



Diversiteit in de praktijk

Richt je niet alléén op de hoofdzaken

De darm behandelen  
bij diabetes type 2

---



Health Investment

# NATIONAAL POH CONGRES

Dinsdag 14 mei 2019

ReeHorst Ede



**SAVE  
THE  
DATE**

Meer informatie vindt u binnenkort op onze website:

[www.healthinvestment.nl](http://www.healthinvestment.nl)

# Inhoud

## Artikelen

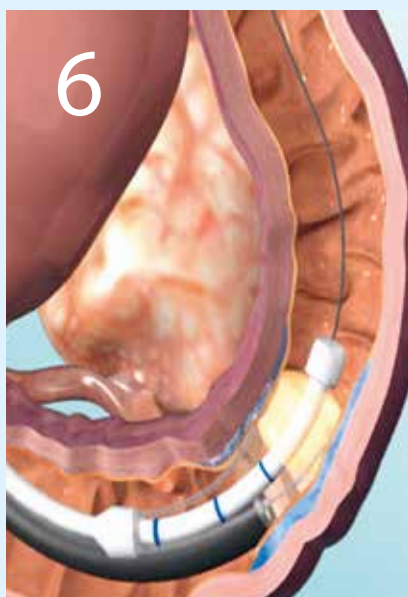
- 6 Behandeling van de darm bij diabetes type 2
- 10 Diversiteit in de praktijk
- 14 Trots zijn op ons vak
- 16 MIND, Richt je niet alléén op hoofdzaken
- 20 Zorg voor de mantelzorg
- 30 Klaar voor de gecombineerde leefstijl interventie

## Columns

- 13 Oscar Aberson, De auto en de weg
- 25 Thomas Verheij, Doe effe gezond!
- 33 Ellis van Atten, Uitval

## Rubrieken

- 5 Voorwoord
- 19 Boeken en sites
- 24 Spirometrie, voorbij de valkuilen
- 27 Boeiend en verbindend
- 34 Colofon
- 36 De POH is







# Aan de slag met diabetes

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

Op deze manier ondersteunen we zorgverleners én mensen met diabetes.

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



# Voorwoord

Per 1 januari 2019 zit de GLI ( gecombineerde leefstijl interventie) in het basispakket. Minder chronische aandoeningen, minder medicatie, meer kwaliteit van leven. Een positieve ontwikkeling waar iedere praktijkondersteuner de kans en ruimte krijgt haar/ zijn patiënten en cliënten in mee te nemen, alhoewel het niet voor al onze patiënten mogelijk is om er een gezondere leefwijze op na te houden. Het team in het Medisch Centrum Medicaya ervaart dit dagelijks en neemt ons mee naar hun praktijk: 'een advies voor een koolhydraatarm brood is goed bedoeld. Maar als je voor datzelfde geld drie broden voor je hele gezin kunt kopen doe je dat'. Fysiotherapeut Thomas maakt zich hier ook druk over: 'Waarom een btw-verhoging op levensmiddelen en sporten als je als overheid de burger tot een gezonde leefstijl wilt aanzetten?'



Aan de andere kant, jij in jouw rol en ook Oscar ziet als POH-ggz welk effect het kan hebben om gedurende het gesprek, de mens tegenover je bewust te maken van haar/ zijn levensstijl. Een andere manier van kijken kan helpen om de regie weer in eigen hand te nemen. De huisartsenzorg blijkt de plek waar steeds meer patiënten en cliënten hulp en ondersteuning vinden. Ook voor mensen met psychische klachten blijkt uit het artikel van MIND. Een compliment aan alle huisartsenpraktijken en gezondheidscentra en iedereen die hier in werkzaam is.

Het is belangrijk om ook op je werkplek de regie te hebben. Hoe lastig is dit als een enorm personeelstekort ervoor zorgt dat verbeteringen moeizaam kunnen worden ingezet. Huisartsenposten Amsterdam (HpA) ondervindt dit aan de levende lijve en hoopt met het inzetten van combineringsrollen de dynamiek, veiligheid en werkplezier in de praktijk weer terug te krijgen. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH) heeft specifiek onderzoek gedaan naar de arbeidsmarktontwikkeling in de huisartsenzorg. De NVvPO heeft hier als SSFH-partner aan meegewerkt en we schrokken. We horen dagelijks hoe lastig het is om nieuwe praktijkondersteuners (in de brede zin van het woord) en andere eerstelijnsprofessionals te vinden voor in de praktijk, de cijfers laten de zien hoe nijpend het tekort echt wordt.

Dit vraagt onze aandacht en inzet. Achter de schermen bereiden wij met onze collegaverenigingen diverse activiteiten voor om het werken in de eerstelijnszorg toegankelijker te maken. Instromers te motiveren om bij een huisartsenpraktijk of gezondheidscentra te komen werken. Daarnaast zijn de cao-gesprekken weer gestart, de NVvPO vertegenwoordigt aan deze tafel alle praktijkondersteuners, praktijkmanagers en alle andere hbo-opgeleide eerstelijnsprofessionals. We zetten in op 'Duurzaam inzetbaar', op juiste beloning en ontwikkeling voor een ieder binnen de eerstelijnszorg.

Het gaat ons om jou en je collega's. Jullie verdienen alle nodige tools om te ontwikkelen en gebalanceerd in beweging te blijven in de dagelijkse praktijk. Met NVvPO DOET! dragen wij hieraan bij en komen hiermee in 2019 naar de regio. De NVvPO organiseert daarom in 2019 dus geen Nationaal POH Congres meer. De 20 regionale bijeenkomsten vervangen op een vernieuwende wijze deze dag; bij jou in de buurt met thema's en onderwerpen die voor jou echt interessant zijn.

Voor nu, wens ik jou, jouw collega's, je patiënten en cliënten een mooie decembermaand toe. Ontmoet en deel met elkaar. We doen het tenslotte samen!

Petra Portengen  
Directeur / Voorzitter NVvPO

# Behandeling van de darm bij diabetes type 2

**De wand van het maag-darmkanaal speelt een belangrijke rol bij de regulatie van bloedsuikerspiegels. In het AMC worden studies gedaan naar behandelingen van diabetes type 2, waarbij de darm centraal staat. Bij het INSPIRE onderzoek wordt insuline vervangen door behandeling van de darmwand en een GLP-1 analoog. REVITA-2 is een onderzoek waarbij tabletgebruikers een behandeling krijgen van de darmwand met een controlegroep. Patiënten met diabetes type 2 in de eerstelijns werken mee aan dit onderzoek.**

Tekst | Paul Smeele en Marjon Barlag

De huidige behandelmogelijkheden voor patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2) kunnen niet voorkomen dat een groot aantal patiënten na verloop van tijd insuline moet gebruiken. Behandeling met insuline is echter geen garantie voor adequate glucoseregulatie. Daarbij maken het risico op hypoglycaemie, gewichtstoename en de noodzaak tot intensieve glucosemonitoring insuline tot een verre van ideale therapie. Bovendien pakt insuline niet het onderliggende ziektemechanisme aan dat ten grondslag ligt aan de te hoge bloedsuikerspiegels. Patiënten ervaren de start van insuline behandeling vaak als een bevestiging van de onomkeerbare aard van hun ziekte, hetgeen demotiveert om de leefstijl aan te pakken en een negatieve psychologische impact heeft.

belangrijke rol bij het regelen van de bloedsuikerspiegel. Dit doet de darmwand door hormonen te produceren in reactie op voedsel. We weten dat dit een sterk en zeer effectief mechanisme is om de bloedsuikerspiegels te reguleren. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de alvleesklier bij gezonde mensen méér insuline afgeeft wanneer glucose in de darm komt dan wanneer glucose direct in de bloedbaan wordt ingespoten. Dit is hét bewijs dat de darm in reactie op voedsel een krachtig signaal naar de alvleesklier stuurt om insuline te produceren om zo de bloedsuikerspiegel te verlagen. Er zijn echter aanwijzingen dat bij patiënten met diabetes type 2, als gevolg van een Westers dieet (hoog in vet en suiker), veranderingen optreden in de darmwand, waardoor deze signaalfunctie bij deze

zoals bij een gastric-bypass, de bloedsuikerregulatie kunt verbeteren. Deels komt dit door het gewichtsverlies dat na de operatie wordt gezien. En deels door veranderingen in de darmhormonen die betrokken zijn bij de bloedsuikerregulatie zoals hierboven beschreven; doordat voedsel niet meer in direct contact komt met de slijmvlieslaag van de twaalfvingerige darm, worden bepaalde signalen niet meer afgegeven. Dergelijke operaties zijn erg effectief om diabetes te behandelen, maar het zijn grote ingrepen met het risico op potentieel ernstige bijwerkingen. Daarom is metabole chirurgie (zoals deze operaties ook wel genoemd worden) geen uitkomst voor alle DM2 patiënten.

### **Nieuwe endoscopische darmbehandeling**

Duodenal Mucosal Resurfacing (DMR) is een nieuwe endoscopische procedure waarbij specifiek de slijmvlieslaag van de twaalfvingerige darm wordt behandeld (zie figuur 1), waarbij gestreefd wordt naar het herstellen van de glucose regulerende functie bij patiënten met DM2. Onder lichte narcose wordt tijdens de procedure een endoscoop via de mond ingebracht tot in de twaalfvingerige

## *'Darmbehandeling heeft effect op glucoseregulatie'*

### **De rol van de darm bij diabetes type 2**

De wand van het maag-darmkanaal is het grootste hormoonproducerende orgaan van ons lichaam en speelt een

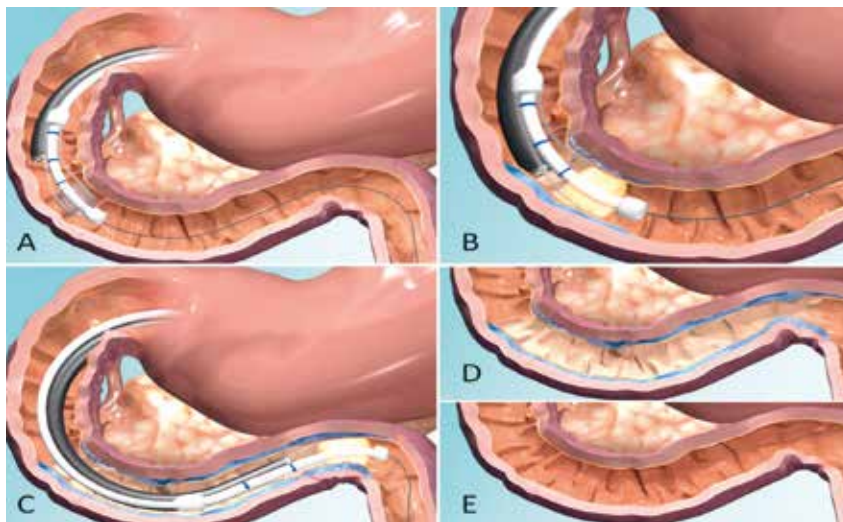
mensen verstoord raakt.

Eerder onderzoek heeft laten zien dat je door het wijzigen van de structuur (de anatomie) van het maag-darmkanaal,





darm. Langs de endoscoop wordt een katheter met aan het uiteinde een ballon opgevoerd tot in het de twaalfvingerige darm (A). Eerst wordt de te behandelen slijmvlieslaag gelift met fysiologisch zout om de onderliggende lagen van de darm te beschermen (B). Dan wordt de ballon gevuld met heet water waardoor de slijmvlieslaag over een lengte van minimaal 10 cm (in stapjes van 2 cm per keer) wordt verhit (C en D) (zogenaamde hydrothermale ablatie). De procedure wordt uitgevoerd onder lichte narcose met propofol op de endoscopiekamer van het ziekenhuis en duurt 50-60 minuten. Na de procedure rapporteren patiënten amper klachten. Soms hebben ze wat last van de keel (door introductie van de endoscoop en katheter) of een oncomfortabel gevoel in de buik maar de meeste patiënten hebben hiervoor geen pijnstilling of hooguit paracetamol nodig. Patiënten gaan dezelfde dag weer naar huis en volgen een dieet van 2 weken om de slijmvlieslaag na de behandeling rustig te laten herstellen (E).



(figuur 1) Endoscopische DMR procedure stapsgewijs

Het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam was de spil in het eerste Europese onderzoek dat is verricht naar deze DMR procedure: de REVITA-1 studie. De eerste resultaten laten een belangrijke daling van het HbA1c zien (zo'n 1% oftewel 11 mmol/mol) tot wel 12 maanden na de behandeling, waarbij ook de insuline gevoeligheid en de nuchtere

glucose waarden sterk verbeterden. Daarnaast vielen patiënten enkele kilo's af (3-4 kg) en daalden de leverenzymen na de DMR procedure, wat mogelijk duidt op een bijkomstig positief effect op leververvetting. Patiënten gaven aan zeer tevreden te zijn over deze nieuwe eenmalige behandeling.

## 'We pakken de oorzaak van de ziekte aan'

### INSPIRE: insuline vervangen door een nieuwe combinatiebehandeling

In navolging van deze eerste positieve resultaten is oktober 2017 een nieuwe pilotstudie gestart in het AMC: de INSPIRE studie. Doelstelling van deze studie is om bij DM2 patiënten het langwerkende insuline te vervangen door een nieuwe combinatiebehandeling bestaande uit de eenmalige DMR procedure, een GLP-1 analoog (Victoza<sup>®</sup>) en optimalisatie van de leefstijl. Na de DMR procedure volgt een follow-up van 12 maanden in het

- Géén gebruik van kortwerkend insuline
- HbA1c  $\leq$  64 mmol/mol (8.0%)

We weten dat insuline therapie effectief is in het verlagen van de bloedsuikerspiegels, maar aan het gebruik kleven een aantal nadelen, zoals eerder beschreven. Daarnaast zijn er

aanwijzingen dat insuline een negatief effect op de bloedvaten en de metabole gezondheid van mensen met diabetes type 2 heeft(1). Vervangen van insuline door deze nieuwe combinatiebehandeling is in de ogen van de onderzoekers daarom zinvol indien de bloedsuikerspiegel stabiel blijft. De combinatiebehandeling is er namelijk op gericht om de diverse mechanismen die ten grondslag liggen aan DM2 gelijktijdig aan te pakken (de DMR behandeling voor een betere signalering vanuit de darm, het wegnemen van insuline en starten van een GLP-1 analoog om eigen insuline productie te stimuleren en gewichtsverlies te bereiken, de leefstijlverbetering om de koolhydraatbelasting te verlagen en een duurzaam effect te behalen).

### REVITA-2: DMR behandeling naast tabletten

Naast de INSPIRE studie vindt momenteel een tweede onderzoek plaats in diverse ziekenhuizen in Europa: de REVITA-2 studie, waarbij de DMR behandeling wordt toegepast bij patiënten die alleen tabletten (metformine + evt. andere tabletten) gebruiken en nog geen insuline, en desondanks een te hoge bloedsuikerspiegel hebben.

De inclusiecriteria voor dit onderzoek zijn:

- DM2 patiënten 28 - 75 jaar en BMI 24 – 40 kg/m<sup>2</sup>
- Gebruik van metformine (+ andere tabletten voor DM2)
- Géén gebruik van insuline of GLP-1 analoog
- HbA1c  $\leq$  59 - 86 mmol/mol (7,5 – 10,0%)

In dit onderzoek worden de patiënten in twee groepen verdeeld. De ene groep



## Van praktijkondersteuner naar onderzoeksmedewerker

**In het AMC maken patiënten die meedoen aan één van beide onderzoeken kennis met Marjan Barlag, onderzoeksmedewerker. Barlag was tot voor kort praktijkondersteuner in een huisartsenpraktijk en deed daar ook spreekuur voor patiënten met diabetes type 2.**



Barlag heeft al een lange carrière. Medisch secretaresse, doktersassistente, audiologie-assistent, praktijkmanager en praktijkondersteuner. Toen ze de vacature voor onderzoeksverpleegkundige las, ging ze de uitdaging aan. Ze belde, vroeg of ze wel een geschikte kandidaat zou zijn en nu heeft ze een vaste aanstelling als onderzoeksmedewerker. Om dit werk

goed te kunnen (en te mogen) doen, heeft ze een online cursus gevolgd (Good Clinical Practice).

### **Wat doet de onderzoeksmedewerker?**

Ook als onderzoeksmedewerker heeft Barlag veel contact met patiënten en met collega's in de eerstelijns. Zij is verantwoordelijk voor de werving van patiënten. Dat gebeurt ondermeer via

patiëntenverenigingen en contacten met de eerstelijns. De patiënten voor dit onderzoek zijn en blijven onder behandeling in de eerstelijns, daarom bouwt zij contacten op met huisartsen en praktijkondersteuners. 'Volgende week komt er zelfs een praktijkondersteuner mee met een patiënt,' vertelt Barlag. Ze overlegt ook wel eens met een huisarts of praktijkondersteuner als dat nodig is. Alle patiënten die meedoen, komen voor de intake en begeleiding bij haar. Zij legt ze uit welke onderzoeken gaan gebeuren en wat de behandeling inhoudt. Patiënten zien haar ook weer op de behandelkamer, waar ze de DMR procedure ondergaan. Barlag vangt daar de bipten op.

### **Hier pakken we het probleem aan**

Barlag: 'Voor mijn gevoel deed ik in de huisartsenpraktijk aan symptoombestrijding, hier pakken we de oorzaak van de ziekte aan.' Volgens haar is dat ook de reden dat patiënten erg gemotiveerd zijn: 'Patiënten komen uit het hele land en we vragen best veel van ze: een aantal keren terug komen, leefstijlaanpassingen en de behandeling zelf.'

Barlag ziet veel goede resultaten, dat motiveert haar zelf ook. Een carrière-switch waar ze geen spijt van heeft.

ondergaat de DMR behandeling, de andere groep krijgt een 'nep'-DMR behandeling (een zogenaamde placebobehandeling). Zowel patiënten als onderzoekers weten niet in welke groep de patiënt zit (dubbelblind onderzoek). Het AMC neemt vanaf oktober 2018 deel aan dit onderzoek. Dit onderzoek is belangrijk om goed vast te kunnen stellen hoe groot het effect van deze eenmalige darmbehandeling nu is. Wanneer patiënten de 'nep'-behandeling ondergaan hebben ze na 24 weken de

mogelijkheid om alsnog de DMR procedure te ondergaan.

Doelstelling van de onderzoekers uit het AMC is om de rol van de darm bij DM2 en het effect van deze nieuwe darmbehandeling op de bloedsuikerregulatie verder in kaart te brengen. Inzichten in het onderliggende mechanisme (bijvoorbeeld de rol van de darm) zijn hard nodig om de behandeling voor de steeds groter wordende groep

DM2 patiënten structureel te kunnen verbeteren. Door de media-aandacht zijn er voor zowel de INSPIRE studie als de REVITA-2 studie inmiddels voldoende aanmeldingen, zodat het onderzoek doorgang kan vinden. ■

*Het artikel met referenties is voor leden van de NVvPO terug te vinden op [www.nvvpo.nl/downloads](http://www.nvvpo.nl/downloads)*

# Diversiteit in de praktijk

**In Den Haag zijn er 180 nationaliteiten, verschillende achterstandswijken en veel zorgverleners. Hoe kun je omgaan met die diversiteit? Zeker in wijken waar armoede, werkloosheid, cultuurverschillen en taalachterstanden spelen. Medisch Centrum Medicaya is een gezondheidscentrum in Den Haag, opgericht met professionals die bekend zijn met de verscheidene culturen van de bewoners van de wijk. De huisartsenpraktijk Baskaya heeft twee vestigingen, Schilderswijk en Morgenstond.**

Tekst | Ellis van Atten

Huisarts Yusuf Baskaya is sinds 2001 gevestigd als huisarts in Den Haag en is initiatiefnemer en eigenaar van Medicaya. Volgens Baskaya weten allochtone patiënten vaak niet de weg te vinden in de zorg, daar wilde hij verandering in brengen. Hij startte Medicaya in 2013 met één vestiging in de Schilderswijk (op de grens met Transvaalwijk) en richtte zich daarbij voornamelijk op allochtone patiënten in de wijk. Bij aanvang met drie huisartsen, een psycholoog, een diëtiste, fysiotherapeut, verloskundigen, kraam- en thuiszorg. Inmiddels is er nog een vestiging in de wijk Morgenstond met allerlei disciplines.

collega-huisartsen van verschillende afkomsten; Turks, Marokkaans, Nederlands en Pools. Een soortgelijke mix bestaat onder het zorgondersteunende personeel. De zorg voor patiënten met DM2 en COPD en het CVRM spreekuur wordt gedaan door een team van vier praktijkondersteuners, waarvan drie aanwezig. Sumeyye Celik kwam op 17-jarige leeftijd vanuit Turkije naar Nederland en doet op beide locaties alle POH-sprekuren. Nasreen Riaz is geboren in de Schilderswijk en heeft pakistaanse ouders. Haar specialisatie is het diabetessprekuur, dat ze in de Schilderswijk doet. Kübra Bayrakdar heeft

Marokkanen en Bulgaren, dan een groep met andere afkomsten – waaronder ook Nederlanders. Opvallend is een grote groep Poolse patiënten, die na de komst van een Pools-sprekende huisarts groeit. Celik geeft aan dat de samenstelling in de praktijk in Morgenstond niet veel afwijkt. Wel zijn er in Morgenstond minder Polen en meer oudere Nederlanders door een ouderencomplex in de buurt. In beide praktijken zijn veel jonge gezinnen. In beide wijken is er armoede, veel mensen leven van een uitkering. Bayrakdar: 'Mensen kunnen wel naar de huisarts, maar zien vaak af van verdere zorg. Hier gaat het laboratoriumonderzoek af van het eigen risico. Als je dat niet kunt missen, ga je niet. En ook niet naar de podotherapeut.' Riaz geeft aan dat de armoede ook invloed heeft op de keuze voor voeding, dus ook op je adviezen: 'Een advies voor koolhydraatarm brood is goed bedoeld. Maar als je voor datzelfde geld drie broden voor je hele gezin kunt kopen, doe je dat.'

'We moeten rekening houden met de armoede. We bieden aan om de controles te doen met een vingerprik in de praktijk. Dan maar zonder laboratoriumonderzoek. Dat moet mogelijk zijn,' vult Celik aan.

### **Mensen met een hulpvraag**

Na doorverwijzing naar een specialist komen patiënten soms snel terug, vertelt

## *'Direct aanspreken werkt vaak beter dan een schriftelijke oproep.'*

'De zorg staat centraal. Wij zijn zorgverleners en hebben niet als taak mensen er op te wijzen dat ze Nederlands moeten leren,' zegt hij bij de opening in 2013.


### **De praktijk**

De huisartsenpraktijk heeft inmiddels in totaal 13.000 patiënten; zo'n 10.300 in de Schilderswijk en 2700 in de wijk Morgenstond. De patiënten worden geholpen door huisarts Baskaya en negen

Turkse ouders en volgt de opleiding tot praktijkondersteuner.

### **Koolhydraatarm is te duur**

Het overgrote deel van de patiënten is van allochtone afkomst. Zonder precieze getallen te noemen, kunnen de praktijkondersteuners een overzicht geven. Riaz vertelt dat de praktijk in de Schilderswijk de meeste patiënten van Turkse afkomst zijn, gevolgd door

A woman wearing a black hijab and a black abaya with silver decorative stripes on the sleeves and hem. She is standing with her right hand on her hip, looking directly at the camera with a slight smile. The background is a wall made of horizontal wooden planks.

*'De nadruk ligt niet op de cijfers,  
maar op de mensen.'*



Celik. 'Er gaat niets bereikt worden, Taalprobleem,' staat er dan in de brief. Eén van haar patiëntes gaat niet meer naar de podotherapeut, de behandeling werd afgesloten omdat de adviezen niet begrepen werden. Riaz merkte zelf dat haar vader, die geen Nederlands spreekt, anders, meer open, benaderd werd toen zij in het Nederlands een vraag stelde. De taalbarrière zou niet belangrijker of groter moeten zijn dan de hulpvraag, zegt ze.



Het is niet zo dat door de afkomst van de praktijkondersteuners de taalbarrière niet speelt. Riaz spreekt geen Turks, zoals de meeste van haar patiënten. Baraykdar spreekt wel Turks, maar had in eerste instantie wel moeite met de medische termen. Er wordt veel uitleg gegeven aan de hand van beeldmateriaal en tekeningen. Als het nodig is voor de taal, vragen we elkaar of andere collega's om hulp. De taalachterstand levert ook mooie woorden op. Kilocontrole, bijvoorbeeld. Voor familieleden van patiënten die geen Nederlands spreken, kan het een geruststelling zijn te weten dat de dokter of de praktijkondersteuner dezelfde taal spreekt. Familie hoeft dan niet mee, en wordt zo ontlast. Dat er overeenkomsten zijn tussen de culturen en/of geloofsovertuigingen van de patiënten en de praktijkondersteuners heeft voordelen. Riaz: 'Ik snap dat veel patiënten hier voetschimmels hebben.

Ze wassen een paar keer per dag voor het bidden hun voeten en drogen ze niet goed af.' 'Welke taal iemand ook spreekt of waar iemand ook vandaan komt, het is belangrijk te luisteren naar het verhaal van een patiënt. Dan kun je er achter komen wat er speelt en wat de hulpvraag is,' zegt Celik. Dat kost meer tijd, daarom wordt er voor ieder consult een half uur ingepland. Celik vertelt dat het ook belangrijk

is nieuwkomers uit te leggen hoe de gezondheidszorg hier werkt: 'Neem daar de tijd voor. Therapie-ontrouw heeft vaak te maken met het niet vertrouwen van systeem. In veel landen ga je met diabetes naar een specialist bijvoorbeeld.'

#### **Wat kan anders?**

De nadruk ligt in deze praktijk niet op de cijfers, maar op de mensen. Riaz vertelt dat ze tevreden is als de patiënt zich gehoord voelt. Natuurlijk wordt er gebruik gemaakt van een oproepsysteem, maar het direct aanspreken en uitnodigen als patiënten voor een recept komen of een verkoudheid werkt vaak beter. Daar spelen praktijk- en ook apotheekassistentes een belangrijke rol in. Celik: 'Flexibel omgaan met niet op tijd komen en tijd nemen als iemand tussendoor een vraag wil stellen helpt ook. Uiteindelijk heeft onze aanpak een positief effect op de cijfers. Twee jaar geleden waren slechts 200 van de 450

diabeten onder controle, nu zijn dat er 433 van de 470 diabeten.' Bayrakdar, die nu de opleiding POH volgt, vertelt dat er in de opleiding nuttige informatie wordt gegeven over religies. Tijdens de opleiding en nascholing ligt de nadruk vaak op de cijfers. Zij zou meer scholing willen krijgen over hoe je met gesprekstechnieken meer inzicht kunt krijgen in wat de patiënt denkt en voelt. 'Dat is belangrijker dan weten hoeveel etnische groepen er in Nederland zijn.'

#### **Tips**

Voor de collega's in de huisartsenpraktijk hebben Celik, Riaz en Bayrakdar de volgende tips:

- Richt je spreekuur zo in dat je voldoende tijd hebt voor je patiënten
- Geef zo nodig uitleg over de gezondheidszorg in Nederland
- Wees nieuwsgierig en heb respect voor de overtuigingen van je patiënten
- Flexibel omgaan met te laat komen en onverwachte bezoeken
- Niet alleen schriftelijk oproepen, ook direct aanspreken
- Maak gebruik van beeldmateriaal of teken zelf
- Maak gebruik van elkaars mogelijkheden; bijvoorbeeld door te tolken

#### **Zelf aan de slag**

Over zorg aan migranten, anderstaligen en laaggeletterdheid is op internet veel informatie te vinden. Bij de Landelijke Vereniging Huisartsen (LHV) is de Toolkit Laaggeletterdheid te bestellen. Op de website [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl) en [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl) vind je veel informatie. Verder kun je tijdens het spreekuur gebruik maken van beeldmateriaal van [www.begrijpelijkhaam.nl](http://www.begrijpelijkhaam.nl). Verder kun je bij het NHG het boek 'Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren' bestellen. Dit is een uitgave van Pharos en het NHG. Hierin veel achtergrondinformatie en praktijkvoorbeelden. Verder praktische handvatten voor de praktijkorganisatie en in de spreekkamer. ■

Oscar Aberson

## Column



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

# De auto en de weg

Metaforen zijn een belangrijk hulpmiddel in de gesprekken die je als POH-ggz hebt. Metaforen zijn een vorm van beeldspraak. Het is niet altijd eenvoudig een goede metafoer er te bedenken. Het kan wel helpen om problemen bondig samen te vatten.

Deze keer sprak ik Herman, ambitieus en gedreven. Hij werkte als manager bij een bouwbedrijf en had het gevoel dat hij al langere tijd iets niet goed deed. Hij voelde zich uitgeput en ongemotiveerd, dat kende hij niet van zichzelf. Het was niet alleen het werk, ook met zijn nieuwe vriendin liep het niet zo. Hij had het gevoel dat alles en iedereen zijn energie weg zoog. Hij vertelde dat hij al van alles had geprobeerd: hij was meer gaan sporten, had een dieet gevolgd om zijn energiehuishouding beter op pijl te krijgen. Op aanraden van zijn vriendin was hij gaan zelfs gaan mediteren. Het gaf allemaal alleen maar meer druk en hij vroeg zich af of hij depressief was. Na een korte vragenlijst bleek hij niet te voldoen aan de criteria van een depressie. Een hele opluchting. Herman was dit jaar 28 geworden en voelde dat de tijd drong; zijn vrienden hadden al gezinnen en hadden carrières opgebouwd. Voor zijn werk maakte hij veel

kilometers. Ik zag hem in mijn verbeelding in zijn auto zitten op weg naar een nieuwe klus. Blik op de klok en onafgebroken telefonierend over de volgende opdracht. Hij beaamde het beeld. Het leven is de weg en de oneindige doelen liggen daar op die horizon! Je kunt dat ook omdraaien bedacht ik me: 'Jouw doel is de auto onderhouden, zorgen dat ie rijdt. De horizon, daar kom je dan vanzelf.' Hij snapte de metafoer direct; hij moest zelf het stuur in handen nemen. Niet de adviezen van een ander overnemen en niet zijn leven laten leiden door anderen.

iemand anders al had bedacht, maar komen in een ander perspectief te staan. Bij de volgende afspraak had Herman al stappen gezet. Hij had bij zijn baas aangegeven tijd te nemen om na te denken over zijn volgende stap binnen het bedrijf. Ook relationeel had hij besloten om wat afstand te nemen en na te denken over wat hij eigenlijk wilde. Een eerste stap om de focus naar zichzelf te keren. ■

*Reageren op deze column?*

*Mail naar [redactie@nvvpo.nl](mailto:redactie@nvvpo.nl)*

## 'De horizon, daar kom je vanzelf'

Een leuke conclusie, maar hoe doe je dit dan? Na een gesprek over coaching en therapie concludeerden we dat het niet te ingewikkeld hoefde. Een paar gesprekken zouden hem wellicht een ander perspectief bieden en een eerste stap kunnen zijn om op een andere manier naar zijn leven te kijken. Coaching kon hij misschien via zijn werk regelen.

Een metafoer bracht Herman op een andere gedachten. De oplossingen zijn soms niet eens zo verschillend van wat

# Trots zijn op ons vak

**De huisartsenzorg heeft nu al te kampen met een tekort aan zorgondersteunend personeel, wat in de toekomst nog meer zal worden. De Stichting Sociaal Fonds Huisartsen (SSFH) heeft in november cijfers van een onderzoek naar de arbeidsmarkt, betreffende de huisartsenzorg in acht regio's, bekend gemaakt.**

**'Het tekort op de arbeidsmarkt is nijpend, zo ook in de huisartsenzorg. Wij, de SSFH en partners moeten ons afvragen hoe wij ons gaan verweren tegen deze ontwikkeling,' stelt voorzitter Paulus Lips. Gerben Welling, bestuurder van de Huisartsenposten Amsterdam wordt nu al geconfronteerd met het tekort aan personeel en deelt deze zorg.**

Tekst | Ellis van Atten

De SSFH ondersteunt huisartsen en huisartsenorganisaties onder andere bij het ontwikkelen van regionaal arbeidsmarktbeleid. Inzicht in aanbod van en vraag naar de capaciteit van ondersteunend personeel en het aantal stageplaatsen is hiervoor noodzakelijk. Samenwerking met Regionale Ondersteuning Structuur Robuust en de regionale arbeidsmarktorganisatie Transvorm heeft geleid tot een breder onderzoek in acht van de 28 arbeidsmarktregio's.

en ook aan (financiële) administratie, voorraadbeheer of personeelsbeleid. Soms heeft een praktijk een praktijkmanager of een verpleegkundige in dienst. De patiëntenpopulatie speelt een belangrijke rol, de behoefte aan zorg kan hierdoor per wijk verschillen.

Lips: 'In wijk waar meer psychosociale problematiek speelt, zal een huisarts kiezen voor meer inzet van een POH-ggz. In een wijk met veel vergrijzing voor een POH-ouderen.'

## *'De werkdruk is hoog in de huisartsenzorg'*

### **Teamsamenstelling**

Uit het onderzoek blijkt dat in elke huisartsenpraktijk de functiemix vrijwel gelijk is. De belangrijkste zorgondersteunende functies zijn die van doktersassistent, POH en POH-ggz. De samenstelling en de grootte van het team wordt mede bepaald door de organisatiestructuur oftewel welke taken worden overgedragen aan het zorgondersteunend personeel. Je kunt dan denken aan de zorg voor mensen met diabetes, astma, hart- en vaatziekten of mensen met psychische problemen,

### **Opleidingsplaatsen nodig**

De verwachtingen van huisartsen komen niet altijd overeen met de prognoses die uit het onderzoek blijken. Een voorbeeld is dat de huisartsenpraktijken in Midden-Brabant vooral een tekort aan huisartsen en doktersassistenten verwachten, terwijl uit de prognoses blijkt dat er in de toekomst ook een tekort aan POH'ers en POH'ers ggz zal ontstaan. Er zullen meer stage- en opleidingsplaatsen moeten komen om dit tekort aan doktersassistenten en POH'ers aan te kunnen vullen.

### **Het tekort in de praktijk**

De Huisartsenposten Amsterdam (HpA) werd afgelopen zomer onder toezicht gesteld van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd. Volgens bestuurder Gerben Welling is dat terecht en een verbetertraject is in gang gezet. Een traject dat bemoeilijkt wordt door het gebrek aan goed geschoold personeel. Welling zoekt naar personeel én naar oplossingen: 'Werkgevers hebben een belangrijke rol in het creëren van een prettig werkklimaat en het aanbieden van stage- en opleidingsplaatsen.' In het combineren van verschillende functies ziet hij toekomst; waarom niet een functie als doktersassistent in de dagpraktijk combineren met een functie als triagist? Ook voor POH'ers ziet hij mogelijkheden op de huisartsenposten. Om dit te bereiken moeten organisaties samenwerken en misschien wel kijken naar de inrichting van onze zorg. 'Minder marktwerking leidt tot meer samenwerking,' is zijn overtuiging. Campagnes helpen een beetje, maar trots uitstralen door zorgondersteunend medewerkers is belangrijker. 'Het is retemooi werk!' besluit hij met respect.





Personeel Groot Amsterdam 2018

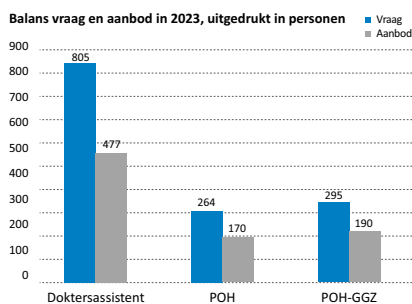
Lips: 'De werkdruk ligt hoog in de huisartsenpraktijk door de grotere zorgvraag en de complexiteit van zorg. Bovendien is er in veel praktijken fysiek geen ruimte om mensen op te leiden.' Met inzicht in de komende tekorten en meer vraag naar huisartsenzorg, zal meer bereidheid ontstaan om opleidingplaatsen te bieden aan zowel doktersassistenten als POH'ers. De SSFH is van mening dat voor regionaal opleidingsbeleid niet alleen samenwerking in de huisartsenzorg nodig is, maar ook met de opleidingen.

## 'Het is retemooi werk'

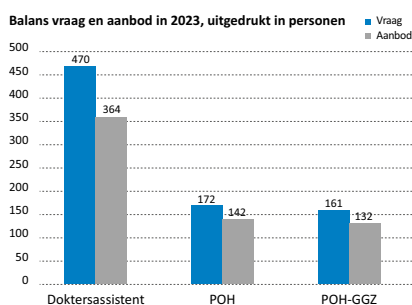
### Vraag en aanbod

Uit het onderzoek blijkt dat vraag en aanbod van zorgondersteunend personeel in 2023 nog meer uit elkaar zal liggen dan nu al het geval is. De factsheets, die de resultaten uit dit onderzoek presenteren, geven aanleiding voor werkgevers en opleidingen om met elkaar in gesprek

te gaan. Hiermee kunnen zij initiatieven ontwikkelen om de aansluiting op de toekomstige vraag en aanbod van de ondersteunende beroepen te verbeteren en de kwaliteit daarvan.



Groot Amsterdam



Midden Brabant

### Werken in de huisartsenzorg is leuk

Lips geeft aan dat het gaan werken in de huisartsenzorg een aantrekkelijke stap in een loopbaan moet worden. Het is belangrijk om continu en op verschillende manieren over te brengen hoe leuk werken in de huisartsenzorg is én hoe groot de behoefte aan zorgondersteunende medewerkers is. Met een tekort op de gehele arbeidsmarkt is dit een ingewikkeld en complex probleem, stelt Lips. 'We moeten onderzoeken hoe we efficiënter in de huisartsenzorg kunnen werken, flink werven voor de opleidingen en zij-instromen vanuit verschillende beroepsgroepen meer mogelijk maken.'

### Uitkomsten

In de factsheets zijn de resultaten overzichtelijk in beeld gebracht. Je kunt ze bekijken op de site van de SSFH: <https://www.ssfh.nl/werken-in-arbeidsmarkt-in-cijfers/>

MIND, een samenwerking

# Richt je niet alléén op hoofdzaken



**MIND is een beweging, een netwerk van cliënten- en familieorganisaties, ervaringsdeskundigen, onderzoekers, belangenbehartigers, fondsenwervers, donateurs en ambassadeurs. Samen willen wij de psychische gezondheid in Nederland verbeteren en mensen ondersteunen die (zelf of bij hun naasten) te maken krijgen met psychische problemen. MIND is een initiatief van Fonds Psychische Gezondheid, Korrelatie en Landelijk Platform Psychische Gezondheid.**

Tekst | Nynke Geertsma, communicatieadviseur bij MIND, geïnterviewden: Marjan ter Avest, directeur van MIND en Lotte Frans-Kits, beleidsmedewerker bij MIND

Bij MIND zijn 18 lidorganisaties aangesloten; dit zijn cliënten- en familieorganisaties die mensen met een specifieke aandoening lotgenotencontact, informatie en advies bieden. Voorbeelden hiervan zijn de ADF-stichting (Angst, Dwang en Fobie), de Depressie Vereniging, de VMDB (Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen) en de Stichting Zelfbeschadiging, maar ook de Stichting Vuurvrouw (voor vrouwen in de overgang) en de VVED (Vereniging van Ervaringsdeskundigen). Daarnaast zijn er zo'n 40 regionale organisaties betrokken bij MIND en 50 cliënten- en familieraden van ggz-instellingen.

van kennis, informatie en ervaringen via onze netwerken, panels, websites, social media en publieksdagen. Hierin is ook een belangrijke rol weggelegd voor ervaringsdeskundigen. Door het jaar heen vragen we op meerdere momenten nadrukkelijk aandacht voor openheid rondom psychische problemen door evenementen als Last Man Standing, het Open MIND Diner en onze jaarlijkse publieksdag. Speciaal voor naasten organiseren we samen met een aantal lidorganisaties ook ieder jaar een MIND Familie- en Naastendag, waar ruim 250 bezoekers op afkomen.

ze echt geholpen worden. En ook daar gaat het nog vaak mis helaas. We richten ons niet alleen op hoofdzaken, je moet ook verder durven kijken. Dingen staan bijna nooit op zichzelf, dat geldt ook voor psychische aandoeningen. Het is de kunst om verbanden te leggen, zaken aan elkaar te haken zodat ze elkaar kunnen versterken. Onze MIND Young Academy is daar een mooi voorbeeld van: jongeren, zgn. 'peer educators', maken via een speciaal onderwijsprogramma psychische problemen bespreekbaar op school!

## **E-health**

Het internet is tegenwoordig de plek waar mensen hun zoektocht naar informatie beginnen. Op het gebied van e-health is er een snel groeiend aantal apps, sites en e-learnings te vinden. Maar hoe zie je door de bomen het bos nog? Een overload aan informatie kan mensen ook op het verkeerde been zetten; hoe weet je welke informatie betrouwbaar is? Ook daar probeert MIND een steentje bij te dragen door informatie te filteren en te clusteren, waar mogelijk. Bijvoorbeeld via de digitale routewijzer, die op de site te vinden is. Mensen met psychische klachten kunnen zich daar oriënteren op handige apps en tools in verschillende stadia; net nadat

## *'Samen de mogelijkheden verkennen'*

### **Het belang van de juiste informatie**

Psychische gezondheid is een groot goed, maar zeker niet vanzelfsprekend. Iedereen kan, zelf of in zijn omgeving, te maken krijgen met psychische problemen. En wat doe je dan? Wat staat je te wachten en hoe hou je jezelf zo goed mogelijk staande?

Marjan ter Avest, directeur van MIND: 'Het kunnen vinden en ontvangen van de juiste informatie is heel belangrijk. Vanuit MIND doen we veel aan het delen

Daarnaast initiëren en ondersteunen we verschillende projecten waarbij het informeren over bijvoorbeeld wachttijden, behandelaars en cliënten-, familie- en lotgenotenorganisaties centraal staat. Het werkt geruststellend, als mensen weten wanneer en bij wie ze terecht kunnen voor passende zorg en ondersteuning. Dat ze niet van het kastje naar de muur worden gestuurd terwijl ondertussen hun problemen verergeren, maar dat



*'Je moet ook verder durven kijken'*





zij een diagnose hebben gekregen, of als de behandeling is afgelopen en ze willen werken aan het voorkomen van terugval.

### **Een krachtige, positieve stem**

‘Een van onze belangrijkste doelstellingen is de positie van mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun omgeving te verbeteren. MIND behartigt de belangen van mensen die een psychische aandoening hebben én van hun familie en naasten. We willen een samenleving waarin iedereen kan en mag meedoen, waarin mensen de hulp krijgen die ze nodig hebben en waarin psychische problemen bespreekbaar zijn. Vanuit verschillende invalshoeken maken we het verschil voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Er is behoefte aan een krachtige, positieve stem en beweging op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Wij brengen al die stemmen samen en laten ze zo luid en duidelijk mogelijk doorklinken richting de politiek, de beleidsmakers en de media. Maar ook naar verzekeraars en zorgaanbieders. We bundelen de signalen die we binnenkrijgen, knelpunten, wensen en behoeften en proberen deze in beleid en wet en regelgeving te verankeren. Daarbij blijven we hameren op zaken als ‘samen beslissen’ en ‘inspraak’, ook voor naasten van de patiënt. Die kennen hem of haar immers vaak het beste. Daarnaast hebben we een groot netwerk in het land van betrokken mensen die samen met ons willen werken aan het verbeteren van de psychische gezondheid in Nederland. Zo zijn er bijvoorbeeld al tientallen succesvolle zelfregie-initiatieven die op regionaal niveau mensen met psychische klachten weer perspectief, structuur, een sociaal netwerk en een betekenisvolle daginvulling bieden. Dit aantal groeit nog steeds, dit soort initiatieven voorziet duidelijk in een behoefte,’ aldus Ter Avest.

### **Wat biedt MIND de (huisartsen)praktijk?**

MIND zit regelmatig aan tafel bij de branche- en beroepspartijen over hun (ggz-)beleid, onderzoek en innovatie. We letten er dan op of de ervaringen

van cliënten en hun naasten goed zijn meegenomen en verwoord. Het gaat niet alleen om knelpunten, maar ook om dingen die juist gewaardeerd worden door cliënten en hun naasten. In de nieuwe zorgstandaarden heeft MIND gezorgd voor een goed vertegenwoordigd cliënt- en familieperspectief.

## *‘Met lichamelijke klachten ga je sneller naar de dokter, dan met psychische klachten’*

Ter Avest: ‘We vinden het belangrijk dat professionals met cliënten aan gezamenlijke besluitvorming doen. We helpen professionals, c.q. hulpverleners hierbij door hen voor te lichten over wat belangrijk is of om met bepaalde tools te werken. MIND wil niet op de stoel van de zorgverlener gaan zitten, maar soms kan een online test mensen al aardig wat informatie geven over de aard van bepaalde klachten. Zo biedt MIND bijvoorbeeld een Depressietest, die kan helpen bij het inschatten van de ernst van depressieve klachten. Ten aanzien van depressie hebben we ook een preventieproject speciaal gericht op de huisartsenpraktijk, waarbij bestaande initiatieven worden verrijkt vanuit welzijn.’ Met de website [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl), die MIND in het najaar van 2018 presenteert en een themapagina ‘Naar de huisarts’ wordt de samenwerking tussen de zorgverlener en de patiënt die psychische klachten ervaart gestimuleerd en gefaciliteerd. Uit signalen van patiënten blijkt dat het zeer op prijs wordt gesteld als een huisarts samen met hen en eventueel een familielid of naaste de mogelijkheden voor behandelingen, hulp en ondersteuning verkent. Onze tools, hulplijnen - bijvoorbeeld de anonieme telefoonlijn van MIND Korrelatie - en supportgroepen zijn daarbij ondersteunend en dienen zowel de huisarts als de patiënt.

### **Tips voor POH'ers bij vermoeden van psychische klachten**

Lotte Kits, beleidsmedewerker bij MIND: ‘Het is goed om je ervan bewust te zijn dat mensen vaak gemakkelijker met lichamelijke klachten naar de huisarts of POH gaan dan met psychische klachten. Hierop rust helaas nog steeds een stigma.

Met name jongeren en mensen met niet-westerse achtergrond ervaren dit sterker. Soms geven zij op een indirecte manier aan dat het eigenlijk niet zo goed met ze gaat. Als je vermoedt dat er sprake is van een psychische klachten, dan is het belangrijk om goed door te vragen. Daarnaast kan het handig zijn om in overleg te gaan met de POH-ggz als die aanwezig is in de praktijk. Mocht die er niet zijn en er is bovendien sprake van lange wachttijden voordat iemand in de ggz terecht kan, bespreek dan samen met de cliënt hoe deze de tijd kan overbruggen. Misschien zijn er mogelijkheden om hem of haar nog enkele keren te zien om te kijken hoe het gaat, of door te verwijzen naar een cliëntenorganisatie via de MIND Atlas of te verwijzen naar zelfmanagement- en/of e-healthtools.’ ■

Meer informatie over de activiteiten van MIND, inspirerende ervaringsverhalen en nuttige informatie vind je op de websites: [www.wijzijnmind.nl](http://www.wijzijnmind.nl), [www.mindplatform.nl](http://www.mindplatform.nl) en [www.mindkorrelatie.nl](http://www.mindkorrelatie.nl) en op [www.mindjaaroverzicht.nl](http://www.mindjaaroverzicht.nl).

MIND, Stationsplein 125, 3818 LE Amersfoort | telefoon: (033) 303 2333 | e-mail: [info@wijzijnmind.nl](mailto:info@wijzijnmind.nl)

Voor leden van de NVVPO is het artikel met links te vinden op [www.nvvpo.nl/downloads](http://www.nvvpo.nl/downloads)

# Boeken en sites

## Het pornobrein

Steeds meer mensen komen op het spreekuur met de wens hun leefstijl met betrekking tot gebruik van internet aan te pakken. Een relatief nieuw probleem is de verslaving aan social media en internetporno. In dit boek legt de Amerikaanse auteur Gary Wilson uit hoe de fysiologie en neurochemie van de verslaving werkt. Dit mechanisme gaat op voor alle verslavingen en daarmee is dit boek al direct een waardevolle toevoeging op de boekenplank.

### De POH'er vindt:

In dit boek komen de verstrekende persoonlijke gevolgen voor de verslaafde en zijn of haar omgeving aan bod en wat de verslaafde kan doen om er vanaf te komen. De inhoud van het boek is



gedeeltelijk gekleurd door de visie van de schrijver en daagt daardoor uit om zelf na te denken over wat je zelf van

pornoverslaving vindt. Het informatieve gedeelte over fysiologie en neurochemie is helder geschreven. Later in het boek worden veel voorbeelden gegeven. Soms is dit wel wat veel, waardoor het boek minder gemakkelijk leest. In het boek zijn praktische tips te vinden voor patiënten die hun verslaving willen aanpakken. Je kunt het boek laten lezen door een verslaafde en/of mensen in zijn/haar omgeving. (Saskia Sielias)

### Productinformatie

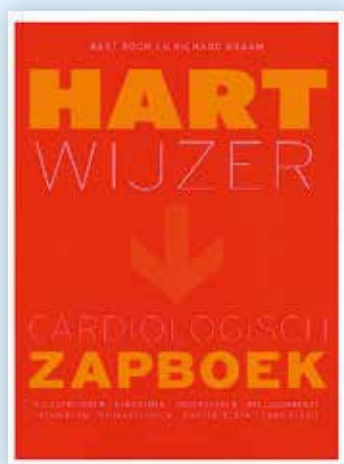
Titel: Het pornobrein | Auteur: Gary Wilson  
Uitgever: Boom Uitgevers Amsterdam  
ISBN 9789024409396

## Hartwijzer, Cardiologisch Zapboek

Dit boek is geschreven en samengesteld door een cardioloog en een redacteur van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Het is speciaal geschreven voor mensen die weinig tot niets van hartziekten weten. Het boek bestaat uit verschillende (sub)hoofdstukken, waardoor je direct kunt bladeren naar jouw interessegebied. Bijvoorbeeld: cholesterol, erfelijkheid of verslaving. Er is ook een internetversie: [www.hartwijzer.nl](http://www.hartwijzer.nl), dat op vergelijkbare wijze gebruikt kan worden.

### De POH'er vindt:

Het boek is een helder naslagwerk in 'Jip en Janneke taal', dat niet alleen lekker wegleest, maar ook handvatten geeft om duidelijke informatie te geven



tijdens het CVRM spreekuur. Het geeft inzicht in symptomen, behandelingen en ziektebeelden, maar heeft ook aandacht voor preventie. Bijvoorbeeld over het voorkomen van aderverkalking. Je kunt

patiënten zo een kopie meegeven als informatiefolder. Het boek is een bruikbare aanwinst in de boekenkast! (Elke Leroy)

### Productinformatie

Titel: Hartwijzer. Cardiologisch Zapboek  
Auteurs: B.Boon en R.Braam  
Uitgever: Thoeris Uitgeverij Amsterdam  
ISBN 9789072219602

# Zorg voor de mantelzorg

**In Nederland zorgen zo'n 4,4 miljoen mensen voor een naaste. Niet zo gek dat bij huisartsenpraktijken één op de vijf van de patiënten ook mantelzorg is, en er zijn veel patiënten die één of meer mantelzorgers hebben. Deze zorg voor een ander is van grote waarde, maar mantelzorgers lopen wel het risico om overbelast te raken. Mezzo is een landelijke vereniging die daar aandacht voor vraagt en ondersteuning biedt aan mantelzorgers. Als praktijkondersteuner kun je hier een rol in spelen.**

Tekst | Josien van Eijk

Van alle zorg thuis wordt 80% door familie en vrienden gegeven. Zorgen voor naasten is voor de meeste mensen vanzelfsprekend. Iedereen krijgt vroeg of laat te maken met mantelzorg en mensen doen dit vaak uit liefde voor elkaar. Mensen herkennen zichzelf dan ook niet snel als mantelzorgers, want zorgen voor elkaar doe je toch gewoon? De meeste mensen kunnen de zorg aan met hulp van anderen. Als mantelzorgers is het van belang om tijdig ondersteuning te krijgen en hulp te vragen. Hoe eerder iemand zich bewust is van haar of zijn verzorgende rol en dus het mantelzorgen, hoe beter overbelasting voorkomen kan worden. Sommige mensen zorgen

hun eigen belang voorop te stellen.' Als zij hierdoor overbelast raken, kunnen zij ook niet meer goed voor hun naaste zorgen en is vervangende (professionele) zorg nodig. Voor alle betrokkenen is dat ongewenst. De mantelzorgers worden dan mogelijk uiteindelijk patiënt.

### Iedereen kan mantelzorgers zijn

Dé mantelzorgers bestaan niet. In de praktijk kom je verschillende mantelzorgers tegen: een echtgenoot die een zieke partner steunt, een volwassen kind die zorgt voor ouders, ouders van kinderen met een chronische zieke en vergeet de jonge mantelzorgers niet. Kinderen die meekomen naar de huisarts

## 'Grenzen aangeven is lastig voor de mantelzorgers'

intensief en langdurig voor een naaste. Rianne Hanning, projectleider binnen Mezzo, de landelijke vereniging voor mantelzorg: 'Of zij deze zorg goed aankunnen hangt af van verschillende factoren, zoals de complexiteit van de zorgvraag, hoe zij met de situatie omgaan en de hulp die zij al dan niet van anderen krijgen. Sommige mantelzorgers vinden het lastig hun grenzen aan te geven en

als tolk bijvoorbeeld en jong volwassenen die hun werk of studie combineren met zorg.

Hanning: 'Oudere mantelzorgers (ouder dan 75 jaar) zijn extra kwetsbaar, hebben zelf meer lichamelijke gebreken, vragen minder snel formele hulp en willen hun zorgbehoevende partner zo lang mogelijk thuis verzorgen. Daarnaast kunnen ze zich

### Over mantelzorg

De definitie van het SCP: 'Mantelzorg is alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving. Ook minder intensieve hulp, de hulp aan huisgenoten en de hulp aan instellingsbewoners zijn meegenomen. Mantelzorg is hulp die verder gaat dan de zogenoemde 'gebruikelijke hulp'. Hierbij gaat het dus om onbetaalde hulp.

### Mantelzorg is vrijwillig, maar geen vrijwilligerszorg

Mantelzorg en vrijwilligerszorg worden soms door elkaar gehaald. Toch zijn het verschillende zaken:

### Mantelzorg komt op je pad

Iedereen krijgt vroeg of laat te maken met mantelzorg: je bent mantelzorgers, je wordt mantelzorgers of je (hebt) in de toekomst hulp van een mantelzorgers nodig. Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag, kunnen hier niet zomaar mee stoppen en verrichten soms verpleegkundige handelingen.

### Voor vrijwilligerszorg kies je

Vrijwilligers kiezen ervoor om te zorgen, op een moment in hun leven dat zij hier tijd voor willen en kunnen maken. Als zij als vrijwilligers starten, is er meestal (nog) geen emotionele band. Zij verlenen hun zorg voor een beperkt aantal uren en kunnen hier op eigen initiatief mee stoppen. Zorgvrijwilligers werken in georganiseerd verband voor een organisatie en verrichten zelden verpleegkundige handelingen.





niet aan de zorg onttrekken, juist omdat ze in hetzelfde huis wonen.'

Ook jonge mantelzorgers vormen een kwetsbare groep. Onder 'jonge mantelzorgers' wordt verstaan: kinderen en jongeren tot 24 jaar die opgroeien met een zieke ouder, broer, zus of met een zieke opa of oma die in de directe omgeving van het gezin woont en die intensieve zorg nodig heeft. Het zorgen voor een (psychisch of lichamelijk) zieke ouder gaat vaak ten koste van hun eigen ontwikkeling, studie en/of hobby. Ze lopen een hoger risico op depressie en verslaving.

### **Samenwerken met mantelzorgers**

Mezzo heeft als doel om bewustwording te vergroten rondom mantelzorg en ondersteuning te bieden aan mantelzorgers. Zou het zorgen voor een naaste niet net zo gewoon moeten zijn als het zorgen voor je kind? Je moet kunnen zorgen op een manier die past bij je leven, dat is het streven. Mezzo ontwikkelt zoveel mogelijk diensten en producten die de mantelzorg ondersteunen en op weg helpen. Zo is er een Wegwijzer Mantelzorg, een soort eerste hulp bij mantelzorg. De Wegwijzer is gratis te downloaden via onze site

([mezzo.nl/wegwijzer](http://mezzo.nl/wegwijzer)) en zo hopen we eerste tips te geven waar te zijn en hoe je ook voor jezelf kunt zorgen.

Samenwerken met de eerstelijns Hanning: 'Uit onderzoek is gebleken dat mensen informatie rondom mantelzorg als eerste verwachten tegen te komen bij huisartsen, ziekenhuizen en apotheken. En dit is ook logisch omdat mantelzorgers vaak meekomen met de zorgvrager. We werken er hard aan om binnen de eerstelijnszorg de mantelzorgers eerder en beter in beeld te krijgen. Samen kunnen we mantelzorg beter mogelijk maken en overbelasting voorkomen.'

## Feiten op een rij

- 1 op de 3 Nederlanders (16+) is mantelzorger (circa 4,4 miljoen mantelzorgers).
  - 3.865.000 mantelzorgers geven langer dan 3 maanden hulp (langdurig).
  - 865.000 mantelzorgers geven meer dan 8 uur per week hulp (intensief).
  - 750.000 mantelzorgers geven zowel langdurig als intensief hulp.
  - 8,6% van de mantelzorgers voelt zich zwaar belast (380.000 mantelzorgers).
  - Een kwart van de mantelzorgers beschouwt zichzelf als mantelzorger.
  - 4 op de 5 mantelzorgers geniet van de leuke momenten van het zorgen.
  - 5 op de 6 mantelzorgers tussen 18 en 65 jaar heeft betaald werk.
  - 11% van de werkende mantelzorgers moet dagelijks of wekelijks het werk onderbreken om hulp te kunnen bieden.
  - 1 op de 6 werknemers combineert betaald werk met mantelzorg.
  - 12% van kinderen en jongeren (5-24 jaar) groeit op met een chronisch zieke huisgenoot (450.000 jonge mantelzorgers).
- Bovenstaande cijfers zijn o.a. afkomstig van het SCP-rapport 'Voor elkaar?' Bronnen cijfers: "Voor elkaar?", SCP, 2017, 'Informeel hulp, wie doet er wat?', SCP, 2015 én "Kinderen en jongeren met een langdurig ziek gezinslid in Nederland, aantallen en enkele kenmerken", A. de Boer, D. Oudijk en L. Thielen (2012), TSG, 90, pag 167-170

Als praktijkondersteuner ontmoet en spreek je veel mantelzorgers. Zij komen mee naar het consult van de patiënt of zij zijn zelf doorverwezen door de huisarts.



Het is niet alleen belangrijk dat zij door je worden gezien en gehoord, maar ook dat je hen voorziet van advies, informatie en ondersteuning. Daardoor kun je vroegtijdig signaleren of de persoon de zorg goed aankan. Is dat niet het geval, onderneem actie. Juist door met hen in gesprek te gaan en samen met hen op zoek te gaan naar oplossingen, die aansluiten bij hun vragen en behoeften kun je de zorg(en) van mantelzorgers verlichten. Dat kan bijvoorbeeld door een verwijzing naar een mantelzorgconsulent

van een steunpunt mantelzorg die meehelpt om respijtzorg te regelen of een mantelzorgmakelaar die tijdelijk regeltaken uit handen neemt.

**Kleine stappen maar van grote waarde**  
Rianne Hanning: 'Het ondersteunen van mantelzorgers zit vaak in ogenschijnlijk simpele oplossingen. Een mantelzorger die bij je op consult komt, kan zich al gesteund voelen wanneer je vraagt hoe het met hem of haar gaat. De mantelzorger de gelegenheid geven om over zijn of haar ervaring als mantelzorger te praten, geeft erkenning en waardering. Ook stimuleert het de mantelzorger om te letten op zijn of haar eigen gezondheid.'  
In verschillende onderzoeken

hebben mantelzorgers aangegeven de betrokkenheid van de huisarts, praktijkondersteuner of assistente erg op prijs te stellen. De mantelzorger voelt zich gesteund en heeft het gevoel dat er aandacht voor zijn of haar situatie is. Dit helpt om gerelateerde zorgen en problematiek eerder ter sprake te brengen en te zoeken naar praktische hulp en/of steun in de omgeving. Meer informatie over ondersteuning van mantelzorgers vind je op de pagina voor professionals van [www.mezzo.nl](http://www.mezzo.nl). Verder heeft Mezzo voor in de wachtkamer een speciale animatiefilm ontwikkeld en is het mogelijk informatie aan te vragen om in de wachtkamer te leggen:

<https://www.mezzo.nl/wachtkamer>

### Training voor praktijkondersteuners

Hoe kun je goed inspelen op de behoeftes van mantelzorgers? In de training van Mezzo 'Goed samenspel met mantelzorgers voor praktijkondersteuners' maak je kennis met de verschillende motivaties, mogelijkheden en ondersteuningsbehoeftes van mantelzorgers. ■

*NB. Per 1 januari 2019 verandert de naam van Mezzo in MantelzorgNL, de website wordt dan [www.mantelzorg.nl](http://www.mantelzorg.nl)*

Thomas Verheij

# Column



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

## Doe effe gezond!

Het kabinet wil niets weten van een lagere belasting op groente, fruit en zelfs sport! Verhoging van het btw-tarief van 6 naar 9% voor levensmiddelen en sporten, zoals fitness, gaat gewoon door. Ook al eten veel Nederlanders nog te ongezond en voldoen miljoenen Nederlanders niet aan de beweegnorm.

### 'Verhoging btw op sport is een ongezonde zaak'

Ondanks verzet van wetenschappers, artsen en consumentenorganisaties wordt de btw op groente, fruit en sport verhoogd. Een volwassene eet gemiddeld 113 gram fruit per dag en 139 gram groente per dag. Dat ligt ver onder de aanbevolen hoeveelheid in de Schijf van Vijf, die 250 gram groente voorschrijft. In 2017 voldeed 47% van de Nederlanders van vier jaar en ouder aan de beweegrichtlijnen. Het percentage laagopgeleiden (35%) dat voldoet aan de beweegrichtlijnen is iets lager dan het percentage hoogopgeleiden (55%)

Ik vind het vreemd dat de btw op suikervrije dranken wel van 6 naar 0% kan. Veelal zijn dit producten van grote bedrijven met een krachtige lobby die vaak niks te maken hebben met het bevorderen van gezondheid. Blijkbaar kunnen er dus wel uitzonderingen gemaakt worden. Voorwaarden voor

deze uitzonderingen blijft een sterke en krachtige lobby? Kunnen wij dan ook het verschil voor groente, fruit en sport maken?

Ik zeg van wel! Maar om het verschil te maken moet je jezelf verenigen. In Arnhem protesteerden duizenden fysiotherapeuten bij zorgverzekeraar VGZ. Al jaren zijn de vergoedingen voor fysiotherapie zo'n 30% te laag, is er een enorme administratieve lastendruk en wordt de positie van de fysiotherapeut ernstig bedreigd door de toepassing van de behandelindex als afrekeninstrument.

Op 30 oktober werd bekend gemaakt dat de Tweede Kamer unaniem een oplossing wil vinden voor de fysiotherapeuten.

Als fysiotherapeut durf ik hardop te zeggen dat financiële mogelijkheden een rol spelen in het wel of niet aannemen van een gezonde leefstijl. Sporten is voor veel mensen te duur. Het is toch te gek dat mensen in achterstandswijken minder kans hebben op een gezonde leefstijl. Wat mij betreft is de verhoging in strijd met de ambitie van de overheid een gezonde leefstijl te stimuleren. Kunnen wij een verschil maken?

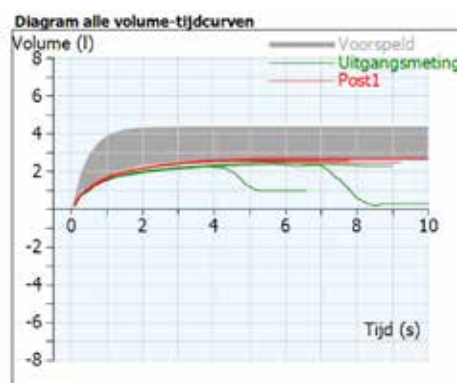
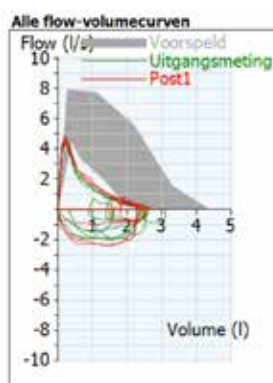
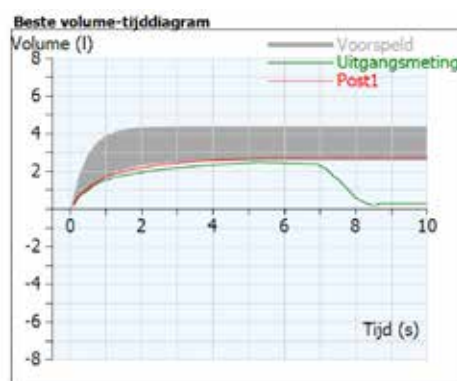
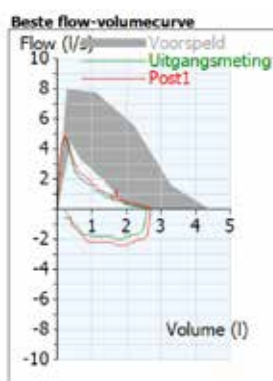
Misschien wel door deze petitie te tekenen: <https://geenbtwopsport.petities.nl/> ■



# Naar de cardioloog?

Tekst | Jan-Willem van den Bos

Mevrouw de Brabander (63 jr, 172 cm en 76 kg) was een aantal malen bij de huisarts geweest met als voornaamste klacht hoesten en dan vooral in de nacht. Codeïne hielp niet. Ze werd zo kortademig dat haar wekelijkse wandeluitje met haar vriendinnen meer energie kostte dan opleverde. Hoewel al jaren gestopt met roken, heeft ze al met al 20 pakjaren aan rookschade gehaald. Voor de huisarts reden om de praktijkondersteuner een longfunctie te laten doen. Bij navraag bleek er geen familiale belasting voor astma en geen allergie bekend te zijn. Mevrouw de Brabander kon zich niet herinneren dat zij als kind langere periodes van bronchitis had doorgemaakt. Astma lijkt dus niet waarschijnlijk. Recent had zij geen virale infectie doorgemaakt. Samen met haar echtgenoot is zij al vele jaren met groot plezier eigenaar van een modezaak. Stilstaan staat niet in haar vocabulaire, vertelde ze. Maar het laatste half jaar kwam het vaak voor dat haar energie op was.



## 'Werk samen met de tweedelij bij discrepantie tussen waarden en klachten'

Kortom een positieve, vrolijke, hardwerkende dame die zich geremd voelt in haar bezigheden. De motivatie was groot tijdens het blazen, zij gebruikte geen luchtwegmedicatie vooraf en de diagnostische spirometrie zag er als bovenstaande overzicht uit.

### Een obstructieve longfunctie zonder reversibiliteit

De uitvoering is technisch goed afgenomen. Zowel voor, als na luchtwegverwijding zijn alle pogingen

goed afgenomen (snelle stijging in de FV-curve, min of meer een 'piek', geen hoest, expiratie (op een poging na) allemaal meer dan zes seconden en een expiratoir plateau in de VT-curve. Naar mijn idee heeft de praktijkondersteuner de patiënt zo lang laten uitblazen dat het systeem de meting uiteindelijk zelf heeft gestopt, hierdoor is de inspiratie niet meegenomen. (noot: bij de CareFusion software is als hulpmiddel voor het bereiken van de maximale expiratie een zacht piepje te horen ten teken dat kan worden ingeademd)

De herhaalbaarheid is uitstekend, zowel vóór als na verwijding is het verschil tussen de twee beste FEV1's en FVC's niet meer dan 150 ml (of 0,15L). Er zat niet meer in, of beter: er kwam niet meer uit.

Volgens het RROE-model (Reversibiliteit, Restrictie, Obstructie, Ernst obstructie) is de conclusie: een obstructieve longfunctie (FEV1/FVC: z-score van -2,42) zonder reversibiliteit (FEV1: verandering van 7% en een volume toename van 1,71-1,60=0,11 L). Gezien de obstructieve longfunctie, haar kortademigheidsklachten en haar rookverleden zal COPD als diagnose op de voorgrond staan. De longschade is matig (post FEV1 %pred van 63% ligt tussen de 50% en 80% van



	FEV <sub>1</sub>	FVC	PEF	FEV <sub>1</sub> /FVC	Kwaliteit
Base	1,54	2,56	263	60%	Goed geblazen
Base	1,60	2,38	263	67%	Goed geblazen
Base	1,56	2,41	290	65%	Goed geblazen
Base+	<b>1,60</b>	<b>2,56</b>	<b>290</b>	<b>62%</b>	-
ATS/ERS-criteria [2005]: Er is aan de criteria voldaan.					
Post1	1,71	2,65	262	65%	Goed geblazen
Post1	1,71	2,77	278	62%	Goed geblazen
Post1	1,70	2,67	284	64%	Goed geblazen
Post1+	<b>1,71</b>	<b>2,77</b>	<b>284</b>	<b>62%</b>	-
ATS/ERS-criteria [2005]: Er is aan de criteria voldaan.					

Index	Base	%Voorsp.	Zscr	Post1	%Voorsp.	%Chg	Zscr	[Min.	Voorsp.	Max.]
FEV <sub>1</sub>	1,60 l	59%	-2,74	1,71 l	63%	7%	-2,47	2,03 l	2,72 l	3,37 l
FVC	2,56 l	73%	-1,72	2,77 l	79%	8%	-1,33	2,62 l	3,49 l	4,40 l
PEF	290 l/s	75%	-1,81	284 l/s	73%	-2%	-1,91	299 l/min	388 l/min	476 l/min
FEV <sub>1</sub> /FVC	63%	80%	-2,31	62%	79%	-1%	-2,42	66,20%	78,46%	88,94%

voorspeld en passend dus bij een GOLD2, een matige luchtwegobstructie). De CCQ-totaal was met 2,2 en een MRC van 2 tot 3 was voor de huisarts reden om te starten met een langwerkend anticholinergicum. Zes weken later waren haar klachten nog niet verminderd, haar spirometrie onder medicatie niet veel anders dan de eerdere spirometrie. Mevrouw werd verwezen naar de longarts.

het kwadrant rechts onder): een hoge ziektelast zonder frequente exacerbaties en een matige luchtwegobstructie. Mevrouw de Brabander was, conform het medicatieadvies uit de GOLD 2018 overgezet op één maal daags twee inhalaties van een combinatie van een langwerkende B2 en langwerkend anticholinergicum. Verder was ze doorgestuurd naar de cardioloog.

COPD veroorzaakt te worden, maar ook door hartfalen. Inmiddels is zij goed ingesteld door zowel de longarts als de cardioloog en is zij een jaar later weer terug voor verdere begeleiding bij haar huisarts en praktijkondersteuner. Boodschap: samenwerking met tweedelij is altijd wenselijk wanneer een discrepantie is tussen de klachten van de patient en de objectieve meetwaarden zoals bij dit longfunctie-onderzoek. ■

## 'Het laatste half jaar kwam het vaak voor dat haar energie op was'

### Van longarts naar cardioloog

Bij de longarts bleek er bij uitgebreid longfunctieonderzoek geen sprake van een diffusiestoornis, de longfunctie was vergelijkbaar met die in de huisartsenpraktijk. In GOLD termen was de patient te kenmerken als een B2 (in

### Hartfalen

Uit onderzoek blijkt dat in deze categorie vaker hartfalen wordt gevonden. Uiteindelijk bleek de kortademigheid met name tijdens inspanning en haar nachtelijke hoestklachten (vooral in liggende positie) niet alleen door haar

*Heb je een vraag, wil je een casus bespreken of heb je suggesties voor onderwerpen, mail dan naar [spiroabc@gmail.com](mailto:spiroabc@gmail.com).*

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



# Boeiend

# en verbindend

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

## Groei in je vak met **NVvPO** **DOET!**

**De POH'er is een professionele zorgondersteuner in de huisartsenpraktijk. Om goed te blijven functioneren als professional in een veranderend zorglandschap is het nodig om te blijven groeien en ontwikkelen. De NVvPO heeft geïnventariseerd wat de ontwikkelbehoeftes van jou en de andere leden zijn. Deze hebben we in kaart gebracht. Nu is het tijd om hier voor jou als professional de vruchten van te plukken. We nemen je mee op reis in de wereld van opleiden en ontwikkelen.**

Tekst | Elianne de Kat

Het uitgangspunt van de NVvPO is dat investeren in menselijk kapitaal er mede voor zorgt dat praktijkondersteuners duurzaam inzetbaar blijven. Daarom wil de NVvPO het opleidings- en ontwikkelingsaanbod voor de eerstelijnsprofessionals optimaliseren. Begin 2018 is onder leden van de NVvPO de behoefte geïnventariseerd middels een enquête Scholing en Ontwikkeling. Hieruit is gebleken dat de POH'er scholingen wenst die geaccrediteerd en vernieuwend zijn, en tegelijkertijd interactief en toepasbaar zijn voor de praktijk van morgen.

In de loop van 2018 is de ledencirkel Opleiden en Ontwikkeling (O&O) opgezet om te onderzoeken hoe aanbod en behoefte beter op elkaar afgestemd kunnen worden. De ledencirkel Opleiden & Ontwikkelen is vanaf september actief en bestaat uit zes deskundige POH'ers, die allen hun eigen expertise en ervaring hebben.

### **Het veranderende zorglandschap**

Binnen het landschap van de eerstelijnszorg zijn een aantal

ontwikkelingen gaande die van invloed zijn op de beroepsuitoefening van de praktijkondersteuner, namelijk: Meer patiënten komen vanuit de tweede lijn terug naar de eerstelijnszorg. Er is een toename van chronisch zieken en ouderen en daarmee vanzelfsprekend een toenemende vraag naar praktijkondersteuners. Toename van complexiteit van zorg. Patiënten worden autonomer en mondiger. De digitalisering en technologische ontwikkelingen in de zorg volgen elkaar snel op. Deze ontwikkelingen vragen van de POH'er dat zij zich blijvend kan scholen en ontwikkelen om te zorgen dat zij haar beroep in alle veelzijdigheid kan blijven uitoefenen; nu en in de toekomst.

### **O&O aan het werk**

De toekomstige scholingen van de NVvPO worden enerzijds zelf ontworpen, anderzijds wordt het aanbod ontwikkeld met samenwerkingspartners die hun eigen expertise en deskundigheid inbrengen. Er worden gesprekken gevoerd met diverse samenwerkingspartners,

die geïnteresseerd zijn om samen met ons te ontwikkelen en te bouwen aan een professionele eerstelijnszorg. Dus zowel de huisartsenzorg en binnen de gezondheidscentra. 2019 belooft een boeiend jaar te worden!

### **NVvPO DOET!**

In 2019 zullen we onder de naam 'NVvPO DOET!' scholingen georganiseerd worden in vijf regio's: noord, oost, zuid, west en midden. Zo kunnen we rekening houden met de verschillende behoeftes in de regio. Om de kwaliteit te borgen, zetten we professionele trainers in. Bij de thema's dienen de CANMEDS rollen van de POH als leidraad. In 2020 komt een grootse conferentie die eens per twee jaar georganiseerd zal worden.

### **Doe mee!**

Via social media en mail houden we je op de hoogte wanneer 'NVvPO DOET!' bij jou in de regio is. We zien er naar uit jou te ontmoeten.

Ben je geïnteresseerd om een bijdrage te leveren, of heb je thema's waar je graag in geschoold wilt worden. Mail naar: edekat@nvvpo.nl

# Boeiend

# en verbindend

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

## HELP DE DOKTER MET EEN GOED GESPREK

### Help de dokter met een goed gesprek

Samen Beslissen in de zorg krijgt een nieuwe impuls met het campagne-initiatief 'Help de dokter met een goed gesprek'. Hiermee nodigen huisartsen en praktijkondersteuners hun patiënten uit tot samen beslissen in de spreekkamer. Het initiatief past binnen de campagne 'Betere zorg begint met een goed gesprek' die in 2016 binnen ziekenhuizen is gestart. Zorgprofessionals kennen belang van een goede voorbereiding en een goed gesprek in de spreekkamer en kunnen patiënten wijzen op de vernieuwde website [www.begineengoedgesprek.nl](http://www.begineengoedgesprek.nl).

De website biedt patiënten en professionals handige instrumenten en materialen om samen beslissen makkelijker te maken.



### Afscheid van de penningmeester

Ruim tien jaar heeft Ella van Male zich ingezet voor de NVvPO. Als bestuurder, lid van de redactieraad en de laatste drie jaar als penningmeester. Ella nam haar bestuurlijke verantwoordelijkheid toen de vereniging het nodig had en bouwde

mee aan een stabiele basis en een stevig fundament. Zij heeft besloten om per 1 januari 2019 ook bij de NVvPO met pensioen te gaan. Wij danken haar voor haar tomeloze inzet en wensen haar, samen met haar gezin een goed pensioen.

### Werken aan de zorgstandaard dementie

Vanuit Dementiezorg voor Elkaar wordt er gewerkt aan een nieuwe zorgstandaard dementie door eerste- en tweedelijns zorgprofessionals en belangenbehartigers van patiënten en hun familieleden. De huidige zorgstandaard stamt uit 2013 en werd ontwikkeld door Vilans en de Alzheimer stichting. De zorgstandaard dementie is een veelomvattende richtlijn voor iedereen die met dementie te maken

krijgt; zelf, als familielid, bekende of zorgprofessional. De nieuwe standaard geeft adviezen en uitleg bij verschillende fases van dementie, van het 'niet pluis' gevoel ofwel 'vergeten' tot de palliatieve fase.

Bernadette van der Hoff, bestuurslid NVvPO, reageerde in oktober 2017 op een oproep van Vilans om mee te werken aan deze standaard. Zij schrijft mee aan het stuk van 'niet pluis' gevoel

tot de diagnose en vertelt hierover: 'Het is bijzonder om te werken in een team met ondermeer een psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, familie van dementerenden, huisartsen. Ik breng vooral mijn expertise in ouderenzorg mee en die is vooral praktisch. Zo vullen we elkaar aan.' In de loop van 2019 zal deze nieuwe zorgstandaard uitkomen. Uiteraard houden we je op de hoogte.

# Boeiend

# en verbindend

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

## Ontmoet de NVvPO

Op 16 januari 2019 is de NVvPO-stand aanwezig op de Dag van de Eerstelijin in Egmond aan Zee. De Dag van de Eerstelijin wordt georganiseerd door DOKH en biedt een veelzijdig palet aan workshops. Petra

Portengen, directeur van de NVvPO zal een workshop geven over samenwerking binnen en buiten de praktijk. Meer info: [www.dokh.nl](http://www.dokh.nl)

Bij het PsyHag congres op 12 april 2019 Reehorst Ede met het thema 'Samen sterker' zijn we ook aanwezig met de NVvPO-stand en een workshop.

## Samen sterker tegen agressie

Agressie komt in toenemende mate voor in huisartsenpraktijken en huisartsenposten. Wat accepteer je en wanneer gaan patiënten en/of familieleden echt te ver? Het is goed om dat in jouw team te bespreken en daar afspraken over te maken. Dan ben

je beter voorbereid en kun je adequater reageren.

Op de site van de Stichting Sociaal Fonds Huisartsen (SSFH) kun je een tool vinden om daar met je team mee aan de slag te gaan. Op [www.ssfh.nl/veiligwerken](http://www.ssfh.nl/veiligwerken) vind je meer informatie en kun je

incidenten ook melden in een landelijk registratiesysteem. Op basis van deze landelijke cijfers gaat SSFH activiteiten ontwikkelen om agressie en geweld in de huisartsenzorg (verder) terug te dringen. Samen sta je sterker!





# Klaar voor de gecombineerde leefstijl interventie

**Vanaf 1 januari 2019 zit de gecombineerde leefstijl interventie (GLI) in het basispakket. Iedere Nederlander die voldoet aan de inclusiecriteria heeft hiermee recht op deze vorm van zorg. Maar wat is de GLI precies, hoe gaat het straks in zijn werk en wat betekent dit voor de eerstelijns waarbinnen de praktijkondersteuner werkt ?**

Tekst | *Dr. Maaike de Vries, gezondheidswetenschapper, zelfstandig adviseur en toezichthouder in de zorg. Drs. Tamara De Weijer, huisarts en voorzitter Vereniging Arts en Voeding*

Leefstijlgeneskunde staat volop in de belangstelling bij patiënten, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, beleidsmakers en niet in de laatste plaats van de media. 'Anders eten heeft mijn leven veranderd, ik ben 20 kilo lichter en mijn migraine kwijt' en 'Ik doe tegenwoordig alles op de fiets, de apotheek rijd ik snel voorbij' zijn uitspraken van mensen die zich ooit patiënt noemden, maar zich al lang niet meer zo voelen. Doordat ze anders zijn gaan eten, bewegen, ontspannen en slapen.

rol van voeding in de behandeling van chronische ziekten. Zij concludeerden: 'gezonde voeding heeft niet alleen een positief effect op de chronische ziekte, maar ook op de algehele gezondheid. Voeding biedt daarmee een uniek voordeel boven farmacotherapie.' Geen pillen maar paprika dus. Figuurlijk, maar ook letterlijk zo bedoeld in Manifest Leefstijlgeneskunde dat minister Bruins in oktober in ontvangst nam. Het is een pleidooi van TNO en LUMC en meer dan duizend (medische) opinieleiders,

En dus komt per 1 januari de gecombineerde leefstijl interventie (GLI) in het basispakket. Dit betekent dat iedereen die voldoet aan de inclusiecriteria recht heeft op deze vorm van vergoede zorg. Volgens de polisvoorwaarden die de zorgverzekeraar stelt en zonder dat het afgaat van het eigen risico (385 euro in 2019).

### **Blijvertje**

De GLI beleeft in 2019 zijn primeur, maar is allesbehalve nieuw. Al in 2009 stelde het Zorginstituut vast dat de GLI een effectief bewezen interventie is bij gewicht gerelateerde gezondheidsrisico's en dat deze beschikbaar moet zijn voor verzekerden. De inhoud en omvang van de GLI waren toen nog niet voldoende helder waardoor de GLI in de praktijk niet van de grond kwam. Hoe lang mag een GLI duren en hoeveel contactmomenten zijn er bijvoorbeeld nodig? Wie mag wat wanneer factureren en welke activiteiten en verrichtingen zijn verzekeraars verplicht in te kopen en te vergoeden? Dit soort vragen moest eerst beantwoord worden, en dat is de afgelopen periode gedaan.

'Hoog tijd' volgens velen, en ook minister Bruins noemde leefstijlgeneskunde 'een blijvertje'. Steeds meer Nederlanders zijn medisch gezien een beetje of veel te zwaar. Eén op de twee Nederlanders

## 'Geen pillen, maar paprika'

### **Geen pillen maar paprika**

Tot voor kort werd leefstijl vooral gezien als een manier om ziekte te voorkomen of om gezondheidsrisico's te verkleinen. Een groeiende stroom wetenschappelijk onderzoek laat zien dat voeding en andere leefstijlinterventies ook van betekenis zijn bij de behandeling van met name cardiometabole aandoeningen zoals diabetes type 2, hart- en vaatziekten en nierziekten. Soms in aanvulling op medicatie, vaak ter vervanging van. Onderzoekers uit Wageningen en Groningen voerden in opdracht van ZonMW een kennissynthese uit over de

professionals en patiënten voor leefstijl als medicijn in gezondheidszorg. Om Nederland gezonder te maken: minder chronische aandoeningen, minder medicatie, meer kwaliteit van leven. Ook studenten geneeskunde laten van zich horen. Zij constateren dat leefstijl belangrijk is voor hun toekomstige beroepsuitoefening, maar dat ze weinig kennis en kunde meekrijgen tijdens hun opleiding. En steeds meer zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn sluiten zich aan bij Vereniging Arts en Leefstijl.



heeft overgewicht en één op de zeven volwassenen is obees. Dit heeft verstrekende gevolgen voor betrokkenen en de volksgezondheid. Zo hebben meer dan een miljoen Nederlanders diabetes type 2 en ruim anderhalf miljoen mensen hart- en vaatziekten. Deze en andere (chronische) aandoeningen

## *‘Steeds meer mensen nemen de regie over hun gezondheid’*

hangen vaak direct of indirect samen met zwaarlijvigheid. Dit vraagt om aanbod in het sociaal- en het zorgdomein, waaronder een programmatische leefstijlinterventie gericht op gedragsverandering en gewichtsreductie: de GLI. De GLI combineert verschillende aspecten van leefstijl en is hiermee een aanvulling op het aanbod van bijvoorbeeld diëtisten en fysiotherapeuten die vanuit hun eigen discipline kijken naar leefstijl en gedrag. Diëtisten en fysiotherapeuten mogen overigens wel een GLI-programma

aanbieden, als combinatie van beroepsbeoefenaren of individueel. Net als leefstijlcoaches, POH'ers en ieder ander die bevoegd en bekwaam is en beschikt over competenties op het niveau van een hbo-leefstijlcoach. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitseisen bepalen bij de inkoop en vastleggen in hun polis. Het

ene GLI-programma stelt overigens andere eisen aan aanbieders dan het andere. Om aan de slag te kunnen met de GLI moet de AGB-code uiteraard wel in orde zijn. In het AGB-register staat wie wat mag contracteren en factureren. Alle zorgverzekeraars contracteren via de zorggroepen, een aantal zorgverzekeraars contracteert ook individuele aanbieders.

### **Patiënten en programma's**

De GLI is bedoeld voor patiënten met verhoogde gezondheidsrisico's. De

volgende groepen in aanmerking voor een vergoede GLI.

- mensen met obesitas (BMI  $\geq 30$ )
- mensen met overgewicht (BMI  $\geq 25$  en  $< 30$ ) en een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes type 2 en/of hart- en vaatziekten
- mensen met overgewicht (BMI  $\geq 25$  en  $< 30$ ) en co morbiditeit: diabetes type 2, hart- en vaatziekten, artrose en/of slaapapneu
- jongeren vanaf 16 jaar, als aannemelijk is dat ze meer baat hebben bij een programma voor volwassenen dan voor jongeren

Huisartsen en internisten mogen mensen verwijzen naar een GLI. Alleen programma's die door het RIVM, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars zijn goedgekeurd komen in aanmerking voor vergoeding. Eerst moet het RIVM de interventie beoordelen als bewezen effectief. Verder moet duidelijk zijn dat de interventie daadwerkelijk een GLI is met helder omschreven competenties voor het aanbieden aan de juiste doelgroep. Vervolgens moeten de zorgverzekeraars

<b>Intake van 60 minuten</b>	58 euro
<b>Behandelfase</b>	108,50 euro per kwartaal
	2 individuele consulten, 8 groepsbijeenkomsten, 1 eindevaluatie, coördinatie en afstemming
<b>Onderhoudsfase</b>	73,80 euro per kwartaal
	2 individuele consulten, 8 groepsbijeenkomsten, 1 eindevaluatie, coördinatie en afstemming

vaststellen of de verschillende onderdelen van de GLI daadwerkelijk vergoed kunnen worden uit het basispakket. Op dit moment voldoen drie GLI-programma's aan die criteria; het COOL-programma, de Beweegkuur en Slimmer.

Zorgverzekeraars moeten ten minste een van deze drie programma's inkopen voor hun verzekerden. Welke zij kiezen, opnemen in hun polis en uiteindelijk vergoeden verschilt per zorgverzekeraar. Patiënten kunnen overigens naast de GLI ook diëtetiek, fysio- en oefentherapie en/ of psychologische hulp vergoed krijgen vanuit het basispakket voor zover het zorg is die niet onder de GLI valt. Advies over bewegen en sport wordt bijvoorbeeld wel vergoed, maar begeleiding hiervan niet. Hiervoor kan verwezen worden naar gemeente, evenals voor ander aanbod waaronder schuldhulpverlening.

### Inhoud en kosten

Circa 3,5 miljoen Nederlanders tussen 18 en 75 jaar (ruim een kwart van de bevolking) komen in aanmerking voor een GLI. Het RIVM verwacht op basis van onderzoek dat huisartsen slechts 1,03 procent van de volwassen Nederlanders doorverwijzen. Uitgaande van dit lage percentage bedragen de kosten van de GLI 5 miljoen euro in het eerste jaar, oplopend naar 15 miljoen in het vijfde jaar na invoering. Als huisartsen meer mensen doorverwijzen, lopen de kosten uiteraard op. De GLI duurt 2 jaar, opgeknipt in een behandelfase van een jaar en een onderhoudsfase van een jaar. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat het effect van een interventie groter is naarmate deze langer duurt en zwaarder is, en dus ook meer kost. GLI-aanbieders kunnen, afhankelijk van de contractuele afspraken met de zorgverzekeraar, gedurende 24 maanden

maximaal 787 euro declareren, als volgt opgebouwd:

Na schriftelijke toestemming van de verzekeraar kan de vergoeding met maximaal 10 procent worden verhoogd.

### Ja maar

Er zijn redenen waarom eerstelijnspraktijken niet aan de slag willen of kunnen met de GLI. Veel gehoorde 'ja maar'-argumenten zijn; het kost onze zorggroep geld, hier hebben we geen tijd voor, we hebben er de kennis niet voor, leefstijlinterventies werken niet op de langere termijn, hier is de gezondheidszorg niet voor bedoeld, hiervoor heb ik geen medicijnen gestudeerd of dit willen en kunnen mijn patiënten niet. Tegelijkertijd zijn er redenen waarom

leefstijlinterventies steeds meer effectief bewezen zijn en niet zelden beter werken dan geneesmiddelen, omdat patiënten erom vragen en steeds meer mensen zelf regie willen nemen over hun gezondheid. En niet in de laatste plaats omdat veel zorgprofessionals ervaren dat hun werk leuker wordt als ze mensen bewegen richting gezondheid.

### Een mooie eerste stap

De GLI is nieuw in het basispakket, en dat is wennen voor POH'ers en andere zorgprofessionals. De GLI zal zijn plek in het systeem moeten vinden en moeten ontwikkelen. Tegelijkertijd is het een mooie eerste stap en een kans voor patiënten, huisartsen en niet in de laatste plaats voor POH'ers om leefstijl aan te wenden als medicijn binnen de curatieve zorg.



eerstelijnspraktijken wel aan de slag willen en kunnen met de GLI. Bijvoorbeeld omdat het een interventie is die is opgenomen in het basispakket, omdat doorverwijzen naar een GLI net zoveel tijd kost als een willekeurige andere doorverwijzing, omdat verwijzers alleen hoeven te weten welke patiënten ze kunnen verwijzen, omdat

Met dank aan Hetty Dokter en Evelien Berkhout-Smit van het ministerie van VWS voor hun inhoudelijke commentaar op dit artikel. ■

*Het artikel inclusief referenties is voor leden van de NVvPO beschikbaar op [www.nvvpo.nl/downloads](http://www.nvvpo.nl/downloads)*





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

## Efficiënt werken met meer tijd

Van de week viel mijn oog op een bericht in het Noordhollands Dagblad: 'Meer tijd voor de patiënt'. In het artikel wordt verteld hoe een kleine groep huisartsen in West-Friesland vanaf november zal beginnen met een pilot om meer tijd uit te kunnen trekken voor de patiënt in de spreekkamer. Op die manier moet de kwaliteit van de zorg verbeteren. Geweldig nieuws, al heb ik geen pilot nodig om me van het nut te overtuigen.

### 'Reken maar dat de patiënt de klok hoort tikken'

Een paar maanden geleden ging ik naar mijn huisarts, die ik nog niet kende. We stelden ons aan elkaar voor. Ik vertelde, zij las in mijn dossier, knikte eens, liet me nog eens vertellen, typte wat. Ze noemde een mogelijke diagnose en gaf een recept voor pijnstillers. Ze stond op, dus deed ik dat ook. 'Drie weken doorslikken, dan zou het beter moeten gaan,' zei ze terwijl ze me een hand gaf. De tien minuten waren al voorbij, begreep ik. Het was een goede kennismaking, er was echt wel een klik.

Binnen twee weken was ik terug, met vragen. Ik wilde zekerheid over de diagnose, hoe lang kon ik die pillen slikken, mocht ik sporten en waarom voelde ik me zo moe. Zij luisterde, knikte begripvol en typte een verwijzing naar een specialist. Ik wilde vragen of ze me niet moest onderzoeken, maar deed dat niet. Ik had gezien hoeveel mensen in de wachtkamer zaten. Ze stond op, dus deed ik dat ook. We gaven elkaar de hand.

Binnen tien minuten was het consult afgerond, zaten er voor haar nog drie patiënten in de wachtkamer en was ik alleen nog maar een verwijzing verder. Alsof dat mijn vraag was. In West-Friesland kwamen zorgverzekeraar VGZ en de West-Friese Huisartsen Organisatie (WFHO) overeen dat de pilot 'Meer tijd voor de Patiënt' een jaar lang kan worden gehouden. In het artikel is te lezen dat er al pilots in Gorinchem en Afferden waren, met positieve resultaten. Het werkplezier onder huisartsen nam toe, de

tevredenheid bij patiënten lag hoger en er werd minder verwezen naar een specialist. Bovendien verwacht VGZ dat de zorgkosten zullen afnemen. 'Gewoon omdat er meer tijd is om de problemen goed op een rijtje te krijgen,' meldt de woordvoerder van VGZ.

Tijd. Wat als mijn huisarts en ik even door hadden kunnen praten? Als zij en ik die tijdsdruk niet hadden gevoeld? Dan was er vast wat onderzoek gedaan, had ik nu meer geweten en was een bezoek aan een specialist misschien wel niet nodig geweest.

Tijd, die ik als praktijkondersteuner vaak nodig heb om de patiënt te leren kennen, om een vertrouwensband op te bouwen, inzicht te krijgen in wat er speelt en samen te werken aan een betere gezondheid. Veel praktijkondersteuners krijgen die tijd wel, anderen werken tegen de klok in. Ook ik ontkom daar niet altijd aan. En reken maar dat de patiënt die klok ook hoort tikken.

Méer tijd levert tevredenheid én efficiency op. Dat moet – hoe lastig ook – te organiseren zijn.

Ik ben voor! En jij? ■

*Reageren kan! Mail naar [redactie@nvppo.nl](mailto:redactie@nvppo.nl)*

# Colofon

De POH, tijdschrift voor en door praktijkondersteuners.

## **Nummer 4, december 2018**

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

**Bezoekadres**      Kerkewijk 69  
3901 EC Veenendaal (op afspraak)

**Telefoon**         0318-500407

**E-mail**             info@nvvpo.nl

**Hoofredactie**      Petra Portengen

### **Redactie**

Heidi Jacobs-Kelderman, praktijkondersteuner in Ede  
Janny Lambooi, praktijkondersteuner in Lelystad  
Pauline Westbroek, praktijkondersteuner in Dordrecht  
Margriet de Keijzer, praktijkondersteuner in Ede  
Oscar Abersson, praktijkondersteuner-ggz in Amsterdam  
Tanja Promes, praktijkondersteuner in Amsterdam

### **Eind- en tekstredactie**

Ellis van Atten, Zaandam

### **Vormgeving**

Carlo Polman - OudZuid Ontwerp mediavormgevers, Dieren

### **Druk**

Senefelder Misset, Doetinchem

### **Fotografie**

Anne Hamers Fotografie, Den Haag: cover, p. 10, pag. 12; Shutterstock: p. 7, p. 25, p. 29, p. 32;  
Pixabay: p. 31; Ellis van Atten: p. 9, p. 28; Aangeleverd: p. 17, p. 21, p. 22 en p. 36

### **Abonnementen**

Vaktijdschrift 'de POH' verschijnt vier keer per jaar voor NVVPO-leden. Niet-leden betalen € 60,- euro per jaar, inclusief verzendkosten en 6% btw. Per 1 januari 2019 wordt het tarief verhoogd naar € 70,- euro per jaar, inclusief verzendkosten en 9% btw. Opgeven voor een abonnement kan via [organisatie@nvvpo.nl](mailto:organisatie@nvvpo.nl).

### **Advertenties**

Voor advertentiemogelijkheden en mogelijk interessante onderwerpen of nieuws voor de eerstelijnsprofessional kunt u contact opnemen via [info@nvvpo.nl](mailto:info@nvvpo.nl).

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

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



Het volgende  
nummer van de  
POH verschijnt op  
15 maart 2019

# Wij werken in de zorg en kiezen voor de IZZ Zorgverzekering door VGZ

## Enkele voordelen:

- ✓ Ruime vergoedingen voor fysiotherapie en mantelzorg
- ✓ Alles makkelijk regelen via de app
- ✓ Maximaal 10% collectiviteitskorting
- ✓ Kinderen tot 18 jaar gratis meeverzekerd

## Basisverzekering\*

€ 105,95

## Aanvullend\*\*

€ 15,-

# sluit je aan!

[www.vgzvoordezorg.nl/izz/meerweten](http://www.vgzvoordezorg.nl/izz/meerweten)

Al meer dan 40 jaar

de **izz** zorgverzekering<sup>®</sup> door VGZ  
van mensen in de zorg.



\* Premie van IZZ Basisverzekering Bewuzt op basis van € 385 verplicht eigen risico.

\*\* Premie voor het totaalpakket Bijzonder Bewuzt.



A portrait of Arjan Zuidema, a middle-aged man with short brown hair, wearing a blue and white checkered button-down shirt. He is sitting at a desk with a computer keyboard in front of him. The background is a light green wall with a framed abstract painting of white flowers.

## de POH is

Arjan Zuidema

### Werkt

Als praktijkondersteuner bij Praktijk Nieuwe Zeeweg in Noordwijk voor 20 uur per week. Doet, behalve spreekuur voor chronisch zieken, de wondbehandeling in de huisartsenpraktijk. Daarnaast werkzaam als verpleegkundige in de thuiszorg.

### Naast het werk

Sinds september 2018 lid van het kwaliteitsteam bij de regionale organisatie van Huisartsen West-Nederland.

### Bijzonder

Bewondert de veerkracht en draagkracht van mensen in voor hun moeilijke situaties en hoe daar weer iets positiefs uitkomt.

### Samenwerking

Werkt samen met de huisartsen, praktijk-assistenten en collega's in de ketenzorg en in de thuiszorg. Ieder zet zich vanuit haar/ zijn eigen expertise in om de zorg rondom de (chronische) patiënt in goede banen te leiden. De patiënt speelt daarin, als belangrijkste samenwerkingspartner een sleutelrol.

### Favoriete websites

Te veel om op te noemen! Voor patiënten zijn [www.keerdiabetesom.nl](http://www.keerdiabetesom.nl) en [www.hartwijzer.nl](http://www.hartwijzer.nl) mooie sites. Voor mijzelf is de website van de NVvPO een favoriet.

### Tips voor collega's

Blijf je altijd ontwikkelen in je vak en geniet van kleine successen.

*'De patiënt is de belangrijkste samenwerkingspartner'*