napa MAGAZINE

Vakblad voor physician assistants

KINDEREN IN HET ZIEKENHUIS: NEEM EERST DE ANGST WEG

PA ANNE-MARIEKE GRAAFMANS MAAKTE EEN DOCUMENTAIRE EN WON EEN GOUDEN KALF

HERMA KLANDERMANS EN SANDER DEKKERS:

‘PA’S IN DE PSYCHIATRIE HEBBEN MEERWAARDE!’

20

APRIL 2022

Nederlandse Associatie Physician Assistants

INHOUD

04

Psychiatrie

PHYSICIAN ASSISTANT KRIJGT POSITIE IN DE GGZ

PA's Herma Klandermans en Sander Dekkers zien het als hun missie om de meerwaarde van PA's in de psychiatrie te laten zien. 'De investering betaalt zich uiteindelijk vanzelf terug.'

10

PA in de praktijk

'ZE HEBBEN GEEN FLAUW IDEE WAT WIJ ALLEMAAL DOEN'

Radiotherapie en interventieradiologie zijn zeer specialistische vakgebieden. PA's Lindsay Vercoulen, Kim Baltussen en Michiel Lagerweij vertellen erover.

12

Kinderen

BEHANDELING VAN KINDEREN: WEK VERTROUWEN IN PLAATS VAN ANGST!

Ziekenhuisbezoek kan kinderen bang en onzeker maken. Neem daarom de tijd voor comfortzorg en stel hen op hun gemak. Dat kan (soms traumatische) dwang en fixatie voorkomen.

18

Interview

'IK GEBRUIK DE MANIEREN VAN DOCENT EN FILMMAKER DOOR ELKAAR'

Voordat Anne-Marieke Graafmans PA in een huisartsenpraktijk werd, meanderde ze door de zorg. En ondertussen doorliep ze ook nog de filmacademie en won zelfs een Gouden Kalf.

ED VAN RIJSWIJK

24

PA in de praktijk

‘WE ZIJN ECHT INGEBED IN DE ORGANISATIE’

Sacha Lardenoye en Bianca van den Berg zijn PA’s spoedeisende geneeskunde, en daarmee een gewaardeerde steun voor zowel artsen als verpleegkundigen op de SEH.

EN VERDER

9 Column: Black Friday
17 Praktijkperikel
26 Colofon
26 Goed om te weten

WIJSHEID ACHTERAF

Corona lijkt achter ons te liggen, terwijl we nog dagelijks met duizenden nieuwe besmettingen kampen en de ziekenhuisopnamen weer stijgen. Zijn we inmiddels coronamoe geworden of zorgt de oorlog in Oekraïne ervoor dat we de eerste crisis sneller zijn vergeten? Ik merk dat ik langzaam weer de draad van mijn ‘oude’ leven oppak. De PA’s die ik spreek hoor ik vaak zeggen dat zij er nog middenin zitten. Er vallen veel collega’s uit door corona en dat zorgt nog steeds voor hoge werkdruk. Tijd om even stil te staan en achterom te kijken lijkt er nog niet te zijn. In ieder geval niet voor de professional op de werkvloer.
Op landelijk niveau laten we de coronamaatregelen (voorlopig?) achter ons en gaan we weer verder. Zelfs op dat niveau lijkt er weinig tijd of animo voor reflectie. De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft recentelijk de pandemieaanpak van het kabinet geëvalueerd en kwam met ferme kritiek. Verpleeghuizen werden in de steek gelaten, wetenschap en beleid liepen te veel door elkaar, de communicatie deugde niet en men was nergens op voorbereid. Vervolgens kwam er weer kritiek op het rapport zelf, het zou te veel het karakter hebben van ‘wijsheid achteraf’.
Zo lieten voormalig coronaminister De Jonge en RIVM-baas Van Dissel snel weten dat ze het niet met de conclusies uit het rapport eens waren.
Ik heb enerzijds bewondering voor de inzet van beide heren gedurende de pandemie, maar hun reactie op het rapport is wat teleurstellend. Los van mogelijk terechte kritiek op het rapport, vraag ik mij af of er niet een grote kern van waarheid in te lezen is. Soms moet je letterlijk doorpakken en vervelende keuzes maken, maar de manier waarop je dat doet kan verschillend zijn. En van fouten maken leer je het meest, zeg ik vaak tegen mijn kinderen. Een gemiste kans van beide heren om het goede voorbeeld te geven en toe te geven dat ze van de conclusies kunnen leren.
Zo zouden burgers zich in ieder geval beter gezien en gehoord voelen. Anne-Marieke Graafmans laat in haar documentaire *Zie je me? Hoor je me?* op een voortreffelijke wijze zien hoe de dagelijkse gang van zaken in een verpleeghuis door de crisis werd getroffen (blz. 18). Zij won er een Gouden Kalf mee. Ik vraag mij af of de documentaire ook doorgedrongen is tot de huiskamers van relevante beslissers. Heeft het hen aan het denken gezet? Durven ze zittend voor de tv wel te reflecteren en lessen te trekken? Het is te hopen.

Milena Babovic
directeur NAPA
directeur@napa.nl

PHYSICIAN ASSISTANT KRIJGT POSITIE IN DE GGZ

PA's **Herma Klandermans** en **Sander Dekkers** bemannen vanaf maart samen het bestuur van de vakgroep psychiatrie van NAPA. Hun missie: de toegevoegde waarde van de PA in de psychiatrie beter onder de aandacht brengen.

tekst Milena Babovic
beeld Marcel Krijgsman

Herma Klandermans (60) werkt als physician assistant (PA) bij de GGZ Oost Brabant en Sander Dekkers (45) als PA psychiatrie in het Radboudumc. Sander stuurde Herma een bericht bij de start van zijn PA-opleiding, toen hij hoorde dat er nog een PA in de ggz werd opgeleid. Dat was het begin van een mooie vriendschap. Herma en Sander werken op dit moment als gastdocent bij de Uitschrijven Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN). Ze leveren een bijdrage aan het onderwijsblok psychiatrie binnen de opleiding, ze begeleiden studenten met de casussen en zijn bij de eindgesprekken aanwezig.
Met de NAPA-vakgroep psychiatrie willen zij de meerwaarde van de PA op dit terrein laten zien. Zeker nu de regels voor bekostiging en regiebehandelaarschap zijn gewijzigd en de PA formeel een positie heeft in de ggz.

‘PA opleiding leek mij een interessante vervolgstap in mijn loopbaan’

Kans gegrepen

Sander vertelt dat hij eigenlijk heel toevallig in de psychiatrie is gaan werken. Na zijn hbo-v-studie is hij naar Engeland vertrokken en heeft daar in snijdende vakgebieden gewerkt. Na zijn terugkeer in Nederland in 2007 was het lastig om aan de slag te gaan als verpleegkundige. Er was een tijdelijke vacature op de paaz in het Radboud en in eerste instantie dacht hij dat dit niets voor hem was. Sander: ‘Ik ben van nature te chaotisch en heb structuur nodig om zorg te kunnen leveren, psychiatrie leek mij daarom niets voor mij.’ Maar eenmaal op de paaz was hij op zijn plek. ‘Ik verloor mijn hart aan patiënten in geestelijke nood. Het vraagt veel van je creativiteit om iemand geestelijk bij te staan.’ Na een tijd miste ik de somatische kant van het vak en kondigde ik mijn vertrek aan. ‘Toen kwam mijn werkgever met een nieuw plan om de paaz om te gooien en een medisch-psychiatrische unit op te zetten. Er kwam een vacature vrij voor een PA. Een kans die ik meteen heb aangegrepen.’ In 2012 startte Sander met de opleiding aan de HAN.
Herma's weg om PA in de ggz te worden liep heel anders. Zij is begonnen als diëtiste, maar kon in de jaren tachtig als jong afgestudeerde diëtiste geen baan vinden. Herma koos voor een zogenaamde inserviceopleiding tot verpleegkundige en uit nieuwsgierigheid werd ze in de ggz opgeleid. Herma: ‘Nadat ik klaar was met de opleiding ben ik als verpleegkundige gaan werken in een kliniek op een opnameafdeling.’ Na een vervolgopleiding tot sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en acht jaar in het buitenland op de meest afgelegen plekken te hebben gewerkt, begon Herma aan haar PA-opleiding. ‘Ik was begin 50 en mijn leidinggevende kende de PA-opleiding en vroeg mij om deze opleiding te gaan doen. Dat leek mij een interessante vervolgstap in mijn loopbaan.’

Judoën en schaken

Sander: ‘Het mooie aan mijn baan is dat psychiatrie en somatiek de gouden combi voor mij is. Ik zie nu mensen met somatische comorbiditeit, zoals parkinsonpatiënten met psychotische klachten, zwangeren met psychoses, enzovoort. Mijn focus ligt nu bij mensen met chronische pijn en gebruik van opiaten. Deze patiënten ervaren als gevolg van dat gebruik meer pijn en hebben meer psychiatrische klachten. Ik werk samen met professor doctor Schellekens (hoogleraar verslaving en psychiatrie, *red.*) om mensen te helpen van hun verslaving af te komen. Ik zie mensen eerst poliklinisch, doe de intake en bespreek een plan van aanpak met professor Schellekens. We besluiten vervolgens of we iemand gaan opnemen en daarna begeleid ik

deze cliënten. De succesrate is best hoog, dat komt door de continuïteit die wij bieden, de werkwijze van het afbouwen van middelen en de follow-up na zes maanden.' De meeste cliënten van Sander kampen met een persoonlijkheidsstoornis. Sander: 'Je moet daarmee overweg kunnen. Als je haast hebt, dan kom je snel in conflictsituaties. Je moet er tijd voor nemen en een beetje mee kunnen spelen. Het is judoën en schaken tegelijkertijd.'
Herma doet sinds vijf jaar ambulant werk bij GGZ Oost Brabant. Deze functie bestaat uit drie dagen per week ouderenpsychiatrie en een dag werkt ze met volwassenen met ernstige psychische aandoeningen die daardoor langdurig uitvallen. Bij de ouderen is vaak sprake van comorbiditeit en cognitieve stoornissen. 'Ik doe de intakes en poliafspraken. Vaak gebruiken cliënten complexe medicatie. Ik neem dat door, verricht lichamelijk onderzoek, bekijk de labwaarden en bespreek eventuele bijwerkingen. Het is vaak gepuzzel. Als er bijzonderheden zijn, bespreek ik met de psychiater wat er anders kan.' Herma ontlast de psychiater op deze manier en kan een groot deel van haar werk zelfstandig doen. 'Ik hoor vaak terug van de psychiater dat hij het prettig vindt dat ik breed medisch ben opgeleid en hij taken aan mij kan overdragen.'

'Voor de meeste psychiaters is dit helaas nog een onbekend beroep'

ZORGPRESTATIEMODEL

Tot 2022 konden PA's in de ggz niet op eigen titel tijdschrijven in een dbc. Hierdoor was hun inzet niet transparant en leidde deze niet af naar (de hoogte van) de dbc, waardoor werkgevers geen kostendekkend tarief ontvingen voor hun inzet. Per 2022 is er in de ggz een nieuwe bekostiging ingevoerd, genaamd het Zorgprestatiemodel GGZ &FZ. Hierin is de PA opgenomen als een beroep dat wel zelf consulten mag registreren. Hierdoor wordt de PA wel zichtbaar en is er een meer passende vergoeding voor de inzet van de PA in de ggz.

Eén dag per week werkt Herma met volwassen patiënten met ernstige aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornissen, enzovoort. 'Elk jaar screen ik ze op onder andere diabetes en hypertensie, luister naar de longen en bekijk hun medicatie en bijwerkingen.' Herma doet ook de crisisdienst: 'Ik doe als PA de voorwacht, de verpleegkundig specialisten (VS'en) zijn de tussenwacht vanwege hun eerder verworven positie als regiebehandelaar, en de psychiater is de achterwacht.'

Eigenstandig
Tot 2022 konden Sander en Herma hun activiteiten onder de noemer 'overig' registreren, omdat de PA geen eigenstandige betaaltitel had in het oude dbc-systeem. Vanaf dit jaar registreren zij hun activiteiten onder 'physician assistant'. Dit is een belangrijke eerste stap om zichtbaar te maken wat een PA in de ggz bijdraagt. PA's werkzaam in de medisch-specialistische zorg kunnen al sinds 2015 een eigen dbc registreren. Sander: 'Er is gewoon een gat in de markt dat nog niet iedereen ziet. Het is aan ons om daar beweging in te creëren. Er zijn jaarlijks 250 gesubsidieerde opleidingsplekken voor PA's. Ik hoop dat er ieder jaar een aantal PA's in de ggz opgeleid gaan worden en dat instellingen ze goed positioneren. De investering betaalt zich uiteindelijk vanzelf terug.'

Helaas nog onbekend
Herma heeft de wijzigingen in het landelijke Kwaliteitsstatuut ggz en het zorgprestatiemodel intern besproken met haar

leidinggevende. Medio dit jaar verwacht zij meer helderheid over de positionering van de PA binnen de instelling en hoopt op vergelijkbare positionering als collega-VS'en. 'Er wordt jaarlijks een vast aantal VS'en opgeleid en het zou goed zijn om in kaart te brengen voor welke taken er in de toekomst PA's opgeleid kunnen worden.' Sander gaat hetzelfde gesprek bij hem ook aan. Er is nog veel winst te behalen door PA's op te leiden voor medische taken, zodat de psychiater zich meer op complexe taken kan richten. Sander vindt de breedte van de PA-opleiding zeer geschikt voor dit vakgebied, waarbij je als PA veel zelfstandig kunt afhandelen en je indien nodig altijd kunt sparren met de regiebehandelaar. Sander: 'Ik zie graag meer PA's opgeleid worden en zou daar als ervaren PA een rol in de opleiding kunnen spelen, net als nu bij de opleiding van aiossen. Volgens mij is er ook draagvlak onder psychiaters die PA's kennen om meer PA's op te leiden. Maar voor het overgrote deel van de psychiaters is dit helaas nog een onbekend beroep. Als we dit landelijk breder willen uitrollen, dan zou het helpen als we samenwerkingsafspraken zouden maken met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse ggz. Daar willen wij ons als NAPA-vakgroep op richten.' •

contact
beleidsmedewerker@napa.nl

'Het zou goed zijn om PA-taken in de psychiatrie in kaart te brengen'

LANDELIJK KWALITEITSSTATUUT GGZ

Per januari 2022 geldt ook de herziene versie van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Kwaliteitsstatuut schrijft per zorgsituatie voor welke zorgprofessional regiebehandelaar mag zijn. Hierbij is de zorgsituatie op basis van complexiteit en het zorgaanbod uitgedrukt in vier categorieën: A tot en met D. Beroepen die onder artikel 3 van de Wet BIG vallen, waaronder de PA, kunnen de rol als indicerende en coördinerende regiebehandelaar vervullen voor zogeheten laagcomplexe zorgsituaties.
De herziene versie is nog niet geïmplementeerd, omdat veel veldpartijen hier nog vragen over hadden. Er is een tijdelijke regeling bedacht waarbij de PA tijdelijk een andere regierol dan beschreven in het LKS mag vervullen. NAPA pleit voor implementatie van de regierol zoals beschreven in het vastgestelde LKS. Zie hiervoor:

Het is alsof ik in de laatste kilometers van de marathon te horen krijg dat ik verkeerd ben gelopen

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

Hester is in maart 2022 afgestudeerd. Physician assistant in opleiding wijzigen in physician assistant (in maart jl. afgestudeerd).

Black Friday

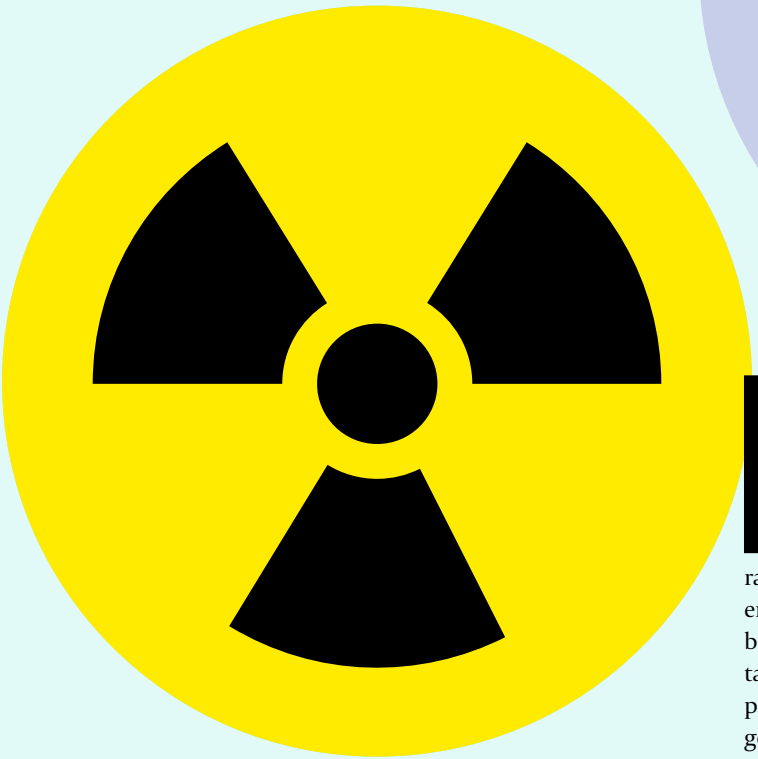
Terwijl een verzorgende en ik op een vrijdagochtend de bijzonderheden van de bewoners doorspreken, gaat mijn telefoon over. Gespannen neem ik op. Ik hoor een van de docenten van de opleiding 'Goedemorgen Hester' zeggen en ik antwoord nog hoopvol: 'Je klinkt vrolijk?' De docent helpt me snel uit de waan: 'Je hebt een onvoldoende voor je casus.'
'Hoe kan dat nou?', kan ik alleen maar uitbrengen en ik denk aan alle uren en energie die ik in de uitwerking van de casus gestopt heb. Tegelijkertijd wellen tranen op van teleurstelling.
Als ik opgehangen heb, kijkt de collega tegenover mij mij medelevend aan. Ik slik mijn tranen weg, want wat heeft zij nou aan een huilende PA? Over tot de orde van de dag: de visite.
In juni 2020 heb ik een tussenbeoordelingsgesprek met een docent van school en mijn mentor op de werkplek. Ik vertel de docent dat ik het zwaar heb met het leren voor de toets. Door corona is de stage weggevallen en zodoende mis ik de benodigde praktijkervaring om de theorie op te kunnen nemen. Ik zal blij zijn als die toets over de acute zorg erop zit, 'zwaarder dan dit kan het niet worden'. Waarop de docent antwoordt dat de meeste studenten de afstudeerfase toch echt het zwaarst vinden.
Nu, anderhalf jaar later, weet ik dat de docent gelijk had. De afstudeerfase is bikkelen. Om de hbo-v af te sluiten moest ik ook een onderzoek doen, maar dat is totaal niet vergelijkbaar met dit onderzoek. 27 jaar geleden had ik nog geen idee van wetenschappelijke databases, verwijzingen via APA of Vancouver. Vaardigheden die tijdens de huidige hbo-v wel worden aangeleerd. Omdat alles nieuw is, moet ik bij ieder onderdeel eerst op mijn bek gaan en weer opnieuw beginnen. En zo is september al snel voorbij, wat betekent dat ik nog maar twee maanden heb tot het eerste inlevermoment. Daarbij komt tussendoor ook de feedback van de casusbeschrijving terug, die verwerkt moet worden. Vanaf dat moment werk ik iedere vrije dag en een aantal avonden per week aan de afstudeeropdrachten. Ik verbaas mezelf over mijn doorzettingsvermogen en discipline.
Op een donderdag heb ik een feedbackgesprek met mijn begeleider over het onderzoek. Ze complimenteert me met het resultaat tot nu toe: 'De basis is goed.' Kortom, ik hoef niet weer opnieuw te beginnen. Nog een week om de feedback te verwerken en daarna even rust tot het volgende feedbackmoment. Ik durf al stiekem te denken aan wat ik straks allemaal ga doen als ik afgestudeerd ben, een fotocursus, weer cello spelen, uitgebreid koken, leuke dingen doen met gezin en vrienden. Ik geef mijn huisgenoten tevreden een high five. Het einde is in zicht.
Dit tevreden gevoel wordt op die bewuste ochtend, op 'Black Friday', genadeloos tenietgedaan. Binnen twee weken moet ik de casus aanpassen. Hierdoor moet ik dat zo gewenste moment van rust weer uitstellen. Het is alsof ik in de laatste kilometers van de marathon te horen krijg dat ik verkeerd ben gelopen en met een omweg naar de finish moet.
Er volgt nog een maand om feedback in mijn onderzoek te verwerken. Vele aanpassingen en nieuwe inzichten later is dan eindelijk het moment aangebroken waarop beide afstudeerprojecten definitief zijn ingeleverd. Dat betekent in ieder geval drie weken relatieve rust tot de beoordeling bekend is. Drie weken om te proeven van de herwonnen vrijheid. Weer tijd voor het schrijven van blogs, wat toch echt mijn voorkeur heeft boven een onderzoeksverslag. •

DE PA RADIOTHERAPIE EN INTERVENTIERADIOLOGIE

‘ZE HEBBEN GEEN FLAUW IDEE WAT WIJ ALLEMAAL DOEN’

Lindsay Vercoulen en **Kim Baltussen** werken als PA in de radiotherapie en **Michiel Lagerweij** is PA interventie-radiologie. Dat zijn twee zeer specialistische vakgebieden die volop in ontwikkeling zijn. Hoog tijd dus voor een kennismaking met deze PA’s en hun werk.

tekst Shanna Rijke, physician assistant orthopedie
beeld Getty Images



Bij radiotherapie worden (kwaadaardige) cellen met straling gedood. De bestraling kan van buiten het lichaam komen, maar ook inwendig worden toegepast: brachytherapie. De arts die verantwoordelijk is voor de bestraling is een radiotherapeut. Hij wordt daarbij ondersteund door radiotherapeutische laboranten. Ook PA’s dragen hun steentje bij. Zoals Lindsay Vercoulen en Kim Baltussen die bij Maastro in Maastricht werken. Beiden begonnen hun carrière als radiotherapeutisch laborant. Hun taken als PA zijn grotendeels gelijk aan die van de radiotherapeuten. Het verschil is dat de PA’s binnen Maastro niet het gehele palet aan patiëntcategorieën behandelen. En voor het bestralingsplan hebben ze officieel goedkeuring van een radiotherapeut nodig, want het toedienen van ioniserende straling is een voorbehouden handeling.

Het bestralingsplan

De behandeling van een patiënt start nadat hij is verwezen door een huisarts of een specialist. Hij wordt eerst gezien op de poli, waar de behandeling en mogelijke bijwerkingen worden besproken. Nadat de laboranten een CT van het te behandelen gebied hebben gemaakt, markeren Vercoulen en Baltussen het te bestralen gebied. Dit wordt altijd nog gecontroleerd door een arts of een tweede PA. De laboranten berekenen vervolgens hoeveel bestraling nodig is. Het bestralingsplan wordt door een radiotherapeut of de PA samen met een radiotherapeut goedgekeurd.

Alle patiënten worden besproken binnen het gehele team. Complexe patiënten kunnen voorafgaand aan het spreekuur met een radiotherapeut of binnen het team worden voorbesproken. Nacontrole van patiënten door de PA kan kortdurend zijn (tot enkele maanden na de bestraling) of langdurig zoals bij hematologiepatiënten. Vercoulen vertelt: 'Het eerste jaar zijn er enkele controles en daarna jaarlijks. Na vijf jaar komen patiënten in aanmerking voor de late-effectenpoli. De follow-up van hematologiepatiënten is met name gericht op bijwerkingen, de oncologische follow-up doet de hematoloog. Bijwerkingen zijn bijvoorbeeld cardiologische toxiciteit bij het bestralen van het mediastinum. Als de schildklier in het bestralingsveld ligt, kan er hypothyreoïdie ontstaan, dan volgt jaarlijks bloedonderzoek. Patiënten met hodgkinlymfoom zijn vaak jong met een goede prognose. Ze hebben nog lang te leven, maar ze hebben daarom ook lang de tijd om bijwerkingen te krijgen.'

Vercoulen en Baltussen zijn op hun plek binnen de radiotherapie. 'Ik vind het leuk dat ik mensen iets kan bieden aan begeleiding tijdens, voor en na de bestraling. Zeker als we mensen palliatief behandelen bijvoorbeeld bij bloedingen of pijn, waarbij de bestraling een goed effect heeft gehad. Het geeft voldoening dat je iets voor die mensen hebt kunnen doen', aldus Baltussen.

Ondergeschoven kind

Ook de interventieradiologie is nog een ondergeschoven kind. 'Als studenten coschappen gaan lopen, verbazen ze zich over het vakgebied en wat er allemaal gebeurt, wat wij kunnen. Huisartsen verwijzen nooit direct naar de interventieradioloog; ze hebben geen flauw idee wat wij allemaal doen', aldus Michiel Lagerweij, die als PA interventieradiologie in het Amsterdam UMC werkt.

De interventieradiologie houdt zich vooral bezig met minimaal invasieve beeldgestuurde behandelingen, dus onder geleide van een echo, CT, MRI of angiografie. Zo verricht de interventieradioloog onder meer neuro-interventies (embolisatie van aneurysmata en arterioveneuze malformaties), oncologische behandelingen (ablaties, chemobehandelingen), drainages van abcessen en embolisatie van tumoren en bloedingen. Door de snelle ontwikkelingen in de verschillende technieken breidt dit specialisme zich in razendsnel tempo uit. Lagerweij voelt zich bij de interventieradiologie als een vis in het water. Nadat hij omzwervingen heeft gemaakt als vrachtwagenchauffeur, laborant en teamleider is hij uiteindelijk in opleiding gegaan tot PA.

'Dit is echt helemaal mijn afdeling, dit vind ik heel leuk om te doen'

Maar de ambitie stopte daar niet, onlangs is hij een promotietraject gestart. Het eerste onderzoeksvoorstel is bijna afgerond: 'Dit gaat over centrale lijnen bij neonaten en kleine kinderen. Dit gebeurt nu meestal via oppervlakkige venen. Die lijntjes zijn dun, 1 of 2 french, heel fragiel en vaak lastig te plaatsen. Daarom heb ik het plaatsen van centrale lijnen geïntroduceerd, deze worden getunneld geplaatst via de v. brachiocephalicae. Hierdoor zijn ze minder gevoelig voor infecties en is er minder kans op luxatie. De dikkere en *power injectable* lijn gaat langer mee en verstopt niet snel. Dit gaat geweldig, we hebben ongeveer zeventig patienten op deze manier met succes behandeld. De lijnen behalen – vergeleken met de standaardmethode – significant vaker het einde van de therapie. Je moet wel handig zijn met echo en lijnen. De hele kleintjes hebben kleine vaatjes en je prikt vlak langs de pleura, je kan makkelijk een pneumothorax veroorzaken.'

Naast het promotieonderzoek heeft Lagerweij veel taken. 'Ik doe de organisatie qua planning, ik draag het dienstsein waarop gebeld wordt van binnen en van buiten de kliniek. Ik bespreek samen met de planners waar en hoe de procedures worden ingepland. Daarnaast begeleid ik patiënten met bijvoorbeeld ALS. Ook permanente nefrodrains en voedingssondes moeten periodiek gewisseld worden. Als laatste de veneuze toegang, dit is een groot aandachtsgebied geworden. Dit is echt helemaal mijn afdeling, dit vind ik heel leuk om te doen.'

Bovenstaande illustreert hoe ontzettend interessant beide vakgebieden zijn en hoeveel voldoening ze geven aan degenen die er werkzaam zijn. Vercoulen voegt daar nog aan toe: 'Dus voor de PA's die nog zoekende zijn, radiotherapie is harstikke leuk!' •

contact
shannarijke@gmail.com

COMFORTZORG KAN DWANG EN FIXATIE VOORKOMEN

BEHANDELING VAN KINDEREN: WEK VERTROUWEN IN PLAATS VAN ANGST!

Voor kinderen kan ziekenhuisbezoek erg stressvol zijn. Door goed contact met het kind te maken, het af te leiden en zelfs een stukje regie te geven, kan veel (ook toekomstig) leed worden voorkomen.

tekst Aréke van Gent en Aafke Huitink-Verhoeven
beeld Getty Images

Een negatieve ervaring vergroot de kans op een prikfobie

Even een tabletje...

Sem – 5 jaar oud – ligt opgenomen in het ziekenhuis in verband met een onderarmfractuur na een val van de trampoline. Vanwege de complexiteit van de breuk moet deze operatief worden behandeld. Op de afdeling willen twee verpleegkundigen Sem premedicatie geven, maar Sem weigert het tabletje in te nemen. Hij is angstig en vindt al die vreemde mensen maar eng. Hij kruipt onder de deken en drukt zijn knuffel tegen zich aan. De verpleegkundigen raken wat geïrriteerd. Het is een drukke dag, het team is onderbezet en Sem had al op de voorbereiding van de operatiekamer moeten zijn. Er is zelfs al gebeld door de anesthesioloog waar hij blijft. 'Kom op Sem, neem gewoon even het tabletje in. Je maakt het ons ook niet makkelijk op deze manier en jezelf ook niet! Als het zo niet lukt dan doen we een tabletje in je billen… Houd hem maar even vast.' Sem verzet zich huilend als hij op zijn zij wordt gerold. Terwijl hij wordt vastgehouden door de ene verpleegkundige, geeft de andere hem een zetpil. 'Zo, al klaar! Zo vervelend was dat toch niet, Sem?'

Is een medische behandeling of onderzoek voor de meeste volwassenen al spannend en soms zelfs stressvol en emotioneel, het effect van een ziekenhuisbezoek op kinderen is vaak nog groter. Zij komen in een drukke onbekende wereld vol witte pakken die 'snel even iets willen doen'. De werkdruk is hoog, er is een tekort aan zorgverleners en de agenda's zijn vaak overvol. Wanneer een kind angstig is bij een korte handeling zoals een venapunctie of medicatietoediening en zich verzet, leidt dit vaak tot 'even vasthouden en doorpakken'. Immers niet alles in het leven is leuk. Deze dingen horen er nu eenmaal bij, toch?

Vertrouwensbreuk

Het in bedwang houden van een angstig en tegenstribbelend kind veroorzaakt een vertrouwensbreuk tussen kind en behandelaar en is in veel gevallen onnodig en kwalijk. De autonomie van het kind wordt aangetast en de regie afgenomen. De angst voor toekomstige procedures groeit en de (in onze beleving) minimaal invasieve handeling kan zorgen voor de ontwikkeling van een ernstig trauma (tot PTSS) en zorgmijdend gedrag op volwassen leeftijd. 'Zorgen om jongeren die geen coronavaccinatie halen vanwege prikangst', kopt het AD in augustus 2021. Naar schatting van de GGD's heeft 20 procent van de volwassenen een vorm van prikangst. Bij jongeren ligt dit percentage hoger. Uiteraard zijn naast een trauma ook andere factoren mogelijk van invloed (zoals de angst om flauw te vallen, gevoel van controleverlies en angst voor pijn) maar het is goed om je er bewust van te zijn dat een negatieve ervaring als kind de kans op een prikfobie of andere vormen van overmatige angst voor medische handelingen sterk vergroot.

Connectie

Als een kind in het ziekenhuis of een andere zorginstelling komt zou de zorgverlener zich eerst moeten afvragen: ga ik iets doen wat mogelijk kan zorgen voor angst of voor pijn? Als deze vraag met 'ja' wordt beantwoord, dan is dit een indicatie voor een plan van aanpak gericht op pijn- en angstreductie. Hierbij staan de beleving en het tempo van het kind centraal. De tijdsinvestering zorgt voor een groeiend vertrouwen van kind,

ouder en zorgverlener, toename van 'procedureel comfort' en betaalt zich uiteindelijk in de meeste gevallen ook uit in tijdwinst bij eventuele volgende opnames.
Het bevorderen van procedureel comfort kan al met de toepassing van enkele simpele praktische handvatten. Allereerst is het van belang tijd te nemen om contact te maken met het kind en diens ouder(s), waarbij de benadering is afgestemd op de ontwikkelingsfase van het kind. Het maken van die connectie, of *rapport*, bereik je door te spiegelen. Door naast het kind te gaan zitten kom je op gelijke hoogte. Daarnaast kun je een gelijke houding aannemen, en dezelfde gebaren of woorden gebruiken. De achterliggende gedachte hierbij is dat mensen geneigd zijn om iemand die op hen lijkt eerder te vertrouwen. Het maken van *rapport* vergt enige oefening van de zorgverlener. Je wil niet dat het gekunsteld overkomt en het lijkt alsof je het kind exact imiteert. Let daarom op de reactie van het kind: is de nieuwsgierigheid gewekt? Zijn er tekenen van ontspanning?

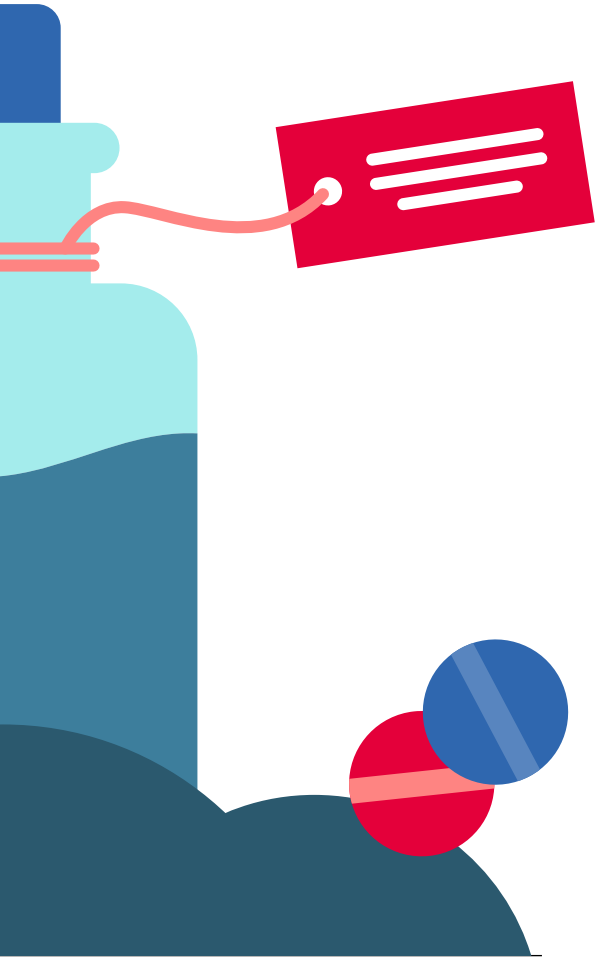
Nocebo-effect
Een volgende stap is het verleggen van de focus van het kind. Door de aandacht minder te vestigen op de handeling neemt de angst af. Zeg bijvoorbeeld iets over het speelgoed of de knuffel die het kind heeft meegebracht of maak een compliment over de kleding. Leg materialen die nodig zijn voor de handeling, zoals

Zeg iets over het speelgoed of de knuffel

DE LIEDJESFABRIEK

Naast tips voor de dagelijkse praktijk om een behandeling prettiger te laten verlopen zijn er nog verschillende initiatieven die het welzijn van kinderen tijdens een ziekenhuisopname bevorderen. Eén van die initiatieven is de Liedjesfabiek, een stichting die samen met opgenomen kinderen in verschillende ziekenhuizen muziek maakt en liedjes schrijft. Aréke van Gent is vrijwilliger en beschrijft een van de vele bijzondere ontmoetingen.

We ontmoeten elkaar in de lobby van het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Ik herken Sanne aan het grote keyboard onder haar arm. Zij is muzikant en ik zal vandaag haar creatief assistent zijn. We gaan liedjes schrijven en opnemen met de kinderen hier in dit ziekenhuis. Ik heb er zin in. Na de kennismaking en een cappuccino, krijgen we van de pedagogisch medewerker een lijst met namen van kinderen die hij heeft geselecteerd. Zelf weten de kinderen er nog niet van. De lijst voor vandaag is lang en we willen voorkomen dat kinderen tevergeefs wachten op onze komst. We halen een grote groene kist op wieltjes op. Daar zit een gitaar, een computer, opnameapparatuur en muziekinstrumenten in. 'Zullen we beginnen op afdeling Schildpad?' vraagt Sanne. Het lijkt mij goed en met het grote groene gevaarte rijden we 'Schildpad' op.
Een jongen van 11 jaar wil graag een liedje maken. Het liedje mag gaan over zijn puppy. Hij vertelt hoe zijn vader nu veel meer buiten loopt en hoe lief zijn moeder en zusjes voor het hondje zijn. Het rijmt niet maar de creativiteit spat van het liedje af. Drie keer lopen artsen zijn kamer in en dan gaan wij de kamer even uit. Ondanks zijn dikke wang en de doktersonderbrekingen zingt hij het nummer in. Binnen anderhalf uur is er een vrolijk liedje opgenomen en heeft dit kind gedacht, gelachen en gezongen. Hij krijgt goed bericht en mag vanmiddag naar huis. Vervolgens mogen we naar de ic waar een jongen vandaag 8 jaar wordt. Op de gang bepalen we dat we het liedje 'Happy Birthday' zullen zingen. Dat is beter dan 'Lang zal hij leven'. Enigszins aarzelend spreek ik een verpleegkun-



dige aan. 'Kan dat wel, zingen op de ic?' Geruststellend antwoordt ze dat muziek altijd fijn is, ook op de ic. Bij de jarige job hangt een ballon met een 8 boven zijn bed. Hij heeft een canule, zijn vader zuigt zijn mond vrij van speeksel. Hij kijkt blij als we zingen en is vooral trots dat hij met twee vingers het keyboard mag bedienen. Zijn coördinatie en kracht zijn minimaal, en toch klinkt daar een foutloos 'Vader Jacob' uit het keyboard. Verrast kijken we elkaar aan! We denken van alles, maar vooral aan het feit dat deze jongen nu 8 jaar is en blij is met dit ervaringscadeautje van de Liedjesfabriek. De verpleegkundige had gelijk: muziek is altijd fijn, ook, of juist op de ic.

Meer informatie over de liedjesfabriek: www.liedjesfabriek.nl of arekevangent@mac.com

een naald voor een venapunctie, buiten het zicht van het kind en vermijd negatieve termen, ook als deze in een op het oog positieve zin worden gebruikt. Door te benoemen dat het 'geen pijn zal doen', er alleen 'een klein kort prikje' wordt gevoeld of het kind 'niet hoeft te schrikken', wordt de aandacht juist gevestigd op pijn, prik en schrik. Hierbij is sprake van het nocebo-effect: een negatief verwachtingseffect, dat resulteert in een hogere pijnbeleving. Door therapeutische communicatie of helpend taalgebruik toe te passen treedt een tegengesteld effect op en zal het kind minder pijn of stress ervaren. Het is belangrijk ook de ouders hierin mee te nemen. Ook zij zijn vaak geneigd om hun kind te waarschuwen voor wat komen gaat, zonder zich het negatieve effect van deze woorden te realiseren. Op het onlineplatform 'Kind en zorg' staat een folder voor ouders en zorgverleners met simpele tips voor het toepassen van helpend taalgebruik. De folder 'Helpend taalgebruik bij ingrepen' op de site kindenzorg.nl bevat simpele handvatten voor zorgverleners en ouders voor het toepassen van helpend taalgebruik. Bij pijnlijke procedures zoals een injectie of bloedafname is het raadzaam om laagdrempelig topicale verdoving zoals Emla-crème te gebruiken.

Laat het kind waar mogelijk zelf kiezen

Afleiding

Ook afleiding zorgt voor meer comfort. Hiervoor is in kinderziekenhuizen en op kinderafdelingen vaak een breed scala aan technische innovaties beschikbaar – een VR-bril of speciaal behang met bewegende afbeeldingen – maar ook kleine simpele hulpmiddelen zoals bellenblaas of een zoekboek zijn vaak uiterst effectief. Door het kind de gedachten op iets anders te laten fixeren en het uit te nodigen tot fantasie wordt de aandacht afgeleid van de beangstigende handeling en dalen stress en pijnbeleving. Vooral kleine kinderen laten zich gemakkelijk meenemen in een fantasiewereld. Zelfs zonder genoemde hulpmiddelen is afleiding goed mogelijk. Tegenwoordig is er bijna altijd een mobiele telefoon beschikbaar waarmee een kind een filmpje kan kijken of een liedje luisteren!

Wat ook helpt is het kind het gevoel van controle te geven. Laat het kind waar mogelijk zelf kiezen. Dit draagt bij aan de vertrouwensband tussen kind en zorgverlener. In het geval van de casus,

waarbij Sem premedicatie moest innemen, bestonden er verschillende toedieningsmogelijkheden. Als Sem hier zelf had mogen kiezen, was hij betrokken geweest bij de besluitvorming en had hij een stukje regie gekregen.

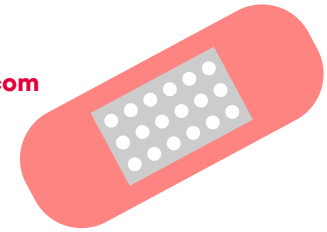
Medisch-pedagogische zorg

In veel ziekenhuizen is ondersteuning door medisch-pedagogische zorgverleners (MPZ's) mogelijk. Zij helpen bij het zoeken naar de juiste aanpak en zorgen spelenderwijs met ouder en kind voor het opbouwen van een vertrouwensband en het voorbereiden van een handeling. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze ondersteuning bij vroegtijdige inzet (voordat een situatie luxeert door angst/stress) het meest effectief is. Bij kinderen die bij binnenkomst al overmatig angstig zijn of al een trauma hebben is aan te raden direct MPZ in te schakelen of een kind voorafgaand aan de behandeldatum poliklinisch voor te bereiden. Bij sommige zeer angstige kinderen en bij pijnlijke procedures waarbij alleen topicale verdoving onvoldoende is kan gebruik van sederende en/of analgetische farmaca (procedurele sedatie en analgesie) of zelfs algehele anesthesie nodig zijn om de handeling uit te voeren.

Time-out

Het kan voorkomen dat ondanks de voorbereiding en pogingen om het vertrouwen te winnen een kind toch (soms onverwacht) bang reageert en zich verzet. Met name kinderen jonger dan 6 jaar zijn vaak onvoorspelbaar en kunnen plots angstiger reageren dan verwacht. Als het nodig is toch dwang of (lichte) fixatie toe te passen om de handeling mogelijk te maken, dan is dit altijd reden voor een time-out: het per direct staken van de handeling. De enige uitzondering hierop is een noodzakelijke spoedbehandeling. Als een procedure of onderzoek kan wachten, dan is het in het belang van het kind hiervoor te kiezen. Bij kinderen bij wie al sprake is van trauma/PTSS is het raadzaam laagdrempelig een medisch psycholoog in consult te vragen. Dwang en fixatie bij een medische handeling zijn niet meer van deze tijd en hebben een bewezen negatief langetermijneffect. De toepassing van comfortzorg vraagt om creativiteit en flexibiliteit van de zorgverleners. De strakke planning van het ziekenhuis en andere zorginstellingen zorgt veelal voor een uitdaging wanneer een procedure door angst of verzet van een kind meer tijd vraagt. Het is echter in het absolute belang van het kind om de agenda niet leidend te laten zijn voor het verloop van de medische behandelingen. •

contact
verhoeven.aafke@gmail.com

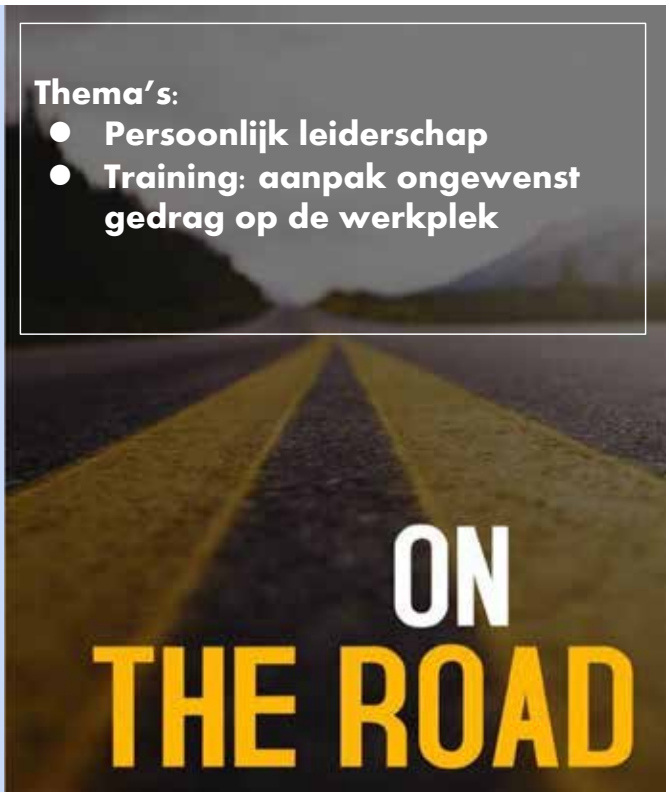


Ledenraad
On The Road 2022

SAVE THE DATE!
3 keer hetzelfde interactieve programma, wij komen langs bij jou in de buurt!

20 april – Eindhoven
8 juni – omgeving Amsterdam
16 november – omgeving Zwolle
Tijd: 17:00 - 21:00 uur

Accreditatie wordt aangevraagd.
Kosten: 20,- euro (incl. diner en borrel)
Meer info: www.napa.nl



Trees Oude Ophuis is physician assistant revalidatiegeneeskunde bij Reade en Antoni van Leeuwenhoek

PA mag niet verwijzen naar de ggz

Op mijn poliklinische spreekuur zie ik een 61-jarige patiënte terug nadat de behandeling in het kader van medisch-specialistische revalidatie in ons 'handenteam' is afgerond. De behandeling was gericht op het optimaliseren van de handfunctie bij een vrouw met erosieve reumatoïde artritis. Gedurende het behandeltraject blijkt dat er veel fysieke en psychische spanning is die een negatief effect heeft op de gewrichtsklachten. Daarom wordt naast de handtherapie aandacht besteed aan ontspanning en lichaamsbewustwording, en psycho-educatie. De spanning is niet goed beïnvloedbaar met de geboden therapie en de handtherapie komt niet goed verder vanwege deze spanningsklachten.

> Tot mijn grote verbazing krijg ik het verzoek om een medisch specialist de verwijzing te laten schrijven

Naast de chronische inflammatoire gewrichtsziekte heeft de vrouw paniekaanvallen en angst- en stemmingsklachten, naar verwachting door een psychotrauma, een complexe PTSS. De casus wordt besproken met de consulterend psychiater van de ggz-instelling waar we een samenwerkingsverband mee hebben. Deze consulent kunnen we inschakelen voor een consult maar ook voor casuïstiekbespreking. Omdat mijn inschatting is dat patiënte gebaat is bij een doorverwijzing kiezen we voor een casuïstiekbespreking om een onnodig consult uit te sparen. Bovendien is de vrouw in het verleden al eens gezien door de consulent psychiatrie. Destijds was het advies al om door te verwijzen naar de s-ggz, wat echter niet van de grond kwam door factoren bij patiënte. Tijdens de casuïstiekbespreking passeren de therapeutische opties de revue en is het advies om te verwijzen naar de poli Complex trauma van de s-ggz. Patiënte gaat hiermee akkoord en ik stuur een uitgebreide verwijsbrief met verslag van de bespreking mee.

Tot mijn grote verbazing krijg ik vier maanden later het verzoek om een medisch specialist de verwijzing te laten schrijven omdat een PA niet zelf mag verwijzen. Deze vertraging had mogelijk te maken met de interne administratieve afhandeling.

Dit betekent extra werk voor de medisch specialist, die nu een verwijzing moet uitschrijven voor een patiënte die zij zelf niet kent en niet in behandeling heeft gehad. Deze patiënt is door mij volledig zelfstandig gezien. Het betreft hier dus louter administratieve handelingen. Bovendien is de psychiater van de betreffende ggz-instelling al geconsulteerd en heeft deze geadviseerd te verwijzen.

Bij navraag blijkt dat er voor verwijzing naar de ggz altijd een stempel of een handtekening nodig is van een arts/medisch specialist. Persoonlijk ben ik van mening dat een PA die zijn/haar patiënt goed kent, prima in staat is om in te schatten of een doorverwijzing zinvol is en zelfstandig te verwijzen, al dan niet met stempel van de specialist.

Trees Oude Ophuis
t.oudeophuis@reade.nl

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

‘IK GEBRUIK DE MANIEREN VAN DOCENT EN FILM-MAKER DOOR ELKAAR’

PA ANNE-MARIEKE GRAAFMANS werkte tijdens de lockdown in een huisartsenpraktijk. De filmmaker in haar zag kansen om de bewoners van verpleeghuis Het Hendrickszhuys in contact te laten blijven met de buitenwereld. Ze maakte daarover de documentaire *Zie je me? Hoor je me?* en won daarmee een Gouden Kalf.

tekst Wilma Admiraal
beeld Joost van Herwijnen

Je werkte in de zorg, bent aan de filmacademie gaan studeren en vijf jaar na je afstuderen de opleiding tot PA gaan volgen. Hoe ben je tot deze stappen gekomen?

'Ik wilde altijd op de ambulance werken, maar kwam er tijdens een stage achter dat ik wagenziek werd. Na mijn afstuderen als verpleegkundige ben ik daarom naar de SEH gegaan, waar ik twintig jaar ben blijven hangen. Toen mijn relatie uitging, wilde ik weer gaan studeren. Ik ben naar allerlei open dagen geweest. Stomtoevallig liep ik langs de filmacademie in Amsterdam. Ik zette één stap over de drempel en dacht: dit voelt goed, dit ga ik doen! Ik wist echter niks van films en werd de eerste keer afgewezen. Maar ik wilde het heel graag, al kon ik niet aangeven waarom. Het jaar erna werd ik toegelaten en dacht ik: o shit, en nu?

Ik zei m'n baan op, verhuisde naar Amsterdam en ging vier jaar lang fulltime studeren aan de filmacademie. In de weekenden kluste ik bij op verschillende SEH's om mijn studie en de huur te kunnen betalen. Toen ik de filmacademie had afgerond, vroeg ik me af of ik wel op de SEH wilde blijven werken. Dat werk viel me zwaar en emotioneel gezien was ik uitgewoond na de zoveelste reanimatie van een kind.

Ik gooide nog een keer het roer om en besloot nog één keer een opleiding te volgen. Dit werd de PA-opleiding. Ik maakte daarvoor de overstap naar een huisartsenpraktijk. Want een vaste baan met regelmaat kon ik goed combineren met film. Toen gebeurde er iets onverwachts. Ik zag een vacature staan voor docent rolontwikkeling bij Inholland Amsterdam en dacht: er is iets mis met de docente. Ik nam contact met haar op om te vragen of het wel goed met haar ging. Maar het bleek om een uitbreiding te gaan.

> 'Ik waarschuw studenten: over een halfjaar zitten jullie in een dip, maar daar kom je sterker uit'

Ik waagde het erop en solliciteerde op die baan. Nu werk ik inmiddels ruim twee jaar als docente en het werk bevalt goed. Ik kan mijn humor kwijt in dit werk. Ik mis wel het patiëntencontact, maar ik heb nu contact met studenten en leermeesters. Het heeft voordelen dat ik nog niet zo lang geleden ben afgestudeerd, want ik voel nog de pijn waar de studenten doorheen gaan. Ik waarschuw ze ook: over een halfjaar zitten jullie allemaal in een dip, maar daar kom je sterker uit.'

Hoe beïnvloeden je werk als filmmaker en je werk in de zorg elkaar?

'Als filmmaker heb ik geleerd hoe ik moet interviewen en als PA hoe je een anamnese moet afnemen. Ik gebruik die twee manieren door elkaar. Als filmmaker kan ik mijn PA-tactiek inzetten om net iets meer van een hoofdpersoon te krijgen door dieper door te vragen. Als docent gebruik ik juist mijn skills als filmmaker om mensen meer op hun gemak te stellen en met rust meer uit ze te krijgen. Ik geef studenten mee dat als je jezelf kwetsbaar durft op te stellen, je dat ook terugkrijgt van je patiënten.'

In samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) wil Graafmans korte portretten

Boven: Linda en haar team.
Midden en onder: bewoners van Het Hendrickszhuys.

gaan maken van mensen die hun wilsverklaring voorlezen aan dierbaren.

Wanneer ontstond het idee?
'Als nieuwe patiënten in onze huisartsenpraktijk kwamen kennismaken, vroegen ze bijna altijd of wij ook euthanasie deden. Mijn wedervraag was dan of ze dit weleens hadden besproken met hun naasten. Vaak kreeg ik als antwoord dat de kinderen het druk hadden, of ze de kinderen er niet mee wilden belasten. Ik vond dat best raar. Mensen bespreken dit wel met een huisarts of een PA, maar hebben het nooit binnen hun eigen kring besproken. Toen ontstond het idee om deze portretten te gaan maken. Ik wil dit soort films gebruiken tijdens mijn eigen lessen over intervisie, reflectie of om discussies op gang te brengen. Ik sta eigenlijk in twee werelden. Het is zo leuk om les te geven en te laten zien dat er zoveel meer is dan boeken en schriften.'

'Het is zo leuk om te laten zien dat er veel meer is dan boeken en schriften'

Hoe kwam je op het idee om een documentaire te maken in Het Hendrickszhuys?
'Toen ik hoorde van de eerste lockdown, werkte ik bij een huisartsenpraktijk en had ik twee verpleeghuizen die vielen onder mijn zorg. Ik dacht: hoe kunnen ze die mensen opsluiten? Hoe kunnen ze dan met elkaar praten? Ik ben met Joost, m'n man, gaan brainstormen. Dat leverde de skypekar op. Een kar met daarop een groot scherm dat bij bewoners naar binnen gereden kon worden. Via Skype kunnen ze dan met familie praten. We hebben de kar in één nacht gebouwd. Ik heb letterlijk de kar naar binnen gereden, getest en na twee uur ging de boel op slot.
Als filmmaker zag ik een unieke kans. Ik wilde de gesprekken opnemen en kijken of we er een documentaire van konden maken, want er ging iets gebeuren wat de geschiedenisboeken ingaat. Bewoners, familie, medewerkers, kortom iedereen in het huis gaf toestemming om de gesprekken op te nemen.'

De film kreeg een extra dimensie doordat locatiemanager Linda Fokke vanwege gezondheidsredenen het team vanuit huis moest aansturen. Ook met deze gesprekken mocht Graafmans meekijken en dit werd de motor van de film.

Wat betekent deze film?
'Het is de enige film die van zo dichtbij laat zien hoe het was in de huizen tijdens de eerste golf, maar ik wilde deze film ook maken voor de familieleden. Het is een bijzonder document geworden van een overleden vader, een moeder, een geliefde. Ik ben blij dat we dit hebben kunnen maken én dat we het kalf hebben gewonnen. Dat maakt deze film onsterfelijk. Als winnaar popt deze film op als mensen iets zoeken om te gaan kijken. Dat verdienen de zorg, de families en de mensen die in dat huis wonen.'

Voor welke dilemma's kwam je te staan tijdens het maken van de documentaire?
'Normaal gesproken heb je een jaar nodig om een film voor te bereiden. Nu waren er verschillende dilemma's die heel snel moesten worden opgelost. Een eerste vraag ging over het gebruik van een scherm om te communiceren. Als je cognitief slecht bent en je ziet ineens je dochter in een televisie, wat doet dat dan met dat brein? Ben ik ethisch gezien wel goed bezig voor deze mensen? Ik heb hoogleraar neuropsychologie Erik Scherder gebeld. Je moet me helpen! Ik wil dit project gaan doen en het moet morgen. Hij antwoordde dat dit perfect was voor de bewoners omdat het brein wordt gestimuleerd. Daardoor krijgen mensen juist weer een boost.
Omdat ik zelf uit de zorg kom, zag ik ook meteen bepaalde dilemma's. Zo was er geen duidelijk protocol aan het begin van de pandemie, en wát er was, werd niet altijd gevolgd. Je zag

op de beelden bijvoorbeeld mensen zonder beschermende kleding of die elkaar aanraakten. Ik vroeg me af of ik het personeel in gevaar zou brengen door dit te tonen. Ik vroeg daarom aan de inspectie: als jullie dit zien, wat zeggen jullie dan? De inspectie reageerde positief: "Het is fantastisch dat mensen niet alles volgens de regeltjes doen, maar dat er ook ruimte is voor intermenselijk contact. Wij zullen daar nooit een vergrootglas op leggen. Wij kijken altijd naar wat de situatie was en hoe daarmee is omgegaan."'

Wat heeft het maken van *Zie je me? Hoor je me?* met jou gedaan?
'Ik vond het maken van deze documentaire heftig. Ik kende de bewoners, het team en Linda. Ik werkte er niet meer, maar zag ze nog steeds als mijn patiënten. Ik kreeg elke dag het materiaal binnen van alle gesprekken. Elke avond typte ik urenlang de gesprekken uit om bij te houden wat er was gezegd. Dit is nodig om scènes te kunnen zoeken op thema als je de film gaat bouwen. Eén situatie is me sterk bijgebleven. Een echtpaar overleed twee dagen na elkaar. Ook het overlijden maak je mee, het uitzoeken van de kleren en het afscheid nemen via Skype. Echt gruwelijk. Alles is gefilmd. Dat vond ik heel heftig. Toen ben ik een paar dagen gestopt om dat uit te typen. Dan krijg je je gedachten weer op een rijtje en ga je door. In overleg met de familie is besloten deze verhaallijn niet in de documentaire te gebruiken.'

Het is nu bijna twee jaar geleden dat de eerste lockdown begon. Hoe kijk je op die periode terug?
'Tijdens het maken van de film kreeg ik het gevoel dat de regering de deur van de verzorgingshuizen had dichtgetrokken en de boel gecontroleerd liet uitbranden. De zorg werd gewoon vergeten. Er was geen goed materiaal om het personeel te beschermen. 80 procent van het team heeft corona gehad. Op de SEH en de ic krijg je begeleiding na heftige gebeurtenissen, maar daar totaal niet. In een verpleeghuis heeft acute zorg geen prioriteit. Maar het personeel had het gevoel dat het leven letterlijk uit hun handen glipte. Ze konden de familie niet begeleiden. Ze hebben gezien hoe bewoners in twee dagen achteruitgingen en doodgingen zonder dat ze iets konden doen. Het zorgpersoneel dat deze pandemie van dichtbij meemaakte, zou meer in beeld moeten komen. Ga nu eens met deze mensen in gesprek over wat het met hen heeft gedaan in plaats van steeds maar weer dezelfde viroloog in een praatprogramma en al dat politieke geneuzel.
Ik heb nu alweer plannen voor nieuwe films. Zo onderzoek ik de armoede in Nederland en de toeslagenaffaire, en er zijn plannen voor een documentaire over een rockkoor van ouderen in Amstelring. Ik heb mooie dromen en probeer de wereld een beetje beter te maken.' •

contact
wilma-de-ruiter@hotmail.com
Meer informatie: www.annemariekegraafmans.nl

TIJDLIJN:

Januari 2020: de Tweede Kamer wordt geïnformeerd over een uitbraak van een nieuw coronavirus in de Chinese stad Wuhan. In Europa zijn de eerste corona-besmettingen.

27 februari 2020: de eerste corona-besmetting in Nederland.

Maart 2020: het kabinet maakt de eerste maatregelen bekend: handen wassen, in de elleboog niezen en geen handen meer schudden. Halverwege maart gaat Nederland in gedeeltelijke lockdown en sluiten horeca, scholen en kinderopvang.

19 maart 2020: verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg sluiten voor bezoekers en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg.

Bron: rijksoverheid.nl

OPROEP

'Meer dan een PA'

Ben je een PA of ken je een PA met een bijzondere hobby of die er nog een andere baan op na houdt, laat het ons dan weten.

Mail naar: redactie@napa.nl

‘WE ZIJN ECHT INGEBED IN DE ORGANISATIE’

De functie PA spoedeisende geneeskunde is de laatste jaren in opmars, en wordt per ziekenhuis heel verschillend ingevuld. Twee PA’s vertellen erover.

tekst Sophie Benoy
beeld ANP/Studio Oostrum

In eerste instantie was de noodzaak voor PA’s ingegeven door een gebrek aan SEH-artsen en mede daardoor gemis aan met name continuïteit. In de afgelopen jaren heeft de functie van PA op de SEH zich goed bewezen, doorlooptijden zijn verminderd en de continuïteit is binnen de traumatologie goed. Daarbij zet het ene ziekenhuis de physician breed en generalistisch in, het andere meer als specialist in bepaalde patiëntencategorieën. Sinds ruim een jaar zijn er verschillende ‘medisch specialisten’ in dienst van de SEH, zoals urgentieartsen (uit België), acute internisten en een acute neuroloog. Om het aanspreken gemakkelijk te maken spreekt men sinds kort van de medisch specialist SEH. Onder deze noemer valt ook de PA. De PA neemt deel aan de overlegstructuren.

Steun voor de artsen

Sacha Lardenoye begon in 2005, samen met een collega, als pionier op de SEH aan de opleiding tot PA traumatologie. Samen met twee recentelijk afgestudeerde PA’s bemant zij de SEH van het MUMC (Maastricht) in een dag- en avond- en weekenddienst. Sacha werkt voor de traumatologie en ziet alle patiënten, met uitzondering van de hoogenergetische trauma’s, die de SEH bezoeken voor chirurgie en orthopedie.

‘Een van mijn speerpunten is het oprichten van een sedatieteam op de SEH’

Sacha en haar collega’s ondervonden weinig moeite om hun plekje te veroveren. Zowel de verpleegkundigen als de assistenten chirurgie en orthopedie zijn blij met de PA op de SEH. Hun gerichte opleiding in de traumatologie en de jaren ervaring zijn een

steun voor zowel de verpleegkundigen als de artsen op de SEH. De PA's zien zelfstandig alle voorkomende traumapatiënten – met uitzondering van de hoogenergetische letsels –, zoals sportongevallen, fracturen, luxaties, (brand- en bijt)wonden, scooter-/fietsongevallen, trauma capitis, et cetera. Naast de traumazorg, waarbij elke PA ongeveer 1500 traumapatiënten per jaar ziet, is Sacha betrokken bij kindersedatie en is zij aandachtsfunctionaris kindermishandeling. 'De aandacht voor kinderen vind ik een belangrijk aspect van mijn werk. Een van mijn speerpunten is het oprichten van een sedatieteam op de SEH, meer aandacht voor adequate pijnstilling, afleiding en benadering (comforttalk) van kinderen. De meeste voldoening voel ik als het kind zwaaiend de afdeling verlaat.'
Naast directe patiëntenzorg leveren alle PA's een bijdrage aan het geven van onderwijs aan derdejaarsstudenten geneeskunde, het inwerken en begeleiden van coassistenten en nieuwe assistenten. Daarnaast dragen ze bij aan wetenschappelijk onderzoek. De trauma-artsen zijn enthousiast en er zijn, zeker nu er ook SEH-artsen zijn, meer mogelijkheden qua ontplooiing en uitbreiding van taken (zoals het echogeleid plaatsen van FIC-blokken).

Volwaardig staflid

Bianca van den Berg studeerde in 2017 af als PA SEH en werkt sindsdien in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). De inzet van PA's op de SEH is langzaam gegroeid. In 2001 kwamen de eerste PA's, een jaar later werd de eerste SEH-arts ingezet. In 2008 groeide de groep PA's en werden ze steeds breder ingezet, in nauwe samenwerking met de SEH-artsen. Zo is de PA ook verantwoordelijk voor de opvang van trauma's en reanimaties. Op dit moment werken er zes PA's. Het doel is doorgroeien in aantal, om zo de continuïteit en kwaliteit beter te borgen dan met de inzet van aniossen. De PA wordt gezien als vaste waarde voor het team. Het LUMC is een opleidingsziekenhuis, er zijn voldoende scholingsmomenten voor wie opgeleid wordt, er wordt weinig concurrentie ervaren.
De grootste succesfactor volgens Bianca is dat de PA's als volwaardig lid van de staf optreden. 'Omdat we in deze hoedanigheid extra taken hebben en participeren in scholing zijn we echt ingebed in de organisatie. We werken alle diensten en mogen veel doen, ook sedaties en cardioversies, en we worden opgeleid om echografie toe te passen. Het is afwisselend werk met veel verschillende patiëntengroepen. We zien alle acuut presenterende patiënten, en dat is uniek in Nederland. Verder zijn we betrokken bij wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, onder andere het opleiden van PA's ambulance en prehospitaal.'
Het samenwerken, het onverwachte, de verschillende patiëntengroepen en het nauwe samenwerken met artsen en verpleegkundigen maken het voor Bianca de ideale werkplek.
Wat haar het meest is bijgebleven? Dat je als voormalig verpleegkundige toch echt een streepje voor hebt op het psychosociale vlak en communiceren met patiënten. •

contact
s.benoy@mmc.nl

Sacha werd 47 jaar geleden geboren te Delft en in haar vrije tijd gaat zij het liefst zeilen. Na de opleiding hbo-v te Sittard ging ze werken in Duitsland op de afdeling Neurochirurgie en later de SEH. Op een congres wist ze het, ik wil PA SEH worden! Ze begon de opleiding aan de HAN in 2005. 'Een kindje zonder angst en pijn onderzoeken en behandelen, dat is de uitdaging!'

Bianca werd 37 jaar geleden geboren en ging na het behalen van haar hbo-v-diploma aan de slag als SEH- en ic-verpleegkundige, waarvoor ze verschillende opleidingen volgde. Ze raakte geïnspireerd door PA's op de thoraxchirurgie en rondde in 2017 de opleiding MPA af, waarna ze ging werken op de SEH van het LUMC. Daarnaast is zij vakgroepvoorzitter van de PA's SEH. 'Door je achtergrond gaat het je vaak makkelijker af dan sommige artsen.'

Meer weten over dit vakgebied?
vakgroep-spoedeisendezorg@napa.nl

Colofon

Hoofdredacteur Milena Babovic
Redactieraad Wilma Admiraal-de Ruiter, Sophie Benoy-de Keuster, Aréke van Gent, Hester Gerritsen-van den Berg, Petra van Houten, Shanna Rijke, 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 2150

Copyright© 2022 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 Ledenraad On The Road gaat verder!

Na twee succesvolle webinars in 2021 gaat Ledenraad On The Road weer verder. In 2022 zullen drie fysieke bijeenkomsten plaatsvinden in het land. Het zal een leerzaam en interactief programma worden met aandacht voor persoonlijk leiderschap en aanpak van ongewenst gedrag op de werkplek. De data zijn: 20 april Eindhoven, 8 juni omgeving Amsterdam en 16 november in omgeving Zwolle. Tijd 17:00-21:00 uur. Reserveer jouw datum alvast in de agenda en volg de nieuwsbrief van NAPA om je te zijner tijd in te schrijven.

Hoe blijf ik onafhankelijk?

In februari is de nieuwe website hoeblijfikonafhankelijk.nl gepubliceerd. Deze website bevat een beslishulp om vragen als 'hoe blijf je onafhankelijk wanneer je een financiële relatie aangaat met een leverancier?' te kunnen beantwoorden. Ook PA's die een samenwerking aangaan met een leverancier kunnen gebruikmaken van deze website om een zorgvuldige afweging te maken om schijn van belangenverstrengeling te voorkomen. De website is door deelnemende partijen (waaronder NAPA) binnen de Stichting CGR en Stichting GMH ontwikkeld.

Strategisch plan NAPA 2022-2025

NAPA heeft een nieuw strategisch beleidsplan 2022-2025 gepubliceerd. Er zijn in de afgelopen jaren grote stappen gezet op het gebied van de implementatie van taakherschikking en de positionering van de physician assistants. Nederland loopt zelfs voorop in de wereld op dit gebied. NAPA heeft zich daar hard voor ingezet en heeft voor de komende jaren samen met de leden zeven speerpunten geformuleerd.
Zie: **www.napa.nl/strategischplan**

Registratie medisch-specialistische zorg op eigen naam

De NZa heeft met ingang van 2022 de regels aangescherpt ten aanzien van het zelfstandig registreren van activiteiten door PA's en VS'en. Dat betekent dat beide beroepen met ingang van 2022 medisch-specialistische zorg op de eigen AGB-code dienen te registreren. NAPA heeft samen met de Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Zelfstandige Klinieken Nederland en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland een factsheet ontwikkeld met meer informatie (zie **napa.nl/factsheet**).

Onderzoek naar ongewenst gedrag onder PA's

Ongewenst gedrag is een actueel onderwerp. NAPA wilde weten of het ook onder PA's speelt en hield een enquête onder haar leden. Omdat niet heel veel NAPA-leden de enquête invulden zijn de resultaten vooral indicatief van aard.

Tekst Milena Babovic

Van de 1850 leden hebben er 72 de enquête ingevuld. Driekwart van de respondenten heeft in de laatste twaalf maanden te maken gehad met een vorm van agressie in contact met patiënten. Meestal is dit verbale agressie, soms bedreiging of intimidatie en een enkele keer fysieke agressie. Acht respondenten melden seksuele intimidatie en discriminatie. De helft van de respondenten denkt dat de agressie door patiënten en hun naasten in het afgelopen jaar is toegenomen door corona.
Op de vraag hoe vaak men te maken heeft gehad met ongewenst gedrag in contact met familie en naasten van patiënten, zien wij dat de helft van de respondenten te maken heeft met verbale agressie, een kwart met bedreiging en intimidatie en een enkeling met seksuele intimidatie, discriminatie en fysieke agressie.
Naast het ongewenste gedrag door patiënten en hun naasten hebben zorgverleners ook te maken met ongewenst gedrag door collega's of leidinggevenden. Naast de genoemde vormen van ongewenst gedrag komt in dit rijtje ook pesten voor. Ook bij deze vorm van ongewenst gedrag wordt enkele keren verbale agressie het meest genoemd, daarna wordt pesten, bedreiging/intimidatie en discriminatie een enkele keer ervaren en eenmaal was er sprake van seksuele intimidatie en fysieke agressie.
Enkele PA's hebben last gehad van ongewenst gedrag via social media, zoals het verspreiden van negatieve of agressieve berichten. De gevolgen van het ongewenste gedrag lopen sterk uiteen. We zien dat mensen fysieke of mentale klachten ervaren en zich langdurig ziek melden. Bij ongewenst gedrag door collega's zien wij dat men zich kortdurend ziek meldt en als het vaker voorkomt dat men van baan wisselt. Zie *figuur* hieronder.
Om ongewenst gedrag te verminderen noemen de meeste respondenten een fysieke veilige werkplek. Op de tweede plaats komen de normen en gedagsregels, gevolgd door opvang en nazorg en het melden. Ook acties die worden ondernomen tegen ongewenst gedrag vindt men van belang, net als voorlichting.
Vanwege de relatief lage respons op de enquête kunnen we geen harde conclusies trekken. Maar we vinden de uitkomsten van dit onderzoek relevant en nemen ze als input mee bij het organiseren van de regiobijeenkomsten 'ledenraad on the road', waarbij we tools aanreiken om beter te leren omgaan met diverse vormen van ongewenst gedrag op de werkvloer.

contact
redactie@napa.nl

	Agressie door patiënten of hun familie, vrienden of bezoekers	Agressie door collega's of leidinggevenden	Aantal respondenten
Ik was van slag	27	11	34
Ik heb mentale klachten (gehad)	6	5	11
Ik heb fysieke klachten (gehad)	4	2	6
Ik heb me kortdurend ziek gemeld (max. 6 weken)	1	3	4
Ik heb me langdurig ziek gemeld (langer dan 6 weken)	2	1	3
Ik denk erover/heb van baan gewisseld binnen de sector zorg en welzijn	3	8	10
Ik denk erover na om de sector zorg en welzijn als geheel te verlaten	6	3	7
Anders	0	2	2
Ik heb geen gevolgen ervaren	17	7	18
Ik heb in de afgelopen 12 maanden niet te maken gehad met deze vormen van agressie en/of ongewenst gedrag	21	28	28

Meerdere antwoorden waren mogelijk en niet iedereen hoefde de vraag in te vullen.