napa MAGAZINE

Vakblad voor physician assistants

Gaby van Bentum

Renée Vijgen

Shirly Wübbels

PIONIERENDE PA'S

'Alles zelf uitvinden'

18

MAART 2021

INHOUD

04

Interview

PA'S PIONIEREN MET HART EN ZIEL

Regelmatig gaan physician assistants als eersten aan de slag in een nieuw vakgebied. Hoe ervaren ze het pionierswerk? Drie PA's vertellen erover. `Er waren veel eerste keren.'

12

Covidzorg

'TOEN ZE ME VROEGEN, ZEI IK GELIJK JA'

Vele PA's werken op covidafdelingen. Ook Henny Doesburg, PA reumatologie van het Radboudumc, draaide mee en kende daarbij enkele moeilijke momenten.

14

In de praktijk

PA KAN SLEUTELROL SPELEN BIJ PIJNPATIËNTEN

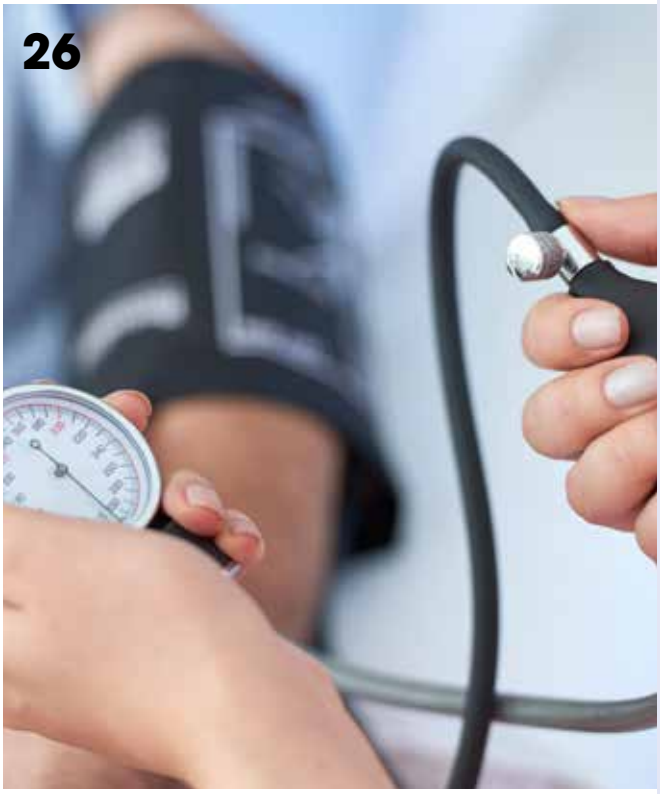
Chronische pijn is een onderbelichte ziekte waarbij physician assistants de regiefunctie kunnen pakken dankzij het generalistisch karakter van de opleiding en de korte lijntjes die veel PA's hebben.

18

Juridisch

DOMEINAFBAKENING LIJKT EEN PRINCIPEKWESTIE

Tussen medisch specialisten en physician assistants is een spanningsveld ontstaan doordat wetenschappelijke verenigingen het terrein van invasieve procedures hebben afgebakend.



26

Arbeidsmarkt

OPLEIDEN PA'S VOOR HUISARTSEN-ZORG VERLOOPT MOEIZAAM

Physician assistants kunnen het huisartsen-tekort minder nijpend maken. Toch verloopt het opleiden van PA's niet zonder slag of stoot.

EN VERDER

08 NAPA-peiling coronabonus
11 Column
20 Opioïden: vloek of zegen?
22 Casus
24 Meer oog voor vitamine-B12-deficiëntie
29 Colofon
29 Goed om te weten
30 Praktijkperikel

ED VAN RIJSWIJK

PIONIERS

In dit nummer van NAPA Magazine geven we ruim baan aan de pioniers onder de physician assistants. Hoewel de eerste PA alweer twintig jaar geleden in Nederland werd geïntroduceerd, blijken de verhalen over het positioneren van een PA nog heel actueel. Een van die pioniers is Renée Vijgen, de physician assistant van het jaar 2020. Zij blikt met ons terug op haar pioniersrol in het AMC binnen de afdeling Hematologie en geeft tips aan collega's die ook aan het pionieren zijn (pagina 4).
De afgelopen maanden hebben veel PA's zich ingezet op een covidafdeling of op een ic. Zoals Henny Doesburg, werkzaam in het Radboudumc, die op pagina 12 vertelt over haar ervaringen op de covidafdeling. Carina Joosse ging een andere uitdaging aan. Zij twitterde een week lang over haar werkzaamheden als PA in de huisartsenzorg voor het brede platform @NLzorg1 (NL_zorg) en beantwoordde vele vragen over haar werk.
Sander Wehrmeijer en Christine Gernaat gaan als kersverse NAPA-afgevaardigden in het bestuur van PA!N de rol van PA binnen pijngeneeskunde verder verkennen (pagina 14).
Iets nieuws doen vraagt om veel flexibiliteit, aanpassingsvermogen en lef. En zonder pioniers en leiders onder PA's komen we geen stap verder. Terwijl we als PA's en NAPA nog veel stappen te zetten hebben. Want nog steeds raakt de PA soms tussen wal en schip. Voorbeeld hiervan is de vaccinatie in de huisartsenzorg, maar ook in discussies over de arbeidsmarktproblematiek. Een zorgmaster is voor veel hbo-professionals een mooie kans om verder te leren. Maar vervolgens leiden de functieomschrijving en -waardering van PA tot ellenlange discussies. Eind vorig jaar liet het – inmiddels demissionaire – kabinet de Kamer weten dat er geen geld is voor de uitbreiding van opleidingsplekken voor de zorgmasters dit jaar, terwijl er veel mensen staan te popelen om deze opleiding te volgen. Zijn dit allemaal kinderziektes die bij het pionieren en een nieuw beroep horen? Vast, maar we moeten ze niet voor lief nemen. Wij gaan dit jaar aan de slag met een nieuw strategisch plan voor de komende jaren. Door jullie praktijkverhalen, en ook door problemen te delen, kunnen we betere toekomstplannen maken. Daarom hoop ik jullie (digitaal) te ontmoeten tijdens de bijeenkomsten van de 'ledenraad on the road' waar we actuele thema's nader gaan uitdiepen.
De komende tijd studeren weer ruim tweehonderd PA's af. Helaas dit jaar (wederom) zonder een gezellige diploma-uitreiking. Daarom wil ik, ook namens het bestuur, alle nieuwe PA's via deze weg feliciteren en wens iedereen heel veel succes in dit mooie beroep! Voor diegene die in opleiding zijn tot PA: zet 'm op in deze coronatijd!

Milena Babovic
directeur NAPA
directeur@napa.nl

PA'S PIONIEREN MET HART EN ZIEL

Voor een jong vak als dat van physician assistant ligt er in het zorglandschap veel terrein braak. Regelmatig gaan PA's als eerste aan de slag in een nieuw vakgebied. Drie PA's vertellen hoe het is om te pionieren. 'Er is geen voorbeeld om te volgen, je moet alles zelf uitvinden.'

tekst Robert Crommentuyn, Milena Babovic, Aafke Huitink-Verhoeven
beeld Ed van Rijswijk (blz. 5 en 7), Kees van de Veen (blz. 6)

Renée Vijgen (32) rolde het vak in nadat ze drie keer was uitgeloot voor de studie geneeskunde. Als alternatief begon ze aan de opleiding tot verpleegkundige en dat bleek een goede keuze. Na enkele omzwervingen belandde ze op de ic als verpleegkundige en werkte ze op de mobiele ic-unit van Amsterdam UMC, locatie AMC. Daar begon het in 2016 te kriebelen. 'Na zes jaar verpleegkunde was ik toe aan iets nieuws en toen zich de mogelijkheid voordeed om PA op de afdeling Interne – Hematologie te worden heb ik die kans met beide handen aangegrepen. Het werk op de ic is uitdagend, ik houd van de acute zorg. Maar hematologie bood meer. Ook daar gaat het vaak om acute zorg, maar het is ook complexe zorg, met ingewikkelde ziektebeelden.'
Hematologie valt onder interne geneeskunde. En hoewel dat een van de grotere afdelingen binnen het ziekenhuis is, was Vijgen daar de eerste PA. 'Dat maakte de overstap wel heel uitdagend. Er is geen voorbeeld om te volgen, je moet alles zelf uitvinden.' Bij het pionieren hoort ook dat de verwachtingen nog niet helder zijn, zegt Vijgen. 'Eigenlijk weet in het begin niemand nog wat ze van je kunnen verwachten, de artsen niet, de verpleegkundigen niet en de patiënten niet. En eigenlijk weet je zelf ook nog niet wat je kan verwachten. Dus dat levert veel onzekerheid en aftasten op.'

Geen seconde spijt

Vijgens leidinggevende Marie-José Kersten, hoofd van de afdeling Hematologie, raakte enthousiast voor de functie van PA na een werkbezoek aan het Radboudumc. Vijgen: 'De meerwaarde was voor haar snel duidelijk. Patiënten liggen vaak lang op de afdeling, met complexe ziektebeelden als acute myeloïde of lymfoïde leukemie en verschillende non-hodgkinlymfomen. De arts-assistenten komen en gaan. Daardoor ontbreekt de continuïteit. Die kan ik als PA wel bieden. Ik werk als zaalarts en heb daarbij acht patiënten onder mijn hoede. Ik begin elke dag met een visite samen met de verpleegkundigen en in de middag bespreek ik het ingezette beleid met de hematoloog. Op deze afdeling bouw je zo een nauw contact op met de patiënten. Het gaat vaak om jonge mensen en helaas is herstel niet altijd mogelijk.' Dat laatste maakt het voor Vijgen wel een heel pittige baan. 'Gelukkig zijn er intervisiebijeenkomsten om emotionele gebeurtenissen te bespreken en hebben we een fijn team waarin we over alles kunnen praten. Ik heb nog geen seconde spijt van mijn overstap van de ic naar hematologie.'

Groei in vertrouwen

Naast het werk als zaalarts houdt Vijgen zich bezig met de begeleiding van coassistenten en arts-assistenten en zet zij zich in voor kwaliteitsbevordering op de afdeling. Inmiddels is er naast Vijgen een tweede PA in opleiding op de afdeling. 'Daardoor kan ik een aantal taken delegeren en nieuwe taken erbij nemen. Zo fungeer ik nu als consultant voor andere afdelingen. Als er ergens in het ziekenhuis op een andere afdeling een patiënt ligt met een hematologisch probleem, dan kan ik in consult geroepen worden. De wederzijdse verwachtingen zijn inmiddels helder inderdaad. Het vertrouwen in mijzelf en het vertrouwen van anderen in mij is enorm gegroeid.'
Voor PA's die gaan pionieren heeft Vijgen nog wel een aantal tips. 'De eerste tip is om contact op te nemen met andere PA's die hebben gepionierd. Wissel ervaringen uit en leer van elkaar. Ik heb dat zelf ook gedaan.' Vijgen vertelt dat haar sparring-

Renée Vijgen

‘Met de steun van artsen en verpleeg-kundigen wordt het leven als PA veel aangenamer’

partner Bart Ruiterkamp is, PA Hematologie in het Radboudumc en de man die Vijgens afdelingshoofd inspireerde. ‘Met Bart ben ik een keer een dag meegelopen en we bellen en mailen regelmatig.’
Vijgens tweede tip is doelen stellen. ‘Ik houd daarvoor een termijn van tien weken aan en spreek met mezelf af wat ik over tien weken moet kunnen of bereikt moet hebben, en ik doe dan aan het einde van zo’n periode een goede evaluatie.’ Tot slot wil Vijgen pionierende PA’s op het hart drukken om het verpleeg-kundige team vanaf het begin bij de opleiding en ontwikkeling te betrekken. ‘Dat helpt om de wederzijdse verwachtingen snel helder te krijgen. Met steun van de artsen en verpleegkundigen wordt het leven als PA veel aangenamer.’

Ambassadeur

Dat Vijgen haar draai heeft gevonden blijkt wel uit het feit dat zij door een collega op de afdeling werd genomineerd voor de titel van ‘PA van het jaar’. Tot haar vreugde werd zij november vorig jaar ook daadwerkelijk verkozen. ‘Ik merk dat het veel losmaakt. Ik krijg veel reacties en mensen zoeken contact.’
Met deze tijdelijke eretitel ziet Vijgen een rol voor zichzelf weggelegd als ambassadeur van de pionierende PA’s. ‘Zonder covid-19 was ik ongetwijfeld vaker de boer opgegaan en had ik meer mijn gezicht kunnen laten zien. Maar desondanks benut ik de mogelijkheden die zich voordoen. Zo ben ik mentor van onze eigen PA in opleiding en heb ik in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein verteld over mijn werk. En intussen zijn andere afdelingen van Interne Geneeskunde van Amsterdam UMC ook geïnteresseerd geraakt. Dus hopelijk krijgt mijn werk navolging.’

Groot contrast

Pionieren doet **Shirly Wübbels** (25) ook. Zij is de eerste physician assistant die opgeleid wordt in het verrichten van klinisch geneesmiddelenonderzoek. In september 2020 begon zij bij PRA Health Sciences in Groningen met haar MPA-opleiding (Master Physician Assistant). PRA is een klinisch onderzoekscentrum met circa 150 bedden, die door diverse opdrachtgevers wordt benaderd om klinische studies met geneesmiddelen uit te voeren.
Hiervoor werkte Wübbels als oncologieverpleegkundige op de afdeling Abdominale en Urologische Oncologie bij Treant Zorggroep. Relatief veel oncologische patiënten in haar vorige baan namen deel aan klinische trials met betrekking tot levensverlengende behandelingsvormen. Zo is haar affiniteit met wetenschappelijk onderzoek ontstaan. Toch kon het contrast bijna niet groter zijn. ‘De mensen die deelnemen aan

Shirly Wübbels

‘Er waren veel eerste keren’

klinisch geneesmiddelenonderzoek bij PRA zijn gezond, in tegenstelling tot de ernstig zieke patiënten die ik vroeger zag. Het vraagt een andere benaderingswijze. Psychosociale zorg heeft plaatsgemaakt voor een luchtig gesprek over alledaagse dingen.’ Wübbels vertelt dat ze in deze functie aan het begin van geneesmiddelenonderzoek staat, waarbij vooral onderzocht wordt hoe het medicijn wordt verdragen en of het veilig is. ‘Mijn dagelijkse werkomgeving ziet er anders uit dan in het ziekenhuis. Het is een internationaal georiënteerde en zakelijke wereld. Dit was in het begin best even wennen.’

Landelijke stem

Wübbels wordt in het gehele traject van de klinische studie actief betrokken. Dat traject beloopt tussen de vier en twintig dagen waarbij deelnemers al die tijd in de kliniek verblijven. Behalve de dagelijkse visite langs de klinische afdelingen houdt ze zich achter de schermen bezig met het doseren van het te onderzoeken geneesmiddel. Ook diagnosticeert ze bijwerkingen en publiceert ze *Dose Escalation Reports*, waarin wordt vastgelegd of het verantwoord is om de dosis van het betreffende geneesmiddel te verhogen. ‘Het werk is zeer afwisselend, omdat het om een brede scope aan klinische studies gaat. Juist door de breedte van het aanbod, komt de breedte van MPA-opleiding goed van pas. Het opleidingstraject bestaat uit diverse onderwijsblokken. In elk blok staat een bepaalde tractus centraal. Om de drie maanden loop ik een drie weken durende stage binnen het betreffende specialisme. Gelukkig lukt het mij, ondanks corona, om stageplekken te vinden.’

In een nieuwe functie is het belangrijk dat je kunt sparren met andere zorgprofessionals. Wübbels kan dat sowieso met een andere physician assistant, die vlak voor de start van haar opleiding in dienst kwam bij PRA. Daarnaast heeft zij een leermeester en een mentor bij wie ze terecht kan. ‘Er waren veel eerste keren. Het SEPA-pakket (*Specific Entrustable Professional Activities*) heb ik zelf moeten vormgeven, ook hebben we veel gesproken over de delegatie in werkzaamheden. Als je je vragen aan de juiste mensen kunt stellen, helpt dat je verder.’ Wübbels kijkt met een goed gevoel naar de toekomst en wil de komende jaren in dit werkgebied blijven groeien. ‘Momenteel ben ik student-lid van de opleidingscommissie van de Hanze Hogeschool. Daarin stel ik mijn affiniteit met het uitdragen van professioneel leiderschap centraal. De komende jaren wil ik graag een landelijke stem zijn voor mijn medestudenten binnen de NAPA-ledenraad. Verbinding creëren en de positie van de PAio centraal stellen zie ik als belangrijkste taken.’

Plafond

Dat de competenties van PA’s ook inzetbaar zijn buiten de kliniek bewijst **Gaby van Bentum** (33). Zij maakte twee jaar geleden een opvallende carrièreswitch van PA neurochirurgie naar de functie van ‘manager account en beleid’ bij medTzorg, een bedrijf dat eerstelijnszorg levert aan mensen die geen vrije huisartskeuze hebben. Van Bentum had als PA neurochirurgie in het UMC Utrecht een uitdagend takenpakket. Haar werkzaamheden varieerden van zaalarts-taken, het draaien van spreekuur en het uitvoeren van kleine ingrepen als spier- en zenuwbiopten. Daarnaast assisteerde ze bij intracraniële en spinale chirurgie en bracht ze externe lumbale drains in. ‘Ik vond mijn functie ontzettend leuk maar toch begon het te kriebelen. De neurochirurgen in spe groeiden door en werden medisch specialist. Mijn functie had deze doorgroeimogelijkheden natuurlijk niet. Ik overwoog om alsnog geneeskunde te gaan studeren maar zag hier uiteindelijk vanaf. De privé-offers die je voor een carrière

Gaby van Bentum

`Ik spreek dezelfde taal als huisartsen en merk dat zij dat prettig vinden'

als medisch specialist moet brengen, vond ik te groot.' Toch bleef ze op zoek naar mogelijkheden om zich verder te ontwikkelen. Haar loopbaan nam een onverwachte wending toen haar zwager haar attendeerde op een Retailmanagement traineeship bij een supermarktketen. 'Het was leerzaam om een kijkje te nemen buiten de gezondheidszorg', vertelt Van Bentum enthousiast. 'De organisatorische kant van het werk paste goed bij mij maar ik merkte al snel dat ik de gezondheidszorg miste. Binnen deze sector wilde ik mijn nieuw opgedane kennis en vaardigheden combineren met mijn ervaringen als PA.'

Vertaalslag

Haar nieuwe uitdaging vond ze bij medTzorg, een kleinschalig bedrijf dat landelijke huisartsenzorg levert in gevangenissen, tbs-klinieken en op politiebureaus, maar ook binnen verpleeghuizen, verstandelijk gehandicapteninstellingen en psychiatrische instellingen. Vooral de populatie spreekt Van Bentum aan. 'Voor deze kwetsbare groep mensen kunnen we echt het verschil maken.'

In haar functie fungeert ze als schakel tussen kantoor, de huisartsclusters en de aangesloten instellingen. 'Ik verzamel informatie van de huisartsen en de instellingen waar wij de dienstverlening voor verzorgen. Zo wordt bij het artsenoverleg besproken hoe het medisch-inhoudelijk en organisatorisch loopt. Die informatie gebruikt ons team om beleid te maken of aan te passen. Bij een volgend artsenoverleg geef ik vervolgens terugkoppeling van dit beleid en maak ik hiermee de vertaalslag naar de werkvloer.' Ook klantenwerving behoort tot haar takenpakket. 'Bij justitiële instellingen werkt dit middels een aanbesteding. Ik beoordeel dan of wij de gevraagde dienstverlening kunnen verlenen en werf daarbij waar nodig nieuwe huisartsen.' Haar medische kennis komt vooral van pas bij het contact met de huisartsen. 'Ik spreek dezelfde taal en merk dat zij dat prettig vinden.'

Schouders eronder

Van Bentum heeft naar eigen zeggen niet alleen kennis meegenomen naar haar nieuwe werkomgeving maar ook een hands-on-mentaliteit. 'PA's zijn mensen die niet snel bij de pakken neerzitten en weten hoe het is om te pionieren. Ik zet dan ook graag mijn schouders eronder en ga uitdagingen niet uit de weg.'

Heimwee naar haar oude baan heeft ze niet. Wel mist ze af en toe het patiëntcontact en de klinische werkzaamheden. 'Ik ben verantwoordelijk voor het faciliteren van het werk van de huisartsen maar voer zelf geen medische taken meer uit. Dat vind ik soms jammer omdat ik dit nog altijd erg interessant vind en het met heel veel plezier gedaan heb.' Momenteel zijn er nog geen PA's werkzaam binnen de huisartsclusters maar Van Bentum voorziet dat dit in de toekomst weleens zou kunnen gaan veranderen. 'Wie weet kan ik op termijn mijn huidige functie combineren met werkzaamheden als PA!' •

KLEIN DEEL PHYSICIAN ASSISTANTS KRIJGT GEEN CORONABONUS

De meeste physician assistants hebben van hun werkgever de coronabonus ontvangen, zo blijkt uit een peiling die NAPA onlangs uitvoerde onder haar leden. Toch is er een kleine groep die het nakijken lijkt te hebben.

tekst Freek Braam en Milena Babovic
beeld Getty Images

De uitkering van de coronazorgbonus (netto 1000 euro) houdt de gemoederen al een tijd bezig. Het leidde zelfs tot Kamervragen nadat vakbond FNV aan de bel trok over werkgevers die de bonus (nog) niet uitkeren. Demissionair minister van Medische Zorg Tamara van Ark sprak de werkgevers aan op goed werkgeverschap en riep op om te voldoen aan hun verplichtingen en voorwaarden van de subsidieregeling. Het ministerie heeft in de subsidieregeling gekozen voor een inkomensgrens en voor een beroepenlijst. De physician assistants zijn opgenomen in deze lijst en de meeste PA's vallen binnen de inkomensnorm.

NAPA peilde in februari hoe het met de uitkering van de coronabonus onder PA's is gesteld. Ongeveer 1600 leden en studentleden ontvingen een enquêteformulier. De helft daarvan (811) vulde de vragenlijst in. Het grootste deel van de respondenten (49 %) werkt in een algemeen ziekenhuis, gevolgd door umc's (18 %) en huisartspraktijken (13 %), zie ook *tabel 1*. Verreweg de meeste respondenten (91 %) hebben de bonus ontvangen. Een enkeling (< 1 %) heeft de coronabonus nog niet ontvangen, maar wel een toezegging gekregen. Bijna zeventig respondenten (8 %) hebben geen bonus uitgekeerd gekregen. Een heel klein deel van hen heeft zelf afgezien van de bonus, ondanks de bereidheid van de werkgever om hem uit te keren.

Tussen wal en schip

De redenen voor het niet ontvangen van de zorgbonus zijn divers (zie *tabel 2*). Ongeveer de helft van deze groep geeft aan niet direct te hebben bijgedragen aan de strijd tegen covid-19. 10 procent komt boven de inkomensgrens van 73.000 euro bruto (bij een voltijds dienstverband) uit. Een kwart weet zelf niet waarom ze niet in aanmerking komt voor de coronabonus

en anderen (16 %) verschillen van mening met hun werkgever. Er worden meerdere redenen aangegeven voor het niet ontvangen van de coronabonus. Meestal zijn mensen die van werkgever zijn veranderd, tussen wal en schip geraakt. Zo laat een respondent weten dat hij in juni 2020 wisselde van werkgever: van ziekenhuis naar huisartsenpraktijk. Een voorwaarde van de regeling is dat iemand van maart tot en met augustus bij één en dezelfde werkgever in dienst moet zijn geweest om in aanmerking te komen voor de zorgbonus.
In sommige instellingen is er helemaal niet over gesproken en weet men niet waarom er geen bonus is uitgekeerd. Meerdere PA's geven aan vanwege (zwangerschaps)verlof in de periode van de coronauitbraak geen uitkering te hebben ontvangen. Weer een ander kreeg geen zorgbonus omdat deze onder de grens van minimaal aantal gewerkte uren van honderd uitkwam.

Discussie

Enkele respondenten zijn in een discussie met hun werkgever beland over de toepassing van de inkomensgrens. In sommige gevallen worden studenten afgewezen omdat zij nog in opleiding zijn tot PA of stelt de werkgever de uitkering uit, uit angst voor terugvordering na accountantscontrole. Een van de respondenten schreef het volgende: 'Binnen onze instelling krijg je de bonus alleen als je met positief geteste patiënten gewerkt hebt. Ik heb de gehele periode op de afdeling, ok en preoperatieve screening gewerkt met mensen van wie je niet wist of ze covid hadden of niet, en zonder beschermende middelen. Leidinggevenden hebben de bonus wel gekregen.'

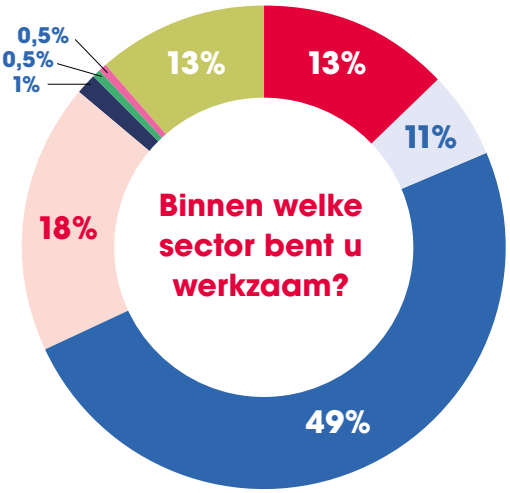
Flinke teleurstellingen

De vraag is bij wie PA's die problemen ondervinden het beste kunnen aankloppen. De vakbond FBZ, waar NAPA bij aangesloten is, heeft vorig jaar de werkgevers opgeroepen om ruimhartig de regeling uit te voeren en zo breed mogelijk zorgverleners voor de bonus voor te dragen. Daarbij bepaalt de werkgever wie wel en wie niet de bonus krijgt; als zorgverlener kun je er geen recht aan ontlenen. Dit was precies waar vorig jaar de vakbonden voor waarschuwden. De uitkering van de coronabonus leidt bij een kleine groep PA's tot flinke teleurstellingen en drijft een wig tussen zorgprofessionals en werkgevers. Het NAPA-bestuur stelt: 'De enige juiste manier om dat te corrigeren, is door de oproep van minister Van Ark ter harte te nemen en de rol van goed werkgeverschap op te pakken.'
FBZ laat in reactie op deze enquête weten dat PA's in dienstverband die in conflict zijn met hun werkgever over de zorgbonus voor advies terechtkunnen bij FBZ Rechtshulp. Die kan bijvoorbeeld helpen bij het voorbereiden van een gesprek met de werkgever. NAPA-leden hebben jaarlijks recht op tien uur rechtshulp. •

contact
directeur@napa.nl

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

1



2

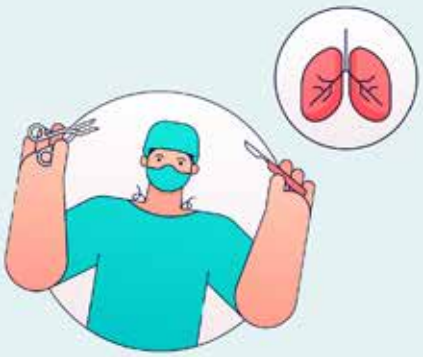
!NVEST

SAVE THE DATE | PA-INVEST 2021

DONDERDAG 18 EN VRIJDAG 19 NOVEMBER

VOOR HET LAATSTE NIEUWS OVER PA INVEST, KIJK DAN OP WWW.PA-INVEST.NL

Partner van:



MedischeScholing.nl

Alle zorgprofessionals, alle nascholingen,

één zoekplatform

- Gratis en onafhankelijk
- Geaccrediteerde webinars
- Competentiegerichte scholing

De kwetsbaarheid van het leven raakt beiden hard en diep

Milou van Ingen
PA in het Radboudumc
Milou.vanIngen@radboudumc.nl

Van pandemie naar epidemie

De afgelopen maanden mocht ik mijn gedreven collega's versterken in de zogenoemde frontlinie. Ik mocht kennismaken met de werkelijkheid achter de gesloten deuren van de intensive care en de turbulente periode die de geschiedenisboeken in gaat: de coronacrisis. Ik verruilde tijdelijk te vroeg geboren baby's van amper een kilo voor zieke volwassenen die soms honderdmaal zwaarder waren, op het meest kritieke moment in hun leven. Een anonieme wereld, waarin je verscholen gaat achter een warm en vormloos pak, een te strak mondmasker, fleurige muts en bijpassende bril. Om te laten zien welke ogen schuilgingen achter deze plastic façade, plakte ik een fotosticker op mijn borst. Zodoende wist het vaste team nog een beetje met welke passant ze op dat moment te maken hadden.

Gespannen en met wat zweetpareltjes op mijn bovenlip, die gelukkig niet zichtbaar waren achter het immense masker op mijn gezicht, betrad ik hét cohort waar gelijkgestemden in dezelfde smakeloze doch goed beschermende kledij hun werk doen. Als physician assistant vond ik het een grote sprong in het diepe. Daar waar ik meestal een bijdrage mag leveren aan het begin van het leven, stond ik nu geregeld aan een abrupt einde van het leven. Ik zag ogenschijnlijk gezonde volwassenen – ineens doodziek, in buikligging en volledig afhankelijk van de kunstmatige beademing. En op patiëntenkamers maakten de nare doorligplekken, piepende beademingsapparaten en foto's van patiënten in betere tijden een onuitwisbare indruk op mij. Behalve grote verschillen zag ik ook een overeenkomst tussen de twee populaties: de kwetsbaarheid van het leven raakt beiden hard en diep.

De pandemie die de wereld in 2020 volledig opslokte, heeft nog steeds een forse impact op ons dagelijks werkleven. Velen uit onze prachtige beroepsgroep hebben dezelfde sprong in het diepe gewaagd, en vol overgave meegestreden tegen dit verraderlijke virus. Wat een eindeloos respect heb ik voor alle zorghelden die deze bijna onmogelijke uitdaging aangaan. Hard werken, pittige confrontaties met de onvoorspelbaarheid van het leven terwijl ze hun eigen ongemakken en behoeften genadeloos parkeren. Ik maak een diepe buiging voor mijn strijdlustige collega's die gezamenlijk hun schouders eronder zetten en het maximale doen voor deze complexe populatie.

Dit jaar neem ik afscheid van *NAPA magazine* – en voorlopig ook van Nederland. In oktober vertrek ik voor een half jaar naar mijn geliefde Afrika, om de laatste stappen te zetten naar een duurzame en zelfredzame Neonatale Intensive Care Unit in Sengerema, Tanzania. De afdeling voor kwetsbare baby's is, mede van het opgehaalde geld van INVEST 2019, inmiddels verdrievoudigd. 'Deze zes maanden ga ik het lokale team versterken en hard met ze meestrijden tegen andere dodelijke virussen en epidemieën die in Oost-Afrika tot de orde van de dag behoren.' •

Dit was de laatste column van Milou van Ingen als lid van de redactieraad van NAPA magazine. Wij danken Milou voor haar jarenlange inzet en wensen haar veel succes in haar verdere carrière.

HENNY DOESBURG WERKTE ZES WEKEN OP EEN COVIDAFDELING

‘TOEN ZE ME VROEGEN, ZEI IK GELIJK JA’

Het is alle hens aan dek op de covidafdelingen van Nederlandse ziekenhuizen. Ook physician assistants draaien mee, zoals Henny Doesburg die als PA reumatologie zes weken werkte op de covidafdeling van het Radboudumc. ‘Ik neem de opgedane kennis mee terug naar mijn afdeling.’

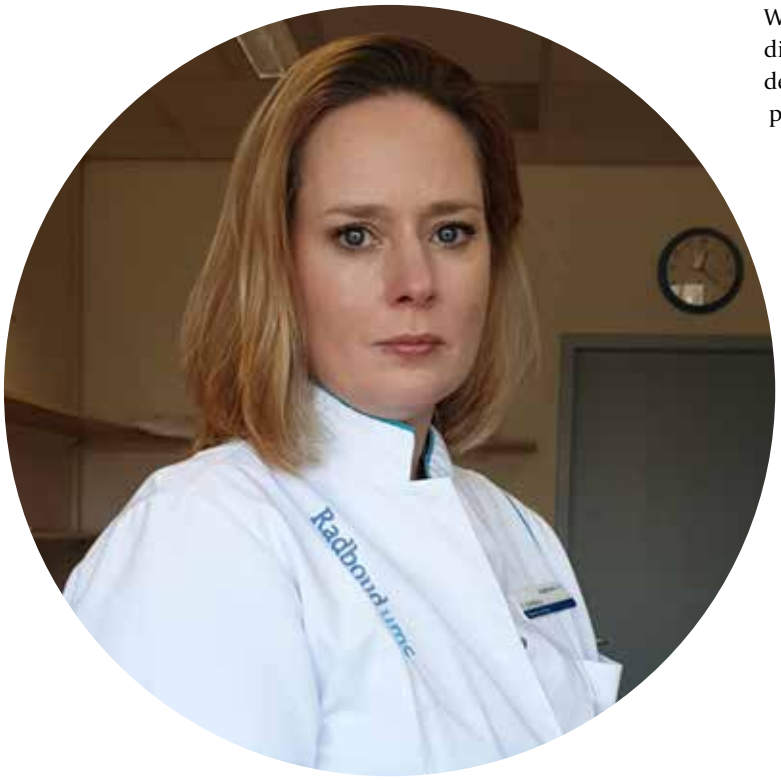
tekst Milena Babovic
beeld Henny Doesburg

‘Bij elke vraag kreeg je een soort minicollege’

De coronacrisis was in Zuid-Nederland al voelbaar toen Henny Doesburg, van oorsprong verpleegkundige, vorig jaar maart afstudeerde als physician assistant reumatologie in het Radboudumc in Nijmegen. Een aantal medestudenten mocht uit voorzorg niet naar de diploma-uitreiking komen. Een week daarna ging het hele land in een lockdown. Nu, een jaar later, domineert covid-19 nog steeds het nieuws en heeft Doesburg inmiddels zelf van dichtbij gezien welke impact het virus heeft op patiënten, ziekenhuizen en medisch professionals, want ze werkte zes weken op de covidafdeling van het Radboudumc. Dat die afdeling ooit zou bestaan en dat zij daar zou komen te werken, had Doesburg drie jaar geleden niet kunnen vermoeden toen ze aan haar master physician assistant op de afdeling Reumatische Ziekten in het Radboudumc begon. Op deze afdeling was ze de eerste PA en na haar afstuderen kon ze direct zelfstandig aan de slag in de poliklinische zorg. Doesburg: ‘Ik zie voornamelijk controlepatiënten met systemische sclerose op de poli, maar ook nieuwe patiënten met een verdenking op een systemische auto-immuunziekte. Soms werk ik een dag op de klinische afdeling, maar dat komt in principe weinig voor.’

Belasting gedeeld

Binnen het Radboudumc wordt de covidzorg georganiseerd door de afdelingen Interne Geneeskunde en Longziekten. Om de continuïteit binnen alle specialismen te borgen is er door het Radboudumc besloten dat alle specialismen bijdragen aan deze zorg. Zo wordt de belasting van deze zorg door allen gedeeld. De afdeling Interne Geneeskunde maakt roosters waarbij gastartsen of gast-PA’s gedurende zes weken op de covidafdeling worden ingezet. Ook de afdeling Reumatische Ziekten werd gevraagd bij te dragen in de covidzorg. ‘Verschillende aiossen hebben zorg verleend op de covidafdeling’, vertelt Doesburg. ‘Toen mijn leidinggevende me vroeg of ik mee wilde helpen, zei ik gelijk ja.’ Voordat Doesburg kon starten op de covidafdeling, moest ze zich nauwgezet voorbereiden. Ze volgde een ‘opfris’-e-learning over vitaal bedreigde patiënten, kreeg een scholing over covid-19 en



bestudeerde diverse protocollen. ‘De voorbereiding was heel belangrijk. Je kreeg uitgebreide informatie over deze ziekte en wat het in je lijf doet. Verder was er veel aandacht voor labwaarden, de differentiaaldiagnose bij de verschillende uitingen van de ziekte en wat praktische zaken van de afdeling.’

Zelf covid-19

Doesburg was begin januari 2021 aan de beurt en werkte tot medio februari op de covidafdeling. Nu die zes weken voorbij zijn, blikt ze terug op een zeer leerzame periode. Doesburg: ‘Het werk dat ik deed, past heel goed bij mijn beroep. Als PA ben je als generalist opgeleid, waardoor je breed inzetbaar bent. Het gaat op de covidafdeling om één ziektebeeld, waarbij de zorg, binnen het Radboudumc, goed is geprotocolleerd.’
Doesburg vertelt dat er continu een supervisor aanwezig was op de afdeling. ‘Heel prettig, want zo voelde ik mij in deze nieuwe werkomgeving veilig. Ik heb veel mogen leren van de superviserend internisten en longartsen, ze waren bereid je alles uit te leggen. Als je een vraag stelde, kreeg je gelijk een soort minicollege. Daar heb ik dankbaar gebruik van gemaakt. Deze kennis neem ik weer mee naar mijn werkplek.’
Maar hoe leerzaam het ook was, Doesburg kende ook enkele moeilijke momenten. Zo kreeg ze na een paar weken zelf covid-19. Waar en wanneer ze het virus opliep, is niet bekend. ‘Corona heeft mij veel energie gekost. Maar toch stond ik, nadat ik enigszins hersteld was, weer snel op de afdeling. Ik denk vanuit een soort van verantwoordelijkheidsgevoel.’

Angst

Wat ze verder moeilijk vond, waren de gesprekken met patiënten die vanwege verslechtering van hun gezondheidssituatie naar de ic-afdeling moesten. ‘Je bent vaak al enige tijd bezig om een patiënt te stabiliseren en als dat niet lukt, volgt het gesprek om ze over te plaatsen naar de ic-afdeling. De patiënt neemt dan vervolgens afscheid van de familie, omdat hij in slaap gebracht en geïntubeerd gaat worden, wetende dat hij misschien niet meer wakker wordt. Dit is zwaar voor de betrokkenen, maar het deed ook veel met mij. Ook het verlenen van palliatieve zorg gecombineerd met de angst die je op zo’n moment bij patiënten ziet, laat je niet koud.’ De gesprekken met de patiënten en diens naasten verliepen goed, mede dankzij de gespreks-technieken die ze als PA reumatologie al leerde.
‘Maar als ik eenmaal thuis was, merkte ik dat er zaken waren die nog door mijn hoofd spookten. De moeilijke gesprekken, de angst bij patiënten en de zorgen dat je iets over het hoofd ziet.’
Intussen werkt Doesburg weer op haar vertrouwde afdeling Reumatische Ziekten, veel ervaringen en veel kennis rijker. En van de virusinfectie is ze gelukkig goed hersteld. •

TIPS VOOR COLLEGA’S

De physician assistant is een goed opgeleide medische professional die bij kan springen in tijden van crisis. Maar waar moet je rekening mee houden als je wordt ingezet op een covidafdeling? Henny Doesburg heeft voor haar collega’s een aantal handige tips.

- Bestudeer van tevoren de geldende protocollen en richtlijnen, maar ook de praktische afspraken op de covidafdeling.
- PA’s die in hun eigen dagelijkse werk de rol van zaalarts vervullen, hebben al de routine voor het werk op de covidafdeling. Anderen zullen zich vooraf meer moeten voorbereiden op de taken die horen bij een zaalartsfuntie.
- Zorg dat je altijd op een supervisor/arts terug kunt vallen. Deze hoeft niet fysiek aanwezig te zijn, maar wel bereikbaar.
- Ben je een PA maar word je gevraagd om vanuit je oude functie (bijvoorbeeld verpleegkundige) bij te springen op de covidafdeling, realiseer je dan dat dat lastig voor je kan zijn omdat je intussen anders kijkt, werkt en redeneert. Als PA kun je van enorme meerwaarde zijn.

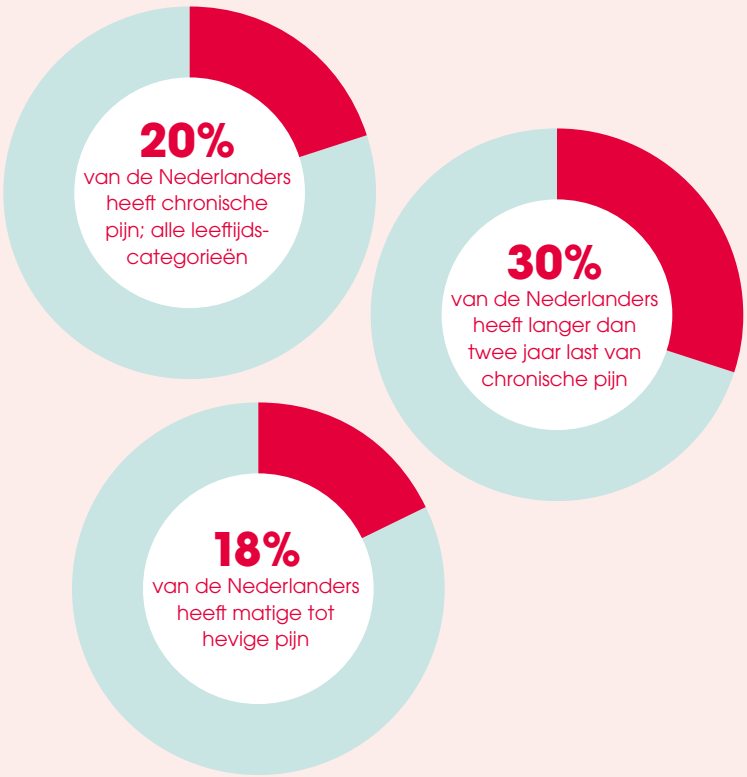
NAPA SLUIT ZICH AAN BIJ PA!N

PA KAN SLEUTELROL SPELEN BIJ PIJNPATIËNTEN

Eén op de vijf Nederlanders kampt met chronische pijnklachten, een probleem waar onvoldoende aandacht voor is. Pijn Alliantie in Nederland (PA!N) wil daar iets aan doen. Twee physician assistants die onlangs zijn toegetreden tot het bestuur, staken voor NAPA Magazine hun licht op bij de twee voorzitters van PA!N. Want wat is chronische pijn nu precies, hoe groot is het probleem en hoe kan de PA daarin een rol spelen?

tekst Sander Wehrmeijer en Christine Gernaat
beeld Sander Wehrmeijer

NAPA is sinds begin dit jaar aangesloten bij de Pijn Alliantie in Nederland (PA!N), een samenwerkingsverband tussen verschillende (para)medische gremia en patiënten, dat ten doel heeft om de prevalentie en incidentie van chronische pijnklachten te verminderen en de behandeling voor mensen met pijnklachten te verbeteren. In aanloop naar onze aanstelling als bestuurslid van PA!N zijn wij, physician assistants Sander Wehrmeijer en Christine Gernaat, in gesprek gegaan met de twee voorzitters van de alliantie, hoogleraar pijn en palliatieve geneeskunde Kris Vissers en hoogleraar pijn- en arbeidsrevalidatie Michiel Reneman. Van hen willen we graag meer weten over chronische pijn in het algemeen, het hoe en waarom van PA!N en de wijze waarop physician assistants kunnen bijdragen aan de doelstellingen van PA!N.



Complexe respons

Maar allereerst: wat is chronische pijn? Volgens de twee hoogleraren is een eenduidige definitie van chronische pijn moeilijk te geven. Een pijnervaring kan worden beschouwd als een complexe respons die voortkomt uit het samenspel van onderling afhankelijke neurologische, endocriene, immunologische en psychologische subsystemen. Vanuit dit denkkader ontstaat chronische pijn door het disfunctioneren van één of alle subsystemen of door stoornissen in de communicatie tussen deze systemen. Deze verstoring veroorzaakt een vorm van neuroplasticiteit die zorgt voor een versterking van de prikkeloverdracht in het somatosensorische zenuwstelsel, leidend tot hypersensitiviteit (Wolff, 2011). Dit wordt centrale sensitisatie genoemd. In de acute fase van pijn werkt deze sensitisatie beschermend en zorgt het ervoor dat het aangedane lichaamsdeel wordt ontlast. Als deze processen te lang aanwezig blijven of er te weinig inhibitie van de pijnsignalen optreedt, vindt er echter een structurele verandering plaats binnen het centrale zenuwstelsel, bestaande uit afname van grijze stof en verandering in de concentratie van neurotransmitters. Hierdoor blijft de sensitisatie van het zenuwstelsel intact, wat leidt tot chronische pijn. De redenen dat dit gebeurt zijn multifactorieel, waardoor een eenduidige beschrijving van chronische pijn niet te geven is.

De zorgstandaard Chronische pijn omschrijft het als volgt: *'Chronische pijn is een persisterend, multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren in verschillende mate en in wisselende onderlinge samenhang bijdragen aan pijnbeleving, pijngedrag, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren en ervaren vermindering van de kwaliteit van leven.'*

PA!N handelt uitsluitend vanuit het belang van de patiënt

In lekentaal betekent dit dat pijn onder invloed staat van meerdere factoren: de pijnbeleving, de persoon en de context waarin de persoon verkeert. Hier wringt dan ook volgens beide hoogleraren de schoen. De benadering en behandeling van patiënten met chronische pijn gebeurt idealiter vanuit het biopsychosociaal model. Echter, in onze maatschappij en gezondheidszorg zijn we gewend om te denken vanuit een biomedisch denkkader. Als voorbeeld geeft Reneman aan dat er in het verleden slechts tien uur aan onderwijs over pijn werd besteed in het gehele geneeskundecurriculum. Hierdoor is er te weinig kennis en inzicht ten aanzien van pijn bij veel zorgverleners. Een belangrijke doelstelling van PA!N is dan ook om meer en beter onderwijs over pijn in de verschillende curricula terug te laten komen en zo meer en beter inzicht en bewustzijn over pijn bij zorgverleners te creëren.

Gezamenlijk streven

Beide hoogleraren benadrukken expliciet dat PA!N uitsluitend handelt vanuit het belang van de patiënt en niet vanuit het belang van deelnemende verenigingen. Samen hebben ze als doel om meer erkenning te krijgen voor chronische pijn als ziekte en meer bewustwording bij zowel (para-)medici als de maatschappij. Dat is niet gek, als je bedenkt dat zo'n 20 procent van de Nederlanders chronische pijnklachten heeft. Hiermee is de prevalentie van chronische pijn beduidend hoger dan die van andere chronische aandoeningen zoals diabetes, coronaire hartziekten en kanker.

Wat PA!N bijzonder maakt, is dat het een alliantie is die bestaat uit afvaardigingen van verschillende zorgverleners te weten: medisch specialisten, paramedische beroepsgroepen (fysiotherapeuten, ergotherapeuten) en verpleegkundigen. Daarnaast zijn ook patiënten zelf vertegenwoordigd. Allen zetten zich in om gezamenlijk te streven naar het verhogen van de kwaliteit van leven van mensen met pijn (zie ook *kader*).

Sander Wehrmeijer (37) studeerde begin 2015 af als PA en werkt sinds vierenhalf jaar met chronischepijnpatiënten bij revalidatiecentrum Klimmendaal in Arnhem. 'Ik zie dagelijks hoe deze patiënten tussen wal en schip vallen binnen de gezondheidszorg. Door preventie en vroegtijdige (h)erkenning van de klachten zouden deze veel minder heftig en invaliderend kunnen zijn. Aan verbetering van dit proces wil ik graag een bijdrage leveren.'

Physician assistant **Christine Gernaat** (54) studeerde in 2008 af op de afdeling Radiotherapie van Medisch Spectrum Twente. In 2018 maakte ze een switch naar revalidatiegeneeskunde met aandachtsgebied chronische pijn en oncologie. 'De afgelopen jaren ben ik gaan inzien hoe belangrijk dit onderwerp is en hoe belangrijk het is dat we ons ervan bewust worden dat iedere zorgverlener hiermee te maken heeft of krijgt. Kennis hiervan is een must voor goede zorgverlening.'

Om dit te bewerkstelligen is de visie vanuit PA!N het streven naar een leidraad van zorgpaden waarmee binnen regionale netwerken afstemming plaatsvindt rondom de diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijn. Momenteel is de zoektocht naar de juiste benadering te lang. Kris Vissers: 'De patiënt zit momenteel in een flipperkast waarbij deze van het ene hokje naar het andere wordt gestuurd en regie rondom de patiënt ontbreekt. Pijn is van iemand, maar ook van niemand, waarmee ik wil zeggen dat pijn iets is wat erbij hoort, maar niemand voelt zich eigenaar van het probleem.' De regie voor afstemming ligt idealiter bij de huisarts, aangezien de patiënt zich daar het eerst meldt met zijn klacht. Op het moment dat de complexiteit de huisarts overstijgt, zou deze regiefunctie meer binnen een regionaal pijnteam passen. Een positie waarin bijvoorbeeld een PA volgens Vissers goed zou kunnen passen.

Korte lijntjes

De agenda van PA!N is ambitieus. Maar dat is ook hard nodig gezien de hoge prevalentie en de daarbij horende maatschappelijke gevolgen die deze ziekte met zich meebrengt. Ondanks de maatschappelijke impact ontbreekt het tot nu toe aan ondersteuning vanuit de overheid als het gaat over subsidies voor onderzoek. Toch is er hoop dat hier verandering in gaat komen. Door deelname van 'Pijnpatiënten naar één stem', een samenwerkingsverband van zestien patiëntenorganisaties en medeoprichters van PA!N, is de impact toegenomen en gaan deuren van bijvoorbeeld het ministerie van VWS open. Ook wordt er meer bewustwording en verantwoordelijkheid gecreëerd bij patiënten voor preventie van chronische pijn.
Beide hoogleraren zijn blij dat de NAPA zich heeft aangesloten bij de alliantie. Michiel Reneman: 'De physician assistants vormen een generalistische beroepsgroep, waarmee ik wil zeggen dat zij met dezelfde achtergrond in veel verschillende specialismen vertegenwoordigd zijn. Daarbij zijn er veel PA's binnen deze specialismen die patiënten zien met pijnklachten.' Vissers constateert dat de PA's door het generalistisch karakter van de opleiding een natuurlijk netwerk hebben. 'Ze spreken vaak dezelfde taal en hebben korte lijntjes naar elkaar. Hierdoor vindt er snelle onderlinge informatie-uitwisseling plaats, waarbij vaak gelijk een verbinding wordt gelegd naar hun achterban.'

> 'Pijn is iets wat erbij hoort, maar niemand voelt zich eigenaar van het probleem'

PA in regiefunctie

Door de brede verspreiding van de PA binnen de gezondheidszorg kunnen PA inderdaad een positieve bijdrage leveren aan het verspreiden van kennis over pijn. Daarnaast zou de PA regionaal kunnen fungeren als spin in het web om meerdere specialismen met elkaar te verbinden. Bijvoorbeeld in een regiefunctie binnen de regionale pijnteams, om hier de eerste diagnostiek te doen, verschillende zorgverleners met elkaar te verbinden, behandelteams aan te sturen en zo nodig door te verwijzen.
Voor een actieve bijdrage aan de agenda van PA!N hebben wij tijdens ons aanstellingsgesprek een voorstel gedaan om een werkgroep pijn op te richten binnen de NAPA. Met name om vanuit een breed perspectief de visie op pijn verder te ontwikkelen en hoe wij als PA's kunnen bijdragen aan de belangrijke missie die PA!N heeft. Vissers juicht een dergelijke werkgroep ook van harte toe om zo tot een brede mandatering van beleid te komen. Daarnaast benadrukt hij om vooral bij elkaar in de keuken te blijven kijken om de visie nog meer vorm te geven. Het bestuur van NAPA heeft het idee van een werkgroep omarmd.
Om die reden vragen we enthousiaste NAPA-leden die hun bijdrage willen leveren om zich aan te melden voor deze werkgroep. Dat kan via secretariaat@napa.nl. Wil je meer weten over PA!N, of de zorgstandaard Chronische pijn bekijken? Ga dan naar pijnalliantieinnederland.nl. •

contact
sanderwehrmeijer@hotmail.com

DOELSTELLINGEN PA!N

- Het ontwikkelen van evidencebased interdisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden, voor preventie, diagnostiek en behandeling van pijn.
- Het opnemen van pijnherkenning, pijndiagnostiek en -behandeling in de curricula van medische, paramedische, perimedische en verpleegkundige opleidingen zodat iedereen dezelfde taal spreekt rondom pijn.
- Het geven van voorlichting en educatie aan patiënten en hun omgeving.
- Het positioneren van chronische pijn op de maatschappelijke en politieke agenda zodat structureel beleid ontstaat.
- Het mogelijk maken van interdisciplinair wetenschappelijk onderzoek naar pijn.

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

DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK?

DOMEINAFBAKENING LIJKT EEN PRINCIPEKWESTIE

Tussen medisch specialisten en physician assistants en verpleegkundig specialisten is een spanningsveld ontstaan doordat sommige wetenschappelijke verenigingen het terrein van invasieve procedures hebben afgebakend. Aliënde van Goor, verpleegkundig specialist AGZ en jurist gezondheidsrecht, deed er in het kader van haar masteropleiding Gezondheidsrecht onderzoek naar.

tekst Aliënde van Goor
beeld Bob Karhof

Voor mijn scriptie nam ik de standpunten die wetenschappelijke verenigingen innemen ten aanzien van taakherschikking onder de juridische loep. Ik focuste daarbij op de afspraken over de invasieve procedures tussen de medisch specialisten, physician assistants en verpleegkundig specialisten, werkzaam binnen de orthopedie en cardiologie.
Om een helder beeld te krijgen interviewde ik ook zeven physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS'en) orthopedie en cardiologie. Daaruit kwam naar voren dat de samenwerking met medisch specialisten door alle betrokkenen als zeer positief wordt ervaren met waardering voor en vertrouwen in elkaars kennis en kunde. Er is een goede verdeling, waarbij de hoog complexe procedures door de medisch specialist gedaan worden en de laag tot midden complexe procedures door de PA en/of VS. De samenwerking wordt beschreven als veilige en efficiënte zorg. De geïnterviewden geven aan dat er een spanningsveld ontstaat als de wetenschappelijke verenigingen afspraken op landelijk niveau maken waarbij er een afbakening wordt geïntroduceerd in een proces waar eerst juist verruiming van bepaalde invasieve procedures door de PA's en VS'en bestond. Deze verruiming werd ondersteund door de samenwerkende, alsmede opleidende medisch specialisten binnen de wettelijke kaders voor taakherschikking. Hierdoor ontstaat de situatie dat de samenwerking – die in sommige gevallen al meer dan tien jaar bestaat – niet meer voortgezet kan worden, tegen de wil van de direct betrokkenen. De samenwerkende specialisten willen wel op de oude voet verder, maar men ervaart tegelijkertijd de druk om zich te conformeren aan het standpunt van de eigen beroepsvereniging.

Sterke beperking
De impact op de situatie van de geïnterviewde PA's en VS'en is aanzienlijk. Voor zes van de zeven betekende het vanaf 2017-2018 een sterke beperking van toegestane procedures. Ook moesten ze meer onder supervisie werken bij diverse uitvoeringsonderdelen van het vak. Slechts voor één PA orthopedie, werkzaam in het ziekenhuis, is de werksituatie en de mogelijkheid invasieve procedures uit te voeren ongewijzigd gebleven. Voor vijf van de zeven PA's en VS'en betekende het een verandering van baan en werkgever door ontevredenheid over de vergaande beperkingen.

> 'Het gaat dus niet om kwaliteit maar om een principe'

De volgende uitspraak van een PA cardiologie geeft goed weer hoe dit ervaren wordt: 'Ik begrijp de emoties en overwegingen. Maar ik zou het wel fair vinden als er ruimte blijft voor mensen met een bewezen staat van dienst, met aantoonbare bekwaamheid. Deze bekwaamheid heeft bij zowel de cardiologen als patiënten nooit ter discussie gestaan. Het gaat dus niet om kwaliteit maar om een principe.'

Mededinging in de zorg
Tevens onderzocht ik of de mededingingsrechtelijke aspecten van toepassing zijn op de samenwerking in de zorg. De PA's en VS'en cardiologie en orthopedie functioneren in dezelfde

ALIËNDE VAN GOOR

Aliënde van Goor, verpleegkundig specialist AGZ, rondde in 2020 de Master Gezondheidsrecht aan de UvA af. Binnenkort gaat zij als jurist aan de slag bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Geïnteresseerd in haar scriptie? Scan de QR-code.

INVASIEVE PROCEDURES DOOR DE PA EN VS BINNEN DE ORTHOPEDIE EN CARDIOLOGIE

De betreffende invasieve procedures vallen onder de voorbehouden handelingen uit artikel 36 lid 1 en lid 4 Wet BIG. De toelichting op lid 1 'verrichten van heelkundige handelingen' luidt: 'Heelkundige handelingen zijn bijvoorbeeld ingrepen zoals een operatie. Hierbij herstelt het lichaamsweefsel zich niet direct.' De toelichting op lid 4 'verrichten van katheterisaties' luidt: 'Bij een katheterisatie worden stoffen met een buisje in lichaamsholten ingebracht of verwijderd.' Dit vereist echter ook expertise en aantoonbare bekwaamheid van de VS, PA of arts op dat gebied. Invasieve procedures uitgevoerd door bekwame VS'en en PA's orthopedie zijn onder meer de kijk- of knoopsgatoperatie (artroscopie) van de knie of schouder, teencorrecties, chirurgisch materiaal verwijderen uit de knie, heup en voet, steriele punctie van de knie, heup en enkel en intra-articulaire injecties. Voor de bekwame VS'en en PA's cardiologie betreffen dit onderzoeken en behandelingen zoals de hartkatheterisatie (coronair angiografie = CAG), slokdarmecho, elektrofysiologisch onderzoek (EFO), ablaties, pacemaker (PM)- en Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) implantaties en/of vervangingen.

zorgmarkt als de medisch specialisten. Dit kan in deelgebieden concurrentie veroorzaken. In lijn met Europese wetgeving zijn onderling afgestemde gedragingen die concurrentie belemmeren, verboden. Mijn onderzoek stelt dat de afspraken en standpunten van een wetenschappelijke vereniging en de aanbevelingen uit bijvoorbeeld kwaliteitsvisitaties onder de Mededingingswet vallen. Een uitzondering kan gemaakt worden wanneer maatschappelijke voordelen – in de gezondheidszorg de veiligheid en kwaliteit – zwaarder wegen dan de nadelige effecten op de concurrentie. Veiligheid en kwaliteit zijn echter niet in het geding.

Een klein deel van de handelingen die zowel de VS'en en de PA's als de medisch specialisten in de genoemde zelfde zorgmarkt uitvoeren, betreft invasieve procedures. De medisch specialisten voeren zowel de complexe procedures uit als de procedures van 'beperkte complexiteit'. Op dat laatstgenoemde terrein is er sprake van een overlap met de VS'en en PA's en het is tevens het punt waar het wringt. De beperking van invasieve procedures voor de PA en VS wordt niet opgelegd vanuit de idee dat het zou leiden tot onveilige zorg. Nee, het is niet uit te sluiten dat financiële belangen en zorg over inkomstenderving ten gevolge van de taakherschikking een rol spelen bij de beslissing de taakuitoefening door de PA's en VS'en te beperken. De beperking en daarmee de domeinafbakening wordt landelijk aangestuurd, maar uit mijn onderzoek blijkt dat dit niet door alle medisch specialisten wordt gedragen. Bovendien wordt hiermee getracht verdergaande beperkingen aan te brengen dan die volgen uit de Wet BIG. De conclusie van het juridische onderzoek luidt dat het reserveren van werkzaamheden voor eigen beroepsgroep gezien kan worden als een mededingingsbeperkende afspraak en daardoor valt onder het kartelverbod van artikel 6 van de Mededingingswet. •

contact
aliende.vangoor@gmail.com

OPIOÏDEN: VLOEK OF ZEGEN?

Alhoewel opioïden zeer effectieve pijnstillers zijn, sterven in Nederland jaarlijks tientallen mensen door het gebruik ervan. Voorschrijvers kunnen die gevolgen deels voorkomen door een aantal richtlijnen te volgen.

tekst Anke Lambooij
beeld Getty Images

Of een physician assistant nu in de eerste lijn, een verpleeghuis of in een ziekenhuis werkt, de kans is groot dat deze zorgprofessional te maken krijgt met het voorschrijven van opioïden. Jaarlijks gebruiken een half miljoen Nederlanders een sterkwerkend opioïde. Oxycodon is het meest voorgeschreven opioïde dat patiënten buiten het ziekenhuis gebruiken. Sinds 2010 is het gebruik van oxycodon verviervoudigd. Hierbij spelen allerlei factoren een rol, zoals vergrijzing en de overleving van patiënten met kanker. Maar ook de toegenomen aandacht voor pijn en de behandeling van pijn draagt bij. Nationaal heeft het VMS-Veiligheidsprogramma 'Vroege herkenning en behandeling van pijn' geleid tot meer aandacht voor pijn in het ziekenhuis. Internationaal speelt mee dat de World Health Organization pijn tot *vital sign* heeft benoemd.
Nederland staat in het rijtje van landen die relatief veel opioïden gebruiken. De Verenigde Staten spannen de kroon. Eén op de zes Amerikanen kreeg een opioïde voorgeschreven in 2017. Dat vele voorschrijven van opioïden heeft daar geleid tot aanzienlijke

Bij chronische pijn is het effect van opioïden gering

maatschappelijke problemen. Dagelijks overlijden 41 Amerikanen aan een overdosering van opioïden op recept. Bovendien wijken veel gebruikers vanwege aangescherpte regelgeving rondom het voorschrijven uit naar illegaal verkregen middelen, zoals heroïne en fentanylderivaten.
In Nederland vallen de gevolgen van het toegenomen opioïdengebruik tot nu toe mee. In 2017 overleden 83 mensen aan een overdosering van opioïden op recept. In dat jaar werden per 100 duizend mensen 7,8 ziekenhuisopnamen geregistreerd vanwege een overdosering met opioïden op recept. Niet alleen door overdoseringen komen mensen in het ziekenhuis terecht, ook obstipatie en fracturen/vallen als gevolg van opioïdegebruik leiden tot ziekenhuisopnames. Hoewel we nog geen grote maatschappelijke ontwrichting zien, is waakzaamheid geboden. Vergeleken met het jaar 2008 is het aantal ziekenhuisopnames en sterfgevallen gerelateerd aan opioïden op recept vervijfvoudigd. Instellingen voor verslavingszorg zien wekelijks patiënten met een stoornis in het gebruik van opioïden binnenkomen, waarbij in eerste instantie de opioïden op recept zijn gestart.

Kritisch blijven

Moeten we dan stoppen met het voorschrijven van opioïden? Nee, we kunnen niet zonder deze effectieve pijnstillers. Maar laten we wel kritisch blijven. Bij acute ernstige nociceptieve pijn, zoals na operaties, en bij pijn bij patiënten met kanker zijn opioïden effectief en essentieel. Maar bij chronische pijn is het effect van opioïden – en van de meeste andere analgetica – gering. Terwijl juist bij langdurig gebruik bijwerkingen als tolerantie, lichamelijke afhankelijkheid en endocriene verstoringen optreden. Ten slotte ontwikkelt een klein deel van de gebruikers een stoornis in het gebruik van opioïden, waarbij de patiënt de controle over het gebruik verliest.
Elke voorschrijver kan bijdragen aan een goed gebruik van opioïden door:

- kritisch te zijn op de indicatiestelling en andere mogelijkheden voor pijnbehandeling;
- bij het starten van opioïden al na te denken over het wanneer en hoe van stoppen;
- de beoogde gebruiksduur te bespreken met de patiënt en deze informatie ook over te dragen aan huisarts en apotheker;
- voorzichtig te zijn met het voorschrijven van opioïden aan patiënten met een geschiedenis van middelenmisbruik;
- chronisch gebruik van opioïden regelmatig met de patiënt te evalueren op effectiviteit en bijwerkingen;
- bij gering effect op pijn en/of bijwerkingen het afbouwen van opioïden te bespreken. •

Anke Lambooij is apotheker bij Instituut Verantwoord Medicijngebruik.

MEER WETEN?

Kijk dan op www.opiaten.nl. Voor materialen, nascholingen, e-learnings en nieuwsbrieven voor voorschrijvers kunt u terecht op www.ivm.nl.

Sophie Benoy-De Keuster, Msc PA Regionaal Reumacentrum, Maxima MC, Eindhoven
Jasper Broen, PhD, reumatoloog, Regionaal Reumacentrum, Maxima MC, Eindhoven

Een sportman met 'brandende' bovenbenen

Een 54-jarige man met een ankyloserende spondylartropathie (anti-TNF-gebruik, remissie) bezoekt met spoed de polikliniek. De patiënt heeft een Turkse achtergrond en beheerst de Nederlandse taal niet voldoende, wat de anamnese enigszins bemoeilijkt. Hij klaagt over een warm en koud gevoel in de benen ('het brandt') en hij zakt er regelmatig doorheen. Het is moeilijk te achterhalen of hij nu wel of geen krachtsverlies heeft en of hij toename van klachten ervaart bij drukverhogende momenten zoals hoesten, niezen en persen. De man slaapt slecht maar heeft geen last van ochtendstijfheid, alleen maar pijn. Hij wijst daarbij naar de bovenbenen.
Er is geen perifere artritis vast te stellen bij lichamelijk onderzoek, het rugonderzoek is niet bijdragend gezien volledige ankylosering. Aanvullend

De man ervaart geen ochtendstijfheid, alleen maar pijn

labonderzoek laat geen verhoogde inflammatie zien. Er wordt gedacht aan een neurologisch probleem, de neuroloog kan echter geen aanwijzingen vinden voor een radiculair probleem en de patiënt wordt terugverwezen.

Vitamine B6

De klachten houden aan en de patiënt klaagt steeds meer. Hij gebruikt ondertussen oxycodon via de huisarts. Er volgt aanvullend laboratoriumonderzoek waarbij een verhoogd vitamine B6 wordt vastgesteld en een verlaagd vitamine D. De speurtocht begint naar de bron van zijn verhoogde intake B6 en of dit de klachten verklaart.
Vitamine B6 (pyridoxine) zit van nature in bananen, noten, vlees, vis, brood, graanproducten en groenten zoals wortelen, bloemkool, aardappelen en groene bonen. Het is noodzakelijk voor de stofwisseling en bloedaanmaak, en draagt bij aan een gezond immuunsysteem. Het zou ook bijdragen aan het verlagen van het cardiovasculair risico en het ontstaan van maligniteiten. Een te hoge dosis kan leiden tot perifere neuropathie, vooral in handen en voeten.
De patiënt blijkt fanatiek te sporten in de sportschool. Hij gebruikt voedingssupplementen, geen steroïden. Hij drinkt wel grote hoeveelheden Red Bull. Red Bull bevat 1,2 mg B6 per 100 ml. De dagelijkse aanbevolen hoeveelheid B6 is 1,5 mg per dag, de maximale dosering die volgens de Europese Voedselveiligheidsautoriteit (EFSA) nog veilig is, bedraagt 25 mg per dag. We hebben Red Bull gevraagd naar de reden voor de toevoeging maar daar geven ze geen direct antwoord op, alleen dat het bijdraagt aan een gezond immuunsysteem.
In Nederland mag sinds oktober 2018 nog slechts 21 mg in supplementen zitten (dagdosis), maar oude voorraden mogen nog verkocht worden. Een te hoog B6-gehalte kan leiden tot polyneuropathie, meestal beschreven in de handen

Een te hoog B6-gehalte kan leiden tot polyneuropathie

of voeten. Er zijn echter casereports beschreven waarin sprake is van ataxie en ernstige sensorische dysfunctie, die verbeterde na staken B6-suppletie.
Of onze patiënt voor altijd vleugellam is gemaakt of binnenkort weer vleugels krijgt, moet de toekomst uitwijzen.

Labwaarden

Bij diagnose bedroeg de hoeveelheid gemeten B6 412 umol/l. Een maand na het stoppen van de inname van Red Bull was dit gedaald tot 93 umol/l. De referentiewaarde bedraagt 35 tot 110 umol/l.•

contact
s.benoy@mmc.nl

NAPA MAGAZINE IS HET VAKBLAD VAN, VOOR EN DOOR
PHYSICIAN ASSISTANTS IN NEDERLAND

NAPA zoekt twee nieuwe leden voor de redactieraad

Heb je een vlotte pen en zou je graag voor NAPA Magazine willen schrijven? Dan zijn we op zoek naar jou!

De redactieraad maakt samen met de redactie van Medisch Contact halfjaarlijks het vakblad met een medisch en vakinhoudelijk karakter. Gericht op praktijk, politiek, kennis en innovatie met als doel voor elke PA een waardevolle maar vooral leuke en interessante aanvulling te zijn op de reeds bestaande informatiebronnen.

Wij bieden

De functie is onbezoldigd (op vrijwilligersbasis), reiskosten worden vergoed. De leden van de werkgroep ontvangen accreditatiepunten voor hun inzet volgens de Accreditatierichtlijn.

Voor informatie over de vacante posities kun je op werkdagen telefonisch contact opnemen met Milena Babovic, directeur: 030-68 68 768. Indien je belangstelling hebt voor deelname aan deze werkgroep stuur dan **vóór 15 mei 2021** een kort curriculum vitae en motivatie aan M. Babovic, e-mail: directeur@napa.nl.

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 calooriearm 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 intramusculair worden toegediend. **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. 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 misselijkheid, 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. **Farmaco-therapeutische categorie:** geneesmiddelen gebruikt bij diabetes, glucagonachtig peptide-1-agonisten (GLP-1-agonisten). **ATC-code:** A10BJ02. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding:** Niet vergoed. **Datum:** september 2020.

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®. **2.** PiSunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. N Engl J Med. 2015;373(1):1122.

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®

1020-HCP NL20SX00031 Novo Nordisk® en Saxenda® zijn geregistreerde handelsmerken van Novo Nordisk A/S.

LUISTER NU!

COASSISTENTEN IN GESPREK
MET INSPIRERENDE ARTSEN

MEDISCH CONTACT

Luister op medischcontact.nl/koffieco

Bij sommige patiënten met vitamine-B12-deficiëntie heeft behandeling volgens protocol geen effect. Hoe moeten artsen en physician assistants daarmee omgaan? Volgens Petra van Houten is er meer bewustwording én meer onderzoek nodig.

tekst Petra van Houten
beeld Getty Images

MEER OOG VOOR VITAMINE-B12-DEFICIËNTIE

Doordat een steeds groter wordende groep patiënten hun aspecifieke klachten toeschrijven aan vitamine B12-tekort, krijgen veel artsen en physician assistants te maken met vragen van patiënten over de behandeling. Of er sprake is van een tekort en wat de juiste behandeling dan is, daarover lopen de meningen uiteen. Niet alleen tussen artsen onderling, maar ook tussen artsen en patiënten. Met name omdat patiënten klachten blijven houden bij behandeling volgens protocol of verergering van hun klachten ervaren na initiële verbetering ten gevolge van behandeling door injecties. De vraag is hoe we hier als artsen en PA's mee om moeten gaan. Volgen we het protocol of luisteren we naar de klachten en behandelwensen van patiënten?
Vitamine B12 is een in wateroplosbare vitamine, die vrijwel alleen voorkomt in dierlijke producten zoals vlees, vis, melkproducten en eieren. Het speelt een cruciale rol bij de DNA- en RNA-synthese en metabolisatie van vetzuren en aminozuren, en is vooral belangrijk voor de aanmaak van myeline en voor de ontwikkeling van rode bloedcellen in het beenmerg. Een tekort ontstaat door verminderde inname door onder andere een vegetarisch dieet of verminderde absorptie vanwege maagdarm-resecties, medicatie, darmaandoeningen, parasieten, auto-immuun gastritis of vanwege een verminderde inname door een vegetarisch dieet. Een tekort aan B12 kan leiden tot uiteenlopende klachten waaronder neurologische afwijkingen en anemie.

NHG-standaard
Volgens de NHG-standaard spreken we van een vitamine-B12-tekort bij een waarde lager dan 148 pmol/L. 'Behandeling vindt plaats in de vorm van cyanocobalamine 1 dd 1000 mg oraal, ook in geval van opnameproblemen, bijvoorbeeld ten gevolge van inflammatoire darmziekte of darmresectie. Indien er sprake is van slikproblemen, therapieontrouw, ernstige (neurologische) symptomen of gastro-intestinale bijwerkingen bij orale toediening, heeft parenterale toediening de voorkeur. In deze gevallen krijgen patiënten tien intramusculaire injecties hydroxocobalamine met een interval van minstens drie dagen, gevolgd door één intramusculaire injectie eenmaal per twee maanden.' Het nieuwe standpunt van de NHG uit 2014 voegt eraan toe: 'Bij patiënten met een laag-normale B12-spiegel (148 tot 250 pmol/l) die klachten hebben die lijken te wijzen op een vitamine-B12-tekort, kan ook een proefbehandeling met orale vitamine B12 (1000 microgram) worden gestart. Injecties zijn alleen nodig als snelle normalisering van de vitamine-B12-spiegels gewenst is vanwege de ernst van de klachten.'
Aanvullend moet volgens het farmacotherapeutisch kompas bij duidelijke neurologische afwijkingen een- à tweemaal per week gedurende langere tijd, bijvoorbeeld twee jaar, suppletie plaatsvinden d.m.v. injecties i.m. of diep s.c.: 1000 microg gedurende langere tijd, bijvoorbeeld twee jaar, en moet levenslange suppletietherapie plaatsvinden als de oorzaak van de deficiëntie niet weggenomen is.

Onbegrepen klachten
Er zijn veel patiënten met aspecifieke, onbegrepen klachten, zoals vermoeidheid, spierpijn, hoofdpijn, duizeligheid, hartkloppingen, verminderd geheugen/concentratie, psychische klachten, krachtsverlies en/of tintelingen in armen en benen. Zij gaan voor onderzoek en behandeling naar huisarts of specialist, waar meestal bloedonderzoek volgt. Vaak zijn de laboratorium-

CASUS

Een 53-jarige vrouw, met in de voorgeschiedenis een spastisch colon en subklinische hypothyreodie, wordt door de huisarts verwezen naar het B12 Institute, wegens aanhoudende vermoeidheid na een gastric bypass in 2012. Daarnaast had zij in toenemende mate last van diverse klachten, waaronder geheugen- en slaapproblemen, rusteloze benen, brandende voetzolen, tintelingen in handen en voeten, regelmatig buikpijn en vaak aften in de mond en op tong. In 2017, vijf jaar na de gastric bypass, werd een B12-waarde vastgesteld van 88 pmol/L, ondanks het gebruik van multivitaminen. Kortdurende behandeling met vitamine-B12-injecties had destijds weinig effect. Klachten namen weer toe na staken van de behandeling. Sinds het tweemaal per week herstarten van de B12-injecties zijn haar klachten langzaam verbeterd. Ze is er nog lang niet, maar er is sprake van een stijgende lijn. Ze heeft vooral minder last van vermoeidheid en rusteloze benen.

waarden niet afwijkend. Als er een B12-tekort wordt gevonden, wordt er behandeld volgens het protocol, oraal of kortdurend met injecties. Indien er geen laboratoriumafwijkingen worden gevonden, wordt er afgewacht of worden patiënten verwezen naar specialisten zoals neuroloog, mdl-arts, reumatoloog, pijnpoli, orthopeed of psycholoog. Als ook daar niets uitkomt, zijn patiënten vaak ten einde raad omdat hun klachten alleen maar toenemen.
Er zijn sterke aanwijzingen dat de gemeten vitamine-B12-waarde niet relevant is, omdat de waarde meestal vals verhoogd is door inname van multivitaminen, voedingssupplementen of B12-tabletten, en na injecties de B12-waarde na 1 minuut al is gestegen naar >1475 pmol/L. Gezond verstand zegt dat de patiënt dan nog niet beter is. Ook in de NHG-standaard staat dat meten na suppletie geen zin heeft. Het advies zou moeten zijn om – ondanks de gemeten waarden – toch te starten met injecties en af te gaan op de klachten, omdat B12 uit tabletten en multivitaminen door bovenstaande oorzaken niet goed wordt opgenomen.
In de regel houden huisartsen en specialisten echter vaak vast aan protocollen en laboratoriumwaarden en willen ze bij normale waarden niet met injecties starten of willen ze – als wel gestart is met injecties – weer afbouwen nadat de waarde is gestegen tot binnen de geldende referentiewaarden. Het probleem is dat behandeling volgens de richtlijnen en protocollen vaak niet voldoet en patiënten klachten blijven houden.

Uit eigen hand

Sinds 2018 combineer ik mijn baan als PA met werkzaamheden voor het B12 Institute in Rotterdam. Dit landelijke expertisecentrum werkt wereldwijd samen met gerenommeerde wetenschappers en doet onderzoek met de afdeling Klinische Chemie van het Erasmus MC in Rotterdam. Daarnaast heeft het B12 Institute veel kennis in huis, zodat vragen van artsen over onderzoek en behandeling kunnen worden beantwoord. Bovendien kunnen patiënten met klachten voor behandeling worden verwezen naar het B12 Institute. Patiënten worden behandeld volgens de British guideline of hematologie. Mijn ervaring als PA voor het specialisme neurologie en bariatrie komt daarbij goed van pas. Ik heb ondertussen veel ervaring opgedaan met behandelen van klachten op basis van symptomatische vitamine-B12-deficiëntie en heb uit eigen hand kunnen ervaren welke verbetering mogelijk is door behandeling met hoge dosis vitamine-B12-injecties. Ik heb veel geleerd. Met name hoe belangrijk het is om vitaminen die cofactor zijn bij het vitamine-B12-metabolisme te monitoren en bij te stellen. Vitamine D is namelijk vaak ook verlaagd door de absorptiestoornis. Foliumzuur is soms verhoogd door de folate-trap en daalt na suppletie met B12-injecties. Het herstel na B12-suppletie gaat langzaam en duurt langer naarmate klachten langer bestaan. Volledig herstel is niet zeker. De praktijk leert dat de behandeling moet worden gecontinueerd totdat de klachten minstens een halfjaar stabiel zijn. Daarna kan pas geprobeerd worden in stapjes af te bouwen. En indien de oorzaak van de deficiëntie niet wordt weggenomen, is levenslange suppletie nodig.
Door patiënten met symptomatische vitamine-B12-deficiëntie jarenlang niet of nauwelijks te behandelen wordt veel leed veroorzaakt, vaak resulterend in uitval op de werkvloer. Ik hoop daarom artsen en PA's bewust te maken van het probleem, waardoor meer patiënten geholpen kunnen worden. Er moet echter nog veel gebeuren. Het belangrijkste is meer onderzoek, zodat de richtlijnen kunnen worden aangepast. •

Petra van Houten is physician assistant ouderenzorg bij Careyn (locatie Grootenhoek) in Hellevoetsluis en in het B12 Institute in Rotterdam.

contact
petravanhouten@gmail.com

CONGRES

De in 2021 geplande internationale B12-conferentie is vanwege corona verplaatst naar 2022 (exacte datum is nog niet bekend). Tijdens deze – eerste – internationale conferentie zullen deelnemers kennis delen zodat patiënten in de toekomst nog beter kunnen worden geholpen. Meer informatie: b12conference2021.nl/nl/welkom

OPLEIDEN PA'S VOOR HUISARTSENZORG VERLOOPT MOEIZAAM

Physician assistants kunnen een belangrijke rol spelen in het terugdringen van het huisartsentekort. Toch verloopt het opleiden van PA's niet zonder slag of stoot. Vooral de bekostiging van opleidingsplekken lijkt een obstakel. Een huisarts en een physician assistant vertellen over de samenwerking.

tekst Sophie Benoy-De Keuster
beeld Getty Images

Het huisartsentekort is een nijpend probleem in Nederland. In december 2020 besloot het ministerie van VWS, na druk vanuit de Tweede Kamer, om jaarlijks twintig huisartsen meer op te leiden. Desondanks zal de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen het huisartsentekort niet oplossen, omdat het aantal opleidingsplaatsen alleen niet bepalend is. Het Capaciteitsorgaan constateert in het Capaciteitsplan 2021-2024 dat de meeste afgestudeerden blijven werken in of rond de opleidingsplaats, waardoor er tekorten ontstaan in regio's zonder huisartsenopleiding. Verder willen huisartsen vaker parttime werken en is er minder animo om een eigen praktijk te runnen. Om toekomstbestendige huisartsenzorg te organiseren zijn daarom naast voldoende huisartsen ook physician assistants en verpleegkundig specialisten nodig, aldus het Capaciteitsorgaan.

De instroom van PA's in de huisartsenzorg is toegenomen van 12 in 2012 naar 43 in 2019. In 2019 waren er in totaal al 164 PA's werkzaam in de huisartsengeneeskunde. Maar in de praktijk lijken er toch nog wat drempels te bestaan voor PA's in de huisartsenzorg.

Klik

Quinten van den Driesschen (59) is physician assistant huisartsgeneeskunde van het eerste uur en werkt nu vijftien jaar in huisartsenpraktijk De Zwaluw in Elst (GD). Toen Van den Driesschen begon in de huisartsgeneeskunde was er weinig bekendheid bij huisartsen over de mogelijkheden van taakherschikking. Inmiddels is dat verbeterd. 'Dat is mede te danken aan het werk van de vakgroep huisartsenzorg (PA HA) van NAPA. Door veel voor te lichten, het land in te trekken en best practices

te tonen is er een verschuiving ontstaan. Dat de Landelijke Huisartsen Vereniging in de loop der jaren positiever is geworden over de PA, heeft ook geholpen.'
Een goede relatie tussen student en opleider is volgens Van den Driesschen de sleutel tot succes. 'Er moet een klik zijn met de huisarts waarmee je samenwerkt. Je werkt toch vaak in een een-op-een situatie; als er dan geen goede band is, dan wordt het lastig.'
Doordat de studenten PA's op verschillende competentieniveaus instromen en hun leercurve dus verschilt in combinatie met de veelzijdigheid en de breedte van het vak, maakt dat de leercurve bij elke PA anders verloopt, constateert Van den Driesschen. 'Voor de opleider is het soms lastig inschatten wat hij kan verwachten van de student.' Het is dan een voordeel als de huisarts ervaring heeft. 'Je merkt dat huisartsen die het gewend

EXTRA SUBSIDIE VOOR HUISARTSEN IN TWENTE

Dat de bekostiging van opleidingsplaatsen voor PA's een probleem vormt voor huisartsen, werd ook gesignaleerd door Menzis. De zorgverzekeraar sprong vorig jaar in de regio Twente bij met een tijdelijke aanvullende bekostiging, zodat de PA's opgeleid zouden worden voor de huisartsenzorg. Gedurende de projecttijd (van 15 mei 2020 tot 1 juli 2021) kunnen Twentse huisartsenpraktijken een aanvullende financiering aanvragen. Het gaat om een bedrag van maximaal 22.500 euro in de eerste twee jaar, en maximaal 11.250 euro in het laatste halfjaar van de opleiding tot PA. Voorwaarde is dat de aanvrager aantoonbaar en substantieel gaat bijdragen aan beheersing van het huisartsentekort in zijn of haar verzorgingsgebied.
Eric Veldboer, regiomanager zorginkoop eerste lijn in Twente, legt uit waarom Menzis het geld beschikbaar stelt. 'Niet alle verzekerden in de regio Twente hebben toegang tot huisartsenzorg wegens het toenemend tekort aan huisartsen. Wij vinden huisartsenzorg een nutsvoorziening, daar willen we dus wat aan doen.'
Voor de PA-opleiding moeten studenten vanuit regio Twente naar Utrecht, Nijmegen of zelfs Groningen. Dat kan een drempel zijn, maar tot nog toe zijn er voldoende kandidaten. Komende zomer maakt Menzis de balans op van het project. 'Vooral de vraag of de extra inzet van PA's leidt tot betere continuïteit van de huisartsenzorg is voor ons van belang.' Hoe de conclusie ook luidt, Menzis zal blijven ijveren voor taakherschikking in de huisartsenzorg, benadrukt Veldboer. 'Laatst hebben we nog met een brief aan het ministerie van VWS aandacht gevraagd voor het aantal opleidingsplaatsen voor PA's en VS'en en voor een dekkende financiering van de opleiding en de inwerkperiode.'

zijn om op te leiden het opleiden van een PA ook leuk vinden en minder problemen tegenkomen.'
Nog betere positionering van de PA HA is volgens Van den Driesschen onder meer te realiseren door betere regionale samenwerking en het organiseren van intervisiemomenten. 'Ook zou het goed zijn als er meer terugkomdagen zouden zijn voor de opleiders van PA HA, omdat zij tegen specifieke problemen aanlopen die niet gelden voor andere huisartsenopleiders.'
Hij ziet geen meerwaarde in een aparte opleiding tot PA huisartsgeneeskunde. 'De opleiding is nu al generalistisch en gericht op huisartsengeneeskunde. Juist de kruisbestuiving met student PA's uit de tweede en derde lijn maakt dat je veelzijdig opleidt.'

Tijdsinvestering

Huisarts Esther Davids van huisartspraktijk De Beuk in Boxmeer leidt sinds september vorig jaar een PA op. Zij had goede redenen om die stap te zetten. 'We kampen met een personeelstekort, en toen ik hoorde over deze functie en een goede klik had met een verpleegkundige die de opleiding wilde doen, was ik overtuigd.'
Haar enthousiasme werd wat getemperd toen de financiële kant van de zaak om de hoek kwam kijken. De kosten voor een huisarts kunnen namelijk behoorlijk hoog zijn. Dat heeft vooral te maken met het feit dat de student PA gedurende de opleiding in loondienst gaat bij de huisarts of huisartsenpost, waarvoor de huisarts via een subsidieregeling een tegemoetkoming ontvangt. De salariscompensatie voor de opleider bedraagt echter 'slechts' 22.500 euro per jaar en dekt daarmee hooguit zo'n 40 procent van het brutosalaris van de student PA.
Davids: 'De PA moet vier dagen betaald worden, maar is door school en stages maar weinig uren beschikbaar voor de praktijk. Het is een enorme tijdsinvestering, met voor mij als kleine werkgever een enorm risico. Ik ben ongeveer een halve dag per week volledig bezig met opleiden, tijd die ergens gecompenseerd moet worden. We hebben wel een afspraak dat bij mislukken, eerder stoppen of vertrek er een regeling is voor terugbetaling van de opleidingskosten, maar dat is een schijntje van de totale kosten. Vaak denk ik: waar ben ik aan begonnen?'

'Vaak denk ik: waar ben ik aan begonnen?'

Op=op

Om aan het tekort aan salariscompensatie tegemoet te komen is een tijdelijke stimuleringsfinanciering voor de huisartsen ontwikkeld die door de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg wordt uitgereikt. Het extra beschikbaar gestelde bedrag wordt sinds 2019 verdeeld over alle huisartsen die daar aanspraak op doen om een PA of VS op te leiden. Maar volgens Van den Driesschen worden de kosten ook met deze stimuleringsregeling niet geheel gedekt. 'Er geldt het principe op=op, omdat het geld over alle aanvragers wordt verdeeld. Hoe meer huisartsen er beroep op doen, hoe kleiner het bedrag dat elke huisarts krijgt. De praktijk leert dat het beschikbare bedrag – ongeveer 30.000 euro per op te leiden PA voor periode van 2,5 jaar – nog steeds onvoldoende is.'
Ondanks de financiële perikelen heeft huisarts Davids geen spijt van haar besluit om een PA op te leiden. 'Gelukkig krijg ik veel steun vanuit de hogeschool. Het vertrouwen dat het goed komt, is er zeker. Ik ben ervan overtuigd dat de PA in de huisartsenpraktijk op termijn zal zorgen voor meer continuïteit.' •

contact
S.Benoy@mmc.nl

LINTMODULE

In een samenwerking tussen de vijf hogescholen waar de MPA-opleiding wordt aangeboden, is de Lintmodule ontwikkeld. Alle PA's die worden opgeleid in de huisartsenzorg volgen dit programma. De module bestaat uit vijf thema's van elk twee dagen die steeds door een andere hogeschool worden voorbereid en georganiseerd. Dit programma bereidt studenten nog beter voor op de verschillende competenties die nodig zijn om te werken in de huisartspraktijk.
Onderwerpen die aan bod komen, zijn onder andere: epidemiologie, kindergeneeskunde en levenseinde. Dit jaar nemen zo'n vijftig studenten deel, de module scoort een gemiddelde van 8,1 op tevredenheid.

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 1950

Copyright© 2021 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.

Ledenraad on the road

Op 9 maart 2021 heeft de ledenraad een kick-off-bijeenkomst 'Ledenraad on the road' gehouden. De komende maanden wil de ledenraad regiobijeenkomsten organiseren voor leden. Blijf op de hoogte via de NAPA-nieuwsbrief en bekijk het webinar-on-demand via medischescholing.nl/napa-ledenraad-on-the-road.

Save the date PA-Invest 2021

PA-Invest zal in 2021 plaatsvinden op 18 en 19 november. We hopen dat we dan weer een fysiek congres kunnen organiseren zodat we elkaar weer kunnen ontmoeten. Naast een fysiek congres kijken we ook naar de mogelijkheden om een deel online aan te bieden. De werkgroep is al begonnen met de uitwerking van de plannen. Reserveer deze datum in de agenda en volg de ontwikkelingen via pa-invest.nl.

PA op Twitter

In de week van 8 februari heeft Carina Joosse een week lang via het Twitteraccount @NLzorg1 (5931 volgers) over haar werk als physician assistant in de huisartsenzorg informatie gedeeld en vragen daarover beantwoord.

NL_zorg
@NLzorg1

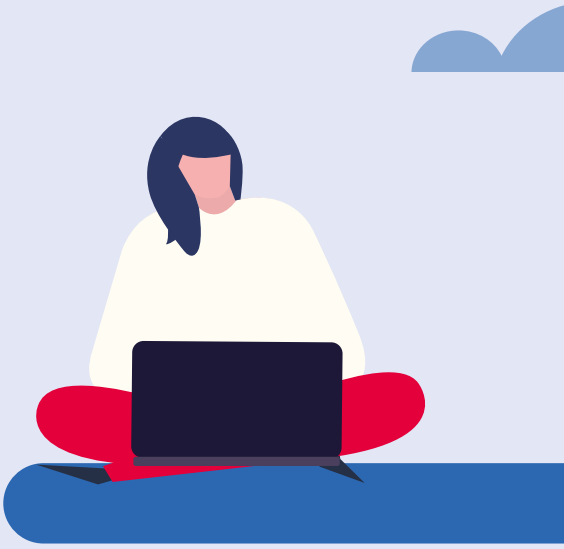
Mijn eerste patiënt is net terug in Nederland na 15 jaar USA. Die hoefde ik niet uit te leggen wat een Physician Assistant is.

Mar #eilandbewoonster @MarvanDijk · 9 feb.
Als antwoord op @NLzorg1
hoe is het zo gekomen dat geen Nederlandse beroepsnaam is gekozen? ik vind het lastig

NL_zorg @NLzorg1 · 9 feb.
Wij hebben hier heel lang mee geworsteld, geen enkele nederlandse term dekt de lading. En inmiddels kent iedereen toch ook de manager (ook een engelse term!)?

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

Een eigen account



'Een eigen account heb je niet nodig, want je gaat toch niet zelfstandig patiënten zien.' Dit hoor ik op de eerste dag van mijn stage in de psychiatrie. Ik ben allang blij dat ik überhaupt stage kan lopen. De coronamaatregelen zijn namelijk net weer aangescherpt. De psychiater handelt telefonische consulten veelal af vanuit huis. Eén dag per week is zij wel in de kliniek. Daarnaast kan ik met haar en collega's mee naar huisbezoeken. Zo kom ik toch aan voldoende stage-uren.

Om mij voor te bereiden op een gesprek worden rapportages uitgeprint. Gedurende de stage wordt dat een flinke stapel. Ik voel mij bijna genoodzaakt om een boom te planten om dit te compenseren. Bovendien bestaat de kans dat ik privacygevoelige informatie mee de kliniek uit neem.

Gedurende de nacht spoken er allerlei vragen door mijn hoofd

Mijn bevindingen typ ik in een gedeeld tekstdocument, zodat mijn stagebegeleider het in het dossier kan verwerken. Bij een intake blijkt dit nogal bewerkelijk te zijn, want het patiëntendossier kent veel tekstvelden waar iets ingevuld moet worden. Nu ik geen toegang heb, kan ik niet leren om met het dossier om te gaan.

Op de avond voor een van mijn wekelijkse stagedagen zie ik een mail van mijn begeleider. Morgen beginnen we met een huisbezoek aan een mevrouw die een 'tentamen suicidii' heeft gepleegd. Of ik het suïciderisico wil uitvragen. Hmm oké, dit is best spannend. Het is inderdaad een van mijn stagedoelen. Ik bedenk dat het geen goed plan is om diezelfde avond het gesprek voor te bereiden. Dat komt de volgende ochtend wel. Ik doe een mindfulnessoefening en val snel in slaap, maar gedurende de nacht spoken er allerlei vragen door mijn hoofd. Wat is er gebeurd? Hoe is de informatie bij de psychiater gekomen over de suïcidepoging?

De volgende morgen ga ik naarstig op zoek naar informatie over hoe ik dit moet aanpakken. Jammer dat ik thuis niet bij de gegevens kan van deze patiënt. Ik heb zoveel vragen: Wat is haar voorgeschiedenis, haar diagnose? Ik zal uiteindelijk al mijn vragen tijdens het gesprek moeten beantwoorden. Gelukkig kom ik met mijn gesprekstechnieken tot een goed gesprek en krijg ik goede ondersteuning van de psychiater. Ik merk wederom dat je uiteindelijk toch het meeste leert door het zelf te doen. Al zou betere voorbereiding door het lezen van het dossier mij zeker hebben geholpen.

Ik vraag me af of een gezamenlijk account wel verstandig is

Tijdens het eerstvolgende multidisciplinair overleg, breng ik de patiënt in. Een van de deelnemers vraagt of ik begeleiding wil aanvragen. Ik kijk bedenkelijk naar mijn beeldscherm. Mijn stagebegeleider kijkt een beetje beteuterd: 'Hester kan niet in het dossier.' En voegt daar direct aan toe: 'Voor de volgende PA in opleiding gaan we weer een account aanvragen!'

Tijdens mijn stage bij een huisarts was ik de eerste PA in opleiding. Ik rapporteerde in een account van iemand die afwezig was die dag. Dat was de ene keer van de huisarts in opleiding, dan weer van de coassistent. Ik moest er goed aan denken om mijn initialen te vermelden, zodat men de rapportage kon herleiden naar mij als persoon. Achteraf vraag ik mij af of het wel verstandig is om gezamenlijk in een account te werken. Zou het tuchtrechtelijk gezien verantwoord zijn?

In het ziekenhuis had ik als stagiaire een eigen account met e-mailadres. Ik had dezelfde toegangsrechten als een coassistent. Mijn rapportage kwam automatisch onder mijn naam te staan. Dit lijkt toch wel de meest gebruiksvriendelijke en patiëntveilige variant. In het ziekenhuis is dan ook de meeste ervaring opgedaan met de nog relatief nieuwe functie van physician assistant. Hoog tijd dat andere werkplekken waar PA's opgeleid worden, snel volgen.

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

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal (anoniem)
naar redactie@napa.nl

Ondersteun uw patiënten

Saxenda®. Een receptgeneesmiddel voor gewichtsverlies bij volwassenen met een BMI ≥ 27 kg/m² i.c.m. één of meer co-morbiditeiten of een BMI ≥ 30 kg/m².[1]

Uitsluitend geleverd via **www.thuisapotheek.nl**

Wilt u meer weten?
www.saxenda-voor-arts.nl

Gebruik de login code:
Sax7261 óf **scan de QR-code**

8,0% Gemiddeld gewichtsverlies na 1 jaar bij volwassenen met een BMI ≥ 27 kg/m² en dyslipidemie en/of hypertensie of BMI ≥ 30 kg/m².*[2]

SCALE obesitas en prediabetes: Een 56 weken durende placebo-gecontroleerde dubbelblinde studie (n=3731) naar de veiligheid en werkzaamheid van Saxenda® toegevoegd aan leefstijlinterventie in de vorm van een energiebeperkt dieet en lichaamsbeweging onder begeleiding.

novo nordisk®

* Gewichtsverlies verschil vs. placebo: -5,4% (P<0,001)[2]

NL21SX00003 Verkorte productinformatie en referentie zie elders in deze uitgave.

Saxenda®
liraglutide injectie