

LOUPE

WETENSCHAP EN INNOVATIE IN
HET ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

Innovatie Nazorg COVID-19 patiënten

Opinie
Corona en
(on)zinnige zorg

Nieuw onderzoek
Kwaliteitskader
palliatieve zorg



Cursussen

EBP-2

Locatie: Academie Utrecht
Data: 2 dagdelen, start 5 oktober
Tijdstip: 9:00-16:30 uur

EBP voor HBO-opgeleide verpleegkundigen

Locatie: Academie Utrecht
Data: 6 dagdelen, start 28 september
Tijdstip: 9:00-variabele eindtijd per dagdeel

REDCap - de basis

Locatie: Videoconferentie
Data: 15 oktober, 6 november
Tijdstip: 9:30-12:30 uur

Wetenschappelijk schrijven in het Engels (klassikaal)

Locatie: Babel, Nieuwegracht 94, Utrecht
Data: 7 dagdelen, start 20 november
Tijdstip: 13:30-16:30 uur

Overige activiteiten

Discipline overstijgend onderwijs

Locatie: Videoconferentie via Pexip
Data: 20 oktober, 17 november, 15 december
Tijdstip: 17:15-18:15 uur

Promovendiclub

Locatie: Maarten Rook Zaal Nieuwegein
Data: 12 november, 17 december
Tijdstip: 12:15-13:30 uur

Aanvullend materiaal:

<https://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/2020-3>

Colofon

Redactie

Henk Ruven
Miebet Wilhelm
Evelien Geertsema
Nienke van der Werf
Kirsten Daniels

Lea Dijkman
Kim van der Meulen
Bas Peters
Lian Trapman

Fotografie

Geeske Stoker

Hoofdredactie
Hoofdredactie
Bureauredactie
Bureauredactie
Impact & publicaties
uitgelicht
Innovatie
Evidence-based
Uit de promovendiclub
Evidence-based

Vormgeving

Tadorna Media Bussum, Pieter Schut,
Jacques Seignette

Druk en verzending

Scholma Print & Media

Redactie bureau

Antonius Academie F1 (R&D en KIC)
St. Antonius Ziekenhuis
Postbus 2500
3430 EM NIEUWEGEIN

Voor kopij en correspondentie over artikelen:
Loupe-redactie@antoniusziekenhuis.nl

Inhoud

Agenda	2
Inhoud	2
Colofon	2
Van de redactie	3
Brood én spelen!	
Opinie	4/5
Corona en (on)zinnige zorg	
Innovatie	6
Orale anticoagulantia met of zonder clopidogrel na transcatheter aortaklep implantatie	
Opinie	7
Noblesse oblige	
Publicaties uitgelicht	8/9
Jette Wielaard	
Dennis Makarawung	
Mark Platenburg	
Marillette Teske-Stehouwer	
Uit de promovendiclub	10
Vijf vragen aan: Olivier Wegelin	
Innovatie	11
St. Antonius Innovatiefonds	
Nieuws	12
Vier vragen aan prof. dr. Marco Post	
Nieuws	13
Nieuw: model proefpersonen informatieformulier (PIF) voor niet WMO-plichtig onderzoek	
Verzamel gemakkelijk je COVID-19 onderzoeksgegevens via de COVID-databank van het St. Antonius	
Nieuwe verbetercyclus COVID-19	



Evidence-based	14/15
Subsidie voor onderzoek door verpleegkundigen en paramedici	
Drinken met een endotracheale tube	
Column Arend-Jan Meinders	16
Triage op niet-medische gronden	
Nieuw onderzoek	17
Kwaliteitskader palliatieve zorg	
Innovatie	18/19
Nazorg voor de intensive care patiënten met COVID-19	
Interdisciplinaire samenwerking: voeding & beweegadvies bij COVID-19	
Infographic	20
Patiënten met Barrett slokdarm zonder effect op endoscopische radiofrequente ablatie therapie	

Eerdere uitgaven van Loupe

Via deze QR-code gaat u naar een overzicht van alle voorgaande uitgaven van Loupe.



<https://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/2020-3>

Aansprakelijkheid

Het St. Antonius Ziekenhuis noch de redactie zijn aansprakelijk voor de inhoud van de opgenomen artikelen. Niets uit dit tijdschrift mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder toestemming van de redactie.

QR-codes

Alle inhoud die via QR-codes in deze uitgave te benaderen is, vindt u ook via <https://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/2020-3>



Het St. Antonius blijft investeren in research en innovatie, ook in bijzondere tijden. Het zit in ons bloed!

Traditiegetrouw vragen we een nieuw lid Raad van Bestuur of hij - of zij - bereid is om zijn - of haar - visie op de bijdrage van algemene, grotere ziekenhuizen zoals het St. Antonius aan research en innovatie uiteen te zetten. Uiteraard is dit een verzoek waarbij we het antwoord vooral vrij laten invullen. Nou, met research en innovatie zit het helemaal goed! Niet alleen het prachtige verhaal van Matthijs van Oosterhout, maar ook de andere bijdragen in deze Loupe tonen aan dat het ziekenhuis dóórgaat met onderzoek en innovatie. De enorm leuke en diverse uitgelichte publicaties van Dennis Makarawung, Mark van Platenburg, Jette Wielaard en Marillette Teske-Stehouwer laten zien dat het onderzoek ook heel gevarieerd is.

Onderzoek en innovatie kunnen uitermate succesvol zijn als niet direct voor de hand liggende combinaties van specialismen en functies elkaar vinden in briljante oplossingen. Het gebeurde me laatst bij de koffiehoeke op locatie Leidse Rijn dat ik even de tijd nam om een praatje te maken met een collega en we binnen enkele minuten, halverwege een latte

met hazelnoot-siroop of zoiets een onderzoeksplan bedacht hadden. We gaan het verder uitwerken en het wordt een mooie studie. Dat geeft energie. Ook al zou de studie nooit echt starten omdat ander werk voor gaat, dan nog zijn het mooie gedachtenexperimenten en brein-gymnastiek, die goed zijn voor je creativiteit. Zo is ten tijde van de eerste golf zo veel onderzoek opgestart en zal er in de komende tijd weer veel worden gestart. Als je nou samen zo'n plan bedenkt in de koffiehoeke, bedenk dan dat er in ons ziekenhuis enorm veel mogelijkheden zijn om ondersteuning te krijgen. Lees hiervoor de bijdragen van Rieneke Peijnenburg en Harm van Melick in deze Loupe. De collega's van het Wetenschapsloket* kunnen je precies vertellen welke mogelijkheden er verder zijn. Gewoon doen! Samen!

Oh ja, en toch ook in deze Loupe corona nieuws. Lees bijvoorbeeld de leerzame artikelen van Hazra Moeniralam over nazorg voor IC-patiënten, en van Babette Boersma en Heleen Froom, over voedings- en beweegadviezen. Tenslotte, ik hoop echt dat we allemaal nog

even tijd hebben om iets bij te komen, vooral veel te bewegen, en ons voor te bereiden op wat komen gaat. Mis je ook zo festivals, feestjes en sportevenementen? In deze tijden, waarin code oranje niet betekent dat een Oranjelegioen Barcelona oranje kleurt, wordt duidelijk dat de Romeinen al precies wisten waar het om ging. Om de gunst van het volk te winnen of het gemor de kop in te drukken geef je 'Brood en spelen'. Niet alleen 'Brood', 'Brood óf spelen' of 'Brood en later wat spelen'. Daarom is het de hoogste tijd dat we weer vermaakt gaan worden. De Loupe levert daar een bescheiden bijdrage aan. Veel leesplezier!

* Stuur een mail naar wetenschapsloket@antoniusziekenhuis.nl of bel 088 320 8761.

Antonius publicaties

Via deze QR-code gaat u naar een overzicht van alle tijdschrift-artikelen gepubliceerd door Antonianen in de periode juli t/m augustus 2020.



[Bron: STAR].

Corona en (on)zinnige zorg



Harry Koene,
internist-hematoloog

Toen ik eind februari weer aan het werk ging na de krokusvakantie, leek alles nog min of meer normaal. Iedereen had gehoord van de uitbraak van een nieuw coronavirus in China, maar er heerste een vaste overtuiging dat het hier wel los zou lopen. Binnen een paar weken veranderde het ziekenhuis echter in een noodhospitaal, met lege wachtkamers en volle cohortafdelingen. Het was indrukwekkend om te ervaren hoeveel je voor elkaar kan krijgen als iedereen dezelfde taal spreekt en hetzelfde doel heeft. Het managementjargon maakte plaats voor heldere probleemdefinities en concrete oplossingen, die direct werden ingevoerd.

Tenminste zo indrukwekkend was de bizarre impact die de isolatiemaatregelen hadden op het lijden. Patiënten lagen angstig in totale eenzaamheid en hadden vrijwel alleen contact met compleet ingepakt personeel. Ik zal het FaceTime-contact dat ik had met een vrouw op de kamer van haar stervende echtgenoot nooit vergeten.

Ook wetenschappelijk gezien waren het interessante tijden. In de eerste weken leek er vooral paniekvoetbal te worden gespeeld, waarin het medisch beleid snel kon wisselen van vitamine K naar antistolling. De tijdschriften stonden vol met casuïstiek en anekdotes, van 'peer review' leek vaak nauwelijks sprake. Half juli waren er een kleine 34.000 COVID-19 artikelen te vinden op PubMed, bijna 200 per dag sinds 1 januari¹. 'Haastige spoed is zelden goed' kreeg een nieuwe dimensie. Sommigen vinden dat robuust onderzoek in tijden van crisis niet ethisch is omdat je alles moet

In afwachting op een tweede golf is het een goed moment om na te denken over zinnige en onzinnige zorg

kunnen proberen om levens te redden. Probleem is natuurlijk dat je van 'alles proberen' meestal weinig leert. Anderzijds, al in The Lancet van 20 juli werden bemoedigende resultaten van een vaccin beschreven².

Wat is (on)zinnige zorg?

Door de overvloed aan COVID-19 patiënten werd electieve zorg onderbroken. OK's stonden leeg of werden als IC-ruimte gebruikt en landelijk kwamen een miljoen mensen minder naar het ziekenhuis. In afwachting op een tweede golf is het een goed moment om na te denken over zinnige en onzinnige zorg. In Trouw van 10 juni 2020 becijferde Zorginstituut Nederland dat zeker 10 procent van de medisch specialistische zorg aantoonbaar zinloos is en dat snijden in die zorg 2.6 miljard euro kan opleveren³. Ik denk dat het percentage onzinnige zorg veel hoger ligt. Grasduinend door mijn eigen polikliniekpopulatie kom ik patiënten tegen die ik eigenlijk lang geleden al had kunnen ontslaan uit de controle. Ik ben niet de enige. Soms willen patiënten graag blijven, in de veronderstelling dat de zorg in het ziekenhuis altijd beter is dan bij de huisarts. Dat is natuurlijk een misvatting, maar specialisten en arts-assistenten werken nogal eens mee aan dat beeld door zich neerbuigend uit te laten over de 1e lijnzorg en zich stevig op de borst te kloppen na een succesvolle aortaklepping of



het vinden van een feochromocytoom. Veel beter zou het zijn om ons dienstbaar op te stellen en te investeren in ondersteuning van die 1e lijn, zoals nu al gebeurt met de teleconsultatie.

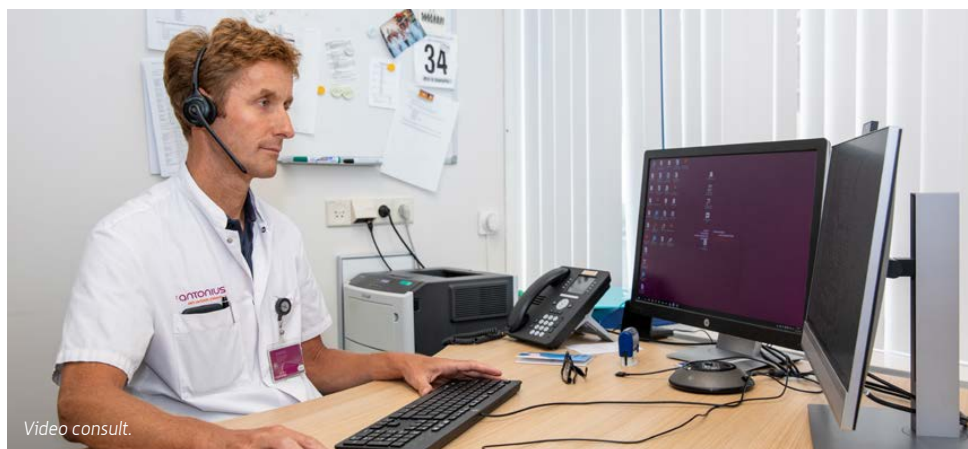
In het verleden hebben specialisten een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van onzinnige zorg. Meer doen leverde meer geld op en de gelegenheid maakt de dief. Nog niet zo heel lang geleden kon je bij een loopneus snel terecht bij een Snotter- of Griepoli. Overigens hebben de screeningsprogramma's voor mamma- en coloncarcinoom ook veel kenmerken van onzinnige zorg en ik ben erg nieuwsgierig naar het effect van het onderbreken van bevolkingsonderzoek op de (overall) mortaliteit, maar dat terzijde. Gelukkig is op de onzinnigheids-gesaneerd, maar dat is niet per se dankzij de medisch specialist. Voor de budgettering van de medisch specialistische zorg in 2012 vlogen de dubbele DBC's ons om de oren en werd er met bewondering gesproken over de specialist die de duurste DBC uit haar of zijn hoofd kende. Obscene toestanden.

Referenties:

- 1 PubMed zoekstrategie en resultaten in te zien via www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2.
- 2 Bar-Zeev N, Moss WJ. Encouraging results from phase 1/2 COVID-19 vaccine trials [published online ahead of print, 2020 Jul 20]. Lancet. 2020;S0140-6736(20)31611-1.
- 3 Visser M. Waarom we van onzinnige zorg af moeten. Trouw. 10 juni 2020. www.trouw.nl/zorg/waarom-we-van-onzinnige-zorg-af-moeten-b29be468/

Patiënten spelen uiteraard ook een rol. Naarmate geneeskundige mogelijkheden groeien, neemt het vermogen om bij een willekeurige klacht een afwachtend beleid te accepteren af. Doorverwijzen, een scan of bloedonderzoek aanvragen of een recept uitschrijven kost veel minder tijd dan uitleggen waarom dat misschien niet zo zinvol is. Een oud-huisarts grapte weleens dat het uitschrijven van een recept soms de enige manier was om een patiënt de spreekkamer uit te krijgen.

Tijd nemen voor uitleg is ontzettend leuk en kost vaak veel minder tijd dan verwacht. Zeker met behulp van Google Afbeeldingen is vrijwel elk dilemma in een paar minuten uit te leggen. Het zou een goed idee zijn om de tijd die vrij is gekomen door 'verdamping' van zorg te gebruiken voor verduidelijking van wat zinnig en onzinnig is. Veel van 'value-based health care' is wat mij betreft oude wijn in nieuwe zakken, maar dit is een VBHC-experiment om van te smullen.



Video consult.

Nijenhuis VJ, Brouwer J, Delewi R, Hermanides RS, Holvoet W, Dubois CLF, Frambach P, De Bruyne B, van Houwelingen GK, Van Der Heyden JAS, Tou ek P, van der Kley F, Buysschaert I, Schotborgh CE, Ferdinande B, van der Harst P, Roosen J, Peper J, Thielen FWF, Veenstra L, Chan Pin Yin DRPP, Swaans MJ, Rensing BJWM, van 't Hof AWJ, Timmers L, Kelder JC, Stella PR, Baan J, Ten Berg JM. Anticoagulation with or without Clopidogrel after Transcatheter Aortic-Valve Implantation. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1696-1707.

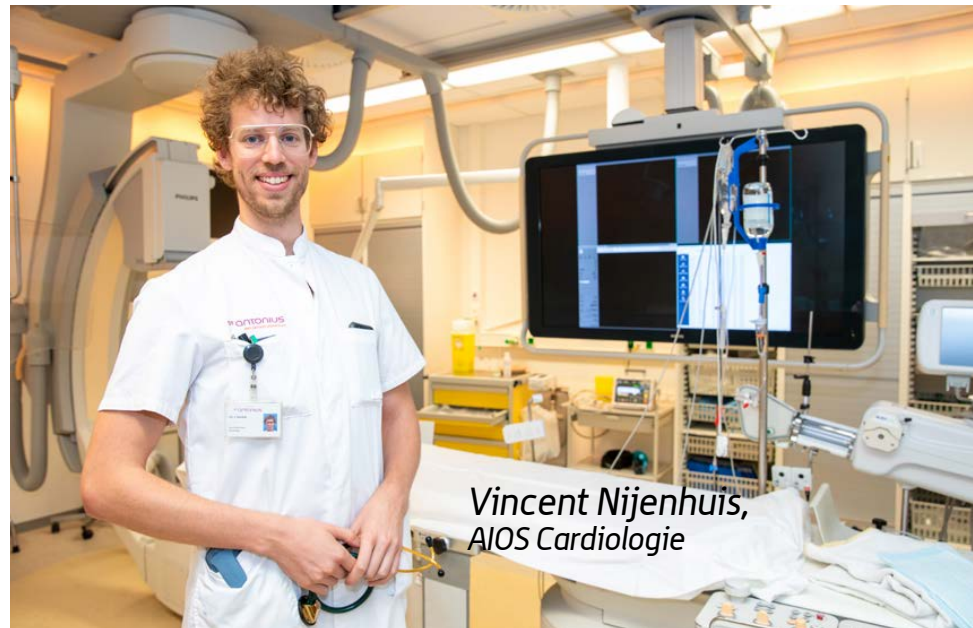
Orale anticoagulantia met of zonder clopidogrel na transcatheter aortaklep implantatie

Waarom dit onderzoek?

Patiënten met een symptomatisch ernstige aortaklepstenose komen in aanmerking voor een transcatheter aortaklep implantatie (TAVI). TAVI wordt sinds 2007 in het St. Antonius ziekenhuis uitgevoerd, als alternatieve behandeling voor chirurgische aortaklepvervangings.

Ondanks uitgebreide ervaring en verbeteringen van techniek en materiaal, treden sommige complicaties nog steeds frequent op. Een ernstige bloeding treedt op in ongeveer 5% en een ischemisch cerebrovasculair accident (CVA) in ongeveer 4% van de patiënten in het eerste jaar na TAVI. Daarnaast heeft ongeveer een derde van de patiënten boezemfibrilleren en daarmee een indicatie voor orale anticoagulantia (OAC) met een vitamine K antagonist of een direct-agerend oraal anticoagulans (DOAC). De huidige klinische richtlijnen adviseren een vitamine K antagonist in combinatie met aspirine of clopidogrel, gestoeld op ervaringen uit PCI studies. Daar resulteert additionele antiplaatjes therapie in een lager trombo-embolisch risico. In hoeverre dit opweegt tegen een hoger bloedingsrisico bij patiënten die een TAVI ondergaan is niet bekend.

De POPular TAVI studie is een gerandomiseerde open-label studie uitgevoerd in 17 Europese centra. In cohort B van de studie zijn patiënten geïncludeerd met een indicatie voor OAC. Zij zijn gerandomiseerd naar OAC monotherapie of OAC met clopidogrel gedurende de eerste 3 maanden na TAVI. Onze hypothese was dat OAC ten opzichte van OAC met clopidogrel tot minder bloedingen leidt (primaire eindpunt). We verwachten dat het non-inferieur is voor het gecombineerd eindpunt van bloedingen en ischemische events (secundair eindpunt: cardiovasculaire dood, non-procedurele



Vincent Nijenhuis,
AIOS Cardiologie

bloeding, cerebrovasculair accident, of myocardiinfarct) alsook voor het gecombineerd eindpunt van enkel ischemische events (secundair eindpunt: cardiovasculaire dood, ischemisch cerebrovasculair accident, of myocardiinfarct). De resultaten van cohort A, uitgevoerd in patiënten zonder indicatie voor OAC, waren ten tijde van publicatie van dit artikel nog niet bekend en worden later beschreven.

Wat hebben we gevonden?

Van de 313 gerandomiseerde patiënten, ontvingen 157 OAC en 156 OAC met 3 maanden clopidogrel. OAC resulteerde in significant minder bloedingen dan OAC met clopidogrel [21.7% versus 34.6%, RR 0.63 (95% betrouwbaarheidsinterval 0.43 tot 0.90), P = 0.01]. OAC was superieur voor het gecombineerd secundair eindpunt van bloedingen en ischemische events [31.2% versus 45.5%, RR 0.69 (95% betrouwbaarheidsinterval 0.51 tot 0.92)]. OAC was

non-inferieur aan OAC met clopidogrel voor het gecombineerd secundair eindpunt van enkel ischemische events (13.4% versus 17.3%). Elk van de componenten van deze eindpunten was vergelijkbaar of numeriek lager in de groep met OAC ten opzichte van OAC met clopidogrel.

Boodschap voor de klinische praktijk?

Onze studie toont dat OAC in vergelijking met OAC met clopidogrel veiliger is (minder bloedingen) en niet leidt tot meer trombotische events (met name CVA). In lijn met de minimalistische opvatting less is more, blijkt dat het weglaten van clopidogrel een goedkope en simpele strategie is om de resultaten na TAVI te verbeteren. Het effect hiervan in patiënten zonder indicatie voor OAC wordt onderzocht in cohort A van de POPular TAVI studie. In het St. Antonius ziekenhuis wordt de clopidogrel sinds de POPular TAVI weggelaten en we verwachten dat andere ziekenhuizen dit beleid overnemen.

Noblesse oblige

Matthijs van Oosterhout,
lid Raad van Bestuur

“Met z'n allen staan we voor de uitdaging om onze hoogwaardige zorg – waarbij de patiënt centraal staat – nog verder te verbeteren. Dat kan alleen met ruimte voor innovatie en wetenschap, dé traditionele waarden van het St. Antonius.” Deze woorden sprak oud-bestuursvoorzitter Douwe Biesma bij zijn aantreden, bijna 10 jaar geleden. Terugkijkend kunnen we vaststellen dat we die uitdaging zijn aangegaan, en met succes. Landelijk en deels internationaal, worden we op het gebied van (toegepaste) wetenschap en innovatie inmiddels gezien als een van de koplopers. Maar kunnen we die positie in de toekomst behouden?

Als er in de toekomst een beperkt aantal centers of excellence blijven bestaan wil het St. Antonius hier één van zijn. Waarom? Omdat dit een positie is waarin we het beste invulling kunnen geven aan onze missie ‘Samen zorgen voor kwaliteit van leven’. Kunnen we dit waarmaken? Zeker! Wij zien in ons niet-academische ziekenhuis grote patiëntgroepen en snappen daarom goed welk onderzoek of welke innovatie écht bijdraagt aan betere patiëntenzorg. We zijn er bovendien bedreven in. Onderzoek en innovatie zit in ons DNA. Ook hebben we de middelen om onderzoek en innovatie te financieren. We zijn succesvol in het binnenhalen van externe subsidies, zoals laatst de 7,8 miljoen voor onderzoek naar de waarde van linker harttoersluiting. En, we hebben onze eigen interne financiers. Het Antonius Onderzoeksfonds en het fonds Geneeskundige Innovatie hebben inmiddels vele onderzoeken en geneeskundige innovaties mogelijk gemaakt. Daarnaast beschikken we over een uitgebreide infrastructuur voor wetenschap-



pelijk onderzoek en innovatie, met name voor e-health, en zijn er verschillende gremia in ons huis actief die over beide thema's nadenken.

Je hebt een kleine vis nodig om een grote vis te vangen

Zouden we nog meer kunnen doen om tot de top te blijven horen? Ja! Ik pleit voor een betere, structurele borging van onderzoeksfaciliteiten die bijdragen aan het uit laten groeien van een idee tot een onderzoeksvoorstel voor externe financiering. Dit soort faciliteiten zijn cruciaal en nu helaas nog te vaak afhankelijk van (tijdelijke) subsidies en dat is kwetsbaar. Je hebt een kleine vis nodig om een grote vis te vangen.

Daarnaast hebben we meer 'samen' nodig. Het is waar, we ontplooiën met elkaar veel initiatieven en er is veel mogelijk. Maar toch

zie ik ook versnippering, zoals innovatieve zorgprofessionals die niet van elkaar weten wat zij doen en die niet weten dat de 'kennis' die zij nodig hebben om verder te komen in huis aanwezig is. Een innovatieplatform dat zowel onderzoekers als onderzoekscapaciteiten samenbrengt kan daar verandering in brengen. Hier kan kennis gedeeld worden over technologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen en ondersteuning gegeven worden aan de medische staf, verpleegkundig specialisten én verpleegkundigen bij het (vaak tijdrovende) schrijven van nieuwe onderzoeksvorstellen.

In een organisatie als deze spelen altijd grote projecten en meerdere uitdagingen, waardoor we de aandacht voor wetenschap en innovatie uit het oog zouden kunnen verliezen. Willen we onze (inter)nationale koppositie blijven behouden, dan is het van belang om onderzoeksfaciliteiten goed te verankeren in onze organisatie. Dit is dé uitdaging van vandaag de dag. Het vergt durf om hiervoor te kiezen en in te investeren. Met elkaar. **Noblesse oblige!**

Wielaard J, Habraken JBA, Brinks P, Lavalaye J, Boellaard R. Optimization of injected 68Ga-PSMA activity based on list-mode phantom data and clinical validation. *EJNMMI Phys.* 2020;7(1):20.

Dosisoptimalisatie bij Ga68-PSMA PET-CT

Op de afdeling Nucleaire Geneeskunde wordt met een Gallium-68 Prostate Specific Membrane Antigen (68Ga PSMA) PET CT scan prostaatcancer in beeld gebracht. Er is geen duidelijke richtlijn beschikbaar met welke dosis [MBq/kg] patiënten geïnjecteerd moeten worden. Optimaliseren van een doseringsprotocol is belangrijk voor uniforme beeldkwaliteit over de gehele patiëntpopulatie; zo min mogelijk stralingsbelasting voor de patiënt en zo laag mogelijke kosten. Daarom is in dit onderzoek een objectieve methode toegepast om tot een doseringsprotocol voor 68Ga-PSMA te komen met behoud van betrouwbare beeldkwantificatie en beeldinterpretatie.

Hiervoor is gebruik gemaakt van een fantoom. Een fantoom is een afgesloten bak met water met daarin bolletjes gevuld met radioactiviteit (68Ga). Door de scan van het fantoom meerdere keren te reconstrueren, is een reeks van scans met lagere doseringen gesimuleerd. In deze dataset zijn verschillende parameters voor beeldkwaliteit geanalyseerd, zoals ruis, contrast en recovery coëfficiënten. Op basis van deze analyse is bepaald hoeveel lager gedoseerd kan worden met behoud van voldoende beeldkwaliteit.



Jette Wielaard, AIOS Klinische Fysica, Klinische Fysica en Instrumentatie

Het voorgestelde doseringsprotocol is vervolgens gevalideerd op klinische scans van 15 patiënten. De scans van deze patiënten zijn opnieuw gereconstrueerd om de beeldkwaliteit te simuleren die overeenkomt met het nieuwe doseringsprotocol. Naast de verschillende parameters, zijn ook de laesies geanalyseerd: in de nieuwe beelden konden alle laesies worden geïdentificeerd.

In dit onderzoek is de minimale benodigde dosis geoptimaliseerd met behoud van voldoende beeldkwaliteit om prostaatcancer te diagnosticeren. Met het nieuwe doseringsprotocol kunnen patiënten met bijna de helft minder dosis geïnjecteerd worden. Met onze nieuwe PET-CT scanner kunnen we nog lager!

Makarawung DJS, Montpellier VM, van den Brink F, Woertman L, Zijlstra H, Mink van der Molen AB, van Ramshorst B, Geenen R. Body image as a potential motivator for bariatric surgery: a case-control study. *Obes Surg.* 2020;30(10):3768-3775.

Is ontevredenheid met het eigen lichaamsbeeld een reden om voor bariatrische chirurgie te kiezen?

In 2019 had 50,1% van de volwassen Nederlanders overgewicht en 14,7% obesitas. Om de obesitas pandemie te bestrijden, is er een groeiende vraag naar bariatrische chirurgie, de meest effectieve behandeling om gewichtsverlies en verbetering van comorbiditeiten op lange termijn te bewerkstelligen. Patiënten hebben verschillende motieven om bariatrische chirurgie te ondergaan, één daarvan zou een negatief lichaamsbeeld kunnen zijn.

Patiënten (n = 125) voor bariatrische chirurgie en een controlegroep (n = 125) uit de algemene populatie, gematcht op leeftijd, geslacht en BMI werden vergeleken. De Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales (MBSRQ-AS) werden gebruikt om het lichaamsbeeld te meten. Tevens werd de onderzoekspopulatie vergeleken met een steekproef uit de algemene bevolking (n = 39,440) uit alle gewichtsklassen.

Het lichaamsbeeld van patiënten voor de bariatrische operatie bleek negatiever dan bij de controle groep. Tevens was het lichaamsbeeld van alle deelnemers significant negatiever dan bij mensen uit de algemene bevolking.

Concluderend speelt lichaamsbeeld mogelijk een rol bij mensen met obesitas en kan een negatief lichaamsbeeld een reden zijn om



Dennis Makarawung, arts-onderzoeker Plastische Chirurgie

voor bariatrische chirurgie te kiezen. Het is belangrijk voor zorgverleners om motieven te achterhalen, zodat we de patiënt adequaat kunnen voorlichten en de patiënt met realistische verwachtingen de operatie aangaat. Met de juiste preoperatieve voorlichting vergroten we de kans op een tevreden patiënt na de operatie.

Daarnaast heeft onderzoek aangetoond dat het lichaamsbeeld een rol speelt na de operatie in de kwaliteit van leven, het gewichtsbehoud en de vraag naar plastische chirurgie. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of interventies om het lichaamsbeeld te versterken een toegevoegde waarde hebben in de begeleiding van patiënten na de bariatrische ingreep.

Platenburg MGJP, Wiertz IA, Van der Vis JJ, Crestani B, Borie R, Dieude P, Kannengiesser C, Burgers JA, Grutters JC, Van Moorsel CHM. The MUC5B promoter risk allele for idiopathic pulmonary fibrosis predisposes to asbestosis. *Eur Respir J.* 2020;55(4):1902361.

Associatie tussen het MUC5B risicoallel en asbestose

Asbest is niet alleen kankerverwekkend, maar kan ook aanleiding geven tot de ontwikkeling van asbestose. Dit ziektebeeld, behorende tot de groep longfibroses, kenmerkt zich door verlittekening van de longen door het inademen van asbestvezels. Dit proces is vaak progressief waarbij de patiënt last krijgt van kortademigheid en vermoeidheid. Doorgaans zijn patiënten beroepsmatig in contact gekomen met asbest. Ondanks strenge asbestmaatregelen blijven patiënten zich met asbestose presenteren, omdat er gemiddeld 20-40 jaar zit tussen blootstelling en ontwikkeling van klachten.

Tot op heden is nog weinig bekend over de pathofysiologie van asbestose en waarom de ene patiënt wel en de andere geen longfibrose ontwikkelt. Bij andere vormen van longfibrose is bekend dat afwijkingen in het DNA geassocieerd zijn met het ontwikkelen van de ziekte. In het bijzonder het risicoallel gelegen in het promotor gebied van MUC5B (rs35705950). In deze studie werd de onderzoeksvraag beantwoord of het MUC5B risicoallel geassocieerd is met asbestose vergeleken met een groep gezonde controles.



Mark Platenburg, arts-onderzoeker Longgeneeskunde

In samenwerking met een Frans ziekenhuis en Instituut Asbestslachtoffers zijn 78 patiënten met asbestose en 600 gezonde controles geanalyseerd. Ons onderzoek, gesubsidieerd door het St. Antonius Onderzoeksfonds en Instituut Asbestslachtoffers, laat voor het eerst zien dat het voorkomen van het MUC5B risicoallel verhoogd is in patiënten met asbestose vergeleken met controles (29% vs. 11%). Asbestose behoort hiermee tot de groep MUC5B-geassocieerde longfibroses. Dit kan implicaties hebben voor risico-inschatting bij blootstelling aan asbest waar bij vervolgonderzoek moet uitwijzen of dragers van dit risicoallel intensiever dienen te worden vervolgd dan niet-dragers.

Stehouwer M, Schlingemann RO, Verbraak FD. High recurrence rate in patients with choroidal hemangioma treated with limited single spot photodynamic therapy during long-term follow-up [published online ahead of print, 2020 Apr 14]. *Acta Ophthalmol.* 2020;10.1111/aos.14409.

Recidieven na photodynamische therapie bij solitair haemangioom van de chorioidea

Het solitair haemangioom van de chorioidea is een zeldzame benigne, solitaire en goed afgegrenste tumor van het vaatvlies in het oog. De laesie is in het oog te zien als een oranjezwelling en meestal gelegen in of nabij de macula. De symptomen variëren sterk, van asymptomatisch tot ernstige blijvende visusdaling. Diverse behandeltechnieken zijn toegepast waarbij tot 2000 de resultaten zeer beperkt waren. In 2000 kwamen de eerste publicaties over behandeling met photodynamische therapie (PDT) met verteporfine, allen zeer positief met blijvende forse tot totale regressie van de laesie, goed visusbehoud en weinig bijwerkingen/neveneffecten. Tot heden is dit dan ook de behandeling van eerste keuze, echter zijn langer termijn follow-up studies schaars en worden recidieven amper vermeld.

In ons onderzoek zijn patiënten, behandeld vanaf 2001 te AUMC, opgeroepen voor herbeoordeling. 17 patiënten werden geïncludeerd en er was een gemiddelde follow-up duur van 11.4 jaar. Verrassend genoeg bleek 6 uit de 17 patiënten (35%) een recidief te hebben (gehad), waarvan sommigen asymptomatisch.



Marillette Teske-Stehouwer, oogarts

Daarnaast was op diverse beeldvorming (o.a. fluoresceïne angiografie en optical coherence tomografie [OCT]) een geheel veranderd beeld te zien ten opzichte van het klassieke patroon, ook bij een actief recidief.

Dit geeft nieuwe inzichten voor zowel de klinische behandeling alsook over het beloop van het ziektebeeld. Alle patiënten, behandeld met PDT voor een solitair haemangioom van de chorioidea, dienen op reguliere controle te blijven omdat een recidief wel degelijk kan ontstaan. Controles dienen plaats te vinden inclusief een OCT waarop de eerste tekens van een recidief het beste zichtbaar zijn.



Vijf vragen aan: Olivier Wegelin

mpMRI based targeted biopsy of the prostate: Is there a preferred technique?

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Mijn onderzoek draait om de toegevoegde waarde van MRI-gerichte prostaatbiopsien bij het vaststellen van prostaatkanker. Voorheen werd de diagnose prostaatkanker vaak gesteld met systematische (lees niet-gerichte) echogelegeide prostaatbiopsien waarbij de prostaat 8-12 keer werd aangeprikt. Met de komst van de multiparametrische MRI konden tumor-verdachte laesies binnen de prostaat worden vastgesteld, om met deze beeldinformatie gerichte prostaatbiopsien af te nemen. Er bestaan 3 manieren om deze MRI-gerichte prostaatbiopsien af te nemen; met MRI-echo beeld fusie, in de MRI-scanner zelf en met echo (waarbij de MRI laesie echogeleid wordt aangeprikt).

In de FUTURE-trial werden de bovengenoemde 3 technieken in een multicentrische gerandomiseerde setting met elkaar vergeleken, onder patiënten met eerdere negatieve echogelegeide biopsien en een blijvende verdenking op prostaatkanker. Er bleek geen significant verschil te bestaan tussen de 3 technieken op het vaststellen van (agressieve

vormen van) prostaatkanker. Dit is relevant omdat de kosten en beschikbaarheid van de 3 technieken sterk uit elkaar lopen.

Een belangrijke nevenbevinding van de FUTURE-trial is dat herhaalde systematische echogelegeide biopsien ten tijde van de gerichte biopsien weinig aanvullende waarde hebben bij deze populatie en daarom veilig achterwege gelaten kunnen worden. Daarnaast blijkt dat door herhaalde systematische echogelegeide biopsien het aantal complicaties significant toeneemt. Mede op basis van deze laatste bevindingen is de richtlijn gewijzigd.

Wat veranderen de resultaten van dit onderzoek aan de zorg in het St. Antonius Ziekenhuis?

In het St. Antonius ziekenhuis werden MRI-echo fusie biopsien en echogelegeide biopsien uitgevoerd, waarbij MRI-echo fusie biopsien op de operatie kamer moeten worden uitgevoerd. Gezien MRI-echo fusie biopsien geen significant voordeel hebben t.o.v. echogelegeide biopsien, is het aantal biopsie procedures met MRI-echo fusie drastisch teruggelopen. Dit scheelt in kosten en OK bezetting.



Op welk onderdeel van je onderzoek ben je het meest trots en waarom?

Het feit dat we met de onderzoeksgroep vanuit een perifeer ziekenhuis een gedegen multicentrische RCT konden opzetten en uitvoeren met slechts beperkte ondersteuning vanuit de academie. Hierdoor heeft de onderzoeksgroep kennis en ervaring opgedaan, waardoor het aantal studies binnen de vakgroep urologie explosief is toegenomen. Het is super om te zien hoe professioneel de wetenschappelijke ondersteuning in het St. Antonius over de jaren heen is geworden.

Als alles mogelijk was, welk (vervolg) onderzoek zou je dan absoluut nog eens willen doen?

Uiteindelijk draait het verbeteren van diagnostiek om het verbeteren van de uitkomsten op patiëntniveau, zowel door betere patiënt selectie als het beter vaststellen van tumor eigenschappen. Het is echter de vraag of het verbeteren van diagnostiek ook een positief effect heeft op de overleving van deze prostaatkanker patiënten. Deze vraag blijft onbeantwoord.

Tot slot: wat zijn je plannen voor de komende periode?

Focussen op het afronden van mijn medische vervolgopleiding. Ik ben nu 4e jaars AIOS urologie. Vanaf maart vertrek ik voor het staartje van mijn opleiding naar het UMC Utrecht. Ik wil mij graag gaan differentiëren in de uro-oncologie en sluit mijn opleiding af met een oncologiestage in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. Daarnaast ben ik recent voor de 2e keer vader geworden, dus ook dat vergt veel aandacht de komende tijd. Op het moment dat er zicht komt op een vaste aanstelling ben ik zeker geïnteresseerd in het verder uitvoeren van uro-oncologisch onderzoek.

St. Antonius Innovatiefonds

Niemand minder dan onze recent afgezwaaide voorzitter van de raad van bestuur, Douwe Biesma, was bijna 15 jaar geleden oprichter van het Innovatiefonds. Samen met klinisch farmaceut Mathieu Tjoeng hebben zij de Commissie Geneeskundige Innovatie, zoals de officiële benaming voluit luidt, in het leven geroepen. Zij zagen dat in ons ziekenhuis enorm veel mooie innovatieve ideeën bestonden waarbij het lastig was deze van de grond te krijgen omdat er nog geen financiële vergoeding voor bestond.

De commissie geneeskundige innovatie bestaat uit:

Dr. H.H.E. (Harm) van Melick, uroloog (voorzitter)
Prof. dr. J.C. (Jan) Grutters
Dr. P.C. (Paul) de Jong, oncoloog
Dr. C.F.P. (Christiaan) van Swol, klinisch fysisicus
Dr. A.C. (Anneke) Verkleij-Hagoort, gynaecoloog



Harm van Melick,
Uroloog en voorzitter
Innovatiefonds

De bekostigingssystematiek binnen Nederland is vaak traag en weinig dynamisch. Nieuwe technieken worden pas bekostigd door verzekeraars als ze zich uitgebreid bewezen hebben en dit maakt het implementeren van innovatie moeilijk. Sommige innovaties kunnen gevangen worden binnen research projecten, maar de drempel om grote onderzoeksbeurzen binnen te halen is vaak hoog. Er is daarnaast lang niet altijd overlap tussen onderzoek en innovatie. Soms hebben nieuwe technieken of medical devices zich elders al deels bewezen en willen we binnen onze kliniek als early adapter hiermee verder gaan.

Het primaire doel van het Innovatiefonds is om interessante en potentieel kansrijke

innovaties financiële steun te geven. Dit past binnen de cultuur van ons ziekenhuis waarin we topklinische zorg koppelen aan innovatie en research.

In de praktijk wordt ook altijd geld gereserveerd voor niet-speerpunt initiatieven

In de statuten van het Innovatiefonds is opgenomen dat ongeveer 80% van de financiële middelen naar de speerpunten van ons ziekenhuis gaan: hart-vaat-long en oncologie. In de praktijk wordt dan ook altijd geld gereserveerd voor niet-speerpunt initiatieven.

Het jaarlijkse budget bedraagt € 250.000,- en dit bedrag wordt bekostigd door de Raad van Bestuur (RvB). De Commissie Geneeskundige Innovatie beoordeelt ieder najaar alle aanvragen en brengt een advies uit aan de RvB en medische staf; na hun goedkeuring wordt dit een bestuurlijk besluit.

De deadline is ieder jaar op 1 oktober en valt samen met de deadline van het Onderzoeksfonds. Beide fondsen hebben een gezamenlijk secretariaat zodat er aanvullend beoordeeld kan worden of alle aanvragen op de juiste plek komen. Het verdient aanbeveling om bij twijfel hierover voorafgaande aan indiening contact op te nemen met leden van de commissie.

Cardioloog Marco Post is per 1 juni officieel aangesteld als hoogleraar Pulmonale Vaatziekten bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Hij gaat zijn nieuwe functie combineren met zijn werk als cardioloog in het St. Antonius.

Vier vragen aan prof. dr. Marco Post



Welke leeropdracht heb jij als hoogleraar Pulmonale Vaatziekten?

Mijn rol als hoogleraar Pulmonale Vaatziekten is het belang van de aanwezigheid van pulmonale vaatziekten (PVD) in relatie tot verschillende ziektebeelden onder de aandacht te brengen en hiermee de zorg voor deze specifiek groep patiënten te verbeteren. PVD kan namelijk voorkomen bij een grote verscheidenheid aan ziekten, variërend van hartziekten (o.a. hartfalen of hartklepafwijkingen), longziekten (o.a. longfibrose, COPD), reumatische aandoeningen (o.a. sclerodermie), levercirrose, longembolieën, infectieziekten, etc.

De prognose van deze aandoeningen is sterk geassocieerd met de aan- of afwezigheid van PVD. Vroegtijdige detectie en daarbij start van de juiste behandeling, is dus van groot belang. Helaas verstrijkt er nog altijd te veel tijd tussen de start van klachten en het uiteindelijk stellen van de diagnose. Het is dus zeer belangrijk dit meer onder de aandacht te brengen binnen de verschillende discipli-

nes en specialisaties waardoor vroegtijdige detectie en behandeling kan plaatsvinden. Hierbij spelen onderwijs en onderzoek een prominente rol.

Als hoogleraar en cardioloog combineer je onderzoek, onderwijs en patiëntenbehandeling. Van welk onderdeel gaat je hart sneller kloppen?

In de eerste plaats ben en blijf ik nog steeds clinicus. Het contact met de patiënten en zijn/haar familie of naasten zou ik echt voor geen goud willen missen. Daarnaast vind ik het geven van onderwijs heel motiverend, waarbij ik merk dat het gebruik van voorbeelden uit de praktijk vaak het meest tot de verbeelding spreken van de toehoorders. Het onderzoek, meestal klinisch toepasbaar, is gericht op het optimaliseren van de diagnostiek en behandeling van patiënten met PVD. Deze laatste worden soms ook actief betrokken bij het opstellen van nieuwe onderzoeksprotocollen. Ik vind het belangrijk om de patiënten waar mogelijk te betrekken bij het optimaliseren

van onze klinisch zorg, onderwijs en onderzoek. Uiteindelijk met als doel PVD zo goed als mogelijk te behandelen en de kwaliteit van leven voor de patiënten te verbeteren.

Wat zijn de speerpunten binnen je onderzoekslijnen voor de komende jaren?

Mijn onderzoekslijnen zullen zich vooral concentreren rond de expertise centra van het St. Antonius ziekenhuis en het UMC Utrecht, waarbij PVD geassocieerd met interstitiële longziekten, HHT of de ziekte van Rendu-Osler-Weber, auto-immuunaandoeningen en chronische longembolieën de belangrijkste onderwerpen zullen zijn.

Vanwege de Covid-19 maatregelen zijn oraties bij de UU 'on hold' gezet. Staat er nog een oratie op de planning?

Ik hoop van wel. Momenteel sta ik op een soort 'wachlijst' bij de pedel. Zodra er weer oraties gepland gaan worden, zal er vanuit de Universiteit Utrecht met mij contact worden opgenomen.

Nieuw: model proefpersonen informatieformulier (PIF) voor niet WMO-plichtig onderzoek

Naast modellen die je kunt gebruiken voor het proefpersonen informatieformulier (PIF) voor WMO-plichtig onderzoek en case studies, is er nu ook een modelbrief die je voor niet WMO-plichtig onderzoek kunt gebruiken.

Alle voor een PIF verplichte informatie is in dit model al ingevuld, zoals een standaardtekst over de rechten van de proefpersoon en de contactgegevens van het ziekenhuis. De nieuwe model PIF wordt aanbevolen bij prospectief en retrospectief niet WMO-

plichtig onderzoek. NB: retrospectief onderzoek kan wanneer toestemming vragen niet haalbaar is, vaak via de Bezwaarregeling worden uitgevoerd. Voor prospectief onderzoek is altijd toestemming van de patiënt.

Verzamel gemakkelijk je COVID-19 onderzoeksgegevens via de COVID-databank van het St. Antonius

Voor veel retrospectief COVID-19-onderzoek zijn vergelijkbare (basis)gegevens over patiënten nodig. Via de COVID-databank worden al verzamelde patiëntgegevens beschikbaar gesteld, zodat deze gemakkelijk gebruikt kunnen worden voor onderzoek. De databank bevat variabelen van alle COVID-19

patiënten die opgenomen zijn geweest in het St. Antonius Ziekenhuis.

Je kunt voor jouw onderzoek toegang krijgen tot de gegevens uit de databank die je nodig hebt om je onderzoeksvraag te beantwoorden. Nadat het onderzoek is goedgekeurd via

Lokale Toetsing worden de gegevens opgeleverd in een REDCap-database.

Meer informatie over de variabelen in de databank en hoe je toegang aanvraagt, vind je op <https://intranet/research-development-rd/covid-databank>

Nieuwe verbetercyclus COVID-19

Sinds april werken de Santeon-ziekenhuizen samen aan een verbetercyclus voor de COVID-19-zorg. Inmiddels zijn er drie overleggen geweest met artsen uit de zeven ziekenhuizen én een overleg tussen Santeon-verpleegkundigen. Er zijn al veel gegevens in kaart gebracht over o.a. ligduur, leeftijdsverdeling en mortaliteit.

De verbetercyclus richt zich op een aantal hoofdthema's, zoals complicaties, nazorg, zoekbeleid/patiëntencontact en de ontwikkeling van een predictiemodel om mortaliteit/IC-opname bij COVID-patiënten te voorspellen. Voor al deze thema's worden plannen ontwikkeld, die onderling worden gedeeld en in de ziekenhuizen worden geïmplementeerd.



De zeven Santeon-ziekenhuizen.

Subsidie voor onderzoek door verpleegkundigen en paramedici



Wetenschappelijke adviesraad verpleegkundig en paramedisch onderzoek (vlnr): Dewi Stalpers (assistant professor UMCU), Peter Noordzij (anesthesioloog/intensivist, medisch-manager R&D), Nol Verbeek (verpleegkundig specialist), Hans Kelder (epidemioloog), Arine Vlieger (kinderarts) en Lisa Suidman (verpleegkundige).

Sinds 2019 is in het St. Antonius Ziekenhuis een structuur in opbouw om evidence-based practice (EBP) en onderzoek door verpleegkundigen en paramedici te stimuleren, ondersteunen en borgen. Als aanvulling op deze structuur is dit jaar subsidie beschikbaar exclusief voor wetenschappelijk verpleegkundig/paramedisch onderzoek. Subsidieaanvragen worden beoordeeld door een speciaal ingestelde wetenschappelijke adviesraad (WAR).

“Verpleegkundigen en paramedici spelen een belangrijke rol in de directe patiëntenzorg. Veel van onze interventies en preventieve maatregelen hebben impact op de kwaliteit van leven. Om erachter te komen wat de effecten zijn van verpleegkundig en paramedisch handelen, is het doen van onderzoek van belang. Op medisch gebied is al veel wetenschappelijk onderzoek gedaan, maar binnen het verpleegkundig en paramedisch domein valt nog veel te ontdekken. Als verpleegkundigen en paramedici staan we met onze voeten in de klei, op de werkvloer, aan het bed van de patiënt. We signaleren veel. Die positie moeten we benutten om vragen uit de praktijk op een wetenschappelijke, praktijkgerichte wijze te onderzoeken”, aldus Lisa Suidman, verpleegkundige Flexbureau & lid van de WAR.

Onderzoek doe je niet ‘even’

Het belang van het uitvoeren van onderzoek door verpleegkundigen en paramedici wordt al jaren gezien. Op verschillende afdelingen worden waardevolle praktijkgerichte onderzoeken uitgevoerd. Het draagt bij aan het optimaliseren van de zorg voor de patiënt én aan het verder ontwikkelen van het verpleegkundig/paramedisch vak. Daarnaast biedt het ontwikkelmogelijkheden en carrièreperspectief.

Lisa vervolgt: “Onderzoek doe je niet ‘even’. Het opzetten van onderzoek kost tijd. Maar als je alle energie die je in je onderzoeksvoorstel hebt gestoken tot uitvoer mag brengen, je in gesprek kan gaan met patiënten en terugziet wat je onderzoek oplevert is dat alle effort waard!”.

Om verpleegkundigen en paramedici de mogelijkheid te bieden onderzoek te doen is het van belang dat zij optimaal worden gestimuleerd en ondersteund. In september 2019 heeft de RvB ingestemd met een voorgenomen besluit dat tot doel heeft een structuur op te zetten waarin stimulering, ondersteuning en borging van EBP en onderzoek wordt geboden. Door het toekennen van financiering wordt tijd gecreëerd voor

de uitvoering van EBP en onderzoek in de dagelijkse praktijk.

Een extra stimulans komt dit jaar vanuit het St. Antonius Onderzoeksfonds samen met de RvB. Zij stellen subsidie beschikbaar exclusief voor wetenschappelijk verpleegkundig/paramedisch onderzoek. Dit biedt hen de mogelijkheid om eigen onderzoek te laten subsidiëren.

“Ik wil iedereen aanmoedigen om ideeën voor wetenschappelijk verpleegkundig/paramedisch onderzoek op papier te zetten en niet te twijfelen om met vragen naar het Wetenschapsloket of Onderzoeksfonds te gaan. Een onderzoeksvoorstel hoeft niet direct perfect te zijn”, aldus Lisa.

Wil jij in aanmerking komen voor deze subsidie?

Dien dan voor 1 november 2020 een onderzoeksaanvraag in bij het Onderzoeksfonds. Een speciaal aangestelde Wetenschappelijke Adviesraad zal de aanvragen beoordelen en besluiten over het toekennen van de subsidie. Bekijk voor meer informatie de intranetpagina van het Onderzoeksfonds.

Mocht je meer over het project EBP en onderzoek willen weten, neem dan contact op met Rieneke Peijnenburg, adviseur bij de Academie.

Drinken met een endotracheale tube (ETT)



Aanleiding

In de huidige zorg wordt de mechanisch beademde Intensive Care (IC) patiënt bij voorkeur minimaal gesedeerd. Dit betekent voor de IC-patiënt dat zij vaak wakker aan de beademing ligt en hierdoor meer ongemakken ervaart gedurende de opname. Met name dorst wordt beschreven als één van de meest vervelende IC-ervaringen. Om het comfort van de wakkere en beademde IC-patiënt te vergroten wordt dikwijls vocht aangeboden. De vraag rees of het drinken van water en ijs in een cupje veilig is voor de (met een endotracheale tube, ETT) beademde, wakkere IC-patiënt.

Methode

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een uitgebreide literatuurstudie verricht. Vervolgens is de betrouwbaarheid en de toepasbaarheid van de resultaten uit de literatuurstudie getoetst onder praktijkexperts door middel van een focusgroep.

Kritische beoordeling

De resultaten uit de literatuur zijn gebaseerd op onderzoek met geringe validiteit en betrouwbaarheid. Tevens zijn resultaten gebaseerd op patiënten met een tracheaanule met opgeblazen cuff en op patiënten met

slikstoornissen ten gevolge van spierziekten en dysfunctie van de tong. Er kunnen vraagtekens gezet worden bij de generaliseerbaarheid van deze onderzoeken naar de IC-patiënt met ETT.

Resultaten

Uit het literatuuronderzoek en uit de resultaten van de focusgroep is gebleken dat zowel de orale als de faryngeale slikfase bij patiënten met een ETT dusdanig is aangedaan dat het drinken van water en het aanbieden van ijs in een cupje onveilig is. Er wordt geadviseerd te wachten tot er een tracheaanule wordt geplaatst, waarna de logopedie de slikfunctie kan beoordelen op het moment dat de patiënt gaat weanen met een spreekklep of kunstneus, zonder opgeblazen cuff. Patiënten met een tracheaanule met opgeblazen cuff mogen water zoals beschreven in het ‘free water protocol’. Bij patiënten met een ETT mag de mond bevochtigd worden met een swab met water en is goede mondzorg van belang.

Conclusie en aanbeveling

Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat het drinken met een ETT niet veilig is vanwege het hoge risico op (stille) aspiratie en daarmee het verhoogde risico op een ventilator-associated pneumonia (VAP). Daarnaast

is het nog onvoldoende onderzocht wat de impact van frequent slikken met een ETT is op de anatomische structuren in de pharynx en larynx.

Dankzij dit onderzoek wordt er in samenwerking met de logopedie gewerkt aan het opstellen van een richtlijn “voeding en vocht bij de beademde IC-patiënt met een tracheaanule”. Ook wordt onderzocht welke alternatieve interventies ter preventie van dorst bij de beademde IC-patiënt kunnen worden ingezet. Tot slot is het essentieel dat per patiënt multidisciplinair gekeken wordt naar de mogelijkheden in de individuele situatie, met name bij uitzicht op een langdurig weantraject of bij een slechte prognose.

Literatuur:

1. Checkli M, Pizzari T. Impaired Tongue Function as an Indicator of Laryngeal Aspiration in Adults with Acquired Oropharyngeal Dysphagia: A Systematic Review. *Dysphagia*. 2018;33(6):778-788.
2. Effros RM, Jacobs ER, Schapira RM, Biller J. Response of the lungs to aspiration. *Am J Med*. 2000;108 Suppl 4a:155-195.
3. Goff D, Patterson J. Eating and drinking with an inflated tracheostomy cuff: a systematic review of the aspiration risk. *Int J Lang Commun Disord*. 2019;54(1):30-40.
4. Kjeldsen CL, Hansen MS, Jensen K, Holm A, Haahr A, Dreyer P. Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2018;23(2):75-81.

Triage op niet-medische gronden



Arend-Jan Meinders, internist / intensivist

De huidige Corona-crisis gaat gepaard met tekorten aan zorgcapaciteit, in zowel materialen als personeel. Daarbij werden tekorten aan materialen zoals mondkapjes steeds net op tijd opgelost. Anders is dat voor personeel. Verpleegkundigen, verzorgenden en medisch-technisch ondersteunend personeel zijn al jaren schaars. Deze goed en langdurig opgeleide professionals kunnen niet zomaar vervangen worden. Dat gebrek aan personeel maakte dat we op het hoogtepunt van de Corona-crisis maar net een collaps van het zorgsysteem konden voorkomen. Niet eerder in mijn carrière dreigde dat patiënten, die een beroep op zorg deden en een goede kans op herstel hadden, niet meer konden worden opgenomen.

Dit idee heeft mij en ik denk velen van ons nachten uit onze slaap gehouden. Het is helaas niet uitgesloten dat wij opnieuw in een dergelijke situatie geraken. Wanneer nergens meer capaciteit is op de IC's in Nederland of Duitsland, gaan we over tot triage. Triage is iets anders dan selectie, waarbij de patiënt individueel wordt beoordeeld op de zinvolheid van een intensieve behandeling. Bij triage zijn er meerdere patiënten voor een IC bed, en maken zij allemaal kans op een goede uitkomst.

Om te zorgen dat deze afwegingen in alle ziekenhuizen in Nederland op dezelfde wijze geschieden, heeft de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en de

Federatie Medisch Specialisten (FMS) een groep medisch-ethici verzocht een triage protocol op te stellen¹. Dit leidde al snel tot discussie, met name over triage op niet-medische gronden.

Medische overwegingen

Wanneer er geen capaciteit meer is om iedereen te behandelen zal er eerst triage plaatsvinden op basis van verschillen tussen patiënten. Behandeld wordt degene met de beste kans op genezing en de minste belasting voor het zorgsysteem, ten koste van patiënten met een minder goede prognose of een verwacht lange opnameduur. Tegen deze fase van de richtlijn is weinig bezwaar, daar medische overwegingen nog steeds leidend zijn.

Controverse ontstaat wanneer deze triage niet toereikend is. Alle patiënten die zich aandienen zijn dan gelijk en er moet op niet-medische gronden een keus gemaakt worden. Een mogelijkheid is zorgmedewerkers voorrang te geven wanneer ze moesten werken zonder adequate beschermingsmaatregelen. Andere opties zijn loting en het first-come-first-serve principe.

Ethici kozen voor het generatie principe

Echter kozen de ethici voor iets anders, namelijk het generatie principe. Door politici en in de media werd dit al snel uitgelegd als leeftijdsselectie of discriminatie. Maar hoewel ouderen hiermee inderdaad een kleinere kans hebben op een IC-opname gaat het volgens de ethici niet om de leeftijd. Het gaat erom dat ieder mens een gelijke kans moet hebben om de verschillende levensfasen – kind, jongere, volwassene en grootouder – te doorlopen.

Hoewel ik hoop dat we nooit in deze situatie gaan komen, is het voor mij niet raar om jongeren voorrang te geven op ouderen wanneer de middelen niet toereikend zijn. Wat het voor mij aanvaardbaar maakt, is de wetenschap dat het potentieel aantal gewonnen levensjaren voor een jongere meer is, en dat leeftijd een voorspeller is van de uitkomst van behandeling. Ik vraag me af of veel ouderen ook in dit soort situaties jongeren zouden laten voorgaan. Stof tot nadenken, en maar hopen dat het niet zo ver komt.

Referenties

1. Federatie Medisch Specialisten en KNMG. Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie. Juni 2020. www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Draaiboek%20Triage%20op%20basis%20van%20niet-medische%20overwegin-gen%20IC-opnametvfase%203_COVID19pandemie.pdf

Kwaliteitskader palliatieve zorg



Tim van Stigt, student Beleid en Management Gezondheidszorg

Aanleiding

Palliatieve zorg gaat een steeds belangrijkere rol spelen in het hedendaagse zorgproces. Bij palliatieve zorg wordt al snel aan terminale zorg gedacht, maar het zorgtraject start al een stuk eerder. Het draait hierbij om het voorkomen en verlichten van lijden door een vroeger signalering en een zorgvuldig behandeltraject, dat in overeenstemming is met de wensen en behoeften van de patiënt. Om de kwaliteit van palliatieve zorg te waarborgen is door Palliatief en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) een kwaliteitskader palliatieve zorg ontwikkeld.

Het St. Antonius Ziekenhuis streeft ernaar om dit kwaliteitskader zo goed mogelijk na te leven. Relevante begrippen uit dit kader zijn 'markering', 'shared decision making (SDM)' en 'advance care planning (ACP)'. In dit onderzoek is de literaire achtergrond van deze begrippen inzichtelijk gemaakt. Aan de hand van een zelfevaluatie op de afdeling oncologie, is door middel van een dossieronderzoek een eerste indicatie gegeven hoe de kwaliteit van palliatieve zorg verbeterd kan worden.

Voorspellen van de palliatieve fase

Bij de markering van de palliatieve fase wordt uitgegaan van de surprise question: zou het mij

verbazen als de patiënt binnen een jaar komt te overlijden? Uit de literatuur blijkt dat het gebruik van alleen deze vraag onvoldoende is om de patiënten tijdig als palliatief te markeren^{1,2}. Een combinatie van de surprise question met klinische indicatoren, zoals het aantal heropnames of de longfunctie, tonen een hogere nauwkeurigheid in het goed voorspellen van de palliatieve patiënt.

Opstellen zorgtraject

De begrippen 'shared decision making' en 'advance care planning' zijn met elkaar verbonden. Bij SDM draait het om het informeren van de patiënt, diens voorkeuren te verkennen, en via gedeelde besluitvorming tot een behandeltraject te komen. Bij ACP wordt via shared decision making een zorgtraject opgesteld voor de palliatieve patiënt. Dat traject wordt continu geëvalueerd en, indien nodig, aangepast aan de veranderende wensen of behoeften van de patiënt.

Uitkomsten dossieronderzoek

Uit de zelfevaluatie blijkt dat het markeren, bespreken van SDM en het opstellen van een ACP wisselend gebeurt. Het markeringsgesprek van de stervensfase gebeurde in 90% van de gevallen, terwijl het markeringsgesprek over het laatste levensjaar in slechts 30% van

de gevallen gebeurde. Het gesprek over het laatste levensjaar vindt gemiddeld genomen 8,9 maanden voor overlijden plaats. Verder blijkt dat er bij shared decision making meer is vastgelegd over de prognose van de ziekte (95%) en veel minder over de waarden, wensen en behoeften van de patiënt (45%).

Geconcludeerd kan worden dat zowel de markering, als shared decision making en advance care planning verbeterd kunnen worden. Doordat de begrippen verband houden met elkaar zal het verbeteren van de markering ook direct leiden tot een verbetering van SDM en ACP. Wanneer patiënten eerder gemarkeerd worden als palliatief, is er meer tijd om het proces van ACP te doorlopen en kan een patiënt beter meegenomen worden in het besluitvormingsproces. Dit resulteert in een betere kwaliteit van palliatieve zorg.

Betrokken onderzoekers

Tim van Stigt, student Beleid en Management Gezondheidszorg, afstudeerproject onder begeleiding van Sita Splinter-Oostra, Afdelingshoofd Verpleegafdeling Oncologische aandoeningen, Longen en Interne en Elke van Beek, Adviseur Kwaliteit Zorgseenheden.

Referenties:

1. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NK. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2017;189(13):E484-E493.
2. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2017;15(1):139.

Een overzicht van al het onderzoek dat is goedgekeurd door de Raad van Bestuur in de periode juni 2020 - september 2020 is te vinden via deze QR-code.



Nazorg voor de intensive care patiënten met COVID-19



Hazra Moeniralam,
internist-intensivist

[herbeleving, angst, depressie en paniek] dan zal de patiënt aansluitend respectievelijk een revalidatiearts (Patricia Passier) en een medisch psycholoog (Marieke Brouwer) spreken.

Achtentwintig (65%) van de uitgenodigde COVID-19 IC-patiënten bezochten de nazorg poli. In augustus werden gedurende twee weken in een dagelijks MDO de COVID-19 patiënten besproken die op die dag de post-IC poli bezochten door de intensivist, IC-verpleegkundige, verpleegkundig specialist (Jolien Bouman), revalidatiearts en medisch psycholoog. Een gemeenschappelijke brief met bevindingen en advies ging naar de 1e lijn, die de nazorg aldaar kunnen continueren/begeleiden, bijv. huisarts, (long) fysiotherapie, ergotherapie, diëtist. Hiervoor zijn er in samenwerking met ons ziekenhuis in diverse regio's zorgprogramma's opgesteld.

Continu verbeteren

Rond het zorgpad van COVID-19 patiënten wordt in samenwerking met de andere Santeon ziekenhuizen een value-based healthcare (VBHC) verbetercyclus ingericht. Aan de hand van de VBHC methode kunnen we op gebied van zorg, communicatie en organisatie bij een eventuele tweede golf verbeterpunten opstellen. Door dezelfde nazorg methode te gebruiken in alle Santeon ziekenhuizen kunnen we het herstel na COVID-19 goed monitoren.

Referentie:

1. Vos D, Tromp E, Rigter S, Moeniralam HS. The effect of post-intensive care outpatient clinic on the long-term quality of life. Submitted

Sinds 2010 heeft de Intensive en Medium Care (IC/MC) op de locatie Nieuwegein een post-IC poli¹. Patiënten krijgen drie maanden na ontslag een uitnodiging en drie gevalideerde vragenlijsten gericht op psychische en fysieke klachten. Op de IC-poli spreekt de patiënt (vergezeld door een familielid) een IC-verpleegkundige en een intensivist en wordt de mogelijkheid geboden om de IC/MC te bezichtigen. In het gesprek worden de ingevulde vragenlijsten besproken. Bij aanwijzingen van een Post-IC-syndroom (PICS) wordt de patiënt doorverwezen naar onze medisch psycholoog, die veel ervaring heeft met de behandeling van post-traumatische stress stoornissen. We controleren de voedingstoestand, het medicatiegebruik en of de afspraken bij de huisarts en medisch specialist(en) zijn geregeld. We geven een samenvatting van de opname en vragen of het dagboek gelezen is, hoe de communicatie en de overplaatsing naar de afdeling werd ervaren en vragen naar verbeterpunten.

Multidisciplinaire post-IC poli voor de COVID-19 patiënten

Alle 43 COVID-19 patiënten, die van maart t/m juni 2020 op de IC behandeld en ontsla-

gen zijn, zijn op de post-IC poli uitgenodigd. De patiënten lagen gemiddeld 10 dagen op de IC/MC en zijn daarna naar de verpleegafdeling en/of naar een revalidatiecentrum overgeplaatst. Een aanzienlijk aantal is weer thuis. Ze werden 6-8 weken na ontslag door de longarts gebeld nadat een controle thoraxfoto werd gemaakt. Als dat nodig was werd nog een vervolgspraak bij de longarts gemaakt met een CT-thorax en longfunctie-onderzoek.

Drie maanden na ontslag van de IC houden we nagenoeg dezelfde post-IC werkwijze voor COVID-19 patiënten aan als voor de reguliere IC/MC patiënten, aangevuld met drie extra vragenlijsten en bloedonderzoek. Tijdens het gesprek met de IC-verpleegkundige en intensivist worden de ingevulde vragenlijsten besproken. Er wordt uitgebreid ingegaan op de ervaringen van de patiënt en de familie met betrekking tot angst, onzekerheden, eenzaamheid, bezoekregeling en ervaring op een cohort afdeling. Er zal aandacht zijn voor de familie met betrekking tot de beleving en de gebruikte communicatiemiddelen, zoals (beeld)bellen. Is de patiënt fysiek nog verzwakt en psychisch getraumatiseerd

Interdisciplinaire samenwerking: voedings- en bewegeadvies bij COVID-19

Voeding en beweging spelen een belangrijke rol bij herstel, zo bleek ook bij de behandeling van COVID-19 patiënten. Door de besmettelijkheid, de symptomen en het grote aantal patiënten werd het individuele contact, de contactduur en de informatieoverdracht beperkt. Angstige, zeer vermoeide patiënten adviseren en behandelen in isolatie kostte daarnaast zowel voor de patiënt als therapeut veel energie. Hoe konden we op een zo efficiënt en effectief mogelijke manier wel voor deze belangrijke en volledige informatieoverdracht zorgen? De samenwerking tussen disciplines werd geïntensiveerd mede doordat we allemaal met datzelfde bezig waren.



V.l.n.r.: Lisanne Sennel (Fysiotherapeut), Heleen Froon (Diëtist), Babette Boersma (Fysiotherapeut), Tinky de Veld (Fysiotherapeut)

Hoe kwam het voedings- en bewegeadvies tot stand

Gezien de grote groep patiënten met een matige tot zeer slechte intake door o.a. forse dyspnoe en vermoeidheid werd overgegaan op een standaardvoedingsbeleid waarbij alle mensen met COVID-19 een energie- en eiwitverrijkt dieet en drinkvoeding kregen. Als mensen daarmee nog geen volwaardige voeding binnen kregen, volgde een individueel advies. Toch zagen we ondanks alle inspanningen dat het gewichtsverlies kon oplopen tot > 10% van het oorspronkelijk gewicht. Hierbij is met name sprake van spiermassaverlies.

Naast onvoldoende voeding leidt inactiviteit ook tot spierkrachtverlies. Spierkrachtverlies kan leiden tot functieverlies en heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven

door beperkingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)¹. Bij volledige bedrust treedt al 1 tot 5% spierkrachtverlies per dag op, wat neer komt op soms wel een kilo per dag²⁻⁴. Om het negatieve effect van bedrust en inactiviteit te voorkomen, werken wij o.a. met 'beweegplannen' op 3 niveaus; oefeningen die liggend, zittend of staand worden uitgevoerd. Hiermee stimuleren en adviseren wij patiënten zo actief mogelijk te blijven tijdens hun opname, om zo hun conditie en spiermassa zo veel mogelijk op peil te houden.

Het beweegadvies stond echter bij COVID-19 patiënten niet los van andere belangrijke adviezen zoals; het leren omgaan en opvangen van dyspnoe en angst, opvangen van hoestprikkels en het ophoesten van sputum. Voor deze adviezen werden op indicatie ook folders ingezet en meegegeven.

Gezamenlijke folder

Het verlies van spiermassa en ook de voeding gerelateerde klachten waren bij ontslag vaak nog niet over. Door de enorme toestroom van patiënten gingen patiënten, wanneer zij enigszins stabiel waren, met zuurstof naar huis. Fysiotherapie in de 1e lijn was nog niet mogelijk, de patiënten moesten het thuis zelf uitzoeken. Hier is de vraag ontstaan naar een folder met daarin voedings- en beweegadviezen gericht op herstel van spiermassa en spierkracht. Dit heeft geleid tot de eerste folder met zowel beweeg- als voedingsadvies, na te lezen op www.antoniusziekenhuis.nl/voeding-beweging-na-covid-19-opname.

Vervolg

Naast de folder is er ook een multidisciplinaire post-COVID revalidatie poli opgezet. We zullen onze klinische ervaring gebruiken om te komen tot practice- en evidence-based behandelrichtlijnen. Hiervoor worden bij de fysiotherapeutische intake zowel diagnostische tests als vragenlijsten afgenomen. De afdeling diëtetiek gaat o.a. participeren in onderzoek naar de aan voeding gerelateerde klachten en het verloop van de voedingstoestand van patiënten met COVID-19.

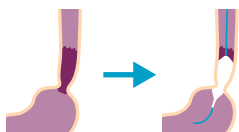
Referenties:

1. Parlevliet JL, MacNeil-Vroomen JL, Bosmans JE, de Rooij SE, Buurman BM. Determinants of health-related quality of life in older patients after acute hospitalisation. *Neth J Med.* 2014;72:416-25
2. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008;63(10):1076-1081.
3. Monk DN, Plank LD, Franch-Arcas G, Finn PJ, Streat SJ, Hill GL. Sequential changes in the metabolic response in critically injured patients during the first 25 days after blunt trauma. *Ann Surg.* 1996;223(4):395-405.
4. Puthuchery ZA, Rawal J, McPhail M, et al. Acute skeletal muscle wasting in critical illness. *JAMA.* 2013;310(15):1591-1600.

Patiënten met Barrett slokdarm zonder effect op endoscopische radiofrequente ablatie therapie

Centrale vraag

Hoe vaak komt het voor dat endoscopische radiofrequente ablatie (RFA) therapie bij patiënten met een Barrett slokdarm niet werkt?



Achtergrond

Patiënten met een Barrett slokdarm met daarin onrustige cellen ondergaan behandeling tijdens een kijkonderzoek (endoscopie), met als doel het voorkomen van vergevorderde kanker.



Behandeling bestaat uit endoscopische verwijdering van zichtbare afwijkingen gevolgd door RFA, waarmee het gehele Barrett slijmvlies wordt vervangen.

Onderzoek

Sommige patiënten hebben na RFA behandeling:

- **slechte genezing:** actieve ontstekingen en/of zweren in de slokdarm
- en/of
- **slechte regressie:** teruggroei van Barrett slijmvlies.



Tot dusver is er weinig bekend over hoe vaak dit voorkomt, en wat een arts dan het beste kan doen.

Onderzoeksteam

Charlotte Frederiks (arts-onderzoeker), Sanne van Munster (arts-onderzoeker/AIOS) en prof. Bas Weusten (MDL-arts).

Vanuit een samenwerking met alle 9 Barrett Expert Centra binnen Nederland.



Wie deden mee aan het onderzoek?

1386 Barrett slokdarm patiënten waarvan



320

uit het St. Antonius Ziekenhuis

Barrett Expert Centra

Amsterdam UMC, Catharina Ziekenhuis, Erasmus MC, Haga Ziekenhuis, IJsselland Ziekenhuis, Isala Ziekenhuis, St. Antonius Ziekenhuis, UMC Groningen en UMC Utrecht.

Resultaat

10% had slechte genezing, waarvan:

- 50% succesvol behandeld na meer tijd tussen de RFA behandelingen en extra zuurremmende medicatie.



5% had slechte regressie, waarvan:

- slechts 36% succesvol behandeld.
- vaker progressie naar vergevorderde kanker.

Conclusie

Als een slokdarm slecht geneest na RFA, is allereerst meer tijd en meer zuurremming nodig. Dan kan de helft van de patiënten alsnog succesvol behandeld worden.

Als er Barrett slijmvlies terugkomt na RFA, kan de minderheid succesvol behandeld worden. In dat geval dient een arts gewaarschuwd te zijn en kunnen andere behandelopties overwogen worden.



Deze studie is onderdeel van het BEC registry (Netherlands Trial Register, NL 7039)