napa MAGAZINE

Vakblad voor physician assistants

Gezonde leefomgeving: 5 vragen over Planetary health

Angela Schoemaker is PA klinische genetica: 'Er is steeds meer vraag naar erfelijkheidsonderzoek'

***Praktijkperikel* 'Waarom zijn medicatieoverzichten zo onduidelijk?'**

Rianne Rijsdijk is de nieuwe voorzitter van NAPA

'Ik vind dat we als vereniging minder bescheiden mogen zijn'

27

NOVEMBER 2025

INHOUD

04

Portret

Rianne Rijsdijk: 'We moeten zeggenschap krijgen en meepraten'

Onlangs nam Rianne Rijsdijk de voorzittershamer over van Bert Speijer en is zij benoemd tot de nieuwe voorzitter van NAPA. Een interview met deze enthousiaste en bevlogen vrouw. Ook de overige vier bestuursleden stellen zich voor.

08

PA in praktijk

Werken als PA op de afdeling klinische genetica

De klinische genetica is misschien niet het eerste vakgebied waar je als physician assistant aan denkt. Angela Schoemaker deed dat wel en doet dit werk nu met veel plezier.

14

Vooroordelen

Angst voor hiv is onterecht: tijd voor meer kennis en bewustwording

De aidsepidemie aan het eind van de vorige eeuw maakte veel indruk. Hoewel die tijden achter ons liggen, bestaat er bij veel zorgverleners toch nog angst voor hiv en aids. Dat is nergens voor nodig.

16

PA in praktijk

De PA als teamleider bij reanimatie-competities

Reanimatieteams in ziekenhuizen worden steeds vaker geleid door PA's. Dat is terug te zien in de competitie voor de titel van beste team. Tom van Logten gaat als teamleider voorop in de strijd.

18

Juridisch Loket

Verkeerde interpretatie 'taakherschikking' levert PA en radioloog berisping op

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg deed twee uitspraken over taakherschikking en taakdelegatie naar aanleiding van het handelen van een radioloog en physician assistant. Advocaat Astrid Kiewiet geeft uitleg over de regels die hierbij gelden.

22

Cultuurverschillen

Cultuurverschillen in de zorg: verschillende aspecten, uitdagingen en kansen

Patiënten én zorgverleners brengen hun eigen culturele, politieke en religieuze achtergrond mee naar het contact in de spreekkamer of op de afdeling. Dat verrijkt de zorg, maar kan ook leiden tot misverstanden of spanningen.

26

Planetary health

Onze gezondheid hangt af van onze leefomgeving!

PA Petra van Houten had nog nooit van het begrip ‘planetary health’ gehoord, maar begreep wel direct het belang ervan. Aan de hand van vijf vragen legt ze het verband tussen de mondiale leefomgeving en gezondheid uit.

EN VERDER

10 **De Thesis Award: winnaar en genomineerden**
21 **Praktijkperikel: Waarom zijn medicatieoverzichten van de centrale apotheek zo onduidelijk?**
25 **Column: Niet de beste patiënt**
29 **Column: Stil**
30 **Goed om te weten**

Ed van Rijswijk

Leiderschap, toewijding en compassie!

Na negen prachtige jaren in het NAPA-bestuur, waarvan zes jaar als voorzitter, is het tijd om het stokje over te dragen. Het is een moment van reflectie en dankbaarheid.

Toen ik begon, had ik één belangrijke drijfveer: het versterken van ons beroep. Niet alleen onze vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, maar vooral in leiderschap. Want ik geloof dat leiderschap een sleutelrol speelt in het succes van de PA in Nederland. Leiderschap is niet alleen voorbehouden aan een paar uitverkorenen – het zit in ieder van ons. Het gaat om verantwoordelijkheid nemen, initiatief tonen en voorop lopen als het nodig is. De thema’s toewijding en compassie waren leidend in mijn voorzitterschap. Want zonder toewijding is er geen vooruitgang, en zonder compassie is er geen échte zorg. Deze jaren hebben mij diep geraakt. Ik heb de groei van de PA-professie en NAPA van dichtbij mogen zien. Samen hebben we gewerkt aan professionalisering, erkenning en het neerzetten van een sterke positie voor de physician assistant in Nederland. Ook zijn wij een voorbeeld in de wereld geworden.
Natuurlijk zijn er uitdagingen geweest, en die zullen er altijd zijn. Het blijft dan ook van belang dat het aantal leden van onze beroepsvereniging blijft groeien en dat leden zich blijven inzetten voor de ontwikkeling van ons beroep. Hopelijk draagt de politiek hieraan bij door meer opleidingsplaatsen te creëren en obstakels in wetgeving weg te nemen ten goede voor de inzet van PA’s. Ik hoop ook dat steeds meer besturen van zorginstellingen overtuigd raken PA’s te gaan inzetten voor continuïteit en kwaliteit van zorg, want ik gun elk medisch team een PA.

Hoewel mijn tijd als voorzitter ten einde komt, zal mijn betrokkenheid bij de PA-wereld blijven bestaan. Ik blijf deel van deze beroepsvereniging, omdat ik geloof in wat we doen en wat we nog kunnen bereiken. Laten we samen doorgaan met het uitdragen van de waarden die ons zo sterk maken: toewijding, compassie en leiderschap. Wij zijn meer dan ooit nodig om die veranderingen in goede banen te leiden.
Aan iedereen met wie ik de afgelopen jaren heb mogen samenwerken: dank jullie wel. Jullie steun, enthousiasme en onvoorwaardelijke inzet hebben het verschil gemaakt. Het was een eer om jullie voorzitter te mogen zijn.

Bert Speijer
tot 9 oktober 2025 voorzitter NAPA

Rianne Rijsdijk: ‘We moeten zeggenschap krijgen en meepraten’

Tijdens PA Invest in oktober heeft Rianne Rijsdijk de voorzittershamer overgenomen van Bert Speijer en is zij officieel benoemd tot de nieuwe voorzitter van NAPA. Een interview met deze enthousiaste en bevlogen vrouw.

tekst Petra van Houten-Ruijters, PA Neurologie, Van Weel-Bethesda ziekenhuis
beeld Floris van Bergen

‘Ik zou heel graag PA’s in het licht zetten die met innovaties bezig zijn’

Waarom wilde je voorzitter worden?
‘Een van de redenen is persoonlijke ontwikkeling. Als voorzitter moet je meer leiderschap tonen en word je meer het gezicht van de vereniging. Dat leek mij heel leuk. De laatste jaren in het bestuur ging het steeds meer broeien en dacht ik: dat wil ik echt! Ik heb vroeger in het bestuur van de lokale bibliotheek gezeten en heb daar veel geleerd, onder andere hoe het op politiek gebied werkt. Ook door mijn deelname aan de NAPA Masterclass Leiderschap heb ik veel geleerd. Zoals organisatie en planning, kijken naar jezelf, waar moet je aan werken, hoe pak je conflicten aan. Dat zit allemaal in mijn rugzak om te gebruiken.’

Je bent een van de kartrekkers in het UMC als het gaat om het positioneren en leiderschap van de PA’s. Je gaf aan dat je dit ook verder wil ontwikkelen binnen NAPA.
‘Positionering is heel belangrijk. Toen in 2018 opname in de wet BIG erdoor kwam dacht ik, ja, we hebben het gehaald, het is klaar – maar dat is niet zo. Er is nog veel werk aan de winkel op het gebied van onze zelfstandigheid. Wat mogen we wel en niet, ook binnen organisaties. Laatst hoorde ik een voorbeeld van een PA die een artsenverklaring niet mocht ondertekenen. Ook zijn er nog medisch specialisten die denken dat wij een assistent zijn en minder te zeggen hebben. In UMC’s wordt heel erg ingezet op een toekomstbestendige verpleegkundige. Wij zijn een kleinere beroepsgroep en worden soms gewoon vergeten. Daarom moeten we onszelf goed organiseren en laten zien dat onze plaats binnen het medisch team is. Daar moeten we ook zeggenschap krijgen en mee kunnen praten over onderwerpen door bij stafvergaderingen zitten. Dat gebeurt allemaal nog niet.’

Je bent de afgelopen tijd regelmatig op werkbezoek geweest om politici te spreken. Hoe is dat gegaan?
'Het huidige politieke landschap is heel ingewikkeld. Jarenlang hebben we te maken hadden met vaste politici die ons heel goed kenden en waar we goed contact mee hadden. Dat is niet meer zo. We hebben nu te maken met veel wisselingen en nieuwe politici. Dan is het belangrijk om elke kans aan te grijpen om met mensen van een politieke partij in gesprek te komen en te laten weten dat we belangrijk zijn. Er moet ook nog veel worden geregeld, bijvoorbeeld aanpassing van de wet op de lijkbezorging om lijkschouw te mogen doen en toepassing van straling in de wet BIG beter verankeren. Daarnaast is er behoefte in het veld aan meer opleidingsplaatsen. Dat is nog niet geregeld en het zou zomaar kunnen dat daarop bezuinigd gaat worden. Dat willen we natuurlijk niet.
Een lobbykantoor is daarom heel belangrijk. Ons lobbykantoor BPRA is gespecialiseerd in belangenbehartiging van de gezondheidszorg. Zij hebben contact met politici van verschillende politieke partijen. Zo kregen wij de kans om een speeddate te hebben met BBB-politici, om te laten zien wie de PA is en wat er allemaal speelt. Bij deze delegatie bleek een oud-dierenarts te zijn, die heel enthousiast is over onze beroepsgroep. Hij gaf aan dat hij nooit meer bij de huisarts kwam maar alleen nog maar naar de PA ging. Ja, dan heb je toch weer eventjes het beroep onder de aandacht gebracht. Dat zijn kleine dingen, waarvan ik denk dat die heel belangrijk zijn. Ik vind dat echt leuk om te doen en maak daar graag tijd voor vrij.'

Wat denk je anders te gaan doen dan de vorige voorzitter?
'Ik ben sowieso een ander persoon en zal het op mijn manier doen. Ik ben iemand die vanuit enthousiasme dingen doet. Ik zou heel graag PA's in het licht zetten die met bepaalde innovaties of nieuwe dingen bezig zijn. Zodat er ook meer aandacht op PA's wordt gericht.
Ik vind ook dat we als vereniging wat minder bescheiden mogen zijn. We zijn enorm gegroeid en zoals het er nu naar uit ziet, worden we de komende jaren alleen maar groter. Elk jaar komen er ongeveer 280 PA's bij. We moeten meer gaan uitstralen dat werkgevers en beleidsmakers niet om ons heen kunnen en wij een belangrijke partij zijn om mee om de tafel te zitten.'
'Ik vind mijn voorzitterschap een beetje spannend, want je voelt toch dat je meer verantwoordelijkheid hebt, ook al heb je de gezamenlijk als bestuur, maar ik heb er heel veel zin in!'

Rianne Rijsdijk en NAPA

Rianne werd in 2014 lid van de werkgroep PA Invest en later ook voorzitter. Sinds 2019 was zij penningmeester en vicevoorzitter in het NAPA-bestuur. Rianne is haar carrière begonnen als operatieassistent. Momenteel werkt zij als PA cardiothoracale chirurgie in het UMC Utrecht. Daarnaast neemt ze binnen het UMCU deel aan de werkgroep PA's in UMC's, waar momenteel positionering en zeggenschap van de PA centraal staat. Dit onderwerp ligt haar – om in cardiologische termen te blijven – 'na aan het hart'. Tevens is zij bestuurslid van de stichting 'Heart for Humane Investment', die 1 à 2 keer per jaar naar Egypte reist om ondersteuning te bieden bij hartchirurgie in de arme regio's buiten de steden en die geld inzamelt voor het sturen van medische hulpmiddelen. Ondanks haar drukke werkzaamheden heeft Rianne genoeg tijd voor ontspanning. Zij is actief met yoga, fietsen en zwemmen en vindt het daarnaast heerlijk om te hardlopen, wat een echte uitlaatklep voor haar is.

'We moeten laten zien dat onze plaats binnen het medisch team is'

Maak kennis met de bestuursleden van NAPA

In oktober zijn Carola van der Helm en Willemijn van Nuenen toegetreden tot het bestuur van NAPA. Sharon Sommers en Jeroen Rekveldt continueren hun bestuurstermijn. Op deze pagina's stellen zij zich aan je voor. Samen met voorzitter Rianne Rijsdijk is het NAPA-bestuur compleet. Heb je een vraag of suggestie voor het bestuur? Het bestuur is bereikbaar via bestuur@napa.nl.

tekst Maud Notten, NAPA
beeld NAPA

Carola van der Helm: 'Ik geloof sterk in de kracht van verbinden'

Carola van der Helm
Carola van der Helm is PA ouderengeneeskunde en werkzaam bij Woon-Zorgcentra Haaglanden in Den Haag. Naast haar werk als PA is Carola al jaren actief binnen het onderwijs voor PA's. Ze was docent aan de opleiding in Rotterdam en is momenteel betrokken als externe assessor en voorzitter van de werkveldadviesraad van de Hogeschool Rotterdam.
Sinds 2016 is Carola actief binnen het bestuur van de NAPA-vakgroep ouderengeneeskunde en klinische geriatrie. In 2022 nam zij de rol van voorzitter op zich. In de jaren hierna maakte de vakgroep een sterke professionaliseringsslag door de invoering van een commissiestructuur. Ook zet Carola zich in voor thema's als lijkschouw en de Wet zorg en dwang, met als doel de positie van de PA steviger te verankeren in beleid en wetgeving.
Over haar nieuwe rol binnen het NAPA-bestuur zegt Carola: 'Met veel enthousiasme zet ik mij in voor de verdere positionering van de PA binnen het volledige medische spectrum. Ik geloof sterk in de kracht van verbinden en kijk er naar uit om samen te werken met PA's uit de verschillende deelspecialismen.'
Naast haar werk heeft Carola een druk gezinsleven met drie jonge kinderen. Ze is avontuurlijk aangelegd, heeft meerdere *great walks* gelopen in Nieuw Zeeland, op veel mooie plekken in de wereld gedoken en houdt van een spelletje of een puzzel.

Jeroen Rekveldt
Jeroen Rekveldt is PA orthopedie in Isala Zwolle. Hij heeft een achtergrond als operatieassistent en fysiotherapeut en is al sinds 2010 PA. In zijn huidige functie integreert hij alle medische kennis en ervaringen die hij heeft opgedaan in zijn loopbaan.
'Met mijn lange ervaring vind ik het waardevol en belangrijk om beroepsoverstijgend na te denken over het beroep en de PA stevig neer te zetten in het Nederlandse zorglandschap', zegt Jeroen. Het was een van de redenen voor Jeroen om in 2022 toe te treden tot het NAPA-bestuur. Daarvoor heeft Jeroen samen met een collega in Isala het netwerk VS-PA opgezet en is hij lang aanspreekpunt geweest. 'Met meer dan 60 PA's is de PA niet meer weg te denken uit Isala.'
Binnen het NAPA-bestuur hebben onder andere de onderwerpen functiewaardering, opleidingen en de ramingen van het Capaciteitsorgaan zijn aandacht. Daarnaast is Jeroen sinds dit jaar bestuurlijk verantwoordelijk voor de nieuw opgerichte NAPA Academie, samen met medebestuurslid Sharon Sommers.
Jeroen woont in Zwolle met zijn gezin. Zijn vrouw is PA cardiologie in Isala. In zijn vrije tijd is Jeroen een fanatiek sporter, vooral racefietsen, mountainbiken, wandelen en (fiets)kamperen doet hij graag.

Jeroen Rekveldt: 'Ik vind het waardevol om beroepsoverstijgend na te denken'

Sharon Sommers
Sharon Sommers is PA huisartsengeneeskunde, werkzaam bij praktijk de Raepop in Arnhem. Zij is in 2018 afgestudeerd als PA en sinds die tijd betrokken bij de afstudeerfase van PA's aan de HAN als casus- en werkgroepbegeleider.
Als 16-jarige begon zij in de huisartsenzorg als doktersassistente in opleiding. Ze combineerde haar opleiding met topsport: Sharon heeft op hoog niveau de zwemsport beoefend. Sharon: 'Ik was graag huisarts geworden. Met de Master physician assistant is die droom heel dichtbij gekomen'.
Sharon zit nu drie jaar in het NAPA-bestuur. Zij houdt zich vooral bezig met onderwerpen als forensische geneeskunde, de richtlijn 'Herziening bewust afzien van eten en drinken' en het Voorstel Generieke voorwaarden. Sinds dit jaar is zij samen met medebestuurslid Jeroen Rekveldt verantwoordelijk voor de NAPA Academie. Sinds de recente bestuursoverdracht neemt Sharon de taken van financieel bestuurder op zich.
Sharon heeft een dochter van vijf jaar en woont in Elst. In het weekend gaan ze graag samen sporten of trekken erop uit. Maar het allerliefste maken ze grote reizen, samen met vrienden: 'Nieuw Zeeland heeft een speciale plek in ons hart'.

Willemijn van Nuenen-Platvoet
Willemijn van Nuenen-Platvoet is PA chirurgie in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven. Zij houdt zich met name bezig met bekkenbodemchirurgie, proctologie en sacrale neuromodulatie waarbij ze naast poliklinische werkzaamheden ook diagnostiek uitvoert en werkzaam is op de OK.
Vanaf het begin van haar loopbaan als PA heeft zij zich ingezet voor de profilering en positionering van het beroep. Eerst in de NAPA-werkgroep PR waar het idee voor het jaarlijkse congres PA Invest is ontstaan. Zij is medeoprichter en momenteel vicevoorzitter van de vereniging VS en PA (VeSPA) in het Catharina Ziekenhuis en actief in het Santeon Netwerk VS/PA. Daarnaast was zij tot het aantreden in het bestuur lid van de Commissie Positionering en Zeggenschap van NAPA.
Willemijn: 'Ik vind het belangrijk dat iedere PA ambassadeur is van zijn of haar eigen beroep en dat we samen deze relatief nieuwe professie op de kaart zetten. Ik heb NAPA in de afgelopen 20 jaar zien groeien naar een zeer professionele en goed functionerende vereniging. Ik kijk met trots en bewondering naar wat NAPA in korte tijd heeft bereikt. Ik wil hier graag als bestuurslid mijn steentje aan bijdragen.'
Willemijn is gelukkig getrouwd en is trotse moeder van drie tieners. Ze combineert Twentse nuchterheid met Brabantse gezelligheid en beschikt over een goede dosis humor.

Werken als PA op de afdeling klinische genetica

De klinische genetica is misschien niet het eerste vakgebied waar je als physician assistant aan denkt, als je op zoek bent naar een opleidingsplek of nieuwe uitdaging. Toch werken verschillende PA's in dit vakgebied. Angela Schoemaker is één van die PA's en doet dit werk met veel plezier.

tekst Wilma Admiraal, PA geriatrie, Zaans Medisch Centrum
beeld @Napa

Angela Schoemaker

Angela, kun je iets vertellen over je carrièrepad?
'Ik heb HBO-V gedaan en ben daarna als researchverpleegkundige gaan werken bij een fase 1 unit. Daar werd nieuwe medicatie getest op gezonde vrijwilligers. Ik heb er een hele leuke tijd gehad, maar was na vijf jaar toe aan een nieuwe uitdaging. Toen kwam ik de vacature voor genetisch consulent tegen in het UMC Utrecht en daar werd ik, inmiddels 25 jaar geleden, aangenomen. De opleiding tot

'Er komt steeds meer vraag naar erfelijkheids-onderzoek'

genetisch consulent werd destijds verzorgd door de klinisch genetische centra, maar dit was geen geaccrediteerde opleiding. Dat werd later wel vereist om zelfstandig te kunnen blijven werken. Daarom werd besloten dat we de PA- of VS-opleiding zouden gaan volgen. Bij de afdeling genetica in Utrecht kozen we voor de PA-opleiding, omdat niet al onze consulenten verpleegkundigen waren. Zes jaar geleden heb ik de PA-opleiding afgerond.'

Wat is klinische genetica?
'In tegenstelling tot andere specialismen voeren wij geen praktische verrichtingen uit, maar bestaat ons werk uit veel communicatieve complexiteit. Wij counselen patiënten en familieleden over erfelijke aandoeningen in een poliklinische setting. Ik ben zelf gestart in de oncogenetica, dit betreft erfelijke vormen van kanker. Er zijn criteria wanneer iemand in aanmerking komt voor DNA-onderzoek om te weten of bijvoorbeeld de borstkanker die bij iemand is vastgesteld een erfelijke oorzaak heeft. Wanneer een erfelijke aanleg in ons lab wordt aangetoond, heeft dit vaak consequenties voor de patiënt zelf, maar ook voor familieleden. Een vrouw met een erfelijke aanleg voor borstkanker kan bijvoorbeeld ook een verhoogde kans hebben om eierstokkanker te ontwikkelen. Dus daarover wordt de patiënt vooraf geïnformeerd en indien van toepassing verwijzen we naar een gynaecoloog voor vervolgbeleid. Voor familieleden geldt dat zij de erfelijke aanleg in het DNA kunnen hebben geërfd. Zij kunnen dat bij ons laten onderzoeken. Dan spelen er soms allerlei emotionele, ethische en maatschappelijke consequenties. Een erfelijke aanleg kan bijvoorbeeld gevolgen hebben voor je verzekerbaarheid. Alles wat van toepassing is voor een familielid bespreken we uitgebreid tijdens een intakegesprek en daarna bespreken we de uitslag. Deze is soms gunstig en soms ongunstig. Indien nodig bieden wij daarna begeleiding.'

Welke rol heeft de PA binnen de klinische genetica? En wat is jouw rol?
'De PA's op onze afdeling werken zelfstandig en counselen patiënten en familieleden met oncogenetische, cardiogenetische en neurogenetische vragen. Elk universitair ziekenhuis heeft een afdeling genetica. In andere UMC's wordt ook wel gewerkt binnen andere aandachtsgebieden, bijvoorbeeld prenatale zorg, of aanleg- en ontwikkelingsstoornissen. Heel divers dus, want voor steeds meer aandoeningen wordt de oorzaak in het genetisch materiaal gevonden. Er komt dus ook steeds meer vraag naar erfelijkheidsonderzoek. De genetica is een vakgebied waarin veel nieuwe ontwikkelingen zijn en dat maakt dat wij als PA's ons ook blijven ontwikkelen.
Ik werk zelf sinds 2010 in het cardiogenetica team. Vanaf toen werden steeds meer genen voor bijvoorbeeld hartfalen, hartritmestoornissen en thoracale aorta aneurysmata bekend. Daardoor groeide de vraag naar cardiogenetische counselingen en heb ik de overstap naar dat aandachtsgebied gemaakt. Tijdens de PA-opleiding heb ik me verdiept in longfibrose en daarna de poliklinische zorg voor de erfelijke aanleg voor longfibrose opgezet. Met het longfibroseteam van het Antonius ziekenhuis in Nieuwegein hebben we een zorgpad opgezet. En dat maakt dat ik nu een spil ben in de genetische zorg voor dit zeldzame ziektebeeld.'

'Ik ben nu een spil in de genetische zorg voor longfibrose'

Wat is de meerwaarde van de PA voor de klinische genetica?
'Genetische zorg is duur. Een counselingstraject met DNA-onderzoek kost zo'n €3000,-. Als vervolgens de oorzaak in het DNA bekend is en familieleden willen zich hierop laten onderzoeken, dan kost dit zo'n €2000,-. Veel van de counselingtrajecten op een afdeling genetica kunnen goed door een PA gedaan worden. Dit maakt de zorg goedkoper, omdat we een stuk minder kosten dan de klinisch genetici. Daarnaast hebben wij minder onderwijs- en onderzoeksverplichtingen en kunnen dus meer productie draaien. Als we voldoende bekwaam zijn, kunnen we ook meedraaien in de supervisie van onze assistenten.'

Welke uitdagingen en kansen zie je voor de PA in de klinische genetica?
'We ontvangen 10% meer verwijzingen per jaar en krijgen steeds minder geld voor een counselingstraject vanwege alle bezuinigingen. Dit wringt en de wachtlijsten lopen dan ook op. We proberen al jaren efficiënter te werken, maar de rek is er nu wel uit. We zullen meer aan andere specialisten over moeten laten. Dit gebeurt al bij de oncogenetica. Behandelend artsen en verpleegkundig specialisten in de borstkankerzorg bespreken het DNA-onderzoek zelf met hun patiënten en vragen het ook aan. Deze zogenaamde mainstreaming-aanpak blijkt succesvol. Wij bespreken dan alleen nog de uitslagen waarbij een (waarschijnlijk) erfelijke oorzaak is aangetoond. Dit wil ik ook gaan opzetten voor de cardiogenetica. Daarnaast is het een uitdaging om aan nieuwe collega PA's te komen voor ons team. Er zijn regelmatig vacatures voor een PA genetica, maar we ontvangen maar weinig brieven. Hopelijk geeft dit interview meer bekendheid aan ons vak. Een vak dat uitdagend blijft door alle veranderingen waaraan de genetica onderhevig is. Eén van de meest geweldige ontwikkelingen van de afgelopen tijd is het kunnen genezen van steeds meer erfelijke aandoeningen door de fouten in het DNA te herstellen.' •

contact
wilma-de-ruiter@hotmail.com

NAPA Thesis Award 2025

tekst & beeld Maud Notten, communicatieadviseur NAPA

NAPA reikt jaarlijks de Thesis Award uit aan een recent afgestudeerde PA. Ook dit jaar nomineerden de vijf hogescholen in Nederland die de MPA-opleiding aanbieden ieder één scriptie voor deze prijs. De onafhankelijke jury koos hieruit unaniem de thesis van Maud Peeters als winnaar.

Maud Peeters onderzocht de prognose van een out-of-hospital cardiac arrest bij 80-plussers. Ze vergeleek met name de overleving van patiënten die bij aankomst op de spoedeisende hulp wél of géén return of spontaneous circulation (ROSC) hadden. Uit haar onderzoek bleek dat het bereiken van ROSC gepaard gaat met een betere prognose. Deze bevindingen kunnen bijdragen aan de besluitvorming rondom intensieve behandelopties voor deze patiëntengroep.

De jury vond haar onderzoek zeer relevant en goed uitgevoerd. Zelf vond ze het interessant om de diepte in te gaan en de resultaten te analyseren. Na het publiceren van een poster en het presenteren van haar onderzoek op de NVIC dagen, werd ze uitgenodigd om een presentatie te geven op een internationaal congres in Brussel.

Maud Peeters werkt als PA op de IC en maakte dit najaar de overstap van het Anna Ziekenhuis in Geldrop naar het Catharina Ziekenhuis Eindhoven. Zij werd op haar werkplek verrast door Elise Reus, voorzitter van de Commissie Onderwijs & Wetenschap, en Maud Notten, communicatieadviseur NAPA. Ook Reni van Erp, studieloopbaanbegeleider en docent bij de MPA aan de HAN, kwam Maud feliciteren. Ook op de foto Herman Kreeftenberg, haar begeleider in het ziekenhuis.

DE WINNENDE SCRIPTIE

Overleving na een out of hospital cardiac arrest bij 80-plussers: de prognostische waarde van return of spontaneous circulation bij aankomst op de spoedeisende hulp.

Samenvatting Lisa Oosthoek, physician assistant Radiotherapie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Door Maud Peeters, physician assistant IC, Anna Ziekenhuis

Inleiding

Door de vergrijzing wordt een toename van out-of-hospital cardiac arrests (OHCA) bij 80-plussers verwacht. Inzicht in de uitkomsten hiervan is essentieel voor besluitvorming en passende zorg. Deze studie onderzoekt o.a. overleving met en zonder return of spontaneous circulation (ROSC) bij aankomst op de spoedeisende hulp (SEH).

Methode

In dit retrospectieve dossieronderzoek werden gegevens verzameld van alle patiënten ≥80 jaar met een OHCA op de SEH van Catharina ziekenhuis (2015-2024) en Anna ziekenhuis (2018- 2024). Data-analyse werd uitgevoerd met SPSS.

Resultaten

Van de 177 geïncludeerde 80-plussers overleefde 29,9% de ziekenhuisopname na OHCA. De patiënten met ROSC hadden een betere overleving bij ontslag (31,6% vs. 0%), na zes maanden (25,6% vs. 0%) en na twaalf maanden (24,8% vs. 0%). Patiënten met een schokbaar ritme hadden hogere overlevingskansen dan niet-schokbaar ritmes (39,5% vs. 11,8%). Patiënten met een witnessed arrest hadden hogere overlevingskansen dan unwitnessed arrest (26% vs. 14,8%). Van de 34 patiënten die na zes maanden nog in leven waren, behaalde 23,5% een CPC-score (neurologische uitkomst) van 1, 55,9% een CPC-score van 2 en 20,6% een CPC van 3. Er werden geen CPC-scores van 4 of 5 behaald. Van de ontslagen patiënten keerde 47,6% terug naar hun eigen woonomgeving zonder thuiszorg.

Discussie en conclusie

Patiënten met ROSC toonden duidelijk betere overleving dan patiënten zonder ROSC. Deze studie toont een betere overleving dan eerdere onderzoeken, maar de overleving van 80-plussers na OHCA blijft relatief laag. Het bereiken van ROSC verbetert de prognose.

Implicaties

Aangezien alle patiënten zonder ROSC bij aankomst overlijden, rijst de vraag of intensieve behandeling effectief is. Vroegtijdig beëindigen van reanimatie kan overbodige zorg beperken en bijdragen aan passende zorg.

DE OVERIGE GENOMINEERDE SCRIPTIES

Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven na matig tot ernstig traumatisch hersenletsel

Samenvattingen Lisa Oosthoek, physician assistant Radiotherapie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Door Sander Boeren, physician assistant klinische neurorevalidatie, Rijndam Revalidatie

Aanleiding

Traumatisch hersenletsel (THL) is de meest voorkomende oorzaak van trauma-gerelateerde mortaliteit en morbiditeit bij volwassenen. Functionele uitkomstmaten worden toegepast om de gevolgen van THL te bepalen, echter bieden deze geen inzicht in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL). Er is geen onderzoek verricht naar HRQoL bij patiënten die klinisch medisch-specialistische revalidatie (MSR) doorlopen. Dit bemoeilijkt het om verwachtingen te bespreken en het revalidatietraject efficiënt in te richten om HRQoL te bevorderen.

Doel
Vaststellen van de prognose van HRQoL bij patiënten die na matig tot ernstig THL klinische MSR doorlopen, door het beloop tot 24 maanden te onderzoeken en te identificeren welke variabelen bij start van klinische MSR de HRQoL 12 maanden na letsel voorspellen.

Methoden
HRQoL is onderzocht met de QoLiBri (Quality of Life after Brain Injury Scale) op 6, 12 en 24 maanden na letsel. De voorspellende waarde van de Barthel Index (BI), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Glasgow Coma Scale (GCS) en leeftijd op HRQoL is onderzocht middels uni- en multivariabele lineaire regressieanalyse.

Resultaten
Van de 558 geregistreerde patiënten overleefden 362 patiënten (65%) het letsel, waarvan 119 (21%) werden ontslagen naar klinische MSR. Hiervan hebben 84 patiënten (71%) na 6 maanden, 89 patiënten (75%) na 12 maanden en 74 patiënten (62%) na 24 maanden de QoLiBri ingevuld. De mediaanleeftijd was 49 jaar, 55,1% was man en 57,6% had ernstig THL. De QoLiBri totaalscore bleef stabiel tussen 6 en 24 maanden (76 bij 6 maanden en 75 bij 24 maanden). De subschaal 'dagelijks functioneren en onafhankelijkheid' verbeterde van 75 naar 86 (p=0,025), terwijl de score op 'persoonlijke relaties' afnam van 83 naar 75 (p=0,010). Uit de lineaire regressieanalyse blijkt een hogere score op de HADS depressieschaal bij aanvang van klinische MSR te leiden tot een slechtere HRQoL (beta -3,62; 95% BI -4,38 – -2,86) 12 maanden na letsel. De verklaarde variantie is hierbij 52%. De BI, MoCA, GCS en leeftijd waren niet significant in de univariabele analyse.

Conclusie
De prognose voor HRQoL lijkt relatief gunstig te zijn. De HRQoL is niet verminderd en lijkt tussen 6 en 24 maanden stabiel te blijven. De prognose een jaar na letsel wordt beïnvloed door de aanwezigheid van depressieve klachten bij aanvang van klinische MSR, gemeten met de HADS. Dit benadrukt het belang van vroege screening en behandeling van stemmingsstoornissen tijdens en na klinische MSR.

Individuele of groepsbehandeling binnen de pijnrevalidatie: Is er verschil na behandeling op de te ervaren beperkingen in het dagelijks leven?

Door Karen Langereis, physician assistant huisartsenpraktijk, Huisartsenpraktijk 'De Vliet' en 'Loopuytpark'

Inleiding
Pijnrevalidatie wordt gegeven om de beperkingen in het dagelijks leven te verminderen bij patiënten met chronische pijn aan het houding- en bewegingsapparaat. Behandeling vindt voornamelijk individueel plaats en is ruimschoots effectief gebleken. Vanwege toename van zorgvraag en lange wachtlijsten, wordt bij Revalidatie Friesland sinds november 2022 groepsbehandeling aangeboden. Het is onduidelijk wat het effect is van groepsbehandeling ten opzichte van een individuele behandeling.

Methode
Dit retrospectieve onderzoek is gedaan bij volwassenen met chronische pijn aan het houding- en bewegingsapparaat, waarbij tevens onderhoudende psychosociale factoren aanwezig zijn. Individuele behandeling vond plaats tot oktober 2022, groepsbehandeling werd vanaf november 2022 gegeven. De behandelmethodiek was in beide groepen hetzelfde. Het verschil was dat individuele behandeling één-op-één therapie kent en dat in de groepsbehandeling maximaal acht patiënten tegelijkertijd zijn behandeld. De effectiviteit van de behandeling op het verminderen van beperkingen in het dagelijks leven werd gemeten d.m.v. de Pain Disability Index (PDI) en de Short Form Health Survey (SF-12) bij start (T0) en afronding (T1) van de revalidatie. Er werd gemeten wat effect van behandeling is binnen één groep, ook de beide groepen werden met elkaar vergeleken.

Resultaten
Voor de individuele behandeling werden 38 patiënten geïncludeerd. 21.1% was man en de gemiddelde leeftijd bedroeg 50 (SD: 13). Voor de groepsbehandeling werden 31 patiënten geïncludeerd. 22.6% was man en de gemiddelde leeftijd bedroeg 52 (SD: 15). In beide groepen werd een significante vooruitgang gemeten op de PDI totaalscore na het afronden van de revalidatie (individueel -5, p=0.018; groep -9, p=0.011). Op vier domeinen van de PDI liet de groepsbehandeling een significante verbetering zien, de individuele behandeling slechts op twee domeinen. Er werd op de PDI totaalscore en verschillende domeinen geen significant verschil gemeten tussen de individuele en groepsbehandeling. Op de SF-12 lieten beide groepen een significante verbetering zien op fysieke gezondheid (individueel +6.79%, p=0.025; groep +12.32%, p=0.010) en rolfunctioneren fysiek (individueel +7.76%, p=0.026; groep +10.88%, p=0.029). De SF-12 psychische gezondheid kende bij de groepsbehandelingen wel een significante verandering na de revalidatie, de individuele behandeling niet. In vergelijking tussen de individuele en groepsbehandeling werd er op de SF-12 fysieke gezondheid een significant verschil (p<0.001) gevonden, net als SF-12 psychische gezondheid (p=0.049).

Conclusie
Er ontbreekt veel data door onvolledige en/of afwezige vragenlijsten. Beide groepen lieten op de PDI en SF-12 verbetering zien, echter wel op verschillende domeinen. Groepsbehandeling wordt aanbevolen vanwege de positieve resultaten op bijna alle domeinen van de PDI en de SF-12. Daarnaast lijkt het kosteneffectiever, omdat er meer patiënten tegelijkertijd behandeld kunnen worden, hetgeen de wachtlijst ten goede komt.

Het ringpessarium bij vrouwen met symptomatische prolaps: Onderzoek naar begeleiding en gebruikservaringen bij zelfmanagement

Door Hatice Uz, physician assistant gynaecologie, Acibadem International Medical Center

Achtergrond
Vrouwen met symptomatische prolaps ervaren uitdagingen bij ringpessariumtherapie, zoals ongemak, fluor en drukplekken. Daarnaast ontbreekt het aan duidelijke richtlijnen voor het aanleren van zelfmanagement van het ringpessarium. Deze factoren kunnen leiden tot afhankelijkheid van zorgverleners en onzekerheden. Bij patiënten binnen de afdeling gynaecologie van Acibadem IMC worden dezelfde knelpunten waargenomen.

Vraagstelling
Hoe beleven vrouwen met symptomatische prolaps de zelfmanagementinterventie van het ringpessarium, en hoe ervaren zij het zelfmanagement van het ringpessarium?

Methode
Tussen augustus en november 2024 zijn voor dit kwalitatief onderzoek 10 semigestructureerde interviews afgenomen bij patiënten op de afdeling gynaecologie van Acibadem IMC. Een gelegenheidssteekproef is gehanteerd. De respondenten ondergingen een zelfmanagementinterventie van het ringpessarium, waarbij tijdens een één-op-één sessie voorlichting en instructies werden gegeven. De topiclijst omvatte onderwerpen als; voorlichting, praktische ondersteuning, ervaren barrières en psychologische impact. Data-analyse werd uitgevoerd m.b.v. open en axiale codering in MAXQDA om thema's te beschrijven.

Resultaten
Patiënten ervaren dat het zelfmanagement van het ringpessarium regie en controle biedt, wat hun autonomie en flexibiliteit vergroot. Visuele voorlichting en empathische praktische begeleiding worden beschreven als belangrijk voor vertrouwen en het leren van zelfmanagement. Tegelijkertijd beschrijven zij onzekerheden over hygiëne, reinigingsfrequentie van het ringpessarium en fysieke factoren als knelpunten. Doorlopende ondersteuning, zoals follow-up consulten en telefonische spreekuren, wordt ervaren als ontbrekend in de zelfmanagementinterventie om onzekerheden te verminderen en vaardigheden te verbeteren.

Conclusie
De resultaten van dit onderzoek maken het aannemelijk dat vrouwen met symptomatische prolaps de zelfmanagementinterventie van het ringpessarium ondersteunend vinden. Zij beschrijven dat het zelfmanagement hen een gevoel van regie en autonomie biedt.

Gehoorverlies en het risico op het ontwikkelen van dementie

Door Roy Stelder, physician assistant interne geneeskunde – ouderengeneeskunde, VieCuri Medisch Centrum

Inleiding
Dementie is een syndroom bestaande uit tientallen hersenziekten met een steeds hogere incidentie en prevalentie. Daarnaast is de prevalentie van gehoorverlies hoog. Vaak wordt de impact van gehoorverlies door zowel de patiënt als de omgeving onderschat of onvoldoende begrepen. Hoewel gehoorverlies geassocieerd wordt met dementie, is het belangrijk om de omvang van dit risico te begrijpen. Hieruit volgt de vraag: wat voor invloed heeft het gehoorverlies bij deze categorie patiënten op het ontwikkelen van (irreversibele) cognitieve stoornissen leidend tot dementie.

Methode
Er is een beknopt literatuuronderzoek verricht in de PubMed-database naar de associatie tussen gehoorverlies en het ontwikkelen van dementie binnen de ouderenpopulatie. De studies werden beoordeeld op methodologische kwaliteit met behulp van instrument kritisch lezen.

Resultaten
Na inclusie- en exclusiecriteria zijn 298 artikelen gevonden. Er werden uiteindelijk drie artikelen geïncludeerd met een retrospectief longitudinaal cohort design. De artikelen waren van matig/hoog tot hoge kwaliteit. De onderzoeken toonden een significant verhoogd risico op dementie bij mensen met gehoorverlies. Chang et al. en Park et al. rapporteren een verhoogd risico bij zowel mild als ernstig gehoorverlies. Myrstad et al. bevestigen een verhoogd risico bij mensen <85 jaar, terwijl dit effect minder duidelijk is bij ouderen >85 jaar.

Conclusie
Dit onderzoek toont een sterke associatie tussen gehoorverlies en een verhoogd risico op dementie, vooral bij jongere ouderen. Een advies dat volgt uit dit onderzoek is verder onderzoek te doen naar de effecten van interventies bij gehoorverlies. •

Angst voor hiv is onterecht: tijd voor meer kennis en bewustwording

Bijna iedereen herinnert zich de aidsepidemie aan het eind van de vorige eeuw nog wel. Denk bijvoorbeeld aan Freddie Mercury, de beroemde zanger van Queen, die in 1991 overleed aan de gevolgen van aids. Hoewel die tijden achter ons liggen, bestaat er bij veel zorgverleners toch nog angst voor hiv en aids. Vaak is dat onnodig.

bron Shanna Rijke, PA ouderengeneeskunde
beeld Adobe Stock

Zet de stap naar meer kennis over hiv

Uit onderzoek van Jordans et al. blijkt dat maar liefst 71% van de ondervraagde zorgverleners in Nederland zich bezorgd voelt bij het behandelen van hiv-positieve patiënten. Deze angst is echter grotendeels onterecht en ontstaat vooral door een gebrek aan kennis over het virus. PA's infectieziekten Dorien van der Sluis (LUMC), Anne Metselaar (LUMC) en Maaike Kok (OLVG) zijn gespecialiseerd in hiv en aids. Naast hun werk in de patiëntenzorg zetten zij zich actief in voor het informeren van collega-zorgverleners en het verminderen van het stigma rondom deze ziekte. Zij noemen de onderzoeksresultaten dan ook 'schokkend'.

Hoe zat het ook alweer?

Het humaan immunodeficiëntievirus (hiv) wordt overgedragen via onbeschermd seksueel contact, besmette naalden, bloedproducten of van moeder op kind (verticale transmissie). In Nederland worden daarom standaard alle zwangere vrouwen getest op syfilis én op hiv. Na transmissie dringt het RNA van hiv de CD4-cel binnen, waarin het RNA wordt omgezet in DNA en waarin het virus zich vermenigvuldigt. Na verloop van tijd raakt het immuunsysteem hierdoor ernstig verzwakt, wat uiteindelijk kan leiden tot aids. Mensen kunnen dan overlijden aan ogenschijnlijk 'simpele' infecties, zoals een longontsteking.

Niet meetbaar = niet overdraagbaar

Gelukkig is dit in de westerse wereld niet langer de realiteit. Mensen die succesvol worden behandeld met hiv-remmers hebben een ondetecteerbare *viral load* en kunnen het virus niet meer overdragen. Mensen met hiv kunnen tegenwoordig net zo oud worden als mensen zonder hiv. Wel is er een verhoogd risico op onder andere hart- en vaatziekten, dentale problemen, diverse soorten kanker en zijn deze mensen soms gevoeliger voor infecties zoals herpes zoster. De behandeling van een hiv-besmetting bestaat uit een combinatie van minstens twee antiretrovirale middelen, ook wel HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) of cART (combination Antiretroviral Therapy) genoemd. Deze therapie remt de virusvermenigvuldiging effectief. Deze is hierdoor 'slapend', kan zich niet meer vermenigvuldigen en is dan ook niet meer overdraagbaar.
Iemand met hiv die succesvol wordt behandeld, vormt dus geen risico voor anderen. Sterker nog: de kans op overdracht door een bekende hiv-patiënt is kleiner dan bij iemand waarvan je de hiv-status niet kent, aldus Van der Sluis, Metselaar en Kok.

Meer kennis is hard nodig

Om meer bewustwording te creëren onder zorgverleners, dragen deze PA's actief bij aan scholingen. Zo is er een gratis e-learning beschikbaar: 'Mensen met hiv in de ziekenhuiszorg, wat moet je weten?', die is ontwikkeld door het OLVG, de Hiv Vereniging en Soa Aids Nederland. Deelnemers aan deze cursus krijgen, als vervolg op de e-learning een workshop aangeboden. Deelnemers gaan hierbij in gesprek met ervaringsdeskundigen, onder leiding van onder anderen Van der Sluis, Metselaar en Kok. Steeds meer centra nemen deel aan deze workshops, die inmiddels door heel Nederland worden georganiseerd. Van der Sluis, Metselaar en Kok benadrukken ook de belangrijke rol van de GGD bij educatie over hiv en het verstrekken van PrEP (Pre-Exposure Profylaxe), medicatie die het risico op hiv-besmetting aanzienlijk verkleint. Helaas wordt deze rol momenteel beperkt door onvoldoende financiering vanuit de overheid. Dit leidt onder andere tot lange wachttijden voor het verkrijgen van PrEP, waardoor sommige mensen alsnog hiv oplopen. Publiekscampagnes over condoomgebruik of hiv zijn ook schaars geworden. Om het gebrek aan voorlichting deels op te vangen, zetten Van der Sluis, Metselaar en Kok zich actief in om voorlichting en scholing te geven aan collega's.

Hiv in de spreekkamer

Tijdens hun spreekuren op de polikliniek infectieziekten begeleiden Van der Sluis, Metselaar en Kok hun hiv-patiënten intensief. Patiënten worden minimaal tweemaal per jaar gezien tijdens consulten van 20 tot 30 minuten. Naast medische handelingen en het voorschrijven van medicatie is er ook aandacht voor het stigma rondom hiv, preventieve zorg (zoals vaccinaties en cardiovasculair risicomanagement) én psychosociale aspecten. Taalgebruik speelt een belangrijke rol in het verminderen van stigma. Zo spreekt men liever van 'transmissie' in plaats van 'besmetting', omdat dit neutraler en minder stigmatiserend is. Veel patiënten komen uit kwetsbare groepen binnen de samenleving, waarin hiv grote impact heeft op het dagelijks leven. In sommige culturen wordt hiv nog altijd gezien als 'vies' of als 'eigen schuld'. Er zijn zelfs landen waar mensen het land uitgezet worden zodra bekend wordt dat zij hiv-positief zijn. Deze patiënten raken hierdoor ontheemd en geïsoleerd.

Seksualiteit en intimiteit zijn veelbesproken thema's tijdens de spreekuren. De PA's merken dat de meeste patiënten hier open over zijn, mits ernaar gevraagd wordt. Dit geeft aan hoe belangrijk het is om ruimte te bieden voor dit onderwerp, ook bij bijvoorbeeld andere specialisaties binnen de ziekenhuizen en huisartsenpraktijken. Seksualiteit kan worden beïnvloed door ziekte of medicatie. En kan hierbij de kwaliteit van leven nadelig beïnvloeden.
Zo staat bekend dat bètablokkers het libido kunnen verlagen, maar dit wordt lang niet altijd uitgevraagd bij de evaluatie van de behandeling. Volgens de PA's is dit een gemiste kans. Aandacht voor seksualiteit in de spreekkamer kan een belangrijk verschil maken in de kwaliteit van leven van patiënten.

Angst voor hiv is niet nodig

Dat 71% van de zorgverleners zich nog altijd onterecht zorgen maakt bij de behandeling van mensen die leven met hiv, toont aan dat er nog veel werk aan de winkel is. Het is aan ons, als PA's, om bij te dragen aan betere kennis en bewustwording. Schrijf je dus in voor de e-learning en zet de eerste stap richting meer kennis over hiv. Tijd om deze onterechte angst definitief achter ons te laten! •

E-learning over hiv in Nederland

contact:
s.rijke@leliezorggroep.nl

De physician assistant als teamleider bij reanimatiecompetities

Reanimatieteams in ziekenhuizen worden steeds vaker geleid door physician assistants. Dat is terug te zien in de competitie voor de titel van beste team. PA Tom van Logten was drie jaar geleden als teamleider de wegbereider.

tekst Elise van Megen, physician assistant Kindergeneeskunde, Gelre ziekenhuizen Apeldoorn
beeld Nicole Krieken

Vlnr Nicole Krieken, Anna-Marie Mollink, Wouter Lindaard, Chris de Kramer, Amber Verstegen en Tom van Logten

De spanning is voelbaar in de zaal. Op het podium staat een geconcentreerd reanimatieteam, klaar voor actie. Het publiek - met name professionals uit de acute zorg - kijkt kritisch mee. Tijdens Venticare Live, hét jaarlijkse congres voor professionals in de acute zorg, strijden teams uit verschillende ziekenhuizen, zowel perifeer als academisch, om de titel 'Beste reanimatieteam van Nederland'. Steeds vaker wordt het team geleid door een physician assistant. Een van de eersten die de rol van teamleider op zich nam, is Tom van Logten. 'Een PA doet niet onder voor een arts in zo'n situatie.'

Van intensive care naar ambulancezorg

Tom van Logten werkte enkele jaren als PA op de intensive care (IC) van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg. Sinds kort is hij werkzaam binnen de ambulancezorg, waar hij zich bezighoudt met zogenoemde 'anderhalvelijnszorg'. Als PA op de IC kwam hij in aanraking met de Venticare reanimatiecompetitie.

De strijd om het beste reanimatieteam

De competitie, inmiddels een vaste waarde binnen Venticare, bestaat uit voorrondes waarin teams punten verzamelen van een jury. De twee hoogst scorende teams strijden in de finale om de titel. Elk team bestaat uit vijf leden: één teamleider en vier verpleegkundigen. Jarenlang mochten alleen artsen de rol van teamleider vervullen, tot het ETZ zich drie jaar geleden aanmeldde.
'In de statuten stond dat er minimaal één arts in het team moest zitten', herinnert Tom zich. 'Ik was de enige 'dokter' in ons team, maar PA ipv arts. Toen heb ik gemaild met de organisatie. Na intern

‘Een PA doet niet onder voor een arts in zo’n situatie’

Vlnr Tom van Logten, Nicole Krieken, Amber Verstegen, Anna-Marie Mollink, Wouter Lindaard, Chris de Kramer

overleg pasten ze de regels aan: een PA mocht voortaan ook als teamleider meedoen. Dat was een belangrijk moment: niet alleen voor mij, maar voor de zichtbaarheid van ons vak.’
Dat jaar deden twee PA’s mee als teamleider. Inmiddels stijgt het aantal PA’s dat meedoet als teamleider jaarlijks. Zo waren dat er in 2024 al vijf: onder meer uit het Medisch Spectrum Twente, Medisch Centrum Leeuwarden, het Ikazia ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en opnieuw het ETZ. Een duidelijke trendbreuk met het verleden.

De kracht van de PA als teamleider

Wat maakt een PA geschikt om een reanimatieteam aan te sturen? Volgens Tom ligt dat in de combinatie van klinische kennis en verpleegkundige achtergrond. ‘Veel PA’s hebben een verpleegkundige basis. We weten dus hoe het is om aan de andere kant van het bed te staan. Tegelijkertijd denken we medisch-inhoudelijk als een arts. Dat maakt dat je zowel de technische handelingen als het teamproces goed kunt overzien. Je weet wat er moet gebeuren, maar ook hoelang het duurt voordat een infuus zit of medicatie is opgetrokken.’
In het ETZ wisselen PA’s en arts-assistenten elkaar af als teamleider van het reanimatieteam, onder supervisie van een intensivist of seh-arts. ‘Van intensivisten krijgen we vaak terug dat onze communicatie en rust opvallen’, zegt Tom. ‘We geven duidelijke opdrachten en blijven kalm, juist in stressvolle situaties — precies wat een team in zo’n moment nodig heeft. Dat is iets waar PA’s sterk in zijn.’

Oefenen, oefenen, oefenen

Wie meedoet aan de competitie, doet dat niet zomaar. ‘De toeschouwers in de zaal zijn vakidioten, mensen die precies weten wat ze zien. Je wilt dus goed voorbereid zijn,’ vertelt Tom enthousiast. ‘We hebben met ons team veel getraind, zowel praktisch als theoretisch. Je leert elkaar kennen, werkt aan je communicatie en verdiept je in de richtlijnen. Zelfs als je niet wint, win je eigenlijk toch. Iedereen merkt dat reanimaties op de werkvloer daarna beter gaan.’
Het enthousiasme werkt aanstekelijk. ‘Sommige collega’s zeggen in eerste instantie: ‘Dat is niks voor mij.’ Maar na het zien van de competitie zijn ze nieuwsgierig en denken er toch over na.’

Spannende momenten en waardevolle lessen

Niet alles verloopt altijd volgens plan. Tijdens een eerdere deelname had Tom te maken met een technisch probleem: het hartritme op de pop was niet zichtbaar. ‘Ik zag toch iets wat leek op een schokbaar ritme, dus ik besloot door te pakken en de AED op te laden. De jury gaf daarna aan dat we goed hadden gehandeld: rustig blijven en handelen naar wat je ziet. Dat is precies wat je in de praktijk ook moet doen.’
Sinds 2024 krijgt elk team na afloop een *tip en top* van de jury: directe feedback op communicatie, techniek en medische besluitvorming. ‘Dat is niet alleen leerzaam voor het team zelf, maar ook voor het publiek,’ zegt Tom. ‘Na ieder scenario wordt kort toegelicht wat goed ging en wat beter kon. Daar steek je echt wat van op.’

Groeiende zichtbaarheid van de PA

Tom ziet de toenemende aanwezigheid van PA’s in de competitie als een weerspiegeling van hun groeiende rol in de acute zorg. ‘Op de IC werken inmiddels ruim honderd PA’s in Nederland, verspreid over bijna alle ziekenhuizen. Dat betekent gemiddeld één PA per IC. We worden steeds vaker gezien als volwaardige collega’s, en dat voelt goed.’
Zijn boodschap aan collega-PA’s die overwegen deel te nemen aan de volgende editie van Venticare Live is helder: ‘Doe het! Het vraagt veel voorbereiding, maar het levert ook ontzettend veel op — voor jezelf, je team en uiteindelijk de patiëntenzorg. En wie weet… sta je volgend jaar in de finale.’
‘De reanimatiecompetitie laat zien dat de PA een onmisbare schakel is in de acute zorg. We combineren denken en doen, hoofd en handen. Dat maakt ons sterk — op de IC, op straat en in elk team dat levens redt.’ •

Verkeerde interpretatie ‘taakherschikking’ levert PA en radioloog berisping op

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) heeft twee uitspraken gedaan over taakherschikking en taakdelegatie naar aanleiding van het handelen van een radioloog en physician assistant (PA). NAPA ontving veel vragen en reacties hierover van leden. Daarom geeft advocaat Astrid Kiewiet een heldere uitleg over de regels die hierbij gelden. Deze zaak laat zien hoe belangrijk het is dat iedere PA de regels rondom taakherschikking en taakdelegatie goed kent en toepast. We hopen dat andere PA’s leren van deze situatie.

tekst Astrid Kiewiet, advocaat Eldermans | Geerts Advocaten
beeld Adobe Stock

Kern van de zaak
De echtgenoot van een overleden patiënt heeft tegen een radioloog en een PA een tuchtklacht ingediend. Beide zorgverleners zijn door het tuchtcollege berispt.
Patiënte was bekend met longembolieën en een uitgebreide gemetastaseerde ziekte. Om haar zo goed mogelijk te kunnen behandelen was het verrichten van aanvullende diagnostiek naar de herkomst van de tumor aangewezen. De PA voerde een echogeleide leverpunctie bij patiënte uit, terwijl de PA op dat moment wist dat patiënte een trombocytenwaarde van 25 had. De ondergrens om de leverpunctie uit te mogen voeren is 50 op basis van de richtlijn die van toepassing is. De PA wist dat er een verhoogd risico was op bloedingen als gevolg van het lage trombocytengehalte. De PA had daarover zorgen en twijfelde of de punctie wel kon worden uitgevoerd. De twijfel werd slechts ten dele weggenomen na het contactmoment met de radioloog. Kort na de leverpunctie ontwikkelde patiënte tekenen van een shock door een bloeding vanuit de lever en overleed zij. De echtgenoot van de patiënte verwijt de PA en de radioloog dat de PA de leverpunctie onder de gegeven omstandigheden uitvoerde, terwijl de PA dat had moeten weigeren.

Oordeel RTG

Het RTG vindt dat de radioloog de leverpunctie niet zelfstandig had mogen laten uitvoeren door de PA. Hij had een vorm van toezicht en tussenkomst moeten bieden. Indien de PA van mening was dat hij zelfstandig bevoegd was op grond van taakherschikking om de punctie te verrichten, had hij zelf na het contact met de radioloog moeten durven besluiten om de punctie niet uit te voeren.
Bij het uitvoeren van een voorbehouden handeling in opdracht (taakdelegatie), had de PA moeten durven weigeren de punctie uit te voeren vanwege het verhoogde risico. Dat heeft de PA in dit geval niet gedaan. Het RTG oordeelt dat van een PA verwacht mag worden dat hij de grenzen van zijn deskundigheid bewaakt. In aansluiting daarop wordt overwogen dat voor het kunnen afbakenen van de deskundigheid het ook noodzakelijk is dat de PA op de hoogte is van de (specifieke) beperkingen van zijn zelfstandige bevoegdheid. Het RTG constateert in dat kader dat de PA enerzijds uitgaat van een zelfstandige bevoegdheid, en anderzijds spreekt over het uitvoeren van een opdracht. Hiermee komt tot uitdrukking dat de PA onvoldoende op de hoogte is van het verschil tussen taakherschikking en taakdelegatie.
De tuchtprocedures zijn aanleiding om in dit artikel het verschil tussen taakherschikking en taakdelegatie nogmaals te verhelderen. Dit komt ook terug in de genoemde tuchtuitspraken.

Voorwaarden taakherschikking

In de eerste plaats beoordeelt het RTG of de PA zelfstandig bevoegd was om de punctie uit te voeren.
Een PA heeft op grond van artikel 36 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) de zelfstandige bevoegdheid om bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren. Dat geldt ook voor de voorbehouden handeling van een punctie. De bevoegdheid van de PA om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten is wel aan voorwaarden gebonden, te weten:

a. handelingen van een beperkte complexiteit;
b. routinematige handelingen;
c. handelingen waarvan de risico's te overzien zijn; en
d. handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen (artikel 5 lid 3 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant).

De PA had moeten durven weigeren de punctie uit te voeren

Als de PA aan één van deze voorwaarden niet voldoet, dan is de PA niet zelfstandig bevoegd om de voorbehouden handeling uit te voeren. De voorbehouden handeling zou dan wellicht wel door de PA kunnen worden uitgevoerd op grond van taakdelegatie (zie hierna). Volgens het RTG was niet aan alle voorwaarden voldaan zoals genoemd in artikel 5 van het Besluit. In deze zaak was volgens het RTG sprake van risicovolle omstandigheden. Er was bij de patiente immers sprake van een trombocytengehalte van 25 en dus een afwijking van de in de richtlijn genoemde ondergrens van 50. Daarnaast gebruikte de patiënte antistollingsmedicatie en was bij haar een agressief gedragende kwaadaardige ziekte geconstateerd. Hoewel de leverpunctie uitvoeringstechnisch niet ingewikkeld was, waren de gevolgen daarvan, volgens het RTG, in dit geval voor de PA vooraf niet goed in te schatten. Gelet hierop en gelet op de algehele zorgelijke medische situatie waarin patiënte zich bevond, betrof de punctie naar het oordeel van het college in dit geval geen handeling waarvan de risico's te overzien waren. Kortom, de PA

De PA dient de grenzen van zijn kennen en kunnen te bewaken

was daarom niet zelfstandig bevoegd om de leverpunctie bij de patiënte uit te voeren.

Voorwaarden taakdelegatie

Wanneer van taakherschikking geen sprake had mogen zijn, bestaat de mogelijkheid dat de PA de voorbehouden handeling mag uitvoeren in opdracht van de radioloog (taakdelegatie). Dat staat uitgewerkt in artikel 35 en 38 Wet BIG. Taakdelegatie betekent dat de radioloog verantwoordelijk blijft, maar bepaalde taken – onder voorwaarden – kan overdragen aan een PA.

Aan die voorwaarden voor taakdelegatie was in deze tuchtrechtelijke kwestie volgens het RTG niet voldaan. De radioloog had de PA wel aanwijzingen gegeven, maar er waren geen afspraken gemaakt over toezicht houden en er bestond geen mogelijkheid van tussenkomst. Daarnaast was overleg slechts minimaal mogelijk doordat de radioloog ingedeeld was op de acute radiologie.

Het RTG is verder van oordeel dat ook in deze situatie van de PA verwacht wordt dat hij bij zichzelf nagaat of hij bekwaam is de voorbehouden handeling bij deze specifieke patiënte onder deze omstandigheden uit te voeren. Ook dient hij de grenzen van zijn kennen en kunnen te bewaken. Door ondanks de twijfel toch de leverpunctie uit te voeren, heeft de PA tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld en had de handeling ook niet op grond van taakdelegatie uitgevoerd mogen worden. •

Heb je vragen over juridische onderwerpen? Stel ze aan het Juridisch Loket! Mail je vragen of opmerkingen naar bureau@napa.nl.

Uitspraak in de zaak van de radioloog

Uitspraak in de zaak van de physician assistant

Shanna Rijke,
PA ouderengeneeskunde

Waarom zijn medicatieoverzichten van de centrale apotheek zo onduidelijk?

Waarom staat er op medicatieoverzichten naast de startdatum, de *uitgeleverd tot*-datum? Moet ik dan zelf gaan uitrekenen of mensen nog tabletten thuis hebben en dus aannemen dat ze dit middel nog gebruiken? Waarom staat er niet gewoon een duidelijke **stopdatum** op? In 2022 werden bij het Landelijk Meldpunt Medicatie-incidenten maar liefst 18.799 (bijna) incidenten gemeld. En dat zijn alleen nog maar de meldingen die wél geregistreerd zijn, vermoedelijk ligt het werkelijke aantal veel hoger, simpelweg omdat fouten niet altijd worden opgemerkt of gemeld. Van deze meldingen kwamen er 17.171 uit het ziekenhuis. 25,8% had te maken met voorschriften, en 12,3% met medicatieoverdracht. De rest van de meldingen kwam vanuit openbare apotheken.
Maar hoe zit het met fouten in de thuissituatie? Of in verpleeghuizen?

> Tijdens het gesprek gaf mevrouw aan dat ze zich ‘altijd zo slaperig’ voelde...

Voor mij is het beoordelen van deze overzichten dagelijkse kost in het verpleeghuis. Vaak weten bewoners zelf niet precies welke medicatie ze gebruiken, door cognitieve achteruitgang en polyfarmacie is dit ook niet vreemd. Eén casus heeft me in het bijzonder aan het denken gezet.
Het betrof een 75-jarige vrouw die ik waarnam voor een collega. Mijn taak was ogenschijnlijk eenvoudig: de medicatie invoeren en een kort opnamegesprek voeren.
De spoedopname was noodzakelijk omdat haar man, haar mantelzorger, plotseling werd opgenomen in het ziekenhuis. Hij was dus niet aanwezig.
Het gesprek met mevrouw verliep moeizaam: ze herhaalde vooral dat ze naar huis wilde. Haar dochter wist weinig over de medicatie, want ‘papa regelde dat altijd’. Het medicatieoverzicht liet onder andere drie verschillende recepten voor baclofen zien - met uiteenlopende sterktes en innamefrequenties. Als ik dat had overgenomen, zou mevrouw uitkomen op 105 mg per 24 uur. Ook stond er een fentanylpleister van 100 µg op de lijst, evenals een indrukwekkende verzameling medicatie met sederende (bij) werking: lorazepam, amitriptyline, temazepam en zopiclon. Daarbij nog cinnarizine (tot 3x daags zo nodig) en vijf (!) actieve recepten voor paracetamol.
Tijdens het gesprek gaf mevrouw aan dat ze zich ‘altijd zo slaperig’ voelde...
Gealarmeerd door de hoeveelheden sederende middelen nam ik contact op met de huisarts. De waarnemer beaamde dat de doseringen bijzonder hoog waren, maar kende de casus onvoldoende. Na overleg met de apotheek bleek uiteindelijk dat er maar één actief baclofen-recept was; de andere recepten waren oude doseringen, ontstaan door wisselingen en leveringsproblemen. Pas na drie telefoontjes hadden we een vermoedelijk correct overzicht.
Waarom staan die recepten dan allemaal als ‘actief’ op de lijst? De term ‘verstrekte medicatie’ klinkt wel erg politiek correct. Waarom geven we elkaar niet gewoon heldere lijsten met **actieve** en **gestopte** medicatie? Ik vind het onbegrijpelijk dat medicatieoverdracht op deze manier gebeurt. En het verbaast me dan ook niets dat ruim 37% van de gemelde medicatiefouten met voorschrijven te maken heeft.
Laten we ons blijven afvragen: is dit echt de manier waarop we medicatieoverdracht willen organiseren? Het kan en móet beter. Voor de veiligheid van onze patiënten én voor de helderheid in ons dagelijks werk.

contact
s.rijke@leliezorggroep.nl

Cultuurverschillen in de zorg: verschillende aspecten, uitdagingen en kansen

Patiënten én zorgverleners brengen hun eigen culturele, politieke en religieuze achtergrond mee naar het contact in de spreekkamer of op de afdeling. Dat verrijkt de zorg, maar kan ook leiden tot misverstanden of spanningen. Wie zich bewust is van de invloed van cultuur op communicatie, ziektebeleving en zorggedrag kan betere en meer passende zorg verlenen.

tekst Sophie Benoy – De Keuster, physician assistant reumatologie, Máxima MC.
beeld Adobe Stock

Het perspectief van de zorgverlener

Voor veel zorgprofessionals is diversiteit een dagelijkse realiteit. Artsen, verpleegkundigen en physician assistants zien patiënten met uiteenlopende waarden en verwachtingen. Dit kan leiden tot:

- **Communicatieproblemen**: in de Nederlandse zorgcultuur is directheid een deugd; in andere culturen kan dit als onbeleefd worden ervaren. Omgekeerd kan indirect taalgebruik door de professional worden gezien als ontwijkend.
- **Verschillende opvattingen over autonomie**: in Nederland staat individuele autonomie hoog in het vaandel. In bijvoorbeeld veel mediterrane of Aziatische culturen wordt juist de familie gezien als primaire beslisser.
- **Tijdsopvatting**: zorgverleners zijn gewend aan strak geplande spreekuren. Voor sommige patiënten is een flexibele omgang met tijd vanzelfsprekend, waardoor afspraken kunnen botsen.

Het vraagt van zorgverleners meer dan alleen medische kennis: een open, nieuwsgierige houding en het vermogen om door te vragen zonder oordeel zijn cruciaal.

Het perspectief van de patiënt

Voor patiënten kan de Nederlandse zorgcultuur eveneens wennen of zelfs vervreemdend zijn. Waar de ene patiënt de open dialoog waardeert, ervaart de ander het ontbreken van duidelijke instructies als onzeker of zelfs respectloos.

- **Verwachtingen en rol van de arts**: in sommige culturen wordt de arts als autoriteit gezien die beslissingen neemt. Het Nederlandse principe van 'samen beslissen' kan daardoor voor patiënten vreemd of belastend aanvoelen.
- **Taalbarrières**: gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal maakt uitleg over diagnoses, behandelingen en medicatie complex. Misverstanden liggen voor de hand en kunnen therapietrouw verminderen.
- **Vertrouwen en veiligheid**: culturele en religieuze waarden kunnen bepalen of een patiënt zich veilig voelt. Een vrouw die alleen door een vrouwelijke zorgverlener behandeld wil worden, of een patiënt die behoefte heeft aan gebed voor een ingreep, kan zich miskend voelen als hier geen oog voor is.

Wanneer patiënten zich niet begrepen voelen, kan dit leiden tot wantrouwen of terughoudendheid om klachten te bespreken. Dat schaadt de kwaliteit van zorg.

Invloed van cultuur en religie op zorgbeleving

Pijnbeleving

Pijn is niet louter een lichamelijk fenomeen, maar sterk cultureel bepaald. In sommige culturen wordt pijn stil verdragen, omdat klagen als zwakte geldt. In andere culturen kan luidruchtige pijnexpressie juist een geaccepteerde manier zijn om steun te mobiliseren. Voor zorgverleners is het belangrijk pijnscores en pijngedrag te interpreteren in het licht van culturele uitingsvormen.

Medicatiegebruik

In West-Europa heerst vaak vertrouwen in evidence-based medicijnen. Sommige culturen verkiezen traditionele middelen of verwachten juist een 'sterk medicijn' (bijvoorbeeld injecties in plaats van tabletten) bij elke klacht. Dit kan botsen met het Nederlandse voorschrijfgedrag, waarin terughoudendheid bij bijvoorbeeld antibioticagebruik eerder de norm is.

Voeding en leefstijl

Religieuze voedingsregels (halal, koosjer, vasten tijdens de ramadan) kunnen directe gevolgen hebben voor dieetadviezen of medicatietijden. Ook culturele eetgewoonten spelen een rol bij bijvoorbeeld diabetesmanagement.

Praktische handvatten voor de zorgpraktijk

1. **Open communicatie**: vraag naar de betekenis van ziekte en gezondheid in de beleving van de patiënt en diens familie. Eenvoudige vragen zoals: *"Wat betekent deze klacht voor u?"*, of: *"Zijn er gewoontes of overtuigingen waar ik rekening mee moet houden?"* kunnen veel verhelderen.
2. **Gebruik professionele tolken**: familieleden kunnen loyaliteit boven volledigheid stellen. Professionele tolken zorgen voor nauwkeurigheid en vertrouwelijkheid.
3. **Respecteer diversiteit, vermijd stereotypen**: niet elke patiënt uit een bepaalde cultuur denkt of handelt hetzelfde. Cultuur is dynamisch en persoonlijk. Afgaan op alleen een achternaam leidt tot veel misverstanden.
4. **Integreer familie en religie in zorgprocessen**: maak ruimte voor gezamenlijke besluitvorming of rituelen waar mogelijk.
5. **Zelfreflectie**: wees je bewust van je eigen culturele bril. Hoe beïnvloeden jouw normen, waarden en vooroordelen je zorgverlening?

Casuïstiek

Hieronder volgen vier casussen van veel voorkomende situaties in de zorg waarbij cultuurverschillen van invloed zijn op zorgverlening en -beleving.

1. Communicatie en familiebetrokkenheid

Een 68-jarige man uit Turkije komt met buikklachten op de SEH. Hij spreekt beperkt Nederlands. Zijn dochter treedt op als tolk. Wanneer de arts uitlegt dat verder onderzoek nodig is, reageert de dochter terughoudend. Later blijkt dat zij informatie heeft achtergehouden: de vader wilde eigenlijk zelf de details weten, maar de dochter vond de diagnose te zwaar om hem te vertellen.

Leerpunten:

- Vermijd dat familieleden optreden als tolk, zeker bij ingrijpende diagnoses.
- Gebruik waar mogelijk een professionele tolk.
- Vraag de patiënt expliciet of hij/zij rechtstreeks aangesproken wil worden of liever dat familie het gesprek voert.

2. Pijnbeleving en uitingsvormen

Een verpleegkundige observeert dat een jonge vrouw uit Eritrea luid kreunt en huilt na een operatie, terwijl haar pijnscore 4 aangeeft. Een andere patiënt met een Nederlandse achtergrond rapporteert een pijnscore 7, maar lijkt rustig en spreekt zacht.

Leerpunten:

- Pijnbeleving is cultureel gekleurd: sommige mensen uiten pijn luidruchtiger, anderen juist minder.
- Neem observaties én patiëntgerapporteerde scores serieus, maar interpreteer ze in context.
- Bespreek actief wat pijn voor de patiënt betekent en welke verwachtingen er zijn van pijnstilling.

3. Medicatie en vertrouwen in behandeling

Een man van Marokkaanse afkomst met hypertensie krijgt tabletten voorgeschreven. Hij stopt echter na enkele weken omdat hij zich zorgen maakt over 'chemische medicijnen' en liever kruidenpreparaten gebruikt die hij van familie heeft meegekregen.

Leerpunten:

- Vraag open naar alternatieve middelen die patiënten gebruiken, zonder te veroordelen.
- Leg uit hoe medicijnen werken en waarom consistent gebruik belangrijk is.
- Zoek samen naar een werkbaar compromis, bijvoorbeeld door gebruik van veilige complementaire middelen naast reguliere therapie.

4. Religie en medische handelingen

Een islamitische vrouw met diabetes moet tijdens de ramadan ingesteld worden op insuline. Ze wil toch blijven vasten. Haar zorgverlener vindt dit onverstandig en overweegt haar te adviseren te stoppen met vasten.

Leerpunten:

- Toon respect voor religieuze overtuigingen en ga in gesprek over mogelijkheden.
- Bespreek praktische alternatieven, zoals het verplaatsen van injectiemomenten of gebruik van kortwerkende insuline.
- Waar nodig kan de patiënt zelf overleggen met een imam; samen zoeken naar een oplossing verhoogt de therapietrouw.

Cultuursensitieve zorg

De invloed van cultuur en religie in de zorg is groot en veelzijdig. Voor zorgverleners betekent dit dat zij niet alleen medische kennis nodig hebben, maar ook culturele sensitiviteit, communicatieve vaardigheden en zelfreflectie. Wie ruimte maakt voor de waarden en overtuigingen van de patiënt, versterkt de vertrouwensrelatie, verhoogt therapietrouw en levert uiteindelijk betere zorg. Scholing, bewustwording en niet veralgemenen (oordelen zonder vooroordelen) zijn daarbij essentieel. Cultuursensitieve zorg is geen extra taak, maar een integraal onderdeel van professioneel handelen. •

contact
s.benoy@mmc.nl

Scholing en verdieping

Diverse organisaties bieden trainingen in interculturele communicatie en cultuursensitieve zorg:

- **Pharos – Expertisecentrum Gezondheidsverschillen** (www.pharos.nl) biedt cursussen en materiaal over cultuursensitieve zorg.
- **Vilans** (www.vilans.nl) heeft leermodules rond diversiteit in de langdurige zorg.
- **Kennisplatform Integratie & Samenleving** (www.kis.nl) deelt praktische handreikingen over diversiteit en zorg.
- De documentaire Kotosa geeft een inkijk in de beleving van zorg vanuit verschillende gemeenschappen. Scan de QR-code voor meer informatie en een link naar de film.

‘Deze keer besloot ik het denkwerk aan de specialist over te laten’

Lisa Oosthoek, physician assistant radiotherapie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Niet de beste patiënt

Al jaren was lage rugpijn een onderdeel van mijn leven. Er was altijd wel een reden te bedenken als de klachten meer aanwezig waren. Ermee naar de dokter gaan leek zinloos, want de inhoud van de NHG Richtlijn a-specifieke lagerugpijn was mij bekend. Het doel werd om te blijven bewegen en met krachttraining de zwakke plek te versterken. Regelmatig een bezoek aan de fysiotherapeut moest ervoor zorgen dat vastzittende spieren weer los gemaakt werden.
Na ruim twee jaar kon de therapeut echter niet anders dan concluderen dat er ondanks de inspanningen eigenlijk geen vooruitgang was. Langzaam kwam het besef dat het misschien toch niet normaal is om als 35-jarige bijna dagelijks met moeite uit bed te kunnen komen.

De therapeut dacht aan de ziekte van Bechterew en adviseerde een verwijzing te vragen naar een reumatoloog. Het lezen van online-informatie over de symptomen resulteerde in een golf van herkenning. De huisarts deelde dit gevoel en regelde direct de verwijzing. Met een familieanamnese tweezijdig positief voor reumatische ziekten leek de diagnose al zo goed als rond. Het moest alleen nog bevestigd worden door de specialist.

De röntgenfoto liet geen typische afwijkingen zien en het bloedonderzoek bleek na weken dagelijks inloggen op het portaal ook negatief. En nu? Zonder diagnose terug naar de huisarts? Met de start van de zoektocht naar een verklaring voor de klachten, ontstond ook een sterke behoefte aan een diagnose. Hierdoor verscheen al gauw de landelijke richtlijn op het scherm van mijn laptop, nog voordat de reumatoloog de kans kreeg om de uitslagen te bespreken. Keurig volgens de richtlijn werd bij enige twijfel nog een aanvullende MRI-scan gemaakt. Die gaf echter ook onvoldoende aanknopingspunten voor een reumatische diagnose. Naast de opluchting om niet de vermoedde chronische ziekte te hebben, bleef er echter een onvoldaan gevoel achter.

In tegenstelling tot mijn verwachting, verwees de reumatoloog niet terug naar de huisarts. Op de röntgenfoto’s was een subtiele afwijking in één van de heupgewrichten zichtbaar, die mogelijk indirect een verklaring kon zijn voor de rugklachten. Ondanks mijn twijfels hierover volgde er een afspraak bij de orthopeed. Hoe kon zo’n kleine afwijking nu zulke forse klachten elders veroorzaken? Deze keer besloot ik het denkwerk toch aan de specialist over te laten. Na een overduidelijk positieve lichamelijke test had hij al een sterk vermoeden. Voor de bevestiging werd er nog een scan aangevraagd.

In een poging om mijn zenuwen weg te nemen, ontstond in gesprek met de interventieradioloog bijna een sollicitatiegesprek toen bleek dat we collega’s waren. Even verdween het gevoel van patiënt zijn, tot de naald het gewrichtskapsel raakte.

De orthopeed bleek gelijk te hebben. Het scheurtje in het kraakbeen van de heupkom werd zorgvuldig door een gespecialiseerd chirurg gerepareerd. Naast de revalidatietrainingen vullen mijn dagen zich gelukkig voornamelijk weer in de rol van PA. Maar in alle eerlijkheid is hiermee misschien wel bevestigd dat mensen die in de zorg werken soms niet de ‘beste’ patiënten zijn. •

contact:
lisa_oosthoek@hotmail.com

Onze gezondheid hangt af van onze leefomgeving!

Tijdens een gesprek met een huisarts over de invloed van een slechte leefomgeving op de gezondheid, viel de term 'planetary health'. Ik had er nog nooit van gehoord, maar begreep wel direct het belang ervan. Wat het begrip inhoudt heb ik met onderstaande vragen proberen te beantwoorden.

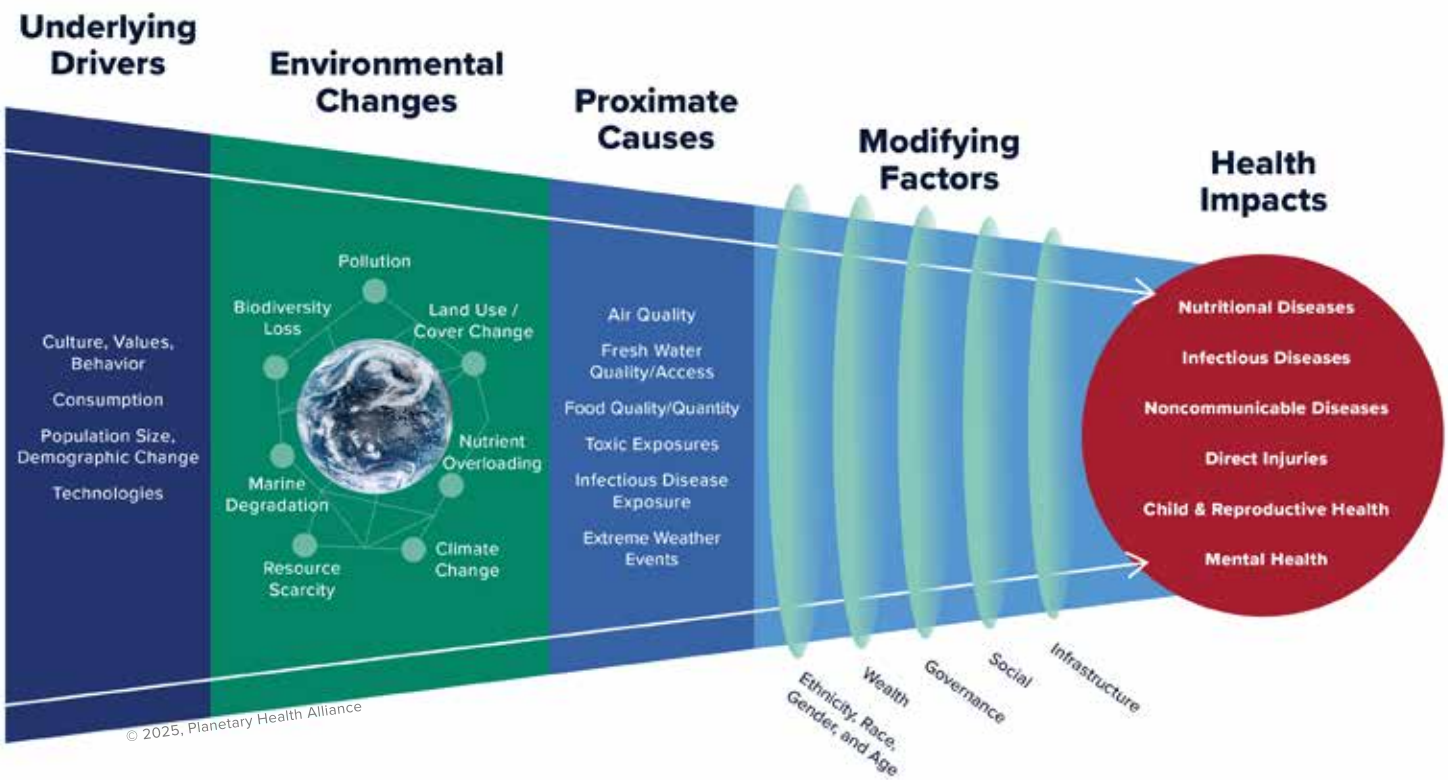
bron Petra van Houten-Ruijters, PA neurologie, Van Weel Bethesda ziekenhuis
beeld Planetary Health Alliance

Het toonaangevende Zweedse onderzoeksinstituut Stockholm Resilience Centre heeft in 2009 grenzen vastgesteld waarbinnen de mensheid zich duurzaam kan ontwikkelen, zonder het functioneren van het natuurlijke aardsysteem te beïnvloeden. Er zijn negen cruciale veranderingsprocessen vastgesteld waarbij overschrijden van een of meer van deze grenzen kan leiden tot onomkeerbare veranderingen en verminderen van de leefbaarheid. Deze negen veranderingsprocessen zijn: klimaatverandering, verlies van biodiversiteit, verstoring van biochemische kringlopen (zoals de stikstof- en fosforcyclus), veranderingen in landgebruik (zoals ontbossing en verstedelijking), verzuring van de oceanen, uitputting van de ozonlaag, chemische milieuverontreiniging, verstoring van zoetwatersystemen en vervuiling van atmosferische aerosolen. Volgens onderzoek van het Stockholm Resilience Centre zijn zeven van de negen planetaire grenzen al overschreden.

Hoe is de term planetary health ontstaan?
De term 'planetary health' werd in 2015 geïntroduceerd door het Britse medisch wetenschappelijke tijdschrift The Lancet. Daarin verscheen een alarmerend rapport over de gezondheidseffecten van verschillende mondiale milieuveranderingen en gezondheid. Sindsdien wordt deze term steeds vaker gebruikt in wetenschappelijke artikelen en beleidsdocumenten.

Wat is planetary health?
De gezondheid van mensen, dieren en de natuur hangt samen met de gezondheid van de planeet. Als de leefomgeving van de mens verslechtert, is er een toenemend risico op gezondheidsproblemen. Volgens de 'Planetary Health Alliance', een wereldwijde samenwerking van universiteiten, organisaties en overheden is planetary health een oplossingsgericht, transdisciplinair vakgebied én een sociale beweging. Planetary health richt zich op het analyseren en aanpakken van de impact van menselijke verstoring van de natuurlijke systemen van de aarde op de menselijke gezondheid en al het leven op aarde. Het uitgangspunt is dat wij om planetaire gezondheid te bereiken, eerst de onderliggende oorzaken van ecologische achteruitgang moeten begrijpen, waaronder cultuur, waarden, gedrag, consumptie, bevolkingsomvang, demografische verandering en verstedelijking en technologieën inclusief industrie en landbouw.

Wie houdt zich in Nederland met dit thema bezig?
In 2023 werd door de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) als eerste aandacht geschonken aan dit onderwerp door het publiceren van een agenda voor onderzoek naar planetaire gezondheid. Het Rathenau Instituut, een onafhankelijk kennisinstituut gevestigd in Den Haag, is ondergebracht bij de KNAW en wordt voor het grootste gedeelte gefinancierd door de Rijksoverheid. Het Rathenau Instituut wil 'door onderzoek en dialoog bijdragen aan democratische besluit en beleidsvorming over de inzet van wetenschap, technologie en innovatie binnen het



gezondheidsdomein'. Het instituut ondersteunt daarvoor gevraagd en ongevraagd het werk van politici en beleidsmakers, geeft inzichten mee aan de beide kamers van de Staten-Generaal en het Europees Parlement, draagt op verzoek bij aan rondetafelgesprekken en technische briefings en doet soms onderzoek op verzoek van bijvoorbeeld ministeries, overheden of publieke organisaties.

Wat is het negatieve effect van verandering van leefomgeving op onze gezondheid?

Er zijn tal van voorbeelden die laten zien dat verandering van onze leefomgeving een negatief effect heeft op onze gezondheid. Door klimaatverandering is de aarde sinds het midden van de 19e eeuw ongeveer 1.4 graden Celsius opgewarmd. Temperatuurstijging kan leiden tot hittestress en een verhoogd risico op hartaanvallen en beroertes. Er is meer kans op infectieziekten door bacteriën, virussen, parasieten en schimmels, zoals een darminfectie met campylobacter, longontsteking door legionella of ziekte van Lyme. Allergieën kunnen verergeren door een langer pollenseizoen, huidkanker kan ontstaan door meer zonuren en hogere UV-straling. Daarnaast is er meer kans op mentale klachten door de dreiging van de klimaatverandering of negatieve ervaringen met extreme weersomstandigheden.

Luchtvervuiling door fijnstof en schadelijke stoffen zoals stikstofoxiden, ozon, koolmonoxide en zwaveldioxide veroorzaken luchtwegaandoeningen, hart- en vaatziekten. Ook door mensen gemaakte chemische stoffen hebben grote invloed op milieu en gezondheid. Via rivieren, zeestromen en neerslag heeft bijvoorbeeld PFAS (de *forever chemical*) zich zelfs tot in het arctisch gebied verspreid. Onderzoekers hebben ontdekt dat de Groenlandse Inuit, een inheemse gemeenschap die traditioneel veel vis en zeedieren eet, wereldwijd de hoogste concentratie PFAS in hun bloed hebben. Daarnaast kunnen chemische stoffen zoals bestrijdingsmiddelen, zware metalen of parabenen, hormonen verstoren, de kwaliteit van sperma en eicellen verminderen en DNA-schade in sperma veroorzaken. Ook worden ze o.a. in verband gebracht met subfertiliteit, reproductieve ontwikkelingsstoornissen, Polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS) en vervroegde menopauze. Te weinig inname van de juiste voedingsstoffen, bijvoorbeeld in geval van oorlog of armoede, of het eten van voedsel van lage kwaliteit, kan leiden tot

Milieu-impact van artificial intelligence

Artificial Intelligence was in 2024 verantwoordelijk voor 11 à 20 % van het totale stroomgebruik van datacenters. Dit kost veel grondstoffen en heeft een grote impact op het elektriciteitsnetwerk, wat al onder grote druk staat. Het gebruik van ChatGPT kost veel water. Volgens een rapport uit 2023 van de Universiteit van Californië verbruikt ChatGPT ongeveer 500ml water per 20-50 vragen. Er dreigt wereldwijd een tekort aan zoet water door bevolkingsgroei, stijgend gebruik en klimaatverandering.

een tekort aan essentiële vitaminen, mineralen en eiwitten. Met als gevolg gewichtsverlies, spierafbraak, verminderde weerstand en gebreksziekten.

Hoe nu verder?

Op internationaal gebied geeft de Planetary Health Alliance aan dat er een breed scala aan interventies beschikbaar is voor verandering van aanpak, zoals onderzoek, scholing en communicatie. Zij biedt op haar site (planetaryhealthalliance.org) een 'roadmap met richtlijnen' aan voor belanghebbenden in elke regio van de wereld.

Het Rathenau Instituut geeft aan dat om de gezondheid van de bewoners van Nederland te beschermen, het belangrijk is om zonder beperkingen van (lands)grenzen, ecosystemen en generaties, in samenhang te kijken naar milieuveranderingen, gezondheidseffecten, oorzaken en betrokken partijen. Om (langetermijn) beleid te maken is, naast wetenschappelijke kennis, publiek en politiek debat cruciaal, waarbij afwegingen moeten worden gemaakt tussen verschillende kosten, baten, waarden en belangen. Daarbij zullen dilemma's opduiken, zoals *de gezondheidsparadox,* waarbij welzijn- en gezondheidsbevorderende maatregelen op lange termijn juist schadelijk blijken te zijn door de milieu-effecten die ze hebben. Gezond voedsel zorgt bijvoorbeeld voor stijging van de levensverwachting, maar ook voor milieuverontreiniging door mogelijk gebruik van toxische stoffen bij de productie door landbouw. Door gebruik te maken van artificial intelligence (AI) in de zorg kan de kwaliteit van de zorg worden verbeterd: administratieve lasten worden verlicht, kosten worden bespaard en nieuwe behandelingen worden versneld doordat AI in staat is grote hoeveelheden data te analyseren. Nadeel is echter dat dit een grote impact heeft op het water- en energiegebruik in de wereld (zie kader).

Waar je zelf invloed op kunt uitoefenen is op je eigen leefomgeving. Wees je bewust van de wereld om je heen en welke impact jij hebt op het milieu. Zorg goed voor de natuur, doe mee met een schoonmaakactie in jouw buurt, vergroen je tuin en vervang bijvoorbeeld een stoeptegel voor een plant. Recycle, vermijd (voedsel)verspilling, verander je dieet en eet bijvoorbeeld meer biologisch. Gebruik niet overal chatbots en ai voor, maar gebruik alternatieve zoekmachines. Kleine veranderingen kunnen al een verschil maken waardoor je leefomgeving verbetert en je je gezondheid bevordert. Als we allemaal iets veranderen, wordt de wereld vanzelf wat gezonder. •

Stil

Hester Gerritsen-van den Berg
PA ouderengeneeskunde, ZZG Zorggroep Nijmegen

Van doorzetten naar overgeven en loslaten. Van zorgen voor anderen naar zorgen voor mijzelf. Mijzelf centraal stellen, dat is nieuw. Van huis uit ben ik een doorzetter, niet mauwen, niet opgeven. Ik kon voorheen wel goed mijn grenzen aangeven, maar deze klachten, deze wereld was nieuw voor mij. De neiging om door te gaan, op een iets lager pitje, was groter. Totdat mijn batterij helemaal leeg was.

Na een griepje in augustus, had ik de maanden erna steeds minder energie. Werken was een opgave en eenmaal thuis lag ik gesloopt, rillend en met spierpijn onder een deken op de bank. Bezoekjes aan de huisarts leverden niets op. Zou het dan longcovid zijn? In overleg met mijn manager, meldde ik mij 50% ziek. Ik vind mijn werk leuk, dat geeft toch positieve energie? Maar ook de halve dagen hield ik niet vol. Uiteindelijk nam ik contact op met mijn manager. Ik stelde voor om een paar dagen vrij te nemen en dan de week erna 25% te gaan werken. Ik dacht: 'wat moet ik de hele dag thuis?' Op advies van mijn manager meld ik mij toch volledig ziek. Met het idee dat als ik mij volgende week wat beter voel, ik weer kan gaan werken. Direct na de ziekmelding valt er een last van mij af. Het verantwoordelijkheidsgevoel lag blijkbaar zwaar om mijn schouders.

Als ik later tegen een vriendin vertel hoe die ziekmelding verliep, realiseer ik mij hoe belachelijk het klinkt. We lachen er samen om. Mijn hoofd wil van alles, maar mijn lijf roept keihard: 'STOP!'

> Mijn hoofd wil van alles, maar mijn lijf roept keihard: 'STOP!'

In de maanden erna zoek ik naar een balans tussen wandelen, ademhalingsoefeningen en rust, veel rust. Ik start met yoga. Er gaat een wereld voor mij open. Ik leer over energiebanen, shakra's en ik snap er de helft niet van. Het dwingt mij wel om te luisteren naar mijn lichaam.

Waar ik voorheen intensieve gesprekken voerde met familieleden en bewoners, heb ik nu vaak moeite om een gesprek te volgen. Ik heb graag rust, stilte om mij heen. Zo weinig mogelijk prikkels. Ondertussen is het druk in mijn hoofd. Ik voer hele discussies met mijzelf: 'Heb ik teveel gedaan? Kan die afspraak doorgaan of ga ik dan (weer) over mijn grens?' Dit zijn geen helpende gedachten. Ze slurpen het kleine beetje energie dat ik heb op.

Als ik alles wat in mijn hoofd rondtolt eens opschrijf, zou dat ruimte geven? Sinds een jaar of acht, heeft het schrijven van blogs mij steeds geholpen om indrukwekkende praktijksituaties te verwerken. Misschien is schrijven nu ook helpend om mijn gedachten te ordenen?

Ondertussen zijn we al ruim een half jaar verder. Er is meer rust in mijn hoofd. Soms is er een paar dagen een balans en voel ik mij best oké. Het is een begin, maar de balans is erg wankel. Ondertussen draait de wereld om mij heen door. Familieweekend, filmavond, etentjes zonder mij. Het is of mijn leven stil staat terwijl de rest verder gaat.

In mijn kleine wereldje leer ik meer te genieten van kleine dingen. Een nieuw bloemetje langs mijn wandelroute. Het geruis van de zee, een rustig terras. En onze tuin, die floreert onder mijn aandacht.

contact:
h.gerritsen@zzgzorggroep.nl

Colofon

Hoofdredacteur Milena Babovic

Redactieraad Wilma Admiraal - de Ruiter, Sophie Benoy - De Keuster, Petra van Houten, Maud Notten, Shanna Rijken, Elise Megens, Lisa Oosthoek.

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
Bouke Drost
Cross 010-7421020/bouke@cross.nl

Oplage 2800

Copyright© 2025 NAPA
Behoudens de door de wet gestelde uitzonderin gen mag niets uit deze uitgave worden verveel-voudigd en/of openbaar gemaakt zonder schrif telijke toestemming van NAPA. De redactie heeft alles gedaan om rechthebbenden van het beeld materiaal te achterhalen. Als toch beeldmateriaal is geplaatst waarvan u (mede)rechthebbende bent kunt u contact opnemen met info@napa.nl

Leden geven NAPA gemiddeld een 7,7

In juni 2025 heeft NAPA een ledenpoll uitgevoerd om de tevredenheid over de geboden dienstverlening te meten en input te verzamelen voor het nieuwe strategische beleidsplan. De resultaten schetsen een overwegend positief beeld: leden zijn zeer tevreden over NAPA en tonen een sterke loyaliteit.
Tegelijkertijd geven de leden aan dat zij verwachten dat NAPA een proactieve rol blijft spelen in de verdere professionalisering en positionering van het beroep. De nadruk ligt daarbij op het verbeteren van arbeidsvoorwaarden en salariëring, het uitbreiden van bevoegdheden (zoals de mogelijkheid tot lijkschouw), het versterken van het scholingsaanbod en accreditatiebeleid, en het vergroten van de naamsbekendheid en invloed van de PA binnen het zorglandschap. Deze thema's vormen de belangrijkste pijlers voor het strategisch beleidsplan 2026–2030, met als doel de tevredenheid van leden verder te vergroten en de positie van de PA duurzaam te versterken. Het strategisch plan 2026-20230 wordt eind dit jaar na goedkeuring door de ledenraad vastgesteld en gepubliceerd.

Scan de qr-code en lees meer over de ledenpoll

Inspiratiedocument over zeggenschap

Samen met de commissie Positionering en Zeggenschap heeft Tanja Prins een inspiratiedocument geschreven voor de leden met veel praktijkvoorbeelden en concrete tips om binnen de eigen werkomgeving met dit thema aan de slag te gaan.
NAPA-leden kunnen daarnaast aansluiten bij een appgroep waarin vragen over positionering door de commissie en onderling worden beantwoord. Wil je je aanmelden? Stuur dan een e-mail naar beleidsmedewerker@napa.nl
Het inspiratiedocument is te downloaden via het besloten gedeelte van de NAPA-website (zie 'Positionering en zeggenschap' onder *Voor leden* op de NAPA-website).

PA Invest 2026

Reserveer alvast 8 en 9 oktober in je agenda voor PA Invest. Het congres vindt volgend jaar plaats bij Hotel NH Noordwijk Conference Centre Leeuwenhorst.

Scan de qr-code voor de aftermovie

NAPA Vertrouwenspersonen

NAPA heeft twee vertrouwenspersonen aangesteld. Zij kunnen peer support bieden aan leden en vrijwilligers van NAPA die in aanraking zijn gekomen met ongewenste omgangsvormen of conflictsituaties op het werk, emotionele spanningen of tuchtzaken. De vertrouwenspersoon is onafhankelijk en kan een luisterend oor bieden aan de melder en hem of haar adviseren over potentiële vervolgstappen. De vertrouwenspersoon biedt geen juridische ondersteuning, dat is de verantwoordelijkheid van de werkgever van de melder. Bij conflicten over arbeidsvoorwaarden en rechten kunnen NAPA-leden een beroep doen op FBZ Rechtshulp of Advocatenkantoor Eldermans | Geerts.

Alle informatie wordt vertrouwelijk en anoniem behandeld.
De vertrouwenspersonen zijn bereikbaar via
vertrouwenspersoon@napa.nl.

De vertrouwenspersonen binnen NAPA zijn:

Corrie Siegers-Siebelink,
PA Interne Geneeskunde

Matthijs ter Horst,
PA Huisartsgeneeskunde

Open over tuchtrecht?

Download onze gespreksstarter!

Met onze gespreksstarter maken we het makkelijker om tuchtzaken met je collega's te bespreken. Zodat de schaamte en het taboe rondom tuchtzaken doorbroken worden én zodat iedereen ervan kan leren.

Meer weten?
Je downloadt de gespreksstarter op openovertuchtrecht.nl/gespreksstarter

open over tucht recht

NAPA ACADEMIE

Voor PA's die zich verder willen ontwikkelen

De NAPA Academie ontwikkelt bij- en nascholingen specifiek voor de physician assistant (PA). Het scholingsaanbod is afgestemd op jouw wensen en behoeften als PA. Inspirerende cursussen, trainingen en masterclasses stimuleren groei, zowel professioneel als persoonlijk.

Thema's

- Bestuur & Management
- Communicatie
- Kennis en vaardigheden
- Leiderschap
- Onderwijs
- Vakgroepscholingen
- Wetenschap

Waarom kiezen voor de NAPA Academie?

- ✔ Scholingsaanbod speciaal ontwikkeld voor PA's
- ✔ Praktische kennis die je direct kunt toepassen
- ✔ Scherp je vaardigheden aan
- ✔ Leer van toonaangevende experts
- ✔ Samen leren met collega PA's

Bekijk het actuele scholingsaanbod op **www.napa.nl/academie**

Blijf op de hoogte. Scan de QR-code en schrijf je in voor de nieuwsbrief.

WWW.NAPA.NL/ACADEMIE