napa MAGAZINE

Vakblad voor physician assistants

VOLOP POTENTIEEL VOOR ANDERHALVELIJNSZORG DOOR PA'S

Interview
VOOR KLINISCH ETHICUS ERWIN KOMPANJE IS DE IC EEN BRON VAN INSPIRATIE

PA SJOERD FRANSSEN WON 10.000 EURO EN SCHAFTE EEN ECHOAPPARAAT AAN

17
OKTOBER 2020

Nederlandse Associatie Physician Assistants

INHOUD

04

Interview

‘ZE ZIJN HIER PA-MINDED’

Ambities kun je PA hematologie Sjoerd Franssen niet ontzeggen. Hij won een beurs van 10.000 euro en besteedde die aan een echoapparaat zodat er beter en sneller kan worden gediagnosticeerd.

08

In de praktijk

‘JE VOELT JE SOMS NET SHERLOCK HOLMES’

`Je bent én praktisch én technisch bezig en daarnaast met diagnostiek. Dat is echt fantastisch’, vertelt physician assistant mdl Myrthe van Schaik.

12

Covid-19

IC-NAZORGPOLI BEKOMMERT ZICH OM COVID-19-PATIËNTEN

PA’s Lidwina Wilschut en Germijn Heijnen runnen in het UMC Utrecht de poli die nazorg biedt aan ic-patiënten. Dit voorjaar waren dat vooral covid-19-patiënten.

14

PA Invest

EEN DENKER MET BEIDE BENEN IN DE PRAKTIJK

Erwin Kompanje, spreker op NAPA-Invest, vertelt over vraagstukken waar hij zich als ethicus mee bezighoudt, zoals dehumanisatie en de donorwet.

18

In de praktijk

INZET PHYSICIAN ASSISTANT ONTLAST REVALIDATIEARTS

Bij Rijndam Revalidatie bleek dat PA's zo'n 90 procent van de klinische consulten kunnen overnemen.

EN VERDER

11 Column
21 Casus in beeld
26 De rol van physician assistant in de anderhalvelijnszorg
30 Colofon
30 Goed om te weten
31 Lezersbijdragen

VERANDERKRACHT

We zijn weer begonnen! Bijgetankt door de zomervakantie en met frisse energie pakken we de draad weer op. Na één dag werken zit je zo weer in het werkritme, al was het ritme van de vakantie ook niet verkeerd. Lekker luieren, terugkijkend naar die krankzinnige periode van de coronacrisis, vooruitkijkend naar ideeën over beter (samen)werken en meer werkplezier creëren door de dingen te doen in en rond je werk die je energie geven.
In dit nummer van NAPA magazine zien wij een aantal mooie voorbeelden van veranderkracht die naar mijn mening elke physician assistant bezit. Zo levert Itske Kappert, physician assistant van de regiopoli Drachten, een bijdrage aan een efficiëntere manier van zorgverlening door over de grenzen van haar werkgebied te kijken. En ook het verhaal van Sjoerd Franssen, werkzaam op de afdeling Hematologie van Radboudumc, toont hoe je met zinnige zorg bezig kan zijn. Gecombineerd met een kritische, positieve en professionele werkhouding levert dit bovendien een win-winsituatie op, voor de patiënt maar ook voor de positionering van het beroep physician assistant. Waar anderen obstakels zien, kun jij als PA misschien zorgen voor een oplossing en kun jij die *change manager* zijn. Mogelijk inspireren deze verhalen physician assistants om betrokken te raken bij het uitvoeren van onderzoek. De genomineerden van de NAPA Wetenschapsaward 2020 laten ons in elk geval zien wat dit kan opleveren. Zij bezorgen mij een grote glimlach van trots.
Van je eigen grenzen verkennen is het maar een kleine stap naar ons jaarlijks symposium PA Invest 2020 dat voor de deur staat. Vergeet je niet in te schrijven. Bijzonder aan dit digitale congres is dat het gehele congres een week online blijft, dus alle onderdelen zijn terug te kijken op een moment dat het jou uitkomt! Het goede doel – Amref Flying Doctors – dat dit jaar centraal staat, gaat letterlijk over grenzen en past erg goed bij het thema Grenzeloos. Wij zien graag jullie deelname aan het congres en hopen samen een mooi bedrag op te halen.
Ten slotte wil ik diegenen die in opleiding zijn als PA veel succes wensen. Hopelijk zonder vertragingen vanwege coronamaatregelen. De column gaat deze keer ook over de coronacrisis en laat zien wat het kan betekenen als je tijdens je opleiding wordt geconfronteerd met andere werk- of leeromstandigheden.
Veel leesplezier in weer een boordevolle uitgave van ons NAPA magazine!

Bert Speijer
voorzitter NAPA
contact via directeur@napa.nl

Radboudumc
Sjoerd Franssen

‘ZE ZIJN HIER PA-MINDED’

SJOERD FRANSSEN timmert hard aan de weg bij de afdeling Hematologie van het Radboudumc in Nijmegen. De onlangs afgestudeerde physician assistant haalde een beurs van 10.000 euro binnen en schafte daar een echoapparaat van aan. ‘We kunnen nu nauwkeuriger en sneller een diagnose stellen.’

tekst Milou van Ingen
beeld Marcel Krijgsman

Hij wilde graag arts worden maar werd tot twee keer toe uitgeloot voor de opleiding geneeskunde. Sjoerd Franssen (1993) liet zich echter niet uit het veld slaan. Hij besloot een versnelde route hbo-verpleegkunde te volgen. Vervolgens deed hij na zijn studie een jaar klinische ervaring op binnen de interne geneeskunde in het Radboudumc. ‘Ik merkte binnen een aantal maanden dat ik te weinig uitdaging uit het werk haalde. Ik was met name bezig met technische handelingen en werd minder geprikkeld om na te denken. Mijn afstudeeronderzoek van de hbo-v over de uitvoering van ADL-zorg bij hematologische patiënten vond ik erg interessant, omdat ik kritisch moest nadenken. Zodoende besloot ik de opleiding klinische gezondheidswetenschappen met subrichting verplegingswetenschappen te gaan volgen. Daar leerde ik om onderzoek te verbinden aan praktijksituaties.’ Maar na twee jaar studie ontstond er bij de afdeling Hematologie van het Radboudumc een vacature voor physician assistant in opleiding voor benigne hematologie. ‘Voor mij was dit een kans om mijn werkzaamheden binnen het verpleegkundige domein naar het medische domein te verplaatsen. Iets wat ik altijd geambieerd heb. Tevens zag ik mogelijkheden om onderzoek en onderwijs te verbinden aan mijn dagelijkse werkzaamheden. Kortom, de functie was mij op het lijf geschreven.’

Hoog niveau

Franssen koos vol overgave voor een carrière als physician assistant en zette zijn opleiding gezondheidswetenschappen on hold. Intussen werkt hij alweer enkele jaren vol enthousiasme op de afdeling Hematologie, waar hij patiënten met stollingsstoornissen, hemoglobinopathieën en paroxysmale nachtelijke hemoglobinurie behandelt. ‘Het leuke aan dit specialisme is dat het een subspecialisme is, dus heel specifiek. De kennis en expertise die ik binnen deze afdeling vergaard heb, zijn hierdoor van hoog niveau. Daarnaast vind ik de afwisseling tussen poliklinische, dagbehandeling en klinische werkzaamheden erg interessant omdat mijn weken heel gevarieerd zijn, en daardoor nooit saai. Daarnaast is deze afwisseling goed voor mijn algemene ontwikkeling. Op de polikliniek ga ik hematologisch erg de diepte in, terwijl ik bij klinische patiënten juist mijn brede klinische blik moet blijven gebruiken. Tot slot geven mijn taken op de dagbehandeling, zoals het uitvoeren van beenmergpuncties, een leuke technische variatie op mijn takenpakket.’ Ook is Franssen zeer te spreken over de bereidheid tot taakherschikking op de afdeling Hematologie. ‘Ze zijn hier PA-minded. We werken hier nu al met drie PA’s en in september starten twee PA’s in opleiding.

> ‘Het uitvoeren van beenmergpuncties geeft een leuke technische variatie op mijn takenpakket’

Pitch
In samenwerking met verpleegafdeling Hematologie heeft Franssen een kwaliteitsbevorderend project opgezet voor volwassen patiënten met stollingsstoornissen zoals hemofilie en de ziekte van Von Willebrand. Franssen berekende dat er jaarlijks 60.000 euro bespaard zou kunnen worden als het project tot uitvoering zou worden gebracht via 'Betaalbaar beter', de meerjarige kwaliteitsalliantie tussen het Radboudmc en zorgverzekeraar VGZ (zie ook *kader*). 'Het project zou zorgen voor zekerheid omtrent een diagnose, een snellere doorstroom van patiënten en een academische ontwikkeling van het Hemofilie Behandelcentrum. Deze punten heb ik in een pitch gepresenteerd waarbij enthousiast gereageerd werd op het initiatief.'
Van de beurs van 10.000 euro die hem op basis hiervan werd toegekend, is een echoapparaat aangeschaft en is scholing gegeven, zodat bij iedere patiënt met de verdenking op een spier- of gewrichtsbloeding laagdrempelig beeldvorming gedaan kan worden. Dit levert naast een kostenreductie – doorverwijzen naar de afdeling Radiologie hoeft niet meer – een kwaliteitsverbetering op, doordat patiënten altijd direct een diagnose krijgen, één professional zien en een verkorte wachttijd hebben.

Makkelijk toepasbaar
De achtergronden daarvan legt Franssen met alle liefde uit. 'Patiënten met stollingsstoornissen hebben een verhoogd risico op multipele spier- of gewrichtsbloedingen. De behandeling daarvan met stollingsproducten is intensief en kostbaar. Bovendien ontstaat door bloedingen het risico op hemofilie-artropathie, chronische gewrichtsschade. Hemofilie-artropathie wordt daarentegen niet behandeld met stollingsproducten maar door middel van pijnstilling en bewegingstherapie. Het is dus belangrijk om te differentiëren tussen deze twee. In de initiële setting diende gedifferentieerd te worden door middel van anamnese, lichamelijk onderzoek en uiteindelijk een MRI of gewrichtsaspiratie.' Dat traject is volgens Franssen praktisch moeilijk toepasbaar vanwege de lange wachttijden en de beperkte mogelijkheid om een MRI op dezelfde dag te laten plaatsvinden. 'Daarnaast is er een verhoogd risico op een infectie of bloeding bij een gewrichtsaspiratie, dus dit wordt niet geadviseerd. Ook brengt dit hoge zorgkosten met zich mee, en voor patiënten betekent het vaak een lange wachttijd.' Uit bestaande literatuur is bekend dat echografie een goedkoper en makkelijker toepasbaar alternatief is dan MRI en gewrichtsaspiratie. Tevens kan echografie effusie aantonen. Franssen: 'Door zelf als behandelaar echografie te kunnen toepassen, verwachten we vaker, sneller en nauwkeuriger een diagnose te kunnen stellen.' Om het gebruik en de noodzaak van het echoapparaat meer body te geven, verrichtte Franssen tijdens zijn afstudeeronderzoek een literatuuronderzoek naar het effect van het echoapparaat. 'De uitkomsten waren positief en laten zien dat de toepassing van echografie van meerwaarde is', zegt de trotse physician assistant. 'Naast deze positieve uitkomst, was het voor mij persoonlijk een grote waardering dat mijn literatuuronderzoek werd bekroond met de scriptieprijs van de opleiding!' •

KWALITEITSALLIANTIE RADBOUDUMC EN VGZ

'Betaalbaar beter' is de meerjarige kwaliteitsalliantie tussen het Radboudumc en zorgverzekeraar VGZ. Gezamenlijk wordt gewerkt aan zinnige zorg. Dit omvat innovaties die de zorg tegelijkertijd beter en goedkoper maken. Beter voor de patiënt én de maatschappij. Binnen deze samenwerking verzorgt het Radboudumc de ontwikkeling, het testen en de implementatie van de innovaties. VGZ stelt financiële middelen ter beschikking, ondersteunt bij de analyse en stimuleert de uitrol van succesvolle innovaties naar andere ziekenhuizen.

GENOMINEERDEN WETENSCHAP AWARD NAPA 2020

Naast Franssen zijn de volgende studenten genomineerd voor de PA wetenschapsaward. De winnaar wordt tijdens PA-Invest bekendgemaakt.

TOMMY BUNTE

Hogeschool Utrecht: analyse van de correlatie tussen fMRI, FVC, pCO2 en ademhalingssymptomen bij patiënten met Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS).

Veel ALS-patiënten ondervinden respiratoire insufficientie, een groot deel van hen overlijdt daar uiteindelijk aan. Een meetinstrument om de achteruitgang van de respiratoire functie te meten, dat zowel het PZS als het CZS omvat en ook inzicht geeft in ziekteprogressie en overleving, is nog niet beschikbaar. In dit onderzoek is de potentie van functionele magnetische resonantiebeeldvorming (fMRI) onderzocht om de achteruitgang van de ademhalingsfunctie te meten voorafgaand aan veranderingen in de test van de geforceerde vitale capaciteit (FVC), bloedgasanalyses of hypoventilatiesymptomen om de rol van het CZS bij respiratoire achteruitgang inzichtelijk te maken. In het cohort van 33 ALS-patiënten was sprake van een significant verschil tussen patiënten met en zonder respiratoire achteruitgang. De daling van de FVC-test correleerde significant met veranderingen op de fMRI.

GEERTJE HOFSTRA

Hanzehogeschool Groningen: samenhang tussen het allergisch event, specifiek immunoglobuline E en de uitkomst van een dubbelblinde, placebogecontroleerde voedselprovocatie.

De dubbelblinde, placebogecontroleerde voedselprovocatie (DBPGVP) voor het diagnosticeren van een voedselallergie is de gouden standaard maar is ook duur, tijdrovend en risicovol. Verondersteld wordt dat er in een specifieke populatie een associatie bestaat tussen een positief serum specifiek immunoglobuline E (sIgE) evenals acute en objectieve klachten tijdens allergisch event (AE) en een positieve uitkomst van de DBPGVP. De studiepopulatie van deze retrospectieve studie bestond uit kinderen die zowel een AE als een DBPGVP voor hetzelfde voedingsmiddel hebben gehad (N=243). Het voedingsmiddel betrof altijd een noot of pinda. De aanwezigheid van sIgE ($p < 0{,}001$, OR 14,731) en de somscore van objectieve symptomen bij het AE ($p < 0{,}01$, OR 2,027) bleken onafhankelijk samen te hangen met de uitkomst van de DBPGVP. Verder onderzoek naar de diagnostische waarde van een potentieel predictiemodel is nodig.

ELINE KAMP

Hogeschool Inholland Amsterdam: wat is de diagnostische accuratesse van echografie ten opzichte van MRI bij patiënten met een verdenking op een rotatorcuffruptuur, met artroscopie als referentietest?

Middels retrospectief dossieronderzoek is bovenstaande onderzoeksvraag op de afdeling Radiologie van de Noordwest Ziekenhuisgroep in Alkmaar onderzocht. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat echografie nauwkeuriger is in het vaststellen van een rotatorcuffruptuur in vergelijking met MRI. Daarom wordt de beeldvorming bij patiënten met de verdenking op een rotatorcuffruptuur op de afdeling Radiologie aangepast. Bij een echografisch vastgesteld rotatorcuffruptuur volgt een verkort MRI-protocol van de schouder om spieratrofie te beoordelen. Dit betekent meer comfort voor patiënten, snellere doorstroming en vlottere behandeling.

MEREL HOGENDORP

Hogeschool Rotterdam: prognostische factoren voor falen van Sleep Position Therapy bij volwassenen met licht en matig positieafhankelijk slaapapneu.

Ondanks dat uit verschillende klinische studies is gebleken dat Sleep Position Therapy (SPT) een effectieve therapie is voor patiënten met licht en matig obstructief slaapapneu, vallen de resultaten in de praktijk tegen. De indruk bestaat dat er vaker sprake is van falen van de SPT dan beschreven is in de literatuur, echter is dit niet geobjectiveerd. Ook is het onduidelijk welke factoren hierop precies van invloed zijn. Een retrospectief, kwantitatief statusonderzoek toont aan dat bij circa driekwart van de patiënten sprake is van falen van de SPT. Het ervaren van stress en het percentage rugligging tonen een associatie met het falen van de therapie. Op basis hiervan wordt aanbevolen om deze resultaten voorzichtig te gebruiken om de kans op slagen van SPT in te schatten.

contact
milou.vaningen@radboudumc.nl

‘JE VOELT JE SOMS NET SHERLOCK HOLMES’

Myrthe van Schaik heeft als physician assistant mdl in het Diakonessenhuis in Utrecht een veelzijdige baan. De ene helft van de week draait ze zelfstandig spreekuur en de andere helft verricht ze coloscopieën.

tekst Petra van Houten
beeld Myrthe van Schaik

‘Je bent én praktisch én technisch bezig en daarnaast met diagnostiek. Dat is echt fantastisch.’ Myrthe van Schaik steekt haar enthousiasme over haar werk niet onder stoelen of banken. Sinds 2015 werkt ze als physician assistant maag-, darm- en leverziekten (mdl) in het Diakonessenhuis, een algemeen ziekenhuis met vestigingen in Utrecht, Zeist en Doorn. Van Schaik draait, samen met haar collega PA Hester Straver, zelfstandig spreekuur voor patiënten met maag- en darmklachten én verricht coloscopieën.
Van huis uit is Van Schaik verpleegkundige. In 2006 rondde ze haar hbo-opleiding verpleegkunde af aan de Hogeschool Zeeland. Daarna werkte ze bijna tien jaar op de afdeling mdl cardiologie-interne geneeskunde van het Haga Ziekenhuis in Den Haag waar ze in aanraking kwam met het specialisme maag-, darm- en leverziekten dat een bepaalde aantrekkingskracht op haar had. ‘Bij mdl zie je patiënten van alle leeftijden. Daardoor is dat werk heel afwisselend. Bovendien vind ik het gastro-intestinale stelsel fascinerend. Je kunt in dit vakgebied telkens weer nieuwe dingen leren die tot dat moment nog niet bekend waren.’
Toen ze vijf jaar geleden overstapte naar het Diakonessenhuis in Utrecht, koos ze opnieuw voor mdl. Intussen is ze ook afgestudeerd als PA mdl. Van Schaiks werkzaamheden zijn evenredig verdeeld tussen de poli en het verrichten van scopieën. Daarnaast verzamelt ze gegevens voor complicatierapportages en zit ze in het bestuur van de NAPA vakgroep mdl.

Binnenkant

Vier dagdelen per week draait Van Schaik zelfstandig spreekuur. Ze heeft voornamelijk te maken met patiënten met maag- en darmklachten. ‘Welke patiënten je als PA ziet, is afhankelijk van waar je werkt. Sommige PA’s in andere ziekenhuizen zien juist alleen slokdarm- of leverpatiënten of hebben een zaal- of consultfunctie op de verpleegafdeling. Mijn aandachtgebied is heel breed.’ Aan de buitenkant van een mdl-patiënt kun je doorgaans niet zien wat er aan de binnenkant gaande is, zoals bij een gebroken been. ‘Dan ben je een soort Sherlock Holmes die met behulp van anamnese, doorvragen en lichamelijk onderzoek deduceert wat het probleem zou kunnen zijn. Daar stem je aanvullend onderzoek op af en vervolgens stel je een diagnose. Dat vind ik heel interessant.’

> ‘Bij grotere poliepen overleg ik altijd’

Op basis van de differentiaaldiagnose stelt ze een diagnostisch plan en daarna een behandelplan op, waarbinnen ze patiënten begeleidt. Dit traject kan kortdurend zijn, bijvoorbeeld bij een eenvoudige en goed reagerend prikkelbaredarmsyndroom, tot zeer lang of soms levenslang bij een patiënt met een chronische darmziekte zoals colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn. Van Schaik: ‘Het is best lastig want de pathologie is zo divers, chronische darmontsteking, ischemie, galstenen. Dan is het de vraag: is het de maag, de darm, de lever of de alvleesklier?’

Geen vaste supervisor

Van Schaik vertelt dat zij en haar collega-PA niet werken met een vaste supervisor. ‘Ik bereid mijn spreekuur altijd goed voor, en ik

heb altijd de mogelijkheid om te overleggen met de arts. Soms gaat er een week overheen voordat die noodzaak er is.'
De overige vier dagdelen verricht ze zelfstandig coloscopieën, met- of zonder sedatie. Niet alleen, maar in een team met twee verpleegkundigen op de scopiekamer. Meestal wordt er gesedeerd met midazolam en fentanyl. Deze medicatie dient zij zelf toe en daarom volgt zij jaarlijks de Advanced Live Support (ALS) training. Als er sedatie met propofol wordt gebruikt, is er ook een physician assistant anesthesie aanwezig. De coloscopieën die zij verricht zijn diagnostisch of therapeutisch, waarbij de grens voor het verwijderen van poliepen ligt bij maximaal 2 cm. 'Bij grotere poliepen overleg ik altijd even.' Voor het uitvoeren van coloscopieën kan gebruik gemaakt worden van water of lucht/CO_2 gas. Uit literatuur en haar eigen onderzoek voor de opleiding tot PA waarbij ze de verschillende methoden voor opvoeren van de coloscoop vergeleek, bleek de methode waarbij gebruik wordt gemaakt van water, voor patiënten minder pijnlijk te zijn. Zij maakt daarom vrijwel altijd gebruik van deze methode.

On the job

Over beide kanten van haar werk lijkt Van Schaik met evenveel passie te vertellen. Of heeft ze toch een voorkeur? 'Nee, echt niet. Het leuke is dat je voor beide werkplekken weer andere vaardigheden en kennis nodig hebt. Zo moet je op de scopiekamer vaardig zijn in het introduceren van de coloscoop en het weghalen van poliepen.' Die vaardigheid heeft ze overigens niet tijdens haar opleiding PA geleerd. 'En ik ben ook geen endoscopieverpleegkundige geweest. Nee, ik heb het scopiëren geleerd door een basiscursus in het Erasmus MC te doen en verder 'on the job' onder begeleiding van mdl-artsen.'
Van Schaik probeert in het contact met patiënten altijd zo positief mogelijk te zijn. 'Ik denk dat ik wel wat toevoeg aan optimisme en vrolijkheid. Bovendien heb ik net wat meer tijd voor patiënten dan mdl-artsen.' Daarnaast heeft ze ook haar ambities. 'Ik wil in dit vak echt heel goed worden, en nog steviger in mijn schoenen staan. Daarnaast zijn we met de vakgroep (zie *kader*) druk bezig om ons landelijk te profileren en om de mdl-PA's naar een nog hoger plan te tillen.'
Het contact met patiënten leidt ook regelmatig tot hilarische momenten, vertelt ze. 'Een patiënt zei eens tegen mij: 'Maar mevrouw, wat bent u eigenlijk, ik kan u niet terugvinden op de website bij de mdl-artsen! Ik antwoordde: ik ben physician assistant, waarop de patiënt zei: Oh, maar u klinkt wel als een arts, hoor!' •

contact
petravanhouten@gmail.com

NAPA VAKGROEP MDL

Myrthe van Schaik is sinds een jaar bestuurslid van de vakgroep mdl van de NAPA. De vakgroep profileert zich op diverse manieren. Zo is de vakgroep buitengewoon lid van de landelijke commissie van endoscopisten en van de Nederlandse vereniging van mdl-artsen. Werkzaamheden als physician assistant binnen mdl zijn divers. Van de 39 PA's doen 18 PA's alleen zaalwerk/SEH of poli-spreekuur, 12 PA's combineren poli/zaal werk met het verrichten van scopieën (colon of duodenum), één PA verricht alleen scopieën en de overige PA's doen onderzoek, werken op beleidsmatig vlak of een andere combinatie van werkzaamheden (dit exclusief de PA's die in april zijn afgestudeerd).
Veel vakgroepleden hebben onderling contact via een Whatsappgroep, waarin informatie wordt uitgewisseld en nieuws over bijvoorbeeld scholing wordt gedeeld. De vakgroep maakt een jaarplan, komt twee keer per jaar bij elkaar, organiseert jaarlijks een mdl-congres en profileert zich actief, onder andere bij mdl-beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en/of collega PA's door het schrijven van artikelen of door gebruik te maken van social media.

novo nordisk®

NL20RYB00013 Verkorte productinformatie en referentie zie elders in deze uitgave.

RYBELSUS®
semaglutide tabletten

Ik hoop stiekem dat een van de patiënten naar de Spoedeisende Hulp moet

Hester Gerritsen-Van den Berg
h.gerritsen@zzgzorggroep.nl

Hester Gerritsen-Van den Berg is physician assistant in opleiding ouderengeneeskunde, en aandachtsfunctionaris huiselijk geweld bij ZZG zorggroep in Groesbeek.

Op zoek naar acute zorg

Door de covid-19-pandemie was stagelopen bijkans onmogelijk. Zeker als je zoals ik buiten het ziekenhuis werkt, is het erg moeilijk om er binnen te komen. En dat terwijl het theorieblok van mijn opleiding over acute geneeskunde gaat en ik de stage hard nodig heb om de theorie goed op te pikken. In het verpleeghuis zie ik geen thoraxfoto of een ecg. De ABCD wordt zelden gebruikt. Verschillende keren heb ik contact gehad met de afdeling Cardiologie in het ziekenhuis.
Steeds was het antwoord afwijzend: 'We kunnen de anderhalve meter niet waarborgen.'
Vanuit de crisisopvang arriveert een nieuwe bewoonster in het woonzorgcentrum. In de overdracht staat dat ze een bradycardie heeft met weinig klachten. In overleg met mijn supervisor besluit ik om een ecg te laten maken. We hebben nog geen ecg-onderwijs gehad, maar mijn voorlopige diagnose komt het meest in de buurt van een geleidingsprobleem. Zou ze een pacemaker nodig hebben? Er volgt overleg met de cardioloog en hij vraagt om haar naar de Eerste Harthulp te laten komen. Mijn hart maakt een sprongetje, dit is mijn kans!
Na overleg met haar contactpersoon ga ik met mevrouw naar het ziekenhuis. Mijn verwachtingen zijn hoog. Zal ik nu toch iets van mijn leerdoelen kunnen behalen in deze ministage van één dag? Als mevrouw wordt aangesloten op de monitor, zie ik tot mijn verbazing een hartritme dat volkomen normaal is. Er wordt bloed afgenomen en na enige tijd komt de aios cardiologie vertellen dat ze mevrouw een nacht op willen nemen ter observatie. Gedesillusioneerd pak ik de bus terug naar het woonzorgcentrum. Ik vraag mijzelf af wat ik dan verwacht had?
Na diverse andere pogingen tot het vinden van een korte stage zakt de moed mij in mijn schoenen. Ten slotte stuur ik een mailtje naar de specialist ouderengeneeskunde in ons 'eigen' herstelcentrum. Ik vraag of ik een dienst mee kan lopen op zondag. Hier vinden wat meer acute situaties plaats dan in de beschermdwonenlocaties.
Op zondag fiets ik naar het herstelcentrum. Ik probeer mijn verwachtingen te bedwingen. Ik hoop stiekem dat een van de patiënten naar de Spoedeisende Hulp moet en dat ik dan mee mag.
Samen met de arts kom ik bij een mevrouw met flinke buikpijn. We zien een opgezette buik, die drukpijnlijk is. Ze heeft flink gebraakt, het braaksel ziet eruit als maagsap. Ze heeft normaliter meerdere keren diarree op een dag, maar sinds gisteren heeft ze geen ontlasting meer gehad. We horen gootsteengeluiden.
Een halfuur later fiets ik zo snel als ik kan naar de Spoedeisende Hulp. Ik vang mevrouw op bij de ingang. Ik prijs mezelf gelukkig dat ik daar nu een kijkje mag nemen. De coassistent werkt volgens de ABCDE-methode, bloed wordt afgenomen en een CT-scan wordt gemaakt. Samen met de SEH-arts bekijk ik de scan en de bloeduitslagen. Ik krijg een rondleiding over de afdeling en wacht tot de mdl-arts de uitslag en het behandelplan komt bespreken.
Uren later fiets ik tevreden naar huis. De combinatie van SEH en mdl hebben gezorgd voor een leerzame dag. Hierdoor stort ik mij de volgende dag weer gemotiveerd op de leerstof over de ziekte van Crohn. Er volgt nog een week van werken, leren, slapen in aanloop naar de toets. Hopelijk is het genoeg... •

IC-NAZORGPOLI BEKOMMERT ZICH OM COVID-19-PATIËNTEN

Germijn Heijnen is sinds 2019 physician assistant revalidatiegeneeskunde in UMC Utrecht. Hiervoor werkte ze als fysiotherapeut op de ic en afdeling Cardiologie.

Lidwina Wilschut is sinds 2014 physician assistant intensive care in UMC Utrecht. Hiervoor werkte ze als hbo-v-verpleegkundige en ic-verpleegkundige.

De ic-nazorgpoli van UMC Utrecht, gerund door twee physician assistants, speelde een belangrijke rol voor covid-19-patiënten die een tijd op de ic hadden gelegen.

tekst en beeld Sophie Benoy-De Keuster

Na een ic-opname houden veel mensen fysieke, cognitieve en/of psychische klachten. Deze klachten staan bekend als het postintensivecaresyndroom (PICS). Patiënten kunnen last hebben van bijvoorbeeld verminderde conditie, slikproblemen, verminderde spierkracht, geheugen- en concentratieproblemen, angsten of stemmingswisselingen. Ook naasten van patiënten kunnen psychische klachten ontwikkelen, men spreekt dan van PICS-Familie. PICS kan invloed hebben op het gehele functioneren van de patient en zijn familie. Voor deze patiënten en hun naasten heeft UMC Utrecht acht jaar geleden een ic-nazorgpoli opgezet. De poli werd gerund door intensivisten in opleiding, ondersteund door verpleegkundigen. Deze opzet bood echter weinig continuïteit. Daarom werd twee jaar later besloten de physician assistant van de ic in te zetten om zodoende de continuïteit te waarborgen en de ic-nazorg te verbeteren en verder te ontwikkelen. Voor een verdere kwaliteitsverbetering werd twee jaar geleden een samenwerking met de revalidatiegeneeskunde gestart. Sindsdien zwaaien Lidwina Wilschut en Germijn Heijnen, respectievelijk PA ic en PA revalidatiegeneeskunde, gezamenlijk de scepter over de polikliniek.
Om bekendheid te geven aan de ic-nazorgpoli gaven de twee physician assistants presentaties aan collega's en andere afdelingen van UMC Utrecht. De afgelopen jaren voerde het tweetal de polikliniek zelfstandig uit, waarbij overleg met een supervisor altijd mogelijk was. Voorheen was het aanbod meer vrijblijvend voor patiënten en naasten, nu is het standaardaanbod voor alle patiënten.

Stroomversnelling

In maart dit jaar brak de covid-19-crisis uit en kwam alles in een stroomversnelling. In het UMC Utrecht zijn in totaal zo'n honderd covid-19-patiënten verpleegd op de ic. Daarvan zagen de PA's tot nu toe vijftig patiënten en hun familie terug op ic-nazorgpoli. Als patiënten zich bij hen melden, brengen ze gestructureerd de problemen in kaart, stellen ze diagnoses en behandelplannen op, en verwijzen ze door daar waar nodig. Patiënten en familieleden kunnen er ook hun verhaal doen, krijgen foto's te zien van de ic en brengen een bezoek aan de ic waar de patiënt verbleef.
De patiënten tonen zich erg tevreden over het traject. De meeste patiënten en hun familie hebben na één polikliniekbezoek voldoende handvatten om verder te kunnen werken aan hun herstel.
Verder vindt er terugkoppeling plaats naar de eerste lijn en de verwijzers, maar ook naar iedereen die tijdens de covid-19-periode op de ic werkte. Zodoende kunnen alle ic-teamleden teruglezen hoe patiënten hun verblijf op de ic hebben ervaren en hoe ze zijn hersteld. •

contact
s.benoy@mmc.nl

ERWIN KOMPANJE

EEN DENKER MET BEIDE BENEN IN DE PRAKTIJK

ERWIN KOMPANJE

Klinisch ethicus Erwin Kompanje ziet zijn werk bij Erasmus MC als een proeftuin die dagelijks zorgt voor stof tot nadenken; over de nieuwe donorwet bijvoorbeeld. 'De wet gaat er volledig aan voorbij dat mensen heel verschillend zijn.'

Tekst Aafke Huitink-Verhoeven
Beeld Getty Images, Erwin Kompanje

In zijn middelbareschooltijd had Erwin Kompanje geen duidelijk beroep voor ogen. Er waren drie doelen die hij wilde behalen: boeken kopen, langspeelplaten kopen en uit huis gaan. Om dit te kunnen bekostigen moest hij zorgen voor een inkomen. Zijn buurjongen attendeerde hem op de inservice-opleiding verpleegkunde waar hij vanaf dag één een salaris zou verdienen. Dit was doorslaggevend voor zijn beroepskeuze. Inmiddels werkt Kompanje allang niet meer als verpleegkundige maar als klinisch ethicus op de intensive care van het Erasmus MC in Rotterdam. Ook duikt hij regelmatig op in de media waar hij zijn visie geeft op verschillende vraagstukken en kwesties. Naast de opleiding tot verpleegkundige besloot Kompanje destijds ook filosofie te gaan studeren. 'Ik was altijd al een denkertje', zeg hij over deze keuze. Toen hij in 1980 als verpleegkundige de overstap maakte naar de pas geopende ic-afdeling van het Dijkzigt ziekenhuis kwam zijn werk in de gezondheidszorg en zijn interesse in filosofie en ethiek samen. Kompanje: 'De ic bleek voor mij een bron van inspiratie. In het ziekenhuis zie je het leven in al zijn schakeringen. Dit is waar filosofie over gaat. Het is een observatie van de werkelijkheid. Leven, dood, ziekte; waar komt dat vandaan? Hierover zijn legio vragen te stellen. Ethiek is een praktische toepassing van filosofie in de geneeskunde.' Na afronden van de studie filosofie promoveerde Kompanje en verruilde zijn verpleegkundige functie aan bed voor die van klinisch ethicus en universitair hoofddocent.
Kompanje benadrukt dat hij in zijn werk als klinisch ethicus met beide benen in de praktijk staat. Hij is aanwezig op de werkvloer en is laagdrempelig, 24/7, raadpleegbaar voor artsen en verpleegkundigen voor allerhande ethische vragen binnen én buiten de ic. 'Je kunt het consulteren van een ethicus vergelijken met het in consult vragen van een specialist als een internist of cardioloog. Ik ben ook een hulpverlener, net als de artsen en verpleegkundigen. De wijze van consultatie varieert van een telefonische ad-hocvraag tot begeleiding bij ingewikkelde casuïstiek waarvoor een gedegen beraad wordt belegd. Daarnaast houd ik mij onder andere bezig met de begeleiding van intervisie of retrospectieve casusbespreking en ben ik coördinator van het peersupportsysteem op de ic. Ik heb hierbij veelal een adviserende rol.'

'Vaak spreken artsen en verpleegkundigen over patiënten alsof het objecten zijn'

Minderwaardig

Op de vraag wat Kompanje boeit aan de functie die hij inmiddels al twintig jaar uitoefent, antwoordt hij: 'De werkelijkheid die ik in mijn dagelijks werk meemaak, is een prachtige proeftuin waar veel in valt te overdenken en redeneren. Mijn gedachten hierbij verwerk ik onder andere in blogs of deel ik bijvoorbeeld via een interview. Ook is het een voedingsbodem voor onderwijs en onderzoek. Zo publiceer ik, geef ik onderwijs, begeleid ik promotietrajecten en ben ik betrokken bij verschillende externe advies- en toetsingscommissies.'
De proeftuin die Kompanje beschrijft, zorgt dagelijks voor stof tot nadenken. Een van de onderwerpen waar Kompanje zich voor interesseert, is dehumanisatie: het zien van een mens als object in plaats van levend persoon. Kompanje: 'Bij dehumanisatie wordt de mens niet meer als mens gezien maar als een ding,

---

PA INVEST 2020

Klinisch ethicus Erwin Kompanje is een van de sprekers bij het PA Invest-congres dat online plaatsvindt op donderdag 12 en vrijdag 13 november 2020. Kompanje´s livepresentatie staat gepland op vrijdag van 9.30 tot 10.15 uur.

Meer informatie: pa-invest.nl

‘Hoe maak je als familie aannemelijk dat de overledene geen donatie had gewild?’

als minderwaardig. Het komt onder andere voor bij oorlogen waarbij door de vijand als minderwaardig te zien het geoorloofd wordt hem te doden. Maar dehumanisatie is ook zichtbaar in de dagelijkse praktijk in de gezondheidzorg. Vaak spreken artsen en verpleegkundigen over patiënten alsof het objecten zijn. Uitspraken als: “Waar ligt dat trauma van gisteren?” en “Heb je het lactaat van die buismaag in box drie al?” zijn in het ziekenhuis heel gebruikelijk.’

Orgaangericht

Dehumanisatie wordt volgens Kompanje deels veroorzaakt door de opleiding van zorgverleners. ‘De geneeskundeopleiding is orgaangericht opgezet: dit is een cel, dit is een weefsel en dit is een orgaan. Vervolgens leren de jonge dokters wat er mis kan zijn met dat orgaan en hoe zij dat kunnen behandelen. Er wordt in mindere mate gekeken naar de hele mens. Deze wijze van beredeneren is overigens wel functioneel omdat het zich direct richt op dat wat mis is met de patiënt. Ook zorgt het voor duidelijkheid in de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen, bijvoorbeeld tijdens een overdracht. Daarbij heeft het meestal weinig zin om te vertellen dat de patiënt drie kinderen heeft waarvan één autistisch is. Natuurlijk is dat wel interessante informatie maar het is minder functioneel voor het medisch handelen.’ Kompanje wil zorgverleners bewust maken van het effect dat dehumanisatie op patiënten en diens naasten kan hebben. ‘Voor hen is het vreselijk om te horen dat er zo over hen wordt gesproken. Niemand wil als object gezien worden maar als mens. Ik veroordeel zorgverleners die dit gedrag laten zien niet, maar vind het wel belangrijk om te benoemen wat ik zie. Zo zei ik ooit tegen een arts-assistent die altijd over organen sprak in plaats van over patiënten: “Ze zullen wel blij zijn op de afdeling met zo’n leuke eierstok als jij. Ik vind je best een leuk ovarium!” Zij vond het uiteraard niet leuk dat ik haar zo noemde. Ik legde haar uit: “Zo spreek je ook altijd over jouw patiënten en dus spreek ik nu ook even zo over jou.” Toen ik haar enkele maanden later opnieuw tegenkwam, zei ze: “Ik heb het onthouden hoor!” Door gedrag te benoemen hoop ik bewustwording te creëren.’

Bijna immoreel

Een ander onderwerp dat zorgt voor ethische vraagstukken is de nieuwe donorwet. Mensen die geen keuze hebben vastgelegd in het donorregister zijn nu na overlijden automatisch orgaandonor. Kompanje volgt de invoering van de nieuwe wet met interesse. Hij voorziet dat de uitvoering van de wet niet zo simpel zal zijn als door de politiek voor ogen is gehouden. Ook is hij kritisch op de vertaling van de wet naar de werkvloer. Kompanje: ‘Ik vind de wet op sommige punten erg theoretisch. Omgaan met een stervende patiënt en toestemming vragen voor orgaandonatie is maatwerk. Het is daarbij onmogelijk te zeggen: zo handelen we in alle gevallen. Mensen zijn te verschillend en daar gaat mijns inziens de nieuwe wet volledig aan voorbij. Orgaandonatie is niet niks! De aanname dat iemand geen bezwaar heeft tegen orgaandonatie als hij zich niet heeft geregistreerd, is veel te kort door de bocht. De wet stelt dat als familie dan toch bezwaar maakt, zij aannemelijk moeten maken dat de overledene geen donatie had gewild. Ik vind dat bijna immoreel; hoe maak je zoiets aannemelijk? Vaak gaat het bij orgaandonatie over jonge mensen die plots komen te overlijden. Wat gebeurt er als de familie, na deze vaak onverwachtse en heftige gebeurtenis, donatie weigert en de arts na de verklaring van de familie bepaalt dat het verhaal niet aannemelijk is? De aannemelijkheid wordt deels bepaald door het referentiekader van deze arts en kan afwijken van de familie. Wordt er dan toch overgegaan tot uitnemen van de organen? De wet biedt geen handvatten voor het omgaan met dergelijke problematiek. Het maatwerk dat nodig is bij ‘*end of life care*’ mist. Er wordt voorbijgegaan aan de wensen en waarden van de overledene en diens familie.’ Kompanje pleit ervoor ieder geval individueel te blijven bekijken en respect te hebben voor het eventueel weigeren van orgaandonatie. ‘We hebben onze mond vol van ‘*patient and family centered care*’, laten we dat dan ook hierbij hoog in het vaandel houden! Ik zou graag zien dat wanneer de familie weigert, wij dat accepteren en ze sterkte wensen met het verlies van hun dierbare. Dat vind ik humaan, menselijk en respectvol!’ •

contact
verhoeven.aafke@gmail.com

PODCAST
neuropathische pijn na chemotherapie

MedNet
vergroot je medische vakkennis

Pijn is een vaak voorkomend symptoom bij patienten met kanker. Van de behandelde patiënten heeft 20 tot 40% kans op neuropathische pijn.[1] Wat is hieraan te doen?

Tom van 't Hek leidt de discussie over oorzaak en behandelmogelijkheden met:

Angelie van den Bosch
verpleegkundig specialist medische oncologie

Hans van Suijlekom
anesthesioloog-pijnspecialist

Majorie de Werd
verpleegkundig specialist mammapathologie

Luister naar de podcast:
www.mednet.nl/neuropathische-pijn-na-chemotherapie

1. Bennet M.I. et al. Pain 2012;153(2): 359-365

De podcast is mede mogelijk gemaakt door GRÜNENTHAL

M-QZA-NL-05-20-0005

Nicolien Schuring
physician assistant revalidatiegeneeskunde
Rijndam Revalidatie

PILOT BIJ RIJNDAM REVALIDATIE SUCCESVOL

INZET PHYSICIAN ASSISTANT ONTLAST REVALIDATIEARTS

Een physician assistant kan zo'n 90 procent van de klinische consulten van revalidatieartsen uit handen nemen, zo blijkt uit een pilot bij Rijndam Revalidatie. Dat levert voor arts en patiënt voordelen op.

tekst Nicolien Schuring, PA revalidatiegeneeskunde en Daniëlle de Wit, revalidatiearts Rijndam Revalidatie
beeld Robin Utrecht

In 2009 kozen revalidatieartsen bij Rijndam Revalidatie op een van de ziekenhuislocaties ervoor te gaan samenwerken met een physician assistant met als doel de kwaliteit en efficiëntie in de zorgverlening, met name op het gebied van klinische consulten te verbeteren. Voor die tijd werden de klinische consulten verricht tussen de poliklinische spreekuren van de revalidatieartsen door. Deze werkwijze had een aantal nadelen. Zo kregen de revalidatieartsen het gevoel dat ze tekortschoten in kwaliteit van de zorg, kwam de communicatie naar patiënt, familie en afdeling in het gedrang en was er onvoldoende ruimte tot vervolgen van de patiënten. Dankzij de inzet van een physician assistant was er meer tijd voor klinische consulten, contact met familieleden, en zo nodig, overleg met andere afdelingen of organisaties en een betere overdracht naar vervolgzorg.
In eerste instantie ging het om een physician assistant in opleiding en werden alle taken onder supervisie uitgevoerd. Maar nadat de PA de opleiding in 2012 had afgerond, werd het takenpakket van poliklinische werkzaamheden en spasticiteitsbehandeling zelfstandig door de PA uitgevoerd, met intervisie op verzoek. Wel was de afspraak toen nog dat een revalidatiearts altijd de uitgaande correspondentie meetekende. Klinische consulten bleven met standaard intervisie, gezien de afspraken met de NZa destijds.

Impact

In 2018 kwam de Nederlandse Zorgautoriteit met een update in de dbc-pakketten. Daarmee werd het per 1 januari 2019 mogelijk dat een physician assistant of verpleegkundig specialist dbc's voor klinische consulten kan openen. Maar vrijwel tegelijkertijd stelden de Vereniging van Revalidatie Artsen (VRA) en Revalidatie Nederland (RN) expliciet dat taakherschikking voor klinisch consulten en medebehandelingen in het ziekenhuis door een physician assistant niet mogelijk zou zijn. Dit omdat een revalidatiearts gevraagd wordt om de complexiteit van een patiënt tijdens een klinisch consult/medebehandeling te beoordelen en bij een klinisch consult niet van tevoren is in te schatten of dit een eenvoudige routinetaak is of niet.
Gezien de impact van deze beslissing op onze werkwijze is gezocht naar een mogelijkheid om hier een praktische invulling aan te geven. Hiervoor hebben we in december 2018 binnen de Vereniging Medisch Staf van Rijndam afgesproken een pilot van vier maanden te draaien waarin we de mate van complexiteit van klinische consulten in beeld wilden brengen, en daarop de inzet van de PA en/of de revalidatiearts wilden afstemmen.

Men was tevreden over de resultaten

Proef

Tijdens deze periode werden in totaal 159 klinische consulten uitgevoerd waarvan 95 eerste consulten, waarbij we onderscheid hebben kunnen maken in de complexiteit van de verschillende consulten. Grofweg 90 procent van de consulten bestond uit het geven van revalidatieadvies na een herseninfarct of -bloeding, bepalen van amputatieniveau dan wel postoperatief advies over revalidatiebehandeling na amputatie. Een veel kleiner deel van de consulten betrof een dubbeldiagnose (zoals beroerte én amputatie of multiple sclerose én trombose van de arteria radialis met handnecrose) of patiënten die al geruime tijd voor de ic zijn opgenomen. Deze werden dan gelabeld als complexe aandoening. Overigens vielen de klinisch consulten van post-ic-patiënten, veroorzaakt door covid-19, buiten deze afspraak.
Voor de complexe groep is de afspraak gemaakt dat ze altijd besproken worden binnen een moment van intervisie. Voor de overige consulten geldt dat intervisie op verzoek altijd mogelijk is.
Na vier maanden werd de uitkomst van de proef gedeeld met de Vereniging Medische Staf van Rijndam. In die evaluatie bleken de deelnemers tevreden met de resultaten en gestelde randvoorwaarden. De ervaringen zijn dermate positief dat het bestuur van Rijndam Revalidatie andere ziekenhuizen aanraadt de inzet van de PA te overwegen om de werklast voor revalidatieartsen te verminderen. •

contact
nschuring@rijndam.nl

!NVEST

Nederlandse Associatie Physician Assistants
NAPA

PA-INVEST 2020

GRENZELOOS

Meer informatie
scan de QR code

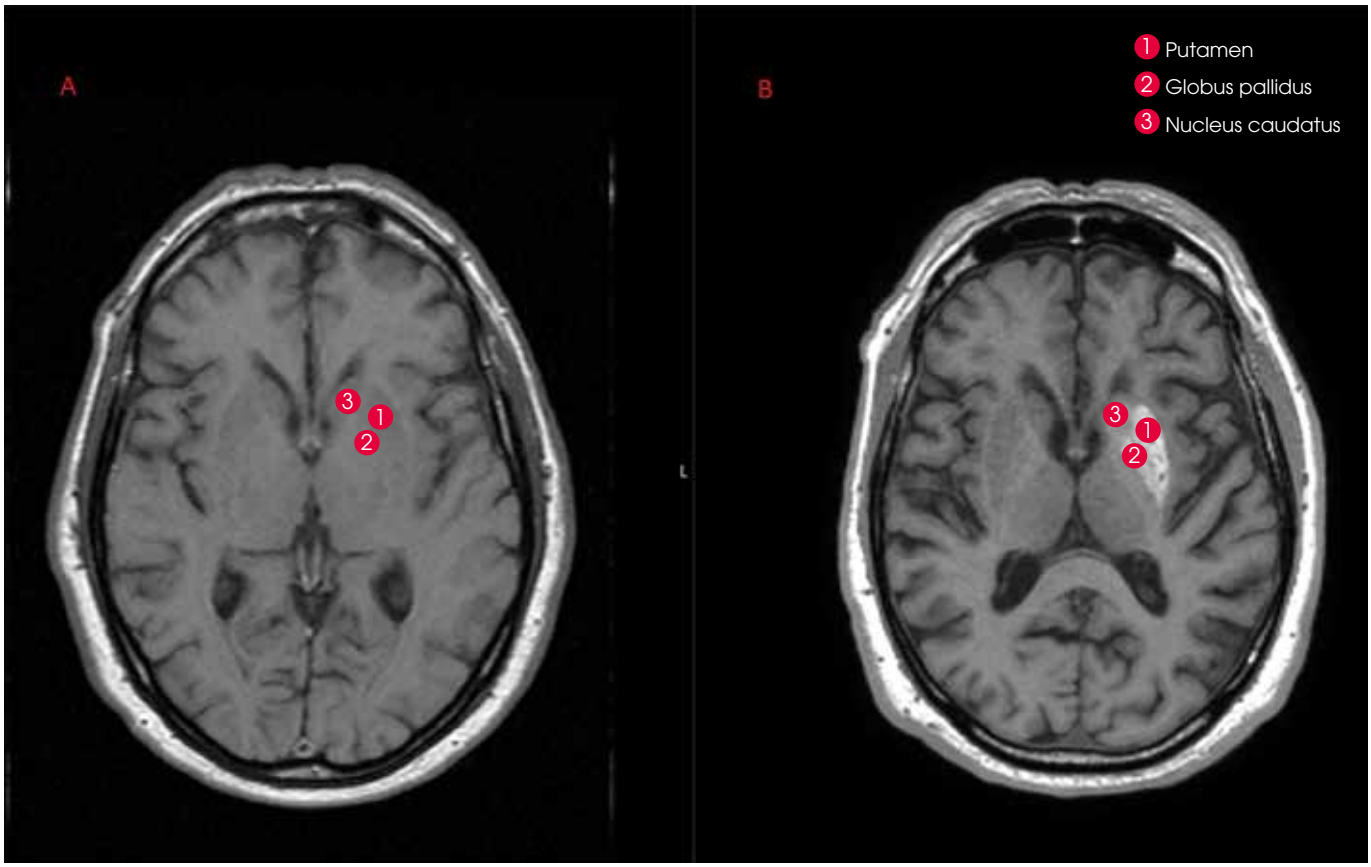
ONLINE

12 EN 13 NOVEMBER | DIGITAAL CONGRES

Congresorganisatie: Roijé Congressen | info@roijecongressen.com | 020 3300941

Anicka van Emden, physician assistant i.o. neurologie, Franciscus Gasthuis & Vlietland
Bianca van den Berg, neuroloog, Franciscus Gasthuis & Vlietland
Menno Morpurgo, radioloog, Franciscus Gasthuis & Vlietland

Een man met onwillekeurig schokkende bewegingen

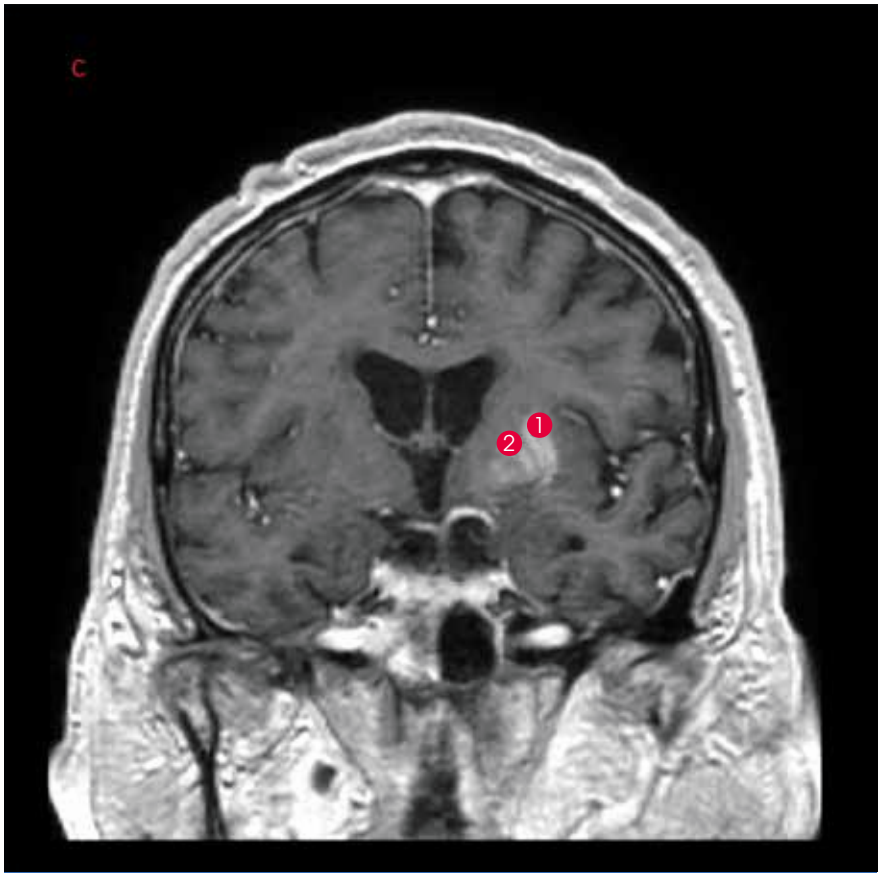


A: MRI zonder afwijkingen van dezelfde patiënt in 2014

B: MRI met de afwijkingen beschreven in de casus

Zijn voorgeschiedenis vermeldt een vertebrobasilair infarct

Een 82-jarige man werd door de huisarts verwezen naar de polikliniek neurologie wegens onwillekeurige schokkende bewegingen van de rechterarm en met name het rechterbeen. De klachten waren plotseling ontstaan en langzaam progressief. Twee weken voordat de klachten ontstonden was de man drie dagen opgenomen geweest op de afdeling Interne geneeskunde wegens een hyperosmolair hyperglykemisch non-ketotisch syndroom, bij een waarschijnlijk al langer bestaande diabetes mellitus type 2. Zijn voorgeschiedenis vermeldt verder hypertensie en een vertebrobasilair infarct. Het neurologisch onderzoek toonde een discreet afhangen-



C: MRI met coronaal aanzicht van de afwijkingen beschreven in de casus

Vermoedelijke oorzaak is een verstoorde bloed-hersen-barrière

de mondhoek rechts, een wankel gangspoor en choreatiforme bewegingsonrust van het rechterbeen en in mindere mate van de rechterarm. Patiënt werd opgenomen ter nadere analyse. Hij was inmiddels goed ingesteld op antidiabetica en glucosedagcurves toonden euglycemie. Een CT-cerebrum toonde geen recente ischemie of bloeding. Een aanvullende MRI-cerebrum liet op de T1-weging een uitgesproken hyperintens signaal zien in de kop van de nucleus caudatus, putamen en globus pallidus links. Er waren geen aanwijzingen voor diffusie restrictie en er was geen aantoonbare aankleuring na intraveneuze toediening van gadolinium. Wij stelden de diagnose '*chorea-hyperglycemia-basal ganglia syndrome*' (C-H-BG). Er werd gestart met haloperidol tegen de bewegingsonrust, maar bij uitblijvend effect werd dit vervangen door tetrabenazine. Hierop nam de chorea af. Na een week werd patiënt voor verdere revalidatie overgeplaatst naar een revalidatiecentrum, waar hij drie weken verbleef.

C-H-BG is een zeldzaam neurologisch syndroom, voornamelijk geassocieerd met non-ketotische hyperglykemie, waarvan het pathofysiologisch mechanisme nog niet opgehelderd is. Verondersteld wordt dat een verstoorde bloed-hersenbarrière, veroorzaakt door de hyperglykemie en samenhangende hyperviscositeit leidt tot lokale ischemische celschade. Ook lijkt een toegenomen metabolisme van de remmende neurotransmitter gamma-aminoboterzuur (GABA), resulterend in lage GABA-niveaus, een rol te spelen.[1] C-H-BG is meestal reversibel, maar er zijn ook casussen beschreven waarbij de chorea irreversibel bleek.[2,3] De behandeling is gericht op het bereiken van glykemische controle en symptoombestrijding. •

contact
a.emden@franciscus.nl

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

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

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

Verkorte productinformatie Rybelsus®

▼ **Rybelsus®.** Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring.
Naam: Rybelsus® 3 mg, 7 mg en 14 mg, tabletten. **Samenstelling en farmaceutische vorm:** semaglutide 3, 7 en 14 mg, tabletten. **Indicaties:** Rybelsus® is geïndiceerd voor de behandeling van volwassenen met onvoldoende gereguleerde diabetes mellitus type 2 om glykemische controle te verbeteren als toevoeging aan dieet en lichaamsbeweging: als monotherapie wanneer metformine ongeschikt wordt geacht als gevolg van intolerantie of contra-indicaties; in combinatie met andere geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes. Voor onderzoeksresultaten met betrekking tot combinaties, werkzaamheid op glykemische controle en cardiovasculaire events, en de onderzochte populaties, zie rubriek 4.4, 4.5 en 5.1 van de volledige productinformatie. **Dosering en wijze van toediening:** De startdosis is 3 mg semaglutide eenmaal daags. Na één maand moet de dosering worden verhoogd naar een onderhoudsdosering van 7 mg eenmaal daags. Na ten minste één maand met een dosering van 7 mg eenmaal daags, kan de dosering worden verhoogd naar een onderhoudsdosering van 14 mg eenmaal daags om de glykemische controle verder te verbeteren. De maximale aanbevolen eenmaaldaagse dosis semaglutide is 14 mg. Rybelsus® is een tablet voor eenmaal daags oraal gebruik. Dit geneesmiddel moet, ongeacht het tijdstip van de dag, op een lege maag worden ingenomen. Het moet in zijn geheel worden doorgeslikt met een slok water (maximaal een half glas water, overeenkomend met 120 ml). Tabletten mogen niet worden gebroken, geplet of gekauwd, aangezien niet bekend is of dit de absorptie van semaglutide beïnvloedt. Patiënten moeten na inname ten minste 30 minuten wachten voordat ze iets eten, drinken of andere orale geneesmiddelen gebruiken. Minder dan 30 minuten wachten vermindert de absorptie van semaglutide (zie rubriek 4.5 en 5.2 van de volledige productinformatie). **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Belangrijkste waarschuwingen:** Om het terugvinden van de herkomst van biologicals te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. Semaglutide mag niet worden gebruikt bij patiënten met diabetes mellitus type 1 of voor de behandeling van diabetische ketoacidose. Wanneer behandeling met een GLP-1-receptoragonist werd gestart, is diabetische ketoacidose gemeld bij insuline-afhankelijke patiënten waarbij de dosis insuline snel werd verlaagd of stopgezet. Er is geen therapeutische ervaring bij patiënten met congestief hartfalen NYHA-klasse IV. Er is geen therapeutische ervaring met semaglutide bij patiënten die bariatrische chirurgie hebben ondergaan. Het gebruik van GLP-1-receptoragonisten is mogelijk geassocieerd met gastro-intestinale bijwerkingen die dehydratie kunnen veroorzaken. Dit kan in zeldzame gevallen leiden tot een verslechtering van de nierfunctie. Acute pancreatitis is waargenomen bij het gebruik van GLP-1-receptoragonisten. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de kenmerkende symptomen van acute pancreatitis. Bij verdenking op pancreatitis moet het gebruik van semaglutide worden gestaakt; als acute pancreatitis bevestigd is, mag niet opnieuw met semaglutide worden begonnen. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een voorgeschiedenis van pancreatitis. Patiënten die worden behandeld met semaglutide in combinatie met een sulfonylureumderivaat of insuline, hebben mogelijk een verhoogd risico op hypoglykemie. Het risico op hypoglykemie kan worden verlaagd door verlaging van de dosis sulfonylureumderivaat of insuline bij het starten van de behandeling met semaglutide. Bij patiënten met diabetische retinopathie die worden behandeld met insuline en s.c. semaglutide, is een verhoogd risico op de ontwikkeling van complicaties van diabetische retinopathie waargenomen, een risico dat niet uitgesloten kan worden bij oraal toegediende semaglutide. Het opvolgen van de doseringsinstructies wordt aanbevolen voor optimaal effect van semaglutide. Als de respons op de behandeling lager is dan verwacht moet de behandeld arts zich ervan bewust zijn dat de absorptie van semaglutide zeer variabel is en minimaal kan zijn (2-4% van de patiënten zullen niet worden blootgesteld), en dat de absolute biologische beschikbaarheid van semaglutide laag is. **Bijwerkingen:** In 10 fase 3a-studies werden 5.707 patiënten blootgesteld aan alleen semaglutide of semaglutide in combinatie met andere glucoseverlagende geneesmiddelen. De duur van de behandeling varieerde van 26 weken tot 78 weken. De meest frequent gemelde bijwerkingen tijdens klinisch onderzoek waren aandoeningen van het maag-darmstelsel, waaronder misselijkheid (zeer vaak), diarree (zeer vaak) en braken (vaak). De meeste gastro-intestinale bijwerkingen waren mild tot matig van aard en van korte duur. Hypoglykemie werd zeer vaak waargenomen indien semaglutide gelijktijdig werd gebruikt met insuline of sulfonylureumderivaat. Zie de volledige productinformatie voor informatie over overige bijwerkingen. **Farmacotherapeutische categorie:** geneesmiddelen gebruikt bij diabetes, glucagonachtig peptide-1-agonisten (GLP-1-agonisten). **ATC-code:** A10BJ06. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding:** Volledig vergoed voor bepaalde patiëntgroepen. **Datum:** mei 2020.

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via www.lareb.nl of bij Novo Nordisk B.V. Zie voor de volledige productinformatie http://www.ema.europa.eu.
Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Denemarken. Novo Nordisk B.V., Postbus 443, 2400 AK Alphen aan den Rijn; Telefoonnummer: 0172 - 44 94 94, E-mail: informatie@novonordisk.com

Referentie: 1. SPC Rybelsus®

Novo Nordisk B.V.
Postbus 443
2400 AK Alphen aan den Rijn
T + 31 (0)172 44 94 94
informatie@novonordisk.com
novonordisk.nl

novo nordisk®

NL20RYB00013 Novo Nordisk® en Rybelsus® zijn geregistreerde handelsmerken van Novo Nordisk A/S.

Verkorte productinformatie Saxenda®

Naam: Saxenda® 6 mg/ml oplossing voor injectie in een voorgevulde pen. **Samenstelling en farmaceutische vorm:** liraglutide 6 mg/ml, oplossing voor injectie. **Indicaties:** Saxenda is geïndiceerd als aanvulling op een caloriearm dieet en verhoogde lichamelijke activiteit ten behoeve van gewichtsbeheersing bij volwassen patiënten met een aanvankelijke BMI (Body Mass Index) van: ≥ 30 kg/m² (obees), of ≥ 27 kg/m² tot < 30 kg/m² (overgewicht) die ten minste één gewichtsgerelateerde comorbiditeit hebben, zoals dysglykemie (prediabetes of diabetes mellitus type 2), hypertensie, dyslipidemie of obstructieve slaapapneu. Behandeling met Saxenda moet worden gestaakt als de patiënt na 12 weken gebruik van de dagdosering van 3,0 mg niet ten minste 5% van zijn aanvankelijke lichaamsgewicht is kwijtgeraakt. **Dosering en wijze van toediening:** De startdosis is 0,6 mg eenmaal daags. De dosis moet worden verhoogd naar 3,0 mg eenmaal daags in stappen van 0,6 mg met tussenpozen van ten minste één week om de gastro-intestinale verdraagbaarheid te verbeteren. Als verhoging naar de volgende dosisstap gedurende twee opeenvolgende weken niet wordt verdragen, moet worden overwogen de behandeling te staken. Doseringen hoger dan 3,0 mg per dag worden niet aanbevolen. Saxenda is uitsluitend bestemd voor subcutaan gebruik. Het mag niet intraveneus of intramuscuiair worden toegediend. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Belangrijkste waarschuwingen:** Om de traceerbaarheid van biologische geneesmiddelen te verbeteren, dienen de naam en het batch-nummer van het toegediende product duidelijk te worden vastgelegd. Er is geen klinische ervaring bij patiënten met congestief hartfalen NYHA-klasse IV en liraglutide wordt daarom niet aanbevolen voor gebruik bij deze patiënten. De veiligheid en werkzaamheid van liraglutide voor gewichtsbeheersing zijn niet vastgesteld bij patiënten: van 75 jaar of ouder; behandeld met andere producten voor gewichtsbeheersing; met obesitas secundair aan endocrinologe stoornissen, aan eetstoornissen of aan de behandeling met geneesmiddelen die gewichtstoename kunnen veroorzaken; met ernstige nierinsufficiëntie; met ernstige leverinsufficiëntie. Gebruik bij deze patiënten wordt niet aanbevolen. Het gebruik van liraglutide voor gewichtsbeheersing is niet onderzocht bij patiënten met lichte of matig ernstige leverinsufficiëntie. Er is beperkte ervaring bij patiënten met IBD (Inflammatory Bowel Disease) en diabetische gastroparese. Het gebruik van liraglutide wordt niet aanbevolen bij deze patiënten. Acute pancreatitis is waargenomen bij het gebruik van GLP-1-receptoragonisten. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de kenmerkende symptomen van acute pancreatitis. Als er een vermoeden van pancreatitis bestaat, moet het gebruik van liraglutide worden gestaakt. Als acute pancreatitis bevestigd is, moet niet opnieuw met liraglutide worden begonnen. In klinische studies voor gewichtsbeheersing zijn bij patiënten behandeld met liraglutide meer gevallen van cholelithiase en cholecystitis waargenomen dan bij patiënten behandeld met placebo. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de kenmerkende symptomen van cholelithiase en cholecystitis. Liraglutide moet met de nodige voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met een schildklieraandoening. Een stijging in de hartfrequentie is waargenomen bij gebruik van liraglutide in klinische studies. Patiënten moeten worden geïnformeerd over de symptomen van een verhoogde hartfrequentie. Bij patiënten met een klinisch relevante blijvende stijging van de hartfrequentie in rust, moet de behandeling met liraglutide worden gestaakt. Klachten en symptomen van dehydratie werden gemeld bij patiënten die behandeld zijn met GLP-1-receptoragonisten. Patiënten die behandeld worden met liraglutide moeten worden geïnformeerd over het potentiële risico op dehydratie met betrekking tot gastro-intestinale bijwerkingen en moeten voorzorgsmaatregelen nemen om een vochttekort te voorkomen. Patiënten met diabetes mellitus type 2 die liraglutide krijgen in combinatie met insuline en/of een sulfonylureumderivaat hebben mogelijk een verhoogd risico op hypoglykemie. Bij patiënten met diabetes mellitus mag Saxenda niet worden gebruikt als een vervanger van insuline. Diabetische ketoacidose is gemeld bij insuline-afhankelijke patiënten na snelle stopzetting of dosisverlaging van insuline. **Bijwerkingen:** Samenvatting van het veiligheidsprofiel: Saxenda werd op veiligheid geëvalueerd in 5 dubbelblinde, placebogecontroleerde studies bij 5.813 patiënten met obesitas of overgewicht en ten minste één gewichtsgerelateerde comorbiditeit. De meest frequent (zeer vaak) gemelde bijwerkingen tijdens klinisch onderzoek waren aandoeningen van het maagdarmstelsel, waaronder nausea, braken, diarree en obstipatie. De meeste gastro-intestinale bijwerkingen waren mild tot matig ernstig en voorbijgaand van aard, en de meeste leidden niet tot staken van de behandeling. Zie de volledige productinformatie voor informatie over overige bijwerkingen. **Farmacotherapeutische categorie:** geneesmiddelen gebruikt bij diabetes, glucagonachtig peptide-1-agonisten (GLP-1-agonisten). **ATC-code:** A10BJ02. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding:** Niet vergoed. **Datum:** december 2019. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via www.lareb.nl of bij Novo Nordisk B.V. Zie voor volledige productinformatie http://www.ema.europa.eu. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Denemarken.

Referentie: 1. SPC Saxenda® december 2019.

Novo Nordisk B.V.
Postbus 443
2400 AK Alphen aan den Rijn
T + 31 (0)172 44 94 94
informatie@novonordisk.com
novonordisk.nl

novo nordisk®

0320-HCP NL20SX00013 Novo Nordisk® en Saxenda® zijn geregistreerde handelsmerken van Novo Nordisk A/S.

Vacature

Physician assistant cardiologie - cardiac devices

Als physician assistant met aandachtsgebied device therapie ondersteun jij een groep van zes cardiologen, verantwoordelijk voor device therapie en elektrofysiologie, samen met een physician assistant die als aandachtsgebied elektrofysiologie heeft.
Dit houdt in dat je het zorgpad device implantatie ondersteunt met poliklinische en klinische device-voorlichting, en klinische zorg doet op de elektrofysiologie afdeling, naast poliklinische nazorg van deze patiënten. Verder ondersteun je op een nieuw in te richten short-stay afdeling diverse zorgpaden van ingrepen die op de hartcatherisatie-kamer plaatsvinden, samen met andere allied health professionals. Ook begeleiding bij device implantatie op de hartcatheterisatiekamer behoort tot de mogelijkheden. Je wordt opgeleid in pacemaker- en ICD-programmering zodat je ook leert hoe je een pacemaker en ICD-programmer bedient. Onderwijs aan bijvoorbeeld onze verpleging, device protocollen actualiseren en opstellen, en begeleiding van zogenaamde advisories en recalls verwachten wij aan jou toe te vertrouwen nadat je voldoende opgeleid bent. Een plezierige werkomgeving en een collegiale onderlinge verstandhouding vinden wij heel belangrijk, net als een enthousiaste en proactieve houding naar elkaar en onze patiënten.

Afdeling

Het specialisme cardiologie maakt deel uit van de divisie hart en longen. Op onze afdeling werken cardiologen, arts assistenten (in opleiding en niet in opleiding), verpleegkundigen, physician assistants, verpleegkundig specialisten en onderzoekers nauw samen. Als collega's zetten we ons allemaal in voor de beste zorg voor onze patiënten. Daarnaast werken we aan innovatie en wetenschappelijk onderzoek en niet te vergeten opleiding en onderwijs.

Profiel

Je hebt de opleiding tot physician assistant afgerond, staat ingeschreven in het kwaliteitsregister en bent BIG-geregistreerd. Daarnaast weet je bij voorkeur het een en ander af van het specialisme cardiologie en heb je een flinke dosis affiniteit met technologie.

Het salaris voor deze (36 uur) functie bedraagt maximaal € 4.615,00 bruto per maand op basis van een fulltime dienstverband (werkweek van 46 uur).

Onze arbeidsvoorwaarden zijn conform de Cao Universitair Medische Centra (UMC). Wij bieden onder andere een eindejaarsuitkering van 8,3%, vakantietoeslag, een reiskostenvergoeding woon-werkverkeer en diverse opleidingsmogelijkheden. Bekijk onze arbeidsvoorwaarden en diverse extra's.

Meer informatie

Voor meer inhoudelijke informatie over deze vacature, neem contact op met de contactpersoon, de heer dr. A.E. (Anton) Tuinenburg, Cardioloog, telefoonnummer: 088 75 561 84, e-mail: A.E.Tuinenburg@umcutrecht.nl.

Acquisitie n.a.v. deze vacature wordt niet op prijs gesteld.

UMC Utrecht

DE ROL VAN PHYSICIAN ASSISTANT IN DE ANDERHALVELIJNSZORG

De afgelopen jaren komt steeds meer anderhalvelijnszorg van de grond. Daarin kunnen physician assistants en verpleegkundig specialisten een belangrijke rol gaan spelen. Een praktijkvoorbeeld in Friesland toont dat aan.

tekst Anneke van Vught, PhD, associate lector, lectoraat organisatie van zorg en dienstverlening, HAN
Itske Kappert, physician assistant, regiopoli Drachten
beeld Getty images

De juiste zorg op de juiste plek is een ontwikkeling in het anders organiseren van de zorg met als doel (duurdere) zorg voorkomen, zorg vervangen en zorg verplaatsen. Het verplaatsen van zorg die voorheen door een medisch specialist in het ziekenhuis verleend werd, naar de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum, (wijk)kliniek of huisartsenpraktijk wordt aangeduid als anderhalvelijnszorg.
In de afgelopen jaren zijn verschillende initiatieven gestart om anderhalvelijnszorg vorm te geven en te evalueren.[1] Deze beperkt complexe medisch-specialistische zorg wordt momenteel vooral verleend door medisch specialisten en/of huisartsen.[2] Hoewel de eerste ervaringen van anderhalvelijnszorg positief zijn, is het de vraag of medisch specialisten en huisartsen wel opgeleid en bedoeld zijn om deze beperkt complexe medische zorg buiten het ziekenhuis te verlenen. Met de toenemende zorgvraag is het beter om te differentiëren: artsen voor (hoog)complexe medische zorg en anderen (indien mogelijk) voor de minder complexe medische zorg.

De introductie van physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS'en) voor anderhalvelijnszorg is een mogelijk alternatief.
Er is in de periode 2016-2019 onderzoek gedaan om inzicht te krijgen in het potentieel van anderhalvelijnszorg waarbij PA's en VS'en betrokken zijn. Onderzocht is op welke wijze PA's en VS'en werkzaam zijn in anderhalvelijnszorg, wat de haalbaarheid is (inclusief belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie) en wat de (ervaren) effecten zijn.[3] Dit is gedaan door het uitvoeren van een internationale systematic review, survey, verdiepende interviews met stakeholders en het verdiepen van vier praktijkvoorbeelden met PA of VS in anderhalvelijnzorg.[1]

PA's en VS'en brengen beperkt complexe zorg dicht bij de patiënt

Een van de vier uitgewerkte praktijkvoorbeelden betreft het werk van PA Itske Kappert, die binnen de regiopoli in Drachten werkzaam is en daar spreekuur houdt voor beperkt complexe gynaecologische klachten. In het kader staat uitgelegd hoe Kappert is ingebed in de organisatie, hoe zij samenwerkt met andere professionals, wat de ervaringen zijn met de zorg die zij verleent en welke factoren bevorderend en belemmerend zijn in de implementatie van een PA in de regiopoli.

Dicht bij de patiënt

Uit de conclusie van het onderzoek blijkt dat de inzet van PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg een mogelijkheid lijkt om de gezondheidszorg kwalitatief hoogwaardig

Anneke van Vught, associate lector organisatie van zorg en dienstverlening, HAN:
'Heb je als physician assistant een goed idee om de zorg die je nu verleent in het ziekenhuis, buiten het ziekenhuis te verlenen, draag dan je idee uit en zoek samenwerkingspartners. Deze initiatieven sluiten een-op-een aan bij de nationale Kennisagenda Juiste Zorg op de Juiste Plek.'

Physician assistant **Itske Kappert**: 'Tijdens mijn werkzaamheden in de tweede lijn kwam ik erachter dat een deel van mijn werk ook prima buiten het ziekenhuis gedaan kon worden. Toen ik in contact kwam met een enthousiaste huisartsencoöperatie wist ik dat dit realiteit kon worden! De regiopoli is kleinschalig, de lijnen zijn kort en dit zorgt voor mij voor een prettige werkomgeving en bovenal ook voor een hoge patiënttevredenheid!'

en toegankelijk te houden en de kosten te beheersen, tegen het licht van een stijgende zorgvraag. Hoewel deze ontwikkeling in het beginstadium is, zien beleidsmakers en professionals volop potentieel om met de inzet van PA's en VS'en beperkt complexe medische zorg dicht bij de patiënt te organiseren. Zij hebben veel vertrouwen in de competenties van deze zorgprofessionals. Ook patiënten en naasten waarderen de zorg dichtbij, de korte wachttijd, persoonsgerichte benadering en het gelijkwaardig contact door de PA of VS.
Veel initiatieven van anderhalvelijnszorg starten bij een PA of VS met een goed idee. Het is daarom als PA heel belangrijk om je idee uit te dragen en samenwerkingspartners te zoeken om het idee verder uit te werken, te implementeren en evalueren. Ook is het noodzakelijk om belemmerende factoren zoals het ontbreken van structurele financiering, veilige gegevensuitwisseling en samenwerkingsovereenkomsten weg te nemen zodat anderhalvelijnszorg ook mogelijk is.

Evaluaties
Een punt van zorg bij bestaande initiatieven is de omissie van een gedegen evaluatie. Evaluaties zijn noodzakelijk om de meerwaarde aan te tonen en daarmee als nieuwe zorgvorm ook bekostiging voor elkaar te krijgen. In het komende anderhalf jaar wordt het bovenstaande praktijkvoorbeeld geëvalueerd, net als drie andere praktijkvoorbeelden. Dit resulteert in een concrete handreiking voor de implementatie van PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg. Met deze handreiking kunnen organisaties zelf aan de slag gaan met de implementatie van PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg, inclusief het opstellen van een businesscase.[4] •

contact
a.vanvught@han.nl

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

PRAKTIJKVOORBEELD PA GYNAECOLOGIE IN DE REGIOPOLI DRACHTEN

Organisatie	In de regiopoli in Drachten worden sinds mei 2019 de spreekuren uitgevoerd door een physician assistant. De PA werkt zelfstandig in samenwerking met de Huisartsencoöperatie. De PA werkt niet samen met de vakgroep gynaecologie van het ziekenhuis.
Aantal PA's	Eén PA is werkzaam als zzp'er en wordt twee tot drie dagdelen per week ingezet, afhankelijk van het patiëntenaanbod.
Taken PA	Diagnostiek bij gynaecologische klachten is met echoscopie mogelijk. Verder brengt de PA pessaria en spiralen in en doet de controles daarvan. Op termijn zullen de indicaties nog worden uitgebreid.
Doelgroep	Patiënten met niet-acute en laag-complexe gynaecologische klachten die normaal gesproken doorgestuurd zouden worden naar de tweede lijn.
Toewijzing zorg	De huisarts verwijst naar regiopoli op basis van indicaties voor transvaginale echo's, pessarium en spiralen. Overige indicaties worden verwezen naar het ziekenhuis.
Samenwerking met andere professionals	De PA rapporteert aan en overlegt met de verwijzend huisarts. Er is intercollegiaal consult met een gynaecoloog in een nabijgelegen ziekenhuis. De projectleiders van de regiopoli en de PA evalueren regelmatig op vooral praktische zaken rondom de spreekuren en de organisatie.
Financiering en bekostiging	De financiering door zorgverzekeraars verloopt via het budget voor zorgvernieuwing van de huisartsenzorg (segment 3). Alle kosten worden door de regiopoli gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. De regiopoli betaalt een vergoeding voor de geleverde diensten van de PA als zzp'er.
(Ervaren) gerealiseerde effecten	Patiënten waarderen de snelle behandeling, korte wachttijd en kleinschaligheid van de Regiopoli. Patiënten waarderen de persoonsgerichte communicatie van de PA, de afwezigheid van een hiërarchische verhouding en hebben vertrouwen in diens deskundigheid.
Ervaringen van professionals met de inzet van de PA	De PA zou eerst starten op basis van een supervisieregeling met de gynaecologen. Een visieverschil binnen de vakgroep gynaecologie over de afbakening van het medisch domein belemmerde de inzet van de PA. Daarop is besloten de samenwerking met de vakgroep gynaecologie te beëindigen en de PA in te zetten vanuit het samenwerkingsverband met de huisartsencoöperatie.
Bevorderende factoren	Goede communicatieve vaardigheden van de PA, het meepraten en meebeslissen over het beleid, vaardig op het terrein waarop zij wordt ingezet. Beschikbaarheid van de PA. Acceptatie van de functie PA door de patiënten. Voldoende patiëntenvolume. Gedeelde visie van projectleiders en de zorgverzekeraars. Volhardende, enthousiaste en overtuigde leidinggevenden en management.
Belemmerende factoren	Onbekendheid bij medisch specialisten met de competenties en de bevoegdheden van de PA. Medisch specialisten die vinden dat alleen zij de zorg kunnen uitvoeren. Angst bij medisch specialisten voor vermindering van productie. Koudwatervrees en weerstand in de organisatie.

* De beschrijving van het praktijkvoorbeeld is tot stand gekomen door interviews met een bestuurder/huisarts, projectleider, gynaecoloog, cardioloog, physician assistant en vier patiënten. Daarnaast is gebruik gemaakt van het document: 'Project uitvoering anderhalvelijnszorg (2015)'.

Colofon

Hoofdredacteur Milena Babovic
Redactieraad Sophie Benoy-De Keuster, Hester Gerritsen-van den Berg, 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

Druk Senefelder Misset
Oplage 1800

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.

NAPA aangesloten bij ZWiC

Sinds september 2020 is NAPA aangesloten bij de Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWiC). Deze Stichting is opgericht door zorgverleners en heeft als doel zorgverleners te helpen als zij zélf getroffen worden door covid-19. Met vrijwillige bijdragen kan ZWiC deze zorgverleners en hun familieleden bijstaan en de financiële gevolgen van een intensivecaretraject of onverhoopt overlijden, verzachten.
geefvoorzorgverleners.nl

Factsheet Taakherschikking en registreren van zorg

In september is een factsheet ontwikkeld over het registreren van zorg in ziekenhuizen en umc's. Hierin worden de regels beschreven voor het registeren en declareren van zorg geleverd door de physician assistant en verpleegkundig specialist. De factsheet is via de NAPA-website te downloaden.
napa.nl/factsheet

Webinar anderhalvelijnszorg

Op 27 oktober in de avond organiseert NAPA samen met de HAN en V&VN VS een gratis webinar over de anderhalvelijnszorg. We gaan met experts in gesprek over actuele ontwikkelingen, kansen en belemmeringen. Blijf op de hoogte via de NAPA-nieuwsbrief. Meer info volgt via de agenda.
napa.nl/agenda

Indrukwekkend

Als ik de covid-19-periode zou moeten typeren, schiet me één woord te binnen. Indrukwekkend, de ernst van het ziektebeeld. Indrukwekkend, de snelheid waarmee iemand achteruitgaat. Indrukwekkend, als de patiënt nog even telefonisch zegt dat hij naar de ic gaat tegen zijn geliefden. Indrukwekkend, de snelheid van opschalen van de ic. Indrukwekkend, de saamhorigheid en de bereidwilligheid elkaar te helpen. Indrukwekkend, continu in isolatiepakken te staan werken. Indrukwekkend, de eerste keer dat je de helikopter ziet landen met een patiënt. Indrukwekkend, het beeldbellen met familieleden die niet op bezoek mogen komen. Indrukwekkend, afscheidnemende familie van hun geliefde zonder dat je de troostende hand kunt bieden.
Indrukwekkend, de blijdschap en liefde als partners die beide ziek zijn geweest, weer samengebracht worden (en dat geldt ook voor alle andere familie). Indrukwekkend, de flexibiliteit van al ons personeel en iedereen die ons ondersteunde. Indrukwekkend, het nieuwe normaal met alle regels. Indrukwekkend, als er dan protesten zijn zonder anderhalve meter afstand.
Gaat er een volgende golf komen? Zal deze net zo indrukwekkend zijn?
Indrukwekkend. Ja, dat is wat het was… heel indrukwekkend!

Alke Dalhuisen
physician assistant ic Gelre ziekenhuizen, locatie Apeldoorn
Ingestuurd op 4 juni 2020

Robin Utrecht/ANP

Alle hens aan dek

De afgelopen maanden heeft de gezondheidszorg wereldwijd voor een grote uitdaging gestaan: grote aantallen covid-19-patiënten adequate zorg bieden en de reguliere zorg op aanvaardbaar peil houden. Wat er dit najaar op ons afkomt, is nog ongewis, maar de tweede golf lijkt zich al aan te dienen. Er verschijnen veel artikelen over allerlei aspecten van medisch zorg en covid-19. Ook over de inzet van physician assistants. Zoals het artikel van Peter W. Grimaldi in HSS Journal. Dit artikel beschrijft de grote waarde van de inzet van PA's tijdens de eerste coronagolf in een groep gespecialiseerde orthopedisch instellingen in New York. Daar werken tweehonderd PA's. Deze ziekenhuizen moesten omschakelen van electieve zorg naar covid-19-zorg. PA's bleken zeer goed inzetbaar in de covidzorg, soms beter dan de medisch specialist vanwege het behoud

PA, zorg dat je breed inzetbaar blijft!

van hun brede generieke competenties. Een passage uit dit artikel luidt: 'The PA didactic and clinical education and training prepares PA's to practice as generalist medical providers. Unlike most medical professionals who specialize, PA's are required to maintain their generalist training through recurrent board re-certification. Additionally, PA's, like MD's, undergo surgical training and clinical rotations as part of their core medical training. The nature of a PA's medical preparation and ongoing education provides the ideal flexibility necessary to pivot and adapt to the change in our patient population as a result of covid-19. PA's were the ideal partners for our highly specialized physicians, who were far removed from generalist training and practice.'
Ik herken in dit artikel de kernwaarde van ons beroep in Nederland. Volgens mij kunnen we hier niet vaak genoeg op hameren. PA, zorg dat je breed inzetbaar blijft! Je bent geen minikopie van een medisch specialist. Zorg dat je je als PA's laat zien in de organisatie waar je werkt en praat mee over de organisatie van de zorg, zeker tijdens de covid-19-crisis.

Quinten van den Driesschen
docent masteropleiding physician assistant, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, quinten.vandendriesschen@han.nl

novo nordisk®

NL20SX00013 Verkorte productinformatie en referentie zie elders in deze uitgave.

Saxenda®
liraglutide injectie