

nappa

MAGAZINE

Vakblad voor
physician assistants

Netwerken
SOCIAL MEDIA
ZIJN ONMISBAAR
GEWORDEN

Recht
EFFECTEN VAN
WET BIG NOG
NIET HELDER

**BEPPE CAANEN,
PA KLINISCHE GENETICA**
**'IK HELP PATIËNTEN
WELOVERWOGEN
TE KIEZEN'**

14

MEI 2019

INHOUD

Coverfotografie: Jonathan Vos



04

Interview

'WET BIG LEIDT VAAK TOT MEER VRAGEN DAN ANTWOORDEN'

PA's mogen tegenwoordig acht voorbehouden handelingen verrichten. Maar er leven nog veel vragen over. Advocaat gezondheidsrecht Ernst de Jong geeft uitleg.

14

In de praktijk

PA IN DE KLINISCHE GENETICA

PA Beppy Caanen en arts Kim van Kaan over de klinische genetica. Caanen: 'Ik heb nog niet meegemaakt dat een patiënt erop stond alsnog een arts te zien.'

10

Casus in beeld

VOORBEREIDING PATIËNT CRUCIAAL BIJ 'SUIKERSCAN'

De FDG-PET/CT-scan laat het glucoseverbruik van onder meer organen en tumoren zien. Maar het beeld zegt niets als de patiënt niet goed wordt voorbereid.

16

Netwerken

SOCIAL MEDIA IN DE ZORG: ER GAAT EEN WERELD VOOR JE OPEN

Voor je netwerk, de nieuwste ontwikkelingen op je vakgebied of om contact te leggen met collega's: je kunt niet meer zonder social media.



ED VAN RIJSLUIK

BIGGEN, KOEIEN EN KROKODILLEN

Nu de PA onderdeel is van de Wet BIG denk je misschien dat we achterover kunnen leunen. Het tegendeel is waar. We hebben het als NAPA drukker dan ooit. De nieuwe wijziging van de Wet BIG zit eraan te komen, met onder andere uitbreiding van herregistratie-eisen voor art. 3-beroepen, we worden uitgenodigd om mee te denken bij de ontwikkeling van medische richtlijnen en het Capaciteitsorgaan komt eind dit jaar met een raming van het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor PA's en VS'en voor de komende jaren.

Soms komen nog oude koeien uit de sloot, zoals onlangs een artikel in Medisch Contact (MC 08/2019: 24) met een pleidooi om de naam van PA te vervangen door een Nederlandstalige term. Dit is voor NAPA een gepasseerd station, het zou jaren kosten om een nieuwe term in de wet- en regelgeving een plek te geven. We steken onze energie nu in de verdere vergroting van de naamsbekendheid.

Naast deze biggen en koeien, hebben we recentelijk ook last gehad van een heuse 'paarse-krokodillenplaag'. Uit een inventarisatie onder onze leden en de leden van V&VN VS bleken nog te vaak verwijzingen van PA's en VS'en te worden afgewezen. Samen stuurden we een brief naar de koepel van zorgverzekeraars en bestelde ik een stapel stempels voor PA's die op deze manier zichtbaar een statement willen maken. De paarse krokodillen groeiden uit tot paarse olifanten, toen bekend werd dat een nieuwe AMvB binnen de Wet BIG alle beroepsbeoefenaren verplichtte om hun BIG-nummer op diverse plekken te vermelden. Dat leverde weer een gezamenlijke reactie op van diverse beroepsverenigingen.

Het is zo een levendige boel in het zorglandschap. Op ons kleine bureau, zeshoog in Domus Medica, is het soms vliegen en rennen en snel schakelen met bestuur en leden om bij te blijven. Het is fijn om te merken dat de PA's uit het werkveld ons weten te vinden en signalen aan ons doorgeven. De komende maanden staan in het teken van overdracht en inwerken van nieuwe mensen. Bert Speijer gaat in november de voorzittershamer van Vincent Straten overnemen. Daarnaast krijgen wij nog drie nieuwe bestuursleden en komen er verkiezingen voor een aantal nieuwe leden in de ledenraad. En Tanja Prins komt als beleidsadviseur ons bureau versterken.

Ik hoop dat er weer nieuwe enthousiaste leden zijn die binnen het bestuur of de ledenraad samen met het bureau actief willen meedenken over actuele ontwikkelingen en samenwerken aan de verdere ontwikkeling van NAPA. Zo kunnen we weer met goede moed nieuwe plagen en uitdagingen (weer)staan.

Milena Babovic
directeur NAPA
directeur@napa.nl

24

Financieel

HOOG TIJD OM MEERWAARDE PA TE VERZILVEREN

Taakherschikking draagt onmiskenbaar bij aan de kwaliteit van de zorg. Maar de financiële effecten zijn nog onbekend. Hoog tijd voor meer duidelijkheid.

EN VERDER

9	Column
13	Praktijkperikel
20	Colofon
20	Goed om te weten

ERNST DE JONG, ADVOCaat GEZONDHEIDSRECHT:

'WET BIG LEIDT VAAK TOT MEER VRAGEN DAN ANTWOORDEN'

Sinds de wijziging van de Wet BIG mogen PA's zelfstandig acht voorbehouden handelingen verrichten. Maar in de praktijk leven hierover nog veel vragen en dilemma's. NAPA legt deze sinds kort voor aan advocaat gezondheidsrecht Ernst de Jong. Tijd om met hem in gesprek te gaan.

tekst Milena Babovic

beeld Ed van Rijswijk

Ernst de Jong begon zijn carrière als ic-verpleegkundige en ging daarna rechten studeren. Hij werkt al ruim 25 jaar als jurist, eerst bij de KNMG en nu bij KBS Advocaten. Hij staat dagelijks zorgprofessionals bij. Zijn keuze om gezondheidsrecht te studeren was logisch. 'Ik spreek dezelfde taal als zorgprofessionals en heb nog dagelijks profijt van mijn ervaring in patiëntencontacten. Het leuke van gezondheidszorg is dat het primair niet om geld draait. Het gaat om gezondheid van mensen. Op het moment dat de gezondheid in gevaar komt door bijvoorbeeld een misser, dan komen ook emoties los.' De laatste jaren merkt De Jong dat de hulpverleners anders worden opgeleid. 'Dat gaat nu meer vanuit het patiëntenperspectief met meer kennis over de rechten van patiënten en de verplichtingen van de zorgverlener'. Er is ook meer aandacht voor empathie in de opleiding. Aan de andere kant verhardt de maatschappij en zijn er soms hogere verwachtingen van de gezondheidszorg dan men kan waarmaken. 'Gelukkig zie ik over het algemeen geen angstige hulpverleners. De hulpverleners die ik tegenkom zijn bevlogen mensen die graag hun beroep uitoefenen.'

Jaren tachtig

In de jaren negentig zijn veel wetten van kracht geworden, zoals de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet

BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ), de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Hoe kijkt De Jong naar deze ontwikkeling, en specifiek de Wet BIG? 'Mijn motivatie om rechten te gaan studeren kwam juist door de dingen die ik in de jaren tachtig in het ziekenhuis zag. Dat was de tijd dat er nog veel minder in wetgeving was vastgelegd en patiëntenrechten slecht geregeld waren. Er lag bijvoorbeeld een zeeman uit de Filipijnen bij ons op de ic, die zwaargewond was en buiten bewustzijn. Die deed toen zonder enige toestemming mee aan een medisch experiment, omdat daar geen regelgeving voor was. Dat is nu veel beter geregeld.'

Ingewikkeld

De Wet BIG biedt een PA een beschermde titel, en geeft duidelijkheid over wat wel en niet mag. Toch merken we dat de werkelijkheid weerbarstiger is en de nodige praktijkdilemma's oplevert. Mag ik als PA ook hoofdbehandelaar zijn? En waartoe ben ik bekwaam?

Volgens De Jong zijn de vragen die PA's hebben een volstrekt logisch gevolg van de ingewikkeldheid van de wet. 'Als ik college geef over voorbehouden handelingen, dan merk ik dat het lastig is om het verschil uit te leggen tussen zelfstandige bevoegdheid, functionele zelfstandigheid en handelen in opdracht. Hoe de

A middle-aged man with short, light-colored hair and glasses is standing in a modern office or library. He is wearing a dark, pinstriped suit jacket over a light-colored shirt and a dark, striped tie. He is looking slightly to his left with a thoughtful expression. The background consists of tall, white bookshelves filled with books, some with blue and red spines. The lighting is bright and even, suggesting an indoor setting with overhead lights.

‘Als relatief jonge beroepsgroep is het belangrijk om je grenzen te kennen’

'Soms kan de opkomst van PA's ook weerstand oproepen'

lijst met voorbehouden handelingen is samengesteld is ook moeilijk te bevatten. De wet was al ingewikkeld toen deze in werking trad en nu komen daar nieuwe beroepen bij zoals de PA, BMH'er, verpleegkundig specialist, klinisch technoloog.' Daarom vindt De Jong het van belang om goed uit te leggen wie wat doet. 'De meeste patiënten zijn niet hoogopgeleid of volledig wilsbekwaam, en het kan dan verwarrend zijn wie je als hulpverlener hebt. Het systeem moet zo zijn dat je het uit kunt leggen aan de patiënt. En dat is nu soms lastig.'

Vermelding BIG-nummer

Onlangs is de Wet BIG opnieuw gewijzigd en wordt vermelding van het BIG-nummer verplicht. Daar is veel kritiek op gekomen, met name van de zorgverleners zelf. De Jong is er helder over: 'Vermelding van het BIG-nummer is de oplossing voor een probleem dat niet bestaat.' Bovendien brengt het hoge kosten met zich mee. Volgens De Jong is hier 'vooraf niet goed over nagedacht. Want, wie wil nu het BIG-nummer van een hulpverlener weten?' Een patiënt wil weten wie er aan zijn bed staat, hoe de hulpverlener heet en wat hij doet, maar zijn BIG-nummer is alleen relevant voor tuchtrechtelijke aansprakelijkheid.'

Tuchtrecht

De PA valt sinds september 2018 volledig onder het tuchtrecht. Er zijn een paar kleine tuchtzaken geweest tijdens de experimenteerfase, maar deze zijn niet ontvankelijk verklaard, omdat PA's toen nog slechts gedeeltelijk onder het tuchtrecht vielen. 'Het zal nog moeten blijken hoe de tuchtrechter bij klachten naar de afspraken gaat kijken', zegt De Jong. 'De ervaring leert dat dit bij een relatief jonge beroepsgroep streng kan zijn.' Een overzicht van de zaken:



De links vind u op napa.nl onder dit artikel



Praktijk

Bij dit artikel zijn enkele praktijkdilemma's nader uitgezocht (zie kader). Wat De Jong daarbij opvalt is dat de praktijk soms te veel door de bril van de Wet BIG wordt gezien, terwijl je goed moet kijken naar andere wetgeving en het systeem waarbinnen je werkt. 'Kijk niet alleen naar welke bevoegdheden door de wet, in het bijzonder de Wet BIG, aan hulpverleners worden toegekend, maar ook naar de verplichtingen en rechten van het bestuur. Het bestuur van een ziekenhuis is eindverantwoordelijk voor het leveren van goede zorg en mag in beginsel een beleid voeren waardoor PA's in hun wettelijke bevoegdheden beperkt worden.'

Het is van belang om zorg te dragen voor goede taakverdeling binnen de wettelijke kaders die je hebt. Dat betekent ook de discussie durven aangaan om het systeem verder te brengen. Dat kunnen PA's binnen hun instelling doen door te wijzen op de meerwaarde van PA's. De Jong vindt dat de kracht van de PA zit in het feit dat een medisch specialist meer tijd krijgt voor andere complexere taken. 'Soms kan de opkomst van PA's ook weerstand oproepen, het kan als landjepik worden gezien.'

NAPA krijgt ook vaak vragen rondom het onderwerp hoofd-

behandelaarschap. De Jong geeft aan dat dit an sich een moeilijk onderwerp is. 'Het is nooit één dokter die alles zelf bepaalt, maar de jurisprudentie laat zien dat er één hoofdbehandelaar moet zijn die aan de touwtjes trekt, die je als patiënt kunt aanspreken. De PA kan deze verantwoordelijkheid dragen, maar realiseer je goed dat het ook consequenties kan hebben. Het is in de jurisprudentie voor de arts uitgekristalliseerd, maar bij de PA nog niet. Daar zijn nog geen tuchtrechtelijke uitspraken over geweest.'

Consensusdocumenten

Een van de veelgehoorde vragen is de status van consensusdocumenten die NAPA met de wetenschappelijke verenigingen maakt en de lokale werkafspraken tussen PA en specialist(en).

'Tuchtzaken en schadeclaims gaan zelden over voorbehouden handelingen'

Wat als je bekwaamheid verdergaat dan op landelijk niveau afgesproken en dat komt in de werkafspraken te staan? Begeef je je dan op glad ijs? De Jong geeft aan dat je het werkterrein van de PA zowel op landelijk als op meer specifiek lokaal niveau kunt afbakenen. Als er landelijke afspraken worden gemaakt, zal het ook zijn weerslag hebben op lokale afspraken. 'Stel een PA doet iets wat landelijk niet mag, dan kan de tuchtrechter daar lastig over doen. De tuchtrechter kijkt altijd wat er op papier staat. Maar tuchtzaken en schadeclaims gaan zelden over voorbehouden handelingen; de meeste fouten worden gemaakt bij de diagnosestelling, zoals vertraging in diagnose of verkeerde diagnose. Je schat dan niet goed in wat er met een patiënt aan de hand is. Dat heeft over het algemeen weinig te maken met voorbehouden handelingen.'

Tips voor PA's

Tot slot geeft De Jong enkele juridische tips aan PA's. 'Als relatief jonge beroepsgroep is het belangrijk om je grenzen te kennen. Het is niet alleen één wet die de kaders schetst, maar het geheel aan wetten en wat je wordt toegestaan binnen de instelling. Als je met praktijkdilemma's te maken krijgt, is het handig om met de juiste personen te bespreken wat het mogelijke probleem is en hoe dat kan worden opgelost. Bovendien zijn de grenzen niet in beton gegoten, ze fluctueren. Je bekwaamheid moet je onderhouden, maar het gaat ook om je gemoedstoestand om bepaalde handelingen goed te kunnen verrichten. Wees niet te overmoedig, ken je grenzen.'

PRAKTIJKDILEMMA'S

1 Mag een PA hoofdbehandelaar zijn?

In de WGBO noch in de Wet BIG noch in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een definitie opgenomen van het hoofdbehandelaarschap. In de medische tuchtrechtspraak is wel uitgekristalliseerd wat het dient in te houden als een arts hoofdbehandelaar is, maar uit die jurisprudentie volgt niet dat de hoofdbehandelaar altijd een arts moet zijn. Zodoende kan de conclusie zijn dat niets zich ertegen verzet dat in voorkomende gevallen een PA de hoofdbehandelaar is. Dat zal vooral mogelijk zijn in situaties waarin de patiënt ook niet hoeft te worden gezien door een arts, maar de PA de behandeling (vrijwel) geheel geeft, eventueel met behulp van andere zorgverleners. Wij moeten daarbij aannemen dat de invulling van het hoofdbehandelaarschap door een PA op dezelfde

manier moet plaatsvinden als de medische tuchtrechtspraak hanteert voor situaties waarin een arts hoofdbehandelaar is.

2 Mag een PA een ontslagbrief ondertekenen of moet dat altijd gebeuren door de hoofdbehandelaar i.c. arts-specialist?

Het opstellen en versturen van een ontslagbrief is geen voorbehouden handeling of een andere handeling die specifiek aan bepaalde hulpverleners is voorbehouden. Een ontslagbrief is bedoeld als overdracht van informatie over een patiënt en dient om die reden vooral inhoudelijk juist te zijn. Indien binnen een instelling, zoals een umc, de regel bestaat dat een ontslagbrief altijd mede door een hoofdbehandelaar moet worden ondertekend, of althans gezien, dan is dat vooral aan te merken als een interne regel waaraan medewerkers van een instelling zich dienen te houden. Op zich valt er ook wel veel te zeggen voor het vereiste dat de hoofdbehandelaar de ontslagbrief in ieder geval ziet voordat deze

‘Een PA is zelf verantwoordelijk voor zijn werkzaamheden’

verstuurd wordt en deze wellicht ook ondertekent, omdat in de tuchtrechtelijke jurisprudentie aan het hoofdbehandelaarschap strikte eisen zijn gesteld. Die eisen behelzen, sterk samengevat, dat de hoofdbehandelaar de regie voert over het gehele behandeltraject. Daaruit volgt dat deze ook verantwoordelijk is voor de afsluiting van dat behandeltraject en dus ook verantwoordelijk is voor de inhoud van de ontslagbrief. Een logisch gevolg is dat de ontslagbrief mede door de hoofdbehandelaar wordt ondertekend.

3 Hoe zit het met de verantwoordelijkheid van een PA? Sommige medisch specialisten zijn van oordeel dat de PA te allen tijde onder supervisie van de medisch specialist valt.

Dat laatste is in zijn algemeenheid onjuist. De PA heeft een eigen verantwoordelijkheid, ook als er bijvoorbeeld voorbehouden handelingen worden verricht in opdracht van een arts, maar zeker als er (voorbehouden) handelingen worden verricht op basis van eigen initiatief. Mede om die reden is een PA ook tuchtrechtelijk toetsbaar en is diens deskundigheidsgebied in de wet beschreven. Van supervisie hoeft derhalve geen sprake te zijn. Wel zal het over het algemeen zo zijn geregeld dat binnen een ziekenhuis een medisch specialist de eindverantwoordelijkheid draagt voor de behandeling van een patiënt. Die medisch specialist is dan de hoofdbehandelaar en bepaalt het beleid bij de patiënt, uiteraard in samenspraak met die patiënt. Daarvan uitgaande heeft een PA geen eindverantwoordelijkheid voor die patiënt, maar dan is hij nog steeds zelf verantwoordelijk voor de werkzaamheden die hij verricht binnen het kader van de behandeling van de patiënt.

4 Is het nodig om als PA een aansprakelijkheidsverzekering af te sluiten?

Het belangrijkste criterium is of een PA in loondienst werkzaam is of niet. Zo ja, dan is een eigen aansprakelijkheidsverzekering over het algemeen niet nodig,

omdat dan altijd de werkgever kan worden aangesproken op vergoeding van schade die een PA veroorzaakt. Slechts als een PA niet in loondienst werkt, is het verstandig – en eigenlijk noodzakelijk – een eigen aansprakelijkheidsverzekering af te sluiten. Ook is het dan verstandig om een verzekering tegen rechtsbijstand af te sluiten. Indien een PA in loondienst is, is de werkgever meestal verplicht om zorg te dragen voor adequate rechtsbijstand, bijvoorbeeld op grond van de Cao Ziekenhuizen.

5 Kan een binnen een bepaald vakgebied opgeleide PA zomaar overstappen naar een ander deelspecialisme, bijvoorbeeld van de cardiologie naar de huisartsgeneeskunde?

Het antwoord op deze vraag dient volgens De Jong te zijn dat dat niet zomaar kan. In het deskundigheidsgebied van de PA is beschreven dat de bevoegdheidsgrenzen van een PA onder andere worden bepaald door de opleiding die gevolgd is. Binnen dat kader is de PA bevoegd om (voorbehouden) handelingen te verrichten. A contrario betekent dat, dat een PA daartoe niet zelfstandig bevoegd is voor zover het gaat om een gebied waarbinnen de PA niet is opgeleid. Voor zover een PA binnen dat andere deelgebied werkzaam wil zijn, zal hij binnen dat nieuwe deelgebied moeten worden opgeleid totdat de benodigde deskundigheid voor dat deelgebied is bereikt. Dat zal vaak een praktische opleiding op de werkvloer zijn.

6 Hoe zit het met de verantwoordelijkheid indien een PA een verrichting doet bij een patiënt bij wie sedatie door een medewerker van de anesthesie plaatsvindt?

Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. In de medische tuchtrechtspraak is uitgemaakt dat degene die een operatie verricht medeverantwoordelijk is voor de anesthesie. Dat is echter een uitspraak van enige tijd geleden en die uitspraak is ook niet zonder commentaar gebleven. Dat commentaar behelsde dat de anesthesioloog zelf verantwoordelijk dient te zijn voor de anesthesie en de operateur voor de operatie. Voor zover De Jong weet is dat echter in de tuchtrechtelijke jurisprudentie niet zo bevestigd, zodat ervan uitgegaan moet worden dat de tuchtrechter nog steeds van oordeel is dat de operateur de gehele verantwoordelijkheid draagt voor de operatie, dus inclusief anesthesie. Voor de goede orde: de operateur hoeft niet de hoofdbehandelaar te zijn. De hoofdbehandelaar is degene die de eindverantwoordelijkheid draagt. •

contact
directeur@napa.nl

Wat een eer om zo vroeg in mijn carrière al zo groots beloond te worden



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

PA van 't jaar

Vrijdag 28 september 2018 open ik mijn mailbox en zie een e-mail van NAPA-directeur Milena Babovic met de onderwerpregel: 'nominatie PA van het jaar 2018'. Als trouw redactielid van NAPA Magazine ga ik ervan uit dat ik een artikel mag schrijven over de genomineerden van 2018. Echter bij het openen van de mail, ben ik blij verrast als ik lees dat Maurice Roks, als voorzitter van de vakgroep kindergeneeskunde, mij heeft aangedragen en genomineerd. Enigszins overvallen door dit mooie nieuws, moet ik het even laten bezinken. Wat een eer voor een piepjonge professional! Ik besluit twee grote, smakelijke taarten te bestellen bij de bakkerij op de hoek en versier de afdeling Neonatologie van het Radboudumc Amalia kinderziekenhuis met PA-stickers. We zullen deze groeiende populatie zorgverleners met die moeilijke naam eens goed kenbaar maken!

In de daaropvolgende weken mag er gestemd worden. Ik besluit niet te veel uit de kast te halen om stemmen bij elkaar te sprokkelen. Maar dan, zonder dat ik er ook maar iets van weet, wordt er tijdens het fotomoment met de taart ineens gefilmd, en doen mijn fijne collega's een stemoproep. Tot mijn grote verbazing wordt dit filmpje meer dan 12.875 keer bekeken op LinkedIn. Zou het dan toch? Ik durf er niet op te hopen.

Op 6 november 2018 was het dan zover: de dag van de waarheid. Met een weëig gevoel ga ik de ontknoping tegemoet. Met mijn fantasti-

sche medegenomineerden mochten we het podium van De Fabrique sieren. Op een klein scherm dat de menigte in de zaal niet kon zien, konden we een aantal sheets vooruitkijken. Drie minuten eerder wisten wij stiekem de uitslag al. Enigszins in verlegenheid gebracht door de lovende woorden van Milena, de immens grote foto van mezelf op het scherm en een luid applaus, mag ik overdonderd de loodzware bokaal in ontvangst nemen. Mijzelf even Popey wanend, tracht ik als blijk van dank het gevaarte in de lucht te tillen. Ik probeer oprecht verrast over te komen, want stiekem wist ik natuurlijk drie minuten eerder de uitslag al, en kreeg van achteren al wat vriendelijke schouderklopjes van mijn medegenomineerden. Wat een eer om zo vroeg in mijn carrière al zo groots beloond te worden.

Na het ontvangen van deze prachtige titel, stap ik vrijwel direct in het vliegtuig naar mijn geliefde Tanzania. Twee weken werken op de mooie NICU in het prachtige Sengerema. Ditmaal op de voet gevolgd door documentairemaakster Denise Eigenbrood. De ontroerende en integere documentaire 'Ieder kind verdient een naam' is medio februari groots in de bioscoop in première gegaan. Een ode aan alle baby's ter wereld. Een ode aan alle mensen die zoveel toewijding tonen en zich volledig inzetten. Een ode aan het vak van physician assistant, die onbekende beroepsgroep, die, met collectief zeer hard werken, steeds duidelijker op de kaart komt. •

Jonathan Leegwater, physician assistant, afdeling Nucleaire Geneeskunde, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

Erik Vegt, nucleair geneeskundige, afdeling Nucleaire Geneeskunde, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

Vorbereiding patiënt cruciaal bij 'suikerscan'

Waarom moet je nuchter zijn voor een FDG-PET/CT-scan ('suikerscan')? En wat als je suikerziekte hebt?

Bij nucleaire scans, zoals botscans, positronemissietomografie (PET)-scans en myocardperfusiescans, krijgen patiënten een radioactief gemerkte stof toegediend die bepaalde processen in het lichaam

zichtbaar kan maken. Zo wordt 18F-fluorodeoxyglucose (FDG), radioactief suiker, gebruikt om het glucoseverbruik van organen en weefsels te visualiseren. Omdat tumoren en ontstekingen meestal veel brandstof (suiker) verbruiken, lichten deze op de scan op. FDG wordt via glucosetransporters in de cellen

opgenomen, die deels insulineafhankelijk zijn en beïnvloed kunnen worden als patiënten niet nuchter zijn of lijden aan diabetes mellitus.

Hier presenteren wij twee voorbeelden waarbij de nadruk ligt op een goede voorbereiding van de patiënt.

CASUS A

73-jarige man, longcarcinoom in de voorgeschiedenis. Nu verdenking op recidief.

Foto 1 toont de eerste PET/CT-scan. We zien lichtverhoogde FDG-opname in de linkerlongtop (pijl) nabij de eerder bestraalde longtumor, waarbij werd getwijfeld tussen recidief of restafwijking. Verder een normale verdeling van FDG in hersenen, hart en de rest van het lichaam, met uitscheiding via de nieren naar de blaas.

Foto 2 toont de PET/CT drie maanden later, waarbij de patiënt niet nuchter bleek te zijn.

Door de verhoogde aanmaak van insuline als reactie op een maaltijd, wordt het FDG voornamelijk opgenomen door de spieren. We zien dus diffuus verhoogde opname van FDG in alle spieren. Ook is er minder FDG over voor de rest van het lichaam, wat leidt tot verminderde activiteit in tumoren, ontstekingen, hersenen, lever en overige organen. Door beide

effecten worden de afwijkingen die we zoeken, zoals tumoren of ontstekingen, minder goed zichtbaar – de sensitiviteit van het onderzoek is verminderd. Ook de afwijkingen in de

linkerlong zijn verminderd zichtbaar. Inspanning kort voor het onderzoek zorgt eveneens voor een verhoogd glucosegebruik, dus verhoogde FDG-opname, in de spieren.



CASUS B

79-jarige man, bekend met diabetes mellitus waarvoor metformine. Primair longcarcinoom links.

Foto 3 toont de eerste PET/CT ter primaire stadiëring, nuchter bloed-

glucose 6,9 mmol/l. We zien intense activiteitstapeling in de primaire tumor in de linkerlong. Opnieuw een fysiologische verdeling van FDG over hersenen, hart, lever en milt met uitscheiding via de urine. De hoge

opname in verschillende darmlussen wordt veroorzaakt door metformine. Let ook op de lagere opname in het hart dan bij casus A: hierin bestaat een brede variatie omdat het hart zowel suiker als vet kan verbranden.



Foto 4 toont de PET/CT twee jaar later, na behandeling met chirurgie en radiotherapie. Vraagstelling: verdenking recidief links en kliermetastasen op CT. Het nuchtere bloedglucose betrof 18,9 mmol/l. De nucleair geneeskundige besloot de scan wel door te laten gaan.

Door het hoge glucosegehalte in het bloed is er een competitie met het FDG, waardoor FDG minder goed wordt opgenomen. Er ontstaat een diffuus wazig beeld met duidelijk verminderde FDG-stapeling in hersenen, milt, darmen, en ook in de tumor. Het tumorrecidief is nauwelijks zichtbaar, en ook eventuele metastasen zullen dus gemist worden.

Richtlijn

De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde adviseert overleg met een nucleair geneeskundige bij een nuchter bloedglucose >11 mmol/l. Patiënten dienen minimaal vier tot zes uur van tevoren nuchter te zijn en zes uur van tevoren geen fysieke inspanning te leveren. Ook is het voor de scan van belang dat de patiënt 20 tot 45 minuten stil kan liggen in het apparaat. Als de patiënt insuline gebruikt, dient dit niet korter dan vier uur (snelwerkend) of zes uur (langwerkend) voor toediening van FDG gebruikt te worden. Een korter tijdsinterval leidt namelijk tot verhoogde spieropname, zoals bij casus A.

Physician assistants kunnen de patiënt goede voorlichting geven

Conclusie

Een goede voorbereiding van de patiënt is cruciaal bij FDG-PET/CT. Afwijkingen in de suikerhuishouding of inspanning

vlak voor de scan kan de scan nadelig beïnvloeden. Als aanvragers kunnen physician assistants een goede voorlichting aan de patiënt geven. Met name bij diabetes mellitus is overleg met de afdeling Nucleaire Geneeskunde aan te raden, zodat kwalitatief goede beeldvorming kan plaatsvinden. •

contact
jleegwater@napa.nl

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



UNLOADER ONE®

Klinisch bewezen

Unloader One is een veilige, eenvoudige en niet-operatieve oplossing voor mensen met knieartrose. In tegenstelling tot veel andere oplossingen voor kniepijn, is van deze innovatieve kniebrace klinisch bewezen dat deze leidt tot pijnvermindering, minder gebruik van pijnmedicatie en een verbeterde kniefunctie. Unloader One kniebrace is wereldwijd de meest onderzochte gewrichtsontlastende kniebrace en is ontwikkeld met de eindgebruiker als uitgangspunt.



UNLOADER ONE®

UNLOADER ONE® LITE

16 punten¹

significante verbetering van WOMAC

15%

minder belasting van het mediale compartiment²

8

jaar klinische follow-up met bewezen lange termijn effecten³

15.87 punten⁴

significante verbetering van ADL en KOOS vs Placebo



REFERENCES

¹ Briggs KK, Matheny LM, Steadman JR. Improvement in quality of life with use of an unloader knee brace in active patients with OA: a prospective cohort study J Knee Surg. 2012 Nov;25(5):417-21 ² Fabian E, Pollo PhD, James C. Otis PhD et al., REDUCING MEDIAL COMPARTMENT LOADS WITH VALGUS BRACING IN THE OSTEOARTHRITIC KNEE, American Journal of Sports Medicine (AJSM), Vol. 30, No. 3, 2002. ³ Lee et al. (2017) Unloading knee brace is a cost-effective method to bridge and delay surgery in uni-compartmental knee arthritis BMJ Open Sport Exerc Med 2017;2:e000195. doi:10.1136/bmjsem-2016-000195. ⁴ H.F. Hjartarson, S. Toksvig-Larsen. THE CLINICAL EFFECT OF UNLOADER ONE® KNEE BRACE ON PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE. A RANDOMIZED PLACEBO CONTROLLED TRIAL. Osteoarthritis and Cartilage 25 (2017) S76eS444.

Voor meer informatie:



WWW.OSSUR.NL

Onderstaand een interessante casus in de prehospital setting, waar PA's regelmatig tegenaanlopen. Tijd voor meer samenwerking in de acute zorg!

Laat niet de kosten maar de baten leidend zijn

tekst Oscar Francissen, physician assistant ambulancezorg

Via de centrale komt een 112-melding binnen. Een oudere dame belt. Haar buurvrouw is gevallen en ligt in de keuken. Er klinkt paniek en er zou flink bloedverlies zijn. Als rapid responder van de ambulance, arriveer ik binnen acht minuten op locatie. Het betreft enkel een snijwond op de onderarm en het bloedverlies valt mee. Ik besluit de wond zelf te hechten. Anamnestic blijkt mevrouw het laatste jaar vaker te zijn gevallen. Tijdens telefonische consultatie van de huisarts, constateer ik dat hij niet op de hoogte is van eerdere valpartijen. Hij zal de patiënt op korte termijn bezoeken voor een langetermijnplan. Uiteindelijk kan de patiënt thuisblijven. Dit bespaart haar een ambulancerit, en levert de maatschappij uiteindelijk geld, want het spaart een spoedeisendehulpbezoek uit en een dure ziekenhuisbehandeling. Een inschatting en behandeling die je als physician assistant in de prehospital setting kan en mag uitvoeren en waarmee zorg goedkoper gemaakt wordt. Echter: niet vervoerd, betekent geen rekening...

Bovenstaande situatie is geen uitzondering in de ambulancezorg, waar momenteel slechts enkele physician assistants en verpleegkundig specialisten werken. Een reden voor de kleine omvang van deze medische groep is het complexe betalingssysteem. Daarbij wordt het ter plaatse afhandelen van een casus niet beloond maar enkel geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Beloning, en dus uitbetaling, vindt alleen plaats bij transport van de patiënt, want alleen dan mag de ambulance kosten declareren bij de zorgverzekeraar. Het totale budget voor ambulancezorg wordt vastgesteld en aangevuld door de gezamenlijke ziektekostenverzekeraars en wordt gebaseerd op aanrijtijden. Financiering is in de huidige setting dus vooral gericht op snel ter plaatse zijn en vervoeren naar de Spoedeisende Hulp.

Steeds meer eerstelijnszorg komt binnen via een 112-melding. Adequate zorg thuis – of via een huisarts(post) – zou in sommige gevallen passender en betaalbaarder zijn. Echter

de samenwerking tussen huisarts en ambulancedienst komt langzaam op gang. Een reden hiervoor is de koppeling van het elektronisch patiëntendossier. Dit is nu niet inzichtelijk voor de ambulancemedewerker, en terugkoppeling van een ambulancebezoek naar de huisarts is ook niet gewaarborgd. Dit is wel wenselijk, aangezien 42,3 procent van de 112-meldingen, huisartsenzorg betreft. Ook zijn de opleiding en protocollen van de ambulanceverpleegkundige momenteel nog toegespitst op het vervoer naar het ziekenhuis.

Niet vervoerd, betekent geen rekening...

Het is een kwestie van tijd, maar in de toekomst wordt een samenwerking in de acute extramurale zorg voorzien en wordt de PA in de ambulancezorg erkend en vol ingezet met één doel: betaalbare patiëntgerichte acute zorg op maat. •

contact

Milou.vanIngen@radboudumc.nl

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@napa.nl

DE PA IN DE KLINISCHE GENETICA

Beppy Caanen, PA klinische genetica, en
Kim van Kaam, klinisch geneticus, beiden in het
MUMC+, over de inzet en toegevoegde waarde
van PA's in de klinische genetica.

tekst Aafke Verhoeven

beeld Appie Derks bedrijfsfotograaf MUMC+



Klinische genetica is een jong vak dat zijn oorsprong vindt in de kindergeneeskunde. Het beroep van physician assistant (PA) bestaat binnen dit specialisme nog maar net. De eerste PA studeerde af in 2018. Dit jaar komen daar acht afgestudeerde PA's bij en zijn er nog tien in opleiding. Beppy Caanen begon haar carrière als verpleegkundige waarna ze zich specialiseerde in de oncologie. Later volgde ze de post-hbo-opleiding tot genetisch consulent. In 2016 begon ze met de master physician assistant. Maart 2019 is ze afgestudeerd. Haar aandachtsgebied is de oncogenetica, met de focus op erfelijke borst- en eierstokkanker, darm- en baarmoederkanker en polyposis.

Specifieke opleiding

Om hun zelfstandigheid en verantwoordelijkheid te vergroten is gesproken over ontwikkelingsmogelijkheden voor genetisch consulenten. Mogelijkheden voor taakherschikking werden onderzocht. Een enquête binnen de Vereniging Klinische Genetica Nederland toonde aan dat de medisch specialisten verdere ontwikkeling voor genetisch consulenten naar een masterniveau unaniem toejuichten. Internationaal bestond er al een specifieke master voor *genetic counselors*. In Nederland was dit echter niet het geval. Daarnaast was de groep genetisch consu-

lenten te klein om hier een specifieke opleiding voor te ontwikkelen. Als alternatief werd gekozen voor de master physician assistant en de master Advanced Nursing Practice (opleiding tot verpleegkundig specialist). De genetica is een vakgebied dat bij vrijwel alle specialismen een rol kan spelen. Vanwege de breedte van de PA-opleiding is dit voor de meeste afdelingen daarom de meest passende keuze. De opleiding is gericht op het volledige medisch domein, terwijl de opleiding tot verpleegkundig specialist zich richt op een deel hiervan. Om deze redenen werd in het MUMC+ gekozen voor de PA-opleiding.

Zelfstandigheid

Caanen heeft de functie van PA op haar afdeling vormgegeven. Haar takenpakket is divers, waarbij de focus ligt op de directe patiëntenzorg. Het zelfstandig doen van het spreekuur is haar voornaamste taak. Daarnaast participeert zij in de triage van patiënten en de bereikbaarheid voor spoedconsulten, en geeft zij onderwijs. De hoge mate van zelfstandigheid laat de beoogde taakherschikking duidelijk zien. Genetisch consulenten werken onder directe supervisie van een klinisch geneticus en doen de spreekuren niet zelfstandig. Het beleid wordt altijd mede bepaald door de supervisor. De PA daarentegen heeft zelfstandige bevoegdheden binnen de afgebakende taakgebieden. Directe



← Beppy Caanen (rechts) en Kim van Kaam (midden)

supervisie van een klinisch geneticus is hierbij niet meer nodig. De klinisch geneticus is indien nodig beschikbaar voor overleg. De zorg is hiermee efficiënter geworden met behoud van kwaliteit. De reacties van patiënten op Caanen zijn positief: 'Patiënten kennen het beroep van PA vaak nog niet, maar vinden het contact met mij vanzelfsprekend. Ik heb nog niet meegemaakt dat een patiënt alsnog een arts wilde zien.' Dat de taakherschikking ook door de medisch specialisten wordt gedragen, bevestigt klinisch geneticus Van Kaam: 'Er is bij de start van de PA in ons specialisme nooit weerstand geweest vanuit de medisch specialisten. Wel waren sommige collega's eerst afwachtend. Doordat de PA een nieuw fenomeen is in de klinische genetica zijn we nog aan het ontdekken waar we PA's verder kunnen inzetten.'

'Patiënten vinden het contact met mij vanzelfsprekend'

Spoedgevallen

Caanen ziet met name patiënten bij wie mogelijk sprake is van een erfelijke aanleg voor kanker. Soms is de diagnose kanker gesteld bij de patiënt zelf, soms gaat het om mensen bij wie een bepaalde vorm van kanker of een genmutatie in de familie voorkomt. De diagnose is van invloed op zowel de patiënt als diens familie. De familieanamnese en stamboom zijn dan belangrijke pijlers in het proces. Voor haar masterthesis deed Caanen onderzoek naar de inzet van spoed-DNA-diagnostiek bij

erfelijke borstkanker. Ze vertelt hier gepassioneerd over. 'Mensen verwachten niet dat wij in de klinische genetica ook te maken kunnen krijgen met spoedgevallen. Toch bestaat dit ook binnen ons vak. Bij een patiënt met borstkanker is het noodzaak dat de behandeling binnen vijf weken start. Er moet dus vroeg in het proces worden besloten of er een indicatie is voor genetisch onderzoek. De aanwezigheid van een mutatie kan er namelijk voor zorgen dat de patiënt in aanmerking komt voor een ander type operatie of andere chemotherapie. In sommige gevallen – afhankelijk van de specifieke genmutatie – kan tevens het preventief verwijderen van de eierstokken en eileiders geïndiceerd zijn. De uitslag van het DNA-onderzoek is dus van invloed op het beleid.'

Ethische dilemma's

Ethische dilemma's komen met regelmaat voor in de klinische genetica. Geheimhouding, familiedynamiek, afzien van onderzoek en een kindwens met daarbij eventueel de wens tot pre-implantatiediagnostiek zijn hier voorbeelden van. Caanen benoemt integriteit als een van de belangrijkste punten in haar werk: 'Mijn eigen mening is niet belangrijk. Ik probeer non-directief te zijn om patiënten een eigen weloverwogen keuze te laten maken. Ik houd daarbij wel rekening met het feit dat de patiënt geen specialist is en hiervoor duidelijke en volledige informatie van ons nodig heeft.' Ook vervult ze een educatieve rol. Patiënten hebben regelmatig vragen over de eventuele effecten van een genetische diagnose op het kunnen afsluiten van een verzekering of het kopen van een huis. Om de kennis over klinische genetica te vergroten geeft Caanen daarom met regelmaat onderwijs en voorlichting aan zowel zorgverleners als patiënten.

Grote toegevoegde waarde

Naast patiëntgebonden werkzaamheden hebben PA's in de klinische genetica ook vakoverstijgende taken zoals het geven van onderwijs aan studenten en medisch specialisten, participeren in wetenschappelijk onderzoek, consulten op andere afdelingen, dienst van de overleglijn, betrokkenheid bij kwaliteitstaken en beleidstaken. Zo sluit Caanen bijvoorbeeld ook aan bij verschillende mdo's. Van Kaam benadrukt dat de inzet van een PA hier echt van toegevoegde waarde is: 'Voorheen waren de klinisch genetici vaak niet in de gelegenheid om aan te sluiten bij deze mdo's. Doordat nu namens de genetica een PA kan aansluiten, kunnen eventuele vragen van behandelaars meteen worden beantwoord en kan direct advies worden gegeven of de patiënt in aanmerking komt voor verwijzing naar een klinisch geneticus.' De inzetbaarheid van PA's in de genetica reikt veel verder dan de oncogenetica. Onder andere binnen de farmacogenetica, cardiogenetica, bindweefselaandoeningen, prenatale zorg, neurogenetica en hematogenetica krijgen PA's steeds vaker een vaste plaats binnen het klinisch genetisch team. De PA in de klinische genetica is daarmee van grote toegevoegde waarde! •

contact
verhoeven.aafke@gmail.com



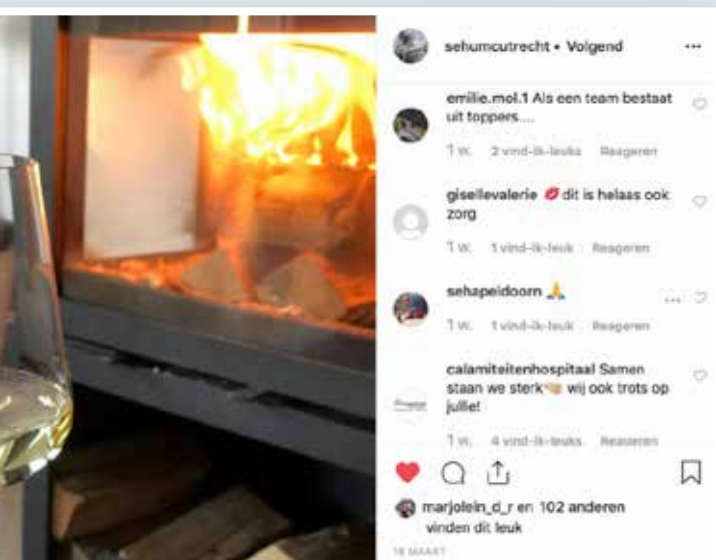
SOCIAL MEDIA IN DE ZORG: ER GAAT EEN WERELD VOOR JE OPEN



Het is zomer 2018, op Twitter spreekt [@hugodejonge](#) (minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) zich uit over taakherschikking in de zorg. Na een aantal reacties over en weer ontvang ik een DM (direct message) met de vraag of ik de minister wil uitnodigen bij mij op de afdeling. Februari 2019, minister Bruno Bruins bezoekt mijn werkplek om te praten over taakherschikking en te zien wat de zorg op de kinderintensivere care inhoudt. Dit is hoe social media gebruikt kunnen worden in de zorg: netwerken, persoonlijke verbinding en elkaar vinden.



Het is 18 maart 2019, na een indrukwekkende en hectische dag voor Utrecht, zit ik 's avonds op de bank door mijn Instagramfeed te scrollen. Eén bericht valt op. Een foto van een houtkachel en een glas wijn, gepost door [sehumcutrecht](#): 'Zo zeg... Trots op ons team'. Een stroom van reacties en steunbetuigingen volgt. Het raakt mij, ik voel mee en voel me verbonden met deze collega's die de slachtoffers hebben opgevangen van de aanslag in Utrecht. Nog een voorbeeld van social media in de zorg: actueel, persoonlijk en oprecht.



Medewerkers in de gezondheidszorg kunnen social media gebruiken om contact te leggen met collega's binnen de eigen of andere beroepsgroepen en op de hoogte blijven van de nieuwste medische literatuur. Binnen Twitter zijn er feeds en Twitteraccounts die je kunt volgen, met elke week of maand een selectie van voor jou relevante literatuur.

De verbinding via social media met collega's wereldwijd is een van de belangrijkste voordelen van het gebruik van social media in de gezondheidszorg. Over veel nieuwe literatuur worden samenvattingen geschreven, blogs gemaakt of infographics. Hierdoor is het makkelijk op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen en als je vragen hebt zijn collega's wereldwijd altijd bereid met je mee te denken of antwoord te geven. De meestgebruikte socialmediakanalen voor professionele ontwikkeling zijn Twitter, YouTube, Instagram, Facebook, Snapchat en LinkedIn.

In contact staan met collega's is essentieel voor ons werk

Vacatures

Het hebben van een netwerk en in contact staan met collega's is essentieel voor ons werk. Bij congressen is dit vaak een van de belangrijkste redenen om hierbij aanwezig te zijn. Een mooi voorbeeld van netwerk en het wereldwijde effect hiervan is het congres SMACC (Social Media And Critical Care). Begonnen als een kleine bijeenkomst voor artsen en verpleegkundigen die in contact stonden via social media, is het uitgegroeid tot hét te bezoeken congres, dit jaar in een uitverkocht Sydney Opera House in Australië met drieduizend bezoekers ([smacc.net.au](#)). Een andere veelgebruikte vorm van social media is LinkedIn. Via bijvoorbeeld het LinkedInaccount van de NAPA worden veel vacatures geplaatst en houdt de NAPA de achterban op de hoogte van ontwikkelingen die onze beroepsgroep aangaan. Binnen LinkedIn zijn er ook groepen actief over diverse onderwerpen. Een kwalitatief goede is bijvoorbeeld Research, Methodology, and Statistics: een groep met meer dan 150 duizend leden waarin je kunt vragen welke methodologie of statistiek je het beste kunt gebruiken voor je onderzoek of onderzoeksvraag.

Zo werkt Twitter



Actief leren

Terwijl social media voor sommige opleiders en opleidingen nog relatief nieuwe of onbekende instrumenten zijn, gebruiken de studenten van vandaag ze al veel langer op grote schaal als communicatiemiddel in hun persoonlijke, professionele en educatieve leven. Social media verbeteren het gezondheidszorgonderwijs door studenten te betrekken bij het creëren van hun eigen kennis en door betrokkenheid, zelfreflectie en actief leren te bevorderen. Studenten kunnen Facebook of Google+ gebruiken voor online-groepssamenwerking, het delen van bronnen en (virtuele) ondersteuning door studiegenoten. Docenten kunnen YouTube-video's opnemen over medische onderwerpen of verwijzen naar excellente educatieve gezondheidszorgkanalen op YouTube zoals de Kahn Academy ([youtube.com/user/khanacademymedicine](https://www.youtube.com/user/khanacademymedicine)). De Kahn Academy is een non-profitorganisatie die gratis, kwalitatief hoogwaardig onderwijs ontwikkelt en deelt via YouTube, met als

doel gezondheidszorgmedewerkers een leven lang te laten leren. Daarnaast worden wij op congressen steeds vaker aangemoedigd om vragen en ervaringen te tweeten, met hashtags om gerelateerde Twitergesprekken en onderwerpen te koppelen. Er zijn excellente blogs over verschillende specialismen in de gezondheidszorg zoals lifeinthefastlane.com (spoedeisende geneeskunde) en dontforgetthebubbles.com (kindergeneeskunde) met elk meer dan een miljoen unieke bezoekers per jaar.

Inspireren

Het afgelopen jaar is er een enorme stijging geweest van het aantal afdelingenaccounts op Instagram. Door stories en posts worden mensen enthousiast gemaakt over het werk in de gezondheidszorg en ontstaat er een netwerk van kennisuitwisseling. Mooie voorbeelden zijn 'meisjes.van.de.anesthesie' van het Amsterdam UMC, dat in korte tijd meer dan duizend volgers

heeft gekregen, en 'physician_assistant_life', met meer dan 15 duizend volgers. Het gaat bij deze Instagramaccounts niet om de patiënten, maar om de mens achter de zorgverlener: Wat motiveert ons? Wat doen wij in onze vrije tijd? Maar ook: Waar lopen wij tegenaan? In de huidige tijd van personeels-tekorten zijn dit essentiële communicatiekanalen om ook toekomstige collega's te inspireren en motiveren om te kiezen voor een carrière in de gezondheidszorg.

Goede start

Wij leven in een technologisch geavanceerde samenleving die continu verandert. Social media zijn hierbinnen een effectieve en uitgebreide tool voor mensen werkzaam in de gezondheids-

zorg. Wij kunnen social media gebruiken en inzetten om ons te ontwikkelen, te netwerken, patiënten voor te lichten en onze collega's te scholen en te inspireren. Echter, met deze kansen komt er ook een verantwoordelijkheid bij: medewerkers in de gezondheidszorg moeten te allen tijde de vertrouwelijkheid en privacy van de patiënt garanderen en fungeren tevens als rolmodel voor de gezondheidszorg en hun werkplek. Maar waar en hoe begin je nou en wat zijn de valkuilen? Mijn eerste tip is: gewoon dóén, meld je aan, ga kijken wat er gebeurt of vraag collega's die actief zijn op social media om hulp. Voor een goede start op Twitter kun je de infographic gebruiken (zie blz. 18), of kom naar de socialmediaworkshop op PA-Invest 2019! •

Schrijf een Tweet

Maximaal 280 karakters

Tweets door jezelf @kieswatjewilt	Post op je eigen timeline en zichtbaar voor al je volgers
Tweets met een tag @iemand	Post op timeline van @iemand en zichtbaar voor volgers van beiden

Overige functies

Direct message	Hastags #	Foto's & video
Privébericht. Niet openbaar zichtbaar	Labels. Wees vindbaar en zoek d.m.v. #	Maak cover
		Kies taal



Colofon

Hoofdredacteur Milena Babovic

Redactieraad Petra van Houten, Milou van Ingen, Aafke Verhoeven

Redactiebegeleiding, eindredactie, vormgeving
redactie Medisch Contact

NAPA magazine, vakblad voor physician assistants is een uitgave van NAPA
ISSN: 2665-9662.

Deze uitgave wordt verzorgd door een onafhankelijke redactie.

Redactieadres

Postbus 2442
3500 GK Utrecht

redactie@napa.nl
www.napa.nl

Bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
030-6868768

Advertentieverkoop

Tim Lansbergen
Cross Media Nederland
010-7421022/tim@crossmedianederland.nl

Oplage 1500

Copyright© 2019 NAPA

Behoudens de door de wet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd 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.

PA klinisch verloskundige valt volledig onder PA-wetgeving

Physician assistants (PA's) die aan de Hogeschool Rotterdam zijn afgestudeerd als PA klinisch verloskundige moeten zich in het BIG-register als PA registreren.

Uit een inventarisatie door NAPA blijkt dat hier onduidelijkheden over bestaan. Het is niet nodig om een arbeidsovereenkomst als PA te hebben om zich als PA te kunnen registreren. Een MPA-diploma is voldoende. Deze opleiding aan de Hogeschool Rotterdam is een geaccrediteerde PA-opleiding. De PA klinisch verloskundige valt daarmee volledig onder de wettelijke bevoegdheden van de PA en mag acht voorbehouden handelingen verrichten, waaronder het voorschrijven van UR (uitsluitend op recept)-geneesmiddelen.

De PA klinisch
verloskundige mag
acht voorbehouden
handelingen verrichten

Na registratie in het BIG-register kan de PA klinisch verloskundige in het geneeskundig proces een anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek uitvoeren, aanvullend onderzoek aanvragen, een (differentiaal) diagnose opstellen, een behandelplan uitvoeren en voorlichting en advies geven. Het assisteren bij een operatie of het verrichten van kleine chirurgische ingrepen behoort tot de werkzaamheden. Deze

werkzaamheden tellen later mee voor de herregistratie. Voor de verloskundige handelingen is tevens een registratie in het BIG-verloskundigenregister nodig. Dat betekent dat de PA klinisch verloskundige een dubbele BIG-registratie nodig heeft. Als een zorgverlener met meer dan één basisberoep is ingeschreven in het BIG-register, moet herregistratie per beroep worden aangevraagd. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om aan te tonen dat voldaan is aan de gestelde eisen voor het specifieke beroep. Als er overlap is in het deskundigheidsgebied van twee beroepen, dan mogen gewerkte uren voor beide registraties meetellen.

De herregistratie-eisen voor PA's zijn beschreven in het Beoordelingskader Physician Assistant op bigregister.nl/herregistratie. Op pagina 37 t/m 41 is casuïstiek uitgewerkt voor onder andere PA klinisch verloskundige, docent en medisch wetenschapper. Daarin staat beschreven welke werkzaamheden mogen meetellen voor de herregistratie. De Algemene Maatregel van Bestuur (AMVB) die de herregistratie van PA's in het BIG-register regelt, gaat naar verwachting per 2020 in. Dat betekent dat de eerste herregistraties van PA's in het BIG-register in 2025 zullen plaatsvinden.

Tweet van PA Sharon Sommers na bekendmaking van BIG-nummervermelding.



NAPA adviseert de PA klinisch verloskundigen om een aanstelling als PA aan te gaan en taken die zij als PA verrichten middels een werkformulier vast te leggen.

BIG-nummer

Recentelijk is er onrust ontstaan over het zichtbaar voeren van het BIG-nummer. Daarover zijn VWS, de beroepsgroepen, werkgevers, Zorgverzekeraars Nederland en Patiëntenfederatie Nederland met elkaar in overleg getreden. Doel is om tot een oplossing te komen met aandacht voor de administratieve lasten en waarbij voldoende tijd is voor implementatie. De partijen streven ernaar om binnen enkele maanden tot een oplossing te komen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is gevraagd tot die tijd niet te handhaven.

ZIE OOK:

www.bigregister.nl/actueel/nieuws/2019/februari/6/big-nummer-bekend-maken



Arbeidsmarktmonitor NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet dat de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg verbetert. Maar taakherschikking heeft ook als doel om de zorg betaalbaar te houden. Hier zien ze nog niet genoeg ontwikkelingen. Daarom gaan ze hierover in gesprek met de instellingen en zorgverzekeraars. •

Tweet van verpleegkundig specialist naar aanleiding van het rapport van de NZa.





**NU OOK
VACATURES
VOOR PA'S**

MEDISCH CONTACT

Banen

MEDISCHCONTACTBANEN.NL

Verkorte Productinformatie Cosentyx 150 mg oplossing voor injectie

▼Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring.

Samenstelling Elke voorgevulde spuit of pen bevat 150 mg secukinumab in 1 ml. **Indicaties** Behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij volwassenen die in aanmerking komen voor systemische therapie. Behandeling (alleen of in combinatie met methotrexaat) van actieve artritis psoriatica (PsA) bij volwassen patiënten die een inadequate respons vertoonden op eerdere behandeling met 'disease-modifying antirheumatic drugs'. Behandeling van actieve spondylitis ankylopoetica (AS) bij volwassenen bij wie de respons op conventionele behandeling inadequaat was. **Farmacotherapeutische groep** Immunosuppressiva, interleukineremmers. **Contra-indicaties** Ernstige overgevoeligheid voor de werkzame stof of een van de hulpstoffen. Actieve infectie van klinische betekenis (bijv. actieve tuberculose). **Waarschuwingen** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een chronische infectie of een voorgeschiedenis van recidiverende infectie. Patiënten moeten geïnstrueerd worden een arts te raadplegen bij klachten en verschijnselen die duiden op een infectie. Als een patiënt een ernstige infectie ontwikkelt, moet de patiënt nauwlettend worden gemonitord en mag Cosentyx pas weer worden toegediend zodra de infectie is verdwenen. Bij patiënten met latente tuberculose moet voorafgaand aan de start van een behandeling met Cosentyx antituberculotherapie worden overwogen. Patiënten die met Cosentyx worden behandeld en een inflammatoire darmziekte, waaronder de ziekte van Crohn en ulceratieve colitis, hebben moeten nauwlettend worden gemonitord. Als anafylactische of andere ernstige allergische reacties zich voordoen, moet de toediening van Cosentyx onmiddellijk worden gestaakt en moet een passende behandeling worden ingesteld. Aangezien de verwijderbare naaldtop van de Cosentyx voorgevulde spuit en voorgevulde pen een derivaat van natuurlijk rubberlatex bevatten, bestaat er een potentieel risico op overgevoelighedsreacties bij latexgevoelige personen. Levende vaccins mogen niet gelijktijdig met Cosentyx worden toegediend. Vrouwen die zwanger kunnen worden, moeten effectieve anticonceptie gebruiken tijdens en gedurende ten minste 20 weken na de behandeling. Vanwege het risico op bijwerkingen bij met moedermelk gevoede zuigelingen moet worden besloten of borstvoeding tijdens de behandeling en tot 20 weken na de behandeling moet worden gestaakt of dat behandeling met Cosentyx moet worden gestaakt. **Bijwerkingen** *Zeer vaak* bovensteluchtweginfecties. *Vaak* orale herpes, rinorroe, diarree. *Soms* orale candidiasis, tinea pedis, otitis externa, neutropenie, conjunctivitis, urticaria. **Afleverstatus UR Verpakking en prijs** Zie Z-Index **Vergoeding** Financiering verloopt via add-on **Registratiehouder** Novartis Europharm Limited **Lokale vertegenwoordiger** Novartis Pharma B.V., Raapopseweg 1, 6824 DP Arnhem **Meer informatie** Voor meer informatie kunt u bellen met 026-3782111. De volledige productinformatie kunt u raadplegen via www.novartis.nl. **Datering verkorte productinformatie** september 2018.

NOVARTIS

 **Cosentyx**[®]
secukinumab



Kaartverkoop start
10 juni 20.00 uur

5 okt | 15 minuten van
2019 | Utrecht Centraal

**WAT IS JOUW
DROOMBESTEMMING
ALS ARTS?**

Kom naar de Carrièrebeurs en ontdek de volgende stap in je loopbaan.

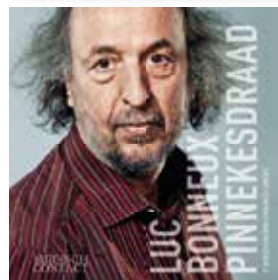
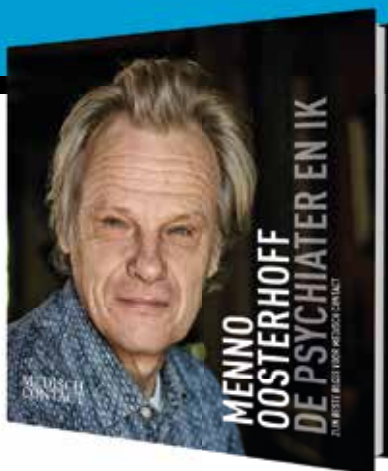
knmg.nl/carrierebeurs

De gids voor
jouw medische
toekomst

**De CARRIÈRE
BEURS**

Een evenement van artsenfederatie KNMG en De Geneeskundestudent.

MEER LEZEN?



€20

INCL. VERZENDEN

BESTEL VIA MEDISCHCONTACT.NL/WEBSHOP



Taakherschikking leidt nog niet tot beter betaalbare zorg

HOOG TIJD OM MEERWAARDE PATIENTE VERZILVEREN

De inzet van physician assistants vergroot de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. En draagt bij aan de tevredenheid van patiënten. Dat blijkt uit twee recente onderzoeksrapporten. De financiële effecten zijn minder duidelijk. Een betere registratie van de werkzaamheden zou daarom nuttig zijn.

tekst Robert Crommentuyn

beeld Getty Images



'Taakherschikking is belangrijk voor de juiste zorg op de juiste plaats'

Marian Kaljouw, voorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), spreekt heldere taal in het voorwoord van de Monitor Taakherschikking die op 1 april verscheen. 'Taakherschikking', zegt Kaljouw, 'komt steeds prominenter in beeld als belangrijk instrument voor het bereiken van de juiste zorg op de juiste plek. Het is, als het goed wordt ingezet, een succesvol instrument voor het leveren van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg.' De NZa-voorzitter ziet positieve effecten op het terrein van toegankelijkheid, kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid. Tot zover het goede nieuws. Want Kaljouw is ook kritisch over de stand van zaken met betrekking tot de taakherschikking. Volgens haar is het essentieel dat taakherschikking bijdraagt aan de betaalbaarheid van zorg. Maar of dat zo is, blijft vooralsnog onduidelijk. En dat is ernstig, aldus Kaljouw: 'Op het gebied van

betaalbaarheid zie ik tot op heden veel te weinig ontwikkelingen. Taakherschikking moet óók positief bijdragen aan de betaalbaarheid. Dit is essentieel als we samen de zorg toekomstbestendig willen houden. *Sense of urgency* ontbreekt!'

Tweesprong

Volgens Kaljouw loopt het op verschillende punten spaak. Zij stelt vast dat ziekenhuizen en andere zorginstellingen zich nog te veel laten leiden door een productieprikkel. Het systeem is erop ingericht om zoveel mogelijk omzet te maken. Door de inzet van PA's en VS'en houden medisch specialisten tijd over. Maar dat leidt niet tot minder artsen, want die extra tijd wordt ingezet om meer en complexere patiënten te gaan behandelen. Het aantal PA's en VS'en is tussen 2015 en 2017 met 11 procent gestegen. Dat ging echter niet gepaard met een afname van het

aantal medisch specialisten. Integendeel: hun aantal nam met 4 procent toe. Ook hier past een waarschuwing, vindt Kaljouw: 'Op de langere termijn kan taakherschikking pas leiden tot een daling van de uitgaven als er minder artsen nodig blijken te zijn en dezelfde verrichtingen door taakherschikkers tegen een lager tarief worden uitgevoerd.'

Volgens de NZa moet er vooral in de praktijk het een en ander veranderen. Belangrijk is dat elke zorgverlener op eigen naam zijn of haar activiteiten kan registreren. Alleen dan worden de effecten van taakherschikking inzichtelijk. Ook moet waar mogelijk het werk van de PA's en VS'en in de kostprijzen en dbc's worden verwerkt, en moet dit vervolgens ook in de onderhandelingen met zorgverzekeraars worden meegenomen. Dat moet in landelijke afspraken vast komen te liggen.

Want, zegt Kaljouw stellig, Nederland staat voor wat betreft taakherschikking op een tweekop: 'nemen we de "highway" omdat we ervan overtuigd zijn dat taakherschikking een goed instrument is om huidige uitdagingen het hoofd te bieden? Of wordt het "no way", en moeten we constateren dat taakherschikking ons zorgstelsel niet de impulsen heeft gebracht die we voor ogen hadden? De tijd van pionieren, wennen en aftasten moet nu voorbij zijn', zo besluit zij.

'Nemen we de highway of wordt het no way?'

Aanbevelingen

De bevindingen van de NZa en de conclusie van Kaljouw sluiten naadloos aan bij het rapport 'De financiële effecten van taakherschikking' van het Radboudumc, dat in januari van dit jaar verscheen. Ook daarin wordt vastgesteld dat zorgactiviteiten van PA en VS onvoldoende zichtbaar zijn door het niet registreren op naam. De onderzoekers van het Radboud stellen dat regelgeving dit wel mogelijk maakt, maar dat zorgorganisaties het nog niet altijd (volledig) toestaan. Al is er wel een positieve beweging. De laatste jaren neemt de transparantie van de inzet van de PA' en VS'en toe. Er worden meer dbc's en zorgactiviteiten op naam geopend.

TOOLBOX VOOR INZET PA EN VS

Deze toolbox kan door ziekenhuizen gebruikt worden bij (de overweging van) het aannemen van een PA of VS. Onderstaande vragen helpen bij het maken van een businesscase.

Waarom wilt u een PA of VS inzetten?

- Vervanging huidige PA of VS - Vervanging andere functionaris (bijvoorbeeld aios/anos/medisch specialist)
- Nieuwe rol/werkzaamheden (extra formatie)
- Welke aandachtsgebieden?
- Welke werkzaamheden?
- Is het een functie voor een PA of voor een VS?

Effect op formatie

- Hoeveel fte zet u in en wat zijn de bijbehorende loonkosten (in opleiding of afgestudeerd)?
- Indien in opleiding: wie begeleidt de PA of VS i.o. en hoeveel tijd kost dit?

Effect op productie (1)

- Welke werkzaamheden gaat de PA of VS overnemen van andere functionarissen? - Welke werkzaamheden zijn aanvullend?
- Is er verschil in de hoeveelheid tijd die aan de werkzaamheden besteed wordt nu de PA of VS deze uitvoert?

Effect op productie (2)

- Welke werkzaamheden leiden tot zorgactiviteiten die gedeclareerd kunnen worden? - Welke kostprijzen horen bij deze zorgactiviteiten en moeten die aangepast worden?
- Wat gaat de functionaris die voorheen de werkzaamheden deed, in de vrijgekomen tijd doen?

Aandachtspunten

- Zorg dat de PA of VS registreert op naam, zodat inzichtelijk is wat de effecten zijn op productie. Maak duidelijke afspraken over supervisie en opleiding (wie?, tijd?).
- Zorg voor monitoring van het rooster en de productie van de PA of VS en stuur op die manier op de inzet of stel de businesscase bij.

‘Voor grotere stappen zijn grote wijzigingen nodig’

De onderzoekers van het Radboudumc doen in het rapport ‘de financiële effecten van taakherschikking’ een aantal aanbevelingen om de positie van de PA en de VS te versterken. Om te beginnen is het voor ziekenhuizen verstandig om te zorgen voor een goede financiële onderbouwing van hun inzet door het maken van businesscases. Bij een weldoordacht beleid wordt het potentieel van de PA maximaal benut, is het financiële effect groter en kan er gericht worden gestuurd op productie. Een andere aanbeveling is om PA’s en VS’en goed te informeren over de registratie- en productieregels in ziekenhuizen. Zij kunnen dan vaker hun productie registreren of aan de bel trekken indien het systeem daar niet of niet voldoende op is ingericht. Tot slot raden de onderzoekers aan dat ziekenhuisbesturen beleid maken over taakherschikking. Nu ontbreken vaak centraal beleid en communicatie over de inzet van PA’s en VS’en; vakgroepen en afdelingen maken hun eigen afwegingen. Duidelijk beleid over bijvoorbeeld de verdeling van de loonkosten en de bevoegdheden van PA’s en VS’en versterkt hun positie en maakt het ook gemakkelijker om de financiële meerwaarde aan te tonen.

Halfvol

NAPA-voorzitter Vincent Straten is positief over de resultaten van beide onderzoeken. Het glas is volgens hem halfvol. Het beroep van PA is minder dan twintig jaar geleden in Nederland geïntroduceerd met de gedachte om de zorg anders te organiseren en een groeiende zorgvraag op te vangen. Naast het kostenaspect spelen verbetering van kwaliteit en continuïteit van zorg een belangrijke rol om verder te gaan op de ingeslagen weg. Dat laatste is inmiddels voldoende aangetoond, en nu laait de vraag naar financieel voordeel op. ‘We moeten niet vergeten dat de PA’s pas sinds 2015 eigen dbc’s kunnen schrijven en dat systemen binnen instellingen daar niet gelijk op aangepast waren. De drie kostprijsonderzoeken van het Radboudumc laten zien dat er in relatief korte tijd stappen in de goede richting zijn gezet. Voor grotere stappen zijn grotere wijzigingen op verschillende fronten nodig, zeker als het gaat om de financiële aspecten van taakherschikking. Een van de aanbevelingen is om ziekenhuisbreed beleid op taakherschikking vast te stellen. Wij vinden

MAAK JE MEERWAARDE INZICHTELIJK

Wat kun je zelf doen om je meerwaarde duidelijker voor het voetlicht te brengen? Vijf praktische tips.

- 1** Zorg voor een positieve positionering van het beroep. Maak duidelijk wat jouw taak als PA is en geef zo nodig het verschil met een VS aan.
- 2** Is er voorafgaand aan jouw aanstelling een businesscase gemaakt? Laat je leidinggevende dit eventueel alsnog doen met behulp van de toolbox (zie blz 26).
- 3** Besteed aandacht aan het financiële aspect van je werk. Wat kost jij en wat breng je op? Wie betaalt jouw salaris? En hoe is het geregeld met verrichtingen? Registreer je dbc’s onder je eigen naam? Bespreek dit met je leidinggevende. Wellicht kunnen er zaken anders en beter?
- 4** Ga na wat er met een dbc in jouw ziekenhuis gebeurt. Staat de dbc op jouw naam of op die van de samenwerkende artsen? Vraag waarom de zaken zo georganiseerd zijn. Probeer je werk ook in financiële zin zichtbaar te maken.
- 5** Schakel de NAPA in als jij of je leidinggevende vragen hebt. En laat ook van je horen als het wel goed geregeld is, zodat je een voorbeeld kunt zijn voor anderen.

De tabel op blz. 25 is ontleend aan het rapport **De financiële effecten van taakherschikking** van Radboudumc (blz. 33).



het als NAPA belangrijk dat raden van bestuur en msb’s de PA’s daarbij actief betrekken. Een stap die daaraan voorafgaat is dat PA’s in de organisatie goed zijn georganiseerd en gepositioneerd. Deze beweging is landelijk in volle gang. Voor mij is “no way” geen optie, maar doen we het “the right way”. •

!INVEST



PA Invest 2019

15-JARIG JUBILEUM NAPA

Inschrijving
open
vanaf
half mei!



Met plenaire presentaties van o.a.:

David van Bodegom, verouderingswetenschapper, kennisinstituut Leyden Academy on Vitality and Ageing,
Marcel Levi, internist, CEO, University College London Hospitals (UCLH) & Paul Iske, hoogleraar Open Innovation &
Business Venturing, School of Business and Economics, Universiteit Maastricht.

En daarnaast vele workshops en wetenschappelijke sessies.

Donderdag 14 november & vrijdag 15 november 2019
De Fabrique, Utrecht



www.pa-invest.nl