

Jaargang 20 | Nummer 1 | April 2025

LOUPE

WETENSCHAP EN INNOVATIE IN
HET ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

Opinie

Doel versus middel:
Het betrekken van
patiënten voor passende,
waardegedreven zorg



Innovatie

Makkelijker innoveren en vernieuwen
met drie nieuwe hulpmiddelen

Nieuw onderzoek

Het Dutch TIMELINESS project:
stroomlijnen van zorg voor
mensen met choledocholithiasis

CURSUSSEN

Basiscursus statistiek (e-learning)

Locatie: nvt.
Data: doorlopend.
Tijdstip: nvt

REDCap basiscursus (e-learning)

Locatie: nvt.
Data: doorlopend.
Tijdstip: nvt

Wetenschappelijk schrijven in het Engels (e-learning)

Locatie: nvt.
Data: doorlopend.
Tijdstip: nvt

Zoeken in PubMed voor CAT of systematic review

Locatie: zie cursuspagina Leerplein
Data: zelfstudie gevolgd door workshop op 13 mei of 25 juli
Tijdstip: variërende tijdstippen

OVERIGE ACTIVITEITEN

Discipline overstijgend onderwijs

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

Kennisbooster onderzoek & innovatie

Locatie: Maarten Rook collegezaal, Nieuwegein
Data: 29 april, 26 mei
Tijdstip: 12:15-13:00 uur

COLOFON

Redactie

Miebet Wilhelm	Hoofdredactie
Evelien Geertsema	Bureauredactie
Christine Dolman	Bureauredactie
Angita Peterse	Bureauredactie
Jet Westerink	Impact & publicaties uitgelicht
Linda Oostendorp	Impact & publicaties uitgelicht
Lea Dijkman	Innovatie
Gurbey Ocak	Nieuw onderzoek
Lian Trapman	Evidence-based
Mandy Nordmann	Evidence-based

Agenda

2

Inhoud

2

Colofon

2

Van de redactie

Prachtig ziekenhuis

3

Opinie

Doel versus middel: Het betrekken van patiënten voor passende, waardegedreven zorg

4-5

Impact

Klinische en door patiënten gerapporteerde uitkomsten na oncoplastische versus conventionele borstsparende chirurgie

6

Innovatie

Makkelijker innoveren en vernieuwen met drie nieuwe hulpmiddelen

7

Publicaties uitgelicht

Christel Braaksma
Maryse Menninga en Tessa Verheul
Melle Spruijt
Josefien Hessels

8-9

Evidence-based

Wat is het effect van een verzwaringsdeken op de motorische onrust van neurologische (CVA) patiënten?

10

Nieuw onderzoek

Het Dutch TIMELINESS project: stroomlijnen van zorg voor mensen met choledocholithiasis

11

Uit de promovendiclub

Tom Berfelo
Charlotte Frederiks

12-13



Nieuws

Zilveren Babinski voor Antje Seeber
Nieuwe epidemioloog Lotte Lintmeijer
Complimenten tijdens STZ visitatiedag
Montse Janssen Bonás een van de winnaars van de Bouwhuisprijs 2024

14

In the spotlight

Help, een student onderzoeker!?

15

Infographic

Scan na operatie vanwege alveeskliekkanker: routinezorg of alleen bij klachten?

16

Eerdere uitgaven van de Loupe

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



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

Aansprakelijkheid

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

QR-codes

Alle inhoud die via QR-codes in deze uitgave te benaderen is, vindt u ook via <http://www.antoniusziekenhuis.nl/research/loupe/2025-1>

ISSN: 2772-7394



Elders in dit nummer van de Loupe staat een kort nieuwsbericht over de STZ-visitatie. Op 13 februari mochten wij de visitatiecommissie ontvangen, die een oordeel moest gaan vellen over de vraag of wij als ziekenhuis voldoen aan de STZ-criteria. Dat laatste is nodig om ons STZ-lidmaatschap met vijf jaar te mogen verlengen.

Wetenschap en innovatie zijn twee van de speerpunten van de STZ waarvoor we moesten aantonen te voldoen aan de criteria. Dan gaat het over de vraag of er een duidelijk wetenschaps- en innovatiebeleid is, of onderzoekers en innovatoren voldoende ondersteund worden, en hoe al die ondersteuning is ingebed in de organisatie. Natuurlijk gaat het ook over de vraag wat we als ziekenhuis aan resultaten boeken op deze twee thema's, en welke parels we daarbij kennen.

Parels te over, zoals bijvoorbeeld het Topklinisch Expertisecentrum 'autologe stamcelferese en -transplantatie'. Internist-

hematoloog Inger Nijhof liet met veel plezier en trots aan de visitatiecommissie zien hoe haar afdeling georganiseerd is, en wat er rondom de zorg voor deze patiëntengroep gedaan wordt door het gehele team.

Parels zijn ook regelmatig te lezen in de Loupe, zoals bijvoorbeeld deze keer het artikel over uitkomsten na borstsparende chirurgie van Claudia Bargon en Emily Postma, en vele andere grotere en kleinere onderzoeks-initiatieven.

Het is bijzonder om te merken dat een visitatiedag als deze nodig is om ons eraan te herinneren hoe prachtig ons ziekenhuis is en

hoeveel parels wij met elkaar weten te kweken. Laten we proberen dat gevoel van trots nog even vast te houden. Ik ben in ieder geval opnieuw heel trots op alle onderzoek en innovatie die we in dit nummer van de Loupe kunnen laten zien!

Veel leesplezier! ■

Antonius publicaties

Via deze QR-code ga je naar een overzicht van alle tijdschrift-artikelen gepubliceerd door Antonianen in de periode december 2024 t/m maart 2025.

[Bron: STAR].



DOEL VERSUS MIDDEL: HET BETREKKEN VAN PATIËNTEN VOOR PASSENDE, WAARDEGEDREVEN ZORG



Mirjam Garvelink, senior onderzoeker & adviseur Samen Beslissen

Hoe kan het toch dat sommige zorgverbeteringsinitiatieven door iedereen anders worden geïnterpreteerd? Behalve de soms onmogelijke werktitels die de lading net niet helemaal lekker dekken, denk ik dat dat komt door onduidelijkheid over het 'hogere, achterliggende doel'. Sterker nog, veel initiatieven worden in de praktijk als doel benaderd in plaats van als middel tot een doel. Ik zal het illustreren met het onderwerp patiëntparticipatie.

WAT IS PATIËNTPARTICIPATIE?

Kortgezegd: het betrekken van patiënten. In het St. Antonius Ziekenhuis proberen we patiënten te betrekken bij het verbeteren van zorg voor groepen patiënten (collectieve patiëntparticipatie), en bij het vormgeven van het zorgtraject van een individuele patiënt (individuele patiëntparticipatie of samen beslissen). Patiëntparticipatie wordt gezien als onderdeel van waardegedreven zorg. Strikt

genomen kun je niet aan waardegedreven zorg doen als je niet weet wat 'waarde' voor patiënten is. Of je nu focust op het meten van uitkomsten en kosten, een transformatie van afdelingen tot zorgketens, of het bepalen van beleid voor een individuele patiënt, je hebt altijd input van patiënten nodig. Patiëntparticipatie is dus een middel tot een doel. In dit geval om bij te dragen aan waardegedreven zorg. Toch zie je vaak dat als

men ervoor kiest om te investeren in zo'n middel, het middel langzaam als doel gaat worden gezien. En juist dat is funest voor succesvolle implementatie. Zo ook bij patiëntparticipatie. Laten we de twee soorten patiëntparticipatie even uit elkaar trekken.

INDIVIDUELE PATIËNTPARTICIPATIE (SAMEN BESLISSEN)

"We gaan 'samen beslissen' over de beste behandeling, mevrouw P" zegt de zorgverlener, en begint keurig opties uiteen te zetten. Zou mevrouw P nu beseffen dat van haar verwacht wordt dat ze input geeft over wat zij belangrijk vindt (middel) om de zorg zo veel mogelijk aan te laten sluiten op wat passend is voor haar

"We gaan 'samen beslissen' over de beste behandeling, mevrouw"

situatie [doel]? Samen beslissen wordt vaak toch geïnterpreteerd als 'de patiënt beslist' en 'de beste behandeling' suggereert iets van 'medisch gezien best'. En daar heeft een dokter geen persoonlijke input van de patiënt voor nodig. De patiënt voelt dit ook aan en zegt waarschijnlijk: "dokter, kiest u maar, u heeft daarvoor geleerd". En daar gaat het mis! Samen beslissen vergt juist kennis van het leven van de patiënt, kennis die niet in het medisch dossier staat. Oftewel, het proces van Samen Beslissen is het middel en niet het doel. Als we ook aan patiënten duidelijk maken waarom we dit doen, staat mevrouw P er misschien veel meer voor open om haar input te delen.

COLLECTIEVE PATIËNTPARTICIPATIE

Collectieve patiëntparticipatie klinkt als iets groots en moeilijks, maar wordt eigenlijk op heel veel manieren gedaan in ons ziekenhuis, zonder dat daar altijd een labeltje 'collectieve patiëntparticipatie' aanhangt. Denk aan het af en toe vragen aan patiënten hoe zij de zorg

ervaren. Gewoon in de spreekkamer of op de afdeling. Of de standaard vragenlijsten die worden uitgestuurd om patiëntervaringen te achterhalen. Dat zijn de simpelere initiatieven, maar daarnaast voert ons ziekenhuis spiegelgesprekken, patiëntreizen, paneldiscussies, surveys, interviews, groepsdiscussies en ga zo maar door. De keuze voor deze initiatieven hangt af van het doel, welke input je waarom op wilt halen. En dat is ook hoe het moet zijn!

"Collectieve patiëntparticipatie klinkt als iets groots en moeilijks, maar wordt eigenlijk op heel veel manieren al gedaan in ons ziekenhuis"

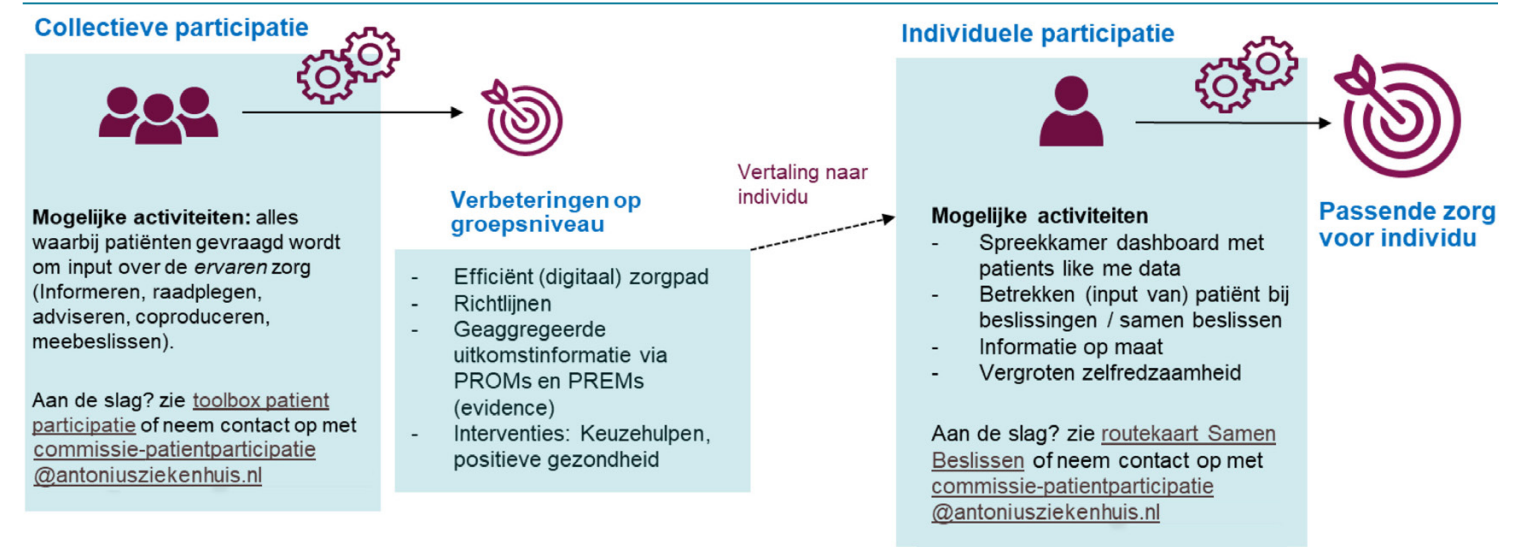
Omdat de vraag naar patiëntparticipatie in de maatschappij steeds groter wordt, en men er soms ook op afgerekend wordt, dreigt ook hier het gevaar dat het betrekken van patiënten als doel wordt gezien, in plaats van als middel om

de zorg te optimaliseren. Dat is te zien aan een methode die net niet helemaal past bij het doel, of een interview waar eigenlijk niet wordt doorgevraagd om écht te begrijpen wat iemand zegt.

CONCLUSIE

Eigenlijk geldt dit stiekem voor een heleboel mooie initiatieven in de zorg: ooit wordt het uitgedacht als middel tot een doel, maar het 'waarom' wordt vaak achterwege gelaten in de vertaling naar de uiteindelijke gebruiker. Terwijl juist het doel, de reden waarom we iets implementeren, een hele belangrijke factor is voor succesvolle implementatie van zorgverbeteringsinitiatieven. Laten we ons blijven focussen op waarom we iets doen. In geval van samen beslissen (individuele participatie) is dat het leveren van passende zorg voor de individuele patiënt. In geval van collectieve participatie, is dat het optimaliseren van zorg voor groepen patiënten. En de exacte methode die gebruikt wordt, kan net een beetje verschillen per situatie. De commissie patiëntparticipatie kan je hierbij op weg helpen, zowel op groeps- als individueel niveau [commissie-patientparticipatie@antoniuszienhuis.nl]. ■

Figuur 1. Patiëntparticipatie als middel tot verbetering van zorg, op groepsniveau en voor de individuele patiënt



*Bargon CA, Mink van der Molen DR, Young-Afat DA, Batenburg MCT, Van Dam IE, Baas IO, Ernst MF, Maarse W, **Sier MF**, Schoenmaeckers EJP, Burgmans JPJ, Bijlsma RM, Siesling S, Rakhorst HA, Mureau MA, Van Der Leij F, **Doeksen A**, Verkooijen HM & UMBRELLA Study Group. Clinical and patient-reported outcomes after oncoplastic vs conventional breast-conserving surgery – a longitudinal, multicenter cohort study. J Natl Cancer Inst. Published online November 29, 2024. doi:10.1093/jnci/djae310*

KLINISCHE EN DOOR PATIËNTEN GERAPPORTEERDE UITKOMSTEN NA ONCOPLASTISCHE VERSUS CONVENTIONELE BORSTSPARENDE CHIRURGIE



Annemieke Doeksen (chirurg), Emily Postma (chirurg) en Assa Braakenburg (plastisch chirurg)

Bij een borstsparende behandeling wordt de tumor uit de borst geopereerd en wordt de borst daarna bestraald. Deze borstsparende behandeling is in veel gevallen net zo veilig als een borstamputatie. Bij conventionele borstsparende chirurgie wordt de tumor verwijderd door de oncologisch chirurg. Wanneer een duidelijke vervorming van de borst wordt verwacht, bijvoorbeeld bij een tumor – borst ratio van meer dan 20%, kunnen plastisch chirurgische technieken, zoals weefselverplaatsing en/of toevoeging worden toegepast om de vorm en functie van de borst te behouden of te verbeteren. Doorgaans verrichten een oncologisch chirurg en een plastisch chirurg samen deze ingreep, die oncoplastische chirurgie wordt genoemd.

Oncoplastische borstsparende chirurgie wordt steeds populairder om een borstamputatie te vermijden of de cosmetische resultaten van borstsparende chirurgie te optimaliseren. Onze studie had als doel de klinische uitkomsten en zowel korte- als lange termijn

patiënt gerapporteerde uitkomsten (PRO's) na oncoplastische borstsparende chirurgie en conventionele borstsparende chirurgie te vergelijken in een groot, prospectief borstkankercohort.

Deze studie volgde bijna 2.000 vrouwen en vergeleek de medische resultaten en ervaringen na de operatie. Dit zijn de belangrijkste bevindingen:

1. Verwijdering van de tumor: Bij de patiënten die een oncoplastische operatie ondergingen was bij 86% het snijvlak schoon, in de conventionele operatiegroep was dit percentage 84%. Het aantal vrouwen dat een tweede operatie nodig had, was ook vergelijkbaar (ongeveer 5%).
2. Herstel en verdere behandeling: De tijd tussen de operatie en het starten van extra behandelingen, zoals chemotherapie of bestraling, was ongeveer gelijk. Een oncoplastische operatie vertraagt de behandeling dus niet.

3. Pijn: Vrouwen in de oncoplastische borstsparende chirurgie groep hadden kort na de operatie (tot 6 maanden) meer pijn en andere klachten in de borst. Op de langere termijn waren de uitkomsten vergelijkbaar met de conventioneel borstsparende chirurgie groep.

4. Lichaamsbeeld: Vrouwen in de oncoplastische borstsparende chirurgie groep waren minder tevreden met hun lichaamsbeeld. Dit verschil bleef zichtbaar tot twee jaar na de operatie.

WAT BETEKENT DIT VOOR PATIËNTEN?

De keuze tussen beide operaties hangt af van de grootte en plaats van de tumor, maar ook van wat een vrouw belangrijk vindt. Het is belangrijk om patiënten goede voorlichting te geven, zodat zij op basis van de gegeven informatie en hun eigen wensen een keuze kunnen maken. De uitkomsten van deze studie kunnen hier aan bijdragen.

WAT KUNNEN WE IN DE TOEKOMST VERBETEREN?

Ons onderzoek roept nieuwe vragen op. Waarom hebben sommige vrouwen na een oncoplastische operatie meer klachten? Spelen psychologische factoren mee? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat vrouwen niet alleen lichamelijk, maar ook mentaal goed herstellen? Zou een keuzehulp bijdragen aan betere PRO's? En zou in een deel van dit cohort vrouwen mogelijk toch een beter resultaat verkregen zijn als ze voor een borstamputatie met (directe) reconstructie hadden gekozen?

Door verder onderzoek kunnen we deze vragen beantwoorden en de zorg verbeteren. Zo zorgen we ervoor dat niet alleen de medische uitkomsten, maar ook de kwaliteit van leven van patiënten centraal staat. ■

MAKKELIJKER INNOVEREN EN VERNIEUWEN MET DRIE NIEUWE HULPMIDDELEN



Evelien Geertsema (beleidsadviseur innovatie) en Carmen de Nier (stafmedewerker onderzoek & innovatie)

Overal in het St. Antonius bruisen collega's van de ideeën om de patiëntenzorg te verbeteren en de zorg toekomstbestendiger te maken. Maar vernieuwen en innoveren kan een lang en ingewikkeld proces zijn: alleen al binnen ons ziekenhuis bestaan er veel verschillende innovatieroutes en hulpbronnen. Als gevolg hiervan stranden goede ideeën, soms zelfs al in de idee-fase. Daarom ontwikkelde de werkgroep Ondersteuning van de Innovatietafel een routekaart, een intranetportaal en een innovatieloket, die je helpen snel de juiste informatie te vinden en verder te komen in het proces. Zo maken we innoveren makkelijker en brengen we goede ideeën vaker en sneller in de praktijk.

De hulpmiddelen zijn voor iedereen die mogelijkheden ziet om iets te vernieuwen in het ziekenhuis of al aan een innovatieproject werkt. Of het nu een nieuwe technologie, een praktische oplossing of een andere manier van werken is; zelf bedacht, doorontwikkeld of overgenomen. Voor zowel collega's met een idee, die niet weten waar ze moeten beginnen, als ervaren projectleiders die innovatieprojecten willen versnellen en verbeteren.

INNOVATIE ROUTEKAART

De routekaart is een gids die je stap voor stap mee neemt in het innovatieproces. De kaart geeft een overzicht van alle stappen voor een innovatieproject, ongeacht het type innovatie

of de ontwikkelfase. Door te klikken op een stap ga je naar de bijbehorende intranetpagina met meer informatie, hulpmiddelen en tips. Daarbij kun je op de kaart zien wanneer je klaar bent om naar de volgende stap te gaan.

PORTAAL VOOR VERNIEUWEN EN INNOVEREN

Op dit intranetportaal vind je alle informatie over innoveren en vernieuwen bij elkaar. Je kunt er bijvoorbeeld snel iets opzoeken via de A-Z lijst. Via intranettegels zoals: 'ik wil vernieuwen/innoveren', kun je navigeren naar informatie, tools en checklists voor en over het innovatieproces.

Heb je een praktisch probleem waar je op de



Deel van de innovatie routekaart

afdeling tegen aanloopt en zoek je een oplossing? Dan kan het portaal je ook helpen door je te inspireren of je in contact te brengen met het Innovatielab. Het Innovatielab kan oplossingen ontwerpen of helpen bij het vinden van al bestaande oplossingen.

INNOVATIELOKET

Bij dit loket kun je terecht met alle vragen over innoveren en vernieuwen. Heb je bijvoorbeeld een vraag over de volgende stap voor jouw innovatie-idee, zoek je financiering of ondersteuning voor je project, collega's die ervaring hebben met jouw innovatie-uitdaging, of wil je gewoon even sparren? Het Innovatieloket (bemenst door Carmen en Evelien) helpt je graag op weg! ■

Scan of klik op de QR code om naar het portaal voor vernieuwen en innoveren te gaan. Op het portaal vind je ook de routekaart innoveren.



Braaksma C, Wolterbeek N, Veen MR, Poolman RW, Pronk Y, Klaassen AD, Ostelo RWJC, Terwee CB. Assessing the measurement properties of PROMIS Computer Adaptive Tests, short forms and legacy patient reported outcome measures in patients undergoing total hip arthroplasty. *J Patient Rep Outcomes.* 2024;8(1):121. Published 2024 Oct 21. doi:10.1186/s41687-024-00799-5

Welke vragenlijst is het beste voor patiënten na een totale heupprothese-operatie?



Christel Braaksma (AIOS Orthopedie)

In Nederland registreren we in de Landelijke Registratie Orthopedische Interventies (LROI) een set vragenlijsten die geadviseerd wordt door de Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Deze vragenlijsten meten uitkomsten bij patiënten met een totale heupprothese te meten. Maar deze huidige vragenlijsten zijn niet nauwkeurig genoeg om de gezondheid van één specifieke patiënt goed te meten, en niet alle vragen zijn nuttig voor het meten van heupproblemen. Een nieuwe manier om te meten hoe het met een patiënt gaat, is met PROMIS Computer Adaptive Testing (CAT). Bij PROMIS CAT wordt elke volgende vraag aangepast op het eerdere antwoord van de patiënt. Als een patiënt bijvoorbeeld aangeeft dat wandelen niet lukt, worden vragen over hardlopen niet gesteld. Dit zorgt ervoor dat patiënten minder vragen en vooral relevantere vragen krijgen.

In dit onderzoek zijn de huidige vragenlijsten over lichamelijk functioneren en pijn vergeleken met PROMIS CAT en PROMIS short forms. Aan de studie namen patiënten deel die een totale heupprothese kregen in het St. Antonius Ziekenhuis, Kliniek ViaSana of het OLVG. De conclusie van dit onderzoek was dat PROMIS CAT en short forms op een aantal punten beter werken dan de traditionele vragenlijsten, zoals de HOOS, HOOS-PS, WOMAC en OHS. voor mensen met een totale heupprothese. De PROMIS vragenlijsten zijn net zo betrouwbaar, maar hebben minder vragen nodig en vermijden dat patiënten snel aan het hoogste of laagste punt van de schaal uitkomen, bij het meten van lichamelijk functioneren en pijn. Dit maakt ze gebruiksvriendelijker, biedt een breder meetbereik en zorgt voor een nauwkeurigere meting van de resultaten na een heupprothese. ■

de Fraiture EJ, Schuijt HJ, Menninga M, Koevoets IAI, Verheul TFM, van Goor CW, Nijdam TMP, van Dartel D, Hegeman JH, van der Velde D. Automated EEG-based brainwave analysis for the detection of postoperative delirium does not result in a shorter length of stay in geriatric hip fracture patients: A multicentre randomized controlled trial. *J Clin Med.* 2024 Nov 20;13(22):6987. doi:10.3390/jcm13226987. PMID: 39598131; PMCID: PMC11595407.

Zorgt het gebruik van de DeltaScan bij oudere patiënten met een heupfractuur voor een kortere opnameduur?



Maryse Menninga (regierverpleegkundige) en Tessa Verheul (verpleegkundige)



Op de Traumageriatrie komen we vaak in aanraking met ouderen die na een operatie in een delier terecht komen. Delier is een acute verwardheid die verschillende oorzaken kan hebben. Patiënten zijn dan zodanig in de war dat dit hun herstel vertraagt. De DeltaScan is een monitor die aan het bed een snelle scan kan afnemen, waarbij met drie elektroden op het hoofd van de patiënt, de activiteit van de deltagolven wordt gemeten. Vroeg meten kan een kortere opnameduur betekenen door het eerder starten van interventies.

Daarom heeft ons team besloten om te testen of patiënten die gescreend worden met de Deltascan een kortere opname hebben dan patiënten die gescreend worden met de Delirium Observatie Schaal (DOS), een screening die verpleegkundigen uitvoeren door dertien vragen te beantwoorden over het gedrag van de patiënt. De DeltaScan zou objectiever zijn en al in een vroeg stadium ingezet kunnen worden, al voordat de verandering in gedrag zichtbaar wordt.

Onze belangrijkste uitkomstmaat was, of de ligduur van patiënten boven de 70 jaar oud met een heupfractuur korter was wanneer de DeltaScan als screening werd gebruikt, in plaats van de DOS. Er zijn 388 patiënten geïnccludeerd, de helft werd gescreend op delier met de DeltaScan en de helft met de DOS. De studie was een multicenter onderzoek; de inclusies zijn gedaan in het St. Antonius en het ZGT te Almelo.

Dit verpleegkundig onderzoek is uitgevoerd door verpleegkundigen samen met arts-onderzoekers. Na de analyse van alle opgehaalde data bleken beide groepen een ligduur te hebben van 7 dagen. Daarnaast bleek de DOS beter te discrimineren dan de DeltaScan op het wel of niet hebben van een delier. We hebben geleerd dat de ligduur niet korter is als we screenen met de DeltaScan en dat de DeltaScan nu nog geen meerwaarde heeft in de zorg voor de geriatrische patiënt. ■

Spruijt MA, Klerkx WM, Notten K, van Eijndhoven H, Speksnijder L, Kerkhof MH, Kluivers KB. The efficacy of botulinum toxin A injection in pelvic floor muscles in chronic pelvic pain patients: A double-blind randomised controlled trial. *BJOG.* 2025 Feb;132(3):297-305. doi: 10.1111/1471-0528.17991. Epub 2024 Nov 13. PMID: 39539076; PMCID: PMC11704059.

Is botox de oplossing voor vrouwen met chronische bekkenpijn?



Melle Spruijt (arts-onderzoeker en AIOS gynaecologie)

Chronische bekkenpijn (CPP) treft 6-27% van de vrouwen wereldwijd en heeft grote impact op de levenskwaliteit, maar wordt vaak niet erkend of goed behandeld. In onze gerandomiseerde, dubbelblinde gecontroleerde studie, hebben wij de effectiviteit en veiligheid van botulinetoxine A (BTA, botox) injecties in de bekkenbodemspieren bij patiënten met CPP onderzocht. Hoewel de spierspanning in rust significant afnam na botox-behandeling vergeleken met placebo, vertaalde dit zich niet in een klinisch relevante pijnvermindering of hogere patiënttevredenheid. Daarbij werd het effect van zowel de botox-behandeling als de placebo behandeling op pijn, niet als klinisch relevant beschouwd.

Deze bevindingen suggereren dat botox-injecties geen standaardbehandeling zouden moeten zijn voor CPP, ondanks de fysiologische effecten op de bekkenbodemspieren. Dit kan gevolgen hebben voor zorgprofessionals, het onderstreept dat spierontspanning niet automatisch leidt tot pijnverlichting bij CPP. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het identificeren van subgroepen van patiënten die mogelijk wel baat hebben bij deze behandeling, of op combinatietherapieën die de effectiviteit kunnen vergroten.

Een belangrijk inzicht was, dat de objectieve vermindering van spierspanning niet samenging met subjectieve pijnverlichting, wat de complexe en veelzijdige aard van CPP benadrukt. Dit onderstreept de noodzaak van een brede, multidisciplinaire benadering in de behandeling van deze aandoening. ■

Hessels J, Klompmaker S, van den Heuvel DAF, Boerman S, Mager JJ, Post MC. Graded transthoracic contrast echocardiography after pulmonary arteriovenous malformation embolization: Can chest CT be avoided in patients with a low-grade shunt? *Chest.* 2024 Oct 9;S0012-3692(24)05288-7. doi: 10.1016/j.chest.2024.09.029. Epub ahead of print. PMID: 39384101.

Echocardiografie met contrast na embolisatie van pulmonale arterioveneuze malformatie



Josefien Hessels (arts-onderzoeker Longziekten)

Een pulmonale arterioveneuze malformatie (PAVM) is een directe verbinding tussen de longslagader en –ader, meestal in het kader van de ziekte van Rendu-Osler-Weber (een zeldzame erfelijke ziekte van de bloedvaten). Hierdoor ontstaat een rechts-linksshunt, die wordt opgespoord met echocardiografie, waarbij contrastbelletjes (een zoutoplossing) worden toegediend. Het aantal overstekende microbelletjes geeft de grootte van de shunt weer. Bloedpropjes (met of zonder bacteriën) kunnen zo ontsnappen aan de filterfunctie van de longhaartvaten. Dat zorgt voor een verhoogd risico op neurologische complicaties (hersenabces, TIA, herseninfarct). Behandeling van PAVMs met embolisatie vermindert het risico op deze complicaties. Na embolisatie bestaan de vervolgccontroles uit een CT-scan na 6 maanden en vervolgens iedere 3-5 jaar, leidend tot stralingsbelasting.

Het doel van onze studie was het onderzoeken van het gebruik van contrast echocardiografie voor het vervolgen van patiënten na een PAVM-embolisatie, dat in de afgelopen jaren in ons ziekenhuis werd gecombineerd met de CT-scans. Voor de studie werd de shuntgrootte vergeleken met de reden voor opnieuw embolisatie. Hierbij was de vraag of bij weinig contrastoversteek (<30 belletjes) de CT-scan veilig achterwege gelaten kan worden.

In het onderzoek werden 339 patiënten meegenomen, met in totaal 412 embolisaties. Hierbij liet de CT-scan bij geen van de patiënten met <30 belletjes oversteek (26% van de patiënten) een reden zien voor een nieuwe embolisatie. Bij de patiënten met ≥30 belletjes oversteek, was er in 15% (30-100 belletjes) en 46% (≥100 belletjes) een nieuwe embolisatie nodig.

Dit onderzoek toont aan dat bij patiënten met <30 belletjes oversteek na PAVM-embolisatie, een CT-scan veilig achterwege gelaten kan worden. ■

WAT IS HET EFFECT VAN EEN VERZWARINGSDEKEN OP DE MOTORISCHE ONRUST VAN NEUROLOGISCHE (CVA) PATIËNTEN?



Verpleegkundigen van de B2 met de verzwaringsdeken in een hoes

Van oktober t/m december 2022 is er een kleinschalig pilotonderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van een verzwaringsdeken bij motorische onrust van neurologische (CVA) patiënten.

AANLEIDING

Neurologische patiënten zijn soms motorisch onrustig, wat bijvoorbeeld veroorzaakt kan worden door het moeilijk om hulp kunnen vragen. Dit kan leiden tot onveilige situaties, zoals bijvoorbeeld een verhoogd valrisico. Een poging om uit bed te komen is onveilig bij patiënten die nog niet goed mobiel zijn. Met name 's nachts is het risico op een valincident groter, vanwege beperkt toezicht. Valincidenten kunnen worden verminderd door vrijheidsbeperkende interventies (VBI's) zoals een valmat, beweegsensor of zorgstoel met tafelblad. Deze maatregelen zijn niet altijd effectief en worden beïnvloed door

factoren zoals schoeisel van de patiënt en de afstand tot het alarm.

Literatuuronderzoek suggereert dat verzwaringsdekens een positief effect kunnen hebben op slaap, lichamelijke activiteit en mentaal welzijn bij patiënten met onder andere dementie, depressie, bipolaire stoornissen, angststoornissen en ADHD. Er is geen specifiek bewijs beschikbaar voor CVA-patiënten, wat aanleiding gaf tot dit pilotonderzoek.^{1,2,3,4,5}

METHODE

Een testset met verzwaringsdekens van 3 kg en 5 kg werd ingezet. De deken werd gekozen op basis van het lichaamsgewicht van de patiënt, met de mogelijkheid om over te stappen op een zwaardere deken indien nodig. Verpleegkundigen registreerden motorische onrust (zoals uit bed komen, moeilijk

corrigeerbaar gedrag, slaappatroonverstoring en omhoog komen bij platte bedrust), ingezette interventies en het effect van de deken, op een evaluatieformulier. Daarnaast ontvingen patiënten en familie een informatiefolder over de pilot.

RESULTATEN

De deken van 3 kg had weinig tot geen effect, daarom kregen alle patiënten (n=7) de 5 kg deken. Bij zes patiënten werd een kalmerend effect waargenomen op alle geregistreerde items, inclusief een verbeterd slaappatroon. Eén patiënt ervoer geen verbetering. Een patiënt rapporteerde expliciet een gevoel van geborgenheid. Het item 'platte bedrust' bleek niet altijd van toepassing.

CONCLUSIE

Een verzwaringsdeken van 5 kg kan motorische onrust op een patiëntvriendelijke manier verminderen en hierdoor mogelijk de kans op valincidenten beperken. Daarnaast draagt de deken bij aan een gevoel van geborgenheid en slaapverbetering.

AANBEVELINGEN/VERVOLGPLAN

Op basis van deze pilot zijn in 2022 twee verzwaringsdekens van 5 kg aangeschaft voor de afdeling Neurologie. De deken is opgenomen als VBI-optie in EPIC en verwerkt in het VBI-protocol. Het onderzoek werd positief ontvangen door collega's. De verzwaringsdeken wordt sindsdien actief gebruikt. ■

REFERENTIES:

- Ekholm B, Spulber S, Adler M. A randomized controlled study of weighted chain blankets for insomnia in psychiatric disorders. *J Clin Sleep Med*. 2020 Sep 15;16(9):1567-1577
- Eron K, Kohnert L, Watters A, Logan C, Weisner-Rose M, Mehler PS. (2020, maart). Weighted blanket use: A systematic review. *Am J Occup Ther*. 2020;74(2):7402205010p1-7402205010p14.
- Hjort Telhede E, Arvidsson S, Karlsson S. Nursing staff's experiences of how weighted blankets influence residents in nursing homes expressions of health. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022 Dec;17(1):2009203.
- Nakamura M, Yamauchi N. A case of effective usage of a weighted blanket for a person with severe dementia. *Psychogeriatrics*. 2021;21(2):239-242.
- A weighty idea for better sleep? *University of California at Berkeley Wellness Letter*. May 2020:4.

HET DUTCH TIMELINESS PROJECT: STROOMLIJNEN VAN ZORG VOOR MENSEN MET CHOLEDOCHOLITHIASIS



Anne-Julia The en Maud Merks (coördinerend arts-onderzoekers)

ACHTERGROND EN RATIONALE

Galsteenlijden is een veelvoorkomende aandoening, waarbij het vastzitten van een galsteen in de galweg (choledocholithiasis), een van de meest voorkomende complicaties vormt. Dit kan leiden tot galsteenkoeliken, cholestase, cholangitis, een pancreatitis of cholecystitis¹. De gebruikelijke behandelstrategie voor choledocholithiasis is een kijkonderzoek via de maag en twaalfvingerige darm, ook wel endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP), gevolgd door een laparoscopische cholecystectomie (verwijderen van de galblaas)². De timing van cholecystectomie na ERCP is van belang om de meeste gezondheidswinst te realiseren. Als de cholecystectomie binnen 72 uur na een succesvolle ERCP plaatsvindt, worden nieuwe klachten en complicaties voorkomen³. Dit reduceerde het percentage recidiverende galsteencomplicaties van 36% naar slechts 2%⁴.

Toch blijkt uit onze uitvraag onder MDL-artsen, dat een cholecystectomie in slechts +/-10%

binnen 72 uur wordt uitgevoerd (januari 2024, niet gepubliceerd). In een ander Nederlands cohort betrof de mediane wachttijd van succesvolle ERCP tot cholecystectomie 7 weken. In die wachttijd had 10% een re-ERCP nodig en 14% een spoedcholecystectomie⁴. Bij deze complicaties was de mediane opnameduur na cholecystectomie 4 dagen, vergeleken met 2 dagen zonder nieuwe complicaties⁴. Deze bevindingen werden bevestigd in een recente meta-analyse van gerandomiseerde studies³. Genoemde redenen dat een cholecystectomie binnen 72 uur na ERCP niet vanzelfsprekend is, zijn de logistieke planning, gebrek aan eigenaarschap over het proces en het ontbreken van performance feedback. Om dit te adresseren, is het Dutch-TIMELINESS project opgezet.

STUDIEOPZET

Het project richt zich op implementatie van de tijdige cholecystectomie na ERCP, om zo complicaties, re-interventies en bijbehorende zorgkosten te verminderen. De focus ligt op de

samenwerking tussen MDL-artsen en chirurgen in 60 Nederlandse ziekenhuizen. Het doel is om de zorg rondom choledocholithiasis te stroomlijnen op een manier die bij het centrum past.

HET PROJECT BESTAAT UIT DRIE OPEENVOLGENDE FASEN:

1. Nulmeting – Retrospectieve dataverzameling volgens het snapshot principe, over de huidige praktijk over het eerste kwartaal van 2023. Zie meer informatie op: <https://snapshotresearch.nl/projects/>
2. Veranderfase – Op basis van de nulmeting worden lokale werkprocessen en protocollen aangepast om een tijdige cholecystectomie te realiseren. We gaan in gesprek met alle betrokken zorgverleners in de behandeling van choledocholithiasis, waaronder MDL-artsen, chirurgen, anesthesiologen, OK-planners en (scopie)verpleegkundigen. Daarnaast brengen we ziekenhuizen met elkaar in contact om kennis en expertise uit te wisselen.
3. Evaluatiefase – De effecten van de veranderingen worden gedurende vier maanden prospectief geëvalueerd.

DOELSTELLING

Het uiteindelijke doel van het Dutch-TIMELINESS project is dat ten minste 85% van de patiënten een cholecystectomie krijgt binnen 72 uur na ERCP. Dit zorgt voor een aanzienlijke kostenbesparing van naar schatting tussen de € 0,9 en 8,4 miljoen per jaar in Nederland. Dit wordt bereikt door het voorkomen van herhaalde ERCP's en conversies naar open cholecystectomie, een kortere operatieduur en een kortere opnameduur^{3,4}. ■

BETROKKEN ONDERZOEKERS

Vanuit het St. Antonius Ziekenhuis: T. Weijs (chirurg), D. Boerma (chirurg), L. Goense (AIOS chirurgie), R.C. Verdonk (MDL-arts), P. van der Schaar (MDL-arts), L. Dijkman (epidemioloog en expert VBHC), M.H.G. van Maasakkers (PhD-kandidaat chirurgie).
Extern: P. van Duijvendijk (chirurg Gelre ziekenhuizen), J. Deroose (chirurg Martini ziekenhuis), W. Thijs (MDL-arts Martini ziekenhuis), N. Venneman (MDL-arts Medisch Spectrum Twente), M. Liem (chirurg Medisch Spectrum Twente).

Een overzicht van al het onderzoek dat is goedgekeurd door de Raad van Bestuur in de periode januari t/m maart 2025 is te vinden via deze QR-code.





Combined psychophysical and neurophysiological responses to intra-epidermal electrical stimulation: Clinical explorations in patients with chronic pain

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

Er is een grote behoefte aan klinische methoden om nociceptieve disfunctie vast te stellen, zodat vroege diagnostiek en gepersonaliseerde behandeling van chronische pijnsyndromen mogelijk wordt. Dankzij de samenwerking tussen de maatschap van Anesthesiologie en de Universiteit van Twente, heb ik tijdens mijn promotieonderzoek een nieuwe meettechnologie, die ontwikkeld is aan de Universiteit van Twente, voor het eerst toegepast bij patiënten met chronische pijn.

We hebben aangetoond dat deze technologie haalbaar is bij verschillende patiëntengroepen met een ontregeld pijnsysteem. De afwijkende meetresultaten, vergeleken met gezonde controles, geven mogelijk inzicht in nociceptieve disfunctie. Zo kunnen we bijvoorbeeld patiënten met een diabetische perifere polyneuropathie onderscheiden van gezonde controles, op basis van gevoelsdrempels tijdens elektrische stimulatie van nociceptieve zenuwvezels.

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

Ons exploratieve onderzoek heeft nieuwe hypothesen opgeleverd die in vervolgonderzoek verder getest moeten worden. Hoewel de zorg in het St. Antonius Ziekenhuis hierdoor niet direct verandert, hebben we een belangrijke stap gezet richting de ontwikkeling van een nieuwe diagnostische methode voor chronische pijnsyndromen.

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

Ik ben het meest trots op de grote groep patiënten die heeft deelgenomen aan onze metingen. In totaal waren dit ruim 400 proefpersonen, verdeeld over 16 verschillende groepen. Elke deelnemer onderging twee meetexperimenten van ongeveer 25 minuten. Hierdoor hebben we een uitgebreide dataset verzameld, waarmee we het functioneren van het pijnsysteem beter kunnen begrijpen en modelleren. Bovendien weten we nu welke technische eigenschappen essentieel zijn voor de klinische haalbaarheid in vervolgonderzoek.

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

Als alles mogelijk was, zou ik graag aanvullende technologieën inzetten om onze resultaten verder te valideren. In hoeverre kan de nieuwste versie van onze meetmethode bijdragen aan het vroegtijdig vaststellen van nociceptieve disfuncties (bijvoorbeeld bij diabetische neuropathie) en het bepalen van een effectieve, gepersonaliseerde behandelstrategie (bijvoorbeeld bij neuromodulatie)?

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

Ik ben onlangs gestart als clinical consultant bij Johnson & Johnson Medtech Electrophysiology. In deze rol werk ik met geavanceerde technologie om de elektrische signalen van het hart in kaart te brengen tijdens ablatieprocedures. Dit biedt een prachtige kans om bij te dragen aan de behandeling van patiënten met hartritmestoornissen. Daarnaast blijf ik geïnteresseerd in de verdere ontwikkeling van methoden voor pijnonderzoek en zal ik waar mogelijk betrokken blijven bij lopende en toekomstige studies. ■



Towards optimal endoscopic treatment for early esophageal neoplasia

Wat heeft jouw promotieonderzoek aan nieuwe kennis opgeleverd?

De behandelopties voor vroege vormen van slokdarmkanker zijn over de afgelopen decennia significant verbeterd, waarbij er een verschuiving heeft plaatsgevonden van chirurgie naar endoscopische behandeling. Mijn proefschrift richt zich voornamelijk op patiënten met een Barrett slokdarm, een premaligne aandoening die zich kenmerkt door de vervanging van gezond plaveiselepitheel door cilindrisch epitheel met intestinale metaplasie onder invloed van terugstromend maagzuur. Bij een klein deel van de patiënten met een Barrett slokdarm ontwikkelt intestinale metaplasie zich naar laaggradige dysplasie, hooggradige dysplasie en uiteindelijk kanker. Mijn onderzoek heeft bijgedragen aan het optimaliseren en personaliseren van endoscopische behandeling voor deze patiënten.

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

De endoscopische behandeling van patiënten met een Barrett slokdarm is in Nederland gecentraliseerd in negen expert centra, waaronder het Antonius. Ondanks dat endoscopische behandeling vaak heel effectief

is, zijn er ook patiënten die niet goed reageren op de behandeling. Op basis van data van een groot nationaal cohort heb ik aanbevelingen geformuleerd om het beleid rondom deze uitdagende patiëntengroep te verbeteren. Daarnaast heeft mijn onderzoek aangetoond dat het nemen van standaard biopsen na succesvolle endoscopische behandeling geen toegevoegde waarde heeft in een expert centrum, zoals het Antonius. In deze biopsen worden zelden tot nooit afwijkingen gevonden die voor de patiënt relevant zijn. Dit is een mooi voorbeeld van het schrappen van onzinnige zorg, waarmee kosten bespaard worden en onnodige onzekerheid voor patiënten voorkomen kan worden.

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

Ik ben het meest trots op het feit dat de meeste publicaties in mijn proefschrift het resultaat zijn van multidisciplinair teamwork. De klinische impact van de studies is mede door de samenwerking met verschillende disciplines, waaronder maag-darm-leverartsen, pathologen en chirurgen, uiteindelijk versterkt. Bovendien ben ik trots op het feit dat ik een grote, multicenter studie heb gecoördineerd, waarin

een alternatieve ablatietechniek voor de behandeling van een Barrett slokdarm werd onderzocht. In tegenstelling tot de huidige standaardbehandeling, radiofrequente ablatie, die gebruikmaakt van hitte, maakt cryoablatie gebruik van het bevriezen van weefsel. Door de krachten te bundelen met acht Europese expert centra, konden we aantonen dat deze relatief nieuwe techniek zowel effectief als veilig is, met als belangrijkste voordeel minder pijn na de behandeling.

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

In de toekomst wil ik graag een gerandomiseerde studie uitvoeren waarin radiofrequente ablatie en cryoablatie rechtstreeks met elkaar vergeleken worden. Hopelijk kan daarmee de vraag worden beantwoord met welke van deze technieken patiënten in de toekomst het beste behandeld kunnen worden.

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

Tijdens mijn promotietraject ben ik gestart met de opleiding tot maag-darm-leverarts. Momenteel werk ik met veel plezier als vierdejaars AIOS bij de afdeling MDL in het Antonius. In de toekomst hoop ik naast mijn klinische werkzaamheden actief betrokken te blijven bij wetenschappelijk onderzoek. ■

ZILVEREN BABINSKI VOOR ANTJE SEEBER

Neurologe Antje Seeber heeft in december 2024, tijdens een bijeenkomst van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Zilveren Babinski in ontvangst genomen.

Dit is de prijs voor de beste opleider Neurologie van het jaar. Antje wordt geroemd om haar focus op de (leer)behoeften van de individuele arts-assistent en haar bijdrage aan het verbeteren en doorontwikkelen van de klinische neurofysiologie. ■



NIEUWE EPIDEMIOLOOG LOTTE LINTMEIJER

Mijn naam is Lotte Lintmeijer en begin dit jaar ben ik gestart als epidemioloog/statisticus in het St. Antonius Ziekenhuis.



In 2011 heb ik mijn onderzoeksmaster in de psychologie afgerond, waarna ik ben gepromoveerd op de biomechanica van het roeien bij de afdeling bewegingswetenschappen aan de VU. De afgelopen jaren heb ik gewerkt als data scientist/analist bij stichting Sport Data Valley, waar ik verschillende ziekenhuizen, sportbonden en organisaties heb ondersteund bij datagerelateerde vraagstukken. Ik kijk ernaar uit om mijn ervaring in te zetten bij het opzetten en analyseren van onderzoeken en het verder innoveren van de statistische ondersteuning. ■

MONTSE JANSSEN BONÁS EEN VAN DE WINNAARS VAN DE BOUWHUISPRIJS 2024

Montse Janssen Bonás doet voor haar promotietraject onderzoek naar het voorspellen van therapierespons voor prednison en methotrexaat bij longsarcoïdose. Dit doet ze door in data uit de PREDMETH studie het gedrag van witte bloedcellen van mensen met longsarcoïdose te bestuderen. Voor dit onderzoek heeft zij de Bouwhuisprijs 2024 ontvangen. ■

COMPLIMENTEN TIJDENS STZ VISITATIEDAG

“Julie hebben een prachtig ziekenhuis”. Met die woorden begon de voorzitter van de STZ visitatiecommissie de afsluitende bijeenkomst. Op 13 februari voerde de commissie de hele dag gesprekken met medewerkers, stafleden en studenten van ons ziekenhuis.

Gespreksthema's waren strategie, opleiden, topklinisch klimaat, wetenschap, innovatie en 24/7 zorg. Doel van deze dag was om te laten zien of we als St. Antonius Ziekenhuis voldoen aan alle criteria die de STZ heeft opgesteld rondom deze pijlers. En dat laatste is nodig om ons STZ lidmaatschap weer met 5 jaar te mogen verlengen.

En daarin zijn we met vlag en wimpel geslaagd. Dat is mede, of misschien wel met name, te danken aan de bevoegenheid waarmee iedereen aan de visitatiecommissie heeft verteld over het werk dat we doen om de zorg

die wij leveren aan te laten sluiten bij wat onze patiënten nodig hebben. De commissie heeft duidelijk gehoord en gevoeld dat onderzoek, innovatie, onderwijs en continu ontwikkelen in ons DNA zit en dat de organisatie, het St. Antonius Ziekenhuis, ons allen verbindt.

We zijn nog in afwachting van het definitieve rapport, waar we zeker onze leerpunten uit zullen halen. Want hoe waardevol is het om een spiegel voorgehouden te krijgen door een diverse commissie met scherpe collega's uit andere STZ huizen! Samenvattend kijken we terug op een prachtige dag! ■



HELP, EEN STUDENT ONDERZOEKER!?



Thamar Kroes (arts-onderzoeker) en Pien van Weperen (student onderzoeker)

Er zijn veel opleidingen met een wetenschappelijke stage als verplicht onderdeel, waaronder geneeskunde, bachelor ESHPM1 en VU Health Sciences2. Afhankelijk van de opleiding varieert de stageduur tussen 4 weken en 9 maanden. Het doel is studenten kennis te laten maken met wetenschappelijk onderzoek. De onderzoeksgroepen van het St. Antonius Ziekenhuis bieden deze mogelijkheid, omdat studenten bij kunnen dragen aan nieuwe inzichten door hun frisse blik op lopend onderzoek. Een wetenschapsstage kan ook het begin zijn van een carrière bij een van de onderzoeksgroepen.

Student Pien van Weperen: “Toen ik aan mijn wetenschappelijke stage begon, had ik nauwelijks ervaring met onderzoek. Ik had eigenlijk geen idee wat er allemaal bij kwam kijken of wat er verwacht werd. Gelukkig werd al snel duidelijk dat dat geen probleem was; door te vragen, zelf op onderzoek uit te gaan en gaandeweg te ontdekken, kom je steeds een stap verder. Je wordt aangemoedigd

om je ideeën te delen, hoe onervaren dat soms ook voelt. Wat begon als een tijdelijke stage, heeft er inmiddels toe geleid dat ik nog steeds onderzoek doe. Ik ben betrokken gebleven bij mijn onderzoeksteam en, naast het doen van onderzoek, leer ik veel nieuwe leuke mensen kennen en ontwikkel ik mezelf ook op andere vlakken, zoals wetenschappelijk presenteren.”

Onderzoekers en arts-assistenten begeleiden studenten in hun stage en leren hierdoor meer over supervisie en feedback geven. Arts-onderzoeker Thamar Kroes: “Het begeleiden van studenten maakt mijn onderzoek gezelliger en efficiënter. Twee paar hersenen weten nou eenmaal meer dan één. Het begeleiden van een student kost tijd, maar ik krijg er minstens zoveel creatieve ideeën of inzichten voor terug.”

DRIE TIPS VOOR HET BEGELEIDEN VAN STUDENT-ONDERZOEKERS:

1. Wees realistisch: schep duidelijkheid tussen jou en de student over wederzijdse verwachtingen, bestaande vaardigheden en beschikbare tijd. Stem het project en de student zo goed mogelijk op elkaar af. Verwijs de student zo nodig naar aanvullende cursussen. Kijk op het intranet voor cursussen van de Academie, bijvoorbeeld: statistiek, wetenschappelijk Engels schrijven en GCP(-light).
2. Maak een plan: wat werkt voor jou en voor de student? Maak afspraken over feedback, regelmatige meetings en hoe de student deze meetings voorbereidt. Let op onrealistische planningen. Hou in gedachten dat de student niet op de hoogte is van de mores in het onderzoek, bijvoorbeeld dat je schrijven moet leren en hoe lang de periode van opzet tot publicatie van een onderzoek is.
3. Volg een cursus: elke student is anders en daardoor is begeleiding een dynamische taak. Het UMCU verzorgt cursussen over supervisie van masterstudenten. Ben je heel enthousiast? Overweeg dan de Basis Kwalificatie Onderwijs (BKO).

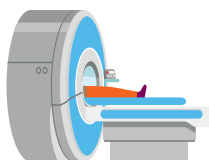
Wil je weten hoe je een stagiair kan vinden of wie een stageplaats aanbiedt? Neem contact op met het Wetenschapsloket.

- 1 ESHPM = Erasmus school of Health Policy Management, <https://www.eur.nl/eshpm>
- 2 VU Health Sciences, stages via <https://www.linkedin.com/school/school-of-medicine-vu-amsterdamumc/?originalSubdomain=nl> ■

Scan na operatie vanwege alvleesklierkanker: routinezorg of alleen bij klachten?

Achtergrond

In Europa adviseert de richtlijn om na operatieve behandeling van alvleesklierkanker alleen scans te maken bij klachten en niet routinematig. In andere landen worden vaak wel standaard scans gemaakt na operatie. We weten niet wat beter is. Misschien helpt een routine scan bij het vroeg opsporen van terugkeer van ziekte, misschien is het alleen maar belastend voor de patiënt.



Centrale vraag

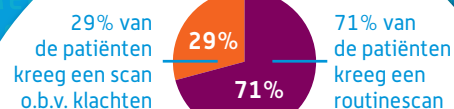
Wat zijn de uitkomsten van patiënten met terugkeer van ziekte na operatie voor alvleesklierkanker ontdekt tijdens routine scans vergeleken met terugkeer ontdekt tijdens scan gemaakt i.v.m. klachten?



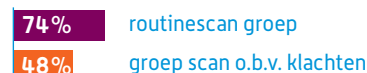
Aanpak

In 33 ziekenhuizen verspreid over 13 landen werden patiënten onderzocht bij wie de ziekte terugkeerde na eerdere operatie vanwege alvleesklierkanker. De groep waarin de terugkeer was ontdekt tijdens standaard controlescan werd vergeleken met de groep waarbij de terugkeer werd ontdekt nadat de patiënt klachten kreeg.

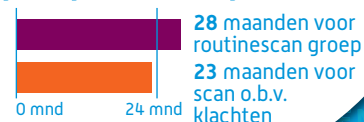
Resultaat



Aandeel patiënten dat na scan gerichte behandeling kreeg:



Overleving na diagnose van de terugkeer van de ziekte:



Wie deden mee aan het onderzoek?

342 patiënten met een terugkeer van ziekte na operatie voor alvleesklierkanker, vanuit **33** ziekenhuizen over de hele wereld.



Onderzoeksteam

Groot team van internationale onderzoekers onder leiding van de RAKU pancreaskanker onderzoeksgroep (onderzoeker Paul Anel en chirurg Hjalmar van Santvoort). Vanuit het St. Antonius deden verder Geert Cirkel, Robert Verdonk en Quintus Molenaar mee.

Publicatie

Publicatie JAMA Surgery (januari 2025); doi: 10.1001/jamasurg.2024.5024

Conclusie

Het routinematig scannen van patiënten na een operatie voor alvleesklierkanker leidde vaker tot gerichte behandeling. Dit gaf ook een betere overleving.

