

nopa

MAGAZINE

Vakblad voor
physician assistants

Interview

'ALS EEN KIND OVERLIJDT,
IS HET EXTRA ZWAAR'

Onderzoek

GGZ WEET NOG NIET
WAT EEN PA KAN

Nieuwe NAPA-voorzitter
Bert Speijer

'IK VIND HET
LEUK OM
RICHTING
TE GEVEN'

15

OKTOBER 2019

INHOUD

Coverfotografie: Kees van de Veen



04

Interview

'DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG KAN NIET MEER ZONDER DE PA'

Bert Speijer begint in november als nieuwe voorzitter van de NAPA: 'De hoge organisatiegraad van NAPA bevordert onze geloofwaardigheid.'

08

Interview

'WE BIEDEN ANGST-, STRESS- EN PIJNVRIJE ZORG VOOR IEDER KIND'

Marieke Deinum wordt een van de eerste PA's kinder-anesthesiologie en ook nog eens in een nieuw ziekenhuis: het Prinses Máxima Centrum. 'Toen ik begon moest de functieomschrijving nog worden gemaakt.'

12

Casus in beeld

EEN NIEUWE MANIER OM EEN TROMBOSEARM TE BEHANDELEN

Het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven behandelt de trombosearm op een innovatieve manier: een kathetergeleide trombolysen van het stolsel.

18

In de praktijk

DE PA MAAKT HET WERK BEHAPBAAR

Steeds meer huisartsen schuiven taken door naar een PA. In Arnhem heeft ook de huisartsenpost die stap gezet. 'De PA's zijn welkome collega's.'



24

Onderzoek

GGZ NOG TERRA INCOGNITA VOOR DE PHYSICIAN ASSISTANT

De PA is nog vrijwel onbekend in de geestelijke gezondheidszorg. Een onderzoek toont de drempels en kansen.

EN VERDER

- 7 Column Marcel Levi
- 15 Praktijkperikel
- 27 Colofon
- 27 Goed om te weten



HET ZWARTE GAT

De afgelopen maanden kreeg ik geregeld de vraag: 'En, wat ga je doen als je voorzitterschap erop zit?' 'Op naar het zwarte gat', gaf ik vaak als antwoord. Ik bedoelde het als grap, maar had eigenlijk geen idee wat ik daadwerkelijk zou gaan doen na 14 november. Daarbij komt: wat is dan het zwarte gat? Ik geloof dat Stephen Hawking er zijn hele leven naar gezocht heeft. De afgelopen drie jaar heeft NAPA eigenlijk altijd in mijn hoofd gezeten. Hoe gaan we verder met het beleidsplan? Moeten we reageren op dat ene bericht? Heb ik komende week afspraken? En past dat thuis? Moeten we iets regelen?

Begrijp me goed, dit is geen klagzang. Zeker niet zelfs. Je inzetten voor iets als een beroepsvereniging, geeft je veel terug. Helemaal als voorzitter, maar ik denk dat alle collega's die zich voor de vereniging inzetten er allemaal iets voor terugkrijgen. En dat kan voor iedereen weer anders zijn. Voor mij geldt dat ik veel geleerd heb over mijzelf, over de kracht van een vereniging (hoe een vereniging kan draaien). Over hoe de politiek werkt. Je komt in contact met mensen die je anders nooit zou ontmoeten. En ik ben op plekken geweest waar je als burger niet zult komen. Bijvoorbeeld het Ontbijt met de minister, een dag na Prinsjesdag. Of deelname aan de rondetafelgesprekken in de Tweede Kamer over de arbeidsmarktproblematiek in de zorg. Dit vond ik vooral een compliment voor wat we als vereniging in al die jaren bereikt hebben.

Nu staan we voor ons vijftienjarig jubileum. We hebben weer een paar stappen gezet op weg naar een vaste plek binnen de gezondheidszorg. Maar nog steeds liggen er voldoende uitdagingen op ons te wachten. Gelukkig doen we dat samen. Met het bureau, alle collega's in bestuur, commissies en vakgroepen. Maar ook iedereen die er binnen zijn of haar eigen instelling voor zorgt dat het beroep van PA zichtbaar is. Inmiddels stroomt mijn agenda na 14 november langzaam voller: meer met de band spelen (te beginnen 14 november!), voetballen, studenten begeleiden bij eindproducten. En als NAPA een beroep op mij doet om aan een klus mee te werken, dan sta ik daar altijd voor open. Toch geen tijd voor het zwarte gat!

Vincent Straten

Tot 14 november voorzitter van NAPA

vstraten@napa.nl



BERT SPEIJER

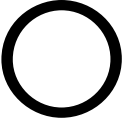
DE NIEUWE VOORZITTER
VAN DE NAPA

**‘De
Nederlandse
gezondheidszorg
kan niet meer
zonder de PA’**

Bert Speijer wordt de nieuwe NAPA-voorzitter en volgt daarmee Vincent Straten op. Na drie jaar bestuurservaring binnen de NAPA, lijkt de voorzittersrol hem op het lijf geschreven. 'Ik voel me enorm betrokken als vertegenwoordiger voor alle PA's.'

tekst Milou van Ingen

beeld Kees van de Veen

 op 14 november, tijdens PA-congres INVEST, wordt Bert Speijer, PA in het wervelkolomcentrum (WKC) in het Universitair Medisch Centrum Groningen, benoemd tot de nieuwe voorzitter van de NAPA.

De in Eindhoven geboren Speijer heeft Brabant, via Twente, verruild voor het hoge noorden. In Groningen begon hij in 1991 aanvankelijk met de academie voor lichamelijke opvoeding. Door een blessure moest hij helaas stoppen. Vervolgens deed hij een jaar pedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen, met als plan bewegingswetenschappen te gaan studeren. Tijdens dit universitaire jaar merkte hij echter dat hij de verkeerde keuze had gemaakt. 'Op advies van mijn moeder ben ik me gaan oriënteren op hbo-verpleegkunde. Hierin zag ik direct mooie mogelijkheden om mij te kunnen blijven ontwikkelen.'

Wervelkolom

Het bewegingsapparaat bleef centraal staan in de carrière van Speijer. Hij begon aanvankelijk als verpleegkundige in de revalidatiegeneeskunde. Als senior verpleegkundige stapte hij vervolgens over naar de afdeling Neurologie/Neurochirurgie. Tijdens zijn opleiding tot neuroverpleegkundige, kreeg hij de kans om te solliciteren voor PA binnen het wervelkolomcentrum (WKC). Hier werken de specialismen neurologie, neurochirurgie, orthopedie, traumachirurgie, revalidatie en anesthesiologie samen.

'Door het werken als verpleegkundige had ik ondertussen veel ervaring opgedaan met wervelkolomgerelateerde problematiek. Er werd destijds ook geëxperimenteerd met klinische opnames van patiënten met chronische pijn. Zodoende kwam ik in aanraking met patiënten met complexe chronische pijn. Tijdens mijn PA-opleiding mocht ik samen met mijn collega's werken aan de officiële start en ontwikkeling van het WKC. Momenteel staan we voor een nieuwe mijlpaal, namelijk samenwerken in een nieuw te vormen UMCG Pijncentrum', aldus Speijer.

Veel ervaring

Speijer is al drie jaar bestuurslid van de NAPA. 'Ik voel me enorm betrokken als vertegenwoordiger voor alle PA's. Ik vind het leuk om vergaderingen richting te geven en iedereen hierin betrokken te laten zijn. Mijn uitdaging is dat we hierdoor slagvaardig blijven en genoeg tijd overhouden om te blijven kijken naar ontwikkelingen in ons beroep.'

Speijer heeft al veel ervaring in de bestuurlijke wereld. 'Tijdens mijn studie, werk en als vrijwilliger heb ik vele bestuurlijke functies gehad en ervaring opgedaan als voorzitter.' Bijvoorbeeld van de studentenraad in het 'Florence Network', een van Europa's oudste netwerken van de hogere verpleegkundeopleidingen. Daarnaast heeft hij diverse voorzittersrollen gehad binnen het UMCG, onder andere bij NU'91, de commissie voor organisatieveranderingen van de ondernemingsraad en uiteraard de vakgroep PA van het UMCG. De procedure om voorzitter van de NAPA te worden verliep uiterst nauwkeurig. 'Alle leden van de NAPA konden solliciteren. De commissie bestond deels uit bestuurs- en ledenraadleden. Deze heeft na de gesprekken een voorkeur uitgesproken. Het besluit, en ook de officiële benoeming, is na goedkeuring door de raad genomen', aldus een enthousiaste en gedreven Speijer. Tot zijn benoeming wordt hij ingewerkt door zijn voorganger Vincent Straten.

Leiderschap

Doelstellingen worden voornamelijk geformuleerd door het bestuur in samenwerking met de ledenraad. Speijer benadrukt dat het niet om hem, maar om de leden draait. 'Ik vind het wel van belang de koers voort te zetten die ik mede heb kunnen vormgeven in het strategisch plan van 2018-2021. Voor het thema leiderschap wil ik wel een lans breken. De ontwikkeling van leiderschapscompetenties voor PA gaan niet over leiding nemen, maar meer over goed voor jezelf blijven zorgen (persoonlijk leiderschap), het goed positioneren van de PA-functie in de praktijk (professioneel leiderschap) en het uitdragen van kennis over dit mooie beroep (publiek leiderschap). Ik zie hierin ook een belangrijke rol weggelegd voor de PA-opleidingen en nascholingen. Dit thema past ook goed bij het sinds 2015 aangepaste CanMeds-model in Canada.' Tevens een mooi weetje van Speijer: 'De rol van manager binnen de Canadese PA-opleiding is vervangen door de rol van leider!' Hij hoopt dat wij de politiek maar ook bestuurders kunnen bewegen zich niet blind te staren op de kosten van de PA, maar ook blijven kijken naar het effect dat de PA kan hebben op het verhogen van kwaliteit en continuïteit van patiëntenzorg.

'Blijf kijken naar ontwikkelingen in ons beroep'

BERT SPEIJER

Leeftijd: 46 jaar

Opleiding: Master Physician Assistant 2007 aan Hanzehogeschool Groningen

Privé: al achttien jaar getrouwd met Liesbeth, zij hebben drie sportieve kinderen (16, 14 en 11 jaar)

Weetje: Bert is al 28 jaar actief als volleybaltrainer en hij heeft een tweelingbroer!



Trots

Behalve een nieuwe voorzitter krijgt de NAPA drie nieuwe bestuursleden. Speijer is benieuwd naar de nieuwe dynamiek die gaat ontstaan. 'Ik hoop met het gehele bestuur een verdere ontwikkeling door te maken die ten goede komt aan de NAPA en haar leden en ik heb hierin het volste vertrouwen. Er wordt de komende jaren in elk geval gewerkt aan doelstellingen uit het huidige strategisch plan met ook weer een vervolg hierop voor de jaren erna', aldus Speijer. Hierbij wordt ook gerekend op input vanuit de leden. Speijer wil naast organisatorische zaken binnen de NAPA ook graag inhoudelijke ontwikkelingen blijven zien. 'Ik zou graag artikelen, ook wetenschappelijke, willen blijven tegenkomen die door - of mede door - PA's zijn geschreven binnen het specialisme waarin ze actief zijn, en waaruit blijkt welke belangrijke bijdrage een PA levert.' Speijer is trots op de huidige NAPA, omdat dit de enige organisatie is die het belang van PA's in Nederland vertegenwoordigt en rechtstreeks in contact staat met steeds meer stakeholders in de gezondheidszorg. 'We hebben een hoge organisatiegraad. Dit bevordert de geloofwaardigheid van onze organisatie. De NAPA is laagdrempelig bereikbaar gebleven voor de leden en dat wil ik graag zo houden. De ontwikkeling van steeds meer NAPA-vakgroepen geeft ons beroep een "gezicht" naar buiten. De vakgroepen worden bijvoorbeeld steeds vaker

betrokken bij de ontwikkeling en actualisering van medische richtlijnen en kwaliteitskaders. Zo leveren we samen een positieve bijdrage aan de positionering van ons beroep.'

Toekomst

Speijer heeft een zonnige visie op de toekomst van de PA. 'We hebben een fantastisch beroep dat kan worden ingezet binnen alle medische domeinen. De professionele ontwikkeling die de PA in Nederland heeft doorgemaakt de afgelopen vijftien jaar is van hoog niveau en wordt wereldwijd inmiddels gezien als voorbeeld. Ik ben ervan overtuigd dat de Nederlandse gezondheidszorg niet meer zonder de PA kan. Ik voorzie, met nu meer dan 1350 NAPA-leden, dat ons beroep steeds meer naamsbekendheid zal krijgen!'

LinkedIn

'Sinds ik weet dat ik voorzitter word van de NAPA, heb ik via LinkedIn al veel PA-collega's opgezocht. Toen ik begon had ik 230 connecties en binnen drie maanden meer dan 1000. Ik werd zelfs tijdelijk geblokkeerd door LinkedIn, omdat ze dachten dat ik een recruiter was. Mijn bedoeling is korte lijnen te houden met mijn NAPA-netwerk. Bovendien is het erg interessant om deze PA-connecties te volgen, en ben ik erg onder de indruk van alle berichten die ik voorbij zie komen en die ons beroep in een mooi daglicht zetten! •

'De NAPA is laagdrempelig en dat wil ik zo houden'

Bekijk het LinkedIn-profiel van Bert Speijer
www.linkedin.com/in/bert-speijer



Dit is wat de geneeskunde van de 21ste eeuw nodig heeft

Een nieuwe collega

Nog maar een kleine eeuw geleden was het leven eenvoudig. Als je een beetje ziek was, werd je in het ziekenhuis opgenomen, waar een dokter je behandelde en verpleegkundigen je verzorgden. In de ziekenhuizen in de eerste helft van de 20ste eeuw lagen niet echt heel erg zieke patiënten: meestal ging het om wekenlange opnames voor instellen diabetes, behandeling van tuberculose of regelen van de bloeddruk. Of voor de genezing van een maagzweer met een zes weken durend dieet. Als je heel erg ziek was, bijvoorbeeld leukemie of een hartinfarct had, waren er weinig opties en ging je meestal dood nog voordat je het ziekenhuis bereikte.

Inmiddels hebben de ziekenhuizen een indrukwekkende gedaanteverwisseling ondergaan. Door de snelle ontwikkelingen in de geneeskunde zijn er in rap tempo nieuwe en succesvolle behandelmethodes voor steeds meer ziekten. En steeds meer patiënten kunnen prima in dagbehandeling of poliklinisch worden behandeld. In sommige centra is zelfs zoiets ingrijpends als een stamceltransplantatie een procedure geworden die zich vrijwel volledig buiten het ziekenhuis afspeelt. De patiënten die nog wel in het ziekenhuis liggen zijn meestal erg ziek en verdienen veel aandacht, waardoor de werkdruk van artsen en verpleegkundigen steeds verder is toegenomen.

De oplossing van de afgelopen decennia was om gewoon steeds meer artsen en verpleegkundigen op te leiden en aan te stellen. Maar dat mechanisme is de laatste jaren piepend en krakend tot stilstand gekomen. Want er zijn gewoonweg niet heel veel meer artsen en verpleegkundigen. En eerlijk gezegd is het waarschijnlijk ook niet echt



Marcel Levi
internist en CEO van het University College London Hospitals (UCLH), voorheen bestuursvoorzitter AMC
m.m.levi@amsterdamumc.nl

nodig, want ondanks de complexiteit zijn er veel medische zaken die andere disciplines heel goed kunnen overnemen. Je hoeft echt niet zes jaar geneeskunde te hebben gestudeerd en dan nog eens zes jaar een specialistische opleiding te hebben gevolgd om het vochtbeleid bij een patiënt te regelen of om de diabetes met insuline in goede banen te leiden. Of om een postoperatieve urineweginfectie te detecteren en behandeling te starten.

Dus we hebben er een nieuwe collega bij gekregen: de physician assistant. En zoals dat vaak gaat met een nieuwe collega duurt het eventjes voor de gevestigde 'oude groep' gewend is aan de nieuwe kracht en erachter komt dat deze een welkome aanvulling is in het team.

In mijn huidige Engelse werkkring is de physician assistant niet meer weg te denken in het ziekenhuis en ook in Nederland veroveren deze nieuwe collega's snel terrein. En *the sky is the limit*. Want waar veel activiteiten van de physician assistant nu nog grotendeels op ziekenhuisafdelingen plaatsvinden, is er geen enkele reden om hen niet ook in te zetten op de polikliniek of bijvoorbeeld op de Spoedeisende Hulp. Dat laatste gebeurt in Engeland al op uitgebreide schaal en met veel succes. Ook kan deze nieuwe discipline een prima rol spelen bij het uitvoeren van diagnostisch onderzoek, zoals endoscopie, of het inbrengen van diepe infusen.

Precies wat de moderne geneeskunde van de 21ste eeuw nodig heeft: niet steeds meer van hetzelfde, maar juist nieuwe disciplines, met nieuwe en meer passende expertise en opleiding. Welkom nieuwe collega's. •

'WE BIEDEN ANGST-, STRESS- EN PIJNVRIJE ZORG VOOR IEDER KIND'

Marieke Deinum is PA kinderanesthesiologie in opleiding in het Prinses Máxima Centrum in Utrecht, een nieuw ziekenhuis voor kinderen met kanker. NAPA magazine sprak haar over haar functie, ervaringen en toekomstvisie.

tekst Aafke Huitink-Verhoeven
beeld Ed van Rijswijk

Elk jaar worden ongeveer zeshonderd kinderen gediagnosticeerd met kanker. Van hen overlijdt één op de vier aan deze ziekte. Op 18 mei 2018 opende het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht haar deuren om zorg te verlenen aan kinderen met kanker.

De patiënten van het Prinses Máxima Centrum zijn uiterst kwetsbaar en gaan vaak een lang behandeltraject aan. Marieke Deinum is physician assistant (PA) kinderanesthesiologie in opleiding, en een van haar taken is de kinderen bij onderzoeken en behandelingen te vrijwaren van angst, stress en pijn – iets wat dit ziekenhuis hoog in het vaandel heeft.

Deinum begon haar carrière als anesthesiemedewerker in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Daarna werkte zij enkele jaren op de operatiekamers van het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam. Hier kwam ze in aanraking met een PA kindercomfort, een niet meer gangbare term. Dit deed haar interesse groeien. 'Ik was op zoek naar verdieping en uitdaging en ben gefascineerd door het menselijk lichaam. Ook wilde ik meer doen voor kwetsbare patiënten zoals kinderen en verlangde ik naar meer zelfstandigheid in mijn werk. In de functie van PA kwam dit voor mij samen.' September 2018 begon zij als PA in het anesthesiologisch team van het Prinses Máxima Centrum.

In paniek

Maarten Mensink is anesthesioloog en pijnarts in het Prinses Máxima Centrum en werkt met Deinum samen. Over de missie

'Het is een kans om traumatische ervaringen te voorkomen'

van het ziekenhuis en de functie van Deinum vertelt hij: 'Stress en pijn kunnen leiden tot een traumatische ervaring. Daarnaast kunnen ze nog andere negatieve effecten op patiënten hebben. We weten uit onderzoek dat iemands cognitieve staat een meetbare invloed heeft op de homeostase. Stress en pijn onderdrukken onder andere het immuunsysteem.' De ideeën over de taken van Deinum sluiten hierop aan. Mensink: 'We willen een nieuw soort professional creëren die kinderen helpt om op een stressarme manier onze behandelingen en onderzoeken te ondergaan.'

Deinum ziet haar functie als een kans om traumatische ervaringen zoveel mogelijk te voorkomen. 'Tijdens mijn werk als anesthesiemedewerker kwam ik regelmatig patiënten tegen die als kind waren getraumatiseerd tijdens een ziekenhuisopname. Grote volwassen patiënten die in paniek raakten bij het inbren-



Marieke Deinum

PA kinderaanesthesiologie in opleiding
in het Prinses Máxima Centrum voor
kinderoncologie Utrecht

'Ik was op zoek naar verdieping en uitdaging'



gen van een infuus bijvoorbeeld. Mijns inziens is dit te voorkomen door bijvoorbeeld te vragen wat zij nodig hebben om zich comfortabel te voelen en hierop in te spelen.'

Achterwacht

Het beoogde takenpakket van Deinum is nog in ontwikkeling. Het bestaat momenteel uit het uitvoeren van de poliklinische preoperatieve screening en het inbrengen van infusen en PICC-lijnen (perifeer ingebrachte centraal veneuze katheters). Ook geeft ze sedatie, variërend van lichte lachgassedatie tot diepe sedatie met propofol en opiaten. Dit wordt onder andere toegepast bij beenmergpuncties, het inbrengen van een maagsonde en pleisterwissels of het verwijderen van een Port-a-Cath. Deinum geeft daarnaast algehele anesthesie bij MRI-scans. 'Zo kunnen kinderen zonder angst of ongemak anderhalf uur stilliggen in de scan. Dit is essentieel voor goede beeldvorming.' De wettelijke kaders voor haar als PA zijn duidelijk afgebakend. Er is te allen tijde een anesthesioloog als achterwacht aanwezig. Na het voltooien van haar opleiding is Deinum bevoegd om sedatie en algehele anesthesie uit te voeren bij patiënten met ASA-klasse 1 t/m 3, waarbij ASA-3-patiënten stabiel dienen te zijn. De ASA-classificatie is een 5-puntsschaal volgens de American Society of Anesthesiologists, waarmee de preoperatieve fysieke conditie van de patiënt wordt gescoord. Bij het toedienen van algehele anesthesie werkt Deinum altijd samen met een anesthesiemedewerker en onder supervisie van een anesthesioloog. Het team waarvan Deinum deel uitmaakt bestaat uit anesthesiologen, anesthesiemedewerkers, sedatiepraktijkspecialisten, preoperatieve-screeningmedewerkers, pijnconsulenten en recoveryverpleegkundigen. Gedurende haar opleiding loopt ze, naast haar werkzaamheden binnen haar eigen team, stage op verschillende afdelingen van kinderziekenhuizen. Ook volgt ze

aanvullende cursussen zoals Advanced Life Support en Advanced Pediatric Life Support om in geval van een levensbedreigende situatie adequaat te kunnen handelen. Haar opleiding staat volledig in het kader van het kind.

Moeilijke kant

Hoewel het ziekenhuis en haar functie pas één jaar bestaan, is er al veel bereikt. Deinum is trots op wat zij en haar collega's in deze korte tijd hebben gerealiseerd. 'Toen ik in deze functie begon, moesten de functieomschrijving en de protocollen nog helemaal worden opgebouwd. Nu draaien er verschillende programma's. We begonnen met slechts vijf collega's, maar inmiddels is dat uitgegroeid tot dertig mensen! De samenwerking met de verschillende disciplines voelt voor mij vertrouwd. Als PA kan ik veel betekenen voor de patiëntjes in ons ziekenhuis.' Een moeilijke kant van haar vak vindt ze het omgaan met kinderen die overlijden. 'De meeste kinderen zien we meer dan één keer. Dat is fijn want daardoor bouw je een band op. Maar als een kind dan overlijdt, is het extra zwaar.'

Over de toekomst is Deinum positief. 'We kunnen als team ontzettend veel mooie dingen doen. Waar we voorheen een kind in de houdgreep moesten houden om "even" een maagsonde in te brengen of infuus te prikken kunnen wij nu laagdrempelig worden ingeschakeld. Het is onze missie om overal ieder kind angst-, stress- en pijnvrije zorg te bieden, ongeacht tijd en plaats. Of dit gaat lukken? Ik ga mij ervoor inzetten om deze grote droom waar te maken!' •

contact
verhoeven.aafke@gmail.com

Marieke Smelt, physician assistant, afdeling Algemene Chirurgie
& TOS expertisecentrum

prof. dr. Joep Teijink, vaatchirurg, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

prof. dr. Marc van Sambeek, vaatchirurg, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Een nieuwe manier om een trombosearm te behandelen

Ongeveer 10 procent van alle diepveneuze trombose komt voor in de armen. In zo'n 20 procent van die casussen gaat het om een primaire trombosearm. De oorzaak van de opgetreden trombose is veelal een bekneling van de ader. Bij een primaire trombosearm is vaak sprake van onderliggende anatomische afwijkingen bij de costoclaviculaire ruimte (zie *illustratie*). Dit veroorzaakt compressie en/of irritatie van de vena subclavia. Dit wordt ook wel het veneus thoracale outletsyndroom (VTOS) genoemd. Armbewegingen veroorzaken herhaalde microtrauma van de vena subclavia waardoor ontstekingen, littekenweefselvorming en fibrose kunnen ontstaan. Dit leidt tot vernauwing en trombose. Het aanvullend onderzoek bij een vermoeden op VTOS bestaat uit een X-thorax en een flebografie in neutrale positie en drie provocerende houdingen.

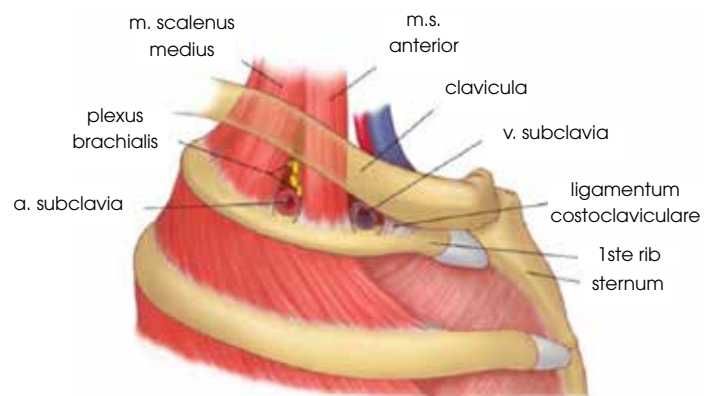
Invaliderende klachten

De behandeling van een trombosearm is van oudsher gericht op het voorkómen van verdere trombusaggregatie en het starten van antistolling. Bij 35 procent van deze patiënten is er echter na de behandeling sprake van een veneuze restobstructie, wat in veel gevallen resulteert in een posttrombotisch syndroom (PTS). Veel patiënten houden hierdoor invaliderende klachten en ervaren een verminderde kwaliteit van leven. In geval van een recidief trombosearm wordt levenslange antistolling voorgeschreven. Dit komt vaak voor bij jonge, actieve patiënten. Het gebruik van antistolling gaat gepaard met een verhoogd risico op bloedingen. Veel van deze medicatie is teratogeen waardoor het niet tijdens zwangerschap kan worden gebruikt.

Kathetergeleide trombolyse

Een nieuwe manier om een primaire trombosearm door VTOS te behandelen bestaat uit een kathetergeleide trombolyse van het stolsel. Dit moet binnen veertien dagen na ontstaan van de klachten worden uitgevoerd. Aanvullend wordt een eerste ribsectie (TOD; thoracic outlet decompressie) verricht

en wordt littekenweefsel rond de vena subclavia verwijderd (venolyse). Daarna wordt een flebografie gemaakt en bepaald of een aanvullende dotterprocedure (PTA; percutane transluminale angioplastiek) moet worden verricht. Dit is in sommige gevallen noodzakelijk omdat vaak ook aan de binnenzijde van de vena subclavia littekenweefsel is ontstaan door chronische irritatie. Heel soms kan het nodig zijn een stent te plaatsen. In onze nog relatief beperkte ervaring met 38 patiënten over de afgelopen drie jaar is meer dan 80 procent van de patiënten na deze aanpak klachtenvrij en vrij van antistollingsmedicatie.



Locatie van onderliggende anatomische afwijking bij de costoclaviculaire ruimte bij primaire trombosearm.

CASUS A

Een 25-jarige man met blanco voorgeschiedenis werd opgenomen vanwege een pijnlijke, gezwollen linkerarm met roodheid en verstoorde sensibiliteit. De klachten waren acuut ontstaan. De patiënt vertelde de afgelopen week zijn plafond geschilderd te hebben. Flebografie toonde volledige afknelling van de vena subclavia met uitgebreide collateralen (foto 1). Behandeling met trombolyse werd ingezet en na 43 uur toonde de controleflebografie weer een doorgankelijk vat (foto 2a). Opvallend was de ver-

nauwing van de vena subclavia ter hoogte van de eerste rib/clavicula die bij abductie van de arm volledig afknelt (foto 2b). Hiervoor werd een TOD verricht en vanwege een reststenose na TOD (foto 3) volgde nog een aanvullende PTA. De flebografie nadien toonde een goed doorgankelijke vena subclavia (foto 4). Postoperatief was de patiënt klachtenvrij en werd een DOAC voorgeschreven voor zes weken. Nadien was geen antistolling meer geïndiceerd. Follow-up bedraagt inmiddels drie jaar.

Foto 1 Flebografie waarop volledige afknelling van de vena subclavia met uitgebreide collateralen is te zien.

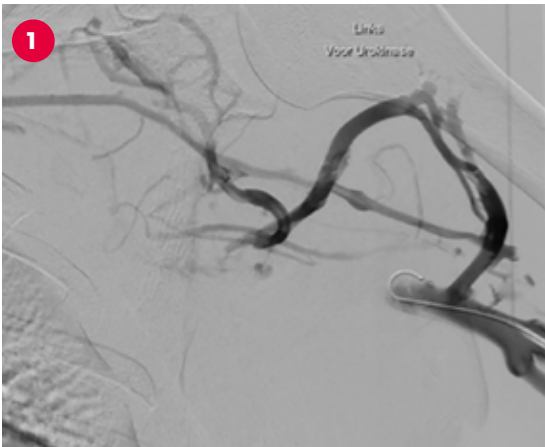


Foto 3 Flebografie waarop reststenose na TOD zichtbaar is.

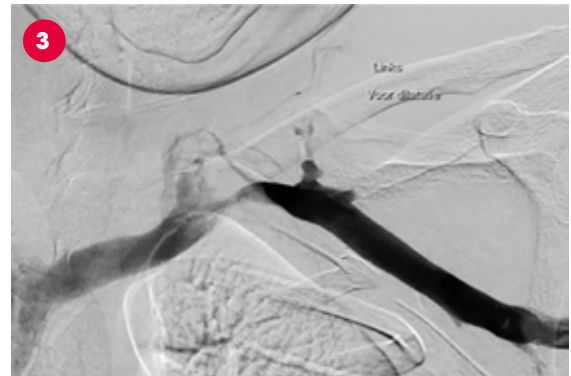


Foto 2a Controleflebografie 43 uur na de trombolyse.

Foto 2b Flebografie 43 uur na de trombolyse waarop vernauwing van vena subclavia clavicula bij abductie van de arm is te zien.

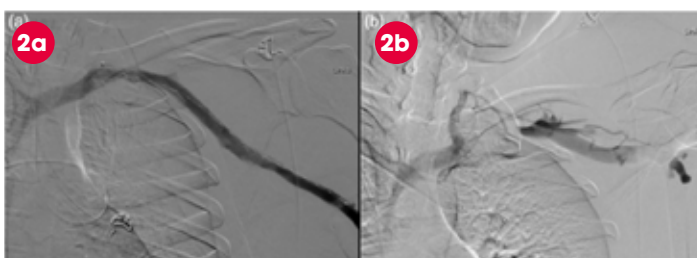
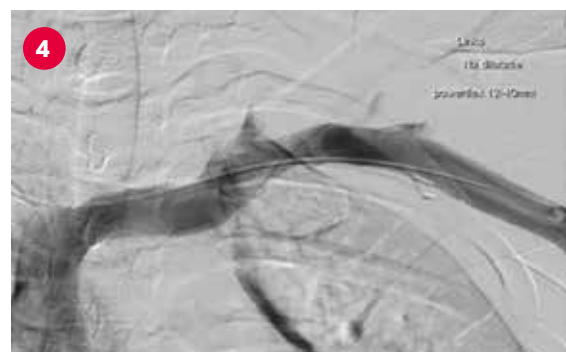


Foto 4



CASUS B

Een 28-jarige vrouw met blanco voorgeschiedenis werd drie maanden behandeld met acenocoumarol vanwege een primaire trombosearm rechts. Ondanks medicamenteuze behandeling bleef ze bij inspanning klachten houden. Ze beschreef een gevoel van afknelling, pijn en zwelling bij sporten en bij werken boven haar macht. Nadat ze was gestopt met de acenocoumarol kreeg ze een recidief trombosearm waarna de antistolling werd herstart. Behoudens oestrogeengebruik in het verleden werd in de tweede lijn geen oorzaak gevonden. De patiënte had een actieve zwangerschapswens en wenste de antistolling te staken. Ze werd in ons TOS expertisecentrum aangemeld voor een second opinion. Hier toonde de X-thorax geen afwijkingen. Flebografie toonde in 120 graden-abductie een volledige afknelling van de vena subclavia bij de costoclaviculaire overgang. Er werd een TOD met venolyse en PTA verricht waarna voor zes weken een DOAC werd voorgeschreven. Patiënte was postoperatief klachtenvrij en vrij van antistollinggebruik. Inmiddels is zij bevallen van een zoon.

Conclusie

Bij een primaire trombosearm is het belangrijk om snel te verwijzen naar de vaatchirurg en in een centrum met voldoende expertise op het gebied van VTOS een diagnose te stellen. Medicamenteuze behandeling geeft een hoog risico op invaliderend posttrombotisch syndroom en een verminderde kwaliteit van leven. Het risico op een recidief trombosearm met daarbij een levenslange indicatie voor antistolling is hoog omdat de thoracic outlet-compressie blijft bestaan. De geschetste nieuwe invasieve behandeling herstelt de doorgankelijkheid van de vena subclavia, waarmee PTS-klachten en de noodzaak tot langdurige antistolling zijn te voorkomen. Physician assistants kunnen samen met de vaatchirurgen een belangrijke rol spelen in de preoperatieve TOS-screening en het postoperatieve behandeltraject. •

contact
marieke.smelt@catharinaziekenhuis.nl

De bronnen vindt u bij dit artikel op napa.nl/magazine

De
weegschaal
confronteert
mij met een
bikkelharde
werkelijkheid



Hoe zit het eigenlijk met mijn eigen gezondheid?

tekst Petra van Houten beeld Getty Images

Obesitas is een wereldwijd probleem waarbij onder andere leefstijl, inzicht, psychische en sociaaleconomische factoren een grote rol spelen. Mensen bewegen tegenwoordig weinig of niet en zitten de hele dag achter een beeldscherm. Vaak is er sprake van een verkeerd eetpatroon: maaltijden worden overgeslagen en er is onvoldoende inzicht in portiegrootte en gezonde voedingsmiddelen. Door gebeurtenissen in het verleden, stress of een in toenemende mate negatief zelfbeeld naarmate het gewicht toeneemt, ligt emotie-eten op de loer.

Een gezond BMI ligt tussen de 18 en 25. Bij een BMI boven de 25 is er grote kans op het ontstaan van comorbiditeiten zoals hypertensie, verhoogde cholesterolwaarden, gastro-oesofageale reflux, diabetes mellitus. Voor een gezond gewicht is ook de verdeling van het lichaamsvet belangrijk.

Als physician assistant in een obesitaskliniek begeleid ik dagelijks patiënten voor en na een bariatrische operatie. De patiënten hebben hun overgewicht meestal te danken aan

een langdurig ongezonde leefstijl met als gevolg een, in de loop der jaren, langzaam oplopende BMI. Ik bespreek onder meer het proces rondom de operatie en leg daarbij uit dat de operatie een hulpmiddel is voor gewichtsverlies, maar dat voor resultaat op de lange termijn de leefstijl veranderen het allerbelangrijkste is. Om een gezonde BMI te bereiken, betekent dit regelmatig bewegen – volgens de Nederlandse beweegnorm – en gezond en met mate eten.

Terwijl ik dag in dag uit deze verstandige woorden uitspreek naar mijn patiënten, vraag ik mij ineens af hoe het met mijn eigen gezondheid gesteld is. Voldoe ik zelf aan de voedings- en beweegnorm en hoe zit dat bij mijn collega-PA's en artsen met hun drukke onregelmatige en stressvolle banen? Als ik kritisch naar mijzelf kijk, weet ik dat mijn eetpatroon behoorlijk te wensen overlaat en moet ik toegeven dat mijn kleding de laatste tijd wel een stuk strakker zit. Met mijn drukke leven als excuus, sla ik geregeld een maaltijd over, wat ik vervolgens 'bijsnack' met voedingsmiddelen van een zeer bedenkelijke voedingswaarde. De braaf aangeschafte 'fitbit' toont aan het eind van de dag meestal niet meer dan drieduizend stappen, het resultaat van het loopje tussen de behandel- en de wachtkamer. Sporten of geregeld bewegen schiet er vaak volledig bij in.

Ik stof mijn weegschaal af en ga er met enige angst opstaan. Ik constateer grimmig een BMI van 29. Dicht bij de grens van overgewicht waarbij wordt geadviseerd om hulp te vragen bij het afvallen! Nou ja zeg. De weegschaal confronteert mij met een bikkelharte werkelijkheid. Hoe kan ik de mensen begeleiden als ik zelf niet voldoe aan de criteria? De schrik slaat mij om het hart, maar dan denk ik: blijf kalm, 'practice what you preach'.

Ik heb mijn leefstijl radicaal omgegooid. Ben nog steeds druk, maar vind dat geen excuus om niet regelmatig gezond te eten en voldoende te bewegen. Sporten is lastig, maar bewegen kan altijd en overal. Achter het stuur in de auto, de trap in plaats van de lift nemen, boodschappen doen op de fiets, gebruikmaken van een 'stabureau'. Noem maar op.

Mijn BMI is nu weer gezond. Hoe is dat bij jou? •

contact
petravanhouten@gmail.com



GESLAAGDE PILOT: INZET PHYSICIAN ASSISTANT
OP DE HUISARTSENPOST

DE PA MAAKT HET WERK BEHAPBAAR

De 'kruisbestuiving' tussen physician assistants en huisartsen op de huisartsenpost Arnhem-Noord blijkt goed te werken. De toegevoegde waarde en inzetbaarheid van PA's hebben zich met deze pilot ruimschoots bewezen.

tekst Aafke Huitink-Verhoeven

beeld Getty Images



Huisartsenpraktijken kiezen steeds vaker voor de inzet van een physician assistant (PA) voor taakherschikking. De laatste jaren neemt landelijk het aantal vacatures voor PA's binnen dit specialisme toe. Naast huisartsenpraktijken doen PA's ook hun intrede in de huisartsenpost (hap). Zo ook bij Onze Huisartsen, die in januari 2019 een locatie heeft verhuisd van Velp naar het terrein van ziekenhuis Rijnstate in Arnhem, naast de Spoedeisende Hulp. Sharon Sommers, PA huisartsgeneeskunde, stond als projectleider aan de wieg van een pilot waarbij PA's naast huisartsen op de hap werden ingezet. Zij werkt hier samen met onder andere Peter van de Berg, PA ambulancezorg, en Rian Hendriks, huisarts.

Zelfverwijzers

Sommers is tevens werkzaam in huisartsenpraktijk Linders in Arnhem. Vanuit deze functie kreeg ze de vraag de functie van PA in te voeren binnen de hap. Eric Scheppink, directeur van Onze Huisartsen Arnhem, vertelt waarom deze keuze werd gemaakt: 'Het idee ontstond ten tijde van de beoogde verhuizing van de hap Arnhem-Noord van Velp naar de locatie grenzend aan zie-

kenhuis Rijnstate. Er bestond enige schroom onder de werkzame huisartsen. De verwachting was dat de verhuizing gepaard zou gaan met een verlegging van de patiëntenstroom en toename van werkdruk.' Scheppink doelt op patiënten die zich zonder verwijzing melden op de Spoedeisende Hulp (SEH), de zogenaamde 'zelfverwijzers'. In de nieuwe situatie werd verwacht dat de huisartsendienst circa zesduizend zelfverwijzende patiënten per jaar extra zou gaan zien. Omdat de werkdruk en dienstbelasting onder de huisartsen al maximaal waren, werd gezocht naar een duurzame en robuuste oplossing waarbij de inzet van de PA snel kwam bovendrijven als optie. Scheppink: 'De huisartsen vonden het belangrijk om niet als fiatteur of controleur te hoeven optreden. De inzet van zelfstandig werkende, bekwame PA's zou zorgen voor een verlaging van de werkdruk. Het project werd daarmee voorwaardelijk voor het doorzetten van de verhuizing van de hap. De PA's waren welkomme collega's.'

Breed takenpakket

Januari 2019 begon Sommers, samen met drie collega-PA's als eerste PA op de hap in de regio Arnhem. Inmiddels zijn er



'We zien dat huisartsen en PA's zelfs van elkaar leren!'

voor intercollegiaal overleg. Er is bewust voor gekozen om geen onderscheid te maken in welke patiënten wij wel of niet zouden zien. Reden hiervoor was dat we de kans wilden benutten te onderzoeken waar wij als PA inzetbaar kunnen zijn en wat hiervan het effect is. Na kwartaal één is afgesproken de eerste ervaringen en resultaten van de pilot te evalueren en indien gewenst daarna ons takenpakket aan te passen.'

Afwachtende houding

Hendriks was een van de huisartsen met wie Sommers ging samenwerken. Zij keek vanaf de start van het project positief aan tegen de samenwerking met PA's. Wel bemerkte zij onder collega's enige terughoudendheid. Hendriks: 'Zelf had ik bij de start van dit project al positieve ervaringen met het werken met PA's. Sharon was voor mij in de huisartsgeneeskunde een bekende. Ik wist dus wat ik van een PA kon verwachten. Enkele collega-huisartsen hadden een afwachtende houding. Onbekend maakt toch onbemind; zij vroegen zich vooral af wat de bekwaamheden en bevoegdheden zouden zijn van PA's en waar de eindverantwoordelijkheid zou liggen. PA's zijn in staat een groot deel van de patiëntbeoordelingen op de hap zelfstandig uit te voeren. Natuurlijk zijn er gevallen die een huisarts moet zien, maar dat zijn uitzonderingen op de regel. Doordat PA's nu officieel BIG-geregistreerd zijn, is ook duidelijk waar de verantwoordelijkheid ligt. Iedere PA heeft vanuit vorige werkervaringen al een ruime expertise en geschiedenis. Ook dit komt regelmatig van pas tijdens het werk. Denk aan bijvoorbeeld een PA met ambulanceachtergrond die zeer adequaat een 'pijn op de borst'-patiënt kan beoordelen, of een PA met als achtergrond fysiotherapie die veel weet van het bewegingsapparaat. We zien dat huisartsen en PA's door deze samenwerking zelfs van elkaar leren!'

Kruisbestuiving

Ook Van de Berg herkent zich in het verhaal van Hendriks. Hij merkte al snel dat de 'koudwatervrees' plaatsmaakte voor enthousiasme, vertrouwen en een prettige complementaire samenwerking. 'Nadat wij onze toegevoegde waarde als PA hebben bewezen, merkte ik al snel dat we een gelijkwaardige

daarnaast zes PA's in opleiding in dienst gekomen. Vanwege het onvoorspelbare karakter in patiëntaanbod op de hap en heterogeniteit in bekwaamheden van de PA's werd bij aanvang van de pilot gekozen voor een breed takenpakket. Sommers: 'Sinds deze nieuwe situatie is er een gezamenlijke ingang voor patiënten. In principe hoort een patiënt telefonisch een afspraak in te plannen. Een patiënt die zich meldt zonder afspraak, een zogenaamde "zelfverwijzer", wordt binnen vijf minuten getrieerd door de triagist van de huisartsdienst. Deze patiënt krijgt een advies, een consult of een doorverwijzing naar de SEH.' Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen patiënten die door een huisarts of een PA worden beoordeeld. Deze aanpak is innovatief, aangezien landelijk veelal gekozen wordt voor een smaller, afgebakend takenpakket. Ondanks de brede insteek met dit takenpakket van de PA's wordt te allen tijde voldaan aan de wettelijke voorwaarden waaraan een PA tijdens de werkzaamheden moet voldoen. Sommers: 'Op de hap wordt gewerkt met een werklíjst. Hierop is voor zorgverleners de reden van komst en de triage zichtbaar. De PA kijkt op basis van eigen bekwaamheid welke patiënt geschikt is om te zien. Uiteraard is er altijd een huisarts beschikbaar

gesprekspartner werden. We zijn benaderbaar en breed inzetbaar in de dagelijkse patiëntenzorg. We hebben laten zien dat wij in staat zijn het kaf van het koren te scheiden en adequaat te differentiëren tussen acute en niet-acute gevallen.' Ook herkent Van de Berg zich in de door Hendriks beschreven 'kruisbestuiving' op de werkvloer. Zelf heeft hij door zijn achtergrond in de acute zorg huisartsen kunnen ondersteunen bij de opvang van instabiele patiënten. Dit werkt volgens Van de Berg twee kanten op: 'Andersom leer ik ontzettend veel van een medebeoordeling van huisartsgeneeskundige kwalen. Kortom, intercollegiale consulten leveren door de brede achtergrond van de verschillende professionals leuke besprekingen en discussies op. Ontzettend leerzaam!'

PATIËNTTEVREDENHEID

	Aantallen (n=81)	Gemiddeld cijfer (n=80)
Zorgverlener n(%)		
Huisarts	35 (43)	8,9
Physician assistant	46 (57)	9,3
Geslacht n(%)		
Man	30 (37)	9,3
Vrouw	51 (63)	9
Leeftijd in jaren		
0-30	35 (43)	8,9
30-60	35 (43)	9,3
60-90	11 (14)	9,2

Patiënten waren positief over de consultvoering van zowel huisartsen als PA's

Urgentie	Aantallen huisartsen n=961 (%)	Aantallen physician assistants n=914 (%)
U1-Levensbedreigend	3 (0,3)	1 (0,11)
U2-Spoed	371 (38,6)	186 (20,4)
U3-Dringend	531 (55,3)	615 (67,3)
U4-Routine	55 (5,7)	106 (11,6)
U5-Advies/Andere dag	1 (0,1)	6 (0,66)

De aantallen urgenties gezien door beide disciplines.

'We hebben laten zien dat wij in staat zijn het kaf van het koren te scheiden'

Positieve resultaten

Recent onderzoek binnen de hap ter evaluatie van de pilot laat positieve resultaten zien. Zowel verschillen in de werkzaamheden van de PA's en huisartsen als de patiënttevredenheid werden geanalyseerd. De onderzoekers keken naar de patiëntkarakteristieken, de urgentie categorie, de afhandeltijd, het aantal doorverwijzingen en de gedocumenteerde International Classification of Primary Care (ICPC)-code (diagnosecodering huisartspraktijk). Het onderzoek toonde geen significante verschillen in de werkzaamheden en patiëntbeoordeling tussen PA's en huisartsen. Wel was er een klein verschil in het aantal beoordelingen van patiënten met een hogere urgentieklasse. Tijdens de onderzoeksperiode zagen de huisartsen deze groep meer, mogelijk doordat zij nachtdiensten doen en PA's niet. De patiënttevredenheid was in beide groepen gelijk. Patiënten waren positief over de consultvoering van zowel huisartsen als PA's. Sommers: 'Een prachtig resultaat waar wij als team ontzettend trots op zijn. Dit project heeft laten zien dat bij inzet van PA's kwaliteit en veiligheid gewaarborgd blijven. Daarnaast hebben we winst behaald in het bieden van continuïteit: doordat wij als PA relatief veel aanwezig zijn op de hap, zijn we een vast gezicht van de post geworden. Wij kennen hier de weg, wat de patiëntenzorg ten goede komt!'

Toekomst

Over de toekomst van het project is iedereen het eens: het wordt voortgezet, waarbij er op dit moment nog geen aanpassing plaatsvindt van het takenpakket van de PA. De toegevoegde waarde en inzetbaarheid van Sommers en haar collega's hebben zich ruimschoots bewezen. Als toekomstperspectief wordt een intensivering van de samenwerking met huisartsenpraktijken, de ambulancedienst en de SEH genoemd. Een vergelijkbare combinatiefunctie als die van Sommers en Van de Berg is misschien eveneens mogelijk op de SEH, want de inzet van PA's leidt tot behapbare zorg! •

contact
verhoeven.aafke@gmail.com

PA KAN CONTINUÏTEIT
EN SOMATISCHE KENNIS
INBRENGEN

GGZ NOG
TERRA
INCOGNITA
VOOR DE
PHYSICIAN
ASSISTANT

tekst Anneke van Vught, PhD, associate lector / Janneke Peters, student-onderzoeker / Floor Koks, student-onderzoeker / allen verbonden aan het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

beeld Getty Images

Er is een schreeuwend tekort aan personeel in de ggz. De inbreng van PA's lijkt daarom een goed idee. Maar dan moet de ggz wel meer begrip krijgen van de mogelijkheden die de PA biedt, blijkt uit een onderzoek.

Er is een groot tekort aan arbeidskrachten in de ggz. Dit blijkt uit een recent onderzoek van het Capaciteitsorgaan onder ggz-psychologen, klinisch neuropsychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig specialisten-ggz en psychiaters.¹

In het vierde kwartaal van 2018 doet het grootste tekort aan artsen zich voor in de geestelijke gezondheidszorg, aldus de arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact. Er is een tekort aan psychiaters: 319 openstaande vacatures op een beroepsgroep van 3782 psychiaters, en aan verslavingsartsen: 25 openstaande vacatures op een beroepsgroep van 199 verslavingsartsen.² Deze tekorten aan academisch opgeleide professionals die veelal medische en complexe vraagstukken behandelen, vormen een grote uitdaging voor de ggz.

In deze nijpende situatie zou de physician assistant (PA) extra ondersteuning kunnen bieden bij medische en complexe vraagstukken. Maar tot nu heeft deze beroepsgroep zich niet kunnen positioneren in de ggz. Er werken slechts vijftien PA's in deze sector en zij worden daarom niet erkend als beroep in de ggz.³ Dit betekent dat de tijd die zij aan patiënten besteden niet meetelt volgens de huidige dbc-systematiek in de ggz. De PA lijkt dus niet bevoegd om patiënten in de ggz te behandelen, terwijl de bevoegdheid voor alle sectoren in de zorg in de Wet BIG is geregeld. Om de PA een rol te geven in de ggz moet eerst duidelijk worden wat het draagvlak is voor PA's in de ggz. Welke ruimte zien ggz-professionals voor de PA? Om daarachter te komen is een studie opgezet om inzicht krijgen in de opvattingen en gedachten van ggz-professionals over de mogelijke taken en rollen van de PA in de ggz, bij diverse categorieën ggz-patiënten.

Interviews

Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door contacten uit het netwerk van NAPA en het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen) te interviewen. Alle ondervraagden – een PA, een PA in opleiding, twee psychiaters, twee beleidsmedewerkers, twee verpleegkundig specialisten, een hoofddocent en een hoogleraar – zijn min of meer bekend met het beroep PA in de Nederlandse gezondheidszorg. Ze werken in of zijn verbonden aan verschillende ggz-instellingen.

Voor de interviews is een vaste opzet met gestructureerde vragen

gebruikt. De interviews zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Twee student-onderzoekers hebben de bevindingen onafhankelijk gecodeerd en vervolgens bediscussieerd met de hoofdonderzoeker, waarna consensus is bereikt over de kernpunten die uit de interviews naar voren kwamen.

Regiebehandelaar

Het merendeel van de respondenten vindt dat er vanwege arbeidskrapte onder psychiaters behoefte is aan extra professionals die medisch-psychiatrische zorg kunnen verlenen. PA's kunnen hierbij een belangrijke rol spelen, maar de meningen lopen uiteen over de taken die PA's zouden kunnen overnemen van psychiaters. Enkele respondenten zeggen dat PA's over de gehele breedte ggz-taken van psychiaters kunnen overnemen, afhankelijk van de setting waar de PA wordt opgeleid. Dit kan zowel in de rol van regiebehandelaar als in de rol van medebehandelaar. Een enkele respondent ziet voor de PA vooral de rol van regiebehandelaar in de basis-ggz, omdat dit minder complex is dan de specialistische ggz.

In de ggz is een groot tekort aan somatische kennis

De meeste geïnterviewden zien PA's vooral als medebehandelaar voor de somatische zorg in de ggz. De somatische zorg is vaak onterecht onderbelicht en kan verbeterd worden, bijvoorbeeld bij risicogroepen zoals binnen de verslavingszorg of langdurige ggz in metabole poli's of lithiumpoli.

Een psychiater: 'Een PA zou heel erg goed somatische screenings kunnen doen, omdat hij natuurlijk ook echt getraind is in het letten op bijvoorbeeld de metabolische screening bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, maar dus ook herhaalrecepten en behandelplannen kan opstellen.'

Een physician assistant: 'De somatiek is een klein onderdeel van wat we doen, maar de PA's zijn met name bezig met psychiatrisch onderzoek. In andere instellingen zijn ze misschien weer wat

meer op de somatiek gericht, dus dat hangt er ook heel erg vanaf op wat voor werkplek je zit en wat daar is afgesproken met de psychiaters.'

Wie zijn dat?

Een enkeling vindt dat PA's minder geschikt zijn voor het psychiatrische deel in de ggz, omdat ze te weinig kennis hebben van de ggz en hiervoor niet zouden zijn opgeleid. Ook hebben zij de indruk dat de zorg meer versnipperd wordt door PA's in te zetten, omdat er dan weer een extra beroep bij komt.

Een verpleegkundig specialist: 'Regelmatig klagen cliënten: "Wie zijn al die mensen en wat doen ze allemaal?" En: "Waarom moet ik voor dit bij die zijn en voor dat bij die?"'

De meerwaarde van de PA in de ggz wordt gezien in continuïteit van zorg. Psychiaters in opleiding en basisartsen blijven vaak kort op een afdeling of in een team. Een PA bindt zich doorgaans voor langere tijd aan een team, wat niet alleen de continuïteit in de behandeling, maar ook het teamproces ten goede komt. Daarnaast worden, zoals gezegd, PA's gewaardeerd door de meeste respondenten vanwege hun kennis op somatisch gebied. Onder de huidige ggz-professionals is een groot tekort aan deze kennis. De PA kan een belangrijke bijdrage leveren aan het scholen en coachen van verpleegkundigen en het uitvoeren van somatische zorg/behandeling.

Niet declarabel

Veel respondenten zijn onbekend met de competenties van PA's in de ggz en noemen dat als een belemmering. Doordat er maar weinig PA's in de ggz werken, heeft men weinig zicht op de waarde van een PA. Daarbij komt dat de PA geen geregistreerd beroep is in de ggz, zodat ze dus geen dbc mogen openen of tijd kunnen schrijven. Dit is wel een voorwaarde, aldus enkele geïnterviewden. PA's worden pas interessant als ze declarabel zijn. Een beleidsmedewerker: 'Als je geen tijd schrijft, tja, dan tel je ook niet mee.'

Ook werd meerdere keren genoemd dat het goed is om een beroepsprofiel voor de PA in de ggz te schrijven, zodat helder wordt wat de onderscheidende kenmerken, de meerwaarde en de kwaliteit van de PA is ten opzichte van andere ggz-professionals. Enkele respondenten vragen zich af of de ggz wel klaar is voor een PA. Het is belangrijk dat er draagvlak ontstaat bij psychiaters en bij andere leden van het team om een PA op te leiden en een werkplek te creëren.

Een psychiater: 'Ik ben heel positief en ik hoop dat het echt een ontwikkeling gaat worden, zodat de PA's meer bekend gaan worden binnen de ggz. Ik ben er heel erg voor.'

Filmpjes

Vanwege de toenemende arbeidskrapte onder psychiaters en de groeiende wachtlijsten zijn er volgens ggz-professionals kansen voor de PA in de ggz. De taken die ze het meest geschikt vinden voor de PA, variëren van de rol van regiebehandelaar (die de psychiater uitvoert) tot alleen de somatische screening. De meeste respondenten zijn het erover eens dat de PA in de ggz van meerwaarde is voor de somatische zorg voor patiënten die

GEMISTE KANS

De PA-ggz zou meer dan welkom moeten zijn in de ggz. Ik zie een hoogopgeleide zorg-professional en daar is grote behoefte aan in de hele gezondheidszorg. In de ggz wordt multidisciplinair gewerkt door alle schotten heen. Kijk naar de huisartsenzorg, de curatieve zorg en de langdurige zorg. Maar ook de preventieve zorg die vormgegeven wordt in de gemeenten (schuldhulpverlening, multiproblematiek in gezinnen en de jeugd-ggz). Los van arbeidskrapte kun je niet anders dan constateren dat PA's niet alleen waardevol zijn in de curatieve zorg, maar ook in de langdurige en preventieve zorg. En ja, dat kan dus ook in de ggz. En ja, dat kan in de rol van regiebehandelaar of medebehandelaar. Wel is samenwerking en afstemming een belangrijke voorwaarde in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Marian Kaljouw
voorzitter raad van bestuur
Nederlandse Zorgautoriteit

langdurige zorg nodig hebben en bij risicogroepen. Deze zorg moet namelijk worden verbeterd en daarvoor is behoefte aan professionals die breed medisch zijn geschoold. Een voorwaarde om de PA een plaats in de ggz te geven is dat er draagvlak wordt gecreëerd, onder andere door meer bekendheid te geven aan het beroep en ervoor te zorgen dat de PA declarabel is. Met filmpjes of ander voorlichtingsmateriaal zou de rol van de PA in de ggz kunnen worden gepromoot. NAPA zou daarbij samen moeten optrekken met de Vereniging voor Psychiaters en V&VN-VS. Ook opleidingen zijn belangrijk om de PA onder de aandacht te brengen. Een duidelijk beroepsprofiel helpt om de meerwaarde van de PA in de ggz te beschrijven, evenals nauwkeurige beschrijvingen van PA's in verschillende rollen in de ggz. •

contact
A.vanVught@han.nl

De voetnoten vindt u bij dit artikel op napa.nl

Colofon

Hoofredacteur Milena Babovic

Redactieraad Petra van Houten, Milou van Ingen, Aafke Verhoeven

Redactiebegeleiding, eindredactie, vormgeving
redactie Medisch Contact

NAPA magazine, vakblad voor physician assistants is een uitgave van NAPA
ISSN: 2665-9662.

Deze uitgave wordt verzorgd door een onafhankelijke redactie.

Redactieadres

Postbus 2442
3500 GK Utrecht

redactie@napa.nl
www.napa.nl

Bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
030-6868768

Advertentieverkoop

Tim Lansbergen
Cross Media Nederland
010-7421022/tim@crossmedianederland.nl

Oplage 1600

Copyright© 2019 NAPA

Behoudens de door de wet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder schriftelijke toestemming van NAPA. De redactie heeft alles gedaan om rechthebbenden van het beeldmateriaal te achterhalen. Als toch beeldmateriaal is geplaatst waarvan u (mede)rechthebbende bent kunt u contact opnemen met info@napa.nl.

Herregistratie-eisen PA gaan in per april 2020

Alle PA's die per april 2020 in het BIG-register staan, dienen zich vijf jaar later (in 2025) te herregistreren. Bij de **herregistratie voor het BIG-register** is een werkgeversverklaring nodig, waaruit blijkt dat de PA gemiddeld minimaal 8 uur per week heeft gewerkt. Op termijn komen daar scholingseisen bij. Er zijn een paar voorbeelden nader uitgewerkt voor PA's die werkzaam zijn als docent, onderzoeker, PA klinische verloskunde, enz.

De herregistratie-eisen zijn na te lezen in het Beoordelingskader

www.bigregister.nl/herregistratie/criteria-per-beroep/physician-assistant



Afscheid bestuursleden

Op **14 november 2019** nemen we tijdens de algemene ledenbijeenkomst afscheid van drie bestuursleden: Vincent Straten (voorzitter), Douwe Keegstra (penningmeester) en Astrid Persoon. Na twee benoemingstermijnen nemen zij afscheid van het bestuur. We hopen dat u daarbij aanwezig kunt zijn.

Wij zullen tijdens Invest tevens stilstaan bij het vijftienjarig bestaan van NAPA.

Handhaving meldplicht BIG-nummer uitgesteld

Nadat een aangepaste meldplicht van het BIG-nummer van kracht is geworden, krijgen zorgprofessionals (zoals artsen en PA's) nog een half jaar de tijd om zich op die meldplicht voor te bereiden.

Omdat de aangepaste meldplicht eerst parlementair moet worden behandeld, zal het waarschijnlijk op zijn vroegst ver in 2020 zijn voordat die plicht zal worden gehandhaafd.