

LOUPE

OVER WETENSCHAP IN HET
ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

Kersteditie

Reculer pour mieux sauter

Promoties: Rouppe van der Voort en van Gulik

JAARGANG 9 | NUMMER 3 | december2014



INHOUD LOUPE



2 Redactioneel | 3 BELICHT | 4 GEPROMOVEERD | 5 in het nieuws | 6 GEPROMOVEERD | 7 OPINIE
| 8 Wetenschap in beeld | 9 ONDER DE LOUPE | 10 R&D | 12 PUBLICATIES kort | 13 Stellingen | 13
PUBLICATIELIJST | 16 Kerstinspiratie

REDACTIONEEL

Verandermanagement

Panta rhei. Vroeger werd je nog gewoon notaris, advocaat of dokter, beroepen die je gemakkelijk kan uitlegen. Alles is (moet?) tegenwoordig anders, waarbij veranderen soms niet het middel maar het doel lijkt. Op de meeste universiteiten bestaat er een opleiding Verandermanagement. Dit soort studies intrigeren mij mateloos, omdat ik nooit goed heb begrepen wat ze precies inhouden. Bij Nijenrode Business Universiteit valt bijvoorbeeld te lezen: "Hoe gaan we op weg naar flexibele organisatieonderdelen in balans tussen autonomie en cohesie?" Tja.

Het afgelopen jaar was een groot aantal verandermanagers in ons ziekenhuis actief. Er waren dan ook veel veranderingen aanstaande. Naast de uitdagingen rond de Integrale Tarieven die per 1 januari 2015 worden ingevoerd, werd er veel tijd, geld en moeite gestoken in de mogelijk op handen zijnde fusie van het St. Antonius ziekenhuis met het ziekenhuis in Woerden. De weg naar de stemming van 31 oktober leek soms op de spelletjes die mijn zoon op de iPad speelt: vuur zoveel mogelijk cijfers op je slachtoffers af totdat ze geen levens meer overhebben en ze neervallen. Daarna snel door naar het volgende level. Ik was bij slechts een minderheid van de vele vergaderingen aanwezig, maar het viel me op dat de sfeer niet steeds optimistisch was te noemen. De zorgen zijn invoelbaar. De verandermanager zou waarschijnlijk iets zeggen als: "zonder wrijving geen glans" en hoewel ik altijd onder de indruk ben van de hoeveelheid vergelijkingen en de passie van managers om ze te maken, is de betekenis mij altijd duister. De verandering zal waarschijnlijk invloed hebben op de signatuur van het Antonius, maar het doel is uiteindelijk om de innovatieve kracht te behouden.

Zonder innovatie geen vooruitgang, dus ook Loupe gaat veranderen in 2015, verjongen zo u wilt. Minder opsomming van data, meer actualiteit. Minder plichtmatige stukjes over (promotie)onderzoek, meer prikkelende verhalen en kritische noten. De verandering zal niet iedereen meteen passen, maar de snit van het kostuum ligt vast. Vrijwel zeker zullen wij hier en daar details moeten aanpassen, het liefst aan de hand van uw op- en aanmerkingen. We zullen - zoals op de pagina Verandermanagement van de VU te lezen is - "regelmatig geconfronteerd worden met uiteenlopende valkuilen en obstakels". Dat u het weet.

De oproep aan alle vakgroepen is om bij te dragen aan de facelift van Loupe. Kies een collega uit uw midden die van lezen en schrijven houdt en liefst een met een scherpe pen. Ook zonder duur verandermanagementplan gaan wij proberen een frisse wind te laten waaien!



Reculer pour mieux sauter

DOUWE BIESMA, VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR

Misschien is dit wel de beste samenvatting van de fase waarin ons ziekenhuis verkeert. Een stap terugdoen om vervolgens met een langere aanloop een grote sprong voorwaarts te kunnen maken. Overigens is dit een typisch kenmerk voor een onderneemende organisatie, waartoe ziekenhuizen tegenwoordig ook behoren. Deze uit de sport afkomstige uitdrukking is naar mijn mening niet alleen van toepassing op de financiële situatie van ons ziekenhuis. Ook op het gebied van wetenschap en innovatie is het goed om af en toe een stap terug te doen om na een heroriëntatie sterker terug te komen in het veld. Een stap terug doen – ik bedoel daarmee om niet altijd te gaan voor het beste financiële resultaat – is een belangrijk onderdeel van de strategie van ons ziekenhuis geweest. Ons ziekenhuis en veel maatschappen hebben een lange traditie om verworven geld niet uit te keren, maar juist te investeren in wetenschap en innovatie. Ik geef een paar voorbeelden. De maatschap longziekten faciliteert met eigen middelen onderzoek, speelt een enkel staflid hier voor vrij. Deze investering is een belangrijke basis geweest voor de benoemingen van eerst Jules van den Bosch en later Jan Grutters als hoogleraar. De maatschap cardiologie kent al jaren een grote R&D-afdeling, die naast betaalde trials ook zelf geïnitieerd onderzoek mogelijk maakt. Recent ontving Jur ten Berg mede hierdoor een grote subsidie (2.5 miljoen dollar) van Astra om een Europese studie te leiden. Ons ziekenhuis heeft jarenlang niet of slecht betaalde zorgproducten zelf betaald (een nogal onderbelicht facet). Ziekenhuis en maatschappen (niet alleen

cardiologie en longziekten) hadden dit ook niet kunnen doen, maar dan was onze positie op het gebied van innovatie en research aanzienlijk minder sterk geweest. Zowel de cardiologie als de longziekten zijn op basis van een langjarige investering in topzorg (last resort zorg en innovatie) uitverkoren voor het Experiment Topzorg, waarbij ons ziekenhuis in een periode van 4 jaar (2014-2017) bijna 13 miljoen euro krijgt.

Nu er stevig wordt bezuinigd op de zorg, is het de kunst om gericht te blijven investeren in innovatie en wetenschap. Anders valt de motor stil. En vervalt ons ziekenhuis tot een algemeen ziekenhuis, vooral of alleen gericht op efficiënte en doelmatige productie. We kunnen dan in dat scenario stoppen met specifieke 'high-end' of 'last-resort' functies. Ons wervend vermogen voor topspecialisten (of voor opleidingen) en voor verwijzende centra gaat dan ook verloren. Ik heb niet de indruk dat we dit 'middle-of-the-road'-scenario ziekenhuisbreed omarmen. Doorgaan met bijzondere zorg en de daarbij passende investeringen vraagt echter om offers. Immers, we kunnen een euro maar één keer uitgeven. We weten al wat langer dat we erg efficiënt zorg leveren. Ten opzichte van andere Santeon-ziekenhuizen leveren we zorg met de minste kosten (personeel en middelen). Willen we ruimte blijven houden voor wetenschap en innovatie, dan zullen we dat zo moeten houden en dat is een grote uitdaging in tijden van bezuinigen; daar moet dan eigenlijk een tandje bij. Het vraagt ook een bijdrage van de medische staf. Zoals een recent gepensioneerd staflid bij zijn

afscheid zei: 'misschien moet een staflid in het St. Antonius wel juist genoeg nemen met een kleiner winstaandeel dan elders, dat gecompenseerd wordt door het mogen meewerken aan het topklinische profiel van ons ziekenhuis'.

Laten we ons blijven realiseren dat wetenschap en innovatie om een aanhoudende inzet vraagt van ziekenhuis en medisch specialisten. En dat vooral in tijden van schaarste het beschikbare kapitaal (mensen en middelen) gericht ingezet moet worden. Dat zal betekenen dat we op andere fronten offers moeten doen. Maar dit stapje terug laat zich naar mijn volle overtuiging terugbetalen in de satisfactie van (medisch) specialisten en ons personeel en in het wervend vermogen van ons ziekenhuis. Ook wordt de collectieve trots hiermee gevoed.

De uitdrukking 'reculer pour mieux sauter' past hier prima bij. Overigens hoorde ik daar ongeveer 20 jaar geleden voor het eerst over in ons ziekenhuis. Eén van mijn voorgangers gebruikte deze metafoer, inderdaad om aan te geven dat – in tijden van schaarste – uitkering van dividend soms even op zich laat wachten. Blijven investeren en blijven innoveren, ook als het even financieel tegenzit. Zit dit eigenlijk niet gewoon in ons DNA?



Optimalisatie van de toegangstijd tot poliklinieken

MARC ROUPPE VAN DER VOORT, MANAGER LEAN EN ZORGLOGISTIEK

Reden voor promotie

Twaalf jaar geleden belandde ik als bedrijfskundige in de zorg en ontdekte ik dat het me meer voldoening geeft om kwaliteit te verbeteren dan de aandeelhouderswaarde voor commerciële bedrijven te vergroten. Ik merkte echter dat artsen sceptisch waren om bedrijfskundige inzichten toe te passen en dat ze gedegen onderzoek waarden. Het was daarom ideaal om een promotieonderzoek te combineren met het helpen van artsen en zorgmedewerkers om mijn bedrijfskundige kennis over logistiek en procesverbetering direct toe te passen.

Het proefschrift

Voor poliklinieken is de toegangstijd vaak drie of vier weken, soms langer. Dagelijks wachten daardoor 1,5 miljoen Nederlanders op hun afspraak. Juist in de zorg is het belangrijk dat door wachten geen onnodig lijden wordt toegevoegd aan zieke of ongeruste mensen. Ik heb onderzocht of toegangstijden verklaard kunnen worden door de wijze waarop vraag en aanbod afgestemd worden en verbeterd kunnen worden met methodes van Lean. De 'vraag' is een patiënt die belt voor een afspraak; het 'aanbod' zijn de spreekuren. Vanuit het kwaliteitsinstituut CBO waar ik toen werkte organiseerden we het verbeterprogramma Werken zonder wachtlijst (WZW). Achttien poli-teams analyseerden onder leiding van een medisch specialist hun werkwijze en testten maatregelen uit. Hun bevindingen zijn later door honderden poliklinieken overgenomen.

Mijn onderzoek laat zien dat de toegangstijd van deze 18 poliklinieken (16 ziekenhuizen) is gedaald van 47 naar 21 dagen als gemiddelde voor nieuwe en controle afspraken van alle artsen. Nieuwe patiënten zonder voorkeur voor een arts kunnen vaak sneller terecht, maar veel patiënten moeten voor een afspraak met een specifieke arts of voor een controleafspraak wel degelijk wachten.

Drie jaar later bleek de kortere toegangstijd behouden met gemiddeld 18 dagen. Door middel van interviews met 52 artsen en polimedewerkers hebben we onderzocht hoe ze dat gelukt is:

1. Anders denken: bij artsen en medewerkers is vertrouwen ontstaan dat ze samen de toegangstijd kort kunnen houden en daarmee betere patiëntenzorg leveren.
2. Artsen en medewerkers merken voordelen: minder ruis en meer waardering van patiënten. Overal is een arts actief blijven sturen op toegangstijd.
3. De poliklinieken zijn zeer flexibel geworden in de mix van type consulten per spreekuur en meer flexibel in het aantal en de mix van type spreekuren per week om fluctuaties in de vraag en fluctuaties in het aantal spreekuren op te vangen.

Mijn onderzoek heeft aangetoond dat poliklinieken met substantieel kortere toegangstijden kunnen werken en dat zowel patiënten als artsen en medewerkers daar baat bij kunnen hebben. Als vervolg zou ik graag onderzoeken hoe betere zorglogistiek tot aantoonbaar betere zorg kan leiden.

Toepassing in het Antonius

Als manager Lean en Zorglogistiek pas ik de opgedane kennis toe in verbeterprojecten voor poliklinieken, maar ook voor de operatiekamers, het beddenhuis en de spoedstroom vanaf de SEH. Daarbij streef ik er naar dat bij logistieke beslissingen de consequenties voor andere afdelingen worden meegewogen. Bijvoorbeeld het slimmer verdelen van operaties over de week om tot een meer gelijkmatige bedbezetting te komen, waardoor minder patiënten noodgedwongen op een andere afdeling opgenomen hoeven te worden, er minder pieken in de werkdruk zijn en meer patiënten opgenomen kunnen worden.

Mijn proefschrift is op te vragen bij de bibliotheek of via m.rouppevandervoort@antoniusziekenhuis.nl of digitaal te downloaden vanaf leandenkenindezorg.blogspot.nl/2014/07/mijn-proefschrift-optimising-delays.html

PRESTIGIEUZE PRIJS VOOR JULIËNNE JANSE

Juliënne Janse, arts assistent gynaecologie in ons ziekenhuis en 2 oktober 2014 gepromoveerd, heeft de IVO Brosens award, Prize for the best scientific journal article gewonnen. Ze kreeg deze prestigieuze prijs uitgereikt tijdens het 23rd Annual Congress of the European Society for Gynaecological Surgery (ESGE) in Brussel (24 tot 27 september 2014).



promotie Jüljienne Janse 2 oktober 2014
(foto door: ByNadia.com)

COMPLIMENT VAN NIAZ VOOR R&D

Het St. Antonius ziekenhuis heeft op 24 september het NIAZ accreditatiebewijs ontvangen. Naast aanbevelingen hebben we ook negen complimenten gekregen. Onze Research & Development werd daarbij als 'sterk punt' van het ziekenhuis benoemd. Dit was gebaseerd op de zorgvuldige wijze waarmee externe eisen die voor onderzoek gelden zijn geïmplementeerd in de werkprocessen.

ST. ANTONIUS ACADEMIE HEEFT NIEUW MANAGEMENT TEAM

Met ingang van 1 mei jl is de afdeling R&D gefuseerd met de Academie. Daarbij is een nieuwe management structuur gekozen waarbij de inhoudelijke verantwoordelijkheid, het zijn van boegbeeld en gesprekspartner naar de RvB zijn belegd bij een algemeen manager, Marjolijn Gerbens, en twee medisch managers: Willem Jan Bos als manager R&D en de nieuwe COC-voorzitter Walter Balemans als manager medische opleidingen.

Met de bovengenoemde fusie ressorteren de volgende afdelingen onder de Academie: Medische opleidingen, Kennis- en Informatiecentrum, R&D, Verpleegkundige opleidingen en Bureau coaching & loopbaanbegeleiding. Meer informatie is te vinden op intranet, via het menu Kennis – Academie.

Met de bundeling van deze onderdelen is een aanzet gemaakt voor het inzetten van een nieuwe koers. Een nauwere samenwerking tussen de Centrale OpleidingsCommissie en de Academie, een verdergaande integratie tussen opleiden en onderzoek en een duidelijke rolverdeling tussen HR en de Academie t.a.v. het algemeen opleidingsbeleid van medewerkers. De Academie wil op alle onderdelen een meer prominente rol spelen om de kwaliteit van zorg in het St. Antonius Ziekenhuis verder te optimaliseren door opleiding en het stimuleren en ondersteunen van innovaties en onderzoeksactiviteiten. In 2015 zal deze koerswijziging verder doorgezet worden en zichtbaar zijn in vele activiteiten.

NIEUWE CURSUSSEN

Begin november 2014 is de R&D gestart met de nieuwe cursus Engels presenteren voor promovendi.

De eerste taalvaardigheids cursus (wetenschappelijk Engels lezen en schrijven voor verpleegkundigen) loopt van 2 december 2014 tot 17 februari 2015.

Eveneens is in november voor het eerst gestart de "basis cursus epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie voor verpleegkundigen".

Voor alle cursussen geldt dat meer informatie en cursusdata 2015 te vinden is op het intranet, via Kennis – Academie – medische opleidingen



Acute and chronic pain after cardiac surgery

LAURA VAN GULIK, ARTS ASSISTENT ANESTHESIOLOGIE

Tijdens mijn opleiding tot anesthesioloog raakte ik geïnteresseerd in het verschil in werking van opiaten tussen met name intensive care patiënten. Eén van de belangrijkste redenen voor het gebruik van opiaten, namelijk pijnbestrijding, bleek een onderbelicht aspect in zowel de literatuur als de dagelijkse praktijk op intensive care gebied. Na een onderzoek naar pijnscores op de ICU, volgde een groter onderzoek, uiteindelijk uitmondend in het proefschrift "Pain still hurts" door ziekenhuisapotheker Sabine Ahlers en het huidige proefschrift "Acute and chronic pain after cardiac surgery". Deze proefschriften laten zien dat patiënten zich niet binnen één specialisme begeven en dat interesse en samenwerking tussen verschillende vakgebieden belangrijk zijn voor goede kwaliteit van zorg.

Intensive care patiënten kunnen pijn ervaren ten gevolge van een operatie, onderliggende ziekte of een letsel, immobiliteit, medische interventies of al bestaande (chronische) pijn. Pijnmanagement op de ICU wordt bemoeilijkt omdat de patiënten verschillende ziektebeelden hebben, verschillende medische achtergronden en vaak niet in staat zijn om zelf hun pijn te rapporteren. Slechts enkele voorgaande studies hebben specifiek het pijnmanagement op de ICU onderzocht en concludeerden dat het implementeren van systematisch scoren van pijn leidde tot lagere pijnscores, kortere beademingsduur, kortere opname op de ICU en minder infecties. De studies in het huidige proefschrift beschrijven patiënten op de ICU in de direct operatieve fase na hartchirurgie.

Het invoeren van een pijn management protocol voor deze patiëntengroep resulteerde in een aanzienlijke reductie van het aantal onacceptabel hoge pijnscores. Tevens werd gekeken naar het voorkomen van procedurele pijn, dat wil zeggen pijn ten gevolge van een medisch of verpleegkundig noodzakelijke interventie zoals het verwijderen van thoraxdrains en het draaien in bed voor de verzorging. Alhoewel de pijnscores aanzienlijk lager waren dan in de literatuur beschreven, kwam procedurele pijn toch nog regelmatig voor.

Daarnaast werd het optreden van chronische pijn na hartoperaties geëvalueerd. Chronische pijn een jaar na hartchirurgie kwam voor in 20-35% van de patiënten. Patiënten met chronische pijnklachten gaven een lager cijfer aan hun kwaliteit van leven en hadden meer slaapproblemen dan diegenen zonder pijnklachten. Risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische pijn waren onder andere het vrouwelijk geslacht, spoedsternotomieën, een hogere BMI, jongere leeftijd, pijn op de derde dag na hartchirurgie en het gebruik van remifentanil als pijnstilling tijdens de operatie.

Vervolgonderzoek vindt momenteel plaats waarbij tijdens de anesthesie gerandomiseerd wordt tussen wel en geen gebruik van remifentanil als pijnstilling, opdat een eventueel oorzakelijk verband tussen het gebruik van remifentanil en de ontwikkeling van chronische pijn kan worden aangetoond.

De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan de kennis ten aanzien van de pathofysiologie van chronische pijn en kunnen hopelijk klachten van toekomstige patiënten voorkomen.

Inmiddels werk ik als anesthesioloog-intensivist in het MeanderMC in Amersfoort, alwaar ik de kennis ten aanzien van pijn en pijnbestrijding opgedaan tijdens mijn onderzoek, dagelijks toepas op de ICU. Daarnaast hoop ik het besef van zowel verpleegkundigen als artsen ten aanzien van procedurele pijn en chronische pijn na chirurgie te vergroten.

Promotores: prof.dr. C.A.J.Knibbe (klinische farmacie) en prof.dr. D. Tibboel (Sophia kindziekenhuis)
co-promotor: dr. P. Bruins (anesthesioloog-intensivist)



Verstandig innoveren van farmacotherapie

EWOUT VAN DE GARDE, ZIEKENHUISAPOTHEKER-EPIDEMIOLOOG

Velen zullen het herkennen, de overtuiging dat alles altijd beter kan. De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen is hier geen uitzondering op. Zodra nieuwe geneesmiddelen beschikbaar komen zal menigeen de drang voelen deze ook te gaan voorschrijven. Niet in de laatste plaats omdat patiënten er zelf om vragen. Het resultaat hiervan is dat op allerlei plaatsen in Nederland sneller of langzamer nieuwe geneesmiddelen worden geïntroduceerd in behandelplannen. Tegenwoordig vaak direct met grote budgetimpact. De basis voor deze introducties is in de meeste gevallen vaak alleen een klinische trial met een kwantitatief voordeel voor het nieuwe geneesmiddel ten opzichte van een andere behandeling. De vraag is of dit wel de meest geschikte informatie is om een optimale plaatsbepaling op te baseren. Het is alom bekend dat de uitkomsten uit klinische trials maar beperkt gelden voor de natuurlijke populatie. Nieuwe geneesmiddelen worden in de regel onderzocht in relatief gezonde proefpersonen. Relatief gezond betekent bijvoorbeeld een goede conditie en weinig co-morbiditeit. Door dergelijke restricties wordt de onderzoekspopulatie zo homogeen mogelijk gehouden en hiermee het contrast voor de interventie gemaximaliseerd. Een voordeel voor de slagingskans van de trial maar niet noodzakelijkerwijs een voordeel voor de patiënt. Een patiënt van 75 jaar oud met uitgebreid vaatlijden wil logischerwijs ook graag weten: 'Kan ik van dit geneesmiddel hetzelfde effect verwachten als jongere patiënten zonder vaatlijden? En is bij mij de kans dat ik moet stoppen vanwege bijwerkingen niet groter?'

Het antwoord op deze vragen komt meestal niet uit de registratie trials.

Na een klinische trial zou het daarom naar mijn mening veel sneller moeten gaan over wat een nieuw geneesmiddel toevoegt in de dagelijkse praktijk. Het geneesmiddel is in veel gevallen maar een van de onderdelen die de uitkomst bepalen. Volgens mij is het St. Antonius ziekenhuis, samen met de Santeon ziekenhuizen, een uitstekende plaats om deze toegevoegde waarde zelf te proberen te bepalen. De zes Santeon ziekenhuizen verzorgen samen een heel groot aantal patiënten en in alle zes ziekenhuizen wordt momenteel breed ingezet op concepten als Value Based Healthcare en het Learning Healthcare System. Eigenschappen van deze systemen zijn dat de inhoud van de zorg doorlopend wordt geëvalueerd in relatie tot relevante uitkomsten en dat wijzigingen in inhoud van de zorg via een verbetercyclus worden doorgevoerd. Deze manier van werken dwingt om goed na te denken over wat relevante uitkomsten zijn en wanneer we vinden dat wijziging in beleid ook een meerwaarde voor de patiënt is. Wat mij betreft leent deze systematiek zich ook goed om de introductie van nieuwe, vaak zeer kostbare, farmacotherapie te begeleiden. Dit zou betekenen dat we niet meer zomaar patiënten gaan behandelen met een nieuw geneesmiddel maar dat we eerst inzicht verkrijgen in het huidige niveau van de uitkomsten om vervolgens te kunnen evalueren wat de consequenties van de nieuwe farmacotherapie zijn op deze uitkomsten. Ziektebeelden waar de uitkomsten relatief snel na start van de interventie meetbaar zijn, zijn dan extra

geschikt. Plan, Do, Check, Act.

Mijn overtuiging is dat door bovenstaande systematiek met de Santeon ziekenhuizen verder vorm te geven, dit niet alleen zal bijdragen aan veel beter onderbouwde plaatsbepalingen van nieuwe farmacotherapie, maar ook dat het de ziekenhuizen een betrouwbare partner kan maken als het gaat om plaatsen waar innovatieve farmacotherapie mogelijk blijft. Het zal niet onopgemerkt zijn gebleven dat overheid en zorgverzekeraars voortdurend sturen op concentratie van moeilijke/dure zorg. Ziekenhuizen die in staat zijn na introductie van nieuwe dure farmacotherapie ook de toegevoegde waarde op uitkomsten te vervolgen hebben naar mijn inschatting dan een streepje voor. Helemaal als het ziekenhuis ook in staat blijkt haar eigen farmacotherapiebeleid bij te sturen op basis van de vastgestelde waarde in haar eigen dagelijkse zorgpraktijk. Uiteindelijk biedt dit de patiënt een garantie dat de behandeling altijd conform de laatste inzichten is en een aangetoonde meerwaarde heeft. Los hiervan spreekt het voor zich dat het de ziekenhuizen ook veel nieuwe mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek biedt. Inherent aan Learning Healthcare systemen wordt namelijk veel informatie gegenereerd over mate van variatie in relevante uitkomsten. Dit laatste is weer een vruchtbare voedingsbodem voor verder onderzoek om deze variatie te verklaren en proberen om te draaien naar nog meer handvatten tot personaliseren van farmacotherapie.

WETENSCHAP IN BEELD





ZALIG OF ZAKELIJK?

JULES SCHAGEN VAN LEEUWEN, GYNAECOLOOG

De korte reis door het geboortekanaal is nog steeds een van de meest hachelijke tochten die een mens in zijn leven aflegt. Daarom ben ik als gynaecoloog wel eens getuige van een bevalling. Iedere keer weer een ontroerend moment. Een liefdevollere blik dan van een moeder naar haar pasgeboren kind bestaat niet. Het aller-verfrommelste mormel transformeert ogenblikkelijk in de mooiste baby. Tot op de dag van vandaag is mijn moeder verontwaardigd dat mijn vader na mijn geboorte bezorgd aan de dokter vroeg: 'blijft hij altijd zo lelijk?' en dat deze antwoordde: 'ach, de eerste pannenkoek mislukt wel vaker'.

Toch moet ik bij een bevalling soms de aanvechting onderdrukken om op het moment suprême hard weg te lopen. Het gegeven dat degene die het kindje aanpakt veroordeeld is tot het digitaal invullen van talloze formulieren, maakt vluchten verlokkelijk. Een veelheid aan regels vergroot wel vaker de kans dat mensen hun verantwoordelijkheden veronachtzamen. Ook de geboorte van Jezus, die we binnenkort weer vieren, laat zien dat de combinatie van administratiedwang en bevalling niet zonder risico is. Al ging hier de administratie aan de geboorte vooraf.

'In die tijd immers kondigde keizer Augustus een decreet af dat alle inwoners van het rijk zich moesten laten inschrijven (...) Iedereen ging op weg om zich te laten inschrijven, ieder naar de plaats waar hij vandaan kwam. Jozef ging van de stad Nazareth (...) naar de stad van David die Bethlehem heet (...) om zich te laten inschrijven samen met Maria, zijn aanstaande vrouw, die zwanger was'. Lucas, 2:4.

De volkstelling stelde indirect Herodes in staat jongetjes tot 2 jaar, geboren in Bethlehem profylactisch te doden. En zo de profetie over een nieuwe Koning in de kiem te smoren.

De geboorte van Jezus laat zien dat een zuigeling oppermachtig wordt door de verwachting, de liefde en tederheid die het bij anderen tweebrengt. Voor Vincent de Paul (geboren 1581) is deze bewogenheid de kern waar alles om draait: 'We moeten proberen ons hart te laten vertederen, het gevoelig te maken voor het lijden en de ellende van de ander, en God vragen ons een geest van barmhartigheid te schenken'. Vincent de Paul heeft ruim 400 jaar geleden een vorm van 'verantwoordelijkheid' ontwikkeld die nog steeds uiterst actueel is. In zijn Algemene regels reikt hij een pakket van vier maatregelen voor zijn kloosterzusters aan. De eerste maatregel is concentratie: zich niet laten afleiden door van alles en nog wat, maar bij deze mens zijn. De tweede maatregel is een zuivere blik: zich niet laten corrumperen door macht en eigenbelang, maar het belang van de ander dienen. De derde is onthechting: niet naar de zieke kijken als object of bezit, maar met een onbaatzuchtige blik. De vierde is opbouwend: geen kans bieden aan destructieve krachten, maar je identiteit ontleneren aan verantwoorde zorg, en aan niets anders. De vier maatregelen samen geven consistentie aan de zorg. Zij gelden niet alleen voor de zorgverlener, maar ook voor patiënten, ziekenhuizen, verzekeraars en politiek. Tenminste, zolang deze een 'verantwoorde' – dat wil zeggen: barmhartige – zorg

willen waarborgen. Helaas verwordt politiek vaak tot optiek en akoestiek. En zakelijkheid wordt doel in plaats van middel.

Maar heel even is het toekomstperspectief van een pasgeboren baby onbegrensd. Al gauw bepaalt vooral de plek waar je wieg staat en zoiets als je sekse hoe je gezien wordt. Het oog neemt slechts waar, waartoe het brein bereid is. Door Malala neer te schieten lieten felle fanaten die het ringeloren niet kunnen laten, zien waarvoor ze het meeste angst hebben; een klein meisje met een boek. De herdenking van de geboorte van een kind, brengt ons terug bij de bron, het begin, de inspiratie; het gaf pater Frans van der Lugt de moed en de kracht in Homs te blijven. En pater Manuel García Viejo in Sierra Leone. In de wenteling der dingen grijpen dood en leven soms in elkaar als ringen. Zij beseften dat absolute veiligheid niet bestaat, gevaar komt vooral uit achteloosheid. Noch de koppen snellers van IS, noch het Ebolavirus mogen het laatste woord krijgen. In 'de Pest' van Albert Camus weet dokter Rieux dat hij zijn strijd tegen de ziekte zal verliezen, hij kan gewoon niet winnen. Maar hij vindt de zin van zijn bestaan in onafgebroken verzet. Alsof hij iets van de dood kan temmen door lijnen te trekken, waarbinnen het grote verdwijnen draaglijk lijkt. De geschiedenis van de mensheid is niet de triomftocht van het goede dat het kwade verslaat, maar de geschiedenis van een groot kwaad dat een korreltje menselijkheid probeert te vermalen. En daar niet in slaagt. Bij elke bevalling bemerk ik dat opnieuw. Daarom ben ik toch ook maar nooit weggelopen. Geloof, hoop, liefde (en DNA) zijn sterker dan de economie..... Zalig kerstfeest.

St. Antonius Wetenschapsavond

10 september 2014



30 posterpresentaties



David da Costa winnaar Wetenschapswedstrijd



Jeanine van Dam 2e prijs



Otto van Geffen 3e prijs



Veerle Vorselaars Posterprijs



Linda van Tellingen Verpleegkundige Posterprijs



Dagvoorzitter Dr. Willem Jan Bos opent de wetenschapsavond

Santeon Wetenschapsdag 2014

3 oktober 2014

St. Antonius Ziekenhuis winnaar Santeon Wetenschapsdag 2014



Direct opereren na milde acute alvleesklierontsteking loont!

De Santeon Wetenschapsprijs 2014 is gewonnen door David da Costa, arts-onderzoeker chirurgie bij het St. Antonius Ziekenhuis. Jaarlijks kiest Santeon het beste onderzoek van jonge onderzoekers in de zes Santeon ziekenhuizen. Dit jaar werd de Santeon Wetenschapsdag gehouden op vrijdag 3 oktober in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen. Prijswinnaar Da Costa deed onderzoek naar de timing van een galblaasverwijdering (cholecystectomie) na een milde alvleesklierontsteking (biliaire pancreatitis). Het onderzoek is gedaan in 23 (academische en perifere) ziekenhuizen, waaronder vijf Santeon ziekenhuizen.

Agenda 2015

CAT-Walk 19 maart 2015 (17.00 - 21.00 uur)

Een avond vol CAT (Critically Appraised Topic)-presentaties door artsassistenten en verpleegkundigen, waarbij een vakjury kijkt naar de inhoud en het publiek naar de ludieke wijze van presenteren!



FRONTIERS IN IMMUNOLOGY 2013; 4:339

MIDAZOLAM PHARMACOKINETICS IN MORBIDLY OBESE PATIENTS FOLLOWING SEMI-SIMULTANEOUS ORAL AND INTRAVENOUS ADMINISTRATION: A COMPARISON WITH HEALTHY VOLUNTEERS

BRILL ME, VAN RONGEN A, HOUWINK AI, BURGGRAAF J, VAN RAMSHORST B, WIEZER RJ, VAN DONGEN EA, KNIBBE CJ

Cytochroom P450 (CYP)3A activiteit is van belang voor de klaring van medicatie. In deze klinische studie werd de invloed van obesitas onderzocht op de farmacokinetiek van het geneesmiddel midazolam (CYP3A-substraat). In 20 morbide obese patiënten (gemiddelde BMI 47 kg/m²) werd de farmacokinetiek van 7,5 mg oraal en 5 mg intraveneus toegediende midazolam vergeleken met gegevens van 12 gezonde vrijwilligers. De systemische klaring was vergelijkbaar in beide groepen terwijl de orale biobeschikbaarheid verhoogd was in de morbide obese patiënten. Het toegenomen distributievolume in deze patiënten vergt aanpassing van dosering voor intraveneus toegediende midazolam.



BMC INFECTIOUS DISEASES 2014; 14:335.

MICROBIAL AETIOLOGY, OUTCOMES, AND COSTS OF HOSPITALISATION FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA; AN OBSERVATIONAL ANALYSIS.

SPOORENBERG SM, BOS WJ, HEIJLIGENBERG R, VOORN PG, GRUTERS JC, RIJKERS GT, VAN DE GARDE EM.

De buiten het ziekenhuis opgelopen pneumonie is een veel voorkomende aandoening met een aanzienlijke mortaliteit. Onder andere om deze reden wordt er wereldwijd veel onderzoek verricht naar preventie en optimale behandeling van een pneumonie. Om de doelmatigheid van nieuwe interventies zo goed mogelijk te kunnen bepalen is inzicht in de kosten van een behandeling van een pneumonie essentieel, tezamen met welke elementen de kosten bepalen. Dit onderzoek geeft een compleet overzicht van de opbouw van de kosten van de behandeling van een pneumonie inclusief een analyse naar de relatie tussen kosten en de microbiologische verwekker van de pneumonie.



JACC CARDIOVASCULAR INTERVENTIONS 2014; 7(8):875-881.

SURVIVAL OF TRANSCATHETER MITRAL VALVE REPAIR COMPARED WITH SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT IN HIGH-SURGICAL-RISK PATIENTS.

SWAANS MJ, BAKKER AL, ALIPOUR A, POST MC, KELDER JC, DE KROON TL, EEFING FD, RENSING BJ, VAN DER HEYDEN JA.

In deze studie zijn drie groepen patiënten met een lekkende mitraalklep met elkaar vergeleken: patiënten die een transcatheter mitraalklep reparatie hebben ondergaan (n=139), patiënten die chirurgisch behandeld zijn (n=53) en patiënten die conservatief behandeld zijn vanwege een hoog operatierisico (n=59). Hoewel de groep patiënten die een transcatheter mitraalklep reparatie onderging een hogere EUROscore (maat voor het operatierisico) had vergeleken met de andere twee groepen, was de overleving na één jaar vergelijkbaar met de groep patiënten die chirurgisch behandeld was (85,8% versus 85,2%). Beide groepen vertoonden een significant betere overleving vergeleken met de conservatief behandelde groep patiënten (67,7%).



NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE 2014; 158:A7556.

VERDENKING OP ALLERGIE VOOR EEN LOKAAL ANESTHETICUM. HOE VAAK WORDT ALLERGIE BEWEZEN?

TUPKER RA, FRANSEN M, VAN ZUUREN EJ.

In deze retrospectieve studie is vastgelegd hoe vaak een allergie voor lokale anesthetica kon worden bewezen bij patiënten die op grond van symptomen naar een dermatoloog waren verwezen voor nadere diagnostiek. In totaal werden de dossiers van 53 patiënten geanalyseerd op het vermoedelijke type allergische reactie en op de uitgevoerde allergie testen. Hoewel bij 25 patiënten zichtbare afwijkingen zoals urticaria, oedeem of roodheid gerapporteerd werden, kon bij slechts 4 patiënten een IgE-gemedieerde reactie aangetoond worden met subcutane provocatietesten. Bij 1 patient werd een allergie van het vertraagde type aangetoond. Concluderend kan gezegd worden dat IgE-gemedieerde allergische reacties en reacties van het vertraagde type op lokale anesthetica weinig voorkomen.

Publicaties in de periode mei-augustus 2014

Van de blauwedrukte auteurs is in het betreffende artikel het St. Antonius Ziekenhuis als affiliatie vermeld.

Achouiti A, Vogl T, Endeman H, Mortensen BL, Laterre PF, Wittebole X, van Zoelen MA, Zhang Y, Hoogerwerf JJ, Florquin S, Schultz MJ, Grutters JC, Biesma DH, et al. Myeloid-related protein-8/14 facilitates bacterial growth during pneumococcal pneumonia. *Thorax* 2014; 69(11):1034-1042.

Adams H, Keijsers RC, Korenromp IH and Grutters JC. FDG PET for gauging of sarcoid disease activity. *Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine* 2014; 35(3):352-361.

Balt JC, Wijffels MC, Boersma LV, Wever EF and ten Berg JM. Continuous rhythm monitoring for ventricular arrhythmias after alcohol septal ablation for hypertrophic cardiomyopathy. *Heart* 2014; [Epub]

Braun NA, Celada LJ, Herazo-Maya JD, Abraham S, Shagunurova G, Sevin CM, Grutters J, et al. Blockade of the Programmed Death-1 Pathway Restores Sarcoidosis CD4+ T Cells Proliferative Capacity. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine* 2014; 190(5):560-571.

Brill ME, van Rongen A, Houwink AI, Burggraaf J, van Ramshorst B, Wiezer RJ, van Dongen EA and Knibbe CJ. Midazolam Pharmacokinetics in Morbidly Obese Patients Following Semi-Simultaneous Oral and Intravenous Administration: A Comparison with Healthy Volunteers. *Clinical Pharmacokinetics* 2014; 53(10):931-941.

de Boer YS, van Gerven NM, Zwiers A, Verwer BJ, van Hoek B, van Erpecum KJ, Beuers U, van Buuren HR, Drenth JP, den Ouden JW, Verdonk RC, et al. Dutch Autoimmune Hepatitis Study Group, LifeLines Cohort study and Study of Health in Pomerania (SHIP). Genome-wide association study identifies variants associated with autoimmune hepatitis type 1. *Gastroenterology* 2014;

147(2):443-452.e5.

Dewilde WJ, Janssen PW, Kelder JC, Verheugt FW, de Smet BJ, Adriaenssens T, Vrolix M, Brueren GB, Vandendriessche T, van Mieghem C, Cornelis K, Vos J, Breet NJ, and ten Berg JM. Uninterrupted oral anticoagulation versus bridging in patients with long-term oral anticoagulation during percutaneous coronary intervention: subgroup analysis from the WOEST trial. *EuroIntervention* 2014; [Epub]

Duits LC, Phoa KN, Curvers WL, Ten Kate FJ, Meijer GA, Seldenrijk CA, Offerhaus GJ, Visser M, Meijer SL, Krishnadath KK, Tijssen JC, Mallant-Hent RC and Bergman JJ. Barrett's oesophagus patients with low-grade dysplasia can be accurately risk-stratified after histological review by an expert pathology panel. *Gut* 2014; [Epub]

Foets TC, Weusten BL, van Es HW and Boerma D. Een 84-jarige man met onverklaarde maagretentie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2014; 158:A7550.

Geuzebroek GS, Wille J, de Vries J, Schonewille W and Vos J. Trapped cerebral thrombectomy device: A case report of a rare complication. *Vascular* 2014; [Epub]

Gurbel PA, Bergmeijer TO, Tantry US, ten Berg JM, et al. The effect of CYP2C19 gene polymorphisms on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of prasugrel 5-mg, prasugrel 10-mg and clopidogrel 75-mg in patients with coronary artery disease. *Thrombosis & Haemostasis* 2014; 112(3):589-597.

Haanstra JF, Al-Toma A, et al. Prevalence of small-bowel neoplasia in Lynch syndrome assessed by video capsule endoscopy. *Gut* 2014; [Epub]

Halvorsen S, Andreotti F, ten Berg JM, et al. Aspirin Therapy in Primary Cardiovascular Disease Prevention: A Position Paper of the

Stellingen behorend bij het proefschrift "Acute and chronic pain after cardiac surgery" van Laura van Gulik

- Pijn en pijnmanagement, alhoewel primair een aandachtsgebied van de anesthesioloog, dienen dagelijks aandacht te krijgen van alle medisch specialisten en verpleegkundigen werkzaam op een Intensive Care.
- "Het netto effect van multitasken is dat je altijd je sleutels kwijt bent." (prof. dr. C.A.J. Knibbe)

European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis. *Journal of the American College of Cardiology* 2014; 64(3):319-327.

Hartholt NL, Rettig TCD, Schijffelen M, Morshuis WJ, van de Garde EMW and Noordzij PG. Preoperative statin therapy and infectious complications in cardiac surgery. *Netherlands Heart Journal* 2014; [Epub]

Karakaya B, van Moorsel CH, van der Helm-van Mil AH, Huizinga TW, Ruven HJ, van der Vis JJ and Grutters JC. Macrophage migration inhibitory factor (MIF) -173 polymorphism is associated with clinical erythema nodosum in Lofgren's syndrome. *Cytokine* 2014; 69(2):272-276.

Kawasaki K, Freimuth J, Meyer DS, Lee MM, Tochimoto-Okamoto A, Benzinou M, Clermont FF, Wu G, Roy R, Letteboer TG, Ploos van Amstel JK, Giraud S, Dupuis-Girod S, Lesca G, Westermann CJ, et al. Genetic variants of Adam17 differentially regulate TGFbeta signaling to modify vascular pathology in mice and humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*

of America 2014; 111(21):7723-7728.

Kloppe A, Proclemer A, Arenal A, Lunati M, Martinez Ferrer JB, Hersi A, Gulaj M, [Wijffels MC](#), et al. Efficacy of Long Detection Interval Implantable Cardioverter-Defibrillator Settings in Secondary Prevention Population: Data From the Avoid Delivering Therapies for Nonsustained Arrhythmias in ICD Patients III (ADVANCE III) Trial. *Circulation* 2014; 130(4):308-314.

[Korenromp IH](#) and [Laar MA](#). Health-related quality of life in sarcoidosis. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2014; 20(5):503-507.

[Kramer J](#), [Liem L](#), et al. Lack of Body Positional Effects on Paresthesias When Stimulating the Dorsal Root Ganglion (DRG) in the Treatment of Chronic Pain. *Neuromodulation* 2014; [Epub]

[Kranenburg G](#) and [Teunissen LL](#). Overmatige slaperigheid: een diagnostisch dilemma. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2014; 158:A7537.

[Kropman RH](#), [Zandvoort HJ](#), [van den Heuvel DA](#), [Wille J](#), [Moll FL](#) and [de Vries JP](#). CT angiography to evaluate hemodynamic changes in popliteal artery aneurysms during flexion and extension of the knee joint. *Journal of Cardiovascular Surgery* 2014; 55(2 Suppl 1):249-253.

[Liem L](#), [Russo M](#), et al. One-Year Outcomes of Spinal Cord Stimulation of the Dorsal Root Ganglion in the Treatment of Chronic Neuropathic Pain. *Neuromodulation* 2014; [Epub]

[Macco S](#), [van Werkum MH](#), [van Leersum M](#), [Alvarez Herrero L](#) and [Roos D](#). Een arterioveneuze fistel van de miltvaten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2014; 158:A7342.

[Mathieu C](#), [Storms F](#), et al. Switching from premixed insulin to basal-bolus insulin glargine plus rapid-acting insulin: the ATLANTIC study. *Acta Clinica Belgica* 2013; 68(1):28-33.

[Nijenhuis VJ](#), [Swaans MJ](#), [Post MC](#), [Heijmen RH](#), [de Kroon TL](#) and [ten Berg JM](#). Open Transapical

Approach to Transcatheter Paravalvular Leakage Closure: A Preliminary Experience. *Circulation. Cardiovascular interventions* 2014; 7(4):611-620.

[Rutten JM](#), [Vlieger AM](#), et al. Gut-directed hypnotherapy in children with irritable bowel syndrome or functional abdominal pain (syndrome): a randomized controlled trial on self exercises at home using CD versus individual therapy by qualified therapists. *BMC Pediatrics* 2014; 14(1):140.

Stellingen behorend bij het proefschrift "Optimising delays in access to specialist outpatient clinics" van [Marc Rouppe van der Voort](#)

- Het scheiden van spoed en niet-spoed leidt in veel situaties tot onnodige vertraging en verspilling in ziekenhuizen.
- Een belangrijke les voor managers is dat teams leren door te experimenteren.

[Schaap J](#), [de Groot JA](#), [Nieman K](#), [Meijboom WB](#), [Boekholdt SM](#), [Kauling RM](#), [Post MC](#), [Van der Heyden JA](#), [de Kroon TL](#), [Rensing BJ](#), [Moons KG](#) and [Verzijlbergen JF](#). Added value of hybrid myocardial perfusion SPECT and CT coronary angiography in the diagnosis of coronary artery disease. *European Heart Journal Cardiovascular Imaging* 2014; [Epub]

[Scholzel BE](#), [Post MC](#), et al. Prediction of hemodynamic improvement after pulmonary endarterectomy in chronic thromboembolic pulmonary hypertension using non-invasive imaging. *International Journal of Cardiovascular Imaging* 2014; [Epub]

[Schouten SB](#), [de Bruin AF](#), et al. Is microvessel density correlated with anastomotic leakage after low anterior resection? *Hepato-gastroenterology* 2014; 61(129):90-93.

[Spoorenberg SM](#), [Bos WJ](#), [Heijligenberg R](#), [Voorn PG](#), [Grutters JC](#), [Rijkers GT](#) and [van de Garde EM](#). Microbial aetiology, outcomes, and costs of hospitalisation for community-acquired pneumonia; an observational analysis. *BMC Infectious Diseases* 2014; 14:335.

[Swaans MJ](#), [Bakker AL](#), [Alipour A](#), [Post MC](#), [Kelder JC](#), [de Kroon TL](#), [Eefting FD](#), [Rensing BJ](#) and [Van der Heyden JA](#). Survival of Transcatheter Mitral Valve Repair Compared With Surgical and Conservative Treatment in High-Surgical-Risk Patients. *JACC. Cardiovascular Interventions* 2014; 7(8):875-881.

[Swaans MJ](#), [Michiels V](#), [Nijenhuis VJ](#), [Heijmen RH](#) and [ten Berg JM](#). Transcatheter mitral paravalvular leakage closure: A beautiful last resort. *Journal of Cardiology Cases* 2014; 10(4):147-149.

[Tardif J](#), [Ballantyne CM](#), et al. for the Can Hdl Infusions Significantly QUICKen Atherosclerosis REGression (CHI-SQUARE) Investigators, Collaborator namens St. Antonius Ziekenhuis: [ten Berg J](#). Effects of the high-density lipoprotein mimetic agent CER-001 on coronary atherosclerosis in patients with acute coronary syndromes: a randomized trial. *European Heart Journal* 2014; [Epub]

Task Force Members, [Lip GY](#), [Windecker S](#), [Huber K](#), [Kirchhof P](#), [Marin F](#), [Ten Berg JM](#), et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS). *European Heart Journal* 2014; [Epub]

[Teeuwen K](#), [van den Branden BJ](#), [Koolen JJ](#), [van der Schaaf RJ](#), [Henriques JP](#), [Tijssen JG](#), [Kelder JC](#), [Vermeersch PH](#), [Rensing BJ](#) and [Suttorp MJ](#). Three-year clinical outcome in the Primary Stenting of Totally Occluded Native Coronary Arteries

III (PRISON III) trial: a randomised comparison between sirolimus-eluting stent implantation and zotarolimus-eluting stent implantation for the treatment of total coronary occlusions. *EuroIntervention* 2014; [Epub]

ter Borg EJ and **Bijlsma JW**. Spontaneous ankylosis in erosive osteoarthritis of the finger joints: a case series of eight postmenopausal women. *Clinical Rheumatology* 2014; 33(7):1015-1017.

Tupker RA, **Fransen M** and **van Zuuren EJ**. Verdenking op allergie voor een lokaal anestheticum. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2014; 158:A7556.

Unlu C and **de Vries JP**. Ischaemic scalp ulceration and hair loss. *Lancet* 2014; 384(9951):1375.

Unlu C, **van den Heuvel DA**, **Leeuwis JW** and **de Vries JP**. Ruptured aneurysm of the splenic artery associated with fibromuscular dysplasia. *Annals of Vascular Surgery* 2014; 28(7):1799.e15-1799.e18.

van de Graaf VA, **Wolterbeek N**, et al. Reliability and Validity of the IKDC, KOOS, and WOMAC for Patients With Meniscal Injuries. *American Journal of Sports Medicine* 2014; 42(6):1408-1416.

van der Aa MP, **Elst MA**, **van Mil EG**, **Knibbe CA** and **van der Vorst MM**. METFORMIN: an efficacy, safety and pharmacokinetic study on the short-term and long-term use in obese children and adolescents - study protocol of a randomized controlled study.

Trials 2014; 15(1):207.

van Hoeij FB, **Keijsers RG**, **Loffeld BC**, **Dun G**, **Stadhouders PH** and **Weusten BL**. Incidental colonic focal FDG uptake on PET/CT: can the maximum standardized uptake value (SUV) guide us in the timing of colonoscopy? *European Journal of Nuclear Medicine & Molecular Imaging* 2014; [Epub]

van Oostenbrugge TJ, **de Vries JP**, **Berger P**, **Vos JA**, et al. Outcome of endovascular reintervention for significant stenosis at infrainguinal bypass anastomoses. *Journal of Vascular Surgery* 2014; 60(3):696-701.

van Strijen M and **Vos JA**. Experience with new techniques for the treatment of type II endoleaks post-EVAR. *Journal of Cardiovascular Surgery* 2014; 55(5):581-592.

van Vugt JLA, **Cakir H**, **Kornmann VNN**, **Doodeman HJ**, **Stoot JHMB**, **Boerma D**, et al. The new Body Mass Index as a predictor of postoperative complications in elective colorectal cancer surgery. *Clinical Nutrition* 2014; [Epub]

Visser WS, **te Riele WW**, **Boerma D**, **van Ramshorst B** and **van Westreenen HL**. Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome after a low anterior resection: a systematic review. *Annals of Coloproctology* 2014; 30(3):109-114.

Vorselaars AD, **Cremers JP**, **Grutters JC** and **Drent M**. Cytotoxic agents in sarcoidosis: which one

should we choose? *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2014; 20(5):479-487.

Vos FI, **de Jong-Pleij EA**, **Bakker M**, **Tromp E**, et al. Nasal bone length, prenasal thickness, prenasal thickness to nasal bone length ratio and the prefrontal space ratio in second and third trimester Down syndrome. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2014; [Epub]

Wijffels CJ, **van Lammeren G**, **Waasdorp E**, **Wille J**, **Werson DA**, **van den Heuvel DA** and **de Vries JP**. Results of reinterventions for failed endovascular aortic repair: A single-center experience. *Journal of Cardiovascular Surgery* 2014; 55(5):593-600.

Zeymer U, **van 't Hof A**, **Adgey J**, **Nibbe L**, **Clemmensen P**, **Cavallini C**, **ten Berg J**, et al. Bivalirudin is superior to heparins alone with bailout GP IIb/IIIa inhibitors in patients with ST-segment elevation myocardial infarction transported emergently for primary percutaneous coronary intervention: a pre-specified analysis from the EUROMAX trial. *European Heart Journal* 2014; 35(36):2460-2467.

Zijlstra M, **Heidema J** and **Lukkassen I**. Een jongen met een eschar en huiduitslag. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2014; 158:A7238.

COLOFON

HOOFDREDACTIE

Dr. ir. H.J.T. Ruven
Dr. H.R. Koene
Mevr. drs. M.B.A. Wilhelm

REDACTIE

Dr. E.M.W. van de Garde
Mevr. dr. G.J.M. Herder
Dr. M. van Iterson
Mevr. N. Koppelman
Mevr. M. de Lange
Mevr. Ir. C.P.M. Sloof

Mevr. dr. E. Tromp
Mevr. dr. M.M.J. van der Vorst

FOTOGRAFIE

Afdeling Fotografie van Antonius Academie

VORMGEVING

Repro St. Antonius Ziekenhuis

DRUK EN VERZENDING

Koro Print BV

REDACTIEBUREAU

Antonius Academie
Afdeling Medische Opleidingen, F 1
St. Antonius Ziekenhuis
Postbus 2500
3430 EM NIEUWEGEIN

Loupe-redactie@antoniusziekenhuis.nl
Op dit adres worden kopij en correspondentie over artikelen verzameld.

AANSPRAKELIJKHEID

Het St. Antonius Ziekenhuis noch de redactie zijn aansprakelijk voor de inhoud van de opgenomen artikelen. Niets uit dit tijdschrift mag openbaar worden gemaakt door middel van druk, microfilm of op welke wijze ook, zonder toestemming van de redactie.

Denkend aan de stress met kerstmis... licht in de duisternis...

Carpaccio met truffelsnippers

Steak tartare op een bedje van groene asperges

Tamme duif met crème van ganzenlever en gecarameliseerde appeltjes

Eton mess met aardbeien

Gerechten, regelrecht uit de keuken van een sterrenrestaurant waar het water je waarschijnlijk al van in de mond loopt. Ja, het wordt weer kerstmis en we moeten met zijn allen aan de bak voor culinaire hoogstandjes. Kerstmis associëren we inmiddels bijna alleen nog maar met heel veel, heel lekker en heel bijzonder eten. Nou hoeft dat helemaal niet zo moeilijk te zijn... de glossy reclamefolders van diverse supermarkten prijzen een keur van gerechten aan die we alleen nog maar in de oven hoeven te schuiven of, al kant en klaar gekocht in glaswerk, op hoeven te dienen. Een kind kan de was doen! Toch zit er voor dat kind ook een andere kant aan het verhaal...

Tijdens de donkere dagen voor kerst is dat te bepalen door de test 'Voedselafdruk'* van het Voedingscentrum te doen... geef toe, we zijn dol op tests! En, natuurlijk zo gaat dat nu eenmaal met tests, het genuanceerde antwoord dat je zoekt, staat er net weer niet tussen... Dus dan maar het antwoord dat het meest in de buurt komt. Want wat bedoelen ze nou weer met een 'normale portie'? En nee, ik eet niet alleen in het weekeind maar ook niet elke dag een snack of tussendoortje... Maar dan net over de helft van de test toch nog een lichtpuntje; mijn afdruk daalt glorieus door het matig drinken van koffie (dat is niet zo verwonderlijk met dat bocht bij ons in het ziekenhuis). Maar goed als je je dan over al die net-niet antwoorden heen zet, dan komt daar toch wel iets uit waar je iets mee kunt.

Enkele adviezen waarmee je je eigen voedselafdruk kunt verbeteren;

- Koop vaker verse groente en fruit van het seizoen; waar horen we dat vaker? Gordon Ramsey en Herman den Blijker belijden dit al jaren lang in hun programma's op tv.
- Vervang twee keer per week vlees door een vegetarisch alternatief; die ene keer doen we al na advies van het Voedingscentrum. De tweede keer insecten? Zou dat ook tellen?
- Ga meer fietsen of lopen, ook naar het werk. Oké, de fiets maar weer uit het stof halen of toch maar eens gebruik maken van de meerkeuze arbeidsvoorwaarde regeling voor een nieuwe...

Kortom; maak gebruik van een gezonde voeding en zorg goed voor lijf en leden, daar komen de adviezen na het doen van de voedselafdruk/ecologische voetafdruk tests op neer...

Dus... doe de test maar eens; het opvolgen van de adviezen om je voedselafdruk te verkleinen ontslaan je direct van het bedenken van een goed voornemen voor het nieuwe jaar! Een lifestyle advies van een personal coach is er niets bij... Dat noem ik nog eens een win-win situatie.

Maar... missen we dan niet nog een win? Eten bestaat niet alleen uit lekker en voedselafdruckerig eten. Wat gezelligheid en rust vinden in deze hectische kersttijd, lijkt mij ook een win voor onze 'mentale voetafdruk'. Ook met de seizoensgebonden, verse, uit de buurt komende boerenkool met worst kan het met een stuk minder stress een hele gezellige en lichte kerst worden....

Afdeling Diëtetiek wenst u een inspirerende kerst toe!

**Op de site van het Voedingscentrum kan de 'Voedselafdruk' ingevuld worden, een test die als zusje de 'watervoetafdruk' heeft en onderdeel uitmaakt van de 'Ecological Footprint'. Al deze tests zijn ontwikkeld door de Universiteit van Twente en de University of British Columbia en gebruiken data uit statistieken. De 'Voedselafdruk' geeft weer wat uw voedselkeuze betekent voor de belasting op het milieu, zowel voor de ruimte en energie die wordt gebruikt als voor de hoeveelheid water. <http://www.voedingscentrum.nl/nl/mijn-boodschappen/milieu-en-klimaat/voedselafdruk> en www.wnf.nl/voetafdruktest*