

LOUPE

WETENSCHAP EN INNOVATIE IN
HET ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

Innovatie

Samen Beslissen en
keuzehulpen: huidige
stand van zaken



Opinie
Mission possible!

Nieuw onderzoek
Vroege mobilisatie op de
Intensive/Medium Care door
inzet van mobiele bewaking

In the spotlight
Van pioniers tot de grootste
ILD biobank ter wereld

CURSUSSEN

Evidence based maken van protocollen voor auteurs

Locatie: zie cursuspagina Leerplein
Data: 7 maart, 17 april
Tijdstip: variërende tijdstippen

Wetenschappelijk schrijven in het Engels (Klassikaal)

Locatie: Babel, Nieuwegracht 94, Utrecht
Data: 7 dagdelen van 3 uur, startdatum 7 februari
Tijdstip: variërende tijdstippen

Zoeken in PubMed voor CAT of systematic review

Locatie: zie cursuspagina Leerplein
Data: zelfstudie gevolgd door workshop op 12 januari, 27 februari, 24 april
Tijdstip: variërende tijdstippen

Basiscursus statistiek (e-learning)

Locatie: nvt
Data: doorlopend
Tijdstip: nvt

REDCap basiscursus (e-learning)

Locatie: nvt
Data: doorlopend
Tijdstip: nvt

OVERIGE ACTIVITEITEN

Wetenschapsavond

Locatie: Auditorium Nieuwegein
Data: 6 februari 2023
Tijdstip: 17:00-22:00 uur

Discipline overstijgend onderwijs

Locatie: Maarten Rook collegezaal, Nieuwegein of Videoconferentie via Pexip
Data: maandelijks op de 3e dinsdag
Tijdstip: 16:45-17:30 uur

COLOFON

Redactie

Henk Ruven	Hoofdredactie
Miebet Wilhelm	Hoofdredactie
Evelien Ceertsema	Bureauredactie
Nienke van der Werf	Bureauredactie
Angita Peterse	Bureauredactie
Jet Westerink	Impact & publicaties uitgelicht
Lea Dijkman	Innovatie
Gurbey Ocak	Nieuw onderzoek
Bas Peters	Uit de promovendiclub
Lian Trapman	Evidence-based

Agenda	2
Inhoud	2
Colofon	2
Van de redactie	3
Zo'n inflammasoom	
Opinie	4-5
Mission possible!	
Innovatie	6-7
Samen Beslissen en keuzehulpen: huidige stand van zaken	
Publicaties uitgelicht	8-9
Harold Nijhuis	
Charlotte van Veldhuisen	
Romy Hegeman	
Thomas Nijdam, Duco Laane	
Impact	10
Activatie van inflammatoire signaalpaden in patiënten met sarcoïdose	
Nieuw onderzoek	11
Vroege mobilisatie op de Intensive/Medium Care door inzet van mobiele bewaking	
Evidence-based	12-13
Potentiële zorgverbeteringen gepresenteerd op CATwalk	
Nieuws	14-15
Het innovatie-evenement, laat je (alsnog) inspireren!	
Kom naar de Wetenschapsavond op 6 februari 2024!	
Nieuw: interactief dashboard met overzicht wetenschappelijke publicaties	



Uit de promovendiclub	16-17
Dennis Makarawung	
Joyce Peper	
In the spotlight	18-19
Van pioniers tot de grootste ILD biobank ter wereld	
Infographic	20
Het Buddyhuis, laagdrempelig een-op-een lotgenotencontact voor borstkankerpatiënten	

Eerdere uitgaven van Loupe

Via deze QR-code ga je naar een overzicht van alle voorgaande uitgaven van Loupe.

<https://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe>

Aansprakelijkheid

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

QR-codes

Alle inhoud die via QR-codes in deze uitgave te benaderen is, vindt u ook via <https://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/2023-3>

ISSN: 2772-7394

Fotografie

Geeske Stoker

Vormgeving

Tadorna Media Baarn, Pieter Schut, Jacques Seignette

Druk en verzending

Scholma Print & Media

Redactiebureau

Antonius Academie F1 (R&D en KIC)
St. Antonius Ziekenhuis
Postbus 2500, 3430 EM NIEUWEGEIN
Voor kopij en correspondentie over artikelen:
Loupe-redactie@antoniusziekenhuis.nl



In deze Loupe een opiniestuk met de pakkende titel 'Mission possible!' van Gerbrecht van der Meulen, Melanie van Oostrom en Christine Dolman. Mooie pilots die anticiperen op waar we in de zorg naar toe gaan en voor welke opgave we staan. Ook al lijkt 2040 nog ver weg, het is zo verstandig om nu deze pilots te starten.

Samen beslissen past in die 'Mission possible'. In de rubriek Innovatie is dit onderdeel fraai uitgediept door Mirjam Garvelink. Wat startte als een experiment, stevent af op snelle implementatie in de zorg. Dat vind ik mooi. En het kan je bijna niet ontgaan zijn dat onlangs de tienduizendste inclusie voor de biobank Interstitiële Longziekten heeft plaatsgevonden. Lees hiervoor het artikel van Jan Grutters en Claudia Roodenburg-Benschop. Een biobank, meestal een groot aantal vriezers waarin buisjes met lichaamsmaterialen van patiënten opgeslagen worden, vormt de basis voor onderzoek naar meer inzicht en een betere behandeling van – in het geval van deze biobank – interstitiële longaandoeningen. Een biobank versnelt het onderzoek! En daar moest ik aan denken toen

ik de publicatie van Raisa Kraaijvanger las, waarin het gaat over het inflammasoom in patiënten met sarcoïdose. Wat is nou toch eigenlijk een inflammasoom? Twee definities:
1) Biologisch gezien is een inflammasoom een groep van metabole routes, elk bestaande uit verschillende moleculen die met elkaar 'praten' en er uiteindelijk voor zorgen dat een ontstekingsreactie niet enorm 'over de top' gaat, maar passend is bij wat het lichaam op dat moment nodig heeft.
2) Een nieuw concept in een redelijk nieuw onderzoeksgebied dat alléén onderzocht kan worden door gedreven en ambitieuze onderzoeksgroepen die een biobank hebben, en daardoor in de top van onderzoek meedoen. Zo prachtig toch?

Weet je, eigenlijk is een ziekenhuis zoals het St. Antonius ook een inflammasoom. Veel professionals met verschillende expertise die met elkaar 'praten' om zo passend te leveren wat de patiënt, jij en ik dus, aan zorg nodig hebben. Nu hopen dat de politiek ons een handje helpt!

Fijne feestdagen en veel leesplezier! ■

Antonius publicaties

Via deze QR-code ga je naar een overzicht van alle tijdschriftartikelen gepubliceerd door Antonianen in de periode augustus t/m november 2023.

[Bron: STAR].



MISSION POSSIBLE!



Gerbrecht van der Meulen (project leider mission (im)possible en zorgethica), Maaïke Ruesen (projectleider Juiste Zorg, Juiste Plaats, Juiste Kosten), Melanie van Oostrom (projectleider mission (im)possible).

Met de vergrijzing zal de zorgvraag en de complexiteit van de zorgvraag in de toekomst alleen maar verder toenemen. Momenteel werkt al 1 op de 7 werkenden in de zorg, maar de Sociaal Economische Raad concludeert dat dit in 2040 1 op de 4 werkenden zal moeten zijn, om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen¹. Daarnaast is er nu al een tekort aan verpleegkundigen dat alleen maar groeiende is. Het is duidelijk dat er iets moet gaan veranderen in de zorg. En wie kunnen hier nu beter over nadenken dan de mensen die door de veranderingen het meest geraakt worden?

PROJECTGROEP

Ook het St. Antonius Ziekenhuis staat voor dit complexe vraagstuk. Om te komen tot een oplossing voor dit probleem, kwam vanuit de VAR en het zorgmanagement een opdracht: Hoe kunnen we twee keer zoveel zorg leveren met hetzelfde aantal mensen en hierbij niet afdoen aan werkplezier? Via intranet en leidinggevendend werd een oproep gedaan wie hierover mee wilde denken.

Er werd een projectgroep samengesteld met 6 verpleegkundigen van verschillende afdelingen, een ANIOS, een fysiotherapeut en een HR-adviseur. Vanuit de 'design thinking' methode is een programma opgesteld voor

de projectgroep om buiten de vaste denkkaders te treden en werden tools aangereikt om grenzen los te laten. Ook kwamen er verschillende inspiratoren langs, zoals Marieke Schuurmans (hoogleraar Verplegingswetenschap en Chief Healthcare Organization bij de Nederlandse Zorgautoriteit) en Daan Dohmen (maker van de Luscii app).

OPLOSSINGSRICHTINGEN

Aan het einde van dit programma is de projectgroep gekomen tot 3 oplossingsrichtingen waar alle ideeën ook weer mooi samen kwamen.

1. Samen beslissen, samen werken, samen zorgen - Het meer betrekken van patiënt en familie in het zorgproces.
2. Sterk team, eigen rol, eigen regie - De verpleegkundige meer zijn/haar kwaliteiten laten gebruiken.
3. Anton, digitaal portaal - De patiënt meer eigen regie en inzicht in het zorgproces bieden door het gebruiken van een digitaal portaal genaamd Anton.

PILOT FASE 1

Het idee is groots en ambitieus, daarom is het idee opgeknipt in kleine stukjes, zodat er getest kan worden of de juiste richting is gekozen. Omdat de ontwikkeling van het digitaal portaal nog wat tijd vraagt, zal deze functionaliteit later getest worden. Wel worden onderdelen hiervan in de praktijk al analoog getest. Het testen zal plaatsvinden op twee afdelingen: 5B Oncologie (locatie Utrecht) en F2 Urologie (locatie Nieuwegein) vanaf oktober tot en met december 2023.

Binnen dit project is het belangrijk dat de oplossing echt vanuit de werkvloer zelf komt. Dat is ook de reden dat er per idee is gekeken wie door deze verandering geraakt wordt. Dat zijn dan de mensen die aan de tekentafel moeten zitten bij het verder uitwerken van het idee voor de pilotafdeling. Dit zijn niet alleen de verpleegkundigen en andere zorgdisciplines, maar juist ook de patiënt en hun naasten. Hun stem is minstens zo belangrijk, aangezien zij de daadwerkelijke uitwerking van dit zorgbeleid zullen ervaren. De ideeën zullen in deze fase los getest worden en er wordt gekeken met welke ideeën verder gegaan wordt in fase 2. Uiteindelijk moeten alle oplossingsrichtingen bij elkaar komen, om samen echt het verschil te gaan maken voor een toekomstbestendige zorg.

PILOT FASE 2

Van januari tot en met maart 2024 zal de 2e fase van de pilot van start gaan, waarbij de oplossingsrichtingen samen gaan komen. Hoe dit er precies uit gaat zien is nog onduidelijk. Eerst moet gekeken worden welke ideeën voortgezet worden vanuit de eerste fase, maar daarnaast is het ook belangrijk om goed te

kijken wanneer welk idee geïmplementeerd gaat worden. De pilotafdelingen zullen hierbij de leiding hebben, waarbij ze worden begeleid door de projectleiders.

“De kracht van dit project is dat ze vooral doen, en daarvan leren”

VERANDERING

Veranderkundig gezien is dit natuurlijk een uitdagend traject, want het heeft veel invloed op het dagelijks werk van verpleegkundigen. Het vraagt om een andere werkwijze. Zo zijn de verpleegkundigen in de pilot niet meer verantwoordelijk voor 4 à 5 patiënten, maar voor 6 en mogelijk uiteindelijk voor 8. Desondanks is iedereen overwegend positief, vooral door de invloed die de beroepsgroep zelf heeft. Juist door hen na te laten denken over hoe het er in de praktijk uit moet komen te zien, zorgt voor betrokkenheid. Ook kunnen zij aangeven wat wel of juist niet werkt op hun afdeling.

REFERENTIE:

1. <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/arbeidsmarkt-in-zorg.pdf>

MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

Wet- en regelgeving is erop gericht om de burger te beschermen tegen nalatigheid van de zorgprofessional. Maar in 2040 zal de vraag zijn of nalatigheid gaat over het leveren van onvoldoende kwaliteit van zorg, of dat nalatigheid betekent dat we aan heel veel mensen geen zorg kunnen leveren en we mogelijk een wachtlijst hebben van 1 of 2 jaar. Mission (im)possible is dus bezig om een oplossing te zoeken voor een maatschappelijk probleem dat in 2040 realiteit zal zijn.

De kracht van dit project is dat ze vooral doen, en daarvan leren. Maar ook zijn de projectleden niet bang om te denken buiten de bestaande grenzen. Soms is er een regel of een grens die ze onlogisch vinden. Dan wordt besproken of het mogelijk is om de regel aan te passen. Alle organisaties die van belang zijn worden betrokken. Zo is de projectgroep in gesprek met de zorgverzekeraars en juristen. Continu stellen ze zichzelf de vraag of ze wel op de goede weg zijn en sturen zo nodig bij. ■



Een patiënt meet zelf zijn bloeddruk.

SAMEN BESLISSEN EN KEUZEHELPEN: HUIDIGE STAND VAN ZAKEN



Cato Bresser [arts-onderzoeker Waardegedreven Zorg/Urologie], Tamar Kroes [arts-onderzoeker traumageriatrie], Mirjam Garvelink [senior onderzoeker Waardegedreven Zorg], Ewoudt van de Garde [ziekenhuisapotheker].

Het St. Antonius besteedt al enkele jaren extra aandacht aan Samen Beslissen. Toch blijven er uitdagingen bestaan. Nog steeds voelen patiënten zich niet altijd betrokken of uitgenodigd om mee te denken. Ook zijn er nog steeds zorgprofessionals die denken dat samen beslissen teveel tijd kost en die adviezen geven voordat duidelijk is wat belangrijk is voor de patiënt. Het goede nieuws is wel dat zorgprofessionals het belang van Samen Beslissen voor waardegedreven en passende zorg erkennen en dat er steeds meer tools worden ontwikkeld om dit proces te ondersteunen. Deze tools zijn er zowel voor Samen Beslissen over grote beslissingen in de polikliniek, als voor kleine(re) beslissingen op de afdeling (zie kader). Uitkomstinformatie (klinische informatie en PROMs) die wordt verzameld als onderdeel van waardegedreven zorg speelt daarbij een belangrijke rol (figuur 1).

KEUZEHELPEN VOOR SAMEN BESLISSEN

Wellicht de meest bekende tool voor Samen Beslissen is de keuzehulp. Keuzehulpen ondersteunen het hele proces van Samen Beslissen (zie figuur 1) door de patiënt te informeren over de beslissing (stap 1), de opties met voor- en nadelen (stap 2) en het wegen van het belang daarvan in het licht van wat voor hen belangrijk is (stap 3). Met deze voorbereiding komt de patiënt uiteindelijk terug bij de behandelaar om samen de meest passende beslissing te nemen (stap 4). Om te kwalificeren als officiële keuzehulp, moet het instrument voldoen aan ten minste 16 criteria².

Onderzoek heeft aangetoond dat keuzehulpen die hieraan voldoen bijdragen aan betere beslissingen (geïnformeerd, gebaseerd op waarden van patiënten, minder spijt). Helaas heeft onderzoek ook aangetoond dat veel (>50%) keuzehulpen niet meer beschikbaar of vindbaar

REFERENTIES:

1. Santeon. Routekaart Samen Beslissen. 2023. <https://santeon.nl/project/samen-beslissen/>
2. Durand MA, Witt J, Joseph-Williams N, et al. Minimum standards for the certification of patient decision support interventions: feasibility and application. *Patient Educ Couns.* 2015;98(4):462-468.
3. Stacey D, Suwalska V, Boland L, Lewis KB, Presseau J, Thomson R. Are Patient Decision Aids Used in Clinical Practice after Rigorous Evaluation? A Survey of Trial Authors. *Med Decis Making.* 2019;39(7):805-815.
4. Intranetpagina Samen Beslissen. <https://intranet.antoniusziekenhuis.nl/samen-beslissen>

zijn na het afronden van onderzoeksprojecten³. In het St. Antonius wordt momenteel gewerkt aan drie nieuwe keuzehulpen. Wij hebben de ontwikkelaars gevraagd naar wat hun keuzehulpen bijzonder maakt en hoe zij ervoor zorgen dat hun tools ook na het ontwikkelproces beschikbaar blijven voor onze patiënten (zie tabel 1). De ontwikkelaars benoemen dat de keuzehulpen bijdragen aan inbedding van Samen Beslissen in het zorgproces, inzicht in uitkomsten van (waardegedreven) zorg, en ondersteuning van het gesprek over waarde(n) voor de individuele patiënt. De twee belangrijkste leringen die zij deden in het ontwikkelproces?

1. Doe het samen met zoveel mogelijk mensen (inclusief patiënten), en
2. Maak gebruik van expertise en informatie die er al is en durf om hulp te vragen.

Dus mocht je interesse hebben om een keuzehulp te ontwikkelen, klop vooral eens bij ze aan! Deze keuzehulpen zijn een mooie aanvulling op de tools die ons ziekenhuis nu al biedt voor Samen Beslissen. Belangrijk blijft wel om te realiseren dat een keuzehulp niet het gesprek met de zorgverlener vervangt.

Het beslisproces en de rol van de patiënt daarin moet worden geïntroduceerd door de zorgverlener (stap 1), want als de patiënt zich hier niet bewust van is en 'aan' staat heeft de keuzehulp ook geen nut. Ook de uiteindelijke beslissing wordt gemaakt bij de zorgverlener (stap 4).

Wil je weten wat er nog meer mogelijk is om samen beslissen te ondersteunen of stimuleren in het St. Antonius, hou dan de intranetpagina over Samen Beslissen⁴ in de gaten of neem contact met ons op. Er zijn meerdere keuzehulpen in gebruik, en we bieden een geaccrediteerde training aan voor zorgverleners. ■



Figuur 1. Gespreksmodel Samen Beslissen met zorguitkomsten [Santeon]¹

VOORBEELDEN VAN INITIATIEVEN OM BETROKKENHEID VAN PATIËNTEN TE VERGROTEN IN DE SPREEKKAMER:

- Dashboards over zelf gerapporteerde kwaliteit van leven (PROMs) (stap 1 en 3);
- Consultkaarten: een tabel die verschillende behandelopties laat zien met hun uitkomsten, voor in de spreekkamer (stap 2);
- Posters met 'de drie goede vragen', of 'keuze-coaching' om patiënten vooraf bewust te maken van hun actieve rol in beslissingen en voor te bereiden op hun consult (stap 1, 2, 3);
- Keuzehulpen.

VOORBEELDEN VAN INITIATIEVEN OM BETROKKENHEID VAN PATIËNTEN TE VERGROTEN OP DE AFDELING:

- Poster boven het bed van patiënten met cognitieve problemen over wat belangrijk voor hen is (stap 3)
- Grote visite mét de patiënt (n.a.v. idee OLVG)

Doelgroep	Patiënten met uitgezaaide longkanker	Kwetsbare ouderen	Patiënten met lokaal of gemetastaseerd heldercellig renaalcelcarcinoom.
Welke beslissing	Systeemtherapie of best ondersteunende zorg.	Wel of niet opereren van heupfracturen bij kwetsbare ouderen.	Meerdere behandelopties (o.a. actief volgen, operatie, ablatie, systeemtherapie of ondersteunende therapie).
Wat maakt de keuzehulp bijzonder	Unieke Santeon data worden getoond over welk % patiënten eerder koos voor systeemtherapie en hoe deze behandeling werd verdragen. Data kan toegespitst worden op een aantal patiëntkenmerken waardoor de getallen beter passen bij de individuele patiënt.	Keuzehulp ondersteunt beslisproces voor patiënt én zorgverlener. Unieke uitdagingen door combi van: <ul style="list-style-type: none"> - Levensveranderende keuze; - Acuut moment; - Tijdsdruk van een eventuele operatie; - Patiënten die vaak cognitief beperkt zijn en veel pijn hebben; - Grote rol naasten. 	De keuzehulp bestaat uit: <ol style="list-style-type: none"> 1. Een uitreikvel met inlogcode voor de online keuzehulp. Deze wordt fysiek aan patiënten overhandigd, wat hun actieve bijdrage aan het beslisproces symboliseert. 2. Een online deel dat in eigen tempo en tijd wordt doorgenomen. 3. Een samenvatting van wat belangrijk is voor de patiënt.
Implementatie en maintenance	De implementatie wordt gesubsidieerd door KWF en vindt plaats in een 20-tal ziekenhuizen over 2 jaar. De uitkomstendata wordt jaarlijks bijgewerkt zodat deze blijft passen bij de actuele behandelmogelijkheden.	De keuzehulp wordt nog ontwikkeld door middel van gebruikersonderzoeken met patiënten en zorgverleners, waarna een pilot gedaan zal worden als voorbereiding op de implementatie.	Zorgverleners worden getraind in Samen Beslissen en het gebruik van de keuzehulp. Het effect en gebruik van de keuzehulpen wordt onderzocht in een prospectieve studie in 6 Nederlandse ziekenhuizen.
Hoofd-ontwikkelaar	Ewoudt van de Garde	Tamar Kroes	Cato Bresser

Nijhuis HJA, Hofsté WJ, Krabbenbos IP, Dietz BE, Mugan D, Huygen F. First report on real-world outcomes with evoked compound action potential (ECAP)-controlled closed-loop spinal cord stimulation for treatment of chronic pain. *Pain Ther.* 2023;12(5):1221-1233. doi: 10.1007/s40122-023-00540-y

Wereldwijd de eerste uitkomsten van chronische pijnpatiënten die geïmplanteerd zijn met een closed-loop neurostimulator

Neuromodulatie wordt al meer dan 50 jaar toegepast bij chronische pijnpatiënten met verschillende aandoeningen, zoals het failed back surgery syndrome, of bij pijnlijke diabetische polyneuropathie. Voor deze behandeling worden er percutaan electrodes geplaatst in de epidurale ruimte, om zo de achterstrengen van het ruggenmerg te stimuleren en daarmee de pijn te onderdrukken. Door het bewegen, van houding veranderen of door fysiologische oorzaken, zoals hoesten en lachen, kan de afstand tussen de electrodes en het ruggenmerg veranderen. Bij de traditionele open-loop systemen leidt dit dan tot over- of onderstimulatie, waardoor een minder goed resultaat wordt bereikt.

Recent is een nieuw closed-loop systeem commercieel beschikbaar geworden waarmee de reactie van een stimulus op het ruggenmerg kan worden gemeten (ECAP's). Dit signaal wordt vervolgens gebruikt om automatisch de pulse-sterkte aan te passen. Zodoende compenseert dit systeem voor fluctuaties in de afstand tussen de epidurale electrodes en het ruggenmerg, zodat de neurale respons en dus ook het resultaat hetzelfde blijft. Het St. Antonius Ziekenhuis had de primair van de eerste implantatie wereldwijd.

De effectiviteit van deze therapie is al aangetoond in 2 prospectieve studies, waaronder een rct. Soms bestaat er een discrepantie tussen rct's en uitkomsten die we in de kliniek zien. Maar de resultaten van onze data release studie laten zien, dat pijnvermindering zelfs na 12 maanden nog onverminderd aanwezig is en dus overeenkomt met de uitkomsten van eerdergenoemde studies.

Concluderend lijkt close-loop ruggenmergstimulatie een veelbelovende therapie voor patiënten met chronische pijn, waarbij 8 van de 10 patiënten meer dan 50% pijnvermindering ervaren en de helft van de patiënten zelfs meer dan 80%. ■



Harold Nijhuis, Anesthesioloog-pijnbestrijder

Van Veldhuisen CL, Sissingh NJ, Boxhoorn L, van Dijk SM, van Grinsven J, Verdonk RC, Boermeester MA, Bouwense SAW, Bruno MJ, Cappendijk VC, van Duijvendijk P, van Eijck CHJ, Fockens P, van Goor H, Hadithi M, Have-man JW, Jacobs M, Jansen JM, Kop M, Manusama ER, Mieog J, Molenaar IQ, Nieuwenhuijs VB, Poen AC, Poley JW, Quispel R, Römkens T, Schwartz MP, Seerden TC, Dijkgraaf M, Stommel M, Straathof J, Venneman NG, Voermans RP, van Hooft JE, van Santvoort HC, Besselink MG; Dutch Pancreatitis Study Group. Long-term outcome of immediate versus postponed intervention in patients with infected necrotizing pancreatitis (POINTER): Multicenter randomized trial. *Ann Surg.* 2023 Jul 17. doi: 10.1097/SLA.0000000000006001

Lange termijn uitkomsten van directe versus uitgestelde interventie in geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis

Bij ongeveer 20-30% van de patiënten met acute pancreatitis ontwikkelt zich een necrotiserende pancreatitis. Wanneer er vervolgens een infectie optreedt, is drainage de eerste interventie. De optimale timing van drainage (direct of uitgesteld) is nog onbekend. In de POINTER-trial is gevonden dat bij randomisatie tussen deze twee opties, patiënten uit de uitgestelde groep (inclusief behandeling door antibiotica) minder interventies nodig hadden. Daarnaast herstelden 3 op de 10 patiënten in de uitgestelde drainagegroep met alleen antibiotica en zonder interventie. Hoewel deze trial belangrijke voordelen heeft laten zien op de korte termijn, waren de lange termijn uitkomsten nog niet bekend. In deze follow-up studie hebben we de klinische data van patiënten opnieuw geëvalueerd met als primaire uitkomst een samengesteld eindpunt (mortaliteit en ernstige complicaties).

Van de 104 initieel geïncloseerde patiënten, werden 88 patiënten geëvalueerd met een mediane follow-up van 51 maanden. Na de initiële follow-up van 6 maanden, werden vergelijkbare uitkomsten gezien met het oog op het primaire eindpunt; dit trad op in 7 van de 47 patiënten (15%) in de directe drainage groep en in 7 van de 41 patiënten (17%) in de uitgestelde groep (p=0.78). Aanvullende interventies waren nodig in respectievelijk 7 patiënten (15%) versus 3 patiënten (7%, p=0.34). Uiteindelijk werden 14 van de 15 initieel conservatief behandelde patiënten (93%) in de uitgestelde drainage groep succesvol uitbehandeld zonder interventie. Pancreas functie (endocrien en exocrien) was vergelijkbaar in beide groepen.

Samenvattend toont deze lange-termijn studie dat uitgestelde drainage inclusief antibiotica in patiënten met geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis resulteerde in minder interventies in vergelijking met directe drainage. Daarom zou het uitstellen van drainage de voorkeur moeten krijgen in de behandeling van geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis. ■



Charlotte van Veldhuisen, arts-onderzoeker

Hegeman RRMJJ, Swaans MJ, Van Kuijk JP, Klein P. Midterm outcome of hybrid transcatheter and minimally invasive left ventricular reconstruction for the treatment of ischemic heart failure. *Struct Heart.* 2022 Aug 30;6(5):100081. doi: 10.1016/j.shj.2022.100081

Hybride linkerventrikel reconstructie op kloppend hart: een minimaal invasieve behandeling voor ischemisch hartfalen

Onvoldoende bloedtoevoer naar de hartspier kan aanleiding geven tot ischemisch hartfalen (IHF), wanneer dit niet tijdig gediagnosticeerd en behandeld wordt. Ondanks spoedige dotterbehandeling behoudt 30% van de patiënten hun hartfunctie niet, door negatieve veranderingen in de linkerhartkamer (zogenaamde negatieve linkerventrikel (LV) remodelering), met oprekking van de LV-wand (dilatatie) als gevolg. Bij patiënten met een negatief geremodelleerd LV met littekenweefsel in de antero-septale en/of apicale LV-wand, kan conventionele chirurgische LV-reconstructie (LVR) worden toegepast om de LV-vorm, -grootte en -functie te herstellen. Dit is echter een invasieve openhartoperatie, waarbij een sternotomie en gebruik van de hart-longmachine noodzakelijk zijn. In het afgelopen decennium is er een minder invasief alternatief ontwikkeld voor deze conventionele LVR: de hybride transkatheter en minimaal-invasieve LVR (HLVR).

Met de INTERSECT-studie hebben wij de uitkomsten van HLVR onderzocht in het St. Antonius Ziekenhuis in een cohort van 30 IHF-patiënten. Dit is de grootste single-center serie wereldwijd. Operatieve en 30-dagen mortaliteit was 0%. Na een gemiddelde follow-up van 3 jaar was de overleving 87%. Op echocardiografie resulteerde HLVR in een significante LV-volume reductie van 41%, met daarmee gepaard gaande stijging van LV ejectiefraction van 33%. Dit vertaalde zich in een vermindering van functionele beperking van patiënten; 76% van de patiënten toonde geen of geringe symptomen passend bij laatste follow-up.

Eerder is er door de gereviseerde STICH-trial data aangetoond, dat conventionele LVR een positief effect heeft op de overleving van IHF-patiënten, indien het LV-volume wordt gereduceerd tot <60 ml/m². Met de INTERSECT-studie laten wij zien, dat met HLVR een gelijkwaardige volumereductie kan worden bereikt, door een minimaal-invasieve benadering op kloppend hart. ■



Romy Hegeman, arts-onderzoeker

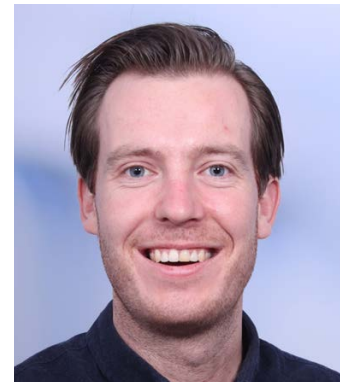
Nijdam TMP, Laane DWPM, Schiepers TEE, Smeeing DPJ, Kempen DHR, Willems HC, van der Velde D. The goals of care in acute setting for geriatric patients in case of a hip fracture. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2023 Aug;49(4):1835-1844. doi: 10.1007/s00068-023-02258-0

Wat zijn de behandeldoelen in de acute setting voor geriatrische patiënten bij het oplopen van een heupfractuur?

Van oudsher werd een heupfractuur operatief behandeld, om het revalidatietraject na het trauma zo snel mogelijk in gang te zetten. Tegenwoordig wordt er in de praktijk steeds vaker eerst een uitgebreid gesprek gevoerd met zeer kwetsbare geriatrische patiënten met beperkte revalidatiemogelijkheden. Tijdens dit gesprek wordt er gekeken naar welke behandeling het beste aansluit bij de wensen van de patiënt. Het uitvragen van de behandeldoelen in acute setting is hierbij essentieel.

Om deze behandeldoelen in kaart te brengen is samen met een expert panel, bestaande uit een geriater, orthopeed, traumachirurg en een specialist ouderengeneeskunde, een lijst met de meest voorkomende behandeldoelen opgesteld. Vervolgens werd aan geriatrische patiënten gevraagd om deze behandeldoelen te scoren van 0-100. Het 'behouden van cognitie', 'bij familie zijn' en 'bij partner zijn' werden gescoord als de meest belangrijke doelen na een heupfractuur. Er lijken echter grote verschillen te zitten in het belang van verschillende behandeldoelen tussen kwetsbare patiënten en/of patiënten die gediagnosticeerd zijn met dementie.

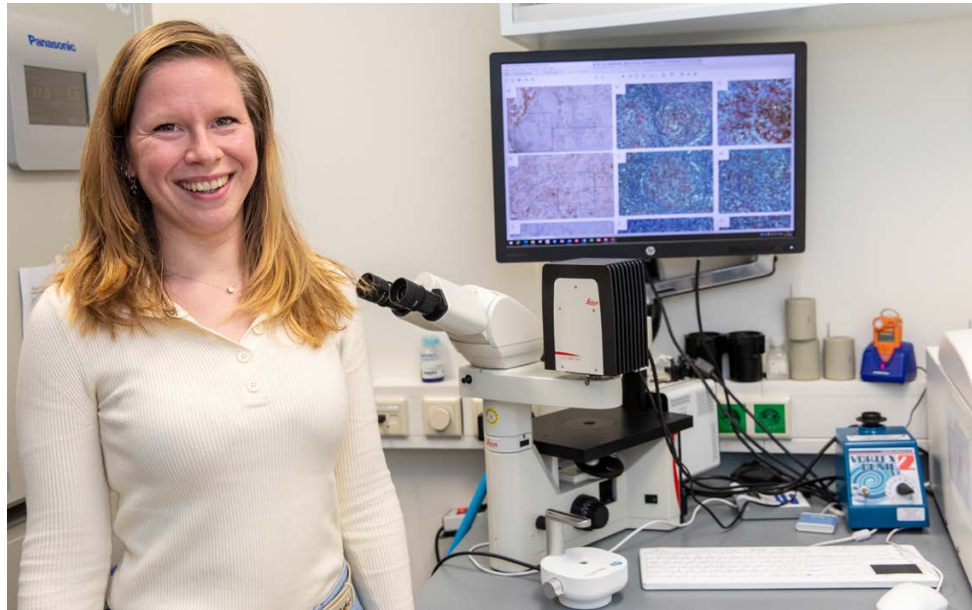
Het onderzoek sluit af met de aanbeveling om de belangrijkste behandeldoelen die uit de studie zijn gekomen ten minste te bespreken wanneer een patiënt zich presenteert op de Spoedeisende Hulp met een heupfractuur. Het uitvragen van deze doelen beoogt het verbeteren van het gedeelde besluitvormingsproces voor de kwetsbare geriatrische patiënt in acute setting. ■



Thomas Nijdam, arts-assistent chirurgie/arts-onderzoeker traumachirurgie

Kraaijvanger R, Ambarus CA, Damen J, van der Vis JJ, Kazemier KM, Grutters JC, van Moorsel CHM, Veltkamp M. Simultaneous assessment of mTORC1, JAK/STAT, and NLRP3 inflammasome activation pathways in patients with sarcoidosis. *Int J Mol Sci.* 2023 Aug 14;24(16):12792. <https://doi.org/10.3390/ijms241612792>

ACTIVATIE VAN INFLAMMATOIRE SIGNAALPADEN IN PATIËNTEN MET SARCOÏDOSE

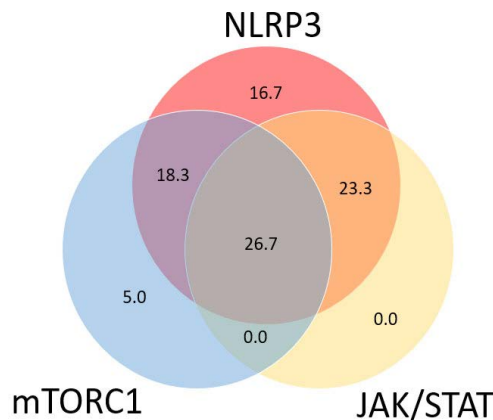


Raisa Kraaijvanger, onderzoeker ILD expertisecentrum

INTRODUCTIE

Sarcoïdose is een inflammatoire systeemziekte, die wordt gekenmerkt door de vorming van granulomen zonder duidelijke oorzaak. Nagenoeg elk orgaan in het lichaam kan worden aangedaan, waardoor zowel klinische presentatie, als het beloop van de ziekte sterk kan variëren. Indien er orgaanschade dreigt, of als de symptomen niet te hanteren zijn, is er een indicatie voor immuunsuppressieve therapie. Corticosteroiden zijn de eerste keuze voor behandeling van sarcoïdose, maar hebben een breed werkingsmechanisme en veel bijwerkingen. Hierdoor bestaat de wens van zorgverleners om sarcoïdose veel gericht te kunnen behandelen. Om het ziekteproces beter te kunnen begrijpen, is er in de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar de activiteit van inflammatoire signaalpaden, die een rol kunnen spelen bij de vorming van granulomen. In ons onderzoek bekijken we drie belangrijke intracellulaire signaalpaden en onderzoeken we of de activatie van een

dergelijk signaalpad geassocieerd is met het ziektebeloop van de patiënt. Ons onderzoek richt zich op de mTORC1, JAK-STAT en inflammasoom (NLRP3) signaalpaden, omdat er op dit moment medicatie aanwezig is om deze signaalpaden te blokkeren (sirolimus voor mTORC1, tofacitinib voor JAK-STAT en anakinra voor inflammasoom).



RESULTATEN

In weefsel van 60 patiënten met sarcoïdose werd de activiteit van de drie signaalpaden onderzocht met immunohistochemische kleuring. We zagen dat activatie van de signaalpaden niet homogeen verdeeld is over de patiëntengroep, maar dat JAK-STAT en mTORC1 actief is in ongeveer 50% van de patiënten, terwijl het inflammasoom actief is in ongeveer 85%.

In relatie tot klinisch fenotype en ziektebeloop zagen we dat de groep patiënten waarin alle drie de signaalpaden actief zijn, significant jonger zijn dan patiënten waarin één of twee signaalpaden actief zijn in het weefsel ($p=0.045$). Verder zagen we dat activiteit van het inflammasoom op baseline [=op moment van biopsie] een associatie liet zien met een meer chronisch ziektebeloop, gemeten na vijf jaar follow-up van de ziekte.

CONCLUSIE

Binnen de heterogene populatie van patiënten met sarcoïdose vinden we vijf verschillende conceptuele 'signaalpad-fenotypen' wanneer we kijken naar activiteit van drie belangrijke intracellulaire signaalpaden. De aanwezigheid van een actief inflammasoom signaalpad ten tijde van diagnose is zelfs geassocieerd met een hogere kans op een chronisch beloop van de ziekte. Onze resultaten zijn een eerste stap om te kijken of het zinvol is om bij behandeling van sarcoïdose de medicatie te personaliseren op basis van de activiteit van de drie onderzochte signaalpaden. ■

Venn diagram van de activatie van de drie signaalpaden in sarcoïdose patiënten (n=60). Iedere cirkel vertegenwoordigt een signaalpad en de overlap tussen de cirkels betekent activatie van twee of meer signaalpaden tegelijk. De getallen in de cirkels representeren het percentage patiënten waarin activiteit van deze signaalpaden is gevonden.

VROEGE MOBILISATIE OP DE INTENSIVE/MEDIUM CARE DOOR INZET VAN MOBIELE BEWAKING



Ineke van de Pol (verpleegkundig onderzoeker en teamhoofd IC/MC) en Maarten Kampen (paramedisch onderzoeker en fysiotherapeut).

EARLY-MOB STUDIE VAN START

Alle patiënten die opgenomen worden op Intensive en Medium Care (IC/MC) krijgen monitorbewaking waarmee een aantal belangrijke vitale parameters, zoals de bloeddruk en het hartritme, worden bewaakt. Deze monitorbewaking wordt aangesloten bij opname op de IC/MC en afgekoppeld bij overplaatsing naar de onbewaakte verpleegafdeling.

De laatste jaren bevinden zich op de IC/MC steeds vaker patiënten die, om diverse redenen, hier langer moeten verblijven. Bij deze patiënten hoeven de vitale parameters veelal niet meer intensief bewaakt te worden, omdat zij niet meer kritiek ziek zijn maar zich in de revalidatiefase bevinden. In de revalidatiefase is het aansterken, mobiliseren en het bevorderen van de zelfredzaamheid erg belangrijk. Mobiliseren van patiënten op de IC/MC verkleint onder andere de kans op ICU-acquired weakness (zwakte gerelateerd aan de IC-opname), versnelt het ontwennen van de beademing en verkort de ligduur in het ziekenhuis.¹

De EARLY-mob studie is een vervolg op een pilotstudie, waarin onderzocht werd of mobiele bewaking met een telemetriekastje haalbaar, veilig en toepasbaar is op de MC. Uit deze pilotstudie kwam naar voren dat mobiele

bewaking toepasbaar was bij een bepaalde patiëntencategorie en zorgprofessionals deze vorm van bewaken een meerwaarde vonden naast de huidige monitorbewaking.

In deze vervolgstudie wordt gekeken, of de inzet van mobiele bewaking door telemetrie, de mobilisatie en kracht bij deze revaliderende IC/MC patiënten daadwerkelijk bevordert. Bewegelijkheid en mobilisatie worden mogelijk gestimuleerd door telemetriebewaking, omdat de patiënt niet meer 'vast' ligt met bewakingskabels aan de bedside monitor, maar een mobiel kastje draagt waaraan deze kabels verbonden zijn.^{2,3} Ook wordt met dit recent gestarte onderzoek gekeken of deze mobiele bewaking de psychologische stap verkleint naar de onbewaakte verpleegafdeling, door vermindering van stress en angst. Ex-IC/MC patiënten geven regelmatig aan het spannend te vinden om van de bewaakte IC/MC afdeling overgeplaatst te worden naar de onbewaakte verpleegafdeling.

REFERENTIES:

- Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, Ji T, Shang F. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. *Nurs Crit Care.* 2020 Nov;25(6):360-367.
- Dirkes SM, Kozlowski C. Early mobility in the intensive care unit: Evidence, barriers, and future directions. *Crit Care Nurse.* 2019 Jun;39(3):33-42.
- Grunow JJ, Nydahl P, Schaller SJ. Mobilisation auf Intensivstationen: Intensivpflegezimmer und Medizintechnik können helfen [Mobilization of intensive care unit patients: How can the ICU rooms and modern medical equipment help?]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2022 Jan;57(1):41-51. German.

Alle volwassen IC/MC patiënten, die aan bepaalde criteria voldoen, kunnen meedoen met dit onderzoek. Het betreft een gerandomiseerd onderzoek waardoor een deel van deze patiënten telemetriebewaking ontvangt. De controlegroep behoudt de gehele opname de conventionele bedside monitorbewaking. Er zijn 82 revaliderende IC/MC patiënten nodig om een mogelijk effect op mobiliteit aan te tonen, waarbij de verwachte inclusieduur van de studie ongeveer anderhalf jaar bedraagt.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Dit onderzoek, gefinancierd door het St. Antonius Onderzoeksfonds, wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, artsen en fysiotherapeuten op de IC/MC van het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein. Ook zijn collega's van de afdeling klinische fysica en instrumentarium (KFI) nauw betrokken bij de aanschaf en het inregelen van deze vorm van mobiele bewaking op de IC/MC. ■

ONDERZOEKSTEAM

Ineke van de Pol, verpleegkundig onderzoeker en teamhoofd IC/MC • Peter G. Noordzij, Anesthesioloog-Intensivist • Erik Scholten, anesthesioloog-Intensivist • Thomas van Dijk, klinisch fysicus • Lisette Vernooij, klinisch epidemioloog • Jacco Rozendaal, verpleegkundig specialist • Juul van der steeg, verpleegkundig specialist • Marlies Ruiters, medium care verpleegkundige/circulation • Practitioner • Maarten Kampen, fysiotherapeut

Een overzicht van al het onderzoek dat is goedgekeurd door de Raad van Bestuur in de periode september - november 2023 is te vinden via deze QR-code.

POTENTIËLE ZORGVERBETERINGEN GEPRESENTEERD OP CATWALK



V.l.n.r.: Tara Franchimont (psychiatrisch verpleegkundige); Verena Borst (psychiatrisch verpleegkundige); Nol Verbeek (docent EBP); Romy van den Akker (regieverpleegkundige); Daphne Spoolder (adviseur EBP); Lizette Boot-van der Lee (regieverpleegkundige) en Ilse Stolker (CCTC verpleegkundige).

Is fixatie een oplossing voor onrustige patiënten? Kun je patiënten 's avonds koffie geven? Met deze en andere vragen gingen de deelnemers van de training EBP 3 aan de slag. Het eindresultaat is een critically appraised topic (CAT) in de vorm van een poster. Op 10 augustus hebben Tara, Verena, Romy, Lizette en Ilse hun posters gepresenteerd tijdens de CAT walk. In dit artikel lees je meer over hun literatuuronderzoek. Voor meer informatie, de volledige zoekstrategieën en referenties kun je contact opnemen met ebp@antoniusziekenhuis.nl

OP DE HOOGTE BLIJVEN?

Op 12 april 2024 vindt weer een CATwalk plaats, dan op locatie Utrecht. Noteer de datum alvast in je agenda! Alle posters worden verzameld in de Santeon Kennisbank www.santeonkennisbank.nl.

KOFFIE EN SLAAP Romy van den Akker

INLEIDING

Uit onderzoek blijkt dat patiënten in het ziekenhuis gemiddeld 1,5 uur minder slapen dan thuis. Toch krijgen patiënten 's avonds nog koffie en thee aangeboden. Nu is wel bekend dat cafeïne invloed heeft op slaap, maar in welke mate?

METHODE/RESULTATEN

Na literatuuronderzoek werden 1 systematische review, 1 rct en 1 richtlijn geselecteerd. Uit de systematische review bleek, dat koffieconsumptie de slaapduur met 45 minuten verminderde. Inslapen duurde 9 minuten langer, patiënten waren 's nachts 12 minuten langer wakker en hadden 7% minder efficiënte slaap. De auteurs raden het gebruik van cafeïne in de 9 uur voor bedtijd af. In de

rct bleek cafeïne te leiden tot een significante vermindering van 36 minuten slaap per nacht. De studie vermeldt variatie in cafeïneafbraak tussen deelnemers: degenen met langzame afbraak vertoonden sterkere effecten. Ook de V&VN richtlijn beschrijft dat cafeïne kan leiden tot slaapproblemen. Hun aanbeveling is om cafeïne na 18.00 uur te vermijden. Dat geldt voor koffie, maar ook voor zwarte thee, cola en chocolade.

CONCLUSIE

Cafeïnegebruik leidt tot minder makkelijk in- en doorslapen en tot minder diep slapen. Aanbevolen wordt om 's avonds bij de drankenronde het drinken van koffie niet te stimuleren en om cafeïnevrije koffie op te nemen in het ziekenhuisassortiment. De effecten van cafeïne op de geriatrische patiënt kunnen nog verder onderzocht worden.

INTERMITTERENDE OF CONTINUE INFUSIE? Lizette Boot-van der Lee

INLEIDING

Op de afdeling Interne Geneeskunde worden patiënten regelmatig behandeld met intraveneuze therapie. Patiënten krijgen, naast het intraveneuze medicament, een continu waakinfuus op stand 4 ml/uur, zodat het infuus doorgankelijk blijft. Infuussystemen kunnen ook worden afgekoppeld, maar dit wordt nu niet gedaan omdat dit kan leiden tot sneuvelende infusen. Uit deze situatie ontstond de volgende onderzoeksvraag: wat heeft de voorkeur: intermitterende of continue infusie?

METHODE/RESULTATEN

Na een search in PubMed werden 2 vergelijkende observationele studies bij neonaten geselecteerd. Hierbij kreeg een deel van de populatie continue infusie en het andere deel werd geflusht. Er werd gekeken naar het optreden van flebitis, lekkage en doorgankelijkheid. Er werd geen verschil gezien tussen de groepen. Neonaten zijn kwetsbaarder dan volwassenen, dus het ligt in de lijn der verwachting dat de resultaten grotendeels overeen zullen komen, maar vervolgonderzoek is nodig.

CONCLUSIE

Uit de literatuur is geen harde conclusie te trekken, omdat er te weinig bewijs is en het onduidelijk is of de resultaten te generaliseren zijn naar volwassenen. Beide studies tonen wel aan dat infuusnaalden langer doorgankelijk zijn wanneer ze worden afgekoppeld en intermitterend worden geflusht. Ook treedt er niet sneller flebitis op in vergelijking met continue infusie.

BEWEGING BIJ DEPRESSIE Verena Borst

INLEIDING

"Ga maar een rondje wandelen, daarna voel je je vast beter" is een veel voorkomend, goed bedoeld advies bij mensen die niet lekker in hun vel zitten. Maar een kleine activiteit ondernemen bij mensen met een depressie is niet zo vanzelfsprekend. Er is sprake van een depressie wanneer ernstige, langdurige neerslachtigheid je hindert in het dagelijks leven.

METHODE/RESULTATEN

In PubMed en Cochrane is gezocht naar artikelen over de invloed van beweging op depressie en zijn 3 artikelen geselecteerd. De drie studies die beoordeeld zijn, delen dezelfde uitkomst: bewegen bij depressie kan leiden tot het verminderen van depressieve klachten.

Uit de resultaten blijkt wel, dat de activiteiten wekelijks herhaald moeten worden, wil het effect gunstig blijven. Het gaat om twee tot drie bewegingssessies per week, gedurende 45 tot 60 minuten, met matige intensiteit (verhoogde ademhalingsfrequentie en hartslag).

CONCLUSIE

Op basis van deze resultaten kan overwogen worden om 'lichaamsactiviteit' als evidence-based behandeloptie te starten bij mensen met een depressie.

FIXATIE BIJ ONRUSTIGE PATIËNTEN OP DE MPU Tara Franchimont

INLEIDING

Op de Medisch Psychiatrische Unit (MPU) in het St. Antonius Ziekenhuis heeft de verpleging regelmatig te maken met onrustige patiënten. Op de MPU wordt niet alleen psychische zorg geboden, maar ook somatische zorg. Er zijn ook patiënten die bijvoorbeeld een infuus of blaaskatheter hebben. Wanneer zo'n patiënt onrustig is, is er een kans dat het infuus of de blaaskatheter eruit wordt getrokken. Om dit te voorkomen wordt er regelmatig gekozen om de patiënt chemisch of fysiek te fixeren. Onder chemische fixatie wordt het gebruik van noodmedicatie verstaan, bij fysiek fixeren gaat het om het gebruik van fixatiemateriaal.

METHODE/RESULTATEN

In de Lorenz databank en PubMed is gezocht naar literatuur over het wel of niet fixeren van onrustige patiënten. De 3 geselecteerde studies gaven hetzelfde resultaat: chemische fixatie had sneller effect dan fysieke fixatie. Fysiek gefixeerde patiënten toonden meer paranoia, agitatie en verwardheid. De kwalitatieve studie liet zien, dat het toepassen van de juiste gesprekstechnieken en het zien van de patiënt als individu, hielpen bij het afnemen van de onrust.

CONCLUSIE

Het advies is om het fixeren van de patiënt zoveel mogelijk te voorkomen en de juiste gesprekstechnieken te gebruiken om onrust bij de patiënt weg te nemen. Wanneer dit laatste geen effect heeft en er fixatie nodig wordt geacht, gaat de voorkeur uit naar chemische fixatie. Dit heeft de minste lichamelijke bijwerkingen, waardoor dit de veiligste keuze is voor de patiënt.

DUUR HARTRITMEBEWAKING BIJ NSTEMI-PATIËNTEN Ilse Stolker

INLEIDING

Een STEMI is een acuut coronair syndroom (ST elevatie myocardinfarct): een hartinfarct. Wanneer er geen sprake is van ST-elevatie wordt gesproken over NSTEMI. NSTEMI-patiënten worden volgens protocol 48 uur hartritme bewaakt. Met literatuuronderzoek is onderzocht of de duur van hartritmebewaking verkort kan worden.

METHODE/RESULTATEN

Na beoordeling op titel, abstract en full tekst werden 3 artikelen geselecteerd, waarvan 1 richtlijn en 2 cohortstudies. Volgens de gevonden richtlijn is de aanbevolen duur voor hartritmebewaking 24 uur, of tot aan de ingreep. Dit geldt alleen voor patiënten met een laag risico op ritmestoornissen. Uit een van de cohortstudies bleek dat de kans op ritmegeleidingsstoornissen extreem laag is na vroegtijdige revascularisatie. In de laatste studie werd gekeken hoe snel een ventriculaire aritmie voorkwam. Gemiddeld was dit 14 uur. Zij bevelen aan om de NSTEMI patiënten tenminste 24 uur te bewaken. Het voorkomen van levensbedreigende hartritmestoornissen lijkt sterk samen te hangen met de snelheid van revasculariseren en eventuele comorbiditeiten.

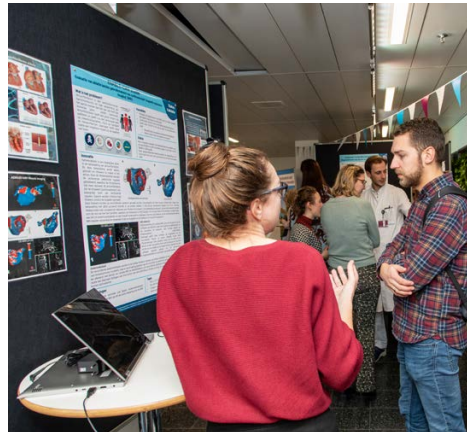
CONCLUSIE

In het St. Antonius hartcentrum worden patiënten met meerdere comorbiditeiten behandeld. Om daadwerkelijk vast te kunnen stellen of de verkorting van hartritmebewaking veilig is, moet er dossieronderzoek gedaan worden naar het voorkomen van levensbedreigende hartritmestoornissen in de 48 uur na opname bij NSTEMI patiënten. ■

HET INNOVATIE-EVENEMENT, LAAT JE (ALSNOG) INSPIREREN!



De innovatiemarkt



Op 30 november vond de eerste editie van het innovatie-evenement plaats. Collega's konden zich de hele middag en avond laten inspireren door innovaties in het ziekenhuis.

Het evenement startte met een lunch, waar deelnemers onder het genot van een lekker broodje (kroket) de diverse innovaties konden verkennen die binnen het St. Antonius plaatsvinden. Van medisch technologisch tot simpel en praktisch, op allerlei manieren wordt al gewerkt aan zorgverbetering door innovatie. Na de dagdienst was het evenement nog niet voorbij, want er stonden inspirerende

presentaties op het programma. Collega's deelden hun nieuwste innovatieve projectideeën om de Innovatiefonds Adviescommissie te overtuigen en de nodige financiële steun te verkrijgen voor het starten van hun projecten. Toehoorders kregen een exclusief voorproefje op deze nieuwe projecten.

Naast het opsnuiven van inspiratie voor

innovatie kregen alle aanwezigen volop de kans om hun eigen dagelijkse uitdagingen en ideeën te delen. Er zijn veel ideeën opgehaald, waarvan we er zeker een aantal gaan terugzien als ontwerpproject van het Innovatielab (in oprichting).

Door innovaties, ervaringen en ideeën te delen kan het steeds groeiende innovatienetwerk in ons ziekenhuis helpen deze ideeën verder te brengen. Zo verbeteren we continu onze zorg en werken we samen aan het oplossen van de uitdagingen die we nu en in de toekomst tegenkomen. Het innovatie-evenement wordt met deze gedachte georganiseerd door de Innovatietafel en de Academie R&D.

Heb jij naar aanleiding van het evenement bruisende ideeën om jouw werk makkelijker en leuker te maken? Of had je simpelweg geen gelegenheid om jouw praktische problemen te delen? Geen paniek!

Deel jouw ideeën en praktische problemen via de QR code.

Wie weet worden ze opgepakt in het volgende innovatielab ontwerpproject!



KOM NAAR DE WETENSCHAPSAVOND OP 6 FEBRUARI 2024!

Wil je weten wat er momenteel speelt op wetenschappelijk gebied binnen het ziekenhuis en/of ben je geïnteresseerd in hoe de samenwerking tussen toekomstbestendige zorg en wetenschappelijk onderzoek binnen het St. Antonius verloopt?

Kom dan naar de Wetenschapsavond op 6 februari 2024 (van 17 - 22 uur) in Nieuwegein! Hier krijg je onder het genot van een hapje en een drankje antwoorden op deze vragen.

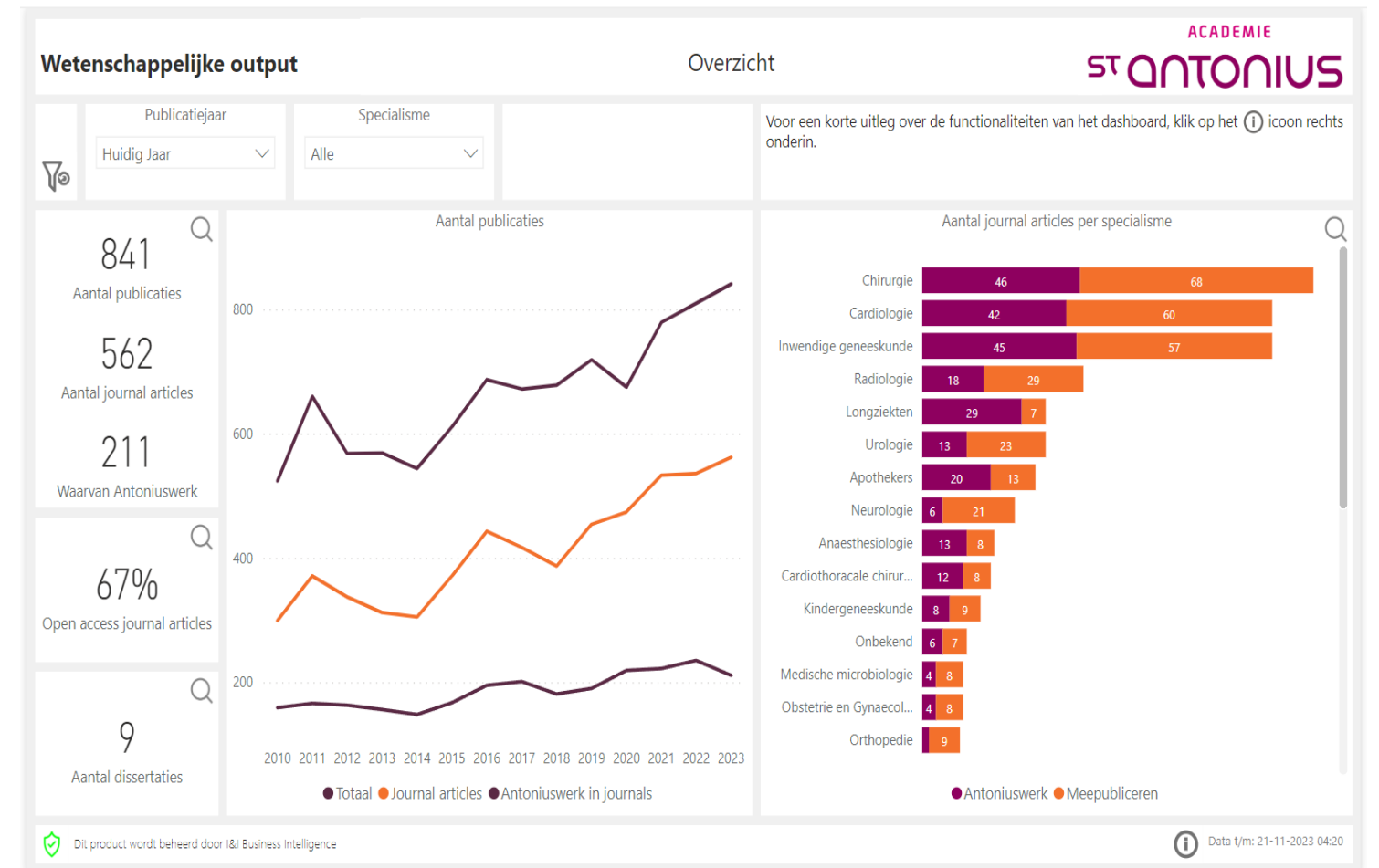
Dit jaar is het thema: 'Toekomstbestendige zorg gestimuleerd door wetenschappelijk onderzoek'. Toekomstbestendige zorg en wetenschappelijk onderzoek zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Samen bouwen aan passende zorg voor de toekomst.

Naast presentaties worden ook voordrachten en posters met de nieuwste onderzoeksresultaten gepresenteerd.

Kom je ook? Alle medewerkers van het St. Antonius Ziekenhuis zijn welkom!



NIEUW: INTERACTIEF DASHBOARD MET OVERZICHT WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES



Screenshot dashboard

Het Kennis- en Informatiecentrum (KIC) en Research & Development (R&D) van de Academie hebben zich het afgelopen jaar ingespannen om een dashboard Wetenschappelijke output te ontwikkelen in samenwerking met de afdeling Business Intelligence (BI). Het dashboard toont real-time data over wetenschappelijke publicaties van medewerkers van het St. Antonius ziekenhuis vanaf 2010.

WAT KAN IK MET HET DASHBOARD?

Doel van het dashboard is om meer inzicht te geven in de wetenschappelijke output en de ontwikkeling daarvan. Dit maakt het dashboard een handig hulpmiddel, bijvoorbeeld bij het bespreken van onderzoeksresultaten binnen je maatschap of vakgroep en bij (kwaliteits)

rapportage over onderzoek. Het dashboard is interactief en bevat verschillende filteropties. Je kunt hiermee bijvoorbeeld direct zien hoeveel publicaties een specialisme in 2023 heeft gepubliceerd of wat het aandeel open access publicaties is. Ook bevat het gedetailleerde informatie over alle publicaties

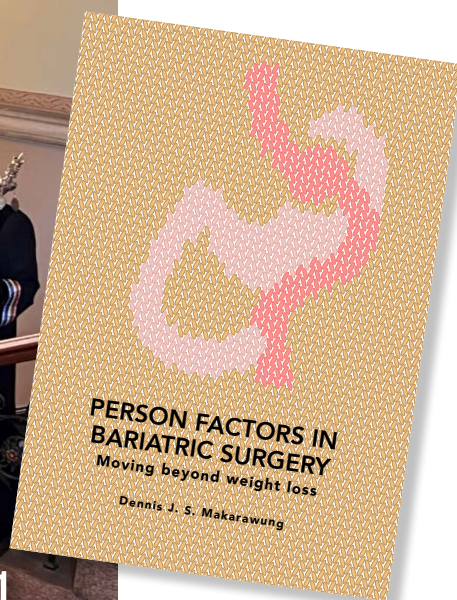
en dissertaties en kun je een publicatielijst voor een specialisme en jaar genereren. Het dashboard Wetenschappelijke output is nu beschikbaar voor alle medewerkers via start > BI informatieportaal.

MEER INFORMATIE?

Heb je vragen of opmerkingen over het dashboard? Of wil je een tour? Neem gerust contact op met het Kennis- en Informatiecentrum van de Academie via kic@antoniusziekenhuis.nl.



Vijf vragen aan:
Dennis Makarawung



Person factors in bariatric surgery: moving beyond weight loss

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Bariatrische chirurgie omvat procedures die als doel hebben gezonder te worden door af te vallen. Naast het positieve effect op gewichtsverlies, treden er veranderingen op in de kwaliteit van leven. In mijn proefschrift werd de kwaliteit van leven onderzocht met speciale aandacht voor het lichaamsbeeld. Factoren die het lichaamsbeeld beïnvloeden zijn bijvoorbeeld, omvang en vorm van het lichaam en huidoverschot na de operatie.

Uit het onderzoek blijkt dat vrouwen met obesitas een veel negatiever lichaamsbeeld hebben dan vrouwen met een normaal gewicht of ondergewicht.

Deze ontevredenheid over het uiterlijk kan mensen motiveren om voor bariatrische chirurgie te kiezen. De verwachting dat het lichaamsbeeld positief verandert na een operatie blijkt realistisch. Postoperatief werd gemiddeld een verbetering van het lichaamsbeeld geobserveerd.

De kwaliteit van leven was beter kort na de operatie, bij mensen met een lager gewicht en meer gewichtsverlies, en bij mensen die werk hadden en geen medische problemen. Mensen met (te) hoge verwachtingen over de hoeveelheid gewichtsverlies en mensen met psychiatrische problemen ervoeren minder verbetering in hun geestelijk welbevinden na de operatie.

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

De resultaten uit dit proefschrift laten zien dat het belangrijk is om, na de operatie, het lichaamsbeeld en de kwaliteit van leven met enige regelmaat te meten om een volledig beeld te krijgen van hoe het met de patiënt gaat.

Met deze gegevens kunnen zorgverleners hun patiënten beter voorlichten en realistische verwachtingen scheppen. Ook kunnen patiënten die een risico hebben op een mindere uitkomst vroegtijdig worden herkend.

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

De longitudinale database met kwaliteit van leven data, van 500+ bariatrische chirurgie patiënten gedurende 5 jaar, geeft hopelijk inzicht in veel toekomstige onderzoeksvragen.

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

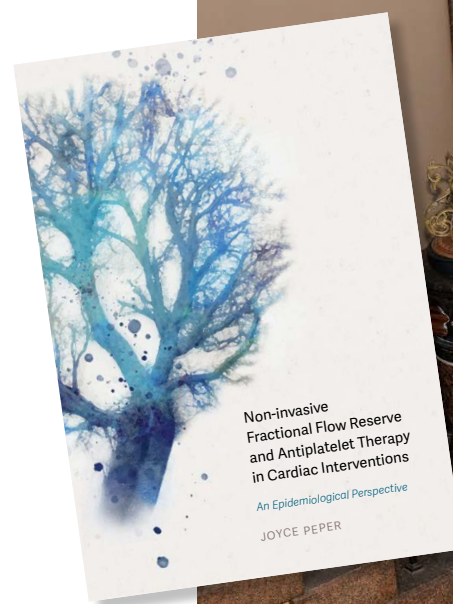
Ik zou onderzoeken of interventies om het lichaamsbeeld te verbeteren in patiënten met een negatief lichaamsbeeld na bariatrische chirurgie, een positief effect hebben op de kwaliteit van leven.

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

Ik ben recent begonnen als medical director bij een bedrijf dat zich richt op het verbeteren van de oncologische zorg door het toepassen van AI. In deze rol komt mijn ervaring als dokter en onderzoeker goed van pas, echter liggen er ook veel nieuwe uitdagingen. ■



Vijf vragen aan:
Joyce Peper



Non-invasive fractional flow reserve and antiplatelet therapy in cardiac interventions: An epidemiologic perspective

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Zoals de titel wellicht al doet vermoeden, bestaat mijn proefschrift uit twee delen. In het eerste deel evalueren we nieuwe, minder- en niet-invasieve beeldvormingstechnieken voor het aantonen van hemodynamisch relevant coronair lijden bij patiënten met stabiele pijn op de borst. In dit proefschrift tonen we aan dat deze nieuwe technieken, zoals FFR-CT en QFR, een goede diagnostische nauwkeurigheid hebben en mogelijk kunnen leiden tot een vermindering in invasieve diagnostiek. Het tweede deel richt zich op onderzoek naar antibloedplaatjesterapieën rondom cardiale interventies. In dit gedeelte van mijn proefschrift hebben we de methodologische uitdagingen beschreven die gepaard gaan met nieuwe strategieën en technieken, zoals onderzoeksopzet, keuze van uitkomstmaten, statistische analyses en interpretatie van de data.

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

Als gevolg van dit onderzoek hebben we nieuwe kennis en ervaring opgedaan over nieuwe niet-invasieve technieken, en dit heeft de basis gelegd voor verdere studies naar het optimaliseren van het diagnostische traject van patiënten met pijn op de borst. Als vervolg op mijn proefschrift zijn we in het St. Antonius Ziekenhuis de iCORONARY studie gestart waarin we de verschillende diagnostische trajecten evalueren op het gebied van veiligheid, patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit.

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

Ik ben vooral trots op hoe we van een eenvoudig diagnostisch onderzoek zijn gegroeid naar een goedlopende onderzoekslijn met een gerandomiseerde studie.

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

De belangrijke vraag met betrekking tot de diagnostiek van patiënten met angina pectoris blijft: wat is de meest optimale aanpak? Hoewel we met de iCORONARY studie al een aantal verschillende opties vergelijken, zou ik, als er geen enkele beperking is, alle verschillende diagnostische testen met elkaar willen vergelijken om zo tot de meest optimale strategie te komen.

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

Nagenieten van mijn promotie en mijn carrière als postdoctorale onderzoeker en epidemioloog voortzetten in het St. Antonius Ziekenhuis. ■

VAN PIONIERS TOT DE GROOTSTE ILD BIOBANK TER WERELD



Teamfoto Taskforce biobank
Jan Grutters (hoofd ILD Expertisecentrum), Annelies Wind (biobankcoördinator), Bob Meek (medisch immunoloog), Claudia Roodenburg-Benschop (biobankcoördinator), Matthijs van Oosterhout (patholoog), Henk Ruven (klinisch chemicus), Coline van Moorsel (hoofd R&D longziekten/ILD research) en (niet op de foto) Ankie Harmsze (ziekenhuisapotheker)

De Biobank ILD is een unieke verzameling van gegevens en lichaamsmaterialen van zeldzame (interstitiële) longziekten, Interstitial Lung Diseases, afgekort ILD. ILD omvat meer dan 150 zeldzame, vaak ernstige, progressieve longziekten met veelal onbekende oorzaak. Hiervoor zijn geen genezende medicijnen. Wetenschappelijk onderzoek is daarom van levensbelang voor deze groep patiënten.

Voor betrouwbaar onderzoek zijn grote groepen patiënten nodig. Die bijeenbrengen is bij zeldzame ziekten een flinke uitdaging. Daarom besloot prof.dr. J.M.M. van den Bosch rond de millenniumwisseling materiaal en gegevens van deze patiënten systematisch te verzamelen en was daarmee grondlegger van de biobank.

VAN PIONIER TOT 10.000 DEELNEMERS
In 2005 is het St. Antonius ILD Expertise-

centrum officieel gestart met de Biobank ILD-studie: een unieke combinatie van verzamelen ('biobanken') van medische gegevens en lichaamsmaterialen over de hele ziekte-duur van patiënten met ILD, en doorlopend onderzoek hiermee.

Deze maand is de 10.000ste patiënt geïncordeerd: naast een enorme databank zijn inmiddels dertien -80°C vriezers met materialen gevuld.

GOUDMIJN VOOR ONDERZOEK

In de biobank ligt veel informatie verborgen over de ziekteprocessen. Als we bijvoorbeeld weten hoe en waarom de ziekten ontstaan, kunnen we mogelijk aangrijpingspunten vinden voor nieuwe medicijnen. Door lichaamsmaterialen (bloed, BAL, DNA, weefsel e.d.), medische gegevens en vragenlijsten over de hele ziekte-duur te verzamelen, is het dus een goudmijn voor onderzoek. Ook na overlijden van de patiënt blijft zijn materiaal beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek.

DE KERN VAN HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK ILD EXPERTISECENTRUM

De afgelopen 10-15 jaar hebben onderzoekers van het ILD Expertisecentrum met



Het ILD Expertisecentrum werkt veelvuldig samen met andere onderzoeksgroepen over de hele wereld. Het levert met >350 wetenschappelijke artikelen een belangrijke bijdrage aan ILD onderzoek wereldwijd. Bijna de helft van de artikelen (150) is gebaseerd op de Biobank ILD.

behulp van de biobank bijgedragen aan verbetering van diagnosestelling, voorspelling en monitoring van het ziektebeloop van verschillende ILD's. Zo konden meerdere genetische oorzaken voor longfibrose worden ontdekt met behulp van opgeslagen materiaal in de biobank. Dit heeft mede geleid tot het opzetten van een succesvol screeningsprogramma voor familiare longfibrose samen met het UMC Utrecht. Ook is het gelukt de reactie op medicijnen beter in te schatten. Daarnaast zijn er meer en betere (remmende) medicijnen voor ILD beschikbaar gekomen en hielp kennis uit de biobank, patiënten gericht te behandelen. Zo zijn bijvoorbeeld met behulp van data uit de biobank de veiligheid, werkzaamheid en dosering van bepaalde medicijnen zoals infliximab bij sarcoïdose onderzocht. De uitkomsten hiervan hebben geleid tot inzichten die wereldwijd zijn overgenomen.

Het belang van de biobank ligt vooral in het mogelijk maken van wetenschappelijk onderzoek bij de zeldzame ziekten. De patiëntenaantallen zijn hiervan soms zo laag dat gerandomiseerd onderzoek onmogelijk is. Met data uit de biobank kunnen we in die ziekten toch wetenschappelijke vooruitgang boeken.

ERKENNING EXPERTISE

Expertise van het ILD team in het St. Antonius wordt niet alleen in Nederland, maar ook wereldwijd erkend. Voorbeelden zijn de erkenning als Expertise Centrum Zeldzame Aandoeningen vanuit het ministerie van VWS, het lidmaatschap van ERN-LUNG (EU) en de erkenning als 'Center of Excellence' voor sarcoïdose vanuit de World Association for Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders. Deze erkenningen zijn bijzonder voor een niet-academisch ziekenhuis als het St. Antonius. Daarnaast zijn ze belangrijk bij het opbouwen en onderhouden van een groot nationaal en internationaal netwerk voor ILD tertiaire zorg, wetenschappelijk onderzoek en kennisuitwisseling, en natuurlijk om de informatievoorziening over zeldzame longziekten wereldwijd te verbeteren.

Benieuwd naar actuele studies?

Via deze QR code ga je naar een overzicht van de actuele studies.



TEAMWORK!

Dankzij de samenwerking van meerdere afdelingen van het St. Antonius (weerspiegeld in de Taskforce Biobank) lukt het om ruim 90% van de 700-800 nieuwe ILD patiënten per jaar te includeren. De afdeling KCL bewaart het bloed (bij inclusie alsook bij elke opvolgende bloedafname). De afdelingen MMI en Pathologie voegen de overige restmaterialen aan de biobank toe. Voor de monitoring van de apparatuur spelen de Technische Dienst, receptie Woerden en beveiliging Nieuwegein een belangrijke rol. Ten aanzien van data-invoer,- opslag en -verzameling zijn ICT en BI onmisbaar. Tenslotte zijn de support van de RvB en subsidies van ZonMw (TopZorg en TZO) onontbeerlijk.

ONZE AMBITIE IS ILD TE GENEZEN; DE BIOBANK ILD HELPT DIT MOGELIJK TE MAKEN! ■

Help je mee meer onderzoek mogelijk te maken?

Via deze QR-code kun je bekijken hoe je ons kunt helpen.



Het Buddyhuis, laagdrempelig een-op-een lotgenotencontact voor borstkankerpatiënten

Achtergrond

Het aantal ex-borstkankerpatiënten stijgt door succesvollere screening en behandeling. Diagnose en behandeling kunnen zorgen voor langdurige emotionele, fysieke of sociale problemen die de kwaliteit van leven beïnvloeden. Het is aangetoond dat lotgenotencontact psychosociale uitkomsten verbetert bij kankerpatiënten. Daarom werd het Buddyhuis opgericht, waar lotgenoten (buddy's) één-op-één met (ex)-patiënten in contact gebracht worden.

Centrale vraag

Waar ligt de zorgbehoefte van borstkankerpatiënten en wat is de meerwaarde van het Buddyhuis vanuit patiëntenperspectief?

Methoden

1 Vragenlijsten

De volgende vragenlijsten werden afgenomen:

- CASUN: ondersteuningsbehoefte van borstkankerpatiënten
- HADS: symptomen van angst en depressie
- EORTC-QLQ-C30: kwaliteit van leven



2 Focusgroepen

Er werden drie focusgroepen georganiseerd om persoonlijke ervaringen met het Buddyhuis te bespreken.



Resultaat

1 Vragenlijsten

- Meer symptomen van angst [25% vs. 16%] en depressie [16% vs. 13%] bij borstkankerpatiënten in vergelijking met de gezonde populatie.
- Borstkankerpatiënten scoren lager op vragen over kwaliteit van leven in vergelijking tot de [gezonde] Nederlandse populatie.
- Bijna 28% van alle borstkankerpatiënten had de onvervulde behoefte om te praten met iemand die borstkanker heeft.



Resultaat

2 Focusgroepen

- Voordelen: laagdrempelig, mentale ondersteuning, nazorg, praktische ondersteuning en persoonlijke matching.
- Beperkingen: beperkingen van het matching-proces, omgaan met verantwoordelijkheid en onduidelijke verwachtingen.
- Belangrijkste suggesties voor verbetering: evaluatiemoment en het zichtbaar maken van persoonlijke behoeften.

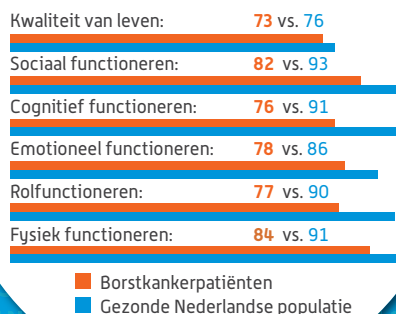


Wie deden mee aan het onderzoek?

In totaal vulden **225** borstkankerpatiënten uit het St. Antonius Ziekenhuis de vragenlijsten in. **19** buddy's namen deel aan de focusgroepen.



Kwaliteit van leven vragenlijst



Onderzoeksteam

Britt Jansen, arts-onderzoeker; Claudia Bargon, AIOS Chirurgie; Tessa Dinger, student-onderzoeker; Emily Postma, chirurg; Annemiek Doeksen, chirurg; vanuit het St. Antonius Ziekenhuis. Myra van den Goor, Bestuurder Q3; Danny Young-Afat, plastisch chirurg AMC; Helena Verkooijen, epidemioloog UMCU

Publicatie

Gepubliceerd in Supportive Care in Cancer



Conclusie

Borstkankerpatiënten hebben meer symptomen van angst en depressie en lagere kwaliteit van leven. Ongeveer één derde heeft behoefte aan emotionele steun en de wens om met andere borstkankerpatiënten te praten. Het aanbieden van een laagdrempelig één-op-één lotgenoten contactprogramma zoals het Buddyhuis kan helpen om deze behoefte te vervullen.