

apneu

magazine

Vragen over seks

Nieuwe rubriek van Marijke Ijff

Psychische klachten blijven

Na lichamelijk herstel met cpap of mra...

Beweeginterventies

Op basis van een individuele profilering

IMPRESSIE ALGEMENE LEDENVERGADERING

De ApneuVereniging groeit nog steeds

Ladieslunch

Met maskers speciaal voor vrouwen...



Wie houdt de vinger aan de pols?

Actievere rol voor de huisarts

Bedrijfsarts kan ook een tandje alerter

En natuurlijk de patiënt zelf...

Welterusten

VitalAire zorgt dat u steeds met een gerust gevoel kunt gaan slapen. U weet zeker dat u goed functionerende apparatuur van hoogwaardige kwaliteit gebruikt. U bent verzekerd van persoonlijke aandacht van gekwalificeerde medewerkers. En u beschikt over handig instructie- en informatiemateriaal, dat de behandeling aanzienlijk vereenvoudigt. Zo heeft u met de zorg van VitalAire optimaal profijt van uw CPAP-therapie. Welterusten.

Meer weten over VitalAire?

Neem contact op via nummer 040 - 250 35 02

VitalAire (voorheen ComCare Medical) is het internationale merk voor de thuiszorgactiviteiten van de Air Liquide Groep. We zijn een belangrijke speler in de therapeutische behandeling van meer dan een miljoen patiënten in 33 landen. VitalAire is gespecialiseerd in slaapdiagnostiek en zorg op het gebied van zuurstoftherapie.



apneu

magazine

INHOUD

- 5 Van de redactie
- 6 Voor Mekaar
- 13 Vragen over seks
- 14 Beweeginterventies
- 18 Psychische klachten blijven...
- 21 Column: Waar zouden wij zijn zonder de eerste lijn?
- 22 Ladieslunch met maskers
- 25 Fotocolumn: 400.000 Pechvogels
- 26 Impressie uit de Algemene Ledenvergadering
- 28 Cpap en centrale apneu
- 31 Respiratiekamers analyseren...
- 32 Wie houdt de vinger aan de pols?
- 33 De ervaring van Sjoerdje
- 35 Column: De makke van de huisarts
- 36 Apneumaskers en toebehoren
- 38 Ene csas is de andere niet...
- 41 Column: Alkmaar
- 42 Wist u dat - Uit de media
- 46 SleepyHead, het cpap-analyseprogramma
- 47 Waar vindt u ons de komende tijd
- 49 Regionale bijeenkomsten najaar 2013
- 49 Pierre Robin Award
- 50 Adressen



Klein, Licht en Eenvoudig

Één-klik....

Een kussen ontwerp dat drukpunten reduceert en in één klik gebruiksklaar is.

Fine-glide voorhoofdsteun

Acht instelbare posities om drukverdeling en afsluiting te optimaliseren.

Lichtgewicht en klein maskerhuis

Kleiner en lichter dan elk ander traditioneel FullFace masker op de markt.

360° draaibare elleboog

Fluisterstille micro uitademingspoort met snel los te koppelen slangconnector.

Gemakkelijke hoofdbandclips

Verminderen de noodzaak om de hoofdband bij te stellen.



Amara, het revolutionaire FullFace masker van Philips Respironics is ontworpen met uw comfort in gedachte. Zijn innovatieve, modulaire ontwerp is lichter, kleiner en heeft significant minder onderdelen dan elk ander traditioneel masker welke het eenvoudig maakt om aan te passen. Amara voldoet vast aan uw verwachtingen in prestatie, uiterlijk en eenvoud. Meer weten? Kijk op www.philips.com/amara

PHILIPS
RESPIRONICS
sense and simplicity

Onderzoek slaapkliniek

Ik moest 's middags om 3 uur komen. Ik werkte nog in die tijd. Dus dat betekende dat ik na de lunch al moest opstappen bij mijn werk. Met een smoesje, want je wilde niet zeggen dat je voor onderzoek naar het ziekenhuis ging. Dus een halve vrije dag genomen. In het ziekenhuis werd ik beplakt voor het slaaponderzoek. Achteraf begreep ik dat die ongelukkige middagtijd gekozen was in verband met de werktijden van de ziekenhuismedewerkers. Die moesten om half vijf naar huis...

Ik wil niet zeggen dat dat anders moet. Wellicht is het de enige manier om de kosten in de zorg te drukken. Maar vertel me niet dat 't patiëntvriendelijk of patiëntgericht is. Het is 100% medewerkersgericht!

Het overkomt ons zo vaak in het ziekenhuis dat we er niet meer van opkijken. Het resultaat was dat ik met draden overal op mijn lijf in een oud T-shirt zeven uur lang (zeven uur!) door de ziekenhuisgangen banjerde tot ik om elf uur 's avonds, uit verveling wat vroeger dan normaal, mijn bed opzocht. Je hoopt dan maar, dat op het eind al die draden nog goed zitten. In een gang bij een polikliniek, waar normaal overdag kankerpatiënten chemotherapie kregen, waren de makkelijke ligstoelen en standaards voor de zakken opzij gezet om plaats te maken voor mijn bed. Dit was dus het zogenaamde klinische polysomnografische onderzoek. Wellicht prima. Maar een gevoel van houtje-touwtje had ik wel.

Later hoorde ik dat iemand in een andere plaats in een soort hotel slaaponderzoek had gehad, met medewerkers die via een camera in de gaten hielden of hij wel goed sliep. En weer een ander had heerlijk in zijn eigen bedje geslapen, thuis. Niks geen gehang in het ziekenhuis. Het ene ziekenhuis is kennelijk het andere niet. Het ene slaaponderzoek weer anders dan het andere.

Dat was het moment waarop ik bedacht dat het goed is om aan patiënten te vragen waar ze geweest zijn, hoe ze daar behandeld werden en of dat goed bevallen was. De eerste vraag aan een patiëntenvereniging is toch: waar kan ik het beste heen gaan? Daar moet je een antwoord op hebben. Bij het eerste onderzoek in 2004 kregen we hele dossiers met de post meegestuurd. Mensen wilden eindelijk hun verhaal wel eens kwijt.

Nu doen we jaarlijks een groot onderzoek. Het ene jaar vragen we alle slaapklinieken wat ze precies doen. Het andere jaar vragen we duizenden patiënten naar hun ervaringen. Dat alles om een goed oordeel te kunnen vellen. In 2009 gaven we voor het eerst (1 tot 5) sterren aan de klinieken die het beter dan gemiddeld doen. In 2011 weer. En ook dit najaar (2013) worden weer sterren uitgereikt aan de betere slaapklinieken.



Deze weken krijgen meer dan 16.000 apneupatiënten een uitnodiging om mee te doen aan een online onderzoek van de ApneuVereniging. Met dank aan de leveranciers die die duizenden enveloppen gratis voor ons verzenden. Mocht u zo'n uitnodiging gehad hebben en nog niet ingevuld, doe het dan nu meteen. Een dezer dagen sluit de mogelijkheid.

We zijn iets begonnen wat niet meer weg te denken is. Slaapklinieken schrijven ons: we hebben de organisatie aangepakt en alles beter op elkaar afgestemd, wanneer komen de nieuwe sterren? Zorgverzekeraars houden rekening met de sterren voor de inkoop van zorg en hulpmiddelen. We krijgen de indruk dat we op deze manier bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van diagnose en behandeling van slaapapneu. Wat begonnen was om u beter voor te kunnen lichten, blijkt een spiegel voor de zorg, die we hen graag voorhouden. Volgens mij komt dat u ook ten goede. Trots? Ja een beetje trots zijn we wel.

En dan dit nummer. De gebruikelijke onderwerpen. Deze keer wat meer aandacht voor maskers, seks, csas, uitlezen en psychologie. Er blijft nog zoveel te ontdekken.

Prettige vakantie.

Piet-Heijn van Mechelen,
voorzitter & hoofdredacteur
voorzitter@apneuvereniging.nl





VRAAG EN ANTWOORD

Voor Mekaar

Heeft u vragen in verband met slaapapneu of de behandeling? Kunt u tips geven om het leven met masker of beugel aangenamer te maken of heeft u een aardig verhaal te vertellen? Stuur ze - met vermelding van: Rubriek Voor Mekaar - naar het redactiesecretariaat van de ApneuVereniging, postbus 134, 3940 AC Doorn of per mail naar petiet@apneuvereniging.nl. Specifieke medische vragen kunt u beter aan uw eigen arts stellen.

Reizen met de trein

Binnenkort gaan we een reis maken met een aantal mensen die apneu hebben. Nu willen we graag het een en ander weten over de stroom die de apparaten nodig hebben voor de stroomvoorziening in de trein e.d.

Desiree de W.

Tegenwoordig hebben steeds meer treinen een normale 220V aansluiting, zoals u thuis heeft, voor de aansluiting van uw laptop, iPad of het opladen van uw telefoon. Maar op welke treinen, dat kunnen we u zo niet zeggen. Het is nog geen gemeengoed. Het lijkt me het beste dat u dat navraagt bij de NS en bij uw leverancier en/of uw



reisorganisatie. Uiteindelijk weten zij het beste hoe de stroomvoorziening is in de trein en het zal zeker anders zijn in de buitenlandse treinen. Fijne vakantie alvast!



Reizen met het vliegtuig

Ik ben bezig met het boeken van een reis naar Thailand. Het probleem is dat de luchtvaartmaatschappij China Airlines moeilijk doet over het meenemen van mijn cpap. Ik ben in het bezit van een Fisher & Paykel Sleepstyle 600. Volgens de luchtvaartmaatschappij zijn alleen onderstaande apparaten toegestaan om mee te nemen. Hebben jullie van leden gehoord die vaker met dit probleem te maken hebben gehad en wat kan ik doen om de cpap wel mee te mogen nemen? Graag hoor ik of jullie een oplossing voor dit probleem hebben, want anders kan ik niet op vakantie. Volgens mij hebben zij het over andere apparaten dan cpap-apparaten.

Henk de V.

Nee, dit hebben wij nog niet eerder gehoord en dat komt omdat de lijst die zij u stuurden over zuurstofapparatuur gaat en dat is een cpap niet. Cpap staat voor continuous positive airway pressure. Misschien helpt het als u dat hen vertelt. De cpap mag niet in het vrachtruim, maar moet mee als handbagage. Bij KLM mag je als cpapgebruiker daarom wat extra kilo's handbagage meenemen en ook bij

hen moet je het meenemen ervan ongeveer 14 dagen tevoren melden, zodat ze weten dat het ding aan boord komt.

Enige tijd later ontvingen wij nog bericht van Henk:

Het is dus niet gelukt om toestemming te krijgen om de cpap mee te nemen met China Airlines. Gelukkig heeft de reisorganisatie gezorgd dat ik nu met KLM wel met mijn cpap naar Thailand kan vliegen.

Boeren en winderigheid

Ik gebruik al 3 jaar cpap-apparatuur tot tevredenheid. Nu heb ik de laatste tijd veel last van boeren en winderigheid, vooral in de ochtend. Deze klachten nemen eerder toe dan af. Heeft u daar een verklaring voor? Moet ook misschien even melden dat ik meer dan 10 kilo af ben gevallen.

Joan v. B.

Fijn dat u afgevallen bent! Hou het zo! Ik raad u aan naar uw behandelaar terug te gaan, want door het afvallen heeft u misschien een andere drukinstelling nodig. Misschien is de druk van de apparatuur te hoog en komt er zo te veel lucht in het maag-darm kanaal.



Ook een te hoge druk kan weer wekreacties geven, waardoor u slechter kan gaan slapen.

**Wel of geen apparatuur gebruik tijdens colonscopie**

Binnenkort moet ik naar het ziekenhuis voor een colonscopie (kijkonderzoek in de dikke darm). Daarbij kan je tegenwoordig kiezen voor een roesje, waardoor je ontspant en even slaapt. In de folder staat: 'Een nadeel kan zijn dat u nog enkele uren suf bent en mogelijk de herinnering aan het onderzoek en de uitslag mist. Daarnaast kunnen er in zeldzame gevallen problemen met de ademhaling of de hartfunctie ontstaan'. Maar is het hebben van apneu en het nemen van slaapmiddelen ook geen slechte combinatie? In de vragenlijst die ik moet invullen komt apneu niet ter sprake. Een geraadpleegde anesthesist reageerde hier op met: 'Als het onderzoek vroeg op de dag gebeurt, is er niets aan de hand. Tijdens de colonscopie zijn er geen nadelige gevolgen voor de ademhaling. Die kunnen wel optreden als je gaat slapen.' En een cpap meenemen was niet nodig. Klopt dat wel?'

Karin N.

Of het nu ochtend, middag of avond is, je keel valt dicht zonder cpap/bipap. Natuurlijk is het veel gemakkelijker voor de behandelaar om te zeggen dat het niet nodig is, zeker als hij die apparatuur niet kent. Maar sta erop dat als je moet slapen je ook je apparaat gebruikt. Zeker bij medicatie die ook nog spierverslappend werkt is het

helemaal noodzakelijk met apparatuur te gaan slapen. Gelukkig lig je meestal op je zij bij een colonscopie, maar bij het uitslapen daarna kan je gaan draaien, met als gevolg grotere kans op apneus. Ook moet je aangeven dat ze je zuurstofwaarden tijdens het onderzoek in de gaten houden via zo'n knijper op je vinger.

Masker kwijt?!

Volgens het ziekenhuis waar ik nu lig, hoef ik echt niet elke nacht mijn apparaat te gebruiken. Daar ik bedlegerig ben, hebben ze voor mij mijn masker keurig schoongemaakt. Toen ik wilde gaan slapen, waren ze mijn masker kwijt. Een dag later vonden ze hem in een andere kamer. Maar ik had me niet zo druk moeten maken. Kan dit allemaal zo maar?

Jan B.



Dit is ronduit slordig. Ook hieruit blijkt dat het ziekenhuis waarin u ligt niet bekend is met apneu en de gevolgen van niet gebruiken. Slechte zaak.

U kunt ze verwijzen naar onze website waar ze voldoende vinden om hun medische kennis op te halen.



Goed uitgerust de zomer in



MEDIQ Tefa

Met ons specialistisch OSAS-zorgteam staan wij voor u klaar! Om samen met u de zomer in te luiden, verloten* wij 15 zomerpakketten ter waarde van € 30,-. Hiermee bent u helemaal uitgerust om van de zon te genieten. De overgebleven letters van de woordzoeker vormen een woord. Om kans te maken op een zomerpakket, kunt u de juiste oplossing vóór 1 augustus e-mailen naar osas@mediqtefa.nl o.v.v. zomerpuzzel.

A	T	S	U	R	T	H	C	A	N	*	D	E	K	M
S	H	A	L	S	L	A	P	E	N	*	D	J	I	*
E	*	V	*	*	*	N	E	G	F	E	I	*	S	N
H	*	P	A	P	C	N	O	O	S	L	*	N	A	E
C	U	D	E	K	E	*	T	K	N	I	W	T	Z	K
A	I	*	*	R	A	S	U	O	*	*	U	E	R	R
O	T	*	G	S	R	N	O	*	T	U	E	Z	*	U
C	G	I	*	U	D	S	T	S	R	*	O	E	M	N
G	E	U	U	I	R	*	U	I	N	M	O	S	A	S
R	R	Z	G	E	G	E	N	I	E	T	E	N	S	*
O	U	O	P	I	N	S	T	R	A	N	D	*	K	*
Z	S	N	*	P	*	A	F	E	T	Q	I	D	E	M
*	T	*	A	V	R	I	J	*	N	G	*	A	R	M

APNEUS	SLAPEN
CPAP	SNURKEN
DESKUNDIG	STRAND
ENERGIE	UITGERUST
GENIETEN	VAKANTIE
NACHTRUST	VRIJ
NATUUR	WIN
MASKER	ZEE
MRA	ZOMER
MEDIQ TEFA	ZON
OSAS	ZORGCOACHES
PERSOONLIJK	ZUURSTOF

*Winnaars krijgen persoonlijk bericht. Over de uitslag kan niet worden gecorrespondeerd.

Mediq Tefa
Hertogswetering 159
3543 AS Utrecht

T 030 282 11 85
E osas@mediqtefa.nl
W www.mediq.nl/tefa

Gewichtstoename

In oktober 2011 ben ik gediagnosticeerd met osas en gebruik ik een cpap. Vanaf het begin heb ik me op het forum gestort en daar heb ik een schat aan informatie gevonden en mede apneupatiënten, die allemaal in hetzelfde schuitje zitten, die me enorm hebben gesteund.

Sinds ik de cpap gebruik ben ik flink aangekomen in gewicht en ik heb op het forum gelezen dat ik daarin geen uitzondering ben. Ik heb gemerkt dat het in de medische wereld een beetje wordt weggewimpeld, net of ze er geen raad mee weten.

Nou ben ik iemand die dan zelf op zoek gaat en ik heb een artikel gevonden over een Amerikaans onderzoek naar gewichtstoename in combinatie met cpap-gebruik. Heerlijk om te lezen dat het niet mijn eigen schuld is dat ik aankom, maar dat het dus echt aan de osas en cpap ligt. 'Forty percent of patients gained weight significantly'.

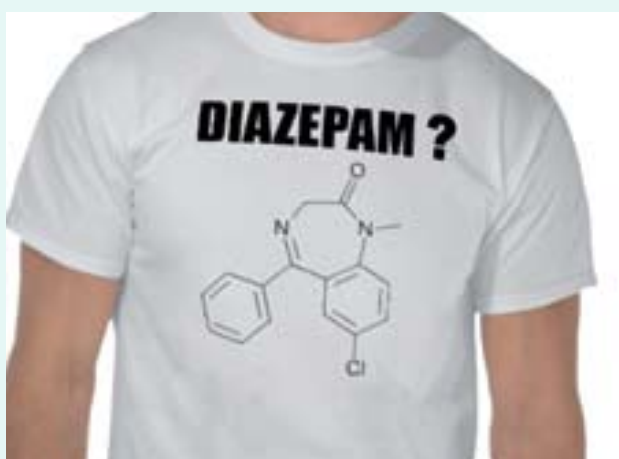
Ik ben geen medicus, dus wellicht zinvol als iemand met kennis van zaken ernaar kijkt.

Annette van G.



Het is inderdaad bekend dat gewichtstoename ontstaat door een verstoorde werking van de schildklier wanneer u nog geen therapie heeft (cpap of mra). Zelf hanteer ik altijd de volgende stelregel: patiënten komen in het begin aan in gewicht en pas na anderhalf tot 3 jaar is het lichaam (lees hormoonstelsel) hersteld en kan men gaan afvallen. Navraag bij prof. dr. Johan Verbraecken van het UZA Antwerpen, leverde het volgende antwoord op: 'Patienten komen inderdaad vaak aan tijdens cpap-behandeling. Waarschijnlijk is dit te verklaren door een

afname van de ruststofwisseling tijdens de slaap (waarbij voorheen een abnormaal hoge activiteit aanwezig was). Er een bepaalde duur opplakken is wellicht arbitrair, maar deze gewichtstoename zou in principe wel moeten stabiliseren. Is er toch een verdere gewichtstoename, dan is dit mogelijk te relateren aan een socialer leven, of aan psychofarmaca-gebruik in het kader van insulinebehandeling bij diabetes. Bij aanhoudende gewichtstoename is het aangewezen de huisarts te raadplegen.'



Slikken of stikken

Sinds 3 jaar ben ik apneupatiënt en gebruiker van een cpap. Afgelopen winter ben ik na ruim drie jaar weer gevallen op mijn schouder. Omdat ik hier met name 's nachts erg veel pijn van had, ben ik via twee onderzoeken en behandelingen in het ziekenhuis uiteindelijk bij de huisarts terecht gekomen. Deze heeft mij afgelopen vrijdag Diazepam 2-5-10 PCH voorgeschreven. Hij heeft er blijkbaar niet aan gedacht dat ik apneupatiënt ben. In de bijsluiter van dit medicijn staat dat je dit medicijn niet moet gebruiken als je aan apneu lijdt. Wat moet ik doen? Doorgaan met het gebruiken van dit medicijn en 's nachts pijn lijden, of slikken en er op vertrouwen dat de pijn snel overgaat?

Stef te A.

Het is bekend dat in de bijsluiter een waarschuwing staat voor de apneupatiënt. Dat hoort ook zo, want als u uw apparaat niet gebruikt en wel de medicatie, die de spieren nog meer verslappen, heeft u toch weer apneus en dat kan gevaarlijk zijn, vandaar die waarschuwing in de bijsluiter. Maar als u uw apparaat gebruikt, heeft u geen of weinig apneus meer.

Dus medicatie (spierverlappers, zoals diazepam) kan worden gebruikt, mits u daarbij uw cpap of bipap tegelijkertijd gebruikt. Zeker als u een automaat heeft is er geen vuiltje aan de lucht, want die past zelf de druk aan. Hopelijk kunt u dan ook vannacht weer goed slapen met slaaptablet en met de apparatuur en is de pijn in uw schouder snel over.



Genoeg energie om te werken aan uw handicap



Natuurlijk wilt u ook genoeg energie om uw handicap te verbeteren. Total Care helpt u daarbij. Door persoonlijke aandacht, goed opgeleide medewerkers, uitstekende service én de meest geavanceerde apparatuur voor slaaptherapie. Onze DV54 met smartflex is één van de gebruiksvriendelijkste C-pap systemen die er momenteel zijn. Stil, strak van design en gecombineerd met de vertrouwde zekerheid die u van ons gewend bent. De DV54 staat dan ook niet voor niets in de top 3 van het tevredenheidsonderzoek 2011 van apneuvereniging.



Sefam • DeVilbiss • Fisher & Paykel • Hans Rudolph • Hi-Tech Medical • Philips Respironics
Levitation • Monaco Products • Weinmann • Resmed • RespCare • SLP • VIASYS Healthcare

Total Care Groep
Poppelseweg 7c 5051 PL Goirle
Tel. 013-531 35 35 totalcaregroep.nl

Nat of droog bewaren?

Naar aanleiding van jullie laatste magazine pag. 9 reageer ik. Het ging over het onderhoud van het mra. Ik maak nu een jaar mra's in mijn eigen praktijk en voor het st. Antonius in De Meern. Tot nu toe vooral de Somnodent van Goedegebuure. Het bleek dat de ene folder zei: 'droog bewaren', de andere: 'in water'.

Daardoor zie ik veel mensen met algen en schimmel op het mra, want eerst was het advies: nat bewaren. Er zijn verschillende verkleuringen mogelijk, zo geeft schimmel een zwart waas, algen een groen en tandsteen een geel. Het mra zou kunnen vervormen als deze droog bewaard werd. Dat klopt niet voor het Somnodent-mra! Bovendien droogt een prothese (kunstgebit) of mra niet uit als deze elke dag of nacht goed gedragen wordt. Dus dringend advies om kunstgebitten en mra's droog te bewaren. Een kunstgebit kan wel vervormen als dit langere tijd niet wordt gedragen en droog ligt. Voor andere types mra kan ik niet zeggen hoe het zit als ze langere tijd droog liggen.



Dan het schoonmaken. Graag met groene / zachte zeep en een zachte borstel. Eventueel af en toe in de retainer brite en het ultrasoon badje, te krijgen via www.apneupagina.nl. Dan trilt alle tandsteen en aanslag er zo af.

De bekende prothesetabletten (Steradent) zijn veel te agressief voor mra's en kunstgebitten. Dan wordt het plastic ruw waardoor er weer sneller tandsteen e.d. opkomt. Ecosym is ook prima!

Tanden klemmen en knarsen

Ook reageer ik op pag. 7: cluster hoofdpijn. Naar ik weet en dat is misschien te weinig, is cluster hoofdpijn iets waarbij zuurstof helpt. Op internet is er snel veel over te vinden. Wat ik wel weet is dat veel apneupatiënten klemmen of knarsen. Bij lichte apneu 50%, bij matige apneu 40% van de patiënten. Van knarsen en klemmen kan je ook hoofdpijn krijgen. Mijn vraag is dus of Ans de G behandeld wordt voor apneu, want dan zou klemmen en knarsen moeten afnemen. Maar klemmen en knarsen heeft ook met stress te maken.



Wat is er een half jaar geleden gebeurd, waardoor er nu een paar keer per dag hoofdpijn is? Daar helpen inderdaad geen pijnstillers tegen, omdat je dan nog harder kan bijten waardoor na het uitwerken van de pijnstiller, de pijn nog erger is. Daar kan een gnatoloog naar kijken, een tandarts gespecialiseerd op dit gebied. En er zijn ook kaakfysiotherapeuten, die specialist zijn op dit gebied. Bijvoorbeeld in het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein.

Inderdaad koppelt men normaal apneu en hoofdpijn aan zuurstof gebrek. Maar dus niet vergeten dat klemmen en knarsen ook veel voorkomt.

Ook nog restless leggs?

Dan nog een waarschuwing voor mensen die ook rusteloze benen hebben. Als je daar medicatie voor krijgt, kijk dan na of deze spierverslappend is. Want ook dan verergert de apneu! Net als de slaappil. Voor deze groep mensen is het boek van dr. Carlos Schenck en dr. Hans L. Hamburger: 'Slaap en slaapstoornissen, je ligt er soms van wakker', zeer aan te raden. Hierin staan ook aanknopingspunten voor mensen die in hun slaap slaapwandelen. En helaas is er ook een categorie die dan eet in de slaap. Terwijl je probeert af te vallen...

Hartelijke groet!

Machteld van der Lee

(tandarts in de tandheelkundige slaapgeneeskunde)



Onze vernieuwde webshop is nu nóg completer

- Breed assortiment
- Gebruiksvriendelijke vormgeving
- Aanvulling op de standaardverstrekingen door de zorgverzekeraar
- Snelle levering
- Uitgebreide betaalmogelijkheden



webshop.vivisol.nl



SOLGROUP

VIVISOL

Zuurstof
Beademing
OSAS

De basis
voor
vertrouwen
in je dag

VRAAG EN ANTWOORD

Marijke Ijff

Vragen over seks



Wij zijn in de redactie een seksuologe rijker: Marijke Ijff. Heeft u een vraag op dit gebied, stuur hem naar Ijff@apneuvereniging.nl. Wij zullen de vraag geanonimiseerd opnemen in dit magazine. Wij nodigen u uit, dus voel u vrij...

Sekspil

Ik ben een man van 52, een jaar aan de cpap met full face masker; ik voel me beter, veel minder moe. Twee jaar geleden ben ik gescheiden en sinds kort heb ik een nieuwe vriendin (50). In het laatste jaar van mijn huwelijk ging het zo nu en dan mis met de erectie. Sindsdien heb ik niet meer met een vrouw gevreeën. Nu ben ik bang, dat het met mijn vriendin ook niet gaat lukken, hoewel ik erg gek op haar ben en graag met haar wil vrijen (als ik het zelf doe, heb ik geen probleem). Ze weet van de apneu, heeft de cpap en m'n masker gezien en doet er niet moeilijk over. Zou ik iets kunnen hebben aan een sekspil als Viagra?

Nico L.

Viagra, Cialis en Levitra zijn erectiepillen die ervoor kunnen zorgen dat de vaten in de zwellichamen van de penis 'open' gaan staan. Daardoor stroomt bloed de penis in en wordt hij stijf. De pillen zijn bedoeld voor mannen, die door een lichamelijke aandoening geen erectie kunnen krijgen of houden. Ze werken alleen, als de man zin heeft in seks en seksueel opgewonden is. Een goede erectie heeft opwinding nodig. Opwinding ontstaat door prikkeling via kijken, horen, ruiken, proeven en voelen en door gedachten.



'Oh jee, zou het wel lukken?' is wel een begrijpelijke, maar geen opwindende gedachte. Zorgen kunnen het plezier en dus ook de erectie flink in de weg zitten. U schrijft, dat u bij het masturberen een erectie heeft zonder problemen. Mooi, dan kan uw penis het dus! Vermoedelijk heeft u geregeld een ochtenderectie. Ook dat geeft aan, dat er met uw penis niets mis is: hij heeft geen pil nodig, maar ongestoorde opwinding.

Mijn advies is simpel, maar misschien wel heel lastig: ga lekker vrijen met uw vriendin, niet vlak voor het slapen en cpap-gebeuren. Ontdek elkaars lichaam, geniet van het contact en de opwinding en laat uw penis meedoen zonder hem een (hoofd)rol te geven. Het maakt niet uit of hij stijf of slap is; hij mag gewoon lekker meevoelen. Nog beter: bespreek tevoren, bijvoorbeeld tijdens een wandeling, dat u de eerste keer of keren nog geen gemeenschap wil, maar alle rust om elkaar te verkennen en te verwenen. De meeste vrouwen zijn heel blij met zo'n voorstel.

OP BASIS VAN EEN INDIVIDUELE PROFILERING

Beweeginterventies

Voor mensen met slaapapneu is een actieve leefstijl van groot belang. Aan de hand van literatuuronderzoek en een beweeginterventie bij apneupatiënten van het Martini Ziekenhuis te Groningen zijn richtlijnen opgesteld voor veilige en effectieve deelname. Door een individueel profiel op te stellen kan de juiste belasting worden bepaald.

tekst: Gerard Dam, Jilke Marinus
en Bart Dikkeboer

Bewegen is gezond

Regelmatig bewegen is gezond. Daar is geen twijfel over. Onze omgeving maakt het ons niet gemakkelijk om ook werkelijk regelmatig actief te zijn. Activiteiten in werk en vrije tijd worden in hoge mate geautomatiseerd. De gevolgen op ons beweegpatroon zijn rampzalig. We worden een zittende mens, een 'homo sedens'. Het wordt steeds aannemelijker dat hier de basis ligt voor de toename van welvaartsziekten. Het gedwongen zitgedrag heeft niet alleen gevolgen voor de fitheid, maar ook voor onze gezondheid (want dat is niet hetzelfde!). De fitheid heeft betrekking op de grondmotorische eigenschappen, bijvoorbeeld kracht, lenigheid en uithoudingsvermogen. Dit wordt ook wel de 'conditie' genoemd. Gezondheid wordt bepaald door zaken als de bloeddruk, de lichaamssamenstelling, het bloedsuikergehalte en het vetspectrum. De kans om vroegtijdig te overlijden is voor inactieve mensen ongeveer 30 tot 40% groter dan voor actieve mensen. Onderzoek heeft uitgewezen dat mensen die fit zijn, maar niet echt gezond leven, toch een lager risico hebben op vroegtijdige sterfte dan mensen die niet fit zijn en geen risicofactoren bezitten. 'Fit and fat' is beter dan slank en niet fit. Bewegen heeft een essentiële invloed op de fitheid en gezondheid en daardoor op plezier en verzuim.

Slaapapneu en leefstijl

Slaapapneu is een aandoening met sterke leefstijlbinding en een relatie met hart- en vaatziekten, stofwisselingsstoornissen en sociale en cognitieve problemen (bijvoorbeeld aandacht, geheugen). Vermoeidheid is een centraal probleem. Deze vermoeidheid komt tot stand door slaapstoornissen ten gevolge van slaapapneu. De behandeling door het slaapcentrum kan aangevuld worden met een gezonde leefstijl. Meer bewegen is bijvoorbeeld gunstig tegen overgewicht. Overgewicht beperkt de lichamelijke activiteit en versterkt de ernst van slaapapneu weer. Afvallen is voordelig. Een afname van 1% van het lichaamsgewicht veroorzaakt een afname van de AHI met 3%.

Bewegen en slaapapneu: haat-liefde

Regelmatig bewegen is belangrijk. Juist als je slaapapneu hebt. Het lijkt heel erg tegenstrijdig: je bent al moe en dan moet je ook nog gaan sporten om uiteindelijk je kwaliteit van slapen en leven te verbeteren en om af te vallen. Mensen die niet voldoende bewegen (het gaat hier niet om de mensen die al sportief actief zijn) zullen niet zomaar zonder deskundige begeleiding, systematisch lichamelijk actief worden en blijven. Vaak hebben ze een hekel aan 'sport' of zijn door de slaapapneu niet in staat om het uit te voeren. De aanleiding - slaapapneu en of overgewicht - vormt ook de beperking.

Maar... als leefstijlverandering zo belangrijk is, waarom vallen we dan niet af, bewegen we niet regelmatig, stoppen we niet met roken, gebruiken we niet minder alcohol, eten we niet gezonder en doen we wat tegen de stress? Omdat het veranderen van de leefstijl een moeilijk en complex proces is. Als het simpel was, was het probleem niet zo groot. Weten is niet voldoende. Tegen je eigen emoties ingaan vraagt om een goede coaching, stimulering en support. Bewegen is voor veel mensen niet leuk. Door gebruik te maken van de eigen voorkeuren en keuzes kan aversie worden voorkomen. Het moet niet alleen duidelijk worden 'wat' er veranderd kan worden, maar ook 'hoe'. Je moet het zelf doen, maar steun van de omgeving is daarbij van groot belang om het vol te houden.

Hoe actief moet je zijn?

Sinds de zeventiger jaren wordt de kwaliteit van bewegen afgemeten aan de gegevens van inspanningsfysiologie, met als gouden standaard de maximale zuurstofopname. De 'aerobe doctrine' is dat een training moet voldoen aan een bepaalde intensiteit (70-85%) gedurende 20 tot 60 minuten, voldoende vaak uitgevoerd (3-7 x per week) om effect te hebben. Hardlopen, rennen, joggen is het beste voorbeeld van dergelijke aerobe lichamelijke activiteit. Laat er geen misverstand over bestaan: lichamelijke activiteiten en sport zijn uit-

'Ik heb het beweegprogramma als zeer plezierig ervaren. Ik heb het met beide handen aangepakt, omdat ik dit zag als een mogelijkheid om over de drempel te komen, die ik moest nemen om weer in beweging te komen. Ik merkte ook dat je in een groep met 'lotgenoten' zit, en dat maakt het contact en de omgang met elkaar gemakkelijker en ontspannen.'



stekend om fitheid en gezondheid te verbeteren en af te vallen. Maar, als mensen niet gewend zijn om regelmatig te bewegen zich aan deze trainingsregels houden, lopen ze te hard van stapel. Zeker als er overgewicht is en sprake van slaapapneu, is gewenning noodzakelijk. De stap van een inactief zittend bestaan naar regelmatig bewegen is veel groter dan van regelmatig bewegen naar sport. Voor inactieve mensen is de inactiviteitsfysiologie veel belangrijker, zeker als ze overgewicht hebben en veel zitten. De gezondheidseffecten van gewoon staan, wandelen en fietsen zijn imponerend. Het niveau van bloedglucose, de gevoeligheid voor insuline en het vet-spectrum wordt gunstig beïnvloed.

Dat deze 'no sweat-exercises' belangrijk zijn voor de gezondheid, hoewel ze nauwelijks effect hebben op de fitheid (je valt er dus niet van af!), was in de tijd van Hippocrates al bekend. Dus doe je te weinig beweging? Begin dan met meer staan. Elk uur 10 minuten extra te staan in plaats van te zitten is een goed begin en door iedereen uit te voeren.

Systematisch bewegen

Van zitten naar staan is een begin. Om effecten op fitheid, en slaapapneu te hebben en af te vallen zul je intensiever moeten bewegen. Hier begint een nieuw en belangrijk probleem. Te licht belasten levert geen effect op. Te zwaar belasten (en dat is het voor de gemiddelde apneupatiënt al snel) levert gevaar van overbelasting op en is moeilijk vol te houden met de kans dat weer een goed voornemen gaat mislukken. Een bijkomend probleem is dat mensen met slaapapneu naast vermoeidheid en overgewicht ook nog andere problemen hebben waarmee rekening gehouden moet worden bij systematisch bewegen. Hoge bloeddruk, hartproblemen, suikerziekte... de comorbiditeit. Er moet dus rekening gehouden worden met alle problemen en mogelijkheden van het individu bij het bepalen van de juiste belasting.

MET's

Het meten van de zwaarte van een beweging buiten een laboratorium is niet eenvoudig. Daarom wordt in de praktijk gebruik gemaakt van de hartslag of MET's. Dat is een afkorting van in Metabolic Equivalent Task. Het is de zwaarte van een beweging van een individu ten opzichte van zijn ruststofwisseling. We stellen rustig zitten op 1 MET. Wandelen is zwaarder en vraagt drie keer zoveel energie, is dus 3 MET. Hardlopen is 8 MET. Zo is van elke activiteit (ook in het dagelijks leven) aan te geven hoe zwaar dat is. Lijsten van MET's zijn te vinden op het internet, bijvoorbeeld: http://prevention.sph.sc.edu/tools/docs/documents_compendium.pdf

Beweeginterventie slaapapneu

In het voorjaar van 2011 is 'Beweeginterventie slaapapneu' opgestart. Het 6 weken durende programma is uitgevoerd met 27 patiënten van het Martiniziekenhuis Groningen. De deelnemers waren onder behandeling met cpap en daardoor in staat om het programma te volgen. In samenwerking met Prestar en het Instituut voor Sportstudies van de Hanzehogeschool is het beweegprogramma gestart dat de kwaliteit van leven en leefstijl van deelnemers probeert te verbeteren. Om inzicht te krijgen in de effecten van het programma is de Slaap Apneu Kwaliteits Score (SAKS, www.slaapapneutest.nl) gebruikt. De SAKS is een digitale vragenlijst die uit drie onderdelen bestaat: A. 'Problemen Dag en Nacht', B. 'Leefstijl' en C. 'Gezondheid'. Gezamenlijk wordt de kwaliteit van leven in een slaapapneu patiënt bepaald. In het maartnummer van ApneuMagazine (2011) werd in het artikel 'Maak je situatie inzichtelijk en informeer je dokter' een nadere toelichting gegeven. Nadat de beginsituatie was vastgesteld is er gestart met het beweegprogramma. Er is tweemaal in de week in groepsverband bewogen. Daarnaast zijn er individuele trainingen op maat gemaakt en advies gegeven op het gebied van leefstijlbevordering. >

Verskillende activiteiten zijn aangeboden tussen de 3 en 6 MET. Dit zijn activiteiten op een lage intensiteit zoals Nordic walking, fitness en rustige balsporten.

Resultaten van beweginginterventie bij mensen met slaapapneu		
<i>De gegevens in percentages hebben een maximale score van 100%.</i>		
Interventiegroep (n=14)	beginmeting	na 6 weken
Gewicht	106,8 kg	104,9 kg
BMI	32,4	31,9
Middelomtrek	117,1 cm	110,9 cm
Kwaliteit van leven en slapen		
ESS (1-24)	7,3	5,1
Problemen klachten 's nachts en overdag	74%	80,6%
Leefstijl		
BRAVO-factoren	91%	93%
Beweegpatroon	78,6%	90%

ESS (Epworth Sleepiness Scale) is een test met 8 items waarmee de slaperigheid overdag wordt gemeten.

BRAVO-factoren: de leefstijlfactoren bestaan uit bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning.

GMWT (6-minuten wandeltest) is een inspanningstest die gebruikt kan worden om het functionele inspanningsvermogen in kaart te brengen.

Resultaten

Door een juiste keuze van het programma kunnen in korte tijd successen bereikt worden. Deze zeer korte interventie (6 weken) via het Martini Ziekenhuis leverde de volgende resultaten op (zie nevenstaande tabel).

Conclusie: prachtige resultaten op alle gebieden, ondanks de korte duur van het programma.

Reactie van een deelnemer

'Ik heb het bewegingsprogramma als zeer plezierig ervaren. Ik heb het met beide handen aangepakt, omdat ik dit zag als een mogelijkheid om over de drempel te komen, die ik moest nemen om weer in beweging te komen. Ik merkte ook dat je in een groep met 'lotgenoten' zit, en dat maakt het contact en de omgang met elkaar gemakkelijker en ontspannen.'

Richtlijnen bewegen met slaapapneu

Op basis van het literatuuronderzoek en de ervaringen bij de beweginginterventie zijn richtlijnen opgezet voor het organiseren van beweginginterventies bij mensen met slaapapneu. De richtlijnen zijn bedoeld om mensen met slaapapneu veilig, verantwoord en efficiënt te laten bewegen. Om dat mogelijk te maken moeten met zeer veel factoren rekening gehouden worden.



De werkwijze bestaat uit het vaststellen van de mogelijkheden van een individu. Daartoe wordt een individueel profiel opgemaakt. Aan de hand daarvan wordt bepaald wat het beweegniveau maximaal mag zijn. Er wordt met drie niveau's gewerkt. Niveau A: MET <3 (lage intensiteit), niveau B: MET 3-6 (matige intensiteit), niveau C: MET 3-6 en >6 (matige tot hoge intensiteit). Op beweegniveau A wordt bewogen met het accent op staan en wandelen en is bedoeld om weer te wennen aan regelmatig bewegen. Wanneer het toelaatbaar is, is het mogelijk om naar een hoger niveau met een iets hogere intensiteit te verhuizen.

Digitale individuele profilering

In het voorjaar 2013 wordt de methode voor individuele profilering op de website van Prestar ter beschikking

gesteld van beweegcoaches, fysiotherapeuten en leefstijl-professionals die met mensen met slaapapneu werken. Dit digitale hulpmiddel bepaalt op welk niveau iemand met slaapapneu kan deelnemen aan fysieke activiteiten. Aan de hand van de resultaten van de SAKS kan de professional de profilering invullen. Per onderdeel van het profiel wordt een advies gegeven voor de professional hoe erop een verantwoorde en veilige manier bewogen kan worden met slaapapneu. Bij dit individuele profiel wordt rekening gehouden met de ernst van slaapapneu (AHI tijdens behandeling, ESS) fitheid (BMI, middelomtrek, 6 MWT) gezondheid (bloeddruk, longfunctie, suiker) emotionele status (stress, depressie) klachten en beperkingen bewegingsapparaat en geneesmiddelengebruik. Van het geheel kan een uitvoerig schriftelijk verslag (pdf) toegevoerd worden aan de betrokkene. ■

VOOR DE PROFESSIONAL

Hieronder staat een stappenplan dat door de professional gebruikt kan worden bij het opstellen en uitvoeren van beweeginterventies.

1. **Beginmeting:** afnemen SAKS
2. **Screening:** beoordelen in welk risicoprofiel de patiënt behoort
3. **Intake:** SAKS bespreken, doelen opstellen, afspraken maken
4. **Beweegprogramma:** groepsverband en individueel + **Counseling:** motiveren, stimuleren en belonen + **Bijstellen doelen**
5. **Vervolmeting:** afnemen SAKS
6. **Adviesgesprek:** resultaten bespreken + voortgang advies vervolg bij stap

Vooraf het bepalen van beginsituatie van de potentiële deelnemers is erg belangrijk (stap 1 t/m 3). Er mag geen twijfel bestaan of het veilig is om uw cliënt te laten deelnemen aan een bepaald programma. Door middel van kleurcodes wordt direct duidelijk waar het goed gaat en aan welke aspecten aandacht gegeven zou moeten worden. Het programma (zowel in groepsverband als individueel) dient op maat gemaakt te zijn en regelmatig bijgesteld (stap 5 en 6).

Voor meer informatie: www.slaapapneutest.nl of www.prestar.nl
contact: apneu@prestar.nl



APNEU MET CPAP ONDER CONTROLE, MAAR...

Psychische klachten blijven



Psychiater Ineke Gras (TilburgMentaa) vraagt aandacht voor een relatief kleine groep apneupatiënten, die psychische klachten blijft houden, nadat de apneu met behulp van een cpap of mra tot lichamelijk herstel heeft geleid. ‘Men heeft hen altijd verteld, dat alles veel beter zal gaan, nadat de cpap het slaapproces weer op orde heeft gekregen. Dat is bij hen niet het geval. Ze blijven worstelen met klachten van depressieve aard of hebben burn-outverschijnselen. Ze voelen zich daardoor vaak niet gehoord of serieus genomen’.

tekst en foto's: **Ton op de Weegh**

Ruim 40% van alle apneupatiënten heeft psychische klachten of heeft ze gehad (zie tabel uit ‘De apneuketen in beeld’, sept. 2011). De combinatie apneu en depressie of burn-out komt in vier situaties ter sprake:

- Verschijnselen van apneu worden niet herkend. De arts denkt aan depressie of burn-out.
- Depressie of burn-out als gevolg van een niet tijdig gediagnosticeerde apneu.
- Iemand heeft, naast depressie of burn-out, ook apneu.
- Iemand blijft na een goed behandelde apneu door een cpap of mra toch psychische klachten houden.

Ineke Gras heeft samen met collegae al heel wat apneupatiënten in haar praktijk ontmoet. Ze heeft vooral zorgen over de laatstgenoemde groep. Ze vertelt er gedreven en gemotiveerd over.

Geen bevrijding

Ineke Gras: ‘Apneu is pas een aantal decennia (h)erkend. Voor de meeste mensen begint na diagnose en behande-

Mate waarin osas-patiënten last hebben van psychische klachten (depressie, burn-out, overspannen)	
geen psychische klachten	56 %
heb wel eens psychische klachten gehad	44 %
ben ermee naar de dokter geweest	31 %
werd er voor behandeld	22 %
word er nog steeds voor behandeld	9 %

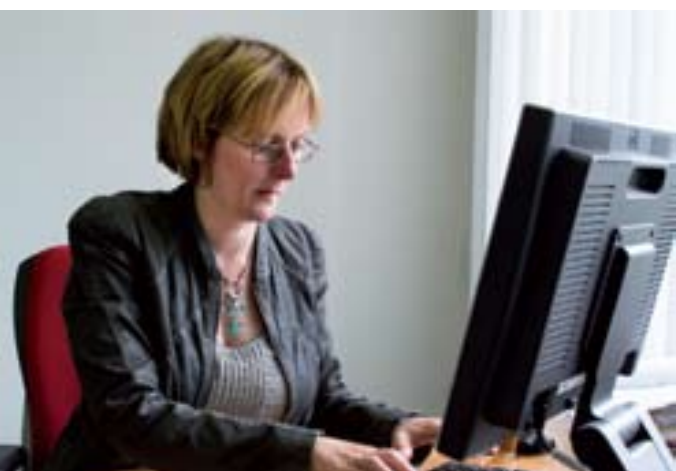
Bron: De apneuketen in beeld, ApneuVereniging, september 2011

ling een geleidelijke terugkeer naar de oude kwaliteit van leven. Men voelt zich energiever, lichamelijke en psychische klachten verdwijnen. Dit voelt als een bevrijding. Vaak heeft men meer dan tien jaren te maken gehad met aftakeling van allerlei lichamelijke en soms psychische functies. En nu herstelt zich dat ineens spectaculair.’

Een kleine groep (het aantal wordt wel eens geschat op drie procent) blijft echter psychische klachten houden. Ineke Gras heeft zich het lot van deze mensen aangezien. ‘Er is nog geen systematisch onderzoek naar gedaan. Ik kon er ook in de literatuur weinig over vinden. De problematiek wordt alleen nog maar gesignaleerd.’ De laatste tijd komt er gelukkig over dit onderwerp enige discussie op gang. Psychiater Gras heeft daarover wel eens op congressen informatie uitgewisseld met anderen, zoals prof. van Someren van de Vrije Universiteit Amsterdam en prof. Pevernagie en dr. Overeem van slaapcentrum Kempenhaeghe.

Klachten en behandeling

De klachten van deze patiënten liggen vooral op het cognitieve vlak (het geheugen en het verwerken van informatie) en op een verminderd energieniveau. In een enkel geval is er ook sprake van stemmingswisselingen. ‘Er is nog geen



Ineke Gras:

‘Naast het feit, dat ze er zelf erg onder lijden, moeten ze ook vaak nog het gevecht aan met verzekeringsarts en/of bedrijfsarts. Dat frustreert ze extra. Deze mensen verdienen begrip, omdat ze de voorvechters, de pioniers, zijn om deze problematiek (h)erkend te krijgen!’



vast stramien te ontdekken, maar het valt me wel op, dat deze mensen vroeger vaak bijzonder actief en gedreven waren en juist helemaal niet geneigd te somatiseren (lichamelijke oorzaken aan te voeren voor psychische klachten). Ze raken enorm gefrustreerd, omdat de beloofde en verwachte terugkeer naar het oude energieniveau (zoals bij andere apneupatiënten) uitblijft. In hun hoofd hebben ze nog steeds die gedrevenheid, maar het wil in de praktijk maar niet lukken.’

Behandeling van mensen met deze verschijnselen bestaat vooral uit het leren accepteren van de beperkingen, vaak door Acceptance Commitment Therapy (ACT). In een enkel geval ook met medicatie.

Gevecht met ziektekostenverzekeringen en bedrijfsartsen

Gedegen onderzoek naar deze problematiek is er, zoals

eerder gezegd, (nog) niet. Het komt daardoor nogal eens voor dat verzekeringen en bedrijfsartsen sceptisch zijn om het ziektebeeld van deze patiënten te erkennen. ‘Naast het feit, dat ze er zelf erg onder lijden, moeten ze ook vaak nog het gevecht aan met verzekeringsarts en/of bedrijfsarts. Dat frustreert ze extra. Deze mensen verdienen begrip, omdat ze de voorvechters, de pioniers, zijn om deze problematiek (h)erkend te krijgen!’

Alert op signalen van apneu

Door de apneupatiënten in haar praktijk is Ineke Gras zich zeer bewust geworden van dit verschijnsel. ‘De behandeling van deze groep patiënten heeft me wel alert gemaakt bij de anamnese van al mijn patiënten. Ik ben nu heel gespist op signalen die kunnen wijzen op apneu.’



Goed slapen kunt u voortaan overal!

DE
KLEINSTE CPAP
TER WERELD



Het draagbare Transcend Travel CPAP-systeem: klein, licht, stil en supereenvoudig mee te nemen. Ideaal voor op vakantie of (zaken)reis. Met het Transcend Travel CPAP-systeem slaapt u overal net zo goed als u thuis gewend bent.

- Eenvoudige bediening
- Compact en lichtgewicht (slechts 425 gram)
- Stil (geluid <30dB)
- Uitlezing maskerlekkage en AHI
- MultiVoltage (110V-220V)
- Oplaadbare accu van 8 uur of 16 uur

Nu op cpapwinkel.nl

Draagbare nachtrust met de Transcend Travel CPAP.



Bekijk op www.cpapwinkel.nl het brede assortiment Apneu-apparatuur en toebehoren. Bestellingen worden per ommegaande bij u afgeleverd. Beter kan het niet!



tekst: dr. K.W. van Kralingen,
longarts

WIE NEEMT DE HANDSCHOEN OP...

Waar zouden wij zijn zonder de eerste lijn?

Al van oude tijden wijzigt de verhouding tussen algemene en gespecialiseerde artsen. De tijd ligt nog niet zolang achter ons dat de algemene arts, de huisarts, de regie had en alleen de hulp van specialist inriep - ook thuis - als hij er niet uit kwam. Bijvoorbeeld kwam de gynaecoloog de huisarts thuis helpen bij een moeilijke bevalling. Sedert de jaren 70 is huisartsgeneeskunde een specialisme te midden van andere specialismen, maar ook een fundament onder onze gezondheidszorg. De opkomst van de medische mogelijkheden en de goed geregelde financiering van de tweedelijnszorg maakte dat veel chronische aandoeningen zoals hypertensie, diabetes, astma en COPD naar de tweede lijn verdwenen. Deze beweging naar de tweede lijn wordt nu sedert jaren een halt toegeeroepen door het feit dat de tweedelijnszorg duur is en voor veel patiënten niet nodig. Ondersteund door samenwerkingsverbanden met de tweede lijn vindt veel zorg weer plaats op de plek waar het hoort namelijk thuis en in de huisartsenpraktijk.

Slaap was van oudsher ook het probleem voor de huisarts. De opkomst van diagnostiek (polysomnografie) en behandeling (cpap) maakte slaap een veld voor de specialist. En zoals wij weten diverse specialisten. Tot recent leek de slaapgeneeskunde een robuuste positie te hebben in de tweedelijnszorg. Maar ook huisartsen zijn prima op de hoogte en goed bijgeschoold en waarom zou een deel van de zorg voor de slaappatiënten niet in de eerste lijn kunnen? Ik vernam van diverse projecten op het gebied van diagnostiek en therapie van slaapapneu in de eerste lijn.

Deze ontwikkeling levert natuurlijk reacties op! Een niet misverstane reactie is natuurlijk dat bij uitbreiding van de diagnostiek naar de eerste lijn de onderdiagnostiek op het gebied van bijvoorbeeld slaapapneu zal afnemen tot heil van vele, nu nog naar nachtelijke adem snakkende, mensen. Een tweede commentator zegt: prima, maar als het maar goed gebeurt. Gezien bovengeschetste ontwikkelingen in de zorg behoeft dat geen groot probleem te zijn en leren blijven wij allemaal doen. Tot zover nog een vriendelijk gesprek. Maar daar roept een groep specialisten: ho, dat kan niet zomaar, dat doen wij al en dat is dus van ons. Het meest gehanteerde argument is dan kwaliteit, maar oplettende lezers beseffen dat in deze tijd van marktwerking verschuivingen in de zorg iets kunnen doen met het inkomen.

De mening van uw columnist is heel duidelijk. Het veld van de slaapgeneeskunde is er aan toe om gedeeltelijk over te gaan naar de eerste lijn. Ik denk dan met name aan diagnostiek - maar in de toekomst ook behandeling - van slaapapneu. Ik zie voor mij hoe ik met veel plezier zal participeren in anderhalvelijns-slaapgeneeskunde. De huisarts en specialist om de tafel om te bekijken wat de beste vorm van diagnostiek en behandeling is van diverse slaapproblemen. In het ziekenhuis in Dirksland zijn er eerste positieve ervaringen met anderhalvelijnszorg voor kankerpatiënten.

Nu is er verschil tussen meningen en feiten, oftewel is er wetenschappelijk bewijs voor dat dit allemaal zo kan? In maart 2013 publiceerde de JAMA (een buitengemeen gerenommeerd blad) de resultaten van een Australische studie. Deze studie liet zien dat de diagnostiek en behandeling van slaapapneu door goed opgeleide eerstelijns-teams net zulke goede resultaten oplevert als specialistische behandeling. Belangrijk voor Australië, met de grote reisafstanden, maar ook voor ons met korte afstanden en veel onderdiagnostiek. De auteurs stellen in hun conclusie dat je de resultaten niet even zomaar overal moet gaan toepassen, maar de voorwaarden waaronder goed moet bekijken.



En hier komt de handschoen! Laten de vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, huisartsen, specialisten en andere belanghebbenden, zoals wetenschappelijke verenigingen (Federatie van Slaap Klinieken en NSWO) bij elkaar gaan zitten om te zien of hier iets moois van te maken is. Ik weet zeker dat onze voorzitter deze conferentie graag zal organiseren! ■



Ladieslunch met maskers

tekst: Herma Nijhuis
foto's: Ton op de Weegh

Een foto van een vrouw met een neuskussen-masker in het vorig nummer van het Apneu Magazine, trok mijn aandacht. Ze droeg dit mini-masker met roze bandjes achter haar oren. Op het eerste gezicht leek dit ideaal: een minimaal contact met je gezicht en niets op je achterhoofd en boven op je hoofd zodat je haren niet zo snel in de war raken. Navraag bij ResMed leerde me dat ze nog andere speciale maskers voor vrouwen heeft ontworpen. Zouden ze bevallen? Ik mocht ze proberen.

Marijke IJff, enthousiast nieuw redactielid, en haar vriendin Hermen Lotgerink wilden meedoen en zo reisde ik op een van de weinige mooie dagen in mei met een tas vol maskers naar het dijkhuis van het derde redactielid Ton op de Weegh in Alphen aan de Maas. Voor een lunch en maskers passen.

Hoe staat het me?

Het werd een bijzondere middag. Ooit maskers gepast met vriendinnen, gevraagd hoe ze stonden en commentaar geleverd? Toen ik pas mijn cpap kreeg, verborg ik het apparaat in mijn slaapkamer. En slang en masker mochten helemaal niet worden gezien... Nu sta ik straks met slurfjes en maskers in dit blad... Ik ben aan die uitmonstering gewend geraakt. Marijke en Hermen, die nog niet zo veel ervaring hebben, doen er niet moeilijk over. De maskers staan helemaal niet slecht en lokken allerlei reacties uit. 'Die kussentjes trekken je neus wel scheef. Heb je het ene bandje niet te strak aangetrokken?' 'Je moet wel oorletjes hebben, anders gaan die lusjes niet rond je oor. Ja hoor, er zijn mensen bij wie de letjes vast zitten, dat weet ik sinds ik portret schilder.' 'Ik vind wel dat mijn huid slechter is geworden sinds ik een masker draag. Vervelend ook dat het op een schone huid moet en ik geen nachtcrème kan gebruiken. Door vet kan het masker gaan schuiven en kan er lucht ontsnappen.' 'Ik heb een foto van mezelf met masker op mijn telefoon. Kijk, dat heb ik aan mijn kleinkinderen laten zien, zodat ze niet schrikken als ze mijn slaapkamer binnenlopen. Ik laat de foto ook zien aan bekenden, die niet weten waar ik het over heb als ik vertel dat ik een cpap nodig heb. Mijn man is een maskerfietisjist zeg ik weleens lachend.'

Nu serieus

Marijke heeft haar cpap meegebracht plus een reisstandaard. Ton zorgt voor een verlengsnoer naar zijn tuinhuisje

en voor twee ligstoelen. De zaak wordt serieus aangepakt. Een klein masker kan er wel aantrekkelijker uitzien dan een groot, het kan prettig zitten, maar het gaat er uiteraard om dat het masker tijdens het slapen goed zijn werk doet. Anders heeft de therapie geen zin. Dat betekent onder andere dat het niet gaat schuiven wanneer je van rugslaap naar zijslaap gaat, dat er geen lucht kan ontsnappen, want hierdoor daalt de druk en zal de pomp harder draaien om dit te compenseren, wat storend lawaai met zich kan meebrengen. En dit kan je weer uit de slaap houden en je doen besluiten die 'vervloekte' behandeling van je apneu maar te staken.

We slapen weliswaar niet, maar doen wel ons best de situatie na te bootsen. Liggen dus in die ligstoelen, doen de ver-



Dat ligt prettig. Nu met losse hoesjes over de hoofdband.



Het werd een bijzondere middag en het bleef nog lang onrustig in Alphen aan de Maas... (v.l.n.r.: Herma, Hermen en Marijke).

schillende maskers op, zetten de cpap aan en draaien in de favoriete slaapstand. ‘Je neusgaten bollen wat op. Gebeurt dat bij mij ook als dat ding gaat blazen?’, roept de een naar de ander. ‘Dit zou een goed masker zijn voor Beatrix met haar kapsel’, wordt er ook gezegd over het masker met de oorlusjes. We zijn het erover eens: de dubbelwandige lucht-kussentjes dichtten bij contact zacht en comfortabel af. Het gaat hier om de Swift FX Bella, onze favoriet ‘op het eerste gezicht’ omdat het masker zo klein en zacht is. Thuis blijkt dat voor mij het neusmasker uit dezelfde serie beter te voldoen, omdat ik een druk hoger dan tien nodig heb. Het verschil met de bekende Mirage is dat het kussen en het frame minder hoog zijn. Het wordt geleverd met een smalle grijs/roze hoofdband. Ook het volgelaatsmasker is op het gemiddelde vrouwengezicht aangepast. En dan is er nog de variant op de Swift FX, met dezelfde neuskussentjes als de Bella, maar dan geleverd met een kortere achterste band en een band boven op het hoofd die makkelijk strakker of lossler kan worden getrokken. Het ‘hoofdstel’ kan worden losgekoppeld en worden vervangen door de oorlusjes.

Onze ervaringen

Marijke gebruikt sinds niet zo lang geleden bij haar apneu werd geconstateerd, een masker met neusdopjes met extra band bovenop om de slang naar de haak boven haar bed te leiden. Na veel zoeken is dit voor haar tot nu toe het prettigste masker. Haar AHI is keurig onder de 5, maar er zijn nadelen. ‘Ik slaap niet altijd even goed en als ik langer wakker lig, ga ik het masker voelen. Soms wordt dat steeds irritanter. De bandjes te los of te strak, de uitblaaslucht

langs mijn gezicht. Als ik de band bovenop strakker trek, wordt mijn neus teveel opgeduwd door de kussentjes. Voelt vervelend en heeft inmiddels een plooi achtergelaten. Een heel geworstel. Als ik goed slaap, merk ik nauwelijks iets van het masker.’



Hermen gebruikt een neusmasker. ‘Het heeft een siliconenrand, een soort zachte flaprandjes die door de luchtdruk tegen de huid worden gedrukt en zo voor de afdichting zorgen. Tenminste als die op de goede manier is bevestigd. Dat vind ik weleens lastig. Niet te strak, is het advies. Je mag het masker niet voelen, maar als ik de banden lossler doe, blaast volgens mij de lucht alle kanten op.’

Zelf ben ik al acht jaar aan de cpap en heb al veel maskerervaring. Mijn neusdopjes met stevige hoofdband wissel ik af met een neusmasker wanneer mijn neusgaten geïrriteerd raken. >

Het ene jaar vraag ik om het ene en het andere jaar om het andere masker. Het nadeel van het neusmasker vind ik de drukplekken rond mijn neus en de striemen op mijn wangen. Ik zal de banden ook wel te strak aantrekken, maar dat geeft nu eenmaal een 'veiliger' gevoel.



Toch heeft de leverancier het mij destijds zo uitgelegd:

- Pak uw masker en leg het op uw gezicht zonder de banden vast te maken.
- Zet de cpap aan.
- Ga met uw hoofd op het kussen liggen in uw normale slaaphouding.
- Trek vervolgens de banden vast tot u een goede druk voelt. Bij maskers met een 'kussen' moet er geen reden zijn om de banden strakker te trekken. Eén van de beste eigenschappen van deze maskers is dat ze goed vastzitten, zelfs als de banden los zijn.
- Wanneer u met het masker op, comfortabel uw slaaphouding kunt aannemen, laat u het masker 'vacuüm' trekken op uw gezicht. Om dit te doen, trekt u het masker een centimeter van uw gezicht af en laat het daarna terugzakken op uw gezicht.

Handleiding lezen

Tja, het kan nut hebben om de handleiding nog een keer door te lezen. Ook het gedeelte over het schoonhouden is belangrijk. Elke dag het gedeelte van het masker dat met de huid in aanraking komt, schoonmaken. Dat voorkomt schuiven en lekkage. Het is belangrijk dat de uitademingspoort die het mogelijk maakt lucht af te voeren, schoon en open worden gehouden. Raken ze verstopt (bijvoorbeeld door condens) dan kan dit een fluitend geluid veroorzaken.

Prinses

Wat maakt een vrouwenmasker nu zo geschikt voor vrouwen? Dat zit hem vooral in de afmetingen en bij sommige maskers de banden, die het haar meer vrij laten. Ook hierbij blijft het een kwestie van de goede maat en de prettigste pasvorm. En de roze banden? 'Oh oma, dan ben je ook een prinses', zal de kleindochter van Marijke later zeggen.



Even een slokje. Nee, niet via de slang.

Maskerraad

In Nederland worden vooral maskers van Resmed, Philips Respironics en Fisher & Paykel gebruikt, maar er zijn meer leveranciers. Bent u wel eens bij een bijeenkomst van de ApneuVereniging geweest waar de Maskerraad aanwezig was? Doen, als u niet zo tevreden bent over het masker dat u nu gebruikt en advies nodig heeft. Op de tafel van de Maskerraad, nu gevormd door Bep en Cok van Norde, kunnen wel zestig maskers liggen. Het echtpaar ziet meteen welke maskers voor iemand geschikt zijn. 'We komen uit het bedrijfsleven en zijn bijna levenslang bezig geweest om maten te schatten. Bij maskers is de afstand tussen de neusbrug waar het masker op rust en de mond, belangrijk', zegt Bep. 'Als een masker te dicht in de ooghoeken zit, de neus dicht drukt of bij een neusmasker over de lip valt, past het niet goed. Er ontstaan problemen met ogen en/of traanbuisjes, lekkages waardoor de druk niet juist wordt opgebouwd en de therapie niet het beoogde effect heeft en pijnlijke drukplekken op het gezicht. Het is jammer dat er vaak maar één masker wordt aangeboden. Is dat je eerste masker, dan weet je vaak ook niet dat er een grote verscheidenheid aan maskers is en dat ze niet van hetzelfde merk hoeven te zijn als de cpap, bipap of apap. Het zou goed zijn als consultants meerdere soorten maskers zouden laten proberen om samen vast te stellen welke het best zal voldoen.'



Aan de bel trekken

Maar ook de gebruikers zelf moeten assertief reageren als een masker niet voldoet. Dit is vooral in de proeffase belangrijk. Heb je eenmaal een masker geaccepteerd, dan is het veel moeilijker om van de verzekering een ander masker vergoed te krijgen. Je moet dan zelf betalen of wachten tot het lopende jaar voorbij is om bij de eerstvolgende reguliere verstrekking een ander masker dan wel het masker van je keuze te verkrijgen. ■

FOTOCOLUMN

400.000 Pechvogels



tekst en fotocollage: Ton op de Weegh

Heeft u, net als ik, met aandacht het artikel in het vorige ApneuMagazine over het Philipsonderzoek gelezen? Bent u ook geschrokken van de cijfers? Er zijn in Nederland waarschijnlijk 500.000 mensen met serieus slaapapneu. We weten, dat er 80.000 mensen voor apneu onder behandeling zijn bij een specialist. Dat betekent dat er een slordige 400.000 mensen rondlopen die het hebben, maar die het niet weten!

Schokkende cijfers. Vooral als je weet, wat onbehandelde apneu voor gevolgen kan hebben. Overgewicht, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, hoog cholesterolgehalte. Bij heel wat niet-herkende apneugevallen wordt de verkeerde diagnose gesteld, zoals bijvoorbeeld depressie of burn-out.

Schokkende cijfers, omdat we weten wat niet-gediagnosticeerde apneu voor gevolgen kan hebben op de kwaliteit van leven. Of het nu werk gerelateerd is of in je privéomstandigheden. En de gevolgen voor je omgeving, je echtgenoot/echtgenote, je kinderen, je collega's...

Schokkende cijfers, omdat we ook weten dat bij de meeste mensen bij wie apneu geconstateerd is en behandeld wordt, de gezondheid en de kwaliteit van leven met sprongen verbetert.

Mensen bij wie apneu vastgesteld is, zijn over het algemeen geluksvogels. Veel onduidelijke klachten vallen op hun plaats, hun leven neemt een positieve wending. Leven met apneu is meestal geen levenslange straf. Ook je omgeving haalt weer opgelucht adem.

Ruim 400.000 landgenoten kunnen een veel aangenamer leven hebben. Ik vind daarom, dat ik als gediagnosticeerd apneupatiënt een taak heb. Ik heb geluk gehad en wil dat doorgeven. Ik ben bij mensen in mijn omgeving erg alert op signalen van apneu. Ik vertel er ook veel over. Daardoor zijn er twee dorpsgenoten, een vriend en een collega naar een slaapkliniek gegaan. Ze hebben als diagnose apneu gekregen. Ik heb ze ook in contact gebracht met onze vereniging. Ze hebben er lotgenoten gevonden en ontdekt dat er met apneu meestal prima te leven valt. ■



Impressie uit de Algemene Ledenvergadering

foto's: Ton op de Weegh

De ApneuVereniging groeit nog steeds. Dat is een belangrijke bron van inkomsten om ons werk voort te kunnen zetten. We worden steeds meer van, voor en door de leden.

Het bestuur kon lachend verantwoording afleggen. Ondanks een stevige bezuiniging op de subsidie wist de ApneuVereniging met een positief resultaat af te sluiten, terwijl er op geen enkele activiteit bekibbeld is. Een belangrijke rol bij het positieve resultaat speelt penningmeester Mart Peters. Door overschakeling naar een ander administratiekantoor en verstandig inkopen, o.a. van het ApneuMagazine, wist hij grote besparingen te bereiken.

Roelof Pit, landelijk coördinator, is van onschatbare waarde voor de ApneuVereniging. Het afgelopen jaar bouwde hij een uitgebreid intranet, waardoor alle vrijwilligers beschikken over betrouwbare informatie en flitsend hun taken kunnen verrichten. Vanaf herfstvakantie, Kerstmis, tot vroeg in dit voorjaar, had hij bijzonder weinig vrije tijd, want hij bouwde een state-of-the-art ledenadministratie waardoor de ApneuVereniging gesteld staat voor de 21ste eeuw. Tijdens het middagprogramma sprak hij over e-health als middel om zelf de vinger aan de pols te houden.

Voor de partners was er een apart programma. Daar werd in kleine groepen intensief gesproken over wat het betekent als je een partner hebt met apneu. Met de behandeling komt niet ineens alles automatisch goed. Je moet met elkaar rekening blijven houden. Truydy Thijssen deed daarvan verslag aan de vergadering. Op de informatiemarkt kon iedereen de verschillende apparaten bekijken, vragen stellen en overleggen met leveranciers en producenten.

Verschillende sprekers probeerden 's middags een antwoord te geven op de vraag: wie houdt de vinger aan de pols. Heel kort door de bocht: u moet zelf de vinger aan de pols houden, maar de huisarts mag wel eens een actievere rol gaan spelen. Zie pagina 32 voor een uitgebreid antwoord op deze vraag.



Het bestuur is blij, want de ApneuVereniging groeit gestaag en daarom is er meer voor u mogelijk.



Voorzitter Piet-Heijn van Mechelen en scheidend secretaris Myrjam Bakker-Boone.



Bestuursleden Annemieke Ooms en Michiel Jöbbs.



Regiocoördinator Trudy Thijssen vertelt over resultaten van het partnerprogramma.



Aandachtige toehoorders in Ede.



Peningmeester Mart Peters laat zien dat ook in barre tijden valt te winnen.



Vragen voor het bestuur.



Onze nieuwe secretaris Fred van Kuik bestudeert de stukken.



Annemieke Ooms is bestuurlid promotie.



Vanuit het publiek wordt alles nauwgezet bijgehouden.



Landelijk coördinator ledencontacten Roelof Pit.



Een apart programma voor de partners.



's Middags was Daniëlle Visser, bedrijfsarts, één van de sprekers.



Roel Aleva, longarts te Eindhoven, geeft zijn visie.



Uitwisseling van ervaringen.



Leveranciers weer ruim vertegenwoordigd op de informatiemarkt.



Vragen over nieuwe producten worden graag beantwoord.



Huub Kerkhoff, regiocoördinator Noord-Holland, in gesprek.

Cpap werkt niet altijd goed bij centrale apneu

tekst: **Ton van der Giessen**

In het ApneuMagazine van afgelopen maart staat een stuk over centrale apneu van Myrjam Bakker-Boone. Aan haar stuk vooraf gaat een persbericht van prof. Pevernagie. In dat persbericht staat o.a. 'Traditioneel worden patiënten met dit type slaapapneu (centrale apneu, oftewel csas), behandeld met cpap-apparatuur'. In het vervolg van dat artikel verwacht je dan dat er nu een andere behandelingsmethode wordt aangereikt, maar niets is minder waar, het vervolg gaat over csas in combinatie met psychologische problemen.

De min of meer automatische koppeling, die hier gemaakt wordt tussen csas en de cpap irriteert mij als csaspatiënt. Alsof er ondertussen geen onderzoek is gedaan naar beter functionerende apparatuur. Dit automatisme zorgt er ook voor dat nog steeds mensen met csas 'geholpen' worden door het voorschrijven van een cpap. Enerzijds omdat de voorschrijvende arts denkt dat dit de beste behandelingsmethode is en anderzijds omdat de verzekeringsmaatschappijen een beter behandelingstoestel niet willen vergoeden.

Obstructief apneu en de ademhaling

Hoe zit het eigenlijk in elkaar met centraal- en obstructief apneu. Obstructief apneu, oftewel osas, komt veel vaker voor dan centraal apneu, csas, en het komt ook heel vaak in combinatie met elkaar voor. Slaaptests wijzen dit duidelijk uit. Onze ademhaling is technisch gesproken een 'onderdruk' gestuurd systeem, het inademen is daarbij actief, en het uitademen is passief. Inademen geschiedt door vergroten van de borstkas door uitzetting van de ribben en naar beneden gaan van het middenrif, de borstholte wordt groter en er ontstaat een onderdruk, de longen zuigen daardoor lucht naar binnen. Het uitademen geschiedt door ontspanning, ribben en middenrif bewegen zich weer naar binnen, de borstholte wordt kleiner en de lucht uit de longen wordt naar buiten geblazen.

Bij osaspatiënten wordt bij het inademen de keelholte geblokkeerd, dit gebeurt doordat slappe weefsels in de keelholte naar elkaar toe gezogen worden. De patiënt gaat dan snurken en als de doorgang nog nauwer wordt, wordt die geheel dicht gezogen. Dat dicht zuigen gebeurt net als bij een stofzuigerslang heel stevig, hoe harder gezogen wordt (de patiënt wil lucht hebben) hoe steviger de keel wordt gesloten. De patiënt wordt daarna min of meer wakker en opent zijn keel weer, dat kan dan met een harde

snurk gepaard gaan. Tijdens deze lange ademhalingsstops kan het zuurstofniveau in het bloed behoorlijk diep dalen, waardoor er gevaar ontstaat voor hersenschade. Om dit te voorkomen is een apparaat ontwikkeld, de cpap. Dat apparaat zet de ademhalingsweg onder druk, de slappe weefsels worden dan min of meer uiteen gehouden, er ontstaat geen obstructie en de patiënt snurkt hierdoor ook nauwelijks meer en slaapt veel beter (en zijn partner ook).

Centraal apneu is heel anders

Bij csas patiënten, werkt het heel anders. Op een bepaald moment geven de hersenen geen ademhalingsimpuls meer af. De patiënt stopt dan gewoon met ademen, hij kan het nog wel, maar hij doet het gewoon niet meer. Dit duurt over het algemeen niet langer dan een halve minuut, dan stijgt nl. het koolzuurgehalte in het bloed, waardoor een soort 'veiligheidssignaal' wordt gegeven en de patiënt gaat weer ademen. Eerst een paar diepe ademhalingen en daarna weer een gewoon tempo. Deze ademhalingsstops verlagen over het algemeen het zuurstofgehalte in het bloed niet tot onder de 95% en feitelijk komt de patiënt niet in een, voor de hersenen, gevaarlijke situatie. Maar de slaapkwaliteit is laag en de patiënt rust onvoldoende uit.

Men weet niet waarom de hersenen ophouden met het geven van een ademhalings signaal en er is feitelijk ook geen remedie tegen. Maar, omdat dit nu eenmaal ook apneu heet, wordt dan toch vaak een cpap voorgeschreven. In het voorgaande over osas heb ik aangegeven wat een cpap doet en hoe hij het probleem bij osas oplost. Maar bij csas hebben we geen obstructie, dus zou het apparaat ook niet werken. Maar uit slaaptests blijkt dat het apparaat wel wat doet. Desgevraagd aan artsen weten zij wel niet waarom, maar hij doet wat. Bij mij ging het aantal apneus terug van 48 per uur naar ongeveer 20 per uur. Dat is heel mooi, maar nog steeds niet de maximaal 5 per uur die de grens is voor een gezonde slaap.

Soms is xpap niet afdoende

Bij het Centrum voor Thuisbeademing in Groningen heeft men, onder leiding van dr. P.J. Wijkstra, proeven gedaan met beademingsapparatuur (ASV) en de resultaten daarvan vergeleken met die van een cpap. Men is tot de conclusie gekomen dat een beademingsapparaat in een aantal gevallen veel beter werkt. Een beademingsapparaat neemt nl. de ademhaling van de patiënt over. Dus, wel of geen

signaal, de ademhaling gaat gewoon door. Bij mij zijn de apneus hierdoor gedaald van 20 per uur naar, gemiddeld over 3 maanden gemeten, 1,3 per uur. Wel is het heel belangrijk, ook voor het slaapcomfort, dat het apparaat goed is afgesteld, in het ApneuMagazine van september 2012 heb ik daar een artikel over geschreven (Noot redactie: Titel was 'Ervaring met de instelling van vpap', pag. 35).

Vaak komt csas voor in combinatie met osas. Ook dan kan een beademingsapparaat goed helpen, hij werkt natuurlijk voor de centrale apneus en als de onderdruk wordt afgesteld op de goede hoogte om ook een obstructieve apneu te voorkomen, dan werkt hij daardoor net zo goed of zelfs beter dan een cpap. Als u eerder een cpap had, dan moet de onderdruk dus ingesteld worden op de waarde van uw oude cpap.

Helaas is deze therapie met een beademingsapparaat kennelijk nog niet algemeen bekend. Ook ik moest hiervoor naar Groningen, omdat mijn eigen behandelaar dit apparaat van de verzekeringsmaatschappijen niet mocht voorschrijven. Het is tijd dat daar wat aan gedaan wordt. Ik hoop dat dit artikel, dat gebaseerd is op de lange weg die ik zelf heb moeten gaan om tot een goede therapie te

komen, een hulp mag zijn voor anderen die met hetzelfde probleem worstelen.

Reactie Myrjam Bakker-Boone:

'In feite hebben beiden gelijk. Dr. Pevernagie in die zin dat het standaard is om met een cpap te beginnen bij csas. In Nederland is een stappenplan voor de behandeling van csas ontwikkeld. Dit is ook zo benoemd in het stuk dat n.a.v. de lezing van dr. Wijkstra is geschreven in dit nummer. Als de cpap niet lukt, dan is medicatie, òf zuurstof, òf de bipap (en soms ASV) een volgende stap. Essentieel onderscheid hierbij is of koolzuurstapelning voorkomt of niet. Bij koolzuurstapelning komen we in de buurt van de beademingsvormen, die dan veelal via een Centrum voor Thuis Beademing worden voorgeschreven. De titel van het stuk van de heer Van de Giessen, dat cpap niet altijd goed of voldoende werkt klopt dus ook.' ■

In het vorige nummer waren we overigens in de veronderstelling dat dr. Pevernagie en dr. Overeem de eerste en enige somnologen in Nederland zijn die het internationaal slaapgeneeskundig examen gehaald hebben. Maar dat blijken er meer te zijn. Ook dr. A. de Weerd van SEIN (Zwolle en Groningen) heeft dit diploma.

TWEE REËLE PROBLEMEN. MAAR ALS JE DE WEG WEET...

1. Niet iedere slaapkliniek weet voldoende van csas. Ondanks de naam slaapkliniek of slaap-waakcentrum heeft meer dan de helft van de klinieken voornamelijk ervaring met slaapapneu en is er slechts beperkte kennis van de andere 80 slaapaandoeningen zoals parasomnien, insomnie en restless legs. En zelfs van slaapapneu is er voornamelijk ervaring met osas ofwel obstructief apneu. Voor csas zal je eerder terecht komen bij een kliniek waar een neuroloog het centrale aanspreekpunt is of bij een van de geaccrediteerde klinieken van de FSC. In ons laatste onderzoek hebben we gevraagd of de slaapkliniek ervaring heeft met centraal apneu.

2. Wordt de beademingsapparatuur vergoed?

Beademingsapparatuur zoals de ASV is veel en veel duurder dan een cpap, apap of vpap. Hij hoort dan ook niet bij de standaardverstrekking voor de behandeling van slaapapneu. En zal in de regel dan ook niet vergoed worden. Slaapklinieken met goede relaties met de Centra voor Thuisbeademing weten de weg te vinden om deze apparatuur indien nodig voor csas-patiënten in te zetten.



Klinieken met ruime csas-ervaring (> 50 patiënten p.j.)
(uit het rapport Kansrijke Klinieken, december 2012)

Apeldoorn, Gelre ziekenhuizen - regio Gelre

Den Haag, Medisch Centrum Haaglanden

Ede, Ziekenhuis Gelderse Vallei

Eindhoven, Catharina Ziekenhuis

Enschede, Medisch Spectrum Twente (MST), locatie Enschede

Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen

Harderwijk, Ziekenhuis St. Jansdal

Heeze, Kempenhaeghe, Centrum voor Slaapgeneeskunde

Hoorn, Binnen Westfries Gasthuis Hoorn

Nijmegen, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Tilburg, TweeSteden Ziekenhuis Tilburg / Waalwijk

Velp, Slaapapneucentrum Rijnstate / Velp

Venray, Vie Curie Medisch Centrum

www.apneupagina.nl



SomnoDent®:

De **gouden** standaard in MRA-behandeling

Een SomnoDent®: Het beste alternatief in de behandeling van slaapapneu.
Kijk voor meer informatie en een overzicht van tandarts-MRA-specialisten op:

www.apneupagina.nl

INTRIGEREND NIEUWTJE IN HET KADER VAN STOFWISSELING

Respiratiekamers analyseren stofwisseling en energiehuishouding

Omdat veel apneupatiënten problemen hebben met de stofwisseling geven we graag wat aandacht aan de respiratiekamers die voor onderzoek worden gebruikt.

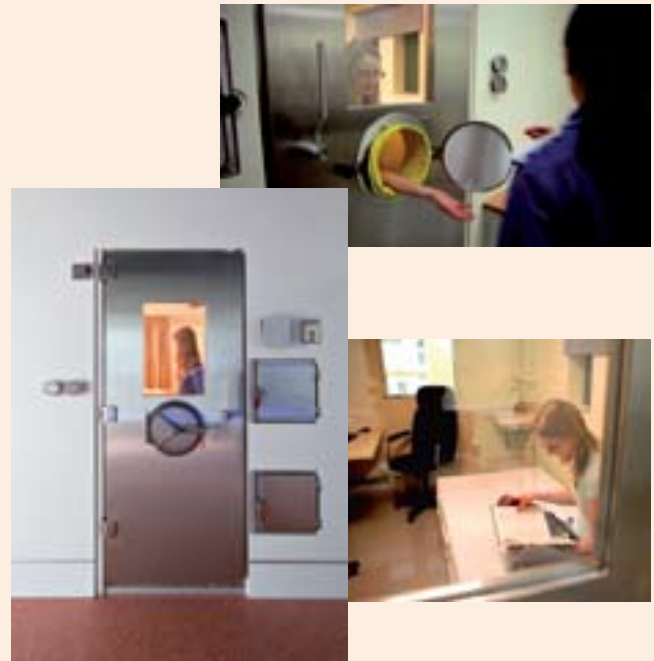
De respiratiekamers (ook wel calorimeter-kamers of met een Engelse term *room calorimeters* genoemd) worden gebruikt om de stofwisseling en de energiehuishouding bij mensen te onderzoeken. De kamer vormt een volledig gesloten circuit. De proefpersoon gaat erin en komt er daarna een aantal dagen (een tot maximaal vijf) niet meer uit. Maaltijden worden door een luikje aangeleverd. Urine wordt in potten opgevangen en onderzocht, en ontlasting wordt bevroren door het volautomatische diepvriestoilet.

Er wordt gecontroleerd verse buitenlucht naar binnen geleid en de door de proefpersoon gebruikte lucht afgezogen. De verhouding tussen de zuurstof en CO₂-concentratie van de ingeblazen buitenlucht en de afgevoerde gebruikte lucht wordt voortdurend gemonitord en geanalyseerd.

Uit die verhouding kunnen wetenschappers afleiden hoe het met de stofwisseling en de energiehuishouding van de betreffende proefpersoon gesteld is. In het onderzoek naar de stofwisseling wordt onder meer gekeken hoe het lichaam omgaat met de aangeboden voeding en hoe die voeding in het lichaam vervolgens wordt omgezet in energie. Zo is van koolhydraten (zoals brood en pasta) inmiddels bekend dat voor de verbranding van één gram 0,8 liter zuurstof nodig is, en dat de CO₂-uitstoot vervolgens ook 0,8 liter is. Bij verbranding van vet ligt die verhouding heel anders: voor de verbranding van één gram vet is 2 liter zuurstof nodig, en dat levert 1,4 liter aan CO₂-uitstoot op.

Als je kunt meten hoeveel energie een mens per dag nodig heeft, dan weet je ook hoeveel die mens per dag zou moeten eten. Dat heet energiebalans. Er is niet veel fantasie voor nodig om in te zien hoe belangrijk dergelijk onderzoek is in tijden waarin obesitas en diabetes een steeds groter probleem vormen.

De uitkomsten van dit metabolisme-onderzoek kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt om voeding of voedings-supplementen te verbeteren, hetgeen met name relevant is voor onderzoek naar overgewicht en obesitas. Maar de respiratiekamers worden ook ingezet voor onderzoek naar chronische ziektes als COPD en diabetes. In feite is de respiratiekamer een metabool laboratorium, dat kan worden ingezet voor het bepalen van de energiebalans van een



slapende persoon tot en met het meten van de prestaties van topsporters die zich tot het uiterste inspannen op een hometrainer. Een respiratiekamer bestaat concreet uit drie onderdelen:

- de kamer zelf, voorzien van een uitgekiend systeem voor luchtbehandeling en klimaatcontrole, een diepvriestoilet, wastafel, bed, en voorzieningen als televisie, internet en een opklapbaar werktafeltje (zie bijgevoegde foto's);
- een hightech gasmeet- en analyse-systeem;
- software voor het verzamelen en analyseren van data.

De vakgroep Humane Biologie en de onderzoeksinstituten NUTRIM, onderdeel van het Maastricht UMC+, hebben op het gebied van dit type mensgebonden onderzoek een leidende positie in de wereld. Met de technische ondersteuning van Maastricht Instruments bv en DSM Resolve kunnen de respiratiekamers wereldwijd worden geleverd. Al eerder werden er twee kamers geleverd aan de Universiteit van Warwick in Engeland. En nu is er een order gekomen voor twee kamers uit Singapore, van het Singapore Institute of Clinical Science (SICS). Met de order is een bedrag van 1,9 miljoen euro gemoeid. De kamers worden verscheept en ter plekke op maat opgebouwd door Limburgse deskundigen. ■

ACTIEVERE ROL VOOR HUISARTS

Wie houdt de vinger aan de pols?

Het onderzoek onder Philipsmedewerkers heeft nog eens duidelijk gemaakt dat er veel meer mensen met slaapapneu zijn dan tot voor kort werd aangenomen. En ook hoeveel mensen dat niet wisten, terwijl ze wel klachten hadden en voor van alles behandeld worden, zonder dat de achterliggende slaapapneu ontdekt werd. Dat roept onvermijdelijk vragen op naar de rol van de huisarts. En dan zijn er nog de mensen die inmiddels 3, 5, 8, 10 jaar, de rest van hun leven 'behandeld worden' met cpap of mra. Bij wie zijn ze eigenlijk onder behandeling? Ligt daar geen rol voor de huisarts, die bij steeds meer chronische ziekten de zorg op zich neemt en/of coördineert. Ziehier enkele belangrijke redenen om tijdens het jaarlijkse symposium van de ApneuVereniging aandacht te geven aan het thema: Wie houdt de vinger aan de pols?

tekst: **Piet-Heijn van Mechelen**

De eerste lijn! De eerste lijn!

Wie regeringsnota's leest, ziet dat daarin grote verwachtingen zijn over de huisarts. Er moet niet zoveel dure zorg naar de ziekenhuizen als de huisarts het evenzogoed of beter kan. En daar zit hem nu net de kneep. Kan hij het evenzogoed of beter? Daar gaan de nota's voetstoots van uit. Maar daar heeft de gemiddelde huisarts de afgelopen 18 jaar dat de behandeling voor slaapapneu in het basispakket zit, zeer weinig blijk van gegeven. Het is in dit verband belangrijk te signaleren dat de discussie om morgen al met een actievere rol voor de huisarts te beginnen, voornamelijk gevoerd wordt door de huisartsenlaboratoria, die met slaapapneu een nieuw onderzoek aan hun dienstverlening kunnen toevoegen. De huisartsen zelf verwijzen in hun nieuwe richtlijn (die in het najaar uitkomt) vooralsnog naar de slaapklinieken.

De patiënt (partner) stelt zelf de diagnose

De huisarts heeft grote moeite om slaapapneu te herkennen. Laat staan dat hij diagnose en behandeling ter hand zou kunnen nemen. Als klachten ernstig genoeg worden voor een bezoek aan de huisarts, denkt deze eerder aan de hieruit voorkomende ziekten en behandelt die dan ook. Tijdens het eerste grote onderzoek van de ApneuVereniging in 2004 schrokken we van de houding ten opzichte van de huisarts. Specialisten, leveranciers en zelfs maskers werden gemiddeld voldoende tot zelfs hoog gewaardeerd. Zij kregen nauwelijks een onvoldoende als rapportcijfer. Daarentegen gaf 31% van diezelfde respondenten de huisarts een rapportcijfer 3 of minder. Ongekend in sociaal onderzoek. Er is duidelijk iets mis. Mensen waren teleurgesteld dat ze aan het lijntje gehouden werden; dat hun klachten van slaperigheid en vermoeidheid gebagatelliseerd werden. Tot vandaag de dag horen we dat de patiënt zelf de diagnose stelt.

Eigenlijk meestal de partner. Die heeft gelezen in de krant over apneu. Of er van gehoord van een neef, buurvrouw, collega, op de camping van iemand die het had en komt met die suggestie bij de huisarts. En dan komt het treintje pas in beweging. De huisarts komt zelden op die gedachte. Dus als we de onderdiagnose willen verminderen hebben we meer aan publieksvoorlichting dan aan pogingen om de huisartsen alerter te maken. De patiënt houdt op de eerste plaats zelf de vinger aan de pols.

De bedrijfsarts kan ook een tandje alerter

Tijdens het symposium vertelde Danielle Visser over de nieuwe richtlijn voor bedrijfsartsen. Ook zij zouden alerter kunnen reageren op signalen van patiënten. In de richtlijn staan zaken waarop hij moet letten en zo nodig kan testen. En het is ook duidelijk dat de bedrijfsartsen een grote rol moeten spelen bij de re-integratie. Als iemand tijdig gediagnosticeerd is kan hij aan het werk blijven of de volgende dag meteen weer aan de slag. Maar meestal is er meer aan de hand en moet er een plan gemaakt worden met begeleiding.

De slaapkliniek?

De slaapkliniek speelt de hoofdrol bij de diagnose en de keuze voor de behandeling. Longarts Roel Aleva van Máxima Medisch Centrum ziet wel wat in een hechtere samenwerking met de huisarts, zodat deze vaker en gerichter verwijst. En dat geldt nog meer voor de behandeling. Na de proefperiode zien de meeste slaapklinieken de patiënt alleen als die zelf vragen heeft. Er is wel periodieke controle bij Máxima Medisch Centrum, maar het is geen regel bij alle klinieken. Daar ligt dus een rol voor de patiënt. Die moet zelf de vinger aan de pols houden.

Oké, de patiënt zelf. Met E-health?

Dan blijft toch de vraag hoe de patiënt moet weten of alles goed gaat. Roelof Pit, landelijk coördinator en tevens expert op het gebied van ICT en E-Health ging daar in zijn bijdrage uitgebreid op in. Natuurlijk is het belangrijkste dat je op de eerste plaats naar de signalen van je eigen lichaam luistert. Bij twijfel of het goed gaat zijn er tal van hulpmiddelen. Bij veel cpap's kun je in het venster uitlezen of die zijn werk wel goed gedaan heeft: is de AHI gedaald en onder de 10 of misschien zelfs onder de 5? Was er sprake van lekkage? Etc. Maar bijna alle cpap's hebben ook software die je op de computer over weken en maanden uitgebreide rapporten kunnen geven hoe het gaat. Dat is niet altijd eenvoudig. Vandaar dat voor de meest gebruikte apparaten er gebruikersclubs zijn, die de patiënt behulpzaam zijn met het uitlezen. In de toekomst komen er steeds meer systemen die het de patiënt gemakkelijk maken zelf de vinger aan de pols te houden.

Stand van zaken. Zorggroepen?

De interactieve sessie na de pauze versterkte het beeld. In meer dan de helft van de gevallen was het de partner die de

slaapapneu ontdekt had. En de meeste mensen liepen ook al langer dan 5 jaar met klachten rond voordat de diagnose officieel gesteld werd. Breed gedragen werd het idee dat de huisarts wel eens wat actiever en alerter zou mogen worden. Maar veel vertrouwen had de zaal daar niet in, gezien de ervaring van velen met de huisarts. Opvallend en nieuw was de ontdekking dat een groot aantal mensen, meer dan een derde, naast de behandeling voor slaapapneu nog bij een andere specialist liep (genoemd werd verschillende keren de cardioloog). Er werd dan ook vaak een pleidooi gehouden voor meer coördinatie tussen de verschillende specialisten uit het ziekenhuis. Ook de samenwerking tussen ziekenhuis en de huisarts zou beter moeten. Het idee voor zorggroepen, waarbij verschillende huisartsen zich aansluiten voor de chronische zorg voor bijvoorbeeld hartpatiënten en diabeten, vond iedereen een bijzonder goed idee ook voor slaapapneu. Maar op de paar honderd chronisch patiënten in de zaal had, op een enkeling na, niemand ervaring met zo'n zorggroep in zijn regio. De zorggroep lijkt vooralsnog een papieren werkelijkheid. Tot die tijd moet de patiënt zelf de vinger aan de pols houden en als er iets is, er achter aan. ■

De ervaring van Sjoerdje, een verhaal uit duizenden

Er loopt een discussie of de huisarts geen actievere rol zou moeten spelen bij de diagnose van slaapapneu. En zouden we als ApneuVereniging, gezien de grote onderdiagnose niet alle hulp die we kunnen krijgen met beide handen aan moeten grijpen. Vanwaar die aarzeling? Een of twee keer per maand krijgen we een brief binnen met de ervaring hoe lang het duurde voor de slaapapneu herkend werd door de huisarts. Wie op het ApneuForum kijkt of binnenloopt bij een regionale bijeenkomst en zo eens rondvraagt, hoort niet anders. Dit is kennelijk hoe het gaat.

Geachte heer Van Mechelen

Ik kan niet bij het symposium zijn, maar wil toch mijn ervaring met mijn huisarts graag kwijt. In 2012 is bij mij apneu geconstateerd. Ik bleek 101 apneus per uur te hebben. Jaren geleden begonnen mijn klachten al met vaak in slaap vallen voor tv, in de auto als rijder, enz. Verder veel nachtmerries en vaak naar toilet moeten in de nacht. Toen ik voor de allereerste keer (en dan spreek ik wel 5 tot 6 jaar voor de diagnose) mijn huisarts er naar vroeg waren het spanningen. Oké, die waren er ook in die tijd. Maar de spanningen waren weg maar mijn klachten niet. Later weer gevraagd. Misschien waren het wel overgangsklachten, volgens de huisarts. Zo ging dat een tijdje door. Tot ik er maar niet meer naar vroeg. Maar ik kon zelfs op mijn werk niet meer wakker blijven. Zo raar... 'Ach', zei ik dan, 'dit hoort gewoon bij mij.' Tot mijn man na een slapeloze nacht eens zei: 'Volgens mij stop jij met ademen.' 'Welnee', zei ik, 'dat kan toch niet?' 'En je snurkt ook heel erg...' Nou ja, dat wist ik al wel. Mijn man raadde me aan om toch maar weer eens te vragen bij de huisarts. Daar had ik eigenlijk geen behoefte aan. Maar toen hoorde ik van een buurvrouw dat er een andere arts (in opleiding) zat in de praktijk. Dus toch maar de stap genomen. Mijn man

zei nog: 'Dan moet je ook zeggen dat je stopt met ademen.' Dus zo gezegd. Gelijk alle alarmbellen aan het rinkelen. En binnen een maand was daar de diagnose en twee weken later had ik mijn cpap in huis. Toen wij later onze eigen huisarts er eens op aan spraken, kreeg ik zelf de schuld dat ik niet duidelijk mijn klachten had uitgelegd. Het zou voor mij geen goede zaak zijn als mijn huisarts me zou moeten begeleiden hierin...

Vriendelijke groet, Sjoerdje V.

Bij het onderzoek onder patiënten vragen we altijd hoe lang het duurde voordat de slaapapneu ontdekt werd. Gemiddeld duurt het 5 tot 8 jaar. Voor 37% duurde het zelfs acht jaar of langer voor dat ze er achter kwamen dat ze slaapapneu hadden. Het verhaal van Sjoerdje hierboven is dan nog een milde variant. Bij veel mensen gaat het in die jaren steeds slechter op het werk, in de relatie en in het gezin. Alles raakt ontregeld. Mensen raken hun baan kwijt of moeten hun bedrijf verkopen. En dan hebben we het nog niet over de gezondheid. Mensen krijgen allerlei klachten en aandoeningen en worden daar door huisarts en specialist ook daadwerkelijk voor behandeld. Je zou zeggen dat levert een vlammend betoog voor grotere betrokkenheid van de huisarts; dat hij sneller herkent dat het wel eens om slaapapneu zou kunnen gaan. Daarmee zou hij veel ellende kunnen voorkomen. Maar dan is de prangende vraag: heb je er enig vertrouwen dat het goed gaat komen met die huisarts? En dan zien we in de brief van Sjoerdje de twijfel van velen. Je legt niet graag je lot in handen van de man die vijf tot acht jaar lang bewezen heeft dat hij geen verstand heeft van slaapapneu. ■



Sleep fitness, so you're fit for living.

Linde Healthcare: door patiënten beoordeeld als
beste leverancier van OSAS producten en diensten.¹

Linde Healthcare is toegewijde leverancier van producten, therapieën en diensten aan de institutionele zorg, spoedeisende hulp en thuiszorg over de hele wereld.

Met een ervaring in slaapapneu van meer dan 20 jaar, voorzien wij wereldwijd ruim een miljoen patiënten van medicinale zuurstof, apparatuur voor slaapapneu en andere gerelateerde therapieën. Wij zijn specialist in de dienstverlening omtrent slaapstoornissen en bieden volledige ondersteuning aan patiënten, artsen en zorgverzekeraars in de behandeling en het beheer van slaapapneu. Met een breed scala aan diensten op maat bieden we professionele begeleiding voor patiënten, adequate opvolging van de therapie en zeer betrouwbare apparatuur.

Voor meer informatie, bezoek onze website: www.linde-healthcare.nl

Linde Healthcare Benelux

De Keten 7, 5651 GJ Eindhoven

Tel. +31.88.3276-365, Fax +31.88.3276-277, osas.nl@linde.com, www.linde-healthcare.nl

De makke van de huisarts

Sorry hoor, dit moet ik even kwijt. Ik denk dat de grootste trots van de huisarts is: ik zie het al meteen als ze binnenkomen... Zijn beroepseer is dat hij binnen een minuut weet welke ziekte een patiënt heeft. Het gesprekje van enkele minuten met de patiënt dient alleen om af te vinken of hij het bij het rechte eind heeft. Bij sommige beroepen noemen ze zo'n benadering een tunnelvisie. Ik denk dat die beroepseer leidt tot beroepsdeformatie. Zo'n man werkt alleen in de praktijk. Er is geen baas of collega die je op de vingers kijkt of corrigeert. Na enkele jaren denk je ook gewoon dat je het altijd bij het rechte eind hebt en dat je eigenlijk ook niks bij hoeft te leren. De praktijk is de beste scholing. Toch?

Het is verbazingwekkend: overal staan we als Apneu Vereniging op beurzen en krijgen we veel belangstellenden aan de stand. Neurologen of huisvrouwen? Iedereen geïnteresseerd. Op een beurs voor huisartsen nulkommanul belangstelling. Congres voor jonge huisartsen in opleiding idemdito met een sterretje. De stand wordt alleen gebruikt om er een leeg koffiekopje op te zetten. Er wordt een lezing georganiseerd op het huisartsencongres. Van de 1600 bezoekers aan het congres toonden er 26 (!) belangstelling voor apneu. Je schiet zo'n huisarts aan: 'Nee, hij heeft geen belangstelling, hij heeft het niet, haha.' Je hoort twee huisartsen tegen elkaar zeggen: 'Die slaapapneu is tegenwoordig toch zo'n hype.' Ze hebben kennelijk geen flauw idee hoe het zit. Maar ze willen het niet weten ook. Ook hoor je regelmatig: 'Die apneu, dat zit gewoon tussen de oren.' Zelfs een leek weet tegenwoordig dat apneu met de AHI en zuurstofsaturatie de best objectief meetbare slaapstoornis is. Die kennis is aan veel huisartsen voorbij gegaan.

Oké, je ziet het niet als huisarts, dus heb je er niet mee te maken. En omdat je er niet mee te maken hebt, denk je dat het zo'n vaart niet zal lopen. En daarom zie je het dus ook niet als huisarts, dus heb je er niet mee te maken, enz. enz. Maar nu. Mijn eigen huisarts zag het onder zijn neus gebeuren. Ik slikte anderhalf jaar medicijnen tegen burn-out en depressie. Want dát was het volgens hem. Het hielp niet, dus zes sessies van een psycholoog er tegenaan. Ook dat leverde niet de oplossing. Ik had ondertussen de aandelen van mijn zaak verkocht, want het ging niet meer. Mijn vrouw las iets over apneu. De huisarts schreef een verwijzing. Na twee maanden cpap kon ik weer een verantwoordelijke baan voor zestig uur per week aan. Ik heb er nooit aan gedacht een rechtszaak tegen hem te beginnen. Wat had hij veel ellende kunnen voorkomen als hij een beetje opgelet had. Denk alleen al aan thuis, aan de combinatie: weinig energie, kort lontje en puberende dochters. Die jaren kun je niet meer overdoen. Maar procederen tegen een medicus: echt kansloos. Bovendien, ik was veel te blij dat ik weer energie had. Dus niet omkijken. Vooruit maar weer.

Het is nu zo'n tien jaar later. Je hoopt toch dat je eigen huisarts er in ieder geval door deze ervaring er wat van opgestoken heeft. Dus ik breng hem op een gegeven moment ook nog wat boekjes en folders. Maanden later vraag ik hem er naar. Nee, hij had nog geen tijd gehad er in te lezen. Ik kreeg niet de indruk dat hij het van plan was. Geen tijd = geen prioriteit. Ik was laatst weer op bezoek bij hem. Ik vroeg hem zo terloops, om hem niet in een schuttersputje te dwingen, of hij nu veel apneupatiënten in zijn praktijk heeft. Hij dacht toch wel zo'n 12 patiënten, zei hij trots. Ja, hij kreeg er steeds meer oog voor, voegde hij er aan toe. Ik vertelde hem dat er in een gemiddelde normpraktijk minimaal 35 patiënten zouden zijn. En ik had begrepen dat hij een grotere praktijk had met weinig kinderen en veel ouderen. Dan zouden het er zomaar 50 tot 80 kunnen zijn. Dat leek hem sterk overdreven. Ik zei nog dat uit recent onderzoek gebleken was dat 4 van de 5 mensen met apneu niet wisten dat ze het hadden. Ook dat zou er op wijzen dat er in zijn praktijk wel 60 patiënten zouden zijn, waarvan nog 48 niet door hem ontdekt. Hij was nu toch in de verdediging gedrongen en vroeg of dat onderzoek wel representatief was.

Kijk, zo gaat het nou. Eigenwijs zijn ze. Letterlijk. Zo'n huisarts zit daar maar de godganselijke dag beminnelijk autoriteit te zijn. Geen tegenspraak in de spreekkamer. Mensen de hele dag overtuigen dat zij weten wat het beste voor hen is. Ik heb wel eens gedacht naar een andere huisarts te gaan. Maar ik vrees dat ze allemaal zo zijn. De beroepsdeformatie van de huisarts. ■



BLINDELINGS JE MASKER OP- EN AFZETTEN...

Apneumaskers en toebehoren

Gebruikers van maskers ervaren helaas regelmatig enig ongemak bij het dagelijkse gebruik ervan. De fabrikant lijkt en blijkt niet geheel aan alle wensen van haar klanten te 'kunnen' voldoen. Of lijkt - of blijkt - zich niet voldoende bewust van de minder goede ervaring met haar product.

tekst: **Piet Schütz**

Gebruikers hebben al genoeg ongemak van hun centrale - of obstructieve - apneuaandoening. Daar bovenop ongemak van hun therapie-apparatuur. We willen zo veel mogelijk aan het gebruikersgemak toevoegen door de kennis van nu en ongemakken te inventariseren en onder de aandacht van fabrikanten te brengen ten behoeve van gewenste en/of benodigde aanpassingen.

De gebruikers komen uit alle windstreken en hebben diensgevolge een meer of minder verschillend aangezichtsprofiel, nog los van de leeftijdsverschillen. Bijvoorbeeld de hoogte van de neus naar koon, breedte van de neus en dergelijke.

De diverse maskers zijn te onderscheiden in:

- A. *neusgatenmasker*: voor hen die hiermee kunnen omgaan;
- B. *neusmasker*: voor hen bij wie de mond door eigen reflex 'automatisch' gesloten blijft;
- C. *full face masker*: voor hen die ook met masker overschakelen op mondademhaling.

Allereerst dient een keuze gemaakt te worden uit masker A, B of C, waarvan men verwacht dat het zal voldoen.

Het neusgatenmasker, ook wel neusdoppen genoemd

Hier heb ik zelf geen (goede) ervaring mee. Maar het lijkt vooral geschikt voor mensen die last hebben van claustrofobische gevoelens en die niet zo'n hoge druk nodig hebben.

Het neusmasker

- Pas het masker vanuit de hand en voel of de gel- of siliconerand overall even zacht op de huid drukt en zet de therapiedruk aan. Bij een constante therapiedruk is de kans dat er geen lekkage ontstaat groter dan bij een wisselende druk.
- Bemerkt of er direct of bij naar boven of beneden kantelen, lekkage ontstaat en onthoud deze stand.
- Stel de onderste band af. Die dient naar achter te lopen, net naar het punt waarop nekwervel en schedel elkaar naderen, omdat anders bij het draaien van je hoofd het masker in het gezicht naar links of rechts wordt getrokken en gaat lekken.

- Stel de bovenste band zo af dat het masker niet voor of achterover kantelt. Doe dit door -indien aanwezig - de afstelbaarheid te gebruiken tussen boven- en onderband.

- Let op dat de verbinding tussen boven- en onderband zo wordt ingesteld dat de trekrichting naar achteren, het masker niet naar boven of beneden duwt.

Als het masker gaat lekken zet dan eerst de druk af, licht het masker op en vlei het terug aan het gezicht en start de therapiedruk opnieuw.

Het full face masker

Deze kent twee versies:

- zonder voorhoofdsteun (zie de opmerkingen zoals bij het neusmasker);
- met voorhoofdsteun (zie ook de opmerkingen zoals bij het neusmasker, maar stel nu de hoofdsteun zo af dat kantelen niet meer mogelijk is, alvorens de onderste band af te stellen).

Opmerkingen

1. Onder de therapiedruk komen de banden onder spanning te staan en rekken ietsje op. Daarom is nastellen dikwijls nodig.
2. Ook vormt uw gezicht zich naar het masker en andersom. Daarom is nastellen na enige tijd nodig.
3. Als uw banden niet naar tevredenheid zijn in te stellen, kruip achter de naaimachine en creëer zelf een aardige oplossing.
4. Na een jaar gebruik bent u aan een nieuw masker toe, vraag hiernaar!

De luchtslang en bevochtiger

De luchtslang kunt u onder de dekens door via de buik en borst naar het masker leiden. Dat heeft het voordeel dat minder kans op condensvorming ontstaat in een de koude slaapkamer in de winterperiode en vooral als een lucht bevochtiger wordt gebruikt.

Verder: als de slang van boven de dekens en het hoofd wordt aangelegd is er kans dat deze voor de uitblaas luchtstroom komt en daar lawaai veroorzaakt als deze lucht tegen de slang blaast.

Zeker adviseer ik de verwarming van de bevochtiger aan te zetten.

De vrolijke noot

Om het verhaal toch maar wat komisch te besluiten rond alle ongemakken en zo lang de fabrikanten hier geen oplossing voor bieden, geef ik u nog wat tips mee.

Als de lucht uit uw masker bij uw partner in de nek blaast zijn hier dus wat adviezen:

- leg een stapel kussens tussen u beiden;
- zet er een schot tussen;
- maak een kapje met schroefjes, tape of lijm op het masker vast, zodat de luchtstroom naar boven wordt gericht;
- zet een strijkplank op z'n kant tussen u en uw partner;
- of ga gewoon in de logeerkamer slapen.

**Geruststelling**

Na een tijdje slaap je wel door, èn zet je je cpap uit en aan, èn lukt het ook je masker op- en af te zetten... En dat blindelings... zonder dat je dat, als je wakker geworden bent, na kunt vertellen!

Grzzzz en suc6...

Piet Schütz: 'We zijn creatief bezig geweest om de ongemakken enigszins acceptabel op te lossen: we hebben een paar kussens verticaal aan elkaar genaaid voor tussen ons in i.p.v. het serieuze voorstel van een vertegenwoordiger om er de strijkplank tussen te zetten... en een kapje op het masker gemaakt dat de luchtstroom naar boven richt.'



**Eindelijk
een gezonde
nachtrust!**

 EASY COMFORT - MRA

Snurken & Slaapapneu



- ✓ In 96% van de gevallen effectief tegen snurken en slaapapneu
- ✓ Makkelijk mee te nemen op vakantie
- ✓ Altijd een behandelaar bij u in de buurt

www.ecmra.nl



Easy Comfort MRA: De snurkbeugel die je slaapprobleem oplost



Ene csas is de andere niet...

Op de laatste zaterdag van maart is dr. Peter Wijkstra op zijn vrije dag vanuit Groningen naar vergadercentrum De Schakel in Nijkerk gekomen om een uiteenzetting te geven over het centraal apneu syndroom. Evenals 160 leden, patiënten en professionals, die vanuit het hele land op dit onderwerp zijn afgekomen.

tekst: **Myrjam Bakker-Boone**

De verschillende soorten centraal apneu worden uitgelegd, ingedeeld naar oorzaken. Er is centraal slaapapneu met hypercapnie (hoog koolzuurgehalte, ook wel koolzuurstapeling genoemd) en centraal apneu waarbij hypercapnie geen rol speelt.

De oorzaken voor slaapapneu *met* hypercapnie kunnen zijn:

- adempompstoornissen door bijvoorbeeld neuromusculaire aandoeningen;
- centrale ademhalingregulatiestoornissen, bijvoorbeeld Ondine's curse en congenitale hypoventilatie;
- medicamenteus, bijvoorbeeld bij opiaatgebruik of na een narcose;
- gemengde vormen van a en b, bijvoorbeeld het obesitas hypoventilatie syndroom.

De oorzaken voor slaapapneu *zonder* hypercapnie kunnen zijn:

- op zichzelf staand centraal apneu, niet veroorzaakt door iets anders;
- centraal apneu door Cheyne Stokes ademhaling en stroke (CVA);
- centraal apneu op grote hoogte ten gevolge van ijlere lucht;
- centraal apneu ontstaan tijdens de behandeling voor osas (complex slaapapneu).

Chronisch pompfalen (zie a.) komt voor bij spierzenuwziekten (zoals de ziekte ALS), een borstkasvergroeiing (bijvoorbeeld door scoliose of fors overgewicht) en longziekten, zoals bronchitis en emfyseem. Ook het obesitas hypoventilatiesyndroom neemt een belangrijke plaats in. Hierbij is sprake van fors overgewicht (BMI > 30) met overdag een te hoog koolzuurgehalte. Andere oorzaken van het

pompprobleem zijn dan uitgesloten. In deze groep heeft 80% osas en zij kunnen goed baat hebben bij een cpap.

Osas, die wordt behandeld met een cpap, kan csas tot expressie brengen. Wijkstra maakt daarbij een verschil tussen complex en gemengd apneu. Gemengd slaapapneu is een mengbeeld van osas en csas. Bij complex slaapapneu ontstaan er centrale componenten als de osas component goed is behandeld.

Hartfalen en csas

Wijkstra vertelt dat csas vaak voorkomt bij hartfalen. Behandel mogelijkheden zijn: zuurstof, het medicijn Diamox, een gewone cpap of een bipap / ASV machine. Hij legt het verschil tussen een cpap en een bipap uit. Een cpap heeft een continue flow met één drukinstelling en de patiënt ademt altijd zelf. Een bipap kent twee verschillende drukken en de patiënt kan zelf ademen of laten beademen.

Stapsgewijze aanpak bij csas

Wijkstra zegt daarover het volgende: 'Als csas gepaard gaat met koolzuurstapeling, is beademing vaak noodzakelijk en is de cpap veelal niet de aangewezen behandel methode, als er sprake is van obesitas hypoventilatie is er veelal ook een osas en is cpap wel voldoende.' De therapie bij csas (normaal koolzuur) is stapsgewijs en zal bij iedere stap opnieuw moeten worden geëvalueerd.

Hij beveelt dan ook het volgende aan:

- Start met een cpap
- Controle van het effect van de cpap door verhaal van de patiënt en polysomnografie
 - indien goed: ga zo door
 - indien niet goed, voeg Diamox of zuurstof toe

FORSE GROEI GROEPEN PATIËNTEN DIE MOETEN WORDEN BEADEMD

Wijkstra toonde twee grafieken van patiëntengroepen die enorm groeien. Een schokkende ontwikkeling is met name de forse groei van de groep patiënten met spierzenuwziekten, zoals ALS, Duchenne en Bekker, van nog geen 200 in 1991 naar ruim 1200 in 2012. De totale groep die beademd moet worden via een CTB, is gegroeid van minder dan 200 in 1991 naar 2215 in 2012.



Verschil CPAP - BiPAP

- CPAP (continuous positive airway pressure)
 - continue flow, 1 druk
 - Patiënt ademt altijd zelf
- BiPAP (bilevel positive airway pressure)
 - Twee drukken
 - Patiënt kan zelf ademen



3. Controle effect door verhaal van de patiënt en polysomnografie
4. Indien niet goed, dan pas ASV.
(Noot van de redactie: De ASV is een beademingsmachine, die slechts spaarzaam wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar. En daar is altijd de hulp van het Centrum voor Thuisbeademing voor nodig).

Centra voor thuisbeademing

Naar aanleiding van dit stappenplan legt Wijkstra ook het nodige uit over de organisatie van de centra van thuisbeademing (CTB), waar patiënten terecht komen met

centraal apneu met te hoog koolzuur. Voor patiënten met centraal apneu met een normaal of te laag koolzuurgehalte is dat niet van toepassing. Tot Wijkstra's voldoening was de zaal, in tegenstelling tot zijn studenten die onderling nog wel eens gaan smoezen, muisstil. Tot het moment van vragen stellen aanbrak. De 'oude' en de 'nieuwe' secretaris renden rond met de handmicrofoon en tot na sluitingstijd bleven mensen met elkaar in gesprek.

De presentatie van dr. Peter Wijkstra staat op onze website: www.apneuvereniging.nl ■



Ik krijg de
slaap
die ik nodig heb
voor de
energie
die ik geef

DE TOTAALOPLOSSING IN SLAAPAPNEU

Vivisol voert een ruim assortiment op het gebied van zowel CPAP als MRA en kan daardoor patiënten altijd van de best passende oplossing voorzien.

Als marktleider is VIVISOL ervaren in het helpen van patiënten met slaapapneu. We bieden daarvoor de modernste medische technieken aan, zoals CPAP en MRA. Dit combineren wij met persoonlijke begeleiding, voorlichting en monitoring door onze gespecialiseerde OSAS-consulenten. Deze combinatie blijkt doorslaggevend voor het behandelingsucces. Wij staan voor onze patiënten klaar en zoeken altijd samen met hen naar de beste oplossing. VIVISOL werkt samen met alle zorgverzekeraars en verzorgt het gehele administratieve traject.

Wenst u meer informatie? Neem contact met ons op via de website.
Wij staan klaar om u te helpen: www.vivisol.nl.



VIVISOL

Zuurstof
Beademing
OSAS

De basis
voor
vertrouwen
in je dag

HIJ IS ER GEWEEST, AL IS HET HUMEURIG EN CHAGRIJNIG...

Alkmaar



tekst: Geeske van der Veer - Keijsper

Ben er trots op. Wonen in Alkmaar. Een gemoedelijke, gezellige winkelstad. Die zijn stinkende best doet om zelfs *dè* winkelstad van dit jaar te worden. Gaat trouwens niet door, want die verkiezing bestaat niet meer. Naast de welbekende ketens, ook veel particuliere ondernemers. En niet te vergeten, prachtige panden, niet alleen in d'Oude Stad.

Dan de omgeving. Waar manlief en ik wonen, zijn wij met de fiets vijf minuten van het centrum af; in zes minuten langs het golfferrein in het pittoreske kunstenaarsdorp Bergen en in twintig minuten op het strand van Egmond. Met de auto is dit nog geen tien minuten; vijftien minuten naar Bergen aan Zee en een paar minuten voordat wij de ringweg bereiken om de 'wijde' wereld te verkennen. De trein halen wij lopend in tien minuten. En dan heb ik het nog niet eens gehad over onze heerlijke duinen en het weidse polderlandschap. Wij fietsen wat af! Ook historisch gezien is Alkmaar goed vertegenwoordigd. Kent u de uitdrukking: 'Van Alkmaar de Victorie'? Die is ontstaan, omdat wij (alsof ik toen ook al bestond!) als eerste Nederlandse stad het machtige Spaanse Leger tijdens de Tachtigjarige Oorlog wisten te weerstaan. Goed hè, die koekebakkers verlieten ons op 8 oktober 1573. Nu 'beleggen' wij regelmatig hun land! En ze zijn daar maar wat blij mee, met open armen mogen wij massaal naar binnen.

Op 11 maart jl. vis ik de Alkmaarsche Courant van de deurmat en ontdek op de voorpagina met vette letters: ONDERZOEK: MEER SLAAPAPNEUPATIËNTEN. Conclusie van het onderzoek bij Philips. Op de voorpagina van het regionale nieuws staat met vette kop: DE CHAGRIJN. Een verhaal van het Regionaal Archief in Alkmaar (hebben wij ook!). Ik wist al van het onderzoek en switch dus naar de chagrijn. Die blijkt Napoleon te heten. Onze Bonaparte die op 15 oktober 1811 met eigen ogen wilde zien, hoe zijn broertje Lodewijk een puinzooi van ons landje maakte. 'Lamme Lodewijk' was toen alweer in Frankrijk. De kleine grote man wilde natuurlijk Alkmaar bezoeken op zijn doorreis naar Den Helder. Dat had hij beloofd. Dus kwam er een prachtige triomfboog bij de Kennemerpoort, waardoor hij zou binnenkomen. Huizen mooi aangekleed en de rijroute verfraaid. Om acht uur 's morgens stonden de burgemeester en vele andere hoogwaardigheidsbekleders te wachten bij de poort. Geen Napoleon. Meneer blijkt een andere route naar Den Helder te hebben gevolgd. Maar... niet getreurd, op de terugweg komt hij langs. In allerijl wordt de triomfboog verplaatst naar de Friese Poort, de andere

entree. Na acht uur blauwbekken door de burgemeester en zijn consorten, komt hij eindelijk aan. Om niet uit te willen stappen. Neemt in recordtijd de stadssleutel in ontvangst; racete door naar de Houutil om van paarden te wisselen; rijdt zo mogelijk nog sneller door de Langestraat met zijn stadhuis en vele wachtenden, die niet eens door hebben dat hij alweer weg is. En ja, wij zijn trots, want hij is in Alkmaar geweest. Al is het humeurig en chagrijnig.

Wat Alkmaar niet wist, maar vanaf vandaag dus wel, Napoleon had slaapapneu. Echt waar. Want hij had vele typische symptomen van osas. Hij was te zwaar, mogelijk met een wat terugwijkende onderkaak, met een korte dikke nek en hij had moeite om door z'n neus te ademen. Hij kon overal in slaap vallen, ook in groot gezelschap. Hij sliep vaak gedurende de dag en klaagde over vermoeidheid en afnemende energie (die wetenswaardigheid en omschrijvingen komen overigens uit het boekje *Leven met snurken en apneu* van dr. Nico de Vries en onze eigen drs. Piet-Heijn van Mechelen).

Wij, Alkmaarders, vonden hem echter helemaal niks meer; tot ware liefde is het niet gekomen. Tien jaar later is hij dood, 52 jaar oud.



In het Alkmaar van nu kunnen wij allemaal lezen over slaapapneu. De website, toch altijd al druk bezocht, weet niet wat hem overkomt. De voorzitter krijgt nauwelijks de tijd om de slaap uit z'n ogen te wrijven, want de telefoon doet wat hij moet doen. Rinkelen. En blijven rinkelen. In 1573, 1811 of in 2013, Alkmaar staat op de kaart. Met mij erbij... ha, ha.

Wist u dat...

UIT DE MEDIA

samenstelling: Myrjam Bakker-Boone

Aantal diabeten blijft fors oplopen

Het aantal diabeten neemt sinds 2000 fors toe. Dat stelt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid (RIVM) woensdag. Op 1 januari 2011 waren er ruim 800.000 mensen in ons land met suikerziekte bekend bij de huisarts. Waarschijnlijk ligt het werkelijke aantal patiënten nog een kwart hoger, omdat lang niet iedereen met de aandoening bij de huisarts bekend is, stelt het RIVM. Dit zou in lijn liggen met het



toenemende aantal apneupatiënten. Een groep waarbij diabetes vaak voorkomt. Het instituut constateert dat er bovendien nog 750.000 mensen tussen de 30 en 70 jaar zijn met een verstoorde verwerking van suiker uit het bloed, de zogenoemde glucosetolerantie. Deze groep mensen heeft een verhoogde kans op het ontwikkelen van diabetes.

801.000 diabeten

Om precies te zijn waren er op 1 januari 2011 801.000 diabeten bekend. Dat is 48 per duizend Nederlanders. Diabetes komt tussen de 40 en 75 jaar meer voor bij mannen, boven de 75 meer bij vrouwen. Het meest komt het voor bij mannen en vrouwen tussen de 70 en 80 jaar. Diabetes kent twee vormen: type 1 en type 2. Beide zijn ongeneeslijk. Type 1 openbaart zich al in de kindertijd. Type 2 staat bekend als ouderdomssuiker, maar een ongezonde levensstijl in combinatie met erfelijke factoren kunnen als gevolg hebben dat jongeren vanaf twintig jaar ook getroffen worden door deze vorm. Van alle suikerpatiënten lijdt 90 procent aan type 2.

Bron: ANP

ZonMW wil implementatie e-health versnellen

Onderzoeksintituut ZonMW heeft op 11 april het Actieplan eHealth Implementatieonderzoek aan de minister en staatssecretaris van VWS gestuurd. Doel van het actieplan is om implementatie en bredere toepassing van e-health te versnellen.

Een groot knelpunt voor veel innovaties als e-health is volgens ZonMW de overgang van de pilot-fase naar implementatie en brede toepassing in de dagelijkse gezondheidszorg. Dit knelpunt zorgt ervoor dat bewezen succesvolle e-healthtoepassingen 'op de plank' blijven liggen. Het Actieplan geeft invulling aan geformuleerde onderzoeksvragen in de Kamerbrief e-health van 7 juni 2012 en de NIA eHealth.

Producten actieplan

Het actieplan bestaat uit twee producten. Allereerst de kennisagenda. Deze bevat thema's en vraagstukken over bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van e-health. De agenda richt zich op toepassing van bestaande kennis en ontwikkeling van nieuwe kennis. Thema's en vraagstukken worden geleverd vanuit de praktijk. Tegelijkertijd moet de agenda systeemfalen aanpakken. Bij systeemfalen lukt het belanghebbenden structureel niet om gezamenlijke doelstellingen te realiseren.

Tweede product is het toetsingskader. Het kader bevat criteria die een bijdrage leveren aan versnelling van implementatie en opschaling van e-healthinnovaties in de dagelijkse gezondheidszorg. De basisversie bestaat uit tien criteria inclusief korte handleiding voor beoordeling van onderzoeksvoorstellen. De criteria gaan over probleemstelling, resultaat, onderwerp en aanpak van implementatieonderzoek.

Bron: Zorgvisie ICT



Ernst slaapapneu groter bij zwarte mannen



Bij zwarte mannen in een bepaalde leeftijdsgroep, komt obstructief slaapapneu in een ernstigere vorm voor dan bij blanke mannen, blijkt uit een nieuw onderzoek. Tussen zwarte vrouwen en blanke vrouwen met slaapapneu bestaat dit verschil niet.

Het onderzoek dat werd gepubliceerd in the Journal of Clinical Sleep Medicine onderzocht 512 patiënten met obstructief slaap apneu syndroom (osas) gedurende 2,5 jaar. De groep van patiënten die werd onderzocht bestond uit 340 zwarte en 172 blanke patiënten. Er bleek dat bij donkere mannen jonger dan 40 jaar en mannen tussen de 50 en 59 jaar slaapapneu in een ernstigere vorm voorkwam dan bij blanke mannen in dezelfde leeftijdsgroep. De reden voor dit verschil is onduidelijk. Wellicht spelen anatomische verschillen of de wijze waarop de hersenen de ademhaling aanstuurt een rol.

Bron: Journal of Clinical Sleepmedicin, volume 9, nr. 4

Huisarts van morgen is spil in zorgproces

Tijdens onze Algemene Ledenvergadering was het thema: 'Wie houdt de vinger aan de pols?' In de visie van het Economisch Bureau van de ING krijgt de huisarts een steeds sterkere centrale, coördinerende rol in het zorgproces. Om deze rol als regisseur annex zorgmanager efficiënt in te vullen krijgen nieuwe techniek en e-health een prominentere plek in de huisartsenpraktijk. De traditionele rol van huisartsen is altijd sterk reactief geweest, zo stelt ING Economisch Bureau. De patiënt komt met een vraag en de huisarts behandelt deze patiënt of verwijst deze door naar andere zorgverleners. Huisartsen zullen deze rol als poortwachter blijven vervullen, maar krijgen daarnaast een steeds sterkere centrale coördinerende rol in het zorgproces, zo verwacht ING Economisch Bureau. Deze verwachting is mede gebaseerd op het overheidsbeleid gericht op vervanging van tweedelijns zorg door eerstelijnszorg. Waar mogelijk wordt ziekenhuiszorg stapsgewijs verplaatst naar de huisartsenzorg. Daarbij neemt de huisarts als het aan het kabinet ligt nadrukkelijk de rol van regisseur op zich.

Regie multidisciplinaire samenwerking

Zorginhoudelijke betekent dit dat huisartsen zich in toenemende mate gaan richten op vroegsignalering en multiproblemanalyse. Tegelijkertijd stellen ze zorgbehandelplannen en zorgpaden op en begeleiden patiënten bij het gehele zorgtraject. Dit betekent ook dat huisartsen de multidisciplinaire samenwerking met overige zorgaanbieders gaan coördineren. 'De tijd dat medische professionals hun werkzaamheden zelfstandig vanuit hun eigen praktijk kon-

den organiseren is voorbij', zegt Erwin Winkel, sectormanager ING Gezondheidszorg, over de nieuwe regierol van de huisarts. 'Het zorgproces moet gemanaged worden.'

Cijfers

Ook de cijfers laten zien dat het huisarts een steeds centralere plek in het zorgproces inneemt. Het aantal huisartsencontacten is sinds 2006 gestegen van 51 miljoen naar 66 miljoen in 2011, aldus ING Economisch Bureau. Dit wordt met name veroorzaakt door de toename van het aantal huisartsenbezoeken per patiënt. Daarnaast is het aantal Modernisering & Innovatie-verrichtingen de afgelopen vijf jaar gestegen met gemiddeld 8 procent per jaar. Hierdoor zijn de totale huisartsenzorgkosten in de periode van 2006 tot en met 2011 toegenomen met bijna 40 procent.



RESMED

KLEIN IN OMVANG

GROOT IN COMFORT



NIEUW!

Swift™ FX Nano



Natuurlijk ademhalingscomfort met een ondersteunende, flexibele seal



Minimalistisch design wat het toelaat om te lezen, uw bril te dragen of tv te kijken



Vrijheid tot slapen in elke positie, met een bolgewricht in de elleboog en draai mogelijkheid voor de slang



Biedt u alles waar het Swift masker bekend om staat, maar dan in de vorm van een neusmasker

ResMed - the mask to start and stay with

Rijbewijskeuring melkkoe voor ziekenhuizen

Ziekenhuizen rekenen te hoge tarieven voor rijbewijskeuringen. Artsen brengen bedragen tot €300,- in rekening voor onderzoeken die hooguit tien minuten duren. Dat blijkt uit onderzoek van het VARA consumentenprogramma Kassa. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) erkent dat ziekenhuizen te veel vragen voor de keuringen en werkt aan lagere prijzen.

Het afgelopen jaar verwees het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) 76.000 mensen voor nader medisch onderzoek door naar het ziekenhuis. Dat is nodig bij chronische ziekten en aandoeningen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden. De meeste mensen moeten de keuringen uit eigen zak betalen omdat verzekeraars het niet vergoeden.

Enorme prijsverschillen

Kassa vroeg twintig ziekenhuizen naar hun tarieven. Vier ziekenhuizen rekenen voor onderzoeken € 295,-. Dat is het maximumtarief dat is bepaald door de NZa en is gebaseerd op de meest extreme keuring die meer dan twee uur duurt. Verreweg de meeste keuringen duren echter (veel) korter en dus mogen ziekenhuizen de keuringen ook goedkoper aanbieden. Nog eens zes ziekenhuizen hanteren iets lagere prijzen dan het maximum, maar nog steeds boven de € 200,-. De 'goedkoopste' keuringen biedt het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen met € 42,35 voor een eenvoudig onderzoek en € 96,80 voor een uitvoeriger keuring. Daarnaast stuitte Kassa op meer opvallende prijsverschillen. Zo rekent het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam voor een oogonderzoek € 37,50, terwijl het VUmc het dubbele rekent: € 75,-. Een cardiologisch onderzoek kost in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem € 75,-, terwijl het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven € 283,40 in rekening brengt.



Opdelen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) erkent dat de tarieven te veel uiteen lopen en werkt aan lagere prijzen. 'Het is nooit onze bedoeling geweest dat ziekenhuizen voor een onderzoek van tien minuten het maximumtarief rekenen', aldus Hanneke Miedema van de NZa. 'Nu blijkt dat sommige ziekenhuizen niet zelf hun prijs aanpassen gaan we dat zelf regelen.' Volgens de NZa zijn er een paar mogelijkheden. 'Je kan denken aan een laag, midden en hoog tarief, afhankelijk van de omvang van het onderzoek. Of dat we een keuring opdelen in tijdseenheden van bijvoorbeeld vijf minuten. Dan betaal je dus ook voor de tijd die het je echt heeft gekost.'

Kies je eigen arts

De NPCF vindt dat het CBR mensen duidelijk moet maken dat ze zelf een keuringsarts kunnen kiezen. Het CBR verwijst mensen nu naar een specialist in de buurt. 'Veel mensen vatten dat op als een gebod, maar dat is dus niet zo', zegt Wind. 'Er kan dus veel geld worden bespaard, maar mensen moeten dan wel weten dat het kan.'

Bron: VARA's Kassa

Kennissymposium Sleepless 2013



De 8ste editie van het osas-symposium voor slaapapneu- en longverpleegkundigen en KNF- en longfunctielaboranten, georganiseerd door Vivisol, vond 16 mei j.l. plaats. Vijf verschillende workshops met elk een ander thema, maar met telkens hetzelfde doel: het verschaffen van verdere inzichten op het gebied van de behandeling van osas vanuit verschillende perspectieven. Dit jaar werd hierdoor zo'n 108 deelnemers gebruik van gemaakt. Het succes van deze editie krijgt weer een vervolg in 2014.

JE SLAAPKWALITET BIJHOUDEN...

SleepyHead, het cpap-analyseprogramma

tekst: Arie Klerk

U slaapt naast een cpap. Iedere nacht, 365 dagen per jaar, de rest van uw leven. Veel mensen willen dan graag weten of dat apparaat ook echt helpt. Zeker op momenten dat het even wat minder gaat. De Apneuvereniging vindt het een principieel recht van iedere cpap gebruiker dat hij het apparaat uit kan lezen om de therapie-effectiviteit te controleren. Weinig mensen voelen zich 'onder behandeling'. Soms zie je de behandelend arts na de proefperiode lange tijd niet, of je krijgt geen goed antwoord op vragen. Natuurlijk is de beste graadmeter hoe je je voelt. Wachten tot het echt niet goed gaat is geen optie. Dan geldt: 'meten is weten'.

De Gebruikersclubs ondersteunen graag de leden van de Apneuvereniging om dat uitlezen in te praktijk mogelijk te maken. In de meeste gevallen is software nodig om uit te kunnen lezen. Soms is die erg duur of zelfs helemaal niet verkrijgbaar. Die software is namelijk op de eerste plaats gemaakt voor artsen en ziekenhuizen. De meeste patiënten gebruiken de software puur voor de controle. Daar willen we u via dit artikel mee op weg helpen.

Analyseren

De instelling van de druk van de cpap is de verantwoordelijkheid van een medicus: het is erg onverstandig om zelf te gaan dokteren, want dat doe je toch ook niet met je medicijnen! Daarom heeft de Gebruikersclub ResMed in navolging van de fabrikant en in overleg met medici besloten om de software ResScan niet vrij aan iedereen ter beschikking te stellen: je kunt er meer mee dan alleen uitlezen. En wij willen de instellingen dus niet veranderen. Daarentegen is het wel interessant om de uitlezing te analyseren en dat kan met het programma SleepyHead.

SleepyHead

SleepyHead is een gratis programma voor het bijhouden van de slaapkwaliteit met de nadruk op het interpreteren van de cpap-behandeling. Het programma is 'open-source' (geeft gebruikers de mogelijkheid om de software te bestuderen, aan te passen en te verbeteren) en 'cross-platform' (software, die werkt op meer dan één systeemplatform, bijvoorbeeld Linux, Mac en Windows) en wordt geschreven door een Australische apneupatiënt: Mark

Watkins (JediMark). Leuke achtergrondinformatie vind je op: <http://jedimark64.blogspot.nl/p/sleepyhead.html>.



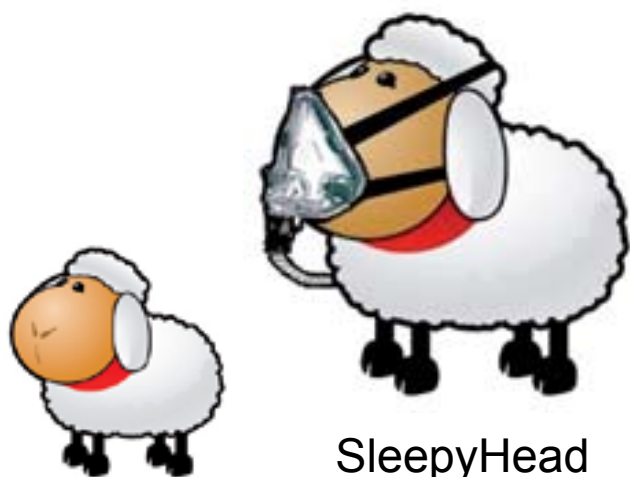
Het programma werkt momenteel met gegevens van de volgende machines:

- Philips Respironics System One (PRSt) REMstar
- Philips Respironics System One 60 Series
- ResMed S9 Series
- Fisher & Paykel ICON
- DeVilbiss IntelliPAP

Daarnaast kunt u ook gebruik maken van de zuurstof-saturatiemeters van Contec (CMS50X), evenals de optionele ResMed Xpod-oximeter voor de S9's.

SleepyHead is momenteel in een bèta (test) fase en nog volop in ontwikkeling, maar het is al heel goed bruikbaar en geeft alle beschikbare informatie in mooie grafieken en gedetailleerde analyses!





SleepyHead

Nieuwste versie

De eerste test versies heten 0.8.x. De nieuwste bèta-versie 0.9.3 (voor Windows) is nèt uit (sinds 19 mei 2013) en er wordt continue (nou ja, hij heeft apneu!) aan een nieuwere versie gewerkt. Nieuwe functies zijn onder meer ondersteuning voor de PRS1 60 series en een aantal verbeteringen van stabiliteit en prestaties voor de Mac-versie, met name voor Mountain Lion.

Download

Op het adres <http://sourceforge.net/projects/sleepyhead/files> kunnen de bestanden worden gevonden:

- Windows: SleepyHead-0.9.3-beta-win32-setup.exe
- Apple Mac: in de folder Jimbo's Mac Builds: SleepyHead-0.9.2-2-beta-macosx-full.dmg
- Linux: in de folder Releases / Linux: sleepyhead-0.9.2-2.x86_64.rpm

Er is nog meer te vinden op internet, typ het woord SleepyHead in op een zoekmachine en je bent op weg, helaas echter alleen in het Engels. Succes!

Gebruiksaanwijzing

Er is nog geen gebruiksaanwijzing, alleen een link in het programma naar een uitleg op het internet. Op het forum zal een Nederlandse vertaling worden geplaatst en worden bijgehouden met de nieuwste versies. Voor leden van de Apneuvereniging zullen Bram Prosman en Arie Klerk graag assistentie geven.

In een volgende aflevering van dit blad wordt een verklarende woordenlijst gepubliceerd. Daarnaast willen we aan de hand van de ontvangen vragen uitleg gaan geven over de interpretatie van de gegevens. Vragen graag naar: prosman@apneuvereniging.nl en klerk@apneuvereniging.nl



Waar vindt u ons de komende tijd?

tekst: **Annemieke Ooms**
coördinator beurzen



17 t/m 21 september

50PlusBeurs - Jaarbeurs Utrecht

Het thema van dit jaar is 'Laat je verleiden!'. Bent u erbij? De ApneuVereniging in elk geval wel, want wij laten ons graag verleiden om u te informeren over slaapapneu!

21 september

13 - 17 uur

Uitleesmarkt - De Schakel, Nijkerk

Ook dit jaar organiseren de gebruikersclubs weer een uitleesmarkt i.s.m. leveranciers en producenten. Ook vinden dan weer een aantal interessante inleidingen plaats. Nadere informatie volgt.



MRA Beugels

met medische ondersteuning

OM PATIËNTEN TE KUNNEN VOORZIEN VAN DE BESTE
OPLOSSING, BIEDT VIVISOL NU OOK EEN RUIME KEUZE
AAN OP MAAT GEMAAKTE MRA BEUGELS.



WAAROM KIEZEN VOOR VIVISOL?

- De enige CPAP leverancier die ook MRA beugels aanbiedt.
- Door samenwerking met artsen en (tandheelkundige) slaapspecialisten kan VIVISOL de beste zorg aanbieden voor slaapapneu en snurkproblemen.
- Allround consulenten voor CPAP en MRA.
- Optimale begeleiding van de patiënt.
- Spreekuur in het ziekenhuis mogelijk.
- Behandeling door ervaren OSAS deskundigen en tandheelkundige slaapspecialisten.
- VIVISOL heeft met alle zorgverzekeraars een samenwerkingsverband en verzorgt het gehele administratieve traject.



VIVISOL

Zuurstof
Beademing
OSAS

De basis
voor
vertrouwen
in je dag

Regionale bijeenkomsten najaar 2013

Zeeland Ziekenhuis ZorgSaam, Terneuzen	1 oktober 19.30 uur	Erna Petiet, Marianne Scheepers en Marjolein Postelmans <i>Programma nog niet bekend...</i>
Groningen UMC Groningen, Groningen	7 oktober 19.30 uur	Henk Strating, Martin Bleecke M.m.v. Rob de Groot van Total Care: apneu en de zorgverzekeraars. Kees Wiegers, ceo KWIC Healthcare en Renee van Dijk, cardioloog.
Veluwe, Vallei en Eem Ziekenhuis St. Jansdal, Harderwijk	14 oktober 19.30 uur	Tom Petri en Daan Ross <i>Programma nog niet bekend...</i>
Friesland Medisch Centrum Leeuwarden MCL, Leeuwarden	21 oktober 19.30 uur	Jan Tabak en Maarten Weber Spreker Bart Dikkeboer, arts en lid van de medisch adviesraad van de Apneu Vereniging. Onderwerp 'Hoe gaat het met u?' Over leefstijl van apneupatiënten en de problemen die men in de praktijk tegenkomt.
Achterhoek Slingeland ziekenhuis, Doetinchem	22 oktober 19.00 uur	Ben en José Teunissen Thema van de avond: 'Slaapapneu, vergeetachtigheid en seksualiteit'. Mevr. J.A. van Vliet, neuroloog, geeft een presentatie over welke invloed slaapapneu heeft op de slaap. Mevr. M. Blokland, klinisch psycholoog, geeft uitleg over geheugen- en concentratieproblemen bij slaapapneu. Mevr. W. Berghuis, seksuoloog, zal ingaan op de invloeden die slaapapneu op seksualiteit kan hebben. Allen zijn verbonden aan het Slingeland ziekenhuis.
Noord-Holland Nicolaas Beetschool, Alkmaar	29 oktober 19.30 uur	Geeske van der Veer en Huub Kerkhoff Aanwezig is onze Maskerraad met Cok en Bep van Norde en er is gelegenheid tot het uitwisselen van gedachten.
Betuwe, Bommelerwaard en Meierij Rivierland Ziekenhuis, Tiel	30 oktober 19.30 uur	Barry en Jan van Mourik De heer R. van Vessem van de Firma Vivisol houdt een lezing over de verantwoordelijkheid van de leverancier (let op geen uitleesmogelijkheid) en mevrouw R. de Vree, osas-verpleegkundige van het Rivierenland Ziekenhuis, houdt een lezing over de verantwoordelijkheid van de osas-verpleegkundige.
Arnhem / Liemers Rijnstate ziekenhuis, Arnhem	31 oktober 19.00 uur	Ben en José Teunissen Thema van de avond: 'Slaapapneu, vergeetachtigheid en seksualiteit'. Mevr. E. Zandbergen, neuroloog verbonden aan het Rijnstate Ziekenhuis, geeft een presentatie over slaap, slaapstadia en geheugen- en concentratieproblemen bij slaapapneu. Mevr. Marijke IJff, seksuoloog en zelf apneupatiënt, zal ingaan op de invloeden die slaapapneu op seksualiteit kan hebben.
Flevoland MC Zuiderzee, Lelystad	4 november 20.00 uur	Geurt Vermeulen en Clara Ennik M.m.v. Marijke Willems en Andrea Gleuwink: functie-onderzoek polysomnografie MC Groep.
Midden-Brabant Máxima Medisch Centrum, Eindhoven	5 november 20.00 uur	Bart van de Wouw, Tonnie Dirven en Stef Aldenhuisen De maskerraad verzorgt informatie en demonstraties bij het kiezen van het juiste gezichtsmasker voor uw bipap/cpap of apap.
Noord- en Midden Limburg VieCuri Medisch Centrum, Venlo	14 november 19.30 uur	Mart Peters en Jos van Beers <i>Programma nog niet bekend...</i>
Oost-Brabant / Rijk van Nijmegen Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen	20 november 19.30 uur	Jos en Toos van Beers, Hetty Evrandir Gesprekken/ discussie in groepen/ met medewerking van de maskerraad. In het CWZ of op andere CWZ-locatie in verband met de verbouwing in het CWZ.

NB: U kunt altijd een andere regio bezoeken als het onderwerp u meer aanspreekt of de datum u beter uitkomt. Meld dit dan bij de coördinator van die regio. Als u altijd een uitnodiging wilt ontvangen voor een andere regio omdat de locatie u beter schikt, meld dit dan bij uw eigen coördinator.



Pierre Robin Award voor Aarnoud Hoekema

Aarnoud Hoekema, mede-oprichter en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde (NVTs) en thans kaakchirurg in het Tjongerschans ziekenhuis en het UMC Groningen, heeft er onder andere door zijn promotieonderzoek sterk toe bijgedragen dat het mra in korte tijd in Nederland een succes werd. Dit bleef niet onopgemerkt door de American Academy of Dental Sleepmedicine, die hem voor zijn bijzondere verdienste de Pierre Robin Award uitreikte. ■

apneu vereniging



CONTACT
Secretariaat
Algemene patiënteninformatie

BESTUUR
Voorzitter
Secretaris
Penningmeester
Landelijk coördinator ledencontacten
Bestuurslid promotie
Algemeen bestuurslid

INTERNET
Webmaster

REDACTIE
Hoofdredacteur
Redactiesecretaris
Redacteur
Redacteur
Redacteur
Redacteur

REGIOCOÖRDINATOREN
Friesland

Groningen

Drenthe / Kop van Overijssel

Overijssel, Twente

Veluwe, Vallei en Eem

(Deventer, Apeldoorn, Zutphen. e.o.) Stedendriehoek
Oost-Brabant / Rijk van Nijmegen

Betuwe, Bommelerwaard en Meierij
Achterhoek
Arnhem / Liemers
Utrecht

Noord-Holland

Amsterdam
Amstelveen

Flevoland

Zuid-Holland
Rotterdam

Dordrecht
Zeeland

West-Brabant

Midden-Brabant

Noord- en Midden-Limburg

Zuid- en Midden-Limburg

MASKERRAAD

COÖRDINATOREN GEBRUIKERSCLUBS

APNEUMAGAZINE

INSTUREN KOPIJ

LID WORDEN

BEËINDIGING LIDMAATSCHAP

ApneuVereniging | Postbus 134 | 3940 AC Doorn
t: 0343 - 413 414 (elke werkdag bereikbaar van 08.30 tot 12.30 uur)

Piet-Heijn van Mechelen
Fred van Kuik
Mart Peters
Roelof Pit
Annemieke Ooms
Michiel Jöbssis

023 - 844 06 25
077 - 382 33 24
010 - 220 02 91
070 - 320 93 16
0522 - 78 51 28

voorzitter@apneuvereniging.nl
vankuik@apneuvereniging.nl
penningmeester@apneuvereniging.nl
pit@apneuvereniging.nl
ooms@apneuvereniging.nl
jobsis@apneuvereniging.nl

www.apneuvereniging.nl
Peter Vliek

webmaster@apneuvereniging.nl

Piet-Heijn van Mechelen
Myrjam Bakker-Boone
Herma Nijhuis
Ton op de Weegh
Erna Petiet
Marijke Ijff

voorzitter@apneuvereniging.nl
redactiesecretaris@apneuvereniging.nl
nijhuis@apneuvereniging.nl
opdeweegh@apneuvereniging.nl
petiet@apneuvereniging.nl
ijff@apneuvereniging.nl

Jan Tabak
Maarten Weber
Henk Strating
Martin Bleecke
Michiel Jobsis
Roeland Farjon
Co van Doesum
Norbert Blockhuis
Herman ten Hove
Tom Petri
Daan Ross
Ruud Steiging
Jos en Toos van Beers
Hetty Evrandir-Viëtor
Jan en Barry van Mourik
Ben & José Teunissen
Ben & José Teunissen
John Marijn
Bep van Norde
Geeske van der Veer-Keijsper
Huib Kerkhoff
Huib Kerkhoff
Els Kampen
Trudy Thijssen
Clara Ennik
Geurt Vermeulen
Roelof Pit
Ria Bloemheuvel
Tom Dekker
Frank van Eijnatten
Erna Petiet
Marianne Scheepers
Marjolein Postelmans
Edward Tielenburg
Henry Broeren
Sandra en Hans Houtepen
Bart van de Wouw
Stef Aldenhuijsen
Mart Peters
Hein Bielschowsky
Ed Philipsen

0512 - 54 27 11
0513 - 65 46 55
0598 - 61 95 43
0597 - 41 82 99
0522 - 78 51 28
0529 - 43 45 13
053 - 461 71 71
053 - 538 80 05
0548 - 51 80 90
055 - 312 28 48
033 - 245 96 21
055 - 522 03 64
0486 - 47 42 59
06 - 502 30 202
0418 - 68 09 03
0316 - 52 94 08
0316 - 52 94 08
030 - 603 23 84
030 - 688 38 26
072 - 511 54 02
075 - 621 03 35
075 - 621 03 35
020 - 643 38 97
020 - 456 02 54
0320 - 25 35 66
036 - 533 13 60
010 - 220 02 91
010 - 220 02 91
06 - 483 74 318
078 - 644 01 88
06 - 456 08 163
06 - 497 77 578
0118 - 85 10 59
06 - 517 50 042
0165 - 56 31 94
0167 - 56 58 92
0411 - 64 54 52
013 - 511 12 94
077 - 382 33 24
024 - 388 03 90
043 - 361 75 04

tabak@apneuvereniging.nl
weber@apneuvereniging.nl
strating@apneuvereniging.nl
bleecke@apneuvereniging.nl
jobsis@apneuvereniging.nl
farjon@apneuvereniging.nl
vandoesum@apneuvereniging.nl
blockhuis@apneuvereniging.nl
tenhove@apneuvereniging.nl
petri@apneuvereniging.nl
ross@apneuvereniging.nl
steiging@apneuvereniging.nl
vanbeers@apneuvereniging.nl
evrandir@apneuvereniging.nl
vanmourik@apneuvereniging.nl
teunissen@apneuvereniging.nl
teunissen@apneuvereniging.nl
marijn@apneuvereniging.nl
vannorde@apneuvereniging.nl
vanderveer@apneuvereniging.nl
kerkhoff@apneuvereniging.nl
kerkhoff@apneuvereniging.nl
kampen@apneuvereniging.nl
thijssen@apneuvereniging.nl
ennik@apneuvereniging.nl
vermeulen@apneuvereniging.nl
pit@apneuvereniging.nl
pit@apneuvereniging.nl
dekker@apneuvereniging.nl
vaneijnatten@apneuvereniging.nl
petiet@apneuvereniging.nl
scheepers@apneuvereniging.nl
postelmans@apneuvereniging.nl
tielenburg@apneuvereniging.nl
broeren@apneuvereniging.nl
houtepen@apneuvereniging.nl
vandewouw@apneuvereniging.nl
aldenhuijsen@apneuvereniging.nl
peters@apneuvereniging.nl
bielschowsky@apneuvereniging.nl
philipsen@apneuvereniging.nl

Bep en Cok van Norde
Philips Respiroonics
Resmed
Hoffrichter
Goodknight
Weinmann
Fisher & Paykel
DeVillbis
Sandman - Dreamstar
Mra

030 - 688 38 26
Cees Vos
Bram Prosman
Daan Ross
Peter Prins
Arie Klerk
Alex Berger
Cees Vos
Harry Franken
Margriet de Jong
Thea Bergmans
Rob Rijsdam
Ronald de Jonge
Teun Ooms
Ruud Hondema
Martin Bleecke
Tom Dekker
Fred Schouwenaars
Cees Vos
Peter van der Meiden

vannorde@apneuvereniging.nl
vos@apneuvereniging.nl
prosman@apneuvereniging.nl
ross@apneuvereniging.nl
prins@apneuvereniging.nl
klerk@apneuvereniging.nl
berger@apneuvereniging.nl
vos@apneuvereniging.nl
franken@apneuvereniging.nl
dejong@apneuvereniging.nl
bergmans@apneuvereniging.nl
rijsdam@apneuvereniging.nl
dejonge@apneuvereniging.nl
t.ooms@apneuvereniging.nl
hondema@apneuvereniging.nl
bleecke@apneuvereniging.nl
dekker@apneuvereniging.nl
schouwenaars@apneuvereniging.nl
vos@apneuvereniging.nl
vandermeiden@apneuvereniging.nl

Een uitgave van de ApneuVereniging (NVSAP)
Grafisch ontwerp: Guus Bayards / www.bayards.biz info@bayards.biz

Sluitingsdatum kopij voor het volgende nummer: 17 augustus 2013

U kunt lid worden voor € 30,- (bij automatische incasso € 27,50) per jaar. Naast tal van andere zaken ontvangt u 4 x per jaar het ApneuMagazine. Zie www.apneuvereniging.nl > vereniging / lid worden.
U kunt ook e-mailen naar jobsis@apneuvereniging.nl (vermeld duidelijk naam en adresgegevens), of stuur een briefje aan ApneuVereniging, Postbus 134, 3940 AC Doorn.

Als u wilt opzeggen, geef dit dan uiterlijk 4 weken voor het aflopen van het verenigingsjaar (31 december) schriftelijk door aan ApneuVereniging, Postbus 134, 3940 AC Doorn.



Designed to Perform - in Tune with You



De F&P ESON is ontworpen om te presteren in harmonie met u en wat u nodig heeft.

De F&P ESON's drie hoofdcomponenten, de Rollfit Seal, Ergofit hoofdband en Easy Frame werken in harmonie en zijn ontworpen om het comfort, seal en het gebruiksgemak te bieden waar F&P om bekend staat.

Dit compacte neus masker is volgepakt met innovatieve technologie voor effectieve CPAP behandeling.

Ervaar de F&P Eson neus masker voor zijn:

- Perfecte pasvorm
- Prima draagcomfort
- Eenvoudige reiniging



ZIN IN EEN WERVELENDE, LEUKE VRIJWILLIGERSJOB?

WELKOM!

De ApneuVereniging draait op volle toeren. En dat betekent: alle hens aan dek.

Wij boeken goede resultaten als het gaat om belangenbehartiging en bekendheid geven aan apneu. Met ons onderzoek leveren we een belangrijke bijdrage om de kwaliteit van diagnose en behandeling van apneu te verhogen.

Wij groeien elke dag. Daarom hebben we extra mensen nodig die verstand hebben van schrijven, organiseren van bijeenkomsten, ICT-toepassingen, enz.

Ook de ApneuVereniging gaat met haar tijd mee en is behoorlijk gedigitaliseerd, dus thuis zijn op de computer en internet is noodzakelijk om lekker je draai te vinden bij ons. Evenals doortastendheid en teamspirit. En je moet het leuk vinden redelijk zelfstandig een eigen taak op te pakken.

Herken je je hierin en zin om je in te zetten voor dit goede doel? Neem dan contact op met Myrjam Bakker-Boone (redactiesecretaris@apneuvereniging.nl).

Er is nog behoefte aan invulling van de volgende functies:

- coördinator gebruikersclub Mra
- coördinator gebruikersclub Hoffrichter
- een php-programmeur voor het webteam
- voor het blad kunnen wij nog een wetenschappelijk schrijver gebruiken, evenals een journalist en eindredacteur
- voor de volgende regio's zoeken wij regiocoördinatoren:

Amsterdam

Stedendriehoek

Zuid-Holland

Dordrecht

Rotterdam

Noord- en Midden-Limburg

Zuid- en Midden-Limburg

Op de betaalde administratieve ondersteuning na, draait de ApneuVereniging puur op vrijwilligers. Daar geloven we in. Iedereen heeft wel capaciteiten die ingezet kunnen worden. Vaak levert dat nog onverwacht veel werkplezier op. Niemand hoeft er op toe te leggen, want de onkosten worden vergoed.

Meld je dus aan (korte omschrijving wat je wil en kan) bij redactiesecretaris@apneuvereniging.nl

