



De laatste Longpuntbijeenkomst voor de vakantieperiode: 17 mei 2018 in Leerdam.

Marja (van de werkgroep) was niet aanwezig en de reden waarom werd duidelijk door haar ingebrachte info. Ze had een compilatie gemaakt van aanwezige informatie omtrent wijziging van medicijnen. Ze is daardoor zelf ziek geworden en had kopieën gemaakt om rond te delen. In navolging van vorige maand werd ook in Leerdam aan de bezoekers gevraagd om de bezoekersenquête, over onderwerpen voor 2019, in te vullen, met dien verstande dat degenen die dat vorige maand al gedaan hadden in Gorinchem dit niet nogmaals hoefden te doen.

Annie opende met de mededeling dat Dhr. Hammers verhinderd was en er waren in de regio op zo'n korte termijn geen vervangers beschikbaar. Om de middag gewoon door te kunnen laten gaan kondigde Annie haarzelf als spreker aan: Annie (fysiotherapeut en werkgroeplid) met het onderwerp:

### **“COPD-zorg in de 1e lijn”**

Dit raakt redelijk dicht aan het oorspronkelijke thema.

COPD-zorg in de 1e lijn bestaat uit:

- Huisarts
- POH-er
- diëtist
- ergotherapeut
- fysiotherapeut
- apotheker
- logopedist
- thuiszorg
- wet MEE (ter ondersteuning)
- psychiater
- maatschappelijk werk

Bij 1e-lijn hulp is de spil in het geheel de huisarts.

Hij (waar hij staat mag zij gelezen worden) is degene die bepaald wie welke zorg ontvangt. Hij hoort je aan, ziet je (observatie) en luistert.

Van dit verkregen beeld concludeert hij; met als hulpmiddelen: de zorgstandaard en longfunctiemeting. Rekening houdend met: leeftijd, lengte, gewicht, man/vrouw, oorsprong (Azië, Afrika, Europa)

De POH-er mag verwijzen! Bijvoorbeeld naar fysio, diëtist, ergotherapeut, (bij heesheid/slikproblemen) logopedist, (bij angst) psychiater. *Deze werkwijzen zijn, uiteraard, ook beschikbaar voor de 2e lijn.*

Apotheek. Hier werd de compilatie van Marja besproken. Wie heeft welke rol hierin. Huisarts, apotheker en/of zorgverzekeraar. Dit leverde een diepgravende discussie op want bijna iedereen wordt wel eens met andere medicijnen geconfronteerd.

Daar waar voorheen de 'gold' kwalificatie leidend was, is het nu het ziektebeeld.

Ziektelastmetingen bepalen bij wie men behandeld wordt.

2 Longaanvallen, ziekenhuisopnames, minder dan 1 1/2 liter inhoud en een BMI van minder dan 21 zijn aanleidingen om de 2e lijn in te schakelen. Indien angst een prominente rol speelt is het mogelijk om naar een psycholoog of psychiater te worden verwezen.

Aangegeven werd: **Weet wat je wilt en houdt je vast aan wat jij wilt en ben niet bang om de arts te bellen.**

1e Lijns zorg gaat bij verergering naar de 2e lijn maar bij verbetering weer terug naar de 1e lijn, eventueel met thuiszorg. Thuiszorg (hier is goed overleg belangrijk): Leg goed uit wat je als klant wenst. Ook wat je wilt als het einde in zicht komt en het echt niet meer gaat. (zie daarvoor ook verslag van vorige maand)

Als de problematiek te groot wordt en men het in het dagelijks leven echt niet meer ziet zitten wat de toekomst brengt, komt de 3e lijn in zicht. 3e Lijn is b.v. een longrevalidatiecentrum. Daar wordt men 5 dagen per week intensief begeleid op individueel niveau binnen een groep. Hierbij worden alle aanwezige zorgverleners ingezet waar nodig.

Na de presentatie van Annie nam Clementien het woord en bedankte Annie voor haar op zo korte termijn geleverde prestatie!

Hierna deelde Clementien mee dat zij stopt als Longfondsconsulente en dat haar opvolgster Josien van Essen wordt.

In plaats van bloemen krijgen gaf ze ze deze keer weg aan de werkgroep. Derhalve werden Annie en Jan (beiden werkgroep lid) naar voren geroepen om ze in ontvangst te nemen.

Omdat Longfonds een andere aanpak voorstaat wordt er een landelijke uitvraag gedaan om te weten of na jaren van investeren er ook een meerwaarde is ontstaan door de Longpunten en of er verbeterpunten nodig zijn. De enquête wordt via de mail verspreid.

Tot na de zomervakantie. We zien elkaar weer 18 september in Gorinchem waar het thema [Inhaleren in de praktijk](#) op het programma staat.