

Transmuraal
Magazine voor
Midden-Holland
Jaargang 8
Oktober 2008
Nummer

3

Uitmoetings

In dit nummer onder andere:

Arjan Erkel: altijd invloed op je eigen houding

Wat inspireert medewerkers in de zorg?

RIVM rapport heeft veel impact gehad

Motivaction onderzoekt het denken over sterven

SPECIALE EDITIE: 10 JARIG BESTAAN TRANSMURAAL-NETWERK

Colofon

Jaargang 8– Nummer 3
oktober 2008
Jubileumnummer

10 jaar Transmuraal Netwerk Midden-Holland

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 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, *communicatieadviseur GGZ MH*

Vaste medewerkers

Gerda Verbeek, *journalist*

Lia Thorborg, *journalist*

Gerben Stolk, *journalist*

Dick Jonker, *journalist*

Martin Droog, *fotograaf [vóór- en 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 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 oktober 2008

Transmurale Regionale Zorgconferentie 2008

Locatie: Evertshuis, Bodegraven

Informatie: Transmuraal Netwerk, telefoon: (0182) 505 534

december 2008

Netwerkbijeenkomst Palliatieve Zorg

Informatie: Transmuraal Netwerk, telefoon: (0182) 505 534

Verzending

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

Overzicht van instellingen en contactpersonen:

Arbo-Unie Gouda

CIZ Midden-Holland

Gemiva-SVG Groep

GGD Midden-Holland

GGZ Midden-Holland, locatie Ronsseweg

GGZ Midden-Holland, Thijsseleen

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

E. Zuidhoek

medische administratie

zorgsecretariaat

K. Brussee

Secretariaat

directie secretariaten

afdelingssecretariaten

locatie secretariaten

K. Schaareman

locatie secretariaten

Zorgliteratuur nodig?

Kijk op 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

Voorpagina

Foto: Martin Droog

Onderwerp: plezier in je werk. Diabetesverpleegkundige Petra Pater met patiënte Marloes Kaashoek.

Inhoud

Arjan Erkel	4
Zorgprofessionals: Marja de Rek	7
RIVM rapport 'Groeien in gezondheid' heeft veel impact gehad	8
Zorgprofessionals: Sandra van Brenk	10
Zorgprofessionals: Willy Velsink	11
Motivaction onderzoekt het denken over sterven	12
Zorgprofessionals: Belen Marti Olaya	14
De kunst van ketens smeden	15
Zorgprofessionals: Annemarie van Putten	18
Uitslag lezersonderzoek Stroomlijn	19
Zorgprofessionals: Jane de Sauvage Nolting	20
Woordzoeker 'transmuraal'	21
Zorgprofessionals: Leonie Regeer	22
Website regionaal Elektronisch Patiëntendossier	23
Ken uw streek: Achter de stilte, voor de stad	24

Highlights

Arjan Erkel: altijd invloed op je eigen houding

Arjan Erkel, voormalig medewerker van Artsen zonder Grenzen, werd in Dagestan twintig maanden gegijzeld. Zijn overlevingsstrategie inspireert iedereen die wel eens 'vastzit'.

Pagina 4



Wat inspireert medewerkers in de zorg?

De zorg is veranderd de laatste jaren. Wat inspireert medewerkers in de zorg om door te gaan? Dat zal niet de betaling zijn. Wat dan wel? Stroomlijn vroeg het aan zeven mensen.

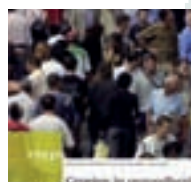
Pagina 7



RIVM rapport heeft veel impact gehad

Heeft het rapport van het RIVM 'Groeien in gezondheid' nieuwe informatie gebracht? Zijn al die moeite en geld zinvol besteed geweest? Is er met de resultaten beleidsmatig iets mee gedaan? Deze evaluatie toont aan van wel.

Pagina 8



Motivaction onderzoekt het denken over sterven

"Het was echt nieuw om met dit instrument inzicht te krijgen in het denken over sterven," zegt Frances van Berkel, projectmanager van Motivaction.

Pagina 12



Appeltaart

De Stichting Transmuraal Netwerk is tien jaar geleden opgericht ter verbetering van de samenwerking tussen de regionale zorgaanbieders ten gunste van de cliënt. Een mooi moment om u op pagina 15 een overzicht te presenteren van de zorgketens en samenwerkingsverbanden die sindsdien tot stand zijn gebracht. Wonderlijk eigenlijk dat voor de verbetering van regionale samenwerking een stichting nodig is. Dat gaat toch vanzelf, zou je denken, omdat het zinnig en leuk is. Samenwerking is voor ons allemaal – zo las ik in een Engels boek – even aantrekkelijk als moederliefde of appeltaart. Waarmee maar gezegd is dat de waarde van samenwerken moeilijk te objectiveren valt. Bewezen is wel dat de afwezigheid van samenwerking fataal kan zijn. Ik las namelijk in datzelfde boek dat ook Engeland schrijnende gevallen van kindermishandeling meemaakt waarbij een falende samenwerking in de jeugdzorg debet is aan de dodelijke afloop. Ofschoon we in Midden-Holland trots kunnen zijn op een goed samenwerkingsklimaat, is dat geen garantie voor de toekomst. Door de marktwerking zijn bestuurders meer gericht op concurrentie. Daarom zullen juist de individuele zorguitvoerders oog moeten houden voor een goede samenwerking op de werkvloer. Hoe doe je dat? In dit nummer komen enkele mensen daarover aan het woord. Al met al een grote uitdaging waar het Transmuraal Netwerk de komende jaren actief aan wil bijdragen. Want het is met samenwerken als met frisse lucht: het wordt pas een probleem als er een tekort aan is.

Lia Donkers

Directeur
Transmuraal
Netwerk Midden-Holland



Op 30 oktober a.s. spreekt Arjan Erkel in Bodegraven

Je hebt altijd nog invloed op je eigen houding

Lia Donkers
directeur Transmuraal Netwerk
Midden-Holland

Arjan Erkel, voormalig medewerker van Artsen zonder Grenzen, werd in Dagestan twintig maanden gegijzeld. Zijn overlevingsstrategie inspireert iedereen die wel eens 'vastzit'.



Arjan Erkel

Lezing Arjan Erkel

Tijdens eerste deel Transmurale Zorgconferentie: 31 oktober 2008, 17.00 tot 22.00 uur, Evertshuis Bodegraven.

Toegang gratis. Aanmelden via www.transmuraalnetwerk.nl.

Natuurlijk is een gijzeling iets anders dan gevangen zitten in bijvoorbeeld een werkpatroon. Maar in beide situaties ligt negativisme

“Negativisme vreet energie”

op de loer. Voor je het weet, zit je in een slachtofferrol en daarmee in een kansloze positie om nog maar iets in je omgeving veranderd te krijgen. Arjan Erkel snapte dit. Direct nadat hij ontvoerd was, besloot hij zich niet door zelfmedelijden te laten meeslepen. “Negativisme vreet energie” zegt hij zelf, “niet dat ik geen wanhopige momenten heb gehad, maar ik probeerde me toch zoveel mogelijk te concentreren op het verwerven van een beetje eigen ruimte binnen de gevangenschap”.

Boek

Over zijn belevenissen tijdens de gijzeling heeft Arjan Erkel een boek uitgebracht onder de titel ‘Ontvoerd: 607 dagen tussen leven en dood’. Hij geeft een kijkje in de wereld van de ontvoerde en de ontvoerders. Voortdurend is de vraag of hij lijdzaam zal afwachten of dat hij het risico zal nemen om te ontsnappen. Iets waar hij enkele keren vanwege de afnemende waakzaamheid van zijn bewakers kansen voor heeft als ze bijvoorbeeld hun wapens in zijn buurt laten rondslingeren. Erkel ontwikkelt overlevingsstrategieën, waarbij hij met tal van methodes zijn primitieve verblijf aangeneramer weet te maken. Zoals de keer dat hij een verwarming als antenne gebruikt om tegen de wens van zijn ontvoerders toch naar enkele Russische televisiezen- ders weet te kijken. Hij doodt de eenzaamheid en verveling met het lezen van telkens dezelfde boeken, het kijken van dezelfde films en het

spelen van backgammon tegen zichzelf. Om de situatie minder uitzichtloos te laten lijken, stelt hij zich telkens tegen beter weten in een datum tot doel waarop hij vrij zal zijn. Hierdoor is de periode van gevangenschap voor hem te overzien.

Hij beschrijft hoe hij contact maakt met zijn immer gemaskerde ontvoerders. Erkel sprak Russisch en had vanuit zijn beroep en functie kennis over andere culturen. Dat

heeft hem geholpen een juiste houding naar zijn ontvoerders te bepalen. De vele gesprekken die hij voert, geven ook enig inzicht in het gedachtegoed van zijn fundamentalistische ontvoerders. Het is niet dat ze hem proberen te overtuigen van hun islamitische denkbeelden, maar de gesprekken zijn meer een uitwisseling van hun botsende ideeënwerelden.

Ontgijzelen

Arjan Erkel verzorgt ook lezingen en workshops. Daarin weet hij op intrigerende wijze en zeer invoelbaar zijn voortdurende persoonlijke worsteling om de moed er in te houden en de complexe relatie met zijn ontvoerders neer te zetten. Hij wijst mensen op hun eigen verantwoor-

delijkheid iets van hun leven te maken en spreekt van ontgijzelen. “Stel kleine doelen als de grote niet haalbaar zijn”. De grote onhaalbare wens van Arjan Erkel was het terugkrijgen van zijn vrijheid, maar daar had hij geen invloed op. Daarom concentreerde hij zich op tussenstappen die hij wel kon beïnvloeden zoals zichzelf bezig houden, goede hygiëne betrachten, conditietraining, contact opbouwen, respect geven, vertrouwen winnen, etc. “Ik zorgde dat het hok waarin ik verbleef schoon was, ik deed buikspieroefeningen en dacht na over leuke dingen. Ik bedacht bijvoorbeeld wat ik zou gaan eten als ik vrij was. Er zijn genoeg leuke gedachten die je dan op de been houden. Op een gegeven moment kreeg ik een boek. Ik heb het gelezen, herlezen, mezelf op een rantsoen gezet: vandaag een bladzijde, morgen vanaf het begin af aan en dan een bladzijde extra. Ik vond dat boek zó verschrikkelijk mooi. Achteraf bleek het een heel gewoon Russisch boek te zijn, maar ik ben nog nooit zo blij geweest als toen”.

Erkel probeerde zich ook in te leven in zijn bewakers, in hun bestaan als rebelse strijder. Tegelijkertijd koesterde hij zijn eigen identiteit. Het contrast was belangrijk om respect te krijgen. Ten overstaan van zijn ontvoerders weigerde Arjan

Ontvoerd - 607 dagen tussen leven en dood



In Ontvoerd gijzelt Arjan Erkel als het ware de lezer, die bijna lijfelijk ervaart hoe het is om twintig maanden opgesloten te zitten, volledig van de buitenwereld afgesloten te zijn en steeds opnieuw heen en weer geslingerd te worden tussen hoop en wanhoop. Dat maakt dit boek tot een meeslepend verhaal over de psychologie van de gijzeling.

Feiten over de gijzeling

Arjan Erkel (1970) werd op 12 augustus 2002 door drie gewapende mannen ontvoerd in de hoofdstad van de Russische deelrepubliek Dagestan, waar hij sinds april 2002 werkte voor de Zwitserse missie van Artsen zonder Grenzen. Hij hield zich bezig met de opvang van vluchtelingen uit Tsjetsjenië, dat aan Dagestan grenst. Op 11 april 2004 werd Erkel vrijgelaten na twintig maanden op verschillende plekken in Dagestan vastgezet te hebben. De langste periode, 14 maanden, bracht hij door in een donker hok van twee bij anderhalve meter. Hoewel hij na verloop van tijd een zekere verstandhouding met zijn ontvoerders wist op te bouwen, was hij al die tijd zijn leven niet zeker.

Volgens Artsen zonder Grenzen deden de Russische autoriteiten erg weinig om Arjan Erkel te bevrijden, terwijl de organisatie wel berichten ontving dat Erkel nog leefde. Er was geen enkele informatie over de verblijfplaats van Erkel, het motief voor de ontvoering of wie voor de ontvoering verantwoordelijk was. De familie van Arjan Erkel riep op tot stilte omdat, naar verwacht werd, publiciteit de risico's zou vergroten. Desondanks verschenen er berichten in de pers die de gijzeling in verband brachten met een Russisch parlementslid uit Dagestan. De toenmalige president Poetin werd om een oplossing gevraagd. Door tussenkomst van KGB-veteranen werd Arjan Erkel op eerste paasdag in 2004 vrijgelaten. Naar later bleek had het Ministerie van Buitenlandse Zaken een miljoen euro losgeld betaald.

Erkel mee te doen aan de Ramadan om te laten zien dat hij een ander geloof aanhangt.

met geduld om te accepteren wat wij niet kunnen veranderen en met wijsheid om het verschil tussen deze twee te zien".

Primeur in Midden-Holland

Het is voor het eerst dat Arjan Erkel een lezing geeft in Midden-Holland. Hij zal vertellen over zijn ontvoering, hoe hij het heeft beleefd maar ook hoe hij het mentaal heeft aangepakt. Een boodschap aan alle mensen. Zij kunnen hun situatie verbeteren met "moed om te veranderen wat we kunnen veranderen,

Speciale rubriek 10-jarig bestaan Transmuraal Netwerk Midden-Holland

Een doorkijk in het leven van zorgprofessionals

De zorg is veranderd de laatste jaren. Met andere spelers als gemeenten en de NZa, met prominente rollen voor zorgverzekeraars, met nieuwe aandachtsgebieden zoals preventie en lifestyle en met andersoortige patiënten: meer chronisch zieken, een vergrijzende populatie, een multiculturele samenstelling. Wat inspireert medewerkers in de zorg om door te gaan? Dat zal niet de betaling zijn. Wat dan wel? Stroomlijn vroeg het aan zeven mensen die in de zorg werkzaam zijn. Verspreid in dit nummer staan hun verhalen onder de noemer 'Een doorkijk in het leven van zorgprofessionals'.

De betekenis van Marja de Rek

“Iets intiems opbouwen”

Een doorkijk
in het leven van
zorgprofessionals

De helft van Marja de Reks cliënten is terminaal. Het heeft even geduurd voordat de gespecialiseerde verpleegkundige (47) van ZorgBrug de betekenis van haar werkzaamheden herkende in relatie tot hun naderende dood.

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

Stel, je komt voor het eerst bij iemand binnen om zorg te verlenen en je hebt geen flauw idee of je de persoon in kwestie daarna ooit nog zal zien omdat de cliënt dan is overleden. Stel verder, dat je bij zoiets groots en onvermijdelijks als een spoedige dood van de ander niet precies kan duiden wat jij nou precies te bieden hebt met bijvoorbeeld pijnbestrijding. Waar haal je dan als zorgverlener je inspiratie vandaan? In het begin van haar baan als gespecialiseerde verpleegkundige heeft Marja de Rek er een tijdje over moeten nadenken voordat ze de zin van haar werkzaamheden helder op een rij had. “Ik weet nu voor mijzelf wat mijn positieve spanningsveld is”, vertelt ze. “Laten we ons even beperken tot cliënten die terminaal zijn. Ik kom thuis bij iemand die weet dat hij gaat overlijden aan zijn ziekte. Voor mij is het dan zaak om in te schatten hoe ver diegene is in zijn verwerking. Ik vind dat iets intiems: een intensief contact opbouwen in dat laatste stukje van iemands leven. Dat staat min of meer los van de technische handelingen die ik verricht.”

Durven

De Rek merkt het vaak: de niet meest directe kring van de patiënt – denk aan neven, nichten, burens en collega's – heeft er moeite mee met hem of haar over de dood te spreken. “En ze willen ook weer niet praten over leuke dingen die ze

hebben meegemaakt, want dat doet weer te veel aan het leven denken”, weet De Rek. “Ik durf met de patiënt wel gesprekken over de dood aan te gaan. Dat kan fijn zijn voor iemand die onzeker is over de dood. Iemand vertelt bijvoorbeeld over zijn angsten en kan al pratende zijn gedachten en gevoelens ordenen.”

Kinderverpleegkunde

De Rek maakt deel uit van een team van zeven gespecialiseerde verpleegkundigen die bij mensen op bezoek gaan. Het kan ook gaan om cliënten met een ernstige aandoening en wél een goede prognose. De Rek is gespecialiseerd in kinderverpleegkunde, maar is ook geschoold in vele andere

ziektebeelden en handelingen. “Op een dag help ik bijvoorbeeld mensen met een morfinepomp, een vochtinfuus of spinale pijnbestrijding. Of je brengt een sonde in bij kinderen met een stofwisselingsziekte. Of je dient een injectie toe bij een kind dat onvoldoende witte bloedcellen heeft. We leveren geplande en ongeplande zorg.” De Reks motivatie blijft ook levend dankzij haar lidmaatschap van het Palliatief Consultatieteam. “Die afwisseling heb ik nodig. Even teamwerk in plaats van solistisch opereren bij cliënten. En ook belangrijk: casussen afronden in plaats van zaken onvoltooid moeten achterlaten omdat de cliënt niet meer geneest.”



RIVM rapport 'Groeien in gezondheid' heeft veel impact gehad

Betty Steenkamer
Beleids- en organisatieadviseur

Maakt zo'n rVTV nou een verschil? Zijn al die moeite en geld zinvol besteed geweest? Heeft het rapport van het RIVM nieuwe informatie gebracht? Is er met de resultaten beleidsmatig iets gedaan? Deze evaluatie toont aan van wel.

In 2006 heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) het rapport 'Groeien in gezondheid; Gezondheid en zorg in Midden-Holland, nu en in de toekomst' gepresenteerd. Aanleiding hiervoor was dat zorgaanbieders in Midden-Holland behoefte hadden aan inzicht in de gezondheid en de huidige en toekomstige zorgvraag van de inwoners in deze regio. Op die manier konden ze het beleid afstemmen op lokale ontwikkelingen. Het onderzoek is een regionale variant van het landelijke onderzoek en de resultaten leverden veel publiciteit op. De vraag is nu, twee jaar later, of er ook werkelijk iets met de resultaten is gedaan.

Aanpak evaluatie

Om inzicht te krijgen in hoeverre het doel is bereikt, is in het voorjaar van 2008 een evaluatie uitgevoerd. Dit is gedaan door documenten te analyseren, interviews te houden, vragenlijsten en groepsdiscussies te organiseren met 37 sleutelfiguren die bij de ontwikkeling en implementatie van de rVTV een rol hebben gespeeld. Dit waren de onderzoekers van het RIVM en de GGD Hollands Midden en afgevaardigden van de organisaties binnen het Transmuraal Netwerk, de GGD, Kwadraad en de zorgverzekeraar Trias. Zij maakten ook

deel uit van een begeleidingsgroep die de ontwikkeling van de rVTV heeft bewaakt. Daarnaast namen ook de ambtenaren Zorg/Wmo van de dertien gemeenten in Midden-Holland deel aan de evaluatie.

Veel gebruikt

Uit de praktijk blijkt dat er zowel door de zorgaanbieders als door de medewerkers van de GGD en de ambtenaren in zeer hoge mate gebruik is gemaakt van de onderzoeksresultaten in het rapport. Ruim driekwart van alle gebruikers hebben de resultaten uit het rapport uiteindelijk omgezet in beleidsactiviteiten. Hoe komt dat? Belangrijke succesfactor was de nauwe samenwerking tussen de onderzoekers van het RIVM en de begeleidingsgroep zodat de onderzoeksresultaten goed aansloten bij de wensen. Daarnaast bleek dat door de professionaliteit van de onderzoekers de gebruikers veel vertrouwen hadden in de resultaten. Dit heeft ook bijgedragen aan het hoge gebruik van de gegevens. Overigens heeft de GGD het rapport in alle fasen van beleidsontwikkeling meer gebruikt dan de zorgaanbieders. Dit is logisch te verklaren doordat de resultaten in het rapport beter pasten binnen de visie en kennis van de medewerkers van de GGD.

In de laatste fase van beleidsontwikkeling, de fase waarin de onderzoeksresultaten werkelijk worden vertaald in beleid, hebben de zorgaanbieders echter de meeste activiteiten ontplooid.

Verskillende doelstellingen

De rVTV is met veel waardering ontvangen. Wel waren er tussen de groepen gebruikers opvallende nuanceverschillen die te verklaren zijn door de verschillende doelstellingen binnen de organisaties. De zorgaanbieders waren het meest tevreden over het regionale karakter van de onderzoeksresultaten en de mate waarin deze toepasbaar waren binnen medische en strategische beleidsontwikkeling. De resultaten hebben hen gesteund bij het maken van plannen om betere zorg te verlenen en hun marktpositie in de regio Midden-Holland te behouden. De gebruikers van de GGD waren van mening dat de onderzoeksresultaten een klimaat hebben geschapen voor samenwerking tussen de drie groepen gebruikers. Hierin kon de GGD een nieuwe rol als adviseur en steunpunt voor samenwerkingsverbanden tussen verschillende disciplines gaan vervullen.

De ambtenaren waren het meest tevreden over de prioriteitsstelling van de gezondheidsproblemen. Deze kennis hadden zij nodig voor

Hoe verder?

Ook het RIVM kijkt terug op een prettig lopend project met een enthousiaste begeleidingsgroep én een succesvol eindrapport. Mede dankzij de ervaringen in Midden-Holland is verder gewerkt aan de vernieuwing en verfijning van regionale VTV's. Zo is er intussen een toolkit regionale VTV gelanceerd (www.tookitvtnl.nl). Deze website bevat 'gereedschap' waarmee GGD'en in toenemende mate zelf de regionale en lokale gezondheidssituatie in kaart kunnen brengen, waar nodig met ondersteuning van het RIVM. Deze toolkit bevat ook voorbeelden van regio's met een 'Regionaal Kompas', ofwel een eigen website met gezondheidsinformatie.

Voornaamste bevindingen RIVM rapport



Belangrijk goed nieuws was dat de inwoners van Midden-Holland relatief gezond zijn. De levensverwachting en de gezonde levensverwachting zijn hoger dan gemiddeld in Nederland. De inwoners rapporteerden minder vaak chronische luchtwegklachten, bewegingsbeperkingen en lichamelijke beperkingen. Ongezond gedrag en overgewicht zijn echter een bron van zorg voor de toekomst. Ruim een kwart van de mensen in Midden-Holland rookte en iets meer dan de helft van de volwassenen voldeed niet aan de norm voor gezond bewegen.

Het rapport is via de website van het RIVM in te zien, www.rivm.nl, RIVM-rapportnummer 270644001/2006.

Uniek project

Deze rVTV was een uniek project. Het rapport heeft meer impact gehad dan van tevoren was ingeschat. Niet eerder was de vraag om een rVTV uit een regionaal netwerk van zorgaanbieders gekomen. De zorgaanbieders in Midden-Holland hebben hiermee een belangrijke bijdrage geleverd aan het beter benutten van onderzoeksresultaten binnen gezondheidsbeleid.

de ontwikkeling van de lokale gezondheidsnota in het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en beleid in het kader van de Wet maatschappelijke ontwikkeling (Wmo).

Aanbevelingen

Een duidelijke aanbeveling was dat in een toekomstige rVTV onderzoeksresultaten moeten worden opgenomen die zowel voor de zorgaanbieders als voor de gemeenten en de GGD van belang zijn. Ook kan door inhoudelijke verbreding van de rVTV de toepassing van de resultaten binnen beleidsontwikkeling nog worden verhoogd. Suggesties hiervoor zijn: meer aandacht voor jeugdzorg, mantelzorg en preventie, psychosociale problematiek en problematiek bij de migrantenpopulatie. Een andere aanbeveling is om de ontwikkelingen in de toekomst uit te breiden met zogenaamde 'zachte cijfers' over zorg en welzijn vanuit het perspectief van de cliënt. Verder wordt voorgesteld om waar mogelijk effectieve interventies aan te geven. En tot slot verdient het aanbeveling dat tussen deze partijen afspraken worden gemaakt over nazorg en evaluatie van het gebruik van de resultaten.

Netwerk preventie

Het Netwerk Preventie en Zorg Midden-Holland initieert en bevordert samenwerking rond de grote preventiethema's die op basis van landelijk beleid en regionaal onderzoek hoog op de agenda staan. Met de oprichting van het netwerk in 2007 en het programma 'Van Harte' heeft een aantal 'preventieverantwoordelijke' organisaties in Midden-Holland als doel meer samenhang en afstemming te realiseren tussen de verschillende preventieve interventies in de regio ter bevordering van een goede gezondheid en leefomgeving in deze regio. Momenteel wordt onder leiding van het Transmuraal Netwerk, de GGD Hollands Midden en het Zorgberaad Midden Holland, geïnventariseerd op welke wijze subnetwerken rondom de thema's zijn georganiseerd en hoe deze kunnen worden ontsloten, verbonden en versterkt. Voor meer informatie: Harriette Mesland, telefoon (0182) 54 81 76.

Het realisme van ambulante begeleider Sandra van Brenk

**Een doorkijk
in het leven van
zorgprofessionals**

“De positieve dingen onderstrepen”

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

“Al is het bij iemand nog zo’n rommel, ik zal bij mijn eerste bezoek altijd zeggen dat hij een leuke woning heeft.”

Geen wonder dat al haar cliënten Sandra van Brenk (38) beschouwen als een positieve vrouw.

Het is een tragikomisch verhaal. Een verhaal over een echtpaar dat flink in de schulden zat en gemotiveerd was om niet terecht te komen in een saneringstraject. Sandra van Brenk stimuleerde de twee. Totdat een van hen jarig was, geld kreeg van zijn ouders en het stel besloot er onmiddellijk een magnetron van te kopen. Niet dat dat echt nodig was, want er stond al een magnetron in huis. Bij thuiskomst bleek het de verkeerde magnetron te zijn. Op dat moment besloten de twee niet met het openbaar vervoer terug te gaan naar de winkel, maar hun laatste geld uit te geven aan een dure taxirit. Daarna was er niets meer over om voeding en drank van te kopen.

Vertrouwensband

Dit illustreert de drijfveer van Van Brenk: “De cliënt moet weten dat ik altijd naast hem sta, hoe gek hij bij wijze van spreken ook doet. Vanaf het nulpunt hebben we een vertrouwensband opgebouwd. Ik had dit echtpaar wel streng kunnen toespreken, maar de kans is groot dat dat averechts werkt. Ik onderstreep liever de positieve dingen, geef complimenten voor zaken die goed gaan. Dan bouw je ook krediet op om op te treden wanneer dingen écht foutlopen.”

Van Brenk komt in de regio Gouda thuis bij negen cliënten. Zij hebben min of meer met elkaar gemeen dat

zij verstandelijk beperkt zijn en bovendien een psychiatrische stoornis hebben. Zoals zwakbegaafde moeders met borderline. Of een alleenstaande autistische man met een verstandelijke beperking. Soms heeft een cliënt met geldproblemen opeens duizend euro gepind of is er thuis tot diep in de nacht een luidruchtig feest georganiseerd terwijl de baby veel slaap nodig heeft.

Jezelf beschermen

“Een belangrijk middel om geïnspireerd te blijven, is dat je geen al te hoge verwachtingen creëert”, zegt Van Brenk. “Ik kan wel helemaal blij het weekend ingaan met de wetenschap dat een cliënt die week twaalf stappen vooruit heeft gezet, maar de kans bestaat dat hij op maandag weer elf

stappen terug heeft gedaan. Zonder frustratie ga je dan gewoon de berg puin opruimen. Het is belangrijk te weten dat je met deze doelgroep geen tien kunt scoren. Daarmee bescherm je jezelf.” Van Brenk opereert vooral solistisch. Ze bezoekt cliënten en werkt thuis met de telefoon en computer. Om de twee weken heeft ze teamoverleg. Heel nuttig, stelt ze. “Er zitten allerlei verschillende mensen bij die allemaal hun eigen karakter hebben. De een is zakelijker, de ander emotioneler. Soms hoor ik iets waarvan ik denk: hé, die insteek lijkt me goed en ga ik ook eens proberen. En zo hoop ik dat andersom mijn collega’s er ook iets aan hebben wanneer ik vertel hoe ik een bepaalde situatie zou aanpakken.”



De variatie van fysiotherapeut Willy Velsink

“Steeds nieuwe richting op”

Een doorkijk
in het leven van
zorgprofessionals

Verandering van spijs doet eten. Het is de reden waarom Willy Velsink (42) het als moeder van vier kinderen na bijna twintig jaar nog altijd met gemak opbrengt veel tijd te steken in haar bestaan als fysiotherapeut. “Ik ben me nu aan het specialiseren in fysiotherapie voor oncologische patiënten.”

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

Als het meezit maakt Willy Velsink binnenkort deel uit van de tweede lichte gediplomeerde oncologische fysiotherapeuten in ons land. “Zo’n specialisme maakt het werk zo leuk en afwisselend”, zegt ze. “Ooit ben ik met algemene fysiotherapie begonnen op een kamertje van twee bij drie. Maar nu ben ik maatschap-houder van twee praktijken, zie ik de meest uiteenlopende cliënten, ontplooi ik met collega’s initiatieven en werk ik ook dikwijls in de buitenlucht. Dan breng ik bijvoorbeeld mensen de techniek van Nordic Walking bij.”

Velsink is een van de vijf maatschap-houders van fysiotherapiepraktijken in Lekkerkerk en Krimpen aan den IJssel. Ze zijn zowel bedoeld voor kinderen als volwassenen. Op laatstgenoemde locatie is een oefenzaal van zo’n vierkante meter. “We doen veel oefen-therapieën”, vertelt Velsink. “Bijvoorbeeld voor volwassenen met COPD, diabetes of hartklachten en voor kinderen met overgewicht of het Downsyndroom.”

Creatief

Fysiotherapie voor geriatrische cliënten in de vorm van geriatrische fitness. Fysiotherapie ofwel oefen-therapie

voor kankerpatiënten tijdens de chemotherapie. Fysiotherapie voor mensen die bijvoorbeeld na verwijdering van de oksel- of liesklieren kampen met oedeem. Nordic Walking voor mensen die revalideren na een heup- of knieoperatie. Het scala van Velsinks activiteiten is breed.

“Je moet creatief blijven om plezier in je werk te houden”, zegt ze. “Je kunt zoveel nieuwe richtingen op. Zo zal fysiotherapie voor oncologie-, diabetes-, hart en longpatiënten terrein winnen. Onze praktijk wil steeds meer multidisciplinair gaan werken in de eerste lijn. In ons paramedisch centrum in Krimpen aan den IJssel trekken we bijvoorbeeld al op met een logopedist, diëtist en psycholoog. Zo wordt dichtbij huis optimale zorg geleverd. Met training en bege-

leiding voorkomen we bijvoorbeeld dat de conditie van COPD-patiënten achteruitgaat en dat zij vanwege een longontsteking eerder worden opgenomen in het ziekenhuis.”

Winnen

Velsink moet niet alleen beschikken over vakinhoudelijke kennis, het is ook zaak dat zij anderen kan motiveren. “Daarvoor moet je allereerst zelf enthousiast in je vak staan”, zegt ze. “Als ik iemand binnenkrijg die vanwege darmkanker een grote operatie achter de rug heeft, is het belangrijk dat ik hem kan winnen voor het idee niet stil in een hoekje te zitten maar juist te bewegen. Mensen die chemotherapie ondergaan, krijgen steeds vaker het advies al tijdens de behandeling te bewegen of te sporten om hun conditie op peil te houden. Het geeft veel voldoening om kankerpatiënten te begeleiden.” “Maar ik zeg eerlijk: regelgeving en administratie ontnemen me soms de lust mijn creativiteit verder te ontplooiën. Het leidt tot tijdgebrek. Ik ben blij dat onze maatschap sinds een tijd een administratief medewerker in dienst heeft. Wie de middelen heeft voor zo’n medewerker, moet dat in mijn ogen altijd doen want dat schept meer ruimte voor nieuwe ideeën.”



Verschillen op basis van waardenoriëntatie, leefstijl en angsten

Motivaction onderzoekt het denken over sterven

Lia Thorborg
journalist

“Dit onderzoek vond ik een pareltje. Ons onderzoeksmodel *Mentality*, dat de bevolking indeelt op basis van hun waardenoriëntatie en leefstijl, wordt voor allerlei doeleinden gebruikt. Het was echt nieuw om met dit instrument inzicht te krijgen in het denken over sterven.”



Aan het woord is Frances van Berkel. Zij voerde samen met collega Sander Metaal in opdracht van Transmuraal Netwerk Midden-Holland een landelijk onderzoek uit naar de wijze waarop mensen denken over de laatste levensfase. Dit maakt onderdeel

uit van het STEM-project (zie kader). “De vraagstelling was een uitdaging: hoe vraag je mensen iets, waarover ze eigenlijk liever niet praten.” Welke uitkomst vonden zij opvallend? “We hadden verwacht dat voor ouderen en mensen met ervaringen in de naaste omgeving veel minder sprake zou zijn van een taboe. Leeftijd en ervaringsdeskundigheid bleken echter helemaal geen onderscheidende factor.”

Uitgangspunt voor zorgaanbod

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat verschillende opvattingen over de laatste levensfase terug zijn te leiden tot hoe men in het leven staat en in hoeverre angsten over de dood en de laatste levensfase expliciet zijn. Het is daarmee niet gezegd dat iedereen

een bepaalde mate van angst voor de laatste levensfase zou kunnen hebben maar er is wel een duidelijk verschil in hoe je daarmee omgaat. Sommige groepen zijn veel uitgesprokener in waar men bang voor is dan andere groepen.

Motivaction voerde onder meer groepsdiscussies met drie generaties (18 – 80 jaar) en hield een online enquête, die door 1.570 mensen werd ingevuld. Het resultaat is een verdeling van de Nederlandse bevolking in vijf segmenten: vijf typen mensen met een vergelijkbare leefstijl, levenshouding en vergelijkbare opvattingen over de laatste levensfase.

Deze segmenten zullen in de volgende fase van het STEM-project uitgangspunt vormen voor bewustmakingscampagnes en de ontwikkeling van een gericht producten- en dienstenaanbod in de zorg rondom sterven.

De groepen zijn grafisch weergegeven op twee assen. De horizontale as laat de algemene waardenoriëntatie (traditioneel, modern, postmodern) zien. De verticale as toont angst voor de laatste levensfase. In alle segmenten heerst een angst voor de laatste levensfase. Segmenten die hoog scoren op deze as zijn zich sterker bewust van deze angst en uiten dit vaker.



Motivaction

Het Amsterdamse onderzoeksbureau Motivaction (research en strategy) werkt met Mentality, een uniek waarden- en leefstijlonderzoek dat een effectieve kijk geeft op doelgroepindeling en –benadering. Door onderzoek te doen naar de belevingswereld van mensen, ontstaat inzicht in wat mensen beweegt, wat hun leefpatroon is en hoe trends ontstaan. Nederland kent acht sociale milieus, elk met een eigen leefstijl en consumptiepatroon. Motivaction werkt met Mentality sinds 1996 en heeft een 'levende database', een internetpanel van circa 100.000 mensen die regelmatig deelnemen aan marktonderzoek. Zie ook www.motivaction.nl.

Top 10 Wat vinden mensen belangrijk in de laatste levensfase?

1. De aanwezigheid van familie en vrienden (61%)
2. Geen pijn (57%)
3. Waardigheid (41%)
4. Levensende zelf beslissen (38%)
5. Goede verzorging (34%)
6. Afscheid nemen (32%)
7. Volledig bewustzijn (30%)
8. Medische zorg (27%)
9. Thuis blijven (26%)
10. Genieten (26%)

Gespreksgroep

In november start de gespreksgroep 'Praten over de dood: hoe doe je dat?' De groep komt acht keer bijeen op donderdagmiddag en staat open voor iedereen die, om welke reden dan ook, geïnteresseerd is in het thema. Kijk voor meer informatie op www.doodgewoonbespreekbaar.nl

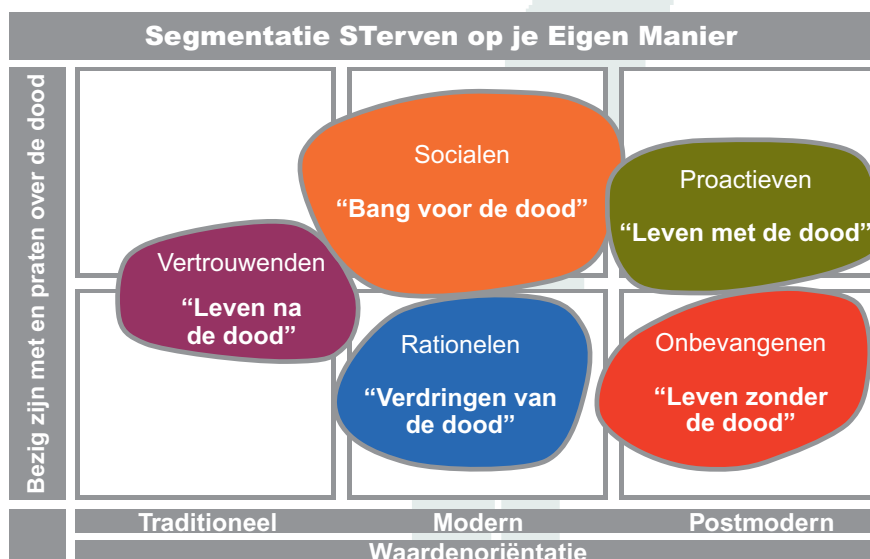
Sterven op je Eigen Manier (STEM)

Het STEM-project van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland maakt deel uit van de eerste tranche in het Landelijk Transitieprogramma Langdurende Zorg. Daarin subsidieert de overheid projecten rondom vier innovatiethema's: preventie, zorg op afstand, sociale steunsystemen en ketensamenwerking. Het STEM-project, een vervolg op de Regionale Visie op Palliatieve zorg Midden-Holland, valt in de laatste categorie.

Hoe mensen in Nederland omgaan met de laatste levensfase

1. **De proactieve (18%)** Mensen uit deze groep kenmerken zich door een kritische houding als het gaat om de zorg in hun laatste levensfase. Voor hen is de dood geen taboe, er wordt over nagedacht en over gesproken om zo de regie ook in deze fase in eigen hand te houden.
2. **De onbevengene (22%)** Voor deze gemiddeld jonge trendsetters is de dood niet direct een onderwerp. Zij leven hun leven op een eigenzinnige manier.
3. **De sociale (33%)** Binnen deze groep wordt weinig over de dood gepraat. Mensen maken geen eigen keuzes, maar sluiten zich graag aan bij wat gebruikelijk is in hun groep. Zij vinden het vooral belangrijk om te sterven tussen vrienden en familie. Daarbij verwachten zij dat zaken te zijner tijd voor hen geregeld worden.
4. **De vertrouwende (12%)** Voor mensen in deze groep is de dood een deel van het leven. Zij hebben al een bepaald beeld van de laatste levensfase. Een beeld dat meestal aansluit bij een geloof of spirituele stroming.
5. **De rationele (15%)** De laatste levensfase is een groot taboe voor deze groep mensen. Ziekte en dood passen niet in hun beeld van een succesvol leven. Ze denken er wel over na, omdat ze de regie graag in handen willen houden.

Bij deze Stroomlijn is een handige waaier toegevoegd waarin de verschillende groepen uitgebreid beschreven worden en op de achterkant hoe elke groep is als patiënt en welke producten of diensten passen.



Meer informatie?

Kijk op www.doodgewoonbespreekbaar.nl

‘Weer kleur op gezicht brengen’

Gerben Stolk
journalist - PlumaTekst

Als praktische thuisbegeleider van Vierstroomzorging moet Belen Marti Olaya (28) geduldig kunnen zijn. Het zijn uiteindelijk de cliënten die de stapjes vooruit moeten maken. Zij zelf kan slechts stimuleren. “Maar als ik dan op een dag verbetering zie, kan ik weer weken vooruit.”

“Ik wil jou graag ontmoeten, ik wil weten wie je bent.” Daar stonden ze dan, Belen Marti Olaya en de zoon van een cliënt. Hij aan de ene kant van de deur en zij aan de andere. Ze zagen elkaar niet, de jongen wilde zich niet vertonen, maar in de loop der tijd slaagde de praktische thuisbegeleider erin het vertrouwen van de 20-jarige te winnen.

“Vanachter die deur ging hij me steeds meer vertellen. Dat hij zijn school niet had afgemaakt. Dat hij na een halfjaartje was gestopt met werken. Dat hij daarna eigenlijk niets meer ondernomen had en nu overdag sliep en 's nachts leefde. Zijn wereld had zich eigenlijk beperkt tot zijn kamer.

Een paar bezoeken later kwam hij die kamer uit. Weer wat later zaten we in de woonkamer en nu is hij de draad van het gewone leven aan het oppakken. Hij gaat weer naar school, heeft een bijbaantje en is voor zijn moeder een vijver aan het graven in de tuin. Ja, hij komt weer buiten en heeft een kleur op zijn gezicht.”

Truc

Weer een kleur op het gezicht. De woorden

staan symbool voor wat Marti Olaya voor elkaar probeert te krijgen bij cliënten die zij bezoekt in Moordrecht, Zevenhuizen, Capelle aan den IJssel, Nieuwerkerk aan den IJssel en een deel van Rotterdam.

“Ik kom thuis bij mensen met bijvoorbeeld psychische, sociale of lichamelijke problemen die een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg of Jeugdzorg hebben. Het is de truc om hen zélf tot actie aan te zetten. Vanuit de kracht van de cliënt proberen we verbetering in de situatie te krijgen.”

Heeft Marti Olaya voorbeelden?
“De ene keer help ik ouders houvast

te geven voor de opvoeding van hun kinderen. We kijken naar filmpjes van opvoedsituaties. Herken je dit? We zien beelden waarop het goed of fout gaat. Ik vertel bijvoorbeeld dat je bij een kind rekening moet houden met wat het op die leeftijd kan bevatten. De andere keer ga ik op bezoek bij iemand die manisch depressief is en daardoor in een sociaal isolement verkeert. Ik luister, probeer zijn kracht naar boven te halen en hem bijvoorbeeld te motiveren mee te doen aan dag-activiteiten.”

Blij

Wat is de inspiratiebron van Marti Olaya? “Dat ik mensen kan helpen vooruitgang te boeken. Dat ik bij hen vertrek en dat ze je blij staan uit te zwaaien. Het maakt je als mens ook vollediger wanneer je kunt delen.” Het is precies wat Marti Olaya bereikte bij de zoon van de cliënt die zij hielp de financiën op orde te krijgen. Maar uiteindelijk, zegt zij, is het de ander die het moet doen. “Hij zei: Bedankt dat je me uit mijn kamer hebt gekregen. Waarop ik antwoordde: Jij hebt zelf die deur geopend.”



De kunst van het ketensmeden

Sommige zorgketens lijken vanzelf te ontstaan; aan anderen moet hard worden gewerkt. Toeval? Of is er toch iets meer te zeggen over de kunst van het ketensmeden?

Lisette van Dingenen
programmaleider Zorgketens

Lia Donkers
directeur Transmuraal Netwerk

Als Transmuraal Netwerk houden wij ons al meer dan tien jaar bezig met de ontwikkeling van zorgketens en de verbetering van samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverleners in Midden-Holland. Waarom? Omdat steeds meer cliënten of patiënten langdurig een breed scala aan zorg nodig hebben waarbij ze veel hinder ondervinden van de schotten die in de gezondheidszorg bestaan. Met het smeden van zorgketens proberen we het zorgaanbod over de schotten heen te stroomlijnen waarbij het traject van de patiënt centraal staat. Inmiddels is een tiental zorgketens tot stand gebracht voor patiëntencategorieën met een bepaalde diagnose zoals CVA, dementie, COPD en palliatieve zorg. Daarnaast ondersteunt het Transmuraal Netwerk een regionale overleg- en ontwikkelstructuur voor elektronische uitwisseling van zorggegevens, preventie van ongezondheid en behoud van voldoende en goed zorgpersoneel (zie pagina 16, plaatje Netwerken van TMN). Zorg die in ketenverband wordt aangeboden, blijkt effectiever en kwalitatief beter dan zorg die niet in samenhang is gebracht. Het is nog niet aangetoond dat ketenvorming de zorg ook goedkoper maakt.

Regionaal proces

Het smeden van ketens is een regionaal proces. In praktisch alle regio's van Nederland zijn er wel initiatieven. Het is algemeen

erkend dat de ontwikkeling van zorgketens een complex en langdurig zoekproces is waarbij niemand het eindplaatje nog precies kent. Er bestaat geen zogenaamde blauwdruk die alleen maar 'uitgerold' hoeft te worden. Bij ketenontwikkeling spreken we liever van een groendruk die werkenderwijs 'ontdekt' wordt. Voorwaarde is een breed samengestelde groep betrokken professionals die bereid is om over langere tijd vanuit patiëntenoptiek kritisch naar de kwaliteit en de samenhang van het totale zorgtraject te kijken, verbeteringen uit te proberen en continue aanpassingen door te voeren. In een overzichtelijke regio als Midden-Holland met een duidelijk bestuurlijk samenwerkingscommitment lukt het meestal redelijk snel om dergelijke groepen professionals of lerende netwerken

“Het zorgaanbod over de schotten heen stroomlijnen”

bijeen te krijgen. Ook zijn er korte lijnen met zorgverzekeraar en zorgvragersorganisaties. Daarmee is het ontwikkelen van zorgketens in onze regio kansrijker dan in gebieden met een complexere infrastructuur. Dat neemt niet weg dat ook in Midden-Holland de opkomende marktwerking een bedreiging kan vormen voor de gegroeide samenwerking. De concurrentiepositie van zorgaanbieders zet de bestuurlijke verhoudingen op scherp. Het is nog

niet te zeggen of zorgketens formaliseren en vermarkt gaan worden, bijvoorbeeld in de vorm van ketendbc's, of dat ketensamenwerking zich juist buiten de marktwerking blijft afspelen tussen 'concullega's' die in een regio zorg verlenen aan een gemeenschappelijke klantenkring zoals bijvoorbeeld het geval is bij palliatieve zorg. Wellicht wordt het een combinatie van beide want de ene keten is de andere niet. Zie verder in dit artikel.

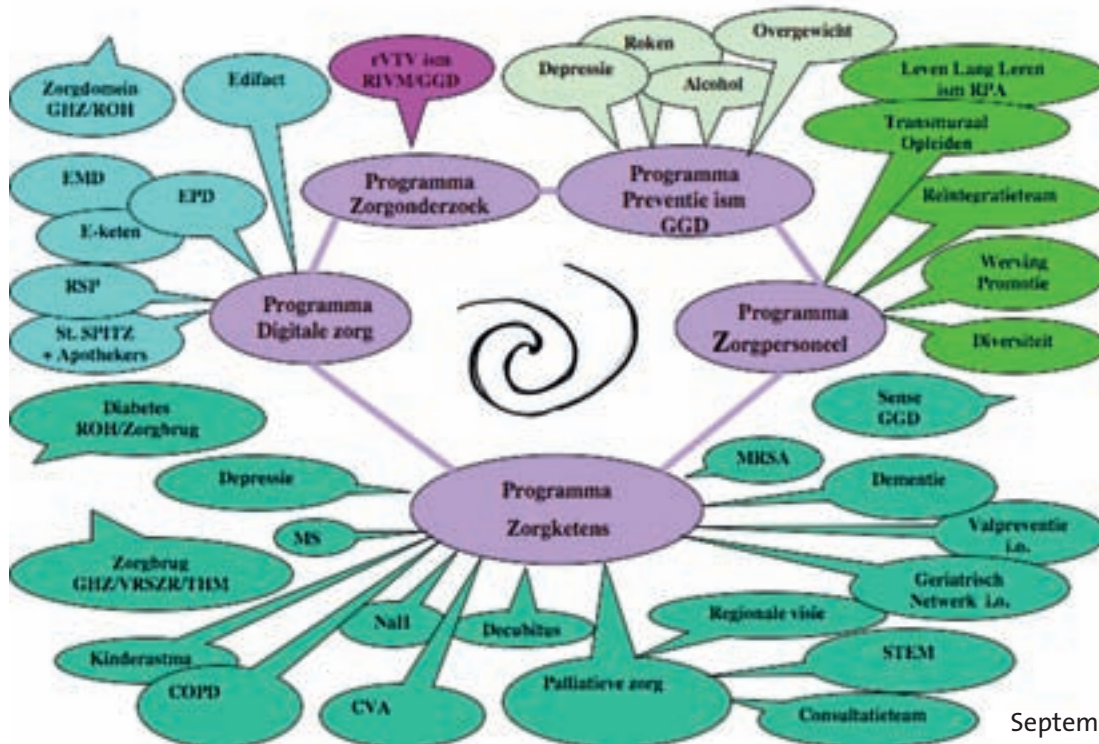
Ketenkennis

In tien jaar tijd is in de regionale praktijk veel expertise opgebouwd over het smeden van ketens. De regio's van Nederland wisselen veel kennis en ervaringen uit, soms als best practice, soms als worst practice. Dit laatste is namelijk ook heel leerzaam. Universiteiten, hogescholen en kennisinstituten gaan zich duidelijk meer interesseren voor ketenontwikkeling. Er verschijnen proefschriften. In de afgelopen jaren heeft praktisch elk vakblad wel

een themanummer uitgebracht over zorgketens en transmurale samenwerking. Maar het laatste woord over ketenontwikkeling is nog niet geschreven. Iedereen heeft zo zijn eigen opvattingen:

- managers zien ketenvorming als een logistieke afspraak;
- cliënten hopen op meer kwaliteit;
- beroepsbeoefenaren beschouwen ketenzorg als een multidisciplinaire uitbreiding van hun eigen professioneel handelen;

Netwerken verbonden (geweest) aan Transmuraal Network M-H



September 2008

- financiers gebruiken zorgketens voor inkoopprestaties;
- en bestuurders stoeien met het verschil tussen ketensamenwerking en kartelvorming.

Kortom: een integraal beeld over ketenzorg bestaat nog niet. Voor meer helderheid zijn nog veel praktijkervaring en theorievorming nodig. Ten behoeve van zorgverlenend Midden-Holland volgt het Transmuraal Network de ontwikkelingen op de voet door ondermeer te participeren in diverse landelijke én internationale kennisnetwerken zoals het International Network Integrated Care. Van tijd tot tijd publiceren we leerervaringen uit Midden-Holland. Hierna volgt een korte samenvatting van drie artikelen.

Wie doet wat in de zorgketen?

In het artikel 'Kwetsbare Ketens' (Medisch Contact, 5 augustus 2005) beschrijven we het aansturingmodel voor zorgketens zoals dat in Midden-Holland is uitgekristalliseerd. Eerder had de Inspectie voor de Gezondheidszorg gerapporteerd dat de wijze waarop in Nederland zorgketens tot stand kwamen - namelijk vanuit een groep gedre-

ven professionals - veel te kwetsbaar was omdat bestuurlijke verankering ontbrak. Een herkenbaar probleem. Reden waarom in Midden-Holland het bestuur van het Transmuraal Network zich verantwoordelijk heeft gesteld voor de voortgang van keteninitiatieven in de regio, doch niet voor de uitvoering van de ketenzorg. Daarvoor blijven de directe ketenpartners verantwoordelijk totdat duidelijk is wie de uiteindelijke 'keteneigenaar' zal zijn. Het aansturingmodel van Midden-Holland regelt afspraken op drie niveaus.

1. Ten eerste het uitvoeringsniveau waarop we afspraken maken over de zorgverlening. Dat betekent het aan elkaar knopen van de diverse professionele standaarden tot een regionale richtlijn of ketenprotocol.
2. Ten tweede het ketenniveau waarop de ketenpartners jaarlijks afspraken maken over de in te zetten capaciteit en deskundigheid. In feite komt dit neer op stapeling van de diverse prestatieafspraken van instellingen.
3. Ten derde het bestuurdersniveau waarop ketenpartners

afspraken maken over doelen, voorwaarden en kosten van de samenwerking. Dit krijgt vorm in een ketenovereenkomst of samenwerkingsbrief.

Het aansturingmodel van Midden-Holland voorziet per zorgketen ook in een regiegroep bestaande uit vertegenwoordigers van de betrokken ketenpartners. Deze regiegroep met vaste voorzitter en ketencoördinator, de laatste in dienst van het Transmuraal Network, ziet toe op een soepele uitvoering en doorontwikkeling van de zorgketen. De ketenresultaten en nieuwe ontwikkelingen worden jaarlijks aan belangstellenden gepresenteerd.

Kookboek voor regionale richtlijnen

Het artikel 'Regionale afstemming in de zorg vereist zorgvuldige aanpak' (KIZ, Tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg, april 2008) geeft aan op welke wijze we in Midden-Holland de diverse professionele standaarden voor een bepaalde diagnosegroep aan elkaar knopen en naar de regionale situatie vertalen. Dit resulteert in een regionale of transmurale richtlijn. Daarbij blijft de inhoud van de

standaarden intact. Transmurale richtlijnen worden alleen ontwikkeld als daar in onze regio een geverifieerde behoefte aan bestaat. In Midden-Holland bestaan regionale richtlijnen voor diagnostiek en verwijzing bij dementie, MRSA, NSAID gebruik en preventie van maagschade, decubitus, depressie en visie op palliatieve terminale zorg. Het is bijzonder belangrijk om regionale richtlijnen in nauw overleg met de beroepsbeoefenaren in de regio op te stellen. Na inventarisatie en studie, stelt een werkgroep van betrokken zorgverleners een eerste concept richtlijn op, die vervolgens getoetst wordt bij een grotere, zeer breed samengestelde groep professionals én bij patiëntenvertegenwoordigers. Als ook de regiegroep akkoord is, wordt de richtlijn meestal als geplastificeerde kaart gedrukt en verspreid. Ter ondersteuning van de implementatie organiseren we symposia, publicaties en toelichtende bezoeken. Evaluatie van het gebruik van regionale richtlijnen is moeilijk. We deden wel onderzoek naar de mate van bekendheid. Het Transmuraal Netwerk is verantwoordelijk voor de actualisatie van de richtlijnen.

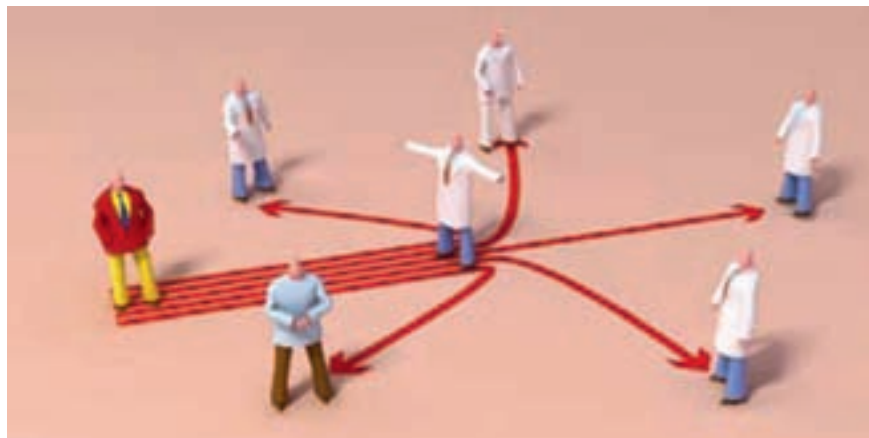
De ene keten is de andere niet

Bij ketens wordt vaak gedacht aan longitudinaal geschakelde onderdelen. Voor veel patiëntengroepen geldt echter dat ze eerder gelijktijdige zorg van verschillende zorgaanbieders ontvangt dan opeenvolgend. In de praktijk van Midden-Holland zagen we drie ketenvormen ontstaan met ieder een eigen logistiek. De zelfredzaamheid van de patiënt of cliënt is bepalend. We hebben de vormen beschreven in 'Ketens met karakter' (Medisch Contact, 9 mei 2008, zie plaatje) De eerste vorm, het dienstenmodel, bestaat uit een vast behandelprogramma gericht op zelfmanagement en uitgevoerd door meerdere zorgverleners naast elkaar waarbij één de hoofdbehandelaar is. Voorbeeld is de diabetesketen. De focus ligt op uitvoering. Bij de tweede vorm, het transfermodel, dragen zorgverleners opeenvolgend bij aan de op herstel gerichte behandeling.

De behandelverantwoordelijkheid wordt telkens overgedragen. Voorbeeld is de CVA-keten. De focus ligt op doorstroom. De derde vorm, het kluwenmodel, is gericht op cliënten met toenemende zelfzorgtekorten waarbij meerdere zorgverleners zijn betrokken. De behandelverantwoordelijkheid wordt gedeeld. Voorbeeld is de dementieketen. De focus ligt op probleemoplossing. Ketens volgens het dien-

sten- en transfermodel lenen zich voor integrale ketendbc's. Het kluwenmodel ons inziens minder. Kennis delen over ketenontwikkeling is belangrijk voor een betere begripsvorming. Het versnelt het soms moeizame regionale proces om tot ketenaafspraken te komen.

De volledige tekst van de genoemde artikelen is te downloaden via www.transmuraalnetwerk.nl



1 Dienstenmodel

Overgenomen uit Medisch Contact



2 Transfermodel

Overgenomen uit Medisch Contact



3 Kluwenmodel

Overgenomen uit Medisch Contact

“De afwisseling, dat maakt mijn vak zo leuk”

Gerda van Beek
journalist

“Wat mij inspireert?” Huisarts Annemarie van Putten, werkzaam in gezondheidscentrum Korte Akkeren in

Gouda hoeft daar geen seconde over na te denken.

“De afwisseling”, antwoord ze ogenblikkelijk. “Dat maakt mijn vak zo leuk.”

“De contacten met de patiënt zijn heel verschillend. Dat betreft niet alleen een medische aanpak, maar ook psychosociaal en soms gewoon heel praktisch. Ik heb een heel gevarieerde patiëntengroep, met veel allochtonen en dat maakt het extra boeiend. Geen dag is het zelfde. Al die verschillende mensen hebben elk hun eigen verhaal.”

Nooit klaar

Natuurlijk zijn er ook schaduwzijden. “Het is een illusie te stellen dat alles rozengeur en maneschijn is. Het feit dat de zorgverzekeraar het meer voor het zeggen heeft en er meer eisen worden gesteld aan huisartsen, is lang niet altijd leuk. We kunnen niet alles erbij doen in dezelfde tijd en binnen hetzelfde tarief. We moeten er als huisartsen gezamenlijk voor waken dat we niet alles op ons bordje krijgen geschoven, omdat wij nu eenmaal dicht bij de patiënt staan. En soms denk ik wel eens: ik zou een beroep willen hebben, waarbij je gewoon een keer kláár bent met je werk. Een spreekuur kan echt energievretend zijn.”

Specialisatie

Annemarie van Putten heeft zich gespecialiseerd in kleine

chirurgie, evenals in reizigersvaccinatie en reizigersadvies. Dat heeft te maken met het feit dat ik heb gewerkt als tropenarts”, licht ze toe. “Die specialisatie is leuk en dat is een van de redenen dat ik gekozen heb voor een gezondheidscentrum, omdat dit daar mogelijk is. Daarnaast kun je in zo’n setting makkelijk overleggen met collega’s. Dat doen we ook regelmatig. Je kunt tenslotte niet alles weten. Daar kom ik ook eerlijk voor uit, ook naar patiënten. Van belang is dat je als arts weet waar je zaken kunt opzoeken en vooral: je moet weten wanneer je moet doorverwijzen, die grens moet je goed in de gaten houden.”



Zeuren?

Met haar ervaring als tropenarts, vindt ze dan niet dat wij in ons land snel zeuren over kleine kwaaltjes? Resoluut: “Nee hoor. Ik vind het niet erg als mensen onzeker zijn over iets in hun lichaam. Het stoort me alleen als mensen een onderzoek eisen, bijvoorbeeld het prikken van cholesterol, maar tegelijk zelf niet bereid zijn te stoppen met roken, af te vallen of meer te bewegen. In zo’n geval vind ik leefstijl-interventie een ondankbare taak.”

Totale mens

Ze ziet zichzelf niet als specialist werkzaam zijn. “Als huisarts heb je het gehele overzicht, behandel je de totale mens. Dat is het bijzondere aan ons vak. Dat kan zijn met kleine kwaaltjes, waarbij je met de patiënt nog een gezellig gesprekje kunt hebben. Maar ook in de begeleiding bij een ernstige ziekte of tijdens de terminale fase. Dat is zwaar, soms aangrijpend, maar tegelijk kan ik er ook voldoening uit halen. In die fase kun je als arts zorgen dat het allemaal zo goed mogelijk verloopt en zo kun je echt iets betekenen.”



Lezersonderzoek wijst uit:

Stroomlijn voorziet duidelijk in een behoefte

Dit magazine Stroomlijn verschijnt in deze vorm inmiddels ruim zes jaar. Uit het recent gehouden lezersonderzoek blijkt dat het blad erg welkom is. Stroomlijn voorziet blijkbaar in een behoefte die bij de lezer leeft.

Carla van Zuylen
senior communicatieadviseur

Het bestuur van het Transmuraal Netwerk en de redactie van Stroomlijn waren benieuwd in hoeverre het magazine aan de verwachting van de ontvangers voldoet. Daarom is dit voorjaar een online lezersonderzoek uitgevoerd. In totaal hebben 124 mensen de enquête ingevuld, een hoge respons. Opvallend daarbij was de diversiteit in functies.

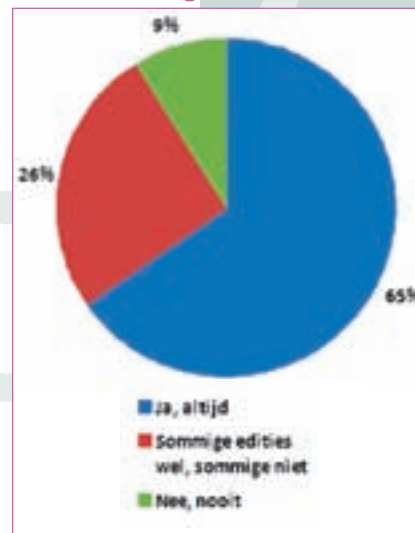
Leesgedrag

Het blijkt dat ruim 65% elke editie leest en een kwart van de mensen leest soms Stroomlijn. Belangrijkste reden om het magazine niet te lezen is tijdgebrek. Er zijn relatief veel mensen die hele artikelen lezen. Het is geen blad dat ongezien bij het oud-papier belandt. Stroomlijn verschijnt gemiddeld vier keer per jaar, 84% van de lezers kan zich hier in vinden.

Ontvangst

Stroomlijn wordt voor een gedeelte op naam verspreid en daarnaast intern verspreid binnen de zorgorganisaties. Bijna een kwart geeft aan niet alle edities ontvangen te hebben of dit niet zeker te weten. Dit is een punt van aandacht. Momenteel verschijnt Stroomlijn alleen op papier. Het is opvallend dat veel mensen het liefst het papieren magazine willen ontvangen of eventueel een digitale variant, maar dan wel aangevuld met een papieren exemplaar.

Leest u het magazine?



Waardering

Stroomlijn blijkt een flinke nieuws-waarde te hebben voor de lezers, een overgrote meerderheid van 91% vindt regelmatig nieuwe informatie in Stroomlijn. Qua voorkeur voor onderwerpen staat 'Samenwerking in de regio' voor de lezers bovenaan, op de voet gevolgd door maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot de zorg in de regio en ontwikkelingen binnen organisaties in de regio. Ook konden suggesties voor onderwerpen worden gedaan. Enkele lezers zijn benieuwd naar de kijk van patiënten (of familieleden) op zaken in de zorg. Een ander wil meer lezen over de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn of behoefte te hebben aan uitwisseling van ervaringen.

Tekst en vorm

De schrijfstijl van Stroomlijn wordt duidelijk gewaardeerd. De vormgeving past volgens meer dan driekwart van de lezers bij de inhoud van Stroomlijn. Ook de inhoudelijke diepgang wordt gewaardeerd door 98 lezers. Soms vinden de lezers de diepgang wat achterblijven. Een goed punt om te bekijken hoe we dit kunnen opvangen met een verdieping via bijvoorbeeld de website of verwijzingen naar vakliteratuur.

Acties na het lezen

Het blijkt dat de meeste lezers het niet bij lezen alleen laten. Veel mensen geven het blad door, terwijl anderen artikelen doorplaatsen via interne media. Maar ook praten ze regelmatig met collega's en vakgenoten over onderwerpen, terwijl een deel van de lezers ook informatie doorgeeft aan patiënten of gebruikt voor lesinhoud.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbeveling is: ga door met het magazine omdat het duidelijk voorziet in een behoefte. En omdat een flink deel naast het papieren magazine een digitale versie wil ontvangen lijkt het goed om deze mogelijkheid te gaan bieden. De redactie bespreekt de resultaten met het bestuur en gaat daarna aan de slag met de aanbevelingen.

Jane de Sauvage Nolting, Hoofd afdeling preventie en dienstverlening, GGZ Midden-Holland

**Een doorkijk
in het leven van
zorgprofessionals**

De GGZ door en door kennen

Gerda van Beek
journalist

Al jong wist Jane dat ze ‘voor mensen wilde zorgen’.

Daarom startte ze met 18 jaar de A-opleiding voor verpleegkundige. Echter: ze kon te weinig aandacht geven aan de patiënt en ze stapte over naar een uitzendbureau.

Als medisch typiste bij het Riagg viel het kwartje.

“De psychiatrie prikkelde me en ik ging de B-verpleging doen”. Zeven jaar werkte ze in verschillende functies. Vervolgens deed Jane de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv). Ze ging als spv aan de slag, draaide acute diensten en werkte in Rotterdam ambulant in het veld. Inmiddels werkt ze twee jaar bij GGZ Midden-Holland als hoofd preventie en dienstverlening.

Creatief

Een grillige carrière. Is dat leuk? “Ja” zegt Jane volmondig. “Juist mijn werkervaring vormt mijn inspiratie. Ik ken de GGZ van de voordeur tot de achterdeur, weet hoe patiëntenstromen verlopen. In mijn hoofd zitten alle lijnen nog steeds. Het feit dat ik de GGZ door en door ken, helpt me ontzettend in mijn vak. Het stimuleert mij ook om op een creatieve manier naar oplossingen te zoeken.”

Cliënt als uitgangspunt

Als andere belangrijke drive noemt ze de patiënt/cliënt. “Die is natuurlijk het uitgangspunt. Daarom geven juist de succesvolle programma’s je veel energie. Zoals de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns-GGZ. Het percentage dat onnodig naar de tweedelijns-GGZ verwezen wordt, is

aanzienlijk lager. GGZ-organisaties richten zich steeds meer op het stepped-care principe: iedereen krijgt de kortste/minst intensieve behandeling. Alleen als deze onvoldoende resultaat oplevert, wordt overgegaan op een meer intensieve behandeling. De afdeling preventie speelt hierin een belangrijke rol. Als je met je aanbod, zoals bijvoorbeeld cursussen, depressie of angststoornissen kunt voorkomen, is dat toch geweldig. Dat motiveert om door te gaan!”

Probleem als uitdaging

“Ik ben nuchter genoeg te zien dat er ook zaken worden afgebroken”, erkent Jane. “Daar kun je niet altijd iets aan doen. Zeker als het gaat om gebrek aan financiering. Maar van nature ben ik geneigd om elk probleem te zien als een uitdaging.”



Hoe kunnen we het anders aanpakken om toch het doel te bereiken?” Die houding draagt ze uit naar haar medewerkers. “Elke medewerker heeft haar/zijn kwaliteiten, ik vind het een uitdaging om die zoveel mogelijk te benutten. En ruimte geven voor eigen verantwoordelijkheid is ook belangrijk om goed te kunnen functioneren.”

Ketensamenwerking

En hoe gaat ze om met het mentaliteitsverschil na 14 jaar Rotterdam? “Rotterdammer zijn doeners, die direct aanpakken”, merkt Jane op. “Deze aanpak heeft mijn ondernemingszin altijd geprikkeld. In Midden-Holland zijn ze conservatiever, daar moest ik aan wennen, maar het is ook een ander soort regio, waar deze benadering past. In Midden-Holland bestaat wel een betere ketensamenwerking waarin het belang van de cliënt centraal staat. Gelukkig krijg ik voldoende vrijheid om nieuwe initiatieven te ontwikkelen. Onze organisatie werkt steeds meer mee met het implementeren van succesvolle preventieprogramma’s, zoals bijvoorbeeld een grote e-mental health project ‘Kleur je leven’, voor mensen met licht depressieve klachten. Dat zijn natuurlijk ook ontwikkelingen die geweldig inspireren!”



Woordzoeker 'transmuraal'



Zoek de volgende transmurale activiteiten:

arbeidzorg,
copd,
cva,
decubitus,
dementie,
depressie,
diabetes,
diepvenezetrombose,
dietistennetwerk,

downteam,
ict,
inzwang,
kalender,
kinderastmanetwerk,
mrsa,
multiplesclerose,
nah,
palliatievezorg,

sense,
spitzmh,
stem,
stroomlijn,
valpreventie,
website,
zorgconferentie,
zorgonderzoek.

De letters die overblijven vormen een kreet. Heeft u de oplossing gevonden? Mail deze dan, vóór 15 november 2008, voorzien van uw naam en adres naar info@transmuraalnetwerk.nl. Uit de juiste inzendingen worden drie winnaars getrokken die een attentie kunnen verwachten.

Leonie Regeer, woonbegeleider

**Een doorkijk
in het leven van
zorgprofessionals**

“Re-integratietraject: het beste wat me is overkomen!”

Gerda van Beek
journalist

Woonbegeleider Leonie Vergeer gaat elke dag opgewekt naar haar werk. Dat is geen vanzelfsprekendheid. Nog geen jaar geleden zat ze uitgeblust op de bank. Gedemotiveerd, vol wrok en verdriet. “En kijk mij nu eens. Ik ben helemaal op mijn plek.”

Van jongs af wist Leonie dat ze in de zorg wilde werken. Met 17 jaar ging ze aan de slag in een verpleeghuis. Even heeft ze de zorgsector verlaten en ging aan de slag als projectmedewerker. “Leuk hoor, maar als winst maken voorop staat, maar je je druk over de verkeerde dingen.”

Dus ging ze weer terug de verzorging in. “Heerlijk.” Ze kreeg de mogelijkheid om de opleiding Verzorgende individuele gezondheidszorg te volgen. “Vlak daarna kreeg ik neklachten. Eerst denk je nog: even wat rustiger aan doen. Maar het werd zo erg dat ik op de pijnpoli werd behandeld met zenuwblokkades. En zodra ik ging werken, was het weer volstrekt mis. Dit ging niet langer.”

Re-integratieteam

“Ik werd daarom bij de facilitaire afdeling geplaatst waar ik het team ging aansturen. Dat vond ik leuk. Echter: tot mijn verbijstering hoorde ik van de een op de andere dag dat er geen geld was voor de functie en dat er een re-integratieteam werd ingeschakeld. Ik voelde me verslagen, verloor mijn baan waarvoor ik me zo had ingezet.” Het re-integratieteam

zag tal van mogelijkheden. “Ik niet”, geeft Leonie eerlijk toe. “Ik was volstrekt gedemotiveerd. Zij vroegen naar mijn dromen: wat zou ik graag willen doen? Het antwoord was niet lastig: mijn hart ligt in de zorg. En als snel kwam de vraag of ik woonbegeleider wilde worden bij mensen met een verstandelijke handicap.” Leonie had geen idee wat ze zich daarbij moest voorstellen, maar was bereid om een avonddienst mee te draaien. “En ik wist het direct: hier ben ik op mijn plek.”

Groot gezin

“Fysiek is het een makkie”, lacht Leonie. “Ik begeleid zo cliënten met een verstandelijke beperking die een dagbesteding hebben. Ik begin om half vijf ’s middags, dan

komen ze terug uit het werk. Ik zet een kopje koffie, hoor verhalen aan, koppel belangrijke zaken door naar de persoonlijk begeleider, ik eet met de cliënten, maak een wandeling en alles wat er verder bij komt kijken. Het is net een groot gezin met veel pubers. Wat je eigen pubers doen, doen zij ook, maar dan iets heftiger. Ik slaap ter plekke. Intussen ben ik ook persoonlijk begeleider van een van hen.”

Naast mensen staan

“Dat is toch het mooiste dat er is”, straalt Leonie. “Ik mag weer naast mensen staan die een hulpvraag hebben. Daarvoor is een vertrouwensband nodig, want je bent soms bij heel kwetsbare momenten. Ik vind het zo geweldig dat het allemaal zo goed is afgelopen. Daarom heb ik de leden van het re-integratieteam bij het afsluitende gesprek een dromenvanger gegeven. Heel symbolisch. Zij vangen dromen van mensen en proberen die te laten uitkomen. Dat is ook hulpverlening. Zoals ik op mijn beurt mensen verder mag helpen. Dat is fantastisch: dat is met geen salaris te betalen.”



Website regionaal Elektronisch Patiëntendossier

Om patiënten/cliënten zo volledig mogelijk te informeren over het delen van informatie over de patiënt tussen zorgverleners is een website gemaakt. Op de site www.spitz-mh.nl is gedetailleerde informatie te vinden over onderwerpen/thema's die te maken hebben met het regionaal Elektronisch Patiëntendossier (EPD). De website is gericht op de inwoners van de regio Midden-Holland.

Regionale Beheer Organisatie SPITZ-MH

De site wordt beheerd door de Stichting SPITZ-MH. SPITZ-MH staat voor SchakelPunt Informatie Transmurale Zorg Midden-Holland. Deze stichting is het resultaat van vijf jaar regionale samenwerking tussen 'zorgaanbieders' op het gebied van ICT in de zorg.

Het doel van de stichting SPITZ-MH is het beheren van de regionale ICT infrastructuur die het mogelijk

maakt om informatie van een patiënt/cliënt digitaal uit te wisselen tussen de verschillende zorgverleners. De samenwerking op het gebied van ICT is onderdeel van een veel bredere samenwerking de zorgaanbieders en gericht is op het tot stand brengen van samenhang in de zorg voor uiteenlopende patiëntengroepen. Deze samenwerking wordt ontwikkeld en georganiseerd door het Transmuraal Netwerk Midden-Holland.

Patiëntenfolder EPD

Voor zorgverleners is een folder beschikbaar 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 bezwaar willen maken. De folder is verspreid onder de zorgverleners, wilt u meer exemplaren stuur dan een e-mail naar info@spitz-mh.nl. Heeft u vragen, neem dan contact op met Eef Peelen, projectleider SPITZ Midden-Holland, via bovenstaand e-mailadres of per telefoon: 06 55 17 38 38.





Wies Lentz: "Heerlijk, die ruimte!"

Achter de stilte, voor de stad

Foto's: Martin Droog

Dick Jonker
journalist

Waardoor valt een mens 'als een blok' voor een bepaald huis? Is het de ligging, het uitzicht, de degelijkheid, de privacy, de winkels lekker dichtbij, de ruimte of is het een combinatie van al die aspecten? Bij Wies Lentz was dat laatste zeker het geval toen zij met haar gezin in 2001 vanuit de Goudse wijk Kort Haarlem verhuisden naar het eveneens Goudse Regentesseplantsoen. "We waren op zoek naar wat groters en dat hebben we gekregen..." Nummer 29, twee rijksmonumentale woningen onder één kap en twee ook monumentale lindebomen achter in de tuin, bieden inderdaad vrijwel alles wat je hartje als woningzoekende begeert.

"Alleen jammer dat bepaalde authentieke elementen door de vorige bewoners om zeep zijn geholpen. Het paste in de geest van de jaren vijftig en zestig om bijvoorbeeld in de woonkamer de schuifdeuren met glas in lood te verwijderen. Ruimte, dáár ging het om." Sinds Wies en haar man, die architect is, hun woning betrokken, is het hoofdstuk Opknappen begonnen. Funderingen die aan vernieuwing toe waren, een dakkapel die in de oude glorie werd teruggebracht, vervanging van kozijnen en ramen, allemaal ingrepen die veel geld kostten, maar waarbij gelukkig subsidies voor enig soelaas zorgden. "Maar je moet je dan wel heel goed aan de regeltjes en voorschriften houden." Tijdens een rondgang wijst ze op het fraaie stucwerk, het sierlijke trappenhuis, de voormalige spreekkamer waarin nu manlief kantoor houdt, de riante, door de vorige bewoners ingerichte badkamer, de marmeren gangvloeren, de blauwkleurige slaapkamer, de eveneens kleurige kamers waarin hun zonen opgroeiden en ook het kleine gedenksteentje op het balkon aan de achterzijde.

Daarop wordt vermeld dat de eerste steen in 1909 door de toen drie jaar oude Hendrik Leonardus Sebastiaan Adama werd gelegd waarna met de bouw door aannemer Nederhorst kon worden begonnen. En dat wil zeggen dat volgend jaar het pand zijn honderdjarig bestaan viert.

Verhuisplannen? "Beslist niet. De verliefdheid is gebleven en die ruimte? Beter te groot dan te klein! Je hebt hier toch alles: achter de rust, tuin en uitzicht en aan de voorkant de levendigheid van de straat en de singels. En je zit zo in het centrum..."



De wieg van Wies Lentz, maatschappelijk werkster in verpleeghuis Bloemendaal, stond in het Westland. In 1985 streek zij neer in Gouda, waar zij nu naar eigen zeggen haar stekkie heeft gevonden in het Regentesseplantsoen (genoemd naar koningin Emma, regentes van 1890 tot 1898).