

Jaargang 13 | Nummer 4 | December 2018

LOUPE

WETENSCHAP EN INNOVATIE IN
HET ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

Opinie Patiënten als partners

Interview
**Verpleegkundig
onderzoek**

Nieuws
**Toekenningen
Onderzoeksfonds**



Inhoud

Inhoud	2	Column	9
Agenda	2	Arend-Jan Meinders	
Colofon	2	Nieuws	10
Van de redactie	3	Hanny Overbeek wint Santeon Verpleegkundeprijs 2018	
De patiënt centraal		Toekenningen St. Antonius Onderzoeksfonds	
Opinie	4/5	Evidence-based	11
Patiënten als partners in onderzoek		De ontslagkaart onderzocht	
		Uit de Promovendiclub	12
Interview	6/7	Vijf vragen aan Stefan Heinen	
Gesprek met prijswinnende verpleegkundigen		Nieuw onderzoek	13
Impact	8	Onderzoeken in de periode 1-9 t/m 30-11 2018	
Studie over het ontwikkelen van longziekte bij reumatoïde artritis patiënten			
Eerdere uitgaven van Loupe		Lintje voor Jules Schagen van Leeuwen	
Via deze QR-code gaat u naar een overzicht van alle voorgaande uitgaven van Loupe.		Opinie	14
		Patiëntervaring gebruiken voor het optimaliseren van de zorg	
www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven		Publicaties uitgelicht	15
		Arthur Tavy	
		Sjoerd de Hoogd	
		Infographic	16
		Onderzoek galblaasverwijdering	

Aanvullend materiaal: www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2018-4

Agenda

Discipline overstijgend onderwijs

Locatie: Maarten Rook Zaal Nieuwegein & conferentieruimte 5B Leidsche Rijn
Data: 18 december, 15 januari, 19 februari, 19 maart
Tijdstip: 17.15-18.15 uur

Overige activiteiten

Promovendiclub

Locatie: Maarten Rook Zaal Nieuwegein
Datum: 20 december
Tijdstip: 17.00 uur, kerstborrel
Data 2019 worden nog gepland

VBHC

workshop VBHC thema longkanker
Locatie: Leidsche Rijn
Datum: 11 februari
Tijdstip: 15.30 – 17.30 uur

Coverfoto:
Patiënten als partners



Van de redactie

Miebet Wilhelm



De patiënt centraal stellen klinkt zo gemakkelijk. Te gemakkelijk zelfs en daardoor werd deze kreet jarenlang zo misbruikt dat het een holle, loze slogan is geworden.

Toch is dat wel waar het om gaat natuurlijk, maar dan niet op voorwaarden van de dokter maar op die van de patiënt. Het mooie is dat er in ons ziekenhuis (en daarbuiten) allerlei ontwikkelingen gaande zijn die de patiënt werkelijk centraal stellen, en waarbij zijn of haar waarden leidend zijn. Dat kan al zijn bij het ontwerpen van een onderzoek, en bij het vaststellen van de uitkomstmaten die volgens de patiënt belangrijk zijn, zoals Wouter Verberne schetst in zijn opinieartikel over shared decision making bij oudere nierpatiënten. Onze orthopeden laten zien dat het ook in de klinische praktijk kan, waarbij zij het hele zorgproces van patiënten met knieartrose door de ogen van de patiënt hebben geanalyseerd. Deze "patient journey" heeft diverse verrassende inzichten en verbeterpunten opgeleverd, mooi en bijzonder om te lezen.

Lezenswaardig is de column van Arend-Jan Meinders, die zijn worsteling met onzeker-

heid omschrijft in zijn werk als intensivist, en de moeilijke en soms dunne scheidslijn tussen zinnig en zinloos.

"De patiënt centraal stellen? Dat is zo 2014. Dan plaats je de patiënt in jouw omgeving. De patiënt zegt nu: zorg maar dat je in mijn omgeving past".

(vrij naar Paul Iske, hoogleraar Open Innovatie Universiteit Maastricht, Financieel Dagblad 2015)

Verder is er in dit nummer van Loupe aandacht voor verpleegkundig onderzoek. Zo vertellen de twee verpleegkundigen die

onlangs op de wetenschapsavond in de prijzen vielen over hun ervaringen op dit vlak. Verpleegkundig specialist Anneloes Munnik beschrijft hoe zij een innovatieve vorm van patiënteninformatie onderzocht, die helaas niet tot het gewenste resultaat bleek te leiden. Maar zoals zij zelf eigenlijk ook al concludeert: een "failure" is niets anders dan een "first attempt in learning". "Sometimes you win, sometimes you learn". (Paul Iske)

En zo is het. Laten we blijven proberen en blijven leren. We wensen u leesplezier!

Antonius publicaties

Via onderstaande QR-code gaat u naar een overzicht van alle journal articles gepubliceerd door Antonianen in de periode september t/m november 2018 (Bron: STAR).



Colofon

Redactie

Henk Ruven
Okke de Weerd
Miebet Wilhelm
Lea Dijkman
Nynke Kampstra

Noortje Koppelman
Imre Krabbenbos

Kim van der Meulen
Bas Peters
Carla Sloof
Lian Trapman

Hoofdredactie
Hoofdredactie
Hoofdredactie
Innovatie
Impact & publicaties uitgelicht

Uit de promovendiclub
Impact & publicaties uitgelicht

Uit de promovendiclub
Bureau redactie
Evidence-based

Fotografie

Geeske Stoker

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/2018-4>

Patiënten als partners in onderzoek



Wouter Verberne

Patiënten doen op steeds meer manieren mee met wetenschappelijk onderzoek. Behalve als proefpersoon zijn patiënten tegenwoordig steeds vaker ook deelnemer van het onderzoeksteam. Zij vertegenwoordigen daarmee de stem van patiënten richting onderzoekers. Hun bijdrage kan de patiëntgerichtheid van wetenschappelijk onderzoek goed versterken. Ook in ons onderzoek werken wij veel samen met patiënten om beter af te stemmen wat zij belangrijk vinden om te onderzoeken, hoe het onderzoek uitgevoerd wordt, en wat de resultaten kunnen betekenen voor de praktijk. In dit artikel beschrijven wij onze samenwerking met patiënten om te laten zien dat dit een waardevolle toevoeging is die door meer onderzoekers toegepast zou moeten worden.

Ons onderzoek gaat over de vraag welke behandeling het meest passend is bij oudere patiënten met ernstige, chronische nierschade. Chronische nierschade komt steeds meer voor, met name bij oudere mensen. Als de nieren op een gegeven moment te slecht werken, moet nagedacht worden over een behandeling die de functie van de nieren zo goed mogelijk vervangt. Dat kan met een niertransplantatie, maar oudere patiënten komen hier vaak niet meer voor in aanmerking.

Een andere optie is behandeling met dialyse, zoals hemodialyse waarbij drie keer per week gedurende vier uur het bloed gespoeld wordt via een dialysemachine. Dat gebeurt op de dialyseafdeling van het ziekenhuis.

Dialyse is echter een zware, intensieve behandeling. Een alternatief is om niet te starten met dialyse maar te behandelen met medicatie en dieetadviezen; dit heet conservatieve behandeling. Samen met nefroloog Willem Jan Bos en medisch ethicus Hans van Delden (UMC Utrecht) onderzoek ik de keuze die oudere patiënten met hun zorgverleners hierin maken. Ook vergelijken wij uitkomsten als levensverwachting en kwaliteit van leven tussen dialyse en conservatieve behandeling.

Al vroeg in het onderzoekstraject kwam mogelijke samenwerking met de Nierpatiëntenvereniging (NVN) in beeld. Wij wilden onze onderzoeksplannen laten beoordelen door

patiënten om te zien of de uitkomsten die we wilden onderzoeken ook voor patiënten relevant waren. Ook wilden wij weten of patiënten de vragenlijst die we voor het meten van kwaliteit van leven hadden geselecteerd geschikt vonden. Daarnaast hadden we de wens om samen met patiënten een nieuwe vragenlijst te ontwikkelen om te kunnen onderzoeken hoe patiënten hun keuzeproces over dialyse of conservatieve behandeling ervaren hadden. Zo'n vragenlijst bestond nog niet.

Al vroeg in het onderzoekstraject kwam mogelijke samenwerking met de Nierpatiëntenvereniging (NVN) in beeld

Daarop hebben wij contact gezocht met de Nierpatiëntenvereniging. Zij bleken – naast hun andere taken als patiëntenvereniging – ruime ervaring te hebben met het betrekken van patiënten en andere ervaringsdeskundigen

bij wetenschappelijk onderzoek. Zo hebben zij een actieve achterban van patiënten en andere ervaringsdeskundigen die verschillende rollen bij onderzoek kunnen vervullen, zoals het beoordelen van vragenlijsten, het adviseren over opzet en uitvoering van onderzoek, en het beoordelen van onderzoeksvoorstellen¹. Voor ons onderzoek zijn in deze fase twee patiënten en een patiëntvertegenwoordiger van de vereniging betrokken geweest.

De feedback die wij van de patiënten kregen, heeft ons goed geholpen om de onderzoeksplannen aan te scherpen. Doordat de betrokken patiënten op systematische wijze ons onderzoeksvoorstel geëvalueerd hadden aan de hand van een beoordelingsrichtlijn opgesteld door de Nierpatiëntenvereniging zelf, kwamen de verschillende aspecten van het onderzoek goed aan bod: van de uitkomsten tot communicatie naar de deelnemers aan het onderzoek, en van de methode tot de impact en mogelijke verbeteringen die het onderzoek zou kunnen voortbrengen.

Samen met de patiëntenvereniging hebben we een middag met zes patiënten georganiseerd

De anonieme beoordelingen gaven ons ten eerste goed inzicht in wat de patiënten waardeerden in het onderzoek, zoals het doel om in de praktijk betere voorlichting over de verschillende behandelingen bij ernstige nierschade mogelijk te maken, en dat we ook kwaliteit van leven wilden gaan meten, naast traditionele uitkomsten als levensverwachting. Daarnaast gaven de patiënten duidelijke verbeterpunten aan, in het bijzonder voor de vragenlijst – zoals de duidelijkheid en volledigheid van de vragen. Hierdoor hebben we tijdig aanpassingen kunnen doen.

Later in het onderzoekstraject wilden wij opnieuw patiënten bij ons onderzoek betrekken om de resultaten beter te kunnen duiden. Nog niet eerder was de Nierpatiëntenvereniging bij het interpreteren van onderzoek betrokken geweest, en ook voor ons was het

een nieuwe manier van samenwerken aan onderzoek. Samen met de patiëntenvereniging hebben we een middag met zes patiënten georganiseerd om ons onderzoek en de resultaten kritisch te bekijken. Aan de hand van het Engelstalige wetenschappelijke artikel en een Nederlandse samenvatting hebben we stapsgewijs het onderzoek en de resultaten, inclusief tabellen en grafieken, bediscussieerd. De leukste discussies gingen over wat de resultaten nu betekenen, en hoe je ze het beste kan uitleggen aan andere patiënten. Wij hadden namelijk gevonden dat bij oudere patiënten behandelen met dialyse niet altijd tot een betere levensverwachting of kwaliteit van leven leidt dan met conservatieve behandeling². De input van de patiënten gaf ons onder andere beter inzicht in de relevantie van resultaten, en leverde meer genuanceerde formuleringen van de resultaten en conclusies op.

Steeds vaker zijn patiënten betrokken bij het uitvoeren en evalueren van wetenschappelijk onderzoek. Ook is deelname van patiënten als partners bij onderzoek steeds meer een voorwaarde voor het verkrijgen van een onderzoeksbeurs, of voor het publiceren van een artikel in een wetenschappelijk tijdschrift. Ik denk dat dit een goede ontwikkeling is om onderzoek meer patiëntgericht te maken, zowel qua uitvoering als relevantie van het onderzoek. Patiënten kunnen als enige vertellen wat voor hen belangrijk is, welke belasting bij deelname aan een onderzoek voor hen acceptabel is, en wat de resultaten voor hen betekenen. Zij kunnen hier hun eigen ervaringen bij gebruiken maar zijn ook goed in staat om na te denken voor andere patiënten. Studies laten zien dat de input van patiënten en andere ervaringsdeskundigen significante impact heeft op onderzoek^{3,4}. Er zitten bijvoorbeeld belangrijke verschillen tussen wat dokters en patiënten relevante uitkomsten vinden. Door patiënten direct te betrekken bij onderzoek worden nu ook de voor hen relevante uitkomsten onderzocht.

Het samenwerken met patiënten bij onderzoek past ook goed binnen het gedachtegoed van value-based health care, net als bij het gezamenlijk verbeteren van kwaliteit van zorg. Er bestaan veel manieren om patiënten te betrekken bij het doen van wetenschappelijk onderzoek. Bij ons heeft de samenwerking met

de Nierpatiëntenvereniging hier veel in betekend. Tips voor hoe je het aan zou kunnen pakken vind je in de referenties^{1,5,7}. Denk bijvoorbeeld na in welke fases van het onderzoek je patiënten goed kan betrekken, hoe je de samenwerking het meest zinvol kan invullen, en over een eventuele (reiskosten) vergoeding. Ook helpt een goede dosis creativiteit, omdat ieder onderzoek anders is en deze manier van samenwerken met patiënten relatief nieuw is.

Samenwerken met patiënten is een waardevolle toevoeging

Onze ervaringen met patiënten als partners in onderzoek zijn positief en laten zien dat hun bijdragen een belangrijke meerwaarde zijn voor beter en relevanter onderzoek. Er ontstond bovendien ook op andere vlakken samenwerking met de patiëntenvereniging, zoals het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal over conservatieve behandeling, en deelname aan de landelijke wetenschapsdag van de vereniging om ons onderzoek te presenteren. Samenwerken met patiënten in wetenschappelijk onderzoek is een waardevolle toevoeging, en een goede en leerzame uitdaging die meer onderzoekers zouden moeten aangaan.

Referenties

- 1 Zie voor meer uitleg over de verschillende rollen van patiënten bij onderzoek: <https://www.nvn.nl/activiteiten/projecten-lobby-en-meer/pati%C3%ABnten-betrekken-bij-wetenschappelijk-onderzoek/>
- 2 Verberne WR, Dijkers J, Kelder JC, et al. Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. *BMC Nephrol.* 2018;19:205.
- 3 de Wit MJ, Abma T, Koelewijn-van Loon M, et al. Involving patient research partners has a significant impact on outcomes research: a responsive evaluation of the international OMERACT conferences. *BMJ Open.* 2013 May 9;3(5): pii: e002241.
- 4 Urquhart-Secord R, Craig JC, Hemmelgarn B, Tam-Tham H, Manns B, Howell M, et al. Patient and caregiver priorities for outcomes in hemodialysis: an international nominal group technique study. *Am J Kidney Dis.* 2016;68(3):444–54.
- 5 De Wit M, Bloemkolk D, Teunissen T, et al. Voorwaarden voor succesvolle betrokkenheid van patiënten/cliënten bij medisch wetenschappelijk onderzoek. *Tijdschr Gezondheidswet.* 2016;94(3):91–100.
- 6 Wittman HO, Chipenda Dansokho S, Colquhoun H, et al. Twelve lessons learned for effective research partnerships between patients, caregivers, clinicians, academic researchers, and other stakeholders. *J Gen Intern Med.* 2018 Apr;33(4):558–562.
- 7 Forsythe LP, Ellis LE, Edmondson L, et al. Patient and stakeholder engagement in the PCORI pilot projects: Description and lessons learned. *J Gen Intern Med.* 2016 Jan;31(1):13–21.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door financiële steun van het St. Antonius Onderzoeksfonds, de Maatschap Inwendige Ziekten, Roche en Zilveren Kruis.

Prijswinnende verpleegkundig onderzoekers aan het woord



Hanny Overbeek en Ineke van de Pol

Tijdens de jaarlijkse Wetenschapsavond in september hebben twee verpleegkundigen, Ineke van de Pol en Hanny Overbeek, de gedeelde derde prijs gewonnen. De redactie van de Loupe vond het daarom tijd voor een interview met hen over de onderzoekscultuur onder verpleegkundigen.

Hoe zijn jullie in aanraking gekomen met het doen van onderzoek, wat is motiverend geweest?

De eerste aanraking met het doen van onderzoek was bij zowel Ineke als Hanny tijdens hun vervolgopleiding. **Hanny:** 'Ik vond het zonde om opdrachten te maken voor mijn opleiding tot verpleegkundig specialist zonder dat de afdeling daar iets aan had. Daarom heb ik voor al mijn opdrachten en ook voor mijn onderzoek onderwerpen gekozen die winst op kunnen leveren voor de hematologie patiënt. Hierdoor kreeg mijn opleiding ook echt inhoud'.

Ineke werd in haar werk als verpleegkundig practitioner getriggerd door vraagstukken in de praktijk, maar had niet voldoende vaardigheden voor het doen van onderzoek. Tijdens de master EBP heeft zij deze vaardigheden aangereikt gekregen. Daarmee is het makkelijker geworden om een onderzoek te initiëren en uit te voeren. **Ineke:** 'In het begin is onderzoek doen echt pionieren, je bent zelf nog niet onderzoeksvaardig en weet niet goed waar je hulp kunt krijgen. Het is veel leren, tegen zaken aanlopen en op een gegeven moment ga je een beetje de weg leren kennen. Bovendien zijn er steeds meer mensen om je heen die kunnen helpen. Als je dan onderzoek gaat doen, krijg je meer aansluiting bij de artsen, en ook hulp. Onder artsen is het doen van onderzoek onderdeel van het werk. Ook bij de Academie kun je met al je vragen terecht'. Hanny onderschrijft deze zoektocht, maar ook de steun die er is: 'Het onderzoeksklimaat in het ziekenhuis is echt wel goed'.

Welke ontwikkeling zien jullie binnen het ziekenhuis voor wat betreft verpleegkundig onderzoek?

Vijf jaar geleden stond het verpleegkundig onderzoek nog in de kinderschoenen. Dat is nu wel veranderd. **Ineke:** 'Wij doen op de IC aan EBP en PICO-besprekingen. Collega's zien het nut ervan, zien dat het zinvol is en dat met de resultaten ook iets te bereiken is. Een aantal collega's doen nu ook de master EBP. Meer mensen worden enthousiast en we ontwikkelen zo met elkaar de kennis die nodig is voor het doen van onderzoek. Voor mensen die willen starten met het doen van onderzoek is de drempel minder hoog, doordat er steeds meer ondersteuning is. Ze hoeven niet meer zo te pionieren'.

Hanny: 'Voor collega's is het belangrijk dat je met onderwerpen uit de praktijk aan de slag gaat. Dan wordt zichtbaar wat het oplevert, dat stimuleert. Om onderzoek te kunnen doen is tijd een belangrijke factor. Ik heb veel enthousiasme gezien en support gekregen van mijn leidinggevende en de hematologen en mocht ruimte nemen voor het onderzoek, daar heb ik echt geluk mee gehad. Ook heb ik hulp gehad van onze kwaliteitsfunctionaris. Wel gaat vaak meer tijd in onderzoek zitten dan vooraf bedacht. Het gewone werk moet ook doorgaan en daar voelde ik mij erg verantwoordelijk voor. Je wilt geen concessies doen aan de zorgvuldigheid van het onderzoek. Dat is de reden, dat er veel vrije tijd in het onderzoek is gaan zitten.

Het zou mooi zijn als onderzoek meer geborgd wordt. Hierdoor kun je meer mensen enthousiast krijgen'.

In hoeverre is er in het ziekenhuis een verpleegkundige onderzoekscultuur?

Hanny: 'Bijwerkingen van medicijnen is bijvoorbeeld echt een verpleegkundig onderwerp. Het is heel belangrijk om dit met elkaar te observeren, te registreren en te graderen, literatuuronderzoek te doen naar best practice, nieuw beleid in te zetten en de effecten daarvan te beoordelen. Collega's worden zich hier meer bewust van, het enthousiasme neemt toe. De motivatie is zeker toegenomen ten opzichte van een aantal jaren geleden. Door de cursussen EBP wordt het heel praktisch gemaakt en worden vraagstukken opgepakt'.

Een echte verpleegkundige onderzoekscultuur in het ziekenhuis is er (nog) niet. Het is nu met name gebaseerd op individuen. Het wordt nu wel een olievlek: op afdelingen worden collega's enthousiast en zij willen tijd steken in het doen van onderzoek.

Is het hebben van een verpleegkundige onderzoekscultuur in het ziekenhuis een wens van jullie?

In koor: 'Ja zeker! Het lijkt ons superleuk.'

Ineke: 'Daar zijn wel meer hoger opgeleide verpleegkundigen voor nodig. Zonder de master EBP had ik geen methodologisch goed onderzoek op kunnen zetten. Voorwaarde is dus meer hoog opgeleide verpleegkundigen en tijd om zichzelf te ontwikkelen en ervaring op te doen. Op deze manier creëer je een basis voor het doen van onderzoek, die is er nu nog niet. Wij doen nu onderzoek, maar hebben ook het idee dat we ons nog veel verder kunnen ontwikkelen'.

Ineke en Hanny zijn van mening dat verpleegkundig onderzoek anders is dan het onderzoek dat artsen doen.

Verpleegkundig onderzoek richt zich meer op de 'zachte' kant. Ook op dat vlak is veel te bereiken. **Ineke:** 'Ik heb een onderzoek gedaan naar geluidsreductie 's nachts. Bij aanvang werd er door sommige collega's wat sceptisch naar gekeken. Nu zeggen ze: wat een leuk onderzoek! Dat komt denk ik met name door de onbekendheid van verpleegkundig onderzoek. Als we een bredere basis kunnen creëren van verpleegkundig onderzoek dan kan er ook op het gebied van onderzoek veel meer met de artsen worden samengewerkt'.

Je wilt geen concessies doen aan de zorgvuldigheid van het onderzoek

Ondanks dat het 'ander' onderzoek is geven beiden aan het stimulerend en waardevol te vinden om onderzoek samen met artsen te doen. Onderzoek kan verbinden en het is goed om van elkaar te weten waar je mee bezig bent. **Ineke:** 'Ik ga naar de promovendi club; hier krijg je ook goede informatie, je leert elkaar kennen. Ik dacht in het begin: "Hoor ik daar bij?", maar hier kom je de mensen tegen die ook met onderzoek bezig zijn'.

Hoe staan jullie tegenover verpleegkundig praktijkonderzoek?

Hanny: 'Ik ben hier een voorstander van. Het ligt heel dicht bij de verpleegkundigen. Het is toch praktischer en je ziet wat sneller resultaten. Bij ons zijn verpleegkundigen nu aan het kijken of het met een interventie mogelijk is om diarree bij mensen met leukemie te verminderen. Dit is heel resultaatgericht en kost ook minder tijd'.

'Op de IC moeten alle studenten i.o. tot IC verpleegkundige een onderzoek doen. Ze maken een PICO-vraag, vervolgens een CAT en moeten dit combineren met een praktijk-

Ineke van de Pol is als verpleegkundig practitioner werkzaam op de IC en onderzocht het effect van het verlengen van de tijdsintervallen tussen systeemwisseling bij centrale lijnen op lijnsepsis. De resultaten hebben gezorgd voor flinke kosten- en tijdsbesparingen, zonder toename van lijnsepsis.

Hanny Overbeek is als verpleegkundig specialist werkzaam op de hematologie en onderzocht het effect van enkele beleidsveranderingen op bijwerkingen na autologe stamceltransplantatie. De heftige bijwerkingen, zoals ernstige orale mucositis, zijn inmiddels spectaculair afgenomen.

onderzoek. Zo hebben zij in ieder geval de onderzoekscyclus al een keertje doorlopen', aldus Ineke. 'Degenen die enthousiast zijn, probeer ik na de opleiding te betrekken bij mijn onderzoek, om zo mensen blijvend te stimuleren'. Vijf jaar geleden werd verpleegkundig praktijkonderzoek niet gedaan, nu zie je het af en toe gebeuren. Het moet zeker meer worden, leidinggevend willen dat ook.

Welke tips hebben jullie voor verpleegkundigen als ze onderzoek willen gaan doen?

Hanny: 'Zorg voor een goed onderwerp dat relevant is voor de praktijk. Je moet ook een beetje een pioniersgeest hebben. Vorm een team om je heen dat kan helpen. Dit kan de Academie zijn, maar ook je leidinggevende, kwaliteitsfunctionaris en arts van de afdeling. Maak ook goede afspraken; hoeveel tijd gaat het kosten en wat doe je als blijkt dat in de loop van het onderzoek meer tijd nodig is? We zijn vaak erg enthousiast, daarom is het goed om vooraf een goed plan te maken om grenzen te bewaken'. **Ineke:** 'En als je echt enthousiast bent, ga een opleiding doen, zodat je onderzoeksvaardigheden krijgt aangeleerd. Wees creatief en een beetje brutaal'.

Beide zijn het erover eens dat het gespreide bedje niet klaar staat, maar dat de bereidheid onderzoek te ondersteunen zeker aanwezig is binnen de organisatie. Vaak is meer mogelijk dan we geneigd zijn te denken. Daarbij moeten we niet vergeten dat de uitkomst van onderzoek uiteindelijk leidt tot betere zorg en soms ook besparing van kosten.

Juge P, Lee JS, Ebstein E, Furukawa H, Dobrinskikh E, Gazal S, et al. MUC5B Promoter variant and rheumatoid arthritis with interstitial lung disease. *N Engl J Med* 2018 [epub ahead of print]

Auteurs namens het St. Antonius Ziekenhuis: Moorsel van CHM, Vis van der JJ, Man de YA, Grutters JC.

Studie toont risicofactor voor het ontwikkelen van longziekte bij reumatoïde artritis patiënten aan

Interstiële longziekte (ILD) is een belangrijke oorzaak van ziektelast en overlijden bij patiënten met reumatoïde artritis (RA). Vaak is de longcapaciteit van deze patiënten al met 50% gereduceerd wanneer de ziekte gediagnosticeerd wordt. De longartsen van het ILD expertisecentrum zien deze patiënten regelmatig.



Annette van der Vis,
onderzoeksanalist
longgeneeskunde

RA geassocieerde ILD (RA-ILD) heeft veel overlappende fenotypische kenmerken met idiopathische pulmonale fibrose (IPF). Zo ontstaat de ziekte meestal op latere leeftijd, vaker bij mannen en hebben patiënten vaker een rookhistorie. Een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van IPF is het minor allel van een DNA polymorfisme (rs35705950) in het MUC5B gen. Ook in ons centrum hebben wij deze associatie met IPF aangetoond. Een deel van de RA-ILD patiënten heeft op de HRCT-scan een usual interstitial pneumonitis (UIP) patroon, welke ook zeer karakteristiek voor IPF is. Reden voor ons om te onderzoeken of dit MUC5B risico-allel ook geassocieerd is met het ontwikkelen van ILD bij patiënten met RA. Op het congres van de American Thoracic

Society bleken meer onderzoekers deze vraag te willen beantwoorden. Daarop hebben we de handen ineengeslagen, waardoor naast het St. Antonius o.a. ook Hôpital Bichat-Claude Bernard in Frankrijk, University Hospital Athens in Griekenland, Broad Institute of MIT and Harvard in de VS, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias in Mexico, Nanjing University School of Medicine in China en de University of Tsukuba in Japan betrokken waren bij deze studie.

Onze studie laat zien dat het MUC5B risico-allel significant vaker bij patiënten met RA-ILD voorkomt dan bij gezonde controles (OR 5.5; $p=1.3 \times 10^{-49}$) en RA patiënten zonder longziekte (OR 3.1; $p=7.4 \times 10^{-5}$).

Verder dragen RA-ILD patiënten met een UIP patroon significant vaker het MUC5B risico-allel ten opzichte van patiënten zonder UIP patroon.

Hieruit blijkt dat het MUC5B polymorfisme gebruikt zou kunnen worden om in de pre-symptomatische fase longfibrose te detecteren bij RA patiënten. De behandeling kan daardoor eerder starten, waardoor patiënten een betere kwaliteit van leven behouden. De overeenkomende genetische achtergrond tussen IPF en RA-ILD suggereert dat medicatie waarmee IPF patiënten worden behandeld, ook effectief zou kunnen zijn bij RA-ILD patiënten, met name bij patiënten met een UIP patroon. Hiervoor is vervolgonderzoek noodzakelijk.

De behandeling kan daardoor eerder starten, waardoor patiënten een betere kwaliteit van leven behouden

Deze studie was mogelijk door de jarenlange inclusie van RA patiënten met longproblemen in de ILD-biobank. Hierdoor hebben wij in samenwerking met de Reumatologie een RA-ILD cohort van 40 patiënten samen kunnen stellen, die voldeden aan de reumatologie criteria van de EULAR-ACR (2010). Ook de faciliteiten en expertise om de MUC5B genotypering uit te voeren zijn aanwezig in ons ziekenhuis, te weten in de TopZorg Science Corner in het Klinisch Chemisch Laboratorium. Een mooi voorbeeld van hoe de kernwaarden samenwerken, innovatief en continu verbeteren, in het St. Antonius Ziekenhuis bijdragen aan de visie: Samen zorgen voor kwaliteit van leven.

Omgaan met onzekerheid



Arend-Jan Meinders, internist / intensivist

De intensive care is een afdeling van hoop en grote verwachtingen. Veel patiënten worden daar tijdens hun meest kwetsbare momenten behandeld en verzorgd. Intensivisten en intensive care verpleegkundigen proberen steeds de best mogelijke uitkomst voor deze ernstig zieke patiënten te behalen.

Vaak is dit voor ons indrukwekkend en dankbaar werk, maar niet zelden gaat het niet goed en komen patiënten te overlijden. Op onze IC sterven wekelijks 5 à 6 patiënten, een totaal van tussen de 250 en 300 patiënten per jaar. Dit overlijden kan acuut optreden door een overweldigende, niet te behandelen ziekte, maar vaker wordt dit overlijden vooraf gegaan door een beslissing om de actieve behandeling te staken of te beperken.

In deze beslissingen om de behandeling te staken is de patiënt zelf vaak geen gesprekspartner meer en moeten wij het doen met de naasten en soms de behandelaren uit de ambulante fase zoals de huisarts. Zulke verstrekende beslissingen moeten uiteraard zeer zorgvuldig worden genomen en daarvoor is het essentieel om te weten wat de prognose van de ziekte is, wat de belasting van de behandeling behelst en hoe het traject na de IC opname is.

Maar hoe goed weten wij dat eigenlijk? Medisch zinloos handelen of een infauste prognose worden vaak gebruikt als onderbouwing van een beslissing om een actieve behandeling te staken. Al jaren is bekend dat het zelfs voor ervaren intensivisten heel moeilijk te voorspellen is wat de uitkomst op korte termijn is (sterfte of overleving), laat staan dat dat erg goed gaat op de middellange termijn.

Recent onderzoek in de JAMA op 5 Amerikaanse IC's onder 47 intensivisten en 128 intensive care verpleegkundigen toonde dat het voorspellen van levend ontslag uit het ziekenhuis, 6-maandsoverleving, functionele status (bv traplopen, continëntie en cognitieve functie) door professionals beter gaat dan door het opgooien van een munt¹. Echter de accuraatheid was slechts bijdragend wanneer zij geheel zeker waren van hun voorspelling en wanneer de verschillende zorgverleners het eens waren. Dat is heel vaak niet het geval

in de dagelijks praktijk en dat komt doordat de inschattingen vaak niet rationeel worden gemaakt. Naast klinische kenmerken spelen recente ervaringen, eigen emotie en waarden mee. Ook hoe de beslissing wordt ingekleed speelt mee. Veel belang wordt bijvoorbeeld gehecht aan opmerkingen van naasten dat een patiënt heeft aangegeven nooit afhankelijk te willen zijn of nooit in een verpleeghuis te willen worden opgenomen.

Zinnig- of zinloosheid is vaak niet vast te stellen

Er is dus een groot grijs gebied waarin de prognose onduidelijk is en waarin het onmogelijk is een zekere uitkomst te schetsen aan de patiënt of de familie. Hoe onzeker dat vaak is blijkt ook uit onze eigen ervaring. Al jaren zien wij patiënten die meer dan zeven dagen op de IC hebben gelegen terug op de post-IC polikliniek. Zeer zieke patiënten die wij door nazorg proberen bij te staan in hun langdurig herstel. Ondanks dat deze patiënten vaak een deel van hun gezondheid en zelfstandigheid hebben moeten inleveren sta ik telkens verbaasd over de veerkracht en het aanpassingsvermogen van deze patiënten. Bij velen van hen is er op enig moment de vraag gesteld of verdere behandeling nog wel zinvol zou zijn.

IC behandeling is belastend met vaak een onzekere uitkomst. Zinnig- of zinloosheid is vaak niet vast te stellen. Wanneer de behandeling disproportioneel lijkt te gaan worden, kan zich een situatie voordoen waarin een beslissing om de behandeling te staken genomen moet worden. Ikzelf probeer mij echter altijd bewust te zijn van mijn beperkte zicht op de toekomst. Met al deze kanttekeningen is vaak geen juiste beslissing maar slechts een zorgvuldige beslissing het hoogst haalbare. En misschien ook wel eens: in dubio non abstinence.

Referenties

1. Detsky ME, Harhay MO, Bayard DF, et al. Discriminative accuracy of physician and nurse predictions for survival and functional outcomes 6 months after an ICU. *JAMA*. 2017 Jun 6;317(21):2187-2195.

Hanny Overbeek wint Santeon Verpleegkundeprijs 2018

Tijdens het Santeon Verpleegkunde Congres op 12 november ontving Hanny Overbeek, verpleegkundig specialist hematologie in ons ziekenhuis, de Verpleegkundeprijs 2018

Hanny deed de afgelopen jaren onderzoek naar bijwerkingen van chemokuren (HDM en BEAM) die patiënten krijgen voorafgaand aan een autologe stamceltransplantatie. Stapsgevoerd voerde ze met haar team een aantal interventies in om de bijwerkingen te vermin-

deren. Zo liet ze patiënten ijs in de mond houden tijdens het inlopen van de chemo en paste ze het anti-emetica- en antibioticascema aan. De resultaten waren spectaculair. Waar patiënten eerder een lange periode doodziek, met kapotte monden en met sondevoeding in het ziekenhuis verbleven, kunnen ze nu vaak direct naar huis. De meeste patiënten doorlopen het traject nu ambulante zonder complicaties. De ervaringen zijn zo positief dat Hanny ze wil overbrengen naar alle stamceltransplan-

tatiecentra in Nederland. Hanny benadrukte in haar dankwoord de gezamenlijke inspanningen van het gehele team hematologie, die deze resultaten mogelijk maakten.



Toekenningen St. Antonius Onderzoeksfonds

In 2018 heeft het Onderzoeksfonds 22 onderzoeksvorstellen ontvangen. Op 15 november jl. hebben 14 geselecteerde onderzoekers hun voorstel met passie gepresenteerd aan de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR). De discussie na afloop van iedere voordracht was levendig, relevant en diepgaand. De WAR heeft daarna advies uitgebracht aan het bestuur van het Onderzoeksfonds, dat besloten heeft het advies van de WAR te volgen en de aanvragen van twaalf studies te honoreren. In totaal is in de ronde van 2018 een bedrag van € 673.414,- uitgekeerd.

Aanvrager: Prof.dr. Bas L.A.M. Weusten
Specialismen: MDL
Titel: Acetic Acid Chromoendoscopy for the detection of neoplastic Barrett's Esophagus, a multicenter, prospective, stepped wedge cluster randomized intervention study
Uitkering: € 80.000,-

Aanvrager: Drs. Emma Wassenaar
Specialismen: Gastro-intestinale chirurgie
Titel: Genetische herkomst peritoneale metastasen van colorectale kanker
Uitkering: € 53.333,-

Aanvrager: Drs. Rosa Smoor
Specialismen: OK-IC Centrum
Titel: Intraveneus ijzer voor de behandeling van preoperatieve anemie bij oudere hartchirurgische patiënten: een gerandomiseerde dubbelblinde placebocontroleerde multicenterstudie.
Uitkering: € 52.667,-

Aanvrager: Dr. Wenche Klerkx
Specialismen: Gynaecologie
Titel: The efficacy of botulinum toxin A injection in pelvic floor muscles in chronic pelvic pain patients: a doubleblinded randomized controlled trial.
Uitkering: € 64.761,-

Aanvrager: Drs. Dean Chan Pin Yin
Specialismen: Cardiologie
Titel: Prospective registry of the HEART score of patients with chest pain in the pre hospital phase
Uitkering: € 56.965,-

Aanvrager: Drs. Kai Zheng
Specialismen: Cardiologie
Titel: Platelet reactivity in patients with atrial fibrillation and coronary artery disease under dabigatran, apixaban and VKA(PACK)
Uitkering: € 54.666,-

Aanvrager: Dr. Diana van Kessel
Specialismen: Longziekten, MMI
Titel: Isotype- en subklasseverdeling in de respons op pneumokokkenvaccinatie bij gezonde volwassenen
Uitkering: € 41.532,-

Aanvrager: Dr. Laurien Waaijer
Specialismen: Plastische, Reconstructieve Handchirurgie, Oncologische Chirurgie
Titel: Het risico op recidief borstkanker na directe autologe borstreconstructie middels DIEP
Uitkering: € 80.000,-

Aanvrager: Drs. Emma van Dijk
Specialismen: Interne Geneeskunde, MDL, Medische Immunologie, Radiotherapie
Titel: Towards personalized treatment in locally advanced rectal cancer: an explorative study combining MRI, cytokine levels and tumour characteristics to predict response to preoperative chemoradiation in rectal cancer patients
Uitkering: € 50.000,-

Aanvrager: Drs. Timo Soeterik
Specialismen: Urologie
Titel: De meerwaarde van een nomogram ter predictie van zijdespecifieke extracapsulaire extensie bij patiënten met prostaatkanker in de preoperatieve setting
Uitkering: € 20.781,-

Aanvrager: Drs. Roderick van den Bergh
Specialismen: Urologie, Nucleaire Geneeskunde
Titel: PASPoRT: PSMA PET/CT scan voor accuratere risicofratificatie van laag-risico prostaatkarcinoom in het kader van afwachtend beleid ('active surveillance')
Uitkering: € 80.000,-

Aanvrager: Donna Benschop
Specialismen: Diverse verpleegafdelingen
Titel: Rooming-in bij kwetsbare oudere patiënten met een verhoogd risico op delier
Uitkering: € 38.709,-

De ontslagkaart onderzocht

In het kader van mijn opleiding tot verpleegkundig specialist, heb ik een nieuwe vorm van patiënteninformatie geïmplementeerd en deze vervolgens onderzocht. Het onderzoek vond plaats op de afdeling cardio-thoracale chirurgie (CTC) in het St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein.

Anneloes Munnik, verpleegkundig specialist

Een groot deel van de patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis ondervindt problemen in de eerste weken na ontslag. Na ontslag start de overgang naar zelfzorg en komt het aan op zelfmanagement. Voor alle patiënten na een cardio-thoracale chirurgische ingreep die vanuit het St. Antonius Ziekenhuis ontslagen worden, geldt dat zij met vragen en/of problemen contact op kunnen nemen met de CTC. Patiënten uit een verwijzend centrum die tijdens opname worden teruggeplaatst, blijven onder behandeling bij hun eigen cardioloog.

Voor het ontslag wordt een ontslaggesprek gevoerd door verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA) of arts-assistent, waarin verschillende leefregels en adviezen na ontslag worden besproken. Ook krijgt de patiënt een informatiefolder en een voorlopige ontslagbrief mee. Ondanks deze combinatie van mondelinge en schriftelijke informatieverstrekking bellen er dagelijks patiënten met

vragen en/of problemen naar de CTC. Een deel van deze vragen betreffen zaken die horen bij een normaal genezingsproces of zijn problemen waarvoor de afdeling niet verantwoordelijk is. Patiënten kunnen dus onnodig extra bezorgd zijn en deze extra onnodige contactmomenten zijn een belasting voor de zorgverleners.

Leefregels

De huidige informatieverstrekking aan deze patiënten, zou aangevuld kunnen worden met een geïllustreerde ontslagkaart met adviezen en leefregels na ontslag. Er is onderzocht wat het effect is van een geïllustreerde ontslagkaart op het vertrouwen in zelfmanagement en de overgang naar zelfzorg van de cardio-thoracale chirurgische patiënt in de eerste vijftien dagen na ontslag, in vergelijking met de huidige informatievoorziening. Ook werd gekeken of het aantal telefoontjes van patiënten afnam.



Methode

Er is een prospectief, kwantitatief, quasi-experimenteel pilotonderzoek middels post-test met historische controlegroep uitgevoerd. De interventie betrof het meegeven van een ontslagkaart met geïllustreerde adviezen en leefregels na ontslag op A4-formaat (figuur 1). De steekproef (N= 85) bestond uit patiënten na cardio-thoracale chirurgie via sternotomie, die vanuit het St. Antonius ontslagen werden. Het vertrouwen in zelfmanagement werd gemeten met de Patient Activation Measure (PAM-13) en overgang naar zelfzorg met de Care Transition Measure (CTM-15).

Resultaten

Er werd geen significant verschil gevonden tussen de groepen ten aanzien van het vertrouwen in zelfmanagement (p=0,525) en vertrouwen in zorgovergang (p=0,296). In de controlegroep werd vijftien keer binnen vijftien dagen gebeld en in de experimentele groep achttien keer (p=0,524).

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat de geïllustreerde ontslagkaart als aanvulling op de huidige zorg geen verbetering oplevert in het vertrouwen in zelfmanagement en de ervaring van de overgang naar zelfzorg. Ook blijkt dat het aantal telefoontjes niet afneemt. Wel wordt de kaart hoog gewaardeerd door zowel patiënt als zorgverlener. De ontslagkaart zal daarom gebruikt blijven worden tijdens het ontslaggesprek.

De geïllustreerde ontslagkaart



Vijf vragen aan: Stefan Heinen

Towards a non-invasive patient-specific vascular model for iliac artery stenosis severity assessment

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Uit mijn onderzoek is gebleken dat iliacaalstenosen van 30-50% lumendiameter-reductie mogelijk een significant drukverval (>10 mmHg) kunnen veroorzaken. Omdat deze stenosen zorgen voor een drukverlies rond de klinische behandelgrens is het dus van deze stenosen het meest lastig om te bepalen of behandeling zinvol is. Om de ernst van deze dubieuze iliacaalstenosen beter in te kunnen schatten hebben we een computermodel ontwikkeld. De input van het computermodel wordt geleverd door standaard angiografische beeldinformatie (digitale subtractie angiografie) welke verkregen wordt in de angiokamer. De patiënt hoeft niet onderworpen te worden aan extra onderzoeken. Het computermodel trok in 88% van de gevallen dezelfde conclusie als op basis van de in vivo drukmetingen. Dit is een verbetering ten opzichte van de klassieke modaliteiten. Duplex ultrasound en visuele inspectie van angiografische beelden trokken slechts in respectievelijk 77% en 83% van de gevallen dezelfde conclusie als de in vivo drukmetingen. Echter, voordat het computermodel

in de kliniek gebruikt kan worden moet meer wetenschappelijk bewijs verzameld worden. In een tweede studie wordt het huidige cohort (N=25) met nog eens 50 patiënten uitgebreid.

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

Momenteel wordt de ernst van iliacaalstenosen beoordeeld op basis van visuele interpretatie van het angiogram. Ondanks het advies van de richtlijnen om in het geval van twijfel invasief drukken te meten wordt dit in het geval van dubieuze significante vernauwingen (30% tot 50%) zelden gedaan. Onze interventieradiologen zijn zich bewuster geworden van het nut van deze drukmetingen, die nu bij twijfel verricht worden.

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

Een welbekende uitspraak in de wereld van computeralgoritmes en software is: "Garbage in is garbage out". De realisatie dat de resolutie van onze huidige MR scanners onvoldoende was heeft er uiteindelijk voor

gezorgd dat we hoge resolutie angiografische beeldinformatie zijn gaan gebruiken als input voor het computermodel. Ik ben trots op ons team dat het voor elkaar gekregen heeft om een computermodel af te leveren dat de ernst van deze iliacaalstenosen nauwkeurig in kan schatten.

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

Momenteel gebruikt het computermodel angiografische beeldinformatie als input. Dit betekent, ondanks dat de patiënt geen extra onderzoeken hoeft te ondergaan, dat de patiënt al op tafel ligt. Wanneer we de overstap van minimaal invasieve angiografische beelden naar CTA of MRA maken is de ernst van een iliacaalstenosen al op de polikliniek in te schatten. Met deze extra kennis kan het behandelplan geoptimaliseerd worden.

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

Eerst maar eens genieten van een welverdiende vakantie om vervolgens vol frisse moed te beginnen aan een nieuwe uitdaging bij het Catharina Ziekenhuis als data-analist Value Based Healthcare.

Onderstaande eigen geïnitieerde onderzoeken zijn in de periode 1 september t/m 30 november 2018 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-plichtig onderzoek

Anesthesiologie

Quantitative sensory testing of pain hypersensitivity in chronic pain patients
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: drs. I. Krabbenbos

Electrical brain responses during processing of nociceptive stimuli around detection threshold: an explorative study in pain patients
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: drs. I. Krabbenbos

MDL

Multicenter European prospective study on the efficacy and safety of the Focal C2 CryoBalloon Ablation System in patients with Barrett's Esophagus-related neoplasia
Multicenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: prof. dr. B.L.A.M. Weusten

Overig onderzoek

Anesthesiologie

Veno-arterial Extracorporeal Life Support in postcardiotomy cardiogenic shock; predictors of outcome in a retrospective cohort study
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: drs. E. Scholten

Cardio Thoracale Chirurgie

Endovascular second-stage completion after conventional elephant trunk procedure for mega aorta syndrome: stability and long-term outcomes.
Monocenter onderzoek
Heijmen, dr. R.H.

Cardiologie

Linker hartoor sluiting registratie studie
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: dr. L.V.A. Boersma

Heelkunde

Superior capsular reconstruction: a registry study
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: drs. R.N. Wessel

The trauma surgeon's outpatient office: physician empathy and long-term functional outcomes in upper-extremity patients
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: dr. D. van der Velde

Interne geneeskunde

Shuntbewaking middels accesflow en recirculatiemeting op de dialyse afdeling
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: S. Hendriks-Smidt

Longziekten

Change in migraine prevalence in patients with hereditary haemorrhagic telangiectasia
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: dr. J.J. Mager

E-health coaching CPAP bij OSAS patiënten
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: dr. H. van der Zeijden

Neurologie

Mobiele monitoring middels de Bardy holter bij de acute stroke en TIA patiënt
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: P.H.E. Hilken

SEH

Evaluatie van de invoer van het traumasein: een beschrijvende studie om trends inzichtelijk te maken.
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: M. Sanders

Vaatchirurgie

A two-center, retrospective cohort study comparing venous reconstruction and antimicrobial (Synergy) grafts in mycotic aortic aneurysms and central graft infections
Monocenter onderzoek
Hoofdonderzoeker: dr. R.H.J. Kropman



www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/uitgaven/2018-4

Lintje Jules Schagen van Leeuwen

Dr. Jules Schagen van Leeuwen werd tijdens zijn afscheidssymposium op 29 november tot zijn grote verrassing geridderd tot officier in de orde van Oranje-Nassau. Burgemeester De Jong van de gemeente Houten spelde hem het lintje op.

Jules Schagen van Leeuwen ontving de koninklijke onderscheiding voor de bijzondere wijze waarop hij invulling heeft gegeven aan zijn vak en voor de manier waarop hij zijn kennis en kunde op het gebied van verloskunde en gynaecologie heeft gedeeld. Hij werd door diverse sprekers geroemd om zijn grote betrokkenheid bij patiënten en collega's en om de wijze waarop hij mensen weet te inspireren en verbinden. Namens de Medische Staf en de St. Antonius Academie ontving Jules nog een verrassing:

alle columns die hij heeft geschreven voor de Loupe zijn gebundeld. Jules ontving hiervan het eerste exemplaar.

De gebundelde columns



Patiëntervaring gebruiken voor het optimaliseren van de zorg

Ieder eerste kwartaal van het jaar worden we verzocht data aan te leveren en lijstjes in te vullen met betrekking tot kwaliteitsindicatoren. Deze verzoeken komen uit verschillende hoeken en zijn allen bedoeld om zorgkwaliteit meetbaar en transparant te maken. Daarnaast is het Value-Based Healthcare (VBHC) principe momenteel een hot topic.



Nienke Wolterbeek, onderzoekscoördinator orthopedie (foto) en Gie Auw Yang, orthopedisch chirurg

VBHC is gericht op het maximaliseren van de waarde van zorg voor de patiënt en het reduceren van de kosten. Gezien maatschappelijke ontwikkelingen met de ogenschijnlijk oncontroleerbare stijging van de zorgkosten is het belang van procesoptimalisatie, zoals binnen VBHC wordt nagestreefd, ontegenzeggelijk.

Vragenlijsten

Echter, in VBHC trajecten en de kwaliteitsregisters, wordt naast objectieve uitkomstmaten zoals morbiditeit, mortaliteit, infectie en revisie, vaak ook gebruik gemaakt van 'patient reported outcome measures' (PROMs). Dit zijn patiëntvragenlijsten die, veelal lang geleden, voor een geheel ander doel ontwikkeld zijn. De vragenlijsten zijn met name bedoeld om het resultaat van de orthopedische interventies vanuit technisch perspectief te weerspiegelen. Maar is dit ook wat de patiënt zoekt en als kwaliteit definieert? Ons inziens zou het optimaal functioneren van het primaire proces onomstotelijk vast moeten staan voordat we met dit soort arbeidsintensieve tools de minimale verschillen in performance tussen zorgverleners proberen

te objectiveren en de uitkomsten van reeds zeer succesvolle chirurgie nog verder proberen te optimaliseren.

Optimalisatieprocessen

De afdeling orthopedie heeft verschillende trajecten lopen om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen en vervolgens te optimaliseren. Voorbeelden hiervan zijn het systematisch afnemen van PROMs, de complicatieregistratie, een Santeon-breed VBHC project en de Feedback Radar. Wij zijn er echter van overtuigd dat, om de behoeften van de patiënt te ondersteunen en de efficiëntie van de zorg te verhogen, ook de ervaring van de patiënten opgenomen dient te worden in de optimalisatieprocessen.

Om deze reden heeft de afdeling orthopedie de afgelopen periode deelgenomen aan de 'patient journey' pilot van ons ziekenhuis. Middels deze 'patient journey' hebben wij het zorgproces van patiënten met knieartrose in kaart gebracht. De pilot omvatte een analyse van het gehele zorgtraject, waarbij het zorgproces van eerste consult tot nacontroles na het plaatsen van een totale knieprothese

werd geobserveerd. Zorgprofessionals uit het hele proces, zoals medewerkers van de poli, opnameplanning, OK, preoperatieve screening, verpleegafdeling, fysiotherapeuten, roomservice, radiologie, arts-assistenten en orthopedisch chirurgen waren hierbij betrokken. Een ieder heeft één of meer patiënten geobserveerd gedurende een deel van hun reis door ons ziekenhuis. Vervolgens heeft de betreffende zorgprofessional een interview bij de patiënt afgenomen.

Routing

In meerdere daarop volgende projectbijeenkomsten zijn zowel de observaties als de positieve en negatieve feedback verzameld en geanalyseerd. Door de ogen van de patiënt kijkend naar ons zorgproces, het ziekenhuisgebouw en de organisatie hebben wij leerzame, verrassende, leuke, maar soms ook verontrustende constatering gedaan. Enkele voorbeelden zijn onduidelijke routing binnen het ziekenhuis, inconsequent informeren van de patiënt die te maken krijgt met veel verschillende zorgprofessionals, en onduidelijkheid over de te doorlopen procedures vooraf, tijdens en na een ziekenhuisopname. Sommige verbeterpunten kan de orthopedie zelf aanpakken, andere moeten ziekenhuisbreed opgepakt worden. Daarnaast waren er ook vele positieve uitkomsten; zaken die we goed doen en die we vooral moeten blijven doen. Tenslotte, het bijebrengen van de collegae uit diverse gremia heeft een ieder inzicht gegeven over de invloed van diens functioneren op het gehele proces. Duidelijk is geworden dat iedere functie een onmisbare "bouwsteen" is om de zorg voor onze patiënten optimaal te maken.

Optimalisatie van het primaire proces door het te analyseren vanuit de ogen van de klant is in het bedrijfsleven gemeengoed. Wij hopen dat onze ervaringen u mogen overtuigen om deze strategie te omarmen en zo onze ambitie om "topreferente" zorg te leveren nog verder inhoud te geven, door ervoor te zorgen dat het gehele zorgproces daadwerkelijk optimaal is ingericht rondom onze patiënten.

Tavy ALM, de Bruin AFJ, van der Sloot K, Boerma EC, Ince C, Noordzij PG, Boerma D, van Iterson M. Effects of thoracic epidural anaesthesia on the serosal microcirculation of the human small intestine. *World J Surg* 2018 Dec;42(12):3911-3917

Het effect van thoracale epidurale anesthesie op de serosale microcirculatie van de dunne darm

Thoracale epidurale anesthesie is een veel toegepaste techniek om postoperatieve pijnstilling te optimaliseren. Naast pijnstilling leidt deze behandeling ook tot sympathicolyse en daarmee in theorie tot vasodilatatie van onder andere de vaten die de darm voorzien van bloed.

Dit gaat veelal gepaard met een daling van de bloeddruk. Het is echter onbekend wat dit voor gevolgen heeft voor de doorbloeding van de darm betreffende de microcirculatie. Dit terwijl doorbloeding van de darm zeer bepalend kan zijn voor herstel en genezing van patiënten. Zo wordt het als één van de bepalende factoren gezien bij het optreden van naadlekkage na darmchirurgie.

In dit onderzoek hebben wij de effecten van thoracale epidurale anesthesie op de

microcirculatie van de darm bestudeerd tijdens gastrointestinale chirurgie. Dit hebben we gedaan met incident dark field imaging; een techniek om direct erythrocyten te visualiseren en daarmee de microcirculatie.

Na start van de thoracale epidurale anesthesie daalde de bloeddruk significant. Echter, de doorbloeding in de darm op niveau van de microcirculatie bleef onveranderd. In de kliniek wordt vaak gevaren op macrohemodynamische parameters, zoals de bloeddruk.



Arthur Tavy

Deze studie bevestigt dat de perfusie van de doelorganen en de macrohemodynamiek niet altijd met elkaar in overeenstemming zijn.

de Hoogd S, Ahlers SJGM, van Dongen EPA, van de Garde EMW, Daeter EJ, Dahan A, Tibboel D, Knibbe CAJ. Randomized controlled trial on the influence of intraoperative remifentanyl versus fentanyl on acute and chronic pain after cardiac surgery. *Pain Pract* 2018 Apr;18(4):443-451

Het effect van remifentanyl op chronische postoperatieve pijn

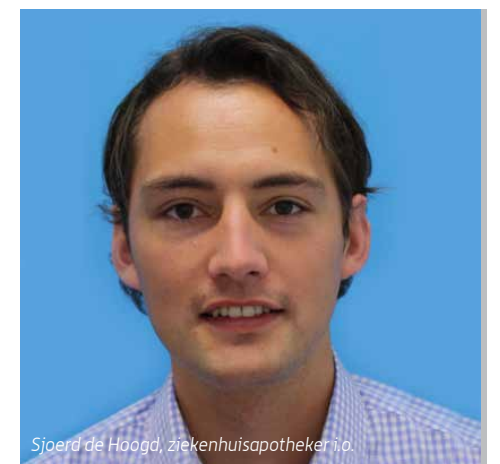
Remifentanyl is een sterk werkend opiaat dat veel wordt gebruikt als analgeticum tijdens hartoperaties. Eerder retrospectief onderzoek, uitgevoerd in het St. Antonius Ziekenhuis, suggereert dat het gebruik van remifentanyl zou leiden tot meer chronische postoperatieve pijn 1 jaar na hartchirurgie.

In het St. Antonius worden meer dan 2.000 hartoperaties per jaar uitgevoerd, daarom hebben we het effect van remifentanyl op chronische postoperatieve pijn in deze prospectieve gerandomiseerde studie onderzocht.

In totaal werden 126 patiënten die cardiothoracale chirurgie via sternotomie ondergingen geïncludeerd en gerandomiseerd tussen anesthesie met remifentanyl en anesthesie zonder remifentanyl. Eén jaar na de operatie was er geen significant verschil tussen de groepen op de incidentie van thoracale pijn [20% vs. 18%; p = 0.817]. De eerste 48 uur

na de operatie hadden patiënten in de remifentanyl groep meer opiaten nodig om tot een acceptabele pijnscore te komen. Ook gaven zij drie maanden na de operatie vaker aan postoperatieve pijn te hebben [51% vs. 33%; P = 0.047]. Dit effect leek vaker voor te komen bij patiënten jonger dan 65 jaar en patiënten die een hogere dosis remifentanyl ($\geq 1,875$ g) kregen.

Concluderend kun je je afvragen of het kortwerkende remifentanyl nu wel het ideale middel is voor gebruik tijdens langdurige operaties. Op korte termijn geeft het een verhoogde opiaatconsumptie en na drie



Sjoerd de Hoogd, ziekenhuisapotheker i.o.

maanden meer thoracale pijn. Aan de andere kant is dit verschil na een jaar wel grotendeels verdwenen. Een andere conclusie is dat de incidentie van chronische postoperatieve pijn in dit onderzoek na één jaar nog steeds hoog is met daarbij gepaard gaande verminderde kwaliteit van leven. Dit geeft aan dat chronische pijn na veelvoorkomende hartoperaties nog steeds een belangrijke complicatie is voor de patiënt.

Onderzoek galblaasverwijdering

Centrale vraag

Wat is de beste behandeling van acute galblaasontsteking bij oudere, kwetsbare patiënten: galblaas verwijderen of plaatsen van een drain (om ontstekingsstoffen af te voeren)?



Resultaat

Complicaties:



Her-operaties:



Terugkerende galziekten:



Gemiddelde ziekenhuisopname:



Onderzoeksteam

Charlotte Loozen
ONDERZOEKER

Djamila Boerma
HOOFDONDERZOEKER EN
MDL-CHIRURG

Radiologen, chirurgen, arts-assistenten van Chirurgie en Spoedeisende Hulp van deelnemende ziekenhuizen

Financiering
€ 60.000
van het
ST ANTONIUS
Onderzoeksfonds

Publicatie



British Medical Journal,
september 2018

Wie deden mee aan het onderzoek?



Totaal 142 patiënten,
waarvan 76 uit het
St. Antonius Ziekenhuis



Conclusie

Bij acute galblaasontsteking zorgt galblaasverwijdering bij oudere, kwetsbare patiënten voor minder complicaties in vergelijking tot drainage van de galblaas.

De conclusie is getrokken na tussentijdse analyse door een onafhankelijke Veiligheidscommissie; het onderzoek leidt tot aanpassing van landelijke richtlijnen.

