napa MAGAZINE

Vakblad voor physician assistants

Interview
LONGARTS SANDER DE HOSSON GAAT IN GESPREK OVER DE DOOD

NAAR EGYPTE OM HARTPATIËNTEN TE HELPEN

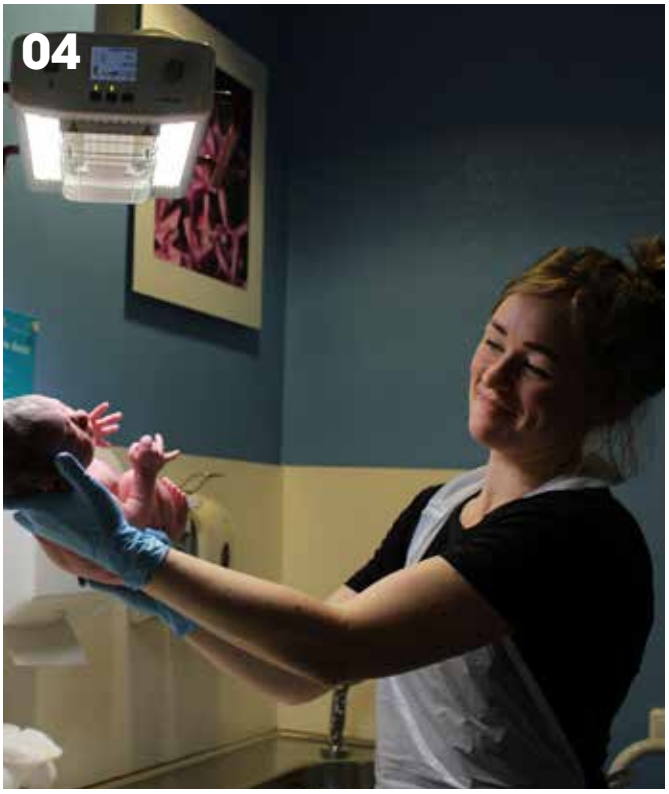
PA KLINISCHE VERLOSKUNDE (ÉN BEKEND VAN EXPEDITIE ROBINSON) IMKE WIEFFER:

‘IK HEB EEN DROOMBAAN’

16
MAART 2020

INHOUD

Coverfotografie: Mischa Schoemaker, ANP



04

Portret

DE PA KLINISCHE VERLOSKUNDE

PA Imke Wieffer is een doorzetter die de masteropleiding physician assistant klinische verloskunde doet. 'Ik vind het erg mooi om tijdens een intieme en onzekere periode een rots in de branding te zijn.'

08

Arbeidsmarkt

CAPACITEITSORGAAN WIL MEER PA'S BUITEN DE ZIEKENHUISMUREN OPLEIDEN

Er moeten meer PA's worden opgeleid. Ellen Dankers en Jan Jaap Janse van het Capaciteitsorgaan lichten toe waar de schoen wringt.

12

Interview

'PALLIATIEVE ZORG IS EEN MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM'

Longarts Sander de Hosson zet zich in voor palliatieve zorg en gaat met terminale patiënten het gesprek over de dood aan. 'Patiënten willen weten dat we er zijn als het zover is.'

22

Dubbelinterview

TAAKHERSCHIKKING: 'ER IS NOG STEEDS VEEL KOUDWATERVREES'

Ze werken als twee handen op één buik aan een organisatieverandering in de ouderenzorg: PA ouderenzorg Gijsbertha Reling en specialist ouderengeneeskunde Marga Willemse.

24

Grenzeloos

LEVENSREDDENDE HARTOPERATIES IN EGYPTE

In Qena (Egypte) helpen PA's Nicoline Wesseling en Saskia Hulleman – samen met een chirurg – patiënten met ernstige hartklepafwijkingen, coronairlijden of combinaties daarvan.

EN VERDER

17 Column
18 Casus in beeld
27 Colofon
27 Goed om te weten

PAxit of fix it?

Huisartstekorten, wachttijden in de zorg – de kranten staan er vol van en ook de Tweede Kamer lijkt niet onberoerd: de debatten over deze thema's wisselden elkaar de afgelopen tijd in rap tempo af. Een simpel recept voor dé aanpak van deze problematiek is niet in zicht. Maar als directeur van een beroepsvereniging van professionals die het bewijs zijn dat taakherschikking werkt, zeg ik volmondig dat taakherschikking een belangrijke rol kan vervullen. De politiek steunt deze gedachtegang. Maar daaraan handen en voeten geven moet volgens de politiek in het veld gebeuren.
Als onderdeel van 'het veld' zet NAPA zich daar dagelijks voor in. Er zijn flinke stappen gezet. De physician assistant raakt al behoorlijk ingeburgerd in het Nederlandse zorglandschap en de meerwaarde wordt steeds beter zichtbaar. De eerste raming van het Capaciteitsorgaan laat mooie trends zien. Daar mogen we best trots op zijn. De komende jaren zijn PA's hard nodig in de medisch-specialistische zorg, maar vooral ook in de huisartsenzorg en de ouderenzorg. We laten in dit nummer weer inspirerende praktijkvoorbeelden zien!
Maar zijn we er dan? We zijn op de goede weg, maar de positie van de PA op de werkvloer verdient nog de nodige aandacht. Het omarmen van deze nieuwe beroepsgroep betekent namelijk ook waardering hebben voor een volwassen beroepsprofiel, en het bieden van een ontwikkelperspectief. Helaas moet ik constateren dat een steeds groter wordende groep PA's actief op zoek gaat naar een nieuwe werkplek omdat zij onvoldoende gewaardeerd wordt. Hoe is deze PAxit te voorkomen? Volgens mij door tijdig betere arbeids-voorwaarden te creëren. Het gaat vaak niet alleen om een beter salaris, maar ook om secundaire arbeidsvoorwaarden, ontwikkelingsmogelijkheden en een stem binnen de organisatie. Ik vraag mij oprecht af hoe het kan dat PA's nog veel te vaak niet de waardering krijgen die hun recht doet – zeker als je ziet dat onderzoek uitwijst dat de PA's de verwachting waarmaken dat de kwaliteit die ze leveren minimaal gelijk is aan die van een arts. De functiewaardering laat echter veel te wensen over en de onderhandelingen die de PA's soms moeten voeren voor een scholingsbudget vind ik echt beschamend.
Er is nog een flinke brug te slaan tussen het politieke debat en de werkvloer waar 'het allemaal gebeurt'. Ook hier geldt wat mij betreft 'beter voorkomen dan genezen'. Dus beste 'veldpartijen', wees er op tijd bij, voorkom PAxit en fix it!

Milena Babovic
directeur NAPA
directeur@napa.nl

DE PA KLINISCHE VERLOSKUNDE

Voor klinisch verloskundigen die meer willen weten over verloskunde, hun medische kennis willen verbreden en op zoek zijn naar persoonlijke ontwikkeling is er de masteropleiding physician assistant klinische verloskunde, PA-KV. Eén van de studenten is **Imke Wieffer**, een Twentse doorzetter en publiekslieveling toen ze deelnam aan Expeditie Robinson.

tekst Milou van Ingen
beeld Imke Wieffer

Imke Wieffer werkt sinds 2014 als klinisch verloskundige in het Medisch Spectrum Twente in Enschede. Een droombaan waar ze nooit met tegenzin heen gaat. 'Wat ik erg mooi vind, is dat je tijdens een intieme en onzekere periode een rots in de branding voor veel mensen kunt zijn. Door rust te bieden, vertrouwen te winnen, informatie te verschaffen en onzekerheid weg te nemen kun je van grote betekenis zijn. Tijdens een bevalling krijg je een kijkje in de dynamiek binnen een relatie. Alle schillen vallen af als je pijn hebt, een vrouw is dan op haar puurst. Ik vind het belangrijk dat ik op zo'n moment rust kan brengen.'

Door haar carrière heen is Wieffer op zoek naar nieuwe uitdagingen. Ze besluit hierom in 2017 te starten met de opleiding tot PA-KV – ruim 10 procent van de klinisch verloskundigen is inmiddels óók physician assistant. 'Ik wilde me verder verdiepen en meer medische kennis opdoen. Wat me vooral aansprak was om breder te leren denken, onderzoek te leren doen en buiten mijn comfortzone te treden.'

Juridische overwegingen waren ook onderdeel van haar beslissing om de opleiding tot PA te gaan doen. 'Als klinisch verloskundige mag je officieel maar enkele geneesmiddelen voorschrijven. Daarmee ben je beperkt in je mogelijkheden. In het ziekenhuis moet je veel medicatie voorschrijven, en het werkt belemmerend als je steeds een beroep moet doen op bevoegde collega's. Daarnaast mag een klinisch verloskundige geen dbc openen; de gynaecoloog moet daarvoor bij alle nieuwe patiënten langskomen om een handje te schudden. Een PA mag wel een dbc starten. Door deze opleiding te volgen ervaar ik op veel vlakken meer vrijheid.'

‘Ik vind het mooi dat ik een rots in de branding kan zijn’

Erg leerzaam

De opleiding tot PA klinische verloskunde verschilt op onderdelen van de algemene opleiding tot PA. Maar iedereen heeft uiteindelijk dezelfde beroepstitel: physician assistant. De specialistische PA-opleiding is met name gericht op achtergronden en verdieping binnen de obstetrie, en bestaat uit leerarrangementen zoals kwaliteitszorg en patiëntveiligheid, klinisch redeneren, foetale bewaking, algemene pathologie en obstetrische problematiek. Daarnaast is er aandacht voor onderzoeksvaardigheden en tot besluit moet er een mastherthese worden geschreven van zelfopgezet en -uitgevoerd onderzoek.

Naast dit theoretische deel hebben de studenten gedurende de hele opleiding, verplicht twaalf dagen echoscopie en twaalf dagen gynaecologie, en nog 27 keuzestagedagen. De keuzestage mag verder vrij worden ingevuld op minimaal drie verschillende afdelingen. ‘Ik vond de stages erg leerzaam. Maar tijdens mijn keuzestage heb ik verschillende afdelingen relatief kort gezien. Nadeel hiervan is dat je verdieping mist. Wat mij betreft hadden

‘Expeditie Robinson heeft me meer zelfvertrouwen gegeven’

FACTSHEET PA KLINISCHE VERLOSKUNDE

Wie: klinisch verloskundigen met minimaal twee jaar relevante werkervaring in de zorg
Voorwaarden: je werkt minimaal 32 uur per week als klinisch verloskundige
Waar: Hogeschool Rotterdam
Wanneer: sinds 2005, jaarlijks zijn er circa 24 opleidingsplaatsen
Duur: 2,5 jaar
Einddoel: medische kennis en vaardigheden op masterniveau combineren en integreren met kennis en vaardigheden van de fysiologische benadering van zwangerschap en bevallen

TAKENPAKKET PA-KV

- reguliere werkzaamheden op de verloskamer
- poliklinische consulten aan zwangere vrouwen
- visite kraamafdeling en zwangeren
- neventaken: scholing, voorlichting, bestuurlijke taken, coördinerende taken, projecten specialistische zorg, deelname commissie/werkgroepen, wetenschappelijk onderzoek

bron: De physician assistant klinisch verloskunde in Nederland, NTOG, 2018.

de stages langer gemogen. Wat ik als verloskundige erg nuttig vond waren de stages echoscopie en gynaecologie. Hierdoor heb ik me kunnen bekwamen in het doen van termijn- en groei-echo’s, en vruchtwater- en cervixlengtemetingen’, vertelt Wieffer. Tijdens de opleiding worden de studenten door artsen uit het Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, getraind in het doen van een algemene anamnese en het verrichten van lichamelijk onderzoek.
De masteropleiding PA klinische verloskunde is op dit moment de meest geschikte opleiding voor klinisch verloskundigen. Je kunt ook kiezen voor de algemene PA-opleiding. ‘Enkele aspecten uit de reguliere PA-opleiding spreken mij aan, zoals de vaste onderwijsblokken met bijbehorende toetsen en stages. Zodoende kun je de kennis uit een blok direct toepassen op de stageplek.
In onze opleiding lopen de vakken wat meer door elkaar. Desalniettemin is de opleiding PA klinische verloskunde voor mij een logische keuze als je binnen de obstetrie wilt werken.’

Expeditie Robinson
In 2017 deed Wieffer mee als een van de onbekende Nederlanders aan het immens populaire tv-programma Expeditie Robinson. ‘Ik heb erg genoten en ook veel geleerd van deze ervaring. Niet zozeer professioneel, maar wel persoonlijk. Het heeft me meer zelfvertrouwen gegeven en dat helpt me ook op de werkvloer. Wat ik bijvoorbeeld heb geleerd is dat als je iets écht wilt, dan moet je niet te veel nadenken over mogelijke beren op de weg, maar er vol enthousiasme voor gaan. De kans dat ik zou worden uitgekozen uit al die duizenden aanmeldingen was heel klein, maar ik heb geen moment getwijfeld om mij op te geven. Als het je dan lukt, voel je je daarin erg gesterkt. Ik heb dit nu mogen ervaren en kijk nog altijd terug op een heel mooie periode.’ Wieffer wordt nog wekelijks herkend door patiënten. ‘Veel Twentenaren hebben het seizoen destijds gevolgd, onder andere omdat twee van de vier onbekende Nederlanders tukkers waren. In Twente zijn mensen dan erg trots.’

Missie
Naast 24 dagen overleven op een onbewoond eiland, heeft Wieffer ook andere ‘grenzeloze’ ambities. Vanuit de opleiding is ze in februari 2020 naar Tanzania vertrokken. ‘Ik heb een missieziekenhuis in de plaats Turiani bezocht, waar ik trainingen “acute verloskunde” heb gegeven aan verpleegkundigen en verloskundigen. Met behulp van zelf meegenomen trainingsmateriaal van ‘Helping Babies Breathe’ en ‘Helping Mothers Survive’ hebben wij ze getraind in het herkennen van acute obstetrische problemen en het adequaat reageren hierop. Bijzonder mooi om te doen en voor beide partijen leerzaam. Wellicht leidt dit wel tot een groter kwaliteitsproject in de toekomst!’ •

Meer informatie over het missieziekenhuis in Turiani vind je op vriendenvanturiani.com.

Leids Universitair
Medisch Centrum

Word jij onze nieuwe collega?

Onze Neonatale Intensive Care Unit behandelt en begeleidt jaarlijks 700 premature, dysmature en zieke pasgeborenen en hun ouders. Wij zijn het landelijk behandelcentrum van moeders en foetussen met rhesus-antagonisme en tweelingzwangerschappen met TTTS/TAPS. Ook aangeboren hartafwijkingen is ons specialisme. Wil jij als physician assistant Neonatologie (in opleiding) een bijdrage leveren aan een kansrijke start voor onze allerkleinste patiënten?

› Bekijk onze vacatures op werkenbijhetlumc.nl

WERKEN BIJ

CAPACITEITSORGAAN WIL MEER PA'S BUITEN DE ZIEKENHUISMUREN OPLEIDEN

Het Capaciteitsorgaan berekende hoeveel opleidingsplekken er nodig zijn voor physician assistants. Projectleiders Ellen Dankers en Jan Jaap Janse lichten toe hoe ze kwamen tot het advies aan de minister om 250 PA's per jaar op te leiden.

tekst Milena Babovic, directeur NAPA en Sophie Benoy-De Keuster, physician assistant
beeld Getty Images

Op een koude dinsdagochtend in februari zaten we met Ellen Dankers en Jan Jaap Janse, projectleiders bij het Capaciteitsorgaan, om de tafel om te praten over de raming die zij opstelden van de behoefte aan opleidingsplaatsen voor PA's. In hun rapport zijn ook de uitkomsten verwerkt uit onderzoeken uitgevoerd door HHM en Prismant.

Ellen Dankers legt uit hoe het Capaciteitsorgaan te werk is gegaan: 'In 2012 en 2016 hebben we al twee alumnionderzoeken uitgevoerd en dit is daarop een vervolg. Daardoor kunnen we nu trends zien over de groei van de beroepsgroep. Voor deze raming hebben we focusgroepen georganiseerd, de onlinevacatures en de demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie geanalyseerd en een literatuurstudie gedaan. Daarnaast heeft onderzoeksbureau HHM in opdracht van het Capaciteitsorgaan voor het eerst in alle sectoren waar PA's werken, op grote schaal werkgevers en specialisten bevraagd naar redenen voor het inzetten van PA's en VS'en. Dat heeft veel nieuwe inzichten opgeleverd over trends in uiteenlopende sectoren, bijvoorbeeld op het vlak van taakverschuivingen.'

Wat zijn de meest verrassende uitkomsten?

Dankers: 'De zorgvraag in de huisartsenzorg en de ouderenzorg stijgt sterk. Dankzij deze onderzoeken zien we dat daardoor ook de behoefte aan PA's sterk stijgt.'

Jan Jaap Janse: 'Ook het aantal PA's in de medisch-specialistische zorg (MSZ, *red.*) heeft de afgelopen jaren een groei doorgemaakt. Inmiddels is de PA in ziekenhuizen een stabiele en bekende

functie. Je mag zeggen dat de PA zich in de MSZ heeft gevestigd. In sectoren als de huisartsenzorg en de ouderenzorg bevindt de PA zich in een prille fase van ontwikkeling.'

Wie hebben jullie bij dit onderzoek betrokken?
Dankers vertelt dat in onderzoeken naar taakverschuiving meestal artsen worden bevraagd. Maar dan mis je een deel van het verhaal. Het middenmanagement en de hoofden behandeldienst spelen een belangrijke rol bij beslissingen over het opleiden en aannemen van een PA. Dankers: 'De artsen zijn vooral inhoudelijk gericht als ze moeten kiezen wie welke taken gaat verrichten, terwijl managers veel praktischer zijn. Managers willen de roosters vol krijgen, kijken ook naar de betaalbaarheid en beschikbaarheid van personeel. Die praktische kant is ook belangrijk bij de besluitvorming. We zijn daarom blij dat wij ook deze partijen hebben gevraagd voor de focusgroepen, anders mis je een heel belangrijke stem.'

Maar wie geeft nu de doorslag of er een PA moet worden aangenomen?
Janse: 'Het uiteindelijke besluit ligt veelal bij het management. De ervaringen van artsen zijn daarbij belangrijk. En de PA's zelf zijn natuurlijk het beste reclamemateriaal. Want goede ervaringen zorgen ervoor dat de arts enthousiast is en een PA aan een collega aanbeveelt. Maar bij negatieve ervaringen kan het óók de andere kant op werken'.

Verdient een PA zichzelf terug?
Medisch specialisten en huisartsen zijn slecht op de hoogte van het rendement van een PA. Dat heeft Dankers verrast: 'Het is bekend dat een PA zelfstandig behandelingen kan verrichten, maar artsen weten niet of nauwelijks hoe dat financieel uiteindelijk uitpakt. Daar is geen gedeelde kennis over.'
Janse vult aan: 'Je kunt dit wellicht ten dele oplossen door het opleiden en het werkgeverschap in samenwerking met een grotere organisatie, zoals een ziekenhuis, gehandicaptenzorg- of VVT-organisatie te regelen. Er is op dit moment weinig mobiliteit tussen de sectoren. Net als de ontwikkelingen in de anderhalvelijnszorg, kan meer samenwerking in opleiden tussen de sectoren hier mogelijk een positieve bijdrage aan leveren.'

PA is een relatief jong beroep. Wat betekent dat voor de raming?
Dankers: 'Slechts 12 procent van de PA's is 55 of ouder. Dat betekent dat er relatief weinig leeftijdgerelateerde uitstroom is. Er hoeven dus nog niet veel mensen te worden opgeleid om aan de vervangingsvraag te voldoen. En de PA's die wij nu opleiden, kunnen de komende jaren mee.'

Zijn er de afgelopen jaren genoeg PA's opgeleid?
Janse: 'De instroom in de MSZ is voldoende; er zijn weliswaar kleine tekorten, maar dat wordt de komende tijd ingelopen. In de huisartsenzorg is het aantal instromers in 2019 al verdubbeld, maar er moet nog meer gebeuren. Je kunt bijvoorbeeld een steviger opleidingsinfrastructuur neerzetten in de huisartsenzorg en de ouderenzorg.
De vraag naar PA's in de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG, *red.*) is ook heel groot. Maar in de raming is dat niet apart vermeld omdat het uiteindelijk maar om relatief kleine aantallen

HOE BETROUWBAAR IS EEN RAMING?

Dankers verwijst naar het onderzoek van Malou van Greuningen, die onlangs aan de universiteit van Tilburg is gepromoveerd op `Health workforce planning in the Netherlands'. Ze geeft haar oordeel over het werk van het Capaciteitsorgaan.
Dankers: `Als er data beschikbaar zijn van minimaal de laatste vijf jaar, dan spreken we van voldoende betrouwbaarheid. In deze raming zijn data vanaf 2012 meegenomen. Aan de andere kant is dit pas een eerste raming; een vervolgraming geeft altijd meer inzicht en zekerheid.
Deze raming is goed onderbouwd, maar we misten gegevens uit het opleidingsregister, herregistratiedata (om uitstroomverwachting te voorspellen) en declaratiedata op beroepsniveau. Daardoor is het bijvoorbeeld lastig om een betrouwbaar beeld van de precieze omvang van taakverschuiving te geven. Een andere onzekerheid is de verschuiving van de zorg naar de anderhalve lijn. Daarom is de bandbreedte in ons advies relatief groot.'

`Artsen zijn slecht op de hoogte van het rendement van een PA'

PA's gaat. In ieder geval is de behoefte aan zorgprofessionals met zelfstandige behandelbevoegdheid in de VG-sector groot'.

Moeten de instroomeisen worden aangepast?
Dankers: 'De instroom wordt op dit moment niet per sector verdeeld. De instroom is op de vraag gebaseerd. Als we daar verandering in aan willen brengen, dan zal dat niet vanzelf gaan. Zorg voor verbinding tussen de sectoren en inwerkprogramma's zodat PA's makkelijker in meerdere sectoren aan het werk kunnen gaan'. Daarnaast is helder onderscheid tussen een PA en VS wenselijk. Omdat dit onderscheid bij het middenmanagement niet goed in beeld is, zorgt het ervoor dat beide beroepen niet altijd juist worden ingezet.'

Wat zijn de belangrijkste bevindingen voor de toekomst?
Janse: 'In de huisartsenzorg, de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg is er behoefte aan meer PA's. Maar vragen over de opbrengsten en de kostenefficiëntie van PA's staan dat nog in de weg. Daarnaast kan de PA een belangrijke rol vervullen bij de substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.'
Dankers: 'Voor de instroom in de opleidingen zien we dat subsidie van opleidingsplaatsen erg belangrijk is en de subsidie loopt nu tot 2022. Verder is het van belang om goed in beeld te krijgen welke taken naar de PA verschuiven en welke trends daarin te zien zijn.'
Dankers en Janse hopen dat het niet bij deze raming blijft.
Dankers: 'Bij een volgende raming willen we inzoomen op de additionele taken van de PA, omdat een groter deel van de PA's mogelijk als regisseur betrokken zal zijn bij diverse projecten in bijvoorbeeld de transmurale zorg. Daar is nu nog onvoldoende zicht op.' •

'We moeten goed in beeld krijgen welke taken naar de PA verschuiven'

SAMENVATTING

CAPACITEITSPLAN PHYSICIAN ASSISTANT

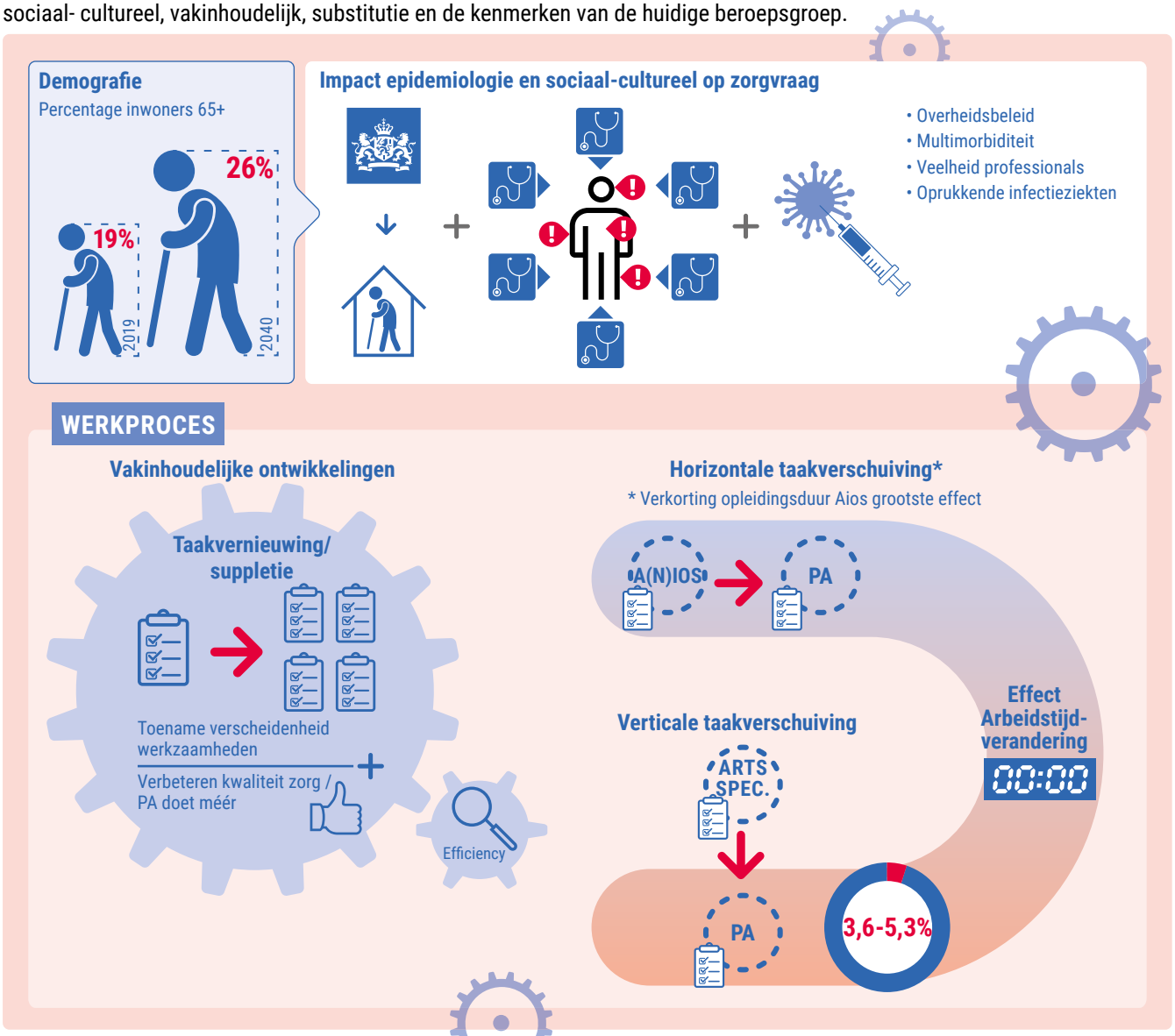
- Het Capaciteitsorgaan heeft onderzocht hoeveel PA's er in 2031 nodig zijn. Dit zijn de belangrijkste uitkomsten; in de infographic staan álle uitkomsten.
- Door de vergrijzing, meer multimorbiditeit en het overheidsbeleid neemt de zorgvraag toe. In sommige sectoren gaat de toename erg rap.
- Er is meer behoefte aan zorgprofessionals die de regierol op zich kunnen nemen en zelfstandig kunnen functioneren over verschillende zorgschotten heen.
- De vraag naar PA's wordt deels ook veroorzaakt doordat PA's taken van geneeskundig specialisten en van aiossen overnemen. Medisch specialisten houden daardoor meer tijd over voor complexe zorg.
- Bijna de helft van de PA's vervult ook additionele taken, gericht op het verbeteren van kwaliteit van zorg.
- PA's zijn een relatief jonge beroepsgroep (gem. 43 jaar en slechts 2% ouder dan 60); de verwachte uitstroom vanwege pensionering is de komende jaren laag.
- Het Capaciteitsorgaan adviseert veldpartijen om na te denken over verdere mogelijkheden voor intersectoraal opleiden en herscholingstrajecten voor PA's die switchen van specialisme. Ook wordt geadviseerd om het beroep PA bekender te maken bij bestuurders in de ouderen- en gehandicaptenzorg en bij het middenmanagement binnen de MSZ, die doorgaans beslissen over het aannemen van deze zorgprofessionals.
- Het Capaciteitsorgaan adviseert om jaarlijks 250 opleidingsplekken te creëren. Met een verdeling voor 128 in medisch-specialistische zorg, 85 in huisartsenzorg en 37 in overige sectoren. Dit moet leiden tot twee keer zoveel PA's (in fte's) in tien jaar.

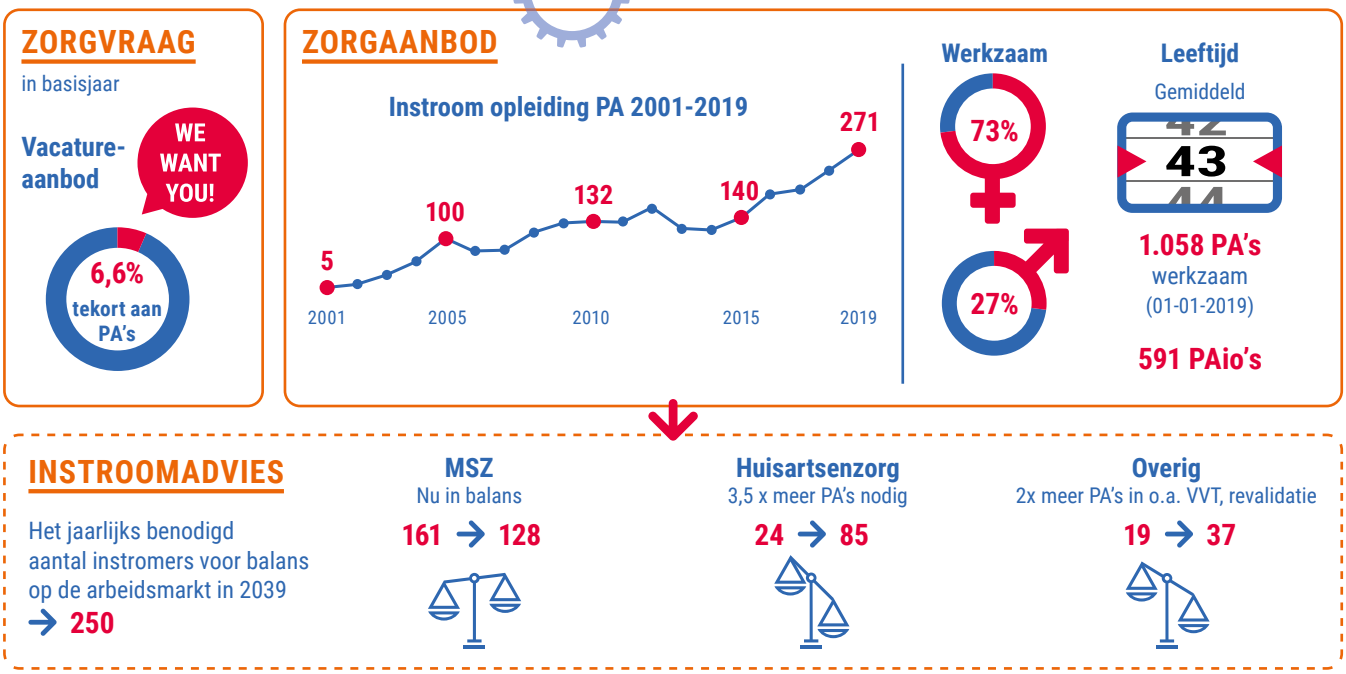
contact
directeur@napa.nl

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

Hoeveel PA's hebben we nodig?

In de infographic zijn de uitkomsten van diverse ontwikkelingen weergegeven, die hebben geleid tot de capaciteitsraming voor de jaarlijkse benodigde instroom in de PA opleiding. Het gaat om ontwikkelingen op het gebied van demografie, epidemiologie, sociaal- cultureel, vakinhoudelijk, substitutie en de kenmerken van de huidige beroepsgroep.





Infographic Alex Mathijssen

‘PALLIATIEVE ZORG IS EEN MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM’

Sander de Hosson is longarts in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Hij maakt zich onder andere sterk voor goede palliatieve zorg, en praat met zijn patiënten over de dood. 'De waarde van zo'n gesprek is niet in getallen uit te drukken.'

tekst Aafke Huitink-Verhoeven
beeld Kees van de Veen

Als scholier wilde Sander de Hosson journalist worden, maar op advies van zijn ouders koos hij toch voor geneeskunde. Zijn passie voor dit vak ontstond echter pas gaandeweg zijn studie. De Hosson: 'Als student was ik meer bezig met het studentenleven dan met mijn studie. Ik was dan ook niet het toonbeeld van een goede student, miste soms colleges en was drukker met het bestuur van de studentenvereniging. Tijdens mijn coschappen veranderde dat. Ik vond het geweldig wat er allemaal in het ziekenhuis gebeurde! Dit was het helemaal voor mij. Als coassistent was ik dan ook met regelmaat uren na mijn dienst nog op de Spoedeisende Hulp te vinden. Ik wilde internist worden en kwam zo via een stage in aanraking met de longgeneeskunde. Daar vond ik de perfecte combinatie van acute en chronische zorg waarbij ik zowel beschouwend bezig kon zijn als interventies kon uitvoeren.' Hier ontstond ook zijn liefde voor de palliatieve zorg. Op de afdeling Longziekten overleden regelmatig patiënten aan hun aandoening. De Hosson verbaasde zich over de gang van zaken en zag dat hier nog veel winst te behalen was. Als voorbeeld beschrijft hij een casus die hem is bijgebleven. 'Op onze afdeling lag een patiënte met longkanker die stervende was. Ze kreeg weliswaar een snufje morfine, maar er werd in deze terminale fase nog steeds gesproken over chemo terwijl dat absoluut niet zinvol meer was. Toen eenmaal duidelijk werd dat chemo niet meer gestart ging worden, kreeg de patiënt te horen dat ze naar huis kon gaan om te sterven. Ik stond hier met open mond bij: hier moest nu toch veel meer gezegd worden? De patiënte was bang voor de dood en angstig voor de manier waarop zij zou sterven. Maar daar werd niet over gesproken. Ik dacht: dit moet écht anders!'

'De rol van de mantelzorger wordt steeds belangrijker'

Basiszorg

Tijdens zijn opleiding tot longarts stortte de Hosson zich op de palliatieve zorg. Hij vond collega's met een gelijk gedachtegoed, begon met het organiseren van symposia en schreef artikelen en een boek. De palliatieve zorg stond echter destijds nog in de kinderschoenen. Er bestonden enkele hospices, maar veel patiënten overleden thuis of in een verpleeghuis. Aan palliatieve sedatie deed men nog niet. Patiënten kregen alleen een morfinepomp. De laatste vijftien jaar is er veel veranderd en is er veel bereikt volgens de Hosson. 'Binnen de ziekenhuiszorg heeft de oprichting van palliatieve teams voor een grote stap voorwaarts gezorgd. Noodzaak en urgentie zijn doorgedrongen. Er is, naast de somatische kant, veel meer aandacht gekomen voor de psychosociale en existentiële aspecten. Palliatieve zorg is naar mijn mening basiszorg. Elke zorgverlener hoort er kennis van te hebben en moet het kunnen toepassen. Inmiddels zijn er ook veel gespecialiseerde palliatieve teams die beschikbaar zijn bij complexe situaties. Zij hebben een consultfunctie en kunnen waar nodig adviseren en ondersteuning bieden.'

Gesprek

Het initiatief voor een gesprek over ziekte en de dood moet volgens De Hosson meestal vanuit de zorgverlener komen. Het komt weinig voor dat patiënten zelf vroegtijdig in hun ziekte aangeven dat ze het over de dood willen hebben. Als een zorgverlener benoemt dat de patiënt een dodelijke ziekte heeft en hieraan een keer zal overlijden, dan blijkt vaak dat deze hier wel over wil praten. De Hosson: 'Ik vraag altijd: wilt u daar meer over weten in deze fase of zullen we daar later op terugkomen? Vaak willen patiënten er dan toch over praten. Het zijn onderwerpen waar zij direct over nadenken bij het krijgen van zo'n diagnose. Een van de eerste gedachten van patiënten is: hoe gaat dat dan,

hoe sterf ik? Stik ik? Dit is een angst die bij veel patiënten leeft. Door te benoemen dat dit niet gaat gebeuren en wij door middel van goede palliatieve zorg en medicijnen deze fase comfortabel kunnen maken, creëren we rust. Patiënten weten wat ze kunnen verwachten en dat wij er zijn als het zover is. Ook willen zij vaak horen hoe ze moeten regelen dat ze thuis kunnen sterven. We bespreken de grenzen en wensen. Wat doen we wel? Wat doen we niet meer? Dit voorkomt ook bijvoorbeeld onnodige ziekenhuisopnames in de laatste fase. De waarde van zo'n gesprek is niet in getallen uit te drukken.'

Vrijwilligers

Voor de toekomst ziet De Hosson met name kansen voor de sociale dimensie van de palliatieve zorg. Hij benadrukt daarbij de rol van de mantelzorger, die vaak erg onder druk staat. De Hosson denkt dat er in de toekomst meer aandacht zal zijn voor de ondersteuning van de mantelzorger, vaak de partner van de patiënt. Een lastig en urgent onderwerp. 'De rol van de mantelzorger wordt in de toekomst steeds belangrijker, nu patiënten steeds langer thuis zijn en er minder plaats is in verpleeghuizen en hospices. Thuiszorg wordt niet 24 uur per dag geleverd en dus neemt de druk op de mantelzorger toe. Dit zorgt voor secundair lijden: de mantelzorger heeft het al zwaar doordat deze zijn of haar partner gaat verliezen en heeft soms zelf ook comorbiditeit. Daarbovenop komen de zorgtaken. Terwijl de relatie tot de partner verandert van intiem naar een afhankelijkheidssituatie. Dat is ontzettend ingewikkeld. Ik denk dat zorgverleners hier een rol kunnen spelen door te signaleren en in transmurale teams na te denken hoe hierin te kunnen ondersteunen. Ik ben van mening dat de palliatieve zorg een maatschappelijk probleem is. Het gaat verder dan alleen de verantwoordelijkheid van de zorgverleners. Ik vind dat de maatschappij hier een heel belangrijke taak heeft. Het is echt 'communityzorg'. De zorg rondom het sterven, het 'er zijn', dat zou voor een groot deel door de gemeenschap gedaan kunnen worden. Bij een stervende patiënt hoeft niet altijd verpleegkundige zorg aanwezig te zijn. Er kan bijvoorbeeld ook gebruikgemaakt worden van het netwerk van de patiënt of van vrijwilligers. In Nederland hebben we enkele vrijwilligersorganisaties die zich hiervoor inzetten. Zij zijn van ongekende waarde. Het zou fantastisch zijn als er veel meer van deze vrijwilligers komen!'

Peer support

Naast de palliatieve zorg brengt De Hosson het onderwerp peer support onder de aandacht. Aanleiding is een casus die hij zelf meemaakte, waarbij een patiënt overleed aan een complicatie. Een gebeurtenis met grote impact, die hij deelde in een van zijn blogs. Peer support is een systeem waarbij door middel van collegiale ondersteuning vanuit speciaal getrainde teams zorgmedewerkers worden opgevangen na een heftige gebeurtenis. De Hosson heeft zelf de meerwaarde hiervan ervaren en is van mening dat dit overal beschikbaar zou moeten zijn. 'Niet ieder ziekenhuis heeft een peer support-team. Ik vind dat raar. Het zou overal waar zorgverleners werken, aanwezig moeten zijn. Zodra je hier zelf mee te maken krijgt, besef je hoe logisch het is dat het

'Peer support zorgt voor het welbevinden van de individuele zorgverlener'

bestaat. Consequenties van een incident kunnen heel groot zijn. Het gaat niet alleen om calamiteiten, maar ook om complicaties of heftige situaties als een reanimatie of euthanasie. Dit heeft effect op de betrokken zorgverlener. Een coassistent of jonge verpleegkundige heeft zoiets misschien ook nog weinig meegemaakt. Vaak gaat iedereen daarna over tot de waan van de dag terwijl het goed is om hierbij stil te staan. Peer support zorgt voor het welbevinden van de individuele zorgverlener, maar ook voor kwaliteit en veiligheid in het ziekenhuis.' Idealiter heeft elk team een of meerdere peer supporters, vindt De Hosson. Het maakt het signaleren en aangaan van een gesprek gemakkelijker, maar geeft ook de mogelijkheid de dagen, weken en maanden daarna de collega op te volgen. Maar ook in ziekenhuizen waar nog geen speciale teams zijn, kan peer support vorm krijgen, zegt De Hosson. 'Je kunt een collega na een heftig incident ondersteunen door te vragen: hoe gaat het met je? Zorg dat je collega stoom kan afblazen, luister en kom niet zelf met een verhaal. Blijf dit in de tijd daarna herhalen. Zorg dat je collega de ruimte voelt erover te praten. Ik denk dat peer support in de toekomst een van de kwaliteitseisen wordt. Dat zou ik toejuichen. Peer support is wat mij betreft het woord van 2020!•

contact
verhoeven.aafke@gmail.com

NAPA EN PALLIATIEVE ZORG

PA's zijn ook vaak betrokken bij de palliatieve zorg. De KNMG-richtlijn palliatieve sedatie (2009) wordt op dit moment herzien.
NAPA is bij de herziening van deze richtlijn in de klankbordgroep betrokken.

Medische Opleidingen Nederland

voor en door professionals

Medische Opleidingen Nederland is opgericht door medisch specialisten die dagelijks de behoefte zien aan gespecialiseerde opleidingen. De huidige medische zorg vraagt om meer focus, specialisatie en certificering.

De functie physician assistant is een mooi voorbeeld van verregaande verdieping in een vakgebied. Wij bieden daarom meerdere opleidingen die gericht zijn op de werkzaamheden van physician assistants.

Alle opleidingen worden professioneel begeleid en afgesloten met een certificaat. Onze docenten hebben sterke didactische vaardigheden en zijn vooraanstaande professionals in hun vakgebied.

Huidig cursus- en opleidingen aanbod

Cursus Steriliteit en veiligheid op de poliklinische operatiekamer
In deze eendaagse cursus leren we je veilig en steriel werken op de poliklinische operatiekamer van jouw ziekenhuis of huisartsenpraktijk.

Nascholing Kleine verrichtingen voor artsen en physician assistants
In een avondvullend programma leren we je de laatste theoretische kennis en praktische skills om zelf kleine verrichtingen veilig en efficiënt uit te voeren.

Chirurgische basisvaardigheden voor artsen en physician assistants
In een dag leer je de meest essentiële chirurgische basisvaardigheden: patiëntveiligheid en steriliteit op de OK en POK, operatietechnieken en een gips aanleggen met veel praktijkoefeningen.

Mamma Opleiding
Een must voor alle physician assistants en verpleegkundigen die te maken hebben met borstkankerzorg. Deze meerdaagse opleiding geeft je de benodigde kennis op het gebied van mammapathologie.

Colon Opleiding
Een meerdaagse opleiding op het gebied van benigne en oncologische colorectale pathologie met daarnaast ook veel aandacht aan het vaak onderschatte vakgebied proctologie.

Trauma Opleiding
Door veranderingen in onze maatschappij neemt de traumazorg gestaag toe. Deze meerdaagse opleiding geeft je een verregaande verdieping op alle aspecten van de traumatologie.

Duplex cursussen
Afhankelijk van je niveau en wensen kun je kiezen uit drie verschillende duplexcursussen waar naast de theorie ook de praktijk en het uitvoeren van een duplexonderzoek onderwezen wordt.

Al onze opleidingen vind je op www.medischeopleidingen.nl

Bij vragen is onze opleidingscoördinatrice, Mathilde Romijn bereikbaar via:
info@medischeopleidingen.nl | tel: 06-13097844

WAT HEB JIJ NODIG OM HET VOL TE HOUDEN?

OOK COPING HEEFT EEN KEUZEMENU

– ABS-artsen

knmg Voorop voor dokter en zorg

www.abs-artsen.nl

Corrie Wijkniet
physician assistant ggz
C.Wijkniet@accare.nl

Er moet meer ruimte komen voor nieuwe beroepsgroepen in de ggz

Behandelaar C? Dit is echt te gek!

Op 11 februari jl. kreeg ik de lang aangekondigde brief van mijn organisatie onder ogen over mijn functieomschrijving. Daaraan was ook de functiewaardering gekoppeld. De boodschap was helder: 'de PA wordt als behandelaar C in de ggz gezien en in schaal 55 ingedeeld'. Mijn mond viel open en er raasde een sneltrein door mijn hoofd. Hoe kan dit nou? Ik weet dat het kwaliteitsstatuut de PA nog niet heeft omarmd als regiebehandelaar, maar dit is echt te gek. Waar heb ik mijn masteropleiding die leidt tot zelfstandige bevoegdheden voor gevolgd? Ik had net zo goed verpleegkundige kunnen blijven…

Het begon allemaal als een mooi avontuur. Ik was op zoek naar meer verdieping en uitdaging en zo stapte ik de PA-opleiding in. Tijdens die opleiding had ik ook psychiatrie als module. Na mijn opleiding ben ik een tijdje in de ouderenzorg gaan werken. Toen ik de vacature bij de huidige organisatie zag en de kans om met kinderen te werken, dacht ik meteen: daar ga ik op solliciteren! Het was weliswaar een vacature voor een verpleegkundig specialist (VS), maar daar liet ik mij niet door weerhouden. Het gesprek ging goed en ik werd aangenomen. Na een inwerktraject ben ik steeds meer taken van de psychiater gaan overnemen. Mijn brede medische kennis komt goed van pas, ik heb een vast contract en ben alweer anderhalf jaar erg gelukkig met deze baan. In de praktijk werk ik op gelijkwaardig niveau als mijn collega-VS'en.

Helaas heb ik dagelijks last van het kwaliteitsstatuut ggz. Daar waar al mijn PA-collega's in andere sectoren als zelfstandig behandelaar aan de slag kunnen en dbc's op eigen naam kunnen schrijven, kan ik dat in de ggz nog niet. De PA staat nog niet in de beroepentabel ggz; dat wordt op dit moment door het veld herzien. En tot die tijd ben ik blijkbaar behandelaar C, oftewel verpleegkundige, terwijl mijn verwachting was een functiebeschrijving PA te krijgen, die gelijkwaardig is aan de functieomschrijving van de VS.

Er moet echt meer ruimte komen voor nieuwe beroepsgroepen in de ggz om hun werk te doen en declarabel te maken. Anders krijgen we situaties zoals in mijn geval: en die doen het werkplezier en de motivatie geen goed.

Gelukkig werk ik met kinderen, en iedere dag geven zij mij zoveel energie dat ik deze tegenslag op een positieve manier zal oppakken. Ik ga hierover in gesprek met mijn organisatie.

Ik hoop dat het veld zich snel bewust wordt van de kansen die een PA biedt in de zwaar onderbezette ggz. Tot die tijd wacht ik met smart op een nieuw kwaliteitsstatuut. Het valt te hopen dat intussen die kwaliteit niet naar beneden dendert vanwege de tekorten op de arbeidsmarkt. Dat zou wel de omgekeerde wereld zijn.
Of zie ik het allemaal verkeerd? •

Ebelien Brons, PA mdl-ziekten
dr. Tze Lam, mdl-arts
Britt Roosenboom, arts-onderzoeker mdl-ziekten
Allen in Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem

Van een droge beriberi tot een achalasie de novo

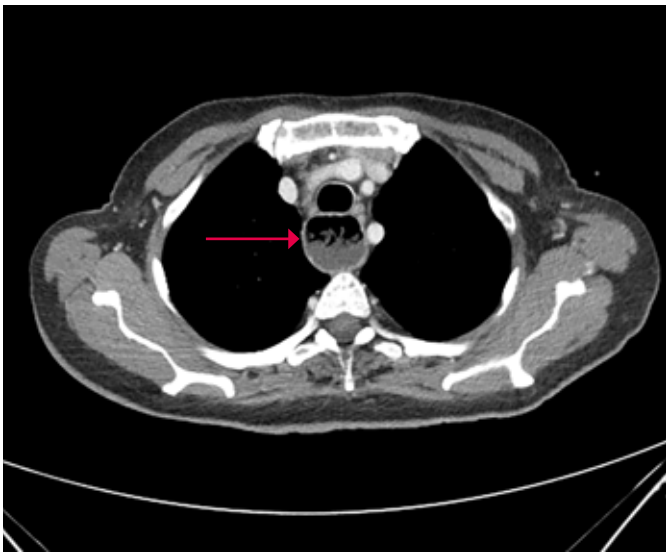


Foto 1 Gedilateerde oesofagus met een vloeistofspiegel (zie rode pijl). Normaliter is de oesofagus samengevallen.

Foto 2 Endoscopisch beeld van de oesofagus met oedeem en ulcera.

Een 53-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis zonder alcohol- of drugsgebruik, presenteerde zich op de SEH in verband met hematemesis.
Drie dagen voor het SEH-bezoek had ze eenmalig een beetje bloed gebraakt. Ze had geen melena. In de afgelopen vier maanden braakte ze progressief na inname van vocht of voedsel. Ze is 25 kilo afgevallen. Hierbij ervaarde ze retrosternale passageklachten.
Hiernaast had ze sinds twee weken progressieve klachten van tintelingen, pijn en een doof gevoel in haar handen en voeten. Zowel de grove als fijne motoriek was gestoord. Omdat haar ogen het licht niet goed konden verdragen, droeg ze een zonnebril. Ze had hierbij het gevoel dat ze zandkorrels in haar ogen had.

Lichamelijk onderzoek
Bij lichamelijk onderzoek werd een matig verzorgde cachectische vrouw (BMI

19,8) gezien. Behoudens een pols van 125 werden er bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden.
Bloedonderzoek liet een normaal bloedbeeld, nierfunctie, elektrolyten, albumine, TSH, vitamine B12, stolling en leverenzymen zien. Later bleek patiënte een forse thiamine- en foliumzuurdeficiëntie te hebben.
Vanwege het progressief braken en een sterke verdenking op een hoge tractus digestivus-maligniteit werd een gastroscopie verricht. De eerste gastroscopie werd afgebroken in verband met aspiratiegevaar door stase van vocht en voeding in de oesofagus. Daarop werd een CT-thorax vervaardigd, waarbij een gedilateerde oesofagus tot net boven de oesofagus-maagovergang zonder aanwijzingen op een ruimte-innemend proces (*foto 1*) werd gezien. De tweede gastroscopie, die werd verricht na een langere periode nuchter zijn, liet een circumferentiële oesofagitis zien (*foto 2*). Verder werden er geen afwijkingen in de maag en het duodenum gezien. Er werd een duodenumsonde geplaatst zodat sondevoeding opgestart kon worden. Met de werkdiagnose achalasie is een passagefoto met bariumcontrast verricht, waarbij het typische '*bird beak sign*' werd gezien en aanhoudende stase van het bariumcontrast (*foto 3*). Als gouden standaard werd nog een manometrie verricht (*foto 4*), die de diagnose achalasie bevestigde. Patiënte is behandeld middels pneumodilatatie, met goed resultaat.

Neuroloog

Bij opname is de neuroloog in consult gevraagd. Met een elektromyografie werd een ernstige subacute axonale polyneuro-

Foto 3A Direct na inname contrast.

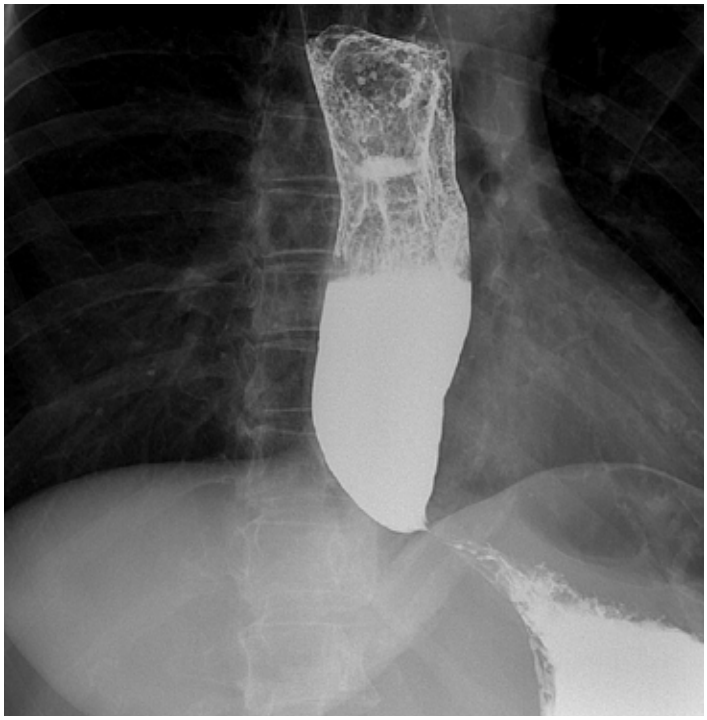
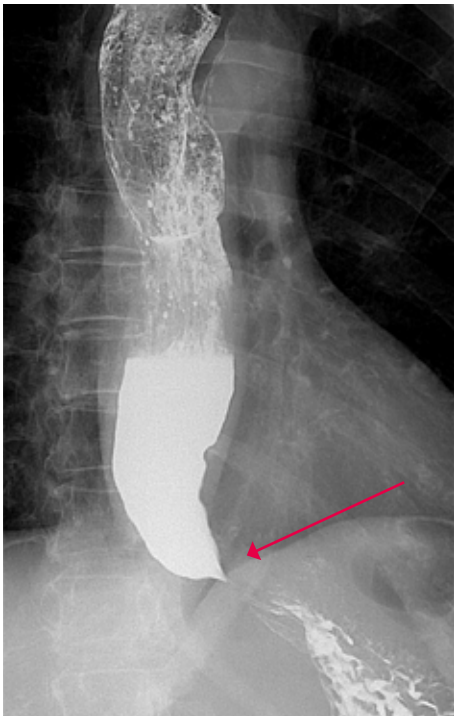


Foto 3B Vijf minuten na inname contrast met nog steeds een kolom contract, welke normaliter niet meer aanwezig is. Ook is het 'bird break sign' te zien (zie rode pijl).



pathie met areflexie, pseudoathetose bij gevoelsstoornissen en zwakte aan handen en onderbenen gediagnosticeerd. Dat noemt men ook wel een droge beriberi, die is ontstaan door een thiamine- en foliumzuurdeficiëntie secundair aan een verminderde inname bij achalasie. Na enkele dagen thiamine- en foliumzuursuppletie merkte patiënte verbetering.
De oogarts constateerde een keratitis punctata, mogelijk door het vitaminegebrek. Hetgeen ook herstelde na ooggel en vitaminesuppletie.
Met een echocardiografie had de cardioloog een cardiomyopathie uitgesloten. Bij een natte beriberi zou er sprake zijn geweest van cardiomyopathie. De tachycardie werd geduid bij het thiaminetekort en herstelde na suppletie.

Achalasie

Achalasie is een zeldzame ziekte met een incidentie van 2,2 per 100 duizend. De gemiddelde leeftijd is 54 jaar en de ziekte komt evenveel voor bij mannen als bij vrouwen.
Achalasie is een motiliteitsstoornis van de oesofagus, hetgeen wordt veroorzaakt door degeneratie van de myenterische plexus. Hierdoor is er een verminderde relaxatie van de onderste slokdarmsfincter met een abnormale of afwezige peristaltiek.
Normaliter presenteren patiënten zich poliklinisch met langzaam (maanden tot jaren) progressieve dysfagie. Dit betreft ongeveer 90 procent van de patiënten, waarbij bij 35-90 procent sprake is van (enig) gewichtsverlies. Pijn op de borst (25-64%) en regurgitatie (75-90%) zijn twee andere symptomen die frequent voorkomen.
Het bijzondere in deze casus was het ernstige, progressieve beloop van de klachten, waarbij patiënte in korte tijd ernstig ondervoed raakte, met bijpassende vitaminedeficiënties die een droge beriberi tot gevolg hadden. Door vroegtijdige diagnostiek en behandeling is patiënte goed hersteld.●

contact
ebrons@rijnstate.nl

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

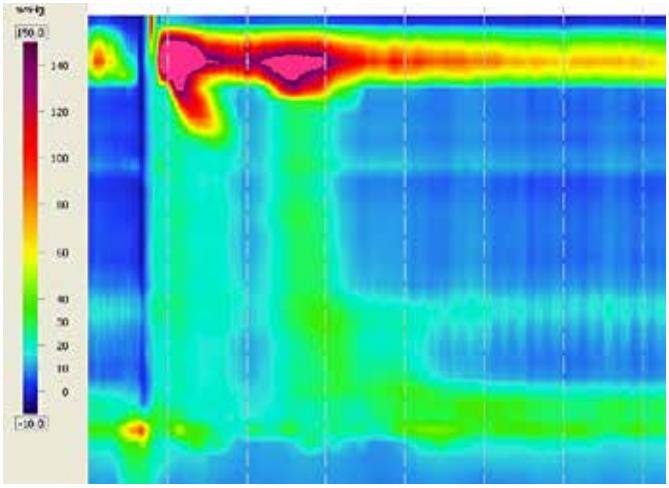


Foto 4A Normale manometrie.

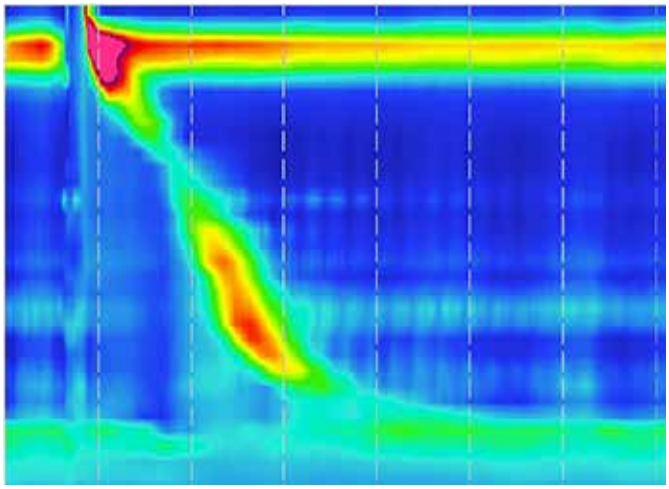


Foto 4B Geen relaxatie bij onderste slokdarm sfincter met panoesofageale samentrekking van de oesofagus.

ÖSSUR®
LIFE WITHOUT LIMITATIONS

UNLOADER ONE® X

Klinisch bewezen pijn-verlichting bij knieartrose

De nieuwe lichtgewicht Unloader One® X beschikt over het door Össur gepatenteerde 3-punts hefboomsysteem met SmartDosing. Van dit systeem is klinisch bewezen dat het de mobiliteit van de gebruiker verbetert door pijnverlichting te bieden bij unicompartmentale knie-OA of een degeneratieve meniscusruptuur. Unloader One X onderscheid zich door onder andere door:

- Dun onopvallend design
- Vereenvoudigd aanmeten
- Volledig aanpasbaar aan de voorzijde
- Anatomisch gevormde flexibele schalen met zachte randen
- Vernieuwde Quick-Fit buckles

Ga voor meer informatie naar **www.ossur.nl** of neem contact op met onze klantenservice via +31 499 462 848.

WWW.OSSUR.NL

TAAKHERSCHIKKING: ‘ER IS NOG STEEDS VEEL KOUDWATER-VREES’

Tweeëneenhalf jaar geleden verscheen een VWS-onderzoek over taakherschikking in de ouderenzorg. Wat heeft dat tot nu toe opgeleverd? Een gesprek met twee ervaringsdeskundigen.

tekst Petra van Houten, petravanhouten@gmail.com
beeld Gijsbertha Reling

In editie 11 van dit blad (2017) spraken wij met een PA geriatrie naar aanleiding van het toen net verschenen onderzoek ‘Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten’. Uit dit onderzoek, in opdracht van het ministerie van VWS, bleek dat de inzet van PA’s en VS’en niet optimaal benut werd.

We zijn nu tweeëneenhalf jaar verder. Hebben de aanbevelingen uit het onderzoek verschil gemaakt? Wij spraken hierover met Gijsbertha Reling (links op de foto), physician assistant ouderengeneeskunde (PA) en Marga Willemse (rechts op de foto), specialist ouderengeneeskunde (SOG). Gijsbertha en Marga werken nauw samen in zorginstelling WZU Veluwe. Zij zijn bezig met het opzetten van de behandeldienst, waarbij de verzorgingshuiszorg wordt omgezet naar verpleeghuiszorg, die plaats moet bieden aan 375 cliënten. Gijsbertha vertelt dat deze organisatieverandering een serieuze opdracht is met veel ontwikkelkansen op medisch én organisatorisch vlak. Zij heeft een energieke manager met een moderne visie op ouderengeneeskunde die mensen meetrekt. Daarnaast werkt ze met een specialist ouderengeneeskunde die pro taakherschikking is. Dit had zij niet eerder in deze mate meegemaakt en geeft heel veel energie. ‘Dat er iemand volledig achter jouw functie staat, werkt echt heel anders.’ Marga bevestigt de gelijkwaardige samenwerking met de PA. Gijsbertha heeft veel ervaring en ze vertrouwt haar als haar rechterhand. Gijsbertha is zonder twijfel onderdeel van het medisch team. In beleidsstukken wordt haar functie naast die van de SOG genoemd en staat er: specialist ouderengeneeskunde/PA.

‘Dat er iemand achter jouw functie staat, werkt heel anders’

Hoe is het gesteld met de naamsbekendheid en inzet van PA’s?
Positioneren blijft belangrijk. Volgens Gijsbertha kijken veel clienten en zorgprofessionals je glazig aan als je zegt dat je PA bent. ‘Je bent net een dokter’, zeggen ze dan. Niet alle SOG’s die zij kent geloven in taakherschikking. Ze vindt het jammer dat het consensusdocument met Verenso – de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde – nog niet rond is. ‘Ik merk dat er nog veel koudwatervrees is.’ Ook Marga onderkent dat de inzet van PA/VS nog afhankelijk is van de organisatie. Bij haar vorige werkgever werd gekozen om een SOG te werven, en niet een PA, ondanks de tekorten aan SOG’s. Bij het WZU Veluwe is juist onlangs een PA aangenomen en streeft men naar een formatie met twee SOG’s en twee PA’s. Marga heeft liever een PA dan een basisarts omdat zij graag een vast team met veel ervaring wil om toekomstig beleid uit te zetten.

Hoe denken jullie over schouwen?
Marga heeft ervaring als lijkschouwer en is positief over de aanbeveling van de taskforce Lijkschouw om PA’s te laten schouwen. ‘Het is toch raar – of zelfs verstorend – als een PA betrokken is bij het palliatief traject van een cliënt, er een vreemde moet komen om de dood vast te stellen?’ Ook Gijsbertha vindt het jammer dat het nog niet zover is en ook niet praktisch.

Wat kun je zeggen over verschuiving van bevoegdheden en werk op niveau?
Gijsbertha zegt dat als de kwaliteit van zorg niet hoog is, je als PA en SOG vaak voor oneigenlijke zaken wordt gevraagd. Bijvoorbeeld voor verpleegtechnische handelingen zoals katheters inbrengen. Volgens Marga moet het verpleegkundig domein zich goed organiseren zodat de SOG of PA haar eigenlijke taken kan uitvoeren. ‘Er zijn nu verpleegkundigen op alle niveaus aangenomen, maar die zijn onderbenut. De kwaliteit moet worden opgezocht. Als de functies eronder goed functioneren, kunnen zij ook op niveau werken. De juiste taak op de juiste plek.’

Heeft de instelling een visie op de inzet van PA en VS?
De WZU Veluwe stond open voor het aannemen van een PA, maar heeft niet specifiek gekozen voor een PA versus VS. De functieomschrijving hebben de PA en SOG zelf opgesteld.

Is de functie van PA ingebed?
Volgens Gijsbertha helpt haar betrokkenheid bij de organisatieverandering bij het inbedden van de functie en het vergroten van de naamsbekendheid.

Worden positieve ervaringen gedeeld en is er sprake van een businessmodel?
Er is geen businessmodel gemaakt. Op dit moment is er weinig contact met SOG’s van andere instellingen, maar de verwachting is dat dit gaat veranderen als de organisatieverandering een succes is.

Concluderend kun je zeggen dat Gijsbertha het heel erg heeft getroffen met een SOG die voorstander van taakherschikking is. Daardoor werkt zij op het juiste niveau. Maar over taakherschikking lijken SOG’s in de breedte nog verdeeld. Marga snapt de onwil en angst niet. Volgens haar staat de legitimiteit van Gijsbertha als PA buiten kijf. Als andere SOG’s ook zo gaan denken, komt het helemaal goed! •

contact
petravanhouten@gmail.com

Aanbevelingen uit het rapport ‘Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten’ (29-08-2017).

- Stimuleer landelijke bekendheid met de PA’s en VS’en. Het gericht inzetten kan een belangrijke impuls geven.
- Overweeg een zelfstandige bevoegdheid voor de PA en de VS om te schouwen. Hiermee wordt een belangrijke belemmering voor het inplannen van deze professionals in de medische bereikbaarheidsdiensten weggenomen.
- Overweeg een verruiming van de bevoegdheden van hbo-verpleegkundigen waardoor in potentie een kwaliteitsimpuls kan worden gerealiseerd in de ouderenzorg.
- Ontwikkel een breed gedragen en eenduidige visie op taakherschikking door alle shareholders in de ouderenzorg.
- Zorg voor goede inbedding van de functies PA, VS en verpleegkundigen ouderenzorg binnen de organisaties in de eerstelijnsouderenzorg en verpleeghuiszorg. Zorg ook voor de implementatie en betrek ervaren professionals en beleidsmakers erbij, die dit proces kunnen ondersteunen en begeleiden.
- Maak naast het meten van ervaringen, effecten objectief inzichtelijk en heb hierbij ook aandacht voor businessmodellen.

LEVENSREDDENDE HARTOPERATIES IN EGYPTE

PA's NICOLINE WESSELING en SASKIA HULLEMAN reisden naar Qena (Egypte) om daar patiënten te helpen die anders niet geholpen zouden worden.

tekst Nicoline Wesseling en Saskia Hulleman
beeld auteurs

Het is zaterdagnacht 2 november 2019 en we staan in de rij voor de douane in Luxor, Egypte. Het is de vierde keer dat we hier met ons team staan en naar Qena verder zullen reizen. Er is toch altijd wel weer 'gezonde' spanning. Spanning omdat het veel voorbereiding vergt. Lukt het ons om met alle materialen Egypte binnen te komen? Materialen die zo noodzakelijk zijn om te kunnen opereren. Maar ook de spanning om de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen die ons te wachten staan. Eenmaal door de douane gaan we richting Qena, waar ten minste vijftien patiënten wachten op onze komst. Patiënten die normaal niet geholpen kunnen worden omdat ze er geen geld voor hebben of de middelen of omdat de knowhow ontbreekt. Jonge patiënten die als gevolg van reumatisch lijden ernstige hartklepafwijkingen hebben, patiënten met coronairlijden of gecombineerd coronair- en kleplijden. Ondanks onze late aankomst om 3 uur 's nachts starten we zondag 3 november vroeg in de ochtend. Het hele team is gedreven om de missie succesvol te laten zijn en zoveel mogelijk patiënten te helpen. Dat betekent niet alleen helpen door openhartoperaties te verrichten, maar ook door onderwijs te geven aan de jonge Egyptische artsen en verpleegkundigen, die ons gastvrij ontvangen en zeer gemotiveerd zijn om te leren.

'Ten minste vijftien patiënten wachten op onze komst'

Indrukwekkend

Al jaren reizen artsen, physician assistants, verpleegkundigen, operatieassistenten, technici en ICT'ers af naar Afrika om mensen daar te ondersteunen. Sinds de oprichting van zorggroep Twente Overzee in 2011 zijn al diverse projecten gedaan. Zo ook onze missie naar de South Valley University in Qena.
De missies zijn iedere keer weer indrukwekkend, omdat we soms als team voor onmogelijke beslissingen staan. Een voorbeeld is een jonge vrouw van 15 jaar met uitgebreid kleplijden en een slechte cardiale functie. Ze heeft nog nauwelijks kwaliteit van leven door haar ernstige aandoening. Een eerste presentatie van dit ernstige ziektebeeld op deze leeftijd hebben we in Nederland niet eerder gezien. Indrukwekkend, omdat het gaat om een jonge

◀ Cardiothoracaal chirurg Ghada Shahin geeft onderwijs tijdens een operatie.

Team Qena 2019 op de trap van de South Valley University, vooraan met wit shirt Ghada Shahin.

vrouw die zonder ingrijpen zou komen te overlijden. Doordat in Egypte de mogelijkheden ter ondersteuning ontbreken (cardiale assist devices zoals IABP, ECLS), bestaat zelfs de kans dat ze de operatie niet overleeft. In gezamenlijk overleg beslissen we of we deze operatie kunnen uitvoeren. Hier komt veel bij kijken en het vraagt vooral op emotioneel vlak veel van het team. Behalve de kennis en kunde van ons team hebben we ook onze Egyptische collega's nodig, omdat zij weten welke middelen

'Soms staan we als team voor onmogelijke beslissingen'

beschikbaar zijn en waar we zullen moeten improviseren. Samen met de Egyptische collega's begeleiden we het hele proces vanaf hartteambespreking, operatie, postoperatief beloop op de intensive care en revalidatie op de afdeling tot aan ontslag. Als we op 10 november terugvliegen naar Nederland zit de missie 2019 erop en kijken we terug op een geslaagde enerverende week waarin we met respect voor elkaar hebben mogen samenwerken. We hebben deze week twaalf patiënten kunnen helpen. De eerste patiënten konden aan het eind van de week alweer met ontslag naar huis.•

contact
wesselingnicoline@gmail.com

Nicoline Wesseling

Saskia Hulleman

NICOLINE WESSELING en SASKIA HULLEMAN zijn beiden PA en behoren al enkele jaren tot het team dat afreist naar Egypte onder leiding van cardiothoracaal chirurg Ghada Shahin. Nicoline is PA op de afdeling Thoraxchirurgie en Saskia op de afdeling Intensive Care van ziekenhuis Isala in Zwolle. Allebei zijn ze (in resp. 2016 en 2009) de opleiding tot PA gaan volgen omdat ze meer verdieping in hun werk zochten en hun eigen grenzen wilden verleggen.

De missie van Qena is terug te zien op ctsqena.com.

Nicoline Wesseling neemt al jaren deel aan de missie naar Qena.

GRENZELOOS is ook het thema van PA Invest dit jaar. Hoe ver ga je in je vak? Waar ligt de grens als PA? PA als zzp'er? Hoe zit het met supervisie? Als PA (i.o.) over de grens werken? Naast inspirerende plenaire en parallelsessies, komen deze onderwerpen ook aan bod.

Zie Save the date achter op NAPA Magazine.

Colofon

Hoofdredacteur Milena Babovic
Redactieraad Sophie Benoy-De Keuster, 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
Cross Media Nederland
010-742 1020 / zorg@crossmedianederland.com

Oplage 1600

Copyright© 2018 NAPA
Behoudens de door de wet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd 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.

Vier ook dit jaar de internationale PA week!

De PA week vindt plaats van 5-11 oktober 2020. Deze week wordt al twee jaar in Nederland gevierd. Er is alle reden om het beroep van PA middels de PA week extra in het zonnetje te zetten, evenals de PA's zelf. Op onze website napa.nl/paweek staan een aantal ideeën hoe u als PA deze week kunt vieren. Mocht u iets willen organiseren, wees er op tijd bij en reserveer alvast deze week in uw agenda.

napa.nl/paweek

Redactie NAPA Magazine zoekt redactieleden!

Lijkt het u leuk en leerzaam om voor NAPA Magazine te schrijven en heeft u een vlotte pen? Laat het ons weten, want we zijn op zoek naar een redactielid. PA's ontvangen accreditatiepunten en een onkostenvergoeding voor redactiewerkzaamheden.

Geïnteresseerd?
Stuur ons een e-mail redactie@napa.nl

Vragen over arbeidskwestie?

NAPA is aangesloten bij FBZ rechtshulp voor al haar leden. Dat betekent dat u deskundig en direct geholpen kunt worden bij al uw arbeidsrechtelijke vragen of problemen. Of het nu gaat om de check van uw arbeidsovereenkomst, een vraag over functiewaardering, een conflict bij uw werkgever of hulp bij dreigend ontslag. De juridische experts van FBZ Rechtshulp kennen uw arbeidsvoorwaarden en rechten als geen ander en kunnen snel voor u aan de slag. U heeft recht op tien uur gratis dienstverlening per kalenderjaar.

Zie www.fbz.nl/rechtshulp

!NVEST

PA Invest 2020

SAVE THE DATE

Grenzeloos!

Grenzeloos is het thema van Invest dit jaar. Hoe ver ga je in je vak? Waar ligt de grens als PA? PA als ZZP-er? Hoe zit het met supervisie? Als PA(io) over de grens werken? Naast inspirerende plenaire en parallelsessies, komen deze onderwerpen ook aan bod.

Donderdag 12 &
vrijdag 13 november 2020
Amsterdome, Amsterdam

www.pa-invest.nl