

Transmuraal
Magazine voor
Midden-Holland
Jaargang 11
September 2011
Nummer

3



Stroomlijn

In dit nummer onder andere:

Bouwstenen onder bouwplannen

Consultatie en verwijzing GGZ

De opkomst van coöperaties

E-learning veroverd de zorg



Colofon

Jaargang 11 – Nummer 3
September 2011

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, *afdelingsmanager algemene gezondheidszorg GGD HM*

Aris Bras, *centrumleider Bloemendaal Zorgpartners MH*

Ruud Hogervorst, *clustermanager Gemiva-SVG Groep*

Lidwien van Keep, *bedrijfsarts ArboUnie*

Wilma van Twist, *unitmanager kinderpoli Sophia Revalidatie Gouda*

Marnix de Romph, *senior adviseur marketing Vierstroom*

Astrid van der Sanden, *klinisch geriater GHZ*

Monique Pronk, *preventiefunctaris afdeling Preventie en Dienstverlening GGZ MH*

Wilma Bijsterbosch, *Directeur Zorgbrug*

Lisette van Dingenen, *programmaleider zorgketens Transmuraal Netwerk 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

info@transmuraalnetwerk.nl

www.transmuraalnetwerk.nl

DTP en Druk

Twigt grafisch facilitair, Waddinxveen

Oplage

2.000

Foto voorzijde: nieuwe gebruikers van De Prinsenhof. Lees meer hierover op pagina 4, 5 en 6.

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

11 oktober 2011

Regionale Zorgconferentie 'Eind in zicht, kijk vooruit!'

Geef goede palliatieve zorg

ID College, Gouda

3 november 2011

Attentie voor Dementie - Lerend vermogen bij dementie

11 november 2011

Jaardiner KNMG afdeling Gouda

24 november 2011

Revalidatie na een CVA

Van NDT naar Neurorevalidatie

Verzending

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

Overzicht van instellingen en contactpersonen:

Arbo-Unie Gouda

CIZ Midden-Holland

Gemiva-SVG Groep

GGD Midden-Holland

GGZ Midden-Holland, locatie Ronsseweg

GGZ Midden-Holland, Thijsselaan

GGZ Midden-Holland, locatie IJssellaan

GGZ Rivierduinen Leidschendam

Groene Hart Ziekenhuis

ID College, Unit Gezondheidszorg

Vierstroom BE's

Vierstroom stafafdelingen

Vierstroom locaties

ZorgBrug

Zorgpartners Midden-Holland

L. van Keep

A. Korthals

B. Gemser

directiesecretariaat

directiesecretariaat

medische administratie

medische administratie

zorgsecretariaat

K. Brussee

Secretariaat

directie secretariaten

afdelingssecretariaten

locatie secretariaten

secretariaat

locatie secretariaten

Dit tijdschrift is mede mogelijk gemaakt door:

Arbo-Unie, Vierstroom, 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.

twitter

Volg ons op twitter:
TMNGouda



TRANSMURAAL NETWERK
MIDDEN-HOLLAND

Inhoud

Bouwstenen onder bouwplannen	4
Consultatie en verwijzing GGZ	7
De eerste lijn op de schop	8
Samenwerking en mededinging	10
Intensief vroeg behandelen met biologicals	12
Zwaarder accent veiligheid bij GGZ	13
E-learning verovert de zorg	14
Veelzijdigheid en spanning tijdens de crisisdienst	16
Berichten- rectificatie	18
In memoriam Bas Fortuin	19
Ken uw streek	20

Highlights

Bouwstenen onder bouwplannen

Heel wat zorginstellingen in Midden-Holland maken bouwplannen of hebben zelfs al eerste palen geslagen. Wat is nieuw in vergelijking met hoe tien jaar geleden werd gedacht over bouwen in de zorg?

Pagina 4



Consultatie en verwijzing GGZ

De minister zet in op verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn, waar mogelijk. Dat geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg. In Midden-Holland zijn al eerder voorbereidingen getroffen.

Pagina 7



De opkomst van coöperaties

Veranderingen in de eerste lijn. De fysiotherapeuten kunnen er volop over meepraten. In Midden-Holland is de eerste coöperatie bijna een feit.

Pagina 8



E-learning verovert de zorg

Melissa van Zanten, verzorgende in verpleeghuis Riethoek behaalde onlangs haar certificaat bedrijfshulpverlening (BHV). Ze leerde de theorie en maakte de toets op de computer thuis.

Pagina 14



Mystery phone

Het duurde even, maar ik heb nu ook een geïntegreerd toestel van mobiele telefoon en handcomputer oftewel de smartphone. Het toestel doet (of kan?) helemaal niet wat ik wil en daarom weiger ik het ding smart te noemen. Maar hoe dan wel? Gek eigenlijk dat we het slimme zakschermpje niet gewoon mobieltje zijn blijven noemen. Het is toch draagbaar gebleven? Nee, het is Iphone, HTC of BlackBerry. De eerste mobiele telefoons werden koelkasten genoemd. Dat was tenminste humor. Net zoals de eerste auto's van die eervolle spotnamen meekregen: kever of lelijk eendje. Waar blijft de geuzennaam voor smartphone? Het hergebruik van de naam tablet voor een Ipad of andere dunne draagbare computer in A4 formaat vind ik trouwens wel smart. Klopt bij vorm en functie. Een tablet wijst op een platte vorm zoals een pilletje maar heeft ook een informatiefunctie. Want op een plat of vlak stuk steen, kun je schrijven en dus ook berichten doorgeven. De latere lei of het persoonlijke schoolbordje heette tablet en sommige tijdschriften dragen die naam. Steenhouwers spreken over tabletten als ze grafplaten bedoelen. Niet smart vind ik dat dezelfde pc van A4 formaat ook wel tabloïd pc heet. Tabloïd staat voor een ander formaat, namelijk een krant op A3. Deze werd oorspronkelijk alleen door de sensatiepers gebruikt. Daarom is tabloïd synoniem geworden met roddel en achterklap. Klopt dus niet bij vorm en functie, zou ik denken. Of misschien als geuzennaam? Zo lang mijn smartphone, nog een mysterie is, noem ik het ding Stupy. Dummy ligt voor de hand, maar er moet natuurlijk wel enig onderscheid zijn met mijzelf.

Lia Donkers

Directeur
Transmuraal
Netwerk Midden-
Holland



Bouwstenen onder bouwplannen

Gerben Stolk/PlumaTekst

Heel wat zorginstellingen in Midden-Holland maken bouwplannen of hebben zelfs al eerste palen geslagen. Waarmee houden zij rekening qua opzet en inrichting? Wat is nieuw in vergelijking met hoe tien jaar geleden werd gedacht over bouwen in de zorg?

Groene Hart Ziekenhuis: flexibel

Een gebouw met zes lagen en waarvan de deuren openzwaaien in 2014. Dat is het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) aan het realiseren op de bestaande Bleulandlocatie in Gouda. Alle medewerkers en diensten van de Jozeflocatie zullen erheen verhuizen, waarna dat gedeelte van het GHZ wordt gesloten. Verder is er plaats voor grote en technische faciliteiten die nu nog zijn gevestigd in het bestaande gebouw aan de Bleulandweg. Te denken valt aan operatiekamers en intensive care.

Flexibel

“Met nieuwbouwplannen voor een ziekenhuis moet je ver vooruitkijken”, zegt Monique Verdier. Zij is het lid van de Raad van Bestuur met de nieuwbouwportefeuille.

“Logischerwijs is dat best lastig. Je ontwikkelt ideeën en neemt beslissingen over een gebouw dat pas acht jaar later wordt geopend voor patiënten en zorgprofessionals. Het is onmogelijk om precies te weten hoe de ziekenhuiszorg er tegen die tijd uitziet. Is bijvoorbeeld de vraag naar een bepaalde medische discipline dan sterk toegenomen en heb je meer van de betreffende specialisten in dienst? Daarom hebben wij vanaf het begin gekozen voor flexibiliteit.” Verdier legt uit: “In het nieuwe gebouw is vooral sprake van standaardkamers voor de poli’s en voor de patiënten in de kliniek. Voorheen zou je specifieke kamers hebben ontworpen per discipline. Dankzij de algemene kamers kunnen we straks op basis van de situatie in 2014 de

inrichting van het gebouw bepalen. Zijn er dan bijvoorbeeld meer geriatrische bedden nodig dan we nu denken, dan is dat eenvoudig mogelijk.”

Minder vierkante meters

De bestuurder vertelt dat de veranderde financieringswijze ook van invloed is op de nieuwbouw. Dat heeft geleid tot een kleiner aantal vierkante meters. “Tien jaar geleden gold: hoe beter je onderhandelde met de overheid, hoe groter het bedrag dat je kreeg en hoe groter het gebouw. Tegenwoordig bouw je als ziekenhuis aan de hand van je eigen portee-

monnee. Je moet je eigen investeringen terugverdienen. Er zijn dus minder vierkante meters uitgerold. Daar waar nodig, zullen zorgprofessionals ruimten met elkaar delen. Er komt ook geen grote centrale hal.” In plaats daarvan zullen medewerkers en patiënten elkaar al dichtbij de entree vinden. De meeste poli’s, bedoeld voor relatief korte bezoeken, bevinden zich in de buurt van



de ingang. Verpleegafdelingen, waar het verblijf doorgaans langer is, zijn wat verderop gevestigd. Op de hoogste verdieping worden geriatri-sche patiënten gezien, mensen met gemiddeld de langste ziekenhuisopnames. Verdier: "Dat is een belangrijk logistiek punt: patiëntenstromen die zo kort mogelijk zijn."

Open voor iedereen

De oneliner van het GHZ - open voor iedereen - geldt zeker voor de nieuw-

bouw. Verdier: "Daaruit blijkt dat we veel meer uitgaan van de patiënt. Tien jaar geleden zou zijn gezegd: als medisch centrum bepalen wij wat goed en nodig is voor u. Nu hebben we met patiënten gesproken en van hen uit geredeneerd. Twee leden van de Cliëntenraad praten bijvoorbeeld mee over inrichting en kleurgebruik. Er zijn straks alleen maar een- en tweepersoonskamers. Elke badkamer heeft genoeg ruimte om er met een rolstoel in te rijden."



Monique Verdier, bestuurder Groene Hart Ziekenhuis

Gemiva-SVG Groep: vrees voor grootschaligheid

Nieuwbouw en verbouwing. Bij een grote instelling als Gemiva-SVG Groep is het eigenlijk een voortdurend proces. "In Zuid-Holland hebben we ongeveer 200 locaties", zegt George de Water namens de organisatie die is gespecialiseerd in ondersteuning van mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking. "Aandacht voor bestaande en nieuwe gebouwen is dus een structureel gegeven. De kwaliteit van de gebouwde omgeving draagt immers bij aan het welzijn van cliënten en medewerkers." De Water is lid van de Raad van Bestuur.

Veel cliënten vinden hun weg naar gebouwen van de Gemiva-SVG Groep om te wonen of dagbesteding te krijgen. Wat zijn de nieuwe ontwikkelingen op bouwgebied?

De Water: "Wij hebben veel woon-

voorzieningen. Sommige stammen uit de jaren zeventig en tachtig. Bouwkundig zijn ze nog goed, maar deze gebouwen voldoen vaak niet meer aan de wensen van de huidige consument. Ze zijn te klein, bieden onvoldoende privacy of zijn niet goed toegankelijk met een rolstoel. In de afgelopen periode zijn we druk bezig geweest met modernisering van die locaties. Denk aan een eigen keuken, eigen sanitaire voorzieningen en vaak ook een vorm van appartementbouw. Dat zijn we nu aan het afronden." Verder staan er nog steeds mensen op de wachtlijst. De behoefte aan nieuwe locaties is er dus nog steeds. De Water: "In die behoefte is moeilijker te voorzien, want het is nu eenmaal lastig de juiste locaties te vinden in Zuid-Holland."

Niet optimistisch

Wat staat er in de komende jaren te gebeuren qua woonvoorzieningen? De Water countert met een tegenvraag: "Wat staat er in de komende jaren niet te gebeuren qua woonvoor-

zieningen? Alle traditionele uitgangspunten staan op losse schroeven. Ik ben niet optimistisch gestemd over de mogelijke consequenties als de overheid de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, red.) ingrijpend verandert."

Hij legt uit: "Het wonen wordt straks misschien niet meer betaald door de AWBZ. Cliënten moeten dan hun woning zelf huren. Het begeleid werken wordt ondergebracht bij de gemeentes. De zorg zelf kunnen cliënten dan nog steeds van ons ontvangen. Los van de vraag of dat allemaal wel goed gaat, wordt het voor cliënten dus veel ingewikkelder. Ik zie niet hoe je dan nog op een efficiënte wijze 24-uurs zorg en begeleiding kunt organiseren. Om bijvoorbeeld 24-uurs zorg en begeleiding binnen de kostenkaders te houden, heb je nu al zo'n twaalf tot zestien cliënten nodig die heel dicht bij elkaar wonen."

Veilig

De Water benadrukt dat Gemiva-SVG Groep het liefst op dezelfde voet verder wil gaan en ernaar streeft woonvoorzieningen te bieden, zowel bestaand als nieuw. "Maar vanwege de ontwikkelingen rondom de AWBZ moeten we voorzichtig zijn met investeren. Als de budgetten in de komende jaren omlaag gaan, en dat is niet denkbeeldig, dan kan het moeilijk



George de Water, bestuurder Gemiva-SVG Groep

worden 24 uur ondersteuning te bieden. Vooral in de kleinere woonvoorzieningen. In onze filosofie is kleinschaligheid belangrijk. Bewoners hebben dan het gevoel te leven als

ieder ander. Ze voelen zich ook meer 'thuis'. Verder zijn omwonenden eerder geneigd onze cliënten in hun omgeving op te nemen als er geen sprake is van een grote instelling.

Maar het zou kunnen dat de bezuinigingen nu toch weer grootschaligheid in de hand werken."

Zorgpartners Midden-Holland: meer zelfstandigheid bewoners

Verbouwen, slopen, nieuw opleveren. Bij Zorgpartners Midden-Holland proeft men tussen nu en 2017 van zowat alle smaken die te vinden zijn op het bouwvlak. Raad van Bestuurslid Simon de Jong: "De gestegen behoefte aan individueel wonen en het toegenomen aantal psychogeriatrische cliënten dat wel vaart bij wonen in groepsvorm. Dat zijn in grote lijnen de ontwikkelingen waarop we inspelen."

Zorgpartners Midden-Holland biedt verzorgingshuiszorg, verplegingshuiszorg, thuiszorg en dienstverlening in de wijk en intramurale instellingen. De organisatie kan bogen op maar liefst vijftien zorgcentra en twee verpleeghuizen. Wat staat er te gebeuren op bouwgebied en volgens welke visie gebeurt dat? De Jong: "In Verpleeghuis De Riethoek en Verpleeghuis Bloemendaal in Gouda worden op korte termijn de kamers met vier bedden veranderd in kamers met twee bedden. Dat is mogelijk dankzij de aanstaande opening van Zorgcentrum Prinsenhof naast De Riethoek. Daarin is plaats voor 120 eenpersoonskamers met sanitair. In 2013 openen we nog een zorgcentrum: Hanepraaij. Dat komt te staan in Gouda, bij de Haastrechtse brug. Hanepraaij biedt plaats aan 226 bewoners. De psychogeriatrische bewoners in Prinsenhof en gedeeltelijk in Hanepraaij leven in woongroepen, waar het accent ligt op wonen en activiteiten. Het gaat om groepen van zes tot acht personen. Zij delen woonkamer en keuken, maar hebben een eigen slaapkamer met sanitair. De andere bewoners van de Hanepraaij wonen individueel. Behalve van het grotere individuele appartement maken zij gebruik van centrale voorzieningen, zoals het restaurant, ontmoetingsplaatsen en wellnessruimten. Als het tweede zorgcentrum een feit is, worden in 2014 Bloemendaal en De Riethoek gesloopt."

Verpleging

Andere bouwplannen? Zorgpartners Midden-Holland telt veel verzorgingshuisplaatsen. Tot 2017 zal een groot aantal daarvan worden omgezet in verplegingshuisplaatsen. Dat gebeurt in Centrum Moerdregt in Moordrecht, in Centrum Souburgh in Waddinxveen en in Centrum De Breeje Hendrick in Lekkerkerk. De Jong: "Meer centra zullen puur moeten worden toegesneden op PG-clieñten (psychogeriatric) en mensen met een lichamelijke beperking. We doen dat in elk geval met Zorgcentrum Vijverhof in Bodegraven. Nog dit jaar moet dat zijn gerealiseerd."

Het mag duidelijk zijn: het groeiende aantal mensen met een psychogeriatric ziektebeeld drukt zijn stempel op de bouwactiviteiten van Zorgpartners Midden-Holland. De Jong schaarst daaronder ook mensen met een combinatie van gedragsproblematiek en een lichamelijke beperking. "Wij vinden groepswoningen belangrijk voor PG-clieñten. De praktijk heeft uitgewezen dat deze mensen beter functioneren en beter zijn te beïnvloeden als zij samen wonen."

Beter aansluiten

Er zijn meer trends die hun weerslag hebben op de

bouwplannen. De Jong: "We richten ons steeds meer op de zelfstandigheid van bewoners. Dat leidt enerzijds tot een toename van individueel wonen. Bij de bouw wordt rekening gehouden met de grotere behoefte aan privéruimten. Verder ontstaan er voor mensen met een lichamelijke beperking meer voorzieningen voor algemeen gebruik. Vroeger had bijvoorbeeld elke afdeling een klein dienstenaanbod. Nu bouw je een grote algemene ruimte met veel mogelijkheden, zodat je beter kunt aansluiten op ieders specifieke behoeften. De ene persoon houdt van schaken, de andere van kantklossen."



Simon de Jong, bestuurder Zorgpartners Midden-Holland

Zorg over lijnen en domeinen

De minister zet in op verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn, waar mogelijk. Zorg dichtbij is het credo. Dat geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Dat betekent dat de eerste lijn er wel op berekend moet zijn. In Midden-Holland heeft men al eerder voorbereidingen getroffen.

Gerda van Beek, journalist

Huisarts Jan Kwakernaak uit Ouderkerk a/d IJssel weet er alles van. Als bestuurslid van de ROH (Regionale Organisatie Huisartsen) Midden-Holland heeft hij de portefeuille ggz (geestelijke gezondheidszorg). Vanuit die functie heeft hij deelgenomen aan 'Consultatie en verwijzing GGZ', dat onderdeel uitmaakt van het project 'Tussen de lijnen'. Dit betreft een overleg tussen huisartsen, maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen en Rivierduinen (tweedelijns-ggz). In dit overleg is gekeken naar verbetering van de aanpak van ggz-problematiek in de regio. Los van lijnen en domeinen, uitgaande van de zorgvraag. Dat heeft geleid tot aandacht voor ggz-scholing, elektronische communicatie, het verbeteren van consultatiemogelijkheden en ketenzorgafspraken. Op regionaal niveau is een basisprotocol-ggz opgesteld, met daarbij een overzicht van de competenties van elke discipline en de bereikbaarheidsgegevens. Twee werkgroepen zetten zich momenteel in voor de zorg ten aanzien van multiproblematiek en ADHD-patiënten.

Multiproblematiek en ADHD

Kwakernaak licht dit verder toe. "Bij personen of gezinnen met multiproblematiek speelt een groot aantal problemen. Psychisch, relationeel, financieel, huisvesting, noem maar op. Daarbij zijn altijd meerdere hulpverleners betrokken. Het is van belang om afspraken te maken over

de coördinatie en regie. Een tweede werkgroep kijkt naar optimale zorg voor kinderen en volwassenen met ADHD. Vooral de diagnostiek is tijdrovend, maar ook versnipperd. Daarom willen we komen tot een diagnostiekbroom in onze regio, met duidelijke afspraken over terugverwijzing. Mensen met ADHD zijn vaak in behandeling bij de tweedelijns-ggz, we inventariseren wat daarvan in de eerste lijn kan en welke afspraken daarvoor nodig zijn."

Psychische zorg dicht bij huis

Hoe kijkt hij als huisarts aan tegen meer geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn? "Op zich ben ik daar een voorstander van. De eerste lijn moet somatische en psychische eerstelijnsproblematiek opvangen. Het gaat om zorg dicht bij de patiënt, van goede kwaliteit. Depressie en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische klachten in de huisartsenpraktijk. En de ggz-vraag neemt voorlopig alleen maar toe", is zijn constatering. "Ook de vergrijzing brengt zijn eigen ggz-problematiek mee, denk aan dementie." Kwakernaak zet wel vraagtekens bij het beleid van de minister. "Goede randvoorwaarden zijn essentieel. De ROH heeft een tijd de praktijkondersteuning-ggz opgeschort, omdat er een BTW-naheffing dreigde. Haags c.q. Europees beleid. Terwijl een praktijkondersteuner-ggz uitermate belangrijk is voor

de opvang van eerstelijns-ggz in de huisartsenpraktijk. Inmiddels is er weer praktijkondersteuning-ggz in tien praktijken in de ROH-regio. Ook is de capaciteit in de eerste lijn beperkt, terwijl substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn zal toenemen, zoals voor de chronische aandoeningen. Tegelijk worden de huisartsen volgend jaar gemiddeld met 20.000 euro per praktijk gekort. Bovendien gaan eerstelijnspsychologische behandelingen terug van acht naar vijf en komt er een eigen bijdrage voor de tweedelijns-ggz. Dat zijn tegengestelde bewegingen die mij oprecht zorgen baren." Met nadruk: "Zorg voor psychische problematiek vraagt aandacht, daarin moeten we investeren."



Jan Kwakernaak, huisarts Ouderkerk a/d IJssel

De opkomst van coöperaties

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Veranderingen in de eerste lijn. De fysiotherapeuten kunnen er volop over meepraten. In Midden-Holland is de eerste coöperatie bijna een feit. Twee betrokkenen aan het woord.

“Je ziet dat er veel meer op samenwerking wordt aangekoerst, zowel monodisciplinair, tussen fysiotherapeuten als multidisciplinair met andere zorgverleners”, vertelt Harry Wagemakers, voorzitter van het RGF HMR (Regionaal Genootschap Fysiotherapie Hollands Midden en Rotterdam).

“Deze beweging is in gang gezet toen eind 2008 de toenmalige minister Klink met zijn nota over integrale, functionele bekostiging kwam. Doel was om de zorg te versterken door een andere manier van financiering en zorginkoop. De insteek was natuurlijk goed maar met alleen goede bedoelingen kom je er niet. Je moet het dan ook gaan organiseren. De afgelopen anderhalf jaar zie je de opkomst van coöperaties: samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners zoals fysiotherapeuten. Als RGF HMR ondersteunen we de vorming van coöperaties. In beginsel werd het vooral ervaren als iets dat door bovenaf werd opgelegd, zo van ‘nu moeten we wel’. De geesten waren nog niet rijp.

Persoonlijk ben ik altijd groot voorstander geweest van samenwerking, met behoud van eigen identiteit. Je merkt dat het in het veld ook goed wordt opgepakt zoals in Midden-Holland waar nu ook een coöperatie van fysiotherapeuten in oprichting is. Een aantal kartrekkers is er twee jaar mee bezig geweest. De infrastructuur ligt er nu. Ik zeg altijd ‘je moet eerst de weg aanleggen, dan pas kunnen de auto’s er overheen.’ De volgende stap is dat de coöperatie multidisciplinair gaat samenwerken. Zo zijn er overleggen gestart rondom diabetes en COPD. Welke rol gaat iedereen spelen? Hoe gaan we afrekenen? Het gaat best wel ver. Zo zijn er met huisartsen afspraken gemaakt over hoe de gegevens onderling uitgewisseld worden. Vanuit een coöperatie kun je heel veel activiteiten gezamenlijk oppakken, zelfs de inkoop. Komend jaar moet duidelijk

worden hoe het gaat werken in de praktijk.”

Zorg willen verbeteren

“Als je kijkt naar het belang van de patiënt dan vinden wij als bestuur de ontwikkeling van coöperaties belangrijk omdat er effectievere en efficiëntere zorg kan worden geboden. Dan heb ik het niet over de gevallen waarbij mensen vanwege een blessure een paar keer naar de fysiotherapeut moeten. Maar meer als het gaat om chronische aandoeningen, daar is kwaliteitsverbetering mogelijk. Dat kan bereikt worden door samenwerking in de keten, tussen huisarts, diëtist, diabetesverpleegkundige, fysiotherapeut etc. Het uitgangspunt is: de zorg willen verbeteren.” Harry Wagemakers is ook actief als wethouder in de gemeente Dordrecht. “Vanuit de rol als wethouder helpt het mij enorm als er een coöperatie is zodat ik niet met elke individuele praktijk in gesprek hoeft te gaan. Dus vanuit die kant geredeneerd levert samenwerking ook voordelen op.”

Ondenikbaar

“Tot nu toe zijn de ervaringen positief, er is veel waardering voor de kartrekkers. Ik ben al 25 jaar actief in de wereld van fysiotherapie. Vroeger was een dergelijke samenwerking ondenkbaar, iedereen was met zijn eigen praktijk bezig. Nu is iedereen er meer en meer van doordrongen dat samenwerking noodzakelijk is maar ook leuk kan zijn. We moeten dus mensen in beweging zien te krijgen maar de eerste signalen zijn goed. Ik heb iemand al horen zeggen ‘Dit hadden we veel eerder moeten doen’.”



Harry Wagemakers, voorzitter RGF HMR

“Je ontkomt gewoon niet meer aan samenwerking”

“De veranderingen die op ons afkomen zijn soms heel heftig. Het opzetten van samenwerking vergt bijvoorbeeld nogal wat.” Aan het woord is Aly Anink, fysiotherapeut.

“In Krimpen aan den IJssel zijn we twee jaar geleden een paramedisch centrum begonnen. Een van de fysiotherapeuten uit onze praktijk had het initiatief genomen om met diverse disciplines onder een dak te gaan zitten en zo gezamenlijk producten neer te zetten. Zo zijn er nu onder andere ergotherapie, psychologie, logopedie, podotherapie en fysiotherapie. De monodisciplinaire coöperatie met fysiotherapeuten gaat opgezet worden vanuit de gedachte van integrale bekostiging. “Daaruit zal voortvloeien een multidisciplinaire samenwerking met de huisartsen in de regio Midden-Holland. Ik heb wel de indruk dat de integrale aanpak nu blijft hangen bij COPD en diabetes. Daarbij komt ook nog dat COPD nu wel geregeld is met de huisartsen maar niet met ons, de fysiotherapeuten. Wij vallen buiten het pakket. De vraag is hoe dat zich gaat ontwik-

kelen. Wat moet je doen als fysiotherapeut om te zorgen dat je de boot niet mist? Multidisciplinair samenwerken blijkt steeds belangrijker. Natuurlijk moet je ook goede zorg leveren, het vak blijft het vak, maar je moet er zo ontzettend veel bij doen. Je moet bijvoorbeeld ook zorgen dat de zorgverzekeraar je goed ziet staan. Je moet voldoen aan kwaliteitseisen, veel praktijken zijn momenteel bezig met een HKZ-traject. Je moet je eigen specialisatie goed bijhouden en met elkaar zorgen dat je alle soorten specialisatie kunt aanbieden. Heb je in je eentje een praktijk, dan moet je dit ook samen met andere collega's verdelen. Je ontkomt gewoon tegenwoordig niet meer aan samenwerking.”

Toekomst

“Als ik naar de toekomst kijk maak ik me zorgen over de nieuwe plannen. Zo zit het eraan te komen dat patiënten na 2012 de eerste 20 behandelingen zelf moeten betalen. Dan is het maar te hopen dat je een goede aanvullende verzekering hebt als je bijvoorbeeld je heup breekt. Patiënten voelen het anders direct in

hun eigen portemonnee, dat vind ik wel een ontwikkeling waar je je van bewust moet zijn. Als fysiotherapeut is het ook mijn taak om ervoor te zorgen dat de omgeving weet hoe het zit en om patiënten daar actief over te informeren.”

Leuker

“Wat de toekomst ons brengt, blijft onzeker. Fysiotherapie is altijd de zorg waarop wordt bezuinigd. De ontwikkelingen in de eerste lijn vergen heel veel energie en ook vooral creativiteit om te zorgen dat het allemaal reilt en zeilt. Zo is het in de praktijk lastig om alleen een praktijk te hebben, maar dan zie je dat fysiotherapeuten met elkaar samen een eigen oefenzaal regelen. Dat is ondernemen. Als zorgverlener is het ook zaak om een zo breed mogelijk netwerk te creëren, ziekenhuizen, praktijkondersteuners, huisartsen, logopedisten, diëtisten, het is makkelijker als ze je kennen. Maar het is ook veel leuker geworden”, vertelt Aly enthousiast. “Juist door het samenwerken met al die mensen leer je ook andere invalshoeken kennen en dat is zeer verrijkend.”



Aly Anink, fysiotherapeut Lek en IJssel

Oprichting coöperatie ROF Midden-Holland even in de wacht gezet

De kartrekkersgroep van de coöperatie (i.o.) ROF (Regionale Ondersteuning Fysiotherapie) Midden-Holland heeft tijdens de voorjaarsvergadering aangegeven door te willen gaan met de oprichting van bovengenoemde coöperatie. De groep heeft echter de ontwikkelingen vanuit de zorgmarkt (lees zorgverzekeraars) en de verschillende zorgaanbieders afgewacht om tot een definitieve oprichting te komen.

Hoewel de andere participanten enthousiast waren over het aandeel van fysiotherapie in de ontwikkeling van een zorgstandaard COPD, blijkt de zorgverzekeraar fysiotherapie niet te willen opnemen in deze zorgstandaard. Dit betekent dat een belangrijke pijler onder de coöperatie, namelijk een financiële compensatie en dus ook inkomsten voor de coöperatie, wegvalt. De kartrekkersgroep ziet op dit moment dan ook geen mogelijkheid een financieel gezonde coöperatie op te richten. Nieuwe ontwikkelingen worden gevolgd, in overleg kan er dan besloten worden alsnog een coöperatie op te richten, al het voorwerk is dan al gedaan.

Wat heeft de zorgverlener er mee te maken?

Lia Donkers,
directeur Transmuraal Netwerk
Midden-Holland

Sinds de marktwerking gelden er nieuwe regels voor samenwerking in de zorg. De regels roepen veel verwarring op. Wat moet de individuele zorgprofessional weten? Een paar zaken aangestipt.

De invoering van de Mededingingswet heeft scherpste aangebracht in de samenwerkingsrelaties. Kun je als zorgverlener nog wel overleggen met een collega van een andere organisatie die de concurrent is? De patiënt lijkt de dupe. Dat stuit zorgverleners tegen de borst. Het is belangrijk om voldoende kennis te hebben van mededingingsaspecten zodat de wet geen onnodig schrikbeeld wordt. Want het gekke is dat zowel marktwerking als professionaliteit tot betere zorg zou moeten leiden.

De Mededingingswet en de NMa
Mededinging is een ander woord voor concurrentie. De Mededingingswet moet een open markt van vraag en aanbod mogelijk maken en verbiedt dus alle acties van zorgpartijen die de vrije concurrentie beperken. Zo is het verboden om onderling prijsafspraken te maken of de markt te verdelen (zoals melkboeren de wijken). De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ziet erop toe dat partijen zich aan de regels houden. Voor grote fusies is toestemming van de NMa nodig want de marktpositie mag niet te groot worden en de keuze voor de zorgvrager niet te klein. De NMa is bevoegd onaangekondigd bedrijven te bezoeken ('invallen') om te speuren naar bewijzen van concurrentiebeperkende afspraken en kan boetes opleggen.

Waarom ook al weer marktwerking in de zorg?
Daarvoor gelden voornamelijk economische motieven. De zorgkosten stegen explosief door de vergrijzing én doordat medisch gezien meer mogelijk is. Als de zorg onbetaalbaar wordt, kunnen Nederlanders niet meer rekenen op voldoende zorg. Het betekent ook dat Nederland een te duur en onaantrekkelijk land wordt om in te leven en te werken. En dat remt de economie af waardoor er nog minder ruimte komt voor de zorg. De huidige mondiale kredietcrisis heeft aan deze redenering niet veel veranderd. Om de zorgkosten te beteugelen, wil de Nederlandse overheid overstappen van de regelrechte budgetterings-systematiek naar die van marktwerking. Want het is een economisch principe dat bij concurrentie de kwa-

liteit van het product stijgt en de prijs daalt. Tenminste als de vraag kleiner is dan het aanbod.

Geldt de Mededingingswet ook voor individuele professionals?
De Mededingingswet geldt voor ondernemingen die diensten verlenen en zelf hun commercieel beleid bepalen. Ondernemingen worden geacht met elkaar te concurreren. Individuele zorgverleners zijn ondernemer als zij eigenaar zijn van een bedrijf of praktijk. De wet is dus van toepassing op zelfstandig gevestigde huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, etc. Voor individuele medewerkers in loondienst bij een gezondheidscentrum of zorgorganisatie geldt de wet niet, wel voor de organisatie waar zij werkzaam zijn en die zij natuurlijk ook vertegenwoordigen.

	Aanbieder heeft weinig vrijheid op afzetmarkt	Aanbieder heeft veel vrijheid op afzetmarkt
Klant kan uit weinig aanbieders kiezen	Nauwelijks markt (marktfalen) (functie verblijf in verpleeghuis)	Beperkte markt (voor de klanten) (verzorgingshuis, aanleunwoning)
Klant kan uit veel aanbieders kiezen	Beperkte markt (voor de aanbieders) (topzorg/gespecialiseerde behandeling)	Dynamische markt (goede markt) (functie huishoudelijk hulp, kraamzorg)

Schema: de zorgmarkt is beperkt

Vierstroom en NMa

De eerste controles van de NMa op naleving van de Mededingingswet in de zorg vonden plaats in de thuiszorgsector. Diverse organisaties, waaronder ook Vierstroom, werden op politieke wijze geïnspecteerd op verboden marktafspraken. De NMa trof afspraken die tussen Vierstroom en de rechtsvoorgangers van Careyn Zuwe Aveant in 2005 waren gemaakt inzake de ontvlechting van een gezamenlijk ondersteunend bedrijf. Omdat in de daaropvolgende jaren Careyn niet direct is begonnen met concurrentie in het gebied van Vierstroom vermoedt de NMa een marktverdelingsafpraak. Beide organisaties hebben een miljoenenboete opgelegd gekregen. Vierstroom vecht de uitspraak aan omdat concrete bewijzen ontbreken. Los van de feiten heeft het vriend en vijand verbaasd dat de NMa in een ongewone markt als de zorg nog is, op deze manier controleert, oordeelt en buitensporige boetes oplegt.

Mogen ketenzorg en zorggroepen wel?

Samenwerking al dan niet tussen concurrenten in de zorg is toegestaan als het 1. de kwaliteit van de zorg verhoogt en ten goede komt van de patiënt; 2. de concurrentie niet beperkt oftewel de patiënt keuzevrijheid houdt. Over het algemeen worden ketenzorgafspraken en zorggroepcontracten gemaakt voor een betere kwaliteit van zorg waarvan de patiënt baat heeft. Er moet voldoende restconcurrentie en keuzevrijheid overblijven. Zorgverleners die vanuit verschillende organisaties in ketenverband samenwerken mogen inhoudelijk afstemmen maar geen concurrentie gevoelige informatie uitwisselen.

Wat is concurrentiegevoelige informatie?

Als kennis van elkaars bedrijfsinformatie ertoe leidt dat organisaties hun aanbod en prijzen op elkaar aanpassen, dan wordt de concurrentie beperkt en is dus sprake van concurrentiegevoelige informatie. Het risico is groter tussen concurrenten dan tussen non-concurrenten. Zowel de verstrekker als de ontvanger van concurrentiegevoelige informatie heeft de verantwoordelijkheid de uitwisseling en afstemming van informatie te stoppen.

Welke afspraken mogen in een samenwerking beslist niet?

Er is een verschil tussen een samenwerking van zorgaanbieders die complementair aan elkaar zorg verlenen (verticale samenwerking) of concurrerend met eenzelfde zorgaanbod (horizontale samenwerking). De Mededingingswet is strenger voor afspraken tussen concurrenten

dan voor die tussen niet-concurrenten. Tussen concurrenten is het verboden 1. afspraken te maken over prijs en tarieven; 2. de markt te verdelen; 3. collectief levering te weigeren; 4. vooroverleg te hebben bij aanbestedingen.

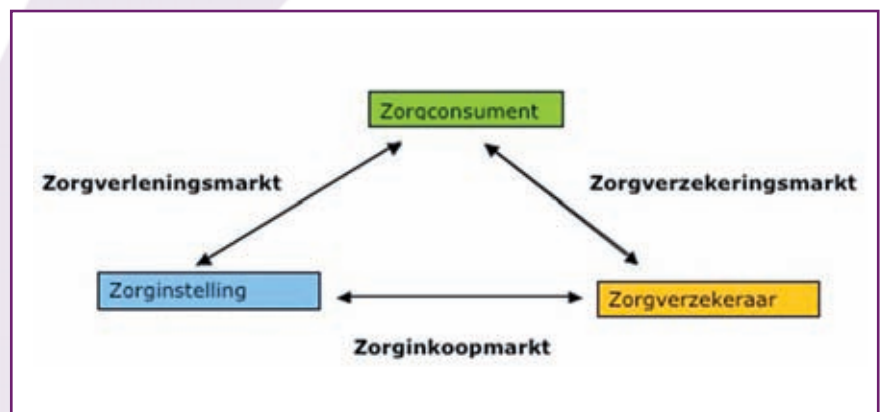
Hoe ziet de zorgmarkt er thans uit? Wie zijn de kopers en verkopers?

Behalve zorgvragers en zorgaanbieders is er in de zorg nog een derde partij: de zorgfinancier. Dit is de zorgverzekeraar of gemeente die namens hun verzekerden of inwoners zorg inkoop bij de zorgaanbieders. Omdat er drie spelers zijn, bestaan er ook drie markten zoals in de figuur Zorgmarkten gezondheids-

zorg schematisch is weergegeven. Op dit moment vinden op de zorginkoopmarkt de grootste verschuivingen plaats. Bijvoorbeeld het feit dat ziekenhuizen van de zorgverzekeraar geen contract meer krijgen voor bepaalde operaties of dat de traditionele thuiszorgorganisatie uit een gemeente vertrekt omdat men de aanbesteding heeft verloren.

Heeft de marktwerking de zorgkosten al doen dalen?

De berichten daarover spreken elkaar tegen. Voorstanders zeggen van wel, tegenstanders van niet. De invoering van de marktwerking kent veel vertragingen zodat we feitelijk nog altijd met het oude en nieuwe stelsel tegelijk zitten en misschien ook wel blijven zitten (hybride). De zorgkosten stijgen nog steeds, maar het aantal patiënten ook. Vergelijkingen worden gemaakt met andere ontsloten markten zoals die van telecommunicatie. Daar zijn de prijzen gedaald, het volume gestegen en de innovatie draait op volle toeren. Wellicht dat marktwerking geen bezuiniging tot gevolg heeft, maar wel een kwaliteitsverhoging.



Figuur: Zorgmarkten gezondheidszorg

Meer lezen:

NMa: Samenwerken en concurreren in de zorgsector. Kansen, Mogelijkheden, Grenzen. 2010. Download: www.nma.nl

Argumentenfabriek in opdracht van VWS en NMa: Hoe werkt marktwerking in de zorg? 2010. View: www.argumentenfabriek.nl of www.youtube.com/watch?v=1z6bsJwf0Ys

Van Doorne: Mededingingsrechtelijke 'Do's & Don'ts' voor participanten in de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland. 2011. Download: www.transmuraalnetwerk.nl

Aan dit artikel kunnen geen rechten worden ontleend.

RA-patiënte Mandy heeft haar leven terug

Lia Thorborg, journalist

Mandy van Rosmalen (23) heeft deze zomer met haar vriend in een tent gekampeerd. Ze heeft een 32-urige baan als researchverpleegkundige en een huishouden met een jonge hond. Niets bijzonders, ware het niet dat bij Mandy in maart 2010 reumatoïde artritis werd geconstateerd.

Op dat moment kon zij nauwelijks opstaan, zichzelf niet aankleden en leed ze zware pijn. In augustus 2010 kon zij in het GHZ deelnemen aan een studie naar behandelstrategieën bij reumatoïde artritis en na een korte periode met klassieke medicatie (prednison en methotrexaat) startte de behandeling met een biological. Een jaar later heeft Mandy haar leven terug. "Ik moet hoogstens iets langer bijkomen van een avondje stappen. Mijn toestand is zo stabiel dat ik over enkele maanden hoop te stoppen met medicijnen. Ik weet niet of het zonder biologicals zo snel verbeterd zou zijn."

Nieuwe dimensie

Op basis van de ervaringen van Mandy en andere patiënten concludeert GHZ-reumatoloog Anne Schouffoer in het vierde jaar van de vijfjarige LUMC-studie, dat intensieve vroege behandeling zoals ook het toepassen van biologicals (zie kader) echt een grote verbetering betekent

in de behandeling van reumatoïde artritis. "Bij een geleidelijke opbouw van medicatie zoals voorheen toegepast hadden patiënten veel meer te maken met beperkingen en beschadigingen. Het medicatie-opbouwschema tijdens deze studie was rap, maar de meeste patiënten bleken het te verdragen en het pakte goed uit. Hierdoor kunnen mensen met pas vastgestelde reuma hun leven grotendeels behouden zoals het was."

Het GHZ doet al jaren mee aan onderzoeken naar de juiste behandelingsstrategieën voor reumapatiënten. De behandeling van reumatoïde artritis is sterk in ontwikkeling. De huidige studie waaraan 500 patiënten (80 uit het GHZ) deelnemen, is een zoveelste vervolg. Het Goudse ziekenhuis participeert zoveel mogelijk: "Wij willen onze patiënten kansen bieden op nieuwe behandelwijzen", zegt Schouffoer. "De diagnose wordt steeds vroeger gesteld. Er komen steeds meer

mogelijkheden en behandelstrategieën. Met de komst van biologicals krijgt intensieve behandeling - zoals in het begin van de ziekte van belang is - een nieuwe dimensie. Al blijven het individuele keuzes en beslissingen, die de reumatoloog altijd zal nemen in het belang van de betreffende patiënt en op basis van diens ziekteactiviteit."

Opbrengst

Dat biologicals nog niet op grote schaal worden toegediend, heeft niet alleen te maken met medische voorzichtigheid. De middelen zijn erg kostbaar. Volgens Schouffoer kan gezamenlijke inkoop door ziekenhuizen een oplossing zijn. Bovendien moeten de kosten door verzekeraars worden afgewogen tegen de opbrengst: behalve toegenomen levenskwaliteit ook minder maatschappelijke (ziekte, arbeidsongeschiktheid, ondersteuning) kosten. Werkende, kamperende, uitgaande Mandy bewijst dat.



Anne Schouffoer, reumatoloog,
Groene Hart Ziekenhuis

Biologicals

Bij reumatische aandoeningen valt het afweersysteem bepaalde lichaamseigen cellen aan. Hierdoor ontstaan vermoeidheid en pijnlijke zwellingen in de gewrichten, die tot beschadigingen vergroeiing kunnen leiden. Biologicals hebben een remmende werking op de boodschapperstoffen die het afweersysteem onterecht activeren, of op het afweersysteem zelf. Een bijwerking van deze relatief nieuwe, door de biotechnologie ontwikkelde medicatie is dan ook verhoogde vatbaarheid voor infecties. Biologicals worden meestal door de patiënt zelf geïnjecteerd. Behalve de beste behandelingsstrategie worden ook de effecten van biologicals op lange termijn en de kosten onderzocht.

Zwaardere accent veiligheid

Minder suïcide en minder medicatiefouten. Het zijn twee van de recent geformuleerde speerpunten om de cliëntveiligheid te vergroten bij GGZ Midden-Holland. "Veiligheid gaat een steeds groter deel uitmaken van kwaliteit."

Gerben Stolk/PlumaTekst

"In vergelijking met een paar jaar geleden ziet de maatschappij fouten in de gezondheidszorg niet meer als een onvermijdelijk gegeven. Ze worden nu beschouwd als vermijdbaar risico. Onze omgeving verlangt dat wij qua veiligheid zo goed mogelijk in control zijn."

Dat zegt Lau Visser. Hij is zes jaar kwaliteitsadviseur bij Rivierduinen, waarvan GGZ Midden-Holland onderdeel is. Vóór Visser kende de organisatie ook een kwaliteitsadviseur. "Op dat vlak is er dus continuïteit", zegt Visser, die kwaliteit omschrijft als zo goed mogelijk voldoen aan de wens van de klant. "Maar wat relatief nieuw is, is het zware accent dat binnen kwaliteit op veiligheid wordt gelegd. Neem het HKZ-keurmerk, het keurmerk van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Je moet tegenwoordig aan veel meer veiligheidseisen voldoen om het te mogen voeren. Ik merk het aan mijn eigen werkzaamheden. Sinds begin dit jaar ben ik de helft van de tijd bezig met het thema veiligheid."

Schade

Veiligheid wordt bij Rivierduinen gedefinieerd als het (nagenoeg) ontbreken van de kans dat een cliënt, medewerker of bezoeker lichamelijke of psychische schade ondervindt tijdens de uitvoering van de werkzaamheden. Waarom heeft het onderwerp aan belang gewonnen? Visser: "In zijn algemeenheid kun je zeggen dat cliënten in ons land kritischer zijn geworden over de gezondheidszorg. Men gaat er niet

automatisch van uit dat je kwaliteit levert en betrouwbaar bent. Je ziet dat niet alleen bij het grote publiek, maar ook bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, verzekeraars en organisaties als HKZ."

De kwaliteitsadviseur juicht elke stap in de goede richting toe. Hij erkent dat het qua kwaliteit en veiligheid altijd beter kan. "Maar laten we ervoor waken dat er valse verwachtingen ontstaan. Veiligheidsrisico's zijn niet altijd te vermijden, eenvoudigweg omdat gezondheidszorg mensenwerk is. Neem nu ons beleid van suïcidepreventie. Hoeveel maatregelen je ook treft, je kunt nooit volledig uitsluiten dat een cliënt suïcide pleegt. Hetzelfde geldt voor rookbeleid, dat brandgevaar moet voorkomen. Want er is ook klantgerichtheid. Wil je bijvoorbeeld alle bezoekers van cliënten in de kliniek fouilleren op lucifers of aanstekers?"

Tevredenheid

Wat zijn Vissers taken om veiligheid te vergroten? "Ik ondersteun de directie bij het maken van beleid. Ik houd ook ontwikkelingen bij, zoals het aantal gemelde gevallen van agressie of medicatiefouten. Op basis van trends kun je maatregelen treffen. Ja, we houden ook onderzoeken naar

de tevredenheid van cliënten, maar die hebben meer te maken met bijvoorbeeld tevredenheid over het behandelplan en de communicatie met de behandelaar. Met de cliëntenraad praten we wel over het veiligheidsbeleid. Hoeveel klachten en incidenten zijn er en hoe kunnen we dat omlaag brengen?"

GGZ Rivierduinen heeft onlangs vijf speerpunten geformuleerd. GGZ Midden-Holland gaat ermee aan de slag. Het zijn: medicatieveiligheid, preventie van agressie, voorkomen van suïcide, informatiebeveiliging en somatische zorg. Visser: "Als je iemands geneesmiddelen voor lichamelijke klachten kent, weet je waarmee je rekening moeten houden bij het voorschrijven van medicatie voor psychische problemen."



Lau Visser, kwaliteitsadviseur Rivierduinen/GGZ Midden-Holland

Thuis de theorie oefenen, praktijkkennis op het werk

E-learning verovert de zorg

Lia Thorborg, journalist

“Het is mij prima bevallen,” zegt Melissa van Zanten. De verzorgende in verpleeghuis Riethoek behaalde onlangs haar certificaat bedrijfshulpverlening (BHV). Ze leerde de theorie en maakte de toets op de computer thuis.

“Ik ontving een inlogcode voor een website, waarop alle leer- en oefenstof stond. Vóór een bepaalde tijd moest ik de officiële toets afronden. Thuis kroop ik achter de computer wanneer het mij het beste uitkwam. Van de werkgever kreeg ik als deelnemer een aantal studie-uren vergoed. Daarvan hield ik zelfs nog tijd over. Het was goed geregeld. Van mijn collega's hoor ik hetzelfde. De praktijkoefeningen doe je natuurlijk tijdens je werk. Maar e-learning - leren in mijn eigen tijd zonder boeken mee te hoeven slepen - ik vind het ideaal.”

E-learning verovert de zorgsector in rap tempo. Nederland heeft een hoge computer- en internetdichtheid. Daardoor wordt het mogelijk voor organisaties om vakkennis digitaal toegankelijk te maken voor alle medewerkers. Zaten cursisten voorheen met een boek of door de docent geschreven handleiding in een klaslokaal, nu maken zij zich de theoretische kennis eigen via hun pc. Het past in de tijdgeest. Dankzij e-learning is de lesstof veel afwisselender en interactiever aan te bieden. Cursisten kunnen teksten lezen, filmpjes zien, puzzeltjes maken, oefeningen doen. Uit onderzoek blijkt dat de deelnemers - jong zowel als ouder - het een prettige, zelfs leuke manier van leren vinden. Hun kennisniveau blijkt bij de eindtoets daardoor gemiddeld hoger dan via de traditionele, klassikale methode.

Loopbaanperspectief

In Midden-Holland is een aantal zorginstellingen bezig met e-learning.

“Het is onze voortdurende uitdaging om de kwaliteit van de zorg verder te ontwikkelen,” zegt Margriet Vaessen, hoofd Opleidingen van Zorgpartners Midden-Holland. “Tegelijkertijd is het belangrijk om de kennis en ervaring, die binnen onze organisatie aanwezig is op een efficiënte manier toegankelijk te maken voor onze medewerkers en hen loopbaanperspectief te blijven bieden. E-learning draagt daaraan bij.” Bert Buizert, programmaleider Arbeid en Zorg van het Transmuraal Netwerk, ziet e-learning als strategisch instrument om “ongewenste uitstroom te beperken en gewenste instroom te stimuleren.” In het structurele transmurale overleg van de opleidingshoofden van het Groene Hart Ziekenhuis, Vierstroom, Zorgpartners en Kraamzorg De Waarden is de ontwikkeling van e-learning dan ook een vast agendapunt. Iedere instelling kiest haar eigen werkwijze en tempo, samen onderzoeken zij de mogelijkheden om van elkaars vorderingen te leren, infrastructuren te stroomlijnen en wellicht ook onderdelen te gebruiken.

Zorgpartners biedt inmiddels de cursussen BHV en Hygiëne in het kader van HACCP gedigitaliseerd aan. In de virtuele bibliotheek die onder leiding van Vaessen wordt opgebouwd, wordt ook gewerkt aan leermodules als verpleegtechnische vaardigheden, werken als ergocoach en verpleegkundig rekenen. Het gaat om het aanleren en toetsen van kennis, het praktisch oefenen van de vaardigheden blijft nodig (zogeheten blended-learning). “Wij beginnen



Margriet Vaessen, hoofd opleidingen
Zorgpartners Midden-Holland

met de her- en bijscholing van verzorgenden en verpleegkundigen,” aldus Vaessen. “Die leerstof is voorhanden. Deze manier van scholen levert rendement op met 3.500 medewerkers in zestien instellingen. Ik sluit niet uit dat op den duur zullen ook delen van de reguliere opleidingen tot verzorgende via e-learning beschikbaar komen en door de overheid worden geaccrediteerd.” De voortgang van de nieuwe leerwijze wordt niet alleen bepaald door de strategische beleidskeuzes en

maken. Een platform waarbij organisaties bijvoorbeeld ook leerstof, die ze zelf hebben gemaakt, kunnen uitruilen met modules van anderen, vraagt dan overleg. Natuurlijk zijn er lokale verschillen, maar er is ook een grote overlap. Dan is het een voordeel voor iedereen, wanneer de technische protocollen uitwisselbaar zijn. Het zou heel mooi zijn, wanneer de instellingen hun e-learningactiviteiten niet zouden afschermen, maar het eens zouden kunnen worden over een open leerinhoud.”

“Deelnemers vinden het zelfs een leuke manier van leren.”

investeringsbereidheid binnen de organisatie. E-learning is een groeiemarkt, waarin onderwijsinstellingen (ROC's, zorgopleidingen), uitgeverijen en zorginstellingen hun weg aan het zoeken zijn. Er ligt nog weinig 'op de plank'. “De belangrijkste afweging, die je steeds moet maken als organisatie is: 'wat doe je zelf en wat koop je in',” zegt Vaessen. Zij heeft contacten met zowel het ID-college als uitgeverijen voor de ontwikkeling van gewenste leerstofmodules. Afhankelijk van de behoefte binnen de organisatie worden sommige cursussen ingekocht, anderen ontwikkelen en schrijven docenten zelf. Zorgpartners heeft een speciale opleidingsadviseur e-learning in dienst, die helpt om de digitale leerstof zo aansprekend en toegankelijk mogelijk te maken.

Regionaal afstemmen

Dat betreft de content, de inhoud van de lessen. Een andere zaak is de infrastructuur. Buizert wijst op het belang van een flexibel, compatibel raamwerk waarbij zoveel mogelijk instellingen zijn aangesloten. “Dat moet je regionaal afstemmen,” aldus de transmuraal programmaleider. “Dan kun je op het gebied van e-learning optimaal samenwerken en haal je er als instelling het meeste rendement uit.” De voordelen van afstemmen liggen voor de hand: “Wanneer je uitgaat van één raamwerk, kun je de protocollen, de leermodules, maar ook portfolio's van medewerkers onderling toegankelijk

Breder aanbod

Niet alle zorgorganisaties gaan echter even snel. Visie, organisatorische en financiële kracht spelen een rol. Zorgpartners maakte een bedrijfs-economische afweging en investeert in een platform, de ontwikkeling van content en operationele kosten op basis van een business case over vijf jaar. “Wij willen investeren in kennisontsluiting en -deling. Zorgpartners gaat steeds meer service bieden op het gebied van wellness en horeca, wat ook gevolgen heeft voor het opleidingsbeleid. Wij willen ook leerlingen van een hotel- of technische opleiding een stageplek bieden. E-learning maakt het makkelijker onze medewerkers in een breed aanbod te scholen.”

Vaessen en Buizert beschouwen het als echte vooruitgang. “Natuurlijk moet je alert zijn op enkele valkuilen. Het theoretisch leren mag niet de overhand krijgen op de praktische toepassingen. Er moeten voldoende contactmogelijkheden zijn met de docenten. En je moet blijven focussen op het beheer en de actualiteit van de inhoud van de modules.” Dat het zo goed aanslaat bij de mensen op de werkvloer verrast hen nauwelijks. “Er zullen best 45-plussers zijn, die zichzelf niet handig vinden met de computer en die moeten wennen, maar echte weerstand is uitgebleven. En docenten melden dat de praktijklessen dankzij e-learning inhoudelijk veel rijker zijn geworden.”



Bert Buizert, programmaleider Arbeid en Zorg
Transmuraal Netwerk Midden-Holland

'Ik hou van de veelzijdigheid en de spanning'

Marion Verstraeten

Jaco de Man werkt als maatschappelijk werker voor het mobiel team van Brijder Verslavingszorg en houdt zich bezig met bemoeizorg. "Hielpen we vroeger vooral gemotiveerde mensen af te kicken, nu begeleiden we verslaafden ook naar een menswaardig bestaan."



Jaco de Man, maatschappelijk werker Brijder Verslavingszorg

Vanochtend nog werd Jaco de Man gebeld door het Groene Hart Ziekenhuis met de vraag of hij langs wilde gaan bij een patiënt. De man is opgenomen met een ernstig leverprobleem door langdurig alcoholgebruik. Hij mag met ontslag maar zijn woning is dusdanig vervuild dat hij er niet kan wonen. "In zijn huis liggen overal blikjes bier en etensresten en zijn matras is doordrenkt met urine." Bij de man in het ziekenhuis is het doel van de maatschappelijk werker: zorgen dat hij weer naar huis kan. "Dan ga ik heel praktisch te werk, samen met eventuele familie, mantelzorgers en andere instanties. In dit geval het maatschappelijk werk van het ziekenhuis en de transferverpleegkundige. Dat de man ook schulden heeft maakt het extra lastig omdat er daardoor geen schoonmaakbedrijf ingezet kan worden. Zijn vriendin heeft er voor gezorgd dat het matras is weggegooid. Er is geen geld voor een nieuw matras maar de transferverpleegkundige heeft een leenbed kunnen regelen. En met het kleine beetje geld dat hij nog heeft hebben we een schoonmaakster gehuurd voor een paar uur. Zij kan vast een begin maken totdat vrijwilligers er grote schoonmaak houden. Misschien kan hij ter overbrugging een week worden opgenomen in een verpleeghuis of bij het Leger des Heils."

Jaco kan als maatschappelijk werker door iedereen worden ingeschakeld, zowel door verslaafden zelf, als door

anderen. "Als er maar sprake is van een verslaving aan bijvoorbeeld alcohol, (soft)drugs of medicijnen. Maar ik bemoei mij ook weleens met gokkers of met gameverslaafde jongeren. Dan word ik bijvoorbeeld ingeschakeld door radeloze ouders die niet meer weten wat ze met hun kind aan moeten, dat alleen nog maar aan het gamen is."

Bemoeizorg

De ambulante maatschappelijk werker is niet voor niets het vak in gerold. "Ik wilde het jongerenwerk in, totdat ik van dichtbij meemaakte hoe een vriend verslaafd raakte aan drugs en niet kon stoppen. Hij is uiteindelijk overleden aan een overdosis en toen wist ik dat ik de verslavingszorg in wilde." Jaco houdt zich voornamelijk bezig met bemoeizorg in heel Midden-Holland. "Hielpen we vroeger mensen voornamelijk met afkicken, nu begeleiden we mensen ook in hun verslaving en proberen ze een menswaardig bestaan te helpen geven. Natuurlijk motiveren we ze ook van de verslaving af te komen maar het is niet meer de enige insteek, zoals vroeger. Wij bouwen als het ware een zorgnetwerk om iemand heen."


"Wij bouwen een zorgnetwerk om iemand heen."

Het werk van Jaco de Man bestaat voor ongeveer de helft van de tijd uit ad hoc werkzaamheden en voor de andere helft uit het begeleiden van bestaande cliënten. "Ik ben case-manager van ongeveer dertig tot veertig cliënten, met wie ik geregeld contact heb. Met de een is dat vaker dan met de ander, afhankelijk van de situatie. Daarnaast nemen wij deel aan een aantal overleggen, zoals zorgnetwerkoverleggen in Midden-Holland. Dit zijn multidisciplinaire overleggen in de gemeenten Gouda, Boskoop, Waddinxveen, Schoonhoven en Zuidplas. Hier bespreken we de stand van zaken van aanmeldingen die zijn binnengekomen via het Meldpunt Zorg & Overlast, van de GG&GD. Dat is een meldpunt waar burgers en hulpverleners melding kunnen maken van

overlast of waar zij terecht kunnen als zij zich zorgen maken om een buurtbewoner. Aan zo'n overleg nemen ook andere instanties deel, zoals Kwadraad maatschappelijk werk, het Groene Hart Ziekenhuis, de politie, de woningbouwvereniging, de sociale dienst en de GGZ. En Kwintes ambulante woonbegeleiding, de reclassering en de GGD. Door dit transmurale overleg zijn de lijnen kort en dat is nodig want in ons geval komt er vaak meer bij kijken dan alleen de verslaving zelf. Dat kunnen geldschulden of buurtoverlast zijn. Mensen met een verslaving hebben vaak ook allerlei emotionele, lichamelijke en psychiatrische problemen. Ook eenzaamheid speelt vaak een grote rol."

Veelzijdigheid

Op de vraag wat zijn werk zo boeiend maakt, hoeft hij dan ook niet lang na te denken. "Ik hou van de veelzijdigheid en van de spanning. Er is meestal geen standaardoplossing of een standaard protocol voor handen. En het geeft een kick als je iemand kunt helpen." Als voorbeeld vertelt Jaco de Man over een cliënt die twee jaar geleden in zijn caseload kwam. "Het ging om een ernstig

schap van sommige cliënten. Verslaafden en hun omgeving zijn weleens geneigd claimend en eisend gedrag te vertonen. Het zijn vaak mensen met een negatief zelfbeeld die zich machteloos voelen en al veel verloren hebben. Ik moet dan echt oppassen om de gevoelens van machteloosheid niet over te nemen. Soms zie je hoe iemand zich werkelijk dood drinkt omdat gedwongen opname meestal niet mogelijk is bij verslaafde mensen. Wat daarbij wel helpt is de gesprekstechniek motiverende gespreksvoering, waarbij je de ander en diens beleving centraal stelt. De kunst is om de motivatie tot gedragsverandering uit iemand zelf te laten komen, in plaats van dit af te dwingen of iemand te overtuigen. Het is belangrijk om daarbij een gelijkwaardige en open houding te bieden en alles in overleg te doen. Als het dan lukt om de hopeloze negativiteit van een cliënt om te buigen naar toekomstperspectief, vertrouwen en een menswaardiger bestaan, geeft dat een ongehooflijke kick." 

vervuilde man, die niet meer kon lopen omdat zijn zenuwen door de alcohol waren verlamd. Hij at slecht en had schulden. Uiteindelijk hebben we een heel zorgnetwerk om hem heen gebouwd samen met de wijkverpleging en de familie. Hij laat nu zorgverleners toe, krijgt maaltijden aan huis bezorgd en heeft een bewindvoerder voor zijn financiën. Nu zijn zijn leven weer op de rit staat, gaat het veel beter met hem en daardoor drinkt hij ook veel minder. Hij voelt zich nu veilig en loopt geen risico meer te verhongeren of dakloos te raken."

Ombuigen

Maar het is niet altijd even makkelijk, geeft hij toe. "Soms heb ik weleens moeite positief te blijven tegenover de negativiteit en het slachtoffer-

Berichten

Winkelwagen op pad!

De laatste tijd verdwijnen veel winkelwagens uit het straatbeeld en verandert het aanbod van winkels in de wijken in rap tempo. Bewoners die minder mobiel zijn, worden daardoor meer afhankelijk van hulpmiddelen als de Scootmobiel of van anderen die bereid zijn om voor hen de boodschappen te doen. Zorgpartners is groot voorstander om mensen zo lang mogelijk zelfstandig hun eigen leven te laten leiden. Daarvoor biedt zij onder het motto 'Comfort à la carte' een keur aan gemaksdiensten waarvan zowel ouderen alsook jongeren gebruik kunnen maken. In nauwe samenwerking met GouweCuisine werd dat dienstenpakket met de Winkelwagen uitgebreid.

Het assortiment in de Winkelwagen bestaat naast dagverse producten zoals brood, groente, fruit, kant-en-klare maaltijden en zuivel bijvoorbeeld ook uit koffie/thee, (fris)dranken, snoep en diverse huishoudelijke artikelen. Wekelijks zijn er diverse aantrekkelijke aanbiedingen. Er kan contant, met PIN en met de Chipknip worden betaald. Kijk voor een overzicht van de stopplaatsen op www.zorgpartners.nl.



Schoudernetwerk Groene Hart



Wist u dat de orthopeden van het GHZ nauw samenwerken met ruim vijftig fysiotherapiepraktijken in Gouda en omgeving? Het Schoudernetwerk Groene Hart is als initiatief van het

GHZ opgericht om de kwaliteit van zorg te verbeteren rondom patiënten met schouderklachten. De (schouder)orthopeden en fysiotherapeuten hebben daarvoor gezamenlijke behandelplannen opgesteld. Hierdoor worden patiënten niet alleen sneller, maar vooral ook beter geholpen.

Voor meer informatie:

E-mail: schoudernetwerkgroenehart@ghz.nl

Website: www.ghz.nl/schoudernetwerk

Rectificatie

In de vorige Stroomlijn stond op pagina 14, 15 en 16 het artikel 'Virtuele dokter in opkomst'. Per abuis is niet de juiste versie van de tekst van Lisette Vink gepubliceerd. Onze excuses en hierbij alsnog de correcte tekst.

'Virtuele dokter in opkomst'

Sophia Revalidatie uit Gouda heeft onlangs een aantal ouders van jonge cliënten gevraagd of zij het wenselijk vinden deel uit te gaan maken van een digitale gemeenschap. Die moet straks bedoeld zijn om behandelaars online te consulteren. Lisette Vink was onmiddellijk enthousiast. Haar bijna 4-jarige dochtertje Eline heeft een ontwikkelingsachterstand. Het meisje praat nog niet en heeft mogelijk cerebrale virusstoornis (CV).

Leren traplopen

Vink: "Eline wordt onder andere geholpen door een logopediste en een fysiotherapeut. De eerste stimuleert haar bijvoorbeeld te wijzen naar iets wat ze wil hebben. De tweede leert haar onder meer traplopen." Wat zij verwacht van de nog op te zetten community? "Dit lijkt me een goed initiatief voor kinderen met een zorgpakket. Als ik thuis gedrag signaleer waarover ik me zorgen maak of waarover ik een vraag heb, kan ik via de mail gemakkelijk communiceren met een behandelaar. Een klein probleem kan een oorzaak worden van een groot probleem als je het niet alert en tijdig signaleert, zeker met kinderen met een ontwikkelingsachterstand. Als ik bijvoorbeeld zou zien dat Eline eetproblemen heeft, is het fijner daar over te e-mailen dan bij wijze van spreken te wachten tot de afspraak volgende maand." Vink verwacht ook dat de digitale dienstverlening bijdraagt aan een meer gelijkwaardige relatie tussen behandelaar en cliënt. "Dit initiatief maakt duidelijk dat Sophia Revalidatie openstaat voor grote betrokkenheid van ouders en dat er steeds minder een situatie is van 'Ik ben de behandelaar en u bent onze patiënt'."



In Memoriam Bas Fortuin



Op 6 augustus 2011 overleed Bas Fortuin op 55-jarige leeftijd aan de gevolgen van een plotseling hartinfarct. Hij was in de jaren 1995 tot 1999 verantwoordelijk voor de oprichting van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland. Met Bas verliezen we een inspirerende founding father van samenwerkingsverbanden in de zorg. Een

rasechte netwerker wiens overlijdensbericht niet toevallig per LinkedIn werd verspreid.

Bas was pleitbezorger van een zorgaanbod dat begrijpelijk was voor de patiënt, zo dicht mogelijk bij huis en zonder schotten. "We leven immers niet volgens de manier waarop de zorg is ingedeeld" zei hij vaak. Transmurale zorg was het wenkend perspectief dat de intra- en extramurale zorgwereld met elkaar zou verbinden. Met volle overgave spoorde Bas kansrijke projecten op en ondersteunde de projectleiders waar hij maar kon. Denk aan het Downteam en specialistische verpleging in ziekenhuis en thuis. Bas had oog voor de mens achter de functie, was bijzonder toegankelijk en nam vaak de rol van een gids op zich. Hij startte nieuwe netwerken rond CVA en Diabetes. Veel mensen kennen Bas uit die tijd als een enthousiaste, visionaire man die gedurfde en interessante transmurale symposia organiseerde. Hij straalde

gewoon uit dat samenwerken leuk was. Hij legde het accent op gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. "Domeinen moet je delen, niet bevechten" was zijn devies. Bas wist met speelse bijeenkomsten ook de bestuurders te overtuigen dat transmuralisering niet aan het toeval overgelaten kon worden maar dat een serieus regionaal samenwerkingsverband nodig was. Het werd de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland. De aanpak van Bas om zowel zorgprofessionals als bestuurders op te porren voor de ontwikkeling van zorgketens blijkt een effectief recept voor duurzame samenwerking. Hij had een vooruitziende blik.

Bas heeft ook in andere regio's transmurale samenwerkingsverbanden opgezet, maar het netwerk in Midden-Holland, waar hij zelf woonachtig was, noemde hij zijn lovebaby. Hij was een trouwe bezoeker van de jaarlijkse transmurale zorgconferenties. Een traditie die overigens ook door Bas is gestart. We zullen zijn aanwezigheid en bijdragen missen. Veel sterkte aan iedereen die lief, leven, plezier, werk en idealen met Bas heeft gedeeld. We hebben een rasechte netwerker en markante mensenman verloren.

Lia Donkers





“Typisch Hollands”

Foto's: Martin Droog

Carla van Zuylen,
senior communicatieadviseur

Langs de Rotte in Zevenhuizen staan vier bijzondere windmolens. Tezamen vormen ze de Molenviergang. Een molengang is een aantal samenwerkende poldermolens voor het droogmaken en –houden van een polder. Om die reden zijn er in de omgeving van de Zuidplaspolder en de Rotte meer dan honderd molens gebouwd. Het overgrote deel is echter in de loop van de eeuwen gesloopt, maar de viergang bleef bespaard en behoort nu tot het culturele erfgoed. “De molens zijn gebouwd rond 1722 voor de bemaling van de Tweemanspolder,” vertelt Wil Warnders, werkzaam als verzorgende in de thuiszorg bij Vierstroom. De vier molens zijn met de vier identieke achtkantige grondzeilers uniek in de wereld. “Wij fietsen er regelmatig langs, het is een heel mooi gebied om te fietsen, wandelen of te skaten. Je ziet er ook vaak veel wielrenners. Toen de kinderen klein waren, gingen we er ook heen. Het is er rustig en je kunt naar de boten kijken die op de Rotte varen.”

Sinds 1953 zijn de molens buiten bedrijf gesteld. “De molens zijn in handen van particulieren. Er zijn geen bezoekmogelijkheden, wel draaien ze tweemaal per maand op zaterdag.”

In 1954 kwamen de molens in handen van de Stichting tot instandhouding van de molenviergang van de Tweemanspolder, waardoor het behoud verzekerd was. “Wij zijn ook lid van deze stichting om op die manier te ondersteunen dat de molens blijven bestaan.”

Het Rijk en de provincie hebben ruim 850.000 euro subsidie verstrekt voor het uitvoeren van achterstallig onderhoud aan de vier molens. Wil Warnders: “Donateurs en sponsors hebben dit bedrag aangevuld zodat de renovatie kon worden uitgevoerd. In mei 2011 zijn de werkzaamheden afgerond. We hebben ook een prachtige luchtfoto waar de molens op staan. Ik vind het een heel mooi stukje geschiedenis, typisch Hollands.”



Wil Warnders,
verzorgende thuiszorg, Vierstroom