

Transmuraal
Magazine voor
Midden-Holland
Jaargang 10
December 2010
Nummer

4

Stroomlijn



In dit nummer onder andere:

Maatregelen meer medicatieveiligheid

Lessen uit Canada

“Zweedse banden zijn gevaarlijke dingen”

Feestelijke presentatie van regionale gegevens

Colofon

Jaargang 10 – Nummer 4
December 2010

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

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

Hoofredactie

Lia Donkers, directeur Transmuraal Netwerk M-H

Eindredactie

Ineke Weverling, redactie secretaris Transmuraal Netwerk MH

Carla van Zuylen, communicatieadviseur Transmuraal Netwerk MH

Redactie

Aleid de Booi, afdelingsmanager algemene gezondheidszorg GGD HM

Aris Bras, manager Behandeling & Begeleiding Zorgpartners MH

Ruud Hoogervorst, clustermanager Gemiva-SVG Groep

Lidwien van Keep, bedrijfsarts ArboUnie

Wilma van Twist, unitmanager kinderopoli Sophia Revalidatie Gouda

Marnix de Romph, senior adviseur marketing Vierstroom

Astrid van der Sanden, klinisch geriater GHZ

Monique Pronk, preventiefunctie afdeling Preventie en Dienstverlening GGZ MH

Vaste medewerkers

Gerda Verbeek, journalist

Lia Thorborg, journalist

Gerben Stolk, journalist

Marion Verstraeten, journalist

Martin Droog, fotograaf [voor- en achterpagina]

Tom van Wanrooij, The Cartoon Factory [strip]

Redactie-adres

Transmuraal Netwerk Midden-Holland (J49)

Postbus 1098, 2800 BB Gouda

Telefoon (0182) 50 55 34

Fax (0182) 50 58 97

info@transmuraalnetwerk.nl

www.transmuraalnetwerk.nl

DTP en Druk

Twigt grafisch facilitair, Waddinxveen

Oplage

2.000

Copyright

Niets uit deze uitgave mag worden 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

9 december 2010

Werkconferentie NaH (Niet aangeboren Hersenletsel)
ID College, Gouda

8 februari 2011, van 17.00 tot 21.00 uur

Lustrum bijeenkomt Kinderastma Netwerk (KaN)

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

Vierstroomzorgring BE's

Vierstroomzorgring stafafdelingen

Vierstroomzorgring 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

secretariaat

locatie secretariaten

Zorgliteratuur nodig?

Kijk op www.zorgmediatheek.nl

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

Dit tijdschrift is mede mogelijk gemaakt door:

Arbo-Unie, Vierstroomzorgring, 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.



**TRANSMURAAL NETWERK
MIDDEN-HOLLAND**

Inhoud

Maatregelen meer medicatieveiligheid	4
Lessen uit Canada	7
“Zweedse banden zijn gevaarlijke dingen”	8
Zorgaanbieder speelt sleutelrol bij eigen bijdrage	10
Expertise van collega’s benutten	12
Berichten	14
Feestelijke presentatie van regionale gegevens	16
Opkomst Twitter in de zorg	18
Thema-avond MS: Meer Samen	19
Ken uw streek	20

Highlights

Maatregelen meer medicatieveiligheid

Maar liefst 16.000 Nederlanders belanden jaarlijks in het ziekenhuis als gevolg van fouten met medicijngebruik. Welke acties worden in Midden-Holland ondernomen ter verbetering?

Pagina 4



Lessen uit Canada

In september organiseerde het Transmuraal Netwerk een studiereis naar Canada. Bestuurders en managers van organisaties in Midden-Holland lieten zich inspireren door goede voorbeelden.

Pagina 7



“Zweedse banden zijn gevaarlijke dingen”

Vanaf 2011 moet het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen flink zijn teruggedrongen in zorginstellingen en is het gebruik van onrustbanden alleen toegestaan onder strikte voorwaarden. Hoe ver zijn zorginstellingen in Midden-Nederland hiermee?

Pagina 8



Feestelijke presentatie van regionale gegevens

De traditionele zorgconferentie was ook dit jaar weer een feestje. Centraal stond het rapport ‘Groeien in gezondheid II, Gezondheid en zorg in Midden-Holland, nu en in de toekomst’.

Pagina 16



Oud en nieuw

Een mens onderzoekt vanuit het bekende. Bij het zien van een vreemde vrucht bijvoorbeeld, gaan we meteen kijken op welk vertrouwd fruit de vrucht het meest lijkt: “Oh, het is een kruising tussen een sinaasappel en een mandarijn.” Van het bekende maken we bruggetjes naar het nieuwe. Als ik over het gevormde Transmuraal Netwerk Midden-Holland vertel, zie ik toehoorders een zoektocht maken naar iets vergelijkbaars. “Oh, jullie zijn een gemeenschappelijke stafafdeling van de regionale zorgaanbieders.” Andere beelden doen ook mee zoals: regionale koepel, coördinatiecentrum, projectenbureau, ketenbedrijf, regionaal scholingsinstituut en soms ook gewoon ‘Haarlemmerolie’. Ik vind alles goed. Als het Transmuraal Netwerk iets moet zijn, is het wel flexibel. Transmurale zorg is geen identiteit maar een mentaliteit. In de zorg is bereidheid tot samenwerken hard nodig. Het mag niet om prijsredenen, maar het móet om patiëntredenen. Welbeschouwd wordt samenwerken iets aparts.

De regionale verkaveling in zorgland heeft plaats gemaakt voor een regionale spiraalbeweging. Zorgpartijen draaien rond om dezelfde groep zorgvragers, maar houden ook elkaar in de gaten. Een soort zonnestelsel met bijzondere verrassingen. Zo werd recent in ons Melkwegstelsel een vreemde planeet ontdekt. “Nieuwe toetreders op de markt” dacht ik gelijk. Want zo denk ik inmiddels. Maar het was een oudje dat nog om een zon draait die praktisch is verdwenen. “Oh, een mastodont. Ja die heb je natuurlijk ook nog.”

Lia Donkers

Directeur
Transmuraal
Netwerk Midden-
Holland



“Samenwerking zorgorganisaties cruciaal”

Maatregelen meer medicatie-veiligheid

Gerben Stolk, PlumaTekst

Maar liefst 16.000 Nederlanders belanden jaarlijks in het ziekenhuis als gevolg van fouten met medicijngebruik.

Welke acties worden in Midden-Holland ondernomen ter verbetering?

Een alarm dat bij de cliënt thuis afgaat wanneer het voor hem of haar tijd is om via een druk op de knop de goede medicatie in de juiste hoeveelheid in te nemen. Een digitaal beeldsysteem dat het mogelijk maakt dat bij infuuszorg thuis de handelingen van een verpleegkundige worden gecontroleerd - wat wettelijke verplicht is - door een collega op een andere locatie. Het zijn recente initiatieven in Midden-Holland om medicatieveiligheid te vergroten. Het eerste is vooralsnog een proef in Bodegraven, het tweede wordt sinds de zomer in de praktijk gebracht door gespecialiseerd verpleegkundigen van ZorgBrug, Vierstroom en het Groene Hart Ziekenhuis.

Geen uitzondering

Dergelijke inspanningen zijn even wenselijk als noodzakelijk, want uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bleek onlangs dat het slecht is gesteld met de medicatieveiligheid in de langdurige zorg - zie de kadertekst 'Ernstige tekortkomingen'. En zoals apotheker Sabine Brown-Van der Wal van Apotheek Grendel uit Gouda zegt: "Het rapport geeft een representatief beeld voor het hele land. Er is geen reden aan te nemen dat onze regio een uitzondering is met zijn verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en de thuiszorg." Zij voegt toe: "Je merkt dat iedereen in de regio probeert enorm zijn best te doen, maar we missen nog een goede structuur. Uit het rapport blijkt dan ook dat afstemming en samenwerking tussen zorgdisciplines, zoals thuiszorg, huisarts en apotheker, erg belangrijk zijn bij de bevordering van medicatieveiligheid."

Grote druk

Hans de Vos Burchart is adviseur bij het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). De organisatie streeft voor het hele land naar verbetering van de doelmatigheid, kwaliteit en transparantie van farmaceutische zorg. Hij zegt: "Dat er normen en richtlijnen zijn voor medicijngebruik, betekent nog niet altijd dat ze worden gebruikt in de



Sabine Brown-van der Wal, apotheker Grendel



Hans de Vos Burchart, adviseur IVM

praktijk. Verder is de grote druk qua financiën en capaciteit een probleem voor de sector. Dat kan eerder leiden tot fouten.”

Hij krijgt bijval van Harry Robberts. Bij thuiszorgorganisatie Vierstroom is Robberts programmamanager Gezond Thuis, bedoeld om de samenwerking tussen medewerkers en organisaties in de eerste lijnzorg te verbeteren en te versterken. “Er wordt steeds krappere geïndiceerd en de druk op de productiviteit neemt toe, dus komt er minder tijd voor medicatie”, zegt hij.

“Andere oorzaken van medicatie-onveiligheid? Er is een groei van het aantal chronisch zieken en steeds meer mensen blijven langer zelfstandig thuis wonen. Voor Midden-Holland kan ik zeggen, dat die laatste ontwikkeling soms leidt tot problemen. Je weet nooit precies wat er achter de huisdeur gebeurt, zeker niet wanneer mensen veel medicijnen nodig hebben. Wordt bijvoorbeeld gestopt met een middel dat niet meer nodig is of slikt iemand gewoon door?”

Ondernemen

Het mag duidelijk zijn: net als de rest van ons land komt onveilig medicatiegebruik voor in Midden-Holland. Wat ondernemen we er tegen? Sardha van Haga-Lakhi is ziekenhuisapotheker in het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ). Zij vertelt dat overdracht van medicatiegegevens tussen de eerste en tweede lijn een

bekend risico is voor het ontstaan van medicatiefouten.

“Met een transmuraal team, waarin ook apotheker Sabine Brown-Van der Wal participeert, wordt hard gewerkt aan de implementatie van de landelijke richtlijn ‘Overdracht van Medicatiegegevens’ om dit type fouten te reduceren.”

Van Haga-Lakhi is ook toezichthouder voor twee verpleeghuizen in de regio: Bloemendaal en De Riethoek, beide van Zorgpartners Midden-Holland. Zij zegt: “Ook in deze situatie kunnen zich overdrachtsfouten voordoen, maar deze zijn gemakkelijker aan te pakken. Waarom? Omdat het in deze dubbelrol eenvoudiger is de situatie te overzien en te beïnvloeden.”

Zij vervolgt: “Begin dit jaar hebben wij het tijdperk afgesloten waarin een medewerker van het verpleeghuis per fax of e-mail een medicatieoverzicht uit het EPD naar de ziekenhuisapothek stuurde, alwaar die informatie kloppend werd gemaakt met ons EVS, ons elektronisch voorschrijfsysteem. Dat kon tot fouten leiden en deed soms ook afbreuk aan de meest actuele stand van zaken qua medicatie van een cliënt.” Van Haga-Lakhi stelt dat het proces sterk is verbeterd doordat de apothekersassistenten in de verpleeghuizen de medicatie invoeren. “De communicatielijnen zijn aanzienlijk korter en de medicatiebewaking kan tijdig worden uitgevoerd. Het



Sardha van Haga-Lakhi, ziekenhuisapotheker GHZ



Harry Robberts, programmamanager

mooiste zou zijn als de arts zelf de medicatie kon invoeren in het systeem. Daarover wordt nu gesproken tussen het GHZ en Zorgpartners Midden-Holland.”

Afstemming

Apotheker Sabine Brown-Van der Wal stelt dat ‘communicatie’ het sleutelwoord is. “De twee vestigingen van Apotheek Grendel zijn intensief betrokken bij een eerste lijns samenwerkingsverband in de wijk. Je merkt dat daardoor de afstemming met huisarts, thuiszorg en fysiotherapeut verbetert. Een voorbeeld? Wij geven in onze praktijk aan astmapatiënten instructie over inhaleren van medicamenten. Maar sommige mensen zijn niet in staat naar ons toe te komen. We hebben nu afgesproken met praktijkondersteuners van de huisarts en verpleegkundigen van Vierstroom dat de apotheek een wijkverpleegkundige van Vierstroom kan inschakelen om dezelfde instructie te geven bij de patiënt thuis. We proberen dit soort zaken in te voeren op wijkniveau, maar bij voorkeur zouden we beschikken over protocollen voor alle zorgverleners in Midden-Holland.”

Webcam

Harry Robberts van Vierstroom noemt twee recente initiatieven om de medicatieveiligheid in de regio te verbeteren. “Sinds kort kennen we InFuus op Zicht. Bij de toediening

van een infuus is controle door een tweede gespecialiseerd verpleegkundige wettelijk verplicht. In een ziekenhuis is dat logistiek geen probleem, maar bij mensen thuis wel. ZorgBrug, dat gespecialiseerde zorg levert in Midden-Holland, heeft samen met Focus Cura, organisatie die de kloof tussen zorg en technologie wil dichten, een oplossing ontwikkeld. De verpleegkundige neemt een koffer mee naar de cliënt, haalt er een webcam uit om haar handelingen te filmen en laat zo een collega op afstand meekijken. Vierstroom en het GHZ zijn erbij betrokken." Verder draait bij vijf mensen in Bodegraven de proef 'TeleMedicatie Aanreiking op afstand'. Robberts: "Zij hebben een dispenserdoos met daarin hun medicijnen. Er gaat een alarm af wanneer zij een middel moeten innemen. Ze drukken op een knopje, waarna in een deels ingescheurd zakje de medicatie in de voorgeschreven medicatie tevoorschijn komt. Als zij de knop niet indrukken, gaat er een alarm af in de meldkamer van het callcenter. Er wordt dan gebeld met de cliënt. Neemt die niet op, dan gaat een medewerker van Vierstroom langs. We werken hier samen met LLOYDS Apotheken en Ksyos, een innovatiebedrijf voor telemedicine toepassingen."

Afspraken

Nieuw in Midden-Holland is ook de themagroep Medicatieveiligheid bij ouderen. Op initiatief van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland worden daarin samenwerkingsafspraken voorbereid voor voorschrijvers en verstrekkers.

"Ernstige tekortkomingen"

Belangrijke punten uit het onderzoeksrapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ):

- Jaarlijks belanden minstens 16.000 mensen in het ziekenhuis ten gevolge van fouten met medicijngebruik. Verstandelijk gehandicapten en ouderen - die vaak veel verschillende medicijnen hebben - lopen veruit het meeste risico.
- Vrijwel alle 208 onderzochte instellingen bleken zich niet altijd aan de wet- en regelgeving te houden of aan de door het veld zelf opgestelde normen.
- Het beeld verschilt per sector. In instellingen voor verstandelijk gehandicapten is de farmaceutische zorg 'fors onvoldoende' en in de thuiszorg is de medicatieveiligheid 'over de volle breedte zorgwekkend'.
- In verpleeg- en verzorgingshuizen is de situatie iets beter, maar ook in driekwart van de verpleeghuizen en in bijna alle verzorgingshuizen is de medicatieveiligheid niet volledig gewaarborgd.
- De IGZ constateert ernstige tekortkomingen. Medicatiedossiers van patiënten worden niet of niet goed bijgehouden, overdrachten van de ene aan de andere hulpverlener ontbreken of zijn niet volledig. Het personeel weet onvoldoende van farmaceutische zorg en er wordt niet samengewerkt tussen apothekers en huisartsen.
- Medicijnen worden in instellingen zodanig rondgedeeld, dat er gemakkelijk fouten kunnen optreden en een patiënt verkeerde middelen kan krijgen. En er is onvoldoende controle op het klaarmaken van de medicatie.
- De IGZ wil dat zorginstellingen op korte termijn de eigen normen voor medicatieveiligheid volgen en zal daarop controleren. In de thuiszorg moeten snel normen worden ontwikkeld in samenspraak met apothekers en artsen.
- Er moeten normen komen voor periodieke bijscholing.
- De IGZ wil dat zorginstellingen met huisartsen en apothekers schriftelijke afspraken maken over samenwerking rond farmaceutische zorg voor de cliënt.


"Verantwoordelijkheid patiënt"

"Stel, een bewoner van een verpleeghuis moet een tijd in het ziekenhuis verblijven. Dan is het zaak dat de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger het medisch dossier of de relevante stukken daaruit meeneemt naar het ziekenhuis."

Adviseur Hans de Vos Burchart van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik stipt met die uitspraak de verantwoordelijkheid van patiënten aan op het gebied van juist medicijngebruik.

Apotheker Sabine Brown-Van der Wal van Apotheek Grendel uit Gouda vult aan: "Je ziet dat zorgprofessionals zich - volkomen terecht - druk maken om medicatieveiligheid en zoeken naar oplossingen. Maar het is ook heel belangrijk dat de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger weet wat hij gebruikt en beseft dat hij verantwoordelijk is. Uiteindelijk is de patiënt kapitein en geven wij richting en koers."

Vertegenwoordigd zijn het GHZ, ZorgBrug, Vierstroom, Zorgpartners Midden-Holland, apothekers en het IVM. Hans de Vos Burchart van laatstgenoemde organisatie vat de doelstel-

lingen samen: "Er zijn steeds meer ouderen en er is steeds meer medicijngebruik. We willen de samenwerking tussen zorgpartners verbeteren om de medicatieveiligheid te vergroten." 

Zal ik voor u pinnen?

Het Netwerk Ouderenzorg heeft een werkgroep scholing. Er zijn binnen de ouderen zorg vele thema's te bedenken die transmuraal gegeven kunnen worden, zoals familieparticipatie, vroegsignalering, probleemgedrag en juridische kwesties. Dit laatste thema is als eerste opgepakt. Met veertien deelnemers vanuit heel diverse zorgsituaties was recent de eerste scholing 'Wilsonbekwaam' een feit. Met een concrete vraag als uitgangspunt: wanneer kun je als zorgverlener aanbieden om voor iemand te pinnen? Het recht kent een aantal beschermingsmaatregelen voor wie niet meer zelf zijn belangen kan behartigen. Er zijn in dat geval verschillende juridische mogelijkheden.

In deze workshop kwamen aan de hand van een drietal casussen, de volgende vormen aan bod: bewindschap, mentorschap, onder curatele. Deze juridische mogelijkheden werden op een heldere, eenvoudige manier uitgelegd en uitvoerig besproken door Marjolijn Haasbroek. Zij is gespecialiseerd in juridische zaken. Doordat iedere situatie weer anders is, is het steeds opnieuw afwegen wanneer en voor welke vorm gekozen wordt in het belang van de patiënt. Het blijft daardoor een moeilijk onderwerp. De workshop wordt in februari 2011 nogmaals gegeven.

Lessen uit Alberta

Van 11 tot 18 september organiseerde het Transmuraal Netwerk een studiereis naar Canada. De 16 bestuurders en managers van organisaties in Midden-Holland, lieten zich inspireren door goede voorbeelden, spiegelde de eigen inzichten, verkenden de mogelijkheden van verdere samenwerking en versterkten de onderlinge relaties.

Het Canadese zorgstelsel kent een centrale regie en geen marktwerking. Waar wij van overheidswege verzekerd zijn van care en ieder individueel een polis afsluiten voor cure, is het in Canada precies andersom. Mensen zijn verzekerd van gratis medische zorg maar voor bijvoorbeeld de ouderenzorg bestaan verschillende bekostigingssystemen waaronder 'uit eigen zak'. Mensen wenden zich als eerste tot ziekenhuizen. Er bestaan enorme wachtlijsten. De provincie Alberta in Canada wil de druk op de ziekenhuizen verminderen door grote investeringen in de eerstelijns- en ouderenzorg. Niet alleen in capaciteit maar ook in procesverbeteringen. En zo staat integrated care hoog op de agenda.

Alberta zoekt integratie eerder in multidisciplinaire teams dan in een geïntegreerd zorgproduct zoals bij ons het geval is met de keten-DBC's. Een andere bevinding is dat men inzet op goede generalisten bij de patiënt en een telepanel van specialisten op de achtergrond. Op deze manier krijgt de patiënt een specialistische behandeling dicht bij huis en de generalist bed side teaching. Omdat er in verschillende auto's werd gereisd met wisselende passagiers, varieerden de gespreksonderwerpen sterk. Een dialoog over nut en noodzaak van case-management duurde zodoende de hele week. Het was een interessante en vruchtbare studiereis die veel heeft bijgedragen aan de regionale inzichten, verhoudingen en samenwerking. Het toekomstig zorgplaatje blijft puzzelen. Als zorgregio Midden-Holland gaan we die uitdaging aan.



Staan: Lisette van Dingenen (programmaleider ketenzorg Transmuraal Netwerk), Peter Kadee (directeur algemene zaken GGZ M-H), Adriëne Raben (chirurg-intensivist GHZ), Paul Rasch (manager ROH M-H), Bert Karrenbeld (manager bedrijfsvoering GHZ); Jan Vink (directeur behandelzaken GGZ M-H), Jeannette Horlings (directeur UVIT), Aris Bras (manager Zorgpartners M-H), Lia Donkers (directeur Transmuraal Netwerk), Harry Robberts (programmamanager Vierstroom), Monique Verdier (raad van bestuur GHZ), Jeroen van den Oever (raad van bestuur Vierstroom). Zittend: Dies Teunissen (voorzitter ROH M-H), Jan Slappendel (manager Zorgkantoor M-H), Wilma Bijsterbosch (directeur ZorgBrug), Suzanne Swen (klinisch geriater GHZ), Dorrit Grijters (reisbegeleiding, directeur Coincide BV)

Vijf lessen uit Alberta:

1. Vision 2020 voor Midden-Holland?

Alberta heeft een langetermijnvisie die binding en richting geeft. Bij ons ligt ad hoc beleid op de loer, vooral in tijden van marktwerking waar iedere zorgaanbieder een eigen weg zoekt. Plan is om de bestaande regiovisie van Midden-Holland te actualiseren.

2. Knowledge Exchange Department in Gouda?

Alberta koppelt zorgdata zodanig terug aan praktijkmensen dat zij de effecten van hun handelkeuzes kunnen zien. Dergelijke gegevens worden zelden op Midden-Holland niveau aan elkaar gelinkt terwijl dat een schat aan informatie over regionale processen zou opleveren. Bestudeerd zal worden in hoeverre deze veronderstelling klopt en opgevolgd kan worden.

3. Drumheller in de polder?

Het bezoek aan het verafgelegen Drumheller waar de nulde-, eerste- en tweedelijnszorg onder één dak zit, maakte grote indruk qua integratie en burgerparticipatie. De inwoners van het verzorgingsgebied zo groot als Nederland, spelen namelijk een grote rol bij de realisatie en exploitatie van deze gezondheidsvoorziening. Er zijn initiatieven genomen om te komen tot een lokaal experiment van integrale wijk- of buurtzorg.

4. Supportive living voor ouderen?

Tijdens de studiereis kwamen methodieken ter sprake die nadere bestudering behoeven. Het gaat om concepten als Montessori in de ouderenzorg en Advanced Care Planning in de palliatieve zorg. Maar ook methoden als sociale netwerk conferenties voor mantelzorg, groepspoli's en een verbijzondering van de acute zorgketen voor ouderen.

5. Panoka Check bij chronisch zieken?

In Panoka ten zuiden van Edmonton is een groot, toonaangevend GGZ centrum gesitueerd. Het ondersteuningsrepertoire aan zowel patiënten als professionals is bijzonder breed. Deelnemers aan de reis spraken af om de optie te verkennen van een GGZ- en leefstijl check bij mensen met een chronische aandoening omdat het vermoeden bestaat dat op die gebieden vaak verborgen problemen bestaan.

'Zweedse banden zijn gevaarlijke dingen'

Marion Verstraeten, journalist

Vanaf 2011 moet het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen flink zijn teruggedrongen in zorginstellingen en is het gebruik van onrustbanden alleen toegestaan onder strikte voorwaarden. Hoe ver zijn zorginstellingen in Midden-Nederland hiermee?

Dat Zweedse banden gevaarlijk zijn bij verkeerd gebruik, blijkt wel uit de cijfers; jaarlijks overlijden hierdoor gemiddeld drie mensen. Maar ook andere vrijheidsbeperkende maatregelen brengen risico's met zich mee, zoals iemand in een diepe stoel met tafelblad plaatsen, rustgevende medicatie geven of het deuren afsluiten. Daarom zijn het Ministerie van VWS en verschillende beroeps- en cliëntenverenigingen pilots gestart om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in instellingen terug te dringen. "Zweedse banden zijn gevaarlijke dingen", vindt ook locatiehoofd Sam Domna van de gehandicaptenzorginstelling Gemiva-SVG Groep. Hier draait op drie locaties de pilot Maatregelen op Maat, om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. Sam Domna is ook de projectleider: "In de gehandicaptenzorg moet je bij vrijheidsbeperking denken aan: afzonderen, fixeren, gedwongen toediening van vocht, voeding of medicatie en het afsluiten van deuren. Wat nog het meeste voorkomt is de regie overnemen. Separeren doen we hier niet." Het project loopt nu een jaar en wordt in december afgesloten. De projectleider ziet nu al een enorme afname van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en vooral: bewustwording van zijn personeel. "Vroeger was de gedachte over vrij-

heidsbeperking: we doen het tenzij, nu is het: we doen het niet, tenzij."

Logeerhuis

Op één van de drie proeflocaties, het logeerhuis Meander in Gouda, is het gebruik van de Zweedse band door de pilot met 75% afgenomen. "In het logeerhuis logeren voornamelijk verstandelijke of meervoudig gehandicapte kinderen. Veel van die kinderen liggen thuis ook in de Zweedse band, zodat ze niet gaan dwalen of uit bed vallen. Daarom was het best lastig voor ouders en voor personeel om op deze nieuwe manier te gaan werken. Nu kijken we bij iedere cliënt of er ook alternatieven zijn. In plaats van een Zweedse band 's nachts kun je bijvoorbeeld denken aan een bed met een soort tentje er omheen of aan bedhekken. Vroeger waren de deuren in het logeerhuis altijd dicht en hadden de kinderen allemaal een beugel voor in hun stoel. Nu zijn de meeste deuren van het slot en zijn de beugels open, tenzij het niet anders kan." Toch kun je het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen nooit helemaal uitbannen in de gehandicaptenzorg, denkt Domna. "Vooral bij diep verstandelijk gehandicapten en bij autisten zul je altijd een deel van de regie over moeten nemen. Het blijft zaak dit zorgvuldig, multidisciplinair en bewust te doen."



Jeanette de Graaf, Hoofd Cluster Klinieken GHZ MH

Beter zonder Dwang

Ook in de GGZ is vrijheidsbeperking aan de orde van de dag. GGZ Midden-Holland, onderdeel van Rivierduinen, doet organisatiebreed mee aan het project 'Beter zonder Dwang', om het aantal separaties en de duur ervan drastisch terug te dringen. "Cliënten die binnenkomen zijn vaak erg angstig en dan zetten wij ze ook nog in een separeercel", vertelt Jeannette de Graaf, Hoofd Cluster Klinieken van GGZ Midden-Holland. "Daar had de verpleging ook grote moeite mee. Je bouwt liever een band op met een cliënt. Daarom is de insteek nu: liever niet separeren, tenzij het niet anders kan." Door een aantal maatregelen in te voeren is het aantal separaties maar ook de tijd dat cliënten in een separeer doorbrengen enorm gedaald binnen



Coby Verbeek, EVV'er Zorgpartners MH

de instelling. Zo volgden verpleegkundigen een training in de-escalerende technieken, kreeg de gesloten afdeling een 'comfortroom' en wordt er veel meer aan een-op-een begeleiding gedaan. "We proberen opgebouwde spanning bij een cliënt eerder te herkennen en hierop te anticiperen. Zodra dat gebeurt zoeken we naar alternatieven, zoals een stuk gaan lopen of iemand apart nemen voor een gesprek. We betrekken de familie hier ook bij. Gespannen cliënten kunnen zich ook terugtrekken in de comfortroom, waar een bank, een stereo en een tv staan en iemand met een koptelefoon muziek kan luisteren." De doelstelling van het project was het aantal separaties te verminderen met 25 procent en dat is gelukt. "Nu zijn we aan het kijken hoe we het project goed kunnen borgen en evalueren, zodat het straks organisatiebreed kan worden ingevoerd." De Graaf denkt dat het een utopie is het separeren helemaal af te schaffen. "Je blijft altijd een groep houden met dubbeldiagnostiek waarmee het lastig is afspraken te maken, zoals cliënten die bijvoorbeeld én drugsverslaafd én een psychiatrisch ziektebeeld hebben." Het gebruik van onrustbanden komt overigens nauwelijks voor bij Rivierduinen.

Kiezen tussen twee kwaden

In verpleeghuizen worden nog altijd de meeste vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast, zo blijkt uit cijfers. Op de afdeling Sint Janshof van verpleeghuis Bloemendaal in Gouda, onderdeel van Zorgpartners, wonen 38 demente bewoners die 24 uur per dag zorg nodig hebben. Toch is ook hier het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen al jarenlang gewoontegood, ver-



Sam Donna, locatiehoofd Gemiva-SVG Groep

telt EVV'er Coby Verbeek. Hier liggen bewoners niet meer in Zweedse banden omdat die te gevaarlijk zijn maar in een Bratex-band; een brede band over het gehele matras waarin bewoners zich om kunnen draaien. "Wij maken ook gebruik van optiescans, een sensor die reageert op beweging waardoor je op je pieper kunt zien of een bewoner uit bed is en de kamer verlaat. Dat is al een beter alternatief dan een onrustband. En er zit altijd een 'medewerker woon en welzijn' in de huiskamers, die in kan grijpen als iemand onrustig is. Op dit moment hebben we één bewoner in de band 's nachts, die anders echt te onrustig wordt en zichzelf en anderen in gevaar zou kunnen brengen." Toch kun je vrijheidsbeperkende maatregelen ook hier niet volledig uitbannen, vindt Verbeek. "Ik heb zo vaak meegemaakt dat mensen vielen, een heup braken en nooit meer de oude werden. Dan is het kiezen tussen twee kwaden en kiezen we, in overleg met familie en andere disciplines, meestal toch voor een vrijheidsbeperkende maatregel."

Exbelt-methode

Onlangs presenteerden onderzoekers van de Universiteit Maastricht de Exbelt-methode, waarmee verpleeghuizen op een veilige manier, binnen twee jaar, het gebruik van onrustbanden kunnen afschaffen. De methode bestaat uit een pakket van maatregelen, waaronder scholing van zorgverleners, het inzetten van een gespecialiseerd verpleegkundige en het betrekken van familie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ondersteunt de methode en pleit voor landelijke invoering. Binnenkort gaat de landelijke tour 'Niet fixeren is een kunst' van start om de nieuwe methode te promoten. Zie ook www.innovatiekringdementie.nl.

Zorgaanbieder speelt sleutelrol bij eigen bijdrage

Lia Thorborg,
journalist

Sinds juni moeten GGZ-patiënten een eigen bijdrage betalen voor dagbesteding. Er is tevergeefs geprotesteerd tegen de inkomensafhankelijke bijdrage, die door het CAK wordt geïnd. Bij velen bestaat nog onduidelijkheid over de hoogte van het bedrag en de facturering. Het CAK informeert zorgaanbieders en begeleiders.

“Wij trainen medewerkers bij zorgaanbieders en begeleiders van GGZ-patiënten. We geven workshops over de eigen bijdrage om het makkelijker te maken voor onze klanten en hun begeleiders,” zegt Raoul Tirtosentono. Als relatiebeheerder bij het CAK organiseerde hij met collega’s de afgelopen maanden 150 informatiebijeenkomsten. Het CAK beseft, dat het zich intensiever moet bezig houden met de zorgaanbieder/begeleider. “Wij stellen ons voortaan op als verlengstuk van de cliënt.”

Onzekerheid

Als uitvoeringsorganisatie van VWS is het CAK belast met de financiering

van AWBZ-instellingen, het vaststellen, opleggen en innen van de eigen bijdragen (bij de Wmo, Zorg zonder Verblijf en Zorg met Verblijf), het uitbetalen van de Compensatie eigen risico, en van de algemene tegemoetkoming van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. De eigen bijdrage voor dagbesteding, die sinds juni 2010 moet worden betaald door onder andere GGZ-patiënten, is een verandering in de AWBZ. Er bestaat veel onvrede over. Een enquête van het Landelijk Platform GGZ deze zomer toonde aan, dat bijna de helft van de doelgroep door deze wettelijke maatregel in de financiële problemen zegt te komen





en nog eens 36% dat verwacht. Bijna 60% vond de informatie onduidelijk, 50% had de informatie niet op tijd ontvangen en 70% wist enkele maanden na de invoering nog niet hoe hoog de eigen bijdrage zou worden. Bang voor de financiële klap overwoog meer dan 40% om deelname aan de dagbesteding of werktrainingen te stoppen.

Een half jaar later is onduidelijk hoeveel mensen werkelijk in de financiële problemen zijn gekomen. Tijdens de enquête had pas 4% van de cliënten een definitieve beschikking van het CAK ontvangen.

Dat er nu nog altijd mensen zijn, die niet weten waar ze aan toe zijn, ligt volgens communicatieadviseur Thierry van Twist echter niet aan het CAK. "Iemand wordt pas klant bij ons, wanneer hij is aangemeld door de zorgaanbieder. En hoe langer de zorgaanbieder daarmee wacht, hoe langer het duurt voordat wij de hoogte van de eigen bijdrage kunnen vaststellen." Van Twist bevestigt, dat sommige zorgaanbieders zich terughoudend opstellen. Die zijn aan de kant van de cliënt gaan staan.

Drie euro

Het CAK stuurt na aanmelding een kennisgeving aan de klant, vraagt diens inkomensgegevens op bij de Belastingdienst en stuurt daarna een beschikking. Vervolgens wordt over

elke periode van vier weken een factuur gestuurd, die de klant – desgewenst via een renteloze betalingsregeling – kan betalen. Voor klanten, die zelfstandig wonen en al huishoudelijke hulp of verpleging ontvangen, is dat een bekende procedure die overigens niet altijd vlekkeloos verloopt (zie kader). Voor een aantal GGZ-patiënten is het nieuw.

"De oorzaak van de protesten ligt vermoedelijk in het feit, dat mensen ineens moeten betalen voor iets dat ze al jaren ontvangen," aldus Van Twist. Ze vergelijkt dat met ouderen, die blij zijn met huishoudelijke hulp via de Wmo en de eigen bijdrage geen probleem vinden. Het CAK kent niettemin ook verhalen van GGZ-patiënten, die geschokt waren door de hoogte van het bedrag. "Die is gebaseerd op het gezamenlijk verzamelinkomen, dus inkomensafhankelijk. Als iemands partner behoorlijk verdient, kan de maximale periodebijdrage inderdaad oplopen." Tirtosentono relativeert: "Circa tweederde van de klanten betaalt het laagste maximum van € 25,20 (gezin) of € 17,60 (alleenstaande). Van dat bedrag gaat nog 30% korting af. Dan wordt het € 11,80 ofwel € 3 per week."

Te laat

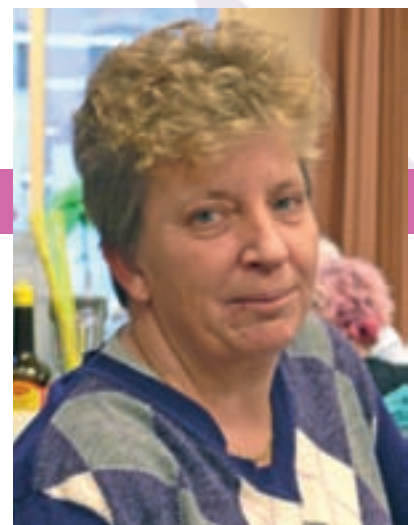
Dat legt hij ook uit aan de zorgaanbieders en -begeleiders, die bij hem een training volgen. "We drukken hen bovendien op het hart om tijdig en zorgvuldig de zorg te declareren. Dat gebeurt lang niet overal. Daardoor worden de facturen te laat verstuurd, verliezen klanten het overzicht of kunnen ze in financiële problemen raken. Snel en zorgvuldig declareren is in het

belang van hún - en onze - klant. Daarmee kun je onrust wegnemen. Dat beseffen medewerkers bij zorgaanbieders en begeleiders van GGZ-patiënten vaak niet." Het CAK stuurt de klant één factuur, ook wanneer verschillende vormen van zorg worden afgenomen. Deze rekening is ongespecificeerd, volgens Van Twist omdat klanten dat wilden. "Wie wel altijd of eenmalig een specificatie wenst, kan dat aangeven. Maar daar wordt weinig gebruik van gemaakt."

Het CAK figureerde jaren in consumentenprogramma's op TV. Niet vreemd voor een ambtelijke organisatie, die maandelijks 91.000 telefoontjes afwerkt, 2.000 brieven ontvangt en financieel-administratieve handelingen verricht voor 2,5 miljoen klanten. "Maar we zien dat het aantal klachten daalt. We hebben de organisatie aangepast. De Nationale Ombudsman is tegenwoordig best tevreden over ons," meldt Van Twist. Dat is mede te danken aan de nieuwe afdeling Klantadvies, waar medewerkers vragen en klachten voortaan één op één met de klant oplossen, zodat die niet langer verdwaalt in een bureaucratisch doolhof. "Bovendien gaan we nu uit van de informatie van de klant. Wanneer iemand meldt dat de factuur niet klopt, passen wij die aan en zoeken daarna uit hoe het zit. Dan kan achteraf de situatie worden teruggedraaid als de klant het mis had, maar dat scheelt echt een hoop frustratie."

"Als klant kun je niets"

Monique Flux in Gouda kreeg via de Wmo in september 2008 huishoudelijke hulp. Begin februari 2009 kwam pas de eerste factuur. "Ik wist niet wat ik moest betalen, maar dat bleek €180. Het was dus flink opgelopen." Ze halveerde de hulp. De rekeningen bleven torenhoog en klopten niet. "Ik had echt geen hulp gehad op Eerste Kerstdag." Bij het CAK kwam ze er niet doorheen. Verschillende medewerkers aan de telefoon, dwangbevelen en een halve meter correspondentie. "Het heeft een jaar geduurd voor alles op orde was." Haar klachten werden onderzocht (ze ontving facturen van alle Goudse Fluxen), ze kreeg een vaste contactpersoon én een bloemetje. Maar nog altijd komen de – nu wel kloppende – facturen laat. "Als klant kun je niets doen. De thuiszorg dient de declaraties in. Maar ik houd zelf een schaduwadministratie bij." Als medewerkster van Reakt komt ze dagelijks in aanraking met GGZ-patiënten, die stressen over de eigen bijdrage. "Wij zijn bang, dat mensen zich uitschrijven. Ik vind die wettelijke maatregel echt niet uit te leggen."



Monique Flux, medewerkster REAKT

Expertise van collega's benutten

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Als zorgprofessional is het ondoenlijk om van alles van de hoed en de rand te weten. Maar dat hoeft ook niet. In Midden-Holland zijn er verschillende consultatiemogelijkheden waar je een beroep op kunt doen. Drie personen aan het woord die graag hun kennis en ervaring delen.



Pety van der Vliet, specialist ouderengeneeskunde Zorgpartners

Pety van der Vliet is specialist ouderengeneeskunde bij Zorgpartners MH en maakt deel uit van het Palliatief Consultatieteam Hollands Midden. "Het team bestaat uit vier verpleegkundigen en zes artsen. Het zijn allemaal professionals met specifiek extra kennis op het gebied van palliatieve zorg. Per maand wordt er circa 24 keer een beroep op ons gedaan. Dat geeft wel aan dat er behoefte is aan een dergelijke consultatiemogelijkheid. Het Palliatief Consultatieteam is bedoeld voor zorgverleners. Als een zorgverlener belt dan krijg hij/zij een van de verpleegkundigen aan de lijn. De verpleegkundige probeert een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de situatie. Wat is de vraag van de zorgverlener en wat is de situatie van de cliënt? Insteek is dat we zo breed mogelijk kijken. Zowel medisch, psychologisch als spiritueel om erachter te komen waar de vragen en problemen zitten. De verpleegkundige neemt daarna contact op met de dienstdoende arts. Samen spreken zij de situatie door en bekijken deze, ieder vanuit de eigen deskundigheid. De arts belt vervolgens de zorgverlener terug om de situatie te bespreken en advies te geven. We streven ernaar om in ieder geval binnen een paar uur een eerste advies te geven. Soms heb je meer tijd nodig om iets uit te zoeken en volgt dat later. Want bedenk wel,

alle verpleegkundigen en artsen die meewerken aan het team, doen dit erbij naast hun gewone werk. Als de situatie erom vraagt spreken we soms ook af om na een paar dagen nogmaals te bellen om te horen hoe het gaat. Het Palliatief Consultatieteam is op werkdagen tussen 9.00 en 17.00 uur bereikbaar en voor spoedeisende vragen ook 's avonds tot 22.00 uur en in het weekend. De vragen die we krijgen gaan vrijwel altijd over een gecompliceerde situatie. Het kan gaan over medicijnen, of behandeling nog zinvol is, palliatieve sedatie, dat soort dingen. Het gaat altijd om mensen in hun laatste fase, als gevolg van diverse aandoeningen, het kan gaan om oncologie, maar ook neurodegeneratieve afwijkingen, hartfalen, longproblemen. De vraag kan gericht zijn op het puur medische handelen maar vaak is er ook sprake van psychosociale problematiek. In complexe situaties bellen zorgverleners soms ook voor ondersteuning. We nemen uitdrukkelijk niet de behandeling over, maar geven advies. Gemiddeld hebben huisartsen maar een paar keer per jaar te maken met patiënten die palliatieve zorg nodig hebben. Het is dan ook goed dat via het consultatieteam de extra kennis van palliatieve zorg breed benut kan worden en we daarmee andere zorgverleners kunnen steunen."

Contact?

Zie www.transmuraalnetwerk.nl
bij Palliatieve Zorg of
bel (088) 123 24 51



Tiny Janssen, gespecialiseerd verpleegkundige ZorgBrug

Tiny Janssen werkt als verpleegkundige bij ZorgBrug en is gespecialiseerd in MS en Parkinson. "Als gespecialiseerd verpleegkundige in Midden-Holland word ik in de praktijk regelmatig geconsulteerd door zorgprofessionals zoals wijkverpleegkundigen maar ook huisartsen. Veelal word ik benaderd als zich een situatie voordoet bij een patiënt waarbij onduidelijk is wie kan meedenken over een probleem. Ik fungeer dan als een ondersteunde collega.

Zoals onlangs, een wijkverpleegkundige belde me dat een patiënt met Parkinson graag zou willen fietsen met zijn vrouw en ze vroeg zich af of een tandemfiets iets voor dit echtpaar zou kunnen zijn. Ik heb geadviseerd om contact op te nemen met een ergotherapeut die gespecialiseerd is in Parkinson om samen te bekijken of dit voor deze persoon mogelijk is. De wijkverpleegkundige kon hiermee verder aan de slag. Ook ga ik wel eens op verzoek van een huisarts mee op huisbezoek bij een MS-patiënt als deze moeilijk zelf naar de specialist kan komen. Samen met de huisarts bekijk ik welke problematiek er in de thuissituatie speelt. Dit koppel ik dan ook terug aan de behandelend neuroloog.

De reacties van zowel patiënten als zorgverleners zijn positief. Voor een goede begeleiding van patiënten is het belangrijk dat er de mogelijkheid is om samen met andere zorgverleners (multidisciplinair) de specifieke situatie te bekijken en ieders kennis te benutten om tot een goed behandelplan te komen. Samen weten we namelijk veel meer dan alleen."

Kijk voor meer informatie over de expertisegebieden van ZorgBrug op www.zorgbrug.nl of bel (0182) 50 54 32.

Coördinatiepunt voor niet aangeboren hersenletsel

"Het NaH Coördinatiepunt bestaat al sinds 1996," vertelt Rosita Ottés, coördinator van de regio Zuid-Holland. Het is destijds in het leven geroepen met behulp van subsidie van VWS omdat de afstemming van zorg voor mensen met niet aangeboren hersenletsel (NaH) niet optimaal was. Zowel zorgverleners als cliënten, familie of betrokkenen kunnen rechtstreeks contact opnemen met het coördinatiepunt, telefonisch of per mail. Als een zorgverlener belt checken we wel altijd of de cliënt op de hoogte is want we werken alleen met toestemming van de cliënt in verband met de Wet bescherming persoonsgegevens.

De coördinator is het eerste aanspreekpunt en bekijkt wat de vraag is. Afhankelijk van de vraag benadert de coördinator een van de teamleden voor advies. Het is een multidisciplinair team en bestaat uit o.a. artsen, psychiater, psychologen, neuroloog, revalidatiearts, maatschappelijk werkers en consultants. Het hersenletselteam komt vijf keer

per jaar bijeen om de complexere casussen met elkaar te bespreken. We bekijken wat de situatie is en wat mogelijkheden zijn, vervolgens koppelen we dit terug naar de vragensteller.

Het aantal vragen neemt dit jaar fors af, in 2009 waren het er nog 1.413. Dit heeft te maken met het vertrek van de coördinator (persoonlijke contacten) en dat zorgverleners elkaar steeds beter vinden in het netwerk, dit is een goede ontwikkeling. De vragen worden wel steeds complexer. Je merkt ook dat cliënten ons steeds beter weten te vinden, via internet, de hersenstichting of via zorgverleners.

Veel van de vragen gaan over de diagnostiek. Iemand heeft bijvoorbeeld een paar jaar geleden een ongeluk gehad en ervaart nog steeds problemen zoals vermoeidheid, concentratieproblemen en is vergeetachtig. Destijds is er niet specifiek naar de hersenen gekeken en iemand vraagt zich af of de problemen verband houden met het

ongeluk. Ook zijn er veel vragen over waar iemand geplaatst zou kunnen worden na een CVA of ernstig ongeluk als de persoon niet meer terug naar huis kan. Of er wordt een second opinion gevraagd. Behalve de consultatiefunctie doet het NaH coördinatiepunt nog meer zoals klinische lessen verzorgen, voorlichting geven en samen met een netwerk van organisaties die zorg bieden aan mensen met niet aangeboren hersenletsel bekijken hoe de zorg zo goed mogelijk vorm gegeven kan worden."

Contact? Bel 06 48 33 91 21 of kijk op www.nahcoördinatie.nl.



Werkcentrum Gemiva-SVG Groep in zorgcentrum Meander

De Gemiva-SVG Groep is een werkcentrum gestart in het nieuwe zorgcentrum Meander in Nieuwerkerk a/d IJssel. In en vanuit het werkcentrum verrichten volwassenen met een verstandelijke handicap (de cliënten) werkzaamheden voor het zorgcentrum en voor particulieren en instellingen in de wijk. De werkzaamheden zijn onder andere het helpen bij koffie schenken in het bruin café, de vrijwilliger in de winkel helpen, oud papier ophalen, kopieerwerk zoals het huisblad produceren, helpen in de spoelkeuken, linnen-goed rondbrengen en de post verzorgen. Het werkcentrum verkoopt ook zelfgemaakte creatieve producten en ondersteunen bewoners van Meander bij sommige activiteiten zoals bingo of zitdansen. De Gemiva-SVG Groep maakt met het zorgcentrum afspraken over de werkzaamheden die de cliënten voor Meander verrichten.

De cliënten die in het werkcentrum actief zijn hebben een AWBZ-indicatie voor dagbesteding in een activiteiten-centrum, maar willen graag direct actief zijn in de samenleving. Vaste begeleiders van de Gemiva-SVG Groep ondersteunen de cliënten daarbij. Steeds vaker willen mensen met een verstandelijke handicap actief zijn in de samenleving. Via de afdeling Begeleid Werken detacheert de Gemiva-SVG Groep cliënten bij bedrijven en instellingen, voor zowel betaald als onbetaald werk. Begin 2011 opent de stichting in het nu winkelloze Ammerstol een buurt-

super, zodat de inwoners niet voor iedere boodschap naar omliggende dorpen hoeven. De buurtsuper werkt onder de speciale winkelformule voor kleine winkels Attent van Spar Holding.



Veel belangstelling voor de thema avond 'Semantische dementie'

Semantische dementie is een zeldzame vorm van dementie. De impact op het dagelijks leven en de gevolgen voor iemands sociale leven zijn echter groot. Ook voor partners en familieleden komt de diagnose hard aan. Hoe zal het verder gaan, wat kun je verwachten, wat kun je als betrokkene doen? Om partners, familieleden en mantelzorgers te informeren en te ondersteunen is er op 14 september 2010 speciaal voor hen een avond georganiseerd. De deelnemers van deze avond kregen uitleg over het verloop van de ziekte en waar je terecht kan voor hulp en ondersteuning. Er was volop gelegenheid om vragen te stellen en van gedachten te wisselen.

Mensen met semantische dementie vergeten wat de betekenis is van bepaalde dingen. De eerste symptomen van semantische dementie zijn: woorden niet begrijpen, gesprekken niet meer kunnen volgen, verarming van het taalgebruik, vermindering van flexibiliteit bij de dagelijkse gang van zaken en het niet kunnen herkennen van voorwerpen.

De ziekte van Alzheimer wordt gekenmerkt door een ander soort geheugenverlies. Alzheimerpatiënten vergeten wat ze gisteren hebben gekocht, wat ze hebben gegeten en wat er allemaal is gebeurd. Dat heeft dus te maken met gebeurtenissen in de loop van de tijd. Het semantische geheugen

is een ander soort geheugen. Daarin is alles opgeslagen in categorieën.

Bij semantische dementie gaan op bepaalde plaatsen in de hersenen zenuwcellen kapot en daardoor brokkelt het semantisch geheugen langzaam af. Het gebeurt heel sluipend. Je merkt het vaak doordat mensen op een gegeven moment vragen gaan stellen. Bijvoorbeeld als iemand op de vraag "wil jij even de broccoli uit de koelkast pakken?" reageert met: "wat is broccoli?" Iets wat iemand vroeger altijd wist, weet hij of zij nu ineens niet meer.

Meer informatie en de presentatie van die avond is te vinden op www.transmuraalnetwerk.nl.

Ouderen praten mee over verbetering van de zorg

Bij de oprichting van het Netwerk Ouderenzorg Midden-Holland is inspraak van de doelgroep als belangrijk bestempeld. We kunnen als zorgverleners wel bedenken wat voor de ouderen van belang is, maar dat kunnen ze beter zelf aangeven. In september 2009 is een conferentie gehouden voor de doelgroep. 'Hoe ervaart u de zorg?' was de centrale vraag. Tijdens deze middag is een klankbordgroep geworven. Middels flyers met een oproep is de groep verder uitgebreid en is er ook een groep geformeerd die schriftelijk benaderd kan worden voor reactie.

De klankbordgroep ouderen zorg is inmiddels twee keer bijeen geweest. Vier dames en drie heren met een gemiddelde leeftijd van 76 jaar vertellen hun ervaringen met zorg en welzijn. Het voorzitterschap ligt bij Zorgbelang ZH, de coördinatie bij het Transmuraal Netwerk. Het onderwerp dat tijdens de eerste bijeenkomst als knelpunt is benoemd, is dat ouderen een afstand tot de zorg ervaren door moderne technieken. Dat begint al bij het telefonisch keuzemenu bij de huisarts. De klankbordgroep heeft hiervoor

aanbevelingen geformuleerd voor huisartsen en zorgorganisaties.

De regiegroep van het Netwerk Ouderenzorg wil met elkaar de discussie aan over 'Wat mensen willen'. Thema's als 'Zich veilig voelen', 'Dingen te doen hebben', 'Mensen zien', 'Tevreden leven', 'Zo gezond mogelijk zijn' komen aan de orde, eerst bij de klankbordgroep en vervolgens bij de regiegroep. Hoe gaan de instellingen om met deze thema's?

Het thema 'Mensen zien' is tijdens de tweede bijeenkomst besproken. Ook voor de aanpak hiervan heeft de klankbordgroep ideeën aangedragen. De regiegroep gaat vervolgens heel serieus met deze input aan de slag. Op deze manier worden de activiteiten van het netwerk gevoed door de gebruikers. Anderzijds kunnen initiatieven van het netwerk beoordeeld worden door de ouderen.

Voor resultaten is het nog te vroeg, maar we kunnen wel zeggen dat het enthousiasme en vertrouwen groot is, zowel in de klankbordgroep als in de regiegroep.

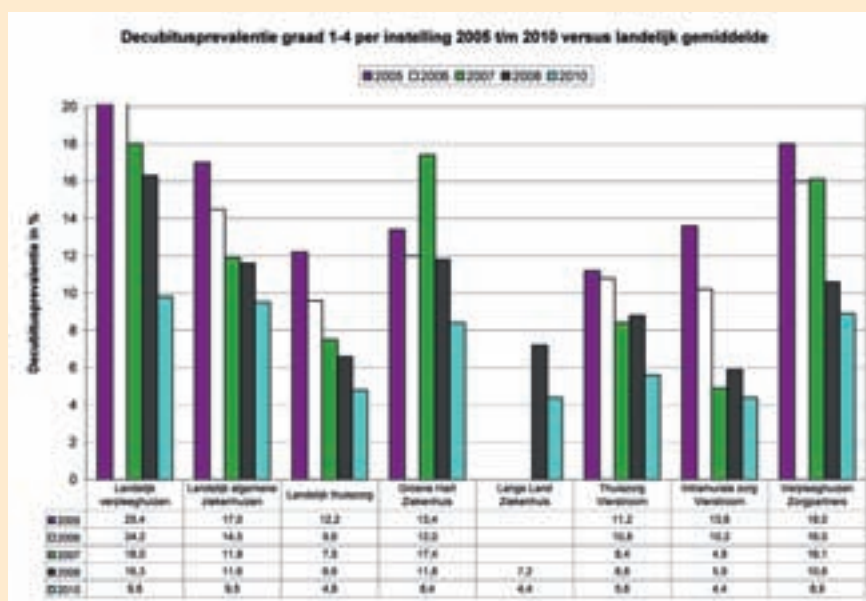
Resultaten van het Prevalentie-onderzoek Decubitus 2010

Zorginstellingen in Midden-Holland nemen maatregelen om decubitus terug te dringen. Jaarlijks vindt een meting plaats om inzicht te krijgen in de prevalentie van decubitus zowel op landelijk als op instellingsniveau.

Uit dit onderzoek kunnen een aantal conclusies getrokken worden:

- Bij de ziekenhuizen in de regio is een hoger percentage risicopatiënten en gemiddelde leeftijd te zien dan landelijk.
- In de afgelopen jaren is bij alle instellingen een duidelijke daling te zien van de decubitusprevalentie voor graad 1 t/m 4.
- Net als in de voorgaande jaren is bij de instellingen de decubitusprevalentie lager dan de landelijke cijfers. Met uitzondering van de thuiszorg.
- Bij de instellingen is een daling te zien of blijft de prevalentie van decubitus graad 2 t/m 4 ongeveer gelijk.
- Een deel van de decubitus gevallen ontstaan buiten de instellingen. Samenwerking in de behandeling en preventie van decubitus is dus van groot belang.
- Binnen alle instellingen wordt er aandacht besteed aan de tien kwaliteitsindicatoren.

De jaarlijkse meting van decubitus is een momentopname. Herhaalde metingen geven vaak een beter beeld. Daarom worden de metingen vergeleken met voorgaande jaren en met landelijke cijfers. Zo krijgen we een beeld van de zorg en preventie van decubitus in de regio. Voor meer regionale gegevens over decubitus, zie www.transmuraalnetwerk.nl



Feestelijke presentatie van regionale gegevens

Gerda van Beek,
journalist

De traditionele zorgconferentie was ook dit jaar weer een feestje. Dit keer georganiseerd door Transmuraal Netwerk Midden-Holland en GGD Hollands Midden. Centraal daarin stond het rapport 'Groeien in gezondheid II, Gezondheid en zorg in Midden-Holland, nu en in de toekomst'.

De entree in de Goudse Schouwburg gaf al een feestelijk gevoel en het smakelijke buffet versterkte dat nog eens. Vervolgens konden de deelnemers vanuit het luxe pluche het programma volgen. Het rapport vormt een onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Met een schat aan gegevens over de regio. Een presentatie over zoveel feiten loopt het risico dat het saai wordt. Maar dat was het niet, integendeel. Met stemkastjes werd de kennis getest van de aanwezigen, in de vorm van een heuse quiz. De vragen waren bepaald niet eenvoudig. Zo dacht het merendeel dat diabetes de meeste ziekteleed geeft in Nederland, terwijl dat in werkelijkheid conoraire hartziekte is. De antwoorden waren soms ook uitermate confronterend. Want wie zou denken dat maar liefst 35% van de mensen van 19 tot 65 jaar in Midden-Holland een matig tot hoog risico loopt op een angst- of depressiestoornis? En dat in dezelfde leeftijdscategorie het overgewicht vanaf 1992 is toegenomen met 44%? Overigens: bij de 10- en 11-jarigen heeft 16% al overgewicht. Dat maakt het besef van de noodzaak van preventie wel scherp duidelijk.

Samenwerking

Het meest schokkend is wel het feit dat mensen met een lage sociale economische status 17 jaar korter

leven in goede ervaren gezondheid dan mensen met een hogere sociale economische status. Bijna niet te geloven, zo'n groot verschil. Maar de cijfers liegen er niet om. Natuurlijk is de uitkomst het gevolg van zeer veel factoren: zoals de leef-, woon- en werkomstandigheden, de leefstijl, enz. Zaken waar de zorgsector veelal geen invloed op heeft. Deze problematiek moet in samenhang worden aangepakt. Daarom is het ook zo goed dat deze regionale VTV tot stand is gekomen in samenwerking tussen de gemeente, de zorgverleners en de zorgverzekeraar. Een samenwerking die redelijk uniek is en juist die samenwerking maakt het tot zo'n waardevol rapport. Alle partijen gaan met de uitkomsten aan de slag. Daarbij wordt er nadrukkelijk gesteld dat het een toekomstverkenning is, uitgaande van bestaande gegevens, geen toekomstvoorspelling. Want veranderingen in zorg, preventie, leefstijl en dergelijke zullen effecten hebben op de werkelijke uitkomsten. Maar beleidsmakers en bestuurders kunnen hiermee voorbereid te werk aan die toekomst.

Snelle vergrijzing

Terug naar de quiz. Het percentage jongeren in Midden-Holland dat voldoende beweegt, steekt met 18% schril af tegen het landelijk gemiddelde van 28%. Daarentegen is het aantal rokers in deze leeftijd



Lia Donker en Angela Kuhne



v.l.n.r.: J. Bernsen, GGD, J. Hortings, Unit, J. van Loon, RIVM, R. Boersma, Zorgbelang, M. Verdier, GHZ, S. de Gouw, GGD

gelijk, vergeleken met de rest van Nederland, namelijk 18%. De vergrijzing is uiteraard een aandachtspunt. Deze verloopt in Midden-Holland sneller dan in de rest van het land en dat brengt de nodige problemen met zich mee. Want 42% van de zelfstandig wonende ouderen is matig tot ernstig eenzaam. En 81% van de zelfstandig wonende 65-plussers in de regio heeft een langdurige aandoening. Tot slot valt 23% van deze groep onder de kwetsbare ouderen. Gezien deze ontwikkelingen is de prognose dat gebruik van zorg met verblijf tot 2020 in Midden-Holland stijgt met 35%. Dat zal een toename van ruim een derde van de huidige capaciteit betekenen. De vraag rijst natuurlijk onmiddellijk of dat haalbaar is.

Betrokkenheid

Ernstige gegevens, die zo af en toe met een kwinkslag werden aange- toond, dankzij de inbreng van de cabaretgroep 'De Gemeentereiniging'. Ruud van den Broek zorgde met zijn accordeon en snedige opmerkingen voor een luchtige noot tussen de serieuze gesprekken. Dankzij de stemkastjes kwam er overigens een echte winnaar naar voren, namelijk Angela Kuhne, manager van verzorgingshuis 't Oude Landt te Woerden. Zij ontving een groen hart boordevol fruit en het eerste exemplaar van het rapport Groeien in Gezondheid. Deze was gesigneerd,

in tegenstelling tot de exemplaren die de deelnemers na afloop ontvingen. Het doornemen van dit document levert nog veel meer interessante informatie op. Zoals het feit dat de levensverwachting in Midden-Holland hoger ligt dan landelijk. Het rapport gaat ook in op de informele zorg. En dat is goed, want in Midden-Holland zijn er zo'n

28.000 mantelzorgers. Ook besteedt het uitgebreid aandacht aan preventie. Een uitermate belangrijk onderwerp, want voorkomen is nu eenmaal altijd beter dan genezen. Dé grote uitdaging ligt in het feit om de inwoners van de regio te betrekken bij deze uitkomsten. Zij moeten het idee hebben dat het rapport over hen gaat, zich betrokken voelen en bereid zijn mee te praten over inzet op een gezondere regio.

Opdracht

Cabaret 'De Gemeentereiniging' vatte de opdracht voor de zorgverleners ludiek samen. "Het rapport gaat over de pimpelmezen, de stresskippen, de kierewiets, de tureluurs, de luipaarden, de grijze duiven, de exoten, de jonkies die te vroeg uit het nest zijn gevallen, de iets minder jonkies die hun nest niet meer uitkomen, degenen met het legenest-syndroom... Gewapend met dit rapport gaat u naar hen op jacht, komt u in het geweer. Want de meute moet in beweging komen."



Cabaret 'De Gemeentereiniging'

Opkomst Twitter in zorg

Gerben Stolk,
PlumaTekst



Ilse Kleeser, communicatie adviseur GHZ

'Werkzaamheden tijdelijke parkeer-garage gestart!' En: 'De afdelingen Endoscopie en Longfunctie pakken de verhuisdozen in. Morgen verhuizen zij naar een compleet gerenoveerde afdeling.'

Het zijn twee voorbeelden van tweets, ofwel korte berichtjes, die het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) onlangs voor het digitale publiek plaatste op zijn twitterpagina <http://twitter.com/GHZbouw>. De gezondheidszorg mag dan niet de meest progressieve sector zijn, organisaties beginnen het belang te onderkennen van sociale media als Hyves, LinkedIn, Facebook en Twitter.

Klantenservice

Ilse Kleeser is communicatieadviseur digitale media van het GHZ. Zij zegt: "In Nederland wordt dagelijks 37 miljoen keer gecommuniceerd over merken, variërend van een klaging over een pizzeria tot de vraag welke mobiele telefoon het best kan worden aangeschaft. Zes procent daarvan verloopt via internet. Bedrijven spelen daar op in. Die bekijken bijvoorbeeld, of ze via hun afdeling klantenservice contacten moeten zoeken met mensen die bepaalde grieven hebben geuit.

Tallose politici, artiesten en topsporters doen het, dus waarom zou ook de zorgsector de kansen niet benutten?

Vriendennetwerken op internet bieden professionals en instellingen de gelegenheid met klanten te communiceren, hun mening te peilen en medewerkers te werven. Zo langzamerhand twittert Midden-Holland voorzichtig mee.

Of ze lezen de meningen over hun dienst of product en gebruiken die om zaken verder te verbeteren." Zij vervolgt: "De zorg toont nu ook interesse. In Midden-Holland staat het onderwerp volgens mij nog in de kinderschoenen. Het GHZ is in elk geval beleid voor sociale media aan het ontwikkelen. Wat we zoal op papier gaan zetten? We willen een aantal vragen beantwoorden. Hoe zien wij onszelf als ziekenhuis en hoe willen we wel en niet deelnemen aan sociale media? Welke doelstellingen willen we hiermee bereiken? Hoe gaan we reageren op reacties op internet en welke rol hebben medewerkers bij de inzet van sociale media?"

Enthousiast

Nu heeft een aantal medewerkers bij Hyves of LinkedIn een account als privé-persoon. Dan meldt iemand bijvoorbeeld verpleegkundige te zijn in het GHZ. Maar hoe zit het met inhoudelijke beschrijvingen van het werk? Kleeser: "Je wilt bijvoorbeeld te allen tijde voorkomen dat patiënteninformatie naar buiten wordt gebracht. Maar een positieve toepassing van sociale media is er bijvoorbeeld voor arbeidscommunicatie. Dan plaatst genoemde verpleegkundige op zijn of haar profielsite een link van het GHZ waarin verpleegkundigen in opleiding enthousiast worden gemaakt voor een baan in ons ziekenhuis."

Geheugen oprissen

Onderzoek heeft meermalen uitge-wezen dat de gemiddelde patiënt na een artsconsult al ruim de helft van de informatie kwijt is wanneer hij de kamer verlaat. Nieuwe media, zoals een webspreekuur of webforum, kunnen een uitstekend middel zijn om het geheugen op te frissen. Kleeser: "In de vertrouwde thuissituatie laten mensen dan nog eens het gesprek de revue passeren en hebben ze gelegenheid digitaal aanvullende vragen te stellen. Als organisatie speel je daar niet alleen op in met standaard voorlichtingsmateriaal, maar ook met deskundige antwoorden op iemands specifieke vragen." Wat is Kleesers advies aan professionals en organisaties die overwegen gebruik te maken van sociale media? "Het is heel gemakkelijk om via Google Alerts te monitoren wie een mening over jou heeft en om je aan te melden bij Twitter, Facebook en LinkedIn, zodat je met anderen kunt communiceren. Maar stel eerst vast welk beeld je van jezelf nastreeft, aan welke discussies je wilt deelnemen en wat je precies wilt zeggen en bereiken."

Laat het weten...

Twitter jij? De redactie van Stroomlijn is benieuwd naar wat jij of jouw organisatie naar buiten brengt via tweets. Laat het weten via info@transmuraalnetwerk.nl.

Thema-avond MS: Meer Samen

Op 3 november organiseerde de MS Vereniging Nederland, afdeling Gouda, samen met het Groene Hart Ziekenhuis een thema-avond voor Multiple Sclerose patiënten, partners en andere belangstellenden. Tiny Janssen, MS-verpleegkundige van ZorgBrug blikt terug: "Er was veel belangstelling, er waren zo'n 100 mensen aanwezig. We hebben gekozen voor het thema 'Meer Samen' om te benadrukken dat we met alle organisaties nauw samenwerken om MS-patiënten zo goed mogelijke zorg te bieden. Neuroloog dr. Verheul vertelde over de huidige ontwikkelingen in de diagnostiek van MS en over (nieuwe) behandelmethodes. Best een pittig verhaal, want hij vertelde eerlijk en open over de mogelijkheden. Veel patiënten bereiden zich tegenwoordig goed voor en komen via internet al van alles te weten over het ziektebeeld. Sommigen hebben twijfels over hoe de diagnose wordt gesteld. Dr. Verheul ging hierop in en kon goed uitleggen hoe de diagnostiek in zijn werk gaat. De revalidatiearts dr. Bruinings ging daarna in op het belang en de moge-

lijkheden van revalidatie. Belangrijk bij revalidatie is dat MS-patiënten leren omgaan met een goede verdeling van hun energie. Na afloop heb ik diverse mensen gesproken die aangaven zich toch te gaan aanmelden voor revalidatie of lid te worden van de patiëntenvereniging. Aansluitend heb ik iets verteld over de coördinatie van zorg in de MS-zorgketen. Ook waren er vragen over mijn rol als specialistisch verpleegkundige. Het is een 'meedenk functie', bij vragen of problemen kijken we samen naar mogelijkheden." Door middel van een rollenspel werd inzichtelijk gemaakt hoe het is om patiënt te zijn en wat de mogelijkheden zijn op bijvoorbeeld het gebied van revalidatie. Uit het rollenspel kwam goed naar voren dat het belangrijk is dat patiënten zich ook actief opstellen en zelf mee-

denken. Niet alleen samenwerking tussen zorgverleners op het gebied van MS is belangrijk maar ook Meer Samen met de patiënt. Deze avond is de nieuwe website www.MS-Gouda.nl geïntroduceerd. Na aanmelding kunnen patiënten in de beveiligde ziekenhuis omgeving digitaal vragenlijsten invullen. Het verpleegkundig spreekuur kan zo al thuis worden voorbereid en patiënten krijgen een naslagwerk voor bezoek aan de neuroloog.



Aan het eind van de avond werd de nieuwe MS-gids Midden-Holland uitgereikt. Een informatiegids voor mensen met Multiple Sclerose (MS), hun naasten en hen die daar beroepshalve bij betrokken zijn.





“Het bijzondere pontje van Moordrecht naar Gouderak”

Foto's: Martin Droog

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Vanuit Moordrecht kun je vanuit de Dorpsstraat met een pont de Hollandsche IJssel oversteken naar Gouderak. Er zijn twee boten, genaamd Vegomo 5 en 6, een afkorting van Veer Gouderak Moordrecht.

“Als je met de auto het pontje neemt, scheelt dat je al gauw een half uur omrijden”, vertelt Henk de Jong, fysiotherapeut in Moordrecht. “Voor mij heeft het wat bijzonders, dat pontje. In 1980 ben ik mijn praktijk gestart in Moordrecht, vanuit mijn praktijk annex woning keek ik zo uit op het pontje. Bijna 20 jaar lang, tot de verhuizing naar het Thorbeckeplein. Het was een levendige plek, met een hoop verkeer. Doordeweeks veel auto's die op deze manier de files probeerden te ontwijken. In de spits varen er nog steeds twee boten heen en weer. In het weekend maken vooral veel fietsers gebruik van het pontje. Zeker met mooi weer, want je steekt zo over naar de Krimpenerwaard, een prachtig gebied om te fietsen. Het pontje is een soort ontmoetingsplek van het dorp waar oude mannen het weekend en de wereldproblemen doornemen. Zeg maar een soort hangplek voor ouderen van het dorp. Door het verdwijnen van winkels in de Dorpsstraat is het er overigens naar mijn idee tegenwoordig wel minder bedrijvig dan voorheen.” Tot 1953 werd gebruik gemaakt van een roeiboot. Bijzonder aan de veerboten die nu in gebruik zijn is dat er slechts twee auto's tegelijk op passen. Als het druk is moet je dus wel even geduld hebben. De boten zijn van het type 'koplader', dit betekent dat je er achteruit op rijdt om er aan de overkant vooruit af te rijden. De veerpont draait midden op het water om. Het zijn de enige twee nog overgebleven kopladers voor auto's in Nederland.

“Er zijn dan ook regelmatig mensen die het bij nader inzien toch niet aandurven om er achteruit op te rijden en besluiten alsnog om te rijden. Of er vooruit oprijden, maar dan moet je aan de overkant heel stijl in zijn achteruit omhoog rijden. Zeker als het laag water is, dan moet je scherp omhoog. Ik heb een trekhaak achter mijn auto en door de scherpe helling betekent dat goed opletten, want anders blijf ik daaraan hangen. Ik ken ook een rijsschoolhouder die je, als je eenmaal goed kunt rijden, de ultieme test laat doen: met het pontje mee.”



Naam: Henk de Jong

Functie: Fysiotherapeut bij Fysiotherapie de Jong/Jaape in Moordrecht