Magazine voor Physician Assistants

MPA

EDITIE 11 - HERFST 2017 - MAGAZINE VOOR NAPA-LEDEN

INVEST

KEYNOTE SPEAKER INVEST 2017 ANDRÉ ROUVOET

REPORTAGE
PA en geriatrie: "Iedere dag is weer een puzzel"

NAPA-AWARD
Introductie van de 5 genomineerden

WETENSCHAP
Onderzoek verricht door PA's

GOED OM TE WETEN

Zelfstandige bevoegdheid PA in de Wet BIG geregeld

Na een experiment van vijf jaar wordt de zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS) in de Wet BIG geregeld. Na positieve evaluatieonderzoeken legt demissionair minister Schippers (Volksgezondheid) nu in de wet vast welke medische handelingen PA's zelfstandig mogen verrichten. Ook is het basisberoep van PA nu definitief in het BIG-register opgenomen. De wetswijziging gaat per 1 januari 2018 in.

Vanaf 1 januari 2018 krijgen PA's daardoor een permanente zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen als katheterisaties, endoscopieën en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Zelfstandige bevoegdheid betekent dat de PA zelfstandig diagnoses kan stellen en een behandeling kan starten.

Lees hier meer over op onze website (www.napa.nl/2017/09/physician-assistants-opgenomen-wet-big).

Promotieonderzoek naar PA's

Marijke Timmermans laat in haar proefschrift zien dat de kwaliteit en veiligheid van zorg op afdelingen waar PA's samen met artsen de medische zorg verlenen vergelijkbaar is met de zorg op afdelingen met het traditionele model, waar alleen artsen werkzaam zijn. Het inzetten van PA's lijkt veilig te zijn en leidt tot een betere continuïteit van zorg en betere evaluaties van patiënten. Klik op de link naar het promotie-onderzoek via het themadossier wetenschappelijk onderzoek op: **www.napa.nl**

Meer NAPA nieuws op LinkedIn

Lees onder meer actuele nieuwsberichten over PA's en bekijk de nieuwste vacatures op onze eigen LinkedIn-pagina: **NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants).**

En volg NAPA op Twitter: @pr_napa

COLOFON

***MPA* is een uitgave van Medix Publishers BV en wordt mede mogelijk gemaakt door de NAPA. *MPA* verschijnt twee keer per jaar. De uitgaven worden met zorg samengesteld door een onafhankelijke redactie. *MPA* richt zich op PA's met een NAPA-lidmaatschap.**

Hoofdredactie
Michiel Hordijk

Eindredactie
Bianca Hagenaars

Vormgeving
Creatief Bureau SJAA

Redactie
Klonk
Hans Kramer
Milou van Ingen
Petra van Houten
Michiel Hordijk
Vincent Straten

Redactieraad
Milena Babovic, directeur NAPA
Bestuur NAPA
Heleen Dingemanse
Quinten van den Driesschen
Sharony van Elk
Cor Postma (reviewer)

Beeld
Petra van Houten
Milou van Ingen
Privé-bezit
Vincent Straten
Zorgverzekeraars Nederland

MEDIX
MEDIX Publishers
Keizersgracht 317A
1016 EE Amsterdam
020-8201166
www.medixpublishers.nl
info@medixpublishers.nl

Advertentieverkoop
Rob Koenraads
020-8201166
info@medixpublishers.nl

NAPA Bezoekadres (op afspraak)
Kantorencomplex Domus Medica
Polder Papendorp
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
030-6868768
www.napa.nl
info@napa.nl of redactie@napa.nl

NAPA Postadres
Postbus 2442
3500 GK Utrecht

ISSN: 2214-2223

Copyright© 2017 Medix - Alle rechten voorbehouden. Geen enkel bestanddeel van deze uitgave noch de gehele uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt of bewaard in een documentatiesysteem door middel van druk, fotokopie, microfilm of enige andere techniek dan na schriftelijke toestemming van de uitgever. Meningen en beweringen, geuit in de artikelen en in de mededelingen in deze uitgave zijn die van de auteur(s) en behoeven niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met die van de redactie en van de uitgever. De uitgave wordt met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Fouten (in de gegevensverwerking) kunnen echter niet altijd worden voorkomen. Aan de uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

VOORWOORD

Volle kracht vooruit

Beste collega's, mijn eerste maanden bij de NAPA zijn voorbijgevlogen. Ze stonden in het teken van kennismakingsgesprekken, werkbezoeken en brainstormen over de toekomstvisie.

Er zijn mooie stappen gezet om de positie van de physician assistant beter te reguleren. In september is de wijziging van de wet BIG een feit geworden. Vanaf volgend jaar hebben PA's een permanente zelfstandige bevoegdheid. En dat is mooi. Maar met de wettelijke regeling alleen zijn we er nog niet. Om daadwerkelijk als PA zelfstandig aan de slag te kunnen, zijn afspraken met medisch specialisten en instellingen nodig. Daarom wordt er door de vakgroepen hard gewerkt aan diverse consensusdocumenten. En we hebben het beroepsprofiel herzien waarin staat beschreven wat een PA kan en doet. Wat mij tijdens de werkbezoeken is opgevallen, is dat iedere PA binnen zijn instelling een duidelijke plek wist te veroveren. Puur door eigen persoonlijkheid, door leiderschap te tonen en goed werk te doen.

Ruim vijf jaar na de invoering van het experimenteerartikel is taakherschikking in Nederland niet meer weg te denken. Recente onderzoeken bewijzen dat ook weer. Maar het kan nog beter en in sommige segmenten van zorg staat taakherschikking nog in de kinderschoenen. En daar proberen wij als beroepsvereniging ons steentje aan bij te dragen. Door in gesprek te blijven met alle betrokkenen en te laten zien wat PA's kunnen betekenen. Nieuwe aanmeldingen voor de opleiding bewijzen weer eens dat er veel animo is voor dit beroep. Er zijn nog niet eerder zoveel PA's in opleiding gegaan.

Je zou dus denken: taakherschikking wordt door iedereen omarmd, wordt toegejuicht door collega's op de werkvloer, zorginstellingen, verzekeraars. Maar zo simpel is het niet. Er zijn vaak andere belangen in het spel en niet iedereen is bereid zich aan een andere toekomst aan te passen.

De strategie van de NAPA voor de komende jaren is dan ook gefocust op versterking van de positie van de PA op landelijk én lokaal niveau. Ondanks de wettelijke bevoegdheden zijn er nog een hoop collega's die hun werk niet zelfstandig kunnen uitvoeren. Te vaak wordt er onnodig supervisie verleend. Worden er laboratoriumaanvragen op naam van de arts gedaan, omdat "het systeem" de PA niet als aanvrager accepteert. Krijgen PA klinisch verloskundigen geen contract als PA, omdat ze anders geen verloskundige handelingen kunnen uitvoeren. Komen PA's moeilijk aan het werk in de ggz, omdat ze niet in een ggz-beroepentabel voorkomen. En blijft schouwen voorbehouden aan artsen, terwijl andere landen laten zien dat het ook anders kan.

PA's hebben een prachtig beroep en kunnen een belangrijke bijdrage leveren om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De huidige problemen in de zorg vragen om buiten bestaande kaders te denken en krachten te bundelen. De steun van de overheid, de verzekeraars, de medisch wetenschappelijke verenigingen en de werkgevers is daarbij hard nodig. Het beroep van PA staat als een huis, een betere inbedding van taakherschikking kan beginnen. Daarom zeg ik, met volle kracht vooruit!

Milena Babovic,
Directeur van de NAPA

6
Opinie: taakherschikking maakt orthopedie beter

12
Keynote speaker André Rouvoet
"We zien graag dat er afspraken gemaakt worden over taakherschikking"

16
AAPA Congres:
Las Vegas "Beyond"

18
PA aan de aftrap
"Door de stages kun je jezelf beter vormen"

MPA

***MPA** is het vakblad voor en door physician assistants in Nederland. Samen met Medix Publishers zal de NAPA halfjaarlijks streven naar een vakblad met een medisch en vakinhoudelijk karakter. Gericht op de praktijk, politiek, kennis en innovatie met als doel voor elke physician assistant een waardevolle maar vooral leuke en interessante aanvulling te zijn op reeds bestaande informatiebronnen. Inmiddels is dit editie 11 van **MPA**.*

Column

ORANJE-PAARSE OPWINDING

TEKST: KLONK

Op een prachtig mooie zomerse dag begin augustus draai ik mijn dienst op de spoedpost. De dag dat onze voetbaldames hun finale tegen de Denen gaan spelen.

Het bijzondere van zo'n dag is dat er ineens veel minder spoedgevallen zijn. Sommige zaken kunnen nu ineens wel wachten. Door het raam van mijn spreekkamer zie ik de vrolijke oranjemars aan mij voorbij trekken. Terwijl de wachtkamer langzaam leeg stroomt, zie ik in de hoek een man van middelbare leeftijd voorovergebogen zitten.

Het mooiste van dit vak: de zelfverwijzers.

Ze staan er ineens met een dringende zorgvraag. Het wordt nog verrassender wanneer blijkt dat ze ook nog zelfvoorschrijver zijn van een farmaceutisch product.

Ik roep hem naar binnen op het moment dat Oranje aftrapt en vraag wat ik voor hem kan betekenen. Het komt er wat ongemakkelijk uit, wanneer hij vertelt dat hij reeds 10 uur een penis in erectieve staat heeft. Om de anamnese compleet te maken, stel ik uiteraard de vraag hoe dit is ontstaan. De man blijkt Androskat te hebben gebruikt.

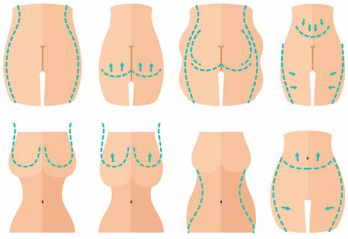
Nee, dat zijn geen pillen en poeders zoals Viagra, er zijn zelfs een spuit en naald noodzakelijk om het toe te dienen. En het is inmiddels makkelijk verkrijgbaar via internet. Bij lichamelijk onderzoek is de oranje kleur van de glans geïntensiveerd tot diep paars. Zelfs Scandinavisch ijs om te koelen gaat hier niet meer helpen.

De combinatie van fentolamine met papaverine blijken hardnekkig hun werk te doen. De Afghanen met hun eindeloze papaververvelden wisten eeuwen geleden al dat ze met dit plantje wonderen konden verrichten. Toch zijn er nu reguliere maatregelen nodig. Een klusje voor de uroloog waar nogmaals spuit en naald aan te pas komen. In afwachting van de uroloog laat ik de patiënt opnieuw plaats nemen in de wachtkamer, voor de tv, waar Oranje het balletje goed weet te raken.

Zure critici zoals Ronald Waterreus en Gert-Jan Verbeek vinden damesvoetbal enkel zonde van het gras. Voor deze man was de voorpret al erotiserend genoeg, hij zal de opwindende zondag van de damesfinale niet gauw vergeten. En hij is niet de enige...

WETENSCHAP & NIEUWS

MASTECTOMIE BIJ TRANSMANNEN: SECUNDAIRE CORRECTIES EN TEVREDENHEID VERSCHILLEN PER OPERATIETECHNIEK



TEKST: MICHIEL HORDIJK

Een groeiend aantal mensen kiest vanwege genderdysforie voor een geslachtsaanpassende operatie. Bij 'transmannen' (oftewel een vrouw-naar-man transgender) is een mastectomie vaak de belangrijkste stap in deze transitie. PA Lian Elfering, verbonden aan het VU Medisch Centrum, publiceerde samen met collega's een artikel over de drie verschillende operatietechnieken die hiervoor kunnen worden gebruikt.

In Plastic and Reconstructive Surgery beschrijven Elfering en collega's de indicaties en uitkomsten van de bilaterale subcutane mastectomie bij transmannen. 54 transmannen gaven op verzoek van de onderzoekers 6 maanden na de operatie aan hoe tevreden zij waren met de ingreep. 12 maanden na de operatie werden de chirurgische resultaten onafhankelijk in kaart gebracht.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat het merendeel van de patiënten na de operatie tevreden was met de vermannelijking van hun borstkas. Het aantal secundaire correcties en de patiënt-tevredenheid bleek echter wel per operatietechniek te verschillen. Vergeleken met inframammaire huidresecties, leverde de concentrische circulaire mastectomie een slechtere uitkomst op wat betreft technische uitkomst en zelfrapportage. Elfering en collega's concluderen dat chirurgische indicaties en pre-operatieve counseling in het kader van secundaire correcties verbeterd zouden kunnen worden. "Shared-decision making tussen patiënt en plastisch chirurg moet leiden tot een betere, tailor-made behandeling van patienten", aldus PA Elfering.

Bron: Van de Grift, T et al. Plastic and Reconstructive Surgery 2017; 140(3): 415e–24e

GEEN KLINISCH VOORDEEL TOEVOEGING BUPRENORFINE AAN FEMORAAL BLOK BIJ TOTALE KNIEPROTHESE

TEKST: MICHIEL HORDIJK

Bij patiënten die totale-kniearthroplastiek ondergaan volgens het zogenaamde 'fast track' protocol, levert het geen klinisch voordeel op om buprenorfine toe te voegen aan een femoraal blok. Dat blijkt uit onderzoek van onder meer PA Harry Zonneveldt, verbonden aan het Westfriesgasthuis. Het toevoegen van buprenorfine zorgde niet voor een verlenging van de analgesie (pijnstilling).

Zonneveldt en collega's voerden een prospectieve, gerandomiseerde studie uit naar de effecten van het toevoegen van buprenorfine en publiceerden hun bevindingen in het tijdschrift Medicine. Het doel was te onderzoeken of toevoeging van buprenorfine de analgesie zou verlengen. De behandelgroep kreeg een femoraal blok toegediend van 0,2% ropivacaïne en 0,3 mg buprenorfine, terwijl de eerste controlegroep alleen maar 0,2% ropivacaïne ontving. De tweede controlegroep ontving daarbovenop 0,3 mg buprenorfine, maar dan subcutaan geïnjecteerd, in plaats van rond de nervus femoralis.

Primaire uitkomstmaat was de tijd tot reddings-analgesie, hierin werd geen verschil gevonden. Ook leidde het toevoegen van buprenorfine niet tot een significante verandering in de pijnbeleving of de mobilisatie van de patiënt. Zonneveldt en collega's concluderen dat toevoeging van buprenorfine bij een totale-kniearthroplastiek in de setting van een 'fast track' protocol niet zorgt voor een verlenging van de analgesie.

Bron: Van Beek, R, Zonneveldt HJ et al. Medicine (2017) 96:(e7393)

TAAKHERSCHIKKING MAAKT ORTHOPEDIE BETER

Sinds 2012 zijn verpleegkundig specialisten (VS'en) en physician assistants (PA's) bevoegd om een aantal voorbehouden handelingen op het terrein van medisch specialistische zorg zelfstandig te indiceren en uit te voeren. Het Ministerie van VWS wil hiermee het doelmatig organiseren van zorg optimaliseren. Kerngedachte is dat niet alle zorg in de volle breedte door een medisch specialist uitgevoerd hoeft te worden, zodat de medisch specialist zich meer kan richten op het indiceren en behandelen van complexere zorgvragen.

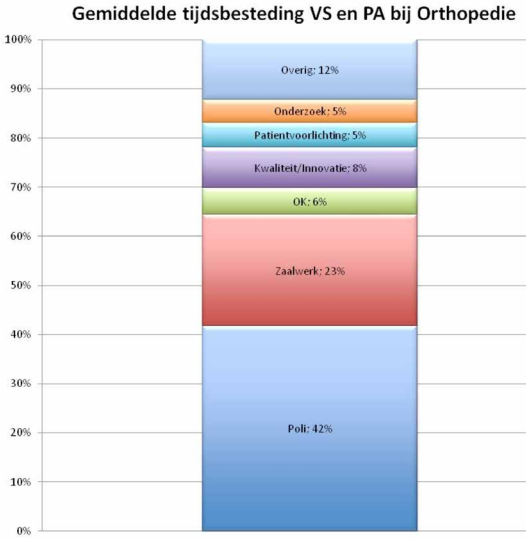
Onderzoek taakherschikking

Er is binnen een aantal vakgebieden, waaronder de orthopedie, een enorme groei geweest in het aantal VS'en en PA's. Om de effecten van deze nieuwe zorgprofessionals op een aantal specifieke domeinen te onderzoeken, heeft het Radboudumc in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een onderzoek naar taakherschikking en kostprijzen in de praktijk laten uitvoeren. Voor evaluatie van het effect van taakherschikking werd gebruik gemaakt van de methodiek 'de driehoek van taakherschikking'. Hierin wordt gekeken naar kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg. Dit onderzoek werd uitgevoerd in 2014 en is herhaald in 2016. De onderzoekers concluderen dat de inzet van VS'en en PA's tot hogere scores leidt op alle facetten van de driehoek, terwijl dit niet leidt tot een hogere zorgconsumptie. Met andere woorden: taakherschikking leidt tot betere en toegankelijkere zorg zonder dat dit leidt tot meer zorgkosten (zie rapport taakherschikking en kostprijzen, www.platformzorgmasters.nl).

De functie van VS en PA zijn vooral vormgegeven vanuit de inhoud van de zorg, waardoor er tussen de verschillende specialismen een aanzienlijk verschil kan zijn wat betreft inzet en takenpakket van de VS'en en PA's. Deze organische groei van de functie-inhoud van de VS en PA heeft soms geleid tot onduidelijkheid over de inzet van de VS en PA en, daaruit voorkomend, het effect op kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg. Naast de overkoepelende beroepsvereniging van verpleegkundig specialisten (V&VN VS) en physician assistants (NAPA) zouden werkgroepen of commissies vanuit de wetenschappelijke beroepsverenigingen een rol kunnen spelen in het borgen en evalueren van de rol van deze zorgprofessionals (VS'en en PA's) binnen het betreffende specialisme. De werkgroep VS en PA van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) heeft door het Radboudumc een aanvullend onderzoek laten uitvoeren naar de inzet van VS en PA binnen de orthopedie.

Resultaten

Er werd een enquête uitgestuurd naar alle leden van de werkgroep. In totaal reageerden 63% van de VS'en en PA's orthopedie. De meesten zijn al enkele jaren werkzaam binnen de orthopedie (44% was voor 2010 afgestudeerd). De meerderheid (53%) van de VS'en en PA's werkt fulltime (gemiddeld 33,3 uur per week). Focus van het werk als PA en VS ligt voor de meerderheid in de kliniek en op de polikliniek, een enkele PA heeft ook taken op de OK (vooral het uitvoeren van gewrichtspuncties, gewrichtsmarcaïnisaties en schouderbarbotages). Op de polikliniek wor-



den zowel nieuwe als controlepatienten gezien, bij gemiddeld 88% van de PA/VS vindt dit plaats waar overleg met een medisch specialist beschikbaar is. Op de afdeling zijn de meeste VS'en en PA's verantwoordelijk voor de volledige orthopedische patiëntenpopulatie, vaak wel in samenwerking met een arts-assistent of medisch specialist. Naast patiëntgebonden taken heeft de meerderheid van de VS'en en PA's ook taken op gebied van kwaliteit, wetenschap en onderwijs. Gemiddeld besteedt een PA/VS 42% aan poliklinische taken, 23% aan zaaltaken en 6% aan taken op de OK (vooral PA). De overige tijd (30%) wordt besteed aan niet-patiëntgebonden taken (zoals kwaliteit, wetenschap, onderwijs en managementtaken).

Een voorbeeld van werkzaamheden op het gebied van kwaliteitszorg en bewaking zijn taken in relatie tot de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI). De NOV heeft de LROI-database inmiddels tien jaar geleden opgezet om de langetermijnresultaten van orthopedische implantaatchirurgie te registreren. Binnen de orthopedie wordt (ook veel) gebruik gemaakt van patient reported outcome measures (PROM) als uitkomstmaat van zorg. Beide geven zicht op de kwaliteit van en tevredenheid over zorg en worden gebruikt binnen diverse kwaliteitscycli. Dit wordt geborgd in de kwaliteitsvisitaties van het NOV. In veel klinieken is de VS of PA verantwoordelijk voor de continuïteit en coördinatie van de LROI en de PROMs. De toegankelijkheid bij spoedpatiënten kan vaak beter geborgd worden door een VS of PA dan door een specialist omdat deze laatste minder flexibel inzetbaar is (doordat hij of zij bijvoorbeeld de hele dag op OK staat). Tijdens de werkzaamheden wordt intensief samengewerkt met andere zorgprofessionals, zoals de orthopedisch chirurg, andere medisch specialisten, collegae (andere) VS'en en PA's en A(N)IOS. Opvallend was dat de tevredenheid over de samenwerking met de orthopedisch chirurg erg hoog was. 97% is tevreden of zeer tevreden over de samenwerking. Bij samenwerking met andere functionarissen was er meer onduidelijkheid over de rol van VS en PA.

Conclusie

We concluderen (in aansluiting op het landelijke onderzoek) dat taakherschikking in de zorg goed mogelijk is en een duidelijke meerwaarde heeft. Omdat de VS'en en PA's taken hebben op het gebied van kliniek, polikliniek, OK, kwaliteit, onderwijs en wetenschap kunnen ze positief bijdragen aan kwaliteit en toegankelijkheid. Door de VS en PA in te zetten op coördinatie en continuïteitstaken en taken op het gebied van kwaliteitsregistraties wordt een duidelijke meerwaarde van VS en PA ervaren. De toegankelijkheid kan worden geborgd door de VS en PA (zo nodig onder supervisie) nieuwe- en controlepatiënten op de poli te laten indiceren en behandelen. Deze toegankelijkheid komt zowel ten goede aan de arts als aan de VS en PA. De kosten kunnen worden bewaakt door de routinezorg door een VS en PA te laten uitvoeren, waardoor een orthopeed meer tijd heeft voor complexere zorgvragen. Met een goede georganiseerde taakherschikking kan een soepelere organisatie ontstaan met meer persoonlijke aandacht voor de patiënt en een gerichtere inzet van de medisch specialist.

MET EEN GOEDE GEORGANISEERDE TAAKHERSCHIKKING KAN EEN SOEPELERE ORGANISATIE ONTSTAAN

De NOV ondersteunt de inzet van VS en PA binnen de orthopedie. Zij vindt dat door de VS en PA een plaats te geven binnen de beroepsvereniging als buitengewoon lid de samenwerking vergemakkelijkt wordt. Natuurlijk is er binnen de beroepsvereniging ook plaats voor discussie en verdere ontwikkelingen. Een uitvloeisel van deze intensieve discussie is bijvoorbeeld een gezamenlijk opgesteld taskforcedocument taakherschikking, welke via het NOV (www.orthopeden.org) op te vragen is. Mogelijk kan dit document ook andere beroepsverenigingen helpen tot het verder vormgeven van de inzet van VS en PA binnen hun domein.

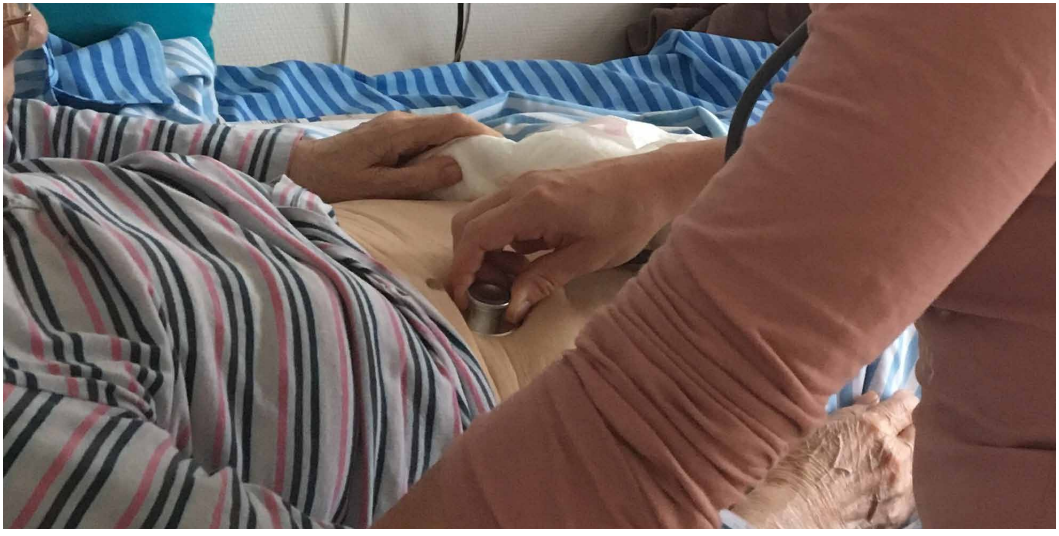
Auteurs:
MSc Keetie Kremers-van de Hei (Verpleegkundig Specialist Orthopedie, CWZ Nijmegen)
Yvonne Grijzen (Adviseur - Adviesgroep Procesverbetering & Innovatie, Radboudumc)
Drs. Arjan Kouwen (Senior adviseur - Adviesgroep Procesverbetering & Innovatie, Radboudumc.)
Dr. Sander Koeter (Orthopedisch chirurg, CWZ Nijmegen)

REPORTAGE:

PA EN GERIATRIE

TEKST: PETRA VAN HOUTEN EN MICHIEL HORDIJK | BEELD: PETRA VAN HOUTEN

Er gebeurt veel in de ouderenzorg. Er is maatschappelijke onrust over de kwaliteit van verpleeghuizen en ook de politiek zit niet stil. Het Ministerie van VWS liet onderzoek doen naar taakherschikking in de geriatrie en uit het eindrapport van dit onderzoek blijkt onder meer dat PA's van toegevoegde waarde kunnen zijn. Redenen genoeg voor MPA om eens een PA geriatrie op te zoeken en een kijkje te nemen in de dagelijkse praktijk.



Onlangs verscheen het eindrapport van het onderzoek 'Taakherschikking in de ouderenzorg; kansen, belemmeringen en effecten', uitgevoerd door het Radboudumc en de Hogeschool Arnhem/Nijmegen op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS). Aanleiding voor dit onderzoek was gelegen in het feit dat het onduidelijk is op welke wijze taakherschikking in de ouderenzorg wordt vormgegeven, welke (medische) taken PA's, verpleegkundig specialisten (VS'en) en andere zorgprofessionals uitvoeren en wat de (ervaren) effecten van taakherschikking in de ouderenzorg zijn.

Een van de uitkomsten van het onderzoek is dat het inzetten van VS'en en PA's in de verpleeghuiszorg en eerstelijnsouderenzorg deze zorg kan verbeteren en het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zo kan opvangen. Hiervoor is wel een breed gedragen visie over taakherschikking in de ouderenzorg nodig, evenals meer bekendheid over de bevoegdheden en inhoud van de verschillende beroepen (zie kader op pagina 10 voor enkele belangrijke aanbevelingen uit het rapport). Al met al lijkt geriatrie dus echt een vak in beweging te zijn, en MPA reisde naar Assen om een stem uit de praktijk aan het woord te laten. Karin Zweers (39, twee kinderen) zet zich sinds 2013 in als PA ouderengeneeskunde bij de Zorggroep Drenthe.

In deze instelling kunnen ouderen terecht voor verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg. Karin is met name werkzaam in verpleeghuis "de Vijverhof" waar ze onder andere verantwoordelijk is voor de cliënten op de afdeling PG, de psychogeriatrische zorg. De Vijverhof bestaat uit acht etages, waarvan de eerste vier zijn ingericht voor de psychogeriatrische zorg. De eerste twee etages hiervan zijn de "gesloten afdeling" en vallen onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De ongeveer 22 cliënten op de derde en vierde etage vallen onder de verantwoordelijkheid van Karin. Daarnaast valt Karin regelmatig in voor collega's op andere locaties, zoals de afdeling somatiek, waar nog eens 13 cliënten wonen.

In een recent onderzoek wordt bericht over de hoge werkdruk binnen de ouderengeneeskunde en de rol die onder andere PA's kunnen spelen bij het overnemen van taken.

Hoe is het gesteld met de werkdruk in jouw instelling?
"De werkdruk is heel hoog en het wordt steeds drukker. Soms is het hollen en vliegen. Er zijn de laatste tijd meerdere collega's uitgevallen vanwege ziekte. Ik heb toen wel op mijn tandvlees gelopen."

Wat zijn jouw werktijden?
"Ik werk van 8.00-17.00. Daarna neemt de vaste avond / nacht / weekenddienst het over. Het is hard aanpakken, omdat er naast de ouderen die permanent op locatie de Vijverhof wonen, ook steeds meer ouderen hier tijdelijk wonen op basis van een ELV (eerstelijnsverblijfplek)-basis. En de ouderen die nu opgenomen worden zijn vaak veel zieker dan vroeger. Ouderen gingen vroeger eerder naar een verzorgingshuis, waarbij de zorg indien nodig uitgebreid kon worden. Nu blijven ze zo lang mogelijk thuis wonen. Als de huisarts de zorg dan niet meer verantwoord vindt, kan er een

>>

ELV worden aangevraagd. Deze plekken zijn oorspronkelijk bedoeld om binnen zes weken weer terug naar het eigen huis te gaan. Maar nu wordt dit meestal omgezet in een intramurale plek, omdat er vaak een waslijst aan (medische) problemen bestaat, waardoor het niet meer reëel is dat de patiënt terug naar huis gaat."

Wat zijn jouw taken?
"Ik werk per week achtentwintig uur die zijn verdeeld over drie volle en een halve dag. Maandag en donderdag loop ik visite met de contactverzorgende en/of de verpleegkundige. Tijdens de visites beantwoord ik vragen en pas ik zo nodig medicatie aan. 's Middags werk ik de visite uit en ga ik indien gewenst langs bij de patiënt voor een lichamelijk onderzoek of een gesprek. Op dinsdag en woensdag doe ik administratie, nieuwe opnamen, familiegesprekken en eventueel (spoed)multidisciplinair overleg. Ook ben ik op woensdag oproepbaar voor de andere locaties. Daarnaast maak ik deel uit van het Ambulante Geheugen Team (AGT). Dit team bestaat uit specialisten ouderengeneeskunde, de psychologen, een casemanager dementie en indien nodig een fysio- of ergotherapeut.

Wat is de taak van het AGT?
"We gaan op verwijzing van de huisarts op huisbezoek bij ouderen met cognitieve klachten. Dat is een ontzettend leuk deel van mijn werkzaamheden. Door het afnemen van de anamnese, heteroanamnese en cognitieve sceening wordt er een diagnose gesteld en volgt de indicatiestelling om de juiste zorg te kunnen verlenen. Als ik even tijd heb, verdiep ik mij in casussen. Wat speelt er, moeten er medicijnen bij of af? Zo was er bijvoorbeeld een nieuwe cliënte die heel veel last had van oedeem in de benen. Zij gebruikte NSAID's. Ik heb die toen gestopt, waardoor haar benen weer afslankten. Het is zo leuk als het effect heeft, dat zijn van die cadeautjes!"

Kun je makkelijk overleggen met een specialist ouderengeneeskunde?
"Ik werk altijd samen met een specialist ouderengeneeskunde op mijn locatie. Daarnaast kan ik altijd een collega bellen op een van de andere zes locaties binnen onze instelling."

Wat vind je het leukste aan je werk?
"Iedere dag is anders. Je begint de dag bij A om bij Z te komen. Iedere dag is weer een puzzel en dat vind ik ontzettend leuk! Wat maakt bijvoorbeeld dat iemand in toenemende mate verward is? Daarnaast heb ik veel verschillende werkzaamheden. Ik doe eigenlijk alles wat de specialist ouderengeneeskunde doet. Alleen het opstarten van palliatieve zorg doe ik niet, en voor het voorschrijven van morfinepreparaten overleg ik met de specialist."

Welke ziektebeelden komen het meeste voor?
"Hartfalen, polyfarmacie, huis- tuin- en keukenziekten zoals pijn in gewrichten, wat vaak het gevolg van artrose is. Huidaandoeningen en smetplekken zien wij steeds minder. Waarschijnlijk door de goede instructies ten aanzien van de zorg. Soms is er sprake van decubitus, maar daarvoor kunnen we de wondverpleegkundige inschakelen. Daarnaast is er ook nog een specialistisch team van verpleegkundigen die bijzondere verrichtingen uitvoert, zoals hypodermoclyse en het katheteriseren van mannen."

Wat zijn de minder aantrekkelijke kanten van het vak?
"Dat weet ik zo snel niet."

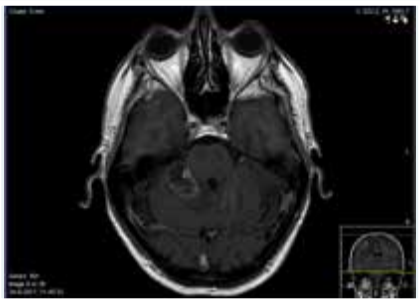
Heb je plannen voor de toekomst?
Voorlopig niet. Misschien dat ik op termijn geneeskunde ga studeren, maar deze tweede studie moet je toch zelf betalen, naast mijn gezin met twee kinderen en de hypotheek. Bovendien is mijn man militair en wordt hij volgend jaar mogelijk uitgezonden. Voorlopig zit ik hier goed op mijn plek." ■

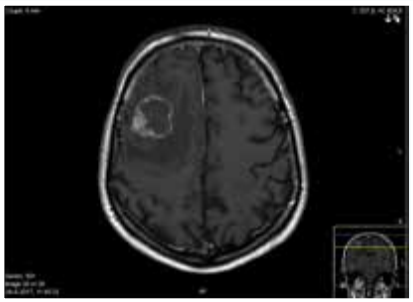
Enkele belangrijke aanbevelingen uit het rapport 'Taakherschikking in de ouderenzorg; kansen, belemmeringen en effecten':

- Stimuleer landelijke bekendheid met de PA's en VS'en. Het gericht inzetten van deze professionals kan hieraan een belangrijke impuls geven.
- Overweeg een zelfstandige bevoegdheid voor de PA en de VS om te schouwen. Hiermee wordt een belangrijke belemmering voor het inplannen van deze professionals in medische bereikbaarheidsdiensten weggenomen.
- Overweeg een verruiming van de bevoegdheden van hbo-verpleegkundigen, waardoor potentieel een kwaliteitsimpuls kan worden gerealiseerd in de ouderenzorg.
- Ontwikkel een breed gedragen en eenduidige visie op taakherschikking door alle shareholders in de ouderenzorg.
- Draag zorg voor goede inbedding van de functies PA, VS en verpleegkundige-ouderenzorg binnen de organisaties in de eerstelijnsouderenzorg en verpleeghuiszorg. Draag ook zorg voor de implementatie en betrek ervaren professionals en beleidsmakers, die dit proces kunnen ondersteunen/ begeleiden.
- Maak naast het meten van ervaringen, effecten objectief inzichtelijk en heb hierbij ook aandacht voor businessmodellen.

RUBRIEK BEELDVORMING:
EEN WANKELE PATIËNT MET TREKKINGEN IN HET GELAAT

TEKST: HANS KRAMERS





Figuren: MRI-CEREBRUM

Klachten
Een 62-jarige man had enkele weken geleden zijn hoofd hard gestoten. Hij had daarbij een hoofdwond opgelopen. Sindsdien valt op dat hij onvast ter been is, alsof hij dronken is, en dat hij in toenemende mate last heeft van hoofdpijn. Omdat tijdens het eten opvalt dat hij trekkingen in het gelaat kreeg belde zijn echtgenote 112. Deze trekkingen duurden enkele minuten. Patiënt rookt sigaren en drinkt 2-3 eenheden alcohol per dag. Hij heeft verder een blanco voorgeschiedenis.

Neurologisch onderzoek:
Patiënt heeft een maximale EMV, is helder en adequaat en oogt wat laconiek. We vinden geen afasie of dysarthrie wel heeft hij een mild afhangende mondhoek links.

Hersenzenuw: Pupillen isocoor en lichtreactief, oogvolgbewegingen glad, gezichtsvelden intact.
Tongprotrusie: Mediaan.
Sensibiliteit gelaat: Symmetrisch intact.
Kracht: Bovenste en onderste extremiteiten MRC 5/5.
Coördinatie: Top/neusproef beiderzijds slordig.
Gangpatroon: Valneiging naar links, kan niet op tenen/hakken staan en lopen. Koorddansersgang stapt beide kanten uit.

Diagnostiek
CT-cerebrum: Bolrond RIP rechts frontaal met uitgebreid omgevend vasogeen oedeem. Hierbij massawerking op de rechterzijventrikel en geringe midlineshift. Tweede soortgelijke laesie cerebellair links met minimale massawerking op de vierde ventrikel, doorgankelijke basale cisternen.

MRI-cerebrum: Tweetal ringvormig aankleurende laesies te weten rechts frontaal en rechts cerebellair met deels solide en deels cysteuze component. Meest waarschijnlijk metastase. Het ventrikelsysteem is slank. Ruime basale cisternen.

CT-thorax/abdomen: Onscherpe massa peribronchiaal links met meerdere satelliethaarden in de linkeronderkwab. Sclerotische laesie in rib 6 links.

Beloop
Patiënt werd opgenomen in verband met een complex partieel insult bij een ruimte-innemend proces in de hersenen rechts frontaal en rechts cerebellair. Er werd gestart met dexamethason 2dd 4mg (in verband met het omringende vasogeen oedeem), levetiracetam 2dd 500mg (in verband met zijn insult) en pantoprazol 1dd 40mg. In overleg met de longarts werd een CT-geleid biopt verricht van een van de laesies in de long. Patiënt werd naar aanleiding daarvan doorverwezen voor stereotactische bestraling van de metastasen in de hersenen. De radiotherapeut zal de dexamethason, in overleg met patiënt weer afbouwen.

De longarts zal twee weken na de bestraling de verdere behandeling van het primaire longcarcinoom oppakken. Daarbij zijn aanvullende histologische bevindingen van het biopt van belang voor de verdere behandeling en de uiteindelijke prognose.

Op het moment van schrijven van dit stuk zijn deze uitslagen nog niet bekend.

Vanaf de volgende dag vond een forse verbetering plaats. De kracht is inmiddels nagenoeg maximaal, de pijn-, positie- en bewegingszin zijn symmetrisch intact en de reflexen zijn normaal. Functioneel heeft patiënt nog moeite met lopen door een achterstrengstoornis. Patiënt zal klinisch verder revalideren.

Meegewerkt aan dit artikel: Hans Kramers, Physician Assistant neurologie, Franciscus Vlietland.

Op 17 november zal André Rouvoet de afsluitende lezing verzorgen op het jaarlijkse INVEST-congres. Als voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zal hij onder andere spreken over taakherschikking in de zorg vanuit het oogpunt van de verzekeraar. Voor MPA lichtte de voormalig minister alvast een tipje van de sluier op: “Het gaat erom dat verzekerden goede zorg krijgen, verstrekt door mensen die wettelijk bevoegd zijn om die zorg te verlenen.”

TEKST: MICHIEL HORDIJK | BEELD: ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND

Opkomst van de PA

Nadat André Rouvoet jarenlang met name politiek actief is geweest, volgt hij in 2012 Hans Wiegel op als voorzitter van ZN. Binnen deze belangenorganisatie van Nederlandse zorgverzekeraars houdt Rouvoet de ontwikkelingen binnen de Nederlandse zorg met interesse in de gaten. De opkomst van de Nederlandse PA is hem daarbij niet ontgaan. “De ontwikkeling van de PA is iets dat wij met veel belangstelling volgen”, vertelt Rouvoet. “Het is iets dat we zien gebeuren en waarvan we ook het idee hebben dat het raakt aan de kwaliteit van zorg. Als de ontwikkeling en implementatie van PA’s goed gebeurt, kan dit de kwaliteit van de zorg voor onze verzekerden ten goede komen. De patiënt krijgt dan zorg van iemand die daar goed voor toegerust is en tegelijkertijd kunnen specialisten worden ontlast.”

Rouvoet benadrukt dat ZN in eerste instantie niet zelf over dit soort ontwikkelingen gaat, maar dat een effectieve inzet van (beperkte) medische middelen altijd op de belangstelling van de zorgverzekeraars kan rekenen. “We betalen als verzekerden met z’n allen de zorgrekening en een PA is nu eenmaal niet zo duur als een specialist. We zien dus graag dat er afspraken worden gemaakt over taak-

> “ALS DE ONTWIKKELING EN IMPLEMENTATIE VAN PA’S GOED GEBEURT, KAN DIT DE KWALITEIT VAN DE ZORG VOOR ONZE VERZEKERDEN TEN GOEDE KOMEN”

herschikking, waarbij de kwaliteit op zijn minst behouden blijft, zodat er op een efficiënte manier zorg wordt verleend.”

Integrale tarieven

Tijdens zijn lezing op INVEST zal Rouvoet met name spreken over taakherschikking en de rol van zorgverzekeraars binnen deze ontwikkeling. “Als zorgverzekeraars hebben we op afstand te maken met een fenomeen als taakherschikking”, vertelt Rouvoet. “Ik zal vertellen hoe wij kijken naar taken en functies van verpleegkundig specialisten (VS’en) en PA’s en wat de ontwikkelingen binnen die vakgebieden zijn geweest.” Een term die hierbij al snel ter sprake komt, is ‘integrale tarieven’. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor een bepaalde aandoening alle zorg bij een aanbieder contracteren en dat er ‘per patiënt’ wordt afgerekend. Vanaf 2015 wordt deze integrale bekostiging ook bij medisch-specialistische zorg ingevoerd, zodat zorgverzekeraars niet meer apart voor de ziekenhuiskosten en de honoraria van een medisch specialist hoeven te betalen. Deze ontwikkeling leidt er ook toe dat bijvoorbeeld PA’s en VS’en een diagnose-behandelcombinaties (dbc’s) kunnen openen, waarna verzekeraars niet dubbel hoeven te betalen voor zowel de behandeling als het specialistentarief.

“Jaren geleden sprak ik eens op een congres voor VS’en”, vertelt Rouvoet. “Bij deze beroepsgroep was toen veel aandrang om zelfstandiger te mogen werken. Ze wilden onder andere zelf DBC’s kunnen openen. Ik zei toen: ik ben het eens met waar we naar toe moeten. Maar het struikelblok was toen dat er nog geen integrale tarieven waren. Ik dacht toen dat taakherschikking veel makkelijker van de grond zou komen als die integrale tarieven er waren. Uiteindelijk zijn die integrale tarieven er gekomen en dat heeft taakherschikking inderdaad makkelijker gemaakt. Mijn boodschap aan PA’s zal dan ook zijn: waar een wil is, is een weg.”

Verantwoordelijkheid professionals

Naast een kwestie als taakherschikking, is ZN (van een afstand) ook geïnteresseerd in de kwaliteit van zorg, hoewel Rouvoet aangeeft dat het bewaken van kwaliteit wat hem betreft altijd in eerste instantie een verantwoordelijkheid voor de medische professionals zelf is. “Als zorgprofessional ben je zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van je eigen handelen”, aldus Rouvoet. “Zorgverzekeraars staan op een behoorlijk afstand van wat er in de behandelkamer gebeurt. Wij zien alleen maar wie een DBC opent, niet wie de behandeling feitelijk verricht. Het is aan de instelling zelf om te kijken wat ze met een ontwikkeling als taakherschikking doen. Wij willen dat onze verzekerden goede zorg krijgen van bevoegde professionals. En in het kader van taakherschikking kan dat goed bij VS’en of PA’s terechtkomen.”

Rouvoet geeft aan dat ZN zich wat betreft kwaliteit met name richt op de zogenaamde “kwaliteitsindicatoren”. Deze indicatoren worden door ziekenhuizen zelf gemeten en kunnen vervolgens onder meer door zorgverzekeraars gebruikt worden bij het inkopen van zorg.

“Wij willen net zo goed als de patiënt weten hoe goed de zorg ergens is”, geeft Rouvoet aan. “Maar als verzekeraar krijgen wij alleen maar achteraf de declaratie. In eerste instantie moeten de beroepsgroepen uitdragen dat het tot hun eigen professionaliteit behoort om de kwaliteit te bewaken en daar transparant over te zijn. Principieel zijn we terughoudend om ons hier al met kwaliteit van zorg te bemoeien.

Als we al iets oppakken op dat gebied, is het omdat we het gevoel hebben dat er iets blijft liggen. Bijvoorbeeld als door medisch specialisten verzuimd wordt om met kwaliteitsindicatoren te komen, dan zetten wij daar druk op, omdat wij door de wetgever worden aangespoord om in te kopen op basis van kwaliteit. En voor onze inkoop is het dan wel belangrijk dat we daar zicht op hebben.” ■

ZIE PAGINA 20-27 VOOR EEN INKIJKJE IN DE WETENSCHAPPELIJKE BIJDRAGEN VAN INVEST 2017

> “WIJ ZIEN ALLEEN MAAR WIE EEN DBC OPENT, NIET WIE DE BEHANDELING FEITELIJK VERRICHT”

DE 5 GENOMINEERDEN VOOR DE NWA

Tijdens INVEST op 16 en 17 november 2017 zal de winnaar van de NAPA Wetenschaps Award (NWA) bekend worden gemaakt. *MPA* geeft je alvast een introductie van de vijf titelkandidaten:

Kristel Lisabeth-Broné
PA oncoplastische mammachirurgie
Tergooi, Hilversum

Lisabeth-Broné onderzocht of het gebruik van een Acellulaire Dermale Matrix (ADM) bij een Skin Sparing Mastectomy met directeprothesereconstructie in Tergooi leidde tot een verhoogd aantal vroege postoperatieve complicaties. De ADM wordt toegepast om de subpectorale pocket waarin de borstprothese geplaatst wordt te vergroten zodat volledige bedekking van de prothese wordt bewerkstelligd. Volgens diverse onderzoeken zou het gebruik van een ADM leiden tot meer seroomvorming, infecties, huidnecrose en zelfs protheseverlies. In een retrospectieve, beschrijvende studie werden 203 directeprothesereconstructie geïncludeerd, waarvan 103 met en 100 zonder gebruik van een ADM. Hieruit bleek dat enkel het aantal seroomformaties significant hoger was in de ADM-groep. Aangezien seroom een minor complicatie is die met een simpele punctie behandeld kan worden, kon geconcludeerd worden dat het gebruik van een ADM bij een directeprothesereconstructie derhalve veilig is.

Sandra Warmerdam
PA revalidatiegeneeskunde
Reade, Amsterdam

Warmerdam onderzocht de functionele prognose die aan het begin van de klinische revalidatie door zorgverleners binnen Reade wordt opgesteld bij patiënten met een amputatie van de onderste extremiteit. In deze prognose worden de verwachtingen aangegeven qua functioneren in het dagelijks leven op langere termijn. Middels een Delphi-methode bij elf zorgverleners is getracht consensus te verkrijgen over de te overwegen aspecten tijdens het opstellen van de functionele prognose. Twee focusgroepgesprekken, bij zes klinische en zes ex-klinische patiënten, zijn gehouden om ervaringen te onderzoeken.

Onder zorgverleners is consensus bereikt, waarbij per domein waarmee de functionele prognose is opgebouwd een tot negen aspecten werden beschreven, met uitsplitsing in deelaspecten. Voor de meeste patiënten was de functionele prognose van waarde tijdens de klinische revalidatie. De inhoud werd behoorlijk compleet ervaren. Patiënten vonden het niet hinderlijk dat de functionele prognose niet altijd volledig juist was voorspeld. De gevoelens bij het lezen van het document waren divers. De functionele prognose stimuleerde de eigen inzet tijdens de revalidatie. Aangedragen suggesties ter verbetering waren: voorbespreken van de functionele prognose met een zorgverlener, meer benoemen van mentale en sociaal-maatschappelijke veranderingen, vermijden van dwingende woordkeuze en gebruik van de functionele prognose tijdens het poliklinisch eindgesprek.

Lutske Nijholt
PA urologie
Tjongerschans, Heerenveen

Nijholt onderzocht de functionele en oncologische uitkomsten tussen de robotgeassisteerde laparoscopische prostatectomie (RALP) versus de klassieke radicale retropubische prostatectomie (RRP). In een retrospectieve cohortstudie werden 56 patiënten geïncludeerd waarbij gekeken is naar opnameduur, continentieherstel, aantal positieve snijvlakken en onafhankelijke voorspellers van een positief snijvlak. Uit het onderzoek bleek dat de opnameduur significant korter was bij de RALP. De functionele uitkomst op gebied van continentieherstel was na twaalf maanden significant beter bij de RALP. Er was geen significant verschil in positieve snijvlakken tussen de RALP en de RRP. De hoogte van de Gleason-score was een voorspeller voor een positief snijvlak. De resultaten van het onderzoek zijn vergelijkbaar met de resultaten uit de literatuur.

Raisa Kerssies
PA neurologie
Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Kerssies onderzocht de rol van dexamethason (corticosteroïden) bij de behandeling van patiënten met een (chronisch) subduraal hematoom (CSDH). Hiervoor werden een systematische literatuurstudie en een korte veldstudie uitgevoerd. Uit deze studie blijkt dat deze behandeling door neurologen en neurochirurgen erg wisselend wordt toegepast en dat de huidige richtlijnen onvoldoende behandelrichting geven. Op basis van deze studie lijkt de behandeling met corticosteroïden bij patiënten met een CSDH nog onvoldoende bewezen, waarbij er wel voldoende aanwijzingen zijn voor de mogelijke bijwerkingen met een relatief hoge morbiditeit en mogelijk zelfs mortaliteit. Op dit moment lijkt de behandeling dan ook enkel gerechtvaardigd als de patiënt op basis van patiënt-specifieke kenmerken geen chirurgie kan ondergaan, maar dit op klinische gronden wel is geïndiceerd. De opmerking 'baat het niet, schaadt het niet' bij het voorschrijven van dexamethason bij patiënten met een CSDH, is naar de mening van de auteur niet van toepassing naar aanleiding van de uitkomsten van deze systematische literatuurstudie. Er is sterke behoefte aan verder multicenter gerandomiseerd onderzoek.

Nelle Kleppe Kaljouw
PA klinisch verloskundige
Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

Kleppe deed onderzoek naar de effectiviteit van perineumondersteuning tijdens de baring. Noorse onderzoeken hebben aangetoond dat dit zorgt voor een reductie van de incidentie van totaalrupturen met 50-80%. Naar aanleiding van deze resultaten is een vergelijkbaar onderzoek naar de effectiviteit van perineumondersteuning gestart in het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft, waarbij obstetrische hulpverleners zijn getraind om de "Noorse handgreep" toe te passen in de praktijk. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een prospectieve cohortstudie met een historische vergelijkingsgroep. De incidentie van het aantal totaalrupturen is na het implementeren van de Noorse manier van perineumondersteuning gedaald van 2,3% naar 1,2% (p=0,02). Het toepassen van de perineumondersteuning bij kunstverlossingen (baring door middel van een vacuüm of forceps) liet echter geen verschil zien op het aantal totaalrupturen. Naar aanleiding van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het toepassen van de Noorse manier van perineumondersteuning tijdens de uitdrijvingsfase van een spontane baring een reducerend effect heeft op het aantal totaalrupturen.

AAPA CONGRES LAS VEGAS “BEYOND”

Van 15 tot en met 19 mei vond het grootste PA congres ter wereld plaats: het congres van de American Association of Physician Assistants (AAPA). Plaats van handelen was ditmaal Las Vegas. Traditiegetrouw zijn er ook altijd veel Nederlandse PA’s die dit congres bezoeken. En elk jaar lijken er meer medelanders naar de Verenigde Staten af te reizen om hun kennis te verbreden en interessante contacten op te doen. Het congres had dit jaar een extra feestelijk tintje, aangezien de AAPA dit jaar zijn vijftigste verjaardag vierde.

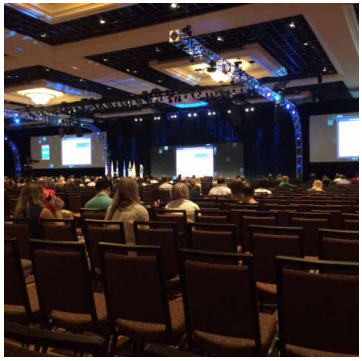
TEKST: VINCENT STRATEN | BEELD: PEXELS, VINCENT STRATEN

Het wetenschappelijke programma biedt een grote verscheidenheid aan presentaties. Alle specialismen zijn wat dat betreft vertegenwoordigd. Als PA heb je dus de mogelijkheid om nascholing te volgen binnen je eigen specialisme, maar kun je ook je kennis vanuit andere specialismen ophalen. Zo kun je dus de brede medische kennis weer up-to-date houden.

De presentaties zijn over het algemeen van een goed wetenschappelijk niveau. Veelal wordt er een overzicht gegeven van een ziektebeeld of veel voorkomende kwalen binnen een specialisme of afdeling. Deze zijn eigenlijk allemaal prima te volgen. Het enige ‘nadeel’ is dat richtlijnen ten aanzien van behandelingen vaak wat afwijken van de Nederlandse richtlijnen. Daarnaast zijn er sessies speciaal voor studenten en/of opleiders. Dit jaar was obesitas

WAT MIJ ZELF HET MEEST VERBAASDE WAS DE HOUSE OF DELEGATES, DE AMERIKAANSE VARIANT VAN DE ALGEMENE LEDENVERGADERING

SINDS EEN AANTAL JAAR ORGANISEREN WE VANUIT DE NAPA EEN BORREL VOOR ALLE NEDERLANDSE PA'S DIE TIJDENS HET AAPA CONGRES AANWEZIG ZIJN



een doorlopend thema, veel sessies waren aan dit onderwerp gewijd.

De sessies zijn er in verschillende vormen: er zijn general sessions, workshops (meestal tegen extra betaling), Meet the Expert- sessies, self-assessment sessies. En natuurlijk zijn er ook sessies gesponsord door (farmaceutische) bedrijven. Deze Product Theaters vinden plaats in de vroege ochtend en tijdens de lunch. Er wordt dan ook gezorgd voor ontbijt of lunchmaaltijd. Aangezien deze gratis te bezoeken zijn moet je vaak wel zorgen dat je op tijd bent, want ze worden druk bezocht.

Wat mij zelf het meest verbaasde was de House of Delegates. Dit is zeg maar de Amerikaanse variant van de Algemene ledenvergadering. Op de eerste plaats verbazing over de ceremonie bij aanvang van deze drie (!) dagen durende vergadering. Eerst worden verschillende vlaggen binnen gebracht. Daarna wordt het Amerikaanse volkslied gezongen. Maar de meeste verbazing zat hem in het volgende: de 'delegates' zijn afgevaardigden van de verschillende specialismen, maar ook van alle staten. Dit brengt met zich mee dat al deze delegates veel tegenstrijdige belangen hebben, maar ook rekening moeten houden met de wetgeving in de verschillende staten. Daarnaast werd er veel gediscussieerd over tekstuele aanpassingen.

International meeting

Tijdens dit AAPA-congres werd er ook een International Meeting georganiseerd. Dit keer werd dit vanuit ons eigen bestuur georganiseerd. Lian Elfering en Wijnand van Unen hebben hier veel werk ingestopt. Vertegenwoordigers van de Verenigde staten, Canada, Groot-Brittannië en Nederland gaven een update van de stand van zaken betreffende de PA's in hun land. David Kuhns kon daarnaast nog wat vertellen over de situatie in onder andere Australië, Ierland en Bulgarije. Het blijkt dat in veel landen de PA een plek gaat krijgen binnen de gezondheidszorg.

Het doel van de bijeenkomst was ook om te kijken of we op de een of andere manier een soort van internationale organisatie kunnen gaan opzetten, die het beroep PA (nog) meer op de internationale kaart kan gaan zetten. De eerste stappen hiertoe werden gezet. Maximaal tweemaal per jaar zullen vertegenwoordigers van verschillende landen bij elkaar komen. Dit zal plaatsvinden tijdens de diverse congressen die elk land organiseert. De eerstvolgende vindt plaats in september van dit jaar in Londen.

Holland House Borrel

Sinds een aantal jaar organiseren we vanuit de NAPA een borrel voor alle Nederlandse PA's die tijdens het AAPA-congres aanwezig zijn. Hiermee willen we vanuit het bestuur een plek creëren waar we elkaar kunnen ontmoeten en de ervaringen van het congres met elkaar kunnen delen. Het congres is zo groot dat je sommige collega's tijdens het congres helemaal niet tegenkomt, maar dus wel bij de borrel. Zo ver van huis schept dat wel een band! We hadden de beschikking over een mooie ruimte in een Irish Pub, waar we met zo'n 35 collega's genoten van een hapje en een drankje.

Congres 2018

Het volgende AAPA-congres zal plaatsvinden van 19 tot en met 23 mei 2018. Ook in 2018 ontvangen NAPA leden korting voor het AAPA-congres, ditmaal in New Orleans. Ook daar zullen we weer proberen om een borrel te organiseren voor de Nederlandse collega's. Mocht je besluiten om naar het AAPA-congres te gaan, geef dit dan ook door aan het secretariaat. Dan kunnen we je op de hoogte houden/brengen van de borrel.

Tot slot

Juist door het brede aanbod aan onderwerpen en specialismen is het bezoeken van het AAPA-congres een prima manier om de kennis van andere specialismen op te krikken. Daarnaast is er de mogelijkheid om je eigen kennis te delen met Amerikaanse collega's van je eigen specialisme. Al met al het reizen zeker waard!

PA AAN DE AFTRAP: PAUL DIRKES

Elk jaar voltooien tientallen kersverse PA's hun opleiding tot master Physician Assistant. Wat drijft de nieuwe collega's om voor het vak van PA te kiezen? Wat is hun achtergrond en wat verwachten zij van de toekomst? MPA sprak aanstormend PA Paul Dirkes voor een inkijkje in het leven van een enthousiaste toekomstig collega.

TEKST EN BEELD: MILOU VAN INGEN

De 41-jarige Paul Dirkes werkte jarenlang als verpleegkundige op de ambulance voordat hij in 2016 aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen aan de opleiding tot PA begon. Tussendoor hing hij ook nog regelmatig in de lucht als ambulanceverpleegkundige in de gele helikopter van search and rescue (SAR) Nederland.

Acute geneeskunde

"Je verricht bij de SAR ambulancewerkzaamheden in de lucht, op zee, op schepen en op booreilanden", vertelt Dirkes. "Je wordt opgeroepen op plekken waar de traumahelikopter niet mag komen, zoals boven zee. Meestal betreft het scoop and run en vlieg je zo snel mogelijk na stabilisatie door naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis." Op de SAR en ambulance leerde Dirkes om heel zelfstandig te werken. "Met name de laatste jaren kwam er bij de SAR ook steeds meer aandacht voor klinisch redeneren. Ik heb er zelfs een cursus voor gevolgd." Het spannendste moment bij de SAR staat nog helder op zijn netvlies gebrand: "Anderhalf jaar geleden kregen we melding van een neergestort vliegtuig voor de kust van Petten, mede veroorzaakt door dichte mist. Verdere informatie ontbrak en toen we arriveerden dreven de wrakstukken onder ons in zee. Helaas werd de piloot pas dagen later gevonden."

"WE KREGEN EEN MELDING VAN EEN NEERGESTORT VLIEGTUIG VOOR DE KUST VAN PETTEN, MEDE VEROORZAAKT DOOR DICHTE MIST. TOEN WE ARRIVEERDEN DREVEN DE WRAKSTUKKEN ONDER ONS IN ZEE"

Physician Assistant

Op zijn achttiende twijfelde Dirkes reeds over een opleiding tot arts. Hij besloot toch verpleegkundige te worden, maar de wens naar verdere verdieping had hem nooit helemaal verlaten. In 2016 waagde hij de sprong en solliciteerde hij op een functie als physician assistant in opleiding, op de afdeling neonatologie van het Radboudumc. “Kindergeneeskunde wekte al jaren mijn interesse”, vertelt Dirkes. “Ik werk als instructeur voor de cursus PHPLS (Pre-Hospital Paediatric Life Support) en EPLS (European Paediatric Life Support) voor Stichting Spoedeisende Hulp bij Kinderen. Bij dat werk kwam ik veelvuldig in aanraking met kinderartsen en anesthesiologen. Zij hebben mij geënthousiasmeerd en gestimuleerd mij verder te ontwikkelen binnen dit specialisme. Als PA heb ik ook bewust gekozen niet meer prehospitaal te werken. Binnen het ziekenhuis zie ik een grotere meerwaarde voor deze functie.”

Leren in de praktijk

Dirkes is afgelopen najaar gestart met zijn tweede studiejaar. Hij ervaart de opleiding als zeer leerzaam. “Ik heb in het eerste jaar een heleboel geleerd. Het onderwijsprogramma is adequaat en afwisselend.” De opleiding biedt hem voldoende handvaten om klinisch te kunnen functioneren als PA. “Ik ben er echter van overtuigd dat je met name leert en je ontwikkelt in de praktijk. Hier zie ik mijn leercurve ook sneller stijgen. Sinds de start van de opleiding ben ik breder gaan kijken en denken. De vraag ‘waarom’ staat nu centraal. Ik wil achtergronden weten, verbanden snappen. Het onderdeel wetenschap biedt een prettige basis om mij verder te kunnen verdiepen, daar waar ik wetenschap eerder minder interessant vond.”

Stages

De diverse stages in het kader van de PA-opleiding binnen de verschillende specialismen worden door Dirkes als zeer positief ervaren, en zijn een reden dat hij heeft gekozen voor deze masteropleiding. “Door de stages kun je jezelf beter vormen, maar ze vergen wel een heleboel discipline. Ik profileer me als leergierig en open, waardoor ik me overal zeer welkom voel. Een opleiding zonder stages zou ik niet ambiëren. Voor mij biedt het een brede basis, met name om de vertaalslag naar mijn eigen superspecialisme, neonatologie, te kunnen maken.”

Toekomst

In de toekomst ziet Dirkes zichzelf werken op de afdeling neonatologie van het Radboudumc, liefst met een leuke club PA’s om hem heen. Ook ambieert hij het om onderwijs en training te gaan geven en sluit hij eventueel promoveren ook niet uit. Voor andere PA’s die aan de zijlijn staan te trappelen heeft Dirkes de volgende boodschap: “Word een goede PA door goed om je heen te kijken en te luisteren naar het hele team. Vaak is er niet één manier om iets te doen, maar zijn er wel tien. Uiteindelijk ontwikkel je een eigen stijl. Blijf kritisch en blijf leren. Dat zijn mijn twee key points om deze studie tot een positief einde te kunnen brengen.”

INVEST 2017

ABSTRACTS VAN MONDELINGE PRESENTATIES EN POSTERPRESENTATIES

Tijdens INVEST 2017 is er traditiegetrouw weer veel aandacht voor wetenschappelijk onderzoek. Naast de uitreiking van de NAPA Wetenschaps Award voor de beste afstudeerthesis (zie elders in deze MPA) worden er ook mondelinge presentaties en posterpresentaties gehouden. Hieronder alvast een inkijkje in de wetenschappelijke bijdragen van INVEST 2017.

MONDELINGE PRESENTATIES

O1.0 MiECC vs Conventional ECC: A RCT of blood loss in AVR Surgery

K. Knol
MST Enschede, Enschede
K. Knol[1], F.R. Halfwerk[1],
J.G. Grandjean[1], G. Mecozzi
[1] Thoraxcentrum Twente, Netherlands;
[2] University Medical Centre, Groningen

Objective: Open Aortic Valve Replacement (AVR) requires cardiopulmonary bypass including an extracorporeal circulation (ECC) and might induce haemodilution, nefropathies and enzymatic heart disease. A new Minimal invasive ECC (MiECC) was developed with a shorter circuit, but no randomised studies were conducted to compare both systems in AVR surgery. This study aims at comparing conventional ECC (CECC) with MiECC for elective AVR surgery with respect to blood loss and organ damage.

Methods: A single-centre Randomised Controlled Trial (RCT) was conducted from January 2012 – December 2015, including elective AVR-surgeries with randomisation for MiECC or CECC (gold standard). Primary endpoint was blood loss, secondary endpoints were haemodilution, ICU stay, length of in-hospital stay, enzymatic heart damage, renal function and 30-day mortality.

Results: 125 patients were included; 63 patients received MiECC and 62 patients CECC (Table 1). Blood loss per-operatively was significantly increased in CECC vs MiECC (260 vs 215 mL, $p = 0,043$), also corresponding with a higher reduction in haemoglobin post-surgery. Blood was less diluted in MiECC patients (0,33 vs 0,30 L/L, $p < 0,001$) There was no difference at all time points in survival between MiECC and CECC (Figure 1), nor difference in enzymatic heart damage and renal function. ICU/hospital stay was equal in both groups.

Conclusion: The use of MiECC in AVR surgery, compared to CECC, favoured a reduced blood loss and reduced haemodilution for the MiECC group. MiECC was non-inferior in nephropathies and enzymatic heart disease. This randomised research of MiECC vs CECC suggests better per-operative conditioning, yet did not indicate clinical benefit on the short term. Long term effects of MiECC in AVR surgery are still poorly understood and subject to further research

O2.0 Hoe bevalt ZwApp?

M.P. Diepenmaat
Slingeland ziekenhuis, Neede

Introductie: De laatste jaren is eHealth steeds meer in opkomst. Het lijkt erop dat eHealth bij kan dragen aan betere zorg in de toekomst. De onzekerheid van de zwangeren is een probleem waar de zorgverleners tegen aanlopen. De zwangeren willen goed geïnformeerd en gerustgesteld worden. Steeds vaker zoekt de zwangere naar informatie op het internet. Tijdens een consult wordt vaak duidelijk dat deze informatie niet correct en onbetrouwbaar is. Ondertussen lijkt het effect merkbaar dat deze foutieve informatie leidt tot meer onzekerheid. Een mogelijke oplossing zou zijn het ontwikkelen van een eHealth tool voor iedere zwangere.

Vanuit VSV de Slinge ontstond het idee voor het maken van een app. Het doel is de onzekerheid van de zwangere te verminderen door betrouwbare en professionele informatie aan te bieden. Daarnaast geeft eenduidige informatie VSV breed een betere afstemming van zorg tussen de eerste en tweede lijn.

Methoden: Voor dit onderzoek is gekozen een casestudy uit te voeren die zal bestaan uit 4

fasen. Het kenmerk van deze onderzoeksbenadering is dat het om de combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden gaat. Fase 1 en 2 hebben een beschrijvende en informerende vorm en gaan over de ontwikkeling en implementatie van ZwApp. Fase 3 betrof een semigestructureerd interview met twee focusgroepen. Tot slot werd tijdens fase 4 een prospectieve cohortstudie met een historische vergelijkingsgroep uitgevoerd.

Resultaten: In fase 1 en 2 was het mogelijk om ZwApp te ontwikkelen en te implementeren. In fase 3 bestond de onderzoeksgroep uit twaalf zwangere vrouwen die verdeeld werden over twee groepen. Alle deelnemers uitten het als zeer prettig te ervaren dat er een online informatiebron met betrouwbare informatie beschikbaar was, geschreven door hun eigen professionals en waren ervan overtuigd dat ZwApp een positieve bijdrage had geleverd aan de zwangerschap. In fase 4 zijn er 233 vrouwen meegenomen in de historische vergelijkingsgroep en 285 vrouwen in de cohortgroep. In de eerste lijn was er een vermindering van het aantal telefonische consulten na de invoering van ZwApp (39% versus 48%). In de tweede lijn setting waren er meer telefonische consulten na de invoering van ZwApp, namelijk 28% in 2016 versus 13% in 2015. Maar als men kijkt naar de telefonische contacten waarbij de zwangeren gerustgesteld werden of adviezen kregen, dan is er een daling in 2016 ten opzichte van 2015, 55% versus 34%.

Conclusie: In tweeënhalf jaar tijd is er een succesvolle eHealth tool ontwikkeld en geïmplementeerd, in de vorm van een app voor zwangeren. Daarbij zijn er in deze studie aanwijzingen gevonden dat ZwApp een bijdrage heeft geleverd aan de tevredenheid van de zwangeren en lijkt de zwangere beter geïnformeerd door betrouwbare informatie in ZwApp. Op deze manier krijgt de zwangere de mogelijkheid tot meer zelfregie in het zorgproces.

ZwApp is het product van verbetering in samenwerking en communicatie tussen alle zorgprofessionals, met als doel betere informatie aan de zwangere en haar naasten. Het is daarmee een complete, waardevolle en innovatieve toevoeging aan de praktijkvoering binnen de verloskunde. De app is inmiddels geïmplementeerd in acht andere regio's binnen Nederland.

O3.0 Does Pre-Expansion Matters? Complications and Scar Quality in Transmen Undergoing Phalloplasty

L. Elfering[1],
W.B. van der Sluis[2], M. Bouman[2], M.E. Buncamper[2], T.C. van de Grift[2], B.I. Witte[2], E. Middelkoop[2], M.C. Mullender[2]
[1] VU medical center Amsterdam, Haarlem
[2] VUmc, Amsterdam

Background: Phalloplasty is the preferred genital gender confirming surgery in transmen. However, the harvest of autologous fasciocutaneous flaps is associated with donor-site morbidity and extensive scarring. Donor-site preexpansion is thought to enable easier wound closure and reduce scarring, but its efficacy in this population is debated. We aim to assess surgical complications of donor-site preexpansion before phalloplasty, and postoperative donor-site scar quality and satisfaction of transmen treated with and without pre-expansion.

Methods: Transmen who underwent phalloplasty between December 2006 and July 2014 at our institution were identified. Expander-related complications in transmen treated with pre-expansion were assessed retrospectively. All transmen were invited for scar size and quality assessment (POSAS; color measurement). Satisfaction with the donor-site was assessed using questionnaires.

Results: Twenty transmen underwent pre-expansion before phalloplasty. In total, 38 tissue expanders (TE) were placed in the forearm (n = 14) and/or thigh (n = 24). Complications occurred in 22 of 38 TEs (57.9 percent), in 16 of 20 transmen. Nine reoperations were performed due to extrusion (n = 2), infection (n = 2), port failure (n = 4) or leakage (n = 1). Of 36 transmen who underwent phalloplasty, 16 visited our clinic for scar assessment (8 treated with, and 8 without pre-expansion). Overall scar size, quality and satisfaction did not differ significantly between groups. Although, relative scar size after expansion in the thigh seems to be reduced (p = 0.001).

Conclusions: Donor-site expansion before phalloplasty was associated with a high rate of expanderrelated complications. Due to TEs, scar size reduces in the thigh, but had no to marginal effect on scar quality and satisfaction.

Keywords: Sex Reassignment Procedures; Gender Dysphoria; Phalloplasty; Tissue Expansion Devices; Donor-site; Scars; POSAS

O4.0 Vergelijkend onderzoek naar klinische vaardigheden van physician assistants en arts-assistenten intensive care met de human patient simulator.

D.R. van Vught[1], G. van den Brink[1], M.D. Hilkens[2], M.D. van Oers[3]
[1] Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
[2] RadboudUMC, Nijmegen
[3] Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg

Inleiding: Door een toenemende vraag naar intensive care zorg, een hoge druk op de kwaliteit van zorg en arbeidstijdverkorting voor assistenten is een adequate bezetting van personeel op de Intensive Care (IC) wereldwijd een toenemend probleem, ook op de Nederlandse IC's. Sinds 2003 werkt een toenemend aantal IC's in Nederland met PA's, die taken overnemen die voorheen alleen door arts-assistenten uitgevoerd werden.

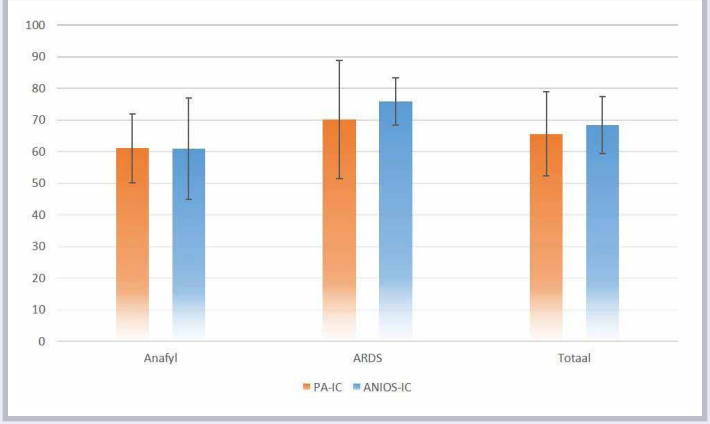
Het is belangrijk dat de kwaliteit van zorg met deze taakherschikking gelijk blijft, daarom had dit onderzoek tot doel inzicht te krijgen in de klinische vaardigheden van PA's die werkzaam zijn op de IC in vergelijking met de vaardigheden van artsen die deze taken uitvoerden. In dit geval de anios met 6-24 maanden werkervaring op de IC.

Methode: Een observationeel vergelijkend onderzoek in een gecontroleerde simulatie setting. De deelnemende PA's en aniossen doorliepen twee scenario's waarbij gebruik gemaakt werd van de human patient simulator (HPS) van het Radboud UMC te Nijmegen. De HPS werd voor dit onderzoek met twee veelvoorkomende intensive care problemen geprogrammeerd.
Scenario 1: een patiënt met ARDS met 4 fasen: 1 aanpassen standen ventilator, 2 hypoxie, 3 spanning-pneumothorax en 4 overdracht.
Scenario 2: een post-operatieve patiënt met 3 fasen; 1 pinscore, 2 delier, 3 anafylactische shock. De scenario's duurde 20-25 minuten. De standaardisering hield in dat de HPS steeds exact hetzelfde gespeeld werd, in aanwezigheid van een ervaren IC-verpleegkundige die een passieve rol had. Op deze wijze was de verstrekte informatie voor alle deelnemers gelijk en was een objectieve vergelijking mogelijk. De performance van de participanten werd opgenomen op een video. Na afloop beoordeelden vier intensivisten met een vooraf opgestelde scorelijst onafhankelijk van elkaar het klinisch redeneren en medisch handelen van de participanten, twee intensivisten per scenario. De gemiddelde score werd berekend per scenario en over de twee scenario's. De scores van de groepen werden vervolgens vergeleken met een Students' T-test.

Resultaten: Elf PA's en tien aniossen van zowel academische als perifere ziekenhuizen namen deel. De PA's waren gemiddeld 38 ± 7 jaar, en hadden 46 ± 17 maanden werkervaring als PA op de IC. De aniossen waren gemiddeld 27 ± 2 jaar en hadden gemiddeld 12 ± 4 maanden werkervaring op de IC. Het betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de scenario's was 0.62. De inter-rater betrouwbaarheid was 0.92. Het percentage behaalde punten voor PA's was 66% ± 13% en voor aniossen 68% ± 9% (p = 0.86), zie figuur 1. Er bleken geen verschillen aantoonbaar tussen de PA's en aniossen.

Conclusie: In dit onderzoek werd geen verschil in het klinisch redeneren en medisch handelen gevonden tussen PA's en aniossen werkzaam op de IC.

Figuur 1: percentage (+/- SD) behaalde punten van Physician Assistants (n=11) en aniossen (n=10) tijdens het doorlopen van de scenario's Anafylaxie (Anafyl) en ARDS op de Human Patient Simulator



O5.0 De invloed van intraveneuze prehydratie van nierdonoren op de postoperatieve nierfunctie van de nierontvanger

K.M. Tijburg
Academisch Medisch Centrum, Purmerend

Introductie: Patiënten die een laparoscopische donornefrectomie ondergaan in het Academisch Medisch Centrum (AMC), ontvingen tot juni 2014 preoperatieve infusie (prehydratie) om de negatieve effecten van een pneumoperitoneum tegen te gaan. Uit onderzoek blijkt echter dat het toedienen van kleinere hoeveelheden intraveneuze vloeistof perioperatief geen nadelige effecten heeft voor zowel de nierdonor als de -ontvanger. In het Academisch Medisch Centrum is nog geen onderzoek gedaan naar de postoperatieve nierfunctie van de nierontvanger sinds het staken van de prehydratie bij de nierdonor.

In hoeverre is er een verschil in de postoperatieve nierfunctie van de nierontvanger tussen het wel of niet prehydreren van de nierdonor?

In hoeverre is er een verschil in complicaties en opnameduur van de nierdonor tussen het wel of niet prehydreren?

Methode: Er werd een kwantitatief retrospectief vergelijkend dossieronderzoek verricht. 142 paren (nierdonoren en nierontvangers) ondergingen een laparoscopische donornefrectomie respectievelijk niertransplantatie in het AMC tussen april 2013 en september 2015. Patiëntendata werden retrospectief verzameld vanuit digitale patiëntendossiers. Donoren werden verdeeld in twee groepen: de prehydratiegroep (n=68): donoren ontvingen 0,5-2 liter infusievloeistof (natriumchloride 0,9%) twaalf tot zestien uur voorafgaande aan de operatie, en de niet-prehydratiegroep (n=74): deze donoren ontvingen geen prehydratie.

Resultaten: Er werd geen verschil gevonden in de opnameduur bij de nierdonoren (5,6 vs. 5,3 dagen, p=0,581). Wel werden er meer interventiebehoeftige complicaties gevonden bij de prehydratiegroep, dit was niet significant (6 vs. 1; p=0,055). Bij de nierontvangers werd geen verschil gevonden van het creatinine en eGFR tussen de prehydratiegroep en niet-prehydratiegroep tot 12 maanden postoperatief. De opnameduur en het aantal complicaties bij de nierontvangers waren vergelijkbaar tussen de groepen (p=0,648, 14,7 vs. 13,7 dagen; p=0,346, 47,1% vs. 39,2%).

Conclusie: Het niet geven van prehydratie bij nierdonoren lijkt geen slechtere uitkomst van de nierfunctie bij de ontvanger te geven, maar geeft mogelijk wel minder complicaties bij nierdonoren.

POSTER PRESENTATIES

P01 The association between impaired cognition and adverse outcome in older patients presenting to the emergency department with minor trauma; the APOP study.

B.C.M. van den Berg, J.A. Lucke, J.A. De Gelder, C Heringhaus, B De Groot, S.P. Mooijaart
Leids Universitair Medisch Centrum

Introduction: A large number of older patients is discharged from the ED with minor trauma. Cognitive impairment may have a large impact on independent functioning, even in the case of minor trauma. The aim of this study was to investigate the impact of impaired cognition on functional status after 90 days in older minor trauma patients visiting the ED.

Methods: Analysis of the collected data from the APOP study (a prospective cohort study) of patients aged 70 years or older, presented to the ED. Cognition was measured using the 6CIT, using a cut-off of ≥11 as the definition of impaired cognition. Primary outcome was 1-point decrease in KATZ-ADL, new institutionalization or mortality after 90 days. The association between cognition and adverse outcomes was calculated using multivariable regression analysis.

Results: In this study, we included 125 (12.5%) of the 995 elderly patients who presented to the ED and were discharged home after a minor trauma. 30 (24%) of the patients with minor trauma had impaired cognition. In 13 (13.6%, 95% CI 7.8-19.4) patients with normal cognition and a minor trauma, there is functional decline, in comparison to 9 (30%, 95% CI 16.3-43.7) of the patients with impaired cognition (p = 0.004). These patients were four times more likely to have functional deterioration in comparison to an older patient with normal cognition independent of age, gender and educational level (OR 4.15, 95% CI 1.36-12.7). Injury type or location of a fracture were not associated with functional decline (p = 0.590).

Conclusion: Cognition is an independent predictor of functional decline. A patient aged 70 years and older with impaired cognition is 4 times more likely to suffer functional decline after minor trauma in comparison to a patient with normal cognition. On early recognition of this group at risk, additional information, preventive measures, care and support at home can be provided.

P03 How to Improve Surgical Decision-Making and Experienced Outcomes of Subcutaneous Mastectomy?

L. Elfering[1], T.C. van de Grift[2], M. Bouman[2], M.E. Buncamper[2], J.M. Smit[2], M.C. Mullender[2]
[1]VU medical center Amsterdam, Haarlem
[2]VUmc, Amsterdam

Background: Although transgender surgery constitutes a growing field within plastic surgery, prospective studies on masculinizing mastectomies are lacking. The objective of the present study was to prospectively follow a cohort of transmen undergoing mastectomy and assessing technical and self-reported outcomes, as well as to evaluate surgical decision-making.

Methods: Fifty-four transmen were recruited during a 10-month period at the Department of Plastic Surgery of a Centre of Expertise on Gender Dysphoria. Preoperative assessment included standardized chest examination. Six months postoperatively, participants rated their satisfaction with surgery, and 12 months postoperative surgical outcomes were reviewed independently. Surgical decision-making was evaluated by comparing indications and outcomes per technique, and assessing the clinical validity of the most-used decision-aid (using Cohen's kappa).

Results: At follow-up, one periareolar mastectomy, 26 concentric circular mastectomies and 22 inframammary skin resections with free nipple graft were performed. Five participants were still to be operated. Concentric circular mastectomy was performed in smaller or medium-size breasts with low ptosis-grade and good elasticity, whereas the inframammary skin resection group showed a wider range of physical characteristics. Despite being performed in better-quality breasts, concentric circular mastectomy was associated with more secondary corrections (38.5%), dehiscence, seroma, and lower postoperative satisfaction compared to inframammary skin resections. Clinical decision-making was generally in line with the published decision-aid.

Conclusions: Compared to inframammary skin resections, concentric circular mastectomy – despite being performed in favourable breast types – appears to produce

poorer technical and self-reported outcomes. Surgical indications and preoperative counselling regarding secondary corrections may therefore be subject to improvement.

Keywords: gender dysphoria, transgender, transman, mastectomy, chest wall masculinizing surgery.

P05 Behandeling van diabetes macula oedeem of macula oedeem door retinale veneuze occlusie. Is het treat and extend protocol effectiever dan de pro-re-nata benadering?

H.P.M. van Happen
Zuyderland Eyescan, Leende

Achtergrond: Diabetisch macula oedeem (DME) en macula oedeem bij retinale veneuze occlusies (RVO) hebben een slechte visusprognose indien er geen behandeling plaatsvindt. Voor de behandeling van macula oedeem worden anti-vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF) middelen gebruikt. Behandeling kan plaats vinden middels de pro re nata (PRN) benadering en volgens het treat and extend protocol (TAE).

Doel: Retrospectief onderzoek waarbij wordt gekeken of middels het TAE protocol een reductie van het aantal injecties en kliniekbezoeken kan worden verkregen met behoud van de visus ten opzichte van de PRN benadering.

Methode: In dit retrospectieve onderzoek werden 65 ogen met DME of macula oedeem bij een RVO geïncludeerd die werden behandeld met de intravitreale-injecties Bevacizumab® gedurende twaalf maanden. Behandeling volgens TAE startte met een oplaaddosis van vier injecties om de vier weken. Bij de vierde injectie werd gekeken of de follow-up termijn met twee weken kon worden verlengd. Het interval tussen de bezoeken werd bepaald middels een protocol. Bij de PRN behandeling werden patiënten elke maand gecontroleerd en her-behandeld indien er ziekteactiviteit was.

Resultaten: Er werden 65 ogen onderzocht waarvan 49 in de PRN en 16 in de TAE groep. De gemiddelde begin visus in de PRN groep was 0,43 en 0,35 in TAE groep. De visusverbetering over 12 maanden was vrijwel gelijk in beide groepen. Het aantal injecties was in de TAE groep gemiddeld 8,4 en significant hoger dan in de PRN groep 6,65 (P=.024). Er was geen significant verschil in het aantal kliniekbezoeken na 12 maanden.

Conclusie: Behandeling volgens het TAE protocol blijkt na twaalf maanden niet superieur ten opzichte van de PRN benadering. Het aantal gegeven injecties in de TAE is significant hoger. Er is geen significant verschil op het aantal kliniek bezoeken, al is er een trent zichtbaar dat het aantal bezoeken gedurende 12 maanden afneemt in de TAE groep.

P06 Een heup van voor of van achteren? Een onderzoek naar de functionaliteit drie maanden na een totale heupprothese operatie. Is er een verschil in uitkomsten tussen de voorste- en achterste operatiemethode?

D. Bijlsma
Ziekenhuis Tjongerschans, Grou

Introductie: De plaatsing van een heupprothese wordt beschouwd als een van de meest succesvolle ingrepen binnen de orthopedie. Het merendeel van de patiënten ervaart na de operatie minder pijn, een toename van mobiliteit en herstel van kwaliteit van leven. Binnen ziekenhuis Tjongerschans wordt voor het plaatsen van een heupprothese gebruik gemaakt van zowel de voorste- als de achterste operatiemethode. Deze studie vergelijkt de uitkomsten op het gebied van functioneren drie maanden na de operatie.

Methode: Er werd een single center, retrospectief, kwalitatief, patiëntcontrole onderzoek uitgevoerd bij patiënten (n=164) geopereerd aan een totale heupprothese in de periode 1 oktober 2014 tot en met 31 maart 2016. Het functioneren werd voor de operatie en drie maanden na de operatie gemeten door middel van de Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Afhankelijk van de verdeling van de onderzoeksresultaten werd gebruik gemaakt van de parametrische T-toets dan wel de non-parametrische Wilcoxon signed-rank-toets en de Mann-Whitney U-toets. Om de verschillen tussen de onderzoeksgroepen op de beide meetmomenten inzichtelijk te maken is gebruik gemaakt van de mixed ANOVA.

Resultaten: Er werd een significante verbetering (p=<0.05) gevonden tussen de voor- en de nameting op het gebied van pijn, mate van beperking, kwaliteit van leven en de gezondheidstoestand voor beide onderzoeksgroepen. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de verschillende operatiemethoden.

Conclusie: Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten drie maanden na de heupprothese operatie minder pijn, minder beperkingen tijdens het dagelijks leven, een verbetering van kwaliteit van leven en een betere gezondheidstoestand ervaren. Er werd drie maanden na de operatie geen betere resultaten gevonden bij patiënten geopereerd door middel van de voorste operatiemethode.

P07 De wijze van aanvragen van de Coronair CT Angio

S.C. Kootstra
Nij Smellinghe, Boornbergum

Inleiding: Om coronair lijden te kunnen diagnosticeren zijn er meerdere onderzoeksmethoden, waaronder de coronair CT angio (CCTA). De ACCF heeft een richtlijn

ontwikkeld voor de inzet van de CCTA. Dit onderzoek is een analyse van het huidige aanvraagpatroon in de klinische praktijk, in vergelijking tot de richtlijn ACCF. Onderzocht werd welke variabelen voorspellend zijn voor het onterecht aanvragen van de CCTA. Doel van dit onderzoek is om te streven naar een eenduidig aanvraagpatroon en overdiagnostiek te beperken.

Methode: Het betreft een retrospectief dossieronderzoek in ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten. Geïncludeerd werden alle patiënten die in 2014 en 2015 een CCTA hebben ondergaan. De aangevraagde CCTA's werden beoordeeld als terecht of onterecht volgens de richtlijn ACCF. Er werd met statistische analyse (SPSS 23.0) onderzocht welke variabelen van invloed waren op de uitkomst en ook werd het aanvraagpatroon van de cardiologen geanalyseerd.

Resultaten: Totale populatie bestond uit 219 patiënten (N=219). In de klinische praktijk werd 75,3 % van de aangevraagde CCTA's als terecht en 7,3% als onterecht geclassificeerd. De variabele risicoprofiel is significant (P=0.00) voor de geschiktheid CCTA. Cardiologen met aandachtsgebied beeldvorming en de minste werkervaring, vragen significant (P=0.00) meer CCTA's aan. Er is geen significant (P=0.182) verschil aangetoond tussen de geschiktheid van de aangevraagde CCTA's van de cardiologen onderling.

Conclusie: De huidige werkwijze wordt in 75,3% van de gevallen als terecht beoordeeld volgens richtlijn ACCF. Een onterecht aangevraagde CCTA, kan in de klinische praktijk niet altijd gelijkgesteld kan worden aan overdiagnostiek. Er is een significant verschil in het aantal aangevraagde CCTA's tussen de cardiologen in onze klinische praktijk.

P08 Diagnose longembolie of aortadissectie gemist op Eerste Hart Hulp? Wordt er op de Eerste Hart Hulp bij patiënten met thoracale pijnklachten en een verhoogde D-dimeer een longembolie of aortadissectie gemist?

F. van Werf
Nij Smellinghe, Akkrum

Probleemstelling: Wanneer een patiënt wordt aangemeld bij de Eerste Hart Hulp (EHH) wordt uitgegaan van een cardiaal probleem. Thoracale pijnklachten kunnen meerdere oorzaken hebben. Het doel van dit onderzoek is te beoordelen wat de incidentie van (gemiste) longembolieën of aortadissecties is op de EHH en welke variabelen, naast de D-dimeer, voorspellend zijn.

Methode: Het betreft een retrospectief dossieronderzoek in ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten. Geïncludeerd werden n=2347 patiënten op de EHH met DBC 201 van 2012 tot 2016. Er werd een tweedeling gemaakt binnen de populatie tussen wel (>500µg/l) of niet verhoogde D-dimeer (<500µg/l). Geanalyseerd werd in welke groep de incidentie longembolie of aortadissectie het hoogst was en of de diagnose gemist was. Voorts werd gekeken of er naast de D-dimeer andere factoren waren die de verdenking longembolie of aortadissectie zouden kunnen beïnvloeden. Signi-ficantieniveau werd gesteld op P<0.05.

Resultaten: In de groep patiënten met een verhoogde D-dimeer (701/2347 patiënten 30%) bleken 14 patiënten longembolieën te hebben, waarvan één gemist. Ook werd één gemiste aortadissectie geteld. In de groep met een niet verhoogde D-dimeer (1646/2347, patiënten 70%) is geen diagnose gesteld. Dit verschil was significant (P=0.00). Bij de overleden patiënten met een verhoogde D-dimeer (n=62) is 4,8% mogelijk overleden aan een longembolie of aortadissectie. Bij de groep met een niet verhoogde D-dimeer (n= 44) is 0% hieraan overleden. Dit verschil was significant (P=0.01). De D-dimeer werd als enige significante variabele voor de diagnose longembolie of aortadissectie gevonden (P=0.00).

Conclusie: Op de EHH werden 14 longembolieën en 1 aortadissectie aangeboden. Hiervan is één longembolie en één aortadissectie gemist. Alleen de D-dimeer bleek een significante variabele voor de diagnose longembolie of aortadissectie.

P09 De rol van vitamine D in het ontstaan van spierklachten bij statine gebruikers

S. den Dikken
Isala Zwolle, Zwolle

Achtergrond: Statines zijn de hoeksteen in preventie en behandeling van cardiovasculair lijden. Statines reduceren de mortaliteit en morbiditeit van patiënten met cardiovasculair lijden. Spierklachten zijn de voornaamste bijwerking en zijn de belangrijkste reden om het gebruik van statines te staken (c.q. beïnvloeden de therapietrouw op de lange termijn in belangrijke mate). Spierklachten zijn daarmee een belangrijke hindernis in het reduceren van het cardiovasculaire risico. Vitamine D wordt in de literatuur genoemd als risicofactor voor het ontstaan van spierklachten bij statine gebruik. Er is in de literatuur geen éénduidig antwoord over de rol van vitamine D in het ontstaan van spierklachten en daarmee is de klinische relevantie van vitamine D als risicofactor in het ontstaan van spierklachten onduidelijk. Vitamine D is in de Isala praktijk onbekend als risicofactor voor het ontstaan van spierklachten.

Doel: Onderzoeken wat de rol is van vitamine D in het ontstaan van spierklachten bij statine gebruikers.

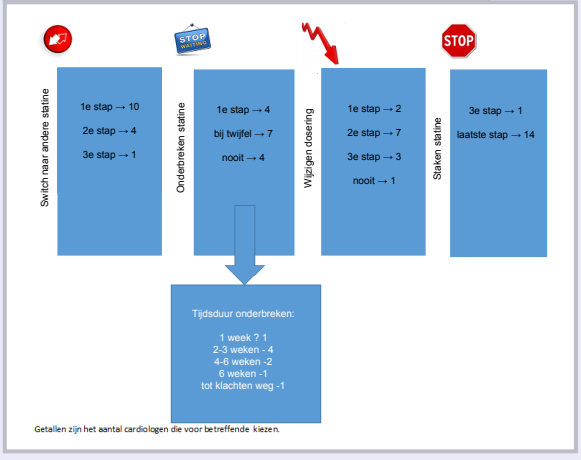
Onderzoeken welke strategie cardiologen binnen Isala hanteren wanneer een patiënt spierklachten meldt.

Methode: De vitamine-D-status is bepaald bij poliklinische patiënten in het Isala Harthuis in de periode juni tot en met september 2016. Spierklachten zijn bij deze patiënten uitgevraagd met een vragenlijst. Aanvullende informatie is verzameld uit het elektronisch patiëntendossier. De strategie van cardiologen is onderzocht met behulp van een enquête onder de cardiologen in Isala.

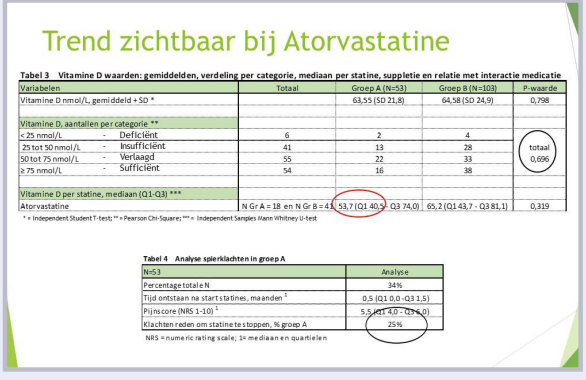
Resultaten: Het studiecohort bestaat uit 156 patiënten. Het aantal patiënten met spierklachten (groep A) is 35%. Er is geen verschil in serum vitamine D tussen patiënten mèt en zònder spierpijn (63,6 SD 21,8 versus 64,6 SD 24,9 nmol/L, P-waarde 0.798). Bij Atorvastatine-gebruikers met spierklachten is de gemiddelde vitamine D 53.7 (Q1 40,5-Q3 74) nmol/L, P-waarde 0.319. De strategie van omgaan met spierklachten is niet uniform gebleken, verschillen worden gezien in alternatieve keuzes en volgordelijkheid daarbinnen.

Conclusie: Er is onvoldoende bewijs gevonden dat vitamine D een risicofactor vormt van klinische betekenis. Er is een trend zichtbaar dat Atorvastatine-gebruikers met spierklachten een lagere vitamine D -status hebben. Er is winst te halen in de behandeling van cardiovasculair lijden wanneer een uniforme strategie van omgaan met spierklachten wordt gehanteerd.

Figuur 2: Strategiekeuzen cardiologen



Figuur 3:Trend zichtbaar bij Atorvastatine



P10 Het effect van dagelijkse dosering vitamine K op de stabiliteit van anticoagulantie therapie met vitamine K antagonisten

M.A.F. Sijmons
Zuyderland Medisch Centrum, Geleen

Inleiding: Antistollingsmiddelen, waaronder vitamine K antagonisten (VKA's) hebben een groot aan-deel in medicatiegerelateerde verwijzingen naar zorgverleners. Door variatie in inname van vitamine K, opname door de darmen en metabolisme door levercellen varieert de beschikbaarheid van de actieve vitamine K voor de vorming van actieve stollingseiwitten. Dat is dan ook, naast vele andere oorzaken, een belangrijke oorzaak voor de schommelingen in INR (International Normalized Ratio) waarden. Een stabielere instelling van de antistollingsbehandeling zou het risico op complicaties kunnen verlagen.

De huidige richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT) adviseren patiënten die VKA's gebruiken een gevarieerd dieet en geen vitamine K houdende voedingssupplementen te gebruiken.

Doel: Doel van deze literatuurstudie is te beschouwen of de stabiliteit van anticoagulantie bij patiënten behandeld met VKA's verbetert door dagelijkse suppletie van vitamine K.

Methoden: In databases Pubmed, Cochrane Library en via de website van de FNT werd gezocht naar studies waarin de invloed van vitamine K middels suppletie of via voeding op de stabiliteit van anticoagulantie met VKA's

werd onderzocht. Enkel artikelen waarbij de anticoagulantie werd gemonitord middels INR bepalingen of een afgeleide hiervan (zoals Time in Therapeutic Range) werden geïncludeerd. Geëxcludeerd werden studies waarbij vitamine K werd gebruikt om excursies van de INR waarden buiten de therapeutische range te corrigeren. Tevens werden studies geëxcludeerd die enkel zeer specifieke patiëntengroepen betroffen en niet representatief zijn voor de populatie van de Trombosediensten.

Resultaten: Vijf geïncludeerde onderzoeken bestudeerden het effect van dagelijkse suppletie met vitamine K op de stabiliteit van de antistollingsbehandeling. Vier van deze studies duidden op significante verhoging van de stabiliteit in één of meer uitkomstmaten. De vijfde studie toonde een verhoging van de stabiliteit, echter niet significant. Deze laatstgenoemde studie includeerde zowel patiënten die niet stabiel als patiënten die stabiel waren ingesteld. Tevens betrof deze studie enkel patiënten behandeld met fenprocoumon. Fenprocoumon heeft een aanzienlijk langere halfwaardetijd dan de andere VKA's en metabolisatie wordt minder beïnvloed door polyformismen van de CYP-systemen. Hierdoor zijn deze patiënten veelal stabieler ingesteld en is een minder groot effect van de interventie op de stabiliteit te verwachten. Één studie vergeleek verschillende doseringen vitamine K, waarbij een dosering van 100 en 150 µg het grootste effect toonden. Twee onderzoeken bestudeerden de invloed van de hoeveelheid vitamine K inname via voeding op de stabiliteit van de antistollingsbehandeling. Beide duidden op een significant hogere stabiliteit op lange termijn bij hogere vitamine K inname.

Conclusie en implicatie:
Een dagelijkse suppletie met 100 tot 150 µg vitamine K verhoogt de stabiliteit van de antistollingsbehandeling met VKA's.

Patiënten met een hogere vitamine K inname via voeding toonden een hogere stabiliteit van anticoagulantie therapie op lange termijn dan patiënten met een lagere vitamine K inname. Dit verbetert echter niet de dagelijkse variatie. Het vereist een hoge mate van compliantie om de dagelijkse variatie laag te houden.

Dit kan mogelijk de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden, zeker gezien het feit dat de antistollingsbehandeling vaak een levenslange behandeling betreft. Verandering van dieet zal de balans gemakkelijk weer kunnen verstoren.

P12 **(Re-)recidiefvorming bij ingegroeide teennagels: incidentie en risicofactoren -** ***(Re-) recurrence of ingrown toenails: incidence and risk factors***

J.M.R. van de Geijn
Spaarne Gasthuis, Heerhugowaard

Introductie: Een ingegroeide teennagel is een veelvoorkomend probleem en wordt regelmatig chirurgisch behandeld door middel van een partiële nagelextractie met of zonder een wigexcisie (Wig) of door middel van een partiële nagelextractie met fenolcauterisatie (Fenol). Fenolcauterisatie kan de wondgenezing vertragen en is duurder. Welke methode het risico op een (re-)recidief na een behandeling het meest verkleint is niet bekend. Voorts is het niet bekend of factoren als leeftijd, geslacht, roken, diabetes mellitus (DM) en perifeer arterieel vaatlijden (PAV) van invloed zijn op het ontstaan van een (re-)recidief.

Om *evidenced based practice* uit te kunnen voeren is het noodzakelijk om te weten welke van beide chirurgische technieken het meest geschikt is bij een ingegroeide teennagel om een (re-)recidief te voorkomen.

Methode: In een *single center* (Spaarne Gasthuis), retrospectief cohort onderzoek werd in elektronische patiëntendossiers van 01-01-2010 t/m 31-12-2015 alle dossiers met de diagnose-behandelcombinatie 'ingegroeide teennagel' gecodeerd als eerste presentatie, recidief of rerecidief en onderzocht op de achtergrondvariabelen.

Patiënten die middels Wig of Fenol aan een (recidief) ingegroeide teennagel behandeld zijn werden geïncludeerd. Patiënten behandeld aan meerdere tenen of met een ingroei aan de andere zijde van de eerder geopereerde teen werden als nieuwe cases meegenomen.

Resultaten: Er werden 1879 behandelingen uitgevoerd (Wig N=533, Fenol N=1346) waarbij 305 (16,2%) recidieven optraden,124 (23,26%) in de Wig-groep en 181 (13,44%) in de Fenolgroep. Bij een hogere leeftijd ($p<0,01$), DM ($p=0.02$) en het gebruik van Fenol ($p<0,01$) is de kans op een recidief kleiner. Geslacht, roken en PAV hebben geen invloed op recidiefvorming. Uit 300 behandelde recidieven (Wig N=85, Fenol N=215) ontstonden 58 (19,3 %) re-recidieven, 15 (17,6%) in de Wig groep en 43 (20%) in de Fenolgroep. Operatietechniek bij recidief, leeftijd, geslacht, roken, DM en PAV hebben geen invloed op het ontstaan van een re-recidief.

Conclusie: Fenol, leeftijd en DM geven een significante vermindering in het ontstaan van recidieven. De onderzochte factoren zijn niet van invloed op het ontstaan van re-recidieven.

Omdat Fenol een significante vermindering geeft in het ontstaan van recidieven, valt het aan te bevelen om Fenol als standaard behandeling te gebruiken bij ingegroeide teennagels. Logischerwijs zullen er minder re-recidieven optreden als er minder recidieven zijn.

PRAKTIJKPERIKEL: DE LIJKSCHOUWING

TEKST: MILOU VAN INGEN

In deze nieuwe rubriek nemen we elke editie een perikel onder de loep waar we, als PA, in de dagelijkse praktijk tegenaan lopen. We starten met een aangrijpende casus waarin pijnlijk duidelijk wordt dat een PA wettelijk niet mag lijkschouwen.

Drie weken oud was ze. Ogenschijnlijk gezond geboren en veilig thuis bij haar liefhebbende ouders en grote broer. Totdat het noodlot toesloeg. Toch niet zo gezond als in eerste instantie gedacht werd. Dit resulteerde in een intensive care-opname. Dusdanig ernstig in cardiorespiratoir falen dat ondersteuning met een hart-longmachine noodzakelijk bleek. Ze verloor de strijd, haar hersenstam functioneerde niet meer. Ze was van Afrikaanse afkomst, dus een ritueel overlijden volgde. De kamer vulde zich vlot met familieleden. Nadat een dier in haar land van afkomst geslacht was, mocht het beademingsbuisje uit haar neus gehaald worden. Vanaf de eerste minuut was ik betrokken, en heb ik ouders kunnen begeleiden in dit proces. Stiekem sloten de ouders haar mondje, in een laatste poging haar ziel binnen te houden.

Toen haar kleur echter toch verder weg ebde, vroegen de ouders of ik wilde luisteren of haar hartje nog klopte. Dit was niet het geval. Vijf minuten duren lang. Intens lang. Ondertussen vragende, betraande blikken van familieleden. Is ze overleden? Dat mag ik, als PA, niet constateren. Hier moet ik een bevoegd kinderarts voor vragen, om het overlijden officieel te bevestigen. Een kinderarts die niet betrokken is bij deze casus en deze rouwende ouders niet kent. Ik loop de deur uit, en laat ouders noodgedwongen nog enkele minuten in het ongewisse.

Bovenstaande casus is geen uitzondering op de afdeling neonatologie. Al vele malen heb ik het overlijden van een neonaat mogen begeleiden, maar mag ik niet zelfstandig de dood constateren. Ik leg in dat geval uit dat iemand met mij mee moet luisteren. Dit levert echter wel vertraging en dus extra spanning op voor verdrietige ouders.

Lijkschouwing

Lijkschouwing, het constateren van de dood, is een voorbehouden handeling, die PA's niet is toegekend. De Nederlandse wet stelt namelijk het volgende: 'lijkschouwing geschiedt, zo spoedig mogelijk na het overlijden, door de behandelende arts of door een gemeentelijke lijkschouwer' (wet op de lijkbezorging, 2015). Een perikel waar nog op hoger niveau over gediscussieerd wordt, en waarvan ik hoop dat een wetswijziging in de toekomst zal volgen.

Een interessante gedachte is daarbij, dat men in Amerika nog een ander soort 'PA' kent: de Pathology Assistant. Een opleiding die, volgens de American Association of Pathology Assistants, gelijk staat aan die van physician assistant, waarbij zij getraind worden om zelfstandig taken uit te voeren binnen de pathologie. Deze PA's verrichten echter wel zelfstandig lijkschouwingen. Wellicht biedt dit perspectief voor de toekomst van lijkschouwing door de physician assistant!