

# LOUPE

WETENSCHAP EN INNOVATIE IN  
HET ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

Opinie:  
**Wat betekent  
EPD-Connect  
voor wetenschap  
en innovatie?**

Innovatie:  
**Implantatie van de  
Coronary Sinus reducer**

Uit de Promovendicclub  
**Darmmicrobiota vroeg in het leven**  
**Peri-operatieve zorg bij colorectale chirurgie**  
**Depressie op oudere leeftijd**



## Inhoud

<b>Inhoud</b>	2
<b>Agenda</b>	2
<b>Colofon</b>	2
<b>Van de redactie</b>	3
<b>Opinie</b>	4/5
Wat betekent EPD-Connect voor wetenschap en innovatie?	
<b>Evidence-based</b>	6/7
Practice what you preach EBP3	
<b>Innovatie</b>	8
Coronary sinus reducer	
<b>Onder de Loupe</b>	9
U, nu!	
<b>Uit de promovendiclub</b>	10/ 11/12
Nicole Rutten - darmmicrobiota vroeg in het leven Verena Kornmann - Peri-operatieve zorg in de colorectale chirurgie Annette Hegeman - depressie op oudere leeftijd	
<b>Publicaties Uitgelicht</b>	13
Longfibrose bij patiënten met Idiopathische Interstitiële Pneumonieën Remifentanil en postoperatieve pijn	
<b>Nieuws</b>	14
<b>Nieuw onderzoek</b>	15
<b>Facts &amp; Figures</b>	16

## Agenda

### Cursussen

#### ICH-GCP opfriscursus

Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein  
Datum: 27 september  
Tijdstip: 09:30 – 12:30 uur

#### ICH-GCP cursus (uitgebreide cursus)

Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein  
Datum: 26 oktober  
Tijdstip: 09:30 – 16:00 uur

#### Refworks voor Beginners

Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein  
Datum: 22 september  
Tijdstip: 17:00 - 18:00 uur

#### Zoeken voor een CAT in PubMed

Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein  
Datum: 10 oktober  
Tijdstip: 17:00 – 18:30 uur

### Eerdere uitgaven van Loupe

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



[www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven](http://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven)

### Overige activiteiten

#### Discipline Overstijgend Onderwijs

Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein & Conferentieruimte 6 Leidsche Rijn  
Datum: elke 3e dinsdag van de maand  
Tijdstip: 17:15 - 18:15 uur

#### Promovendiclub

Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein  
8 juni, 21 juli, 15 september  
12:30-13:30

#### St. Antonius Wetenschapsdag

Locatie: Auditorium Nieuwegein  
28 september

Cover:  
EPD-Connect.



**Aanvullend materiaal:** [www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2016-2](http://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2016-2)

## Colofon

### Redactie

Henk Ruven	Hoofdredactie
Miebet Wilhelm	Hoofdredactie
Marlies Verhaar	Hoofdredactie
Ewoudt van de Garde	Uit de promovendiclub
Nynke Kampstra	Impact & publicaties uitgelicht
Noortje Koppelman	Uit de promovendiclub
Imre Krabbenbos	Impact & publicaties uitgelicht
Marije de Lange	Evidence-based & Innovatie zorg
Linda Niesink	Bureauredactie
Vincent Nijenhuis	Innovatie techniek
Carla Sloof	Tips, tools en trends & bureauredactie
Dewi Stalpers	Evidence-based & Innovatie zorg
Marcel Veltkamp	Opinie

### Fotografie

Audiovisuele media, Antonius Academie, Vincent Blinde

### Vormgeving, druk en verzending

Tadorna Media Bussum, Pieter Schut, Jacques Seignette

### Redactie bureau

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

Voor kopij en correspondentie over artikelen:  
[Loupe-redactie@antoniusziekenhuis.nl](mailto:Loupe-redactie@antoniusziekenhuis.nl)

### Aansprakelijkheid

Het St. Antonius Ziekenhuis noch de redactie zijn aansprakelijk voor de inhoud van de opgenomen artikelen.

Niets uit dit tijdschrift mag openbaar worden gemaakt door middel van druk, microfilm of op welke wijze ook, zonder toestemming van de redactie.

### QR-codes

Alle inhoud die via QR-codes in deze uitgave te benaderen is, vindt u ook via <http://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2016-2>

# Een nieuwe visie

*Leuker kunnen we  
het niet maken,  
wel menselijker*

Ons ziekenhuis heeft een nieuwe visie geformuleerd. Een mooie visie. “[...] Zorg verlenen wij met aandacht, liefde en respect. Als één team werken wij vanuit de persoonlijke behoefte van de patiënt. Daarbij handelen wij op basis van recente en innovatieve bevindingen. Door zelf onderzoek te doen dragen ook wij hieraan bij. Wij maken kwaliteit van zorg meetbaar en wij bieden patiënten inzicht in de uitkomsten hiervan. Deze uitkomsten gebruiken we om onze zorg continu te verbeteren [...]”.

Dit issue van Loupe illustreert alle aspecten uit deze visie. Onze promovendi behandelen deze keer alle fasen van het leven, van kinde-

ren tot ouderen, en zowel het lichaam als de geest. Onze beide Chief information officers (verpleegkundig en medisch) praten ons bij over de vraag hoe ons nieuwe EPD, Epic, ons kan gaan helpen in onze wetenschap en innovatie. Maar ook hoe Epic onze patiënten kan helpen beter inzicht in hun eigen dossier te krijgen en daarmee beter de regie over hun eigen zorgproces te kunnen nemen.

Tot slot herinnert onze huiscolumnist ons eraan dat “Handelen vanuit medemenselijkheid, voortdurend streven naar verbetering, en rekenschap geven van het eigen functioneren [...] de kernwaarden van ons vak” zijn. Of, om een bekende overheidsinstantie te

parafraseren: leuker kunnen we het niet maken, wel menselijker. U ziet, het St. Antonius ziekenhuis zit niet stil deze zomer. Wij wensen u een zonnige zomer toe!

## Antoniuspublicaties

Via onderstaande QR-code gaat u naar een overzicht van alle journal articles gepubliceerd door Antonianen in de periode maart t/m mei 2016 (Bron: STAR).





# Wat betekent EPD-Connect voor

Leo Bras,  
anesthesioloog-intensivist  
en Chief Medical  
Information Officer



Eind 2017 zal het St. Antonius ziekenhuis een nieuw elektronisch patiëntendossier (EPD) van leverancier EPIC in gebruik gaan nemen. De implementatie wordt gedaan vanuit het programma EPD-Connect. Het implementatieprogramma combineert het technisch implementeren van de software met het veranderproces in werkwijzen door de nieuwe mogelijkheden van een nieuw EPD. Wat heeft EPD-Connect voor gevolgen voor wetenschap en innovatie in het ziekenhuis? Hoog tijd voor interviews met twee deskundige collega's, die vanuit hun beroep dit project overzien.

## **Wat betekent EPD-Connect voor wetenschap en innovatie in het Sint Antonius ziekenhuis?**

Met een nieuw EPD wordt het eenvoudiger om kortcyclische processen in kaart te brengen. Het is de tijd van 'big data' en er worden veel gegevens vastgelegd. Veel gegevens zijn echter niet goed genoeg vastgelegd om als informatie te benutten, zodat werkprocessen en patiëntenzorg verbeterd kunnen worden. De beter vastgelegde informatie gaat gebruikt worden door de professionals die het werk ook uitvoeren. Zo hou je zelf verantwoordelijkheid over je werk. Belangrijk is wel om dit in afstemming met alle betrokken professionals te doen.

De verbinding tussen de patiënt en zorgverlener wordt verbeterd. De patiënt wil steeds meer zelf bepalen wat er wanneer gebeurt. EPD-Connect biedt de basis om dat mogelijk te maken. Niet alleen kan de patiënt voorafgaand aan een bezoek aan het ziekenhuis informatie aanleveren, maar de patiënt heeft ook inzage in en beheer over gegevens.

Dit leidt tot duidelijkere afspraken tussen ziekenhuis en patiënt. Feitelijk is dit het begin van een gezondheidsdossier van de patiënt zelf. In de nabije toekomst zullen data vanuit 'Quantified Self' door de patiënt beheerd worden, en zullen zorgverleners informatie uit de bestanden van de patiënt opvragen. De patiënt heeft daarvoor wel een overeenkomst met de zorgverlener. Bewaking vanuit het ziekenhuis kan plaatsvinden via een app waar gegevens van de patiënt binnenkomen. De grote uitdaging is om hier in de komende jaren een werkend verhaal van te maken. Praktisch gezien zal er op het gebied van digitaal ordermanagement, standaardisering en veiligheid veel veranderen. Na evaluatie van werkprocessen kunnen de optimale standaardprocedures vastgesteld worden. De vrees dat er geen ruimte is voor persoonlijke keuzes is niet gegrond. Vanuit structuur en duidelijkheid in procedures ontstaat ruimte om deze voor de individuele patiënt aan te passen. Naast een betere kwaliteit van zorg, zullen we in staat zijn om gegevens eenvoudig

en snel te delen. De portaalfunctie met verwijzers wordt echt veel beter.

## **Wanneer is de invoering van een nieuw EPD geslaagd te noemen?**

EPIC is het best beschikbare systeem en de firma heeft een enorme ontwikkelcapaciteit. Daarmee past EPIC het best bij de ambities van het ziekenhuis. We moeten hier dus met z'n allen voor gaan. Wellicht is het goed om te weten dat er nog nooit een ziekenhuis met EPIC gestopt is, ook al wil dit niet zeggen dat elk ziekenhuis tevreden is.

De grootste fout die we zouden kunnen maken is dat we de mogelijkheden van het nieuwe EPD half gaan benutten. Het is verder cruciaal dat we als zorgverleners, met behulp van deskundigen in databeheer, zelf de informatie uit het systeem halen. Het is nuttig om persoonlijke gegevens te bekijken, en het is ook nuttig om groepsgegevens te krijgen voor de nodige zelfreflectie.

## **Wat gaat er voor de patiënt veranderen?**

De patiënt krijgt meer zelfstandigheid en heeft de regie. Echt betere informatie over wat er gaat gebeuren. Er komt een strak, efficiënt en effectief palet aan zorg, inclusief een goed afsprakensysteem en inzage in het eigen dossier. Bij die optimale toepassing zal de zorg echt beter zijn.

## **Vanaf wanneer gaan we de voordelen van EPD-Connect in ons werk zien?**

Voorwaarde is dat we gegevens op een unieke en uniforme wijze gaan vastleggen. Als we dat doen, dan gaan we vanaf dag 1 dat het nieuwe EPD gebruikt wordt, de voordelen pakken.

In tegenstelling tot de huidige situatie, waarbij eerst data verzameld en besproken worden, daarna conclusies getrokken worden en nieuwe werkwijzen opgesteld worden, zal dit met het nieuwe EPD heel snel gaan. Dan kan bv. een griepperiode sneller en eerder geëvalueerd worden. Met een volledige benutting van EPD-Connect kan dit zeer snel en binnen het ziekenhuis gebeuren. Dat is de toekomst.

# wetenschap en innovatie?

Herman Satter,  
proces-applicatiespecialist  
en Chief Nursing  
Information Officer



## **Wat betekent EPD-Connect voor wetenschap en innovatie in het Sint Antonius ziekenhuis?**

Werken met ICT wordt door verpleegkundigen snel als bijzaak gezien. Als chief nursing information officer ben je een ambassadeur om techniek voor je te laten werken, en je hebt een pioniersfunctie in het stimuleren en ondersteunen van werkprocessen met behulp van informatie uit de werkprocessen.

Nu zien we dat patiënten én informatie over patiënten 'van hokje naar hokje' gaan. Tegelijkertijd is het vak van verpleegkundige zich steeds meer aan het diversificeren. Elke groep verpleegkundigen heeft eigen wensen en eisen t.a.v. de informatie over een patiënt. Oncologieverpleegkundigen hebben een andere informatiebehoefte dan cardiologieverpleegkundigen. Met het nieuwe EPD zullen we gebruik gaan maken van een database, en het is aan ons om vast te stellen hoe je informatie in de database stopt en hoe je het er uit wilt halen. De uitdaging is om er voor te zorgen dat de juiste en relevante informatie 'meegaat met de patiënt' en voor verschillende verpleegkundige gebruikers op het juiste

moment in hun werkproces is te gebruiken. Kortgeleden is er een bijeenkomst van verpleegkundigen geweest waarbij 'gestandaardiseerd vastleggen van informatie' het onderwerp van de avond was. Standaardiseren betekent bijvoorbeeld een afspraak maken over wat je bedoelt met een sleutel. Bedoel je daarmee je huissleutel of een steeksleutel. Je kan dit voorbeeld vertalen naar wat je bedoelt met een wond. Bedoel je dan een chirurgische wond of een decubituswond?

De opkomst was groot en tijdens zo'n bijeenkomst wordt kennis opgedaan van wat het nut is van het op een eenduidige manier vastleggen van informatie. Op zo'n avond wordt geleerd en goed begrepen waarom je moet definiëren hoe je informatie gaat vastleggen. Het is goed om te zien dat er veel enthousiasme is op zo'n avond en dat het begrip toeneemt.

De V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) hebben als beroepsgroep professionele standaarden ontwikkeld, maar de classificaties zijn nog beperkt. Mogelijk

dat de coderingen en onderliggende classificaties ons zouden kunnen gaan helpen bij het inrichten van het nieuwe EPD.

## **Wat betekent EPD-Connect voor de zorg in het ziekenhuis?**

EPD-Connect betekent dat op een nieuwe manier nagedacht wordt over het verzamelen van informatie, in welke context informatie geplaatst moet worden en hoe we dit vastleggen. In de expertteams van EPD-Connect zitten professionals die hier steeds meer door geïnspireerd raken en deskundiger worden om hier goed over na te denken.

## **Wanneer is de invoering van het nieuwe EPD geslaagd te noemen?**

Als verpleegkundigen begrijpen dat ICT een wezenlijk onderdeel van hun werk is, en eindgebruikers goed kunnen werken met EPIC.

Op zaken als ordermanagement en workflow zit het nieuwe EPD heel veel beter in elkaar dan wat we nu gebruiken. Innovatie betekent wel dat we eerst de basis voor grote groepen patiënten en gebruikers goed moeten inregelen. Als je lang praat over een eerste orderset (orderset is een verzameling handelingen of afspraken per aandoening of per patiënt, red), dan beperkt je dat in de mogelijkheid om er 200 te maken, en eindig je er met 50. Het nieuwe EPD gebruik je vele jaren. Bij start van het gebruik zullen we het maximale eruit moeten halen, maar daarna zullen we blijven innoveren met behulp van EPD-Connect. Als we bij de start met 25% van het potentieel starten, dan kunnen we daarna groeien naar 100%. Belangrijk is dat wát gebouwd wordt door de gebruikers volledig benut wordt.

Vanaf dag 1 kan de patiënt in het eigen dossier kijken en er kan digitaal informatie verstrekt worden aan een patiënt. Patiënten willen steeds meer de regie over het eigen zorgproces. De patiënt streeft naar kwaliteit van leven. De informatie in het persoonlijk dossiers draagt hier aan bij en als professionals streven we naar maximale gezondheid van de patiënt.

*Delier, pijn en decubitus op de intensive care afdeling en uitdagingen in het verpleegkundig proces*

# “Practice what you preach”



*Dewi Stalpers, promovenda Excellente Zorg, IC-verpleegkundige*

Probleeminventarisaties, met inbegrip van risicobeoordelingen, werden gedocumenteerd voor de overgrote meerderheid van de IC-patiënten, van 86% voor decubitus tot 100% voor delier. Interventies om pijn (bijv. medicatie) en decubitus (bijv. wisselgigging) te voorkomen werden toegepast bij bijna alle patiënten. Met betrekking tot delier werd er slechts bij 6% van de risicopatiënten een neuroloog of psychiater geconsulteerd. Antipsychotica, zoals haldol, werden wel bij driekwart van de patiënten met delier ingezet. In het geval dat een adverse event eenmaal geconstateerd was, vond dagelijkse monitoring van het probleem en interventies plaats in 48% [delier] tot 80% [pijn] van de patiënten.

Om echt topzorg te kunnen leveren, “you should... practice what you preach”. In andere woorden: op IC's wordt hoogwaardige patiëntenzorg nagestreefd, zonder extra schade of adverse events tijdens het verblijf. Binnen het verpleegkundig proces liggen de mogelijkheden om de kwaliteit te verbeteren met name op het vlak van de juiste inzet en documentatie van interventies en continuïteit in monitoring. Registratielast is echter een veel gehoord probleem binnen de gezondheidszorg. Daarom ligt er een uitdaging in het inzichtelijk maken dat goede en continue documentatie een verpleegkundige verantwoordelijkheid is en dat het invulling kan geven aan de zorg die geleverd wordt.

**Veelgebruikte indicatoren om verpleegkundige kwaliteit te duiden betreffen de zogenaamde verpleegsensitieve patiënten-uitkomsten<sup>1</sup>. Zo zijn Nederlandse ziekenhuizen verplicht om hun data over bijvoorbeeld delier, pijn en decubitus te rapporteren aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>2</sup>.**

Deze data worden vervolgens gepubliceerd op de website [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl) waardoor ze voor een ieder inzichtelijk zijn. Bepaalde patiëntkarakteristieken (bijv. complexiteit) kunnen van invloed zijn op het ontstaan van delier, pijn of decubitus. Maar ook de acties die verpleegkundigen inzetten om dit soort adverse events te voorkomen en te behandelen kunnen een belangrijke rol spelen. Met name op intensive care afdelingen (IC) is dit van belang, aangezien hier de meest complexe patiëntencategorie ligt met het meeste kans op adverse events.

We hebben een retrospectief dossieronderzoek uitgevoerd met inclusie van 310 IC-patiënten in drie ziekenhuizen. Het optreden van de adverse events varieerde van 23%

(pijn) tot 46% (delier). Ten opzichte van patiënten van het interne specialisme, hadden chirurgische patiënten een grotere kans om gediagnostiseerd te worden met ten minste twee van de drie adverse events (OR=2.63, CI=1.00-6.90, p=.049).

Dit gold ook voor patiënten met een verlengde verblijfsduur (>5 dagen) ten opzichte van kortere opnames (OR=3.55, CI=1.81-6.98, p<.001).

1. Doran DM. Preface. In: Doran DM, ed. *Nursing-sensitive outcomes: State of the Science*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2003: pp. vii.
2. Dutch Health Care Inspectorate. *Kwaliteitsindicatoren. Basisset ziekenhuizen 2013* [in Dutch]. Utrecht, the Netherlands: Dutch Health Care Inspectorate; 2012. [http://www.igz.nl/Images/Basisset%20ziekenhuizen%202013-def\\_tcm294-332358.pdf](http://www.igz.nl/Images/Basisset%20ziekenhuizen%202013-def_tcm294-332358.pdf).

Deze studie is een officiële Santeon studie (kenmerk: S-V3-ICU) en is onder andere mogelijk gemaakt door een subsidie vanuit het St. Antonius Onderzoeksfonds.





Marije de Lange en Margriet Donker

Verpleegkundigen in het St. Antonius hebben de mogelijkheid om deel te nemen aan de interne Evidence Based Practice (EBP)-cursussen in navolging van het AMC. De eerste EBP cursus (EBP-1) van één dag is een introductie. De tweede cursus (EBP-2) van twee dagen gaat in op RCT's en systematische reviews en op het beoordelen van de kwaliteit en de resultaten van studies. Tevens leren cursisten zoeken in databases.

De derde cursus (EBP-3) is recent voor het eerst aangeboden. In drie bijeenkomsten werden de cursisten gecoacht om van een PICO tot een CAT te komen en werden handreikingen voor implementatie gegeven. De deelnemers werden ook gestimuleerd om samen te werken met hoofden, protocollenschrijvers en/of artsen om tot implementatie van de resultaten te komen.

In sommige gevallen bleek er erg weinig over het onderwerp geschreven, zoals over het posthydreren na reïfusie van autologe stamcellen in DMSO. Bij andere onderwerpen, zoals zuurstoftherapie palliatief, waren er veel meer resultaten dan verwacht. Het is mooi om te zien hoe creatief verpleegkundigen zijn in het vinden van de best mogelijke evidence. Zelfs buitenlandse specialisten werden

aangeschreven (door Jantina Kortleve) om bij gebrek aan literatuur toch helder te krijgen of er nu wel of niet geposthydreerd dient te worden na reïfusie van autologe stamcellen in DMSO.

Om tot een aanbeveling te komen voor de dagelijkse praktijk werd behalve naar de evidence uit de literatuur ook gekeken naar overige overwegingen, zoals bijvoorbeeld een kostenafweging (bij weinig verschil in effectiviteit) of patiëntvoorkeuren.

Uiteindelijk zijn vier CATs ingediend voor presentatie op de CATwalk, waarbij Jantina Kortleve het hoogst scoorde, en genoeg punten had om ook daadwerkelijk te mogen presenteren op de CATwalk op 7 april. De CAT heeft niet geleid tot het winnen van de CATwalk, maar haar CAT heeft wel geleid tot verandering van de dagelijkse praktijk, met hierbij het komende jaar monitoring van bijwerkingen. Daarnaast is Jantina voornemens om de resultaten te presenteren op het EBMT-congres (European society for Blood and Marrow Transplantation)

Wij verwachten dat deze enthousiaste verpleegkundigen nu in staat zijn om ook andere verpleegkundigen mee te nemen in het Evidence Based Practice-proces (door bijvoorbeeld EBP-besprekingen op afdelingen te organiseren) en te fungeren als EBP-aandachtsvelder, en zodoende de wetenschappelijke onderbouwing van de dagelijkse praktijk op de verpleegafdelingen te verbeteren.

**De eerste vijf verpleegkundigen die EBP-3 volgden (waarvan 1 in opleiding tot verpleegkundig specialist) kwamen zelf met de volgende vragen:**

- Is het veiliger (O) om een pasgeborene (ã term en gezond) (P) in een bed vastgeklit aan dat van moeder te laten slapen (I) tijdens opname, dan in een los babybed (C)?  
*Carla van Lint, Alnatal*
- Is het een meerwaarde om preoperatieve patiënten (P) Preop (nutricia) (I) te laten drinken in plaats van gewone limonade (C) 2 uur voor de operatie?  
*Ilona Gelderblom, verpleegafdeling A3*
- Leidt niet posthydreren (I) versus wel posthydreren (C) bij patiënten na reïfusie van autologe stamcellen in Dimethyl Sulfoxide (DMSO) (P) tot minder overvulling, meer nierfunctiestoornissen of misselijkheid (O)?  
*Jantina Kortleve, verpleegafdeling A2*
- Is het continueren van zuurstof (I) bij de oncologische patiënt in de terminale fase (P), comfortabeler voor de patiënt en familie (O) dan het staken van zuurstof (en bestrijden van dyspnoe met morfine) (C)?  
*Nicole Bohmer, verpleegafdeling 5B*
- Wat is voor volwassenen die een coloscopie ondergaan (P) de beste voorbereiding: met Picoprep (I) of met Moviprep (C), in termen van effectiviteit, patiëntvriendelijkheid en bijwerkingen (O)?  
*Wilma Pellekaan, verpleegafdeling A3*

# Behandeling van refractaire angina pectoris door zandlopervormige stenting van de sinus coronarius

Angina pectoris heeft een hoge incidentie (2%). Vaak is de oorzaak van dit symptoom gelegen in vernauwingen van de coronairarteriën hetgeen leidt tot myocardische.

Conventionele behandeling bestaat uit medicamenteuze therapie, eventueel aangevuld met een percutane of chirurgische revascularisatie van de coronairen. Een deel van de patiënten (10%) blijft echter klachten houden ondanks deze behandelingen<sup>1</sup>. Dit is vaak het geval bij patiënten met agressieve atherosclerose waarbij, ondanks meerdere interventies, nieuwe vernauwingen op blijven treden waarvoor uiteindelijk geen behandelopties meer zijn.

Een nieuwe interventie die de potentie heeft om de klachten (en daarmee de kwaliteit van leven) te verbeteren, is de zogenaamde Coronary Sinus Reducer (CSR). De CSR is een zandlopervormige stent die via de vena jugularis wordt ingebracht in de sinus coronarius. De sinus coronarius verzorgt grotendeels de veneuze afvoer van het myocard. Eenmaal geïmplant moet de CSR binnen enkele maanden endothelialiseren, waardoor er een vernauwing optreedt. Dit leidt vervolgens tot een verhoogde druk in het veneuze systeem en daarmee tot redistributie en verbeterde en gelijkmatigere perfusie in de microvascularisatie van het myocard.

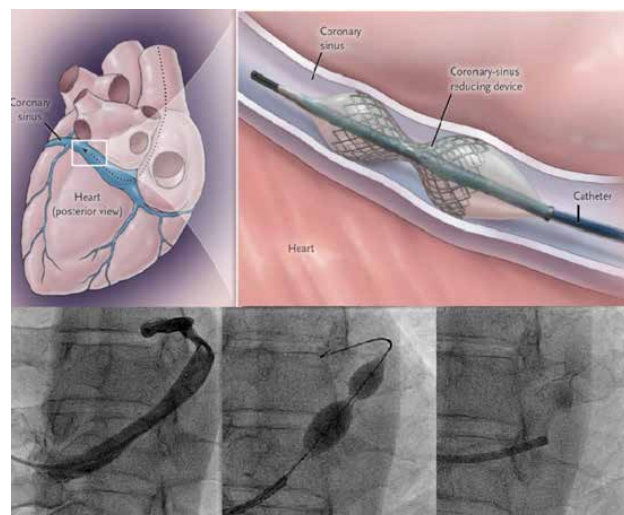


Friso Kortlandt en Pierfrancesco Agostoni

In een in 2015 verschenen 'sham-controlled' gerandomiseerde studie werden 104 patiënten met refractaire angina 1:1 gerandomiseerd naar optimale medicamenteuze therapie met of zonder CSR implantatie. Het primair eindpunt betrof het percentage patiënten dat na 6 maanden follow up 2 of meer niveaus lager scoorden op de 'Canadian Cardiovascular Society (CCS) grading of angina pectoris'. De CCS is een gradering voor de ernst van angineuze klachten, waarbij een hogere score een meer invaliderende angina inhoudt. In de met CSR behandelde groep

werd door 35% van de patiënten het eindpunt behaald, in de controle groep was dit 15% ( $p=0.02$ ). Indien er werd gekeken naar verbetering van ten minste 1 niveau, betrof het zelfs 71% versus 42% ( $p=0.003$ )<sup>2</sup>.

Op 26 februari jongstleden vond de eerste plaatsing van een CSR in het St. Antonius ziekenhuis plaats (figuur 1). Technisch gezien was het een succesvolle ingreep, maar gezien het werkingsmechanisme wordt er pas over enkele maanden een potentiële afname van de klachten verwacht. Bij elke patiënt die in het St. Antonius behandeld zal worden (initieel doel:  $N=15$ ), zal er een pre-procedurele cardiale MRI plaatsvinden om ischemie van het myocard te objectiveren. Uiteindelijk zal de MRI bij 6 maanden herhaald worden om op deze manier het kwantitatieve effect van de behandeling te analyseren. Zo zal moeten blijken of de CSR een waardevolle additieve behandeloptie is bij refractaire angina pectoris.



**Figuur 1.**  
**Implantatie van de Coronary Sinus reducer**

Boven: schematische weergave plaatsing Coronary Sinus reducer

Onder: Eerste casus St. Antonius Ziekenhuis met van links naar rechts: identificatie van de sinus coronarius vóór implantatie; ont-plooiën van de Reducer door middel van ballondilatatie; eindresultaat waarbij de zandlopervormige stent achter blijft in de sinus coronarius.

## Referenties

- 1 Jolicoeur EM, Granger CB, Henry TD et al. Clinical and research issues regarding chronic advanced coronary artery disease: Part I: Contemporary and emerging therapies. *Am Heart J* 2008;155:4:18-34.
- 2 Verheye S, Jolicoeur EM, Behan MW et al. Efficacy of a Device to Narrow the Coronary Sinus in Refractory Angina. *N Engl J Med* 2015;372:519-27.





**U, Nu!** is Nederlands kortste gedicht. Joost van den Vondel schreef het in 1620. In twee woorden omvat het voor mij de essentie van zorg: aandacht voor de ander.

Bij mijn afstuderen in 1978 kreeg ik van de KNMG 'Medische ethiek en gedragsregels voor artsen'. Ik citeer: 'Het is niet geoorloofd in medische publicaties noch in de lekenpers reclame te maken voor zichzelf, noch voor anderen, noch voor instellingen, terwijl er gezorgd dient te worden dat ook de schijn hiervan wordt vermeden'. De grootste misstap die je als arts kon maken, was het schenden van vertrouwen in de medische stand. De meest abjecte wijze om dat vertrouwen te ondermijnen: reclame voor jezelf te maken. Collegialiteit was een beroepsbelang. Geneeskunde stond in een traditie van barmhartigheid en belangeloosheid. Een arts kreeg honorarium (eregeld). Topklinische Topzorg was een ondenkbaar concept. Je zou er eens zelf in gaan geloven....

Naarmate er meer medische mogelijkheden kwamen en financiële belangen groter werden, kroop er hypocrisie in deze ethiek. Verschil in kwaliteit van zorg bleek moeilijk te verbloemen. Politiek bemoeide zich vaker met geneeskunde. Wat beide gemeen hebben, is dat het nooit ophoudt; een niet aflatende belofte tegen een achtergrond van permanente problemen. Dokters hebben die ontwikkeling niet getemperd. Menig specialist is nu werknemer en directeur grootaandeelhouder van zijn B.V. Van eregeld is geen sprake meer. Het bedrijfsleven stort zich op de niet te stillen gezondheidsmarkt. Philips maakt dadelijk geen lampjes meer. Iedereen die fysiologische processen meet, weet dat de statistische bewerking van data met een natuurlijke spreiding, bepalend is voor

wat als afwijkend wordt gezien. De angst dat nieuwe technologie pathologie mist, maakt dat sensitiviteit prevaleert over specificiteit. Het verdienmodel is zo al ingecalculeerd. Veel mensen verdienen ten koste van hun gezondheid geld. Dat moeten ze daarna uitgeven om weer gezond te worden. Reclame in de zorg is nu gewoon. Geneeskunde bevindt zich sindsdien op het vinkentouw van feit en fictie. De dokter transformeert van koning in eigen kasteel naar speelbal van symboolpolitiek.

*Topklinische topzorg was een ondenkbaar concept. Je zou er eens zelf in gaan geloven...*

Kwaliteit is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet de hoeksteen van het systeem. Patiënten willen het hebben, ziekenhuizen moeten het leveren, verzekeraars moeten er op inkopen. Het oordeel over kwaliteit is daarmee belangrijker geworden dan het verbeteren van kwaliteit zelf. Een oordeel dat vooral is opgehangen aan indicatoren. De afgelopen 7 jaar groeide het aantal indicatoren in de Nederlandse gezondheidszorg naar meer dan 3400.<sup>1</sup> Niet vreugde over verbeteringen, maar woekerdend wantrouwen is de moeder van de mateloosheid. De registratiedruk staat niet meer in verhouding tot de zorg aan het ziekbed. Zorgverlenend Nederland zit achter de computer. In 2004 schreef Werner in de JAMA: 'Measuring the quality of care is a noble and valid pursuit. But it is a young technology that

should be subjected to the same rigorous review of the evidence of benefits and harms as any other medical intervention'.<sup>2</sup> Zijn waarschuwing is volledig in de wind geslagen. We meten maar wat. Mogelijke verbeteringen worden met tromgeroffel op de kakofonie van sociale media gezet, zelden wordt aangegeven wat er verloren is gegaan. Voor je het weet, zing je nooit meer onbevange een lied en span je alleen nog maar de snaren van je instrument.

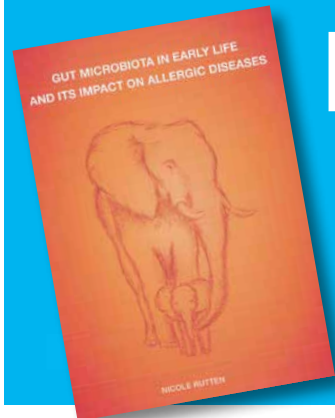
*Voor je het weet zing je nooit meer onbevange een lied en span je alleen nog de snaren van je instrument*

Handelen vanuit medemenselijkheid, voortdurend streven naar verbetering, en reenschap geven van het eigen functioneren zijn voor mij de kernwaarden van ons vak, maar wel in die samenhang en volgorde. Op het wapenschild van Spanje staan de zuilen van Hercules. Op deze zuilen stond geschreven 'non plus ultra' (hier gaat niets boven). De zuilen symboliseerden het einde van de Middellandse Zee, het toenmalige wereldbeeld. Ideologische scherpslijpers stelden de maat; de aarde is plat. Vertrouwend op wetenschappelijk inzicht zeilde Columbus door de zuilen van Hercules naar de door hem vermoedde 'Indianen'. Columbus hield zijn bemanning (die bang was over de rand van de platte aarde te vallen) koest, door de dagelijks afgelegde afstand laag voor te rekenen. Enige overeenkomst met het huidig gebruik van kwaliteitsindicatoren, berust op toeval. Meten is weten! Sinds de reis van Columbus staat er op het Spaanse wapenschild 'plus ultra' (er is meer). We moeten daarvan leren: wie zich afficheert als Topzorg (non plus ultra), kent een gesloten wereldbeeld. Gaat te veel van zichzelf uit en adverteert met de grote bek van het 'dikke ik'. Het is weer tijd voor meer: 'U, Nu!'

#### Referenties

- 1) Zand in de kwaliteitsmachinerie. Medisch Contact 14 april 2016.
- 2) Werner LC. JAMA 2004;292:1302.

# Vijf vragen aan: Nicole Rutten



*Gut microbiota in early life and its impact on allergic diseases*



## **Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?**

De afgelopen vijf jaar hebben tal van ontdekkingen en doorbraken in het onderzoeksveld van het (darm)microbioom ons perspectief op gezondheid en ziekte veranderd. Mijn onderzoek draagt bij aan het ontrafelen van het mogelijke verband tussen de darmmicrobiota vroeg in het leven en gezondheid en ziekte in de toekomst. De ontwikkeling van de darmmicrobiota is een complex proces dat gereguleerd wordt door zowel endogene als exogene factoren. Uiteindelijk ontwikkelt elk individu zijn of haar eigen unieke, individueel samengestelde darmmicrobiota. Het lijkt in ieder geval belangrijk dit ontwikkelingsproces vroeg in het leven niet te verstoren door bijvoorbeeld behandeling met antibiotica. Wanneer de darmmicrobiota zich 'afwijkend' ontwikkelt, is dit mogelijk geassocieerd met het vóórkomen van ziekten op latere leeftijd; vroegtijdige interventie (bijvoorbeeld door suppletie van pre- of probiotica) lijkt dan gerechtvaardigd. Deze interventies moeten dan wel gericht worden toegepast. Deze aanpak is binnen handbereik: het onderzoek naar het microbioom heeft de potentie om op korte termijn te kunnen worden toegepast in de kliniek.

## **Wat veranderen de resultaten van dit onderzoek aan de zorg in het St. Antonius ziekenhuis?**

We zijn nog niet zo ver dat er met mijn onderzoeksresultaten (tot nu toe) concrete klinische implicaties gedaan kunnen worden. Wel is het

voor de kinderartsen zinvol om, in gevallen waar er twijfel bestaat of een pasgeborene antibiotica moet krijgen of niet, de overweging extra secuur te maken. De verstoring van ontwikkeling van de darmmicrobiota, die we in mijn onderzoek aantoonde tijdens de eerste 3 levensmaanden, wijst erop dat behandeling met antibiotica kort na de geboorte wellicht niet 'zomaar' zonder gevolgen zal blijven.

## **Op welke onderdeel van je onderzoek ben je het meest trots en waarom?**

Dat zijn alle samenwerkingsverbanden in het algemeen. Maar toch vooral op 'onze' INCA-studie (INtestinal microbiota Composition after Antibiotic treatment in early life), een observationele studie die we vanuit het St. Antonius ziekenhuis hebben opgezet en gecoördineerd, en waarvoor 450 pasgeborenen zijn geïncludeerd in vier ziekenhuizen. Het was een behoorlijke klus om dit voor elkaar te krijgen, maar het is gelukt, en we hebben hiermee

een prachtig cohort van jonge kinderen gecreëerd dat in de toekomst gevolgd kan worden voor vervolgonderzoek.

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

Dan zou ik graag de INCA-studie kopiëren en die vervolgens uitvoeren bij (alleen maar) pasgeborenen die na de geboorte antibiotica krijgen, waarbij we dan dubbelblind de helft probiotica geven en de helft niet. En dan opnieuw kijken naar zowel de samenstelling van de darmmicrobiota als ook klinische symptomen in het eerste levensjaar.

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

Na de verdediging van mijn proefschrift, op 28 april, wil ik graag huisarts worden en daarvoor hoop ik binnenkort een opleidingsplaats te bemachtigen.



Nicole Rutten



# Vijf vragen aan: Verena Kornmann

*Optimization of  
peri-operative care in  
colorectal surgery*



**Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd en wat veranderen de resultaten aan de zorg in het St. Antonius ziekenhuis?**

Verbetering van kwaliteit en veiligheid van de zorg, chirurgische technieken en aandacht voor peri-operatieve risico's hebben geleid tot een reductie van postoperatieve morbiditeit en mortaliteit. Desondanks treden nog steeds complicaties op. Het doel van dit proefschrift is meer inzicht verkrijgen in optimalisatie van de peri-operatieve zorg in de colorectale chirurgie. Er worden vier onderwerpen in negen hoofdstukken besproken.

In het eerste deel laten we zien dat een hemicolectomie rechts met intracorporele anastomose een oncologisch en technisch veilige operatie is. Oudere colorectale patiënten met meer comorbiditeit, hoger ziekte stadium en complicaties hebben postoperatief een slechtere uitkomst, maar als ze een langdurige IC-opname overleven, is de één-jaars overleving goed.



Verena Kornmann

In deel twee blijkt atherosclerose van de viscerale vaten geen effect te hebben op het ontstaan van naadlekkages en pre-operatieve revascularisatie lijkt hiervoor niet zinvol. Met de 'sidestream darkfield imaging' techniek kan de microcirculatie van de intestinale serosa gemeten worden, met als uiteindelijke doel in de toekomst de lokatie van een optimaal gevasculariseerde naad te bepalen.

Het derde deel focust op vroege identificatie van postoperatieve complicaties. De abdominale CT-scan heeft de voorkeur bij diagnostiek naar naadlekkages. Echter blijkt de sensitiviteit van de CT-scan hierbij relatief laag te zijn. Met het starten van de CONDOR-studie hopen we een optimaal diagnostisch algoritme te ontwikkelen om naadlekkages eerder te identificeren.

In het laatste deel wordt dieper ingegaan op de impact van fecale incontinentie op de kwaliteit van leven na rectumchirurgie. Dit onderwerp verdient aandacht tijdens de pre-operatieve voorlichting aan de patiënt.

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

Concluderend zijn we goed op weg om de zorg rondom colorectale operaties te verbeteren. Belangrijk is nu het streven naar meer geïndividualiseerde peri-operatieve zorg.

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

We hebben een mooie 'Antonius-database' op kunnen bouwen, bestaande uit ongeveer 1000 colorectale patiënten. Hiermee hebben we meer inzicht verkregen in risicofactoren en complicaties rondom colorectale ingrepen en zien we al een verbetering in postoperatieve resultaten in de afgelopen jaren. Samen met de anesthesie is onderzoek opgezet naar het meten van de microcirculatie van de darm, wat nog niet eerder peroperatief gedaan is. Daarnaast hebben we beursgeld mogen ontvangen voor onze CONDOR-studie.

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

Met de resultaten van de CONDOR studie hopen we patiënten met een naadlekkage eerder op te sporen. De toepasbaarheid hiervan zal klinisch getest moeten worden in vervolgstudies. Als tweede zouden we ook graag meer microcirculatie metingen willen doen, om meer inzicht te krijgen in wat 'normaal' is en wanneer de circulatie afwijkend is.

**Tot slot: wat zijn je plannen voor komende tijd?**

Ik ben nu 3e jaars AIOS chirurgie in het Slingeland ziekenhuis te Doetinchem. Per juli van komend jaar zal ik de opleiding vervolgen in het Radboud UMC te Nijmegen. Daarnaast ben ik bezig met de afronding van een studie naar complicaties bij stoma's en zal ik (zijdelings) betrokken blijven bij de CONDOR-studie en lopende studies naar de microcirculatie.





# Vijf vragen aan: Annette Hegeman

*Appearance of  
depression in later life*

## **Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?**

Dit promotieonderzoek heeft tot het inzicht geleid dat een depressie op oudere leeftijd er anders uitziet dan op jongere leeftijd. Vanaf de leeftijd van 70 jaar presenteren depressieve ouderen minder stemmings en motivatonele symptomen van een depressie. Zo werd duidelijk dat bij het ouder worden er een meer somatische presentatie is van depressie, maar niet door het uiten van meer lichamelijke klachten vanuit een depressie. Daarnaast vonden wij dat depressieve ouderen met een hart- en vaatziekte of een aandoening van het bewegingsapparaat na 2 jaar vaker (nog steeds) een depressie hadden. Verder bleek dat hoe meer chronische ziekten een depressieve oudere heeft hoe groter het risico is op het hebben van een depressie 2 jaar later.

## **Wat veranderen de resultaten van dit onderzoek aan de zorg in het St. Antonius ziekenhuis?**

Ik hoop dat artsen bij oudere patiënten eerder bedacht zijn op een depressie als mogelijke verklaring van lichamelijke klachten, vooral als die klachten onbegrepen zijn.

## **Op welke onderdeel van je onderzoek ben je het meest trots en waarom?**

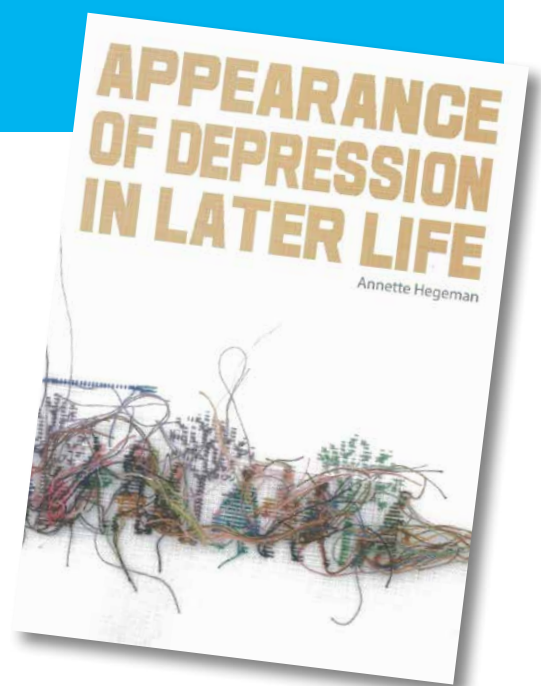
Het artikel 'Depression in later life: a more somatic presentation?' omdat dit de studie is die daadwerkelijk de belangrijkste onderzoeksvraag beantwoordt heeft.

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

Graag zou ik fenomenologisch onderzoek met betrekking tot depressie vervolgen. De wisselwerking tussen chronische ziekten, "sickness behavior" en depressie.

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

Naast het schrijven van 2 hoofdstukken ('Psychiatrische stoornissen bij chronische ziekten' voor 'Handboek ouderenpsychiatrie' en 'ECT in het algemeen ziekenhuis' voor 'Handboek ECT'), wil ik het onderzoeksklimaat met focus op het grensvlak tussen soma en psyche verder vormgeven op de afdeling Psychiatrie & Psychologie.



Annette Hegeman

van Moorsel CH, Ten Klooster L, van Oosterhout MF, de Jong PA, Adams H, Van Es WH, Ruven HJ, van der Vis JJ, Grutters JC. SFTPA2 Mutations in Familial and Sporadic Idiopathic Interstitial Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;192(10):1249-52

# Longfibrose bij patiënten met Idiopathische Interstitiële Pneumonieën

**Longfibrose komt veelvuldig voor bij patiënten met Idiopathische Interstitiële Pneumonieën (IIP). Het is de meest bedreigende vorm van IIP met een mediane overleving van 3-4 jaar na diagnose. De oorzaak van de longfibrose is onbekend en therapieën kunnen de ziekte niet genezen, hoogstens het ziekteproces licht vertragen.**

Circa 20% van de patiënten heeft een familiale vorm van de ziekte en de laatste 10 jaar zijn een aantal genen die longfibrose veroorzaken geïdentificeerd. Het St. Antonius ziekenhuis herbergt het grootste expertisecentrum interstitiële longziekten van Nederland en doet veel onderzoek naar familiale longfibrose. In 2008 zijn er 2 families in de Verenigde Staten met familiale longfibrose en longkanker beschreven die mutaties in het surfactant proteïne A2 gen (SFTPA2) hadden. Daarom hebben wij het SFTPA2 gen in het DNA

van 39 niet-verwante patiënten met familiale longfibrose onderzocht. In 3 patiënten en hun familie is een heterozygote mutatie gevonden in het SFTPA2 gen. Deze specifieke mutaties waren wereldwijd nooit eerder gevonden. Bij de screening van het DNA van een groep sporadische IIP patiënten op de SFTPA2 mutaties werd nog één patiënt gevonden met een SFTPA2 mutatie. In de familie en de patiënten komen zowel longfibrose als longkanker voor, vaak in dezelfde patiënt. Deze bevinding heeft belangrijke consequenties voor ziekte monitoring en therapie van deze longfibrose patiënten en hun families. De genetische oorzaak is autosomaal dominant overerfbaar. Dat betekent dat kinderen van patiënten 50% kans op de ziekte hebben. Zij kunnen via de longarts en klinisch genetisch counselor gescreend worden. Bij het monitoren van de patiënt moet steeds rekening gehouden worden met mogelijke tumorvor-



Coline van Moorsel

ming. Dit is lastig te onderscheiden van fibrosevorming en hierbij kan een PET-scan uitkomst bieden. Daarnaast moet er vroegtijdig worden gedacht aan longtransplantatie omdat tumorvorming een contra-indicatie is transplantatie. Hierbij is een dubbelzijdige transplantatie geadviseerd omdat tumorvorming in de native long bij eenzijdige transplantatie plaats kan vinden.

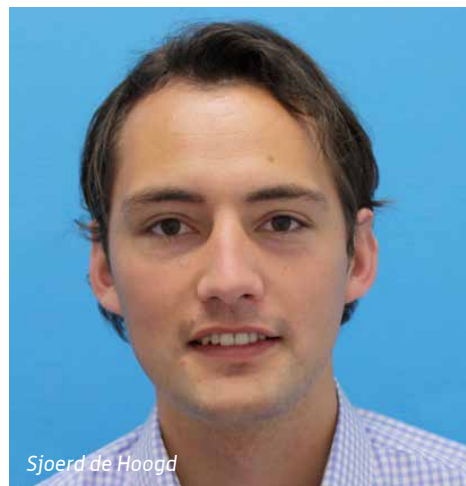
de Hoogd S, Ahlers SJ, van Dongen EP, van de Garde EM, Hamilton-Ter Brake AT, Dahan A, Tibboel D, Knibbe CA. Is Intraoperative Remifentanyl Associated With Acute or Chronic Postoperative Pain After Prolonged Surgery? An Update of the Literature. *Clin J Pain.* 2015 Nov 26. [Epub ahead of print]

# Remifentaniol

**Het kort, maar sterkwerkende opioïde remifentaniol wordt veel gebruikt bij kort- en langdurige chirurgie. Dit artikel geeft een overzicht van de meest recente literatuur waarbij een mogelijke relatie tussen het intraoperatieve gebruik van remifentaniol en het optreden van acute postoperatieve pijn, hyperalgesie en chronische postoperatieve pijn wordt onderzocht. Extra aandacht wordt gegeven aan de eventuele invloed van anesthetica waar remifentaniol mee gecombineerd wordt tijdens de anesthesie.**

Van de 21 studies waarin remifentaniol werd toegepast bij langdurige operaties (>2 uur) liet ongeveer de helft hogere postoperatieve pijn

scores, een hoger postoperatief pijnstilling gebruik of beide zien in de remifentaniol groep. De co-anesthetica leken hierop enigszins van invloed te zijn. De combinatie remifentaniol en propofol lijkt hierbij gunstiger te zijn voor wat betreft postoperatieve pijn dan de combinatie remifentaniol en dampvormige anesthetica. Ten aanzien van de invloed van remifentaniol op chronische pijn bleken er maar vier studies te zijn, die dusdanig van opzet en van doel verschilden dat harde conclusies op dit eindpunt nog niet kunnen worden getrokken. Concluderend lijken er aanwijzingen dat remifentaniol een negatief effect heeft op postoperatieve pijn, echter doordat de studies erg verschillen is het nog te vroeg om eenduidige conclusies te trekken. Desalniettemin lijkt de keuze van co-anesthetica relevant voor het optreden van postoperatieve pijn. De



Sjoerd de Hoogd

relatie tussen chronische pijn en het gebruik van remifentaniol behoeft meer onderzoek. Onderzoek naar de invloed van remifentaniol op postoperatieve acute en chronische pijn wordt op dit moment in het St. Antonius Ziekenhuis onderzocht door middel van een gerandomiseerde studie waarvan de resultaten binnenkort verwacht worden.

## Call for abstracts St. Antonius Wetenschapsavond

De St. Antonius Wetenschapsavond komt eraan! Op woensdag 28 september zullen onderzoekers van verschillende disciplines hun bevindingen met elkaar delen in diverse voordrachten en posterpresentaties. Wij nodigen u van harte uit om uw abstract in te sturen. De avond staat open voor iedereen die vanuit het St. Antonius Ziekenhuis onderzoek doet. Ook niet-medische disciplines worden dus nadrukkelijk uitgenodigd om hun onderzoek in te sturen!

U kunt uw wetenschappelijk abstract tot 17 juni insturen naar [n.koppelman@antoniusziekenhuis.nl](mailto:n.koppelman@antoniusziekenhuis.nl), o.v.v. St. Antonius Wetenschapsavond 2016. De eisen waaraan de inzendingen moeten voldoen, zijn te vinden via intranet en op te vragen bij Noortje Koppelman ([n.koppelman@antoniusziekenhuis.nl](mailto:n.koppelman@antoniusziekenhuis.nl) / tst. 3471). Alle inzenders mogen sowieso een posterpresentatie verzorgen.

## Innovatiesymposium

**Op 21 april jongstleden stond innovatie wederom centraal. Tijdens een avondsymposium georganiseerd ter ere van het 10-jarig bestaan van het Fonds Geneeskundige Innovatie zijn een aantal van de vele gerealiseerde innovaties uitgebreid gepresenteerd.**

De avond startte met een voordracht over een nieuwe techniek om door middel van elektrische stimulatie slaapapnoe tegen te gaan. Daarna volgden nog drie andere zeer aansprekende voordrachten over het tijdens de operatie al kunnen meten van de bloedplaatjesfunctie, het snel en efficiënt bepalen van grote aantallen genetische variaties, en een nieuwe scan om veel nauwkeuriger te kunnen vaststellen of er sprake is van uitzaaiingen van prostaatkanker.

De avond werd afgesloten door een inspirerende gastspreker (Joris Arts) die de aanwezigen meenam in alle IT-mogelijkheden om patiënten veel meer dan nu vaak gebeurt te betrekken bij hun eigen ziekte en zorg.

## Loes Janssens wint CATwalk 2016

De tweede editie van de St. Antonius CATwalk is gewonnen door Loes Janssens, aios SEH. Met haar CAT over catnaps (hazenslaapjes) tijdens de nachtdienst, gooide ze hoge ogen bij de vakjury. Naast de roze CATwalk-bokaal, ontving ze hiervoor uit handen van juryvoorzitter Peter Bruins een fashion cheque en een taart voor haar afdeling.



Romy Verbeek in actie op de CATwalk

Onder leiding van geanimeerd en toegewijd dagvoorzitter Bart Vlamincx streden zes kandidaten op de CATwalk. Met hun Critically Appraised Topic (CAT) konden ze naast de juryprijs ook een publieksprijs winnen. De vakjury (bestaande uit Peter Bruins, Anniek Epema, Hans Kelder en Miebet Wilhelm) beoordeelde de kwaliteit van de CATs, het publiek richtte zich vooral op de vorm. De zaal was goed gevuld en de stembus aan het einde

van de avond dus ook. Romy Verbeek, aios MDL, sleepte de meeste stemmen van het publiek in de wacht met haar heldere en creatieve presentatie over poliepgrootte en bloedingen na poliepectomie. Ook de deelnemers die buiten de prijzen vielen, werden door de jury geprezen om de kwaliteit van hun CAT en de enthousiaste presentatie daarvan. Elke CAT leverde diverse vragen op uit het publiek en net als vorig jaar was het multidisciplinaire karakter hiervan een succes.



### Alternatieve geneeswijzen

Tijdens het juryberaad na de CATs boeide Arine Vlieger het publiek door uit te leggen hoe van oorsprong alternatieve geneeswijzen door gedegen wetenschappelijk onderzoek de kwakzalverij konden ontstijgen en wat we in de reguliere geneeskunde kunnen leren van specifieke effecten bij alternatieve geneeswijzen. Het publiek ging geïnspireerd en met een open mind weer naar huis.

Loes Janssens met de CATwalk-bokaal.



## Nieuw onderzoek

Onderstaande eigen geïnitieerde onderzoeken zijn in de periode maart-mei 2016 goedgekeurd door de Raad van Bestuur. Een overzicht van al het goedgekeurde onderzoek in het St. Antonius ziekenhuis in deze periode, is te vinden via onderstaande QR-code

### WMO-onderzoeken

#### Anesthesiologie

Anesthesia Geriatric Evaluation on predicting health related quality of life after peripheral vascular surgery in elderly patients

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: dr. P.G. Noordzij*

#### Cardio Thoracale Chirurgie

A randomized prospective multicenter trial for stroke prevention by surgical occlusion of the left atrial appendage in patients undergoing aortic valve bioprosthetic surgery

*Multicenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: dr. B.P. van Putte*

#### Cardiologie

Calibration of time-densitometry for the quantification of aortic regurgitation

*Multicenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: dr. M. Swaans*

#### Heelkunde

The effect of Telmisartan on inflammatory processes in the vascular wall of abdominal aortic aneurysms

*Multicenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: dr. J.P.P.M. de Vries*

### Overige onderzoeken

#### Anesthesiologie

voorspellende waarde van elektrische pijndrempelmetingen voor effectiviteit van transforaminale zenuwroterblokkade bij hernia patiënten met unilaterale pijnklachten (QST pilot studie)

*Monocenter onderzoek*

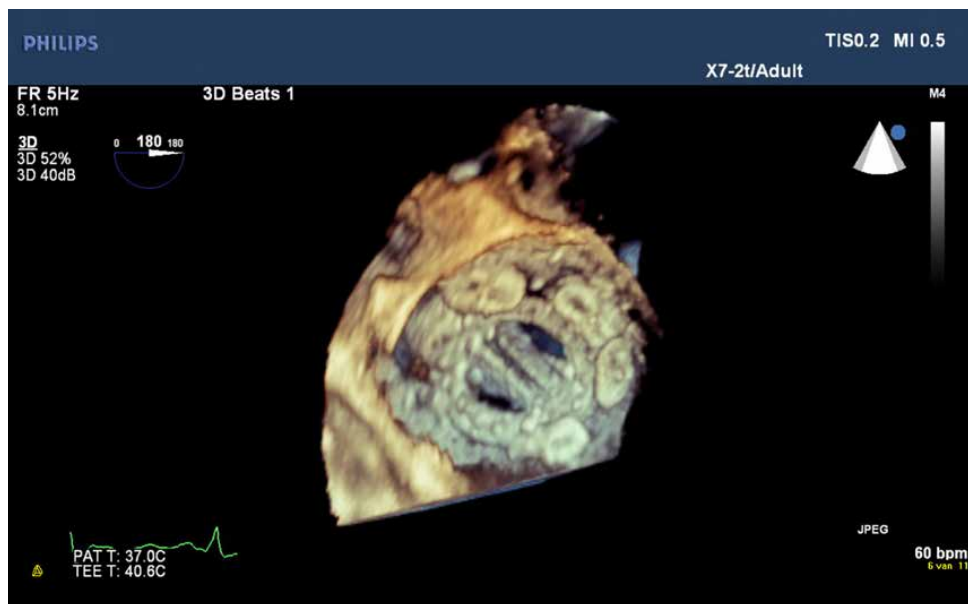
*Hoofdonderzoeker: I. Krabbenbos*

#### Cardiologie

Transcatheter aortic and mitral paravalvular leak closure – a National Prospective Registry Study

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: V.J. Nijenhuis*



Transcatheter aortic valve implantation (TAVI)

– St Antonius Registry

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: V.J. Nijenhuis*

Conducting channel visualisation using MRI imaging prior to ventricular tachycardia ablation – pilot study to assess the additional value of ADAS software

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: M. Hoogendijk*

#### Heelkunde

Point of care Ultrasound or Radiographic Evaluation of the Wrist in Infants with Suspected Trauma

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: A.C. Epema*

#### Interne geneeskunde

A national MYC screening study in relation to the HOVON 130 protocol

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: J.M.I. Vos*

#### Klinische farmacologie

Evaluation of effectiveness and costs of Avastin compared to Eylea in AMD treatment of patients from the St. Antonius hospital

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: E.M.W. van de Garde*

#### Klinische Fysica en instrumentatie (KFI)

Dosistempo ontslagmeting met het CoTI systeem

*Monocenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: dhr. J.B.A. Habraken*

#### Neurologie

Thrombolysis and Uncontrolled Hypertension

*Multicenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: dhr. W.J. Schonewille*

#### Nucleaire Geneeskunde

Evaluatie resultaten I-131- behandeling bij Morbus Graves, Autonome Toxische Nodus (ATN) en Toxische Multinodulaire struma; een multicenter studie

*Multicenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: I. Strijbosch*

#### Urologie

A prospective cohort to investigate the effect of a LUTS/BPH decision aid

*Multicenter onderzoek*

*Hoofdonderzoeker: H.H.E. van Melick*



[www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2016-2](http://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2016-2)

# Facts & Figures

## EPD-Connect

- Er werken circa 120 medewerkers aan het Epic project
- Om richting te geven aan de inrichting van ons nieuwe EPD moeten er eind mei zo'n 1.500 - 2.000 "groundwork" vragen beantwoord zijn
- In juni en juli zijn er ongeveer 250 "direction sessions" waarin deze antwoorden verder besproken worden



RESEARCH & DEVELOPMENT

ST ANTONIUS

ACADEMIE

ST ANTONIUS