

n a p a

MAGAZINE

Vakblad voor
physician assistants

Froukje de Nas is
teamleider van
een spoedpoli:

**'Wij hebben
hier de volledige
regie over de
patiënt'**

**Praktijkperikel: Hoog tijd dat
PA's keuringen gaan doen**

**Een congres organiseren voor
1500 collega's: een kijkje in de
keuken van PA Invest**

28

APRIL 2026

INHOUD



04

Interview

Nieuw en uniek: geplande spoedzorg door PA's

In het Sionsberg Netwerk Ziekenhuis wordt de spoedpolikliniek volledig gerund door physician assistants en verpleegkundig specialisten. PA Froukje de Nas is teamleider van deze unieke voorziening die een voorbeeld wil zijn voor anderen.

08

Leefstijl

Leefstijl bij kanker: een krachtig instrument in preventie en herstel

Leefstijl speelt een cruciale rol in de zorg voor patiënten met kanker. Bij het bieden van praktische en persoonlijke ondersteuning kunnen physician assistants een sleutelrol spelen.

10

PA in praktijk

Mooi en nuttig werk: Gijsbertha Reiling werkt in een asielzoekerscentrum

In een asielzoekerscentrum komen veel gezondheidsklachten voort uit trauma, stress of onzekerheid over de asielprocedure. Goede communicatie is dan essentieel, ziet PA Gijsbertha Reiling.



16

Verslaving

Roken terugdringen met het 'stopminuutje'

Nog steeds zijn veel mensen nicotineverslaafd. De ambities om die verslaving terug te dringen zijn hoog. Met het 'stopminuutje' kunnen ook PA's daar aan bijdragen.

18

Juridisch Loket

Regiebehandelaar in de ggz: wat mag de PA?

In de geestelijke gezondheidszorg is er een belangrijke taak weggelegd voor de regiebehandelaar. Ook PA's kunnen deze rol uitoefenen. Een overzicht van de regels.

22

Invest

Invest: het congres vóór en dóór PA's

Invest is het bekende jaarlijkse congres voor PA's. De organisatie van dit succesvolle evenement is in handen van zes bevlogen collega's.



26

PA in praktijk

Het hospice: een bijzonder waardevolle werkplek

Het werken in een hospice is veel complexer dan veel mensen denken, zegt PA Astrid Wielink: 'Ik wist: hier moet ik eerst vlieguren voor maken.'

EN VERDER

- 12 **Het Capaciteitsorgaan adviseert over de groei van de beroepsgroep**
- 16 **PA in praktijk: Eveline Mostert en Jessica Verwijmeren zijn PA in obstetrie en gynaecologie**
- 20 **Praktijkperikel: Laat de oogkeuring voor het rijbewijs volledig door een PA doen**
- 29 **Column: Pionieren zit in het DNA van PA's**
- 30 **Goed om te weten**



De eerste 100 dagen als voorzitter van NAPA: Luisteren, verbinding zoeken en vooruit kijken

De eerste honderd dagen als voorzitter van NAPA zitten er op! Honderd dagen waarin ik vooral heb geluisterd, gekeken en veel mensen heb ontmoet. Het waren dagen van kennismaken, verbinden en overleggen met daarbij het groeiende besef wat een mooie vereniging NAPA is en hoe veelzijdig onze vereniging is.

Een belangrijk onderdeel van deze periode waren bezoeken aan de Hogescholen, daar waar de toekomst van ons beroep gevormd wordt. Ik voelde de energie van studenten en docenten en had gesprekken over opleiden, positioneren en besprak hoe we de PA optimaal kunnen voorbereiden op een steeds complexer zorglandschap. Wat mij vooral blijft is het enthousiasme en de betrokkenheid: hier wordt gebouwd aan de kwaliteit van zorg.

Er waren de eerste bestuurlijke overleggen. Met ons eigen bestuur, waar ik nu de rol van voorzitter heb. Dat maakt het toch anders, ik ervaar nog meer betrokkenheid en verantwoordelijkheid. Maar ook extern heb ik met andere besturen kennisgemaakt. Besturen is soms onzichtbaar werk, maar essentieel om onze positie te versterken. Het gaat dan over belangenbehartiging, kwaliteit en toekomstbestendigheid.

En hoe mooi was het om deze eerste 100 dagen af te sluiten met een leergang voorzitterschap. In twee intensieve dagen mocht ik me verdiepen, en laten inspireren, samen met 15 andere voorzitters. Leren, reflecteren en ervaringen delen om mijn nieuwe rol als voorzitter verder te ontwikkelen en verdiepen.

Terugkijkend op de eerste 100 dagen overheerst het gevoel dat ik zo blij ben dat ik dit mag doen. Ik ben dankbaar voor het vertrouwen van de leden, voor de openheid waarmee ik ben ontvangen en voor de mooie reacties. Vooruitkijkend zie ik een mooie toekomst voor NAPA met een sterke positie in het medische landschap.

Rianne Rijdsijk
voorzitter NAPA

Nieuw en uniek: geplande spoedzorg door PA's

De spoedpolikliniek van het Sionsberg Netwerk Ziekenhuis is uniek: een afdeling die volledig wordt gerund door physician assistants en verpleegkundig specialisten en waar patiënten met eenvoudige letsels snel worden geholpen zodat zij niet naar een drukke spoedeisende hulp hoeven. PA Froukje de Nas is er teamleider en ziet dagelijks hoe groot de meerwaarde is. 'Je hebt het gewone ziekenhuis en de huisartsenpost, en wij zitten daar precies tussenin.'

tekst Maud Notten, communicatieadviseur NAPA

beeld Arlette van Eck

Wie met een verstuikte enkel of een gebroken pols naar de spoedeisende hulp gaat, weet wat vaak volgt: lange wachttijden, drukte en het gevoel 'tussen de echte spoedgevallen' te zitten. In Dokkum is de acute zorg op een andere manier georganiseerd. De spoedpolikliniek is een innovatieve vorm van geplande spoedzorg die patiënten sneller helpt en de SEH ontlast.

Froukje van Nas is een van de physician assistants (PA's) werkzaam bij de Spoedpolikliniek. Ze brengt een indrukwekkende achtergrond mee. Ze werkte jarenlang in de acute zorg, eerst als IC-verpleegkundige en daarna twintig jaar op de ambulance, waarvan de laatste drie jaar ook op de ambulancehelikopter. 'Toen de kans van de helikopter voorbijkwam, heb ik dat gedaan. Maar ik wilde mij al langer medisch-inhoudelijk verder ontwikkelen en zo heb ik voor de PA-opleiding gekozen. Ik heb de opleiding gedaan bij een huisartsenpraktijk in een dorp in Friesland en bij de Dokterswacht Friesland. Zo kwam ik in contact met de

Spoedpolikliniek in Dokkum. Ik werk hier nu drie jaar en ben sinds anderhalf jaar teamleider.'

Een nieuw concept in de spoedzorg

De spoedpolikliniek is in 2021 als eerste in Nederland opgezet in Dokkum. Inmiddels is er een tweede locatie in het OLVG in Amsterdam. Het idee kwam van een spoedeisendehulparts die zag dat een groot deel van de mensen op de SEH eigenlijk niet thuishoort op een klassieke spoedafdeling. De spoedpoli richt zich op patiënten die snel hulp nodig hebben, met letsels die urgent zijn, maar beperkt complex. Denk aan laagenergetische trauma's, breuken, verstuikingen en pijn op de borst. Froukje: 'Vaak komen mensen onterecht op de SEH en moeten dan heel lang wachten. Door patiëntenstromen te differentiëren, kunnen deze patiënten veel sneller geholpen worden dan op een SEH.'

De spoedpolikliniek heeft geen beddenhuis en geen continue aanwezigheid van medisch specialisten. Dat vraagt om scherpe selectie aan de voorkant. Froukje: 'Wat we hier niet zien zijn hoofdtrauma's, schedelherstrauma's, thoraxtrauma's en abdominale trauma's, omdat deze patiënten sneller elders geholpen moeten

worden. Patiënten worden naar ons doorgestuurd door huisartsen, en door de afdelingen radiologie, cardiologie en interne geneeskunde van het ziekenhuis. Voor de cardiologie doen we pijn op de borst klachten. Wanneer een huisarts twijfelt of een patiënt cardiale pijn op de borst heeft of dat het toch pulmonale of myogene klachten zijn, dan kunnen wij hier een differentiatie doen. Maar we kunnen ook hartritmestoornissen en hartkloppingen en electieve elektrische cardioversies uitvoeren. De juiste patiënt op de juiste plek blijft essentieel.'

De rol van de PA

De spoedpolikliniek wordt volledig gerund door physician assistants en verpleegkundig specialisten (VS'en). De patiëntencategorieën lenen zich hier goed voor. PA's en VS'en beoordelen, diagnosticeren en behandelen patiënten zelfstandig. Froukje: 'Wij hebben hier de volledige regie over de patiënt. Van binnenkomst tot vertrek doen we alles, zoals lichamelijk onderzoek en triage, diagnostiek en beoordeling van röntgenbeelden, gipsbehandelingen en immobilisaties, repositie van botdelen bij een breuk. Operaties worden niet uitgevoerd op deze locatie. Vervolgzorg vindt plaats in Sionsberg of andere ziekenhuizen. Traumachirurgen houden twee keer per week spreekuur in Dokkum voor follow-up van onze patiënten.'

Er werken momenteel twee PA's en één VS, twee se-verpleegkundigen, twee traumachirurgen en twee verbandmeesters. Onze wens is om te groeien.

De spoedpolikliniek werkt nauw samen met de traumachirurgen van Heelkunde Friesland, de maatschap waarin alle Friese chirurgen zijn verenigd. Twee vaste traumachirurgen ondersteunen de afdeling via structureel overleg. Froukje: 'Twee keer per week nemen we samen alle patiënten door. In 99 procent van de gevallen zijn zij akkoord met het door ons ingezette beleid.'

Rust, continuïteit en patiënttevredenheid

Volgens Froukje is de rust en continuïteit de grootste toegevoegde waarde van de spoedpolikliniek en de rol van de PA's daarbinnen. 'Dit is een hele rustige omgeving. Daardoor kunnen we de tijd nemen voor patiënten en veel uitleg geven.' Die uitleg leidt tot tevreden patiënten én tot minder vervolcontact. 'Mensen mogen ons laagdrempelig bellen. Alleen dat al geeft geruststelling.'

Een belangrijk onderdeel van de werkwijze is het gebruik van de Virtual Fracture Care-app, die inmiddels in



'PA's en VS'en
beoordelen,
diagnosticeren
en behandelen
patiënten
zelfstandig'

'Het is een unieke functie op een unieke afdeling'

43 Nederlandse ziekenhuizen wordt toegepast. Eenvoudige breuken die vroeger standaard in het gips gingen, worden nu vaak behandeld met een brace, sling of drukverband, met uitgebreide instructies in de app. Daardoor ligt er meer regie bij de patiënt zelf. Ze vinden er uitleg over hun letsel, het herstel, de opbouw van beweging én contactgegevens van de spoedpoli. De spoedpoli scoort een 8,9 op patiënttevredenheid.

Waar een bezoek aan de SEH al snel vier tot vijf uur kan duren, is de spoedpolikliniek ingericht op snelheid: 'Omdat het om geplande spoedzorg gaat, is de patiëntenstroom beheersbaar en staan mensen binnen een uur weer buiten'. Dan hebben ze een volledige anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullende diagnostiek, beoordeling en behandeling gehad en er staat een controleafspraak gepland. Ook cardiale patiënten worden snel gezien, vaak nog dezelfde dag, terwijl de wachttijd elders weken kan zijn.

Het succes is als een lopend vuurtje door de provincie Friesland gegaan. 'Als je snel zorg nodig hebt, dan moet je in Dokkum zijn.' De dichtstbijzijnde SEH ligt op 30 kilometer afstand. Maandelijks behandelt de spoedpoli ongeveer 100 patiënten die anders naar de SEH zouden gaan.

Positionering kan beter

Uitdagingen zijn er ook. De positionering van de PA moet beter, vindt Froukje. 'Onze positie is bij de specialisten nog steeds niet helemaal duidelijk. Hoe kijken zij tegen ons aan? En hoe zorgen we ervoor dat zij ons als volwaardig zien? Er worden soms dingen besproken waar wij niet bij zijn, dan wordt er óver ons gesproken, of we iets wel of niet zouden kunnen. Wij horen daar aan tafel te zitten om mee te praten. We zijn bekwaam en bevoegd.'

Ook zijn er volop toekomstplannen. Zo wordt met de chirurgen, huisartsen en cardiologen gesproken over verdere samenwerking. Wat kunnen ze voor elkaar betekenen in de spoedzorg? Welke taken en verrichtingen kunnen in de spoedzorgkliniek gedaan worden om andere specialismen te ontlasten? Froukje: 'Ik ben van mening dat de basis goed moet zijn en dat je van daaruit kan uitbouwen. We kunnen in de breedte ons verder ontwikkelen, zoals kleine chirurgische verrichtingen doen, die je makkelijk kunt inplannen. Ook met de cardiologen zijn we in gesprek om te kijken wat wij op de spoedpolikliniek nog meer zouden kunnen doen.'

Trots op de leukste PA-baan van Nederland

Froukje is van mening dat de Spoedpolikliniek veel potentie heeft en het concept op veel meer plaatsen in het land uitgerold zou kunnen worden. 'Ik vind het vooral heel mooi dat het zo uniek is en dat we dat met PA's en VS'en volledig organiseren. We zijn nog volop in ontwikkeling, maar het biedt de PA heel veel mogelijkheden omdat je trauma-, cardio en acute zorg kan combineren en zelfstandig kunt uitvoeren.

De Spoedpolikliniek in Dokkum laat zien hoe acute zorg anders georganiseerd kan worden: efficiënt, patiëntgericht en met een grote rol voor de PA. Een plek waar patiënten sneller geholpen worden, professionals ruimte krijgen om zelfstandig te werken en de SEH ontlast wordt.

Froukje besluit: 'Het leuke aan de Spoedpolikliniek, en ook aan mijn rol als PA en teamleider, is dat ik mag kijken hoe we er de allerleukste PA-functie van het land van kunnen maken. Want het is echt een unieke functie op een unieke afdeling!' •

'De mensen
staan binnen een
uur weer buiten'



Leefstijl bij kanker: een krachtig instrument in preventie en herstel

Naast behandeling is ook leefstijl een belangrijk onderdeel van de zorg bij kanker. De nieuwe richtlijn 'Leefstijl bij borstkanker' benadrukt dat zorgverleners leefstijl actief moeten bespreken en patiënten praktische en persoonlijke ondersteuning moeten bieden. Physician Assistants kunnen hierin een sleutelrol spelen.

tekst Lisa Oosthoek, PA Radiotherapie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

beeld Adobe Stock



Tegelijkertijd groeit het bewustzijn dat leefstijl een cruciale rol speelt bij het ontstaan, de behandeling en de overlevingskansen van kanker. Roken, alcoholgebruik, gebrek aan beweging, overgewicht, ongezonde voeding en slaapttekort zijn factoren die niet alleen het risico op het krijgen van kanker beïnvloeden, maar ook de uitkomsten na diagnose en behandeling. Nieuwe inzichten, waaronder de recente richtlijnmodule 'Leefstijl bij borstkanker', benadrukken dat leefstijl integraal onderdeel hoort te zijn van moderne oncologische zorg.

Waarom leefstijl ertoe doet

Een aanzienlijk deel van de kankerincidentie hangt samen met leefstijlfactoren. Recente analyses van het IKNL tonen aan dat relatief kleine aanpassingen in het leefpatroon groot effect kunnen hebben. Zo kunnen het verminderen van alcoholconsumptie en stoppen met roken duizenden kankerdiagnoses per jaar voorkomen. Naast preventie is leefstijl ook van invloed op herstel, complicaties en vermoeidheid tijdens en na behandeling.

Onderzoek onder (ex-)borstkankerpatiënten laat zien dat ze leefstijlthema's belangrijk vinden en daarover in gesprek willen met zorgverleners. Toch worden deze onderwerpen lang niet altijd besproken. Patiënten geven aan dat juiste begeleiding het verschil kan maken in het daadwerkelijk veranderen van gewoonten. Zij hebben vooral behoefte aan praktische adviezen en begeleiding die aansluit bij hun persoonlijke situatie.

Kanker is één van de grootste gezondheidsuitdagingen van deze tijd. Volgens cijfers van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) krijgen jaarlijks meer dan 130.000 mensen in Nederland de diagnose kanker, met huid-, prostaat- en borstkanker als meest voorkomende vormen. Mede door vergrijzing en veranderende leefstijlfactoren blijft het aantal kankerdiagnoses stijgen, wat de noodzaak vergroot om naast behandeling ook aandacht te besteden aan preventie en herstel.

Zorgverleners spelen hierin een belangrijke rol. Dit betekent dat leefstijl geen aanvullend thema meer is, maar een essentieel onderdeel van integrale zorg. Een korte vraag naar leefstijl of een verwijzing naar passende ondersteuning kan al een verschil maken. Met het bieden van praktische ondersteuning kunnen zorgverleners patiënten helpen bij het versterken van hun eigen regie. Zo komt er meer aandacht voor wat zij zelf kunnen bijdragen aan hun herstel en welzijn. Door leefstijl vroegtijdig en herhaaldelijk te bespreken, ontstaat ruimte voor gedragsverandering.

Richtlijn Leefstijl bij borstkanker

Traditioneel richtten oncologische richtlijnen zich vooral op diagnostiek en behandeling. De recent herziene richtlijn 'Borstkanker' bevat een aparte module over leefstijl. Hierin worden zorgverleners aangemoedigd om actief met patiënten te bespreken hoe leefstijlfactoren het risico op terugkeer van borstkanker en de overlevingskansen kunnen beïnvloeden.

Belangrijke aandachtspunten uit de richtlijn zijn:

Roken: Roken verhoogt het risico op terugkeer van borstkanker, vermindert de overlevingskansen en kan complicaties bij radiotherapie en chirurgie versterken. Stimuleer patiënten om te stoppen.

Beweging: Voldoende fysieke activiteit - minimaal 150 minuten per week matig intensieve inspanning - verbetert de kwaliteit van leven tijdens en na behandeling en is mogelijk geassocieerd met een lagere borstkankersterfte.

Alcohol: Alcoholgebruik van meer dan één glas per dag kan het risico op terugkeer van borstkanker verhogen, vooral bij postmenopauzale vrouwen en vrouwen met obesitas.

Gewicht: Overgewicht en obesitas zijn geassocieerd met een hoger risico op recidief en een slechtere prognose.

Veelgebruikte adviezen voor een betere leefstijl

- Regelmatige activiteit zoals wandelen, fietsen of lichte krachttraining helpt bij vermoeidheid, spierverlies en mentale gezondheid. Begin met haalbare doelen, zoals dagelijks 10 minuten wandelen, en bouw dit langzaam op richting de richtlijn van 150 minuten per week.
- Een voedingspatroon rijk aan groenten, fruit, volkorenproducten en onverzadigde vetten ondersteunt herstel en algemene gezondheid. Beperk het gebruik van sterk bewerkte producten en suikers.
- Stoppen met roken en het beperken van alcoholgebruik dragen bij aan betere behandeluitkomsten en verminderen het risico op nieuwe maligniteiten.
- Voldoende rust en herstel zijn belangrijk voor het lichaam, vooral tijdens behandelingen. Duidelijke routines, meditatie of ontspanningsoefeningen kunnen helpen om stress te reguleren.

Praktische tips

- Maak leefstijl een vast onderdeel van elk consult, bijvoorbeeld via een korte check op beweging, voeding, roken, alcohol en slaap.
- Gebruik motiverende gespreksvoering om patiënten te ondersteunen zonder te oordelen.
- Koppel leefstijl aan klachten of aandoeningen, zoals vermoeidheid, pijn, cardiovasculair risico of herstel na ziekte.
- Werk samen met andere professionals, zoals diëtisten, fysiotherapeuten of leefstijlcoaches.
- Gebruik bestaande richtlijnen en tools, zoals de Beweegrichtlijnen, stoppen-met-rokenprogramma's en de richtlijn 'Leefstijl bij borstkanker'.
- Blijf het gesprek herhalen, want leefstijlverandering is een proces en vraagt tijd, ondersteuning en opvolging.

De richtlijn benadrukt dat leefstijladviezen onderdeel moeten zijn van zowel de preventieve zorg als de nazorg na behandeling, en dat ze afgestemd moeten worden op de fase van ziekte, belastbaarheid en voorkeuren van de patiënt. Het is belangrijk dat leefstijlverandering niet als schuldvraag wordt gepresenteerd, maar als een kans om meer grip te krijgen op gezondheid en kwaliteit van leven.

Rol physician assistants

Voor PA's ligt er een belangrijke kans om leefstijlzorg te integreren in de dagelijkse praktijk. Door hun laagdrempelige rol en frequente patiëntencontacten zijn zij uitstekend gepositioneerd om dit structureel te bespreken. Door leefstijl niet alleen binnen de oncologie, maar in de brede dagelijkse praktijk mee te nemen, kunnen PA's bijdragen aan preventie, betere behandeluitkomsten en een hogere kwaliteit van leven voor een grote groep patiënten.

Zie ook het artikel over stoppen met roken op pagina 16.

Referenties

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Nederlandse Kankerregistratie: *cijfers over kanker in Nederland*.

Richtlijnen-database. *Borstkanker – module Leefstijl en borstkanker*.

World Cancer Research Fund International. *Diet, nutrition, physical activity and breast cancer*.

Borstkanker Vereniging Nederland. *Factsheet Leefstijl bij borstkanker*.

Gezondheidsraad. *Nederlandse Beweegrichtlijnen*.

Oncoline/Richtlijnen-database. *Herziene richtlijn Borstkanker*.

contact
lisa_oosthoek@hotmail.com

Mooi en nuttig werk: PA Gijsbertha Reiling werkt in een asielzoekerscentrum



Op de parkeerplaats naast pretpark Walibi in Biddinghuizen bevindt zich van oktober tot maart een asielzoekerscentrum (azc). Gijsbertha Reiling is daar samen met een huisarts medisch verantwoordelijk voor de asielzoekers. 'De mix van innovatief denken, samenwerken en zorg leveren die echt een verschil maakt, geeft veel voldoening.'

tekst Sabine van der Landen, PA revalidatiegeneeskunde, Heliomare

beeld Sabine van der Landen, Adobe Stock

Gijsbertha Reiling is opgeleid in de ouderenzorg. Na een reis door Noord-Irak werd zij geraakt door de schrijnende situaties in dat land, vaak het gevolg van de ontoereikende organisatie van zorg aldaar. Gijsbertha voelde de drang om iets bij te dragen aan de zorg voor mensen die gevlucht zijn uit heftige situaties. Ze wil een verschil kunnen maken, door naast medische zorg te leveren, ook perspectief te bieden aan vluchtelingen. En dat lukt met haar werk in azc Biddinghuizen (zie kader).

Hoe begint de werkdag bij het asielzoekerscentrum?

'De dag begint met een overdracht. Hier zijn verschillende medewerkers van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) bij aanwezig, zoals casemanagers en woonbegeleiders. Ook de beveiliging is erbij. Er wordt besproken of er in de nacht bijzonderheden zijn gebeurd. Als het niet lekker gaat met iemand wordt hier proactief op gehandeld. Asielzoekers worden dan gestimuleerd om een afspraak te maken bij de doktersassistente. Zij triageert voor de verpleegkundige, huisarts of PA. Deze drie hebben naast elkaar spreekuren, zowel in de ochtend als in de middag.'

'Laten we elkaar
helpen in deze
onrustige
wereld'

Wat is het verschil met reguliere huisartsenzorg?

'De zorg is proactiever. Mensen worden meer in de gaten gehouden. Tegelijkertijd wordt kritisch afgewogen of een medisch probleem aangepakt wordt of niet. Azc Biddinghuizen is een noodopvang.'

Bepaalde zorg kan wachten. Het is de kunst om hier goede overwegingen in te maken. Een arm die al vijf jaar scheef staat als gevolg van een fractuur wordt wel genoteerd in het dossier, maar de patiënt wordt niet direct doorverwezen. Het is immers ook gelukt om met die arm te vluchten. Een gezin waarin slechthorendheid voorkomt, kan bijvoorbeeld wel al worden doorverwezen. De wachtlijsten bij audiologische centra zijn lang. Een hoorapparaat zal flink bijdragen aan het integratieproces in Nederland.'

'Ook is de intentie misschien wel anders dan in een reguliere huisartsenpraktijk. Naast het leveren van de medische zorg, voelen zorgverleners bij GZA Healthcare (de organisatie die zorg levert in azc's, red.) ook de noodzaak en de drang om asielzoekers een stap verder te helpen in hun integratieproces in de Nederlandse maatschappij. Als zij het willen redden in Nederland, moeten de gewoontes uit onze cultuur stap voor stap aan hen uitgelegd worden. Dit gaat niet vanzelf.'

Welke gezondheidsproblemen komen het meest voor?

'Bij ongeveer 80% van de gevallen speelt trauma, stress of onzekerheid over de asielpcedure een rol in de uiting van klachten. Het is hierbij belangrijk om echt goed contact met de mensen te maken voordat je hier een gesprek over begint. Communicatie is essentieel. Mede daarom wordt vaak gewerkt met een onafhankelijke tolk. Deze kan gebeld worden tijdens het consult. Dit is nodig voor de juridische veiligheid, maar ook voor de veiligheid van zowel de patiënt als de hulpverlener. Verder opvallend zijn de hemoglobinepathieën en Familiaire mediterrane koorts (FMF). Deze aandoeningen komen veel vaker voor dan bij de Nederlandse bevolking. Ook ervaren veel asielzoekers hier hun eerste verkoudheidsklachten. Dit ervaren zij soms als heftig.'

Hoe is ziet jouw rol als PA eruit?

'Ik ben vier dagen in de week aanwezig op het azc. Ik draai zelfstandig spreekuur. Er is telefonisch een achterwacht bereikbaar. Als iemand fysiek gezien moet worden door een achterwacht, stuur ik hem of haar in naar de huisartsenpost of naar het ziekenhuis. De lijnen met de specialisten zijn kort, de samenwerking verloopt prettig. Laagdrempelig overleggen voorkomt onnodig insturen, dit zorgt voor efficiënte zorg.'

'Daarnaast werk ik samen met de ketenpartners. Zo heb ik bijvoorbeeld een rondleiding gegeven aan de ambulancedienst. Sinds zij

Asielzoekerscentrum Biddinghuizen

Azc Biddinghuizen biedt noodopvang. Momenteel verblijven er 1250 asielzoekers. Er zijn veel vluchtelingen uit Afrika en uit oorlogsgebieden, maar ook uit de Verenigde Staten vanwege discriminatie van LHBTQ-personen in dat land. De zorg is in handen van GZA Healthcare, een landelijke organisatie die huisartsenzorg biedt aan asielzoekers. Naast Gijsbertha Reiling zijn er op de locatie in Biddinghuizen zeven PA's in opleiding en vijf verpleegkundig specialisten.



weten wat we hier doen, werken we heel prettig samen. Ook zijn er afspraken gemaakt met een lokaal laboratorium over bloedafnames in het azc, en heb ik een fysiotherapeut en diëtist bereid gevonden te werken met deze doelgroep. Ook zij moeten bereid zijn om met tolken te werken, en ook de intentie hebben om de asielzoekers een stapje verder te helpen in Nederland.'

Wat voor mogelijkheden zijn er voor de PA binnen GZA Healthcare?

'GZA heeft in 2025 een aanbesteding gewonnen van zes jaar. Ze zien de voordelen van taakherschikking door de inzet van PA's. Ook zijn ze erg tevreden over de kwaliteit van zorg. Ik ben in overleg met het bestuur over de rol van de PA's bij GZA Healthcare. Zo heb ik bijvoorbeeld, de in het kader van de MPA-opleiding, de structuur van Entrustable Professional Activities (EPA's) besproken, wat weer nuttig is voor de student PA's.'

Gijsbertha houdt het voor zichzelf ook uitdagend: ze gaat meedoen in de opstartteams van GZA. Als er ergens in Nederland een nieuw azc wordt opgezet door het COA, moet GZA binnen 72 uur medische zorg kunnen leveren. Dat betekent starten met een lege ruimte en zorgen dat alles – van onderzoeksbank tot verbandmateriaal – ingericht wordt. Die mix van innovatief denken, samenwerken en zorg leveren die echt een verschil maakt, is voor haar de belangrijkste bron van voldoening. Als ze iemand enig perspectief heeft kunnen bieden, is haar dag goed.

Welk vooroordeel over asielzoekers zie je graag verdwijnen?

'Dat ze onbetrouwbaar zijn. Als ze bijvoorbeeld tweemaal niet op komen dagen bij een afspraak met een medisch specialist, zijn ze soms niet meer welkom. Terwijl er vaak best een verklaring voor is. Zo weten ze misschien niet hoe ze in het ziekenhuis moeten komen. Ook speelt cultuurverschil hier een rol: in hun thuisland werken doktersafspraken anders. Als ze zich melden, worden ze gezien en moeten ze achteraf betalen. Er zijn geen afspraken en tijdstippen van tevoren. Laten we wat liever voor elkaar zijn en elkaar helpen in deze onrustige wereld.'

Mocht je interesse hebben om een keer mee te kijken met Gijsbertha Reiling: dit lijkt haar erg leuk. Ze is benaderbaar via LinkedIn. •

contact:
sabinebrouwer86@gmail.com

Grip op de toekomst: PA's in het Capaciteitsorgaan denken mee over groei van de beroepsgroep

Elke drie jaar adviseert het Capaciteitsorgaan over de toekomstige vraag naar PA's en de benodigde instroom in de opleiding. Bij dit belangrijke proces zijn meerdere collega-PA's actief betrokken. Een blik achter de schermen.

bron Sophie Benoy – De Keuster, PA reumatologie, Máxima MC
beeld Adobe Stock



Er is een
toename in
de vraag naar
PA's

Het Capaciteitsorgaan adviseert de overheid voor zo'n 80 beroepen in de zorg over het aantal op te leiden zorgprofessionals. De adviezen over de benodigde instroom in de opleidingen komen binnen het Capaciteitsorgaan tot stand in verschillende 'Kamers', zoals de Kamer Medisch Specialisten en de Kamer Geestelijke Gezondheidszorg. Voor physician assistants en verpleegkundig specialisten is er de Kamer PA/VS. In deze Kamer nemen drie PA's deel aan het uitdagende en ingewikkelde adviesproces.

Programmasecretaris Ellen Dankers - de Mari, en Hetty Visee, arbeidsmarktonderzoeker bij het Capaciteitsorgaan lichten dit proces toe.

Driejaarlijkse cyclus

Elke drie jaar wordt een cyclus doorlopen waarin vanuit verschillende bronnen data wordt verzameld. Deze data wordt vervolgens in een ramingsmodel meegenomen om zo tot een advies te komen. De kamer PA/VS bestaat uit vertegenwoordigers van NAPA, V&VN VS, hogescholen, praktijkopleidingsinstellingen en zorgverzekeraars en wordt begeleid door Ellen Dankers en Hetty Visee.

In december 2025 verscheen het meest recente advies voor PA's. Het Capaciteitsorgaan adviseerde toen om de instroom te verhogen van 286 naar 320 nieuwe studenten per jaar. Na dit advies start gelijk de nieuwe driejaarlijkse cyclus. 'De eerste bijeenkomsten van de nieuwe cyclus staan in het teken van het opstellen van een plan: wat gaan we doen de komende drie jaar en welke data gaan we verzamelen?', licht Ellen toe. 'We zetten onderzoeken uit, bevragen alumni, doen een werkgevers-enquête, houden multidisciplinaire expertbijeenkomsten en veldgesprekken met zorgorganisaties, de beroepssector en de vakgroepen van NAPA. En we volgen publicaties op dit gebied nauwlettend.'

De verzamelde gegevens worden aangevuld met registerdata en declaratiedata. Deze worden bekeken door een data-analist. 'Het is daarom van belang dat PA's op eigen naam declareren. Dit verschaft inzicht in de bijdrage van de PA aan de geleverde zorg', aldus Ellen. 'Verder halen Hetty en ik input op bij de leden van de Kamer en doen voorstellen voor een plan van aanpak. De leden van de Kamer denken vervolgens mee over dit plan en de uitvoering ervan.'

Ramingsmodel

Als alles compleet is, komt de verzamelde informatie naar de Kamer PA/VS voor bespreking. Hierbij wordt gekeken naar volledigheid en bruikbaarheid van data en er wordt gediscussieerd over hoe deze omgezet kan worden naar het ramingsmodel. Het Capaciteitsorgaan doet hiervoor voorstellen aan de Kamer en bewaakt de betrouwbaarheid en het correcte gebruik van de gegevens.

Bart Ruitkamp is PA en werkzaam als docent bij de MPA aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN). Bart zat twee termijnen namens NAPA in de Kamer PA/VS. 'Het ramingsmodel is met ongeveer 50 parameters ongekend complex', vertelt hij. 'Het doorgronden van de basis van dit model en de bijbehorende ramingscyclus was een uitdagend proces, maar de kennis die ik hierbij heb opgedaan is van onschatbare waarde. Het stelt mij in staat om in andere gremia beter beslagen ten ijs te komen. Tegelijkertijd breng ik de kennis en ervaringen uit die gremia weer terug naar de vergaderingen van het Capaciteitsorgaan, wat de belangenbehartiging van onze beroepsgroep ten goede komt.'

Ellen vult aan: 'Het leuke is dat de PA's in verschillende sectoren van de gezondheidszorg vertegenwoordigd zijn en dat het een beroep in ontwikkeling is. Een PA mag maximaal drie keer drie jaar zitting nemen in de Kamer PA/VS van het Capaciteitsorgaan. Bij het wisselen gaat er wel expertise en ervaring verloren, maar er komt dan weer iemand met een frisse blik bij.'

Het Capaciteitsorgaan adviseerde de instroom te verhogen van 286 naar 320 studenten

Trends

Er is een aantal trends van invloed op de ramingen die ook zijn meegenomen in het laatste advies. Hetty noemt de belangrijkste: 'De huidige groep PA's wordt ouder, 7% is 60 jaar of ouder en zal dus op een gegeven moment vervangen worden. Daarnaast groeit het personeelstekort in de zorg: in 2025 waren er per 100 werkzame PA's circa 10 vacatures. Er is een toename in de vraag naar PA's in langdurige zorg, in de huisartsenzorg en in ouderengeneeskunde. Die toenemende vraag is onder meer het gevolg van demografische ontwikkelingen, van afspraken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en van de trend om zorg dichterbij huis te organiseren.' De impact van kunstmatige intelligentie (AI) lijkt vooralsnog beperkt, mogelijk zal het de administratielast en de werkdruk verlagen, maar de komende jaren wordt er nog geen aanzienlijk effect in diagnostiek en behandeling verwacht. Als de hele cyclus doorlopen is, volgt er nog een doorberekening door een onafhankelijk bureau en volgt het uiteindelijke advies. Wanneer de Kamer daarmee akkoord is, gaat de tekst voor een definitief akkoord naar het algemeen bestuur van het Capaciteitsorgaan, de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). Op het moment van schrijven van dit artikel is nog niet bekend of de minister het advies van december 2025 gaat overnemen. •



Klik hier voor het Capaciteitsplan 2027-2030
Kernrapport Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist Algemene gezondheidszorg

Een sterk team door kennis, ervaring en hechte samenwerking

De afdeling gynaecologie en verloskunde van het Amphia ziekenhuis in Breda is een bont gezelschap. Er zijn maar liefst 10 physician assistants obstetrie/gynaecologie werkzaam. Samen met 20 gynaecologen, verpleegkundig specialisten, een grote club klinisch verloskundigen, a(n)iessen en baiessen (Belgische aiessen) vormen ze een goed ingespeeld team. PA's Eveline Mostert en Jessica Verwijmeren werken er samen met gynaecoloog Marjolein Santema. Gedrieën vertellen ze over hun bijzondere werkplek.

tekst Manon Lichtenberg, PA neurologie,
Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN)

beeld Nicolette vd Lindeloof

Anders dan in veel andere ziekenhuizen zijn gynaecologie en verloskunde in het Amphia ziekenhuis niet gescheiden. Volgens Eveline is dat een voordeel: 'Onze taken als PA zijn heel uiteenlopend: soms acuut en soms gepland. Dat vereist dat je echt als team werkt en het samen met de gynaecologen doet, of moet doen. Je kunt dan niet op je eigen eilandje blijven werken.'

Hoe ziet een werkdag eruit?

Dat is heel divers zegt Jessica: 'We draaien poli, doen triages en worden in consult geroepen door bijvoorbeeld de SEH. In de kliniek hebben we een functie vergelijkbaar met een zaalarts. Eveline: 'Daarnaast zijn we ook kartrekker bij het schrijven en verbeteren van richtlijnen, doen we acute zorg trainingen, zijn we betrokken bij prenatale diagnostiek en nemen plaats bij het multidisciplinaire overleg Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie (POP).'
'Wanneer we dienst hebben, zijn we het eerste aanspreekpunt voor huisartsen, de spoedeisende hulp en de aanwezige klinische verloskundigen. Veel kunnen we zelfstandig afhandelen, maar bij complexe of spoedeisende situaties zijn er altijd gynaecologen beschikbaar.



Gynaecoloog
Marjolein
Santema: 'Ik zie
de PA als een
gelijkwaardige
sparringpartner'

Marjolein vult aan: 'Dan is het echt een 1-2 tje tussen mij als gynaecoloog en de PA. Ik zie de PA als een gelijkwaardige sparringpartner. Onlangs was er een zwangere met een verdenking van een abruptio placentae (loslating van de placenta). Ik vroeg aan Jessica: 'Wat denk jij? Moeten we nu een spoedsectie doen?' En daardoor stonden we al snel samen op de OK waar onze vermoedens bevestigd werden.'

Hoe is jullie taakverdeling op de OK?

Eveline: 'Als PA staan wij als tweede zorgprofessional aan tafel naast de gynaecoloog. We assisteren bij complexe of risicovolle operaties. Kleinere verrichtingen, zoals vacuumextracties doen we zelf als PA.' Marjolein: 'Ook daarin zit er een verschil met a(n)ios die soms nog maar net klaar zijn met de opleiding of maar kort blijven. De PA's brengen zoveel ervaring mee, ook omdat ze allemaal een achtergrond hebben als klinisch verloskundige.'

De PA opleiding klinisch verloskunde was tot een paar jaar geleden net iets anders dan die van de algemene opleiding tot PA. Maar in beide gevallen resulteerde dat in dezelfde titel: physician assistant.

Hoe zag jullie opleiding eruit?

'De opleiding was heel breed', zegt Eveline. 'We zijn allemaal in Rotterdam opgeleid met een achtergrond als klinisch verloskundige. Tijdens de opleiding behandel je elke tractus net als bij de algemene MPA-opleiding, maar bij ons werd ook alles weer gelinkt aan zwangerschap, bevalling en kraambed.'

De volle breedte van het vak kwam langs zegt Jessica: 'Ik heb bijvoorbeeld stage gelopen op de SEH, bij de ambulance en in een huisartsenpraktijk. Wanneer je geen echoscopist bent ga je ook een stage lopen in de echografie.'

Eveline: 'Ieder volgt daarin haar eigen pad. Zo heb ik een stage gelopen bij mammachirurgie, omdat dat iets is wat we bij zwangere vrouwen tegen kunnen komen. Door die kennis heb een keer pathologie kunnen signaleren en was ik blij dat ik deze stage gedaan had.' 'Het is van grote meerwaarde dat ze naast de kennis en ervaring als verloskundige ook sterk medisch inhoudelijk opgeleid worden', aldus Marjolein. 'Naast de opleiding op de hogeschool worden ze natuurlijk ook bij ons in de kliniek opgeleid. We hebben geïnvesteerd in kwaliteit en dat zie je terug in hun overstijgende blik. Het is een vast en waardevol team geworden.'

Wat vind jij als medisch specialist cruciale competenties voor een PA?

Marjolein: 'Het is belangrijk om leiderschap te kunnen tonen, te kunnen overzien waar je kunt helpen en dus verder kijken dan je eigen casus. Je moet leergierig zijn en bereid zijn om extra taken op te pakken die passen bij de functie. Denk bijvoorbeeld aan het plaatsnemen in een richtlijncommissie. En natuurlijk moet je stressbestendig zijn in acute en soms hectische situaties. Goed kunnen samenwerken is natuurlijk ook essentieel.'

Waarin verschillen de taken van de PA's met die van jou als gynaecoloog?

'De PA's nemen veel taken over die een gynaecoloog ook zou doen. Ook doen ze voorbehouden handelingen op de OK. Bij een complexe zwangerschap op de poli zijn er drie consulten met de gynaecoloog en alle andere bij de PA. Tussendoor overleggen we. Wij gynaecologen zijn altijd beschikbaar voor supervisie wanneer nodig. Complexe situaties kunnen we overnemen of samen doen. De PA's superviseren op hun beurt weer de klinisch verloskundigen. Ze hebben meer verantwoordelijkheden en dat moet je wel kunnen en willen dragen.'



Staat: Jessica Verwijmeren
Links voor: Marjolein Santema; Rechts voor: Eveline Mostert

Is dat terug te zien in de inschaling?

Eveline: 'Er is binnen het ziekenhuis? een project taakherschikking geweest waarbij we ook al een jaar bezig zijn met een herwaardering in de schaal van de Functie Waardering Gezondheidszorg (FWG). Daar is nog geen definitieve beslissing over genomen. Er is al wel een nieuw functieprofiel opgesteld, de weging hiervan volgt later dit jaar.'

Hebben jullie nog een advies voor andere PA's?

'Blijf je ambities uitspreken en blijf in gesprek met medisch specialisten. Een goede opleiding is één ding, maar leren gaat door als je klaar bent. Het is belangrijk om het vertrouwen te krijgen, zodat je je meerwaarde op de afdeling kunt laten zien.'

'Ook in de communicatie naar buiten is nog veel winst te behalen. We presenteren bijvoorbeeld elk kwartaal onderzoeksresultaten op de informatieavond Integrale geboortezorg voor alle geïnteresseerden, zoals verloskundigen. We merken dat de titel physician assistant bekender wordt. We zetten onszelf steeds meer op de kaart en het is leuk om te merken dat we ook voor patiënten zeker geen onbekende beroepsgroep meer zijn.' •

contact:
manon@nons.nl

Roken terugdringen met het 'stopminuutje'

Stoppen met roken bespreken is een taak van iedere zorgverlener. Veel PA's doen dat al. Maar wat zijn nu de gezondheidsrisico's van stoppen met roken? Wat zijn de doelen uit het Nationaal Zorgakkoord en hoe kunnen deze bereikt worden? En wat is de rol van de PA? We spraken met Esther Croes van het Trimbos Instituut.

tekst Henrieke van Bruchem, physician assistant huisartsgeneeskunde

beeld Esther Croes



Epidemioloog Esther Croes van het Trimbos Instituut

Esther Croes is werkzaam bij het Trimbos instituut als arts (niet-praktiserend) en epidemioloog. Zij houdt zich bezig met stoppen-met-rokenzorg (SMR). Het Trimbos Instituut doet onderzoek naar onder andere roken en tabaksontmoediging. Het instituut verspreidt die kennis en zorgt dat ze in de praktijk wordt gebracht.

Gezondheidsrisico's

Elke sigaret die gerookt wordt is schadelijk. Roken heeft invloed op elk orgaansysteem. Roken kan leiden tot ziektes als COPD en longkanker, maar heeft ook invloed op bijvoorbeeld wondgenezing, het helingsproces van een botbreuk, de werkzaamheid van chemotherapie, enzovoort. Dat maakt dat dit onderwerp relevant is voor iedere zorgverlener. Er is altijd een reden om het te bespreken.

Elk jaar overlijden 19.000 mensen aan de gevolgen van roken en 1000 mensen aan de gevolgen van meeroken, met een fors verlies van levensjaren. Een zware roker verliest gemiddeld 13 levensjaren, een lichte roker (die niet dagelijks rookt) verliest gemiddeld 5 levensjaren. En in de jaren voor het overlijden zijn rokers doorgaans een aantal jaren ziek.

Het is een misvatting dat het vooral laagopgeleide, oudere mensen zijn die roken; veruit de grootste groep bestaat uit middelbaar- en hoogopgeleide mensen. Ook zijn het vooral jonge mensen die roken of vaperen. En dat is de groep waar de meeste gezondheidswinst te behalen valt.

Nationaal preventieakkoord

Met het Nationaal Preventieakkoord wil de Rijksoverheid samen met andere organisaties, zoals Trimbos instituut, toewerken naar

een rookvrije generatie in 2040, waarbij geen enkel kind meer rookt of begint met roken en zwangere vrouwen niet roken. Het doel is om het percentage volwassen rokers te verlagen van 23% in 2018 naar minder dan 5% in 2040. Hoewel het aantal rokers in Nederland daalt, wordt dat doel in het huidige tempo niet gehaald. Daarom moet er extra ingezet worden op preventie en ontmoediging.

Op dit moment houdt het Trimbos Instituut zich bezig met twee grote onderdelen uit het Preventieakkoord. De eerste is 'Rookvrije Zorg'. Dat is een toolkit die handvatten biedt om een rookvrije werken behandelplek te realiseren. Trimbos maakt materialen, houdt de website bij en ondersteunt bij de implementatie, maar is niet uitvoerend. De tweede opdracht is zorgen dat zorgverleners weten wat hun taak is bij het stoppen met roken. Voor alle zorgverleners is die taak het geven van een kort stopadvies met een warme verwijzing. Om dit te realiseren is zijn er kennisproducten ontwikkeld. De NHG-standaard Stoppen met roken werd ontwikkeld, tegelijk met de multidisciplinaire richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving. Daaraan is de Zorgstandaard Tabaksverslaving gekoppeld. Ook is er een zorgpad gemaakt dat iedere zorgverlener zelf kan invullen. Daarnaast zijn er e-learnings, scholingsmaterialen en geaccrediteerde nascholingen ontwikkeld.

Very Brief Advice Plus

Om het bespreken van stoppen met roken makkelijker te maken is 'Very Brief Advicem Plus' (VBA+) ontwikkeld. VBA+ wordt ook wel 'stopminuutje' genoemd. Het is een effectieve en laagdrempelige manier om stoppen met roken in elk consult bespreekbaar te maken. Het is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek van het Trimbos-instituut en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Het inzetten van VBA+ verdubbelt de kans op een succesvolle stoppoging.

VBA+ bestaat uit 3 stappen:

Vraag naar de rookstatus

Vertel dat professionele hulp, eventueel in combinatie met ondersteunende medicatie, het meest effectief is

Verwijs warm naar stoppen met roken begeleiding.

Het is effectief, snel (binnen één minuut) en positief. Het schaadt de patiëntrelatie niet omdat toestemming aan de patiënt wordt gevraagd en omdat het gesprek positief wordt gehouden. Rokers verwachten ook van zorgverleners dat zij dit onderwerp bespreken. Esther legt de nadruk op de kracht van herhaling. Steeds als je de patiënt hierover spreekt, wordt deze weer getriggerd. Ook noemt zij de warme verwijzing een 'cruciale stap'. Na het uitvragen van de rookstatus en de uitleg kan een patiënt wel gemotiveerd zijn, maar er kunnen tal van redenen zijn waarom een patiënt niet aankomt bij professionele begeleiding.

Professionele begeleiding

Het Nationaal Preventieakkoord streeft ernaar dat 50% van de rokers jaarlijks een serieuze stoppoging doet en dat minimaal 20% daarvan maakt gebruik van bewezen effectieve methoden. Een begeleid



traject is bewezen effectiever dan een individuele stoppoging. Maar deze streefcijfers worden nog lang niet gehaald en daarom is de hulp van iedere zorgprofessional nodig.

Stoppen met roken-coaches staan geregistreerd in de Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ). In veel huisartsenpraktijken en ziekenhuizen is zo'n professional werkzaam. Dat kan bijvoorbeeld een praktijkondersteuner (POH) zijn of een PA. Ook zijn er bedrijven die stoppen met roken zorg aanbieden. Stoppen met roken zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Daaronder valt ook de nazorg met terugvalpreventie.

De rol van de PA

Esther: 'We zien dat physician assistants een hele enthousiaste groep is, die ook aangeeft dat zij preventie belangrijk vindt. PA's zijn vaak daadkrachtige mensen. En daar past zo'n stopminuutje uitstekend bij.' VBA+ is een methode die iedere PA kan toepassen in de spreekkamer. De begeleiding van de roker bij het stoppen kan de PA delegeren naar een gecertificeerde stoppen met roken-coach. Het is daarom belangrijk om te weten naar welke personen binnen de organisatie of in de omgeving verwezen kan worden. Daarnaast kan een PA kartrekker zijn binnen het team. In de eerste plaats om collega's te motiveren stoppen met roken te bespreken, bijvoorbeeld met de VBA+ challenge, waarbij zorgprofessionals 4 weken lang oefenen met het 'stopminuutje'. In de tweede plaats om VBA+ te promoten en collega's hierin te trainen. •

Rookstopzorg van het Trimbos Instituut



VBA+



VBA+ Challenge



Regiebehandelaar in de ggz: wat mag de PA?

De term regiebehandelaar wordt vaak gebruikt, maar in de praktijk is niet altijd even duidelijk wie dat mag zijn en wat de normen per sector zijn. In deze aflevering van het Juridisch loket zoomen we in op regiebehandelaarschap in de ggz en op de vraag of PA's daar consulten mogen schrijven.

tekst Tanja Prins, beleidsmedewerker NAPA

beeld Adobe Stock

In de ggz wordt sinds 2017 de term regiebehandelaar gebruikt. De ggz liep hierin voorop ten opzichte van andere sectoren in de gezondheidszorg. Daar werd de term pas in 2021 door het Centraal Tuchtcollege (CTC) geïntroduceerd als vervanging voor het begrip 'hoofdbehandelaar'.

In de ggz is in het model Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS) opgenomen wat regiebehandelaarschap inhoudt en wie deze rol kan en mag vervullen. De PA is sinds 2022 opgenomen als regiebehandelaar in het LKS. In deze oude versie was niet helder welke zorgprofessional in welke setting van het zorgprestatie-model (zie kader) regiebehandelaar kon zijn. Er golden daarom tijdelijk aanvullende veldafspraken. Per 1 januari 2026 geldt echter LKS 4.0 en zijn de aanvullende afspraken niet meer van toepassing. In het LKS 4.0 is regiebehandelaarschap opgedeeld in twee regierollen: de indicerende rol en de coördinerende rol. Deze twee rollen kunnen door twee verschillende zorgverleners worden ingevuld. De PA, werkzaam in een multidisciplinair team, kan binnen de gespecialiseerde ggz (setting 3 tot en met 8, zie kader) zowel de indicerende als



Sinds dit jaar kan de PA ggz consulten registreren

coördinerende regierol vervullen. Voor het uitvoeren van de indicerende rol geldt dat bij diagnostiek en indicatiestelling een collega met een wettelijk erkend specialisme (volgens artikel 14 van de wet BIG) betrokken te zijn, denk aan een psychotherapeut, verslavingsarts of specialist ouderengeneeskunde. Deze betrokkenheid kan via direct contact of indirect via een multidisciplinair overleg (MDT) of via bilaterale afstemming.

Consulten registreren

Tot 2022 kon de PA in de ggz geen consulten op eigen naam registreren. De inzet van een PA werd vergoed op basis van een opslagtariëf op een beddenvergoeding. Hierdoor was het tarief voor de inzet van de PA te laag en was de inzet van de PA nagenoeg onzichtbaar. Sinds 2022 is de PA in het zorgprestatie-model ggz opgenomen als consult-

De 8 ggz-settingen volgens het zorgprestatie-model*

- 1 ambulant, sectie II
- 2 ambulant, sectie III monodisciplinair
- 3 ambulant, sectie III multidisciplinair
- 4 outreachend
- 5 klinisch
- 6 forensisch en beveiligd, klinisch
- 7 forensisch en beveiligd, niet-klinisch
- 8 hoog specialistisch

*zie voor een nadere toelichting het Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ

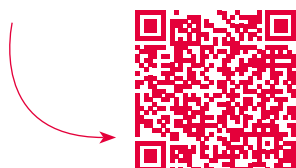
schrijvend beroep. In eerste instantie onder de noemer 'overige beroepen'. Sinds dit jaar kan de PA ggz consulten registreren onder de noemer 'Gezondheidszorgpsycholoog, Orthopedagoog-generalist, Physician assistant'. Hierdoor is er een beter passende vergoeding gekoppeld aan de inzet van de PA, ook als deze als regiebehandelaar optreedt.

Regiebehandelaarschap andere sectoren

In andere zorgsectoren kan de invulling van het regiebehandelaarschap anders zijn. De KNMG publiceerde in 2022 de handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'. Hierin wordt ingegaan op de term 'regiebehandelaar' en worden aandachtspunten beschreven voor de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Deze handreiking geldt als een professionele standaard en is door vele beroeps- en brancheorganisaties onderschreven, waaronder ook NAPA. •

Meer informatie: Tanja Prins, beleidsmedewerker NAPA
beleidsmedewerker@napa.nl.

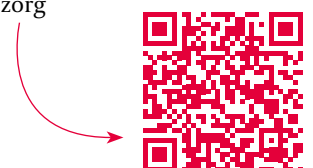
Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ



KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling



NZA Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg



Laat de oogkeuring voor het rijbewijs volledig door een PA doen



Een patiënt komt op de poli oogheelkunde voor een reguliere controle. Aan het einde van het gesprek vraagt hij voorzichtig: 'Kunt u meteen ook mijn rijbewijskeuring doen? Het verloopt over zes weken.' De eerstvolgende afspraak is pas mogelijk over twee maanden. Het rijbewijs is dan al verlopen.

Als PA oogheelkunde zie ik regelmatig patiënten die in de knel komen door wachttijden voor een keuring voor het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR). Ondertussen vergrijsst de samenleving en neemt het aantal keuringen jaarlijks toe. De druk op oogartsen groeit, terwijl hun agenda's al overvol zijn.

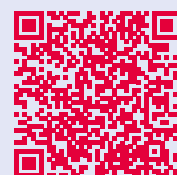
In de praktijk voeren PA's de keuring inhoudelijk al volledig uit. Dat betekent: gezichtsscherpte beoordeling, pupilreacties, gezichtsveldonderzoek en het spleetlamponderzoek om oogziektes op te sporen in relatie tot rijgeschiktheid. De oogarts stapt er enkel aan het einde in om de duurverlenging te bepalen en het officieel te maken. Inhoudelijk is er geen enkel argument waarom een PA deze keuring niet zelfstandig zou mogen afronden.

Er is geen argument waarom een PA deze keuring niet zelfstandig zou mogen afronden

Toch mag het niet. De Wet BIG en het principe van taakherschikking – het structureel verschuiven van taken van oogarts naar PA, mits aantoonbaar bekwaam – bieden hiervoor al de juridische basis. De blokkade zit in de Regeling rijgeschiktheid van het CBR, die voorschrijft dat uitsluitend een arts de keuring mag uitvoeren en ondertekenen. Die regeling is nooit aangepast op de komst van de PA als zelfstandige beroepsgroep. De wetgeving loopt hier achter op de praktijk.

Het is tijd dat beleidsmakers en de beroepsgroep samen optrekken om deze blokkade weg te nemen – omdat het simpelweg beter is voor de patiënt én voor de zorg.

Wat zegt het CBR over de oogkeuring?



contact
mireille_de_laat@hotmail.com



Werkgroep Invest (v.l.n.r.): Jill Muijers (PA Kindergeneeskunde, Zuyderland), Léonie Nicolosi-Leegte (PA Gynaecologie & Obstetrie, UMCG), Antoine Veringa (PA Oncologische chirurgie, Isala), Larissa Koene (PA Cardiologie, Zuyderland), Niek Warringa (PA MDL, Isala en Amsterdam UMC), Nick Fuhler (PA Radiotherapie, UMCG).

Invest: het congres vóór en dóór PA's

Wat ooit begon als een bescheiden ledenvergadering is nu een groot en drukbezocht tweedaags congres: Invest. Achter dat congres staat een bevlogen werkgroep van zes PA's. Wie zijn zij? Hoe komt het programma tot stand? En wat mogen we verwachten van Invest 2026?

tekst Elise van Megen en Lisa Oosthoek
beeld NAPA

Invest heeft inmiddels een vaste plek gekregen in de agenda van Physician Assistants (PA's) in Nederland. Jaarlijks komen ruim 1.500 PA's samen – fysiek én online – om kennis op te doen, collega's te ontmoeten en geïnspireerd te raken. Voor een kijkje achter de schermen spraken we met drie leden van de werkgroep Invest.

Wie vormen de werkgroep Invest?

'Mijn naam is Léonie Nicolosi-Leegte en ik werk als PA bij de gynaecologie in het UMCG, met name binnen de oncologie. Dit is mijn derde jaar in de commissie van Invest.' Ook Antoine Veringa en Jill Muijters zijn aangeschoven. Antoine werkt als PA binnen de oncologische chirurgie bij Isala in Zwolle. Jill is werkzaam in de kindergeneeskunde. Samen met drie andere collega's vormen zij de werkgroep Invest.

De werkgroep bestaat uit PA's vanuit verschillende specialismen en ziekenhuizen verspreid over het land. Die diversiteit vormt een bewuste kracht. 'We komen allemaal uit een andere (para)medische vooropleiding, werken in andere specialismen en in verschillende regio's,' vertelt Antoine. 'Dat geeft een groot netwerk én verschillende perspectieven.'

De werkgroep is verantwoordelijk voor de inhoud van het congres: het bedenken van thema's, het benaderen van sprekers en het vormgeven van het programma. Voor de praktische organisatie werken ze nauw samen met Barbara Roijé en Baukje van Dinther van congresbureau Roijé Congressen. 'Wij regelen de sprekers en de inhoud van het programma,' legt Jill uit. 'Zij ondersteunen bij regelen van de locatie, logistiek en contracten. Dat is echt een samenwerking.'

Hoe kom je in de werkgroep terecht?

De route naar de werkgroep verschilt per persoon. Léonie stapte in na een oproep tijdens haar eerste deelname aan het congres in Noordwijkerhout. 'Het leek me leuk om iets organisatorisch te doen naast mijn werk. En het jaar daarna was het congres in Groningen – voor mij een thuiswedstrijd. Dat gaf net dat extra zetje.'

Voor Jill begon het anders. Zij schreef een gedicht als afsluiting van een eerdere editie. 'Naar aanleiding daarvan kreeg ik de vraag of ik interesse had om aan te sluiten. Dat was toen nog zonder formele sollicitatieprocedure, maar inmiddels hebben we dat wel ingericht.' Antoine reageerde op een oproep via mail. 'Ik had al langer het idee dat het me leuk leek. Ik had ook best ideeën over de inhoud van het programma. En als je ergens iets van vindt, moet je er ook iets mee doen,' zegt hij lachend. 'Toen het werk het toeliet, heb ik gesolliciteerd. Het was meteen een leuke klik.'

De motivatie is bij iedereen hetzelfde: bijdragen aan de ontwikkeling van het vak en een congres neerzetten waar collega's écht iets aan hebben. Wat daarnaast opvalt: het is een relatief jonge groep. 'We zijn allemaal nog onder de veertig en nog niet zo heel lang PA. Dat zorgt voor frisse input,' aldus Jill.

Van 50 deelnemers naar 1.600 deelnemers

De oorsprong van Invest gaat terug tot 2005. Het begon met een ledenvergadering, waarbij circa 50 PA's en studenten aanwezig waren.

Het is belangrijk
om zowel
actualiteit als
vakinhoud te
combineren

In de jaren daarna groeide het aantal deelnemers gestaag mee met de beroepsgroep. Naarmate het aantal afgestudeerden groeide, nam ook de behoefte aan een eigen congres toe.

Inmiddels is Invest uitgegroeid tot een congres met ruim 1.650 deelnemers, waarvan ongeveer 1.100 fysiek aanwezig zijn. De rest volgt het programma online. 'Als je kijkt waar het begonnen is en waar we nu staan, dan is dat echt bijzonder,' zegt Léonie. 'Het is ieder jaar weer een prestatie om zo iets neer te zetten.'

Een congres van deze omvang vraagt om een passende locatie. Daarbij spelen meerdere factoren een rol: capaciteit, beschikbare zalen, bereikbaarheid én kosten. 'Je kunt het zo gek maken als je zelf wilt,' zegt Antoine. 'Maar het moet wel in verhouding blijven. Niemand zit te wachten op een torenhoog inschrijftarief.' Roijé Congressen adviseert ons op basis van bezoekersaantallen en programmavorm. 'We kijken naar het aantal plenaire zalen, ruimtes voor parallelsessies, workshops en vakgroepvergaderingen. En natuurlijk: past het binnen het budget?'

De afgelopen jaren werd gekozen voor locaties verspreid over het land. 'De ene keer moet je wat verder rijden dan de andere keer,' zegt Jill. 'Maar op die manier komen we iedereen wel eens tegemoet.' Wegens goede ervaringen de afgelopen jaren is de locatie voor de aankomende jaren alweer vastgelegd. Achtereenvolgens zal Invest opnieuw plaatsvinden bij NH Leeuwenhorst Noordwijkerhout, Martini Plaza Groningen en NH Koningshof Veldhoven.

Ook het avondprogramma vraagt om een passende locatie. 'Dat is echt een belangrijk onderdeel,' benadrukt Léonie. 'Juist daar ontstaat ruimte om elkaar in een ontspannen sfeer te spreken. Dat blijkt ook uit de evaluaties: mensen waarderen dat enorm.'



Eerste vergadering in Utrecht (2005)

Het programma: inspiratie, actualiteit en lef

De kern van Invest is het inhoudelijke programma – en dat begint vaak met een leeg vel papier.

‘Eigenlijk halen we overal inspiratie vandaan,’ zegt Jill. ‘Andere congressen, LinkedIn, vakbladen, actualiteiten. En natuurlijk de evaluaties van het jaar ervoor.’

De uitdaging is groot: het programma moet relevant zijn voor een brede beroepsgroep met uiteenlopende specialismen. ‘Je wilt plenaire sessies die voor iedere PA interessant zijn,’ legt Antoine uit. ‘Maar ook verdiepende sessies voor specifieke vakgebieden. Dat vraagt echt puzzelwerk.’

Nieuwe onderwerpen ontstaan soms spontaan. ‘Soms hoor je iemand op de radio of zie je een interessante spreker voorbijkomen op LinkedIn,’ vertelt Leonie. ‘Dan denken we: die moeten we hebben.’ En als er voor een bepaald onderwerp nog geen geschikte spreker bekend is? ‘Dan trekken we de stoute schoenen aan,’ zegt Antoine. ‘We mailen iemand met de vraag of die een bijdrage wil leveren. Dat levert vaak verrassend enthousiaste reacties op.’ Volgens de werkgroep is het belangrijk om zowel actualiteit als vakinhoud te combineren. Denk aan thema’s als innovatie, samenwerking, leiderschap

‘Het mooie is dat we dit doen als collega’s onder elkaar’

en technologische ontwikkelingen – maar ook aan specialistische verdieping binnen de verschillende disciplines.

Hybride deelname: een blijvende keuze

Sinds de coronapandemie heeft Invest een hybride karakter. Wat begon als noodoplossing in 2020, is inmiddels een vast onderdeel van het congres. ‘We hebben verschillende keren besproken of we het online deel wilden behouden,’ vertelt Jill. ‘Maar er wordt veel gebruik van gemaakt. Daarom laten we het zo.’ De technische uitvoering ligt bij een gespecialiseerde partner (Heuvelman Sound & Vision B.V.) die zorgt voor licht, geluid en beeldregistratie. Voor de werkgroep zelf betekent het relatief weinig extra organisatie. Voor deelnemers biedt het vooral flexibiliteit.

‘Niet iedereen kan twee dagen fysiek aanwezig zijn,’ zegt Leonie. ‘Met de hybride optie verlagen we de drempel om toch deel te nemen. Dat past bij een beroepsgroep met volle agenda’s.’

Invest 2026: blijven vernieuwen

Hoewel de evaluatie van iedere editie een belangrijk moment is, kijkt de werkgroep ook vooruit. Voor Invest 2026 ligt de focus opnieuw op kwaliteit, verbinding en inhoudelijke verdieping. ‘We willen dat iedere PA die deelneemt – fysiek of online – naar huis gaat met het gevoel dat het waardevol was,’ zegt Antoine. ‘Dat ze iets nieuws hebben geleerd of een nieuwe connectie hebben gemaakt.’ Jill vult aan: ‘Het mooie is dat we dit doen als collega’s onder elkaar. We weten wat er leeft in het vak. Dat maakt dat Invest echt een congres vóór en dóór PA’s is.’ Invest 2026 belooft opnieuw een editie te worden waarin ontmoeting, inhoud en innovatie samenkomen; gebouwd op ruim twintig jaar ontwikkeling van de beroepsgroep en gedragen door een bevlogen werkgroep achter de schermen. We hopen jullie daarom allemaal te zien op 8 & 9 oktober bij NH Leeuwenhorst in Noordwijkerhout! •

Het hospice: een bijzonder waardevolle werkplek



Sinds twee jaar werkt physician assistant Astrid Wielink-Bonekamp in Hospice De Spreng in Beekbergen. Astrid koos bewust voor deze bijzondere plek binnen de palliatieve zorg. Met ons deelt ze haar ervaringen in deze uitdagende omgeving, schetst ze haar werkdag en geeft ze tips mee voor degenen die nieuwsgierig worden naar werken in een hospice.

tekst Elise van Megen, PA kindergeneeskunde, Ziekenhuisgroep Twente

beeld Astrid Wilink

Astrid begon haar loopbaan als logopedist. Later volgde ze de opleiding tot PA bij de ouderengeneeskunde van Zorggroep Apeldoorn (ZGA), waar ze uiteindelijk ook vakgroepcoördinator werd en meebouwde aan de uitbreiding van het team van PA's. Maar hoe kwam ze tot werken in het hospice?

'Tijdens mijn opleiding liep ik in het eerste halfjaar al stage in het hospice. Ik sloot het meteen in mijn hart. Maar ik zag ook hoe complex het werk was, complexer dan veel mensen denken. Je bent niet alleen bezig met pompen en medicatie, maar vooral met mensen. Ik wist: hier moet ik eerst vlieguren voor maken.'

In mei 2024 deed zich een kans voor. De kaderarts specialist ouderengeneeskunde (SO) palliatieve zorg vertrok en Astrid nam het stokje over. Inmiddels werkt zij samen met een vaste SO die speciaal voor het hospice is geworven. 'We doen het nu samen. In principe werk ik drie dagen per week en de SO twee, en soms zijn we er allebei. Maar ik ben de enige PA in het hospice. Daarnaast hebben we een vaste samenwerking met een kaderarts palliatieve zorg uit de regio.'

Unieke medische verantwoordelijkheid

Het hospice waar Astrid werkt, zo vertelt zij, heeft tien kamers. 'Er is een familiekamer waar naasten zich kunnen terugtrekken en een gezellige woonkamer. Het voelt als een klein huis, maar de medische organisatie is bijzonder. Het unieke aan dit hospice is dat de eigen huisarts geen hoofdbehandelaar meer is. Mensen komen hier in zorg bij de SO en bij mij als PA. Wij nemen de behandeling volledig over.

We zien dat huisartsen vaak wel betrokken blijven en nog regelmatig op bezoek komen.'

Voor veel patiënten voelt het veilig dat er 24/7 medische beschikbaarheid is, waardoor zij er geen moeite mee hebben dat de zorg vanuit de huisarts wordt overgedragen. Astrid: 'We zijn vijf dagen per week in huis. Bij spoed kan er altijd gebeld worden.'

Complexer dan 'een pompje morfine'

Wie denkt dat hospicezorg vooral neerkomt op het starten van een morfinepomp, heeft het mis, benadrukt Astrid. 'Dat beeld hoor je vaak: morfine, midazolam en klaar. Maar het is zóveel ingewikkelder.' Zo komt er bijvoorbeeld regelmatig complexe pijnproblematiek voorbij. 'Bij mensen met middelenmisbruik in de voorgeschiedenis kan pijn soms moeilijk onder controle te krijgen zijn. We werken met middelen als methadon of levomepromazine, en je moet dan natuurlijk precies weten wat je doet.'

Ook misselijkheid, delier, bijwerkingen of juist het uitblijven van effect vragen specialistische kennis. 'Sommige mensen reageren extreem op medicatie, anderen bijna niet. Je moet voortdurend bijsturen.' Maar minstens zo belangrijk zijn de psychosociale factoren. 'Veel mensen zijn bang. Bang voor morfine, omdat ze denken dat ze daar dood van gaan. Of ze zijn eigenlijk nog niet klaar om te sterven. Je kunt pas goed behandelen als je ook dát hoort.'

Daarnaast bestaan Astrid's werkzaamheden ook nog uit het beoordelen van aanmeldingen vanuit huisartsen en ziekenhuizen, de dagelijkse visites en begeleiden van opnames. Ook fungeert ze regelmatig als vraagbaak voor huisartsen in de regio. 'Bijvoorbeeld bij vragen over wel of niet opnemen in het hospice, of bij bewust stoppen met



eten en drinken. Daar hebben we hier veel ervaring mee, dus daar denken we dan samen over na.'

Moeilijke gesprekken

Wekelijks is er een multidisciplinair overleg met verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werk en geestelijke verzorging. 'We bespreken alle gasten – want zo noemen wij onze patiënten. Hoe gaat het, wat is het plan, maar ook: hoe komt dit bij ons binnen?' Dat is nodig, want het werk raakt.

Palliatieve sedatie is een terugkerend gespreksonderwerp. 'Mensen hebben daar vaak een vertekend beeld van. Ze denken: ik ben nu in het hospice, dus doe het maar. Maar zo werkt het niet. Soms zijn mensen dwingend, willen ze gesedeerd worden en 'doodgaan'. Dat zijn lastige gesprekken.'

Volgens Astrid draait het om begeleiden. 'Je kunt iemand nog zo veel sederende medicatie toedienen, maar diegene moet zich er ook bij neer kunnen leggen dat het leven eindigt. Dat maakt het sterven vaak veel vrediger'

Medisch behandelaar – maar geen schouw

Binnen het hospice wordt Astrid aangesproken als medisch behandelaar. 'Zo noemen we elkaar ook in de organisatie.' Families reageren daar overwegend positief op. Slechts één keer kreeg ze een kritische reactie. 'Een echtgenoot zei na het overlijden van zijn vrouw: 'Ik heb je opgezocht, je bent helemaal geen dokter.' Dat klopt maar dat heb ik ook nooit gezegd. We hebben daarna een mooi gesprek gehad over rouw en verlies, waarna hij zijn twijfels over mijn bevoegdheid terug nam.'

Dat je als PA niet mag schouwen, is voor Astrid niet het grootste issue, al is het wel onhandig. 'Het schouwen zou ik heel graag zelf doen. Je loopt het hele traject met iemand mee en dan moet een ander de schouw doen. Dat voelt onlogisch, maar het is slechts een klein deel van de zorg die we leveren, dus ik hecht er voor nu niet al te veel waarde aan. Het is wat het is.'

Binnen de vakgroep wordt ze als gelijkwaardig gezien. 'Collega's vinden het vooral onlogisch dat het niet mag, omdat ik de volledige

medische zorg doe. We overleggen vooral om te sparren, net zoals de SO dat ook met mij doet.'

Meer dan medische zorg

Astrid kent nog geen andere PA's die in een hospice werken. Ze hoopt dat daar verandering in komt. 'Het is een ongelooflijk boeiend vakgebied. Ik zou het mooi vinden als de kaderopleiding palliatieve zorg ook toegankelijk wordt voor PA's.' Wat ze collega-PA's wil meegeven die interesse hebben? 'Je moet niet iemand zijn die houdt van simpele en snelle behandeltrajecten. Je moet willen investeren in een behandelrelatie, ook al is die kort.'

Het werk gaat over medicatie en symptoombestrijding, maar net zo goed over angst, zingeving en relaties. 'Je praat over de waarde van iemands leven. Soms moet je iemand langzaam meenemen in het besef dat hij wél gaat sterven. Daar heb je geduld voor nodig en je moet niet bang zijn voor moeilijke gesprekken.'

Samenwerking met geestelijke verzorging is daarbij essentieel. 'Je kunt dit werk niet alleen doen. Soms worden bijvoorbeeld verbroken familierelaties in de laatste weken nog hersteld. Dat kan van onschatbare waarde zijn. Maar ook dat stukje is complex.'

Een warm bad

Ondanks de zwaarte noemt Astrid het werk vooral mooi. 'Soms zijn er acute situaties, zoals een bloeding of complexe oncologische wonden. Maar je hoeft nooit 112 te bellen. Er is rust en tijd.'

Veel gasten en hun families ervaren het hospice uiteindelijk als een warm bad. 'Ze zien er vaak tegenop om te komen, maar achteraf zeggen ze: dit was het beste wat we konden doen.'

En dat is misschien wel de kern van haar werk als PA in het hospice: niet alleen zorgen voor een goed medisch einde, maar vooral voor een waardig en gedragen afscheid. •

contact
elise_megen@hotmail.com

'Als PA je kop boven het maaiveld steken kan spannend zijn'

Pionieren zit in het DNA van PA's

Het beroep van physician assistant (PA) bestaat bijna 25 jaar in Nederland, een mijlpaal die de groei en ontwikkeling van onze beroepsgroep benadrukt. In deze periode hebben we ons vak steeds verder geprofessionaliseerd. Sinds 2008 heb ik dit proces van dichtbij mogen volgen, met als belangrijke mijlpalen de oprichting van de beroepsvereniging NAPA, de aanstelling van een directeur en een verenigingsbureau, en de wijziging van de Wet BIG. Maar wat zeker niet over het hoofd mag worden gezien, is de rol van individuele PA's die zich dagelijks inzetten om ons vak naar een hoger niveau te tillen. Dit is niet altijd eenvoudig; vaak moet er opnieuw uitgelegd worden wat een PA doet en wat de wettelijke bevoegdheden zijn.

Taakherschikking wordt helaas niet overal omarmd en soms zelfs als een bedreiging gezien. Dit komt vaak voort uit angst voor inkomstenderving, waarbij het medische domein strak wordt bewaakt. Dit is jammer, omdat de praktijk juist laat zien dat samenwerking tussen artsen, PA's en andere zorgprofessionals op veel plekken uitstekend verloopt. Problemen ontstaan vaak tijdens visitaties van artsverenigingen, waar de inzet van PA's en de uitvoering van voorbehouden handelingen ter discussie worden gesteld. Dit gebeurt terwijl de Wet BIG duidelijk voorschrijft dat PA's bepaalde handelingen zelfstandig mogen uitvoeren, altijd in samenwerking met een arts.

Ik wil een pleidooi houden voor PA's die te maken krijgen met kritiek tijdens deze visitaties. Uit ervaring weet ik hoe zwaar dit kan zijn, maar het is belangrijk dat we blijven strijden voor onze positie. De praktijk dwingt beleidsmakers immers om keuzes te maken. Artsenverenigingen hebben een maatschappelijke verantwoor-



Normen Hemmink, PA anesthesiologie, Streekziekenhuis Koningin Beatrix | PA van het Jaar 2025

delijkheid om zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zoals beschreven in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnsakkoord Ouderenzorg. Taakherschikking wordt daarin als een middel gezien om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid.

Als PA je kop boven het maaiveld steken kan spannend zijn, maar het kan ook mooie resultaten opleveren. Zelf ben ik de afgelopen jaren bezig geweest met het realiseren van locoregionale pijnbestrijding voor kwetsbare ouderen met een heupfractuur die niet meer geopereerd willen of kunnen worden. Dit was pionieren, want het bestond nog niet. Samen met mijn collega's Nynke Postma (anesthesioloog), Aafke Huitink (PA ouderengeneeskunde) en Nicole Haarman (specialist ouderengeneeskunde) hebben we dit initiatief van de grond gekregen en ik ben trots op wat we hebben bereikt. Inmiddels wordt deze aanpak op meerdere plekken in Nederland uitgevoerd.

Als resultaat van dit pionierswerk werd ik genomineerd voor PA van het Jaar 2025. Tot mijn grote verrassing heb ik de prijs daadwerkelijk gewonnen. Tijdens een verrassingsfeest op mijn werk werd ik in verschillende toespraken geprezen voor mijn inzet als PA en als persoon. Dit maakte alle tijd en energie die ik heb geïnvesteerd om PA in de anesthesiologie te worden (en te blijven), meer dan waard. Het moment dat ik de prijs in ontvangst mocht nemen, omringd door mijn vrouw en kinderen, maakte me enorm gelukkig.

contact:
N.M.Hemmink@skbwinterswijk.nl

Colofon

Hoofredacteur Milena Babovic

Redactieraad Sophie Benoy-De Keuster, Henriëke van Bruchem – Steen Redeker, Petra van Houten, Sabine van der Landen, Manon Lichtenberg, Maud Notten, 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© 2026 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

Strategisch Plan 2026–2030

Het Strategisch Plan 2026–2030 van NAPA is in december gepubliceerd. In dit plan staan zeven thema's centraal, waaronder betere bekendheid van het beroep, juiste waardering en positionering en versterking van samenwerking en kwaliteit. Deze thema's zijn uitgewerkt in ambities en concrete doelen voor de komende vier jaar. Het uiteindelijke doel is dat de physician assistant in 2030 een onmisbare, zelfstandig functionerende zorgprofessional is, stevig verankerd in de medische beroeps-groep. Het bestuur kijkt met vertrouwen vooruit en bouwt samen met leden en partners aan een sterke en toekomstbestendige vereniging.

Lees hier het strategisch plan



Reactie zijn welkom via directeur@napa.nl

Netwerkgroep Positionering

NAPA-leden die binnen de eigen instelling bezig zijn met positionering, kunnen sinds enkele maanden aansluiten bij een appgroep. Hierin worden vragen over positionering door de NAPA-commissie Positionering & Zeggenschap of door de deelnemers beantwoord. Wil je je aanmelden? Stuur dan een e-mail naar beleidsmedewerker@napa.nl. Deze commissie heeft ook een inspiratiedocument geschreven met veel praktijkvoorbeelden en concrete tips om binnen de eigen werkomgeving met dit thema aan de slag te gaan. Het inspiratiedocument is te downloaden via het besloten gedeelte van de NAPA-website.

Inspiratiedocument positionering



Briefwisseling

Vera Botter en Susette Lataster zijn in september 2025 begonnen aan de Masteropleiding tot PA aan de Hogeschool Utrecht. Vera werkt in een huisartsenpraktijk, Susette in het ziekenhuis op de afdeling long-geneeskunde. Ze zijn ook beiden moeder. Over hun drukke levens, de opleiding én hun nieuwe beroep schrijven ze elkaar elke maand een brief. Over hun ervaringen, twijfels, successen en de dagelijkse realiteit. Eerlijke brieven met een vleugje zelfspot. Volg Vera en Susette op de NAPA-website.

Lees hier de briefwisseling tussen Vera Botter en Susette Lataster



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