

Transmuraal
Magazine voor
Midden-Holland
Jaargang 8
Juni 2008
Nummer

2

Stroomlijn

In dit nummer onder andere:

Interne audits in de praktijk

Arbo-richtlijn zwangerschap

Forensische Dienst GGD Hollands Midden

Aandacht voor mantelzorgers dementerenden



Colofon

Jaargang 8 – Nummer 2
Juni 2008

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

Hoofredactie

Lia Donkers, *directeur Transmuraal Netwerk M-H*

Eindredactie

Ineke Weverling, *redactie secretaris*

Transmuraal Netwerk MH

Carla van Zuylen, *communicatieadviseur*

Transmuraal Netwerk MH

Redactie

Aleid de Booi, *arts GGD HM*

Aris Bras, *manager Behandeling & Begeleiding*
Zorgpartners MH

Ruud Hoogervorst, *clustermanager Gemiva-SVG*
Groep

Lidwien van Keep, *bedrijfsarts ArboUnie MH*

José van der Meulen, *unitmanager poliklinische*
revalidatie Volwassenen Gouda Sophia
Revalidatie

Marnix de Romph, *senior adviseur marketing*
Vierstroomzorging

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

Sophia van Thiel, *communicatie adviseur GGZ MH*

Vaste medewerkers

Gerda Verbeek, *journalist*

Lia Thorborg, *journalist*

Gerben Stolk, *journalist*

Dick Jonker, *journalist*

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

Redactie-adres

Transmuraal Netwerk Midden-Holland (J49)

Postbus 1098, 2800 BB Gouda

Telefoon en fax (0182) 50 55 34

info@transmuraalnetwerk.nl

www.transmuraalnetwerk.nl

DTP en Druk

Drukkerij Twigt bv, Waddinxveen

Oplage

2.000

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.

Agenda

30 september 2008

Transmuraal Café over;

Tien moderne communicatievormen voor
gezondheidsinformatie

Locatie: Gehoorzaal, Bleulandlocatie GHZ

Tijd: 17.30 tot 19.00 uur

Informatie: Transmuraal Netwerk

Telefoon: (0182) 505 534

30 oktober 2008

Transmurale Regionale Zorgconferentie 2008

De professional centraal

met Arjan Erkel en transmuraal cabaret

Locatie: Evertshuis, Bodegraven

Informatie: Transmuraal Netwerk

Telefoon: (0182) 505 534

Verzending

U ontvangt Stroomlijn per post of via uw instelling. Eventuele wijzingen/correcties kunt u melden aan het in de colofon genoemde redactie-adres of aan de contactpersoon.

Overzicht van instellingen en contactpersonen:

Arbo-Unie Gouda

GGD Midden-Holland

Gemiva-SVG Groep

GGZ M-H, locatie Ronseweg/Thijsselaan

GGZ M-H, locatie IJssellaan

Groene Hart Ziekenhuis

ID College

CIZ Midden-Holland

Rivierduinen Leidschendam

Sophia Revalidatie

Vierstroomzorging BE's

Vierstroomzorging stafafdelingen

Vierstroomzorging locaties

Zorgpartners Midden-Holland

E. Schut

directiesecretariaat

B. Gemser

directiesecretariaat

medische administratie

K. Brussee

Secretariaat Unit Gezondheidszorg

A. Korthals

zorgsecretariaat

directiesecretariaat

directie secretariaten

afdelingssecretariaten

locatie secretariaten

locatie secretariaten

Zorgliteratuur nodig?

Als transmurale zorgverlener in Midden-Holland kunt u gratis publicaties aanvragen.

Kijk op www.zorgmediatheek.nl

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

In het vorige nummer stond de poster van huiselijk

geweld van een andere regio. Deze poster is van

de regio Midden-Holland met dus het juiste

telefoonnummer: 0900-045 60 00. En zie ook:

www.huiselijkgeweld-hollandsmidden.nl.



Inhoud

Interne audits in de praktijk	4
Arbo-richtlijn zwangerschap	7
Kersverse cursus 'Eetproblemen de baas'	8
Berichten van het GHZ	10
Forensische Dienst GGD Hollands Midden	12
Aandacht voor mantelzorgers van dementerenden	14
Zorgbegeleiding Jong dementerenden	16
Niet aangeboren hersenletsel	17
Elektronisch patiëntendossier en privacy	18
'Ken uw streek'	20

Highlights

Interne audits in de praktijk

Een betrekkelijk nieuw fenomeen binnen de zorg is het houden van interne audits. Wat beweegt medewerkers om als auditor hieraan mee te werken, hoe gaat zo'n audit in z'n werk en wat levert het op? *Pagina 4*



Arbo-richtlijn zwangerschap

Goed nieuws voor werkende aanstaande moeders in de regio. De vorig jaar uitgekomen Arbo-richtlijn Zwangerschap, Postpartumperiode en Werk zal komende tijd extra onder de aandacht worden gebracht van werkgevers. *Pagina 7*



Forensische Dienst GGD Hollands Midden

Stel, een huisarts heeft twijfels over iemands doodsoorzaak. Of stel, een politiemann wil weten wat ten grondslag ligt aan het vreemde gedrag van een arrestant. Dan komt de forensische dienst van de GGD Hollands Midden in actie. *Pagina 12*



Aandacht voor mantelzorgers dementerenden

Carla de Gunst, praktijkondersteuner heeft meegewerkt aan de pilot 'Ondersteuning mantelzorgers door de POH'. Kan een praktijkondersteuner bijdragen aan ondersteuning van mantelzorgers van dementerenden? *Pagina 14*



Voorwoord

Blijf optie

We moeten onze tijd nuttig besteden. Zo is menig een opgevoed. Je moest altijd iets om handen hebben behalve als je sliep of bad. Stilzitten zonder een werkje, was een vorm van tijd verdoen. Ledigheid. Er zijn mensen die nooit hebben leren luisteren. Soms denk ik een dergelijk sociaal juk weer te bespeuren maar dan in een modern jasje. De gewoonte om steeds maar in touw te zijn behalve als je 'uitbrakt'. Nuttig zijn is ingeruild voor eneroverende bezigheden. Saaiheid is een vorm van tijd verdoen. "Niet mijn ding" roept men dan "Next!". Overschakelen lijkt de enige keuze. Sommige mensen leren nooit te blijven. De Homo Sapiens wordt Homo Zappens. Ik verbaas me er soms over dat in het maatschappelijk denken de exit optie zo prominent is geworden. De belangrijkste dingen in het leven, zoals relaties en kinderen, begin je toch niet om op te stappen als het niet bevalt. Natuurlijk: alles is eindig. Maar zelfs een notaris weigert bij het afsluiten van een huwelijkscontract alvast ook de scheidingspapieren op te stellen. "We verleren het deemoedig aanvaarden van de realiteit" zei laatst een uitgeputte hulpverlener. Maar is blijven alleen een kwestie van accepteren of ook van creëren? "Zorg voor een beetje invloed" zegt Arjan Erkel die twintig maanden gegijzeld werd. Dat kunt u trouwens zelf van hem horen op 30 oktober a.s. tijdens de Transmurale Zorgconferentie te Bodegraven. Aanbevolen! Ondertussen heb ik de nuttige opvoedregel "niet met lege handen naar boven gaan" afgeschaft. De trap een extra keer nemen, is veel beter en wel zo eneroverend.

Lia Donkers

Directeur
Transmuraal
Netwerk
Midden-
Holland



“Ik ben helemaal om!”

Interne audits in de praktijk

Carla van Zuylen
communicatieadviseur

Een betrekkelijk nieuw fenomeen binnen de zorg zijn interne audits. Waarom worden medewerkers auditor, hoe gaat zo'n audit in z'n werk en wat levert het op?

Anton van Vulpen



Anton van Vulpen is aandachtsfunctionaris kwaliteit bij de afdeling Jeugdgezondheidszorg bij GGD Hollands Midden. “Een interne audit is een goed middel om te kijken of een afdeling of organisatieonderdeel gereed is voor externe certificering. Voordat je een interne audit mag doen volg je eerst een speciale opleiding waarbij je leert hoe het HKZ model werkt maar ook hoe je een effectief vraaggesprek voert.

Het interne auditgesprek doen we met z'n tweeën. Natuurlijk bereiden we ons goed voor door het handboek door te nemen en we maken een lijstje met items die we willen bespreken. We laten ons daarbij leiden door welke onderwerpen belangrijk zijn, bijvoorbeeld wachttijden, bereikbaarheid en bejegening. Door de medewerker te laten vertellen hoe processen gaan in de praktijk probeer je een beeld te krijgen van de werkelijkheid. De verschillen tussen de werkelijkheid en het handboek rapporteer je. Deze rapportage met daarin de verbeterpunten wordt besproken op de afdeling.

We vragen bijvoorbeeld of telefonische vragen conform het handboek binnen 24 uur beantwoord worden. En of ze dat kunnen laten zien door een registratie van binnenkomst en afhandeling. Soms blijkt dat iets wel op papier staat maar nog niet zo werkt. Als organisatie vinden we het bijvoorbeeld belangrijk dat de mening van de klant gemeten wordt na afloop van het zorgproces. In de praktijk bleek dat het oordeel vaak wel werd bevraagd maar dat er nog niet echt iets mee werd gedaan. In dit geval is als verbeterpunt genoteerd het beter registreren van de informatie of om bijvoorbeeld een apart klanttevredenheidsonderzoek uit te voeren.

Wat ik leuk vind aan dit werk is dat je op een brede manier naar de organisatie kijkt en zo je blik verruimt. En ik vind het boeiend om dingen te onderzoeken en verschillen tussen de werkelijkheid en de ideale situatie te ontdekken en te bekijken hoe je dit kunt veranderen.”

Frits Frencken

Frits Frencken is circuitmanager bedrijfsvoering bij GGZ Midden-Holland. “In mijn functie houd ik mij niet van alles bezig behalve de inhoud van de zorg. Een jaar of twee geleden zocht de organisatie medewerkers voor het interne auditteam. Ik was ronduit sceptisch, al dat papieren gedoe. Maar juist daarom besloot ik, ook na enige druk van onze kwaliteitsmedewerker, mee te doen. En ik moet zeggen: ik ben helemaal om! Natuurlijk blijft het werken met een kwaliteitssysteem veel administratief werk, maar als je het consequent toepast levert het wel wat op. Doordat je de processen moet beschrijven vraag je je regelmatig af ‘is het eigenlijk wel handig dat we het zo doen?’ De zogenaamde ‘Plan-do-act-cyclus’ werkt echt. Het is nu heel aantoonbaar wat er verbeterd kan worden. Na een audit brengen we verslag uit aan de directie. Tijdens het volgende audit-gesprek bespreek je eerst wat er gedaan is met de verbeterpunten die vorige keer gevonden zijn. Daardoor blijft de druk op de ketel. Dat werkt wel goed hoor. Soms heeft een manager twijfels over een bepaald onderdeel en vraagt ons juist dat deel onder de loep te nemen. Grote tekortkomingen komen we niet tegen, maar er zijn altijd wel enkele dingen die nog beter kunnen. Natuurlijk blijf ik wel kritisch. Gelukkig lopen steeds meer mensen warm voor HKZ, omdat het werkt. Punt van aandacht blijft wel de werkvloer. Hoe maak je helder waarom het belangrijk is dat iedereen volgens dezelfde afspraken werkt? Dat heeft tijd en aandacht nodig.

Persoonlijk heb ik door de interne audits mijn netwerk uitgebreid. En je leert kritisch naar een ander te kijken, maar dus ook naar jezelf. Ik kwam bijvoorbeeld op een afdeling die het logistieke proces heel anders heeft georganiseerd waardoor behandelaars zoveel mogelijk tijd kunnen besteden aan behandelen. Dat inspireerde mij om te kijken wat we hiervan konden leren voor onze eigen afdeling.”



Juliette Verwer

Juliette Verwer, junior adviseur kwaliteit bij Vierstroomzorging is dagelijks met kwaliteit bezig. Het regelen van interne en externe audits, registratie van incidenten, het bewaken van klachtenafhandeling en het cliënttevredenheidsonderzoek behoren tot haar takenpakket. "Sinds een jaar draai ik mee in het interne auditteam als coördinator en als auditor. Het team bestaat uit zo'n 12 tot 14 personen uit alle geledingen van de organisatie. Zo zorgen we ervoor dat het een proces is van het hele bedrijf en het is handig want er is altijd wel iemand die iets van een bepaald onderdeel afweet. Het interne auditteam krijgt van de directie door welke onderwerpen aan bod moeten komen bij de interne audits maar ook de auditoren en de afdelingen kunnen onderwerpen aandragen. Voorbeelden hiervan zijn het ziekteverzuim, zorgdossier, en de taken van de eerste verantwoordelijke verzorgende. Ik bekijk vooraf aan de hand van normen wat we moeten toetsen zodat het voldoet aan de HKZ normen. Zo hebben we bijvoorbeeld onlangs getoetst hoe de orale medicatie in de thuiszorg werkt. Er is een medicatiebeleid opgesteld en in de praktijk hebben we gekeken naar een team dat volgens dit nieuwe medicatiebeleid werkte en een team dat daar nog niet mee werkte. De resultaten rapporteren we naar de directie zodat zij er een besluit over kunnen nemen. Ik vind het erg leerzaam om zo in de hele organisatie 'rond te snuffelen' en veel mensen te leren kennen. Ik werk zelf niet in de directe zorg maar zo houd ik contact met de mensen op de werkvloer, dat vind ik erg nuttig.



Ik merk dat sommige mensen het fijn vinden om eerst een interne audit te hebben voordat er een externe audit is. Een audit-gesprek vergt wel een goede introductie, ik zeg altijd: het is géén examen, het is een manier om zelf bij te dragen aan het verbeteren van de eigen werkprocessen."

Martin Ehlert

Martin Ehlert werkt als kwaliteitsfunctionaris Medische Microbiologie/Klinische Pathologie bij het Groene Hart Ziekenhuis. "We willen het kwaliteitskeurmerk voor medische laboratoria gaan halen, ik begeleid onder andere het beschrijven van de werkprocessen.

Het interne auditteam komt één keer per maand bijeen voor scholing en uitwisseling. Interne audits zijn een betrekkelijk nieuw fenomeen in de gezondheidszorg. Wat ik prettig vind is dat je als buitenstaander gemakkelijker vragen kunt stellen. Maar ik vind het ook goed dat er mensen bij mij op de afdeling vragen komen stellen. Hierdoor voorkom je bedrijfsblindheid en ontstaat een goede wisselwerking tussen afdelingen. Tijdens het gesprek merk je wel eens, hé ze doen het eigenlijk zo terwijl het anders omschreven staat. Het is dan aan de lijnmanager om actie te ondernemen.

Bij zo'n grote organisatie als het ziekenhuis kom je nog al eens tegen dat dingen dubbel zijn beschreven. Zo heeft het laboratorium een procedure voor de voorbereiding van een onderzoek, bijvoorbeeld of een patiënt voor een bepaald onderzoek wel of niet nuchter moet zijn. Wat bleek, op een afdeling was dit ook beschreven en dit week af van de beschrijving bij het laboratorium. Dus is afgesproken dat de afdeling voortaan verwijst naar de procedure van het laboratorium.

Het aankondigen van een interne audit levert nog al eens een schrikreactie op. 'Maar wat als ik iets fout zeg?' We leggen dan uit dat het geen beoordeling is van de persoon zelf. Het gaat erom dat ze kunnen vertellen hoe ze in de praktijk werken. Aan ons de kunst om door te vragen en te kijken of het ook echt zo werkt. Door de gesprekken leer ik veel en vraag ik me wel eens af, hoe doen wij dat zelf eigenlijk op de afdeling? Binnen het ziekenhuis werken we overigens met een speciaal softwarepakket waarin we de audits, rapportages en vervolgacties vastleggen. Dat is erg handig zodat het geheel wordt bewaakt. Want de verbeterslag ná de interne audit is belangrijker dan het gesprek."



Chris van Slochteren

Chris van Slochteren, preventiemedewerker Arbo en begeleider van licht verstandelijk gehandicapten in gezinnen werkt binnen de Gemiva-SVG Groep ook als intern auditor.

“Ik ben er al vanaf het begin bij betrokken, ruim twee jaar geleden. Voor mij was het een logisch vervolg op de bezoektteams waar ik ook aan deelnam. Want binnen de organisatie zijn we al heel lang bezig met kwaliteit. Alleen gaan we nu met de interne audits meer de diepte in. Voor onze cliënten maken we bijvoorbeeld ondersteuningsplannen. Tijdens een interne audit kijken we hoe zo'n plan wordt vormgegeven. En hoe ziet de cyclus van de ondersteuningsplannen eruit? Laat maar zien. Daarbij kijken we ook of de vereiste handtekeningen eronder staan. We checken dus of het in de dagelijkse praktijk echt zo gaat zoals afgesproken. We maken daarbij een onderscheid tussen afwijkingen en verbeterpunten. Niet elke afwijking hoeft slecht te zijn. Een voorbeeld: op een afdeling bleek dat er naast de ondersteuningsplannen bij dementerende verstandelijk gehandicapten gewerkt werd met een fotoboek om dingen duidelijk te maken. Dat meld je dan in het verslag zodat andere locaties hierdoor misschien op een idee worden gebracht. De medewerkers ervaren de audit vaak als spannend maar over het algemeen zijn ze positief. Een uitgebreid voorlichtingstraject dat vooraf is gegaan heeft zeker geholpen. De audits zijn een eyeopener, we denken het allemaal op orde te hebben maar blijkbaar toch niet helemaal. Zelf leer ik er ook van. Het is hartstikke leuk om op een andere locatie te kijken, je ziet dingen die je zelf ook kunt toepassen in je eigen dagelijkse praktijk. Dat is een winstpunt. En doordat ik veel locaties bezoek krijg ik ook een breed beeld van de hele doelgroep waarvoor Gemiva-SVG werkt, dat vind ik een verrijking.”



Petra Vane

Petra Vane werkt bij Zorgpartners als EVV'er op de dagbehandeling, locatie Riethoek.

“Ik werk op de psychogeriatrische dagbehandeling waar onder andere jong dementerenden komen. Daarbij hoort ook het organiseren van transmuraal overleg, het opstellen van zorgplannen en gesprekken met de familieleden van de cliënten. Sinds november neem ik deel aan het interne auditteam. Ik kreeg opeens een uitnodiging voor de cursus. Wat bleek: iemand uit het managementteam had mij hiervoor opgegeven want zij vond mij hier wel geschikt voor. Voor mij is het een nieuw terrein dus het leek me wel interessant. Wat ik zelf heel prettig vind is dat je op een andere manier met de organisatie in aanraking komt. Sommige dingen binnen de organisatie heb ik nooit geweten, het is daarom een verdieping van mijn werk.

Aan de hand van een audit-checklist voeren we het gesprek met de medewerkers. Nu ik het wat vaker heb gedaan krijg ik meer vaardigheid in hoe je de juiste vragen moet stellen want soms maken medewerkers zich er te gemakkelijk vanaf. Ik hoor intern wel eens opmerkingen in de trant van 'De werkdruk is al zo hoog, nu moet ik ook nog tijd vrijmaken voor zo'n audit.' Maar gaandeweg het gesprek merken ze dat het toch wel leuk is en dat de organisatie echt aan de slag gaat met de verbeterpunten.

Een voorbeeld: wat opviel op weg naar een audit was dat de dossiers van de cliënten in dossierkarren op de gang stonden. Het lijkt een kleinigheid maar vanuit de wettelijk gestelde normen van privacy is dit onacceptabel. Toen ik een paar weken later op die afdeling terugkwam voor een andere audit ging er een kast open, keurig ingericht met de dossiers, in een kantoor wat op slot kan. Kijk, zo ziet iedereen dat het werken aan kwaliteit nuttig is en dat er ook echt iets verandert.”



Preventief consult bij bedrijfsarts

Goed nieuws voor werkende aanstaande moeders in de regio. De vorig jaar uitgekomen Arbo-richtlijn Zwangerschap, Postpartumperiode en Werk zal komende tijd extra onder de aandacht worden gebracht van werkgevers.

Lia Thorborg
journalist

Dat is van belang voor zwangere werkneemsters en hun ongeboren kind, meent bedrijfsarts Lidwien van Keep (Arbo Unie). "Het doel van de richtlijn is, dat werkgevers arbo-beleid formuleren ten aanzien van zwangere medewerkers. Dit moet bestaan uit voorlichting over de verlofregeling, het geven van borstvoeding, kinderopvang, risico's in het werk en maatregelen die nodig zijn om die risico's te voorkomen. Vast onderdeel is bovendien een preventief consult bij de bedrijfsarts, die de werkgever ondersteunt bij de analyse van risicofactoren."

Opstellen risicoprofiel

Afhankelijk van bedrijfstak en werkzaamheden zijn er verschillende risico's, die invloed kunnen hebben op het verloop van de zwangerschap en de gezondheid van de baby: fysieke en/of mentale (over)belasting, de aanwezigheid van chemische stoffen, stralingen en biologische agentia (bacteriën, virussen, etc.). "Voorlichting en individueel advies zouden moeten leiden tot gezondheidswinst voor de zwangere en het ongeboren kind. Je kunt dan tijdig een risicoprofiel opstellen en kijken naar werk-aanpassingen," aldus Van Keep. Als bedrijfsartsen momenteel zwangere werknemers of jonge moeders op hun spreekuur krijgen, is er meestal al sprake van klachten. Een preventief consult zou dat aantal 'uitvallers' sterk moeten verminderen.

Landelijk geïmplementeerd

Van Keep is blij met de richtlijn, die dit jaar landelijk wordt geïmplementeerd. Uitgegeven onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsartsen (NVAB) is het boekje het resultaat van interdisciplinaire samenwerking tussen bedrijfsartsen, verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en verzekeringsartsen. Niet alleen beschrijft het alle arbo-aspecten rondom zwangeren en jonge moeders, het behandelt ook de taakafbakening tussen de verschillende zorgdisciplines.

Er is de Arbo Unie alles aan gelegen om in Midden-Holland werkgevers op de hoogte te stellen van de richtlijn en haar inhoud. "Ik denk dat die best bereid zijn beleid te ontwikkelen en aanpassingen aan te bieden voor zwangere medewerkers," aldus Van Keep. "Door iemand tijdig te ondersteunen, bijvoorbeeld door aanpas-

sing van werktijden of het aanbod van minder zwaar werk, kan de medewerkerster zonder problemen tijdens haar zwangerschap doorwerken. Niet voor niets maakt ook de UWV zich hard voor deze richtlijn."



Mariëlle Kok, ergotherapeut GHZ en Sophia Revalidatie

Verminderde belastbaarheid

Meer dan de helft van de vrouwen tussen de 15 en 64 jaar werkt. In 2005 ging het om 54% (3,7 miljoen vrouwen). Dat aantal neemt toe. Steeds meer vrouwen blijven werken na de geboorte van hun eerste kind. In 2003 combineerde 45% de opvoeding van minderjarige kinderen met een voltijds- of deeltijdbaan. De nieuwe richtlijn, waarvan de werking in de praktijk nauwlettend wordt gevolgd, is bedoeld voor werkende vrouwen vanaf de start van hun zwangerschap tot één jaar na de bevalling. Uit onderzoek is bekend dat de belastbaarheid van vrouwelijke werknemers in die periode kan verminderen. Vooral nacht- en ploegdiensten, langdurig staan, werken aan inspannende machines of in kou en lawaai kunnen leiden tot een verhoogde kans op vroeggeboorte, een laag geboortegewicht, zwangerschapshypertensie en zwangerschapshypertensie.

Kersverse cursus 'Eetproblemen de baas'

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

In een relatief vroeg stadium herkennen én erkennen dat je een eetstoornis hebt. Daarna openstaan voor een eventuele vervolgbehandeling. Het zijn twee van de winstpunten waarmee de nagelnieuwe cursus 'Eetproblemen de baas' van GGZ Midden-Holland gepaard moet gaan.



Janine Dolk

“Pas als je blijft op voor de gevolgen van regelmatig braken. Kijk eens wat het zuur met mijn gebit heeft gedaan.” Hoezo bewustwording en informatie-uitwisseling? Tijdens een van de sessies 'Eetproblemen de baas' richtte een vrouw van zestig het woord tot een andere deelnemer, een tiener, en liet ter verduidelijking haar tanden zien. De anekdote, verteld door Janine Dolk, illustreert in een notendop wat de effecten kunnen zijn van de nieuwe cursus. De preventiefunctie-onaris van GGZ Midden-Holland was in maart en april een van docenten. Op de dag van het interview is het nog maar kortgeleden dat de laatste van de zeven sessies plaatsvond. Een aantal voorvallen heeft indruk op haar gemaakt, vertelt Dolk. “Neem nou dat jonge meisje dat steeds magerder werd en daardoor strakkere kleren moest kopen. Ze bleef natuurlijk wel even lang, dus waren haar broeken een stuk te kort. Ze vertelde dat ze dat oploste door laarzen te dragen. Zo viel het niemand op dat ze te korte broeken droeg.”

Verstoord zelfbeeld

Met de cursus 'Eetproblemen de baas' speelt GGZ Midden-Holland in op de oprukkende fenomenen anorexia, boulimia en Binge Eating Disorder (BED) - zie kaders-. Het zijn eetstoornissen die gepaard

gaan met een verstoord zelfbeeld. Naar schatting krijgen in ons land jaarlijks 30.000 mensen tussen de 15 en 29 te maken met zo'n stoornis. Buiten die leeftijdsgroep worden er ongeveer 10.000 door getroffen. Het is niet te onderschatten problematiek. Zo is anorexia de psychische aandoening met het hoogste sterftcijfer. Vijftien procent van de patiënten overlijdt aan de ziekte, twee derde vanwege ondervoeding en een derde als gevolg van zelfmoord. Dat laatste onderstreept dat de aandoening lang niet alleen lichamelijke consequenties heeft.

Dolk: "Iedereen kan zich wel iets voorstellen bij fysieke gevolgen van eetstoornissen. Haaruitval en het stoppen van de menstruatiecyclus bijvoorbeeld. Maar er zijn ook psychosociale gevolgen. Mensen trekken zich bijvoorbeeld terug en komen terecht in een isolement. Bij mensen met een eetstoornis is sowieso sprake van een lage zelfwaardering. Je ziet ook dat tien jaar na afloop van de anorexia twintig procent van de mensen nog eetproblemen heeft en dat dertig procent kampt met restsymptomen."

Symptomen herkennen

Met het oog op de ernstige en langdurige gevolgen stelt Dolk dat het belangrijk is vroeg symptomen van eetstoornissen te herkennen. Dat is bijvoorbeeld een taak van huisartsen, die de persoon in kwestie vervolgens kunnen attenderen op de nieuwe cursus. Mensen kunnen zich ook zelf aanmelden. Dolk: "De cursus helpt mensen te erkennen en herkennen dat er iets met ze aan de hand is. Die bewustwording kan eraan bijdragen dat ze zich openstellen voor verdere behandeling. 'Eetproblemen de baas' is bedacht door een preventiemedewerker en een pedagoog/psychotherapeut uit Noord-Holland. We geven informatie over eetstoornissen, de oorzaken en de gevolgen. Het is een meerwaarde dat mensen van de meest uiteenlopende leeftijden meedoen en zo dus het meisje van achttien wordt gewaarschuwd door de vrouw van zestig."



Kenmerken

Voor mensen met een eetstoornis is voedsel uitgegroeid tot een obsessie. Hun leven wordt erdoor beheerst. Zij zijn 'gevangen in gewicht': gevangen in een wereld waarin eten, calorieën en afvallen worden ervaren als een voortdurende bron van angst en spanning. Patiënten met anorexia, boulimia en Binge Eating Disorder (BED) hebben met elkaar een verstoord zelfbeeld gemeen. Met die aandoeningen zijn ook de drie bekendste eetstoornissen genoemd:

- **Anorexia:** mensen met anorexia zijn heel bang om aan te komen en dik te worden, ook wanneer ze ruimschoots beneden het gewicht zitten dat voor hen normaal en gezond is. Vermageren is uitgegroeid tot een verslaving. Komt vooral voor bij 14- tot 20-jarigen.
- **Boulimia:** mensen met boulimia hebben regelmatig heftige eetbuien. Ongecontroleerd stoppen ze alles in hun mond wat eetbaar is, soms urenlang. Daarna voelen zij zichzelf gedwongen te braken of slikken ze laxeremiddelen of vochtafdrijvende pillen om gewicht te verliezen. Na een eetbui volgt meestal een periode van fanatiek lijnen. Komt vooral voor bij 16- tot 25-jarigen.
- **BED:** mensen met BED, ofwel eetbui stoornis, hebben eveneens met regelmaat een heftige eetbui. Meestal nemen ze grote hoeveelheden calorierijk voedsel. Het verschil met boulimia is dat vervolgens geen pogingen worden ondernomen om lichter te worden. Komt vooral voor bij 12- tot 25-jarigen.

Meestal zijn het meisjes en jonge vrouwen die een eetstoornis hebben. Zo zijn er tien keer zoveel vrouwen als mannen met anorexia. De meest gesignaleerde eetstoornis bij mannen is BED.

Ursula: behandeling en onderzoek

Onder de noemer van Rivierduinen, organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, zit GGZ-Midden Holland dicht op het Centrum Eetstoornissen Ursula. Dat landelijke centrum, onderdeel van Rivierduinen, richt zich op behandeling en onderzoek. Ursula kent een breed scala van behandelingen en begeleidingsvormen voor mensen met een eetstoornis. Er vindt ook wetenschappelijk onderzoek plaats en er is de mogelijkheid tot consultatie en second opinion.

In stappen

De kersverse cursus 'Eetproblemen de baas' maakt bij GGZ Midden-Holland deel uit van de zogeheten Stepped care-aanpak. De kern van die aanpak: er wordt niet minder zorg gegeven dan noodzakelijk en niet méér dan nodig. In de praktijk betekent het dat maatwerk wordt geboden. Mensen krijgen de hoeveelheid zorg die volstaat.

'Eetproblemen de baas' vormt de eerste stap. Daarin krijgen deelnemers tijdens zeven bijeenkomsten informatie en vernemen zij over de mogelijkheden iets te doen tegen eetstoornissen. Het gaat grotendeels om bewustwording. Als patiënten meer hulp nodig hebben, stromen zij door naar een intensievere cursus die een half jaar lang wekelijks een sessie kent. Daarin wordt deelnemers onder meer geleerd een normaal eetpatroon op te bouwen.

Er is nog een derde stap mogelijk: een cursus waarin gedurende drie tot twaalf maanden wekelijks onder andere groepstherapie en creatieve therapie worden ingezet.



Berichten van het GHZ

Diabetespatiënten gaan 'samen naar de dokter'

Diabetespatiënten van het GHZ kunnen binnenkort samen naar de dokter. Het GHZ start met groepsconsulten voor deze categorie patiënten. Bij een groepsconsult krijgt iedere patiënt een consult van de arts, in aanwezigheid van andere diabetespatiënten. Ervaringen in andere ziekenhuizen wijzen uit, dat hierdoor andere vragen naar voren komen en dat er meer vragen beantwoord worden dan in een individueel consult.

Patiënten ervaren een groepsconsult als waardevolle aanvulling op de individuele consulten. Vooral omdat ze leren van de ervaringen en vragen van anderen. Het gevoel dat ze 'in het zelfde schuitje zitten' maakt dat ze sneller informatie van elkaar over nemen.

Naast groepsconsulten blijven de individuele consulten gewoon bestaan. Iedere patiënt blijft de arts en verpleegkundige dus ook individueel zien.

Uitgebreid consult

Begin juli 2008 vindt het eerste groepsconsult plaats. Het gaat om acht tot tien patiënten. Internist Hoogma verwacht dat de patiënt er baat bij heeft: "Ik denk dat op deze manier patiënten beter geïnformeerd wordt, omdat iedere patiënt weer andere vragen heeft. Op deze manier komt er veel meer informatie los dan tijdens een individueel consult. Het feit dat we als team deze groepsconsulten gaan opzetten, betekent voor patiënten

uiteeraard ook een voordeel. Nu spreken ze met drie disciplines in één consult."

Deelname aan een groepsconsult is vrijwillig. Van te voren conformeert iedere deelnemer zich aan het feit dat alle informatie die besproken wordt binnenskamers moet blijven.

Proef

Het gaat in eerste instantie om een proef. Het GHZ doet mee aan een onderzoeksproject van het CBO en NIVEL. Het NIVEL onderzoekt de meerwaarde van de groepsconsulten ten opzichte van de individuele consulten. Als patiënten en zorgverleners van het GHZ de groepsconsulten positief evalueren, zal er voor diabetespatiënten elke maand een groepsconsult worden georganiseerd.

Ervaringen elders positief

In Nederland zijn groepsconsulten vanaf 2005 als pilot ingevoerd in een aantal ziekenhuizen voor de meest uiteenlopende specialismen.

Van Diabetes tot HIV, van Kindergeneeskunde tot Gynaecologie. Zowel zorgverleners als patiënten zijn enthousiast. Meer dan 80% van patiënten geeft aan dat zij:

- Beter (46%) of even goed (38%) geïnformeerd zijn in vergelijking met een individueel consult.
 - Veel geleerd hebben van hun medepatiënten (91,9%).
 - De volgende keer weer kiezen voor een gemeenschappelijk consult (78,3 %).
 - Anderen aanraden aan een groepsconsult mee te doen (96%).
- Patiënten geven aan dat een groepsconsult hen leert relativeren, doordat zij zien dat anderen dezelfde problemen hebben. Opvallend is dat de meeste patiënten zich vrij voelen om in de groep al hun vragen en problemen te bespreken. Ook de teams van zorgverleners zijn tevreden: het is een plezierige en afwisselende manier van werken, met veel leermomenten door de samenwerking binnen het team. ■

Nieuwe en vertrokken specialisten

Nieuwe specialisten:
De heer J.W.G. Tielen, MDL-arts
Mevrouw A.W. Bouma, Ziekenhuisapotheker
Mevrouw K. Wagenaar, GZ-psycholoog

Vertrokken specialisten:
De heer M. Hadithi, MDL-arts
Mevrouw dr. C. van Kesteren, Ziekenhuisapotheker
De heer E.J. Pasma, Anesthesioloog
Mevrouw dr. E.A.N.M. Mooi-Kokenberg, Arts-microbioloog
Mevrouw G.M. Steup-Beekman, Reumatoloog



Promotie Jan Willem Eijgenraam

Op 10 juni zal internist Jan Willem Eijgenraam zijn proefschrift 'Immune Regulation in IgA Nephropathy' verdedigen. Hij deed gedurende acht jaar onderzoek naar de werking van het immuunsysteem en dan vooral naar imuunglobuline IgA.

Het afweersysteem is erop gericht om bescherming te bieden tegen virussen en bacteriën, hierbij worden er onder andere afweerstoffen, immuunglobulinen gevormd. Soms is het immuunsysteem echter betrokken bij het ontstaan van een ziekte, zoals bij de ziekte IgA Nefropathie. De afweerstoffen worden in dat geval niet gebruikt om een virus of bacterie te bestrijden, maar slaan neer in de nieren, waardoor een ontsteking optreedt van de glomeruli (de filterlichaampjes van de nieren). De nieren kunnen hierdoor gedeeltelijk of geheel falen, waardoor nierfunctievervangende therapie (dialyse) noodzakelijk is. De afweerstof IgA wordt niet alleen geproduceerd in het bloed –zoals andere afweerstoffen- maar in belangrijke mate ook in de slijmvliezen. Door het (neus)slijmvlies

in contact te brengen met een -voor die patiënt nieuwe - stof, ontdekte Jan Willem, dat er een verstoring van de immuunreactie bij patiënten aanwezig was. Er werd minder IgA gevormd, dan bij de gezonde controlegroep, terwijl het tegenovergestelde werd verondersteld. Deze hyporeactie wordt –zo blijkt uit dit onderzoek- niet veroorzaakt door een verminderde aanwezigheid van cellen, die de afweerreactie op gang brengen, maar door een verstoorde werking van deze cellen. Sinds 2002 werkt Jan Willem Eijgenraam in het Groene Hart Ziekenhuis. "Interne Geneeskunde is een puzzelvak. Daar heb ik bewust voor gekozen. Binnen dit vak is de hele wetenschap rond het immuunsysteem razend interessant. Kijk maar wat het ons gebracht heeft: nog maar enkele jaren geleden was bij een transplantatie het gevaar van afstoten de grootste uitdaging; door alle kennis van het afweersysteem en verandering van de medicatie is dat nu nauwelijks een issue meer". Jan Willem praat met zoveel enthousiasme over het onderzoek dat je nauwelijks kunt geloven dat



hij stopt met deze 'hobby': "Nee, zoals bij ieder onderzoek, roept ook dit proefschrift nieuwe vragen op. Overall op de wereld wordt onderzoek gedaan om de puzzelstukjes in elkaar te passen. Dat blijf ik in ieder geval volgen, in welke vorm dan ook!". Jan Willem Eijgenraam is na zijn promotie de negende internist die Dr. voor zijn naam mag zetten. Iets waar het GHZ trots op mag zijn! ■

Nieuwe Transmuraal CVA-verpleegkundige



Marja Gorissen is gestart als nieuwe Transmuraal CVA-verpleegkundige bij ZorgBrug. "Tot februari 2008 werkte ik als verpleegkundige op de afdeling neurologie in het Groene Hart Ziekenhuis, ik verpleegde de patiënten in de acute fase. Als CVA-verpleegkundige volg ik de patiënt in het gehele zorgtraject, vanaf het ziekenhuis, dat is erg boeiend. Daarna zie ik hem of haar voornamelijk terug in de thuisfase. De revalidatiefase is dan achter de rug, of hij of zij volgt nog poliklinische revalidatie of krijgt ergo-, logo- en/of fysiotherapie in de eerste lijn. Ik werk daarbij samen met Hanny den Hertog, ook Transmuraal CVA verpleegkundige bij ZorgBrug. De CVA-verpleegkundige heeft het overzicht over de gehele multidisciplinaire zorg rondom de patiënt en probeert deze zo goed mogelijk te coördineren in samspraak met de neuroloog, huisarts, revalidatiearts en andere disciplines." ■

Artsen in de cel

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

Stel, een huisarts heeft twijfels over iemands doodsoorzaak. Of stel, een politieman wil weten wat ten grondslag ligt aan het vreemde gedrag van een arrestant. Dan wordt de forensische dienst van de GGD Hollands Midden ingeschakeld.



Martin Khargi

Een oude man die zelfmoord heeft gepleegd en uit wiens zak een papiertje steekt waarop in bibberend handschrift staat geschreven: "Nu ben ik bij oma". De meeste lijkschouwingen sluit Martin Khargi voor zichzelf af op het moment dat hij het dossier in een lade schuift, maar soms is een casus daar te aangrijpend voor. Dan blijft de zaak in zijn geheugen. Khargi, ook gespecialiseerd in rampen- en infectieziektenbestrijding, is een van de twaalf forensisch artsen van de GGD Hollands Midden. Zeven vragen.

Hoe ziet het werk van de forensische dienst er in het echt uit?

Khargi: "Menigeen verwacht dat je vooral bezig bent met lijkschouwing. Dat is niet juist. Natuurlijk, het komt voor, onze forensische artsen doen het ongeveer honderd keer per jaar, maar het gros van onze verrichtingen voeren we uit bij arrestanten en passanten op een politiebureau of in een cellencomplex."

"Een representatief voorbeeld is mijn laatste beoordeling. De politie had iemand opgepakt die zich schuldig had gemaakt aan vernieling en bedreiging. Op het politiebureau gedroeg de man zich vreemd. Agenten vermoedden dat hij misschien een psychose had. Ik kon vaststellen dat het gedrag niet werd veroorzaakt door een psychose, maar door een combinatie van alcohol en opwekkende middelen. Daar kan de politie dan weer mee

verder. Andere voorbeelden van wat wij doen op het politiebureau of in een cellencomplex? Psychosociale zorg geven. Soms vragen arrestanten of passanten zelf om een dokter. Of agenten willen weten welke medicijnen iemand precies nodig heeft. Je kunt je verder voorstellen dat heel wat mensen in de problemen komen wanneer ze zijn opgesloten. Stress, slapeloosheid, claustrofobische klachten. Daar kijken wij ook naar.”

Hoe zit het precies met die lijkschouwingen?

“De forensisch artsen van de GGD Hollands Midden zijn allen benoemd als gemeentelijk lijkschouwer. De lijkschouwing is een gemeentelijke taak en de gemeenten hebben die uitbesteed aan de GGD. Dat betekent dat een huisarts of specialist onze hulp kan inroepen wanneer hij twijfelt over iemands doodsoorzaak of wanneer overduidelijk is dat die oorzaak niet natuurlijk is. Verder leidt ons contract met de Politie Hollands Midden ertoe, dat wij op verzoek van de politie een onderzoek kunnen instellen wanneer een lijk is gevonden. Het aantal gevallen van moord en doodslag is uiteindelijk op de vingers van één hand te tellen. We krijgen daar jaarlijks één of twee keer mee te maken.”

Welke werkzaamheden verrichten jullie verder?

“Medewerkers van ambulancediensten schakelen ons in wanneer de oorzaak van overlijden onbekend is en zij niet weten wie de behandelaar van de dode is. Verder achterhalen we bewijsmateriaal voor politie en justitie. Denk aan bloed, urine of DNA wanneer iemand wordt verdacht van rijden onder invloed. Maar er zijn meer voorbeelden. Zo vragen we bij behandelaars informatie op en vertalen we het medisch jargon naar taal die kan worden gebruikt in de rechtszaal. Stel bijvoorbeeld dat iemand na een steekpartij is behandeld in het ziekenhuis en dat wij de persoon pas zien op het moment dat de wond is geheeld. Dan achterhalen wij in het ziekenhuis informatie



over de staat waarin iemand er binnenkwam. Het komt ook voor, maar dat is zeldzaam, dat ons wordt gevraagd acuut letsel te beoordelen. Rode plekken of de afdruk van een patroon als gevolg van mishandeling zijn vaak al spoedig niet meer te zien, maar kunnen wel belangrijk zijn voor de bewijsvoering.”

Met ingang van dit jaar hebben jullie ook een letselprekeuring?

“Dat spreekuur houden we zowel in Gouda, Leiden als in Alphen aan den Rijn. Het is bedoeld voor twee categorieën. Allereerst voor mensen die zichtbaar letsel hebben opgelopen na mishandeling en daarvan aangifte hebben gedaan bij de politie. Verder kijken we naar slachtoffers van een verkeersongeval met zichtbaar letsel.”

Wat vind jij zo boeiend aan dit werk?

“Je weet nooit wat er gebeurt wanneer je dienst hebt. Ik kan nu worden opgepiept om in actie te moeten komen. Dan stap je zo snel mogelijk in je auto. Soms krijg je tijdens de melding wat informatie, maar een andere keer weet je van tevoren helemaal niets. Je komt terecht in een ziekenhuis, een verpleeghuis of bijvoorbeeld middenin een weiland waar je nog nooit bent geweest. Je belandt in de meest verschillende milieus en sociale klassen. De ene keer is iemand eenzaam overleden, de andere keer tussen nabestaanden en weer een andere keer stond de persoon vol in het leven. Die onvoorspelbaarheid vind ik mooi.”

“Tegelijkertijd is het een uitdaging om materiaal te leveren dat volgens de standaarden is opgesteld en dat dus bruikbaar is voor justitie. Je moet het helder uiteenzetten en er ook voor waken geen tunnelvisie te ontwikkelen. Bekijk de zaak breed.”

Wat is het moeilijkste van het vak?

“Lijkschouwing van kinderen blijft bijzonder. Het is onnatuurlijk dat kinderen sterven. Verder is het goed een bepaalde weerstand op te bouwen tegen lichamen in ontbinding. Dat is gewoon vies. Er is weinig zo vervelend als lijkschouwing bij een lichaam in ontbinding. Maar het is belangrijk dat het gebeurt. Misschien is er wel sprake van schedelbreuken bijvoorbeeld. Zoiets essentieels mag je niet over het hoofd zien omdat je het niet zo'n fijn karwei vindt.”

Is iedere arts geschikt voor dit beroep?

“In de bijna tien jaar dat ik hier werk, heb ik één arts zien vertrekken vanwege een traumatische ervaring tijdens de lijkschouwing. Een aantal anderen heeft vooral voor een nieuwe baan gekozen, omdat zij het vervelend vonden in een cel te worden geconfronteerd met agressie, beledigingen en bedreigingen. Vaak wordt dat gedrag van een arrestant veroorzaakt door alcohol of drugs. Maar het is allemaal relatief. Pas geleden zat ik bij een weer nuchtere arrestant die zei: Wil je alsjeblieft tegen je collega van vannacht zeggen dat ik spijt heb van wat ik tegen hem heb gezegd?”

Aandacht voor mantelzorgers van dementerenden

Gerda van Beek

Het aantal mensen met dementie neemt drastisch toe.

Op dit moment lijden zo'n 200.000 mensen van 65 jaar en ouder aan dementie. Meer dan de helft woont zelfstandig.

In 2050 is het aantal patiënten verdubbeld. En dat betekent dat het aantal mantelzorgers eveneens drastisch toeneemt.



Carla de Gunst

De mantelzorg is voor mensen met dementie essentieel, vooral voor de patiënten die zelfstandig wonen. Er wordt een groot beroep gedaan op partners van dementerenden. In de dagelijkse realiteit is de lichamelijke en emotionele belasting zwaar en nemen de sociale contacten vaak af. "Deze mantelzorgers leveren vaak 24-uurs zorg, ze moeten voortdurend oplettend zijn en kunnen steeds minder zaken delen met hun partner. Dat ervaren ze vaak als een gegeven situatie en slechts weinigen vragen hulp. Terwijl het zo belangrijk is dat de mantelzorger ook tijd heeft voor zichzelf, even los kan komen van de situatie, zich gesteund voelt. Want als de mantelzorger wegvalt, dan ontstaat er echt een groot probleem." Aan het woord is Carla de Gunst, praktijkondersteuner werkzaam in een huisartsenpraktijk in Bodegraven. Zij heeft meegewerkt aan de pilot 'Ondersteuning mantelzorgers door de POH'. Doelstelling was te kijken of de inzet van een praktijkondersteuner kan bijdragen aan ondersteuning van mantelzorgers van dementerenden.

Vragenlijst

In het kader van de pilot hebben praktijkondersteuners twee maal een vragenlijst, met een tussentijd

van zes maanden, doorgenomen met mantelzorgers van dementerenden. Het ging om partners (in een enkel geval kinderen) van patiënten die nog maar kort geleden waren gediagnosticeerd. In de vragenlijst staat de mantelzorger centraal: welke zaken ervaren zij als belastend en hoe is hun eigen beleving van de situatie?

Gehoord en gesteund

“De mensen vinden het prettig dat ze gehoord worden”, heeft Carla ervaren. “Ze kunnen hun verhaal kwijt en daardoor voelen ze zich gesteund. Ze zien weer mogelijkheden, zijn blij met de praktijkondersteuner als aanspreekpunt. Daardoor weten ze ook dat ze altijd op iemand kunnen terugvallen, dat ze zorg kunnen aanvragen als het nodig is. Het is van belang dat de mantelzorgers op de hoogte zijn van de mogelijkheden in de zorg voor dementerenden. Daarom wordt bij het eerste gesprek ook altijd de Dementiegids uitgereikt, waarin alle relevante adressen in de regio staan vermeld. Niet iedere mantelzorger bleek op de hoogte van het bestaan van deze gids.”

Laagdrempelig

Bij het tweede gesprek was er vaak al sprake van een toenemende belasting. “In een aantal gevallen was meer professionele ondersteuning nodig”, vertelt Carla. “Daarom is het zo belangrijk dat er sprake is van een laagdrempelig aanbod, dat mensen de weg weten te vinden, weten welke zorg en ondersteuning ze kunnen krijgen. Want helaas verslechtert de situatie in de loop van de tijd.”

Juiste aanpak

De deelnemers aan de pilot (mantelzorgers, praktijkondersteuners en huisartsen) zijn zeer tevreden over deze aanpak. De mantelzorgers geven aan vertrouwen te hebben in de deskundigheid, vinden dat de praktijkondersteuner begrip toonde, voldoende tijd heeft en ze voelen zich beter ondersteund en minder onder druk staan. De praktijk-

Gespreksgroep voor partners van pas-gediagnosticeerde dementerenden

Stel: je partner krijgt de diagnose Alzheimer. Vaak een bevestiging van een angstig vermoeden, maar desondanks komt zo'n diagnose hard aan. Hoe zal het verder gaan, wat kun je verwachten, wat kan je als partner doen? Om partners van pas-gediagnosticeerden te ondersteunen, starten er dit najaar gespreksgroepen.

“Doel is om groepen van zes tot acht mensen zo'n zes keer bij elkaar te brengen, onder begeleiding van een deskundige. Deelnemers vernemen wat ze kunnen verwachten bij het verdere verloop van de ziekte, waar ze terecht kunnen voor hulp en ondersteuning, welke voorzorgen ze kunnen nemen. Uiteraard kunnen ze ook hun vragen stellen en hun zorgen uiten.” Aan het woord is initiatiefnemer Dick van der Linde, gepensioneerd internist en oprichter van de Alzheimer cafés in Midden Holland. “Dit is een aanvullend aanbod op het Alzheimer café”, geeft hij aan. “Het bijeenkomen in kleine groepjes van alleen de partners heeft als voordeel dat alles veel opener kan worden besproken. Er zal onderlinge herkenning zijn en mensen krijgen de informatie waaraan ze behoefte hebben.”

Met flyers zal breed bekendheid worden gegeven aan het feit dat er gespreksgroepen zijn voor partners van pas-gediagnosticeerde dementerenden. “Zorgverleners moeten van het bestaan op de hoogte zijn”, benadrukt Van der Linde. “Zo kunnen ze gericht mensen verwijzen naar een gespreksgroep.”

ondersteuners en huisartsen vinden dat met deze werkwijze de mantelzorgers actief kunnen worden benaderd, in plaats van te wachten op problemen. Zoals Carla zegt:

“Met het vroegtijdig in beeld komen, hoop je een crisissituatie te voorkomen.

“De praktijkondersteuner huisartsenzorg kan het gat opvullen tussen de diagnose en het moment van zorgvraag”, geeft Jacqueline Blom aan, netwerkcoördinator dementie, CVA en NAH van Transmuraal Netwerk Midden-Holland. “Ze kan optreden als vast contactpersoon en kan zo ondersteuning en begelei-

ding geven, gericht op het welzijn van de mantelzorger. De vragenlijst is daarbij een prima handvat. We willen de werkwijze van de pilot zoveel mogelijk invoeren. Daartoe willen we nog wel werken aan deskundigheidsbevordering van de praktijkondersteuners, daar hebben zij ook om gevraagd.”

Twee doelen

Jacqeline besluit: “Met ondersteuning van de mantelzorger snijdt het mes aan twee kanten. Je werkt aan een goede kwaliteit van leven van de mantelzorgers. En daarmee kun je tevens de periode verlengen dat mensen met dementie thuis wonen. Daar is iedereen bij gebaat.”



Zorgbegeleiding Jong dementerenden

Dementie kan ook jongere mensen treffen. Bij patiënten onder de 65 jaar spreken we over Jong dementerenden. In de regio Midden-Holland hebben we ruim 40 patiënten in zorg. Mensen die vaak midden in het gezins- en arbeidsleven staan en geconfronteerd worden met een persoonlijk drama.



Jacqueline Blom

Bij jongeren is de diagnose moeilijker te stellen en is de problematiek complex. Om te komen tot goede zorg, afgestemd en passend bij de behoeften van patiënten, is de werkgroep jong dementerenden opgericht, bestaande uit deelnemers vanuit Zorgpartners Midden-Holland, GGZ Midden-Holland, Groene Hart Ziekenhuis en Vierstroomzorging. Jacqueline Blom, netwerkcoördinator dementie, CVA en NAH van Transmuraal Netwerk Midden-Holland begeleidt deze werkgroep, bewaakt de afspra-

ken en ondersteunt het proces.

Visie en werkafspraken

“Allereerst zijn een gezamenlijke visie en uitgangspunten opgesteld”, vertelt Jacqueline. “Te uitgebreid om hier te vermelden, maar de centrale waarden zijn: compassie, aandacht, autonomie, waardigheid en nabijheid. Met goede afstemming tussen de verschillende hulpverleners, de zorgvrager weet altijd wie de aanspreekpersoon is en de continuïteit van zorg is gewaarborgd. Om dat te bereiken, zijn we aan de slag gegaan met de werkafspraken tussen de belangrijkste zorgaanbieders. Want

de zorg moet op elkaar zijn afgestemd en op het juiste moment beschikbaar zijn. Met informatie die je met elkaar kunt delen.”

Zorgcoördinator


De werkgroep heeft werkafspraken gemaakt tussen de belangrijkste zorgaanbieders in de keten (geheugenpoli GHZ, dagbehandeling Zorgpartners, ambulante zorg GGZ, thuiszorg Vierstroomzorging). Iedere cliënt krijgt een zorgcoördinator, zodat er continue begeleiding is. Per patiënt is de zorgcoördi-

nator bekend. Jacqueline: “Dit zorgcoördinatorschap wordt opnieuw bekeken zodra er andere zorgverleners worden ingeschakeld. Bijvoorbeeld: de geriatrische verpleegkundige van de geheugenpoli is zorgcoördinator, maar de patiënt gaat drie dagen naar de dagbehandeling. Dan wordt een zorgverlener van de dagbehandeling zorgcoördinator. Eens per vier weken is er met alle zorgcoördinatoren een overleg.”

Overdrachtdossier

Het transmuraal overdrachtdossier is eveneens een belangrijk aspect in de zorg voor jong dementerenden. Jacqueline: “Daarin staan de cliëntgegevens, probleemanalyse, aantekeningen, de medische, verpleegkundige, paramedische en psychosociale gegevens en dergelijke. De cliënt neemt dit overdrachtdossier mee bij elk bezoek aan een zorgverlener. Deze vult het uiteraard weer aan met zijn bevindingen. Dit voorkomt dat de patiënt steeds weer zijn verhaal opnieuw moet vertellen en de zorgverlener is op de hoogte van de actuele situatie.”

Evaluatie

De werkwijze is net gestart en wordt in september geëvalueerd. Bereiken we op deze wijze inderdaad een sluitend netwerk voor jong dementerenden? 

Nieuwe woonlocatie voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel

In de zomer van 2008 gaat woonlocatie Karnemelksloot van start. In dit kleinschalig woonzorgcomplex in Gouda gaan 24 mensen met niet-aangeboren hersenletsel wonen. Een uniek project.

Communicatieafdeling
Gemiva-SVG Groep en
Zorgpartners Midden-Holland

Open huis in juli 2008. Nadere informatie hierover volgt.

De woonlocatie is een samenwerking tussen Zorgpartners Midden-Holland (verpleging & verzorging) en Gemiva-SVG Groep (gehandicaptenzorg). Deze samenwerking maakt de woonlocatie tot een uniek project in Nederland. "De bewoners van dit nieuwe complex kunnen hier in een kleinschalige woonomgeving met veel privacy wonen", vertelt Hetty van Oldeniel, manager bij Zorgpartners Midden-Holland. "Iedere bewoner heeft een appartement met een eigen voordeur, huiskamer, slaapkamer, keuken en sanitaire ruimte. Bovendien is er 24 uur per dag verpleging, huishoudelijke zorg en persoonlijke verzorging en begeleiding beschikbaar."

"Een mooi vooruitzicht"

Tijdens een kijkmiddag op 8 mei konden de aspirant-bewoners een kijkje nemen. Zij waren zeer enthousiast over de locatie. Het krijgen van een eigen woning met

goede voorzieningen, vinden de kijkers een mooi vooruitzicht.

Kroon op een jarenlange samenwerking

"Gemiva-SVG Groep kent al enkele woonvormen die werken volgens het concept dat we ook in dit nieuwe woonproject gaan gebruiken", aldus Hennie Blok, manager bij de Gemiva-SVG Groep. "Onze organisatie heeft veel ervaring in de psychosociale begeleiding van mensen met niet-aangeboren hersenletsel, Zorgpartners Midden-Holland is expert in de lichamelijke verpleging en verzorging. Die expertise wisselden we al uit ten gunste

van onze huidige cliënten, bijvoorbeeld door over en weer scholing voor onze medewerkers te verzorgen. Doordat we nu gaan werken met één team dat bestaat uit medewerkers van beide organisaties komt deze expertise op een bijzondere manier samen. De locatie aan de Karnemelksloot is zo de kroon op een al jarenlang bestaande samenwerking." 



Signaleren van verborgen hersenletsel

In Nederland krijgen jaarlijks naar schatting 100.000 mensen te maken met niet aangeboren hersenletsel (NAH): letsel dat ontstaan is als gevolg van een ziekte of ongeval. Het leven voor en na het letsel verschilt essentieel. NAH gaat gepaard met niet direct zichtbare, maar wel vaak blijvende en zeer ingrijpende gevolgen voor de patiënt en zijn directe omgeving. CVA/NAH verpleegkundigen kunnen worden ingeschakeld bij

deze ingewikkelde problematiek. Zij leggen complexe casuïstieken voor aan het hersenletselteam: een multidisciplinair team van deskundigen dat onderdeel uitmaakt van het coördinatiepunt NAH. Het team kan de hulpverlening in gang zetten en fungeren als intermediair tussen de verschillende disciplines. In juni gaat de pilot 'signalering NAH' van start. Huisartsen kunnen expertise inschakelen voor advies bij het stellen van

de diagnose. Vroegtijdige onderkenning van NAH is van essentieel belang zodat de patiënt en zijn direct naasten de zorg en begeleiding krijgen die zij nodig hebben. Meer informatie, kijk op www.nahcoördinatie.nl. Voor vragen over het project: Hanny den Hertog, CVA/NAH verpleegkundige, Nurse Practitioner i.o. telefoon: (0182) 50 53 84, e-mail: hanny.den.hertog@ghz.nl.

Verstandig omgaan met open vensters

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

Zorgverleners moeten vanaf 1 september volgend jaar digitaal informatie over patiënten met elkaar delen via het landelijke netwerk. Althans, als het aan volksgezondheidsminister Ab Klink ligt. Midden-Holland maakt zich klaar.



Theo Hooghiemstra

Het Transmuraal Café stond op dinsdag 20 mei in het teken van privacybescherming en digitale uitwisseling van patiëntgegevens. Speciale gast was Theo Hooghiemstra. Dankzij zijn verleden bij onder meer het College bescherming persoonsgegevens en het NICTIZ, het nationale knooppunt en kenniscentrum voor ICT en innovatie in de zorg, is hij in staat de huidige privacywetgeving te

vertalen naar de werkpriktijk. Tegenwoordig adviseert hij NICTIZ nog vanuit Stichting Het Expertise Centrum consultants voor ICT en bestuur in de publieke sector. Een gemêleerd gezelschap bestookte hem met vragen: van apothekers tot psychiaters tot diëtisten.

5.000 euro

Belangrijk nieuwtje uit de mond van Hooghiemstra: het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) looft 5.000 euro uit aan elke partij die zich voor het einde van volgend jaar, dus voor de invoering van het landelijke elektronisch patiënten-

dossier, laat aansluiten op het landelijke schakelpunt. Een andere boodschap: "We moeten niet verwachten dat na de invoering van dat elektronisch patiëntendossier alle gegevens volledig zijn en je helemaal geen informatie meer hoeft te verifiëren met collega's of patiënten. Patiënten kunnen bijvoorbeeld ook gegevens laten blokkeren en gegevens kunnen verkeerd worden

ingevoerd. De zaken worden beter, maar niet perfect. Dat laat onverlet dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg impulsen krijgen.

Je beschikt eerder en makkelijker over informatie. Dat kan van levensbelang zijn bij incidenten en maakt het werken een stuk efficiënter in vele andere gevallen."

Huisartsen en apothekers

Zorgverleners in Midden-Holland kunnen voor een deel al meekijken in elkaars patiënteninformatie. De waarnemend huisarts op de huisartsenpost heeft de mogelijkheid een samenvatting in te zien van het dossier dat is opgesteld door de eigen arts van de patiënt. In een eerder stadium was de Dienst-apotheek Midden-Holland al in staat dossiers bij de apotheken te bekijken. Verder worden de dossiers van openbare apotheken en ziekenhuisapothek met elkaar verbonden.

De volgende stap is dat andere zorgverleners dan huisartsen en apothekers een blik werpen op de informatie. Te denken valt aan medisch specialisten, specialistisch verpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, verloskundige en verpleeghuisartsen.

"Bereid je erop voor dat je straks als zorgverlener patiënteninfor-

matie kunt halen uit drie nieuwe bronnen: de systemen van huisartsen in de regio, de apothekers en het Groene Hart Ziekenhuis. Je hebt dan real time en online de gelegenheid de gegevens te bekijken die je nodig hebt bij de zorgverlening.”

De woorden zijn van Eef Peelen. Hij is projectleider Elektronisch Patiëntendossier van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland. Het is evident dat de geopende vensters gepaard moeten gaan met beschermde privacy van de cliënt. Het Transmuraal Netwerk verspreidt in dat kader een patiëntenfolder - zie kadertekst. Peelen: “Besef als zorgverlener ook dat alles wat jij op de computer doet, is te traceren. Je kunt zeggen: Big sister is watching de patiënt. Maar evengoed geldt: Big brother is watching big sister.” Peelen stelt dat een balans moet worden gezocht tussen op zichzelf tegenstrijdige eisen. Een balans tussen maximale bereikbaarheid en maximale bescherming van gegevens. Hooghiemstra, aanvullend: “Met het toenemen van de beschikbaarheid zal ook moeten worden geïnvesteerd in het toenemen van het vertrouwen en de betrouwbaarheid.”

Patiëntenfolder

SPITZ Midden-Holland, ofwel SchakelPunt Informatie Transmurale Zorg Midden-Holland. Dat is de naam van de organisatie van zorgaanbieders in de regio die transmuraal patiëntgegevens uitwisselen.

De aanbieders ontvangen van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland een folder om patiënten voor te lichten over 'Uw Elektronisch Patiëntendossier'. Nu steeds meer partijen in de zorg informatie met elkaar kunnen delen, is het zaak dat patiënten ervan weten en dat ze bovendien de weg kennen wanneer ze vragen hebben of bezwaar willen maken.



Leverancier software

Hooghiemstra adviseert zorgverleners zich goed voor te bereiden op de bredere toegankelijkheid van patiëntgegevens. “Het is verstandig nu al contact te zoeken met je softwareleverancier. Waarover je moet spreken? Dat je aangesloten wilt worden op het landelijke netwerk. Dat je een zogeheten UZI-pas wilt om dossiers in te kunnen en om aan alle overige landelijke voorwaarden te voldoen. Hoe sneller hoe beter, want slechts tot eind

2009 kan worden geprofiteerd van een financiële vergoeding vanuit VWS. Bespreek verder dat je wilt dat de behandelrelatie met de patiënt goed wordt vastgelegd in het systeem.”

Meer informatie

Meer informatie over het landelijke patiëntendossier is te verkrijgen via www.infoepd.nl. Gegevens over de regionale variant zijn te vinden op www.spitz-mh.nl.





Eliane geniet, maar haat honden....

Wonen aan de Lek

Dick Jonker
journalist

Wie vanuit Bergambacht en Ammerstol over de Lekdijk fietst of wandelt (met de auto kán maar is veel minder spectaculair) geniet gegarandeerd van oer-Hollandse vergezichten met als bekroning het markante silhouet van Schoonhoven. Dat deed Eliane Thewessen in de zomer van 2004 ook toen zij met haar partner zich fietsend liet leiden door de zogeheten Bastideroute. Op een punt waar de Lekdijk Hogedijk is gaan heten, viel hun oog op een vervallen gebouwtje onder aan diezelfde dijk. Op een groot bord werd door een architect compleet met tekeningen aangekondigd dat het voormalige schooltje zou worden getransformeerd in een drietal woningen. Eliane en partner sloegen toe en namen contact op met de architect. De koop werd gesloten. “Dat hier een openbare school stond, is een verhaal apart. De kinderen die richting Ammerstol woonden en in Bergambacht openbaar onderwijs volgden, hadden het vooral in de winter zwaar te verduren. Modderige wegen, vroeg donker.... oorzaak dat de jeugd maar al te vaak thuis bleef. Op verzoek van de ouders werd in 1882 aan de Hogedijk een tweede openbare school geopend. In 1934 werd de school gesloten en wij wonen nu sinds een paar jaar in één van de voormalige klaslokalen...”

Eliane raakt niet uitgezongen met haar loflied op hun riante behuizing waarin je vanuit de slaapkamer over de dijk naar de Lek kunt kijken. “Het is altijd druk op de rivier en vooral als de zon op het water staat en de wind door je haren waait, voel ik me helemaal gelukkig. Ik heb een drukke baan, ben veel op pad en dan kun je in deze oase van rust en schoonheid helemaal bijkomen. In de tien maanden dat ik ziek thuis moest blijven, heb ik veel over de dijk gewandeld en genoten van de omgeving. Mijn partner die onder meer beeldend kunstenaar is, vindt het een beetje stil... Maar hij heeft wel mooi onder het terras aan de achterkant zijn atelier.”

Dat terras biedt een prachtig uitzicht op het weidse landschap met koeien, ooievaars, schapen en paarden. Van die dieren kan Eliane ook genieten, maar op honden heeft zij het minder. In de hal hangen een tiental bordjes waarop in diverse talen gewaarschuwd wordt voor de aanwezigheid van deze beesten. “Chiens méchants als je fietst in Frankrijk!” Eliane gruwet bij de herinnering.



Eliane Thewessen (50) woonde ooit in de Goudse wijk Bloemenaal, maar is nu trots op deze mooie locatie aan de Lek. Eliane is van huis uit arts microbioloog en maakt deel uit van de Raad van Bestuur van het Groene Hart Ziekenhuis.