

Transmuraal  
Magazine voor  
Midden-Holland  
Jaargang 9  
Maart 2009  
Nummer

1

# Stroomlijn

**In dit nummer onder andere:**

Dikke kinderen zijn de dikke volwassenen van morgen

Sense, nu overal gratis verkrijgbaar

Overzicht met sociale kaart

Geheimhoudingsplicht prevaleert



# Colofon

Jaargang 9 – Nummer 1  
maart 2009

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

## Hoofredactie

Lia Donkers, *directeur Transmuraal Netwerk M-H*

## Eindredactie

Ineke Weverling, *redactie secretaris*

*Transmuraal Netwerk MH*

Carla van Zuylen, *communicatieadviseur*

*Transmuraal Netwerk MH*

## Redactie

Aleid de Booij, *arts GGD MH*

Aris Bras, *manager Behandeling & Begeleiding  
Zorgpartners MH*

Ruud Hoogervorst, *clustermanager*

*Gemiva-SVG Groep*

Lidwien van Keep, *bedrijfsarts ArboUnie MH*

Wilma van Twist, *unitmanager kinderpoli*

*Sophia Revalidatie Gouda*

Marnix de Romph, *senior adviseur marketing*

*Vierstroomzorging*

Astrid van der Sanden, *klinisch geriater,*

*afgevaardigde namens de KNMG*

Monique Pronk, *preventiefunctaris afdeling*

*Preventie en Dienstverlening GGZ MH*

## Vaste medewerkers

Gerda Verbeek, *journalist*

Lia Thorborg, *journalist*

Gerben Stolk, *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 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 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.*

# Agenda

**2 juni, 1 september,  
8 december**

Transmurale Café's 2009

Tijd: 17.30 tot 19.00 uur

Locatie: Geheerzaal van het GHZ, Bleulandlocatie

**Voorjaar 2009**

MS Symposium

**28 mei 2009**

Huisartsensymposium ketenzorg

**28 september 2009**

Netwerkbijeenkomst Palliatieve Zorg

**12 november 2009**

Regionale Zorgconferentie

**6 november 2009**

Jaardiner KNMG

# Verspreiding

Onderhoudt u als professional, manager, stafmedewerker, directeur of bestuurder werkcontacten met andere zorgorganisaties in Midden-Holland, dan is dit tijdschrift voor u! Meldt het ons als u het niet standaard, één keer per kwartaal, ontvangt.

Stroomlijn wordt per post verstuurd of verspreid via uw organisatie. Eventuele wijzigingen/correcties kunt u melden via [info@transmuraalnetwerk.nl](mailto:info@transmuraalnetwerk.nl) of aan de contactpersoon bij uw organisatie (zie hieronder).

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](http://www.zorgmediatheek.nl)**

Als transmuraal 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

Dikke kinderen zijn de volwassenen van morgen .....	4
MS ketenzorg .....	7
Sense, nu overal verkrijgbaar .....	8
SEH: soepel schakelen in schaatsweekend .....	10
Overzicht met sociale kaart .....	12
“Ik vrees herhaling invoeringshobbels WMO” .....	14
Attentie voor Dementie III .....	16
Inspiratiecyclus palliatieve zorg .....	17
Berichten van de transmurale partners .....	18
Geheimhoudingsplicht prevaleert .....	20
Hecht netwerk komt zorg ten goede .....	22
‘Ken uw streek’ .....	24

## Highlights

### Dikke kinderen zijn de dikke volwassenen van morgen

Steeds meer kinderen hebben overgewicht. Dat geldt ook voor Midden-Holland, zo blijkt uit de GGD-Monitor Jeugd van Midden-Holland. Het lijkt een onomkeerbaar proces.

Pagina 4



### Sense, nu overal gratis verkrijgbaar

Dit voorjaar gaat een landelijke mediacampagne van start, die de aandacht richt op Sense, eerstelijnscentra voor seksuele gezondheidszorg voor jongeren van 12 tot 25 jaar. Sense begon in 2005 als pilot-project in o.a. Midden-Holland.

Pagina 8



### Overzicht met sociale kaart

Een toegankelijke verzameling digitale informatie over het zorg- en welzijnsaanbod. Dat is de kortste omschrijving van een sociale kaart. Hoe staat het er in Midden-Holland mee?

Pagina 12



### Geheimhoudingsplicht prevaleert

In oktober 2008 ontvingen de inwoners van Gouda een brief, waarin de gemeente en de politie hen uitnodigden om deel te nemen aan Burgernet. Maar werknemers in de zorg kunnen niet meedoen, het conflicteert met het beroepsgeheim.

Pagina 20



### Risicowijshheid

Het heet preventie maar het behandelen van ziekterisico's wordt even lucratief als het behandelen van de ziekten zelf. Er is wel een groot verschil. De ziektediagnose berust op feiten, de risicodiagnose op kansen. Het is niet eenvoudig om op grond van kanspercentages een verantwoord en effectief beleid te maken. We vertrouwen op epidemiologisch onderzoek. Daarover volgde ik een workshop met de veelzeggende titel: het risico van risico's. U raadt het al: cijfermatige wijsheid bezorgt de gezondheidszorg een theoretische tunnelvisie. Omgaan met risico's is een complex gebeuren. Een som van ratio en emotie. Ook op individueel niveau. In zijn recent verschenen proefschrift over risicopercepties meldt Onno de Zwart een discrepantie tussen de risicoinschatting van de overheid en die van de inwoners. Waar bij dreigende wereldinfecties als SARS en Vogelgriep de overheid radicale maatregelen treft, reageert de individuele burger tamelijk laconiek. Soms dreigen overheidsmaatregelen zelfs te mislukken door saboterende burgers. Wie herinnert zich niet het verzet van de hobbyboeren tegen de ophokplicht van pluimvee? De ene mens trotseert het risico, de ander vermijdt het liever. Uit angst soms. Als reactie op 11 september kozen de Amerikanen massaal voor de auto. In het jaar daarop steeg het aantal verkeersslachtoffers met 1600. Dat is zes keer het aantal doden van de gekaapte vliegtuigen. Een ding is zeker: angst is een slechte raadgever bij risico-inschatting.

### Lia Donkers

Directeur  
Transmuraal  
Netwerk  
Midden-  
Holland



# “Dikke kinderen zijn de dikke volwassenen van morgen”

Gerda van Beek

**Steeds meer kinderen hebben overgewicht. Landelijk is ongeveer een op de vijf meisjes en een op de zes jongens te dik. Die getallen gelden ook voor Midden-Holland, zo blijkt uit de GGD-Monitor Jeugd van Midden-Holland. Het lijkt een onomkeerbaar proces.**



Iedereen kan het zien in zijn omgeving: er komen steeds meer dikke kinderen. In 2006 was 18% van de kinderen in deze regio te zwaar en te vrez en valt dat percentage al is toegenomen. De Nationale Studie laat zien dat de prevalentie van overgewicht bij 2- tot 4-jarigen in de periode 1987-2001 meer dan verdrievoudigde!

Nou en, is dat zo erg? “Ja”, zegt Ineke van Kampen fel. Als arts en afdelingsmanager Jeugdgezondheidszorg GGD somt ze moeiteloos de nadelen op. “Overgewicht bedreigt de gezondheid. Het kan leiden tot diabetes op jonge leeftijd, hart- en vaatziekten, gewrichtsproblemen en dergelijke. Maar het is ook psychisch heel belastend. Dikke kinderen worden eerder gepest of buitengesloten, kunnen niet goed meedoen met sport, ze zijn vaak onzeker, hebben minder zelfvertrouwen. Het is een groot maatschappelijk probleem. En het ergste is: we hebben het zien aankomen, het werd al jaren gesignaleerd, maar is niet structureel aangepakt. Het had geen prioriteit en de financiën ontbraken. Tussen het signaleren en het maken van landelijk beleid zit een lange tijd. Pas recentelijk staat het terugdringen van overgewicht op de politieke agenda. Daarbij is het belangrijk te starten op jonge leef-

tijd, want de meeste te dikke kinderen worden te dikke volwassenen.”

### Consultatiebureau

Natuurlijk is er in de begeleiding van kinderen aandacht voor het gewicht. Dat begint al bij het consultatiebureau. “Wij letten er erg op”, zegt Evelien Storchi, stafarts jeugdgezondheidszorg. “We geven ouders van baby’s voorlichting over voeding en over het bevorderen van beweging. Dus niet de baby alleen in een wipstoeltje of maxi cosi, maar in de box neerleggen. Peuters laten meelopen in de winkel. Geen diksap geven, maar water. Kleine veranderingen die echt effect sorteren.”

“Vanaf 2 jaar berekenen we de BMI. Als dat neigt naar overgewicht, spreken we extra controles af. Het overgewicht ontstaat vaak als de kinderen naar school gaan, op het consultatiebureau zien wij daarvan de voorboden al. We signaleren het, geven advies aan de ouders en als het duidelijk een probleem betreft, verwijzen we door. Naar de diëtiste of naar de huisarts als we vermoeden dat er nog een onderliggend probleem is. Dat moet zo snel mogelijk. Want kinderen bewegen van nature graag, maar bij te dikke kinderen zit het gewicht hen in de weg. Dat is triest.”

“De opdringerige reclame van de industrie is ongelooflijk storend”, stelt Evelien Storchi boos vast. “Ouders zijn gevoelig voor het welbevinden van hun kind en daar speelt de industrie op in. Met geraffineerde boodschappen dat hun product het beste is voor het kind. Zo krijgen de ouders een verkeerd voedingspatroon opgedrongen. Op het consultatiebureau geven we objectieve voorlichting, vers sap is beter dan dubbeldrank, gewone yoghurt beter dan die liflafyoghurtjes.”

De zorg op het consultatiebureau loopt tot 4 jaar, daarna worden kinderen gezien door de schoolartsendienst. “Als een kind risicofactoren heeft, zoals overgewicht, dan geven we dat door en krijgt het kind extra aandacht van de arts JGZ 4-19”, aldus Evelien Storchi. “In feite moet je de jeugdgezondheidszorg als één

geheel zien voor 0 – 19 jarigen. Ik ben een groot voorstander van een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), waar je op dezelfde plek het kind en de ouder blijft zien. Dat waarborgt de continuïteit. In een gezamenlijk gebouw kun je de inhoudelijke samenwerking beter vorm geven. Als voorbeeld. We werken met het Overbruggingsplan, een landelijk programma dat ouders en kinderen moet motiveren iets te doen aan het overgewicht. Professionals verlenen daarin ondersteuning, vanuit het consultatiebureau, de jeugdartsen en de diëtisten. In een CJG kan je daar gezamenlijk inhoud aan geven.”

### Diëtist

Ook Willy Verstegen, diëtist Vierstroomzorging, is voorstander van een CJG. “Als het één locatie wordt met verschillende professionals, dan willen we daar graag bij aansluiten. Samenwerking gaat beter als je elkaar kent. Bovendien is de drempel voor ouders en kinderen waarschijnlijk lager.” Vanuit haar vakgebied ervaart ze de toename van dikke kinderen. “En binnen de groep zware kinderen, zie je

steeds meer kinderen met extreem overgewicht. Bij ruim 3% van de kinderen is sprake van obesitas.” “De verwijzing naar een diëtist gebeurt altijd door een arts”, vertelt Willy Verstegen. “Er vindt dan een intakegesprek plaats. Ik breng de eet- en bewegingspatronen in kaart en kijk wat er kan worden verbeterd. Het uitgangspunt is niet een streng dieet, maar gezonde voeding. Dat betekent voor de meeste kinderen al een flinke aanpassing. Het is al goed als een kind niet in gewicht toeneemt. Gecombineerd met de groei leidt dat toch tot een lagere BMI. Het is geweldig als kinderen zelf die klik maken naar gezondere voeding.”

De verleiding van ongezond eten is heel groot, erkent Willy Verstegen. “Daarom hebben de diëtisten met de GGD een ‘tussendoortjes- en traktatiebeleid’ opgesteld voor leerkrachten. Ik heb Liga eens gevraagd of ze de koekjes niet per stuk kunnen verpakken, in plaats van per twee. Tevergeefs, Liga heeft andere afwegingen.”

Naast individuele begeleiding zijn er ook groepscurssussen voor te dikke kinderen van de bovenbouw



Willy Verstegen

van de basisschool en voor tieners. "In samenwerking met de sport-school en fysiotherapie. Bewegen en gezonde voeding staan daarin centraal. Het voordeel van zo'n cursus is de gezamenlijke aanpak."

### Gezamenlijke aanpak

Ineke van Kampen is een groot voorstander van zo'n gezamenlijke aanpak. "En dat kan zelfs nog veel breder. Een goed voorbeeld is de 'Dikke Vrienden Club' van het St. Franciscus Gasthuis. Het behandelteam bestaat uit een kinderarts, psycholoog/orthopedagoog, fysiotherapeut en diëtist. Op deze wijze wordt aandacht geschonken aan alle aspecten: de medische, de voedings-, de bewegings- en de psychologische kant van overgewicht. Voorbeelden van multidisciplinaire aanpak in onze regio zijn het kinderastma-netwerk (KAN), de pipo-poli (voor kinderen met zindelijkheidsproblemen) en in 2009 een poli voor kinderen met een ontwikkelingsachterstand 'de goudvis' (Gouda vroeg integraal signaleren). Iets dergelijks zou er ook moeten komen voor kinderen met overgewicht. De bereidheid bestaat bij de professionals, maar de financiering



Ineke van Kampen

ontbreekt helaas nog. Voor zo'n behandelcombi zouden we preventiemiddelen vanuit de zorgverzekeraars kunnen inzetten, evenals middelen vanuit gemeenten of overheid in het algemeen. Dat

gebeurt nu niet. Jammer, want het is hard nodig."

**Wilt u reageren? Mail naar [info@transmuraalnetwerk.nl](mailto:info@transmuraalnetwerk.nl).**

### Een dagelijkse worsteling

**Hoe is het om een kind met overgewicht te hebben en dagelijks te worden geconfronteerd met het bewust omgaan met voeding en beweging?**

*"Lastig", zegt Jetty Versluis hartgrondig. Haar zoon Tom (8 jaar) is te dik. "Het was altijd al een mollig ventje, maar vorig jaar winter werd hij echt te zwaar. Ik heb zelf contact opgenomen met de schoolarts en gevraagd om een verwijzing naar een diëtist.*

*Voor het intakegesprek hebben we een week lang bijgehouden wat hij eet en drinkt. Daarna heeft hij een aantal gesprekken gehad, waarbij het doel is dat hij op gewicht blijft, dus niet bijkomt. Zelf was ik redelijk bekend met goede voeding, maar het was wel een eye opener dat er in frisdranken, fruitsappen en zelfs aanmaaklimonade zoveel calorieën zitten.*

*Zijn twee zusjes zijn aan de magere kant. Tom heeft de pech dat alles bij hem aanzet. Dat betekent dat hij altijd moet letten op zijn voeding en dat is lastig. Uiteraard bieden we hem thuis zoveel mogelijk gezonde dingen aan, maar buitenshuis heb je het niet in de hand. Dus hij moet zelf sterk genoeg zijn zich te beperken. Met de diëtist heeft hij afgesproken dat hij bij een traktatie op school één ding opeet en de rest meeneemt naar huis. Dat gaat in zijn eigen snoep-pot, waar hij één keer per dag iets mag uitkiezen. Gelukkig is de school bewust bezig met voeding, maar de traktaties zouden wel gezonder kunnen. Maar ja: de kinderen vinden een spiesje met een worstje en stukje kaas niet interessant, een zakje chips is veel lekkerder.*

*Tom is echt zo'n modern multimedia kind, dat het liefste achter zijn computer zit. We stimuleren erg dat hij toch beweegt. We gaan met hem zwemmen, hij zit op hockey, traint daarvoor eens per week en speelt wekelijks een wedstrijd. Eerlijk gezegd is hij daarin niet heel fanatiek. Dus we overwegen hem op tennis te doen, dan moet hij zich meer inspannen. Maar dat moet hij zelf ook leuk vinden, anders heeft het geen zin. Daar draait het toch steeds om: zijn eigen motivatie. Terwijl je daar ook niet steeds de nadruk op wil leggen, het is een lekker joch en hij moet ook gewoon kind kunnen zijn. Het is echt een dagelijkse worsteling daar een goede balans in te vinden."*

# Door integraal te kijken completere zorg bieden

**Bij MS is het aantal disciplines dat betrokken is erg groot.**

**Goede afstemming en nauwe samenwerking is voor de patiënt van grote waarde. Daarom is eind vorig jaar de projectgroep MS van start gegaan.**

Carla van Zuylen,  
senior communicatieadviseur

“Eigenlijk zijn er maar twee knelpunten in de MS-keten,” vertelt Lisette van Dingenen, programma-leider Transmuraal Netwerk. “Het eerste is dat de verschillende disciplines niet goed van elkaar weten welke mogelijkheden er zijn.



Daarnaast leeft het idee dat patiënten uit het zicht verdwijnen omdat die het idee hebben ‘ze kunnen

toch niets voor me doen’. Maar door integraal te kijken kunnen we wel degelijk hulp bieden.

Als eerste zijn er 15 probleemvelden gedefinieerd. Dit geeft veel inzicht in de grote hoeveelheid problemen waar een MS-patiënt mee te maken kan krijgen.

Door de hulpvraag te verdelen in probleemvelden is beter te bekijken wat er speelt en wie er wat kan betekenen voor deze patiënt. Zo wordt de volledige zorg ingezet.

## Jaarlijkse screening

“Het gezamenlijk vastleggen van de probleemvelden, de mogelijkheden van interventies, doorverwijzingen en samenwerking heeft al veel

## De 15 probleemvelden zijn:

1. Communicatie
2. Motorisch functioneren
3. Mobiliteit
4. Vermoeidheid
5. Gezichtsvermogen
6. Pijn
7. Mictie en defaecatie
8. Gewicht
9. Seksualiteit en zwangerschap
10. Cognitief functioneren
11. Emoties
12. Zelfverzorging
13. Dagbesteding
14. Wonen
15. Sociale relaties

## “Met veel verschillende zorgverleners te maken”

*Annelies Stellinga is 34 jaar, woont in Zoetermeer en werkt halve dagen als medewerker kwaliteit. Ze heeft sinds enige tijd MS maar zit niet bij de pakken neer. “Mijn ziekte is momenteel secundair progressief. Dit betekent dat er geen volledig herstel meer optreedt na een periode van verslechtering, daardoor ondervind ik meer last. Zo gaat lopen moeizaam. Maar ik probeer van alles uit van acupunctuur, magnetiseur, robotbenen, osteopaat tot botoxinjecties in mijn benen. Naast mijn werk ben ik actief als vrijwilliger bij de MS vereniging in de regio Gouda. We organiseren informatieavonden voor lotgenoten over allerlei onderwerpen. Vanuit de vereniging neem ik, samen met Magriet Mataheru, deel aan de Projectgroep MS. Deze groep is pas onlangs van start gegaan dus ik kan nog niet uit ervaring spreken of er verbeteringen zijn. Wat ik wel gemerkt heb is dat je als MS-patiënt met heel veel verschillende zorgverleners te maken hebt zoals de neuroloog, revalidatiearts, uroloog, fysiotherapeut etc. Ze weten van elkaar niet waar ik heen ga of al ben geweest. Het is lastig dat je zelf telkens je verhaal moet doen en hen moet informeren welke specialisten je al gezien hebt of welke hulpmiddelen je al gebruikt of uitgeprobeerd hebt. Ik hoop dat dit wordt verbeterd.”*

inzichten opgeleverd. Ook hebben we een verwijsschema opgesteld, waarmee we nu in de praktijk aan de slag gaan om de werkwijze uit te proberen. Ook willen we gaan werken met een vaste jaarlijkse screening van patiënten. Aan de hand van een vragenlijst kunnen ze zelf aangeven wat zij als belastend ervaren. Patiënten krijgen dus zelf een duidelijke rol en kunnen aangeven wat voor hen relevant is zodat de zorg daarop kan inspelen. In juni organiseren we een symposium om het verwijsschema toe te lichten en onze ervaringen in de praktijk te delen. De volgende stap van de projectgroep is het zoeken naar een mogelijkheid voor een gezamenlijk dossier.”

# Sense, nu overal gratis verkrijgbaar

Lia Thorborg  
journalist

Dit voorjaar moet de naamsbekendheid van Sense met sprongen toenemen. Dan gaat een landelijke media-campagne van start, die de aandacht richt op deze eerstelijnscentra voor seksuele gezondheidszorg voor jongeren van 12 tot 25 jaar. Sense begon in 2005 als pilot-project in Midden-Holland, Rotterdam en Flevoland.



Klazien Visser, GGD Hollands Midden

Het meest belangrijk voor deze doelgroep is de lancering van de website [www.sense.info](http://www.sense.info). Jongeren vinden er niet alleen betrouwbare informatie, maar kunnen online vragen stellen, chatten en e-mailen of een afspraak maken met een hulpverlener bij hen in de buurt. Voor de zorgprofessional is via een Sense-platform op GGD Kennisnet uitgebreide achtergrondinformatie beschikbaar.

## Krachten gebundeld

De maatschappelijke noodzaak om jongeren beter en preventief te informeren over het hele spectrum van seksualiteit is intussen algemeen erkend (zie kader ASH). Na het overgangsjaar 2008 is Sense nu uitgerold over heel Nederland. Eerstelijns seksuele hulpverlening voor jongeren is voortaan overal laagdrempelig, anoniem en kosteloos beschikbaar.

In Midden-Holland wonen relatief veel jongeren met een streng religieuze achtergrond. Ook is het percentage migranten hoog. Het aantal onbedoelde tienerzwangerschappen ligt boven het landelijk gemiddelde, het condoomgebruik eronder. Dat was in 2005 reden om de 'versnipperde' hulpverlening op het gebied van seksuele gezondheid (relaties, soa en anticonceptie) structureel te verbeteren. De GGD Hollands Midden en het Groene Hart Ziekenhuis bundelden hun krachten en meldden zich onder verantwoordelijkheid van het Transmuraal Netwerk aan voor de pilot. Hun enthousiasme was groot. Uitgangspunt was – op termijn – een zelfstandige organisatie met eigen huisvesting en een naamsbekendheid van 60% onder jongeren. Die doelen bleken niet haalbaar. Zelfstandigheid wordt – ook landelijk – niet langer nagestreefd. Het

bleek doelmatiger om Sense ingebed te houden in de GGD, die sowieso door meer dan 80% van de doelgroep wordt genoemd als instantie waar je moest zijn voor seksuele gezondheidszorg. De naamsbekendheid van Sense was in alle pilot gebieden na drie jaar 5%. De klanttevredenheid behoeft nauwelijks verbetering, met rapportcijfers van 8,4 tot 8,7.

### Soa-poli

Sense heeft zijn bestaansrecht in Midden-Holland bewezen. De eerste succesfactor was de snelle inrichting van een soa-poli. Tijdens de spreekuren in het gebouw van de GGD aan de Thorbeckelaan in Gouda werd samengewerkt tussen de GGD-verpleegkundigen en GHZ-specialisten, zoals een dermatoloog, een seksuoloog en een gynaecoloog. Na een selectie door de soa-verpleegkundige kon onmiddellijk verwijzing naar de juiste hulpverlener volgen. Cliënten werd sneller geholpen.

Maar bovenal werd er gelegenheid geschapen voor bredere voorlichting en advies op maat. "We konden bij jongeren een geïntegreerde anamnese uitvoeren. Het bleef niet bij een gesprek over de gezondheidsrisico's van onveilig vrijen zoals voorheen. Alle aspecten van seks, relaties en het voorkomen van soa en zwangerschap werden bespreekbaar. Eerder gebeurde dat niet in die mate," vertelt Klazien Visser. Zij is als sociaal verpleegkundige van de GGD Hollands Midden met collega's Marlous Ratten en Gerard Baltus verantwoordelijk voor de soa- en inloopsprekuren van Sense.

In de evaluatie van het project door TNO (augustus 2008) wordt die organisatie in Midden-Holland genoemd als succesfactor: de medewerkers waren direct bij de besluitvorming betrokken en daardoor zeer gemotiveerd. Zij hebben bovendien geprofiteerd van deskundigheidstrainingen, die tijdens de pilot door Sense zuidelijk Zuid-Holland (Rotterdam) werden georganiseerd. Het aantal soa-consulten in Gouda bleek in 2006 ten opzichte van



centrum voor seksuele gezondheid  
MIDDEN - HOLLAND

voorgaande jaren meer dan verdubbelde tot 400. De toename van het aantal cliënten met seksuologische vragen bleek in 2007 met 25% ook bovengemiddeld.

Inmiddels zijn de specialisten overigens niet meer aanwezig tijdens de spreekuren. Het aanbod van cliënten bleek te onregelmatig. Zij houden zich in het GHZ beschikbaar voor consult. De verpleegkundigen beschikken echter over een bredere, diepere kennis, kunnen meer zelf afhandelen en brengen de cliënten – als het nodig is - direct in contact met de tweedelijnszorg.

### Draagvlak en samenwerking

Huisartsen zijn niet rechtstreeks bij Sense betrokken, evenmin als de geestelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk. In de evaluatie van de pilot door TNO blijkt het aanvankelijk draagvlak (44%) onder huisartsen in Midden-Holland te zijn toegenomen tot 60%. Huisartsen zijn positiever geworden over de laagdrempeligheid en over de vraag of de hulp bij jongeren aansluit. Ook Visser signaleert een toenemende acceptatie. Cliënten worden soms door huisartsen naar Sense verwezen. Andersom adviseren de sociaal verpleegkundigen hun cliënten in voorkomende gevallen ook de huisarts in te lichten.

Laagdrempeligheid en bekendheid zijn absolute voorwaarden voor succes. De meeste jongeren – zowel in de stad als op het platteland - vinden Sense via internet. Ook worden folders verspreid in de horeca en specifieke evenementen. Toch blijft het bereiken van speciale groepen als migranten en streng religieuze jongeren een punt van zorg. Sense Zuidelijk Zuid-Holland

(waarvan de regio Midden-Holland inmiddels deel uitmaakt) heeft daarvoor onlangs een werkgroep van hulpverleners en jongerenorganisaties ingericht.

In sommige regio's wordt samengewerkt met ROC's en jongerencentra. In grote steden, zoals Rotterdam, wordt geëxperimenteerd met een bus voor inloopsprekuren van hangjongeren. In Midden-Holland ontbreken daarvoor de menskracht en middelen. Hier richt Sense zich daarom op intensivering van de regionale samenwerking met instanties, die betrokken zijn bij jeugd en gezondheid. "We zullen de sociale kaart beter moeten benutten," zegt Visser. "Sense moet een begrip worden bij andere hulp- en zorgverleners. Dan wordt het voor ons mogelijk om aan te sluiten bij bestaande structuren. Op het vlak van samenwerking valt echter nog heel veel werk te verrichten."

### ASH-regeling

*De nieuwe regeling Aanvullende Seksualiteitshulpverlening voor jongeren (ASH) is in 2008 gestart. Aanvullend op de curatieve soa-zorgregeling is zij bestemd voor kostenloze, laagdrempelige hulpverlening aan jongeren tot en met 24 jaar. VWS verstrekt jaarlijks € 3,5 miljoen subsidie, die op basis van inwonertal en aantallen consulten wordt verdeeld over acht overkoepelende GGD-en. De regio Midden-Holland valt hierbij onder de regio zuidelijk Zuid-Holland (coördinator daarvan is de GGD Rotterdam-Rijnmond). De ASH-regeling is het financiële fundament onder Sense, centrum voor seksuele gezondheid, waarin wordt samengewerkt door Soa Aids Nederland, Rutgers Nisso groep en GGD Nederland. Belangrijkste onderdelen van Sense zijn een website en gratis spreekuren. In Midden-Holland zijn de inloopsprekuren van Sense elke woensdagmiddag 13-14.30 uur bij de GGD Hollands Midden, Thorbeckelaan 5 in Gouda. Elke dinsdagmiddag en eens in de twee weken op woensdag is er soa-spraak op afspraak (0182) 54 55 88. Voor meer informatie: [www.sense-info.nl](http://www.sense-info.nl) of [www.soa.nl](http://www.soa.nl).*

Ruim 200 extra gewonden SEH Groene Hart Ziekenhuis

# Soepel schakelen in schaatsweekend

Gerben Stolk  
journalist - PlumaTekst

De Volkskrant bericht dat in januari tienduizend mensen bij een ziekenhuis aanklopten voor hun schaatsverwondingen. Zorgverzekeraars becijferden wat de kostenpost is van al dat leed. En het Groene Hart Ziekenhuis? Daar wensen ze zich dat het elk weekeinde zo vlotjes loopt als op 9, 10 en 11 januari.



Joke Mintjes

“Verbeterpunten? Om eerlijk te zijn niet. Het liep zó voorspoedig, dat ik zou willen dat het elk weekend hetzelfde ging.” Het citaat is van Joke Mintjes. Zij is zorgcoördinator Spoedeisende Hulp (SEH) van het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ). Met voldoening - althans, wat betreft haar werk, natuurlijk niet naar aanleiding van het schaatsleed - kijkt zij terug op het weekeinde van vrijdag 9 tot en met zondag 11 januari waarin Nederland massaal ijspret beleefde.

“De samenwerking binnen het GHZ en met de Huisartsenpost Midden-Holland en Regionale Ambulance-dienst Hollands-Midden was prima. Bovendien liep de triage gesmeerd en konden we daardoor ook goed duidelijk maken aan mensen waarom zij bijvoorbeeld langer moesten wachten dan gewonden die later waren binnengekomen. Kortom, de communicatie met de cliënten was goed en de sfeer was goed.”

## Pechvogels

Eerst even de cijfers op een rij. Tijdens een gemiddeld weekeinde ontvangt de SEH 45 tot 50 mensen per etmaal. Ditmaal kwamen daar aan schaatsverwondingen 26 bij op vrijdag, 62 op zaterdag, 91 op zondag en nog 29 op maandagochtend. De meeste pechvogels meldden zich spontaan en een handjevol werd doorgestuurd via de

Huisartsenpost of kwam binnen met een ambulance. De meest genoteerde verwonding: de polsfractuur en de enkelfractuur. Heupfracturen scoorden eveneens hoog, net als scheuren en snijwonden in het gelaat. Die laatste kwamen nogal eens voor bij geoffende schaatsers, die weliswaar de kunst van de sport verstaan, maar ten val kunnen komen als gevolg van een scheur of een wak. Mintjes: "Voorafgaand aan het weekend hadden we een interne mail ontvangen met het verzoek rekening te houden met het feit dat veel mensen zouden deelnemen aan schaatstochten. Dat hebben we ook gedaan, maar we waren aanvankelijk niet voorbereid op deze aanloop van gewonden. Het begon op vrijdagavond en we hebben al snel hulp gevraagd aan eigen collega's en andere disciplines/afdelingen."

### Verpleegkundigen

Op elk moment van het etmaal is op de SEH een zogeheten observatoriumverpleegkundige aanwezig. Die beoordeelt, of iemand in het ziekenhuis moet blijven of naar huis kan. Hij ontfermt zich ook over patiënten die niet langer dan twaalf uur in het GHZ hoeven te blijven. Verder werken er overdag en in de avond vier SEH-verpleegkundigen en 's nachts twee. Mintjes: "Op vrijdagavond hadden we de gebruikelijke bezetting. Toen het druk werd, hebben we gevraagd of een extra chirurg in het ziekenhuis kon blijven en of er een extra gipsverbandmeester van de gipskamer bij kon komen. Verder kregen we een helpende hand van andere afdelingen. Die leverden bijvoorbeeld extra lakens, terwijl medewerkers van de keuken extra eten kamen brengen. Wij waren daar op een gegeven moment doorheen." Op zaterdag waren ze bij de SEH volledig doordrongen van de ernst van de situatie. Dat leidde tot het besluit zowel overdag als 's avonds vijf in plaats van vier verpleegkundigen in te zetten. Mintjes, behalve coördinator en praktijkopleider ook nog de helft van haar tijd actief als

verpleegkundige, was een van hen. "Ik heb mijn vrije zaterdag opgeofferd. Maar ik was lang niet de enige. Een gipsverbandmeester deed bijvoorbeeld hetzelfde na twee uur 's middags."

### Triage

Hoe pakte de SEH het in logistieke zin aan? Hoe kon het grote aantal gewonden naar behoren worden geholpen? "We hebben veel baat gehad bij ons triagesysteem. Kijk, normaal gesproken is er een triageverpleegkundige die hulp biedt aan ons team. Nu was de verpleegkundige voortdurend in de triagekamer. Wat een triageverpleegkundige doet? Vragen naar de klachten van de patiënt en ook de benodigde zorg inventariseren. De bloeddruk wordt bijvoorbeeld al gemeten of er worden röntgenfoto's aangevraagd wanneer het nodig is. In het betreffende weekeinde werden aldoor tegelijkertijd pijnmedicatie en verbanden/mitella's gegeven." "Heel belangrijk: de triageverpleegkundige stelt de ernst van de verwondingen vast en bepaalt aan de hand daarvan wie het eerst door een arts of arts-assistent moet worden gezien. Daarvoor hanteren we kleuren: rood, oranje, geel, groen en blauw. Rood is het ernstigst en blauw is het minst urgent. Voor rood heb je eigenlijk niet eens triage nodig, want dat gaat om mensen die een levensbedreigende aandoening hebben, zoals een hersenbloeding, of acuut moeten worden gereanimeerd. Dat wordt onmiddellijk bij binnenkomst gezien. En blauw, de laagste urgentie, is denkbaar wanneer iemand al weken rondloopt met een wond en nu ook nog wel een paar uur kan wachten op behandeling."

### Begrip

Waarom precies stelt Mintje dat de voortdurende aanwezigheid van een triageverpleegkundige zo nuttig was? "Als je goed triert, heb je snel in de gaten wat de beste volgorde van behandeling is. Iemand bij wie na een val op de pols de hand scheefstaat, wat duidt op een ernstige breuk, krijgt bijvoorbeeld een hogere urgentie om door een arts-

assistent gezien te worden. Het helpt ook mee het begrip van gewonden te vergroten. Zo van: Uw situatie is minder ernstig dan de mevrouw die na u binnen kwam en daarom moet u even iets langer wachten. Het liep dus gestroomlijnd: er werd voortdurend getrieeerd, er werd de hele tijd door twee mensen gegipt en van de gewonden heb ik gedurende het hele weekeinde eigenlijk geen onvertoegen woord gehoord." Glimlachend: "Daarom zou ik ook niet weten welke verbeterpunten er zijn te bedenken."

### Vloeiend samenspel

*Goede zorg is meestal een kwestie van vloeiend samenspel. Joke Mintjes, zorgcoördinator Spoedeisende Hulp (SEH) van het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ), benadrukt dan ook dat de voorspoedige gang van zaken tijdens het schaatsweekeinde niet het resultaat was van een soloactie. "We kregen extra hulp van chirurgen en arts-assistenten, SEH'ers en een gipsverbandmeester kwamen op hun vrije dag naar het ziekenhuis. Het OK-team heeft zich extra ingezet, de secretaresse van SEH heeft meer uren gedraaid dan normaal en een aantal vrijwilligers heeft ook tijd vrijgemaakt. Zij voorzagen gewonden bijvoorbeeld van koffie tijdens het wachten. Ik wil dan ook iedereen voor zijn inzet bedanken. Ook waren we heel blij met de goede communicatie met de Huisartsenpost Midden-Holland en Regionale Ambulancedienst Hollands-Midden."*

“Ook nuttig voor marketing”

# Overzicht met sociale kaart

Gerben Stolk  
journalist - PlumaTekst

**Een toegankelijke verzameling digitale informatie over het zorg- en welzijnsaanbod. Dat is de kortste omschrijving van een sociale kaart. Reuze handig voor burgers en professionals. Hoe staat het er in Midden-Holland mee?**

Ouders met een autistisch kind willen worden ontlast en meer tijd voor zichzelf hebben. Wat te doen? Grote kans dat ze een stap verder zijn nadat ze de sociale kaart van MEE Midden-Holland hebben geraadpleegd. Die vermeldt onder meer een woonwerkgemeenschap voor mensen met autisme. René Wassenaar, informatie-medewerker bij MEE Midden-Holland, geeft het voorbeeld na de vraag in welke zin inwoners van deze regio gebaat kunnen zijn bij de sociale kaart die de organisatie coördineert.

“Twee keer per jaar verzoeken wij de instanties die deel uitmaken van de kaart, hun gegevens te actualiseren. Burgers met een vraag gaan naar onze site en kunnen op basis van een trefwoord zien welke diensten er zijn. Door je postcode in te tikken, kun je zoeken binnen een straal bij jou in de buurt.”

De sociale kaart van MEE Midden-Holland is bedoeld voor burgers uit dertien gemeenten: Bergambacht, Bodegraven, Boskoop, Gouda, Moordrecht, Nederlek, Nieuwerkerk aan den IJssel, Ouderkerk aan den IJssel, Reeuwijk, Schoonhoven, Vlist, Waddinxveen en Zevenhuizen-Moerkapelle. “De informatie is toegankelijk voor iedereen, dus ook voor professionals”, zegt Wassenaar.

De landelijke organisatie MEE heeft mensen met een beperking als doelgroep. Sinds ongeveer drie jaar houdt MEE Midden-Holland de sociale kaart bij van deze regio.

## Kwaliteit

“Destijds is besloten dat het goed is het onderhoud van de data te centraliseren”, zegt Eef Peelen, programmamanager ICT van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland. “Je wilt de patiënt één overzicht geven van het hele zorgaanbod. Wie wil er nu zoeken op 24 websites? Mijn ideale toekomstbeeld is dat de sociale kaart meer is dan alleen een zoekmachine met adresgegevens. Maar dat er is een selectie gemaakt van een bepaalde kwaliteit en dat er ook andere relevantie informatie te vinden is. Stel, iemand denkt dat hij depressief is en wil hulp zoeken. Met de ultieme sociale kaart zie je niet alleen welke instellingen zich met depressies bezighouden, maar vind je ook informatie over depressie – Heb ik het werkelijk? – en bijvoorbeeld hoe de zorg financieel is geregeld. Moet ik een eigen bijdrage betalen?” Dit gaat dus verder dan alleen de zorgaanbieders en zal dan ook breder moeten worden opgepakt. Peelen benadrukt de waarde van de sociale kaart voor zorgaanbieders. “Je hebt een platform om al je gegevens op te plaatsen en veel zorgvragers te bereiken. In die zin is het een marketinginstrument.”

## Groot

Een sociale kaart kan ook samenwerking tussen zorgverleners stimuleren. Zorgwerkers maken kennis met nieuwe partners en kunnen zo patiënten nog beter van dienst zijn. “Je weet wat je weet,



René Wassenaar

maar je weet niet wat je niet weet”, zo vat Hanneke Zandbergen het samen. “Het zorgaanbod is zó groot en er zijn regelmatig nieuwe ontwikkelingen op het vlak van specifieke zorg. Je kunt eenvoudigweg niet alles bijhouden en weten.”

Zandbergen is adviseur/project-leider bij REOS Zorg, de ondersteuningstructuur voor de eerstelijns gezondheidszorg. Met financiële steun van Trend Facilitaire Dienstverlening heeft REOS Zorg vorig jaar in de regio de landelijke sociale kaart Verwijskompas geïntroduceerd die is ontwikkeld door twee huisartsen in Amsterdam en specifiek bedoeld voor professionals in de zorg. Zandbergen vertelt: “Invoering van Verwijskompas is voortgekomen uit het zogenoemde Tussen de Lijnen overleg, bestaande uit een



Hanneke Zandbergen

vertegenwoordiging van de eerstelijns psychologen, GGZ Midden-Holland, Stichting Kwadraad en de Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland.”

“Op basis van een regioanalyse van de GGZ kwamen zij tot de conclusie dat GGZ-zorgverleners behoefte hebben aan relevante informatie over het GGZ-zorgaanbod. Er moesten dus andere gegevens beschikbaar komen dan via de sociale kaarten die voor het publiek zijn bedoeld. Een voorbeeld? Informatie voor een juiste verwijzing en/of overlegnummers of collegiale nummers, zodat er

sneller contact tussen collega’s mogelijk is dan via het algemene nummer.”

#### Acht op tien

Uit een verkenning naar het draagvlak voor Verwijskompas bleken huisartsen eigenlijk méér te willen dan alleen informatie over het GGZ-zorgaanbod. Vervolgens werd besloten alle groepen uit de eerste lijn erbij te betrekken zoals o.a. verloskundigen, fysiotherapeuten en eerstelijns psychologen. Inmiddels staan acht van de tien eerstelijns zorgverleners uit Midden-Holland vermeld op Verwijskompas.

“Ook het Groene Hart Ziekenhuis heeft ingestemd met publicatie van haar informatie. Momenteel wordt verkend op welke termijn dit te realiseren is”, zegt Zandbergen. “De huisarts kan nu veel meer een gerichte keuze maken wanneer hij een patiënt verwijst bij bijvoorbeeld allergie of bekkenbodempromblematiek. Dat effect wordt versterkt doordat Verwijskompas eveneens gegevens bevat buiten Midden-Holland. Je zoekt bijvoorbeeld ook in Utrecht of Zuid-Holland Noord naar informatie over een specifieke polikliniek.” De basis van Verwijskompas is ‘voor de zorgverlener en door de zorgverlener’. Zandbergen: “Maar als je wilt, toon je het publiek informatie via een openbare site en houd je een besloten pagina bij voor BIG-geregistreerde professionals. Met het oog op de toenemende samenwerking is het een nuttig middel. Als bijvoorbeeld oefentherapeut, fysiotherapeut of ziekenhuis heb je er ook een zakelijk belang bij om je te tonen welke zorgaanbod je in huis hebt.”

#### Landelijk

MEE, de GGD, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de Vereniging van Openbare Bibliotheken hebben vorig jaar een convenant ondertekend om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van sociale kaarten. “Partijen zien het als hun maatschappelijke taak te streven naar een actuele, betrouwbare en



Anton van Vulpen

regionaal dekkende digitale sociale kaart die burgers gratis kunnen gebruiken”, zegt Anton van Vulpen, beleidsmedewerker bij de GGD Hollands Midden.

“We willen in Midden-Holland een toegankelijke sociale kaart voor inwoners en professionals. Veelal is aan de sociale kaarten een vergelijkingsmodule toegevoegd. Dan kun je bijvoorbeeld de ene aanbieder van tafeltje dekje met elkaar vergelijken.” GGD Hollands Midden is een samensmelting - per 2006 - van GGD Zuid-Holland Noord en GGD Midden-Holland. Van Vulpen: “Eerstgenoemde GGD had al een sociale kaart voor de bevolking: [www.zorgwelrijnland.nl](http://www.zorgwelrijnland.nl). Die is er nog steeds, voor Leiden, Alphen aan den Rijn en omgeving. In Midden-Holland heeft de GGD in de afgelopen jaren geen sociale kaart opgezet, omdat onder meer het Transmuraal Netwerk Midden-Holland en MEE Midden-Holland een dergelijk initiatief hadden ondergebracht bij die laatste organisatie. Dit jaar gaan MEE Midden-Holland en de GGD Hollands Midden verder samenwerken om te komen tot één gezamenlijke regionale sociale kaart voor Hollands Midden.”

#### Sociale kaarten

Voor publiek Midden-Holland:  
[www.meemiddenholland.nl](http://www.meemiddenholland.nl)

Voor professionals Midden-Holland:  
[www.verwijskompas.nl](http://www.verwijskompas.nl)

Terugblik ex-wethouder Bodegraven op invoering Wmo

# “Ik vrees herhaling invoeringshobbels”

Gerben Stolk  
journalist - PlumaTekst

“Over de hele lijn heeft het véél meer consequenties gekregen dan iedereen vooraf had gedacht.” Nel de Wilde, voormalig wethouder van Bodegraven, vertelt wat gemeenten moesten verstouwen nadat het Rijk ze in 2007 verantwoordelijk had gesteld voor de uitvoering van de Wmo.



De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) betekende opeens een berg werk voor gemeenten. Nel de Wilde weet er alles van. Tot voor kort was zij wethouder te Bodegraven. In 2007 werd zij geconfronteerd met de komst van de Wmo (zie kader 'Flexibel'). “Het heeft een tijd geduurd voordat het zich allemaal had uitgekristalliseerd”, zegt de voormalige bewindsvrouw van Beter Bodegraven. Waarschuwend: “Ik vrees dat gemeenten dezelfde invoeringshobbels staan te wachten nu zij sinds 1 januari ook de taak hebben de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg uit te voeren.”

## Wie precies?

Wat kwam er met de invoering van de Wmo in 2007 op de 19.400 bewoners tellende gemeente af? “We moesten allereerst in beeld krijgen wie een indicatie hadden voor hulp bij het huishouden. Je wilt als gemeente dat niemand tussen wal en schip terecht komt. Vooraf denk je: Het zal redelijk eenvoudig zijn om het te achterhalen, want bij het Zorgkantoor, het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ, red.) of de betreffende zorginstaties moeten ze dat helder hebben. Maar dat was te gemakkelijk gedacht.”

De Wilde geeft een voorbeeld: “Het bleek dat indicaties vaak niet zo

Nel de Wilde

zorgvuldig waren gesteld als gewenst. Zo waren zorginstanties uitgegaan van zeventig procent lichte hulp bij het huishouden en dertig procent complexe zorg, dus hulp bij het huishouden in combinatie met andere diensten. Het was andersom. Alle zorg is toen opnieuw geïndiceerd: het CIZ de complexe zorg en de gemeente de enkelvoudige hulp. In Bodegraven kwamen uiteindelijk ongeveer 800 inwoners in aanmerking voor hulp bij het huishouden.”

### Zelfstandig

Belangrijk uitgangspunt van de Wmo is dat burgers dankzij hulp van de gemeente en mantelzorgers zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. De Wilde: “Als je dat wilt bereiken, kun je je niet beperken tot hulp bij het huishouden. De totale inrichting van je gemeente moet worden beïnvloed door dat streven. Winkels moeten bijvoorbeeld goed toegankelijk zijn, stoepen mogen niet te hoog zijn en er is voldoende parkeerruimte nodig bij voorzieningen.” Ze noemt in dat kader het zogeheten Wmo-platform in Bodegraven. “Het is belangrijk dat je zaken integraal aanpakt. Gaat de afdeling Infrastructuur aan de slag met wegen en straten? Dan is het nodig met de vertegenwoordigers uit dat platform te praten voordat wordt begonnen met tekenen. En denk eens aan nieuwe woningen. Die moeten zó worden gebouwd, dat ze levensloopbestendig zijn. Gelijkvloers bijvoorbeeld. De laatste aanpassing in een bestaande woning die ik heb goedgekeurd,

kostte een ton. Er is er ook een geweest van 150.000 euro. Dat zijn enorme bedragen. Wil je met je financiële middelen uitkomen, dan zul je het integraal moeten aansturen.”

### Belangrijk

Natuurlijk was er ook het hoofdstuk ‘aanbesteden’. De Wilde: “We hebben hulp bij het huishouden drie keer aanbesteed aan zorginstellingen, maar de eerste twee keer ging het mis. Achteraf zeg ik: zowel de gemeente als aanbieders zoals Vierstroomzorging en Zorgpartners Midden-Holand hadden eigenlijk geen ervaring met deze materie. Wat ik een vervelend aspect vond van die aanbesteding: Vierstroomzorging en Zorgpartners Midden-Holand vormen beide een belangrijk deel van de sociale structuur in onze regio. Ik zat er niet op te wachten dat ze eruit vielen. Ze denken op vele vlakken mee met de gemeente, onder meer over de woon-zorg-welzijn-zones.” Uiteindelijk kon De Wilde naar eigen zeggen de conclusie trekken dat de operatie geslaagd was. “Iedereen in Bodegraven krijgt de hulp die hij nodig heeft. Daarvoor hoeft hij niet lang op een wachtlijst te staan. Het verloopt soepel.”

### Voeten in aarde

De uitkomst van de onderhandelingen was dat Vierstroomzorging in Bodegraven ‘niet gegund kon worden’. Dat had best veel voeten in de aarde. De Wilde: “In onze aanbesteding hadden wij de passage opgenomen dat de thuiszorgorganisatie waarmee wij in zee gingen, mensen in vaste dienst had voor hulp bij het huishouden. Dat biedt zekerheid voor het personeel en de inwoners. Maar wat bleek? Kort daarvoor had Vierstroomzorging de betreffende medewerkers ontslagen om vervolgens een beroep op hen te doen in de hoedanigheid van zelfstandigen.” (Zie kader ‘Verbeterde versie’, red.) Op dat soort momenten verwachtte De Wilde initiatief van de landelijke overheid. “Dan denk ik: staatssecretaris Bussemaker, neem je ver-

antwoordelijkheid door het op te nemen voor de werknemers dat zij recht hebben op een vast arbeidscontract. De werknemers draaien nu op voor de bezuinigingen. Gemeenten hebben nogal eens de zwartepiet gekregen bij de invoering van de Wmo, maar dat kwam onder meer doordat zoals gezegd veel zaken zich nog niet hadden uitgekristalliseerd toen de wet er was. Overigens zijn het toch ook de zelfstandigen van Vierstroomzorging geworden die de werkzaamheden uitvoeren. Dat wordt geregeld via het Persoonsgebonden Budget.”

### Te snel

Tot haar spijt voorziet De Wilde een soortgelijk scenario als bij de Wmo nu gemeenten ook de regie voeren over de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. “Opnieuw is niet duidelijk wie precies voor deze zorg in aanmerking komen en in veel gevallen zal opnieuw moet worden geïndiceerd. Het is te snel doorgevoerd. De juiste volgorde is: eerst alles goed in beeld krijgen en daarna de zaken overhevelen naar de gemeenten.”

### Flexibel

*De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verving op 1 januari 2007 de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De uitvoering kwam in handen van de gemeenten. De regering verwachtte dat gemeenten de zorg via de Wmo flexibel kunnen verstrekken en dat meer mantelzorgers en vrijwilligers konden worden ingezet. Verder werd reductie van AWBZ-kosten beoogd.*

# Op zoek naar kennis over omgaan met probleemgedrag

Lia Thorborg,  
journalist

**Zorgverleners in Midden-Holland hebben grote behoefte aan kennis en praktische tips over de omgang met probleemgedrag van dementerenden. Maar liefst 160 deelnemers kwamen op 5 februari naar het derde symposium 'Attentie voor Dementie' in Gouda.**



Zowel in instellingen als in de thuiszorg krijgen zorgverleners door de toenemende vergrijzing steeds vaker te maken met gedragsproblemen bij dementerende cliënten. Probleemgedrag vormt niet alleen een belasting voor zorgverleners, die in toenemende mate het slachtoffer zijn van verbale en fysieke agressie. Het kan in thuissituaties ook leiden tot overbelasting van de mantelzorger.

## Inleven

Gezondheidspsycholoog Frans Hoogeveen, auteur van het recent verschenen 'Leven met Dementie', hield een voor velen herkenbare presentatie. Hij werkt als lector psychogeriatric aan de Haagse Hogeschool aan een opleiding voor verzorgenden op dit gebied. "Dementie is een complex ziektebeeld met tal van ernstige problemen, waar we nog niet alles van weten. Dat vraagt om een goede

ondersteuning van de zorgverleners." Hij hield zijn gehoor voor, dat veel gedragsproblemen normale en begrijpelijke reacties zijn op de ziekte en de omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt. En dus voorkomen kunnen worden. Hoe prettiger de patiënt zich voelt, hoe minder de kans op probleemgedrag.

Rekening houden met de identiteit en persoonlijke voorkeuren en afkeren draagt bij aan dat welbevinden en werkt dan ook preventief. Probleemgedrag kan beter worden gehanteerd door de zorgverleners, wanneer die zich inleeft in de 'werkelijkheid' van de patiënt en die als uitgangspunt neemt voor het kalmeren van het gedrag. Voor een adequate reactie op probleemgedrag wees hij op twee modellen, die ook in de jeugdzorg worden gehanteerd, het ABC-model en het Crisisontwikkelingsmodel. De Regiegroep heeft deze modellen op verzoek van de aanwezigen op de website van het Transmuraal Netwerk geplaatst.

## Café PG?

De organisatie maakte van het symposium gebruik om te inventariseren, op welke terreinen zorgverleners meer ondersteuning wensen.

Trainingen voor het vroegtijdig signaleren van en omgaan met probleemgedrag staan hoog op de verlanglijst. Ook is er grote interesse voor kennisuitwisseling tussen de verschillende typen zorginstellingen. Hoogeveen reikte voor dat laatste een idee aan: hij is initiatiefnemer van Café PG, regelmatige informele bijeenkomsten voor zorgverleners in de psychogeriatric. Er zijn inmiddels zeven Café PG's in Nederland, maar nog niet in Midden-Holland.

## Apathie is óók probleemgedrag

*Minder lastig voor zorgverleners en daardoor 'ondergewaardeerd' als probleemgedrag is apathie, die veel voorkomt bij dementie, parkinson en hersentrauma. Rosa Drijgers, als onderzoeker verbonden aan het UMC Maastricht, gaf een presentatie over deze vergaande lusteloosheid, waarbij motivatie, interesse en emotionele betrokkenheid verdwijnen. Apathie heeft een negatieve invloed op het functioneren en de behandeling van de patiënt. Het veroorzaakt bovendien de meeste belasting voor mantelzorgers. Drijgers onderzoek richt zich op de mogelijkheden van farmacologische behandeling. Vooral nog lijkt apathie in een vroeg stadium het best te bestrijden met een gestructureerde omgeving, zintuigactivering, de patiënt zoveel mogelijk zelf laten doen en psychoeducatie van de mantelzorger.*

Zorgverleners met elkaar in gesprek en aan de slag

# Inspiratiecyclus palliatieve zorg

**Sterven, we praten er liefst zo min mogelijk over. Zelfs zorgverleners hebben er moeite mee die laatste levensfase een passende plek te geven in hun handelen. Daarom wordt in het kader van het project 'Sterven op je eigen manier' een reeks van negen avonden georganiseerd. Ter inspiratie.**

Carla van Zuylen,  
senior communicatieadviseur



Werkconferentie september 2008

“Eind september vorig jaar hebben we een prachtige avond gehad met zo'n 120 zorgverleners over de leer- gang palliatieve zorg,” vertelt Bert Buizert. Bert is binnen het Transmuraal Netwerk verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de inspiratiecyclus. “Aan de hand van de reacties tijdens deze werkconfe-

rentie zijn we aan de slag gegaan om een scholing te ontwikkelen. De bedoeling was om iets te ontwikkelen dat aanvullend is op de scholingen voor palliatieve zorg, die zich vooral richten op de ‘harde kant’ van het vak: de technische inhoudelijke onderwerpen.”

## De ‘zachte kant’

“De term leergang bleek eigenlijk te zwaar voor wat we bedacht hebben. Omdat de avond in september als heel inspirerend werd ervaren, hebben we gekozen voor de term ‘inspiratiecyclus’. De thema’s die behandeld worden zijn naar voren gebracht tijdens de werkconferentie. Die thema’s waren: ‘Hoe verhoud ik me als zorgverlener tot de dood?’ ‘Pijn’, ‘Hoe zorg ik goed voor

mezelf?’ en ‘Communicatie’. Het gaat over in contact gaan over het onderwerp sterven, over verbinding maken, jouw ideeën en meningen toetsen, delen en luisteren. Dit vraagt wel een zeer actieve rol van de deelnemers, het groepsproces speelt een belangrijke rol.”

## Verbinding met de praktijk

“Belangrijk doel van de cyclus is dat zorgverleners in staat worden gesteld mensen te ondersteunen bij het vinden en volgen van het laatste deel van hun levensweg. Om dit ook praktisch handen en voeten te geven gaan de deelnemers in de loop van de cyclus aan de slag om een eigen palliatief verbeterplan op te stellen. Dit plan is gericht op de eigen werkomgeving. Om de uitvoering mogelijk te maken krijgen alle deelnemers een zogenaamd ‘inspiratiebudget’, een waardebon ter waarde van € 150 die ingewisseld kan worden om je plan te ondersteunen. In de laatste bijeenkomst starten we met intervisie om te leren hoe je met elkaar in gesprek kunt blijven over dit onderwerp.”

## Meer informatie

**Doelgroep:** Verpleegkundigen en verzorgenden niveau 3-4-5, die in hun werk te maken krijgen met mensen in hun laatste levensfase.  
**Start:** donderdag 19 maart 2009, andere startdata volgen nog.  
**Tijd:** van 16.00 tot 22.00, gemiddeld een keer per maand met uitzondering van de zomerperiode.  
**Locatie:** Gouda  
**Kosten:** € 250,- per deelnemer  
**Accreditatie:** Is aangevraagd.

De inspiratiecyclus wordt georganiseerd vanuit het Netwerk Palliatieve Zorg Midden-Holland van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland.

Kijk voor meer informatie of inschrijving op de website: [www.transmuraalnetwerk.nl](http://www.transmuraalnetwerk.nl) onder palliatieve zorg of neem contact op met Marjolijn van der Doel, netwerkcoördinator Palliatieve zorg of Marjoleine Mulder, secretariaat, telefoon (0182) 50 55 34 of mail naar [info@transmuraalnetwerk.nl](mailto:info@transmuraalnetwerk.nl).

# Berichten

## Gespreksgroep partners van dementerenden

Stel: je partner krijgt de diagnose Alzheimer. Vaak een bevestiging van een angstig vermoeden, maar desondanks komt het hard aan. Hoe zal het verder gaan, wat kun je verwachten, wat kan je als partner doen? Om partners en familieleden te ondersteunen, start op 17 maart een gespreksgroep.

Onder deskundige leiding van de afdeling Maatschappelijk Werk van Zorgpartners of de Geestelijke Gezondheidszorg komt de gespreksgroep zo'n vijf keer bijeen.

Aan een gespreksgroep kunnen zes tot acht mensen deelnemen. Deelnemers krijgen uitleg over het verloop van de ziekte, waar ze terecht kunnen voor hulp en ondersteuning, welke voorzorgen ze kunnen nemen. Ze kunnen ook hun vragen stellen en hun zorgen uiten.

De gespreksgroep is een initiatief van de Stichting Alzheimer Afdeling Midden-Holland en een aanvulling op het Alzheimer café. Het bijeenkomen in kleine groep-

jes 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.

De gespreksgroep start 17 maart. Als u iemand weet voor de gespreksgroep dan kunt u hem of haar doorverwijzen voor meer informatie naar Karin de Vor, afdeling Maatschappelijk Werk van Zorgpartners Midden-Holland, telefoon: (0182) 56 15 55. ■

## GGZ Midden-Holland wint tweede prijs op Nationale Schizofreniecongres



*Donderdag 20 november jl. vond het jaarlijkse nationale schizofreniecongres plaats. Dit jaar stond het thema Zorg voor Kwaliteit centraal. De focus lag op de uitvoering in de praktijk van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie.*

Vanuit circuit Langerdurende Zorg hebben Clary Dogterom en Bert Luteijn deelgenomen aan de posterpresentatie. Zij hebben in de groep zorginnovatie de tweede plaats in de wacht gesleept met hun poster: 'Screening van patiënten met metabool syndroom. Ten behoeve van metabole poli circuit Langerdurende Zorg'. De jury was lovend, moedigde beide auteurs aan door te gaan met hun innovatieve werk en sprak de hoop uit op een spoedige publicatie in een psychiatrietijdschrift. Van harte gefeliciteerd! De prijs die zij wonnen is de boekenserie over schizofrenie van de Schizofreniestichting. ■



## GGZ Midden-Holland start leerafdeling

GGZ Midden-Holland gaat in samenwerking met het ID-college een leerafdeling realiseren waar tien stagiaires van MBO opleidingen voor de sector zorg (niveau 4) hun stage kunnen doorlopen. Met de leerafdeling, die vanaf februari 2009 operationeel is met vier startende stagiaires, biedt Midden-Holland structureel kwalitatief hoogwaardige stageplaatsen.

Een leerafdeling is een nieuw concept van stage lopen. Het is volledig gericht op verbetering van de aansluiting tussen onderwijs en beroepspraktijk. Het concept draagt bij aan de nieuwste principes van competentiegericht leren en geeft opleiden een centrale plek binnen instellingen. De leerafdeling is een samenwerkingsverband tussen een school en een instelling. De primaire verantwoordelijkheid voor het opleiden en diplomeren van de studenten van een leerafdeling ligt bij de school. De instelling heeft bij de opstart een faciliterende rol en in de operationele fase een begeleidende rol. De school verzorgt dus het onderwijs in de werkomgeving en de instelling is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk. ■

## Vierstroomzorging: betere bereikbaarheid zorgsector



Bereikbaarheid in de zorg is reeds lange tijd een veelbesproken onderwerp. Vierstroomzorging streeft naar optimale bereikbaarheid voor haar cliënten. Zij heeft daarom de samenwerking gezocht met het facilitair contactcenter SNT Nederland voor de afhandeling van ál haar klantcontacten. De oplossingen die gevonden worden in de samenwerking tussen beide organisaties, zullen door een nieuwe onderneming met de naam Belzorg Nederland ook aan andere

zorgorganisaties worden aangeboden.

De uitbesteding van klantencontactafhandeling stelt de bij Vierstroomzorging aangesloten zorginstellingen in staat te focussen op hun core business.

Per 5 november is reeds een deel van Zorglijn, de inhouse klantenservice van Vierstroomzorging, bij SNT ondergebracht. Het streven is hierbij alle cliënten zo snel en zo goed mogelijk te helpen, waarbij het elektronisch CRM systeem centraal wordt beheerd en dus overzichtelijk wordt gemaakt. De verhuizing is goed verlopen, onze cliënten hebben er niets van gemerkt.”, aldus Marnix de Romph, senior adviseur en programmamanager bij Vierstroomzorging. ■

## Zorgpartners biedt allochtone vrouwen garantie op baan

***Zorgpartners Midden-Holland heeft samen met het ROC ID College en de Stichting Meander een bijzonder opleidingstraject ontwikkeld. Daarin worden inmiddels 18 allochtone vrouwen opgeleid tot Zorghulp niveau 1. Het unieke aan dit traject is dat de doorgaans laag opgeleide vrouwen met een mindere taalvaardigheid en met een grote afstand tot de arbeidsmarkt garantie op een baan hebben. Zij werken tijdens en na afronding van de 20 weken durende opleiding in de extramurale dienstverlening en bieden hulp bij cliënten in de huishouding. Op 4 december vindt de officiële kick-off van het opleidingstraject plaats.***

In de gezondheidszorg is steeds meer behoefte aan identiteitsgebonden zorg; zorg die aansluit bij de levenswijze en cultuur van de zorgvragers. Om dit multiculturele aanbod te kunnen realiseren, is het belangrijk dat zorginstellingen intercultureel gaan werken en een multicultureel personeelsbeleid voeren. Zorgpartners Midden-Holland heeft besloten hieraan via het opleidingstraject concreet vorm

te geven. Zij biedt daarom de vrouwen, waarvan de meeste van Marokkaanse afkomst zijn, al tijdens de opleiding een betaalde baan aan.

Het Regionaal Zorgberaad Midden-Holland ondersteunt Zorgpartners Midden-Holland bij het interculturelisatieproces dat moet leiden tot een multiculturele organisatie.

De opleiding heeft een meerledig doel. In de eerste plaats verbreedt

het de kwaliteit en samenwerking van het zorgpersoneel.

Medewerkers met verschillende achtergronden kunnen elkaar ondersteunen bij het bieden van hulp aan diverse culturen. Ze kunnen elkaar adviseren en hun eigen kennis en inzicht in intercultureel werken versterken. Dat laatste gaat verder dan kennis van de cultuur en achtergronden van cliënten. Intercultureel werken vraagt om erkenning van de rol van de familie en het zorgvuldig inspelen op de cultureel bepaalde zorgbeleving van cliënten. Daarnaast biedt een multicultureel personeelsbestand de mogelijkheid nog beter in te kunnen spelen op de zorgvraag van mensen uit verschillende culturen. Tenslotte draagt de opleiding bij aan het oplossen van het personeelstekort als gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg. ■

# Geheimhoudingsplicht prevaleert

Lia Thorborg,  
journalist

Zodra de inwoners van Gouda in oktober 2008 een brief ontvingen, waarin de gemeente en de politie hen uitnodigden om deel te nemen aan Burgernet (zie kader), begrepen bestuurders in de zorg dat zij hierop moesten reageren. Het conflicteert met het beroepsgeheim.



mr. Winke Uytdehaage

In het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) ondernam juridisch adviseur en functionaris gegevensbescherming mr. Winke Uytdehaage snel actie. Op het intranet legde zij aan alle medewerkers uit, waarom zij niet konden deelnemen aan Burgernet.

“Zorgverleners mogen geen gegevens aan derden verstrekken, tenzij met expliciete toestemming van de patiënt. De geheimhoudingsplicht kan alleen worden verbroken als sprake is van een wettelijke grondslag of gerechtvaardigd belang. Burgernet is geen wettelijke verplichting, deelname is een keuze. Wie in de zorg werkt, adviseren wij er niet aan meedoen.”

Het betreft niet alleen artsen, verpleegkundigen of anderen die direct bij de patiëntenzorg betrokken zijn. Ook beveiligingsmedewerkers, administratieve krachten en receptieonisten: alle mensen die werkzaam zijn in de organisatie, hebben een geheimhoudingsplicht ten aanzien van patiënten en bezoekers. En die geldt op de werkplek, maar ook buiten de werkuren. Actief zijn voor Burgernet in de vrije tijd raden wij dus af. “De kans, dat wij mensen wier opsporing wordt verzocht, kennen door ons werk, is gewoon te groot,” aldus Uytdehaage.

## Checklist

Uit de aanmeldingsaantallen, die ver boven verwachting zijn, blijkt



HOREN



ZIEN



BELLEN

een groot maatschappelijk draagvlak voor Burgernet. Onderzoek geeft aan, dat de speurlustigen zich door hun actieve opstelling veiliger voelen in hun woon- en werkomgeving. Mensen die in de zorgsector werken zijn ook burgers. Toch heeft zich in het GHZ geen enkele medewerker bij de juridisch adviseur gemeld, die moeite had met deze uitspraken. "Mensen waren vooral blij, dat we zo snel duidelijkheid hadden geschapen."

De zorg heeft haar omgang met justitie en politie op een andere manier geregeld. Sinds 2004 zijn in een convenant tussen onder andere politie en de zorginstellingen in Midden-Holland procedures vastgelegd, die het de politie mogelijk maken om haar taken op het gebied van veiligheid en handhaving uit te oefenen zonder dat dit conflicteert met de werkzaamheden en beroepsethiek van de zorgverlening. "De checklist 'omgang met politie en justitie' is binnen het ziekenhuis in elk geval bekend bij de SEH, beveiliging en de receptie. De medewerkers daar weten precies, hoe ze te werk moeten gaan. De politie komt hier heel regelmatig over de vloer en dat gaat over het algemeen goed," aldus Uytdehaage. "Om te zorgen dat de protocollen ook bij het overige personeel goed bekend zijn – zij behoren tussen de oren te zitten – houden we regelmatig bijeenkomsten waarin dit soort zaken aan de orde komen."

### Vermist en verward

Burgernet is méér dan een instrument om boeven te vangen. In Gouda blijkt het tot nu toe voornamelijk te zijn ingezet om vermiste of verwarde personen te traceren. Dat is een vorm van hulpverlening. Wat als die mensen een instelling binnenwandelen? "Daarvoor bestaan al afspraken," zegt Winke Uytdehaage. "Er zijn contacten met

de GGZ, het maatschappelijk werk. Soms kennen we de thuissituatie. In overleg met andere zorgverleners wordt dat opgelost. Daar hoeven wij de politie niet bij te betrekken."

Een veilige omgeving voor medewerkers en patiënten is voor de zorg van groot belang. Het komt soms voor, dat er sprake is van agressie binnen de instelling. Dan treedt in het GHZ de checklist 'omgang met grensoverschrijdend gedrag' in werking. Die richt zich op patiënten, maar ook op bezoekers of andere personen, die de ziekenhuisactiviteiten verstoren door bijvoorbeeld schelden, dreigen, discrimineren, al dan niet seksueel intimiderend optreden of stelen. Met hulp van de Beveiligingsmedewerkers van het ziekenhuis wordt een serie maatregelen genomen om dergelijke agressiviteit onder controle te krijgen. Dat loopt op van overhandiging van de huisregels tot – in het uiterste geval – opzegging van de behandelingsovereenkomst.

Uytdehaage: "Maar gelukkig komt het zelden voor, dat we zulke maatregelen moeten treffen."

## Burgernet

*Steeds vaker nodigt de overheid burgers uit om zelf een actieve bijdrage te leveren aan hun veiligheid. Gouda is één van de acht gemeenten in ons land waar eind 2008 Burgernet van start ging, na een succesvolle pilot in Nieuwegein. Burgernet is een samenwerkingsverband van burgers, gemeente en politie om de veiligheid in woon- en werkomgeving te bevorderen. Burgers kunnen zich aansluiten bij een telefonisch netwerk. Na een melding van inbraak of vermissing ontvangen zij van de politie een ingesproken bericht of sms op hun telefoon: gegevens en een signalement met de vraag om naar de betreffende persoon uit te kijken. Wordt de vermiste of verdachte gezien, dan geeft men dat direct door.*

*De inzet van burgerspeurders moet het gemakkelijker maken voor de politie om mensen snel te vinden en/of in te rekenen. Na afloop van een Burgernetactie wordt de deelnemers het resultaat gemeld. Burgers blijken graag mee te doen. In Gouda lag het aantal deelnemers in korte tijd op meer dan 2.600. Burgernet staat hoog op de politiek agenda en is een beleidsspeerpunt van het kabinet.*



**Wilt u reageren? Mail naar [info@transmuraalnetwerk.nl](mailto:info@transmuraalnetwerk.nl).**

## Geheimhoudingsplicht



*Deelname aan Burgernet conflicteert met de – wettelijk vastgelegde – geheimhoudingsplicht in de zorg. Niet alleen is het beroepsgeheim essentieel voor de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt, het waarborgt ook de onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg. Hulpzoekenden moeten zich tot een hulpverlener*

*kunnen wenden zonder angst dat die zijn gegevens doorgeeft aan bijvoorbeeld de politie of justitie. Informatie kan een arts alleen verstrekken met toestemming van de patiënt. Uitzondering daarop is (behalve een wettelijke verplichting) het 'conflict van plichten'. Wanneer een behandelaar iets weet van de patiënt, waarmee deze het belang van derden kan schaden, dan kan hij de politie informeren. Voorbeeld is een dronken automobilist, die na behandeling weer de weg op wil en zich niet laat overtuigen daarvan af te zien. Als alternatieven zijn aangedragen en de zwaar beschonken man stapt toch in zijn auto, kan de arts de politie inlichten.*

Onderzoek naar regionale zorgnetwerken wijst uit

# Hecht netwerk komt de zorg ten goede

Carla van Zuylen,  
senior communicatieadviseur

**Hechte regionale netwerken en een lage regeldruk verbeteren de kwaliteit in de zorg. De overheid werkt volgens de sector op beide fronten echter contraproductief. Dit blijkt uit onderzoek van Joost Vorst van de Universiteit Twente. Hij promoveerde op 4 december 2008 aan de faculteit Gedragwetenschappen.**



dr. Joost Vorst

Joost Vorst werkt momenteel als waarnemend hoofd Bureau Cultuur bij de provincie Zuid-Holland maar werkte hiervoor jarenlang bij Bureau Zorg van de provincie. "Vroeger plande de overheid de zorg, maar om dit doelmatiger te laten verlopen is gekozen voor zelfsturing door de meeste betrokken partijen. Een belangrijke rol hierbij is weggelegd voor regionale zorgnetwerken. Maar wat doe je met de eindverantwoordelijkheid als overheid? Daar was ik benieuwd naar. Waar zitten 'de knoppen' van de netwerken om als overheid zo nodig te kunnen bijsturen? Prof. dr. ir. Theo de Vries stimuleerde me om me hier verder in te verdiepen en de zorgnetwerken in Zuid-Holland onder de loep te nemen."

## **Polderen**

"Ik zie netwerken net als een tuin. Planten groeien uit zichzelf, alleen moet je soms snoeien, een zieke weghalen of extra mest geven. Maar verder hoeft je er niet veel aan te doen. In werkelijkheid wordt de wereld rond zorginstellingen alsmaar complexer. De overheid speelt hierin een belangrijke rol door steeds nieuwe regels uit te vaardigen. Ik herinner mij dat een thuiszorgorganisatie in Midden-Holland de

arbeidsmarktproblematiek op een onconventionele manier aanpakte door huis-aan-huis een oproep te verspreiden 'Kom bij ons werken', stuur het kaartje op en binnen een week heeft u een gesprek. De actie was een succes en er kwamen ruim 1.000 kaartjes terug. De directeur vroeg een collega zorgorganisatie "Mag ik jouw P&O-functionaris tijdelijk lenen, dan krijg jij van mij een stapel kaartjes". Doordat ze elkaar kenden konden ze gemakkelijk zaken doen. Maar tegenwoordig keurt de NMa dit af. Net als dat je niet mag afspreken 'jij de ene kant van de regio en ik de andere' omdat dat nu eenmaal handig werken is. Netwerken hebben dus last van overheidsregels, het getuigt van wantrouwen vanuit de overheid. Ik pleit voor polderen pur sang: ieder richt zich op zijn eigen core business waar het in uitblinkt en maakt met elkaar afspraken over hoe je samen problemen aanpakt. De overheid wil de goedkoopste aanbieder, als ieder doet waarin hij goed is dan ben je waarschijnlijk ook de goedkoopste."

### Vertrouwen

"Vertrouwen is het sleutelwoord, je moet elkaar 'vasthouden'. Eigenlijk is het net als bij een zwerm vogels. Er is niet één leider die de richting uitzet, maar iedereen bepaalt zijn richting door te kijken naar zijn buurman. Ik ben daarom geen voor-

stander van grote fusies en felle concurrentie in de zorg. Je kunt bijna dagelijks in de krant lezen wat de gevolgen daarvan zijn, zoals thuiszorgorganisaties die dreigen failliet te gaan. De zorgsector staat voor moeilijke vragen want hoe organiseer je bijvoorbeeld alle zorg rondom mensen zodat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen?

Netwerken vormen samen lerende organisaties. Er moet interactie zijn, de partners moeten op dezelfde golflengte zitten, dan komt er vertrouwen. Blijf elkaar informeren en steek energie in het netwerk. Je moet het vuurtje continu blijven stoken. Met resultaat want sterke koppelingen binnen een zelfsturend netwerk komen de zorg ten goede."

### Score Midden-Holland

Het onderzoek is een momentopname geweest in 2006. Voor zijn onderzoek heeft Joost Vorst de top van ruim vijfhonderd bij de zorg betrokken instellingen in Zuid-Holland ondervraagd. "Als we kijken naar de regio Midden-Holland blijkt dat veranderingen tussen organisaties daar het meest doorzetten. Dit betekent dat de betrokken organisaties sterk gekoppeld zijn. Het blijkt dat als de belangen en doelstellingen dichtbij elkaar liggen, dit de sterkte van de koppeling ten goede komt. Dit geldt ook voor het

inschatten van de regionale zorgkwaliteit, ook daarop scoorde Midden-Holland hoog.

De instellingen zijn gevraagd om een rapportcijfer te geven aan de zorg in hun regio. Midden-Holland scoort het hoogst, gemiddeld een 7,09. Voor bijna 75 procent zijn de verschillen tussen de regionale cijfers voor kwaliteit terug te voeren op de hechtheid van de regionale netwerken en de ervaren omgevingscomplexiteit. Bij een hoog complexe omgeving hoort een stevige verknoping en bij een laag complexe omgeving juist een lossere verbinding. Dan gaat het goed en is de regionale zorgkwaliteit hoger."

### Tot slot

"Voor mijn onderzoek heb ik gekeken naar parallellen tussen de organisatiekunde, natuurkunde en biologie. Concurrentie is eigenlijk net stoom, fusies leiden tot een bevroren situatie. Het gaat erom de tussenliggende waterfase vast te houden want dan is er pas leven en ontwikkeling mogelijk. Hou elkaar als netwerk vast, dan kom je een heel eind met kwaliteit in de zorg."

Het proefschrift 'Zorg naar de Top', inclusief een samenvatting, is digitaal beschikbaar, zie <http://doc.utwente.nl/60166/>





# Ijspret op de Reeuwijkse plassen

Foto's: Martin Droog

Op 10 en 11 januari was het bij uitstek een prachtig weekend om de schaatsen onder te binden. Midden-Holland biedt daarvoor tal van prachtige gelegenheden. Onze fotograaf toog naar de Reeuwijkse plassen om de ijspret vast te leggen.

Met dank aan het echtpaar Bloemen. Gerhard-Jan Bloemen (52) is huisarts in Gouda. Hij organiseert, samen met het regionale KNMG-afdelingsbestuur, geregeld sociale activiteiten voor de aangesloten leden van de KNMG-afdeling Gouda en omstreken. Het echtpaar greep daarom de ijspret aan om een ouderwetse 'koek en zopie' te organiseren voor de leden van de KNMG.



*Dick Jonker heeft acht jaar lang de achterpagina van Stroomlijn gevuld met zijn kijk op 'Uit de kunst/in de buurt' en sinds 2008 'Ken uw streek'. Wij waarderen zijn bijdrage zeer en vinden het jammer dat hij besloten heeft ermee te stoppen. De redactie is op zoek naar een opvolger, daarom deze keer in 'Ken uw streek' een fotoreportage van een bijzonder weekend in een bijzondere streek in Midden-Holland: de Reeuwijkse plassen.*