, het aantal chronisch zieken stijgt explosief en Nederland wordt steeds meer een multi-culturele samenleving. Hierdoor stijgt de vraag naar zorg. Daarom vindt steeds meer samenwerking plaats in de eerstelijnszorg. Ook in onze regio.

Er is zelfs een website ontwikkeld waarin de samenwerkingsinitiatieven in de regio zijn gebundeld: www.samenwerkenindeeerstelijns.nl. Deze website is ontwikkeld door Trend. Trend is in 2005 opgericht door gezondheidsverzekeraar Trias. In dat jaar werden de preferente zorgverzekeraars namelijk verantwoordelijk voor de ondersteuningsgelden voor de eerstelijnszorg. De meeste zorgverzekeraars hevelden deze gelden volledig over naar de ROS'en (regionale ondersteuningsstructuren). Trias koos er echter voor de gelden deels in eigen beheer te houden en heeft daarvoor Trend in het leven geroepen. Trend zet zich in voor de eerstelijnszorg in de regio's Zuid-Holland Zuid en Midden-Holland.

Projectaanvragen

“Zorgverleners kunnen bij ons projectaanvragen indienen”, vertelt Marianne Wamelink, projectmanager Trend. “Met de Raad van Advies, die bestaat uit zorgverleners uit de regio, bekijken we of een projectaanvraag wordt goedgekeurd en welke ondersteuning daarbij noodzakelijk is. Bijvoorbeeld van een medewerker van de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) of van een extern adviseur.”

Dynamische eerste lijn

Marianne wijst op de bijzondere

dynamiek in de eerste lijn. “Van oorsprong was de eerste lijn vaak individueel gericht, boden de zorgverleners zorg vanuit hun eigen spreekkamer. De laatste jaren is er sterk het besef ontstaan dat samenwerking noodzakelijk is om een antwoord te kunnen geven op de toegenomen zorgvragen en de complexiteit daarvan. Dat begon met tal van samenwerkingsprojecten vanuit de huisartsenzorg, maar inmiddels komen er ook veel aanvragen van paramedici binnen.” Zo is Trend de laatste jaren betrokken geweest bij de opzet van maar liefst ruim 40 gezondheidscentra in de regio. “Daarbij vinden we vooral de inhoudelijke samenwerking belangrijk”, benadrukt Marianne. “Met elkaar onder hetzelfde dak zitten, betekent niet automatisch dat de zorg op elkaar is afgestemd. Dat vraagt meer dan alleen werken vanuit het zelfde gebouw. Maar juist die afstemming van zorg op thema's en op patiëntengroepen is van groot belang. Dat is wat de patiënt wil en daarvoor maakt de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) zich hard. Terecht, want samenhang leidt tot betere zorg. De patiënt hoeft niet steeds zijn verhaal opnieuw te doen, met goede afstemming wordt het zorgproces beter doorlopen en de patiënt krijgt de zorg die nodig is. Zorgverleners

Website

De website www.samenwerkenindeeerstelijns.nl is begin november online gegaan. Op de site staan eerstelijnsprojecten in de regio Midden-Holland en Zuid-Holland-Zuid. Zorgverleners kunnen daar inspiratie opdoen, informatie opvragen of contacten leggen. Gezien het grote aantal bestaande samenwerkingsprojecten zal het overzicht zeker niet compleet zijn. Staat uw samenwerkingsproject er niet op? Meld het dan aan via de website.

Wilt u een samenwerking starten? Kijk in dat geval eerst eens op de website. Dat voorkomt dat u het reeds bestaande wiel moet uitvinden. Of mogelijk kunt u zich bij een bestaand project aansluiten.



Marianne Wamelink, Trend *foto: Rob van der Plas fotografie*

procesbegeleider heeft het proces met hen in kaart gebracht: wat is het doel, hoe kan het kind in teamverband instromen en wanneer is dat zinvol? Inmiddels is een aantal kinderen in teamverband besproken, is de zorg afgestemd en zijn enkele kinderen zelfs gezamenlijk behandeld. De resultaten zijn zo goed, dat er nu met de zorgverzekeraar wordt overlegd of structurele

financiering mogelijk is.” Een ander voorbeeld is de groepsvoorlichting van de praktijk-ondersteuner, huisarts en diëtiste over diabetes. “Het gaat niet altijd om grote projecten zoals de opzet van een gezondheidscentrum of regionale zorgketens. Samenwerking in het klein is net zo belangrijk.”

zien dat ook in, we krijgen steeds meer vragen van zorgverleners die juist die inhoudelijke samenwerking beter vorm willen geven.”

Praktijk

Als voorbeeld noemt Marianne het project in Gouda met kinderfysiotherapie, logopedie en eerste lijnspsychologie. “Vaak worden kinderen vanuit de huisarts verwezen naar meerdere disciplines in de eerste lijn. Voordat de kinderen bij de juiste discipline terechtkomen, hebben zij vaak al een hele weg bewandeld. De betrokken zorgverleners werkten weliswaar al veel samen en hadden al overleg, maar besloten hier meer structuur aan te geven zodat er meer samenhang komt in het aanbod. Daarvoor is een aanvraag gedaan bij Trend. Een

Indicatoren

Niet alleen samenwerking is van belang, de zorgverzekeraar is natuurlijk ook zeer geïnteresseerd in de uitkomsten daarvan. Heeft de samenwerking inderdaad meerwaarde?

Trend neemt de eisen van verzekeraars omtrent de output mee in de pilots, zodat die gegevens bij eventuele structurele financiering reeds zijn meegenomen in de ICT.

Bekostiging

Per 1 januari a.s. is integrale bekostiging mogelijk voor diabetes en cardio vasculair risico management en per 1 juli 2010 ook voor COPD. Marianne vindt dat een goede ontwikkeling, maar plaatst ook enkele kanttekeningen. “Met de invoering van de integrale bekostiging wordt de module geïntegreerde eerste lijn afgebouwd. Dat was juist een betaaltitel voor integrale zorg op wijkniveau. De integrale bekostiging richt zich op de zorg voor chronisch zieken en dat biedt zeker veel kansen. De financiën daarvoor komen binnen bij de zorggroep, die de chronische zorg volgens de standaarden moet uitvoeren. Maar naast die regionale afspraken is de lokale afstemming van de zorg op wijkniveau van groot belang. Ik ben benieuwd welke invloed de nieuwe financierings-systematiek daar op heeft.”

Gezamenlijk optrekken

Zij besluit: “Integrale zorg is van belang en gelukkig zien veel partijen dat in. In onze regio kijken we o.a. met Transmuraal Netwerk Midden-Holland, ROS Reos, Zorgbrug en ROH (Regionale Organisatie Huisartsen) hoe we in gezamenlijkheid kunnen optrekken. Want we streven allemaal naar het zelfde doel: integrale zorg op wijk, lokaal en regionaal niveau.”



Samen! Koken voor de groep'

Zorgaanbieder Gemiva-SVG Groep en Mister Kitchen presenteerden op woensdag 18 november 2009 het kookboek 'Samen! Koken voor de groep'. Met het kookboek kan iedere begeleider, al of niet geassisteerd door cliënten, efficiënt en vol inspiratie culinair aan de slag. Het boek bevat eerlijke recepten en nuttige tips. Hiermee kunnen (kleinschalige) zorginstellingen een gezonde, gevarieerde en hierdoor feestelijke maaltijd op tafel zetten. Koken voor groepen is voor de meeste medewerkers in woonlocaties geen dagelijkse bezigheid. Terwijl dit in de praktijk regelmatig voorkomt. Uit gesprekken die Gemiva-SVG Groep hield met haar medewerkers bleek dat zij vooral behoefte hadden aan meer kennis en kunde op het gebied van koken, budget, voedingswaarde en vooral inspiratie. Dit boek voorziet in deze behoefte.

'Samen! Koken voor de groep' (ISBN: 978 90 75660 07 4) is voor 18,95 euro verkrijgbaar bij diverse verkooppunten van Gemiva-SVG Groep in Zuid-Holland. Het boek is ook te bestellen via internet. Kijk voor meer informatie op de website: www.gemiva-svg.nl/kookboek.



Integratie zorg van 0 tot 19 jaar een feit

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

De integratie van Ouder- en Kindzorg van Vierstroomzorging en de jeugdgezondheidszorg van de GGD Hollands Midden is per 1 januari 2010 een feit. Ook zijn de voorbereidingen voor de Centra van Jeugd en Gezin afgerond zodat in 2010 gestart kan worden.

“Het integratieproces loop al vanaf 2003” vertelt Ineke Moerman, afdelingsmanager Jeugdgezondheidszorg voor de jeugd van 4 tot 19 jaar bij de GGD Hollands Midden en kwartiermaker voor de nieuwe sector Jeugd 0 tot 19 jaar binnen de GGD Groep. “We zijn begonnen om op thema’s inhoudelijk met elkaar samen te werken. In 2008 hebben we serieus bekeken of we één organisatie konden worden. Gezamenlijk zijn we een betere gesprekspartner binnen de op te richten Centra voor Jeugd en Gezin en we vinden dat we de zorg beter kunnen organiseren en afstemmen als we één organisatie zijn. Overdracht van de dossiers bij vier jaar is straks niet meer nodig. En voor personeel is het aantrekkelijk. Zo verwachten we bijvoorbeeld een schaarste aan artsen. Door het samengaan kunnen we de artsen meer uitdaging bieden, want ze kunnen gemakkelijker voor een bredere leeftijdsgroep aan de slag. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundigen. Ook vanuit managementoogpunt is het makkelijker als het personeel breder inzetbaar is.”

Proces efficiënter

“Wij worden gefinancierd door de gemeenten en moeten wettelijk een aantal taken vervullen. Maar daarnaast willen we graag vraaggericht werken.



Ineke Moerman, GGD Hollands Midden

We voelen een urgentie en tevens maatschappelijke druk om ervoor te zorgen dat risicogezinnen goed terecht komen door ze eerder, sneller en beter te begeleiden. We hebben medewerkers actief betrokken door ze te vragen voorstellen te doen hoe we het proces efficiënter kunnen inrichten. Er is veel enthousiasme en het heeft veel denkkracht opgeleverd. Zoals het idee een ouderpanel op te zetten want we vragen te weinig aan ouders zelf waar zij behoefte aan hebben. Dit moet toch te organiseren zijn. Of beter aansluiten bij de belevingswereld van de jeugdigen. Kijk maar eens hoe zij communiceren en gebruik maken van de virtuele wereld. We willen

dan ook gaan experimenteren met vragen stellen via internet. Dit vraagt wel om een ander werkproces.”

Partner

De Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) hebben een duidelijk preventieve functie. Ineke zegt hierover: “De centra zijn de verbinder voor iedereen die op dit vlak iets te bieden heeft. Als sector Publieke Zorg voor Jeugd zijn we een belangrijke partner gezien ons grote bereik, alle kinderen zijn in beeld. Wij monitoren, signaleren problemen, adviseren en verwijzen door. Dat kan op medisch vlak zijn maar ook op sociaal of maatschappelijk gebied. Belangrijk is erachter te komen wat er speelt. Soms moet een achterliggend probleem namelijk eerst worden opgelost voordat je kunt starten met opvoedingsondersteuning. Denk bijvoorbeeld aan schulden. Ik zeg altijd ‘Wij laten pas los als het bij de ander is aankomen’.”

De nieuwe sector Publiek Zorg voor Jeugd 0 tot 19 jaar GGD Hollands Midden bestaat uit medewerkers van jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, 4-19 jaar, inspecteurs en logopedisten. Totaal zo'n 160 personen. Zij werken voor 13 gemeenten in Midden-Holland voor totaal circa 60.000 kinderen van 0 tot 19 jaar.

Durf

“De grootste uitdaging voor komend jaar is om het logistieke proces efficiënt in te richten.” Vertelt Ineke enthousiast. “Belangrijk vind ik daarbij dat we ons verplaatsen in de ouders. Waar is behoefte aan, wat verwachten zij van jeugdgezondheidszorg? Om de implementatie van het CJG te laten slagen moet je over je

eigen grenzen heen durven kijken. Wees niet bang om dingen aan te kaarten. Dat hoeft ook niet als je het er over eens bent dat je samen op zo’n goed mogelijke manier kinderen wilt begeleiden. Dat vraagt ook iets van het management, zij moeten medewerkers stimuleren om te willen vernieuwen en nieuwsgierig te zijn. Maar ook om verder te kijken en elkaar te durven

aanspreken. Ouders zullen van het samengaan van OKZ en Jeugd-gezondheidszorg van de GGD niet al te veel van merken. Wel hoop ik dat, pakweg over vijf jaar, ouders vinden dat we veel kennis en kunde hebben en gezien worden als een centrum waar je goed geholpen wordt, een soort expertise-centrum.”



Centra voor Jeugd en Gezin in Midden-Holland in de startblokken

Annemiek van den Elshout is beleidsmedewerker bij de gemeente Gouda en tevens projectleider voor de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) in Gouda. “Zo’n anderhalf jaar geleden zijn we gestart met de voorbereidingen omdat het een gemeentelijke verantwoordelijkheid is dat er CJG’s komen. Doel van de CJG’s: een laagdrempelige voorziening voor opvoeders om informatie te krijgen over opvoeden en opgroeien. Het idee erachter is dat partijen gestructureerder en beter samenwerken in de vorm van een CJG. Informatievoorziening wordt een belangrijke functie binnen het CJG, het gaat daarbij niet alleen om ingewikkelde problematiek. Maar juist ook kleine dingen waar opvoeders tegenaan lopen, zo voorkomen we dat er problemen ontstaan.”

Regionale aanpak

“Al in de beginfase, in 2008, is besloten om samenwerking binnen de CJG’s regionaal op te pakken” vervolgt Annemiek. “De zorginstellingen in Midden-Holland werken al veel samen. We hebben het dan over Gouda en de twaalf gemeenten daaromheen. Eerst hebben we een gezamenlijke visie ontwikkeld en vervolgens een stappenplan om te komen tot implementatie. Drie dingen staan in het plan centraal: hoe komt de

front office eruit te zien? Want zoals gezegd wordt informatievoorziening belangrijk. Daarnaast digitaal; we willen een website voor opvoeders ontwikkelen. Inmiddels wordt dit idee ook landelijk opgepakt dus daar willen we op aansluiten. Ten derde hebben we een beschrijving gemaakt van de back office. Oftewel: 1 gezin, 1 plan. Het implementatieplan is net gereed en het is de bedoeling dat elke gemeente voor het eind van het jaar hierover beslist. In de regionale bestuurlijke commissie is het al wel besproken met de wethouders Jeugd. Alle signalen staan wat dat betreft op groen maar elke gemeente moet wel zelf nog het formele besluitvormingsproces doorlopen.

Dat neemt niet weg dat we wel in de praktijk al beginnen met ervaring op te doen. Zo starten we in december in gezondheidscentrum Korte Akkeren met de informatie-functie richting publiek. En de verwijzingsindex JeugdMatch draait ook al een hele tijd.”

Ondervinden

“De verwachting is dat we in 2010 echt kunnen starten. In de kern doen zeven organisaties mee in het CJG: Vierstroomzorgring/GGD Hollands Midden, MEE, Kwadraad, GGZ Kind & Jeugd, Bureau Jeugdzorg en het Opvoedbureau.



Annemiek van den Elshout, gemeente Gouda

Lokaal kan dit aangevuld worden met andere partijen zoals welzijnswerk of verloskundigen. Hoe het precies gaat lopen dat gaan we ondervinden. We hebben genoeg gepraat en opgeschreven, laten we nu maar gewoon aan de slag gaan en al doende leren. Als we het hebben over een Centrum voor Jeugd en Gezin dan hoeft dat overigens niet te gaan om het letterlijk samengaan van de betrokken partijen in één pand. Dat is vooral voor de kleinere gemeenten niet haalbaar. Inloopvoorzieningen kun je ook op andere manieren regelen, iedere gemeente is vrij om daar zijn eigen invulling aan te geven. Het belangrijkste is dat naast preventie de organisaties steeds meer ‘achter de voordeur’ samenwerken in die gevallen waar dat nodig is. Je moet elkaar weten te vinden, de dienstverlening moet op elkaar aansluiten en je moet vertrouwen hebben in elkaar. Een mooie uitdaging.”



Gerrit Jan Blankemeijer zwaait af

“Blijven zoeken naar wat je deelt”

Lia Thorborg,
journalist

“In de toekomst sluit ik een fusie van Zorgpartners Midden-Holland (ZMH) met het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) niet uit. Bij voldoende overlap zou het zinvol kunnen worden om samen te gaan.” Gerrit Jan Blankemeijer blikt terug op zijn tijd als bestuurder.

In de twintig jaar dat hij als bestuurder actief is geweest in de regionale zorg, heeft hij negen fusies geleid. Onder zijn bestuursvoorzitterschap groeide ZMH uit tot een zorgaanbieder met een compleet intra- en extramuraal pakket. Samenwerken is hem op het lijf geschreven. “Maar het moet wel wat opleveren. Dat een fusie van het GHZ en ZMH voorlopig van de baan is, is daarom geen teleurstelling, zegt hij. “We hebben het in elk geval grondig onderzocht. Het was nog te vroeg en een brug te ver. Gunstig neveneffect is dat we ons nu bewust zijn van de raakvlakken in ons aanbod.” Het kan geen toeval zijn, dat kunstenaar Ineke van Dijk de man die in januari 2010 afscheid neemt, bij zijn 65-ste verjaardag verbeeldde als een wijze uil.

Iedereen is welkom

“Het is nooit om pure schaalvergroting gegaan,” zegt de fusie-ervaringsdeskundige bij uitstek. Zorgpartners Midden-Holland is inmiddels met zeventien locaties in dertien gemeenten de grootste intramurale zorgaanbieder in deze streek. “Het was vooral belangrijk dat we met een grotere omvang nieuwe initiatieven konden realiseren, de gewenste bouwactiviteiten van de grond konden krijgen en zo tot een naadloos

aansluitend zorgaanbod konden komen. Het is een landelijke ontwikkeling, die zowel zorginhoudelijk als financieel gemotiveerd is, maar waarin je toch je eigen keuzes moet maken en verantwoordelijkheid moet nemen.” Volgens hem zijn de samenvoegingen altijd relatief soepel en zonder gedwongen ontslagen verlopen. Het heeft hem verbaasd hoe snel Zorgpartners (ontstaan in 2002) een begrip is geworden: “We hebben er bewust naar gestreefd groot te worden door herkenbaar te blijven. De locaties zijn plaatselijk ingebed en hebben hun eigen identiteit en herkenbaarheid behouden. Dat is gelukt. Ik had nooit gedacht dat desondanks onze naamsbekendheid zo snel een feit zou zijn.” Er zijn nog enkele

Continuïteit

Gerrit Jan Blankemeijer neemt afscheid van collega's, van wie hij de meeste al vele jaren kent. “Die continuïteit is heel goed voor de regionale samenwerking geweest.” Nu is in korte tijd een aantal bestuurders (o.a. van het GHZ en VierstroomZorging) vertrokken. Bij Zorgpartners Midden-Holland wordt hij opgevolgd door Herman Blom. Bij het bestuur van de stichting Transmuraal Netwerk, dat op meerdere posities vernieuwt, is zijn opvolger nog niet bekend.

zelfstandige zorgcentra in het gebied, maar er wordt geen dwang uitgeoefend om hen tot aansluiting te bewegen. "Niemand hoeft, maar iedereen is welkom, dat is altijd zo geweest."

Ketenzorg

Diezelfde gedachte heeft hij ook gepropageerd bij de transmurale samenwerking. Blankemeijer is een van de oprichters van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland en nauw betrokken geweest bij de stichting, waar hij nu als voorzitter afzwaait. "In het begin werd verschillend gedacht

allemaal wel, maar het belangrijkste was dat we iemand aanstelden om de kar te trekken. Aanvankelijk een beleidsfunctionaris, maar al snel werd Lia Donkers directeur. Onze beste zet. Een netwerk als dit kan alleen effectief zijn, als iemand alle partijen achter de broek zit, steeds nieuwe initiatieven ontplooit en 'gedacht beleid' weet om te zetten in 'gedaan beleid'."

Af en toe laait de discussie op wie in het netwerk vertegenwoordigd moeten zijn. De marktwerking leidt ertoe dat ook aanbieders van buiten de regio in Midden-Holland actief zijn. Zij zijn geen lid.



Gerrit Jan Blankemeijer, bestuurder Zorgpartners Midden-Holland

over de reikwijdte van het netwerk, dat elf jaar geleden het saaie, vrijblijvende regionale directeuren-overleg verving. Sommigen zagen het als de opmaat naar een organisatie, anderen hielden het liever vrijblijvend. De meerderheid beschouwde het echter als een instrument om ketenzorg vorm te geven. Zo heeft het van meet af aan gewerkt. Niet alleen omdat alle bestuurders elkaar goed kenden en vertrouwden. Ook niet alleen omdat de regio overzichtelijk was zonder veel overlap of competitie tussen de netwerkleden. Dat hielp

Blankemeijer: "Je moet niet te groot of te breed willen zijn, dat gaat ten koste van je slagvaardigheid." Om die te bewaken is het netwerk klein gebleven. Nieuwe initiatieven worden van de grond getild en bij bewezen levensvatbaarheid in aparte rechtsvormen ondergebracht. Daarbij kan worden aangehaakt door de organisaties, die van die specifieke samenwerking profijt hebben. "Wanneer alleen de belanghebbenden samenwerken, krijg je geen rare financiële vermengingen en nemen alleen de betrokkenen de besluiten.

De zelfstandige eenheden krijgen bovendien veel gemakkelijker projectsubsidie. Het is trouwens niet de taak van het Transmuraal Netwerk om gemeenschappelijke ondernemingen te onderhouden. Ik zie het eerder als een bestuurlijk facilitair bedrijf: voortdurend initiëren en daarna loslaten."

Concurrenten

Het is precies dat proces dat hem als bestuurder trots maakt. Hij heeft geen individuele projecten of successen voor ogen: "Ik ben trots op alles wat is bereikt, omdat het er zonder de transmurale samenwerking niet zou zijn. Het is geweldig, hoe het 'ieder voor zich'-mechanisme binnen de organisaties is doorbroken. En het mooiste is, dat transmuraal netwerken is verankerd op alle niveaus."

Maar de tijden en omstandigheden veranderen. "Tien jaar geleden complementeerden ieders activiteiten elkaar, nu zijn we door de marktwerking elkaars concurrent geworden. Dat betekent dat een aantal onderwerpen sneuvelt. Bij de Wmo bijvoorbeeld beconcurreren VierstroomZorging en ZMH elkaar. Binnen het Transmuraal Netwerk wordt over de Wmo niet meer gesproken. Jammer? Jazeker. Maar in plaats van te kijken wat je verdeelt, kun je beter zoeken naar wat je wel gemeenschappelijk hebt. Permanente educatie bijvoorbeeld, alles wat met preventie te maken heeft, het Elektronisch Patiënten Dossier. Onderwerpen genoeg!" Hoewel Blankemeijer ervan overtuigd is dat de concurrentie in de zorg niet verder meer zal gaan, beseft hij dat daar wel de grote uitdaging ligt voor de toekomst van het Transmuraal Netwerk: "Het netwerk zal moeite moeten doen om ervoor te zorgen dat mensen op alle niveaus elkaar blijven kennen en vertrouwen." Voor de nieuwe bestuurders (zie kader) geldt hetzelfde: "Zij moeten het zo snel mogelijk iets van henzelf laten zijn. Beseffen dat je gezamenlijk een macht kunt vormen. En dan ga je ervoor, zoals wij er altijd voor zijn gegaan."

Revalidatieprogramma nu ook in Gouda

Herstel en Balans in een leven na kanker

Lia Thorborg,
journalist

Meer dan 400.000 Nederlanders zijn voormalig kankerpatiënt. Dankzij steeds betere behandelingen genezen mensen vaker dan vroeger van deze ingrijpende ziekte. De behoefte aan specifieke revalidatie neemt daardoor toe. Het Groene Hart Ziekenhuis is onlangs gestart met het revalidatieprogramma Herstel en Balans.

In dit intensieve programma werken deelnemers onder begeleiding van fysiotherapeuten en een psycholoog aan het herstel van hun lichamelijke conditie, het verwerken van (de gevolgen van) hun ziekte en het vinden van een nieuwe balans. Ook ZorgBrug, het samenwerkingsverband van het Groene Hart Ziekenhuis en VierstroomZorgring, is erbij betrokken.

In Gouda zijn de eerste acht mensen op verwijzing van hun specialist of huisarts in oktober begonnen met

het programma. Hun curatieve behandeling is voltooid. Na een uitgebreide intake en conditietest komen zij nu wekelijks twee dagdelen bijeen in Beweegpunt Fysiotherapie aan de Buchnerweg. Het programma bestaat uit verschillende onderdelen: individuele fitness, maar ook gezamenlijke sportbeleving en psycho-educatie in groepsverband. Alles vindt plaats op één locatie, waar ook met elkaar wordt geluncht. Ervaringen uitwisselen met lotgenoten maakt nadrukkelijk deel uit van de



Dita Frericks, oncologie verpleegkundige ZorgBrug

revalidatie. “De kankerpatiënten willen graag de draad van hun leven weer oppakken. Ze willen weer meedraaien in het gezin, aan het werk en hun hobby’s hervatten,” vertelt gespecialiseerd oncologie-verpleegkundige en programma-coördinator Dita Frericks. “Dat kan fors tegenvallen. Ze zijn weliswaar genezen verklaard, maar ze voelen zich snel moe en onzeker. Ze hebben misschien last van angsten of somberheid, moeite met intimiteit, of hebben het vertrouwen verloren in hun lichaam. En vrijwel altijd is hun fysieke conditie achteruitgegaan. Herstel en Balans werkt zowel aan de lichamelijke als de psychische conditie. Er zijn meer revalidatiemogelijkheden voor kankerpatiënten, maar die combinatie maakt dit programma heel bijzonder.”

Vergoed

Herstel en Balans wordt inmiddels in meer dan zestig plaatsen in Nederland en België gegeven. Het is enige jaren geleden ontwikkeld door de Vereniging van Integrale Kankercentra, Revalidatie Nederland en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. De stichting Herstel en Balans stelt strenge eisen aan de kennis en deskundigheid van de uitvoerende organisaties. De licentie wordt pas verstrekt na training van de begeleidende

fysiotherapeuten. De resultaten van de deelnemers worden centraal gemeten. De stichting strijdt voor opname van het revalidatieprogramma in de basiszorgverzekering. Momenteel wordt Herstel en Balans door een aantal zorgverzekeraars vergoed. In sommige gevallen springen werkgevers bij om de kosten (g 1.000) al dan niet gedeeltelijk voor hun werknemers te vergoeden.

Gouda is de eerste plaats in Midden-Holland, waar Herstel en

Balans wordt aangeboden. Voorheen moesten deelnemers naar de Haagse of Rotterdamse regio. Frericks legt uit dat de projectgroep, die vorig jaar startte om het revalidatie in het GHZ mogelijk te maken, vanaf 2010 jaarlijks drie groepen hoopt aan te bieden. De groepsofvang bedraagt tussen de acht en twaalf personen. Belangstellenden kunnen voor meer informatie terecht bij de afdeling Oncologie van het GHZ of op www.herstelenbalans.nl.

“Gestructureerde nazorg”

“Eerst dacht ik dat ik het wel zelf kon,” vertelt Sigrid Schuurmans (sociaal verpleegkundige GGD Hollands Midden, kreeg borstkanker in 2008). “Maar ik was blij dat ik op advies van mijn fysiotherapeute dit najaar toch met Herstel en Balans kon beginnen. Ik wilde me vooral lichamelijk beter voelen, weer vrij in mijn lijf. Na een jaar van operaties, chemotherapie, radiotherapie en aansluitend een hormoontherapie waardoor ik vervroegd in de overgang kwam, was ik er slecht aan toe.” Nu ze een paar maanden bezig is, ervaart ze de weldaad van ‘gestructureerde nazorg’ zoals ze zelf zegt: “Enerzijds dat praktische van sporten op je eigen niveau, anderzijds de aandacht voor de psychische kant. Je krijgt meer inzicht. Het belangrijkste vind ik dat ik leer weer vrij te bewegen. Als ik me lichamelijk beter voel, voel ik me ook geestelijk sterker. Ik voel na elke bijeenkomst hoeveel ik ervan profiteer.”

“Samen uit het dal”

“Tijdens mijn behandeling had ik de folder van Herstel en Balans zien liggen en vooral de verwerking met lotgenoten sprak me aan. Ik heb het meteen aangekaart bij mijn specialist. Je krijgt zoveel voor je kiezen. Dat kun je alleen delen met mensen die hetzelfde meemaken. Vriendinnen weten niet wat het is,” zegt Heidi Germeraad (medewerkster bureau zorgtoewijzing ZMH, in augustus genezen van huidkanker). Ze was neerslachtig geworden: “Ik had gedacht dat ik na de behandeling gewoon weer kon werken en mijn gezin kon draaien. Maar ik was zo moe. Hoorde dat er nou bij of niet? Daarom is die verwerking in groepsverband geweldig. Je klimt met elkaar uit een diep dal. We zijn een hecht groepje geworden. Ik ben er echt heel enthousiast over.”





de Ringdijk in Tempel, Gemeente Reeuwijk

Foto's: Martin Droog

Marieke Dubbelman,
journalist

“Tempel is een buurtschap van de gemeente Reeuwijk. Het ligt helemaal ingeklemd tussen Bodegraven en Boskoop. De Ringdijk is een heel nostalgisch plekje midden in de natuur, vlakbij ons huis in Tempel. Voordat je de Ringdijk op gaat, passeer je eerst een paar kleine huisjes, maar op een gegeven moment loop je middenin de landerijen tussen de koeien. Het Tempelpad, dat ik graag wandel begint met asfalt, maar gaat al snel over in graspad. Dat is fijn voor mijn knieën. Die Ringdijk kun je helemaal af wandelen. Tijdens die wandeling moet ik over allemaal hekjes klimmen.

Op een van die hekjes ga ik dan vaak zitten. Als ik daar op mijn favoriete plekje zit, is het uitzicht aan alle kanten mooi. En ieder jaargetijde is het weer anders. Het ene seizoen liggen er vlaaien en drab. Dan zijn er weer heel veel watervogels. Het is een pad dat je het hele jaar door kunt lopen en iedere keer ontdek ik weer wat nieuws. Ook loopt er een kanoroute langs.

Als ik dan zo wijds uit kijk dan denk ik echt ‘wauw’. Ik vind het heel bijzonder dat ik zo vlakbij zo’n mooi plek kan wonen. Het is hier zo vrij en tegelijkertijd is alles dichtbij. Waar kun je nu zo vrij wonen en toch middenin in de Randstad zijn? Toen ik het pad voor het eerst liep kon ik het gewoon niet geloven, zo mooi vond ik het. En ik ben op veel plekken geweest in de wereld onder andere in Peru, Amerika. Maar de Ringdijk staat zeker in mijn top 5 van mooie plekken omdat het zo makkelijk bereikbaar is.

Wandelen over het pad ontspant heel erg. Sinds vorig jaar is er een Tempelroute uitgezet met paaltjes en die begint in Reeuwijk-Dorp, sindsdien lopen er wel wat meer mensen. Ik loop dit deel van de route in ongeveer 5 kwartier om de week. Meestal wandel ik met mijn partner. En bijna alle mensen die bij ons op bezoek komen, zijn al een keer mee geweest. Ik vraag ze dan wel hun oude schoenen mee te nemen.”



Naam: Cornel Klok

Functie: medewerker afdeling ziekteverzuim, Gemiva-SVG Groep