

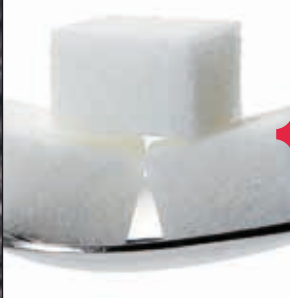
KICK

juni 2014

magazine voor
medewerkers
van het MCH

**SPECIAL
WETEN-
SCHAP**

MEDISCH



HYPO'S TELLEN

De ernst van niet-ernstige hypo's

DR. GOOGLE WEET ALTIJD RAAD?

Zet internet slim in

VAN T-BONE NAAR CARPACCIO

Patiëntenverhaal

AANSTEKE- LIJK ONDER- ZOEK

Opleider Korné Jellema
aan het woord

COLOFON

Deze speciale uitgave van de KICK, het personeelsmagazine van Medisch Centrum Haaglanden (MCH Antonius-hove in Leidschendam en MCH Westeinde in Den Haag), heeft als thema wetenschap in het MCH. De onderwerpen – hoogtepunten van het wetenschappelijk onderzoek in het MCH uit 2013 en het eerste kwartaal van 2014 en achtergrondartikelen – zijn samengesteld in overleg met oogarts Maurits Joosse, voorzitter van de Wetenschapscommissie, Hedwig Slot, directeur van het Landsteiner Instituut, Diana Grootendorst, coördinator wetenschap en Charlotte Severijns, secretaris van de Wetenschapscommissie.

Redactie Hanneke van Leeuwen, Nita Pleune (eindredactie), Masja de Ree, Gerben Stolk, Caroline Wortman (hoofdredeactie), Manou van de Zande

Fotografie Michel Groen

Ontwerp en opmaak
De Zagerij ontwerp bureau

Druk Drukkerij De Bink, Leiden

Opplage 3.500 exemplaren

Redactieadres

MCH, Afdeling In- en Externe Communicatie, Postbus 432, 2501 CK Den Haag
Telefoon 070 – 330 2827
n.pleune@mchaaglanden.nl
www.mchaaglanden.nl

De naam **KICK** is gevormd door de eerste letters van onze vier kernwaarden: Klantgerichtheid, Initiatief, Creativiteit en Kwaliteitsgerichtheid.

INHOUDSOPGAVE



HYPO'S TELLEN

Internist-diabetoloog dr. Nel Geelhoed over onderzoek naar niet-ernstige hypo's bij diabetespatiënten

PAGINA 6



PLUIM

Van de Wetenschapscommissie aan traumachirurgen

pagina 14



ONDERZOEKS- PLANNEN BELOOND

Hoe wordt de MCH-beurs besteed?

pagina 16



SAMEN AAN HET WERK

Zoeken naar onderzoeksdeelnemers

pagina 23



ACHTEROP

Prof. Thea Vliet Vlieland, hield in maart haar oratie als bijzonder hoogleraar in het LUMC

pagina 24

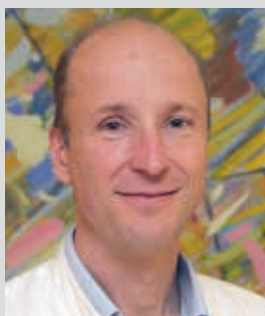
OP DE VOORKANT:

Patiënten die geopereerd worden aan een *anterior cervical decompression* (nekhernia) hebben erna geregeld slikproblemen en stemklachten. Anesthesioloog Bas in 't Veld onderzoekt met neurochirurgen of die veroorzaakt worden door het drukverschil in de *cuff*: het ballonnetje rondom de endotracheale tube (beademingsbuis) dat er onder andere voor zorgt dat tijdens de operatie het speeksel van de patiënt niet in de luchtweg zakt. In dit onderzoek verlaagt de anesthesioloog bij de helft van de geïncludeerde patiënten de cuffdruk tijdens de operatie, bij de andere helft houdt hij de druk zoals gebruikelijk. Om het verschil te meten, nemen trialverpleegkundigen op de dag van de operatie, de dag erna, en bij de eerste controle na ontslag onder andere het stemgeluid van de patiënt op met een taperecorder.

EN VERDER IN DIT NUMMER ...

- 3 Kort nieuws
- 9 Jong met diabetes
- 10 Kort nieuws
- 11 Onderzoek: doe het in één keer goed
- 12 De week van Crispijn van den Brand
- 15 Aanstekelijk onderzoek
- 18 Van T-bone naar carpaccio
- 19 'Dr. Google' weet altijd raad?
- 20 Een stapje verder met het voorspellen van glaucoom
- 21 Betere botdichtheid bij mannen met hiv
- 22 Wetenschapsfonds biedt steuntje in de rug

PASSIE VOOR ONDER- ZOEK



Voor u ligt alweer de tweede Wetenschapskick. Met deze speciale jaarlijkse editie van ons personeelsmagazine KICK willen wij extra aandacht geven aan mensen die zich binnen het MCH verdienstelijk hebben gemaakt op wetenschappelijk gebied. Wij realiseren ons dat we hier slechts het topje van de ijsberg benoemen van ambitieuze onderzoekers in ons ziekenhuis. Ter illustratie, in 2013 zijn in het MCH 66 studies goedgekeurd door de Wetenschapscommissie en het Wetenschapsbureau.

Verder besteden we aandacht aan de winnaars van de MCH studiebeurs en de ontvangers van de wetenschapspluim. Ook laten we in deze editie enkele opleiders aan het woord over hun rol als onderzoekscoach. Echter ons onderzoek zou nooit mogelijk geweest zijn zonder de medewerking van talloze patiënten die als proefpersoon hebben deelgenomen aan onze studies. Ook zij krijgen spreekruimte in deze KICK. In ons topklinisch opleidingsziekenhuis staat *evidence-based medicine* hoog in het vaandel. In een ideale genees-

kundige wereld zou 100% van ons beleid op evidence gebaseerd moeten zijn. Dit is echter een utopie. Het is verheugend om te zien hoe velen van ons actief participeren in het verwerven van evidence voor onze (be)handelingen. Hierbij zou 100% participatie van alle afdelingen aan onderzoek geen droom hoeven zijn. Onze behandelkeuzes bevatten vaak een bias (onzuiverheid, red.) naar de nieuwste en meest geavanceerde therapie. Met doelmatigheidsonderzoek kan bewezen worden of dit ook de meest wenselijke therapie is. Dit type onderzoek kan bijdragen aan een reductie van de kosten van de medisch specialistische zorg en zal ook in ons ziekenhuis steeds vaker verricht gaan worden.

In ieder geval toont deze speciale KICK aan, dat naast onze passie voor zorg ook de passie voor onderzoek bij ons in het bloed zit.

Maurits Joosse, voorzitter Wetenschapscommissie MCH

EERSTE LUSTRUM MCH WETENSCHAPSMIDDAG

Voor de jaarlijkse Wetenschapsmiddag – die vrijdag 29 november voor de vijfde achtereenvolgende keer werd georganiseerd door de Centrale Opleiding Commissie, de arts-assistentenvereniging en het Landsteiner Instituut – werd een recordaantal van eenendertig abstracts ingezonden. Oud-voorzitter van de wetenschapscommissie, neuroloog prof. dr. Martin Taphoorn, opende de wetenschapsmiddag in dit lustrumjaar en sprak zijn trots uit over de toenemende aandacht voor wetenschap in het MCH.

KORT NIEUWS

Verpleegkundig specialisten, specialisten en artsen in opleiding presenteerden hun onderzoek aan een geïnteresseerd publiek. Het overgrote deel van de inzendingen was te bekijken in de posterpresentatie – waarvan de jury oordeelde dat Arnoud Meijer, aios Radiologie, de beste had geleverd. Zeven abstracts waren geselecteerd voor een mondelinge toelichting.

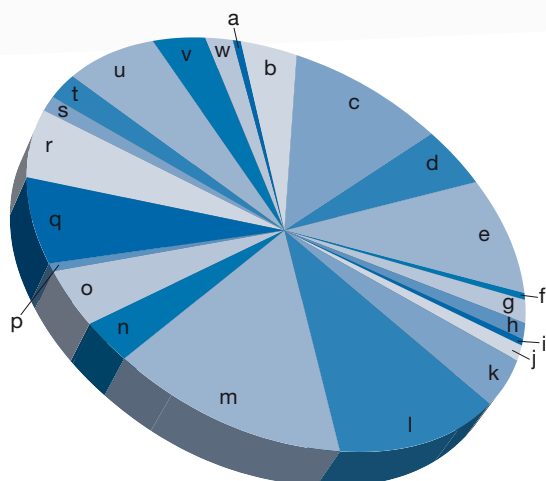
Ook de mondeling gepresenteerde onderwerpen besloegen een breed spectrum: van slaperige kinderen als bijwerking van oogdruppels (orthoptiste Ellen van Minderhout, zie pagina 16) tot overmatig alcoholgebruik (verpleegkundig specialist SEH Angelique van Gaalen, zie pagina 4). Onderzoeken naar het verbeteren van diagnostiek bij een bacteriële hersenvliesontsteking (aios neurologie Manda Alons), naar de giftige invloed van aminoglycosiden (ziekenhuisapotheker in opleiding Marie-Christine van Buul) en naar de effectiviteit van verschillende behandelingen bij een wervelkanaalvernauwing (neurochirurg Wouter Mooijen) kwamen aan bod. Ook de specialist zelf werd onderzocht: kan een snelle en praktische zelftest ervoor zorgen dat artsen zelf kunnen bepalen of zij 'fit to perform' zijn (aios heeldkunde Koen van der Bogt).

Verpleegkundig specialist Lia Meerkerk kreeg voor de beste presentatie € 1.000,- voor congres, cursus, medische boeken en dergelijke ter beschikking gesteld door de raad van bestuur. Haar onderzoek naar verminderde botdichtheid bij patiënten met HIV (zie ook pagina 21) is een van de eerste in Nederland op dit gebied.

In 2014 ook meedingen naar de prijs voor beste presentatie? De deadline voor het in insturen van abstracts is maandag 6 oktober (zie pagina 5).

IN HET NIEUWS

In 2013 zijn er 133 publicaties van MCH-wetenschappers in PubMed opgenomen. Kijk voor een overzicht op www.mchaaglanden.nl/wetenschap.



Specialisme

a. Anaesthesiologie (1)	m. Neurologie (21)
b. Cardiologie (6)	n. Oogheekunde (4)
c. Heelkunde (16)	o. Orthopedie (6)
d. Gynaecologie (7)	p. Pathologie (1)
e. Int. geneeskunde (14)	q. Radiologie (10)
f. Kindergeneeskunde (1)	r. Radiotherapie (9)
g. KCL (3)	s. Reumatologie (2)
h. KNO (2)	t. Slaapcentrum (4)
i. Longgeneeskunde (18)	u. SEH (11)
j. Maag-darm-leverziekten (2)	v. Sportgeneeskunde (6)
k. Medisch Cent. voor Dansers en Musici (7)	
l. Neurochirurgie (18)	

Overig

w. Landsteiner (3)

Tussen haakjes het aantal publicaties per specialisme. Publicaties met auteurs van verschillende afdelingen worden in de diagram meer dan een keer meegeteld.

HET CIJFER

19

Het aantal onderzoeken dat in 2013 mogelijk was door een bijdrage van het MCH Wetenschapsfonds. Lees meer over het fonds op pagina 22.

GOEDKEURING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Iedere derde dinsdag van de maand bespreekt de Wetenschapscommissie de onderzoeksdossiers die vóór de tweede dinsdag van de maand zijn ingediend. Al het wetenschappelijk onderzoek dat gaat plaatsvinden in het MCH moet worden aangemeld bij het Wetenschapsbureau. Dit geldt zowel voor WMO-plichtig als niet-WMO-plichtig onderzoek (dus ook statusonderzoek). Volledige onderzoeksdossiers doorlopen de controleprocedure en worden beoordeeld door de wetenschapscommissie. Onderzoekers die hulp willen ontvangen bij het samenstellen van een volledig onderzoeksdossier, kunnen daarvoor ondersteuning krijgen van Charlotte Severijns, secretaris van de Wetenschapscommissie. Meer informatie op www.landsteinerinstituut.nl > wetenschap > MCH.

De Wetenschapscommissie bestaat uit:

- oogarts dr. Maurits Joosse (voorzitter)
- extern lid en klinisch epidemioloog dr. Suzanne Cannegieter (LUMC)
- SEH-arts Crispijn van den Brand
- coördinator wetenschap en klinisch epidemioloog dr. Diana Grootendorst
- internist dr. Solrun Johannsson-Vidarsdottir
- gynaecoloog dr. Marjolein Kagie
- orthopedisch chirurg Stefan Keizer
- radioloog dr. Geert Lycklama à Nijeholt
- research verpleegkundig Charlotte Severijns-Verwaal (ambtelijk secretaris)



PVA AWARD 2014 VOOR ONDERZOEK NAAR OVER- MATIG ALCOHOL- GEBRUIK



DE NUCHTERE HOLLANDER

Verpleegkundig specialist acute zorg Angelique van Gaalen en psychiater Carla Hagestein deden onderzoek naar overmatig alcoholgebruik. De resultaten van dit onderzoek – waarin ruim 22.000 patiënten op de SEH van het MCH van november 2011 tot november 2012 zijn gescreend op alcoholgebruik – werden dinsdag 11 maart gepresenteerd. Overmatig alcoholgebruik komt veel voor en kan diverse lichamelijke en psychiatrische klachten tegelijk geven. Omdat patiënten die een SEH bezoeken meer open staan voor informatie om hun gezondheid te verbeteren, is het zinvol om standaard te screenen op alcoholgebruik en zo nodig een folder te geven of een kort motiverend gesprek te hebben. Dit leidt tot een vermindering van of stoppen met alcoholgebruik. Zo'n 150 mensen bezochten het symposium in MCH Westeinde, dat aan elkaar werd gepraat door Sjaak Bral.

Angelique van Gaalen ontving voor dit onderzoek in maart de PVA Award 2014 uit handen van hoogleraar verslavingszorg dr. Gerard Schippers, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) en voorzitter van Partnership Vroegsignalering Alcoholgebruik (PVA). Zij ontving deze prijs vanwege het innovatieve karakter, de wijze van implementatie en de toekomstvisie van het project. Het Partnership Vroegsignalering Alcoholgebruik is een samenwerkingsverband tussen het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG), het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare), UMC St Radboud, GGD Nederland en het Trimbos instituut.



Op de foto ontbreekt gynaecoloog dr. Marjolein Kagie

Juni

25 training good clinical practice

Oktober

6 deadline inzenden abstracts MCH Wetenschapsmiddag
29 start training medische statistiek met SPSS

November

7 Wetenschapsmiddag
13 cursus Reference manager
21 Pubmed opfriscursus
27 training good clinical practice

MCH WETENSCHAPS-MIDDAG 2014

De MCH wetenschapsmiddag is dit jaar op vrijdag 7 november vanaf 13.30 uur in de aula van MCH Westeinde. Deze middag wordt georganiseerd door de Centrale Opleiding Commissie, de arts assistentenvereniging en het Landsteiner Instituut.

Tijdens deze wetenschapsmiddag kunnen arts-assistenten in opleiding, specialisten, nurse-practitioners en andere geïnteresseerden elkaar informeren over eigen wetenschappelijk werk en elkaar daarmee stimuleren meer onderzoek te doen. Abstracts graag insturen vóór maandag 6 oktober naar Samantha.Martin@landsteiner.nl, het invulformulier hiervoor staat op www.landsteiner.nl. Een jury beoordeelt alle inzendingen en selecteert de beste abstracts voor een mondelinge presentatie. Auteurs van de beste abstracts worden uitgenodigd een presentatie te geven van maximaal tien minuten en vijf minuten discussie. Kandidaten die niet worden geselecteerd voor het houden van een presentatie worden gevraagd een poster op te hangen en deze tijdens de wetenschapsmiddag te presenteren. Voor de beste presentatie stelt de raad van bestuur een prijs van € 1000,- beschikbaar voor congresbezoek of opleiding. Voor de beste poster stelt het Landsteiner Instituut een prijs van € 200,- beschikbaar voor medische boeken.



De zeven personen die tijdens de wetenschapsmiddag 2013 hun abstract mondeling mochten toelichten. Vlnr: Manda Alons, Koen van der Bogt, Wouter Mooijen, Ellen van Minderhout, Marie-Christine van Buul, Lia van der Meer, Angélique van Gaalen.



NOTEER IN
DE AGENDA:
VRIJDAG 7
NOVEMBER
WETENSCHAPS-
MIDDAG



ABHIJIT GUHA ORATION

Tijdens het jaarcongres van de Indiase Society of Neuro-Oncology (ISNO) van 11 tot 13 april 2014 in Lucknow in India sprak neuro-oncoloog prof. dr. Martin Taphoorn de 'Abhijit Guha Oration' uit. Deze prestigieuze lezing wordt jaarlijks gehouden door een prominente neuro-oncoloog ter ere van Abhijit Guha, een neurochirurg van Indiase afkomst. Guha werkte tot kort voor zijn vroegtijdig overlijden in 2009 in Canada, en was onder andere voorzitter van de Amerikaanse Society for Neuro-Oncology (SNO). Hij heeft daarnaast een grote bijdrage geleverd aan de oprichting van de ISNO in zijn vaderland. Voorgaande ontvangers van deze award zijn grote namen binnen de neuro-oncologie zoals Andreas Von Deimling, Michael Brada en Roger Stupp. Naast zijn werk als neuroloog in het MCH is Taphoorn bijzonder hoogleraar 'Kwaliteit van Leven in de neuro-oncologie' in het VU Medisch Centrum. Vanwege zijn jarenlange onderzoek naar kwaliteit van leven van hersentumorkpatiënten kwam hem de eer ten deel de 'Abhijit Guha Oration' te verzorgen.

PROMOVENDI april 2013 - april 2014

Neurochirurgie

Godard de Ruiter: 'Misdirection and guidance of motor axon regeneration', mei 2013

Oogheelkunde

Frits Hoogewind: 'Clinical and genetic studies of steroid-induced intraocular hypertension and of optic neuropathies', oktober 2013

Dermatologie

Nadia Shadid: 'Ultrasound guided foam sclerotherapy for treating varicose veins', november 2013

Interne geneeskunde

Herman Hofstee: 'Structural and functional microcirculatory aspects of patients with (suspected) connective tissue disease and pulmonary arterial hypertension', december 2013

Longgeneeskunde

Klaar Maas: 'Clinical Studies in Non-Small Cell lung Cancer Stage III', oktober 2013

ONDERZOEK DOEN VOOR BETERE DIABETESZORG

HYPO'S TELLEN

DOOR MANOU VAN DE ZANDE

De ideale diabeet weet wat hij eet, houdt door ijzeren regelmaat zijn bloedsuikerspiegel stabiel en dient zichzelf correct afgepaste doses insuline toe. Zo kan hij een redelijk ongeschonden en lang leven leiden. Aan dit ideaal voldoet driekwart van de diabetici niet. Waarom? Verschillende onderzoeken geven stukjes antwoord.



Te laag is niet goed, te hoog is niet goed – diabetespatiënten moeten hun bloedsuikerspiegel tussen de 4 en de 8 mmol/l (maateenheid voor glucose in het bloed) zien te houden. Alles heeft invloed: eten, drinken, intensief bewegen, stress, een verkoudheid. Zakt het glucosegehalte onder de 4, dan heb je een hypo (hypoglykemie). Ook niet-diabetici kennen die: plotseling duizelig, zweten, trillen, hoofdpijn en een naar humeur. Maar bij diabetici zijn de symptomen erger en is de hersteltijd langer. Bovendien kunnen deze zogenaamde niet-ernstige hypo's de opmaat zijn voor hypo's die uit de hand lopen, waarvan je niet zonder hulp herstelt. "Een leraar die zijn leerlingen uit het niets voor het allerverschrikkelijkste uitschold, een vader die de kamer kort en klein sloeg nadat zijn zoontje bezorgd vroeg wat er met papa was. Die man heeft er een trauma van." Internist-diabetoloog dr. Nel Geelhoed-Duijvestijn, sinds 1986 in het MCH,



DIABETES TYPE 1 EN 2

Diabetes Mellitus: het lichaam kan de glucose-huishouding in het bloed niet goed regelen. Normaliter zorgt het hormoon insuline voor een stabiel glucosegehalte in het bloed. In Nederland zijn naar schatting ruim een miljoen diabetici, van wie negen op de tien diabetes type 2 hebben.

Bij type 1 maakt het lichaam geen insuline aan; het afweersysteem breekt de cellen die het hormoon insuline aanmaken af.

Bij type 2 werkt de insuline niet goed (resistentie), en maakt het lichaam relatief te weinig insuline aan.

Type 2 heeft vaak te maken met overgewicht, deels met ouderdom en erfelijke aanleg.

kent meer voorbeelden van ernstige hypo's en hypers (wanneer de suikerspiegel boven de 10 schiet). Dat is een van de redenen waarom ze aansloot bij een internationale studie naar 'de frequentie en impact van niet-ernstige hypoglykemie bij insulinegebruik'.

Zelfrapportage-studie

Gemiddeld heeft een diabetespatiënt twee niet-ernstige hypo's per week, zo blijkt. "Wat dus kan betekenen dat sommigen er nooit eentje hebben, en anderen tien", zegt Geelhoed. "Zo'n groot aantal heeft impact op je kwaliteit van leven." Deze maand publiceert het Nederlandse Tijdschrift voor Diabetologie haar artikel over de Nederlandse resultaten van een internationale studie waar Denemarken, Zweden, Finland, Oostenrijk en Nederland aan meededen. In Nederland hielden 692 patiënten hun hypo's bij en vulden vragenlijsten in. Van hen had 29% diabetes type 1 en 71% type 2 (zie kader).

Het doel van elke diabetesbehandeling is 'goed geregeld zijn': de suikerspiegel stabiel houden. Hypo's saboteren die gewenste stabiliteit, ook niet-ernstige hypo's. In dat licht bezien is het verontrustend dat ongeveer driekwart van de onderzoeksgroep niet-ernstige hypo's nooit aan hun behandelaar meldt.

"Omdat ze denken dat het suf van zichzelf is: ik heb te laat gegeten, mijn suiker niet gecheckt... Of ze vinden het logisch dat het gebeurde, want ze hadden tenslotte dit of dat nagelaten." Op hun beurt brengt een kwart van de behandelaars van type 2-patiënten zélf nooit hypo's ter sprake, en een op de tien niet bij hun type 1-patiënten (patiënten met type 1 hebben vaker hypo's).

Voornaamste aanbeveling is dan ook dat hypoglykemie en de preventie ervan standaard op de consultagenda van behandelaars en huisartsen moet. Dus dokters, vraag goed door, patiënten, neem je niet-ernstige hypo's serieus, want vele lichte hypo's

kunnen leiden tot ernstige, vat Geelhoed samen. “Uit angst voor zo’n ernstige hypo houden sommigen bewust hun bloedsuiker hoog door te weinig insuline te spuiten – dat is schadelijk. Dus praat over hypo’s, ook omdat uit de studie bleek dat de definities nogal verschillen: dat wat een arts verstaat onder een niet-ernstige hypo hoeft niet hetzelfde te zijn als wat een patiënt ervaart. En dat laatste, dáár gaat het om.”

Een zetje

Patiënten uit de Hindoestaanse gemeenschap zijn het ruimst vertegenwoordigd bij het MCH-diabetesteam. Zij vormen voor een groot deel de groep patiënten die het – in de ogen van hun dokters – ‘niet goed doen’. “Ongeveer een kwart van onze patiënten gaat prima, die zijn goed geregeld en kunnen uitstekend overweg met hun ziekte. Dan een groep van ongeveer de helft die je af en toe een zetje moet geven. En dan de groep waarvan je soms als dokter denkt: waarom doen ze nou niet wat goed voor ze is?”

Om daar achter te komen, participeerde het MCH in een focusgroeponderzoek onder Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse type 2-patiënten. Uit dit onderzoek (in 2011 gepubliceerd) bleek dat kennis over diabetes niet het grootste probleem is, maar het opvolgen van diabetesgebonden leefstijladviezen. “De groep is belangrijker dan het individu, en cultureel bepaalde gastvrijheid pakt voor zowel gast als gastheer heel ongezond uit als je diabetes hebt”, verduidelijkt Geelhoed. “Er is altijd eten, meer dan je zelf nodig hebt, en als gast mag je niet weigeren.” Ook schaamte speelt een rol; niet kenbaar willen maken dat je diabetes hebt, maakt omgaan met je ziekte nóg moeilijker. Geelhoed vindt dergelijk onderzoek heel nuttig: “Als je als dokter eenmaal weet dat het aan een voor jou onzichtbare mix van omstandigheden ligt dat je patiënt niet goed voor zichzelf zorgt, is dat al een stap vooruit. Die kennis haalt je machteloze gevoel weg.”

Nieuwe dingen

Ze probeert graag nieuwe dingen uit die diabeteszorg misschien beter kunnen maken. Zoals eerder de



NIET DIABE-
TES IS HET
GROOTSTE
PROBLEEM,
MAAR HET
OPVOLGEN
VAN
LEEFSTIJL-
ADVIEZEN

realtime glucosemeter, een draagbaar apparaatje dat continu het glucosegehalte in het bloed meet. “Dat is voor veel patiënten nuttig gebleken, en we blijven uitzoeken hoe we daar waardevolle informatie uit kunnen halen. Sinds kort is er ook een gewone (dus niet continu metende) glucosemeter met een ingebouwde calculator; de patiënt hoeft niet meer zelf de ingewikkelde berekening te maken hoeveel insuline hij moet inspuiten. Omdat dat gereken voor sommigen zo’n hobbel is, spuiten ze vaak steeds dezelfde hoeveelheid, wat op termijn niet goed is.”

“Ons vak wordt steeds leuker. Niet makkelijker, wel leuker. Behalve dokter zijn we onderdeel van een coachend team, samen met de diabetesverpleegkundige, diëtist, psycholoog en huisarts. Zo’n coachende houding geeft patiënten ook voldoening – je wil niet altijd alleen maar horen wat er mis met je is, maar ook wat je kan doen en wat je al goed doet.”

JONG MET DIABETES

DOOR MANOU VAN DE ZANDE

Ze trouwt deze maand. “Ik hoop toch zo dat ik de spanning trek! Stel je voor dat ik mijn eigen bruiloft mis.” Bij Rosa de Bont werd op haar achtste diabetes type 1 vastgesteld. Vroeger hield ze haar ziekte zoveel mogelijk uit zicht, nu is ze openhartiger.

Een van haar vriendinnen, biomedisch wetenschapper, werkt aan een proefschrift over de genetische oorzaken van diabetes. “Ik volg dat met grote interesse. Er is nog zoveel uit te zoeken. Een van de dingen waar haar onderzoek aan raakt, is dat de scheidslijn tussen type 1 – waarin ook al zo ontzettend veel verschillen zijn! – en type 2 wel eens vager kan zijn dan tot nu toe gedacht. Heel interessant, alleen al omdat mensen met type 2 vaak ‘eigen schuld, dikke bult’ te horen krijgen.” Ze kent inmiddels aardig wat jonge dokters; oud-studiegenoten. Dat gunt ze haar vriendinnen van harte, maar het is ook confronterend: De Bont is geen arts geworden. In 2008 begon ze met geneeskunde, in het jaar daarop lag ze maandenlang in het ziekenhuis aan een infuus. Alles wat mis kan gaan bij een diabetespatiënt gebeurde. Ze geeft de ingekorte versie van de korte versie: “Een week in coma, daarna wekenlang op de IC. Mijn familie heeft tot drie keer toe een slecht-nieuwsgesprek gehad, en zelfs het euthanasietraject kwam al ter sprake.” Maar ze redde het net, en na twee intensieve jaren van 24-uurs thuisverpleging – door haar ouders en haar aanstaande – gaat het redelijk met haar. Sinds begin 2013 woont ze weer samen met haar partner in hun eigen huis en proberen ze een zo regelmatig mogelijk leven te leiden.

Stempel

“Ik had als kind een enorme weerzin tegen dat stempel ‘patiënt’, dus ik vermeed samen-met-andere-patiëntjes-dagen. Ook op de middelbare school liet ik niet zien dat ik diabetes had. Spuiten, eten, hypo’s hebben: allemaal zoveel mogelijk uit zicht. Tegelijkertijd riep ik dat ik me echt niet schaamde voor mijn ziekte. Lekker tegenstrijdig; daarmee maakte ik het zowel mijzelf als mijn omgeving niet makkelijker.”

Dat is nu anders. Behalve dat ze meewerkt aan onderzoeken zoals die van haar internist-diabetoloog Nel Geelhoed, is De Bont een van de twintig ‘Young

Voices in Changing Diabetes’, een initiatief van een farmaceutisch bedrijf in diabeteszorgmiddelen. “We vertellen eerlijke en realistische verhalen over jong zijn met diabetes om meer kennis en begrip te kweken. We verzorgen veel tienerpoli’s en geven eens in de zoveel tijd het blad ‘Jong met diabetes’ uit. Heel intensief, en doodeng om zo met mijn hele hebben en houden het grote publiek op te zoeken, maar het geeft gelukkig veel voldoening.”

Ze laat de bruiloftsuitnodiging zien, gemaakt door haar aanstaande. Twee jonge verliefde vrouwen in tien vrolijke foto’s waarop de derde partner, diabetes, nergens te zien is. “Anne heeft anderhalf jaar lang op de bank van mijn ouders geslapen om voor mij te zorgen. Zij heeft zich in ieder geval bewezen! Nu ik nog.”

Meer Young Voices en Rosa’s hele verhaal zijn te vinden op: changingdiabetes.nl/young-voices

ALLES WAT
MIS KAN
GAAN
BIJ EEN
DIABETES-
PATIËNT
GEBEURDE





OVER DE SCHUTTING VAN JE VAKGEBIED KIJKEN

Emile Comans is nucleair geneeskundige in het MCH en hoogleraar nucleaire geneeskunde, in het bijzonder vooronderwijs in positronemissietomografie (PET) aan het VUmc. Positronemissietomografie is een beeldvormende techniek waarbij het mogelijk is met behulp van een radio-actieve stof een driedimensionaal beeld te creëren van ziekteprocessen, bijvoorbeeld een tumor of uitzaaiingen, of van de aanwezigheid van ontstekingen in bloedvaten. “Je kunt er het ziekteproces en de respons op de behandeling vaak beter mee in kaart brengen dan met andere beeldvormende technieken.”

Binnen het specialisme Nucleaire Geneeskunde, zijn er in Nederland zo'n tien hoogleraren. Nog wel: er zijn vergoederde plannen om samen te gaan met Radiologie. Als lid van de landelijke werkgroep Corona (acroniem van Curriculum Opleiding Radiologie en Nucleaire Geneeskunde) is Comans ook betrokken bij het samenvoegen van de opleiding Nucleair Geneeskunde met Radiologie: “Het is belangrijk dat we klinici zo goed mogelijk bijstaan met onze beeldvormingstechnieken, door samen te gaan kun je veel beter inspelen op de ontwikkeling van nieuwe technieken.”

Observer variatie

De werkzaamheden die gepaard gaan met het hoogleraarschap van Comans, concentreren zich voornamelijk wekelijks op maandag in het VUmc: “Naast het opleiden van assistenten in het beoordelen van PET-scans gaat het dan uiteraard om begeleiding van promovendi en om mijn eigen wetenschappelijk onderzoek.” Het onderzoek van Comans is gericht op het verbeteren van de beoordeling van de scans: “Door de *observer* variatie te verbeteren, maak je de scans onderling vergelijkbaar. Zodat het niet uitmaakt welke arts een scan beoordeelt. Bovendien is zo vervolgonderzoek makkelijker. Ook de promovendi die ik begeleid – momenteel drie: een internist en twee oncologisch-chirurgen – doen onderzoek naar criteria om scans goed te beoordelen.”

“Het boeiende aan het hoogleraarschap vind ik het voorbereiden van jonge dokters op hun rol in het ziekenhuis. Samenwerking is ontzettend belangrijk. Je moet als specialist over de schutting van je eigen vakgebied kunnen kijken. De pet-scan is een goed hulpmiddel bij het diagnostisch proces, je kunt er ook patiënten beter mee uitleggen waarom je bepaalde behandelingen inzet. Maar dan is het dus erg belangrijk dat je die scan zelf ook begrijpt.”



PLATFORM VOOR PROMOVENDI

“Afgelopen jaar heb ik een inventarisatie gedaan naar het aantal promovendi in het MCH”, zegt coördinator Wetenschap Diana Grootendorst. “Er zijn meer collega's bezig met een promotieonderzoek dan je denkt, een stuk of veertig hebben zich gemeld na de eerste inventarisatie en mogelijk zijn dat er meer. Bij sommige liggen de onderzoeksresultaten onder een laag stof door bijvoorbeeld tijdgebrek. Bij anderen is de afstand tot de promotor letterlijk en figuurlijk te groot geworden om de eindspurt te maken. Daarom hebben we een bijeenkomst georganiseerd voor promovendi in het MCH: een platform creëren om vroegtijdig problemen te tackelen en om elkaar waar mogelijk te helpen.”

Loop je tegen zaken aan, dan is er nu dus een centraal punt waar je kunt navragen of anderen je kunnen helpen: een frisse blik op een nieuw stuk tekst of een statistische analyse. Misschien heb je ingewikkelde vragen gekregen bij de revisie van een artikel waar je met iemand over wil overleggen. Grootendorst: “Bij veel mensen hoor je dat gebrek aan tijd een promotie in de weg staat of vertraagd. Er werden ook ideeën voor tijdswinst gedeeld. Bijvoorbeeld door je grote promotietraject op te knippen in kleinere deeldoelen. Dat is makkelijker te plannen en kan helpen om motivatie te hervinden.”

Grootendorst kent het klappen van de zweep: ze heeft zelf veel gepubliceerd en is een aantal keer co-promotor geweest “Ik weet hoe een publicatie of een proefschrift tot stand komt en kan handige tips geven als iemand vast zit. Voor inhoudelijke vragen kun je in huis ook vaak hulp vinden. Als je een doorwrocht conceptstuk naar de promotor stuurt, heb je kans dat die sneller antwoordt. Tijd moeten mensen uiteindelijk zelf zien te vinden, maar bij de praktische zaken en voor de symbolische stok achter de deur kan dit platform van waarde zijn.”

In het najaar is er een volgende bijeenkomst. Op de hoogte blijven? Meld je aan bij Diana Grootendorst via diana.grootendorst@landsteiner.nl.



SOMS LIG-
GEN DE ON-
DERZOEKS-
RESULTATEN
ONDER EEN
LAAG STOF
DOOR TIJD-
GEBREK

ONDERZOEK: DOE HET IN ÉÉN KEER GOED

DOOR HANNEKE VAN LEEUWEN

Wie onderzoek doet, moet good clinical practice bedrijven. Maar wat is dat eigenlijk? Hoe voorkom je dat je de regels omzeilt, zoals bijvoorbeeld Jansen Steur of Poldermans recent deden? De training 'Good clinical practice' (GCP) helpt je een heel eind op weg, in ieder geval om een klinische studie met proefpersonen volgens de regels uit te voeren.

“Je hebt integriteit en je hebt good clinical practice. Beide zijn nodig voor een goed wetenschappelijk onderzoek”, vertelt Diana Grootendorst, coördinator wetenschap. Good clinical practice schrijft voor hoe een wetenschappelijke klinische studie bij mensen moet plaatsvinden.

Training

“Het lijkt misschien saai, een verplicht nummer, maar dat valt in de praktijk erg mee”, vertelt Charlotte Severijns, secretaris van de Wetenschapscommissie, over de training GCP. “In één dag weet je hoe je met patiëntgegevens moet omgaan, wat je moet doen bij ernstige bijwerkingen en hoe je studieprotocol eruit moet zien. De meeste cursisten hikken er een beetje tegenaan, maar krijgen er na één uur al lol in.” Grootendorst benadrukt hoe belangrijk het is dat alle benodigde stappen voor wetenschappelijk onderzoek gezet zijn. “GCP verzekert de bescherming van proefpersonen, hun rechten, maar ook de neutraliteit van het onderzoek. Dat is in het belang van de onderzoeker en ook van het ziekenhuis, dat een reputatie hoog te houden heeft. Een klein maar belangrijk voorbeeld: zonder handtekening van de raad van bestuur zijn patiënten niet verzekerd.”

Voor iedere onderzoeker

Wie WMO-plichtig onderzoek doet, waarbij van proefpersonen iets wordt verwacht als het nemen van medicatie of afstaan van materiaal, kan sowieso niet om de GCP-training heen. Voor hen is deze verplicht. Severijns: “Maar de training komt ten goede aan ieder onderzoek, ook niet-WMO-plichtig. De kennis draagt bij aan de kwaliteit van je onderzoek.” Kinderarts Jantien Bolt volgde de GCP-training in januari 2014. Zij raadt iedere clinicus de training aan. “De meeste onderwerpen die aan de orde komen ken je wel uit de praktijk, maar je zet hiermee toch even de puntjes op de i.”

Zorgvuldigheid

Er was een periode in de geschiedenis waarin er geen afspraken bestonden, vertelt Grootendorst. “Toen kon je met proefpersonen doen wat je wilde. Daar willen we niet naar terug. Het is heel goed dat er internationale richtlijnen zijn. Bij calamiteiten tijdens je onderzoek heb je een hoop uit te leggen aan familieleden van de patiënt. Dan is het essentieel dat je als wetenschapper kunt aantonen dat je alles zorgvuldig hebt gedaan”, benadrukt Grootendorst nog eens.

DE ZAAK POLDERMANS

Don Poldermans, voorheen hoogleraar perioperatieve cardiovasculaire zorg en internist in Erasmus MC met ruim 500 artikelen op zijn naam, onderzocht hoe door het inschatten van risicofactoren complicaties tijdens en na vaatoperaties kunnen worden verminderd. In 2011 bleek dat hij de wetenschappelijke integriteit had geschonden. Onder andere nam hij voor zijn onderzoek ‘Decrease VI’ bij patiënten bloed af en liet hij een hartecho maken, zonder hen hiervoor schriftelijk om toestemming te vragen. Poldermans erkent zich “niet aan de voorgeschreven werkwijze te hebben gehouden”.



DE WEEK VAN CRISPIJN VAN DEN BRAND

SEH-arts Crispijn van den Brand is sinds december 2013 lid van de Wetenschapscommissie. Hij volgt een opleiding tot klinisch epidemioloog en zette met Christien van der Linden op de Spoedeisende Hulp een onderzoeksgroep op om wetenschappelijk onderzoek op de afdeling te bevorderen: "Andere specialismen doen over het algemeen onderzoek bij patiënten met een specifieke diagnose. Onderzoek op basis van een door de patiënt ervaren probleem – zoals pijn op de borst, kortademigheid, een pijnlijke enkel – is typisch onderzoek dat voor de spoedeisende geneeskunde zeer relevant is. Dat gebeurt nog weinig: er valt binnen ons jonge vakgebied nog veel te onderzoeken."

IN BEELD

MA

Voor de avonddienst eerder naar het werk om de maandelijkse vergadering van de Wetenschapscommissie verder voor te bereiden. Ik bekijk het verzoek van aios Neurologie Kirsten Dorresteijn voor subsidie uit het Wetenschapsfonds voor de Paladin studie. Het betreft een observationele studie en dit onderzoek valt daarmee niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen. Ik kijk of het goed in elkaar zit en of ik wellicht nog tips heb voor bijvoorbeeld een betere formulering.

DI

Iedere derde dinsdag van de maand komt de Wetenschapscommissie om half vijf bijeen. Iedereen bereidt een of twee studies voor en tijdens de bijeenkomst beslissen we welke onderzoeken van ons een positief advies en mogelijk subsidie uit het Wetenschapsfonds krijgen. Vandaag is er bovendien een presentatie van de vier onderzoekers die de MCH Wetenschapsbeurs ontvangen.



WO

Deze week wordt er voor de tweede keer drie dagen lang onderzoek gedaan naar kortademigheid bij patiënten op de SEH. Dit Europese onderzoek met de naam EURODEM (EUROpean Dyspnoea survey in the EMergency departments) onderzoekt drie keer drie dagen op verschillende SEH's – waaronder achttien in Nederland – hoe mensen met kortademigheidsklachten behandeld worden en wat uiteindelijk de diagnose is. Daar werken we graag aan mee.

Zo'n vier keer per jaar komen we bijeen met de onderzoeksgroep van de SEH, naast Christien van der Linden en ik zijn dat verpleegkundig specialisten Lex de Lange en Rianne Lam, SEH-arts Ernie de Deckere en vertegenwoordigers van de interne, neurologie en chirurgie (die in het MCH ook veel onderzoek doen). We bespreken samen met klinisch epidemioloog Diana Grootendorst waar we onderzoek naar willen doen en wat we kunnen doen om dat in goede banen te leiden. Negen keer per jaar is er een klinische les over een artikel dat recent is gepubliceerd door iemand van de SEH. Met Christien selecteer ik de onderwerpen voor de komende twee maanden.

DO

VR

Op de spoedeisende hulp is een schat aan informatie beschikbaar, het zou zonde zijn om die niet te gebruiken. Naast prospectief onderzoek doen we daarom ook regelmatig statusonderzoek – samen met andere specialisten, omdat veel van hun patiënten immers binnenkomen via de SEH. Voorwaarde is uiteraard wel dat we goed omgaan met de privacygevoelige informatie. Vandaag mailen Korné Jellema en ik een artikel naar het NTvG over de richtlijn 'Opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel', dat op die manier tot stand is gekomen.



DE PLUIM

DOOR HANNEKE VAN LEEUWEN

VAN: WETENSCHAPS-
COMMISSIE
AAN: TRAUMA-
CHIRURGEN

De Spoedeisende Hulp van het MCH is een van de grootste van Nederland. Ondanks de hectiek en hoge werkdruk dragen traumachirurgen dr. Jochem Hoogendoorn en dr. Steven Rhemrev veel bij aan de wetenschap. Voorzitter dr. Maurits Joosse van de Wetenschapscommissie vindt dat een grote pluim waard. “Dat deze chirurgen tijd en ruimte maken om zich in te zetten voor de wetenschap waarderen wij als Wetenschapscommissie enorm. Ook sluiten hun traumatologische activiteiten helemaal aan bij ons ziekenhuisbrede beleidsplan ‘Zorg met Passie.’”

Hoogendoorn richt zich met zijn onderzoek vooral op ‘onderste extremiteiten’, zoals onderbeenbreuken. Hoogendoorn: “Wij hebben bijvoorbeeld gekeken naar de lange-termijntuitkomsten van een geopereerde enkelbreuk en het resultaat van behandeling met een brace versus gips.” Rhemrev is vooral bezig met ‘bovenste extremiteiten’, zoals armfracturen. Rhemrev: “Wij hebben onder andere onderzoek gedaan naar de diagnostiek en meest effectieve behandeling van een gebroken scheepsbotje. Daarnaast loopt er op dit moment een onderzoek naar de behandeling van de ‘skiduum.’” Er is minder geld voor onderzoek dan vroeger, merkt vooral Rhemrev. “Dat maakt het doen van onderzoek lastiger, omdat je de assistenten die je bij je onderzoek betreft weinig kunt bieden.” Joosse herkent dat, maar voegt er wel aan toe: “Voor goede onderzoeksprojecten is wel degelijk budget beschikbaar vanuit het Wetenschapsfonds van het MCH. De Wetenschapscommissie toetst alle onderzoeksvoorstellen op lokale uitvoerbaarheid en wenselijkheid en geeft in de meeste gevallen binnen 30 tot 35 werkdagen uitsluitel. Verder hebben wij de afgelopen jaren ongeveer 70% van de subsidie-aanvragen geheel of ten dele gehonoreerd.”

Ben je bijzonder te spreken over wat collega's van een andere afdeling doen? Wil je dit niet onopgemerkt voorbij laten gaan en hen een keer in het zonnetje zetten? Stuur een e-mail naar: communicatie@mchaaglanden.nl



AANSTEKELIJK ONDERZOEK

DOOR MASJA DE REE

“Ik zie bij de aiossen de laatste jaren een toenemende interesse voor onderzoek”, zegt plaatsvervangend opleider neuroloog dr. Korné Jellema. Ze steken elkaar aan: “Als er één succes heeft met een publicatie, willen anderen ook.”

De afdeling Neurologie in het MCH biedt de volledige opleiding voor artsen in opleiding tot neuroloog. Daarom blijven de zeventien aiossen die er op dit moment zijn, allemaal lange tijd op de afdeling. Dat biedt mogelijkheden op het gebied van onderzoek. “Bovendien is de infrastructuur voor onderzoek verbeterd met de oprichting van de Wetenschapscommissie en de begeleiding door het Landsteiner Instituut”, zegt Jellema. “Dat helpt.” Jellema stimuleert aiossen om onderzoek te doen. “In de eerste plaats omdat ik onderzoek doen erg leuk vindt. Maar het levert ook veel op, zowel voor vaardigheden en cv van de aios als voor de afdeling. Het MCH is een topklinisch ziekenhuis. Die functie moeten we benadrukken en ontwikkelen en daarbij speelt onderzoek een belangrijke rol. Dat betekent trouwens niet dat elke aios onderzoek móét doen. Er zijn er ook die enthousiaster worden van de kliniek.”

Uit de praktijk

Hoe ontstaat een onderzoeksonderwerp? “Vaak zijn het zaken waar we in de praktijk tegenaan lopen en waarvan we ons afvragen: hoe zit dat nu? Een mooi voorbeeld is de diagnostiek van acute hoofdpijn op de spoedeisende hulp. Hoe pak je dat het beste aan: maak je een gewone CT-scan of is een contrast CT-scan beter? Een heel enthousiaste aios heeft zich op die vraag gestort. Ze heeft inmiddels al een aantal presentaties over het onderwerp gehouden en er ook over gepubliceerd.”

Een ander voorbeeld is het onderzoek naar drain-infecties van aios Kirsten Dorresteyn, die daarvoor een stipendium kreeg van de wetenschapscommissie (zie pagina 16).

De afdeling Neurologie werkt bij het onderzoek nauw samen met de Klinische Chemie, de IC en met de afdeling Neurochirurgie.

Tijd vrij maken

Meer dan de helft van de aiossen op de afdeling Neurologie doet wetenschappelijk onderzoek en er lopen zes promotietrajecten. “Als projecten groter

worden, kijken we of we daar tijd voor kunnen vrij roosteren. Maar het is vaak avond- of weekendwerk”, zegt Jellema. “Dat geldt ook voor ons als artsen en opleiders. Eigenlijk past dat niet bij een topklinisch ziekenhuis als het MCH. Ik pleit ervoor ook de staf meer tijd te gunnen om onderzoek te doen. Daarmee speel je jezelf in de kijker: als ik het NTvG (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, red.) lees, kijk ik altijd waar een onderzoek is uitgevoerd. En als we zelf iets publiceren, krijg ik daar veel reacties op.”

Het MCH is een ziekenhuis met grote aantallen patiënten. Dat biedt andere kansen dan de patiëntenpopulatie in een academisch centrum. “We hebben onlangs onderzoek gedaan naar de Nederlandse richtlijn voor licht hersenletsel. Die richtlijn is opgesteld met het doel minder patiënten een CT-scan te laten ondergaan en minder patiënten op te nemen. Het tegenovergestelde was het effect, bleek uit ons onderzoek. We denken dat dat komt omdat de richtlijn alleen in een academische populatie is getoetst. Wij gaan dat nu doen in een algemene populatie.”

IK PLEIT
ERVOOR
OOK DE
STAF MEER
TIJD TE
GUNNEN
OM ON-
DERZOEK
TE DOEN



ONDERZOEKSPLANNEN

BELOOND

DOOR MASJA DE REE

KIRSTEN DORRESTEIJN **AIOS NEUROLOGIE**

“Op onze afdeling zien we relatief veel – ongeveer vijftig per jaar – patiënten die een ventriculaire of lumbale liquordrain nodig hebben. Zo’n drain voert hersenvocht af (liquor) en vermindert zo de druk in de hersenen. Vaak plaatsen we de drain bij een bloeding in de hersenen. In vijf tot tien procent van de gevallen gaat de drain ontsteken. Het is belangrijk die ontsteking snel te behandelen en daarom willen we weten aan de hand van welke factoren je de ontsteking in een vroeg stadium kunt herkennen. Ik onderzoek dat met meerdere studies. Als we beter kunnen bepalen welke patiënten een ontsteking hebben en welke niet, voorkom je ook dat patiënten onnodig behandeld worden.

Het MCH heeft vanaf 2007 gegevens verzameld over patiënten die een liquordrain kregen. Die ga ik analyseren. Daarnaast zullen we vanaf 1 juli bij patiënten met een drain naast de standaardbepalingen dagelijks een aantal extra bepalingen doen, zoals de concentratie procalcitonine en lactaat in het hersenvocht. Als de resultaten goed zijn, maken we er een multicenterstudie van en gaan we dus ook patiënten uit andere ziekenhuizen includeren.”



ELLEN VAN MINDERHOUT **ORTHOPTIST BIJ DE AFDELING** **OOGHEELKUNDE**

“De kinderen op mijn spreekuur krijgen altijd cyclopentolaat oogdruppels in hun ogen. Dat maakt de pupillen wijd en zorgt ervoor dat de oogspier ontspant. Bij kinderen is dit de enige manier om hun ogen goed te onderzoeken, maar de druppels geven bij tien procent van onze patiëntjes vervelende bijwerkingen. Soms worden ze heel druk. Vaak juist enorm slaperig. Nu hebben wij in het MCH een bijzondere patiëntenpopulatie: ruim negentig procent is van niet-Nederlandse herkomst. Vaak hebben ze donkere ogen, waardoor het nodig is meer druppels te geven dan gebruikelijk. Dat zou het hoge percentage bijwerkingen kunnen verklaren. In samenwerking met het slaapcentrum van het MCH hebben we een onderzoek opgezet waarbij we van 33 patiëntjes een EEG maken, na toediening van cyclopentolaat én na een placebo. Op het EEG is een duidelijk effect te zien. Bij een deel van de patiëntjes is bovendien een uitgebreid ECG afgenomen. Het was echt frappant. Deze kinderen zaten van onder tot boven onder de plakkers en vielen toch in slaap. Dankzij de beurs van het Wetenschapsfonds hebben we de laboranten kunnen betalen en was er voor de kinderen die meededen een cadeaubon en reiskostenvergoeding. We werken nu aan drie artikelen en ik hoop in de toekomst op dit MCH-onderzoek te promoveren!”



Drie artsen in opleiding en een optometrist krijgen dit jaar een beurs van de Wetenschapscommissie van het MCH. Zij kunnen hierdoor één dag per week besteden aan onderzoek. Wat zijn hun plannen?

CHRISTA NEDERSTIGT AIOS INTERNE GENEESKUNDE

“Mijn onderzoek naar het vóórkomen van schildklierziekten bij patiënten met diabetes type I begon als uit de hand gelopen stage tijdens mijn studie geneeskunde. Inmiddels ben ik moeder van twee kinderen en zit ik in het eerste jaar van mijn opleiding tot internist. Ik kwam er niet meer toe mijn onderzoek af te maken! Dat is zonde, want één artikel is al bijna af. Dankzij de beurs ga ik nu eerst onderzoeken welke factoren voorspellen of een patiënt met diabetes type I ook een schildklierziekte ontwikkelt. In een later stadium bekijk ik ook of die schildklierziekte vervolgens invloed heeft op het beloop van diabetes. Ik wil de gegevens die ik in het LUMC heb verzameld, aanvullen met patiëntgegevens uit het MCH. Zo krijg ik één grote database. Met deze beurs zal ik niet mijn hele onderzoek kunnen afronden, maar het biedt me de gelegenheid de volgende stap te zetten. Daarna zie ik verder: ook binnen de opleiding zijn verschillende mogelijkheden om onderzoek te doen.”



MIGNON VAN GENT AIOS GYNAECOLOGIE

“Patiënten met kanker aan het baarmoederslijmvlies of de baarmoederhals ondergaan standaard een behandeling waarbij de baarmoeder wordt verwijderd. Maar er zijn alternatieven, zoals een hormoonbehandeling bij baarmoederslijmvlieskanker. Dat kan een optie zijn voor vrouwen die nog een kindwens hebben. Hoe geef je een behandeling op maat, die effectief is en veilig? Daar gaat mijn promotieonderzoek over, dat deels in het LUMC deels in het MCH plaatsvindt. Ik heb bijvoorbeeld een leidraad opgesteld aan de hand waarvan gynaecologen kunnen bepalen welke vrouwen in aanmerking komen voor zo’n hormoonbehandeling. Samen met de afdeling Pathologie hebben we op moleculair niveau gekeken of we kunnen voorspellen welke vrouwen goed reageren op hormonale therapie. Daarnaast doe ik onder meer onderzoek naar zenuwsparende operaties bij baarmoederhalskanker. Ik ben enorm blij met de beurs! Ik heb het onderzoek al die tijd in mijn vrije tijd gedaan, naast mijn opleiding en mijn gezin. Nu kan ik tempo gaan maken. Vanaf 2005 werk ik in het MCH en ik ben ook écht een MCH-er. Het is fijn dat ik nu ook op het gebied van wetenschap kan bijdragen.”



Het palperen van de schildklier

VAN T-BONE NAAR CARPACCIO

DOOR MANOU VAN DE ZANDE

PATIËNTENVERHAAL

145 kilo in februari, drie maanden na zijn maagverkleining nog 120. Vóór en na zijn gastric bypass-operatie in MCH Antonius-hove deed Martin Hoevenagel mee aan een medicijnonderzoek. Zelf is hij daar niet mee geholpen, maar alle te zware medemensen die hij hoopt te inspireren tot óók een bariatrische operatie, waarschijnlijk wel.

Martin Hoevenagel (48) is een enorme man. Niet meer in de breedte, nog wel in de lengte: bijna twee meter. “Op wilskracht ging ik niet afvallen, dat wist ik na jarenlang jojoën wel. Ik heb de ruggengraat van een poffertje”, zegt hij vrolijk. “Maar lekker eten kan nog steeds, in kleine porties. Zes eetmomenten per dag, niet meer. Ontbijt één boterham, lunch ook één, tussendoortje één banaan. In een restaurant bestel ik nu carpaccio als hoofdgerecht; geen T-bone steaks meer. Het was flink puzzelen en de spontaniteit van eten is weg, maar als ik had geweten hoeveel beter ik me zou voelen, had ik het tien jaar eerder gedaan.”

Het onderzoek waar Hoevenagel met nog 39 anderen aan deelneemt, is een studie naar medicijnopname ná een bariatrische operatie. Na een gastric bypass zijn een deel van de maag en de dunne darm niet meer in gebruik. Hoe beïnvloedt dat de opname van medicijnen in het bloed? Uit de top tien van meest gebruikte medicijnen zijn aspirine en een maagzuurremming (dat krijgen patiënten een half jaar lang na de gastric bypass-aanleg om hun maagwand te beschermen) gekozen. Het Trial Bureau van het Landsteiner Instituut, onder leiding van researchverpleegkundige Anne Hanschke, faciliteert de uitvoer van dit onderzoek, opgezet door MCH-ziekenhuis-apotheker in opleiding Lieke Winkelmolen en bariatrisch chirurg Dingeman Swank.

Best gezellig

Waarom doet Hoevenagel mee? “Ik heb reuma – de reden waarom ik écht moest afvallen – en daarvoor slik ik al vijftien jaar dagelijks een hele ris pillen. Dat het goed met mij gaat heb ik te danken aan alle



ALS IK HAD
GEWETEN
HOEVEEL
BETER IK
ME ZOU
VOELEN,
HAD IK HET
TIEN JAAR
EERDER
GEDAAN

medicijntesters vóór mij.” Zoveel werk was het trouwens niet, vond hij. Twee testochtenden in MCH Antonius-hove – een vóór de operatie, een zes weken erna – waarbij om de zoveel (half)uur bloed werd geprikt, vijf keer. “Met drie anderen veel wachten dus. Best gezellig.”

Binnenkort heeft hij weer een weeg- en meetmoment bij NOK West (Nederlandse Obesitaskliniek); het traject rondom een bariatrische ingreep is lang. Zeven groepsbijeenkomsten voorafgaande aan de operatie, erna nog een paar, plus regelmatig medische controles. Hij heeft intussen twee overgewichtige collega's overgehaald om ook zo'n traject in te gaan. Zelf gaat hij voor de honderd: “Bij de NOK zeggen ze dat 107 kilo voor iemand van mijn lengte prima is, maar het gaat zo goed!”

GASTRIC BYPASS-OPERATIE

Een gastric bypass-operatie is een van de drie bariatrische operaties die het MCH, Bronovo en het Groene Hart Ziekenhuis uitvoeren, in samenwerking met NOK West (Nederlandse Obesitas Kliniek). De andere twee zijn de maagband en de gastric sleeve (waarbij een deel van de maag wordt ‘afgeniet’ en in het lichaam achterblijft). De gastric bypass is een

maagverkleining waarbij een stukje dunne darm wordt omzeild. Deze ingreep is bedoeld voor patiënten met morbide obesitas die meer dan de helft van hun overgewicht kwijt moeten om uit de gezondheidsgevaarzone te komen. Iemand met een Body Mass Index (BMI) groter dan 35-40 heeft morbide obesitas.

DR. Google WEET ALTIJD RAAD?

DOOR HANNEKE VAN LEEUWEN

Eerder was het traditionele medisch handboek dé bron van informatie. Nu staat er dankzij 'dr. Google' altijd en overal een schat aan informatie tot onze beschikking. Maar hoe vind je daarin wat je nodig hebt? En wat is je toegevoegde waarde als arts, wanneer dr. Google altijd een antwoord paraat heeft? Internist-nefroloog Marc Groeneveld bekeek hoe je Google slim inzet als hulpmiddel bij een klinische vraag.

Groeneveld is niet bang voor digitale zoekmachines, integendeel, hij heeft zich verdiept in de mogelijkheden en gaf er een presentatie over tijdens een symposium over 'de digitale bibliotheek' in het MCH. "Google heeft enorm veel te bieden. Niet alleen bij het stellen van een diagnose, maar ook bij het voorspellen van een epidemie of het voorlichten van de patiënt."

Diagnose stellen

Google inzetten om een diagnose te stellen, dat klinkt heel makkelijk. Maar je moet volgens Groeneveld wel met een aantal dingen rekening houden. "Het werkt vooral goed bij patiënten met specifieke verschijnselen. Essentieel is het combineren van bepaalde zoektermen. Neem bijvoorbeeld de case van een patiënt met specifieke kenmerken als 'verhoogd ferritine', 'cataract op jonge leeftijd' en 'geen ijzerstapeling'. De diagnose van Google: het hyperferritinaemia-cataract syndroom. De spijker op zijn kop. En dat terwijl uit onderzoek blijkt dat internisten doorgaans heel overtuigd zijn van hun diagnose, terwijl deze in eerste instantie vaker fout dan goed is. Daar zijn allerlei begrijpelijke oorzaken voor. Maar nu blijkt dat Google in de meeste van geselecteerde gevallen de juiste diagnose suggereert, is het zonde daar geen gebruik van te maken. En uit onderzoek blijkt dat Google het minstens zo goed doet als de officiële medische zoekmachines, zoals Pubmed."

Klinisch oog essentieel

Betekent dat nu dat Google het klinisch oog van de arts kan vervangen? Integendeel, volgens Groeneveld. "Het is vooral nuttig bij een relatief unieke combinatie van klachten en symptomen. Het zoekresultaat is beter bij zeldzame ziektes dan bij zeldzame presentaties van veel voorkomende aandoeningen. Bij patiënten met veel chronische ziektes en vooral wanneer het aspecifieke klachten als 'moeheid' of 'benauwd' betreft, is Google minder bruikbaar. Bovendien is het een extra middel. Uit een grote hoeveelheid hits moet je de juiste informatie van wetenschappelijke waarde weten te halen. Dan ben je er nog niet: het is vervolgens aan de arts

de diagnose te verifiëren en te interpreteren." Met hulp van – jawel - het 'traditionele' medisch handboek. "En alleen de arts kan een op maat gesneden behandelplan voor de patiënt maken."

Andere toepassingen

Google is ook op andere manieren in te zetten. "Zo kwam er een vrouw met klachten na een spinnenbeet bij de arts. Zij kon op basis van gegoogelde afbeeldingen aangeven welke spin haar had gebeten. Het bleek te gaan om de onschuldige 'Segestria Florentina' en de arts kon haar geruststellen. Daarnaast maakt Google het ook mogelijk chirurgische technieken op te zoeken, termen te vertalen voor de patiënt, en fungeert het ook als informatiemiddel voor de patiënt. Gebleken is ook dat Google heel goed is in het voorspellen van een griep epidemie, gebaseerd op het aantal zoekopdrachten naar griep. De zoekmachine claimt een griepgolf zo'n twee weken eerder te kunnen voorspellen dan traditionele onderzoekers."

Benieuwd naar de presentatie van Marc Groeneveld? Even googelen op 'dr. google in the house MCH'.

DE JUISTE
INFORMATIE
VAN WETEN-
SCHAP-
PELIJKE
WAARDE
WETEN TE
HALEN



EEN STAPJE VERDER MET HET VOORSPELLEN VAN GLAUCOOM

DOOR NITA PLEUNE

Mensen met glaucoom zien geleidelijk steeds minder en de oogziekte kan uiteindelijk leiden tot blindheid. Het verraderlijke eraan is dat je zelf in eerste instantie niet door hebt dat je er aan lijdt. “1,25% van alle mensen ouder dan 40 heeft glaucoom”, vertelt oogarts dr. Frits Hogewind, die er zijn promotieonderzoek aan wijdde. “Het zou mooi zijn als je kunt voorspellen wie dat zullen zijn, zeker als je bedenkt dat glaucoom na cataract wereldwijd de belangrijkste oorzaak is van blindheid.” Het deels fundamentele onderzoek van Hogewind bracht de voorspelbaarheid ervan een stapje dichterbij.

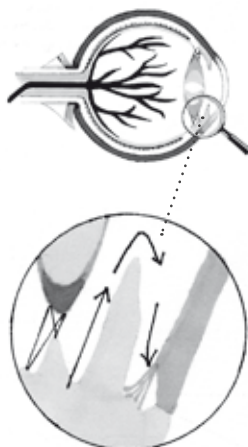
Het netvlies bestaat uit lichtgevoelige cellen: kegeltjes en staafjes. Deze kegeltjes en staafjes zetten het licht dat zij absorberen om in signalen voor de hersenen. De hersenen ontvangen die signalen via vezels die door de oogzenuw lopen. Bij mensen met glaucoom degenereren de zenuwvezels versneld, wat leidt tot uitval van delen in het gezichtsveld. Daar merk je tot in een vergevorderd stadium niets van: de hersenen vullen de ontbrekende informatie in. Maar hoe meer essentiële informatie de hersenen missen, hoe minder accuraat het beeld is. “Patiënten met glaucoom hebben wel eens het gevoel dat de wereld tegen hen aan botst.”

Oogdruk verlagen

“Wat eenmaal beschadigd is, kun je niet meer herstellen. Maar je kunt wel proberen het proces stop te zetten. Dat doen we door de oogdruk te verlagen”, legt Hogewind uit. “Verhoogde oogdruk is namelijk de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van glaucoom en het verlagen van de oogdruk is momenteel de enige beschikbare behandeling van glaucoom. Therapeutische oogdrukverlaging verloopt medicinaal (met oogdruppels of tabletten) of chirurgisch. Een van de chirurgische technieken is de trabeculectomie waarbij een soort bypass wordt gecreëerd tussen binnen- en buitenkant van het oog – beschermd door het slijmvlies – waardoor het inwendige vocht makkelijker kan worden afgevoerd en de oogdruk daalt. Het probleem met de bypass is, dat er overmatige littekenvorming kan ontstaan. Om dat te voorkomen, gebruiken we het middel Mitomycine C. Maar dat is niet ideaal, omdat het op de lange termijn lekkage in de bypass kan veroorzaken en mogelijk kankerverwekkend is. In mijn onderzoek heb ik bekeken wat



PROBEREN HET PROCES STOP TE ZETTEN



er gebeurt als je in plaats van Mitomycine corticosteroïden toedient. Dat blijkt minstens even effectief te zijn. En is waarschijnlijk veiliger. Het toedienen van corticosteroïden kan na dit beperkte onderzoek uiteraard nog niet de gouden standaard zijn, maar er wordt inmiddels verder onderzoek naar gedaan.”

Glaucoom eerder behandelen

Ook deed Hogewind onderzoek naar de genetische component van glaucoom: “Hebben mensen een vader of moeder met glaucoom, dan is de kans dat zij dat zelf ook krijgen 10% in plaats van 1,25% – acht keer zo groot dus. Ik heb verschillende genen onderzocht en ontdekt dat, en hoe, bepaalde mutaties in het myociline gen leiden tot het ontstaan van glaucoom met hoge oogdrukken. Een nieuw stukje in de puzzel om te voorspellen wie glaucoom krijgt, zodat we deze mensen beter in de gaten kunnen houden en glaucoom eerder kunnen behandelen.”

De resultaten van het onderzoek zijn beschreven in het proefschrift “Clinical and genetic studies of steroid-induced intraocular hypertension and of optic neuropathies” dat ook illustraties bevat van MCH SEH-arts en anatomisch tekenaar Merel van Loon.

BETERE BOTDICHTHEID BIJ MANNEN MET HIV

DOOR GERBEN STOLK

Mannen met hiv en osteoporose krijgen sinds kort in het MCH medicijnen die de botdichtheid verbeteren. Dat moet het risico op botbreuken voorkomen of afremmen. De maatregel werd genomen na onderzoek door verpleegkundig specialist Lia Meerkerk.

“**H**et MCH is sterk in behandeling van infectieziekten. We staan bijvoorbeeld bekend als een belangrijke speler op het vlak van hiv. Van de rond 18.000 mensen in Nederland die leven met hiv worden er zo’n 700 gezien op onze poli Interne Geneeskunde. We willen dat aantal uitbreiden en deze groep nóg beter kunnen helpen. In dat licht moet je mijn onderzoek zien. Dat heb ik verricht als afstudeeropdracht van de opleiding master Advanced Nursing Practice aan de Hogeschool Leiden.”

Sneller verouderingsproces

“Waar het om ging? Mensen die jarenlang bekend zijn met hiv, lijken een sneller verouderingsproces te hebben. Zij krijgen gemiddeld tien jaar eerder een chronische ouderdomsziekte dan personen uit de algemene bevolking. Artsen en wetenschappers vermoeden dat osteoporose een voorbeeld van zo’n ziekte is. Deze aandoening, in de volksmond beter bekend als botontkalking, vergroot bij een val het risico op bijvoorbeeld een gebroken pols of heup. De vroegere aankondiging van chronische ziekten bij mensen die leven met hiv is onder meer het gevolg van verminderde afweer. Mogelijk spelen ook bepaalde hiv-remmers een rol.

Voor mijn onderzoek is via DEXA-scans nagegaan hoeveel van onze mannelijke 50-plussers die leven met hiv ook osteoporose hebben. Zij worden al jaren gezien op de poli Interne Geneeskunde, waar ik werk als verpleegkundig specialist. Van de 149 deelnemers hadden er twaalf osteoporose. Dat lijkt misschien niet veel, maar beseft dat zij gemiddeld 58 jaar oud waren en dat in de algemene mannelijke bevolking osteoporose vooral pas voorkomt na het passeren van de zeventig. Bovendien hadden 79 deelnemers al een licht verminderde botdichtheid. Deze uitkomsten bevestigden de vermoedens dat osteoporose zich eerder aandient bij mensen die leven met hiv.

Klassieke risicofactoren qua leefstijl spelen een rol bij deze ontwikkeling. De 58 mannen met een normale botdichtheid sporten bijvoorbeeld wekelijks drie keer minstens een halfuur. De andere deelnemers zijn lichamelijk minder actief. Roken en alcoholgebruik hebben ook een nadelige invloed. Het is duidelijk dat we patiënten moeten adviseren gezonder te leven en bijvoorbeeld een paar keer in de week intensief te bewegen.”

Verrassend

“Of er verrassende resultaten waren? Ja, mannen met osteoporose en verminderde botontkalking blijken vaker als hiv-remmer zogeheten proteaseremmers te gebruiken dan de deelnemers met een normale botdichtheid. Die proteaseremmers behoren tot een andere groep dan een middel waarvan de nadelige invloed al bekend was. Of we nu de behandeling met deze proteaseremmer stopzetten? Nee, dat doe je niet op basis van één onderzoek. Er is vervolgonderzoek nodig. Ja, ik zou graag weer onderzoek doen. Het was prettig en leerzaam om daar de tijd voor te krijgen en volop steun te ondervinden. Over vijf jaar zou bijvoorbeeld studie kunnen worden verricht naar de gevolgen van een besluit dat is genomen naar aanleiding van mijn onderzoek. Mannelijke 50-plussers die leven met hiv en osteoporose, krijgen bij ons voortaan medicijnen die de botdichtheid verbeteren. Blijkt te zijner tijd dat die stap de gewenste effecten heeft opgeleverd?”

HET MCH
IS EEN
BELANG-
RIJKE
SPELER
OP HET
VLAK
VAN HIV



WETENSCHAPSFONDS BIEDT STEUNTJE IN DE RUG

DOOR GERBEN STOLK

Patiënten met morbide obesitas de optimale medicatiedosering geven na een gastric bypass operatie. Zie hier het doel van een van de onderzoeken die mogelijk zijn dankzij het MCH Wetenschapsfonds. Acht vragen over dit fonds.

Waarom heeft het MCH een Wetenschapsfonds?

Menige arts of medewerker wil onderzoek verrichten, maar weet daarvoor geen sponsor te vinden, zoals een farmaceut of producent van medische instrumenten. Het MCH Wetenschapsfonds kan de studie dan wel ondersteunen.

Wat is het belang van wetenschap voor ons ziekenhuis?

Het MCH is een topklinisch ziekenhuis. Daar hoort medisch-wetenschappelijk onderzoek bij. Dat kan niet alleen betere, veiligere of meer efficiënte zorg opleveren voor onze patiënten, maar geeft ook verdieping en extra waarde aan het werk van degene die de studie verricht. De meeste onderzoeksvragen zijn het gevolg van uitdagingen die zorgprofessionals ervaren in de dagelijkse praktijk. Het is bevredigend om bij te dragen aan een verbetering.

Wie kunnen onderzoek doen via het fonds?

Iedereen die in het MCH werkt. Of je nu medisch specialist bent, psycholoog, fysiotherapeut, *nurse practitioner*, *physician assistant* of (gespecialiseerd) verpleegkundige.

IEDEREEN
DIE IN HET
MCH WERKT
KAN EEN
AANVRAAG
INDIENEN

Hoeveel onderzoeken worden op deze manier mogelijk gemaakt?

In 2013 waren dat er negentien. Eind april van dit jaar stond de teller op negen.

Zijn er al mooie resultaten geboekt?

Het MCH Wetenschapsfonds bestaat sinds 2008 en is dus relatief jong. Bovendien strekken de meeste onderzoeken zich uit over een aantal jaren en is vaak vervolgonderzoek nodig om resultaten te bevestigen. Een boeiend voorbeeld van een lopende studie is die van Lieke Winkelmolen. Zij is ziekenhuisapotheker in opleiding. Patiënten met morbide obesitas kunnen een gastric bypass operatie ondergaan in MCH Antoniushove, een samenwerking binnen NOK West (zie pagina 18). Daarna heeft de patiënt een kleinere maag en is een groot deel van de dunne darm niet meer betrokken bij voedselopname. Dat leidt onder meer tot minder voedselopname en een lager gewicht. Winkelmolen onderzoekt of de operatie ook gevolgen heeft voor opname van twee geneesmiddelen. Stel, patiënten blijken na de operatie minder medicatie op te nemen in het bloed. Dan moet wellicht de medicatiedosering worden verhoogd.

Nog meer boeiende onderzoeken?

Ja, te veel om op te noemen. Maar om er nog een aan te halen: revalidatiearts Henk Arwert hoopt tot inzichten te komen waarmee het MCH nóg doelmatiger patiënten kan behandelen die chronisch last hebben van de gevolgen van een CVA. Hij heeft vragenlijsten voorgelegd aan patiënten die in 2008, 2009 en 2010 zijn opgenomen in ons ziekenhuis. Depressie en de manier waarop een patiënt omgaat met zijn probleem lijken bijvoorbeeld medebepalend te zijn voor de kans op werkherwinning na een CVA. Deze factoren zullen dan ook meer aandacht krijgen in de revalidatiebehandeling.

Hoe wordt een aanvraag ingediend?

Stuur het complete onderzoekdossier, waaronder een ingevuld formulier 'Aanvraag middelen wetenschapsfonds', naar wetenschapsbureau@landsteiner.nl. Het formulier is te vinden op www.landsteiner.nl/wetenschap > mch > wetenschapsfonds. De Wetenschapscommissie van het MCH beoordeelt maandelijks nieuwe onderzoekaanvragen. De commissie wordt gevormd door acht medisch specialisten: zeven uit het MCH en één uit het LUMC.

Meer vragen?

Zoek contact met Charlotte Severijns, secretaris van de Wetenschapscommissie: charlotte.severijns@landsteiner.nl, 070-330 16 26 of 06-26 34 87 74.

ZOEKEN NAAR DEELNEMERS

DOOR MASJA DE REE

Bregje Thomassen, onderzoekscoördinator bij de afdeling Orthopedie, en SEH-arts Resi Reijnen werken samen aan een onderzoek naar de effectiviteit van medicatie die trombose moet voorkomen bij patiënten met onderbeenfracturen en kijkoperaties in de knie, de pot-(k)cast-studie.

Het MCH voert niet alleen eigen onderzoek uit, het helpt ook onderzoekers van andere ziekenhuizen met hun onderzoek – door gegevens over patiënten te verzamelen. In dit geval gaat het om een onderzoek van het LUMC naar tromboseprofylaxe: medicatie die preventief gegeven wordt om te voorkomen dat na een breuk of operatie trombose ontstaat. “Voor het gebruik van tromboseprofylaxe bij onderbeenfracturen en kijkoperaties in de knie is geen goede wetenschappelijke basis”, legt Thomassen uit. “De nationale en internationale richtlijnen zijn tegenstrijdig in hun aanbevelingen. Daarom heeft elk ziekenhuis zijn eigen beleid. Met dit onderzoek bekijken we of de medicatie effectief is, in de zin dat het bloedstolsels voorkomt die problemen veroorzaken. Het is belangrijk vast te stellen of de effectiviteit opweegt tegen de nadelen van de medicatie: meer kans op bloedingen en het feit dat de patiënt dagelijks een injectie krijgt.” Ook wordt onderzocht of patiënten op basis van bepaalde risicofactoren gerichter behandeld kunnen worden.

Wel of niet prikken

Bij een onderbeenfractuur krijgen MCH-patiënten zo lang het gips om het been zit dagelijks een injectie met tromboseprofylaxe. “Waarschijnlijk is het voor ons daarom gemakkelijk om patiënten te vinden die aan het onderzoek willen mee doen”, zegt Reijnen. “Dan heb je namelijk vijftig procent kans dat je niet hoeft te prikken. Het gaat als volgt: we vragen alle patiënten die gips om het onderbeen krijgen of ze met het onderzoek willen meedoen. Is dat het geval,



HET NUT
VAN HET
ONDERZOEK
IS HEEL
DUIDELIJK

dan bepaalt het lot of ze wel of geen tromboseprofylaxe krijgen.” Vervolgens prikt de verpleegkundige bloed en wordt een vragenlijst afgenomen. Daarna neemt de studiegroep van het LUMC het onderzoek over.

Op de afdeling Orthopedie was het aanvankelijk lastiger om onderzoeksdeelnemers te vinden onder de patiënten die een kijkoperatie ondergaan. Thomassen: “Dat komt omdat het bij ons juist beleid is alleen eenmalig een tromboseprofylaxe-prikje te geven voor ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten moeten voor het onderzoek dus extra medicatie gebruiken. Inmiddels gaat het goed, we denken er nu ook beter aan om patiënten te vragen.”

Er bovenop

Het onderzoek loopt nu twee jaar en stopt rond mei 2015. Als het goed is, zijn tegen die tijd 3.000 patiënten geïncludeerd, uit meerdere ziekenhuizen. De samenwerking gaat goed, vinden Reijnen en Thomassen. Zowel onderling als met de onderzoekers van het LUMC. Reijnen: “We krijgen regelmatig een nieuwsbrief en een overzicht van het aantal patiënten per ziekenhuis dat meedoet. We hebben zelfs wel eens een taart gekregen. Dat werkt motiverend. Het feit dat deze onderzoeksgroep er zo bovenop zit, zorgt voor *commitment* bij alle betrokkenen. Dat is iets waar we zelf voor de toekomst van kunnen leren.”

Wat ook helpt is dat het nut van het onderzoek heel duidelijk is. Een wetenschappelijke basis voor het wel of niet gebruiken van tromboseprofylaxe is nodig om een goede landelijke richtlijn op te stellen. “Voor mij is het anders dan voor een arts op een drukke SEH”, zegt Thomassen. “Ik doe zelf onderzoek en publiceer, het is mijn werk. Bij zo’n verzoek van buiten, maak ik wel een afweging. Je kunt een patiënt maar aan één onderzoek mee laten doen. Deze pot-(k)cast-studie paste binnen het eigen onderzoeksprogramma van het MCH.”

IK DOE ON-
DERZOEK EN
PUBLICIEER,
HET IS MIJN
WERK



THEA VLIET VLIELAND

Prof. Thea Vliet Vlieland (53) hield in maart haar oratie als bijzonder hoogleraar 'doelmatigheid van revalidatieprocessen, in het bijzonder fysiotherapie' in het LUMC. Ze was het eerste externe lid van de MCH Wetenschapscommissie.

DOOR MANOU VAN DE ZANDE



“Vanaf de oprichting in 2010 was ik erbij; een groot voorrecht. Als echte LUMC’er was het leuk om te zien hoe wetenschap in een grotestadsziekenhuis tot bloei komt. De commissie is de afgelopen jaren echt veel verder gekomen en staat nu als een huis. Ik ben gestopt omdat ik graag plaatsmaak voor een ander extern lid; dit soort lidmaatschappen moeten rouleren, vind ik. Ik zit in meer commissies, onder meer van ZonMW. In combinatie met je eigen werk houden dit soort nevenfuncties je scherp.”

“Ik leef en werk in veel werelden tegelijk, dat vind ik leuk. Mijn onderzoekswerk is gericht op doel-

matigheid van fysiotherapie en revalidatieprocessen. Zulke processen lijken misschien op een onontwarbare knoop omdat er zoveel mensen en instellingen, behandelingen en tijd mee gemoeid zijn, maar je kunt de onderdelen wel degelijk uit elkaar halen en aantonen welke (kosten)effectief zijn en welke niet. Vervolgens onderzoeken wij wat de beste implementatiestrategie is – of juist hoe je zorgprofessionals iets kunt afleren. Want soms wijst ons onderzoek uit dat iets wat al jaren zus of zo wordt gedaan, niet of nauwelijks gezondheidswinst oplevert. Voor het ‘ontmoedigen’ van een ingesleten werkwijze zijn onderwijs en terugkoppeling vaak de sleutel.”

“Op bewegen heb ik een duidelijke visie: bewegen is goed voor bijna alle aandoeningen, en verdient meer aandacht in de zorg. Het beweegaanbod vanuit ziekenhuizen is soms nogal conventioneel: consulten zijn vaak face-to-face, patiënten moeten ervoor naar het ziekenhuis komen... Bewegen is gedrag, en gedrag verander je moeilijk. Dus maak een persoonlijk plan met een patiënt. Laat die zelf formuleren wat zijn of haar gezondheidswinst is, motiveer, maak het zo leuk mogelijk, gebruik digitale vondsten – er kan zó veel!”

