

apneu

magazine

Is slaappositietraining zinvol?

Verschillende methoden belicht

Behandeling met mra werkt...

Tweedelig en verstelbaar

WELKOM IN DE CLUB

Schrijfster Tineke Beishuizen over apneu

2084, een verhaal

Slaaponderzoek in E21

Centrum voor Thuisbeademing

Op bezoek bij...



Is de huisarts alert?

Slaapapneu nog niet opgenomen in risicotabel voor hart- en vaatziekten. Hoe gaat de huisarts ermee om?

Veroorzaakt screening onrust en is het geldverspilling?

VitalAire neemt de zorg over van ComCare Medical

Sinds 1 januari 2009 is ComCare Medical B.V. een onderdeel van VitalAire B.V. (de thuiszorgdivisie van Air Liquide). ComCare Medical B.V. heeft zich de afgelopen 15 jaar gespecialiseerd in het leveren van medische kwaliteitsproducten aan ziekenhuizen, instellingen en patiënten thuis.

VitalAire levert sinds 15 jaar zorg op het gebied van zuurstoftherapie bij de thuisbehandeling van patiënten met een ernstige chronische respiratoire insufficiëntie en COPD.

VitalAire en ComCare Medical hebben hun krachten gebundeld om samen te bouwen aan een betere toekomst.

VitalAire/ComCare Medical kunt u bereiken via de website www.comcaremedical.com en telefonisch via nummer 040 - 250 35 02. Email: info@comcaremedical.com

VitalAire/ComCare Medical,
Langendijk 27A, 5652 AX Eindhoven



VitalAire Home Healthcare: Als het internationale merk voor de thuiszorgactiviteiten van de Air Liquide Groep, is VitalAire een belangrijke speler in de therapeutische behandeling van meer dan 600.000 chronische patiënten in 33 landen.



apneu

magazine

INHOUD

- 5 Van de redactie:
- 6 Voor Mekaar
- 10 Even voorstellen: Erna Petiet
- 13 Column: 'Twee keer jarig'
- 14 Een mra is tweedelig en verstelbaar
- 15 Meer mra-berichten
- 16 Slaappositietraining
- 17 De trainer van NightBalance
- 19 iPhone-app tegen snurken
- 20 Welkom in de club: Tineke Beishuizen
- 25 Geen rekening voor iets waar we niet om gevraagd hebben
- 27 Schippers te kort door de bocht
- 28 Column: 2084, een verhaal
- 30 Centrum voor Thuisbeademing in Groningen
- 34 Niet iedere kliniek is een csas-kliniek
- 35 Ervaring met de instelling van de Vpap
- 37 Fotocolumn: Slaaponderzoek
- 38 De huisarts en slaapapneu
- 41 Het internet als verenigingsloket
- 42 Wist u dat - Huiswerk van de secretaris
- 47 Waar vindt u ons de komende tijd
- 49 Regionale bijeenkomsten najaar 2012
- 50 Adressen





TrueBlue: tolerant ■ aantrekkelijk ■ comfortabel

Het **TrueBlue** neusmasker is de **nieuwe referentie** voor een werkelijk goede nachtrust. Het ontwerp van het TrueBlue masker verlegt de grenzen van de doeltreffendheid en pasvorm en bundelt de topklasse van onze technologie. De combinatie van het **beste gel-materiaal** en de **Auto Seal technologie** biedt een onmiddellijke afdichting zonder verdere afstellingen.

TrueBlue: het eerste blauwe gel-neusmasker met Auto Seal technologie.

Zie voor meer informatie www.philips.com/respironics

PHILIPS
RESPIRONICS
sense and simplicity

Goed geïnformeerd is in uw voordeel

Wij zijn continue bezig antwoorden te verzamelen op de vragen die bij u leven. Vragen die de ene patiënt aan de andere stelt. Zoals bij welke kliniek en dokter ben je geweest? En heeft die je goed geholpen? Welke leverancier, cpap, masker of mra heb jij en bevalt dat? Zijn er nog andere therapieën dan die cpap? En wat mag ik daarvan verwachten? Daarom doen we voortdurend onderzoek. Als we de goede vragen stellen vanuit patiëntenperspectief, kan u dat vandaag al helpen. Het ene jaar vragen we het direct aan duizenden patiënten. Dan hoort u de ervaringen van anderen. Deze zomer stuurden we voor de tweede keer een uitgebreide vragenlijst naar alle slaapklinieken. Gedetailleerde vragen over wat ze er doen en hoe. De tabellen heb ik nog niet. De komende maand schrijven we het rapport. Maar ik ben er nu al trots op dat de klinieken, die normaal kreunen over de administratieve last, op een enkele kleinere kliniek na, allemaal meedoen. Dat zegt iets over het belang dat aan ons onderzoek wordt gehecht.

Eind augustus was er een groot vijfdaags congres in Rome over slaapapneu. Nu heb ik enige reserve bij mensen die voortdurend congressen bezoeken. Maar deze keer wilde ik wel eens aanzien wat de laatste stand van wetenschap en techniek is. Temeer omdat ik uitgenodigd was en de organisatie voor patiëntenverenigingen de kaartjes en het hotel betaalde. De eerste indruk: het is hartverwarmend te zien hoe doctoren overal op de hele wereld bezig zijn uit te vinden waardoor die slaapapneu nu eigenlijk precies komt; welke gevolgen dat heeft en hoe, met welke therapie je dat het meest effectief kunt verhelpen. Ten tweede bleek op een speciale bijeenkomst voor patiëntenverenigingen uit allerlei landen, dat wij als ApneuVereniging het nog lang zo slecht niet doen. Het beleid om voortdurend bij patiënten ervaring te verzamelen en klinieken te bevragen, maakt ons een van de best geïnformeerde partijen. Informatie die zorgt voor veel enthousiaste leden, maar informatie die ook maakt dat we door klinieken en zorgverzekeraars serieus genomen worden.

Algemeen was de opvatting in de lezingen dat we misschien pas 20% van de mensen met slaapapneu ontdekt hebben. 80% loopt nog ongediagnosticeerd rond met alle gevolgen van dien. Daar kwam nog iets bij. Dat slaapapneu vaker voorkomt bij mannen van boven de vijftig met overgewicht, heeft de afgelopen jaren waarschijnlijk geleid tot een soort tunnelvisie. Die patiënten pikken we er als eerste uit. Dat wil niet zeggen dat mensen met een normaal gewicht of zelfs ondergewicht, vrouwen en kinderen geen slaapapneu hebben. Die verdienen de komende jaren meer aandacht en alertheid van de artsen.



Prompt valt er vandaag een persbericht op mijn bureau dat uit een Zweedse studie blijkt dat bijna de helft van de vrouwen tussen de 20 tot 70 jaar apneu's heeft. Een kwart daarvan heeft matig osas.

Een goede zaak is ook dat het taboe op slaapapneu steeds meer verdwijnt. Bekende acteurs of schrijvers vertellen er over op televisie of schrijven erover in een boek of tijdschrift. Dat helpt de onbekendheid te bestrijden. Daardoor gaan mensen sneller met hun klachten naar de dokter. In dit nummer een interview met schrijfster Tineke Beishuizen die er in de Libelle over schreef.

De kennis die we opdoen verspreiden we via dit blad, internet en bijeenkomsten. Daarbij zijn uw reacties van groot belang. Zo kregen we veel reacties op het artikel over csas. Dat is dan een reden om er ook in dit nummer meer aandacht aan te geven. Verder blijkt dat sommige mensen via het eigen risico moeten betalen voor allerlei dingen waar ze niet om gevraagd hebben. We hebben dat aangekaart bij het College voor zorgverzekeringen. U leest er over in dit blad. Het is goed te weten dat we in het volgende nummer uitgebreid aandacht besteden aan de zorgverzekeringen, zodat u weet welke verzekeraar u als apneupatiënt moet kiezen in januari.

Veel leesplezier.

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



Voor Mekaar

Heeft u vragen in verband met het slaapapneusyndroom 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 secretariaat van de ApneuVereniging, postbus 1809, 3800 BV Amersfoort of per mail naar Petiet@apneuvereniging.nl. Specifieke medische vragen kunt u beter aan uw eigen arts stellen.

Hoe komt het dat ik opsta met spierpijn?

Ik ben een trouw gebruiker van de cpap, maar als ik een of twee dagen naar een hotel ga, laat ik het apparaat thuis. Zo'n gedoe als je je niet per auto maar met het openbaar vervoer verplaatst. Toch word ik gestraft door mijn ontrouw. Ik word met spierpijn wakker. Hoe komt dat eigenlijk?

Daan ten C.



Wanneer u de cpap gebruikt, ligt u niet te trappelen en naar lucht te happen. Zonder apparaat krijgt u apneus. Het lichaam wil toch zuurstof en gaat bewegen. Tijdens de slaap merkt u daar zelf weinig of niets van, maar de volgende dag staat u wel met spierpijn op. Neem de volgende keer uw apparaat mee. U heeft er een handige draagtas bij gekregen en zonder spierpijn wordt het uitstapje des te plezieriger.

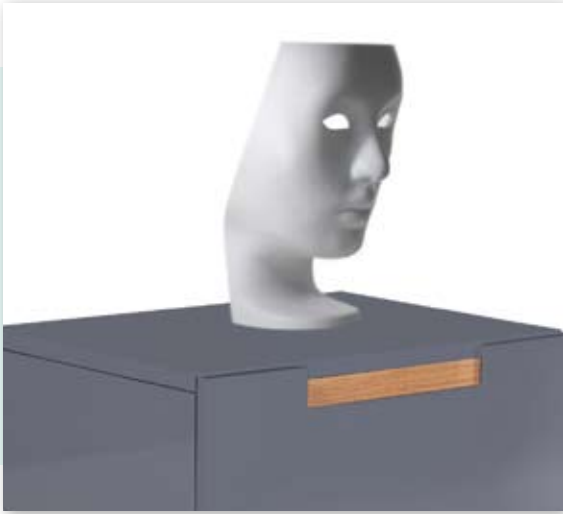
TIP



Potje met zalf

Sinds een paar maanden heb ik een masker met neusdopjes. Dat bevalt me prima, vooral nu ik geen last meer heb van korstjes in mijn neus. In het begin droogden mijn slijmvliezen snel uit met als gevolg die korstvorming. Ik heb toen een lik genomen uit het potje met zalf die mijn sportieve man gebruikt om blaren te voorkomen. Die zalf hielp geweldig en daarom geef ik graag de tip door. De naam van de zalf is Skin-Lube en ik heb die gekocht via internet.

Dorien de B.



Daar ligt mijn masker weer op het nachtkastje

Soms gaat het een paar nachten achter elkaar goed. Soms ligt mijn masker al na een paar uur slapen op het nachtkastje. De ene keer ontdoe ik me van het masker omdat het me irriteert, de andere keer doe ik het onbewust in mijn slaap. Voordat ik ga slapen, heb ik een mantra bedacht: masker op, masker op want dan voel je je top. Wat te doen opdat het wel lukt?

Tilly K.

Maak een afspraak met uw behandelaar. Het kan zijn dat de druk van de cpap te hoog is afgesteld. Dit is namelijk vaak de oorzaak van irritaties. En kijk eens of u een apparaat met automatische stop heeft (het gaat dan uit wanneer

het masker wordt afgezet). Wanneer de cpap blijft blazen ook al zit het masker niet op uw neus, dan wordt u waarschijnlijk door het geluid wel wakker en kunt u het masker weer opzetten.

Is het een idee om mijn zuurstof te meten?

Ik ben al jaren aan het sukkelan met maskers en later met mra's. Niets van alles dat ik heb geprobeerd blijkt goed bij mij te passen en levert enkel problemen en irritaties op. Vannacht heb ik bijvoorbeeld slechts drie uur met beugel kunnen slapen. Toch ben ik redelijk uitgerust wakker geworden. Andere ochtenden word ik als een dweil wakker. Ik ben me bewust van de gevaren die ik loop als ik me aan de behandeling onttrek. Zou het een idee zijn om een oximeter aan te schaffen om zo mijn zuurstof in het bloed te kunnen meten en daardoor te weten of mijn gevoel van moeheid door de apneus ontstaan?

Hanneke de G.

De oximeter (of saturatiemeter) geeft informatie. Is het zuurstofgehalte in het bloed lager dan 95% dan is actie aan te raden en bij een percentage lager dan 85 is dringend actie nodig. Het nut zou kunnen zijn dat een te lage waarde extra motiveert om de behandeling voort te zetten, te verbeteren of weer op te pakken.

In uw geval zou ik echter aanraden met uw slaapkliniek te overleggen of het niet beter is opnieuw een slaaponderzoek te laten doen om de oorzaak van uw terugkerende problemen op te sporen en op zoek te gaan naar de voor u best mogelijke behandeling. Sinds u cpap en masker achter heeft gelaten, is er apparatuur en zijn er maskers gekomen die wellicht wel bij u passen. En wilt u toch een



meter aanschaffen: de meeste vingertopmeters werken prima, maar daar heb je niet altijd iets aan. Bij de meeste kun je alleen in het venster aflezen hoe het nu met je is gesteld. Je moet er een hebben die het verloop van de saturatie in de nacht laat zien, dus een exemplaar met registratie en software.



VIVISOL

Bekent kleur!

Skinit voor ResMed S9

Heeft u een ResMed S9? U kunt deze nu als een kameleon aanpassen aan de inrichting van uw slaapkamer met de Skinit. Dit is een sticker die precies op de S9 past en die verkrijgbaar is in verschillende prints. Ook kunt u zelf een foto uploaden om het ontwerp volledig aan uw eigen wensen aan te passen.

FX For her

Voor een geslaagde behandeling is het gebruik van een comfortabel masker met de juiste pasvorm essentieel. Resmed heeft daarom de FX range aangepast aan de behoeften van de vrouw. Bij het ontwikkelen van deze maskers is rekening gehouden met de specifieke bouw van het gezicht, maar bijvoorbeeld ook met het effect van de hoofdbandage op het haar. Vivisol is erg te spreken over de mogelijkheden die de FX for her maskers bieden en is er van overtuigd nu nog meer patiënten van een passend masker te kunnen voorzien.

Vraag uw *gratis* Skinit kortingsvoucher aan via osas@vivisol.nl en ontvang 15% korting.





In het ziekenhuis vonden ze een cpap niet nodig

Mijn man kwam met spoed terecht op de intensive care en later op de cardio-care. Hij gebruikt al jaren zijn cpap-apparatuur tot grote tevredenheid. In de ambulance is ook meteen zijn cpap meegegaan. Op de intensive care zeiden de verpleegkundigen dat ik dat ding maar weer mee naar huis moest nemen. Ze kenden deze apparaten niet. Ook later op de cardio-care was de onbekendheid groot. Hij kreeg toch zuurstof en dat moest voldoende zijn. Mijn man kon niet slapen zonder zijn cpap en als hij eenmaal sliep, werden zijn zaalgenoten wakker door zijn gesnurk. Bij de diagnose had hij 72 stops per uur. Met enige dwang kon ik na vier dagen de cpap naast hem zetten en hij heeft die nacht ook meteen heerlijk geslapen. Hoe is die onkunde in deze tijd nog mogelijk?

Anna v.d. B.

Goed dat u zo doortastend bent geweest. Het komt vaker voor dat ziekenhuizen niet op de hoogte zijn van het gebruik van de cpap. Uit onkunde of gemakzucht wordt dan maar gezegd dat het apparaat niet nodig is of dat het niet kan worden gebruikt in verband met slangetjes of zo. Het bijhouden van de medische kennis is niet altijd makkelijk en de ontwikkeling gaat snel.

Gelukkig heeft u uw zin gekregen. Uw man kon, weliswaar vier nachten te laat, weer rustig slapen en ook voor zijn gemoedsrust en algeheel welbevinden zal het goed zijn geweest dat u wél goed op de hoogte was. Als patiënt ben je immers vaak kwetsbaar en afhankelijk van de hulp van anderen.

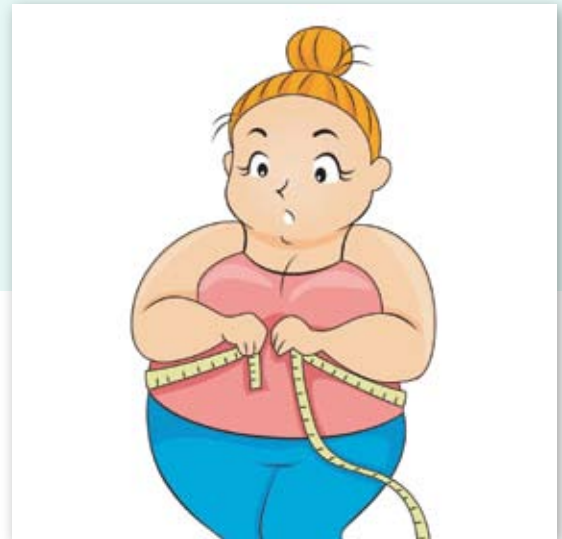
Waarom eet ik meer sinds ik apneu heb?

Sinds ik slaapapneu heb, ben ik heel wat kilo's aangekomen. 'Dat komt door die ziekte', zei een vriendin laatste tegen me. 'Dat gaat gepaard met honger.' Hoe zit dat dan precies? Dan zou ik minder trek moeten hebben nu ik sinds een maand een cpap heb. Maar dat is niet zo.

Janine A.

Uw vriendin heeft gelijk. Slaapgebrek vertraagt de snelheid van het metabolisme in de hersenen, vooral in het gebied achter het voorhoofd dat normaal gesproken controle houdt over concentratie en aandacht. Met een zwakkere controle van de voorhoofdsschors valt ook de zelfbeheersing weg. Er staat geen rem meer op het eten van aantrekkelijke etenswaren.

Door slaapgebrek raken ook allerlei stofwisselingshormonen ontregeld, met als gevolg een hogere kans op overgewicht. Er is meer van het hormoon ghreline, dat hongergevoel aanwakkert, en juist minder van het hormoon leptine, dat een gevoel van verzadiging brengt. Bovendien is er meer van het stresshormoon cortisol, dat de eetlust stimuleert en de gevoeligheid van het lichaam voor het hormoon insuline vermindert.



U wordt nu behandeld. Het gevolg moet zijn dat u beter slaapt en dat de hormoonhuishouding weer in balans komt. Dat gaat echter niet van de ene dag op de andere. Wat geduld dus en niet opgeven. Wat u natuurlijk wel moet opgeven zijn uw oude eet- en drinkgewoonten. Minder eten, meer bewegen... Het kost vaak moeite, maar het loont zeker.

VOOR MEKAARS HERMA DRAAGT HET STOKJE OVER...

Even voorstellen: Erna Petiet

In het volgend nummer van dit magazine, zal mijn foto niet meer bij de rubriek Voor Mekaar staan. U vindt daar Erna Petiet, die de rubriek zal overnemen. Ik blijf wel interviews maken; dat is mijn vak. De informatie over apneu is bij haar in prima handen. Vanaf het begin dat de aandoening langzaam meer bekendheid kreeg en er behandeling mogelijk werd, is zij erbij betrokken geweest. De redactie is dan ook zeer ingenomen met het feit dat zij medewerking wil verlenen. Een (hernieuwde) kennismaking.

tekst: **Herma Nijhuis**

We zitten voor het raam van haar appartement in Vlissingen met uitzicht over de boulevard en de Westerschelde. 'Kijk, daar loopt er weer een', zegt ze, wijzend op een man. 'Een apneu-patiënt, dat kun je vaak zien aan de huidskleur -bleek, weinig doorbloed, wat op zuurstofgebrek duidt- en aan een korte nek.' Ze heeft zo veel ervaring, dat ik die diagnose wel kan vertrouwen, al zegt ze even later dat ze natuurlijk in de praktijk wel goed naar mensen luistert.

Even later klopt een man met een grote bos zonnebloemen op het raam. Een tevreden patiënt, die dankzij behandeling met cpap weer uitgerust aan de dag kan beginnen en zijn levensvreugde heeft herwonnen. Erna heeft hem goed advies gegeven. Hij had in de krant gelezen dat zij een lezing over apneu gaf, herkende haar van het Zeeuws Byzantijns koor waar ze beiden zingen, en werd door haar voorgelicht over een aandoening die hij kennelijk al jaren had maar waarover hij nog weinig wist.



Bloemen voor Erna van een tevreden patiënt, die dankzij goede voorlichting en behandeling met cpap weer uitgerust aan de dag kan beginnen en zijn levensvreugde heeft herwonnen.

Nadat ze de bloemen in de vaas heeft gezet -stelen schuin afsnijden en in warm water zetten!- vertelt ze over de eerste apparaten die de luchtwegen open hielden. Grote apparaten die heel wat lawaai maakten en slechts voor weinigen haalbaar waren. Ze kostten dertigduizend gulden per stuk en dat moest allemaal uit eigen zak worden betaald.

‘Het was rampzalig. We zagen huwelijken kapot gaan, mensen die hun bedrijf moesten opgeven omdat ze geen energie meer hadden. Altijd moe waren. Wat is er veel veranderd’, zegt Erna Petiet.

In 1980 kwam ze op Kempenhaeghe werken als hoofd laborante op de afdeling klinische neurofysiologie, waar ze onderzoeken deed naar de werking van hersencellen. Hoofd van de KNF afdeling van Kempenhaeghe was dr. Guus Declerk. Hij was oprichter van het Slaap- en Waakcentrum. In 1986 kwamen er berichten uit Australië dat er apparaten bestonden voor behandeling van apneu. Pas tien jaar later kwam de erkenning door de Nederlandse zorgverzekeraars en kwamen de cpaps in aanmerking voor vergoeding.



2006: Erna aan het werk bij Kempenhaeghe.

Snel resultaat past bij mijn karakter

‘Voor 1996 werden de mensen met apneu eigenlijk het bos ingestuurd. Als je het apparaat niet kunt betalen, helaas, we kunnen niets voor u betekenen. U kunt als u wilt naar een kno-arts gaan, die misschien iets weg kan snijden.’ Erna vertelt dat Kempenhaeghe samen met het Westeinde Ziekenhuis in 1993, toen apneu ook in Nederland enigszins bekendheid kreeg, een onderzoek heeft gedaan bij 150 patiënten. De helft kreeg een UPPP (Uvulo Palato Pharyngo Plastiek) waarbij amandelen en overtollige weke delen ter hoogte van het verhemelte die de luchtweg tijdens de slaap kunnen blokkeren, en de anderen kregen een apparaat. Ze werden twee jaar gevolgd en de cpap bleek de beste behandeling. Vaak verslapte de keel na de operatie weer.

Toch moest er strijd worden gevoerd voordat de cpap werd vergoed. Inmiddels was die gelukkig wel veel goedkoper geworden. Toen de vergoedingen kwamen, is Kempenhaeghe zich meer gaan richten op de zorg voor mensen met apneu. Erna verkoos die richting boven



epilepsie, mede omdat ze merkte dat er met een cpap snel positieve resultaten waren te behalen.

‘Je zag mensen opknappen. Het vlugge resultaat past meer bij mijn karakter. Wat mij tevens aantrok was het sociale contact. Mensen motiveren, aanmoedigen. Geef je alleen een apparaat mee en laat je verder niets horen, dan is het een uitzondering dat het meteen goed gaat. De opstelling van ‘zoek het maar uit’, werkt niet.’

Fijn dat mensen assertiever zijn geworden

In de loop der jaren zijn de apparaten goedkoper, kleiner, stiller en geavanceerder geworden. ‘Patiënten kunnen me niet meer zo veel wijs maken. Sinds je de apparaten kunt uitlezen, kan ik ze makkelijker op smoesjes betrappen. Dat de mensen in de loop der tijd assertiever zijn geworden, vind ik een voordeel.’

Bij Kempenhaeghe is Erna nu met pensioen. Ze werkt nog wel twee tot drie dagen per week bij Comcare en bezoekt dan zeven tot acht mensen per dag in Zeeland en West-Brabant. Ze is regiocoördinator van de ApneuVereniging afdeling Zeeland en houdt regelmatig lezingen.

‘Die worden aangekondigd in de krant en dan reageert er wel een vereniging van plattelandsvrouwen of bedrijfsartsen of ik ook een keer voor hen wil komen praten met een powerpointpresentatie. Dat doe ik met alle plezier. Zelf heb ik geen apneu. Dat gegeven maakt dat ik erover denk mijn functie als regio-coördinator over een tijdje over te dragen aan een ander. Ik heb wel ervaring in mijn vakgebied, maar ik ben geen ervaringsdeskundige. Komt er een nieuwe cpap op de markt of een nieuw masker, dan ga ik daar wel een uurtje mee slapen. Maar dat is natuurlijk niet te vergelijken met levenslang.’

Van haar vakkennis kunnen we nu gebruik maken voor de vragenrubriek. Ik geef het stokje in volle vertrouwen over.

Herma Nijhuis



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



oud-voorzitter Henk Strating:

'Ik vier inmiddels twee keer per jaar mijn verjaardag'

Een man, die heel veel voor onze vereniging betekent, is Henk Strating. Onze vorige voorzitter en nu nog steeds werkzaam als regiocoördinator. Weer zo'n kanjer, die ik graag interview.

Vroegste herinnering?

'Mijn vroegste herinnering is uit de Tweede Wereldoorlog. In april 1945 kwamen de Polen Noord-Nederland bevrijden. Ik woonde in Westenesch, een klein boerendorpje bij Emmen. Er was al een dierentuin in Emmen en op mooie zomeravonden waande ik mij in het oerwoud, wanneer met de oostenwind de dierengeluiden onze kant opkwamen. Ik speelde bij onze boerderij en opeens hoorde ik het zware gebrom van motoren: tanks! Ik rende naar de straat en moet gevallen zijn, want ik kan mij nog herinneren, dat mijn knie bloedde. Het was een indrukwekkende ervaring. Een paar maanden daarvoor was er een 'nieuw zusje van 13 jaar' in ons gezin gekomen. Zij was lopend uit Rotterdam gekomen met zes broers en zussen. Hongerwinter, aansterken en uiteindelijk is zij bij ons gebleven.'



Favoriete vakantiebestemming?

'Wij hebben een aantal jaren met het gezin gekampeerd bij Le Lac du Bourget. Een schitterende omgeving en je ervaart de nietigheid van de mens in dit berglandschap. Een aantal keren hebben wij een nacht gekampeerd op de flanken van de Alpe d'Huez om de tourkaravaan en tourenners de volgende dag te zien. Een happening van de bovenste plank.'

Kostbaarste bezit?

'Een open deur! Je nageslacht is het kostbaarste bezit. Zowel wat betreft je eigen kinderen en aangetrouwde

kinderen, zeker ook je kleinkinderen. Wij hebben er nu vijf. Twee jongens, drie meisjes. Elke week dik genieten, omdat wij structureel oppassen. Sinds 7 december jl. is er een pareltje bij gekomen, een adoptiefdochter van 6 jaar uit Ethiopië.'

Leermoment?

'Na een prachtige afscheidsreceptie als directeur van een basisschool, moest ik er twee weken later weer zijn in verband met een bestuursvergadering van een multifunctioneel centrum. Ik dacht, ik ga er even vroeger heen, dan kan ik nog koffie drinken met mijn oud-collega's. Een ritueel, dat zich afspeelt op het schoolplein. Ik stond er amper of een kleuterjochie kwam naar mij toe en zei: 'Jij hebt toch afscheid genomen?'

Lekkerste gerecht?

'Ik ben nog nooit in een restaurant, met of zonder Michelin-ster, een kok tegengekomen, die de spruitjes net zo lekker kookt als mijn Giny!

Ultiem geluk?

'Ik weet vrijwel zeker, dat de behandeling met de cpap mij heeft behoed voor allerlei bijkomende ziekten, waarvan de afloop desastreuze gevolgen kan hebben. Ik prijs dan ook elke dag de ontwikkelaars en allen die betrokken zijn bij mijn behandeling. Toen bij mij in 1998 apneu werd geconstateerd en ik na één nacht met de cpap een gevoel van wedergeboorte had ervaren, stonden er twee dingen vast: Ik was ervan overtuigd, dat veel meer mensen apneu hadden én ik wilde na mijn werkzame leven anderen hierover vertellen. Ook over de behandelingen zonder medicijnen. Nadat ik een voorlichtingsavond had bezocht in Emmen, herkende ik diverse symptomen. Op deze avond waren ook twee leden van het voormalige bestuur van de vereniging aanwezig, de heren Keller en Visser. Ik heb mij aangemeld als lid. Ben in 2001 bestuurslid geworden en in 2002 voorzitter. Mijn eerste lezing was voor de Vrouwen van Nu in Annerveenschekanaal. Er zouden er ruim 60 volgen. Zo'n 2500 toehoorders. Samen met mijn vrouw Giny, die haar rol en ervaring als partner van een apneupatiënt uitlegt. Ik vier inmiddels twee keer mijn verjaardag: één keer op mijn geboortedag en één keer op mijn wedergeboorte-dag, dankzij de cpap.'

Henk, bedankt!

MRA-BERICHTEN

Een mra is tweedelig en verstelbaar



Eind augustus werd in Rome het 10th World Congres on Sleep Apnea gehouden. Vijf dagen lang werd er van 's ochtends vroeg tot in het begin van de avond lezingen gehouden en onderzoeksresultaten gepresenteerd. Daarbij was een groot aantal lezingen en onderzoeken van over de hele wereld naar de effecten van de behandeling met mra. Daarbij werden de effecten vergeleken met cpap of werden verschillende typen mra met elkaar vergeleken.

tekst: **Piet-Heijn van Mechelen**

Een mra werkt

Een ding staat als een paal boven water: een mra is een prima behandeling voor licht tot matig slaapapneu als je tenminste een redelijk gebit hebt. Het aantal apneus daalt stevig, meestal zelfs onder de kritische grens van vijf. Mensen gaan zich beter voelen, minder slaperig, de kwaliteit van leven neemt toe en de bijkomende ziekten van apneu nemen af. De bijwerkingen van de behandeling zijn minimaal op langere termijn. Er werd overigens ook onderzoek gepresenteerd, waarbij bleek, dat ook de cpap door de druk van het masker op de boven of onderkaak tot enige tandverplaatsing kan leiden. Sommigen vonden het mra zelfs beter, omdat het mra door velen als comfortabeler ervaren wordt en daardoor vaker gedragen wordt. Dit terwijl de therapietrouw bij cpap vaak te wensen overlaat. En zelfs de beste therapie werkt niet als de patiënt hem niet gebruikt.

Een boil en bite is geen mra

In sommige ziekenhuizen wordt nog met zacht siliconemateriaal gewerkt dat warm wordt gemaakt en vervolgens zijn vorm krijgt doordat de patiënt er zijn tanden in zet. De zogenaamde boil en bites of 'hockeybitjes'. Dit materiaal is te zacht om de onderkaak echt naar voren te houden en schiet dan ook los. Werking en therapietrouw zijn daarmee niet afdoende.

Een monobloc is achterhaald en inferieur

Hoewel aanvankelijke veel onderzoek is gedaan met mra's uit een stuk, de zogenaamde monoblocs, werden die nu als achterhaald en inferieur beschouwd. Ten eerste, omdat de tanden in een gebit naar voren staan is het niet goed mogelijk een mra te maken dat in een hap ingezet kan worden en tegelijkertijd de kaak voldoende naar

voren houdt. Je hebt al gauw of te weinig grip, of een volle mond met een overmaatse mra voor het houvast. Dat is erg oncomfortabel en wordt op de langere termijn minder goed verdragen. Daardoor daalt ook de therapietrouw. En weer is de stelregel: een goede therapie is niks waard als een patiënt hem niet gebruikt. Een deel van deze bezwaren wordt ondervangen door een 'monobloc' die in twee delen wordt gemaakt. Voor zover bekend is de Mozes de enige die in Nederland deze techniek toepast.

Daar komt nog iets fundamenteels bij: een monobloc moet in een keer goed zijn met de juiste stand naar voren. Was in een stevig begeleidde onderzoekssituatie vaak nog wel denkbaar om een enigszins goede stand te bereiken. In de dagelijkse praktijk blijkt dat een stuk moeilijker. Het monobloc plaatst de kaak onvoldoende naar voren, waardoor te weinig therapie-effect wordt bereikt. Of het monobloc trekt de kaak te ver naar voren met bijkomend ongemak en schade. Ofwel: inmiddels is verstelbaarheid de norm.

Tweedelig en verstelbaar

Een goed mra wordt op maat gemaakt in twee delen van stevig materiaal en is verstelbaar. Het gaat dan met name om de voorwaartse stand van de onderkaak. Verstelbaarheid in hoogte (waarbij de onder- en bovenkaak iets meer afstand krijgen) is niet wenselijk en kan zelfs nadelig werken. Een verstelbaar mra wordt vaak afgeleverd in 60% van de voorwaartse stand. Dat blijkt vaak al heel goed te werken en is goed voor de gewenning. Zo nodig kan later de kaak alsnog verder naar voren getrokken worden. En als iemand zich door de therapie beter gaat voelen, of last heeft kan de mra ook weer teruggesteld worden. ■

MEER DAN 10.000 MRA'S PER JAAR!

In de wandelgangen van het tiende wereldcongres over slaapapneu in Rome circuleerde een opvallend bericht over Nederland. Sinds het mra januari 2010 in de vergoeding door de zorgverzekeraars is opgenomen is het aantal behandelingen met mra enorm toegenomen. Er zouden in 2012 zo'n 10.000 mra's worden aangemeten. Afgaande op onze informatie bij verzekeraars zou dat wel kunnen kloppen. In Nederland worden daarmee meer mra's verstrekt dan in welk ander Europees land. In andere landen loopt de cpap nog voorop. Ook de cpap maakt in Nederland nog steeds een stijging door, maar minder sterk en zit ook rond de 10.000 -12.000 per jaar. Maar het is, al met al, niet denkbeeldig dat volgend jaar de behandeling met mra de meest toegepaste behandeling in Nederland wordt.

MRA EN VERGOEDING LEZERSOPROEP

Sinds 2010 wordt het mra vergoed door de basisverzekering. Maar ons bereiken berichten via mail en telefoon dat nog niet iedere verzekeraar weet hoe hier mee om te gaan. Nagenoeg alle verzekeraars hebben de eis opgenomen dat een mra 5 jaar hoort mee te gaan. Daar kunnen we ons in vinden. Want als een mra onverhoopt tussentijds breekt en vervangen moet worden, zit een patiënt weken zonder behandeling. En breken kan. Er staat een grote spanning op een mra om de onderkaak naar voren te houden. En een groot aantal mensen met apneu maakt 's nachts knarsbewegingen (bruxisme).

Maar, nu komt het, sommige verzekeraars hebben hieraan vastgeknoopt dat een mra maar eens in de 5 jaar vergoed wordt. Ook dat zou eventueel kunnen. Maar niet, dat als een mra tussentijds breekt, dat dan de patiënt de rekening krijgt. Dat kan niet. Volgens de functiegerichte omschrijving moet de basisverzekering uitkeren. Een patiënt kan zeker de eerste keer nog niet kiezen. Als een medisch specialist besluit om met een minder solide mra te gaan werken, heeft de patiënt daar geen invloed op.



De zorgverzekeraar moet dus bij de medisch specialist zijn en bij hem afdwingen dat hij met een goede mra werkt en/of zorgt voor kosteloze vervanging als deze tussentijds stuk gaat. En natuurlijk moet het slaapcentrum en de leverancier een snelle procedure hebben voor tussentijdse vervanging. De Somnodent biedt 5 jaar garantie. Ook de Respident wordt door Vivisol geleverd met 5 jaar garantie. Al voegt directeur Van der Poel toe dat het niet altijd mogelijk is 5 jaar met een mra te doen. Maar dan wordt de mra kosteloos vervangen. Ook de meeste monoblocs houden het langer dan 5 jaar uit, maar die zijn om andere redenen niet als adequate mra therapie aan te merken (zie hiernaast).

Een ding is zeker: de rekening voor tussentijdse vervanging van een minder solide mra mag niet bij de patiënt komen te liggen. Daarvoor geldt maar een uitzondering. Alleen als een patiënt onzorgvuldig met zijn mra is omgesprongen kan een tegemoetkoming gevraagd worden. Bijvoorbeeld als iemand zijn mra niet goed heeft opgeborgen en zijn hond hem heeft stukgebeten.

Oproep

Ging uw mra al snel stuk? Werd die snel vervangen? Bij welke slaapkliniek was het? Weet u toevallig ook de naam van het mra of de leverancier? Moest u wel of niet iets bijbetalen? Hoeveel? Bij welke zorgverzekeraar was het? Wij roepen alle lezers op met ervaring met een gebroken mra om hun ervaring te melden bij:

info@apaneuvereniging.nl

TERZIJDJE

Het cpap-onderzoek wordt gedomineerd door de Amerikanen. Dat heeft ongetwijfeld ook te maken met de cpap industrie. Voor het mra zien we relatief veel meer onderzoek uit andere landen. Bijvoorbeeld in Zweden speelt professor dr. M. Marklund een belangrijke rol. In Zweden is al ruim 20 jaar ervaring met mra's. Nog maar kort hebben de VS, door bijvoorbeeld de oorlog in Irak, ontdekt hoe handig het is om over een therapie te beschikken waarbij je geen stroom nodig hebt. Vorig jaar werd de mra dan ook in de VS erkend als goede osas-therapie voor soldaten.

COMBINATIETHERAPIE

Veel onderzoekers hebben grote verwachtingen van combinatietherapie, waarbij bijvoorbeeld een mra wordt gecombineerd met een cpap. Daarmee wordt een mra ook geschikt voor mensen met een ernstig slaapapneu (AHI groter dan 30). Door de combinatie kan de druk van de cpap lager zijn en wordt de therapie beter verdragen. Daardoor neemt ook de therapietrouw toe. ■

Positie-afhankelijke slaapapneu

Sommige mensen hebben slapend op hun rug (heel) veel apneu's en op hun zij (heel) weinig. De vraag is hoe vaak komt zo iets voor? Maar nog belangrijker: heb je er wat aan voor de therapie? Bestaat er zo iets als positie-therapie voor positie-afhankelijke osas?

tekst: **Piet-Heijn van Mechelen**

Slaappositietraining

We schreven er al over in het ApneuMagazine van december vorig jaar. Positie-afhankelijke slaapapneu komt zeer veel voor. Dat wil zeggen: meer dan de helft van de mensen met slaapapneu heeft veel meer apneus als hij op zijn rug ligt dan als hij op zijn zij ligt. Een groot deel ervan, met name mensen met lichte of matige slaapapneu zou zelfs geen verdere behandeling nodig hebben als ze op hun zij zouden slapen. Het probleem was dat er eigenlijk geen echte positietherapie bestond. Er is van alles geprobeerd. Maar het uitgangspunt was daarbij verhinderen. Voorkomen dat mensen op hun rug zouden gaan liggen. Vanaf de bekende tennisbal in een t-shirt tot en met vesten en rugzakken in allerlei vormen. Dat hielp wel. Maar niemand hield het vol. Het was te oncomfortabel en verstoorde de slaaparchitectuur. Daarmee was het middel vaak net zo ernstig als de kwaal. Mensen hebben het nodig om zo'n 10 tot 20 keren per nacht ongestoord van de linkerzij op de rechterzij te kunnen draaien en omgekeerd.

De nieuwste benadering is positietraining. Daar werden in 1991 al de eerste onderzoeken mee gedaan. Het idee is dat je mensen kunt leren op hun zij te gaan slapen. Na enkele minder comfortabele nachten zouden de eerste resultaten al binnen enkele weken bereikt kunnen zijn en wordt er niet of nauwelijks meer op de rug geslapen. Na een tijdje wordt het apparaat nog wel gedragen, om te voorkomen dat je in oude gewoontes vervalt, maar zou nog zelden een trilling nodig zijn om je er aan te herinneren om op je rug te slapen. In korte tijd verschenen 3 systemen die hier min of meer subtiel op inspelen.

We bespraken eerder de SnoreBreaker die je zelf aan kunt schaffen. Deze is uitgevonden door een apneupatiënt en werkt vrij direct met een knop op de rug. Een beetje spartaanse benadering, maar het zou goed werken volgens

de uitvinder. De SnoreBreaker is officieel geen medisch hulpmiddel en kan dus niet als zodanig verkocht worden. Het wordt aangeboden tegen snurken.

Studenten van de TU Delft pakten het idee van positietraining op. Het werd de slaappositietrainer (SPT) van NightBalance. Een klein doosje dat op de borst wordt gedragen. Het is voor zover wij weten de meest subtiële uitwerking waarbij van alles in te stellen en uit lezen is. Zij streven er naar dat de slaappositietrainer wordt opgenomen in het basispakket als officiële behandeling tegen slaapapneu. Daarvoor wordt allerlei onderzoek gedaan. Hieronder leest u de laatste stand van zaken.

Dr. R. Janssen van het slaapcentrum van het CWZ in Nijmegen hoorde de reuring rond positietraining, dook in de onderzoeksliteratuur en ontwikkelde met anderen zijn eigen slaappositietraining op basis van de iPhone. Bijgaand zijn verslag en een uitnodiging om mee te doen met zijn onderzoek.

Voor de mensen die zelf willen gaan experimenteren, raden we aan om dat in overleg met de slaapkliniek te doen. Ten eerste weten zij of er bij u sprake is van positieafhankelijke osas. Want als u geen positieafhankelijke osas heeft, helpt positietraining voor u niet. Ten tweede kan, als het werkt, de druk van uw cpap worden verlaagd. En tenzij u een autopap heeft, is daar weer de slaapkliniek voor nodig. De instelling van uw cpap is een medische handeling. We raden in ieder geval iedereen af om zelf op eigen houtje de behandeling te staken als u denkt dat het helpt, dat is spelen met uw leven. Raadpleeg dan altijd uw specialist. Tot slot: als u al, nagenoeg de hele nacht op uw zij slaapt, hoeft u geen positietraining. ■



De trainer van NightBalance

De slaappositietrainer (SPT) van NightBalance is een mooi klein doosje met een chip en een sensor erin dat op de borst wordt gedragen. Het is geen mechanisch ding dat op je rug liggen verhindert. Er hoort software bij waarmee precies in te stellen is hoe snel, hoe hard en hoe vaak het apparaat een lichte trilling geeft als je op je rug ligt. Dat kan geleidelijk opgevoerd worden, zodat je went aan op je zij slapen.

De slaappositietrainer van NightBalance wil graag erkend worden als officieel medisch hulpmiddel voor de behandeling van osas en moet daarom aan de strengste eisen voldoen, zoals bijvoorbeeld CE-keurmerk. Dit in tegenstelling tot andere hiervoor genoemde middelen, die alleen verkocht mogen worden als middel tegen snurken.

De SPT van NightBalance heeft inmiddels voor allerlei eisen goedkeuringen binnen. En ook al prijzen gewonnen voor innovatief ontwerp. Maar bovendien moet de werkzaamheid worden bewezen. Daarvoor lopen er verschillende onderzoeken bij groepen patiënten onder andere in het Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam en bij Medisch Spectrum Twente. Bij Achmea loopt een proef waarbij zo'n 170 patiënten gedurende een half jaar gevolgd worden of de SPT werkt en of mensen die blijven gebruiken. Bij het Academisch Ziekenhuis Antwerpen loopt een proef van de SPT in combinatie met de mra. Alle resultaten zoals we die in de wandelgangen horen zijn zonder uitzondering bijzonder positief.

Van het onderzoek in het Lucas Andreas verscheen in het blad Sleep and Breathing het officiële onderzoeksverslag. Aan het onderzoek deden uiteindelijk 31 patiënten mee. Ze waren gemiddeld 48 jaar oud en hadden gemiddeld enig overgewicht (BMI 27). De meeste sliepen zo'n 50% van de tijd op hun rug. Sommigen zelfs driekwart van de tijd. Na een maand gebruik van de slaappositietrainer sliep niemand meer (langdurig) op zijn rug. De gemiddelde AHI daalde daardoor van gemiddeld 16.4 naar 5.4. De helft van de patiënten had zelfs een AHI van onder de 5 en heeft daardoor naast de SPT geen andere behandeling meer nodig. Ook de slaperigheid overdag nam zeer sterk af. En het algemene functioneren werd beter. Bovendien verdroeg bijna iedereen de therapie en bleef deze gebruiken. De therapietrouw was 92,7%. Dat is een zeer hoog percentage dat met andere therapieën niet gehaald wordt.

De onderzoeker concluderen dan ook dat de slaappositietrainer over een maand gemeten een bijzonder succesvolle behandeling is voor positie-afhankelijke osas, waarbij de subjectieve slaperigheid afneemt en de kwaliteit van leven toeneemt, terwijl door de werking de effectiviteit van de

slaap niet nadelig beïnvloed wordt. Gezien dit succes wordt het onderzoek naar de effecten op langere termijn voortgezet.

Zoals gezegd lopen er op dit moment nog verschillende onderzoeken. Ook die wijzen in bijzonder positieve richting. Maar op dit moment wordt de slaappositietraining met de slaappositietrainer van NightBalance nog niet vergoed door de zorgverzekeraars. Er zijn mensen die denken dat positietraining nu al onder de conservatieve behandeling valt conform de richtlijn uit 2009 en daarom ook gezien de functiegerichte omschrijving op korte termijn onder de verzekerde zorg zou moeten vallen, maar zover is het op dit moment nog niet. Er wordt nog gesproken over de hoogte van de vergoeding door Mediq die hierin het voortouw heeft. We houden u op de hoogte. ■



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

EEN IPHONE APP TEGEN POSITIONEEL SNURKEN

Wie heeft een iPhone® en wil positietraining proberen?



Meer dan de helft van de osas-patiënten heeft minimaal tweemaal zoveel adempauzes in rugligging als in zijligging. Daarnaast blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat snurkers gemiddeld genomen vaker en harder snurken in rugligging dan in zijligging.

Positietherapie is een potentieel zinvolle behandeling tegen houdingsafhankelijk osas en houdt in dat geprobeerd wordt te voorkomen dat de patiënt 's nachts, in het onderbewustzijn van de slaap, op de rug gaat liggen en hierdoor meer apneus heeft. De klassieke benadering is de tennisbal methode, waarbij 's nachts een bal op de rug gedragen wordt. Als de patiënt naar rugligging draait dan geeft dit een onprettig gevoel en hij/zij zal vervolgens doordraaien naar zijligging. Helaas leidt de tennisbaltechniek vaak tot slaapverstoring en zijn er patiënten die, ondanks de tennisbal, nog steeds op de rug blijven slapen.

Dr. R. Janssen, longarts in het Slaapcentrum CWZ Nijmegen, heeft een positietrainer in de vorm van een iPhone® app ontwikkeld, die *SnoreTrainer* heet en voor € 2,39 verkrijgbaar is in de App Store van Apple®. De smartphone wordt niet op de rug maar op de borst gedragen en daardoor zal deze vorm van positietraining waarschijnlijk beter verdragen worden. De iPhone® kan voor het slapen gaan op de borst bevestigd worden met behulp van een elastisch verband en papierclips of u maakt natuurlijk zelf een speciaal zakje voor de iPhone® in een t-shirt. Na het starten van *SnoreTrainer* zal de iPhone® een signaal (trilling / geluid) afgeven als u op de rug draait.

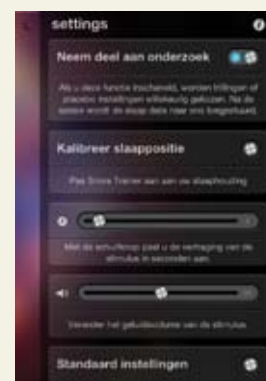
Hoe Janssen op het idee kwam voor *SnoreTrainer*? 'Reeds in 1985 beschreef de Amerikaanse wetenschapster

Rosalind D. Cartwright de eerste op de borst gedragen slaap positie trainer. Ik dacht: dit moet ook met de iPhone® kunnen. Ik besloot hierop een wetenschappelijk onderzoek te gaan doen naar de bruikbaarheid van de iPhone® bij houdingsafhankelijk osas. Via een collega kwam ik in contact met programmeur Neal van den Eertwegh. Hij programmeerde *SnoreTrainer*.'

De app is weliswaar ontworpen met osas-patiënten in gedachten, maar is geen medisch hulpmiddel en wordt verkocht tegen snurken. In de toekomst kan het wellicht ook zinvol zijn positietherapie te combineren met cpap, mra of operatie. Overigens is de werkzaamheid van *SnoreTrainer* nog niet bewezen in een medisch wetenschappelijk onderzoek.

Janssen ziet wel voordelen van het gebruik van een app als positietrainer: 'Als uit ons onderzoek namelijk blijkt dat we iets moeten veranderen aan de instellingen dan kunnen we in no time een *SnoreTrainer* versie 2.0 maken. Momenteel is *SnoreTrainer* nog niet verkrijgbaar voor zogenaamde Android® toestellen, maar als de app een succes wordt voor de iPhone® dan zal deze er zeker komen.'

Dr. R. Janssen start binnenkort een wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van *SnoreTrainer*. Deelnemers dienen vier weken met een iPhone® op de borst te slapen: eerst één week zonder dat de telefoon trillingen af geeft, dan twee weken waarbij de iPhone® trilt in rugligging en dan weer één week zonder trillingen. Houdingsafhankelijke osas-patiënten, die als vrijwilliger mee willen doen aan het wetenschappelijk onderzoek, zijn van harte welkom en kunnen zich melden via slaapcentrum@cwz.nl.



Welkom in de club: Tineke Beishuizen



Tineke Beishuizen, bekend columniste en schrijfster, heeft slaapapneu en dat mag iedereen weten. Ze schreef erover in Libelle en die stukjes lokten allerlei reacties uit.

Waarom was ze zo open over iets waarvoor nog steeds mensen zich generen?

tekst: **Herma Nijhuis**

Tineke kijkt me aan alsof ik de stomste vraag ooit heb gesteld. Dat is ook wel zo, want als oud-collega bij Libelle kan ik weten dat ze altijd over persoonlijke zaken schrijft, móet schrijven omdat deze haar uiteraard het meest bezighouden.

Ik vind dat je als apneu-er juist alle medeleven verdient.

Wat zeg ik: je moet worden verwend, lief en begrijpend worden behandeld.'



‘En apneu is een ingrijpend iets. Het verandert je leven. Dingen die gewoon waren, kun je vergeten. Lekker liggen is er niet meer bij. Behaaglijk mijn gezicht in het kussen drukken, kan ik vergeten. Van mensen die hun masker hun beste maatje noemen, begrijp ik niks. Toch moet ik toegeven dat het slurfje wel helpt. Ik val overdag niet meer in slaap.

Jarenlang vond ik heel gewoon dat ik 's morgens boven de krant al indommelde en dat ik mijn auto op een parkeerplek moest zitten om tien minuten een dutje te doen. Dat zat blijkbaar in de familie. Mijn vader zat te slapen boven de krant, mijn moeder knikkebolde tijdens het aardappel schillen. En broer en zus vielen ook overal in slaap. Het is nooit uitgezocht waardoor dat kwam. Mijn zusje wil niets van een slaaponderzoek weten, ook niet nadat ze met haar auto in een greppel terecht was gekomen na een moment van ‘afwezigheid’. Gelukkig heeft het bij mij nooit tot ongelukken geleid. Als ik voelde dat mijn ogen dicht zouden vallen, zette ik de blower hoog op koude lucht en ging uitkijken naar een parkeerplek.

Wanneer dacht je: dit wordt te gek?

‘Toen deze momenten langzamerhand talrijker werden. En toen ik zelfs boven mijn computer in slaap viel. Nu zal ik niet beweren dat ik altijd bloedstollende, spannende verha-

len schrijf. Maar dat de schrijfster zelf boven haar verhalen in slaap valt...

Mijn huisarts dacht aan slaapapneu en verwees me naar de longarts. Slaaponderzoek wees uit dat ik een matige vorm van osas had. Ik heb nog gevraagd of er niets weggesneden kon worden om mijn ademweg open te houden, maar dat was geen optie. Mijn gebit was niet geschikt voor een mra-zo'n ding in de mond lijkt me trouwens ook niks- en zo kwam de cpap met het slurfje in mijn leven. Het was geen genoeg en de eerste periode had beter gekund als ik betere voorlichting had gekregen. Na de diagnose kwam ik in het ziekenhuis in een kamertje waar iemand met die apparaten zat. Hij drukte me snel iets op mijn neus waarvan hij dacht dat het wel goed was. Ik heb zelf niets kunnen kiezen, heb geen maskers kunnen vergelijken. De eerste maand ‘aangelijnd slapen’ werd een verschrikking.’

Wat was er zo verschrikkelijk?

‘Stromen koude lucht langs mijn gezicht maakten me op slag klaar wakker. Ik was voortdurend verkouden, had last van condens in de slang. Dat masker irriteerde me, ik had het gevoel dat ik een gasmasker opzette.

Na een maand ben ik teruggedaan en weer werden er allemaal enge dingen op mijn hoofd gedrukt. En toen kwam er als allerlaatste een klein dingetje tevoorschijn met alleen neusdopjes. Als ik dat meteen had gezien, had ik daarvoor direct gekozen.

Later stuurde de leverancier mij een enquête toe waarin voornamelijk vragen werden gesteld over de informatie die je krijgt na het ontvangen van de cpap. Allemaal informatie die ik niet heb gehad. Er is me enkel uitgelegd hoe dat ding werkt. Ik heb het formulier ingevuld en vervolgens...niets gehoord. Je zou toch denken dat er contact wordt opgenomen met iemand die nog met zo veel vragen zit?

Ik heb in het ziekenhuis wel het Apneu Magazine gekregen en uit dat blad en via de website heb ik allerlei informatie bij elkaar kunnen sprokkelen. Ik ben ook naar een regionale bijeenkomst gegaan. Van de verhalen die ik daar hoorde, verwonderde me het meest dat mensen problemen in hun huwelijk krijgen doordat de een met een slurfje in bed ligt.

Daar staat mijn verstand bij stil. Ik vind dat je als apneu-er juist alle medeleven verdient. Wat zeg ik: je moet worden verwend, lief en begrijpend worden behandeld.'

En hoe reageerde je eigen Jean?

'Hij heeft hard gelachen toen ik voor de eerste keer dat masker opzette. Maar ook ik lag dubbel. Daarna was hij lief en begrijpend. De diagnose werd dit jaar aan het begin van de Boekenweek gesteld. Ik had overal in het land afspraken voor de presentatie van mijn boeken. Jean heeft me toen het hele land doorgereden. Mijn arts had me gewezen op de risico's die je loopt als je onbehandeld in een auto rijdt. En zelf wilde ik ook niet op mijn geweten hebben een ongeluk te veroorzaken. Over deze gebeurtenissen heb ik twee columns in Libelle geschreven. Dat leverde veel reacties op van mensen die met me meeleeften en mensen

die me raad gaven. Een speciaal hoofdkussen kopen, een verwarmde slang aanschaffen, een flanellen hoes om de slang doen. Ik heb al een fantastische ventilator gekocht, een soort pilaar, die koele lucht naar mijn slaapplek blaast. Van de warmte heb ik geen last. Maar hoe ik straks de kou moet oplossen?

Er waren ook lezeressen die het ontmoedigend vonden voor mensen met apneu dat ik de nadelen had opgeschreven. Daar zit wat in. Maar aan de andere kant vind ik het onzin het rooskleuriger voor te stellen dan het is.'

Tineke Beishuizen geeft haar columns over apneu cadeau

Mocht u de columns van Tineke Beishuizen in Libelle nog niet hebben gelezen of nog een keer willen lezen, dan kan dit hier. Het ApneuMagazine kreeg ze van haar cadeau. ■

Eindelijk begreep ik dat die slaapjes niet gewoon waren

En ineens heb ik een privéchauffeur.

Hij heet Jean en eigenlijk zou ik een pet voor hem moeten kopen en zelf op de achterbank gaan zitten met een glas wijn in mijn hand en de krant op schoot. Of met zo'n niet te tillen tas met dossiers naast me, zoals ministers dat hebben.

Mijn chauffeur Jean rijdt me naar de plek waar ik moet zijn, levert me af, informeert wanneer ik weer opgehaald moet worden en doodt de tussen liggende tijd met het drinken van koffie in de een of andere liefst bruine kroeg. Iets anders dan koffie drinken is er helaas voor hem niet bij. Chauffeurs met drank op zijn een gevaar op de weg en bovendien betaalt de verzekering de schade niet als hij, zelfs buiten zijn schuld, bij een aanrijding betrokken zou zijn.

Als ik achter het stuur ga zitten betaalt de verzekering trouwens ook niet uit. Niet sinds ik bij de dokter ben geweest. Mijn 'Komt een vrouw bij de dokter'-verhaal is een bizarre versie van het oorspronkelijke verhaal. En het begint eigenlijk al in mijn jeugd, met een vader en moeder die altijd als ze langer dan een kwartiertje op een stoel zaten, in slaap vielen. Vader knikkebollend boven de krant, moeder knikkebollend boven het mandje aardappelen die geschild moesten worden, ik kan

ze uittekenen. Broer en zus ook al van die in-slaap-vallers, dus geen wonder dat ik het zelf heel lang de normaalste zaak

van de wereld vond dat ik altijd en overal wel kon slapen. Gewoon op de grond, telefoonboek onder mijn hoofd en ik was al vertrokken. Terwijl ik toch iedere nacht minimaal acht uur in bed lag. Maar op een gegeven moment werd het vervelend. Was ik net uit bed, doezelde ik boven de Volkskrant alweer in, en zo saai is die krant echt niet. Mijn bezigheden begonnen zich af te spelen tussen hazenslaapjes door. Steeds vaker en steeds langer. En toen kwam er toch echt een moment dat het bij mij begon te dagen dat het misschien niet zo gewoon was als ik zelf altijd had gedacht. Huisarts dus. En een verwijzing naar een polikliniek waar slaaponderzoek gedaan wordt. 's Middags met m'n slaap t-shirt onder mijn colbert naar de kliniek, om daar volgeplakt te worden met apparaatjes, kabeltjes en nog wat dingen. Doel: het verzamelen van gegevens over mijn slaap. Het werd de eerste nacht dat Jean naast een maanvrouwtje lag. Maar er zouden er meer volgen..!





VIVISOL

Vivisol Nederland is een vooraanstaande speler in professionele Home Care. Lid van de internationale SOL-Groep met vestigingen door heel Europa. Vivisol brengt medische zorg thuis met als basis vertrouwen.

Vivisol Nederland
Laarakkerweg 11
Postbus 346
5060 AH Oisterwijk
t: 013 523 10 21
osas@vivisol.nl
www.vivisol.nl

Dé CPAP-gebruiker bestaat niet.
Hét CPAP-apparaat en hét CPAP-masker ook niet.
Daarom kiest Vivisol voor een persoonlijke benadering.
Uw situatie staat centraal: Wat wilt u? Wat heeft u nodig?
Onze brede, zorgvuldig samengestelde range aan CPAP-apparatuur en maskers omvat alle gangbare merken. Deze grote keuzevrijheid biedt u en ons alle ruimte om samen te werken aan de perfecte oplossing voor úw therapie op maat. Onze dienstverlening maakt het verschil!



Vivisol: een zorg minder.

Wilt u weten wat wij voor u kunnen betekenen?
Bel ons! Customer Service OSAS: 013-523 10 21.



Boeken van Tineke Beishuizen

- 2005 Als zand door mijn vingers
- 2006 Wat doen we met Fred
- 2007 Dood door schuld
- 2008 Schaduw
- 2009 Oud Zeer
- 2010 Gekleed te water
- 2011 Lot
- 2011 Het vliegt voorbij

Jammer dat iets wat goed voor me is zo vervelend kan zijn

Jean komt niet meer bij. Daar lig ik dan in bed, met een kapje op mijn gezicht, waaraan een slurfje vastzit dat verbonden is met een slang die naar een apparaatje voert dat gedurende de hele nacht door middel van een bepaalde luchtdruk mijn ademweg open houdt. Best een ingewikkeld verhaal, dat heel duidelijk uitgelegd wordt op internet. Dat kapje met slurf kreeg ik in het ziekenhuis, nadat geconstateerd was dat ik gedurende mijn slaap meer ademstilstanden per uur had dan goed voor me was. Het kapje haatte ik vanaf moment één. Groot, benauwend, akelig. Een soort gasmasker. Maar ja, je bent in een ziekenhuis en je denkt 'het zal wel zo moeten'. Pas later hoorde ik dat het kamertje met de apparaten-meneer niet echt bij het ziekenhuis hoort, maar dat ik met de leverancier te maken had. Zoals ik ook niet wist dat er niet één, maar een paar honderd verschillende maskertjes zijn. In elk geval verkeerde het masker en ik op een zodanige voet van oorlog dat ik na een paar weken terug ging en zei dat ik dat ding niet langer meer op mijn gezicht wilde hebben. Na nog een paar ellendige dingen kwam de leverancier ineens tevoorschijn met iets dat vergeleken bij al het andere een letterlijke verademing was. Kleiner dan dat kon niet, dat

begreep ik zo ook wel. Kijk, dàr kon ik wel mee leven. En daarmee begonnen mijn nachten met Slurfje die, als ik me niet heel erg vergis, de rest van mijn leven zullen voortduren. Geen vakantie, geen weekend uit logeren, geen nachtje in een hotel zonder Slurfje. Vast onderdeel van elk reisje is de enorme tas waarin het apparaatje, de slangen en het masker zitten. Ach, en was dat maar alles. Maar het vervelendste is dat lekker liggen er niet meer bij is. Behaaglijk mijn gezicht in het kussen drukken kan ik vergeten: het masker verschuift en een stroom koude lucht langs mijn gezicht maakt me op slag klaarwakker. Of ik word wakker van een zacht geklots rondom mijn neusvleugels. Condens! Slaperig schud ik wat aan het neuskapje, druppels spatten in het rond, en ik kan weer verder slapen. Het vervelende is dat het ding absoluut werkt. Ik val overdag niet meer in slaap, voel me meer uitgerust en energiever. Ik zal dus wel gek zijn om ermee op te houden. Maar jammer is het wel, dat iets dat goed voor me is tegelijkertijd ook zo vervelend kan zijn.



Technologie én Comfort



De **FX masker serie** biedt de perfecte balans tussen **comfort, prestatie en eenvoud**. Elk masker is licht van gewicht en heeft een opvallend opvallend design met maar zeer weinig onderdelen.

De **S9** is zeker elegant in haar **design**, maar de werkelijke innovaties gaan veel verder dan dat. Klinisch hoogstaande therapie in combinatie met het hoogst haalbare comfort.

Iedere patient is anders en vanuit dat oogpunt zijn onze producten ontworpen om tegemoet te komen aan de unieke wensen en behoeften van elk individu. **Zodat u als gebruiker kunt genieten van een goede nachtrust.**



Mirage™ FX



Quattro™ FX



Swift™ FX

S9™ Series
More. Comfort.



Meer van ResMed

Voor meer informatie over onze producten neemt u contact op met onze partners:
ComCare Medical, Tel: 0513 - 65 04 23, info@comcaremedical.com of **Vivisol**, Tel: 013 - 523 10 20, info@vivisol.nl

BIJBETALEN VIA HET EIGEN RISICO LEZERSOPROEP



We willen geen rekening voor iets waar we niet om gevraagd hebben

We kregen wat verontrustende telefoontjes en mailtjes van mensen die maandelijks via het eigen risico 20 tot 30 euro moesten betalen voor het gebruik van de cpap. Wij dachten dat het om een misverstand moest gaan. Maar bij navraag bij het College voor Zorgverzekeringen dachten ze dat het wel in principe mogelijk moest zijn. Wij hebben onmiddellijk bezwaar aangekondigd en ze zijn het nu aan het uitzoeken. Maar volgens ons is het niet correct en doen ook maar enkele verzekeraars het. Ook de consumentenbond heeft over dit onderwerp de wenkbrauwen opgetrokken. En is het er op voorhand niet mee eens. Wat is de situatie?

tekst: **Piet-Heijn van Mechelen**

Laten we voorop stellen dat het eerste jaar dat u een cpap of mra krijgt, met alle medisch onderzoek dat daarbij hoort, u het complete bedrag van uw eigen risico kwijt bent. Dat is jammer. Dat hadden we liever niet gezien. Maar ja, zo is de wet. Maar de daarop volgende jaren als u uw cpap gebruikt, zou u niets bij moeten betalen via het eigen risico, voor zover wij weten. En zeker niet via vaste maandelijks bedragen.

In de besluiten rond de basisverzekering staat dat u recht heeft op een functionerende cpap. Door een redenering over bijkomende verbruiksgoederen denken sommigen dat een deel van de kosten wel via het eigen risico verhaalbaar zou zijn. Maar als we alles goed begrepen hebben van de functiegerichte omschrijvingen is dat de complete cpap, met slang en masker bij elkaar horen en vergoed zouden moeten worden. Wij zouden behalve de filters geen bijkomende gebruiksgoederen weten te verzinnen. Toen hoorden we iets mompelen over bruikleen van de cpap en eigendom van het masker en de slang. Maar ook daar kunnen we geen chocolade van maken. Wij kennen geen bruikleenovereenkomst waarin dat onderscheid gemaakt wordt. En dat is toch een voorwaarde. Volgens die overeenkomst hebben we apparaat en toebehoren in bruikleen. En als dat onderscheid wel gemaakt zou worden, zouden we daartegen protesteren. Want het feit dat het teveel geld kost voor de leverancier om na afloop van de levensduur van het masker om dit op te komen halen, zodat we het zelf weggegooid, maakt nog niet dat dit doorberekend kan worden. Dan sturen we het met plezier onder rembours terug. Dus dat is het eerste bezwaar dat we naar het College voor Zorgverzekeringen gestuurd hebben. Wij kennen geen juridische gronden om iets door te berekenen.

Mocht blijken dat via een of andere redenering, het is immers tijd van bezuiniging nietwaar, er toch extra kosten in rekening gebracht worden. Dan kan dat in ieder geval volgens ons niet via een vaste maandelijks bijdrage. Mensen krijgen een slang of masker toegestuurd omdat de zorgverzekeraar dat zo afgesproken heeft met leveranciers. Daarin is de patiënt geen partij. En je hoeft natuurlijk niet te betalen voor iets dat je niet zelf besteld hebt. En als je toch via het eigen risico er zelf voor betaalt, had je misschien wel een ander masker van je eigen voorkeur willen hebben en de eerste drie jaar geen slang, of alleen een hoofdband of afsluitrand, maar niet ongevraagd een compleet masker. Als je niets krijgt toegestuurd wordt het nog gekker. Dan zou je moeten betalen voor iets dat je niet gekregen hebt. Als er al iets doorberekend wordt, dan niet via een vast bedrag per maand, maar alleen wat je daadwerkelijk zelf besteld hebt. Waarbij rekening gehouden wordt met eigen voorkeur.

Tot slot hebben we ons verbaasd over de hoogte van de genoemde bedragen. Twintig à dertig euro per maand zijn alle kosten die voor een cpap met toebehoren per maand door de verzekeraars gemaakt worden. Als u die zelf moet betalen is de cpap in feite uit het basispakket. Dat kan niet de bedoeling zijn.

GERECHTIGHEID

NET VOOR HET TER PERSE GAAN VAN DIT MAGAZINE, KRIJGEN WE BERICHT VAN HET COLLEGE VOOR ZORGVERZEKERINGEN. ZIJ HEBBEN ONS IN HET GELIJK GESTELD! ER KUNNEN GEEN MAANDELIJKSE KOSTEN IN REKENING GEBRACHT WORDEN VIA HET EIGEN RISICO VOOR HET GEBRUIK VAN DE CPAP. WE ZULLEN VERZEKERAARS AANSCHRIJVEN. HET TEN ONRECHTE BETAALDE BEDRAG MOET WORDEN TERUGGESTORT. ■



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 instutionele zorg, spoedeisende hulp en thuiszorg over de hele wereld.

Met een ervaring in slaapapneu van meer dan 20 jaar, voorzien wij 150.000 thuiszorg 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

Minister Schippers noemde snurkpoli's als *het voorbeeld* van overbodige onzin. Je kunt inderdaad best zeggen dat snurken meer een sociaal probleem is dan een medisch probleem, zodat je er als minister van Volksgezondheid niet voor wilt betalen. En als je dan signaleert dat het merendeel van de kno-ingrepen niet altijd even effectief is, heb je wel een punt. Maar het was wel een beetje het intrappen van een openstaande deur. De vergoeding voor de behandeling voor snurken is al een aantal jaren uit de basisverzekering geschrapt. Maar daarmee is de kous niet af. Snurken is vaak het meest zichtbare deel van slaapapneu. En dat verdient wel serieuze aandacht. De mra heet niet voor niks de snurkbeugel. In veel gevallen is dat een effectieve behandeling. Vandaar dat er wel iets te zeggen valt voor snurkpoli's, bemand door tandartsen gespecialiseerd in tandheekkundige slaapgeneeskunde, die veel aandacht besteden aan mogelijk achterliggende slaapapneu en mensen zo nodig tijdig doorverwezen worden voor een officieel slaaponderzoek.

Schippers te kort door de bocht

tekst: Paul van der Meijden, Nederlands Slaapinstituut

Snurken kan je je carrière kosten...

Alleen maar een goede kop voor een campagne voor de bewustwording van de gevolgen en snurken en apneu? Of geeft dit goed de kern van een probleem weer?

Feit is dat er zeer veel snurkers in ons land zijn, naar schatting minstens zo'n anderhalf miljoen. Een substantieel deel daarvan is een (zeer) zware snurker. Die heeft daar niet als enige last van: ook de partner is elke nacht 'slachtoffer'. Er zijn studies gedaan naar de effecten van snurken en apneu op de slaapkwaliteit van de bedpartner. En hoewel het meestal kleine studies betreft, komt daaruit naar voren dat de slaap van bedpartners inderdaad vaak verstoord wordt, wat zich uit in vermoeidheid en prikkelbaarheid overdag en gebrek aan energie. De snurker zelf wuift het vaak weg. 'Dat doe ik toch al jaren'; 'zó erg is het toch niet?' en 'ik heb er zelf geen last van', zijn bekende argumenten om alles te laten voor wat het is. De 'ontkennende man', zoals Piet Heijn van Mechelen het altijd noemt. Overigens is bekend dat er ook veel 'ontkennende vrouwen' moeten zijn, maar dit even terzijde.

Snurken en apneu

De hinder wordt dan wel jarenlang wel geaccepteerd, de (ernstige) gevolgen zijn veel minder bekend. In de literatuur wordt zwaar snurken als één van de belangrijkste kenmerken van slaapapneu gezien. Mensen die zwaar snurken en chronisch vermoeid zijn hebben een sterk verhoogde kans op het hebben van slaapapneu. Vooral als het gepaard gaat met overgewicht, suikerziekte of hart- en vaatziekten. En omgekeerd zorgt slaapapneu voor het verergeren of in stand houden van diezelfde aandoeningen. Daarmee kan zwaar snurken niet simpel worden afgedaan als een sociaal probleem. Aan snurken en apneu zijn ook maatschappelijke kosten verbonden. Een grote studie in Denemarken toonde aan dat snurkers jaarlijks extra kosten maakten in de gezondheidszorg. Voor patiënten met slaapapneu gold

dit nog veel sterker. Patiënten met slaapapneu bleken significant vaker werkeloos dan patiënten zonder slaapapneu. De studie stelt dan ook dat het loont om zwaar snurken en slaapapneu vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Is intensiteit van het snurken een maat voor slaapapneu?

De vraag is vervolgens interessant of je door middel van een snurkanalyse kunt achterhalen of iemand ook slaapapneu heeft. In één van de eerste grote cohort studies kwam naar voren dat de intensiteit van het snurken inderdaad een indicator is van het aanwezig zijn van slaapapneu (*Journal of Clinical Sleep Magazine*, 2010). In een zeer recente studie (*Sleep*, september 2012) werd snurkgeluid geanalyseerd. De deelnemers aan het onderzoek kregen ook allemaal een slaaponderzoek (PSG). De geluidsanalyse bleek goede indicator van de AHI te zijn.

Samenwerken bij vroegtijdige opsporing

Een aantal partijen hebben het initiatief genomen de bewustwording bij patiënten te vergroten. Een aantal tandartsen die gespecialiseerd zijn in tandheekkundige slaapgeneeskunde (NVTSG-gecertificeerde tandartsen) hebben samen met Goedegebuure Slaap Techniek en het Nederlands Slaap Instituut het initiatief genomen om op een aantal locaties De Nederlandse Snurkpoli op te zetten. Deze werken samen met een de regionale ziekenhuizen. Mensen hebben hier een one-stop-shop, waarbij men een stap-voor-stap diagnose krijgt. Dit betekent dat er een goede selectie plaatsvindt, en aan hand daarvan pas bepaald wordt of men een volledige slaapregistratie krijgt. Zo wordt het diagnosetraject klantvriendelijk, snel en financieel-maatschappelijk verantwoord doorlopen. Door deze samenwerking is de patiënt ook verzekerd van een multidisciplinaire aanpak indien dit nodig blijkt. De eerste locaties van De Nederlandse Snurkpoli zullen eind oktober hun deuren openen. ■



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

SLAAPONDERZOEK IN E 21

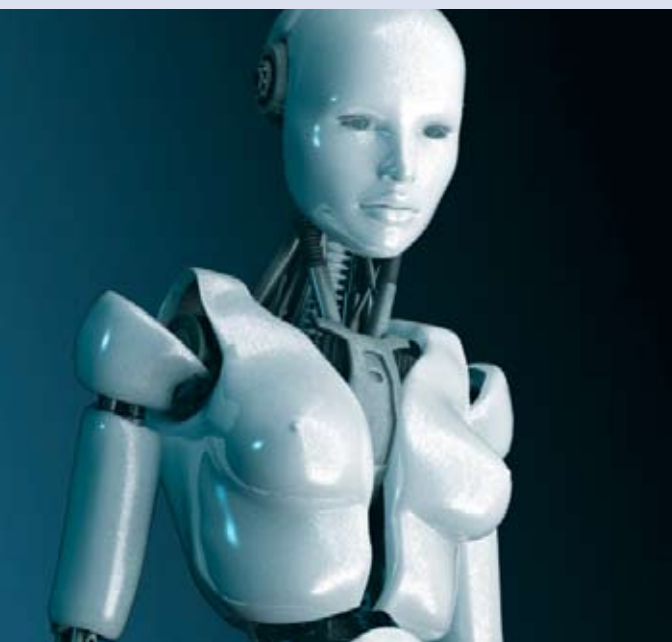
2084, een verhaal

Een welgeklede heer op leeftijd begaf zich naar de kliniek voor slaapproblemen in een willekeurige stad in Europa 21 (voorheen Nederland, afgekort E21). De kliniek was opgezet volgens de meest geavanceerde principes van de plasmatechnologie. Deze ontwikkelingen stelden het Europees Zorgregiecentrum in staat in minderbedeelde landen, zoals in E21, adequaat medische zorg te leveren. De zogenaamde plasmaklinieken functioneerden zonder medisch personeel. In de 40-er jaren van de 21ste eeuw was gebleken dat de menselijke factor tot de grootste problemen in de zorg leidde. Na een snelle revolutie was al het medisch en verplegend personeel omgeschoold tot nut van de Planetaire Economie (de geweldige 20ste eeuw CO₂-productie op aarde had geleid tot bruikbare atmosferische condities in het zonnestelsel, leidend tot ongekende economische groeimogelijkheden op een aantal planeten).

De heer had zich vanuit huis aangemeld met opgave van een valse geboortedatum (niet lang na het incident werd een kopie van de geboorteakte verplicht bij aanmelden). Alle mannen ouder dan 60 op aarde werden namelijk behandeld volgens het *Soylent Green principe* (zie Google editie 2012). Vrouwen werden tot 80-jarige leeftijd ingezet in de zogenaamde 'Sarah-klinieken' ter bevordering van de planetaire re-populatie.



De entree in de kliniek ging zonder problemen. De heer werd door de robot Jackie naar interactieve kamer 666 gebracht. Een vaag gevoel van ongemak beving hem bij het lezen van dit nummer. Eenmaal gelegen en vastgebonden in de zogenaamde *Diagnose en Behandel Combinatie capsule*, startte het onderzoeksgedeelte. Op de vraag naar de reden van komst antwoordde de heer naar waarheid dat hij gestuurd was door zijn levenspartner. Op dat moment kleurde het plasmascerm paars in verband met het verkeerde antwoord. De avondmaaltijd van de heer werd van het dagprogramma geschrapt. Onzeker begon de heer opnieuw. Was het snurken of was het slaperigheid of toch een geheugenprobleem waarom hij hier was. Van slag gaf hij vrij willekeurige antwoorden. Het plasmascerm interpreteerde de ingevoerde situatie als ernstig en begon een diep rode kleur te krijgen. De heer vond het een aangename kleur en werd doezelig. Het plasmascerm besloot tot een spoed-slaaponderzoek. De heer merkte hoe hij steviger in de capsule kwam te liggen.





Kleine naalden boorden zich pijnloos in de schedel, een camera ging via de neus in de keel, een diverse lijnen werden in de aderen gebracht. Snel was de heer in een diepe kunstmatige slaap.

Dromen was reeds decennia niet meer toegestaan boven de 50 jaar, maar de affaire met de geboortedatum maakte dat de heer een droom kreeg, die hij zich maar zo kort zou herinneren.

De heer was terug in het jaar 2012. Hij betrad de spreekkamer van een arts. Het was een mens! In een witte jas gehuld, maar heel vriendelijk. Hij sprak met de heer uitvoerig over zijn klachten, stelde rustig vragen en gaf zijn mening. Er ontstond zelfs een gesprek (inmiddels registreerde het plasmascherm een dusdanige daling van cellulair metabolisme, dat een spoedlijn met het hoofd plasmascherm in E1 werd aangevraagd). De heer droomde verder. Hij kreeg van een heerlijk naar ouderwetse parfum riekende dame (ook een mens!) uitleg over het slaaponderzoek.

De droom zorgde ervoor dat de heer in een situatie terecht kwam, door het plasma scherm uitgelegd als Noodtoestand no 1. Net toen hij zijn hoofd naar de dame (waarschijnlijk een ouderwetse osas-verpleegkundige) toedraaide om haar als dank te kussen, maakte het plasmascherm in E1 de heer ruw wakker en vroeg hem om toestemming voor een interventie. De interventie beoogde een permanente oplossing te vinden voor de gedetec-

teerde noodtoestand tijdens de slaap. Verward en nog nagenietend van zijn droom gaf de heer toestemming.

De interventie bestond uit een dun plutonium pijpje in gebracht in de luchtpijp, ondersteund door een zuurstof/koolzuurwisselaar. De interventie voltrok zich bliksemsnel. Echter doordat de heer nog steeds het hoofd iets afgewend had in verband met het kussen van de verpleegkundige, verplaatste zich het plutonium pijpje abusievelijk langs de luchtpijp in de grote halsslagader. De gevolgen daarvan deed het plasmascherm besluiten de heer te vaporiseren en kamer 666 te imploderen. ■



Een aantal mensen met slaapapneu heeft ook andere longaandoeningen waardoor ze aangewezen zijn op ademhalingsondersteuning, of ze krijgen aanvullend zuurstof, of er is soms in verband met csas behoefte aan bijzondere apparatuur. Dan krijgen ze te maken met het Centrum voor thuisbeademing. Bijgaand een reportage.

VEEL BEZOEKERS MET VERSCHILLENDE PROBLEMEN



Centrum voor Thuisbeademing (CTB) in Groningen



Onlangs ben ik op bezoek geweest bij longarts dr. Peter Wijkstra van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), bij het Centrum voor Thuisbeademing (CTB). Dit speciale centrum bestaat al ruim 50 jaar en ventilatieproblematiek en thuisbeademing is een belangrijk speerpunt van het UMCG. Lopend op weg naar het CTB zag ik op het terrein van UMCG al een bijgebouw waarin vele gascilinders werden opgeslagen voor patiënten van het hele ziekenhuis. Deze kunnen van levensbelang zijn voor patiënten die dr. Wijkstra wekelijks op zijn poli ziet.

tekst: dr. J.C. Vis, slaapzorgprofessional

Dr. Wijkstra, ooit begonnen als fysiotherapeut, is vanaf zijn geneeskundige specialisatie als longarts werkzaam bij de thuisbeademing. Sinds 12 jaar is hij medisch hoofd van het CTB en is hij ook betrokken bij slaapapneu-onderzoek. Zijn werkzaamheden beslaan nu drie zuilen: als longarts is hij verantwoordelijk voor de patiëntenzorg (thuisbeademing en slaapapneu); als onderzoeker begeleidt hij wetenschappelijk onderzoek van enkele promovendi; en als manager van het CTB bepaalt hij het financiële en organisatiebeleid samen met het verpleegkundig hoofd. Deze drie afwisselende taken vormen volgens Wijkstra een prettige combinatie van werk en zijn allemaal leuk om te doen.

Dr. Wijkstra heeft tweemaal in de week poli waarop patiënten met complexe ventilatieproblematiek (thuisbeademing en slaapapneu) langs komen. Deze patiënten hebben vaak nachtventilatie door middel van een beademingsapparaat (druk of volume gestuurd). Een derde poli wordt ingevuld door collega-longarts Nieuwenhuis en daarnaast zijn er slaappoli's die worden bemand door verpleegkundig specialisten. Zij zien vooral patiënten met slaapapneu die een cpap gebruiken en beantwoorden vragen rondom de cpap-behandeling. Nu ziet Wijkstra nog de 'vertrouwde oude' cpap-controles zelf, maar in de toekomst zullen nieuwe osas-patiënten rechtstreeks naar het spreekuur van de verpleegkundig specialisten gaan. Binnen de afdeling werken in totaal 13 verpleegkundig specialisten, 2 technici, 2 secretaresses, 1 projectmedewerker en drie promovendi.

Het spreekuur

Ik mocht in de ochtend het spreekuur van dr. Wijkstra bijwonen. Een gevarieerde groep van patiënten kwam langs. Hij heeft voor zijn patiënten 15 tot 30 minuten gepland, afhankelijk van het doel van het bezoek. Bij een osas-patiënt voldoet vaak een consult van 15 minuten en dit vindt één keer per jaar plaats. Dit keer kwamen veelal mensen met andere en meerdere kwalen dan je doorgaans verwacht bij een osas-spreekuur. Opvallend was dat dr. Wijkstra heel relaxed, open en eerlijk met de patiënten omgaat. Hij legt uitgebreid en duidelijk uit wat er gaat gebeuren en hij luistert vooral goed. Een prettige en persoonlijke omgang met patiënten, waardoor het ochtendspreekuur heel geolied verliep. Ook omdat hij vlot zijn consulten afhandelt door nadien het besprokene via dictafoon weer te geven, zodat de secretaresse voor de verdere verslaglegging van brieven kan zorgen. Allemaal prima geregeld dus.



De eerste patiënt met slaapapneu kwam voor een cpap-controle. Het ging prima en de patiënt werd niet meer moe wakker. Wel had hij een nare hoest ondanks verschillende antibiotica-kuren. Ook had hij last van pijn in de rug en benauwdheid, waardoor het slapen met de cpap niet optimaal was. Dr. Wijkstra luistert, stelt gerust en checkt tot slot met de stethoscoop hoe het er met de longen voorstaat. ‘Klinkt mooi hoor en ik hoor geen gepiep’, zegt Wijkstra en gaat verder met het algemeen lichamenlijk onderzoek, waarbij onder andere de bloeddruk en het gewicht wordt bepaald. Wijkstra geeft aan dat het allemaal goed is en er nu geen verdere actie nodig is. De patiënt heeft een nieuw model cpap met een bevochtiger, maar dat bevalt hem niet. Hij gebruikt ‘zijn kapmachientje’ nu duidelijk minder dan voorheen. Dr. Wijkstra raadt hem aan hierover de leverancier te benaderen.

Een andere patiënt met slaapapneu, die al ruim acht jaar een cpap gebruikt, was in twee maanden 13 kilo afgevallen. Dat is hem gelukt door zijn eetpatroon aan te passen en te zorgen voor meer beweging (hardlopen naast zijn wekelijkse sportschoolbezoek). Hij wil nog zeven kilo extra verliezen en dat zal hem vast lukken gezien het resultaat tot nu toe. Hij had geen slaapklachten, alleen last van een neusverstopping die wellicht met neusspray kan worden verholpen. Hij vroeg zich af of hij in de toekomst wellicht zonder cpap kon gaan slapen? Dat is afwachten... Genezing van slaapapneu komt inderdaad wel voor na fors gewichtsverlies en aanpassing van de leefstijl.

Een volgende patiënt die op controle kwam, was op het eerste gezicht niet typisch iemand met slaapapneu, gezien zijn uiterlijk. Zijn vrouw had evenwel de bekende symptomen in de nacht bemerkt, zoals het regelmatig stoppen met ademen. Hij had inmiddels veel baat bij de cpap-therapie. De patiënt is tevreden over zijn cpap, slaapt er elke nacht gemiddeld 6 tot 8 uur mee en heeft overdag voldoende energie. Omdat na elf maanden het cpap-masker niet meer zo fijn zit, geeft dr. Wijkstra hem het advies contact op te nemen met de leverancier voor vervanging van het masker.

Bij de vraag of patiënten jaarlijks een slaaponderzoek krijgen voor controle van cpap-therapie, vertelt Wijkstra dat dit alleen bij klachten gebeurt en dat hij vaart op de anamnese en door de patiënten poliklinisch elk jaar te zien. Hij vertelt dat het instellen van cpap-druk bij een ingewikkelde vorm van slaapapneu, zoals centrale apneus bij csas of Cheyne-Stokes-ademhaling (abnormaal ademhalingspatroon bijvoorbeeld bij hartfalen) door de gespecialiseerde verpleegkundigen vaak op gevoel gaat, en in samenspraak met de patiënt. Dat gebeurt in de kliniek en het gaat dan om complexe ventilatieproblemen onder intensieve begeleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen (meer hierover verderop in dit artikel).



Het CTB is gevestigd op het terrein van het UMCG.

Op het spreekuur waren ook een aantal patiënten met COPD ('chronic obstructive pulmonary disease' - een verzamelnaam voor chronische obstructieve longziekten). Ze kwamen veelal binnen met een koffer met een zuurstoftank en een neusbril op. Opvallend was dat deze patiënten verschillend hiermee omgaan. Dit is ook afhankelijk van de ernst en gradatie van longlijden. De één vindt het goed zo, terwijl een ander wacht op een longtransplantatie, nadat *coiling* van longblaasjes (Wijkstra: 'krulspelden' plaatsen in het longweefsel) niet het gewenste effect had op de kwaliteit van leven. Met *coiling* wordt het longweefsel naar elkaar toe getrokken (borstkas staat dan minder in een diepe inademingstand), zodat het inademen minder ademarbeid kost en zo meer rust geeft voor de patiënt. De benodigde zuurstoftoediening aan de patiënten kent ook variaties, bijvoorbeeld 'easymate', die alleen bij inademing zuurstof toedient. Dit is zuurstofbesparend, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een continue zuurstoftoevoer op 1,5 liter per uur overdag en 4 liter in de nacht. Er bestaan dus verschillende zuurstoftherapieën met toepassing van slimme machines en technieken die wellicht ook in toekomst bij eenvoudige cpap-apparaten gebruikt gaan worden.

Een aantal COPD-patiënten doet aan longrevalidatie en krijgt thuis ademhalingsondersteuning, zodat het ademen tijdens de nachtslaap gemakkelijker wordt. Bij een door het Astma Fonds betaald onderzoek werd duidelijk longrevalidatie effectiever als daar nachtelijke beademing aan werd toegevoegd. Deze mechanische ventilatie gebeurt door een bipap-apparaat, dat verschillende standen kent voor inademing en uitademing. Inademing van lucht is bijvoorbeeld ingesteld op een druk van 30 cm en uitademing op 6 cm. Dat is anders dan bij een cpap-apparaat dat maximaal en continue 15 cm druk haalt bij in- en uitademing. Op het neuskapmasker zit ook een aansluiting voor toediening van de benodigde zuurstof. Maar meestal gaat het direct via de beademingsmachine. En dat gaat prima, want deze COPD-patiënten slapen >

er vaak meer dan 10 uur mee en het helpt hen om fysiek beter de dag door te komen. Door beademing in de slaapnacht wordt bij een tekortschietende gaswisseling en ademhaling, de ontstane stapeling aan koolzuurgas in de bloedsomloop weggeblazen. Dat gunstige effect op de kwaliteit van ademhaling wordt gecheckt via een thuismeting met behulp van een oxycapnograaf, die uitgeademde koolzuurgas, zuurstof, ademhalingsfrequentie en hartslag meet. Dr. Wijkstra laat hiervan grafieken zien en vertelt dat dit onderdeel is van meerjarig promotieonderzoek binnen het CTB om op een eenvoudiger manier het koolzuurgasgehalte te kunnen meten dan via invasieve bloedgasmetingen. Het is dus geen osas-studie, maar is meer gericht op longrevalidatie en patiënten met koolzuurgas-stapeling in hun bloed. Wellicht kunnen de deelresultaten echter interessant zijn voor slaapapneu.

Oxycapnografie wordt ook ingezet als methode om te kijken of de start en instelling van de beademing, die nu vaak in het ziekenhuis (5 tot 7 dagen) begint, in de toekomst thuis kan. Nu is het nog zo dat bij een ziekenhuisopname de patiënt een infuus krijgt in zijn slagader waaruit, 4 à 5 keer tijdens een nacht op intensive care, een meting van zuurstof en koolzuurgas wordt gedaan. In het huidige onderzoek worden tweemaal 36 patiënten getest, met standaard vooraf een bloedgasmeting en zes maanden later weer. Dit kan een hele verbetering zijn voor de patiënt.

Op het spreekuur van dr. Wijkstra heb ik bij enkele patiënten het bepalen van deze bloedgaswaarden gezien. Dat was indrukwekkend, want er wordt met een flinke naald een slagader in de pols aangeprikt. Maar Wijkstra blijft hierbij

rustig, legt veel uit en heeft droge humor om de soms ongemakkelijke situaties te bezweren. De afgenomen buisjes met bloed worden snel naar het centraal lab gebracht en binnen 10 tot 20 minuten is het resultaat bekend. Het is een zeer vervelende en pijnlijke meting voor de patiënt en is een vakkundige uitdaging voor de arts. Wijkstra had een zeer goede dag - allemaal in één keer raak! Gelukkig waren de waarden van de meeste patiënten goed door de nachtelijke beademing met bipap.

Ook dit beeld past bij het wetenschappelijk onderzoek dat gedaan wordt op de afdeling om via een thuismeting 's nachts koolzuurgas te kunnen monitoren en waarbij ook de bipap-instelling wordt bepaald. Hiervoor gaat de verpleegkundig specialist bij patiënten thuis langs om het apparaat te installeren voor de nachtmeting.

Het spreekuur ook voor andere patiënten

Ook een speciale groep patiënten bezoekt het spreekuur van dr. Wijkstra. Het betreft patiënten met koolzuurgasstapeling door een verminderde aansturing of falen van belangrijke ademhalingsspieren (zoals diafragma en tussenribspieren). Veelal gaat het om mensen met een erfelijke en progressieve zenuw en/of spierziekten, zoals Duchenne, Becker, syndroom van Dejerine Sottas, amyotrofe laterale sclerose of Spina Bifida. Ze raken over het algemeen sneller vermoeid bij alles wat ze doen en spreken snel hun reserves aan. Beademingstherapie met bipap in de nacht geeft hen dan verlichting. Het zorgt voor een betere kwaliteit van ademhaling door uitwassing van verhoogd koolzuurgas. Soms hebben deze patiënten ook overdag ondersteuning nodig en gebruiken ze neuskapbeademing of een mondstuk om extra teugen lucht te nemen.



De medewerkers van het CTB.

Een enthousiast team van verpleegkundig-specialisten, technici, secretaresses, twee longartsen, een kinderarts en een projectmedewerker zet zich in voor patiënten met complexe ventilatieproblematiek.

Als laatste kwam een jonge patiënt binnen met ALS. Via eerdere werkzaamheden had ik te maken gehad met de diagnostiek van deze vreselijke ziekte en nu zag ik hoe hen het leven zo aangenaam mogelijk wordt gemaakt via thuisbeademing. De jonge patiënt stond eerst aarzelend tegenover de nachtbeademing, maar door hogere koolzuurwaarden was dit wel nodig. Nu deze patiënt het enkele maanden gebruikt, worden ook de voordelen ervaren. Zo heeft de patiënt overdag meer energie voor geplande activiteiten en wordt hierover zelf controle gehouden. Gelukkig kwam ook bij bloedgasmeting dit duidelijke effect van betere uitwassing van het koolzuur in de nacht door hulp van een bipap-machine, naar voren. Ook deze patiënt participeerde in de thuisbeademing, dat onderdeel is van bovengenoemd wetenschappelijk onderzoek, waarbij thuismonitoring van bipap plaatsvindt.

De verpleegkundig specialist

's Middags ben ik met Trinette Blijham, een gespecialiseerd verpleegkundige, op stap gegaan om te zien hoe de beademing in de praktijk op de kliniek plaatsvindt. Sinds 1999 is Trinette betrokken bij het thuisbeademingscentrum in Groningen. Daarvoor heeft ze als IC-verpleegkundige op verschillende afdelingen van ziekenhuizen, en zelfs in het buitenland, gewerkt. Er is nu veel meer mogelijk dan vroeger. Door innovatie en high-tech-mogelijkheden kunnen gecompliceerde patiënten nu thuis behandeld worden.

Haar werkweek is gevarieerd en bestaat uit 'binnendagen' op de kliniek, waar patiënten ingesteld worden op beademing, en het houden van het osas-spreekuur. Daarnaast doet ze buitendienst. Ze gaat dan bij de mensen thuis langs die beademing hebben. Om onder andere de beademingsapparatuur te controleren en om de meting van koolzuurgas voor te bereiden tijdens een slaapnacht door middel van oxycapnografie. Daarnaast geeft ze instructies aan mantelzorg en buitenzorg hoe om te gaan met de beademingsapparatuur.

Op de osas-poli ziet ze met haar andere collega, specialistisch-verpleegkundige Petra Meijer, alle nieuwe mensen met slaapapneu die mogelijk cpap-therapie gaan gebruiken. Ze begeleiden hen bij hun maskerproblemen en uitlezen van hun cpap-apparaten voor controle. Ze doet zelfstandig de intake met anamnese en lichamelijk onderzoek van het keel-neus gebied. Ze kijkt bijvoorbeeld of een mra (mandibulair repositie apparaat, een soort beugel) nuttig kan zijn in kader van aanwezige anatomische structuren. Hiervoor is ze met haar collega door kno-artsen opgeleid. Verder heeft ze elke week een multidisciplinair overleg en kunnen patiënten voor een second opinion doorverwezen worden naar artsen van het UMCG, zoals tandarts, kno-arts en neuroloog.

Trinette liet mij zien hoe bij patiënten in het ziekenhuis de instelling en aanwening van beademingsapparatuur gaat.

Ook dit was indrukwekkend, omdat ik op plekken kwam, zoals de intensive care, waar ik, sinds ik slaaponderzoek doe, al jaren niet meer geweest was. Voor Trinette en haar collega's is het altijd een uitdaging of het - en hoe het - gaat werken voor de patiënten. Vaak is hiervoor een ziekenhuisopname van 5 tot 7 dagen gepland, waarbij er dagelijks 2 tot 3 maal intensief contact is. Deze begeleiding is nodig om een goede start te maken met de beademing en om er vertrouwd mee te raken. Ook om te kijken hoe het gaat. Trinette helpt de patiënten bovendien met het oefenen van het masker dragen of het gebruik van een mondstuk. Deze patiënten liggen op de longafdeling tussen andere patiënten, waarbij overdag soms gelegenheid is om te slapen met de beademing. Ik ging mee op bezoek bij een oudere mevrouw die eerst bipap-beademing had geprobeerd, maar dat ging moeizaam en beviel dus niet. Ze was echter zeer gemotiveerd en ze kreeg nu een ASV (adaptive servoventilation), een slimme cpap-machine die de ademhaling ondersteunt en reguleert bij centraal slaapapneusyndroom met Cheyne-Stokes-ademhaling.



Trinette Blijham gaat bij patiënten thuis langs om de beademingsapparatuur te controleren, en om de meting koolzuurgas voor te bereiden tijdens een slaapnacht door middel van oxycapnografie.

Als het goed gaat met de gewenning aan de beademing wordt een nachtmeting gedaan met een oxycapnograaf om het effect te bepalen, soms gevolgd door een nachtje slapen op intensive care in verband met met een arteriële lijn voor controle van bloedgassen.

Impact

Het was een zeer leerzaam en boeiend bezoek aan het CTB. Het middagje in de kliniek was eigenlijk te kort om alle ins en outs van de thuisbeademing mee te maken. Ook had het bezoek impact op mij omdat ik redelijk zieke mensen had gezien. Daardoor besepte ik dat ik de laatste jaren voornamelijk 'gezonde' mensen had gezien, met slaapklachten die vaak eenvoudig zijn te verhelpen. Beademing is veel breder en duidelijk andere koek dan slaapapneu. Jullie doen goed werk in Groningen! ■

OSAS, CSA, CSAS: ER IS EEN VERSCHIL...

Niet iedere kliniek is een csas-kliniek

Op de publicatie in het vorige ApneuMagazine over csas kregen we veel reacties. Uit eerdere reacties en ons onderzoek was al gebleken dat een groot aantal slaapwaakcentra, ondanks hun naam maar één van de 80 slaapstoornissen goed weet te behandelen: slaapapneu.



tekst: Piet-Heijn van Mechelen

Maar velen deelden de ervaring van briefschrijver Max Leser die er door een rondgang langs verschillende klinieken achter kwam dat de veel klinieken wellicht goed zijn in osas, maar slecht raad weten met csas. Op dit moment loopt een groot onderzoek van de ApneuVereniging onder slaapklinieken. Over een maand weten we welke klinieken ook gespecialiseerd zijn in csas.

In de situatie van Max Leser was uiteindelijk de ASV (Adaptive Servo Ventilation) de oplossing. We schreven toen al dat dit niet de enige behandeling is. Hieronder geven we nadere uitleg van csas en de mogelijke behandeling ervan. Op de pagina hiernaast het verslag van Ton van der Giessen die een Vpap ST kreeg en in goed overleg met het beademingscentrum de optimale instelling vond met prima resultaat.

Over csas

Zoals u weet, is apneu het woord voor ademstilstand. Nu komt dat in de meeste gevallen doordat de luchtweg geblokkeerd raakt: *obstructief slaap apneu syndroom* (osas). Maar het kan ook zijn dat de hersenen even geen prikkel geeft om adem te halen: dat noemen we dan *centraal slaap apneu* (csa). Als daar klachten uit voort komen spreken we van een *syndroom* (csas). Nu komt zuivere csas, waarbij meer dan de helft van de apneus bestaan uit centrale apneus, maar op beperkte schaal voor. Een groot slaapcentrum ziet hooguit enkele csas patiënten per jaar. Er zijn veel verschillende situaties waarbij centraal apneu voorkomt. Nog niet alles is onderzocht en beschreven. We geven u de voornaamste.

Centraal slaapapneu tijdens de instelling

Het blijkt dat tijdens de instellingsperiode van de cpap voor osas patiënten regelmatig ook centrale apneus voorkomen. Het lijkt er op dat het ademhalingscentrum door de nieuwe situatie tijdelijk enigszins ontregeld raakt. Dit is niet verontrustend en verdwijnt meestal na de gewenningsperiode en bij een juiste cpap instelling.

Csas bij alcohol- en drugsverslaafden

Csas komt veel voor bij alcohol- en drugsverslaafden. Het is duidelijk dat door alcohol en opiaten ook het ademhalingscentrum verstoord raakt. Nu zal dat niet de normale situatie zijn bij onze lezers. Maar beperking van het alcoholgebruik heeft een positieve invloed op zowel centraal als obstructief slaapapneu.

Csas bij hartfalen

Een groot deel van de mensen met hartfalen en mensen die een herseninfarct hebben gehad, heeft ook last van centraal apneu. Zeker als het gaat om mensen met de zogenaamde Cheyne Stokes ademhaling. Dit wordt gekenmerkt door een versnelling en vertraging van de ademhaling waarbij steeds wisselende teugen ademhaling worden genomen.

Gemengd of complex centraal apneu

In veel gevallen is sprake van een gemengd patroon waarbij obstructieve apneus afwisselen met centrale apneus. We noemen dat ook wel complex centraal apneu. Hiervoor zijn vele oorzaken waarvan nog slechts een deel is achterhaald.

De behandeling

De meest voorkomende behandeling is ook bij centraal apneu toch de cpap. Als na de instellingsperiode blijkt dat er nog veel centrale apneus overblijven moeten er andere maatregelen genomen worden. Bij overmatig drank- of druggebruik liggen de maatregelen voor de hand.

In andere gevallen moet er verder gezocht worden. Bij hartfalen wordt eerst getracht met medicatie het hartprobleem onder controle te krijgen, eventueel in combinatie met een cpap-behandeling. In het uiterste geval wordt uitgeweken naar een Vpap ST en soms zelfs naar een ASV. Maar met dit laatste zijn we buiten de sfeer van het gemiddelde slaapcentrum gekomen. We spreken dan over thuisbeademing, waarvoor aparte centra zijn, die soms een prima relatie onderhouden met een slaapkliniek. ■

Ervaring met de instelling van Vpap

Ongeveer 4 jaar lang heb ik een cpap gehad, een apparaat met een constante positieve druk, in mijn geval van 8 mbar. Ik heb echter geen osas maar *centraal slaap apneu syndroom* (csas). De cpap werkte zacht gezegd 'onvolgende' voor mij, ik hield klachten, sliep wel maar rustte niet uit. Via-via kwam ik er achter dat een 'beademingsapparaat' voor mij misschien wel eens beter zou kunnen werken.

Zo ben ik onder behandeling gekomen van het Ademhalingscentrum van het UMCG. Zij hebben mij de Vpap ST voorgeschreven. Bij nieuwe gebruikers wordt het apparaat zo goed mogelijk, gericht op de problematiek van de betreffende persoon, ingesteld. Mensen verschillen en het gaat niet alleen om functionaliteit maar ook om gebruikscomfort. Er blijkt veel in te stellen aan de moderne apparatuur en dat kan een enorm verschil maken in comfort.

De eerste nacht was een drama, ik moest er vooral aan wenen dat ikzelf niet hoefde te ademen maar dat dit voor mij gedaan werd. Uiteindelijk besloot ik om 'vriendjes' met het apparaat te worden en heb me aan hem overgegeven. Voor de eerste nacht gaf ik een 2 als score voor het gebruikscomfort. De drie daaropvolgende nachten was de acceptatie daar, maar gebruiksvriendelijk was het apparaat nog lang niet, ik gaf voor het comfort slechts een 4. Het aantal apneus was echter direct al bemoedigend laag. Haalde ik vroeger met de cpap, over 3 maanden gemeten een score van gemiddeld 20 per uur, nu was het direct al veel minder.

Het grootste probleem dat ik ondervond, was het gevoel dat het ademhalingsstempo voor mij te hoog was. Het apparaat joeg mij op. In telefonisch overleg met de verpleegkundige van het ademhalingscentrum is toen besloten de *ademhalingsfrequentie* van 14 naar 12 per minuut te verlagen. Ik kon dat zelf aanpassen. Dit was echt een verbetering, waardoor mijn comfortscore kon oplopen naar 5. En ook het aantal apneus bleef laag, gemiddeld over 10 nachten was dat 4,7.

Wat daarna nog als bezwarend naar boven kwam, was de 'abruptheid' waarmee het apparaat overging van lage druk naar hoge druk. Na overleg met de verpleegkundige is toen besloten om de *oplooptijd* 5 minuten te verhogen. Ook nu weer een positief effect, de drukverandering verliep merkbaar rustiger en het aantal apneus daalde verder naar 3,9 per uur. Mijn beoordeling van het comfort kon ik verhogen naar een 6.



In overleg met de verpleegkundige hebben we daarna besloten, om het comfort verder te verbeteren door de in- en uitademingsstrijd te verlagen. Dit bleek na twee nachten proberen een slechte beslissing, de inademingstijd was veel te kort en voelde daardoor als zeer belastend aan. Daarom is toen besloten om de *lage druk* van 5 naar 8 mbar te *verhogen*. Het verschil met de hoge druk werd daardoor kleiner. Hierdoor werd het een stuk comfortabeler, zodat mijn score verder steeg, nu naar een 7. De beslissing om naar 8 mbar te gaan was mede ingegeven doordat de oude cpap ook op 8 mbar stond. Hierdoor worden vooral eventuele obstructieve apneus tegengegaan. Met deze wijziging was voor mij de optimale instelling bereikt en ook is een zeer laag aantal apneus per uur gerealiseerd. Dat is nu, gemiddeld 1,9 per uur. Nadat mijn Vpap door het ademhalingscentrum was uitgelezen, bleek ook nog eens dat ik bij alle voorgaande instellingen gemiddeld maar in 15% van de tijd de ademhaling zelf opstartte. Maar na deze laatste aanpassing liep het eigen initiatief direct op naar gemiddeld 75%.

Eindresultaat: Ik voel me een stuk beter, heb overdag nauwelijks meer behoefte om een middagdutje te doen terwijl dat eerder toch minstens 3 keer per week echt nodig was. Als enige nadeel ondervind ik de constante beademing, en die is feitelijk niet nodig. Het apparaat zou eigenlijk alleen moeten beademen als ik er zelf mee stopt. Zulke apparaten bestaan, hopelijk kom ik daar nog voor in aanmerking.

Rest mij nog de verpleegkundige van het UMCG te bedanken voor de positieve medewerking aan het vinden van de voor mij meest optimale instelling.

Ik hoop dat mijn ervaring kan bijdragen aan het optimaal instellen en gebruiken van soortgelijke apparatuur bij andere patiënten. ■

MRA's (Anti-snurk beugels)



Al meer dan 40 jaar produceren wij bij Ortholab op maat gemaakte uitneembare beugels voor de orthodontie. Vanaf 1987 vervaardigen wij deze beugels als eerste laboratorium in Nederland voor patiënten die hinderlijk snurken of lijden aan het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS). Onze beugels - tegenwoordig worden ze mandibulaire repositie-apparaten of MRA's genoemd - staan bekend om hun duurzaamheid, comfort en effectiviteit. Wij leveren MRA's tegen normale prijzen. De tandtechnici van Ortholab hebben in samenwerking met tandartsen en tandarts-specialisten in de loop der jaren een uitgebreide collectie MRA's ontwikkeld, variërend van eendelige tot verstelbare tweedelige designs met een zachte kunststofvoering. Wij bieden de meest veeleisende patiënt een ruime keuze aan betaalbare MRA's van topkwaliteit.

Ortholab, marktleider in uitneembare beugels.

Ervaar zelf hoe goed onze MRA's zijn.

Ortholab geeft een garantie van 5 jaar op MRA's, bezoek www.ortholab.nl voor voorwaarden.



Dorpsplein 8, 3941 JH Doorn
Tel + 31 (0)343 41 54 41
Fax + 31 (0)343 41 64 03
info@ortholab.nl www.ortholab.nl

Stuur mij geheel vrijblijvend informatie over de MRA's van Ortholab

Naam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Plaats: _____ e-mail adres: _____

Telefoon: _____ Fax: _____

Deze bon in een ongefrankeerde enveloppe sturen naar Ortholab B.V. Antwoordnummer 17, 3940 VB Doorn

FOTOCOLUMN

Slaaponderzoek



tekst en fotocollage: **Ton op de Weegh**

Ik werd langzaam wakker. Nog een beetje soeziger. Kon nog niet meteen ontdekken, waar ik was. Een vreemd bed. Een vreemde omgeving. Ongewone geluiden. Flarden herinneringen kwamen boven: de huisarts, daarna het ziekenhuis. Onderzoeken. De chirurg aan mijn bed: 'Blindedarmonsteking. Over een half uur ga ik u opereren.'

Dit was dus een ziekenhuisbed. Na de operatie. In de verte een lichtje, wat zacht geruis. Een zuster aan mijn bed. Ze verwisselde het infuus. 'Probeer maar wat te slapen,' fluisterde ze zachtjes.

Ik tuurde in het donker. Kon niet veel onderscheiden. Wel hoorde ik naast me en tegenover me stevig snurken. 'Probeer maar wat te slapen,' klonk het nog na in mijn gedachten. Hoe zo? Ik was net wakker! En met zoveel lawaai om me heen!

Ik kon niet meer slapen. Voelde lichte pijn. En het ergste: ik kon niets. Op mijn zij liggen ging niet. En ik verveelde me. Vond het allemaal vreselijk saai. Hoe lang zou het nog duren voor het licht werd? De klok boven de deur wees, dacht ik, half twee aan.

Ik schrok op. Het ademen van de snurker naast me stopte even. Daarna kwam het met een stevige zucht ineens

weer op gang. Ik herkende het. Een ademstilstand, zoals ik ook wel eens had gehad. Zou mijn buurman osas hebben? Een poos later herhaalde zich dit verschijnsel, maar nu aan de overkant. Het op gang komen van de ademhaling duurde iets langer. Onwillekeurig begon ik te tellen. Vijftien seconden!

Ik bleef op het snurken van mijn kamergenoten letten. Omdat ik toch niets te doen had, probeerde ik het in kaart te brengen. Ik lette op de klok, hield bij van wie de adem even stakte en telde het aantal seconden. Ik probeerde uit te rekenen hoeveel ademstilstanden ze per uur hadden. Het was gemakkelijk bij te houden, want het waren er niet zo veel. Mijn buurman kwam op ongeveer twee tot drie per uur. De overbuurman bij de deur, had er maar eentje. De overbuurman bij het raam, bleek er ook gemiddeld twee te hebben. Geen echte osas-afdeling dus.

Zo gleeed de nacht relatief rustig voorbij. De nachtzuster kwam nog eens kijken. De overbuurman bracht een bezoek aan het toilet. Hoe gek het ook klinkt: allemaal prettige onderbrekingen die me, samen met mijn 'slaaponderzoek', de eerste nacht door deden komen. ■



HOE GAAT DE HUISARTS OM MET SLAAPAPNEU?

Veel mensen lopen jarenlang rond met vage klachten voordat bij hen de diagnose osas gesteld wordt. Je vraagt je af hoe dat kan. Een deel van het antwoord is dat mensen zelf de klachten (aanvankelijk) niet serieus nemen en er niet mee naar de dokter gaan. Een andere verklaring is dat mensen zo laat naar de dokter gaan dat bijkomende klachten eerder in het oog springen dan de slaapapneu. Zo als uit onderstaand artikel blijkt zou in een aantal gevallen ook de alertheid van de huisarts nog kunnen verbeteren. Dit is het eerste deel. In een volgend artikel komt nog aan de orde of screening in de huisartspraktijk een mogelijke oplossing is.

In dit verband is het ook belangrijk te melden dat door het Nederlands Huisartsen Genootschap gestart is met het opstellen van een nieuwe richtlijn voor huisartsen voor diagnose en behandeling van slaap en slaapproblemen. De ApneuVereniging is daarbij betrokken en zal zeker zorgen dat slaapapneu daarbij voldoende aandacht krijgt.

ALERTHEID IS GEBODEN

Comorbiditeit maakt herkennen van slaapapneu moeilijk voor de huisarts

In het kader van mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding tot leefstijlprofessional¹ aan de Hanzehogeschool Groningen, heb ik mij verdiept in het onderwerp slaapapneu. Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van Prestar - Veranderen in (leef)stijl. Slaapapneu trok mijn aandacht, omdat het onder het grote publiek een relatief onbekende aandoening is, maar ook omdat het voor huisartsen moeilijk te herkennen is. Hierdoor kwamen bij mij vragen op als: hoe gaat de huisarts om met slaapapneu? En: kunnen patiënten die risico lopen op slaapapneu vroegtijdig ontdekt worden door middel van screening? In dit artikel hoop ik antwoord te geven op deze vragen.

tekst: **Lotte Kors**

Apneu in cijfers

Zoals bekend lopen er in Nederland een groot aantal mensen rond die niet weten dat ze slaapapneu hebben. Uitgaande van internationaal gehanteerde prevalentiecijfers van Young (1993) zou ongeveer 18% van de apneupatiënten in Nederland ook daadwerkelijk bekend zijn. Het gaat dan om een totaal van 315.000 apneupatiënten. De verwachting is, dat uit lopend onderzoek bij Philips zal blijken dat het huidige aantal patiënten twee keer zo hoog zou kunnen zijn.

Vaak gehoorde klachten zijn problemen met gezin en werk, concentratieproblemen, niet kunnen slapen en overdag vermoeid zijn. Uit onderzoek van de ApneuVereniging blijkt dat 37% van de slaapapneupatiënten al langer dan acht jaar klachten heeft voordat de diagnose gesteld wordt. Met tijdige ontdekking en behandeling kan ontwikkeling van bovengenoemde gezondheidsproblemen voorkomen worden.

Bekendheid met apneu

In totaal zijn er 23 interviews afgenomen bij huisartsen in de stad Groningen.

Van deze 23 zijn er maar weinig huisartsen die de uitspraak durven te doen dat zij (vrij) goed bekend zijn met slaapapneu. Een derde van de huisartsen vindt zichzelf redelijk bekend met deze slaapstoornis.

Wanneer wordt gevraagd bij welke klachten zij aan apneu denken, noemen zij klachten van de partner die apneus opmerkt en moeheid overdag het meest. Deze worden gevolgd door snurken. Ook uit eerder onderzoek van TNS-Nipo² in opdracht van de Stichting Apneu Research blijkt dat dit de drie meest herkende klachten op het gebied van slaapapneu zijn. Het lastige is echter dat snurken vaak geen aanleiding voor verder onderzoek is en dat vermoeidheid een verschijnsel is waar iedereen wel eens een periode mee te maken heeft en veroorzaakt kan worden door diverse redenen. Eén van de huisartsen zegt



hierover: 'Ja, er zijn nu tal van oorzaken voor te bedenken. Ik denk dat het ook heel vaak iets is wat heel sluipend ontstaat. Mensen zijn gewend dat het is zoals het is.' Door de helft van de huisartsen wordt er naast klachten als apneus, snurken en moeheid ook gelet op overgewicht.

Wanneer wordt gevraagd naar oorzaken voor onderdiagnose van slaapapneu, worden verschillende argumenten genoemd. Een respondent benoemt het volgende: 'Ik denk dat heel veel mensen er niet aan denken; het verhaal helemaal niet kennen.' Onbekendheid bij de patiënt en het feit dat de patiënt niet bij de huisarts komt met de klachten worden dan ook als belangrijkste redenen genoemd voor onderdiagnose. Op de derde plaats (20%) wordt genoemd dat de huisarts zelf de link tussen de klachten en het slaapapneusyndroom niet legt. Aansluitend daarop is gevraagd of zij zelf meer willen of moeten weten over slaapapneu om zo het diagnostisch traject te verbeteren. 40% van de huisartsen laat weten niet de behoefte hebben om meer te weten over apneu. Daarentegen is één op de drie geïnteresseerd in nieuwe ontwikkelingen op het gebied van apneu en vindt 15% het goed om er meer over te weten.

Op de vraag of er meer bekendheid over slaapapneu moet komen om diagnostiek te verbeteren, antwoordt een derde van de respondenten dat dit leidt tot meer diagnostiek, terwijl 22% het geen goede ontwikkeling vindt. Volgens hen zal het leiden tot een enorme toestroom van patiënten.

De helft van de huisartsen noemt overgewicht wanneer er wordt gevraagd naar de comorbiditeit van slaapapneu. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat overgewicht niet alleen oorzaak van slaapapneu is, maar ook een gevolg³. Slechts 30% van de respondenten noemt hart- en vaatziekten als gevolg. Uit diverse onderzoeken⁴ blijkt dat de

aanwezigheid van slaapapneu in verband wordt gebracht met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Een huisarts merkt op dat slaapapneu door het Nederlands Huisartsengenootschap nog niet is opgenomen in de risicotabel voor hart- en vaatziekten. Ook bestaat er geen standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap voor slaapapneu.

Slechts 10% noemt het metabool syndroom (een stofwisselingsstoornis door combinatie van overgewicht, hoge bloeddruk, verhoogde suikerspiegel en verstoorde vetstofwisseling), diabetes en depressiviteit, terwijl uit de literatuur blijkt dat deze aandoeningen wel degelijk nauw gerelateerd zijn aan slaapapneu. Slaapapneu is een belangrijke risicofactor voor diabetes type 2⁵. Mogelijk is het niet onderkennen van deze gerelateerde aandoeningen een van de oorzaken van onderdiagnose. Toch geeft 42% van de huisartsen aan dat er inderdaad een relatie tussen het metabool syndroom en slaapapneu is, wanneer hier expliciet naar gevraagd wordt. Deze link wordt voornamelijk gelegd op basis van de component overgewicht. Zo blijkt dat de huisarts toch meer weet dan hij of zij soms zelf denkt.

Uit onderzoek van de Stichting Apneu Research blijkt dat de mate waarin huisartsen zeggen bekend te zijn met slaapapneu van invloed is op hun kennis van comorbiditeit en de mate waarin zij hun patiënten op slaapapneu laten onderzoeken. Het vergroten van de bekendheid met slaapapneu kan er dus voor zorgen dat er meer patiënten worden doorgestuurd voor slaaponderzoek om de diagnose te bevestigen of juist uit te sluiten.

Er is ook gevraagd of zij een omschrijving kunnen geven van de typische patiënt die een verhoogd risico loopt op slaapapneu. Eén van de respondenten antwoordt >

wel heel generaliserend: 'Een dikke, snurkende man'. Daarmee geeft hij de drie meest gehoorde antwoorden weer: met 73% scoort 'mannen' het hoogst, gevolgd door 'overgewicht' door tweederde van de respondenten en 'snurken' door ruim een kwart.

Screening

In het interview is aan de huisartsen gevraagd wat zij vinden van screening van risicopatiënten. Screening kan worden ingezet om risicopatiënten vroegtijdig te ontdekken en door te verwijzen naar een slaapcentrum voor verder onderzoek. Wanneer patiënten eerder bekend zijn met de diagnose slaapapneu, kan behandeling verergering en het ontstaan van nieuwe gezondheidsproblemen voorkomen. Commerciële partijen sluiten hier tegenwoordig op aan door applicaties voor de mobiele telefoon te ontwikkelen die registreren hoe er geslapen wordt. Goed bedoeld, maar in de medische wereld volstaat dergelijke eenvoudige registratie natuurlijk niet.

17% van de respondenten zegt overtuigend 'nee' tegen screening en nog eens 48% van de respondenten laat zich om verschillende redenen twijfelachtig uit over het concept van screening. Zo wordt door een van de respondenten aangehaald dat screening veel onrust kan veroorzaken zoals enkele jaren geleden ook gebeurde bij de landelijke screening van de Nierstichting. Een andere respondent vindt het 'geldverspilling, ze moeten gewoon afvallen eigenlijk.' Daarentegen ziet een ander wel degelijk het nut van screening in en zegt het volgende over risicopatiënten: 'Je kunt ze opsporen om ze dan preventief te behandelen.'

Een kwart van de respondenten laat zich wel positief uit over screening. Reactie van een respondent: 'Idealistisch als arts zou je onmiddellijk als arts moeten zeggen ja hoor, gaan we doen.'

Een huisarts merkt terecht op dat er gebruik gemaakt dient te worden van een gerichte vragenlijst. Wanneer een patiënt daar boven de norm scoort, zou de huisarts verder onderzoek kunnen doen. Prestar haakt op het idee van een gerichte vragenlijst in door ontwikkeling van de SlaapApneu KwaliteitsScore (SAKS)⁶. Dit is een digitale vragenlijst die de kwaliteit van leven van iemand met osas in kaart brengt. De huisarts kan naar aanleiding van het door Prestar opgestelde document 'Wie komt in aanmerking voor screening op slaapapneu met de SAKS?' bepalen voor welke patiënten het zinvol is om deel te nemen aan de SAKS. In een volgend artikel gaan we nader in op het onderwerp screening.



Leefstijl

Er is ook gevraagd hoe huisartsen aankijken tegen de rol van leefstijl bij slaapapneu. 64% van de respondenten vindt leefstijl zeer belangrijk. 80% van de huisartsen geeft dan ook aan tijdens consult leefstijladviezen aan patiënten te geven. Vrijwel elke respondent steekt bij apneupatiënten in op het aspect afvallen, omdat overgewicht een zeer grote rol speelt bij apneu. Uit onderzoek blijkt namelijk dat een afname van 1% van het lichaamsgewicht leidt tot een afname van het aantal apneus met 3%. In de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneusyndroom bij volwassenen' is beschreven dat conservatieve maatregelen zoals gedragsverandering belangrijk zijn voor alle patiënten met het obstructief slaapapneusyndroom. Uit het volgende citaat blijkt dat respondenten inzien dat leefstijlverandering een moeilijk en langdurig proces is: 'Tsjah, dat is een onderdeel van de behandeling, maar vaak niet de makkelijkste he. Dus, leefstijlverandering, is nou behoorlijk intensief werk. Maar als het lukt, dan is dat prachtig.'

Voordeel van leefstijlverandering kan wel zijn dat een patiënt mogelijk kan stoppen met de behandeling met cpap doordat de apneus zijn afgenomen. Wanneer patiënten hier bekend mee worden, kan dit motiverend werken om hun gedrag definitief te veranderen en hun leefstijl aan te passen. Een aantal respondenten ziet leefstijlverandering daarom als goede toevoeging aan de behandeling met cpap. Zo worden patiënten geholpen met de apneuklachten en pakken zij tegelijkertijd de oorzaken aan. Gecombineerde leefstijlinterventies, waar meerdere leefstijlfactoren tegelijkertijd worden aangepakt, blijken effectief bij de aanpak van overgewicht. Hoe deze leefstijlinterventie ingevuld dient te worden, is een interessante vraag voor een beweeg- en leefstijladviseur. ■

Correspondentie: Lotte Kors, Lotte@prestar.nl

1) Leefstijlprofessionals zijn HBO-opgeleide deskundigen die mensen op vakkundige wijze helpen bij het veranderen van leefstijl. In Nederland bestaan er drie van deze vierjarige opleidingen. In Groningen heet deze professional beweeg- en leefstijladviseur.

2) TNS-Nipo is een internationaal marktonderzoeksbureau.

3) Leven met snurken en apneu. N. de Vries en P. van Mechelen, 2011. Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.

4) Cardiovascular disorders associated with obstructive sleep apnea. Lurie, A., 2011. Advances in cardiology.

5) Obstructive sleep apnea as a risk factor for type 2 diabetes. N. Botros, J. Concato, V. Mohsenin, B. Selim, K. Doctor & H.K. Yaggi, 2009. The American Journal of Medicine.

6) Maak zelf je situatie inzichtelijk en informeer je dokter. Dikkeboer, B., 2011. Apneumagazine, maart 2011.

DIGITAAL...

Het internet als verenigingsloket

We zijn er inmiddels al aan gewend dat we steeds meer kunnen regelen via internet. Of het nu gaat om je telefoon abonnement of je stroomverbruik, met internet kun je vrijwel alles regelen. Ook bij de ApneuVereniging kun je op onze website steeds meer regelen. Daarvoor is het natuurlijk wel nodig om in te loggen met uw lidnummer en uw wachtwoord. Steeds meer leden maken gebruik van deze mogelijkheid. U kunt zich nu al aanmelden voor een regiobijeenkomst, gratis lid worden van een cpap Gebruikersclub, uw mailadres wijzigen en nog veel meer. Door in te loggen krijgt u ook informatie te zien die voor niet leden verborgen blijft.



tekst: **Roelof Pit**, Landelijk coördinator regiocontact

Even inloggen

Inmiddels hebben al honderden leden met succes ingelogd en hun mailadres gewijzigd. Sommige mensen hadden even een probleem omdat het standaard wachtwoord uw postcode is. In Nederland bestaat die postcode uit 7 tekens. (4 cijfers, een spatie en 2 letters). Er zijn nogal wat mensen die de spatie in het wachtwoord vergeten waren. Gelukkig hadden de meeste leden weinig moeite met inloggen en stijgt het aantal ingelogde leden met de dag.

Na het inloggen krijgt u het ledenmenu te zien. Dit ledenmenu wordt geleidelijk steeds beter gevuld met nieuwe informatie en nieuwe mogelijkheden. Om dit mogelijk te maken gaat er binnenkort een team van vrijwilligers aan de slag, het webteam. Deze mensen gaan voor steeds meer actuele inhoud zorgen en voor nieuwe mogelijkheden. Vlak voor de zomer hebben we een oproep gedaan voor dit webteam. Gelukkig zijn er veel reacties gekomen op deze oproep, want ook onze website is nu voor 100% vrijwilligerswerk.



Digitaal aanmelden

Naast de activiteiten op de website gaat ook het organiseren van regionale bijeenkomsten vanaf dit najaar anders. Door in te loggen op de website kunt u van alle bijeenkomsten in het land de uitnodigingsbrieven bekijken en u aanmelden

waar u maar wil. Dus woont u in Amsterdam en ziet u een interessante spreker in Breda, geen probleem. Met een paar klikken staat u aangemeld en bent u van harte welkom. Voor de bijeenkomst van uw eigen regio ontvangt u een uitnodiging per email. De uitnodigingsbrief is als bijlage aan het mailtje gehangen en in het mailtje staat een link waarmee u met twee klikken kunt aangeven of u wel of niet van plan bent om te komen. We maken het u erg gemakkelijk op deze manier. Maar ook voor de regiocoördinatoren scheelt dit heel veel werk en als u digitaal bent aangemeld dan staat uw naam al op de presentielijst.

QR code

Misschien heeft u het al eens gezien in de krant, op affiches of in tijdschriften. Een vierkantje met allemaal blokjes (zie afbeelding, deze code verwijst naar uw gegevens in het ledenmenu). Dit is een QR code. Met een telefoon of een tablet computer kunt u deze code scannen en een speciaal programma brengt u dan meteen naar de website die achter deze code verborgen gaat. Dit is een gemakkelijke manier om snel iets op te zoeken op internet. Ook in ApneuMagazine zullen we af en toe verwijzen naar aanvullende informatie op onze website of op een ander internetadres. Dit doen we dan ook met een QR code. Natuurlijk kunt u nog gewoon het internetadres overtypen op uw computer, maar voor mensen met een QR code lezer is dit wel zo gemakkelijk. Natuurlijk moet u inloggen als de QR code verwijst naar pagina's die alleen voor leden toegankelijk zijn. De pagina waar deze QR code naar verwijst (zie afbeelding) heeft even tijd nodig om te laden, dus even geduld.



Wist u dat...

HUISWERK VAN DE SECRETARIS

samenstelling: Myrjam Bakker-Boone

Als kind vermagerd, slaapt het beter

Als een zwaarlijvig kind vermagerd, slaapt het beter en verbeteren daardoor ook de suiker- en vetwaarden in zijn bloed. Belangrijk, want als die waarden slecht zijn, loopt je kind op lange termijn meer risico op hart- en vaatziekten en diabetes, blijkt uit nieuw onderzoek van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA).

Dr. Stijn Verhulst is afdelingshoofd van het slaapcentrum voor kinderen in het UZA. Hij leidde de studie bij 224 obese tieners, van wie er 68 last hadden van slaapapneu.

Agressiviteit

Slaapapneu kan bij kinderen ernstige complicaties veroorzaken. 'Obesitas zelf leidt al tot een hoger risico op hart- en vaatziekten en suikerziekte. Slaapapneu doet daar nog een



schepje bovenop', zegt Verhulst. 'Het wordt gelinkt aan gedragsstoornissen - zoals hyperactiviteit en agressiviteit - maar daarnaast hebben kinderen met slaapapneu ook vaak concentratieproblemen en lagere punten op school.'

Gewichtsverlies

De tieners die meededen aan zijn studie waren heel obese. Gemiddeld hadden ze een BMI van 36,4. Ze verbleven allemaal zes maanden tot een jaar in het Zeepreventorium in De Haan, waar ze heel veel bewogen, gezond aten en psychologische steun kregen. Nadien was hun gemiddelde BMI 29,2. 'Een vrij spectaculair gewichtsverlies van 30%', zegt Verhulst. Maar wat nog beter nieuws was: 70 tot 90% van de kinderen was verlost van zijn slaapapneu. Daarbovenop waren hun bloedwaarden ook spectaculair beter. 'Alles, van bloedsuiker- en vetgehalte tot hun leverwaarden, was beter. Allemaal zaken die op lange termijn ook bijdragen aan hart- en vaatziekten, diabetes en zelfs sommige vormen van kanker.' En sommige waarden verbeterden eerder omdat ze beter sliepen, dan omdat ze gewicht verloren.

Verhulst: 'Alles hangt dus aan elkaar vast. De studie is wat abstract, maar belangrijk is dat ouders alert moeten zijn als hun kind snurkt. Dat is niet schattig, maar levert extra gevaar voor hun gezondheid op, zeker als ze obese zijn.'

Bron: *Life.mama*

Slechte leefstijl leidt tot toename vroege dementie

Obesitas en overgewicht onder jongeren zorgt op termijn voor een explosieve groei van het aantal dementerenden tussen de 50 en 60 jaar. Dat stellen vier hoogleraren van de VU en het VU medisch centrum in Amsterdam.

Invloed van leefstijl

De hoogleraren gaan samenwerken om het 'zwaar onderschatte' probleem van een ongezonde leefstijl in de vroege jeugd aan te pakken. Er bestaat namelijk een rechtstreeks verband tussen een slechte leefstijl en dementie. 'Deze ziekte wordt niet serieus genomen. In de eerste 25 jaar kun je het voor de rest van je leven verpesten', zegt hoogleraar neuropsychologie Erik Scherder in de Volkskrant. De hoogleraren willen meer aandacht voor preventie.

Ouderdomsdiabetes

Het aantal kinderen met ouderdomsdiabetes stijgt snel,

stelt Jaap Seidell, hoogleraar voeding en overgewicht. Hij verwacht dat er in 2025 in Nederland 1,4 miljoen diabetici zijn. Van hen hebben er 85% overgewicht of obesitas. De kans dat zij gaan dementeren is relatief groot, aldus Seidell.

Bron: *De Volkskrant*



Meer bewegen en afvallen goed bij heupslijtage

Patiënten met overgewicht die last hebben van slijtage van het heupgewricht (artrose) zijn gebaat bij behandeling die is gericht op beweging en afvallen. Ondanks dat internationale richtlijnen dit aanbevelen, krijgt slechts 10% van de patiënten deze behandeling voorgeschreven door de huisarts.

UMCG-onderzoeker Nienke Paans heeft laten zien dat een gecombineerd beweeg- en afvalprogramma vóór de heupoperatie het lichamelijke functioneren van artrosepatiënten met overgewicht verbetert en pijnklachten vermindert. Paans pleit ook voor meer aandacht voor bewegen en afvallen nadat een heupprothese is geplaatst. Op 20 juni promoveert zij op de resultaten van haar onderzoek aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Patiënten met slijtage van het heupgewricht (artrose) zijn gemiddeld 7 jaar onder behandeling van hun huisarts voordat zij operatief een kunstheup krijgen. Paans stelde dit vast met behulp van de gegevens van 30.000 patiënten uit een medisch registratie netwerk van huisartsen over een periode van 10 jaar, van 1998 tot 2008.



Vicieuze cirkel

Patiënten die last hebben van heupartrose lopen het risico in een vicieuze cirkel terecht te komen. 'Als het lopen pijn doet vanwege de artrose, gaan mensen beweging vermijden en blijven ze in de stoel zitten. Dan bestaat de kans dat hun gewicht toeneemt. Door dit gebrek aan bewegen, met daarbij de extra belasting van het gewicht op het heupgewricht, zullen de klachten toenemen,' licht Paans toe.

Bewegen en afvallen

Bij artrosepatiënten met overgewicht onderzocht Paans de effecten van een programma voor bewegen en afvallen voordat zij een kunstheup krijgen. Deelname aan het programma resulteerde in een verbetering van het zelfgerapporteerde lichamelijke functioneren. Daarnaast werd een verbetering gezien in het loopvermogen. Ook vielen de patiënten af. De deelnemers waren na 8 maanden gemiddeld 5,6 kg lichter en was hun lichaamsvet met 3,3% afgenomen. 'Het gecombineerde programma voor bewegen en afvallen betekent dat je patiënten met heupartrose meer te bieden hebt dan alleen pijnbestrijding,' legt Paans uit. 'Bovendien kan het leiden tot uitstel van de heupoperatie, wat gunstig is omdat een kunstheup maar 10 tot 15 jaar meegaat.'

Na de operatie

Artsen en behandelaars veronderstellen dat patiënten met overgewicht na plaatsing van de heupprothese weer gaan bewegen, omdat dit weer mogelijk is. Daardoor zouden ze weer kunnen afvallen. Paans stelde vast dat dit niet het geval is. 'Het is belangrijk dat patiënten gaan bewegen en afvallen, omdat overgewicht het succes van de operatie beïnvloedt. Teveel lichaamsgewicht kan leiden tot vroegtijdige loslating van de prothese en dat is niet wat je wilt,' vertelt Paans.

Bron: UMC Groningen

Lichaamsbeweging kan mogelijk geheugenproblemen bestrijden

In de hersenen van een volwassen mens zijn stamcellen aanwezig. Deze delen zich om nieuwe neuronen te produceren. Dit proces heet neurogenese en speelt een belangrijke rol bij verschillende hersenprocessen.

De vraag is echter of stamcellen therapeutisch kunnen worden ingezet voor de behandeling van bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, een ziekte waarbij neuronen vroegtijdig afsterven. Michael Marlatt laat zien dat lichaamsbeweging bij muizen ervoor zorgt dat neurogenese in de hersenen toeneemt. Daarnaast voorkomt lichaamsbeweging een leeftijd-gerelateerde afname van ruimtelijk geheugen. Zijn bevindingen zijn bemoedigend voor de toekomstige behandeling van de ziekte van Alzheimer. Mogelijk kunnen

lichaamsbeweging of medicijnen de geheugenproblemen terugdraaien.

Bron: Fysioforum



De (on-)zin van sportvasten

BN-ers en ex-topsporters gaan massaal aan het 'sportvasten', een combinatie van sporten, dieet en pillen, waardoor je in tien dagen 5 à 6 kilo afvalt. Zo luidt ongeveer de werende tekst van het persbericht. Maakt een Johan Cruijff reclame voor een voetbalschoen, dan ben je nog geneigd hem te geloven. Maar zodra hij beweert dat wij er net zo goed mee kunnen voetballen als hij, dan geloven we hem niet langer. En als een BN-er pillen of voedingssupplementen gaat adviseren om af te vallen, dan denk ik eigenlijk gewoon dat hij zijn hypotheek niet kan betalen.

Kan iemand 4 tot 6 kg afvallen in 10 dagen? Het antwoord is nee, je kunt geen 4 tot 6 kg vetweefsel in 10 dagen kwijt-raken. Want dan moet u 10 dagen lang ongeveer 4000 kcal per dag aan energie verbranden en niets eten!

Gemiddeld verbrandt een normaal mens zo'n 2000 kcal per dag. Als u ook nog 2000 kcal per dag wil verbranden met sporten, dan zou u daarvoor 3 tot 5 uur per dag bezig moeten zijn. Tien dagen lang niet eten en ook nog eens 3 tot 5 uur flink sporten is in de praktijk echt door niemand vol te houden.

De website van Sportvasten suggereert dat de middelen die zij leveren helpen om de stofwisseling zó te veranderen dat je vet gaat verbranden. De 'natuurlijke voedingssupplemen-



ten, waaronder aminozuren, mineralen en anti-oxidanten zouden afbraak van spierweefsel voorkomen en een hongergevoel tegengaan'. Dat is een boude uitspraak, die nooit met goed wetenschappelijk onderzoek is onderbouwd. Als mensen in korte tijd kilo's afvallen is dat een optelsom van verlies van vocht (1 tot 2 kg), wet- en spierweefsel. Wilt u verstandig afvallen, dan is de eerste aanpak minder en gezonder eten en meer bewegen, kortom meer sporten en meer vasten. Dat is wat anders dan 'sportvasten'.

Bron: Dr. Frank van Berkum in De Telegraaf

Slaapapneu versnelt achteruitgang nieren

Slaapapneu komt veel voor bij nierpatiënten: hoe slechter de nierfunctie, hoe vaker. Ook hebben veel patiënten last van nachtelijk zuurstoftekort. En dat zou er wel eens toe kunnen leiden dat hun nierfunctie sneller achteruit gaat, schrijven Canadese onderzoekers. Tegelijkertijd zou dat een mooi aanknopingspunt opleveren om de verdere achteruitgang van de nierfunctie bij patiënten met een chronische nierziekte te vertragen.



Slaapapneu komt vaker voor bij patiënten met eindstadium nierfalen, dan bij gezonde mensen. Volgens Canadese wetenschappers zijn er nauwelijks studies naar slaapapneu bij mensen met een verminderde nierfunctie die nog niet dialyseren. Laat staan onder een groep patiënten die het hele spectrum van nierfunctieverlies bestrijken. Daarom hebben zij slaaponderzoeken gedaan bij mensen met een normale tot licht verminderde nierfunctie, patiënten met een chronische nierziekte die nog niet dialyseren, en dialysepatiënten.

Slaapapneu blijkt steeds vaker voor te komen naarmate de nierfunctie slechter is. In de groep met de beste nierfunctie had ongeveer een kwart hier last van, onder de dialysepatiënten voldeed meer dan de helft aan het criterium. De groep patiënten met een chronische, niet dialyse-afhankelijke nierziekte zat er tussenin. Dat patroon voldoet aan wat de onderzoekers van tevoren verwachtten.

Het is mogelijk dat een over een langere periode steeds terugkomend nachtelijk zuurstoftekort de achteruitgang van de nierfunctie versnelt, volgens de onderzoekers.

Bron: Niernieuws, Merel Dercksen

Zet de vetverbranding aan

Hardlopen kun je uitstekend gebruiken om wat gewicht te verliezen. Aan de andere kant moet je wel gezond blijven eten om energie te hebben voor die kilometers. Een slimme combinatie van eten, drinken en trainen kan je wens om wat kilo's kwijt te raken ondersteunen. Dat werkt meestal beter dan de focus op alleen één van die onderdelen.

Veel mensen met de wens om af te vallen leggen sterk de nadruk op minder eten. Dat is lastig want alles wat je niet mag, is natuurlijk voortdurend in je gedachten aanwezig. Dat extra koekje of dat bakje chips wil je dan toch wel erg graag. Gebruik je hardlopen om gewicht te verliezen dan is dat een prima keuze maar bespaar jezelf niet te veel eten tegelijkertijd. Je hebt de energie die in voeding en drinken zit hard nodig om goed te trainen. Nog belangrijker, voeding heb je nodig om goed na de training te herstellen. Verschuif je aandacht van niet eten naar gezond eten.

Neem de tijd

De norm voor bewegen in Nederland is vastgesteld op 30 minuten. Ga je hardlopen dan gebruik je in ieder geval een intensieve sport om je gewicht omlaag te brengen. Hoe intensiever de sport, hoe meer calorieën je verbrandt. Op zich een goed punt maar je moet wel de tijd nemen om te wennen aan die intensiteit. Haak niet af na de eerste tien minuten training waarna je staat uit te hijgen. Gelukkig neemt de conditie snel toe. Reken enkele maanden, toch een maand of drie voordat je een kwartier of twintig minuten zonder problemen makkelijk kunt hardlopen.

De vetverbranding gaat aan

Met hardlopen zet je de vetverbranding extra aan. Dat gebeurt al na enkele minuten. Het is bekend dat na ongeveer een half uur hardlopen die vetverbranding tot wel 12 uur aan blijft staan. Terwijl jij verder gaat met de dag is je lichaam nog bezig om die kilo's kwijt te raken. Dat kun je in je voordeel gebruiken. Neem een licht ontbijt, ga daarna hardlopen. Dan werkt die verbranding de rest van je actieve dag door.

Train rustig, bijvoorbeeld in het komende half jaar, naar het punt waarbij je 30 minuten zonder problemen kunt hardlopen. Bij dat half uur ga je over van het verbruiken van glycogeen naar de vetverbranding. Vandaar dat die 30 minuten beter voor je kan werken dan bijvoorbeeld twee korte trainingen van een kwartier. Als je dit twee tot drie keer in de week doet, dan gaat hardlopen een bijdrage leveren aan je gezonde levensstijl. Neem wel de dag na je training een rustdag, je lichaam kan bijkomen, herstellen, van de geleverde inspanning.



Drie extra tips:

1. Interval

Kun je al een half uur hardlopen? Loop interval in een van je wekelijkse trainingen. Interval is de afwisseling van snelle stukken met een pauze. Bijvoorbeeld je loopt 200 meter met een pittig tempo en 200 meter langzaam om bij te komen.

2. Varieer in je training

Je lichaam raakt snel gewend aan training. Het is een wonder van aanpassingsvermogen. Loop je twee of drie keer in de week hetzelfde rondje dan zal hardlopen op den duur weinig meer doen voor je gewichtsafname. Varieer je in snelheid en in afstand, dan geef je een nieuwe prikkel af en dat zet die vetverbranding weer extra aan het werk. De duur van het hardlopen maakt dat je vet verbrandt maar ook de snelheid telt. Hoe langer maar ook hoe sneller je loopt is van invloed op je vetverbranding.

3. Trainen geeft trek

Trainen, presteren, maakt natuurlijk dat je lichaam het signaal afgeeft naar meer voeding. Geef daar niet teveel aan toe. Je wilt meer calorieën verbruiken dan dat je tot je neemt. Eet en drink gezond en let erop dat je niet door het sporten onbewust meer eet dan je kunt verbruiken.

Bron: Marc Gerlings voor ProRun©

Slapen in stijl!

**NIEUW IN
NEDERLAND**

Altijd al uw S9™-apparaat
aan willen passen aan uw
persoonlijke stijl en/of
inrichting van uw slaapkamer?

Ga vandaag nog naar cpapwinkel.nl
en vraag uw gratis voucher aan
waarmee u een aantrekkelijke
korting ontvangt op uw eigen
S9™-ontwerp.

Cpapwinkel.nl
On-line gemak voor
SlaapApneu therapie



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



Waar vindt u ons de komende tijd?

tekst: **Annemieke Ooms**
coördinator beurzen



- 29 september **Uitleesmarkt - Amersfoort**
Een informatiemarkt met presentaties, georganiseerd door de 8 Gebruikersclubs van de ApneuVereniging, waarbij diverse leveranciers en producenten aanwezig zijn. Tevens bestaat de mogelijk de (c)pap uit te laten lezen.
- 29 september **Wilhelmina Ziekenhuis - Assen**
Lezing door drs. Sandra Houtepen: *'De lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van slaapapneu'*. Sandra is districtscoördinator Zuid-West van de ApneuVereniging en regiocoördinator West-Brabant.
- 6 en 7 oktober **Gezond & Wel - Kaatsheuvel, Multicultureel Centrum De Werft**
Deze gezondheidsbeurs wordt voor de 11de maal georganiseerd en is het trefpunt voor zorgvragers en zorgaanbieders. De toegang is gratis.
- 11 oktober **20ste Publieksdag Hersenstichting - Jaarbeurs Utrecht**
Dit jaar is het thema 'Slaap en hersenen'. De ApneuVereniging is met een informatiestand aanwezig. Voor meer informatie kijk op: www.hersenstichting.nl/activiteiten/publieksdag-2012.html
- 9 november **Openingscongres Week van de Chronisch Zieken - Hoofddorp**
Het thema is dit jaar 'Samen werken'. Ook hier is de vereniging weer met een stand aanwezig.
- 9 november **Congres Nederlands Huisartsen Genootschap - Den Haag**
De titel van dit congres is 'De nieuwe huisarts - Zo wil ik mijn toekomst!'. Op dit congres worden meer dan 2.000 huisartsen verwacht, waaronder ca. 600 huisartsen in opleiding. De ApneuVereniging is uitgenodigd hier met een informatiestand aanwezig te zijn.
- 19 november **Diabetes Vereniging Nederland - afdeling Tholen**
Lezing door drs. Sandra Houtepen: *'De lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van slaapapneu'*. Sandra is districtscoördinator Zuid-West van de ApneuVereniging en regiocoördinator West-Brabant.
- 20 november **Regiosymposium UWV - Roermond**
Dit symposium wordt georganiseerd voor verzekeringsartsen in de regio Zuid-Oost Nederland en heeft 'slaap en slaapstoornissen' als thema. Onze voorzitter, Piet-Heijn van Mechelen, is uitgenodigd als spreker tijdens dit symposium en uiteraard zijn we ook hier met een informatiestand aanwezig.





Transcend: de kleinste en lichtste CPAP



MEDIQ Tefa

Mediq Tefa introduceert de Transcend. Deze CPAP is de kleinste en lichtste in zijn soort.

Het apparaat wordt standaard geleverd met oplaadbare accu, maar is ook op het lichtnet aan te sluiten. Daardoor is deze uitermate geschikt als reis-CPAP of tweede CPAP.

- Klein; afmeting 15,5 x 8,9 x 7,1 cm
- Gewicht minder dan 0,5 kg
- Standaard geleverd met accu
- CPAP is uitleesbaar met software



Deze Transcend CPAP is opgenomen in ons assortiment en wordt aangeboden voor de particuliere markt. Wilt u meer informatie over deze CPAP? Neemt u dan telefonisch contact op met onze klantenservice: 030 282 11 85.

Mediq Tefa
Hertogswetering 159
3543 AS Utrecht

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

Regionale bijeenkomsten najaar 2012

Groningen Wilhelmina Ziekenhuis, Assen	6 september 19.00 uur	Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA) i.s.m. Henk Strating <i>Programma nog niet bekend....</i>
West-Brabant Amphia Ziekenhuis, Breda, locatie Molengracht	4 oktober 19.30 uur	Sandra en Hans Houtepen, Edward Tielenburg <i>Met medewerking van dr. Ineke Gras, psychiater en bekend met psychische klachten bij apneupatiënten.</i>
Groningen Martini Ziekenhuis, Groningen	8 oktober 19.30 uur	Henk Strating <i>Programma:</i> - 'Ademen een zucht naar lucht'. Lezing verzorgd door Jolanda Qualm, respiratoir therapeut verbonden aan het Martini Ziekenhuis Groningen. Deze lezing gaat over de verschillende ademhalingsstoornissen en de gevolgen dag en nacht. - 'Het uitlezen van een cpap'. Lezing verzorgd door Peter Vliek, technisch medewerker van Vital Air en Martin Bleecke, coördinator van de gebruikersclub DeVillbis.
Betuwe, Bommelerwaard en Meierij Ziekenhuis Rivierenland, Tiel	10 oktober 19.30 uur	Jan en Barry van Mourik <i>'Burnout, depressie... of apneu?' Mevrouw drs. S. Houtepen-Strong neemt u mee langs de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van slaapapneu.</i>
Friesland Tjongerschans, Heerenveen	15 oktober 19.30 uur	Henk Strating <i>Programma nog niet bekend....</i>
Zeeland Ziekenhuis ZorgSaam, Terneuzen	16 oktober 19.30 uur	Maskerraad en gespreksgroepen <i>Naast een filmpje over de werkwijze van het ziekenhuis, zullen er gespreksgroepen worden geformeerd zowel voor de maskerraad en om vragen te stellen aan de aanwezige longartsen, osas-verpleegkundigen en KNF-laborante.</i>
Zuid- en Midden-Limburg Orbis Medisch Centrum, Sittard-Geleen	24 oktober 19.30 uur	Ed Philipsen <i>Met medewerking van Rhea en Yank Simon van de Maskerraad.</i>
Groningen Wilhelmina Ziekenhuis, Assen	29 oktober 19.00 uur	Henk Strating <i>Speciale avond voor apneupatiënten van het WZA.</i>
Achterhoek Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem	30 oktober 19.00 uur	Ben en José Teunissen <i>Programma nog niet bekend...</i>
Midden-Brabant Twee Steden ziekenhuis, Tilburg	1 november 19.30 uur	Bart van de Wouw, Tonnie Dirven en Stef Aldenhuijsen <i>Apneu en uw rijbewijs.</i>
Flevoland Medisch Centrum Zuiderzee, Lelystad	6 november 20.00 uur	Clara Ennik en Geurt Vermeulen <i>Programma nog niet bekend...</i>
Zuid-Holland Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde Den Haag	6 november 20.00 uur	Joke en Marius Stout <i>Programma nog niet bekend...</i>
Amstelveen Amstelland, Amstelveen	6 november 20.00 uur	Els Kampen en Trudy Thijssen <i>'Osasbehandeling in het ziekenhuis Amstelland' m.m.v. A. Dozic tandarts, P. Huisman longarts, L.D.G. Stanojic, kno-arts en M. Bastawros osas-verpleegkundige.</i>
Noord-Holland Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk	7 november 19.30 uur	Geeske van der Veer-Keijsper, Loes Groot en Huub Kerkhoff <i>Lezing door drs. Sandra Houtepen: Burn-out, depressie of... apneu?</i>
Arnhem / Liemers Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem	8 november 19.00 uur	Ben en José Teunissen <i>Programma nog niet bekend...</i>
Utrecht Kerkelijk centrum 't Kruispunt, IJsselstein	12 november 19.00 uur	John Marijn en Bep van Norde <i>Uitwisseling ervaring osas m.m.v. de Maskerraad en Cok en Bep van Norde</i>
Rotterdam en omstreken Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam	14 november 20.00 uur	Hans en Adrie van Rij <i>Programma nog niet bekend...</i>
Noord- en Midden Limburg VieCuri Medisch Centrum, Venlo	20 november 19.30 uur	Mart Peters <i>Zaal open vanaf 19:00 uur. Programma wordt nog bekend gemaakt.</i>
Oost-Brabant / Rijk van Nijmegen Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen	21 november 19.30 uur	Jos en Toos van Beers, Hetty Evrandir-Viëtor <i>Uitlezen van cpap-apparatuur. Met medewerking van de Gebruikersclubs en spreker van de firma Visisol.</i>
Amsterdam Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	27 november 19.30 uur	Loes Groot, Geeske van der Veer en Huub Kerkhoff <i>Programma nog niet bekend...</i>
Geldrop Annaziekenhuis, Geldrop	6 maart 2013 20.00 uur	Bart van de Wouw, Tonnie Dirven en Stef Aldenhuijsen <i>Programma nog niet bekend...</i>

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.

apneu vereniging

CONTACT

Secretariaat
Algemeen patiënten-informatie

BESTUUR

Voorzitter
Secretaris
Penningmeester
Landelijk coördinator regiocontacten
Bestuurslid promotie
Algemeen bestuurslid

INTERNET

Webmaster

REDACTIE

Hoofdredacteur
Redactiesecretaris & eindredactie
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 1809 | 3800 BV Amersfoort
t: 033 - 422 40 33 (elke werkdag van 09.00 tot 13.00 uur)

Piet-Heijn van Mechelen
Myrjam Bakker-Boone
Mart Peters
Roelof Pit
Annemieke Ooms
Michiel Jöbisis

033 - 258 33 74
077 - 382 33 24
010 - 220 02 91
070 - 320 93 16
0522 - 78 51 28

voorzitter@apneuvereniging.nl
secretaris@apneuvereniging.nl
peters@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
José Vis
Ton op de Weegh

voorzitter@apneuvereniging.nl
redactiesecretaris@apneuvereniging.nl
nijhuis@apneuvereniging.nl
vis@apneuvereniging.nl
opdeweegh@apneuvereniging.nl

Henk Strating
Henk Strating
Michiel Jöbisis
Roeland Farjon
Co van Doesum
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
Huub Kerkhoff
Loes Groot
Els Kampen
Trudy Thijssen
Clara Ennik
Geurt Vermeulen
Marius & Joke Stout
Hans & Adrie van Rij
Cocky Gravekamp
Bram de Jong
Erna Petiet
Theo Neeskens
Marianne Scheepers
Edward Tielenburg
Sandra en Hans Houtepen
Bart van de Wouw
Stef Aldenhuijsen
Tonnie Dirven
Mart Peters
Ed Philipsen

0598 - 61 95 43
0598 - 61 95 43
0522 - 78 51 28
0529 - 43 45 13
053 - 461 71 71
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 - 628 31 30
020 - 643 38 97
020 - 456 02 54
0320 - 25 35 66
036 - 533 13 60
0172 - 42 59 50
010 - 818 46 54
078 - 615 25 00
078 - 615 25 00
06 - 456 08 163
0113 - 34 28 09
06 - 497 77 578
06 - 517 50 042
0167 - 56 58 92
0411 - 64 54 52
013 - 511 12 94
0162 - 32 17 55
077 - 382 33 24
043 - 361 75 04

strating@apneuvereniging.nl
strating@apneuvereniging.nl
jobsis@apneuvereniging.nl
farjon@apneuvereniging.nl
vandoesum@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
groot@apneuvereniging.nl
kampen@apneuvereniging.nl
thijssen@apneuvereniging.nl
ennik@apneuvereniging.nl
vermeulen@apneuvereniging.nl
stout@apneuvereniging.nl
vanrij@apneuvereniging.nl
gravekamp@apneuvereniging.nl
gravekamp@apneuvereniging.nl
petiet@apneuvereniging.nl
neeskens@apneuvereniging.nl
scheepers@apneuvereniging.nl
tielenburg@apneuvereniging.nl
houtepen@apneuvereniging.nl
vandewouw@apneuvereniging.nl
aldenhuijsen@apneuvereniging.nl
dirven@apneuvereniging.nl
peters@apneuvereniging.nl
philipsen@apneuvereniging.nl

Yank en Rhea Simon
Bep en Cok van Norde

0172 - 41 79 20
030 - 688 38 26

simon@apneuvereniging.nl
vannorde@apneuvereniging.nl

Philips Respirionics

Cees Vos
Bram Prosman
Heddie Castelein
Peter Prins
Thea Bergmans
Harry Franken
Margriet de Jong
Jos Wiegman
Ronald de Jonge
Martin Bleecke
Tom Dekker

vos@apneuvereniging.nl
prosman@apneuvereniging.nl
castelein@apneuvereniging.nl
prins@apneuvereniging.nl
bergmans@apneuvereniging.nl
franken@apneuvereniging.nl
dejong@apneuvereniging.nl
wiegman@apneuvereniging.nl
dejonge@apneuvereniging.nl
bleecke@apneuvereniging.nl
dekker@apneuvereniging.nl

Resmed

Weinmann
Goodknight

Hoffrichter
Fisher & Paykel
DeVillbis
Sandman

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

info@bayards.biz

Sluitingsdatum kopij voor het volgende nummer: 4 november 2012

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 secretaris@apneuvereniging.nl (vermeld duidelijk naam en adresgegevens), of stuur een briefje aan ApneuVereniging, Postbus 1809, 3800 BV Amersfoort.

Geef dit uiterlijk 4 weken voor het aflopen van het verenigingsjaar (31 december) schriftelijk door aan ApneuVereniging, Postbus 1809, 3800 BV Amersfoort.



De F&P ICON™ is een compacte en stijlvolle CPAP die naadloos past in iedere slaapkamer.

Met het intelligente en stijlvolle design bent u verzekerd van geavanceerde klinische technologie voor de behandeling van slaapapneu. De F&P ICON™ heeft standaard een digitale klok, wekkerfunctie middels uw favoriete muziek en ThermoSmart™ technologie die het gebruik van een verwarmde slang mogelijk maakt.

Bel voor meer informatie naar + 31 (0)40 2163555
of ga naar onze website: www.fpicon.com

PRAKTIJKERVARING EN PATIËNTENERVARING GECOMBINEERD

TWEEDE HERZIENE EDITIE

Leven met snurken en apneu

Geschreven door twee praktijkmensen. Dr. N. de Vries is kno-arts in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam en behandelt al jaren mensen met snurkproblemen. Drs. P.H. van Mechelen is zelf patiënt met apneu en voorzitter van de ApneuVereniging. Zij zetten alle verschijnselen, gevolgen en wat daar aan gedaan kan worden door patiënt en partner op een rij. Door de unieke samenwerking is het een van de meest complete boeken over leven met snurken en apneu.

Het idee was een boek te schrijven voor patiënten, dat een geïnteresseerde patiënt goed moet kunnen lezen, maar waaruit ook een huisarts en osas-verpleegkundige nog wat op kan steken.

Door de praktijkervaring van Nico de Vries in het Lucas Andreas en door de patiënten-invalshoek van Piet-Heijn van Mechelen is een uniek zeer goed leesbaar boek ontstaan dat recht doet aan de titel: Leven met snurken en apneu.



Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum | www.bsl.nl
isbn 978 90 313 8622 2 nur 863



ApneuVereniging | Postbus 1809 | 3800 BV Amersfoort | www.apneuvereniging.nl

t: 033 - 422 40 33 (elke werkdag van 9.00 tot 13.00 uur)