

LOUPE

WETENSCHAP EN INNOVATIE IN
HET ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

Promoties: De impact van obesitas

Evidence based:
DOACs bij longembolieën

Innovatie:
Bewegingsmonitor-app

Opinie:
Science in transition



Inhoud	2
Agenda	2
Colofon	2
Van de redactie	3
Opinie	4/5
Science in Transition	
Innovatie	6
App ILD care	
Uit de promovendiclub	7
Dewi Stalpers: Nurse sensitive patient outcomes	
Nieuws	8
Wetenschapsprijs 2016 voor vergelijkend onderzoek diagnostiek prostaatcancer	
Onder de Loupe	9
De tuinman	
Uit de promovendiclub	10
Marloes Fricker-van der Aa: Diagnosis and treatment of obese children with insulin resistance	
Uit de promovendiclub	11
Anne van Rongen: The impact of obesity on the pharmacokinetics of drugs in adolescents and adults	
Nieuw onderzoek	12
Evidence-based	13
DOACs: kunnen we al?	
Ingezonden	14
Afscheid Bert van Ramshorst	
Fact check	16

Cursussen	
SPSS basiscursus	
Locatie: Nieuwegein	
Data: (17,) 24 januari, 7, 14, 21 februari	
Tijdstip: 16.00 - 19.00 uur	
Docentprofessionalisering: CATs begeleiden en beoordelen	
Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein	
Datum: 23 januari	
Tijdstip: 18.00 - 20.00 uur	
Zoeken voor een CAT in PubMed	
Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein	
Datum: 10 april	
Tijdstip: 17.00 - 19.30 uur	

Overige activiteiten	
Discipline Overstijgend Onderwijs	
Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein & Conferentiekamer 5b Leidsche Rijn	
Datum: elke 3e dinsdag van de maand	
Tijdstip: 17.15 - 18.15 uur	
Promovendiclub	
Locatie: Maarten Rook Zaal, Nieuwegein	
Kerstborrel: 22 december, 17.00 uur	
Data: 11 januari, 23 februari en 30 maart	
Tijdstip: 12.30 - 13.30 uur	
CATwalk	
Locatie: Auditorium Nieuwegein	
Thema: de oudere patiënt	
Datum: 6 april	
Tijdstip: vanaf 17.00 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

Cover:
De impact van obesitas



Aanvullend materiaal: www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2016-4

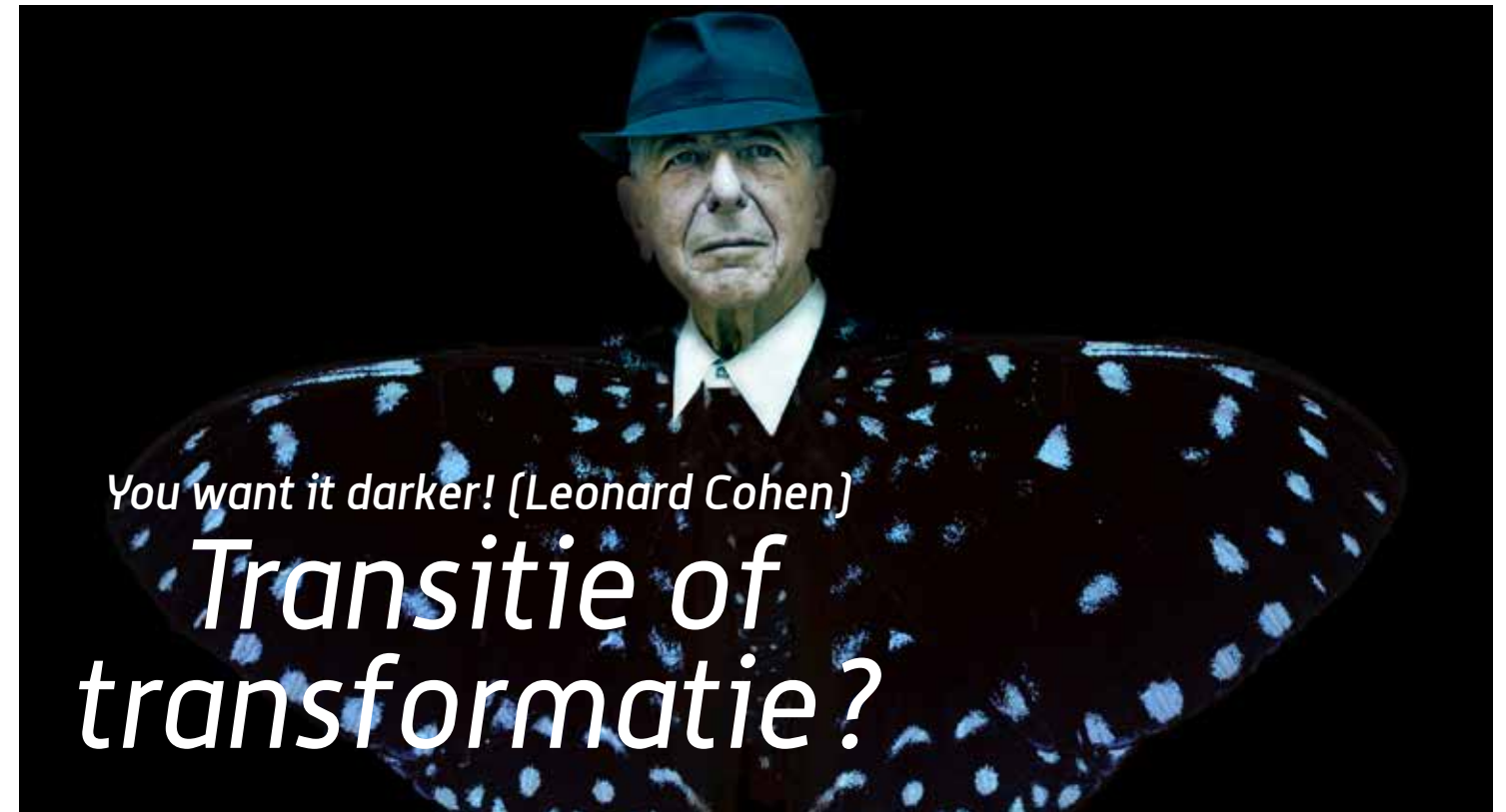
Colofon

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	

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/2016-4	

Van de redactie



Waarom is dit een Loupe nummer waarvoor je echt even rustig moet gaan zitten? Omdat het artikelen bevat die leerzaam, boeiend en vermakelijk zijn! Een méér dan uitzonderlijke bijdrage van onze vaste columnist Jules Schagen van Leeuwen, waarin hij werkelijk helemaal los gaat. Als het een wetenschappelijk experiment zou zijn geweest, dan zou de bijdrage als outlier (uitbijter) verwijderd zijn. Maar voor een uitbijter is plek in Loupe. In de tijd van big data is het niet meer done om outliers weg te gooien.

In Opinie op pagina vier fraai proza van Rinze Benedictus over 'Science in Transition'. Zorg en wetenschap in verandering door een wereld die meer en meer vraagt om en hunkert naar genezingen en oplossingen voor alledaagse problemen.

Wetenschap in transitie? Waarom niet wetenschap in transformatie als het zo belangrijk is? Wat is eigenlijk het verschil tussen transitie en transformatie. Gewoon even plat googelen tussen het nepnieuws door: transitie is een structurele verandering die het resultaat is van op elkaar inwerkende en elkaar versterkende ontwikkelingen. Transformatie gaat over een personage, waarbij in het begin vaak een probleem bestaat en dit aan het einde opgelost wordt. Transitie wordt meestal als geleidelijk en langzaam ervaren en transformatie als snel, met vaak een ingrijpende, verrassende verandering van verschijning.

Een paar voorbeelden met de vraag: Transitie of transformatie?

- Een rups wordt een vlinder. Duidelijk transformatie. Waarom? Personage is een rupsje nooitgenoeg, de pop was klein en plotseling is het een vliegende vlinder. Probleem opgelost. Mee eens?
- Intrazis wordt EPIC. Die is moeilijker, hè? Is het wel snel? Wordt er een probleem opgelost? Wie is het personage? Ik ga toch voor transformatie!
- Fusie Zuwe Hofpoort en Sint Antonius. Nog wat moeilijker, toch? Wie is het personage? Wat is het probleem? Snel en verrassend? Te ingewikkeld. Wil je behandeld worden in een ziekenhuis in transitie of in transformatie? Ik ga voor transitie!

Science in Transition. Jammer, ik had het graag in transformatie gezien. Het artikel is een aanrader!

Ewoudt van de Garde vertrekt na jaren als redacteur van Loupe voor de rubriek 'Uit de promovendiclub'. Hij heeft niet alleen zijn eigen rubriek elke keer fraai vormgegeven, maar heeft ook jarenlang een zeer actieve en constructieve bijdrage geleverd aan de inhoud en vorm van Loupe. Dat Ewoudt stopt bij Loupe en andere mooie dingen gaat doen in ons ziekenhuis is geen transitie of transformatie, maar transportatie. Bert van Ramshorst is vertrokken (zie zijn afscheidsrede op pagina 14). Geen twijfel mogelijk: amputatie.

Op naar de kerst. Transitie van je gewicht, en transformatie door het licht! Fijne feestdagen en veel leesplezier!

Antoniuspublicaties

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



Science in Transition: van impact factor naar impact



Rinze Benedictus
Stafadviseur bij het
UMC Utrecht en
promovendus bij het
CWTS,
Leiden Universiteit

Wetenschappelijk onderzoek levert antwoorden, maar lang niet altijd op de goede vragen. Nieronderzoekers wilden een draagbare kunstnier ontwikkelen. Dialysepatiënten hoefden daar niet zo nodig de hele dag mee rond te lopen, maar wilden graag een dialyseapparaat voor op het nachtkastje. Reumaonderzoekers wilden de rol van T-cellen bij het ontstaan van jeugdreuma begrijpen. Jeugdreumapatiënten wilden graag onderzoek naar extreme misselijkheid, een ernstige bijwerking van de standaardtherapie. Epilepsieonderzoekers wilden epilepsiehaarden localiseren bij kinderen met onbehandelbare epilepsie. Ouders van deze kinderen wilden graag een detectiesysteem dat ze waarschuwt bij nachtelijke epileptische aanvallen. Deze aanvallen zijn een belangrijke doodsoorzaak, waardoor ouders van deze kinderen vaak slecht slapen.

Sinds de oprichting in 2013 stelt Science in Transition¹ kritische vragen over de kwaliteit en relevantie van wetenschappelijk onderzoek. Science in Transition signaleert een mismatch tussen de maatschappelijke taak van de wetenschap en het waarderingssysteem voor wetenschappers. Centraal in de sociaal-wetenschappelijke analyse van Science in Transition staat de 'credibility cycle' van

Bruno Latour. Wetenschappers streven naar 'krediet', waardering en respect van collega's dat nodig is om wetenschap te kunnen blijven doen en carrière te maken. Dat krediet verdienen je tegenwoordig vooral via wetenschappelijke publicaties, het liefst in tijdschriften met een hoge impactfactor. Publicaties zijn de pasmunt van de wetenschap geworden. Wetenschappers hebben ze nodig om

benoemd te worden en om beurzen te krijgen. Tegelijkertijd is het aantal wetenschappers in de afgelopen decennia sterk toegenomen en is er toenemende bestuurlijke en maatschappelijke roep om regulatie, controle en accountability. Deze verantwoording en controle werkt het sturen op wetenschappelijke publicaties, als objectief meetbare output, in de hand.

Maar wetenschappelijke publicaties en impactfactoren zijn helemaal geen goede indicatoren voor kwaliteit. Het vervormt de wetenschap. In combinatie met hypercompetitie om beurzen en kortetermijnfinanciering leidt het tot 'incremental science'. Wetenschappers richten zich op overzichtelijke problemen waarvan de resultaten in elk geval binnen de projectperiode goed publiceerbaar zijn. Complexe, discipline-overstijgende problemen uit 'de echte wereld' zijn te riskant en krijgen daardoor minder aandacht dan ze verdienen.



Het beoordelen op bibliometrische getallen bevoordeelt bovendien disciplines met een specifieke publicatie- en citatiecultuur. Sommige andere disciplines, zoals bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde, geriatrie of revalidatiewetenschappen, doen het juist slechter in dat systeem. Dit leidt tot prestigeverschillen tussen disciplines die zich niet verhouden tot het werkelijke wetenschappelijke, klinische en maatschappelijke belang van het onderzoek.



Frank Miedema
Decaan en vice-voorzitter
van de raad van bestuur
van het UMC Utrecht en
een van de oprichters van
Science in Transition

Dit is natuurlijk een internationaal probleem. De serie artikelen in The Lancet² onder de noemer "Increasing value, reducing waste" (januari 2014) is verplicht leesvoer voor elke arts met wetenschappelijke ambitie. Een groep gerenommeerde wetenschappers stelt in deze artikelen een pittige diagnose. Héél véél medisch-wetenschappelijk onderzoek wordt om de verkeerde redenen gedaan, slecht uitgevoerd en gebrekkig opgeschreven. Dit leidt tot een wereldwijde verspilling van tientallen miljarden euro's per jaar en nutteloze extra belasting voor patiënten. Ethisch onverdedigbaar.

Mede geïnspireerd door de Lancet-serie bracht de Gezondheidsraad recent het rapport 'Onderzoek waarvan je beter wordt' (oktober 2016) uit³. Daarin stelt de raad:

"UMC's zijn efficiënte producenten van internationaal bovengemiddeld vaak geciteerde wetenschappelijke publicaties en van zorginnovaties die in toenemende mate vooral relatief kleine patiëntengroepen ten goede komen."

De Gezondheidsraad bevestigt de diagnose van de Lancet-serie. Het sturen op bibliometrische indicatoren vervormt de biomedische wetenschap. Biomedisch onderzoek is te ver af komen te staan van de vragen waarmee zorg-

verleners en patiënten in de praktijk zitten. De Gezondheidsraad vindt dat UMC's moeten bijdragen "aan kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en preventie. Dat vraagt om structurele samenwerking met andere zorgverleners, patiënten en gemeenten, zodat de vragen worden onderzocht die er in de praktijk toe doen."

In het UMC Utrecht, een van de initiatiefnemers van Science in Transition, brengen we de aanbevelingen van de Gezondheidsraad in de praktijk⁴. We benoemen onderzoekers op basis van een breed palet aan prestaties en vaardigheden. We beoordelen onderzoek niet alleen op meetbare output, maar ook op de kwaliteit van het team en het proces van het onderzoek. (Hoe zijn onderzoekers tot hun vragen gekomen? Wat doen ze om positieve resultaten verder te brengen?) En we betrekken de gebruikers van onze kennis – patiënten, patiëntenverenigingen, bedrijven en andere partijen – bij het beoordelen van en richting geven aan ons onderzoek. Het UMC Utrecht streeft naar impact door het goede onderzoek goed te doen.

Terug naar de voorbeelden aan het begin van dit artikel. De laboratoriumversie van de draagbare kunstnier is er, het klinische prototype moet eind 2017 klaar zijn. Misselijkheid bij reumamedicatie blijkt deels te voorkomen door patiënten op een gestructureerde manier extra aandacht te laten geven. En het nachtelijke detectiesysteem voor epilepsieaanvallen wordt getest in een trial. Onderzoek met impact.

Referenties

1. <http://www.scienceintransition.nl/over-science-in-transition/position-paper>
2. <http://www.thelancet.com/series/research>
3. <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkerrein/innovatie-en-kennisinfrastructuur/onderzoek-waar-van-je-beter-wordt>
4. <http://www.nature.com/news/fewer-numbers-better-science-1.20858>

Zorg op maat dankzij unieke multidisciplinaire samenwerking

Ontwikkeling ild care bewegingsmonitor-app



Marjolein Drent
Longarts

Interstitiële longaandoeningen (ild) is de verzamelnaam van een groep zeldzame longaandoeningen. Deze aandoeningen gaan vaak gepaard met verminderde conditie en chronische vermoeidheid, wat een behoorlijke impact heeft op het dagelijks leven.

Van oudsher wordt de conditie in kaart gebracht bij controles. Maar het ziekteverloop is grillig en daardoor ontstaat gemakkelijk een vertekend beeld. Betrouwbare monitoring van de patiënt blijkt in de praktijk een probleem. Een continue meting geeft een nauwkeuriger indruk van de belastbaarheid van de patiënt. Recent kwam een unieke samenwerking tot stand. Quality Assurance specialist SYSQA en softwareontwikkelaar Mansystems sloegen de handen ineen. Samen met het researchteam van de ild care foundation en het ild Expertisecentrum van het St. Antonius Ziekenhuis ontwikkelden zij de 'ild care activiteitenmonitor-app': een app die continue meting mogelijk maakt.

Voor de ontwikkeling van de app werd een aantal eisen vastgesteld. Welke doelen moeten bereikt worden en wanneer is het project een succes? De antwoorden werden vervolgens zodanig geformuleerd dat ze konden worden omgezet in software. Om een ziekteproces

continu te kunnen volgen moeten gegevens worden verzameld. Tijdens de ontwikkeling was er steeds terugkoppeling met de patiënten. Er werd gebruik gemaakt van een bestaande wearable, namelijk een polsband die fysieke activiteit en calorieverbruik registreert. Daarnaast werden door de zorgprofessionals vragenlijsten opgesteld om relevante aanvullende onderzoeksgegevens te verzamelen.

Optimaal trainingsprogramma

Meer inzicht begint met inwinnen van informatie. Informatie krijgt pas betekenis als het afgebakend wordt en in het juiste perspectief wordt geplaatst. De patiënt draagt daarom een wearable, een polsband die fysieke activiteit en calorieverbruik registreert. Op de mobiele telefoon worden vragenlijsten ingevuld over hoe hij zich voelt. De ild care activiteitenmonitor-app zorgt vervolgens dat de relevante gegevens op de juiste manier worden verzameld, waarna ze logisch met elkaar worden verbonden en weergegeven.



Een wearable die onder andere fysieke activiteit en calorieverbruik registreert.

De patiënt formuleert een doel dat hij in drie maanden wil bereiken. Via een dashboard kunnen zowel arts als patiënt de gegevens raadplegen. Aan de hand van de gegevens op het dashboard en het gestelde doel kan daarna het optimale trainingsschema worden opgesteld samen met de begeleidende fysiotherapeuten en zo nodig bijgesteld.

Toegevoegde waarde

Niet alleen de medische begeleiders, ook de cliënt kan het dashboard raadplegen. Hierdoor kan hij het verloop van het ziekteproces volgen, geïnformeerd worden over zijn conditie en fitheid, meedenken en betrokken blijven bij de ontwikkelingen. Het is een unieke vorm van multidisciplinaire samenwerking tussen patiënten, zorgprofessionals en de ICT-wereld. Deze app levert zorg op maat en is breed inzetbaar, ook bij andere chronische aandoeningen. Hopelijk wordt het inwinnen van informatie op deze manier of het voeren van een gesprek met de patiënt door de zorgverzekeraar in de toekomst ook vergoed.



De verzamelde gegevens inzichtelijk.

Vijf vragen aan: Dewi Stalpers

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Verpleegkundigen zijn de grootste groep van professionals in ziekenhuizen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg aan de hand van zogenaamde prestatie-indicatoren. Verpleegsensitieve indicatoren hebben betrekking op de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening. Voorbeelden zijn pijn, ondervoeding, delier en decubitus. Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor het signaleren van deze gezondheidsrisico's en het inzetten van daaruit voortvloeiende interventies. Dit proefschrift met onderzoek in Nederlandse ziekenhuizen en specifiek intensive care afdelingen, heeft laten zien dat verpleegsensitieve screeningsindicatoren een goede maat zijn voor het meten van de verpleegkundige kwaliteit. In de dagelijkse praktijk ervaren verpleegkundigen echter barrières met betrekking tot het gebruik van deze indicatoren, met name de tijd die het continu documenteren en registreren van risico's en interventies kost. Verder hebben we bekeken welke kenmerken van verpleegkundigen en hun werkomgeving van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Naast het opleidingsniveau, kwamen ook autonomie, werken met vakbekwame collega's, patiëntgerichte zorgcultuur, personeelsbezetting en goede samenwerking met artsen naar voren als invloedrijke factoren. De mogelijkheid om proactief te handelen is naar voren gekomen als een belangrijke mediërende factor.

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

Voor de optimalisatie van de kwaliteit van verpleegkundige zorg zijn er een aantal belangrijke aanbevelingen te doen:

- Voor de organisatie is het belangrijk om te streven naar optimalisering van verpleegkundige processen, zoals de continue monitoring van verpleegsensitieve indicatoren en de reductie van de registratielast. Een optie hiervoor is het benchmarken op basis van een reeks relevante prestatie-indicatoren, bijvoorbeeld door bepaling van afdelings-specifieke dan wel specialisatiespecifieke



indicatoren. Verder is een wetenschappelijke basis gelegd voor het belang van een adequate en efficiënte inzet van personeel en competenties, bijvoorbeeld door middel van functiedifferentiatie.

- Voor leidinggevenden op de afdelingen is het belangrijk om de intrinsieke motivatie voor het invullen van screeningslijstjes te verbeteren, bijvoorbeeld door verpleegkundigen meer bewust te maken van de meerwaarde hiervan. Het verhogen van de verantwoordelijkheid met betrekking tot prestatie-indicatoren kan bijvoorbeeld bereikt worden door het benadrukken (personaliseren) van de effecten die verpleegkundige zorg voor patiënten kan hebben.
- Voor verpleegkundigen is het belangrijk dat ze continu reflecterend professioneel blijven denken en dat ze de mogelijkheid krijgen om hun kennis en kunde door middel van scholing te onderhouden.

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

Het afronden van een proefschrift als verpleegkundige en buitenpromovenda in het St. Antonius is iets waar ik erg trots op ben. Ik hoop hiermee ook een voorbeeld te kunnen zijn voor verpleegkundigen wat betreft de mogelijkheden die er voor hen openliggen.

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

Het huidige proefschrift is gebaseerd op cross-sectioneel en observationeel onderzoek. Mijn streven is om in de toekomst meer longitudinaal onderzoek te doen om zo causale relaties te vinden tussen verpleegkundigen, hun werkomgeving en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Wat zijn je plannen voor de komende periode?

Sinds juli ben ik naast mijn werk op de IC ook werkzaam bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) waar ik verantwoordelijk ben voor het project 'functiedifferentiatie MBO-HBO verpleegkundigen'. Dit onderwerp staat landelijk hoog op de agenda en ligt in het verlengde van mijn proefschrift. Om in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen, zal de verpleegkundige beroepsgroep verder moeten professionaliseren. Met functiedifferentiatie beoog je een efficiënte personeelsaanstelling met duidelijke taken en verantwoordelijkheden. En het uiteindelijk streven is om te zorgen voor een beroepsgroep waarin iedereen op de juiste plek wordt ingezet en zo kan excelleren (lees: excellente zorg verlenen aan patiënten).

Wetenschapsprijs 2016:

Vergelijkend onderzoek diagnostiek prostaatkanker



Winnaar Wetenschapsprijs 2016 Oliver Wegelin [l.] en juryvoorzitter Harm van Melick [r.]

Olivier Wegelin is de winnaar van de St. Antonius Wetenschapsprijs 2016. De jury was woensdagavond 28 september vol lof over zijn tussentijdse analyse van de Future-trial.

Dit onderzoek vergelijkt onder meer drie soorten diagnostiek voorafgaand aan of tijdens het nemen van een prostaatbiopsie. De technieken maken het mogelijk om doelgericht het gewenste biopsie te nemen, maar welke aanpak geeft de beste resultaten? En wat wil de patiënt? Olivier zette het in zijn presentatie helder op een rij.

De tweede prijs ging naar Stefan Vestjens, die uit de doeken deed in hoeverre de hoeveelheid troponine T iets zegt over de levensverwachting

van patiënten die zijn opgenomen vanwege een longontsteking.

Eervol derde werd Bob Hollemans die met de Dutch Pancreatitis Study Group onderzocht of alvleesklierontsteking met een grote operatie moet worden behandeld of dat endoscopische benadering via de maag beter is. Daarnaast probeert hij te verklaren waarom er internationaal zoveel verschil zit in de operatieresultaten bij patiënten met necrotiserende pancreatitis.

Heleen Crommelin winnaar posterprijs

Vlakbij het auditorium stonden 22 posters opgesteld. Heleen Crommelin sleepte de jaarlijkse posterprijs in de wacht met haar poster 'Lichaamsgewicht, inflammatiemarkers en albumine beïnvloeden de infliximab-

concentratie bij patiënten met sarcoïdose'. Namens de jury toonde Harm van Melick zich verheugd over het grote aantal inzendingen: "Het toont aan hoe stevig wetenschappelijk onderzoek in ons ziekenhuis is verankerd." Dat bleek niet alleen uit de bijdragen van de prijswinnaars. Ook de onderzoekspresentaties van Jules Lavalaye (namens Ludwike Kalmthout), Pascal Ramsodit, Jelmer Oor, Corine de Jong en Lisa van Wijmeren waren stuk voor stuk de moeite waard.

Gebrek aan feitenkennis

Wetenschapsjournalist Maarten Keulemans trad op als gastspreker. Aan de hand van een aantal voorbeelden liet hij zien hoe mediaredacties op basis van hetzelfde wetenschappelijke onderzoek tot extreem verschillende conclusies kunnen komen. Vaak is gebrek aan feitenkennis en statistische kennis de oorzaak, stelde Keulemans. Ook speelt een rol dat kennisinstituten (en hun boegbeelden) een bepaalde druk voelen om publiciteit te scoren, waardoor de feiten soms positief ingekleurd worden en enthousiaste journalisten er graag nog een schep bovenop doen.

Bijdragen St. Antonius Onderzoeksfonds

Op 16 november kregen negen onderzoekers de kans om in 10 minuten hun inzending toe te lichten aan de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR). Na elke presentatie was er kans vragen te stellen, waardoor menig positief kritisch geluid vanuit de WAR en het publiek te horen was.

De WAR heeft de onderzoeken inclusief aanbevelingen aan het bestuur van het St. Antonius Onderzoeksfonds doorgegeven. De volgende onderzoeken krijgen dit jaar een bijdrage, mits voldaan wordt aan toegevoegde eisen vanuit het Onderzoeksfondsbestuur:

- **Ineke van de Pol**, Nasal Ointment in central line associated blood StrEam infection prevention; a randomized controlled trial (NOSE study)
- **Emma Wasseenaar**, Peritonitis carcinomatosa bij CRC: onderzoek naar de tumorbiologie van peritoneale laesies

- **Stefan Heinen**, In-vivo validation of a non invasive MRA or CTA based patient-specific pressure model to determine the severity of iliac artery stenoses (DETECT-PAD studie 2.0)
- **Ludwike van Kalmthout**, PSMA-PET/CT in Primary staging of Prostate cancer (PEPPER trial)
- **Thijs Hoffman**, Danazol voor telomeer-gerelateerde longfibrose
- **Anne de Veer**, Combination of NOAC's and antiplatelet therapy
- **Martijn Klaver**, Implementing Self management after Catheter ablation in the treatment for Atrial fibrillation (iSCAN)

Daarnaast stelt het bestuur van het Onderzoeksfonds dit jaar een bedrag ter beschikking voor Value Based Health Care (onder voorbehoud van de uitkomst van externe toetsing van de hiervoor ingediende onderzoeksvoorstellen).

Aan de toekenningen zijn voorwaarden verbonden waar sommige onderzoekers nog mee aan de slag moeten gaan, voordat ze definitief de subsidie krijgen. Deze verschillen per toekenning en zijn aan de betreffende onderzoekers meegedeeld.



In Onder de Loupe legt gynaecoloog Jules Schagen van Leeuwen actuele ontwikkelingen in de zorg onder zijn vergrootglas

De tuinman

Ik ben een tuinman. Ik houd van tuinieren. Het vak heb ik geleerd van andere tuinvrouwen en -mannen. Sommige plantjes houden van zon, andere van schaduw. Soms wat mest, soms met aandacht verwaarlozen. Liefde voor de natuur en vakmanschap maken tuinieren interessant.

Landschapsarchitecten hebben visie. Als tuinman werk ik graag met een architect met visie. Liefst één die wat afstand houdt en geduld heeft. Niet alle plantjes doen het goed op de door de architect beoogde plaats. Soms moet de tuinman buiten het bestek experimenteren. Het kost ook tijd voordat planten volgroeid zijn. En een visie verwezenlijkt is. Snoeien is belangrijk voor een tuinman. Uit de koker van te snel opeenvolgende architecten komt slechts kaalslag. Als tuinman heb ik daar last van. Landschapsarchitecten vinden al gauw iets niet meer van deze tijd. Het moet anders, toekomstbestendig! Dat woord betekent dat de toekomst niet iets is dat we samen maken, maar iets dat we moeten doorstaan. Het is evenwel een misverstand dat je aan de toekomst bouwt, door er gedichteerd op vooruit te lopen. Eenvormigheid verdringt het vermogen tot relativeren. Atoomafval is toekomstbestendig!

Als tuinman zie je wat de toekomst van een tuin bedreigt. Welk onkruid je met wortel en tak moet uitroeien. Anders zit het overal en krijg je het nooit meer weg. Het onkruid dat de gezondheidszorg nu bedreigt heet 'Value based health care'. 'Value' is hier gedefinieerd door de uitkomst van de zorg gedeeld door het hieraan uitgegeven geld. Dat de prijs van een 'zorgproduct' nog vaak vaag is, zet geen rem op de behoefte om alvast de kwaliteit van zorg te meten. 'Rigorous, disciplined measurement... is the best way to drive system progress'¹. En daar zit het hem nu net de crux. Ik wil ook betere zorg leveren. Maar als je dat moet bereiken door steeds meer

variabelen te registreren, heb ik mijn twijfels. De fascinatie verplaatst zich van biologie naar data. Interactie in de spreekkamer raakt ondergeschikt aan transactie. Als dokter weet je dat je behandeling maar beperkte invloed heeft. Zaken als achtergrond, conditie en therapietrouw van de patiënt spelen ook een rol.

Als je het niet kunt meten, kun je het niet managen

De natuur presenteert de tuinman bij een fout meteen de rekening. Bij de landschapsarchitect blijft de wens lang de vader van de gedachte. In Nederland houden we van meten. Landschapsarchitecten kunnen niet zonder; als je het niet kunt meten, kun je het niet managen. De Franse revolutie bracht niet alleen de universele rechten van de mens, maar ook de universele maat: de meter. Gedefinieerd als ééntienmillioenste deel van de afstand tussen noodpool en evenaar². Koning Willem I zorgde er voor dat Nederland als eerste land het metrieke stelsel invoerde. Weg van de voeten, duimen, schepels en andere vaagheden. Om rechtvaardigheid in de samenleving te bevorderen voerde de Koning ook het IJkwezen in. Sjoemelen met maat en getal moest verleden tijd zijn. Meten en meetbaar maken heeft ons veel gebracht. Maar soms slaat het door. In 1907 werd de doodstrijd van zes tuberculose-patiënten ondergeschikt gemaakt aan een experiment om het gewicht van hun ziel te meten. Hun doodbed werd op een industriële weegschaal geplaatst om het gewicht van de

patiënt voor, tijdens en na de dood te bepalen. Het gewicht van de uit het lichaam vertrokken ziel? Gemiddeld 21.3 gram! Honderd jaar later zong Bløf het liedje '21 gram':

Hoeveel weegt een ziel? En is dat veel? En als ie valt, blijft ie dan heel?

Het IJkwezen transformeerde in BV Metrifact³. Het resultaat telt! (meer dan de mens.) Sturen op resultaten en de verantwoording daarvan heeft onderwijs en politie grote schade toegebracht. Hun vak is hen ontfutseld. De tuinman legde het af tegen de ideologie van de landschapsarchitect. Dat gebeurt nu ook met ons. Tussen de espresso-, haring- en oliebollijstjes staan de ziekenhuizen waar je je zieke hond niet naar toe moet sturen. Maar kan het beste ziekenhuis dan iedereen behandelen? Feitenfluisteraars weten dat de mensheid liever op fabels dan op feiten vertrouwt. En dat ingewikkelde verhalen het altijd afleggen tegen simplistische. Soms moet je als kwaliteitsguru zelf doodgaan om te begrijpen hoe het dan wel moet. Donabedian⁴ (de grondlegger van het denken over en meten van kwaliteit in de gezondheidszorg) stelde een maand voor zijn dood: "Health care is a sacred mission... a moral enterprise and a scientific enterprise but not fundamentally a commercial one. We are not selling a product. We don't have a consumer who understands everything and makes rational choices — and I include myself here. Doctors and nurses are stewards of something precious... Ultimately the secret of quality is love. You have to love your patient, you have to love your profession, you have to love your God. If you have love, you can then work backward to monitor and improve the system." Anno 2016 krijgt een Nederlander elk jaar(!) gemiddeld 100 dagen levensverwachting erbij⁵. De AOW leeftijd gaat weer omhoog. Het wordt hoog tijd dat we eens gaan meten wat we uitspoken. Vluchten naar Isphahan is (voor de tuinman) geen optie meer⁶.

¹ *What Is Value in Health Care?* Porter, ME. *N Engl J Med* 2010; 363:2477-2481

² *The Measure of All Things: The Seven-Year Odyssey and Hidden Error that Transformed the World* Ken Adler, 2002, Free Press, New York.

³ *Dijk* HM van den Brink. Atlas 2016.

⁴ *Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality*. Ayanian JZ. *N Engl J Med* 2016; 375:205-207.

⁵ www.cpb.nl

⁶ 'de tuinman en de dood' van PN van Eijck

Diagnosis and treatment of obese children with insulin resistance

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Obesitas bij kinderen is een groeiend probleem, wat problemen geeft op tal van gebieden. Onder andere type 2 diabetes mellitus (voorheen oudersdomsdiabetes) komt nu ook op de kindereleeftijd voor. In een van de studies hebben we gekeken of het toevoegen van een insulineresistentie bepaling aan de screening van kinderen met obesitas op diabetes mellitus of een voorloper daarvan zinvol is. Als naast het nuchter glucose ook de insulineresistentie wordt berekend, worden meer kinderen eruit gehaald met diabetes mellitus of een voorloper. Vervolgens hebben we gekeken naar het effect van behandeling met metformine bij kinderen met obesitas en insulineresistentie op de BMI gedurende 18 maanden [Metformin studie]. Na 18 maanden bleek er een significant verschil te zijn ontstaan tussen de kinderen die metformine kregen en die placebo kregen: de kinderen met metformine bleven stabiel qua BMI, terwijl de BMI steeg bij de kinderen die placebo kregen.

De kinderen met metformine bleven stabiel qua BMI (terwijl de BMI steeg bij de kinderen die placebo kregen)

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

Kinderen met obesitas en insulineresistentie, die onvoldoende resultaat hebben geboekt met leefstijlinterventie alleen, krijgen nu metformine aangeboden naast de leefstijlinterventie.

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

De Metformin-studie, en het positieve resultaat ondanks dat we minder patiënten hebben



geïnccludeerd dan gepland. Het heeft veel moeite gekost om de patiënten, waarvan een groot deel pubers, te includeren, en ze vervolgens te motiveren om 1,5 jaar vol te houden.

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

Een studie zoals de metformin studie, dus leefstijlinterventie voor kinderen met obesitas gecombineerd met metformine, maar dan met een tak die volledig door de 1e lijnszorg wordt begeleid, vergeleken met begeleiding binnen de 2e lijn. Ook zou ik de toepassing van e-health of het gebruik van apps om bijvoorbeeld therapietrouw te verbeteren willen onderzoeken.

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

In november 2016 heb ik de huisartsopleiding afgerond, dus de komende tijd ga ik aan de slag als (waarnemend) huisarts. Als ik daar mijn draai in heb gevonden, ga ik me misschien ook weer op het onderzoek richten.

The impact of obesity on the pharmacokinetics of drugs in adolescents and adults

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Dit proefschrift draagt bij aan de ontbrekende kennis over farmacokinetiek van geneesmiddelen bij obese adolescenten en morbide obese volwassenen (BMI > 40 kg/m²), wat uiteindelijk tot wetenschappelijk onderbouwde doseerrichtlijnen zal leiden. In dit proefschrift hebben we de farmacokinetiek van midazolam, metformine en paracetamol onderzocht. Bij midazolam is het verdelingsvolume enorm toegenomen met lichaamsgewicht, waardoor aanpassingen in de dosering nodig zijn.

Daarentegen bleek de midazolam klaring gelijk te zijn met niet-obese patiënten. Een verrassende bevinding was dat de midazolam klaring van obese adolescenten hoger was dan van morbide obese volwassenen. Wij kunnen dit verklaren doordat de duur van overgewicht invloed heeft op de CYP3A activiteit (het enzym wat midazolam afbreekt) in de lever.

Voor paracetamol vonden we substantieel verlaagde piekconcentraties en concentratietijdprofielen in morbide obese patiënten in vergelijking met niet-obese patiënten. Dit is te verklaren door de hogere totale klaring (door toename in de drie afbraakroutes; glucuronidering, sulfatering en CYP2E1 oxidatie) en verdelingsvolume van paracetamol met lichaamsgewicht, waardoor paracetamol hoger gedoseerd moet worden. We hebben daarom een doseerschema opgesteld dat prospectief gevalideerd moet worden. Dit is vooral van belang vanwege de verhoogde CYP2E1 afbraak en het feit dat deze route verantwoordelijk is voor de levertoxiciteit van paracetamol.

Voor obese adolescenten is de analyse van de invloed van gewicht op de farmacokinetiek extra gecompliceerd door de onderlinge relatie tussen groei, leeftijd en obesitas. We hebben daarom een model opgesteld wat onderscheid maakt tussen gewicht gerelateerd aan ontwikkeling en gewicht gerelateerd aan overgewicht. Dit model kan gebruikt worden



voor toekomstige farmacokinetiek analyses in obese kinderen.

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

Uiteindelijk zullen de resultaten worden vertaald naar doseeradviezen. Voor midazolam worden deze doseeradviezen via de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) beschikbaar gesteld aan artsen en apothekers. Voor paracetamol moet het doseeradvies eerst gevalideerd worden in een prospectieve studie.

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

Op de paracetamolstudie die we in het Antonius ziekenhuis hebben uitgevoerd. We hebben zowel paracetamol als alle metabolieten in plasma gemeten wat unieke informatie heeft opgeleverd. Daarnaast ben ik ook trots op de midazolamstudie in obese adolescenten, die

we hebben uitgevoerd in het kinderziekenhuis van Washington DC. Er is namelijk nog weinig informatie beschikbaar over farmacokinetiek in obese kinderen.

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

Ik zou graag meer onderzoek naar de farmacokinetiek van geneesmiddelen in obese kinderen willen doen. Er is hier nog vrij weinig over bekend. Daarnaast is het belangrijk dat het doseeradvies voor paracetamol wordt gevalideerd. Deze studie wordt momenteel opgezet door Josephine Middelburg, waarbij ik wel betrokken blijf.

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

Ik ben sinds afgelopen januari in opleiding tot ziekenhuisapotheker in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Dit zou ik vanaf volgend jaar graag combineren met onderzoek.

Onderstaande eigen geïnitieerde onderzoeken zijn in de periode september-november 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

Cardio Thoracale Chirurgie

Defining the true "blanking period" after surgical ablation for the treatment of atrial fibrillation

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. B.P. van Putte

Cardiologie

Preventing contrast induced nephropathy after transcatheter aortic valve replacement

Multicenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. J.A.S. van der Heyden

Klinische chemie

H232: Analytical validation of the roche cardiac reader

Multicenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. D.S. Boss

Klinische Farmacie

68Ga-DOTA-NOC PET/CT for the imaging of disease activity in neurologic and cardiac sarcoidosis.

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: R.G.G.M. Keijsers

Overige onderzoeken

Cardio Thoracale Chirurgie

How to achieve transmural ablation

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. B.P. van Putte

Short- en midterm quality of life after TT-Maze

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. B.P. van Putte

Cardiologie

Patency en infectieuze complicaties van hemodialyse katheters in Nederlandse hemodialysepatiënten

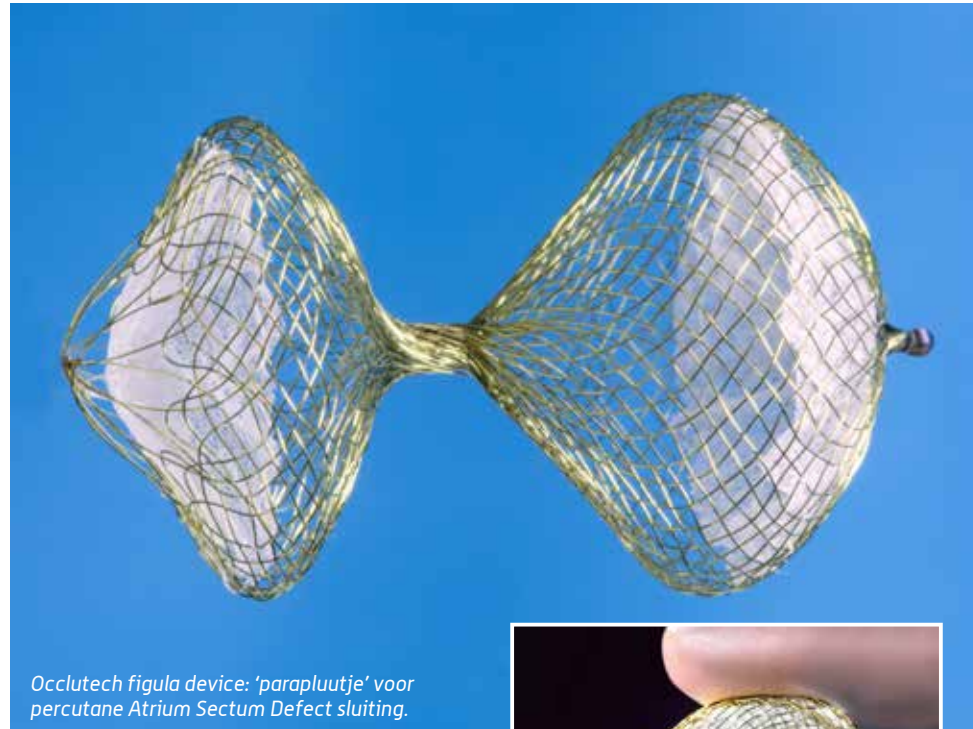
Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. H.H. Vincent

Percutaneous patent foramen ovale closure using the Occlutech Figulla Device: efficacy and safety at long-term follow-up

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: R.J.R. Snijder



Occlutech figula device: 'parapluutje' voor percutane Atrium Sectum Defect sluiting.



Gynaecologie

Niches after cesarean section in a population seeking hysteroscopic sterilization

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. S. Veersema

Interne geneeskunde

Het primaire marginale zone lymfoom van de long: Bronchial Alveolar Tissue (BALT)

Lymphoma – retrospectieve studie naar klinische en diagnostische karakteristieken

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: drs. J.M.I. Vos

Kindergeneeskunde

Vitamin D deficiency in children and adolescents: relationship with obesity and glucose homeostasis - a retrospective study

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: dr. M.M.J. van der Vorst

Longziekten

Variation in palliatieve therapy and outcomes of molecular diagnostic testing in advanced non-small cell lung cancer

Monocenter onderzoek

Hoofdonderzoeker: R. Sluga

Vaatchirurgie

Outcome of surgical treatment for thoracic outlet syndrome

Monocenter onderzoek

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

EVAR Position & Apposition Study

Monocenter onderzoek

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



www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2016-4

CAT: DOACs bij longembolieën: kunnen we al?



Longembolieën en andere diep veneuze trombo-embolieën werden tot voor kort behandeld met een vitamine K antagonist, in de eerste dagen gecombineerd met een Low Molecular Weight Heparine (LMWH). De directe orale anticoagulantia (DOACs*) zijn een nieuwe vorm van anticoagulantia die werkzaam zijn door de werking tegen de stollingsfactoren anti Xa of thrombine.

Aanvankelijk is er vooral veel onderzoek gedaan naar de behandeling van atrium-fibrilleren en de preventie van diep veneuze trombose. De laatste jaren zijn er meerdere grotere studies aangaande de behandeling van veneuze trombo-embolieën met DOACs verschenen. Voordelen van behandeling met DOACs ten opzichte met vitamine K antagonist zijn dat er geen INR controle, en geen injecties met een LMWH bij aanvang van de behandeling nodig is. Nadelen zijn dat er veelal nog geen standaard antidotum is en dat er geen controle op gebruik van de DOAC mogelijk is.

In onze CAT hebben we een literatuuronderzoek gedaan naar de behandeling van veneuze trombo-embolieën met DOACs versus de standaardtherapie met vitamine K antagonist. Vijf grote randomized controlled trials en één Cochrane review voldeden aan onze zoekcriteria. Alle studies hadden een

vergelijkbare opzet waarbij patiënten met longembolieën en eventueel een andere vorm van een diep veneuze trombose werden gerandomiseerd tussen behandeling met een vitamine K antagonist en een DOAC.



Referenties

1. Oral Rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism. The EINSTEIN-PE Investigators *N Engl J Med.* 2012 Apr 5;366
2. Agnelli G, Buller HR, Cohen A et al. Oral Apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2013 Aug 29;369
3. Schulman SH, Kearon C, Kakkar AK et al. RE-COVER Study Group. Dabigatran versus warfarin in the treatment of acute venous thrombo-embolism. *N Engl J Med* 2009;361:2342-2352
4. Schulman S, Kakkar AK, Goldhaber SZ. Treatment of acute venous thromboembolism with dabigatran or warfarin and Pooled Analysis. *Circulation.* 2014 Feb 18;129
5. Buller HR, Decousus H, Grosso MA et al. Edoxaban versus Warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism. *N Engl J Med.* 2013 Oct 10;369
6. Robertson L, Kesteven P, McCaslin JE. Oral direct thrombin inhibitors or oral factor Xa inhibitors for the treatment of pulmonary embolism *The Cochrane library* 2015

* DOACs worden ook wel NOACs genoemd (Nieuwe Orale AntiCoagulantia)

De studies zijn uitgevoerd op basis van non inferioriteit. De primaire uitkomstmaat was het ontstaan van een recidief embolie onder behandeling. Als primaire veiligheidsuitkomst werd het ontstaan van bloedingen gerapporteerd.

Uit alle studies bleek dat er geen significant verschil zat in het optreden van een recidief embolie onder behandeling van beide vormen van anticoagulantia. Daarnaast gaven de DOACs niet of zelfs minder risico op ernstige bloedingen.

De tijd lijkt rijp om DOACs te gebruiken voor de behandeling van longembolieën en overige veneuze trombo-embolieën. Op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek en het feit dat DOACs patiëntvriendelijker zijn, gezien er géén frequente INR controles en géén subcutane injecties nodig zijn, zou het gebruik van DOACs overwogen moeten worden voor de behandeling van longembolieën en overige veneuze trombo-embolieën. Enkele kanttekeningen moeten er wel gemaakt worden. Zo zijn de studies verricht bij een relatief jonge patiëntengroep, is er geen informatie over behandeling bij patiënten met bijvoorbeeld een maligniteit of nierfunctiestoornissen en is er geen vergelijkend onderzoek tussen de verschillende DOACs verricht. Ook hebben we in Nederland een goed functionerende trombosedienst in tegenstelling tot veel andere landen.

In ons nieuwe lokale protocol voor de behandeling van longembolieën is de behandeling met DOACs opgenomen. We zijn erg benieuwd naar de ervaring die we hier mee op gaan doen in ons ziekenhuis.

Afscheidsrede Bert van Ramshorst, uitgesproken op 8 september 2016

Bij mijn afscheid



Van Ramshorst als liesbreukchirurg in Ghana in januari 2016.

Wat meer rest mij te zeggen na al deze mooie woorden en meer dan 30 jaar Antonius ziekenhuis. Ik ga geen afscheidscollege geven over de GE-chirurgie en u ook niet vermoeien met de ontwikkelingen in de gezondheidszorg of in dit ziekenhuis. Er is ontegenzeggelijk veel gebeurd in de afgelopen jaren, het ziekenhuis is groot, groter, grootst gegroeid, zo ook de maatschap heelkunde en binnen de maatschap onze onvolprezen GE-groep.

Terugkijkend zou ik mijn periode in het Antonius het liefst samenvatten in een aantal kernwoorden en ik zou mijn gereformeerde afkomst verloochenen als ik die kernwoorden ook niet het predikaat kernwaarden voor de uitoefening van ons vak zou durven geven, zeker als tegenhanger van alle normen en normeringen die ons in de zorg worden opgelegd of opgedrongen. En ik noem ze: Passie, Ambitie, Eerbied, Compassie en Waardering.

Over Passie: Ik heb het heelkundevak met grote passie uitgevoerd, een passie die niet altijd een eeuwigbrandend olympisch vuur is geweest en die soms aanpassing vereiste van focus; van patiëntenzorg naar management of onderzoek. Ik heb daarin altijd een belangrijke stimulans gevonden in de drive van velen uit meerdere disciplines binnen en buiten het eigen vakgebied, oud en jong en met die laatste categorie doel ik hier mn op onze arts-assistenten. Ik ben altijd geïmpo-

neerd geweest door hun aanstekelijk en jeugdig enthousiasme én hun toewijding, en het was een plezier dit jong aanstormend talent te begeleiden op weg naar hún concertpodium.

Ambitie: Ambitie, dat is geen vies woord! Ambitie is onlosmakelijk aan passie verbonden en aan dit ziekenhuis. We zijn een bovengemiddeld ambitieus ziekenhuis en goed is vaak nog niet goed genoeg! Ambitie heeft ons binnen de vakgroep en in samenwerking met andere specialismen aangespoord nieuwe wegen te exploreren in onderzoek, medische behandelingen of organisatie van de zorg en heeft ons op veel gebieden een plaats in de voorhoede



Bert van Ramshorst

gebracht. Een goed voorbeeld hiervan is onze participatie in de Pancreatitis Werkgroep Nederland.

Eerbied: Eerbied is een beetje gedateerd woord. Wat ik bedoel is eerbied voor de mens. Dat lijkt een beetje een EO-slogan, maar met onze invasieve handelingen, en bij uitstek bij het snijden in het lichaam van de ander, plegen wij chirurgen een ernstige inbreuk op de integriteit van onze patiënten. Ik suggereer niet dat de chirurgie daardoor een sacrale handeling is die we onder het uitspreken van obscure toverformules moeten bedrijven, maar het is goed bij tijd en wijle even stil te staan bij datgene waar wij werkelijk mee bezig zijn. Ik heb het altijd als een groot voorrecht beschouwd dat patiënten ons hun lichaam toevertrouwen, een voorrecht dat, en dat moge duidelijk zijn, belangrijke verantwoordelijkheden schept.

Passie, Ambitie, Eerbied, Compassie en Waardering

Compassie: Een ander woord zou empathie kunnen zijn, maar dat is oppervlakkiger en wekt bij mij teveel associaties met mijn prille artsenbestaan in de beginjaren van de huisartsopleiding toen de arts-patiëntrelatie gemarineerd moest zijn in empathie, met vragen als "Wat denkt u zelf dat het zou kunnen zijn?" En "Wat betekent dat voor u?" Het laat zich voorstellen wat slecht getimed empathie voor consternatie en onbegrip teweeg brengt in de spreekkamer van een Drentse plattelandspraktijk als u daar een

60-jarig ongeletterd boertje met buikklachten dit soort vragen voorlegt! Uiteraard zegt dit alles meer over mijzelf en geen kwaad woord over het huisartsvak dat ik altijd hoog in het vaandel heb gehad. Voor mij dus compassie, dat zit dieper en er zit een element van zorg en mededogen in en betekent voor mij dat we patiënten benaderen en behandelen zoals we ook zélf of onze familieleden of vrienden behandeld zouden willen zien worden.

Waardering: Dat is een beetje een moeilijke, en hier heb ik misschien wat goed te maken. Onder druk van de dagelijkse beslommeringen ben ik denk ik niet altijd even meelevend en complimenteus geweest, waarvoor hier dan een openbare boetedoening. Waardering betekent voor mij vooral de ander in waarde laten én naar waarde schatten. Dit laatste om elkaar te prikkelen en daarmee het beste uit onszelf en de ander te halen.

Humor heb ik niet genoemd, maar is in ons dagelijks werk onontbeerlijk en is de olie die de motor soepel houdt!

Al deze waarden samen staan voor teamwork en dat is naar mijn idee één van de sterkste pijlers van dit ziekenhuis. De briljante solist bestaat niet meer; een dirigent kan nog zo goed de maat slaan, maar als de 1e violist valspeelt hebben we toch een slechte voorstelling. Evenzo wordt de brede uitkomst van onze zorg niet bepaald door het individu, maar door de team-effort.

Veel mensen ben ik dank verschuldigd met wie ik heb samengewerkt en met en aan wie ik mij heb kunnen ontwikkelen. Ik zal niet volledig zijn en noem geen individuele namen maar ze zijn gekend: onze verpleegkundig specialisten van de morbide obesitas en de mdl-oncologie, ok-verpleegkundigen, verpleegkundigen van de polikliniek en van de afdelingen en in het bijzonder het dedicated team van de afdeling A3! Van de vakgroepen de afdeling anesthesiologie, onze pathologen, de afdeling radiologie, inclusief de interventieradiologen en vanuit de afdeling interne geneeskunde de sectie oncologie en natuurlijk onze mdl-artsen. Dank aan de managers van de zorgeenheden met wie wij dagelijks zij aan zij strijden om het schip in de vaart te houden. Ik dank mijn maatschap en in het bijzonder de sectie GE-chirurgie door wie ik mij altijd gedragen en gezekerd heb geweten.

Nieuwe tijden, nieuwe mogelijkheden. Met enige weemoed neem ik afscheid van dit huis, maar zoals een proefschrift is het werk hier nooit af en blijven er altijd legio interessante ontwikkelingen binnen ons vak en staan er spannende projecten op stapel, waaronder de nog prille samenwerking met het UMCU op het gebied van de laagvolume oncologie, om er maar één te noemen. Ik zal dat van afstand met belangstelling blijven volgen en vertrek in de wetenschap dat er een young en angry, maar uitstekend geëquipeerd team klaar staat om het roer over te nemen.

Ik wens u allen veel succes.



Van Ramshorst rechts op de foto met beide andere vertrekkende chirurgen vd Pavoordt (midden) en Hammacher (links).

Fact Check

- ? “Alzheimer preventief te behandelen met nieuw medicijn”
- ? “Afweer na grieprik mist doel”
- ? “Chocolade beste medicijn tegen hoesten”
- ? “Groter kind door antibiotica”

Zomaar een aantal citaten uit de media in 2016, waarvan we denken dat jullie, onze lezers, er zo jullie eigen gedachten bij kunnen hebben.

Geïnspireerd door websites als NHS Behind the headlines en Dokter Media, door de populariteit van de fact check in diverse landelijke dagbladen en door Maarten Keulemans, die sprak op de wetenschapsavond, introduceren we vanaf 2017 de rubriek “Fact Check” in de Loupe.

OPROEP

Zie je een nieuwsbericht over medische of zorggerelateerde onderzoeksresultaten waar je zo je twijfels bij hebt, of lees je dat (jouw of andermans) onderzoeksresultaten in de media creatief geïnterpreteerd worden, laat dit dan weten aan de redactie via loupe-redactie@antoniuziekenhuis.nl.

Wil je zelf meeschrijven aan deze rubriek, zelfstandig of met ondersteuning op het gebied van literatuuronderzoek en epidemiologie, dan juicht de redactie dit uiteraard toe. Neem contact op met één van de redactieleden of mail naar bovenstaand e-mailadres.



RESEARCH & DEVELOPMENT

ST ANTONIUS

ACADEMIE

ST ANTONIUS