



de POH

TIJDSCHRIFT VOOR EN DOOR PRAKTIJKONDERSTEUNERS

Wie is de POH-jeugd?

Parkinson en
Parkinsonisme

Behandeling in een
virtuele wereld

September 2018
Jaargang 11

3





Aan de slag met diabetes

MSD werkt mee aan een gezonde wereld met innovatieve geneesmiddelen en diensten. Wij ontwikkelen nieuwe veelbelovende geneesmiddelen en vaccins, die daadwerkelijk het verschil kunnen maken tussen ziek op bed liggen of de gewone, dagelijkse dingen kunnen doen. En soms zelfs tussen leven en dood. Daarbij leveren we samen met partners een bijdrage aan het optimaliseren en doelmatiger maken van de zorg. Dat doen we ook voor diabetes. Samen met partners werken wij aan oplossingen om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren. Zo werken we aan therapietrouw- en beweegprogramma's en bieden wij voorlichtings- en informatiematerialen aan over diabetes.

Op deze manier ondersteunen we zorgverleners én mensen met diabetes.

Meer weten over MSD? Zie [msd.nl](https://www.msd.nl)



Inhoud

Artikelen

- 6 De POH-jeugd in de huisartspraktijk
- 10 Valrisicoscreening door de praktijkondersteuner
- 14 Kanker Nazorg Wijzer biedt handvatten
- 16 Hoe hoogwaardig is plantaardig?
- 18 Parkinson en Parkinsonisme
- 22 Cognitieve gedragstherapie in een virtuele omgeving
- 26 Het urogynaecologisch spreekuur

Columns

- 13 Oscar Aberson, Noodsignaal
- 25 Thomas Verheij, Gecombineerde leefstijl interventies
- 33 Ellis van Atten, Uitval

Rubrieken

- 5 Voorwoord
- 21 Boeken en sites
- 28 Boeiend en verbindend
- 30 Spirometrie, voorbij de valkuilen
- 34 Colofon
- 36 De POH is



10



22

18



'Leefstijl als medicijn'

Voorwoord



De NVvPO Boeiend & Verbindend omdat jij dit als POH'er ook bent! Of je nu als POH-jeugd, POH-ouderenzorg, POH-ggz, POH-dementie, POH-palliatief, POH-oncologie en/of in andere somatische aandachtsgebieden binnen de eerstelijnszorg werkt, in jouw rol moet je de verbinding kunnen maken tussen het ziektebeeld en de leefstijl van je patiënt en cliënt. We zien dat een steeds groter aantal huisartsen en praktijkondersteuners meer aandacht heeft voor preventie door middel van leefstijlaanpassingen en andere vormen van positieve gezondheidsbevordering. In meerdere vormen komt dit onderwerp terug in deze uitgave van de POH. De Thermometer van de Kankernazorgwijzer, de COPD-zieltelastmeter, Valrisicoscreening en ook het inzetten van een meer plantaardig voedingspatroon zijn interessante artikelen voor jou en je collega's in de eerstelijnspraktijk. Zo ook de rol van de POH-jeugd. Wat doet zij/hij en waarom is het belangrijk dat ook deze POH rol op professionele wijze wordt ingevuld? De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) werkte mee aan het artikel over de verbindende factoren in deze rol. Oscar Aberson (POH-ggz) vertelt ons in zijn column hoe hij tracht verbinding te leggen voor zijn cliënten. En Jenneke Meier (POH) neemt ons mee in hoe zij in haar praktijk een urogynaecologisch spreekuur heeft opgezet. Allemaal prachtige praktijkvoorbeelden van samen doen.

Verbinding is wat mij betreft het sleutelwoord van samenwerken en absoluut nodig in deze tijd. In mijn rol als directeur/voorzitter van de NVvPO werk ik dagelijks aan de verbinding tussen alle partijen in de eerstelijnszorg. Ik vind het belangrijk dat wij met elkaar ervoor zorgen dat de eerstelijnspraktijk (huisartsenzorg en gezondheidscentra) een boeiende werkplek is en blijft voor jou en je collega's, dat er toekomstperspectief is en boeiend blijft als het gaat om persoonlijke ontwikkeling en de ontwikkeling van je vakgebied. Dat blijft voor ons de motivator aan de cao-onderhandelingstafel. We zijn volop gestart met gesprekken voor de nieuwe cao (maart 2019) en nemen jouw mening mee naar de cao-tafel. We behartigen de belangen voor alle POH'ers ongeacht achtergrond, aandachtsgebied, vakinhoud en carrièrewens.

Ik merk dat onze wens en de gekozen strategie om samen te werken haar vruchten afwerpt. Op verschillende disciplines werken wij op professionele wijze samen met onze collega beroepsverenigingen en werkgeverspartijen, en zijn onze ledencirkels POH-ggz, O&O en Ouderenzorg volop in beweging. Ook ervaren wij een hoge respons op de verschillende enquêtes die wij uitzetten en merken wij de betrokkenheid van jou en je collegae. In de rubriek Boeiend & Verbindend informeren wij jou over bovenstaande zaken.

Wij hebben de afgelopen zomer veel zonne-energie opgedaan en bouwen de komende maanden verder. Via onze nieuwsbrief, website, social media en dit blad houden we jou en andere eerstelijns professionals op de hoogte van alle ontwikkelingen. Deel gerust datgeen wij met jou delen. Neem je collega's, de huisarts en misschien zelfs je patiënten hierin mee en verrijk jezelf en de ander met de opgedane kennis.

Ik wens je veel lees en leerplezier!

Petra Portengen
Directeur / Voorzitter NVvPO

De POH-jeugd in de huisartspraktijk

Huisartsen bieden kinderen basis huisartsenzorg, waarbij de poortwachterrol het belangrijkste is. Als meer medische zorg nodig is, verwijst de huisarts door naar een specialist in het ziekenhuis. Bij sociale of psychologische problematiek kan er verwezen worden naar het jeugdhulpaanbod in de gemeenten, die daar sinds de Jeugdwet van 2014 voor verantwoordelijk zijn. In verschillende gemeenten zijn er pilots met een POH jeugd. Wie is de POH-jeugd? Een gesprek met Jelly Hogendorp, beleidsadviseur van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en een kennismaking met een POH jeugd.

Tekst | Ellis van Atten

‘De POH jeugd is een nieuwe werkelijkheid, waar we naar moeten kijken,’ zegt Jelly Hogendorp. De komst van de POH jeugd is een ontwikkeling waar de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zich mee bezig houdt, oriënterend worden de ontwikkelingen en verschillende pilots gevolgd. De LHV heeft nog geen formeel standpunt ten aanzien van de POH jeugd. Als beleidsadviseur van de LHV zette Hogendorp tijdens een workshop op de LHV Huisartsbeurs in april 2018 uiteen welke vormen van POH jeugd er te onderscheiden zijn.

afweging is: is het huisartsenzorg of niet?

We zien drie vormen van POH-jeugd:

- 1 Een POH-jeugd die doet wat een POH ggz doet, maar dan specifiek voor kinderen. Deze POH biedt dus de huisartsenzorg voor patiënten van 0-18 jaar met (lichte, veelvoorkomende) psychische problematiek. Sommige POH'ers ggz kunnen zowel volwassenen als kinderen helpen, andere POH'ers ggz kunnen alleen zorg bieden aan volwassenen. Omdat de POH-ggz geacht wordt voor 0-100 jaar ingezet te kunnen worden voor de



‘Grote acute zorgen over de beschikbaarheid van gespecialiseerde jeugdhulp’

Vormen van POH-jeugd

De POH-jeugd is niet een functionaris die iedere huisartspraktijk zou ‘moeten’ hebben maar je ziet nu wel initiatieven ontstaan waarin de (term) POH-jeugd een rol speelt. Daaronder worden verschillende zaken verstaan en het is van belang goed te kijken wat de POH jeugd doet en gaat doen. Een belangrijke

huisartsenzorg voor patiënten met psychische klachten, kunnen huisartsen ervoor kiezen om voor kinderen een aparte, in kinderen gespecialiseerde POH-ggz in te zetten. Dit betreft dan zorg die onder de huisartsenzorg en dus Zorgverzekeringswet valt. Dit zou dan bekostigd moeten worden door de zorgverzekeraars via de POH-ggz

module. Belangrijk is dat het hier gaat om POH-ggz huisartsenzorg.

- 2 Een ondersteuner jeugd/jeugdconsulent die andere taken, grenzend aan of buiten de huisartsenzorg vervult. Dit kan bijvoorbeeld een linking pin functie zijn naar het (jeugd)wijkteam van de gemeente of een specifiek ADHD project. Dan gaat het om extra zorg die niet onder de Zorgverzekeringswet valt, maar jeugdhulp is en onder de Jeugdwet valt. Dat is zorg die nu de verantwoordelijkheid is van de gemeente. De gemeente kan ervoor



De POH-ggz jeugd in Purmerend

Kennismaken met de POH jeugd

Vanaf 2016 maken vijf huisartsenpraktijken in Purmerend gebruik van een POH-ggz jeugd. Door hun krachten te bundelen in een kostenmaatschap Praktijkondersteuner Jeugd Purmerend hebben zij afspraken gemaakt met gemeente Purmerend en zorgverzekeraars en startten zij een pilot.

Huisarts Miriam Smit nam het initiatief; met een projectleider, gemeente Purmerend, ZONH (zorg optimalisatie Noord-Holland) en de POH-ggz-jeugd Carla Nieuweboer werd de functie vorm gegeven. Al vrij snel bleek de toegevoegde waarde en heeft de gemeente groen licht gegeven voor een vervolg. Carla Nieuweboer is in loondienst via een zogenaamde POT constructie. Alle aangesloten huisartsen vullen de pot die nodig is om Nieuweboer te betalen. Een deel van de huisartsen krijgt een opslagtariet van de verzekering, een ander deel financiert de POH jeugd via de gemeente. De gemeente betaalt voor patiënt overstijgende zaken, zoals een sociale kaart en een goed netwerk.

De POH-ggz jeugd

Nieuweboer begon haar loopbaan als jeugdhulpverlener, heeft een Master Ortopedagogie en was behandelaar in de ggz. Een echte allrounder, zegt ze zelf. Door haar werkzaamheden is zij geregistreerd in het SKJ, een kwaliteitsregister voor jeugdprofessionals. De spreekuren vinden plaats in de praktijk van Daan & Van Ardenne in Purmerend. Soms moeten ouders en kinderen naar een andere plek dan de eigen huisartsenpraktijk, toch voelt het laagdrempelig. Het is huisartsenzorg en niet een verwijzing naar een grote instelling. Voor Nieuweboer is een vaste werkplek prettig omdat ze de ruimte heeft ingericht met de

benodigde materialen. Een nadeel is dat direct overleg met de huisarts niet altijd mogelijk is. Tot nu toe heeft dat geen problemen opgeleverd omdat Nieuweboer zelfstandig werkt en de communicatie altijd via mail of telefoon kan. Bovendien registreert Nieuweboer haar consulten in het HIS, zodat de huisarts op de hoogte blijft. Met de verschillende praktijken houdt ze feeling door er af en toe koffie te drinken. Twee keer per jaar is er een overleg met alle huisartsen die aangesloten



zijn bij de kostenmaatschap. Soms is er overleg met de POH ggz als zij leden uit hetzelfde gezin zien. Nieuweboer maakt ook deel uit van het wijkteam.

Het werk met jeugd

Kinderen van zes tot achttien jaar en hun ouders komen bij Nieuweboer met een groot scala aan vraagstukken. Aandachtsproblematiek, druk gedrag, woede, angst, slaapproblemen, ouder/kind problematiek, rouw bij verlies van een ouder, depressie en eenzaamheid. Het eerste consult is altijd samen met de ouders. Carla: 'Soms is dat eerste consult echt een eye-opener voor ouders, omdat

ze dan horen hoe het kind zich voelt of zien hoe je een gesprek kunt voeren met het kind.' Het streven is kinderen binnen twee weken te zien. Hoe lang en hoe vaak kinderen komen is heel wisselend. 'Gemiddeld zo'n acht keer, maar soms is twee keer genoeg. Of wordt er na twee keer doorverwezen. Het hangt af van wat een kind nodig heeft', zegt Nieuweboer en is blij dat ze de vrijheid krijgt om dat zelf te bepalen. Als het nodig is voert ze ook gesprekken met ouders en kinderen op school. Nieuweboer gaat met het kind op zoek naar de persoon achter de klacht. Wat zij heel belangrijk vindt, is te benadrukken dat niet alles een groot probleem is: 'Een diagnose is stigmatiserend, we moeten niet te veel medicaliseren. Uitleg en geruststelling is soms genoeg.'

Waarom een POH-ggz jeugd?

'Jeugd is echt een andere tak van sport dan volwassenen,' zegt Nieuweboer. Daarom is een POH ggz met die specialisatie zinvol. Verder is een POH ggz jeugd thuis in het hulpaanbod voor jeugd en kan zo gemakkelijker doorverwijzen. Nieuweboer vertelt dat zij daardoor veel regelwerk voor de huisarts wegneemt.

Wat vindt de huisarts?

Huisarts Miriam Smit heeft een duo-praktijk met Liesbeth Vos in de armste wijk van Purmerend. Zij krijgen veel te maken met psychosociale problematiek. Met de transitie van de jeugdzorg kwam een open plek in de gezondheidszorg nadrukkelijker naar voren. Smit: 'Een grote groep kinderen met psychosociale problematiek valt tussen opvoedpoli en psychiatrie. Daar had ik geen oplossing voor. De POH neemt werk uit handen, maar vooral ook zorg. Carla heeft kennis, ervaring, een sociale kaart en kent de weg in de tweede lijn.'

kiezen om te investeren in een ondersteuner jeugd. Gemeenten maken daarin hun eigen keuzes.

'De POH-jeugd is een nieuwe werkelijkheid'

- 3 Een combinatie van beide. Dan kan er dus een deel door de gemeente en een deel door de zorgverzekeraar worden gefinancierd. Dit is de meest gecompliceerde vorm. Het is dan van belang goede



afspraken te maken over zaken als (personele en medisch inhoudelijke) verantwoordelijkheidsverdeling, wel of niet werken in het HIS, wel of geen informatie-uitwisseling met wijkteam. Ook bij de andere twee opties kunnen deze vraagstukken uiteraard een rol spelen.

Kansen en uitdagingen

Ook zonder formeel standpunt ten aanzien van de POH-jeugd, wordt er bij de LHV nagedacht over de kansen en de uitdagingen. De kansen liggen bijvoorbeeld in de samenwerking met de wijkteams en in het laagdrempelig kunnen aanbieden van jeugdhulp. Hogendorp: 'Een jeugdconsulent kan een extra toevoeging zijn in een huisartspraktijk. Belangrijke uitdagingen zijn de financiering en bijvoorbeeld ook de goede informatie-uitwisseling waarbij de privacy van de patiënt wordt geborgd.' Consultatiebureaus en jeugdartsen spelen bij de gemeente vaak een onderbelichte rol in de nieuw vormgegeven jeugdhulp. 'Zij worden vaak niet in een wijkteam



in de samenwerking tussen gemeenten en huisartsen in de jeugdhulp. Dat is een positieve ontwikkeling. We hebben echter grote, acute zorgen over de beschikbaarheid van de gespecialiseerde jeugdhulp.' In het position paper vraagt de LHV aan de minister en de Tweede Kamer om aan te dringen op: beschikbaarheid en toegang gespecialiseerde hulp, het formuleren van een basisaanbod van de wijkteams, de samenwerking met gemeenten te faciliteren door een contactpersoon en door het beschikbaar stellen van een vacatievergoeding om de huisartsen te betrekken, de privacy te borgen door veilige systemen en te werken aan een betere samenwerking met Veilig Thuis bij de aanpak van Kindermishandeling.

Een uitspraak van de LHV bij de invoering van de Jeugdwet in 2014 is in 2018 nog steeds actueel: 'Laat de kinderen niet de dupe worden!' ■

gezet, terwijl huisartsen vaak wel contact met hen hebben,' meldt Hogendorp.

De toekomst

In het voorjaar van 2018 verstuurde de LHV een position paper bij de evaluatie van de Jeugdwet naar de Tweede Kamer. Samenvattend: 'We zien een verbetering

Valrisicoscreening door de praktijkondersteuner

Vallen is een groot probleem! Daarom is het van belang dat een verhoogd valrisico vroegtijdigesignaleerd wordt. De praktijkondersteuner kan hierbij een rol spelen door valrisicoscreening te doen. Welk meetinstrument kan de POH'er daarvoor gebruiken?

Tekst | Nicole Bruin en Simone Langen

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de statistiek blijkt dat steeds meer ouderen in Nederland zelfstandig blijven wonen. Hoewel het aantal ouderen in Nederland stijgt, daalt het aantal ouderen in verpleeg- of verzorgingsinstellingen. In 1995 woonde 17% van de 75-plussers in een instelling, in 2014 was dit nog maar 10%. Onder deze zelfstandig wonende ouderen is vallen een groot probleem. In 2016 hebben 96.200 ouderen de spoedeisende hulp (SEH) bezocht als gevolg van valongevallen. Dit zal door de vergrijzing in de komende jaren alleen maar stijgen. Verwacht wordt dat in 2030 het aantal SEH bezoeken als gevolg van valongevallen bij ouderen zal stijgen met 50%. De zorgkosten hiervoor waren in 2016 830 miljoen. De verwachting is dat deze zullen verdubbelen de komende jaren. Naast dat de zorgkosten zullen stijgen zijn de gevolgen voor de ouderen zelf ook groot. Het lichamenlijk functioneren neemt af, ze worden sociaal minder actief en zullen ook fysiek minder actief worden.

Vroegtijdig valscreening en interventie

Screenen op valrisico wordt vaak gedaan nadat iemand gevallen is en al bij een huisarts of op de SEH is geweest. Wanneer na vroegtijdig screenen er valpreventie interventies worden ingezet kunnen het aantal SEH opnames teruggedrongen worden en ouderen langer veilig

zelfstandig wonen. Valpreventie interventies uitgevoerd door de fysiotherapeut blijken hiervoor geschikt. Echter, ook fysiotherapeuten zien mensen meestal pas nadat ze al eens gevallen zijn. Het is dus zaak dat er vroegtijdig gescreend wordt. De praktijkondersteuner huisartsen (POH) ziet deze doelgroep met enige regelmaat. Welk screeningstool het beste gebruikt kan worden door de POH is nog niet duidelijk.

Voor de masteropleiding Geriatrie Fysiotherapie deden fysiotherapie deden fysiotherapeuten Nicole Bruin en Simone Langen een systemic review met de volgende onderzoeksvraag: Welke screeningstool uitgevoerd door de POH heeft de beste voorspellende waarden van valrisico bij zelfstandig wonende ouderen?

'Minder SEH bezoeken door vroegtijdige valrisicoscreening'

Eisen aan screeningstools

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag heeft er een systematische literatuuronderzoek plaatsgevonden. In dit onderzoek is er gezocht naar de voorspellende waarden van screeningstools op het voorspellen van valincidenten. Eisen

aan deze screeningstools waren dat zij uitvoerbaar moesten zijn door de POH, enkel uit vragen bestonden en geschikt zijn voor het gebruik bij zelfstandig wonende ouderen. In totaal zijn er elf screeningstools gevonden die voldeden.⁹⁻¹⁹ De screeningstools varieerden erg in het aantal vragen, de meegenomen risicofactoren en de wijze van afnemen.

Short Fall Efficacy Scale

Er is samengewerkt met twee POH'ers om een beter beeld te krijgen over de bruikbaarheid van de screeningstools. Zij hebben gekeken naar de functionaliteit, tijdsduur en hanteerbaarheid. De POH's hebben de screeningstools onafhankelijk beoordeeld. In een gezamenlijk gesprek werd de voorkeur gegeven aan de Short Fall Efficacy Scale (SFES). Deze

vragenlijst werd als functioneel, kort en eenvoudig uitvoerbaar beschouwd. Als aandachtspunten voor deze lijst werd het missen van een item over het lopen aangegeven. De modified Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (miH-FRAT) werd benoemd als duidelijk, maar tijdrovend en minder functioneel. De kortste



screeningstool van Rodriguez-Molinero et al. werd geschikt bevonden qua tijdsduur, maar te beperkt.



Uit het literatuuronderzoek werd voor de SFES de beste combinatie van voorspellende waarden gemeten, met een aantal kanttekeningen. Het onderzoek is uitgevoerd in Azië waardoor het slechter te generaliseren is met de Nederlandse populatie, voornamelijk door verschil in cultuur, woonsituatie, eetgewoonten en lichaamsbouw. Daarnaast is het onderzoek enkel uitgevoerd bij vrouwen. De kwaliteit van het onderzoek naar de SFES was matig, dit geldt voor alle gevonden onderzoeken. Verder onderzoek binnen de Nederlandse populatie wordt daarom nog wel aanbevolen bij deze screeningstool.

Completer beeld door samenwerking

Door naast literatuuronderzoek samen te werken met twee POH'ers is er een vertaalslag gemaakt naar de praktijk. Daarnaast is er door twee beoordelaars onafhankelijk gezocht naar literatuur en zijn de gevonden resultaten onafhankelijk beoordeeld.

In de fysiotherapie worden de Berg Balance Schaal (BBS) en Timed Up and Go (TUG) gebruikt in combinatie met het vragen en observeren van de risicofactoren voor het vallen. De BBS en TUG hebben beide mindere voorspellende waarden dan de SFES. Ondanks de mindere voorspellende

waarden zijn de BBS en TUG wel belangrijk voor het bepalen van de statische en dynamische balans en het opstellen van een fysiotherapeutische interventie. Na een doorverwijzing van de POH naar de fysiotherapeut waarbij de SFES is afgenomen zal in combinatie met het fysiotherapeutisch onderzoek een completer beeld van de oudere geschetst worden.

Aanbevelingen

Aan de hand van dit onderzoek is de SFES bij een afkapwaarde van 10 het best beschikbare screeningstool op dit moment voor het voorspellen van het valrisico door de POH. Er wordt aanbevolen dit uit te voeren bij ouderen van 70+ of bij een verwachting van een

valrisico, dus ook bij een goede score is het van belang alert te blijven. Bij twijfel over het valrisico kan er doorverwezen worden naar de geriatrisch fysiotherapeut.

Over de auteurs

Nicole Bruin- student aan de master opleiding tot geriatriefysiotherapie aan de Hogeschool Utrecht - werkzaam bij Fysiotherapie Zwaagwesteinde in Zwaagwesteinde, Simone Langen - student aan de master opleiding tot geriatriefysiotherapie aan de hogeschool Utrecht - werkzaam bij Mia Carey Fysiotherapie, Valpreventie & Coaching in Gees, deze opdracht werd begeleid door Esther Molenaar Msc. - Docent Geriatriefysiotherapie - Opleiding master fysiotherapie - Instituut voor

Nederlandse versie van Short Falls Efficacy Scale-Internationale '(Short FES-I) (2007)

We willen u graag enkele vragen stellen over hoe bezorgd u bent dat u zou kunnen vallen. Het gaat er hierbij om hoe u gewoonlijk deze activiteit uitvoert. Als u tegenwoordig deze activiteit niet doet, willen we u vragen aan te geven hoe bezorgd u zou zijn om te vallen als u de betreffende activiteit toch zou doen. Wilt u voor elk van onderstaande activiteiten het antwoord aankruisen dat het beste weergeeft hoe bezorgd u bent om te vallen als u deze activiteit zou doen.

Hoe bezorgd bent u dat u zou kunnen vallen bij...	Helemaal niet bezorgd 1	Een beetje bezorgd 2	Tamelijk bezorgd 3	Erg bezorgd 4
1 Het aan- of uitkleden	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2 Het nemen van een bad of douche	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3 Het in of uit een stoel komen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4 Het op- of aflopen van een trap	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5 Het reiken naar iets boven uw hoofd of naar iets op de grond	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6 Het op- of aflopen van een helling	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7 Het bezoeken van een sociale gelegenheid (zoals kerkdienst, familiebijeenkomst of verenigings-activiteit)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

De Nederlandse versie van de SFES.22

verhoogd valrisico. Geadviseerd wordt om dit jaarlijks te herhalen of bij verandering van de omgeving of gezondheid. Wanneer er een score hoger is als 10 is het van belang door te verwijzing naar de geriatric fysiotherapeut voor een passende interventie. De SFES is niet 100% betrouwbaar voor het voorspellen van het

Bewegingsstudies - Onderzoeker Lectoraat Innovatie van Beweegzorg - Hogeschool Utrecht. ■

Voor leden van de NVvPO is het artikel met referenties beschikbaar op www.nvvpo.nl/downloads

Oscar Aberson

Column



Oscar Aberson is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en relatie-/systeemtherapeut. Hij werkt als POH'er GGZ bij een huisartsenpraktijk in Amsterdam.

Noodsignaal

Er is een flinke drempel om psychologische hulp te vragen. Eenmaal over die drempel is er van alles mogelijk, zoals cognitieve gedragstherapie, EMDR en affect therapie. De laatste jaren worden de drempels om in aanmerking te komen voor deze therapieën steeds hoger. De afgelopen tijd werd ik geconfronteerd met de werkwijze van het bastion ggz en raakte gefrustreerd.

In eerste instantie wilde ik een patiënt aanmelden voor de basis-ggz. Na overleg met de medewerker van de ggz instelling besloten we de aanmelding om te zetten naar een indicatie voor ggz-jeugd en jongeren bij die instelling. De wachttijden waren wel langer, maar mij werd toegezegd dat de patiënt binnen acht weken zou worden uitgenodigd. Toen ik een week later met mijn patiënt de instelling belde om navraag te doen over de procedure, bleek de wachttijd voor de intake met vier werken verlengd te zijn. Ruimte voor onderhandeling was er niet. Bij andere instellingen bleken de wachttijden niet korter.

Nadat ik hem gemotiveerd had om zijn problemen aan te pakken had hij eindelijk de keuze gemaakt voor behandeling en moest hij drie maanden wachten!

Onacceptabel vonden zowel de patiënt als ik. Omdat zorgverzekeraars aangeven dat zij kunnen bemiddelen bij lange wachttijden, belde ik zijn zorgverzekeraar. Ik kreeg binnen twee dagen een lijst van drie instellingen met kortere wachttijden op basis van website-informatie. Bij navraag bleken de wachttijden niet te kloppen. Hier schoot mijn patiënt bitter weinig mee op.

Nadat ik de afgelopen week werd afgepoeierd bij een kleine ggz-instelling omdat de patiënt te zware problematiek had, mailde ik weer naar GGZ Nederland. Een signaal afgeven is het minste wat ik kan doen. Wie weet, leidt dat tot verbetering! ■

*Reageren op deze column?
Mail naar redactie@nvvpo.nl*

‘Drie maanden wachttijd is echt te lang’

Ik deelde deze ervaring via de mail met de branche-organisatie GGZ Nederland. Al na een dag werd ik teruggebeld. Misschien dat er snel gereageerd werd omdat het toenemend aantal suïcides in het nieuws was. Toch hoop ik dat er altijd gereageerd wordt. Opgelost werd het niet, maar ik had wel een signaal afgegeven.

Zorg voor mensen met psychiatrische klachten kan mooi zijn, maar hoe krijg je ze binnen op de juiste plek. Instellingen voeren allerlei argumenten aan; de klachten zijn te zwaar of te licht of er is onvoldoende back-up van een psychiater of de wachtlijst is te lang.

Kanker Nazorg Wijzer biedt handvatten

Mensen die herstellende zijn van kanker kunnen gratis gebruik maken van de Kanker Nazorg Wijzer via de website van Kanker.nl. Dit online programma geeft informatie en advies-op-maat over veelvoorkomende problemen die voormalig kankerpatiënten tijdens hun herstel kunnen ervaren. Middels een onderzoek onder huisartsen en praktijkondersteuners werd bekeken wat in de huisartsenpraktijk gebeurt aan nazorg en welke rol de Kanker Nazorg Wijzer hierin kan spelen.

Tekst | G. Rademakers (MSc), prof. dr. C. Bolman i.s.m. prof. dr. L. Lechner, dr. I. Mesters, dr. R. Willems, dr. I. Kanera, prof. dr. J. Muris

De Kanker Nazorg Wijzer (KNW) helpt voormalig kankerpatiënten in hun eerste jaar na succesvolle behandeling om meer regie te krijgen over kankergerelateerde klachten zoals vermoeidheid, stemmingsklachten, werk, veranderde relaties met anderen en oppakken van gezonde leefstijl.

in huisartspraktijken wordt geboden. Ook is onderzocht welke behoeften en randvoorwaarden er in de huisartspraktijk zijn om met de KNW te willen gaan werken (*intentie tot gebruik*). Hiertoe zijn vier huisartsen en vier praktijkondersteuners geïnterviewd. Daarnaast zijn 51 praktijk-

en actief contact wordt opgenomen met de patiënt om te horen hoe het gaat en of er behoefte is aan nazorg. Als de patiënt komt voor een andere klacht wordt er wel over kankernazorg gesproken. Praktijkondersteuners komen weinig in contact met voormalig kankerpatiënten; gemiddeld kregen de praktijkondersteuners in dit onderzoek 1,5 keer in de voorgaande maand een vraag over kankernazorg en 29,4% zag geen voormalig kankerpatiënten. Een verklaring kan zijn dat de patiënt altijd eerst bij de huisarts komt. Echter, ook de huisartsen gaven aan niet frequent vragen over kankernazorg te krijgen. Van de praktijkondersteuners die één of meer voormalig kankerpatiënten zagen in de voorgaande maand geeft 86-89% aan psychosociale en psychische problemen te behandelen en tweederde bespreekt gezonde leefstijl.

'Oncologische nazorg in huisartspraktijk staat nog aan begin'

Het online programma biedt elke patiënt een korte screening op deze klachten, en een op deze klachten en behoefte afgestemd advies en ondersteuning. Voormalig kankerpatiënten kunnen dit online programma thuis zelfstandig gebruiken op een moment dat hen schikt. Hierover verscheen een artikel in 'de POH' van maart 2018. Verwijzing en begeleiding door de huisarts of praktijkondersteuner (blended gebruik) van de KNW kan het bereik en de motivatie van voormalig kankerpatiënten om met de KNW aan de slag te gaan verhogen. Hier is onderzoek naar gedaan.

Het onderzoek

Het onderzoek verkende allereerst welke nazorg aan voormalig kankerpatiënten

ondersteuners in een online vragenlijst gevraagd naar bovengenoemde factoren en randvoorwaarden die mogelijk van invloed zijn op de intentie om de KNW te gaan gebruiken.

Kankernazorg onderbelicht

De huisarts wordt het meest genoemd door de praktijkondersteuners als betrokken bij kankernazorg in de huisartspraktijk (90%). Ook de POH-ggz wordt vaak genoemd (65%) en in mindere mate de POH (31%; meerdere antwoorden waren mogelijk). De meeste respondenten bespreken nazorg tijdens het spreekuur op initiatief van de patiënt of als het de hoofdklacht is. Uit de interviews en vragenlijst blijkt dat in de meeste huisartspraktijken nauwelijks structureel

Er zijn nauwelijks speciale voorzieningen in de huisartspraktijk voor deze doelgroep of het thema kankernazorg. Zo is er geen ICPC-code en geen ruiter voor patiënten in de nazorgfase, er is zelden een sociale kaart rondom nazorg beschikbaar en is er geen zorgpad. Er is veelal geen speciaal beleid voor de betrokken medewerkers, de omgang met de ontslagbrief vanuit

de tweede lijn en een administratieve procedure, zodat men tijdig van de nazorgfase van patiënten op de hoogte is.

De Kanker Nazorg Wijzer in de huisartsenpraktijk

De huisartsen en praktijkondersteuners in dit onderzoek zien de KNW als een zinvolle en inpasbare interventie voor de huisartspraktijk. Een grote meerderheid van de praktijkondersteuners in dit onderzoek vindt het passen bij hun taak om de KNW te gebruiken. De intentie om de KNW te gaan gebruiken is hoog. Echter, de betrokken huisartsen zien vooralsnog geen duidelijke taak voor de huidige praktijkondersteuner. Men vindt het jammer dat de KNW niet

inbedding in thuisarts.nl als mogelijkheid. Praktijkondersteuners geven aan dat inbedden in e-Health-platforms zoals Minddistrict of Therapieland belangrijk is, zodat het als interventie voor hen makkelijk te vinden is, daarmee in beeld blijft (minder kans op vergeten) en ook de terugkoppeling van de resultaten in het dossier van de patiënt wordt geplaatst. Een grote meerderheid van de praktijkondersteuners geeft aan dat zij bereid is om een vervolgesprek met de patiënt te voeren in het kader van kankernazorg nadat deze verwezen is naar de KNW. Men wil de KNW dus blended gebruiken. Praktijkondersteuners die aangaven dat ze de KNW wel willen

ook de POH-somatiek en eventueel de POH-ouderen zouden hierin een rol kunnen vervullen. Verder biedt de ontwikkeling van de versterking van de praktijkondersteunersfunctie, de praktijkverpleegkundige huisartsenpraktijk (PVH) vanaf 2020 mogelijkheden. In deze nieuwe competentiebeschrijving staat de taak voor oncologische (na)zorg beschreven.

Randvoorwaarden

Als randvoorwaarden voor gebruik van de KNW noemen de praktijkondersteuners de kennis over nazorg bij kanker en het krijgen van voldoende voormalig kankerpatiënten op het spreekuur. In de open antwoorden noemt men een actievere rol van de huisarts bij kankernazorg. In de interviews noemt men scholing en bekendheid van de KNW, verwijsmateriaal en overzicht van de inhoud. Verder is van belang de tijdsinvestering en kosten-baten duidelijk te maken.

Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek bevestigt het beeld van de Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg (2017) dat structurele oncologische nazorg in de huisartspraktijk nog aan het begin staat. De aandacht voor structurele kankernazorg in de huisartspraktijk is zeer beperkt.

In de huisartspraktijk zijn op dit moment met name de huisarts en de POH-GGZ betrokken bij kanker nazorg.

Men vindt de Kanker Nazorg Wijzer zinvol en inpasbaar in de praktijk.

Men wil patiënten graag naar de KNW verwijzen en een vervolgesprek over nazorg aanbieden.

Randvoorwaarden als scholing en agendasetting van kankernazorg in de huisartspraktijk zijn van belang. ■

Voor leden van de NVvPO is dit artikel met referenties en onderzoeksresultaten na inloggen op www.nvvpo.nl te vinden onder 'downloads'. De wetenschappelijke scriptie, waar dit artikel een samenvatting van is kan worden opgevraagd bij Gwen Rademakers, g.rademakers@mgse.nl.



gebruikt kan worden door anderstaligen en mensen die geen internet hebben. Ook wordt een drempel voor laaggeletterden gezien.

De rol van de POH en de PVH

De KNW wordt gezien als een extra mogelijkheid in de nazorg bij kanker en een interventie die op meerdere plekken moet worden aangeboden. Huisartsen zien

gebruiken, schatten zichzelf beter in staat om patiënten door te verwijzen naar de KNW en hen te motiveren tot gebruik. Ze zijn meer overtuigd dat de KNW handvatten geeft om behoeften aan kankernazorg te bespreken en dat ze past bij de werkwijze van de huisartspraktijk. Op dit moment lijkt de online KNW qua werkwijze en thema's vooral aan te sluiten bij de werkwijze van de POH-ggz, maar

Hoe hoogwaardig is plantaardig?

Een steeds groter aantal huisartsen en praktijkondersteuners heeft meer aandacht voor preventie door middel van leefstijlaanpassingen. En terecht, met goede voeding en een gezonde leefstijl is er meer grip op een betere gezondheid. De Gezondheidsraad geeft aanbevelingen, die goed bruikbaar zijn in de spreekkamer.

Tekst | Unilever

Gezondheidsraad adviseert plantaardig
Een commissie van deskundigen, bestaande uit professionals uit de wetenschap en gezondheidszorg, van de Gezondheidsraad herzielt elke tien jaar de actuele stand van wetenschap over de relatie tussen voeding en chronische ziekten en vertaalt dit in aanbevelingen voor een gezond voedingspatroon. De meest recente herziening stamt uit eind 2015. Het advies is een vervolg op eerdere richtlijnen uit 2006 en 1986 en ligt tevens aan de basis van de NHG-Zorgmodule Leefstijl Voeding. Als belangrijkste boodschap heeft de Gezondheidsraad opgenomen om 'te eten volgens een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon'.

Hoe plantaardig eet de Nederlander?

Groente en fruit

De gemiddelde Nederlander kan wel wat verbeteren in de dagelijkse voedingskeuze. Uit de meest recentelijke landelijke voedselconsumptiepeiling (9-69 jarigen) blijkt dat in de afgelopen 5 jaar de consumptie van fruit licht is gestegen. Toch eet negen op de tien mensen te weinig groenten en fruit. Zonde, want de pectinen in fruit dragen namelijk bij aan de instandhouding van een gezond cholesterolgehalte in het bloed. Verder heeft het eten van groente en fruit een gunstig effect op de bloeddruk waardoor er een lager risico op een beroerte is.

Noten en peulvruchten

Slechts één op de vijftien volwassenen haalt de aanbevolen hoeveelheid noten van 15 gram of meer per dag. Ook voor peulvruchten is er in de praktijk beperkt plaats in de dagelijkse voeding. Slechts een fractie van de Nederlanders (10%) eet kleine hoeveelheden peulvruchten of noten. Terwijl het eten van noten en peulvruchten het LDL-cholesterol helpt verlagen.

'Gezond cholesterolgehalte door fruit'

Volkoren producten

Men zou verwachten dat de broodconsumptie omlaag is gegaan door de verhoogde belangstelling voor koolhydraatbeperkte voedingspatronen, maar dat is niet duidelijk naar voren gekomen uit de voedselconsumptiepeiling. Toch komt slechts 46% van de bevolking aan de dagelijkse aanbeveling van tenminste 90 gram bruin brood, volkorenbrood of andere volkoren producten. Dit advies is tot stand gekomen door het bewezen positieve effect van vezel op de bloeddruk en het cholesterolverlagende effect van bèta-glucan uit haver.

Plantaardige oliën

De consumptie van oliën en vetten is gedaald. De gemiddelde inname van oliën en vetten per dag bij 1-79

jarigen is 22 gram. Dit is een daling van bijna 15% vergeleken met de peiling 5 jaar geleden, vooral te verklaren door een verminderde inname van zachte smeervetten. De inname van oliën en (zachte) vetten ligt hiermee ver onder de aanbeveling (40g voor vrouwen, 65g voor mannen). Momenteel is ongeveer een derde van de geconsumeerde smeer- en bereidingsvetten een hard vet (roomboter, harde margarine of bak- en

braadvet). Nieuwe analyses moeten nog uitwijzen of de verminderde vet-inname ook heeft geleid tot een verminderde inname van onverzadigde vetten; specifiek de essentiële vetten Omega 3 en 6, die een bewezen gunstig effect hebben op het cholesterolgehalte. Vervanging van verzadigd vet door onverzadigd vet is gunstig voor het LDL-cholesterol gehalte.

Hoe dierlijk eet de Nederlander?

Ruim een kwart (28%) van het eten en 10% van het drinken is van dierlijke oorsprong; van de totale voedselconsumptie is dit 16%. Dit is al een stuk minder dan het was bij de consumptiepeiling in 2007-2010. De afname van de gemiddelde consumptie van zuivel- en vleesproducten is mede te danken aan

de trend die inzet op meer plantaardig vanuit duurzaamheidsoverwegingen. Van alle voeding dragen vlees en zuivel namelijk het meest bij aan de uitstoot van broeikasgassen, waaronder CO₂ en methaangas.

Vlees

De Richtlijnen Goede Voeding adviseren om de consumptie van rood vlees en met name bewerkt vlees te beperken. Als rood vlees beschouwt men: rund-, kalfs-, varkens-, paarden-, geiten-, en schapenvlees. Wit vlees is vlees afkomstig van onder

(niet essentiële) omega 3 vetzuren welke bijdragen aan de normale werking van het hart. DHA is daarnaast belangrijk zijn voor hersenontwikkeling en o.a. cognitieve functie. De commissie van deskundigen van de Gezondheidsraad heeft ook bewezen geacht dat het eten van vis samengaat met een verminderd risico op fatale coronaire hartziekten. Het advies is hierom om één keer per week vette vis te eten. Naarmate de leeftijd stijgt, eet men vaker vis. Kinderen eten gemiddeld 1 keer per 2 weken vis, waar de 50+ populatie >1x per week vis eet. Het is uit de consumptiepeiling niet duidelijk of



andere kippen en kalkoenen. Bewerkt vlees is langer houdbaar gemaakt door middel van zouten, roken, of het toevoegen van bijvoorbeeld nitraten (hieronder valt vrijwel al het vleesbeleg voor op brood, maar ook worst). Vlees kan prima deel uitmaken van een gezond voedingspatroon; het bevat eiwitten, ijzer, zink en vitamine B1, B6, en B12. Het verband tussen de consumptie van rood en bewerkt vlees en onder andere het risico op darmkanker draagt eraan bij dat het beter beperkt kan worden.

het hierbij om vette vis gaat (bijvoorbeeld zalm, haring of makreel) of magere soorten (waaronder kabeljauw, tong en tilapia).

Zuivel

Nederland is een echt zuivelland. Men neemt, in lijn met de aanbeveling, bijna dagelijks één of meerdere porties zuivel waaronder melk(dranken) (>200ml/dag) en kaas (>30g/dag). Zuivel levert belangrijke nutriënten waaronder calcium en vitamine B12. De consumptie van yoghurt hangt

halfvolle) melkproducten om de inname van verzadigd vet te beperken. Bij het vervangen van zuivel door plantaardige varianten moet goed worden gelet op de hoeveelheid eiwit, calcium, en B vitamines.

Roomboter

Roomboter wordt gemaakt uit afgeroomde melk. Toch wordt het meestal niet tot de categorie zuivel gerekend. Het advies van de Gezondheidsraad is om (room)boter en harde margarine te vervangen door zachte margarine, vloeibaar bak- en braadvet en plantaardige oliën. Het bewijs hiervoor ligt bij gerandomiseerde studies welke aantonen aan dat het vervangen van roomboter door zachte margarine het LDL cholesterol laat dalen. Tevens laten cohortstudies een verminderd risico op coronaire hartziekten zien. Veel dierlijke producten waaronder roomboter bevatten een relatief hoog gehalte aan verzadigde vetten, waar het merendeel van plantaardige vethoudende producten rijk is aan enkelvoudig en/of meervoudig onverzadigde vetten. Toch is de consumptie van harde vetten de afgelopen jaren vrijwel gelijk gebleven en bij volwassen mannen zelfs gestegen.

Samenvattend

Het belang van voeding voor de volksgezondheid is groot. Het belangrijkste advies van de Gezondheidsraad is om te eten volgens een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon.

De algemene voedingsadviezen zijn bedoeld voor patiënten met risicofactoren of aandoeningen waarbij een algemeen voedingsadvies onderdeel is van de behandeling, tevens kunt u de patiënt begeleiden in het zelfmanagement. Voor meer details en achtergrond bij de genoemde voedingsadviezen kunt u de Richtlijnen Goede Voeding raadplegen. Voor informatie over meer specifieke dieetbehandelingen kunt u de Artsenwijzer diëtetiek raadplegen. ■

Voor leden is dit artikel met literatuurlijst te lezen op www.nvvp.nl onder downloads
Dit artikel is een doorplaatsing vanuit
Huisartsservice magazine – 2018 editie 1

‘Met yoghurt minder kans op diabetes’

Vis

Vette vis is een belangrijke bron van visvetzuren EPA en DHA, vitamine D, jodium en selenium. EPA en DHA zijn

samen met een verlaagd risico op diabetes en zuivel met een verminderd risico op darmkanker. Bij voorkeur wordt gekozen voor kaas met minder zout en magere (of

Parkinson en Parkinsonisme

De ziekte van Parkinson is een complexe aandoening die zich op veel verschillende manieren uit. Het meest bekend zijn de motorische symptomen, zoals het hebben van een tremor. Parkinsonisme is een verzamelnaam voor een aantal zeldzame aandoeningen die lijken op de ziekte van Parkinson. De Parkinson Vereniging zet zich voor al deze patiënten in.

Tekst | Carla Aalderink, directeur Parkinson Vereniging

De motorische problemen bij ziekte van Parkinson uit zich door tremoren, een maskergelaat en 'freezing' waardoor patiënten gedurende een periode fysiek geblokkeerd zijn. Het scala van klachten en symptomen van deze ziekte is echter veel breder dan dat. Parkinsonpatiënten ervaren vaak ook meerdere niet-motorische klachten die met de ziekte gepaard gaan, zoals stemmingsstoornissen, traagheid in denken en handelen of gedragsveranderingen.

en alleen de hoognodige bewegingen blijven over, zodat het totale bewegen verschaalt.

Symptoombestrijding

Het is nog niet mogelijk om het proces van eiwitstapeling en afsterven van de cellen te af te remmen, te stoppen of te genezen. Wel is er een dopaminevervangende behandeling mogelijk via medicijnen waardoor klachten (tijdelijk) verminderen. Voor welk medicijn of combinatie van medicijnen wordt gekozen, hangt

progressieve supranucleaire parese (PSP), multisysteematrofie (MSA), corticobasale degeneratie (CBD), Lewy body dementie (LBD) of vasculair parkinsonisme. Deze zeldzame aandoeningen lijken op de ziekte van Parkinson en worden atypische parkinsonismen genoemd. Wat de ziekte van Parkinson en parkinsonismen met elkaar gemeen hebben is dat zenuwcellen in de hersenen steeds ernstiger beschadigd raken. Hierdoor ontstaan vergelijkbare klachten.

Er zijn ook verschillen. Bij de ziekte van Parkinson verloopt de aanmaak van de dopamine in de zenuwcellen niet goed, waardoor een tekort ontstaat. Bij parkinsonismen verloopt de opvang van dopamine niet goed; steeds meer zenuwcellen reageren niet of nauwelijks op dopamine. De medicijnen die gebruikt worden om de symptomen van de ziekte van Parkinson te onderdrukken niet of minder goed bij parkinsonismen. Het verloop van parkinsonismen is ernstiger dan de ziekte van Parkinson. De gezondheid gaat bij een parkinsonisme veel sneller achteruit. Een parkinsonisme is, net als de ziekte van Parkinson, niet te genezen.

Omdat het aantal parkinsonismepatiënten relatief klein is, worden deze in de spreekkamer van de huisarts minder vaak gezien. Samen met de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP) en het Nederlands Huisartsen Genootschap

'Het verloop van parkinsonismen is ernstiger dan de ziekte van Parkinson'

Wat is de ziekte van Parkinson?

Bij de ziekte van Parkinson treedt een verstoring op van de werking van de cellen in de zwarte kern van de hersenen. Hierbij speelt opstapeling van het eiwit alpha-synucleïne een belangrijke rol. De cellen sterven langzaam af en er ontstaat een tekort aan dopamine in de hersenen. Juist dopamine, een neurotransmitter, zorgt voor een soepele beweging. Het tekort aan dopamine verstoort de regelcircuits in de hersenen. Bij de ziekte van Parkinson gaat de 'automatische piloot' als het ware haperen, zodat het bewegen minder vanzelf gaat en bewuster moet gebeuren. De soepelheid verdwijnt

af van vele factoren. De aard van de verschijnselen, het effect van de medicijnen, de bijwerkingen op de korte en lange termijn, de leeftijd, de belasting voor de patiënt en de kosten. Naast medicatie zijn er een aantal geavanceerde behandelingen voor mensen die al wat langer de ziekte van Parkinson hebben zoals diepe hersenstimulatie.

Parkinsonismen

Naast de ziekte van Parkinson, zijn er een aantal aandoeningen die hierop lijken, maar die een ander ziekteverloop kennen: parkinsonismen. Parkinsonisme is een verzamelnaam voor de aandoeningen

Mevrouw Stienstra (76 jaar) kreeg een paar jaar geleden de diagnose Lewy Body Dementie – een parkinsonisme. Na een zoektocht is ze nu tevreden over de behandeling bij het VU Medisch Centrum in Amsterdam. Zij is lid van de Parkinson Vereniging en leest het blad graag; zo blijft ze op de hoogte.



(NHG) heeft de Parkinson Vereniging de brochure parkinsonismen gemaakt voor huisartsen die in hun praktijk te maken hebben met iemand met een parkinsonisme. De informatie kan echter ook gebruikt worden door andere zorgverleners. De inhoud richt zich met name op de fase nádat de diagnose is gesteld.

eigen leven te nemen en bieden hiermee de gelegenheid om vanuit de eigen motivatie kennis en vaardigheden (verder) te ontwikkelen.

Jong en parkinson

Veel mensen kennen de ziekte van Parkinson als een aandoening die vooral ouderen treft. De groep jongere

bereikt zal worden. Een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsverbetering is het versterken van het patiëntperspectief in de zorg.

In toenemende mate wordt de zorg neergelegd bij de omgeving van de patiënt. Hoewel mensen terecht steeds meer zelf de regie willen voeren over hun ziekteproces, moeten ze daarvoor wel over de noodzakelijke middelen (geld, informatie, vaardigheden) kunnen beschikken. Ze hebben daarbij de steun nodig van een patiëntenvereniging die opkomt voor hun belangen en wensen. De Parkinson Vereniging biedt deze steun. ■

‘...de automatische piloot gaat haperen’

De Parkinson Vereniging

De Parkinson Vereniging is dé belangenbehartiger voor mensen met de ziekte van Parkinson of een vorm van parkinsonisme en hun naasten. De vereniging is een onmisbare professionele steun op het gebied van informatievoorziening, belangenbehartiging, het elkaar ontmoeten en het steunen van wetenschappelijk onderzoek. De onafhankelijke informatie die de Parkinson Vereniging verstrekt is met zorg samengesteld door experts.

De Parkinson Vereniging organiseert landelijke bijeenkomsten, cursussen en workshops en is ook regionaal vertegenwoordigd in 66 Parkinson Cafés. In de laagdrempelig toegankelijke Parkinson Cafés worden onder andere lezingen gegeven door zorgprofessionals en er is ruimte voor het uitwisselen van kennis en ervaringen in een informele sfeer.

De Parkinson Academie

De Parkinson Academie biedt een breed scala aan informatiedagen, workshops en cursussen voor mensen met de ziekte van Parkinson, een vorm van parkinsonisme en hun partners en naasten. Tijdens deze bijeenkomsten komen thema's aan de orde als parkinson en werk, de regie houden over je eigen leven, cognitieve training en de laatste levensfase. Ook is er een speciale workshop voor mantelzorgers. Deze scholing helpt patiënten en naasten in hun persoonlijke ontwikkeling om zo de regie over hun

parkinsonpatiënten groeit echter gestaag, mede door een steeds snellere diagnosestelling. Wanneer iemand op jongere leeftijd de diagnose ziekte van Parkinson krijgt, heeft dit grote impact op zijn of haar leven. Vaak is iemand nog aan het werk en zijn er nog thuiswonende



Op de website van de Parkinson Vereniging (www.parkinson-vereniging.nl) leest u meer over de klachten en symptomen van mensen met de ziekte van Parkinson of een parkinsonisme. De Parkinson Vereniging biedt hier ook diverse dossiers waarin verschillende thema's uitgebreid aan de orde komen. Op de website wordt tevens een groot aantal folders ter download aangeboden.

Op het YouTube kanaal van de Parkinson Vereniging staan verschillende animatiefilmpjes met een heldere uitleg over de ziekte van Parkinson, de verschillende geavanceerde therapieën en het werk van de Parkinson Vereniging. Ook zijn er drie voorbeeldfilmpjes te zien met tips voor parkinsonpatiënten voor een consult bij de huisarts. (www.youtube.com/VerenigingParkinson)

kinderen. De Parkinson Vereniging organiseert voor deze groep patiënten speciale bijeenkomsten en er is een uitvoerig dossier beschikbaar over werken met parkinson.

Verbetering van zorg

De Parkinson Vereniging is van mening dat de kwaliteit van leven van patiënten met de ziekte van Parkinson of een parkinsonisme verhoogd kan worden door verbetering van zorg in de breedste zin van het woord en dat uiteindelijk genezing

Boeken en sites

Levenseindegesprekken – een whitepaper voor zorgprofessionals

Het boekje Levenseindegesprekken beantwoordt vragen over het waarom, wanneer, waarover en hoe van levenseindegesprekken, zoals ze door zorgverleners gevoerd kunnen worden met ongeneeslijk zieken en kwetsbare ouderen.

Het meeste aandacht krijgt het hoe; hoe start je levenseindegesprekken, of hoe maak je ze eenvoudiger? Daarvoor worden 14 verschillende handvatten (strategieën en methodieken) aangereikt, die onmiddellijk in de praktijk toegepast kunnen worden door artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, vrijwilligers, begeleiders of andere zorgverleners.

De POH vindt

Het is nooit te vroeg om een start te maken met levenseindegesprekken bij kwetsbare ouderen. Het onderwerp de dood kan als een olifant door de huiskamer of spreekkamer zweven. De professional heeft meer ervaring dan de oudere om dit gesprek aan te gaan. Zij is de aangewezen persoon om het initiatief te nemen. Dit boekje geeft zinvolle achtergrondinformatie en praktische handvatten over het levenseindegesprek. Dit boekje kan de POH helpen bij de gesprekken van advance care planning. Een echte aanrader om de patiënt te ondersteunen in de laatste fase van het leven. De inhoudelijke bijzondere medische handelingen zoals reanimeren en



euthanasie worden er niet in besproken, maar daar zijn richtlijnen voor. Goed leesbaar boekje om de dood bespreekbaar te maken. (Vivian Kenter)

Productinformatie

Titel: Levenseindegesprekken | Auteurs: Rob Bruntink en Mariska Overman | Uitgever: Bureau MORBidee | 56 pagina's | ISBN-nummer 978-90-824497-5-4.

Protocollaire Diabeteszorg. Mogelijkheden voor taakdelegatie. Editie 2018/2019

In juni 2018 is alweer de zesde druk van het handboek Protocollaire Diabeteszorg verschenen. In dit werk is de Standaard 2018 Diabetes mellitus type 2 uitgeschreven in gedetailleerde praktijkgerichte protocollen, waarin duidelijk aangegeven in hoeverre zelfstandig gewerkt kan worden en wanneer overleg moet plaatsvinden. De standaard is omgezet in korte heldere stukjes tekst en beslisbomen.

Wat is nieuw in dit boek?

De standaard 2018 geeft na de eerste stappen (leefstijl, metformine en SU) meer mogelijkheden tot behandeling op maat. Zo is in plaats van de (middel) langwerkende insuline bij stap 3 het mogelijk om nog geen insuline in te zetten maar een DPP4-remmer of GLP1 receptor

agonist te geven. Bij de volgende stap, intensivering van insulinetherapie bestaat nu ook de optie om DPP-4 remmer of GLP1-receptoragonist toe te voegen aan de langwerkende insuline.

Nierschade

In het boek is een apart hoofdstuk opgenomen over de nier op basis van de nieuwe standaard Chronische Nierschade. Het begrip micro- en macroalbuminurie is vervangen door licht en matig verhoogde albuminurie waarbij geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen. Daarnaast is op basis van eGFR in combinatie met mate van albuminurie een risico-stratificatie met betrekking tot het risico op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit ingevoerd.

Hierbij wordt geen leeftijdscriterium meer gehanteerd. Tot slot zijn de wijzigingen in de fundusscreening en onderzoek van de voet aangepast aan de nieuwe richtlijnen.

De POH vindt

Net als voorgaande edities van dit boek een overzichtelijk, handig naslagwerk om in de praktijk te gebruiken.

Productinformatie

Titel: Protocollaire Diabeteszorg. Mogelijkheden voor taakdelegatie. Editie 2018/2019 | Auteurs: T. Houweling, S. Verhoeven, D. Tavenier, H.E. Hart, H.J.G. Bilo en is in nauwe samenwerking met het NHG geschreven. ISBN: 9789082491425 | Juni 2018 Prijs € 39,95 | Te bestellen bij het NHG en in de webwinkel van Stichting Langerhans

Cognitieve gedragstherapie in een virtuele omgeving

In de ggz wordt steeds meer gebruik gemaakt van Virtual Reality. Bij cognitieve gedragstherapie een effectieve methode. Bij Arkin GGZ wordt Virtual Reality Therapy ingezet bij sociale angststoornis, paniek met agorafobie, en paranoia bij psychose gevoeligheid. Psycholoog en cognitief gedragstherapeut Roos Pot-Kolder werkt hier inmiddels zeven jaar mee en doet onderzoek naar Virtual Reality Therapie bij psychose.

Tekst | Roos Pot-Kolder

Bij deze therapie krijg je een Virtual Reality bril op waarmee je virtuele omgevingen ziet. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt al 20 jaar dat het inzetten van Virtual Reality exposureomgevingen bij cognitieve gedragstherapie erg effectief is. Tot voor kort was de techniek echter te duur en specialistisch om in de dagelijkse zorg wat aan te hebben. Daar is nu verandering in gekomen.

‘Visuele informatie is erg dominant bij mensen’

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt al decennia gebruikt voor de behandeling van angststoornissen. Kern van deze behandelingen is dat mensen de situaties opzoeken waar ze zo bang voor zijn, om zo te leren en gaan voelen dat de gevreesde ramp niet uitkomt. Deze techniek wordt ook wel exposure genoemd en is zeer effectief. In de dagelijkse praktijk is exposure makkelijker gezegd dan gedaan. Vaak lukt het cliënten niet of maar gedeeltelijk om dit thuis te



doen. Ook komt het voor dat de situatie waar een cliënt bang voor is, bijvoorbeeld het geven van een presentatie, te weinig in het dagelijks leven voorkomt om een goed exposure-effect te bereiken. Cognitieve gedragstherapie uitvoeren in Virtual Reality (VR-CGT) omgevingen gaat behandelaren hierbij een uitkomst bieden.

VR-CGT: niet echt, wel effectief

Onderzoek heeft aangetoond dat de inzet van VR-CGT effectief is voor de behandeling van enkelvoudige dierfobieën, hoogtevrees, claustrofobie, PTSS, sociale angst, paniekstoornis met agorafobie en paranoia. Ook al is de

Virtual Reality ‘niet echt’, de effecten van de therapie generaliseren toch mooi naar het dagelijks leven van cliënten. Dit komt doordat visuele informatie erg dominant is bij mensen. We weten dat het niet echt gevaarlijk is, toch treden vergelijkbare processen op in de hersenen omdat het er voldoende op lijkt.

Het onderzoek begon bij lichte klachten. Inmiddels is duidelijk geworden dat VR-CGT ook veilig en effectief in kan worden gezet bij mensen met zware klachten of veel comorbiditeit. Zo heb ik zelf net een onderzoek gedaan naar het effect van VR-CGT op paranoia. De cliënten



die we zagen hadden vaak al langdurig last van schizofrenie en er was een grote hoeveelheid aan comorbide klachten. Na zestien sessies VR-CGT ervoeren zij veel minder paranoïde en angstig in sociale situaties in hun dagelijkse leven.

De (contra-)indicaties voor virtual reality zijn daarmee niet anders dan die voor een 'gewone' CGT behandeling.

Lage drempel voor behandeling

Het gebruik van virtual reality biedt veel

voordelen. Het verlaagt de drempel voor behandeling: het is niet echt! De moeilijke oefeningen kunnen plaats vinden in de privacy van de behandelkamer. De therapeut staat je bij en kan direct positief bekrachtigen en bijsturen als dat nodig is. De virtuele oefenomgevingen worden gepersonaliseerd. De therapeut en cliënt bepalen hoeveel virtuele mensen er in de bus zijn, of dat mannen of vrouwen zijn, of ze aardig kijken of onaardig, wat ze zeggen tegen de cliënt enzovoort. Tijdens het oefenen kan dat worden aangepast, waardoor de therapeut de ontwikkeling van een cliënt meteen kan volgen. De oefeningen zijn oneindig herhaalbaar: je kunt vijftien oefeningen bij de kassa in de supermarkt doen zonder dat de virtuele kassamedewerker je zal herkennen. Het is controleerbaar; er treden geen onverwachte of onbedoelde gebeurtenissen op.



Let op kwaliteit

Er zijn verschillende vormen van virtual reality. Het wetenschappelijke onderzoek dat is gedaan naar interactieve virtuele omgevingen, zoals in de afbeelding. Sinds een paar jaar bestaan er ook 360-graden camera's waarmee filmopnames kunnen worden gemaakt. Er zijn bedrijven die deze vorm van virtual reality verkopen als 'evidence based', maar niet wetenschappelijk onderzocht zijn. Het zien van een filmopname van een supermarkt gaat een ander effect hebben dan een gepersonaliseerde oefening in een interactieve omgeving. Er lopen een aantal onderzoeken naar Video-VR. Als er met Video-VR gewerkt wordt, is het goed dat te koppelen aan een effect-onderzoek.

nemen de klachten af, maar een enkeling heeft zo veel last dat er beter kan worden overgegaan op CGT zonder virtual reality. Verder ervaren sommige mensen de virtuele omgevingen als te veilig; het doet ze niets. Ook dan kies je ervoor als therapeut om over te gaan op reguliere CGT. Bij Arkin BasisGGZ kunnen alle behandelaren die VR-CGT geven ook reguliere CGT, zodat je bij dezelfde behandelaar kunt blijven als VRT-CGT niet geschikt is.

Voor wie

Bij Arkin BasisGGZ geven we op dit moment VR-CGT voor drie soorten klachten: sociale angststoornis, paniek met agorafobie, en paranoia bij

intake kunnen cliënten aangeven dat ze VR behandeling willen. Dan krijgen ze de intake op één van de locaties waar een virtual reality set beschikbaar is.

We zijn bij de BasisGGZ Arkin als eerste gestart met het geven van VR-CGT behandelingen en hopen dat andere collega's gaan volgen. Ook voor zwaardere klachten kan VR-CGT dus enorm helpen! ■

Over de auteur

Roos Pot – Kolder is psycholoog en cognitief gedragstherapeut. Als PhD kandidaat bij de VU University doet zij onderzoek naar Virtual Reality Therapie bij psychose.

Voor leden van de NVvPO is het artikel inclusief referenties op de www.nvvpo.nl te vinden onder downloads.

'Ook bij zwaardere klachten kan VR-CGT enorm helpen!'

Cybersickness

VR-CGT kan ook nadelen hebben. Zo heeft een kleine groep last van het verschijnsel 'cybersickness' dat op het gevoel van wagenziekte lijkt. Omdat de lichamelijke symptomen van cybersickness overlappen met die van angst is het verschil soms lastig te maken. Bij de meeste mensen

psychose gevoeligheid. De BasisGGZ biedt kortdurende behandeling voor mensen met lichte klachten, meestal vijf tot acht sessies. Op dit moment heeft Arkin BasisGGZ twee virtual reality sets in Amsterdam. Cliënten kunnen bij ons worden aangemeld met een verwijzing van de huisarts. Bij het inplannen van de

Thomas Verheij

Column



Thomas Verheij is eigenaar van Formupgrade beweegcentrum, Physique Preventiecentrum, X-FITTT en Nextgym (www.thomasverheij.nl). Ook is hij bestuurslid van NL Actief. Zijn streven is iedereen te laten bewegen.

Gecombineerde leefstijl interventies

Per 1 januari 2019 gaat het gebeuren: gecombineerde leefstijl interventies komen in het basispakket. Eindelijk krijgt leefstijlcoaching de waardering die het verdient. Maar hoe pakken we dit nu aan?

Tijdens de all-inclusive vakantie op Ibiza met mijn gezin werd ik geconfronteerd met de noodzaak. Bij het ontbijt instrueerde ik mijn kinderen dat ze maar één chocoladecroissant mochten nemen omdat dat echt genoeg is. Ondertussen schreeuwde een man naar zijn vrouw aan het buffet: 'Neem nog wat extra wafels mee. Nee, niet die kleine. Die grote ernaast.' De man had vier volle borden op tafel staan en schrokte zijn ontbijt naar binnen. Na tien minuten stond hij op en liet de helft staan. Het was veel te veel. 'Geef niks, het is toch al betaald,' zei hij grijnzend tegen zijn vrouw. Ik vertelde mijn kinderen dat als iedereen er zo over denkt de vakantie volgend jaar nog duurer wordt. Een all-inclusive vakantie is net als de zorg. Hoe meer we verspelen, hoe meer we uiteindelijk betalen. Als we willen dat gecombineerde leefstijl interventies een succes worden, moet het systeem en de mentaliteit veranderen.

Exact vier jaar geleden deed ik samen met Dave van der Kamp (woog in 2012 nog 200kg), voormalig winnaar van de

biggest loser een oproep om mensen met overgewicht samen te begeleiden. We bedachten een programma en een naam, X-Fittt. Er kwamen twee varianten.

Waar ik wel vertrouwen in heb zijn de echte zorgverleners, zoals de praktijkondersteuners. Ik vertrouw er op dat jullie gecombineerde leefstijl

'Ik heb vertrouwen in de echte zorgverleners'

De eerste – commerciële - variant was direct gericht op de consument en de tweede gericht op de minder bedeelden via de collectieve aanvullende verzekering. Inmiddels heeft de commerciële variant al ruim 5.000 mensen met een BMI van 28+ bereikt met een gemiddelde gewichtsafname van 12 kg in twaalf weken en een continuïteit van 90% na twaalf weken. We draaiden binnen één jaar winstgevend en het programma is eind van dit jaar op bijna 50 plekken in Nederland toegankelijk. De variant via de zorgverzekeraar heeft inmiddels ruim een half miljoen euro gekost! Door het onderzoek dat uitgevoerd moest worden en honderden uren vergaderen. Ondanks wetenschappelijk aangetoond positief effect, draait de variant via de zorgverzekeraar maar op één plek in Nederland. Mijn vertrouwen in de mensen die de zorg besturen en beleid bepalen is daardoor niet zo groot.

interventies gaan toepassen omdat dit het beste is voor de patiënt, zonder je te laten ontmoedigen door de bureaucratie van beleidsmakers en het systeem. Laat je motiveren door de verbluffende resultaten die jullie patiënten zullen boeken door GLI. ■

Het urogynaecologisch spreekuur

**Ongewild urineverlies, prolapsklachten en vragen over anticonceptie zijn onderwerpen waarmee patiënten binnen de HAGRO
Avereest terecht kunnen bij praktijkondersteuner Jenneke Meier.
Onder supervisie van huisarts en kaderarts urogynaecologie
Huibertien Oosterlee draait Meier in drie huisartsenpraktijken het urogynaecologisch spreekuur.**

Tekst | Jenneke Meier, praktijkondersteuner

In 2011 volgde ik in het Radboud UMC te Nijmegen de scholing 'Begeleiding bij urine-incontinentie door de POH' door Prof. Dr. Toine Lagro-Jansen, een specialist op het gebied van vrouwen- en gezondheidszorg. Onder supervisie van huisarts en kaderarts urogynaecologie Huibertien Oosterlee begon ik 2012 met een incontinentiespreekuur. Al snel ontwikkelde dit spreekuur zich naar een vrouwenspreekuur. Oosterlee droeg steeds meer onderwerpen aan en leerde mij bijvoorbeeld het aanmeten van een pessarium. Kennis haalde ik uit boeken die Oosterlee aandroeg. Inmiddels volg ik nascholingen voor huisartsen over bijvoorbeeld anticonceptie of mictieklachten bij mannen. Voor de onderwerpen waar ik mij mee bezig houd, zijn protocollen en werkafspraken gemaakt gebaseerd op de NHG standaarden.

Van vrouwenspreekuur naar urogynaecologisch spreekuur

De bekkenbodem is een gebied waarin meer 'systemen' naar behoren samen moeten werken, zowel bij mannen als vrouwen. Omdat ook mannen plasproblemen en 'benedenboelongs' hebben was er reden voor een nieuwe naam: het urogynaecologisch spreekuur. Inmiddels draai ik in drie huisartsenpraktijken op vaste dagen dit spreekuur.

'Doe jij dit werk nou elke dag?' vragen mensen me wel eens en dan doelen ze op de uitstrijkjes die ik maak. En ja, uitstrijkjes maken is een onderdeel van mijn werk. Daarnaast zie ik vrouwen en mannen met ongewild urineverlies; vrouwen met vaginale en prolapsklachten; met recidiverende urineweginfecties. Ik geef advies over anticonceptie aan jonge vrouwen, waarbij stoppen met roken en veilig vrijen ook gespreksonderwerpen zijn. Ook mensen die seksueel overdraagbare aandoeningen willen uitsluiten of daar vragen over hebben komen naar het spreekuur. Verder is er steeds meer aandacht voor vrouwen met overgangsklachten.

Samenwerking

In de drie praktijken weten de praktijkassistenten met welke vragen en klachten patiënten bij mij terecht kunnen, zij maken vaak direct een afspraak in mijn agenda. Inmiddels kunnen patiënten dat ook zelf online doen. De huisartsen verwijzen vaak door naar mijn spreekuur. Net als elke praktijkondersteuner heb ik regelmatig patiëntenoverleg met de huisartsen. Met Oosterlee overleg ik elke week over organisatorische zaken. Er is samenwerking met een bekkenbodempysiotherapeut en met gynaecologen en verloskundigen in de regio.

Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters

Hoe zinvol een urogynaecologisch spreekuur kan zijn, illustreert het onderzoek naar roken en pilgebruik waarover een artikel verscheen in Huisarts & Wetenschap (Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters. Huibertien Oosterlee, Marijke Koolman, Jenneke Meier. H&W editie 2017, nr. 12):

'Rokende vrouwen ouder dan 35 jaar die de combinatiepil als oraal anticonceptivum gebruiken lopen een onaanvaardbaar, namelijk tien keer zo groot risico op een myocardiinfarct. Daarom wilden wij de onwenselijke combinatie roken en pilgebruik bij vrouwen boven de 35 jaar binnen de populatie van de HAGRO Avereest in kaart brengen en tot nul reduceren. Via een brief waarin we de risico's van het gebruik van de pil in combinatie met roken uitleggen hebben we alle vrouwen benaderd die tot de doelgroep behoorden. Van alle 421 vrouwen die we zo gevonden hebben, is nu de rookstatus bekend. Er bleken 80 vrouwen te zijn met de onwenselijke combinatie roken/pil. Bij 65 vrouwen is het risico op hart- en vaatziekten verkleind: bij 44 vrouwen door actieve interventie van de praktijkondersteuner en bij 21 vrouwen doordat ze na ontvangst van de brief zelf met de pil zijn gestopt. Slechts twee vrouwen zijn met de onwenselijke combinatie doorgedaan. Bij tien vrouwen is een blokkade gezet in het



'Ook mannen hebben benedenboel-ongemak'

uitgiftesysteem van de apotheek. Tevens hebben we een vervolgplan gemaakt om in samenwerking met de apotheek jaarlijks de nieuwe leeftijdscohorten te screenen.'

Tijdens dit onderzoek heb ik de vrouwen benaderd, kunnen attenderen op het risicoverhogende effect van de combinatie roken en pilgebruik. Ik heb vrouwen begeleid bij het stoppen met roken of andere anticonceptie geadviseerd. Een vruchtbaar project!

Specialisatie voor de praktijkondersteuner

In onze HAGRO is het urogynaecologisch spreekuur een vast onderdeel geworden in de huisartspraktijk, net als de reguliere POH zorg. Vorig jaar organiseerden we de scholing 'De inzet van de POH bij urine-incontinentie' in samenwerking met Medrie, een serviceorganisatie voor huisartsen. Kaderartsen, waaronder Oosterlee, gaven deze groep les en ook ik vertelde een middag over mijn werk. Binnen onze regio groeit de belangstelling voor deze specialisatie van de praktijkondersteuner en wordt onderzocht of een opleiding mogelijk is. Misschien als module bij de opleiding praktijkondersteuner huisartsen? Het zou mooi zijn. ■

Boeiend en verbindend

Kijk voor actueel nieuws op onze website, schrijf je in voor onze nieuwsbrief of volg ons op Facebook, LinkedIn, Twitter en Instagram!

Ledencirkel 'Opleiden & Ontwikkelen' maakt plannen

Het plan 'Opleiden & Ontwikkelen' is inmiddels goedgekeurd door het bestuur, waardoor nu de fase is aangebroken om de plannen verder uit te werken. Het



streven is om in het laatste kwartaal van 2018 de eerste workshops in de regio vorm te geven. Achter de schermen wordt er hard gewerkt om dit te realiseren. De vraag waar de ledencirkel 'Opleiden & Ontwikkelen' zich de aankomende tijd mee bezig zal houden is:

Hoe zorgen we dat de scholingen voldoen aan de behoeften die wij hebben als POH's?

Er zijn enthousiaste leden die hun kennis en ervaring graag willen inzetten, om

zo samen het verschil te kunnen gaan maken! Laat ons vooral weten als je goede inzichten, behoeftes of ideeën hebt. Deze input is erg welkom en kunnen we gebruiken om het scholingsaanbod te optimaliseren. Dit kan door rechtstreeks te mailen naar: edekat@nvvpo.nl. We houden jullie graag op de hoogte van de ontwikkelingen op het gebied van opleiden en ontwikkelen. Check hiervoor ook onze website en social media voor de laatste updates.

Maak ruimte voor de stagiair

Praktische hulp voor succesvolle stages

De vraag naar personeel in de zorg neemt toe en op veel plekken zijn er forse problemen. In sommige ziekenhuizen worden er zelfs hele afdelingen gesloten omdat er onvoldoende verpleegkundigen zijn. In de huisartsenzorg valt het nog mee, maar ook hier wordt personeel steeds schaarser. Het is daarom van belang voldoende nieuw personeel op te leiden. Hiervoor zijn stageplaatsen nodig, helaas zijn er structureel te weinig stageplekken voor praktijkondersteuners. En zonder stageplekken geen personeel. Maak daarom als huisartspraktijk, huisartsenpost en gezondheidscentrum ruimte voor de stagiair! SSFH helpt daarbij.

Toolkit

Haal voor je praktijk én je stagiair het optimale uit een stage en maak gebruik van de toolkit op www.ssfh.nl.

Daar vind je praktische hulpmiddelen, zoals checklists voor een goede voorbereiding en begeleiding, informatie over het aanvragen voor vergoedingen, inwerklijsten en diverse praktijkverhalen. Het levert je tijd, geld, professionele inspiratie en extra werkplezier op.



Houd ook onze Facebookpagina/ maakruimtevoordestagiair in de gaten voor de laatste nieuwtjes en praktijkverhalen.

Voordelen stageplekken

Door stageplekken aan te bieden geef je toekomstige praktijkondersteuners

de kans om praktijkervaring op te doen én draag je bij aan de continuïteit van goede huisartsenzorg in Nederland. Bovendien haal je met de toekomstige generatie nieuwe inspiratie in huis. Je creëert dus ook ontwikkelingskansen voor jezelf en je praktijk.

Praktijkverhalen en andere interessante informatie

Ervaringen zijn altijd welkom. Je kunt ze delen op de Facebookpagina 'maak ruimte voor de stagiair'. Daar vind je ook leuke praktijkverhalen en informatie over het begeleiden van stagiairs.

Meer informatie

Heb je een vraag? Of wil je meer weten? Neem dan gerust contact op met de SSFH. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg via 070 – 376 58 95 of info@ssfh.nl 070 - 376 58 95.

Boeiend en verbindend

Kijk voor actueel nieuws op onze website, schrijf je in voor onze nieuwsbrief of volg ons op Facebook, LinkedIn, Twitter en Instagram!

Vertrouwenspersoon

In de huisartspraktijk kan er behoefte ontstaan aan een vertrouwenspersoon bij opvang na agressie incidenten, bij ongewenst gedrag zoals discriminatie en bij samenwerkingsproblemen en

conflicten. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH) heeft een overeenkomst met GIMD Werk&Balans voor een vertrouwenspersoon voor de huisartspraktijk. De eerste vier uur

worden vergoed door de SSFH, daarna worden de uren gefactureerd aan de praktijk. Meer informatie is te vinden op www.ssfh.nl.

Functie – en competentieprofiel Praktijkmanager

Tijdens een overleg op 14 augustus jl. hebben de NVvPO, de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) samen met het Landelijk NetwerkManagers 1 e Lijn (LNM1L) en de Nederlandse Vereniging van Praktijk Management (NVvPM) besloten om gezamenlijk het functie- en competentieprofiel van de Praktijkmanager vast te stellen en aan te bieden aan de cao-tafel Huisartsenzorg. In maart 2019 loopt de huidige cao Huisartsenzorg af. Bovengenoemde partijen streven ernaar dat voor het

afsluiten van de nieuwe cao een gewogen profiel voor de Praktijkmanager in de Handleiding Functiewaardering Huisartsenzorg (FWHZ) is opgenomen.

De visie van de vier partijen is dat er naast de bestaande functies professionele ruimte moet komen binnen de cao voor de functie Praktijkmanager. Tevens delen alle partijen de mening dat er meerdere niveaus zijn binnen de huisartsenzorg op het gebied van leidinggeven en management. Die niveaus worden door het LNM1L en de NVvPM uitgewerkt,

zodat deze gezamenlijk aangeboden kunnen worden aan de werkgevers van de cao-tafel (Landelijke Huisartsen Vereniging en InEen). Naast de uitwerking van de niveaus, worden tevens de doorgroeimogelijkheden beschreven voor de bestaande functies richting de rol van Praktijkmanager.

De NVvPO, NVDA, LNM1L en de NVvPM houden gezamenlijk hun leden en andere stakeholders op de hoogte van de ontwikkelingen.

Onderhandelingsresultaat cao Gezondheidscentra over loon

Begin juli sloten de NVDA en de NVvPO een convenant, waarin afgesproken is dat de cao-onderhandelaar van de NVDA namens de NVvPO ook de belangen behartigt van praktijkondersteuners aan de onderhandelings tafel cao gezondheidscentra. Op 2 augustus 2018 kwam de NVDA, mede namens de NVvPO met de FNV, FBZ en de werkgeversorganisatie InEen een onderhandelingsresultaat overeen met een looptijd van 1 januari 2018 tot 1 maart 2019.

Er zijn uitsluitend afspraken gemaakt over loon en de looptijd. Voor het loon is het volgende resultaat bereikt: 1.75 % loonsverhoging, eenmalig 1,25% verhoging van de eindejaarsuitkering

2018. Daarnaast is een afspraak gemaakt over de toekomst van de cao Gezondheidscentra/AHG (huisartsendeel). Gedurende het op gang gekomen cao-traject voor de

Gezondheidscentra hebben beide partijen besloten dat de NVDA de belangen van de praktijkondersteuners en alle praktijk ondersteunende specialisaties zal behartigen namens de NVvPO. Indien het in de toekomst komt tot een (gezamenlijke) eerstelijns-cao, dan zal de NVvPO uiteraard haar eigen onderhandelingspositie weer innemen en zullen beide partijen als collega's hun gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen.

Beter zelfmanagement door de COPD-ziektelastmeter?

Bij COPD blijft spirometrie belangrijk om luchtwegvernauwing aan te tonen. Het registreren van exacerbatiefrequentie en gewichtsverloop geeft inzicht in het verloop van de ziekte. De ziektelastmeting door het vastleggen van de CCQ en de MRC zijn onontbeerlijk; zo weten we hoe de patiënt de kwaliteit van leven ervaart en welke stappen moeten worden ondernomen.

Tekst | Jan-Willem van den Bos

In 2016 ontwikkelde Annerika Slok de COPD-ziektelastmeter, waarbij de ziektelast grafisch wordt weergegeven door ballonnen. Haar onderzoek toonde aan dat het gebruik hiervan toegevoegde waarde heeft voor zowel patiënten als zorgverleners omdat de interactie tussen beiden verbeterd. Het is nog onbekend bij welke subpopulatie de ziektelastmeter het meeste effect heeft, en welk effect dat dan is. Ook is het onbekend of het gebruik van de ziektelastmeter het zelfmanagementniveau verbetert. Hier wordt vervolgonderzoek naar gedaan. De COPD-ziektelastmeter wordt in veel praktijken gebruikt én ook door mevrouw Wilwel.

eenmaal daags een combinatie van twee langwerkende luchtwegverwijders. Zo op het eerste gezicht een ziektelast waar niet zoveel mis mee is.

Mevrouw is uitermate tevreden over de begeleiding van de huisarts en de praktijkondersteuner. Zij heeft het idee dat naar haar geluisterd wordt en dat benodigde acties na goed overleg worden genomen. 'Sinds het gebruik van de ballonnetjes, is er bij mij een knop omgedraaid,' vertelde ze. Ook de POH'er is tevreden over het huidige contact met mevrouw Wilwel. Dat was het in het begin wel anders. Mevrouw wilde niet stoppen met roken, medicatie werd niet

Hoe werkt de COPD-ziektelastmeter?

Om de ziektelast van de patiënt inzichtelijk te krijgen, vult de patiënt een vragenlijst in. Daaruit volgt een lijst met scores die door een computerprogramma worden weergegeven in een overzichtelijke grafiek met 11 ballonnen. Deze ballonnen geven elk een specifiek domein weer, bijvoorbeeld vermoeidheid en longaanvallen. Ook geven de ballonnen met behulp van kleuren aan welk domein aandacht verdient en welke domeinen voldoende zijn. Door te klikken op de ballonnen, verschijnt er een behandeladvies om mee aan de slag te gaan. Op deze wijze kan er een gerichte behandeling plaatsvinden met als doel de ziektelast van de patiënt te verlagen.

'Meer onderzoek nodig naar COPD-ziektelastmeter'

Mevrouw Wilwel (55 jaar, lengte 173 cm, gewicht 70 kg) is al vele jaren bekend met COPD. De laatste exacerbatie, waarvoor een behandeling met prednisolon nodig was, is meer dan vijf jaar geleden geweest. In het verleden heeft zij een vermogen opgerookt (ruim 30 pack years), zij heeft geen astma en is niet atopisch. Als luchtwegmedicatie gebruikt zij

of nauwelijks gebruikt omdat het toch niet hielp en mevrouw bewoog nauwelijks. Vaak moest een afspraak opnieuw worden ingepland, omdat de afspraak weer eens was vergeten. Als ze wel op het spreekuur verscheen was het invullen van een CCQ en MRC vaak een brug te ver. Al met al een patiënt waar je als hulpverlener niet altijd even vrolijk van wordt.

Meer inzicht door ballonnen

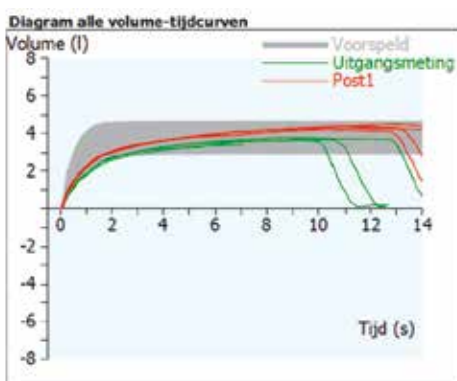
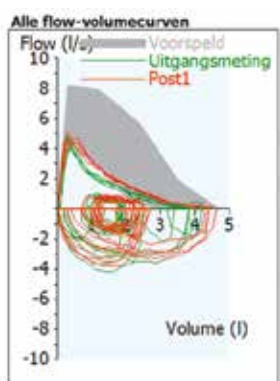
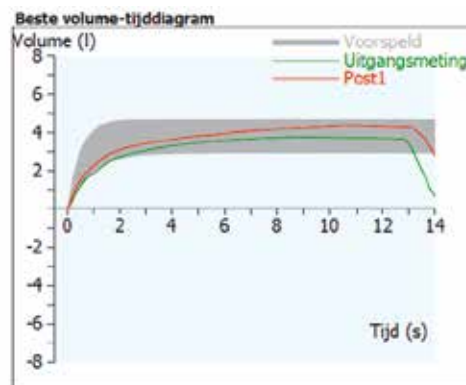
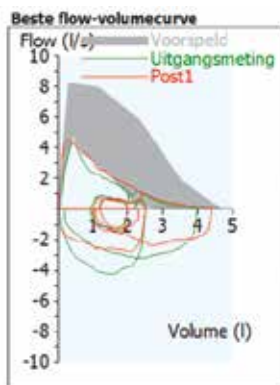
In de periode dat de praktijk meedeed aan het onderzoek of de COPD-ziektelastmeter van meerwaarde kan zijn bij het verbeteren van de kwaliteit van leven veranderde dat. De 'ballonnetjes' maakten mevrouw Wilwel visueel duidelijk welke seinen letterlijk op rood stonden en gaven haar inzicht hoe zij meer controle



Voorbeeld grafische weergave ziekteelastmeter

kon uitoefenen over haar longziekte. Het is haar gelukt om te stoppen met roken en ze reageert nu sneller wanneer een luchtweginfectie de kop op dreigt te steken.

Twee dagen voor deze spirometrie was zij wat meer kortademig. De extra salbutamol werkte wel, maar de benauwdheid kwam steeds weer terug. Na contact met de praktijk kon zij dezelfde dag



nog terecht op een spoedplek bij de praktijkondersteuner (heb jij ook een aantal spoedplekken in de agenda staan voor dit soort casuïstiek?). In overleg met de huisarts werd een spirometrie voor en na luchtwegverwijding uitgevoerd. De salbutamol werd de avond ervoor voor het laatst gebruikt en de langwerkende luchtwegverwijders ruim vier uur voor de uitvoering.

Uitvoering, herhaalbaarheid en interpretatie

De uitvoering was technisch in orde. Zowel voor als na luchtwegverwijding waren alle pogingen goed afgenomen (snelle stijging in de FV-curve, min of meer een 'piek', geen hoest, expiratie langer dan zes seconden en een expiratoir plateau in de VT-curve).

De herhaalbaarheid was uitstekend; zowel voor als na verwijding was het verschil tussen de twee beste FEV1's en FVC's niet meer dan 150 ml (of 0,15L). Er zat niet meer in, of beter: er kwam niet meer uit. In het HIS zou, denk ik, staan: een obstructieve longfunctie (FEV1/FVC: z-score van -4,15) met reversibiliteit (FEV1: verandering van 17% en een volume toename van $2.38 - 2.03 = 0,35L$). Gezien de kortademigheidsklachten van de patiënt in de afgelopen dagen was een longaanval zeer waarschijnlijk; dat verklaart ook de getoonde reversibiliteit (zie ook dat de FVC fors is toegenomen). Er was dus zeker sprake van hyperinflatie die na de salbutamol afnam.

Longaanval beïnvloedt longfunctie

Als deze patiënt voor de eerste keer zou zijn geweest, zou ik de longfunctie zeker na verloop van tijd herhalen. Er kan worden gedacht aan een dubbeldiagnose, maar weet dat een longaanval meerdere maanden een reversibele longfunctie kan veroorzaken!

Mevrouw Wilwel kreeg na overleg met de huisarts een stootkuur prednisolon en knapte snel op.

	FEV ₁	FVC	PEF	FEV ₁ /FVC	Kwaliteit
Base	1,95	3,46	233	56%	Goed geblazen
Base	2,02	3,27	285	60%	Goed geblazen
Base	3,79	3,71	274	54%	Goed geblazen
Base	2,03	3,89	265	52%	Goed geblazen
+Base	2,03	3,89	285	52%	-
ATS/ERS-criteria [2005]: Er is niet aan de criteria voldaan.					
De twee hoogste FVC-waarden moeten binnen 150 ml liggen.					
Post	2,38	4,47	267	53%	Goed geblazen
Post	2,31	4,53	262	51%	Goed geblazen
Post	2,33	3,89	300	60%	Goed geblazen
Post	2,34	4,36	276	54%	Goed geblazen
+Post	2,38	4,53	300	53%	-

Index	Base	%Voersp.	Zscr	Post1	%Voersp.	%Chg	Zscr	[Min.	Voersp.	Max.]
FEV ₁	2,03 l	68%	-2,31	2,38 l	80%	17%	-1,47	2,29 l	2,99 l	3,66 l
FVC	3,89 l	102%	0,17	4,53 l	119%	16%	1,35	2,93 l	3,80 l	4,71 l
PEF	285 l/s	70%	-2,23	300 l/s	74%	5%	-1,95	317 l/min	406 l/min	494 l/min
FEV ₁ /FVC	52%		-4,21	53%		1%	-4,15	68%	79%	89%

Beter zelfmanagement door COPD-ziektelastmeter?

De POH'er van mevrouw Wilwel weet vrijwel zeker dat de COPD-ziektelastmeter heeft geholpen bij het zelfmanagement. Mevrouw Wilwel was er snel bij! Of dit werkelijk zo is, is nog niet eerder onderzocht. Onderzoeker Maarten Voorhaar (Maastricht University, Caphri; onder begeleiding van O. Van Schayck, J. Muris en A. Gidding-Slok) gaat vervolgonderzoek doen of de

ziektelastmeter het zelfmanagement verbetert, maar ook of de ziektelastmeter meer effect heeft bij patiënten met goede zelfmanagementvaardigheden. Hij is op zoek naar praktijkondersteuners die hieraan willen meewerken. Het onderzoek vergt niet veel tijd (een aantal keer een vragenlijst invullen). Laat me weten of je mee wilt doen, dan stuur ik je de informatie over deelname toe. Alvast dank voor de hulp!

Heb je een vraag, wil je een casus bespreken of heb je suggesties voor onderwerpen, mail dan naar spiroabc@gmail.com. ■

De auteur, van huis uit longfunctielaborant, is sinds 2007 werkzaam als Health Care Consultant Respiratoir bij Boehringer Ingelheim (www.facebook.com/Medclassnascholingen)

'Meerdere maanden reversibiliteit na longaanval'

Ellis van Atten

Column



Ellis van Atten werkt als praktijkondersteuner bij de Kruispost in Amsterdam en als invalkracht. Verder is ze tekstschrijver en eindredacteur van dit blad.

Uitval

Wat gebeurt er als de praktijkondersteuner ineens uitvalt? Een weekje zonder kan, een paar weken ook; ze kan immers ook wel eens op vakantie. Langer moet het toch niet duren; dan vallen er patiënten tussen wal en schip is mijn ervaring als invalkracht.

Dat is niet omdat ze niet gezien kunnen worden. De huisarts kan best wat controles uitvoeren. Ook de praktijkassistenten zijn prima in staat een bloeddruk of een glucose te meten. Vaak is er ook nog een collega-praktijkondersteuner die wat kan opvangen. Op de lange duur gaat het vooral logistiek mis; er worden veel afspraken verzet en afgezegd, oproepen worden niet of pas laat gedaan. Dat heeft gevolgen voor de continuïteit én voor het vertrouwen.

vond om een afspraak bij de huisarts te maken. Pas nadat ik haar na maanden opriep, kwam ze. Met een torenhoog HbA1c. Het verbaasde haar niet, ze had al af en toe een extra metformine genomen. Een therapietrouwe patiënte die door haar loyaliteit zorg te kort kwam.

Voor meneer Bakker lag het anders; zijn suikers waren ontregelt en hij kreeg het niet onder controle met tweemaal daags een mixinsuline. Afspraken waren meerdere malen verzet; de laatste invalkracht had onvoldoende ervaring met insuline om hem te adviseren en wilde hem naar de internist verwijzen. Voor hem geen alternatief, hij was net terug verwezen naar de huisarts. Met tegenzin en inmiddels driemaal daags mixinsuline kwam hij bij mij op het spreekuur. In een korte tijd het vertrouwen herstellen

ziekte of ongelukken, dat is niet te voorkomen. Hoe er mee om gegaan wordt, maakt verschil. In veel praktijken wordt er eerst naar interne oplossingen gezocht, met soms een overspannen situatie tot gevolg. Het inzetten van een inval- of uitzendkracht kan echt helpen.

De medische zorg voor mevrouw Friks en meneer Bakker is weer in gang gezet, het vertrouwen is hersteld. Als een invalkracht ergens lang genoeg is, kan de continuïteit ook weer vorm krijgen. Beter is om zo snel mogelijk een invalkracht in te zetten. Dan komt de continuïteit niet in het geding, blijft de sfeer beter en kan de collega na haar zwangerschaps- of ziekteverlof ontspannen terugkeren.

Door goed voor ons zelf en elkaar te zorgen, kunnen we beter zorg verlenen.

Wat is jullie ervaring? ■

Reageren kan via redactie@nvppo.nl

‘Beter zorg verlenen door goed voor elkaar te zorgen’

Het zijn niet eens de bekende zorgmijders die hier de dupe van worden. Mevrouw Friks had zoveel begrip voor de situatie in de praktijk dat ze haar dorstklachten en veelvuldige plassen niet ernstig genoeg

was een grotere uitdaging dan het insulineschema bijsturen.

Elke huisartspraktijk krijgt eens te maken met personeelstekort door zwangerschap,

Colofon

De POH, tijdschrift voor en door praktijkondersteuners.

Nummer 3, september 2018

De POH is het vakblad van praktijkondersteuners en wordt verspreid onder praktijkondersteuners en andere eerstelijnsprofessionals: leden, toekomstige leden en andere geïnteresseerde.

Bezoekadres Kerkewijk 69
3901 EC Veenendaal (op afspraak)
Telefoon 0318-500407
E-mail info@nvvpo.nl

Hoofredactie Petra Portengen

Redactie

Heidi Jacobs-Kelderman, praktijkondersteuner in Ede
Janny Lambooi, praktijkondersteuner in Lelystad
Pauline Westbroek, praktijkondersteuner in Dordrecht
Margriet de Keijzer, praktijkondersteuner in Ede

Eind- en tekstredactie

Ellis van Atten, Zaandam

Vormgeving

Carlo Polman - OudZuid Ontwerp mediavormgevers, Dieren

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Fotografie

Voorpagina, p. 6, 7 en 9: Iris van de Pol; p. 4 en 17: Shutterstock; p. 8 en 19: Ellis van Atten; p. 10 en 11: aangeleverd; p. 22: Bastiaan van Musscher; p. 27: aangeleverd; p. 26: Pixabay; p. 36: aangeleverd

Abonnementen

Vaktijdschrift 'de POH' verschijnt vier keer per jaar voor NVvPO-leden. Niet-leden betalen € 60,- euro per jaar, inclusief 6% btw, inclusief verzendkosten. Opgeven voor een abonnement kan via organisatie@nvvpo.nl.

Advertenties

Voor advertentiemogelijkheden en mogelijk interessante onderwerpen of nieuws voor de eerstelijnsprofessional kunt u contact opnemen via info@nvvpo.nl.

De verantwoordelijkheid van de uitspraken en meningen ligt bij de geïnterviewden of de auteurs en niet bij de redactie. Deze heeft niet zonder meer dezelfde mening.

© Uit deze uitgave mag niets worden overgenomen zonder schriftelijke toestemming van de redactie.

Het volgende
nummer van de
POH verschijnt op
7 december 2018

ACTUALITEITEN LONGSYMPOSIUM

DONDERDAG 6 DECEMBER 2018
VAN DER VALK HOTEL VEENENDAAL

**Onder voorzitterschap van
Prof. Dr. Geertjan Wesseling
komen onder andere de volgende
onderwerpen aan bod:**

Chronisch Obstructieve Long
Aandoeningen (COLA), seksualiteit
en chronische longziekten,
vitaal aan het werk, astma en
zwangerschap, nicotineverslaving,
palliatieve sedatie, therapietrouw
voor CPAP en kindergeneeskundige
luchtwegproblemen.

Accreditatie

Accreditatie wordt voor 6 uur aangevraagd bij het Kwaliteitsregister V&V, de NVvPO en het Verpleegkundig Specialisten Register.

Kosten

De deelnemersbijdrage bedraagt 75 euro. Dit bedrag is inclusief lunch, koffie/thee en een bezoek aan de informatiemarkt. Tot twee weken voor aanvang van het congres kunt u kosteloos annuleren.

Informatie & inschrijving

Meer informatie vindt u op www.healthinvestment.nl. Inschrijven kan via forms.healthinvestment.nl. Hier dient u zich eenmalig te registreren en vervolgens kunt u zich gemakkelijk inschrijven voor alle activiteiten van Health Investment.



Health Investment



de POH is

Willy Ingargiola

Werkt:

In totaal 30 uur per week. Al 18 jaar bij huisartsenpraktijk De Grebbe en 3 jaar bij Ketenzorg Huisartsen Gelderse Vallei.

Specialisatie:

Diabetes, CVRM, praktijkmanagement en ketenzorgconsulent.

Naast het werk:

Voorzitter van het regionaal diabetesoverleg.

Trots op:

De voortdurende ontwikkelingen en uitdagingen in ons mooie vak.

De POH over 10 jaar:

Ik verwacht dat de POH een meer coördinerende en coachende dan uitvoerende rol zal krijgen. De regie van de chronische patiënt komt meer bij de patiënt te liggen en de assistente zal meer de uitvoerende taken verrichten.

Tips voor je collega's en voor de NVvPO:

Blijf meedenken over vooruitgang en ontwikkeling door bijvoorbeeld deel te nemen aan werkgroepen en projecten. Het motto van een vriendin 'zonder inspanning geen vooruitgang' vind ik voor alles toepasbaar.

*'Met elkaar kunnen we
zorgen voor verbetering
in de zorg'*