

FOCUSJBZ

DECEMBER 2013, NUMMER 5

's-Hertogenbosch

Samenscholing van ziekenhuisartsen op Schier blz 18

RADBOUDUMC EN JBZ CREËREN
WIN-WINSITUATIE BLZ 4

ONDERZOEK EFFECTIVITEIT CHRONISCHE
BUIKDIALYSE BIJ HARTFALEN BLZ 22

Voorwoord



Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft sinds 1 juli 2013 een nieuwe functie; decaan Wetenschap & Innovatie. De decaan wordt ondersteund door een compact Kernteam, dat in dezelfde tijd van start is gegaan. Ik ben met enthousiasme de uitdaging aangegaan om de rol van decaan op mij te nemen. Het JBZ is een ambitieus ziekenhuis dat met het beleidsplan Wetenschap & Innovatie 2013-2015 de derde poot uit de STZ-missie verder op de kaart wil zetten. Natuurlijk, in de periode van het eerste beleidsplan Zorg voor Wetenschap is de ondersteuning van wetenschappelijke activiteiten met de uitbouw en doorontwikkeling van het Wetenschapsbureau goed neergezet. Er blijven altijd verbeteringen mogelijk en binnen het Kernteam is dit dan ook een terugkerend agendapunt. Echter, voor de komende jaren willen wij meer dan dat. Daarbij blijft ons motto Samen voor zorg is zorgen voor wetenschap! Net als in het eerste beleidsplan

Er zijn in het nieuwe beleidsplan drie thema's geformuleerd waarop we met de ontwikkelingen in wetenschap en innovatie binnen het JBZ willen focussen. Immers, 'focus' leidt tot meer samenwerking, bundeling van krachten, en

uiteindelijk meer resultaten, waarbij 1+1 drie kan worden. Het is mijn taak als decaan deze drie thema's binnen het JBZ tot ontwikkeling te helpen brengen. Daarvoor ben ik inmiddels met allerlei partijen zowel binnen- als buitenshuis oriënterend in gesprek. Een belangrijke stimulans hierbij is het recent gestarte preferent partnerschap tussen het JBZ en het Radboudumc. Gesprekken met de diverse onderzoeksdirecteuren aldaar hebben diverse voor beide partijen interessante mogelijkheden voor wetenschappelijke samenwerking aan het licht gebracht. Daar gaan we vanuit het Kernteam in de komende tijd mee aan de slag.

Aangaande het thema Ketenzorg zijn we samenwerking aan het ontwikkelen met het onderzoeksinstituut Tranzo van Tilburg University, en met IQ Health Care van het Radboudumc. Voor het thema Voeding & Lifestyle wordt met behulp van externe partners en financiële ondersteuning gebouwd aan het IV&L, het Innovatiecentrum voor Voeding & Lifestyle, een ontmoetingspunt tussen interne en externe geïnteresseerde partijen waarbinnen zowel onderzoeks- als innovatieprojecten tot stand kunnen

komen en ondersteund kunnen worden. Tenslotte willen we het speerpunt Veiligheid van het JBZ naast zorggericht ook onderzoeksmatig gaan benaderen in het derde thema.

Om dit alles tot breed gedragen activiteiten van en voor JBZ'ers te maken heeft het Kernteam zich als eerste prioriteit gesteld een digitaal platform in te richten, een community dat ons visitekaartje gaat worden, en tevens ons kanaal voor communicatie onderling en met partijen van buiten het JBZ aangaande alles wat met wetenschap en innovatie te maken heeft. Daar hoort u binnenkort meer van!

Rest mij nog u veel leesplezier te wensen met dit nieuwe nummer van de FocusJBZ. Natuurlijk treft u weer het overzicht van de lopende studies. Er zijn interessante artikelen over onder meer herhaling van intraveneus immuunglobuline bij Guillain-Barré, minimaal invasieve chirurgie, een nieuw antistollingsmiddel bij boezemfibrilleren en het 3D-navigatiesysteem bij prostaatbioptie. Ook wat betreft opleiden, loopt het JBZ voorop; u kunt daarover lezen in het artikel over de ziekenhuisarts.

IN DIT NUMMER



De ziekenhuisarts komt eraan.

- 1 Voorwoord**
Esther de Vries, kinderarts en decaan
- 4 Inleiding: Creëren win-winsituatie voorwaarde voor succesvol samenwerken**
Decanen Esther de Vries (JBZ) en Paul Smits (Radboudumc)
- 8 Lopende studies**
- 14 Researchverpleegkundige: Pietje Precies ondersteunt artsen bij wetenschappelijk onderzoek**
Linda Imhoff, researchverpleegkundige en Marjolein Schouten, manager Jeroen Bosch Academie
- 16 Simple trial toetst veiligheid laparoscopische technieken**
Yoen van der Linden, arts-assistent Chirurgie
- 18 Samenscholing op Schiermonnikoog**
De ziekenhuisarts komt eraan.
Paetrick Netten, internist en opleider en Esmée Vural, ziekenhuisarts i.o.
- 22 Onderzoek effectiviteit chronische buikdialyse (PD) bij hartfalen**
Watske Smit, nefroloog
- 24 Rubriek: In de startblokken: Weten waar en hoe we prikken.**
Verbeteren diagnose en behandeling prostaatkanker
Bart Schrier, uroloog, Anouk van der AA, physician assistent
- 26 Rubriek: Promovendus aan het woord**
Guillain Barré: herhaling van kuur leidt tot betere prognose
Christa Walgaard, neuroloog i.o.
- 28 Publicaties**
- 31 Personalia**
- 32 Rubriek: Nieuws van het lab 'Maanpakken' niet altijd nodig bij MRSA**
Peter Schneeberger, arts-microbioloog
- 34 Erkenning opleiding klinische farmacologie**
Rob van Marum, klinisch geriater, farmacoloog en opleider en Walter Hermens, ziekenhuisapotheker en opleider
- 40 Beste wetenschappelijke paper: evidence bases education**
Karin Keijsers, geriater
- 42 Xantus onderzoek: nieuw antistollingsmiddel**
Martijn van Eck, cardioloog

Colofon

Focus is een uitgave van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Oplage: 3.000

Tekstbijdrage

Tekstbureau Geert Braam, Saskia Byvanck, Corporate Communicatie JBZ, Esther de Vries decaan en kinderarts, Judie van den Elshout, Wetenschapsbureau

Hoofdredactie

Marjolein Schouten, Jeroen Bosch Academie JBZ

Eindredactie

Saskia Byvanck, Corporate Communicatie JBZ

Foto's

Patricia Boshom, Ruud van Genugten Fotografie, Annuska Houtappels, Peter Voerman

Lay-out en vormgeving

Jeroen Ooms, Corporate Communicatie JBZ

Drukker

Landes Uitgevers bv, Drachten

Redactieadres

Jeroen Bosch Ziekenhuis
Marketing & Communicatie
T: (073) 553 84 48
F: (073) 553 89 29
E: communicatie@jbz.nl

De redactie van Focus stelt zich niet verantwoordelijk voor de vakinhoudelijke informatie in dit blad.

Bij ingezonden stukken behoudt de redactie zich het recht voor om, zonder opgaaf van redenen, artikelen in te korten dan wel te weigeren. Ingezonden artikelen zonder naam worden niet geplaatst.



Preferent partnerschap Jeroen B

Creëren Win voorwaarde v samen

Op 25 september jl hebben de voorzitters van de Raden van Bestuur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis en het Radboudumc hun handtekening gezet onder een samenwerkingsovereenkomst. Met dit preferent partnerschap willen het JBZ en het Radboudumc nog meer gebruik

De samenwerkingsovereenkomst komt uiteraard niet uit de lucht vallen; beide ziekenhuizen onderhouden van oudsher al nauwe contacten. Zo zijn er medisch specialisten van het JBZ in Nijmegen opgeleid en wordt er gezamenlijk onderzoek gedaan. “Wat ons verbindt, is een gedeelde visie”, zegt Paul Smits. “We denken in grote lijnen hetzelfde over zaken als veiligheid, patiëntgerichtheid, innovatie, wetenschap. En net als het JBZ geloven wij in netwerken en samenwerken. Op allerlei niveaus. Wij werken bijvoorbeeld samen met de Universiteit van Twente, op het gebied van robotica en imaging. Met het UMC Maastricht is veel contact. Regionaal hebben we de handen ineen geslagen met het Maasziekenhuis Boxmeer, en op het niveau van het STZ Ziekenhuis dus met het Jeroen Bosch Ziekenhuis.”

Zorgketen herinrichten

Een logische stap, noemt ook De Vries de Bosch-Nijmeegse alliantie. “Het zorglandschap verandert. Van ziekenhuizen wordt meer zorg en meer kwaliteit verwacht, maar dat moeten ze doen met minder geld. Nee, dat is niet per se een paradox! Ik denk dat het kan, maar niet met kaasschaven. Wel door het

Winningsituatie voor succesvol werken

gaan maken van elkaars kennis en kunde. Decaan Wetenschap & Innovatie Esther de Vries (JBZ), en Decaan Wetenschap, Innovatie en Onderwijs Paul Smits (Radboudumc), vertellen over hun rol. “Enthousiasme zoeken, mensen verbinden, succesjes vinden, en die uitdragen.”

herinrichten van zorgketens.” In haar visie vormen huisartsen en kleinere ziekenhuizen de basis van de keten en zouden Academische Ziekenhuizen zich met name moeten richten op het leveren van superexpertise op aanvraag. Daar tussenin zit het grotere STZ-ziekenhuis, met als speerpunt hoog-volume complexere zorg, ingebed in onderwijs en wetenschap. Paul Smits praat liever niet in omliggende werkgebieden. “Laat het tweerichtingsverkeer tussen instellingen op gang komen en bekijk dan telkens wie wat doet. Je hoeft het ook niet op alle punten 100 procent met elkaar eens te zijn. Waar het mij om gaat is - als je praat over onderwijs en wetenschap - dat je door samen op te trekken het niveau verhoogt en de impact vergroot. De wens is daarbij niet vader van de gedachte, dit is een bewezen feit! Dat biedt mooie kansen voor beide ziekenhuizen.”

Enthousiasme zoeken

Vanzelfsprekend gaat samenwerking niet zomaar ineens ‘leven’, omdat Raden van Bestuur dat willen. Preferent partnerschap is van bovenaf gereguleerd, maar de invulling is een proces van onderaf. Binnen dat proces vervullen De Vries en Smits, in de rol van Decaan, de functie van aanjager. “We



zitten nog aan het begin”, vertelt De Vries over haar positie, “dus dat betekent vooral: ontmoeten, praten. Erop uit! Zo ben ik naar prof. Kiemeney van het Nijmegen Centre for Evidence Based Practice gegaan, een onderzoeksinstituut van het Radboudumc; we zien veel samenwerkingskansen en gaan begin 2014 een brainstormbijeenkomst organiseren. Verder heb ik gesproken over expertise-uitwisseling met de mensen van het Clinical Research Centre Nijmegen. Een mailwisseling met een kinderimmunoloog van het Radboudumc leidt wellicht tot een samenwerkingsproject op het gebied van kinderimmunologie... Zo moet dat gaan! Enthousiasme zoeken, mensen verbinden, succesjes vinden en die straks uitdragen, zodat anderen aansluiten.”

Verschillende belevingswereld

Volgens De Vries zijn twee zaken essentieel voor een succesvolle samenwerking: er moet een win-winsituatie zijn en respect voor elkaars kunde. “Wat kan het JBZ het Radboudumc leren/bieden en vice versa? Dat is de vraag die ieder zich moet stellen.” Smits heeft een antwoord: “Als het gaat om onderzoek zie ik een driedeling: molecuul, mens en populatie. Het JBZ is heel sterk in ‘mens’, in klinisch toegepast onderzoek. Wij blinken uit ‘op de flanken’, met onze epidemiologen en moleculair biologen. Beide huizen zijn op dit vlak dus complementair.” De Vries knikt: “Daar zit ook meteen de ‘valkuil’ of: de ‘uitdaging’, zoals je wil. De belevingswereld is anders. Veel wetenschappers in het Radboudumc willen bijvoorbeeld werken met een zo homogeen mogelijke onderzoeksgroep, terwijl onze focus is gericht op een vaak zeer brede populatie. Of dat wringt? Nee, want ik zie dat we naar elkaar toe bewegen, omdat beide huizen weten: onderzoek moet en kwalitatief goed zijn en relevant voor ‘de grote zorg’.”

Kost voor de baat

Smits onderkent een andere ‘hobbel’. “We moeten ervoor waken dat we in het oude denken vervallen van ‘budgetten’ en ‘productie’. Het langetermijndenken mag niet ten koste gaan van de korte termijn, vaak gaan de kosten immers voor de baten uit. Als dat lukt, en daar heb ik alle vertrouwen in, hebben we elkaar heel veel te bieden, ook op het gebied van onderwijs. Zo hebben we in de voorbereiding van ons nieuwe curriculum Geneeskunde, ook deskundigen van het JBZ betrokken (Hans Hoekstra). In de uitvoering vanaf september 2015 willen we iedere student koppelen aan een patiënt, onder meer in het JBZ. Studenten maken dan vanaf dag één de zorgpraktijk mee; zeer verrijkend en attitudevormend. Voor de artsen in het JBZ is het weer interessant om te kunnen sparren met zo’n student.”

Wat kan het Jeroen Bosch Ziekenhuis het Radboudumc leren/bieden en vice versa?

Eerst denken aan elkaar

“Tussen zorginstellingen onderling bestaan honderden samenwerkingsvormen”, eindigt Smits. “Er zijn dwarsverbanden met eerstelijns organisaties, bedrijfsleven, onderwijs. Met andere ziekenhuizen. Uiteraard zetten we daar geen kruis door, met het aangaan van een preferent partnerschap. Wel moet de attitude ontstaan dat als je iets nieuws wil, je eerst gaat kijken of dat met het JBZ kan. Zo willen wij het!” De Vries: “Over een jaar of twee hoop ik dat nieuwe initiatieven tot stand zijn gekomen waarbij diverse, niet alleen medische, professionals uit beide huizen een actieve rol spelen. Het succes van deze voorlopers zal een aantrekkingskracht hebben op anderen om hetzelfde te bereiken.” ●

*Wat ons verbindt is
een gedeelde visie*

Esther de Vries is kinderarts naast haar decanaat in het Jeroen Bosch Ziekenhuis

Paul Smits is naast decaan lid van de Raad van Bestuur van het Radboudumc

Een selectie van alle klinische onderzoeken die momenteel plaatsvinden in het JBZ.

Lopende studies

DigiDown

(landelijke langetermijn patiëntenregistratie Down syndroom)
Downsyndroom is geassocieerd met een toegenomen incidentie van congenitale afwijkingen, auto-immuunziekten, infecties, hematologische maligniteiten, en de ontwikkeling van beperkingen in gehoor en visus. Aandoeningen zoals obesitas, mobiliteitsrestricties, visuele en gehoorsbeperkingen, depressie, hypothyreoïdie, epilepsie en Alzheimer komen bij toenemende leeftijd vaker voor dan in de algemene populatie. De dagelijkse begeleiding en behandeling van deze aandoeningen bij Downsyndroom wordt over het algemeen gebaseerd op data die zijn verkregen bij personen zonder Downsyndroom, terwijl bekend is dat ziektes zich verschillend kunnen manifesteren, en ook ernstiger kunnen verlopen, en bijwerkingen van medicijnen heftiger kunnen zijn. Data zijn nodig om al deze aspecten te kunnen bestuderen. Het doel van het DigiDown project is het opzetten van een patiëntenregistratie van onbepaalde duur voor kinderen en volwassenen met Downsyndroom. Primaire eindpunt is observationeel onderzoek in het cohort, betreffende alle aspecten van behandeling, prognose met en zonder complicaties, kwaliteit van leven, het naleven van de landelijke richtlijn door gezondheidszorgmedewerkers, en indicatoren van (kwaliteit van) zorg.
Contactpersoon: Esther de Vries (e.d.vries@jzbz.nl)

CA184156 SCLS

Onderzoek waarbij de behandeling met Ipilimumab(i.v.)/Etoposide(i.v.)/ Carboplatin(i.v.) cq Ipilimumab(i.v.)Etoposide (i.v)/ Cisplatin(i.v.) wordt vergeleken met Placebo(i.v.)/Etoposide(i.v.)/ Carboplatin(i.v.) cq Placebo(i.v.)Etoposide (i.v)/ Cisplatin(i.v.). Dit is een gerandomiseerd, multicentrisch, dubbelblind fase III onderzoek bij chemotherapienaïeve proefpersonen met een uitgebreid ziektestadium kleincellige longkanker (ED-SCLC) (door middel van de stadiëring volgens de Veterans Administration Lung Study Group (VALG)).
Primaire doelstelling is het vergelijken van de totale overleving (OS) van de proefpersonen die gerandomiseerd zijn voor ipilimumab als aanvulling op platinum en etoposide (Arm A), met die van proefpersonen die gerandomiseerd zijn voor placebo als aanvulling op platinum en etoposide (Arm B), bij proefpersonen met nieuw gediagnosticeerde uitgebreide ziektestadium ED-SCLC. De studie zal ongeveer 1100 willekeurig gekozen proefpersonen met ED-SCLC randomiseren op een verhouding van 1:1, tot één van de twee behandelings-armen, gestratificeerd naar de ECOG performance status, LDH, de keuze van platinum en regio.
Contactpersoon: Bonne Biesma (b.biesma@jzbz.nl)

MASTER

Kosteneffectiviteit van IUI, IVF en ICSI bij mannelijke subfertiliteit. Een wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van behandelmogelijkheden bij verminderde zaadkwaliteit. Dit onderzoek gaat uit van de hypothese dat minder invasieve therapie wellicht even effectief is als meer intensieve therapie bij subfertiliteit van de man. De kosten-effectiviteit van de verschillende behandelmethoden (afwachtend beleid, IUI, IVF en ICSI) wordt onderzocht.
Contactpersoon: Maartje Cissen (m.cissen@jzbz.nl)

MERCURIUS

Een multicenter studie waarbij in Nederland 110 patiënten worden geïnccludeerd. Borst voeding is de gouden standaard voor zuigelingenvoeding maar is echter niet altijd mogelijk. Kunstmatige zuigelingenvoeding is dan een voor de hand liggend alternatief. Het is bekend dat zuigelingen die humane moedermelk hebben gekregen later in het leven een andere groeicurve hebben dan de zuigelingen die kunstmatige voeding hebben gekregen. In dit onderzoek wordt het effect van de nieuwe samenstelling van zuigelingenvoeding (die nog meer lijkt op de samenstelling van moedermelk) op de groei van het kind onderzocht.

Contactpersoon: Edgar van Mil (e.v.mil@jzbz.nl)

Treating Fatigue in Multiple Sclerosis (TREFAMS)

Multicenter studie waarbij 270 patiënten worden onderzocht om te kunnen bepalen of revalidatiebehandelstrategieën vermoeidheid bij MS patiënten effectief kunnen verminderen. De effectiviteit van de conditietrainingen wordt onderzocht en vergeleken met de standaard behandeling (vermoeidheidsbehandeling door de MS-verpleegkundige) en er wordt onderzocht hoe de behandeling met de conditietraining precies werkt.

Contactpersoon: Eric van Munster (e.v.munster@jzbz.nl)

OCTAVE

Gerandomiseerd multicenter fase IIIb onderzoek van 24 maanden naar de werkzaamheid en veiligheid van twee geïndividualiseerde behandelwijzen met injecties van 0.5 mg ranibizumab in het oog (op geleide van functionele en/of anatomische criteria) bij patiënten met natte ouderdoms-maculadegeneratie. Het doel is om de maximaal gecorrigeerde gezichtsscherpte te bereiken en te handhaven, waarbij getracht wordt om onnodige injecties te vermijden. De resultaten zullen gebruikt worden om verdere aanbevelingen te verschaffen over monitoring en timing van hervatting van de behandeling. In deze context wordt gekeken naar het nut van OCT bij de beslissing tot hervatting.

Contactpersoon: Marianne Smeets (m.smeets@jzbz.nl)

Accelerate:

Het is aangetoond dat een lage concentratie 'high-density'-lipoproteïne cholesterol (HDL-C) en een hoge concentratie 'low-density'-lipoproteïne cholesterol (LDL-C) het risico op cardiovasculaire ziekte (CVZ) verhogen. Klinische verschijnselen van CVZ zijn: beroerte, myocard infarct en perifere arteriële ziekte. Bij patiënten die risico lopen op CVZ wordt daarom in de huidige richtlijnen geadviseerd om door middel van een andere levensstijl en medicatie het lipidenprofiel te veranderen. In dit onderzoek wordt de werkzaamheid en veiligheid van het geneesmiddel Evacetrapib onderzocht. Van Evacetrapib is aangetoond dat het de concentratie HDL-C verhoogt en de concentratie LDL-C verlaagt. Daarnaast zal door middel van dit onderzoek worden beoordeeld of Evacetrapib resulteert in een afname van het risico op CVZ. Wereldwijd zullen aan deze multicenter studie 11.000 patiënten gaan deelnemen.

Contactpersoon: Martijn van Eck (m.v.eck@jzbz.nl)

ALIFE -2: Anticoagulants for living fetuses in women with recurrent miscarriage and inherited thrombophilia

Erfelijke trombofilie is geassocieerd met een verhoogd risico op herhaalde miskramen en mogelijk kan behandeling van deze vrouwen met laag moleculair gewicht heparine (LMWH) tijdens de zwangerschap de kans op een levendgeboren kind vergroten. Studies die tot op heden zijn verricht hadden onvoldoende power om een effect van LMWH bij vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie aan te tonen. De doelstelling in deze gerandomiseerde multicenter studie is het effect van laag moleculair gewicht heparine op de kans op een levendgeboren kind bij vrouwen van 18 t/m 42 jaar met onverklaarde herhaalde miskramen (≥ 2) en erfelijke trombofilie te evalueren.

Contactpersoon: Jan Peter de Bruin (j.d.bruin@jzbz.nl)

HOVON 110

In deze landelijke fase II studie wordt bij 174 patiënten met een recidief folliculair lymfoom onderzocht of een combinatie van de middelen Lenalidomide, Rituximab met of zonder Bendamustine een effectieve behandelmethode is voor deze aandoening.

Contactpersoon: Hans Pruijt (h.pruijt@jzbz.nl)

CAIRO 4

In Nederland werken in de Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG) een groot aantal ziekenhuizen samen op het terrein van klinisch onderzoek bij patiënten met dikke darmkanker. De DCCG wil met de CAIRO 4 studie onderzoeken of het beter is om bij patiënten met uitgezaaide darmkanker eerst te starten met chemotherapie of eerst de tumor in de darm te verwijderen.

Contactpersoon: Heidi Schut (h.schut@jzbz.nl)

SUPER

In Nederland bestaat er een grote praktijk variatie in ovariële hyperstimulatie ten behoeve van intra uteriene inseminatie. Hyperstimulatie kan worden verricht met subcutane injecties FSH of met tabletten clomifeen citraat. Hyperstimulatie leidt echter wel tot een hoog percentage meerlingen. Om dit te voorkomen is gaande weg de dosering van zowel FSH als clomifeen citraat aangepast. Dit nieuwe concept van milde ovariële stimulatie is onvoldoende onderzocht om een definitieve keus te maken tussen behandelen met FSH of clomifeen citraat. Een eerdere studie met deze mildere variant van stimulatie liet geen verschil zien in zwangerschapsuitkomsten bij beide methoden maar had onvoldoende bewijskracht. Het grootste deel van de Nederlandse klinieken blijft daarom stimuleren met FSH. Het kostenverschil tussen FSH (ongeveer € 800,- per cyclus) en clomifeen citraat (ongeveer € 2,- per cyclus) rechtvaardigt het doen van deze multicenter gerandomiseerde studie. Het doel is om ovariële stimulatie met FSH te vergelijken met clomifeen citraat op zwangerschapsuitkomst d.m.v. een kosten-effectiviteitsanalyse.

Contactpersoon: Jan Peter de Bruin (j.d.bruin@jzbz.nl)

De Internationale Hernia Mesh Registratie (IHMR)

Deze registratie is een actieve wereldwijde prospectieve database, gestart in 2007, met als doel om onpartijdige, longitudinale patiënt-gerapporteerde uitkomsten te verkrijgen voor en na mesh hernia reparatie. Daarnaast wordt ook veiligheidsinformatie verkregen uit de registratie. De patiënten rapporteren 1 maand, 6 maanden, 1 jaar en 2 jaar na de ingreep middels de hernia specifieke Carolina's Comfort Scale™. Het ontwerp van de registratie is dusdanig dat het mogelijk is na de analyseren en een beter begrip te krijgen van de patiënten uitkomsten na herniorrhaphy. Het observationele register biedt belangrijke gegevens voor chirurgische besluitvorming en het voorlichten van de patiënt over de behandeling. De registratie vindt plaats in 12 landen waarbij het Jeroen Bosch Ziekenhuis als enige Nederlandse ziekenhuis meedoet.

Contactpersoon: Erwin van Geffen (e.v.geffen@jzbz.nl)

NVALT -13: A randomized phase III trial of erlotinib versus docetaxel in patients with advanced squamous cell non-small cell lung cancer who failed first line platinum based doublet chemotherapy stratified by VeriStrat Good vs VeriStrat poor (Emphasis, ETOP 3-12, NVALT-13)

Gerandomiseerd fase III onderzoek met erlotinib versus docetaxel bij patiënten met gevorderd niet-kleincellig plaveiselcelcarcinoom van de long, die niet (meer) reageren op eerste lijnsbehandeling met platinumbevattende chemotherapie, gestratificeerd naar VeriStrat Goed en VeriStrat Slecht (EMPHASIS, NVALT13, ETOP 3-12)

Recent is de VeriStrat proteomics bloedtest ontwikkeld, die zowel voorspellend als prognostisch lijkt te zijn bij patiënten met NSCLC. VeriStrat geeft voor elk sample een uitslag "goed" of "slecht". In ongeveer 2% van de gevallen kan geen eensluitende uitslag worden gegeven. De test is gevalideerd in een studie met gefitinib en Erlotinib. Het primaire doel van deze studie bij 500 patiënten is om de voorspellende waarde van VeriStrat te bestuderen door te testen voor interactie tussen de erlotinib- en docetaxel arm en de VeriStrat uitslag (goed/slecht) voor progressieve overleving (PFS). Daarnaast wordt gekeken of erlotinib tot een betere PFS leidt dan docetaxel in de VeriStrat "goed" groep. Overige aspecten die worden bestudeerd zijn: vergelijking van de PFS resultaten van beide behandelingen in de VeriStrat "slecht" groep, vergelijking van de PFS tussen de VeriStrat "goed" en "slecht" groep, effecten op totale overleving (OS), responspercentage en disease control rate en veiligheid en verdraagbaarheid van de onderzoeksgeneesmiddelen in alle groepen.

Contactpersoon: Bonne Biesma (b.biesma@jzbz.nl)

Noise in the Intensive Care Unit and its influence on sleep quality: a nationwide survey in Dutch Intensive Care Units"

Een multicenter studie naar het effect van geluidsoverlast op slaapkwaliteit. Een delier is een vaak voorkomende stoornis bij patiënten die zijn opgenomen op een IC. Eén van de mogelijke factoren die kan bijdragen aan het optreden van een delier is de hoeveelheid geluid in de directe omgeving van de patiënt. Door

het geluid voor een langere periode op een IC kamer te meten willen we meer te weten komen over de hoeveelheid geluid in een IC kamer en wat de belangrijkste bronnen zijn van het geluid, bijvoorbeeld spraak of alarmen. Op basis van de gemeten gegevens wordt naar oplossingen gezocht om de geluidsomgeving in de IC kamer te verbeteren, zodat de patiënt minder kans heeft om een delier te ontwikkelen. Deze studie wordt uitgevoerd i.s.m. het Philips Research Eindhoven.

Contactpersoon: Koen Simons (k.siemons@jzbz.nl)

SID-GBS Trial

In de studie wordt onderzocht of de prognose van patiënten (van 12 jaar en ouder) met het Guillain-Barré Syndroom, met een slechte prognose, verbeterd kan worden door een tweede kuur met immunoglobulinen (IVIg). Ook wordt gekeken of een tweede kuur (extra) bijwerkingen geeft. Een dubbelblinde gerandomiseerde placebogecontroleerde opzet wordt gebruikt bij de geselecteerde patiënten met een slechte prognose. De patiënten met een goede prognose zullen alleen geobserveerd worden. De studie is opgezet in het Erasmus MC en loopt ook in het JBZ.

Contactpersoon: Marcel Garssen (m.garssen@jzbz.nl)



Linda Imhoff

In het Jeroen Bosch Ziekenhuis werken in totaal negen (parttime) researchverpleegkundigen. Linda Imhoff (28) is als enige niet verbonden aan een klinische afdeling, maar in dienst van de Jeroen Bosch Academie. Vanuit die positie stelt ze haar kennis ziekenhuisbreed ter beschikking.

“Met de komst van Linda vullen wij een lacune in”, vertelt Marjolein Schouten, manager van de Jeroen Bosch Academie (JBA). “Zij kan een belangrijke bijdrage gaan leveren aan het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek in het JBZ. Waar artsen nu soms afzien van onderzoek, vanwege de rompslomp en tijdgebrek, zou de ondersteuning van Linda hen over de streep kunnen trekken.” Zeker beginnende onderzoekers kunnen volgens Schouten

gebaat zijn met deze expertise. “Bij klinisch wetenschappelijk onderzoek werk je met mensen, dat vraagt om goede communicatie en nauwkeurige afspraken. Als je fouten maakt, de kantjes afsnijdt, doet dat af aan de resultaten van je onderzoek. Jammer, onnodig en problematisch met het oog op wet- en regelgeving.”

Proces bewaken

De researchverpleegkundige bewaakt het proces. Ze regelt en coördineert allerlei zaken rondom onderzoek, zowel in de voorbereiding als tijdens de uitvoering. “Dat begint al met de onderzoeksaanvraag”, vertelt Linda. “Die moet voldoen aan uitgebreide eisen voordat de Medisch Ethische Toetsingscommissie een uitspraak

kan doen. Ik zorg ervoor dat de juiste procedures worden gevolgd, zodat men snel en goed van start kan. Daarnaast plan ik de logistiek van materialen, medicatie en patiënten, die nodig zijn voor het onderzoek. Ik coördineer het onderzoeksteam, geef voorlichting en begeleiding aan patiënten en zorg voor monitoring, door het bewaren en opslaan van onderzoeksresultaten.” Om zich verder te bekwamen in deze zaken, volgt Linda de anderhalf jaar durende post hbo-opleiding voor researchverpleegkundige/clinical research coördinator (CRC) van Transfergroep Rotterdam.

Ziekenhuisbreed

Voordat ze in dienst kwam van de JBA, was Linda vier jaar lang

Ze regelt en coördineert allerlei zaken rondom onderzoek



Marjolein Schouten

Pietje Precies ondersteunt artsen bij wetenschappelijk onderzoek

oncologieverpleegkundige in het JBZ. Het werken met deze - zoals ze het noemt - 'heftige patiëntencategorie', viel haar steeds zwaarder. Dat gegeven gecombineerd met haar interesse in onderzoek, leidde uiteindelijk tot de carrièreswitch van september dit jaar. In dienst van de JBA wordt ze voor kostprijs gedetacheerd bij afdelingen die haar inzetten voor onderzoeksondersteuning. Anders dan haar collega researchverpleegkundigen komt ze dus op verschillende afdelingen terecht. "Natuurlijk vraagt dat telkens om aanpassing en verdieping in de betreffende patiëntenpopulatie", weet ze. "Maar de procedures en werkwijzen zijn in hoofdlijnen hetzelfde. De diversiteit vind ik alleen maar een voordeel."

Onderzoek

Op het moment is Linda betrokken bij onderzoek op het OLIC (Obesity Lifestyle Intervention Centre), gekoppeld aan de kinderafdeling. Daarnaast werkt ze mee aan de Rapida* studie van de Universiteit van Maastricht en aan meerdere onderzoeken op de afdeling oncologie/hematologie. "We bouwen het rustig op", besluit Schouten, "maar het vertrouwen

is groot. Linda kent de organisatie, is ervaren, slim, zelfstandig. En een Pietje Precies! Een heel fijne eigenschap voor de rol die zij vervult. Ik sluit niet uit dat de JBA in de toekomst meer researchverpleegkundigen gaat aannemen." ●

*Jeroen Bosch Academie detacheert
researchverpleegkundige*

**effectiviteit van thuis tests ter ondersteuning van diagnostiek bij thoracale (borstkast) klachten door huisartsen*



In de zogenoemde SIMPEL-trial verricht arts-assistent Yoen van der Linden (26) vergelijkend onderzoek naar drie laparoscopische technieken voor het verwijderen van de galblaas. “Wij willen wetenschappelijk onderbouwen dat de technieken die we toepassen goed en veilig zijn.”*

De laparoscopische cholecystectomie, galblaasverwijdering middels een kijkoperatie, is de laatste jaren snel geëvolueerd naar steeds meer minimaal invasieve chirurgie. Recent zijn twee nieuwe technieken ontwikkeld, de miniport en single port techniek. Bij de miniport laparoscopie zijn de incisies (4) en de gebruikte instrumenten smaller (2-3 mm) dan bij de traditionele techniek (4-5mm). De single port laparoscopie kent zelfs slechts één incisie, door de navel. Via deze ene poort kunnen alle werkinstrumenten in de buikholte worden gebracht.

Drie operatietechnieken

In het Jeroen Bosch Ziekenhuis worden zowel de traditionele techniek, als de nieuwere methoden toegepast. Afhankelijk van de voorkeur van de opererend chirurg. De single port techniek met name, vereist specifieke vaardigheid; niet elke chirurg beheerst deze wijze van opereren even goed.

“Maar het aantal ingrepen via ‘miniport’ en ‘single port’ neemt wel toe”, weet arts-assistent Yoen van der Linden. “Dat is niet voor niets. Omdat bij deze technieken kleinere wondjes of slechts één wond wordt gemaakt, is de verwachting dat patiënten na de operatie minder pijn ervaren en daardoor sneller herstellen. Daarnaast nemen we aan dat het cosmetisch resultaat van buik en navel fraaier zal zijn.”

450 patiënten includeren

Haar formulering met woorden als ‘aanname’ en ‘verwachten’, geven al aan dat het nog ontbreekt aan een wetenschappelijke onderbouwing op dit gebied. Niet eerder immers werd in Nederland een prospectieve evaluatie uitgevoerd als het gaat om single incision chirurgie. Het JBZ-onderzoeksteam, onder leiding van de chirurgen Lips, Prins en Brokelman, neemt dus het voortouw, samen met het VU Medisch Centrum en het AZM Maastricht. “Met andere ziekenhuizen wordt nog samenwerking gezocht”, aldus Van der Linden, “want we willen in totaal 450 patiënten includeren, 150



SIMPEL-trial toetst veiligheid laparoscopische technieken

patiënten per techniek.” De toewijzing van geïncludeerde patiënten is ad random; de computer bepaalt wie wat doet. November jl. zijn de eerste patiënten binnen de trial geopereerd in Den Bosch.

Bij de introductie van nieuwe technieken is er altijd discussie

Critical View of Safety

“Het is beslist niet onze opzet om aan te tonen dat de ene techniek beter is dan de andere”, legt de arts-assistent uit. “Het einddoel van de SIMPEL-trial is de toetsing van de Critical View of Safety: Hebben de chirurg en zijn assistent tijdens de behandeling een goed zicht op de slagader en de galgang? Dat is de richtlijn bij het verwijderen van de galblaas, en die moet gevolgd worden. Daaromheen nemen we wat kleinere studies mee. Bij een beperkte groep patiënten bijvoorbeeld zullen we de stressrespons en mate van infectie meten. Ook zijn we benieuwd naar het cosmetisch resultaat. Van elke patiënt nemen we een foto van de buik en navel, zowel vóór, direct na, als twee weken na de operatie. Een plastisch chirurg beoordeelt al deze foto’s.”

De patiënten houden een pijn dagboek bij. Hun input over het

gebruik van pijnstillers en de mate van pijn, geeft het onderzoeksteam inzicht in het verloop van het postoperatieve herstel.

“Bij de introductie van nieuwe technieken is er altijd discussie”, besluit Van der Linden. “Dat was al niet anders bij de invoering in 1990 van de (nu) traditionele laparoscopie. En dat is ook goed, want je moet elkaar scherp houden en zeker weten (aantonen!) dat wat je doet goed en veilig is.” ●

**SIMPEL: Single Incision, MiniPort or convEntional Laparoscopic surgery for uncomplicated symptomatic cholecystolithiasis*

Samenschooling op Schiermonnikoog



In september 2012 is een eerste groep van 11 basisartsen gestart met de nieuwe driejarige opleiding tot Ziekenhuisarts. Oktober jl. ontmoetten ze elkaar op Schiermonnikoog waar ze de DIXON-cursus volgden, een vijfdaags trainingsprogramma op het gebied van patientveiligheid en kwaliteit.

Paetrick Netten was erbij, tijdens 'de Waddenweek'. En nee, hij is geen AIOS. Netten is voorzitter van het concilium Ziekenhuisgeneeskunde, de drijvende kracht achter de nieuwe opleiding, internist en opleider in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. "Maar ook ik was op Schiermonnikoog om te leren", zegt hij. "Dit is onontgonnen gebied. Voor alle betrokkenen." Vandaar het gemêleerde gezelschap op het eiland, dat buiten Netten en de elf AIOS bestond uit drie opleiders, vier kwaliteitsfunctionarissen, drie onderwijskundigen, een hoogleraar, de projectleidster en een management-ondersteuner. De functie is nieuw, de opleiding is nieuw, maar van 'pionieren' is geen sprake. "Die fase zijn we allang voorbij", benadrukt Netten. "Niet voor niets is de opleiding recent landelijk erkend door het College Geneeskundige Specialismen. De ziekenhuisarts komt eraan!"

Generalistisch opgeleide arts

Een knap staaltje werk van de vier betrokken ziekenhuizen, want in 2010 pas schoven afgevaardigden van het Universitair Medisch Centrum Groningen, VU Medisch Centrum Amsterdam, Catharina Ziekenhuis Eindhoven en het Jeroen Bosch Ziekenhuis voor het eerst bij elkaar aan. Twee jaar later lag er een Landelijk Opleidingsplan op tafel, was subsidie toegekend door VWS, en werd met de opleiding gestart. In eerste

*"De fase van pionieren
zijn we voorbij"*

instantie met 11 basisartsen, tussen 1 september en 1 april 2014 start een tweede groep van 20. Op de site van de Stichting Opleiding Ziekenhuis Geneeskunde staat het profiel omschreven van de functie die zij straks gaan vervullen: 'De ziekenhuisarts wordt een generalis-

tisch opgeleide arts die samen met de specialist eindverantwoordelijk is voor zorg aan klinische patiënten.' "De vraag naar ziekenhuisartsen is ontstaan van onderaf", weet Netten. "Steeds meer patiënten komen naar het ziekenhuis met een diversiteit aan kwalen. Daar is regie nodig van een eindverantwoordelijk zaalarts. Een dokter als spin in het web, die de meer routinematige taken overneemt van de specialist, zich hard maakt voor kwaliteitsverbetering, en de patiënt begeleidt door het zorgtraject." Hij voorziet geen botsende belangen met andere functies binnen het ziekenhuis. De specifieke focus op kwaliteit en veiligheid in de opleiding maakt de ziekenhuisarts bijzonder. De physician assistent en de verpleegkundig specialist nemen in brede zin taken over van de medisch specialist maar zijn sterk verbonden aan een bepaalde discipline. Juist het generalistische karakter van het werk van een ziekenhuisarts en de



De Ziekenhuisarts wordt een generalistisch opgeleide arts die samen met de specialist eindverantwoordelijk is voor zorg aan klinische patiënten

specifieke bekwaamheden op het gebied van kwaliteitsbeleid zijn invalsinoeken die door deze beroepsgroepen worden uitgeoefend.”

Kwaliteit en veiligheid

De ziekenhuisartsen worden breed opgeleid en volgen acht stages op onder meer de afdelingen Interne geneeskunde, Chirurgie, Geriatrie, Neurologie en Anesthesiologie. “Dat geeft al aan”, aldus Netten, “dat deze artsen straks periodiek van afdeling wisselen.” Verder bestaat het curriculum uit modules gericht op Oudergeneeskunde en op afstemming met de eerstelijnszorg. De opleiding wordt afgerond met een meesterstuk: de implementatie van

een verbetertraject. Netten: “Door de opleiding heen loopt een lintprogramma ‘kwaliteit en veiligheid’. Van de ziekenhuisarts wordt namelijk verwacht dat hij of zij zorgverbetering initieert, uitvoert en monitort, binnen de organisatie en rondom de overdracht naar de eerste of derde lijn. Op dat vlak onderscheiden we ons van de manier van werken in Amerikaanse ziekenhuizen. Daar is de functie van ziekenhuisarts overigens al lang ingeburgerd: in de VS zijn zestigduizend ‘hospitalisten’ actief in grote en kleine ziekenhuizen door het hele land.” In Nederland mogen de vier genoemde ziekenhuizen samen 20 ziekenhuisartsen per jaar opleiden.

Door de razendsnel verkregen profiel-erkenning kunnen al vanaf juli 2014 ook andere ziekenhuizen de opleiding gaan aanbieden.

*Dit is onontgonnen gebied.
Voor alle betrokkenen*

Ziekenhuisarts in opleiding, Esmée Vural:

Huisarts in het ziekenhuis

Huisarts in het ziekenhuis. De omschrijving dekt niet helemaal de lading, maar met die woorden typeren de assistenten in opleiding hun toekomstige rol. Esmée Vural (28) is een van hen. Omdat zij wel in een ziekenhuis wil werken, maar zich niet wil beperken tot één specialisme, startte zij in september 2012 met de opleiding tot ziekenhuisarts.

Het profiel past haar als een jas: gedeelde klinische eindverantwoordelijkheid; een breed werkveld; veel aandacht voor de patiënt; focus op verbetertrajecten en veranderprocessen. “De patiënt blijft mijn patiënt, tot en met de overdracht naar de eerstelijns”, aldus Vural. “Vooraf dat aspect trekt me aan.” Lacht: “Het is de aard van het beestje; ik houd graag grip op de zaak, wil betrokken blijven bij het gehele proces.”

In het VUmc volgt ze met slechts een andere collega de opleiding. Zoals alle ziekenhuisartsen i.o. startte ze bij Interne Geneeskunde. “Tussen de andere aio's ben je dan toch een beetje een vreemde eend in de bijt”, weet ze. “Mede daarom was deze week op de Wadden zo mooi! Ik heb veel gesproken met ‘collega's’ en een helderder beeld gekregen van wat onze rol in het ziekenhuis straks precies is.”

Audits en richtlijnen

De cursus die Vural en de anderen volgden op Schiermonnikoog was de start van het lintprogramma dat de toekomstige ziekenhuisartsen inzicht moet verschaffen in de thema's veiligheid en kwaliteit. “We kregen onder meer training in het maken van richtlijnen en het opzetten en uitvoeren van clinical audits”, kijkt ze terug. “Hoe meet je bijvoorbeeld de kwaliteit van de interne patiëntenoverdracht in je ziekenhuis? En wat doe je met de verkregen output? Zijn veranderingen noodzakelijk, zoals de invoering van een checklist? Hoe implementeer je zoiets dan? Wie heb je nodig om zaken te kunnen veranderen? Verpleegkundigen? Specialisten? De Raad van Bestuur? Wie kunnen je bondgenoten zijn? Het is nieuwe materie voor ons dokters, die doorgaans toch vooral pragmatisch bezig zijn, op medisch vlak.”

Ze weet het: als ziekenhuisarts kan ze eventueel later nog doorstromen richting de functie van internist. Met korting op de opleidingsduur. “Dat is alleen absoluut niet de insteek”, besluit ze. “Ziekenhuisarts worden, is wat ik wil! Na de week op Schiermonnikoog is dat gevoel verder versterkt. Bij anderen zag ik het ook: We hebben zin om aan de slag te gaan!” ●



Onderzoek effectiviteit chronische buikdialyse (PD) bij hartfalen

Patiënten met een zwaardere vorm van hartfalen hebben (te) weinig baat bij de reguliere behandeling. Samen met vier andere ziekenhuizen onderzoekt het Jeroen Bosch Ziekenhuis, afdeling Nefrologie, een mogelijk alternatief: peritoneale (buik) dialyse (PD) in de thuissituatie.

Hartfalen is een verminderde pompfunctie van het hart. Geen hartinfarct, wel vaak het gevolg daarvan. De aandoening komt steeds vaker voor. “Eenvoudig te verklaren”, zegt Watske Smit, nefroloog in het JBZ. “We overlijden niet meer zo snel aan een hartinfarct, maar de schade is er natuurlijk wel.” Doordat bij een infarct een stukje hartspier afsterft, vermindert de pompkracht. Alle organen hebben hieronder te lijden. Ook de doorbloeding van de nieren verslechtert, waardoor ze vocht gaan vasthouden dat zich overal in het lichaam ophoopt. In de benen (oedeem) maar ook in de longen. Met kortademigheid en benauwdheid als gevolg. Smit: “Mensen ‘verdrinken’ in hun eigen vocht.”

Klasse I -IV

“Je kunt hartfaalpatiënten onderverdelen in vier groepen*”, legt ze uit. “In Klasse I en II is sprake van geen of geringe beperking van fysieke activiteit, dan kan een behandeling met medicatie en plaspillen volstaan. Patiënten in Klasse III en IV ervaren veel meer beperkingen in het dagelijkse leven. Zij hebben al klachten bij geringe inspanning, of zelfs in rust.” Naast een dieet en aanpassen van de levensstijl worden deze patiënten regelmatig opgenomen voor ‘ontwatering’. In het ziekenhuis krijgen zij dan een infuus in plaats van plaspillen en cardiostimulantia ter

versterking van de pompfunctie van het hart. “Bewerkelijk voor patiënten en helaas niet voor iedereen toerijkend”, aldus Smit. “Wanneer hartfalen gepaard gaat met een nierfunctiestoornis (=80% van de patiënten in Klasse III en IV), heb je (te) weinig baat bij deze aanpak.”

Chronische dialyse

Op zoek naar een passende behandelmethode sluit het Jeroen Bosch Ziekenhuis nu aan bij een multicenter studie met het Martini Ziekenhuis Groningen initiatiefnemer, het Atrium Medisch Centrum in Heerlen, Gelre Ziekenhuis Apeldoorn, en Amphia Ziekenhuis Breda. De instellingen organiseren een gerandomiseerd onderzoek naar het effect van peritoneale dialyse (buikdialyse) bij moeilijk behandelbaar hartfalen. Smit: “De PD-methode is niet nieuw, ze is alleen nog nooit eerder getest op deze schaal.” PD is een vorm van chronische dialyse, waarbij patiënten een permanente buikkatheter krijgen ingebracht. Na de opname, laat de patiënt thuis elke dag (een of twee keer; dat is een van de onderzoeksvragen) dialysevloeistof in de buik lopen. Deze vloeistof trekt vocht aan (ongeveer 1 liter) wat men via de catheter kan laten weglopen. Smit: “Kleinere studies en een recente pilot in Groningen zijn hoopvol: antwoorden op vragenlijsten duiden op een verhoogde kwaliteit van leven en uitslagen van looptesten laten verbetering zien.”

Start: voorjaar 2014

De vijf ziekenhuizen willen in totaal 50 patiënten includeren, onder te verdelen in een controlegroep en een PD-groep. Binnen de PD-groep ondergaat de helft een keer per dag een PD-behandeling, de andere helft twee keer. De trial start in het voorjaar van 2014 en de patiënten worden anderhalf jaar lang gevolgd. “Een beter pompend hart, een betere conditie, minder medicatie, minder ziekenhuisopnames en een hogere kwaliteit van leven. Daar willen we uiteindelijk naar toe”, aldus Smit. ●

**volgens de New York Haert Association NYHA*





Van der Aa: "Interessante vraag is dan: Wat is beter? Echo of MRI?"

Biopten vormen een wezenlijk onderdeel bij het diagnosticeren van patiënten met verdenking op prostaatkanker. Zijn meerdere biopten positief, dan is bestaande of opereren een voor de hand liggend vervolg. 'Het gaat om ingrijpende keuzes', zegt Schrier. 'Dat wetende is het best opmerkelijk dat het nemen van biopten een relatief onzorgvuldig proces is. We maken een echo via de anus, want hoe dichterbij het orgaan hoe beter het beeld. Desondanks is de beeldvorming beperkt. Omdat de echo alleen de lengte- of dwarsrichting weergeeft, blijft het lastig om de exacte plaats te bepalen waar je wilt prikken. We weten dat de kanker over het algemeen aan de buitenkant van de prostaat zit, dus daar verrichten we de biopsie op twaalf verschillende plaatsen, zes per kant.'

Dubbele kwaliteitsslag

Het 3D navigatiesysteem biedt de uroloog veel meer houvast. Het systeem laat zien waar het biopt genomen wordt

en registreert tevens de exacte plaats van afname. Koppeling met de MRI is mogelijk, waardoor patiënten niet langer een uur in de MRI hoeven liggen voor het afnemen van biopten. 'We zijn in 10 minuten klaar!', aldus Schrier. Na beoordeling door de patholoog, voeren de urologen de uitslag in het 3D-model van de prostaat in, zo weten ze precies waar in de prostaat de kanker zit. Tegelijk met de introductie van het navigatiesysteem is in het ziekenhuis een andere manier van aanleveren van biopten ingevoerd. 'Met het systeem kunnen we de patholoog rechte stukjes weefsel aanleveren. 'Dit levert hem tot 30 procent meer bruikbaar materiaal op', weet de uroloog. 'We maken dus een dubbele kwaliteitsslag.'

Herbiopteren zinvol?

Schrier en collega's koppelen de introductie van de 3D navigatietechniek aan verschillende nieuwe onderzoeken, die inzicht moeten geven in de meest patiëntvriendelijke en effectieve diagnose-

stelling en behandeling van prostaatkanker. Physician Assistant (PA), Anouk van der Aa gaat hiermee aan de slag met Bart Schrier als begeleider. Haar eerste studie is gericht op nut en noodzaak van het nemen van een tweede serie biopten, bij twijfel over de eerder gestelde diagnose. Van der Aa: "Stel, een patiënt heeft een verhoogd PSA en de uroloog vermoedt de aanwezigheid van kanker, maar de eerste serie biopten heeft dat niet bevestigd. Dan koos men voorheen doorgaans voor een herhaling van het onderzoek, door opnieuw at random te prikken. Nu we veel zorgvuldiger kunnen prikken en de betrouwbaarheid van de biopten groter is, kun je je afvragen of het nog zinvol is om een tweede serie van 12 biopten te nemen." In het verlengde hiervan gaat Van der Aa bekijken of het aantal biopten per keer (12) niet kan worden teruggebracht naar zes. "Urologen prikken nu aan beide kanten van de prostaat op drie verschillende plaatsen, telkens twee keer. Waarom twee keer? Om de kans dat

Weten waar en hoe we prikken



Als eerste in Nederland heeft de maatschap Urologie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis een 3D navigatiesysteem in gebruik genomen. Met het systeem kunnen de urologen nauwkeuriger biopten uit de prostaat nemen. Uroloog Bart Schrier ziet veel voordelen. 'Een exacte plaatsbepaling leidt uiteindelijk tot een gerichtere behandeling. Bovendien biedt dit navigatiesysteem allerlei aanknopingspunten voor nieuw (klinisch) onderzoek ter verbetering van de diagnostiek van prostaatkanker.'

ze iets missen te verkleinen. Maar wat is nu precies de meeropbrengst van die zes extra prikken? Misschien is een keer prikken per plaats wel voldoende?"

Contrast-echo

Het onderzoekstraject van Van der Aa moet gaan leiden tot een coherent onderzoek, met als rode draad: diagnostiek van prostaatkanker. Naast haar studie naar het nut van herbiopteren, sluit de Physician Assistant ook aan bij onderzoek van uroloog dr. Harrie Beerlage. Beerlage, ook werkzaam in het Bossche ziekenhuis, onderzoekt samen met Professor Wijkstra van de TU Eindhoven de prostaat met behulp van contrast echografie. Zij gaan uit van het gegeven dat een tumor nieuwe bloedvaatjes aanmaakt die zo chaotisch zijn aangelegd dat het bloed - en dus ook het contrastmiddel - een langere weg aflegt. Door op een groot aantal punten te meten, krijg je een beeld van de snelheid waarmee het contrastmiddel door de vaten

beweegt, en daarmee zicht op de locatie van een tumor. Beerlage wil dit aantonen door echo's die genomen zijn vóór een operatie te vergelijken met het weefsel van de later operatief verwijderde prostaat. "Als zijn aannames kloppen", aldus Van der Aa, "heb je er een extra instrument bij voor het opsporen van prostaatkanker. Interessante vraag is dan: Wat is beter? De contrastecho of de MRI? In de onderzoeksfase zullen we de verschillen tussen beide gaan onderzoeken."

Landelijke screening

Als een van de eersten heeft Van der Aa de training in het werken met de 3D-navigatietechniek doorlopen en straks start ze met de verschillende onder-

zoekslijnen. Schrier: 'Hopelijk stellen haar bevindingen ons straks in staat om de diagnose en het behandeladvies te verbeteren en het aantal ingrepen/onnodige handelingen - en daarmee het risico op complicaties - verder te beperken. Mocht het in de nabije toekomst komen tot een landelijke invoering van prostaatscreening, dan is dit ziekenhuis volledig berekend op die taak. We hebben straks alle expertise in huis.' ●

De aankoop van het 3D-navigatiesysteem werd mogelijk dankzij twee giften van tevreden urologische patiënten.

Onderzoek behandeling Guillain-Barré Syndroom (GBS)

*Herhaling van kuur
zou leiden tot betere
prognose*



Kan een behandeling met een tweede dosis intraveneuze immunoglobulinen (IVIg) de prognose van patiënten met het Guillain-Barré Syndroom (GBS) verbeteren? Het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) werkt mee aan een klinische studie van de neuromusculaire onderzoeksgroep van het Erasmus Medisch Centrum.

Het Guillain-Barré Syndroom (GBS) is een snel progressieve neuromusculaire aandoening, vaak veroorzaakt door een auto-immunreactie na een infectie. Bij een deel van de patiënten verloopt de aandoening zeer ernstig. Zij kunnen na korte tijd niet meer zelfstandig lopen en hebben kunstmatige ademhalingsondersteuning nodig. Toediening van immunoglobulinen (IVIg) in een vroeg stadium, is dan een effectieve behandelvorm, stelde de onderzoeksgroep al eerder vast. “Alleen bij een deel van de patiënten levert dat nog onvoldoende resultaat op”, zegt neuroloog in opleiding, Christa Walgaard. “Of herhaling van de IVIg-kuur de prognose kan verbeteren, willen we onderzoeken in de Second IVIg Dose in Guillain-Barré syndrome patients with a poor prognosis (SID-GBS) trial.”

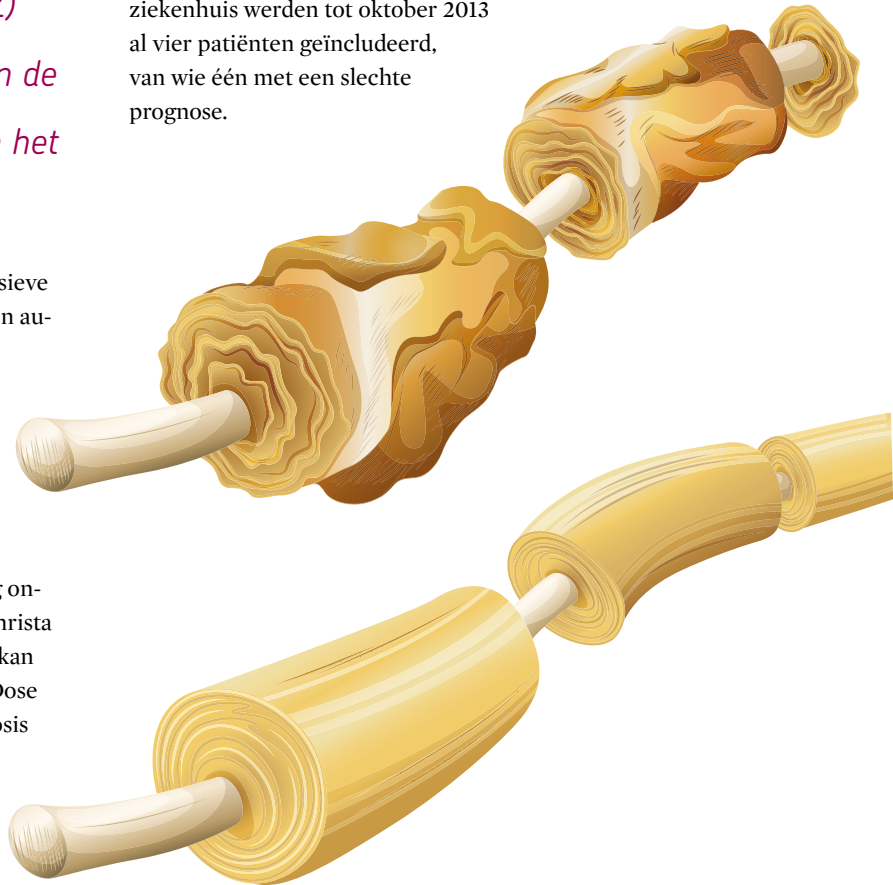
‘Poor prognosis’

De ziekte is zeldzaam. In Nederland komt ze jaarlijks maar 150-200 keer voor. Een klinische studie is daarom alleen mogelijk in samenwerking met andere ziekenhuizen. Walgaard benaderde alle Nederlandse ziekenhuizen. Zestig instellingen zegden hun medewerking toe, waaronder het JBZ. In totaal zijn nu 127 GBS-patiënten geïncludeerd, waarvan 43 met een zogenoemde ‘slechte prognose’. Uit voorgaand onderzoek is bekend dat de prognose afhankelijk is van leeftijd, mate van krachtsverlies, en voorkomen van diaree voorafgaand aan de ziekte. Binnen een week na de toediening van IVIg, krijgt deze patiëntengroep een tweede IVIg behandeling óf een placebo. Walgaard: “Uiteindelijk hebben we 87 ‘poor prognosis’ nodig voor een betrouwbaar resultaat, dus we zitten op de helft. In het tweede deel van 2015 hoop ik te starten met de statistische analyse. Overigens kijken twee onafhankelijke hoogleraren, lopende de trial, naar de ongeblindeerde data. Als er medische noodzaak is, kunnen we altijd de studie staken.”

Motivatie neurologen

Onder leiding van haar promotor, professor P.A. van Doorn, besteedde Walgaard de afgelopen jaren veel tijd aan de

voorbereiding van de trial. Ze sprak met patiënten en neurologen en presenteerde haar verhaal aan de verschillende medisch ethische commissies. Lopende het onderzoek houdt ze de contacten met de neurologen warm, zoals met Marcel Garssen in het JBZ. “De motivatie van de neurologen is een belangrijke succesfactor in deze studie. Marcel bijvoorbeeld, heeft affiniteit met het onderwerp. Bovendien promoveerde hij indertijd ook bij mijn promotor op de behandeling van patiënten met GBS. Dat helpt.” In het Bossche ziekenhuis werden tot oktober 2013 al vier patiënten geïncludeerd, van wie één met een slechte prognose.



Direct toepasbaar

Garssen werkt graag mee aan deze trial. “Zoals ik altijd graag een bijdrage lever aan wetenschappelijk onderzoek, zeker als het direct raakt aan de kliniek”, aldus de neuroloog. Bij verdenking op GBS neemt Garssen contact op met het Rotterdamse onderzoekscentrum. Hij vraagt patiënten of ze willen deelnemen, neemt de procedures met hen door en houdt gedurende de trial een studiemap bij, door het invullen van diverse parameters. Garssen: “De patiënten die ik heb gevraagd, doen zonder uitzondering mee. Het onderzoek is ook weinig belastend, omdat het niet om een geheel nieuwe behandeling gaat, maar een (eventuele) herhaling ervan. Ons ‘gevoel’ zegt dat die tweede behandeling met IVIg effectief is, maar dat is nu nog niet evidence based. Straks hopelijk wel, zodat we door deze intensievere behandeling het leven van een aantal patiënten een stuk aangeneramer kunnen maken.”



Publicaties

Mei 2013

Pastors MM, van Leuken MH, de Jager CP. **An unexplained cardiac arrest, always re-check the "A" after resuscitation.** Resuscitation. 2013 Sep; 84(9):e123-4. Epub 2013 May 7. PMID: 23665388

Schwiebbe L, Talma H, **van Mil EG**, Fetter WP, Hirasings RA, Renders CM. **Diagnostic procedures and treatment of childhood obesity by pediatricians: 'The Dutch Approach'.** Health Policy. 2013 Jul;111(2):110-5. Epub 2013 May 14. PMID: 23683472

Nierkens CM, **van der Heijden BE.** **Simultaneous fracture dislocation of the hamate, lunate fracture and scapholunate ligament lesion.** J Hand Surg Eur Vol. Epub 2013 May 8. PMID:23657911

Kampschreur LM, Hoornenborg E, Renders NHM, Oosterheert JJ, Haverman JF, **Elsman P, Wever PC.** **Delayed diagnosis of chronic Q fever and cardiac valve surgery.** Emerg Infect Dis. 2013 May;19(5):768-70. PMID:23647809

Thong MS, Mols F, Wang XS, Lemmens VE, **Smilde TJ**, van de Poll-Franse LV. **Quantifying fatigue in (long-term) colorectal cancer survivors: a study from the population-based patient reported outcomes following initial treatment and long term evaluation of survivorship registry.** Eur J Cancer. 2013 May;49(8):1957-66. PMID: 23453750

Nierkens CM, **van der Heijden BE.** **Simultaneous fracture dislocation of the hamate, lunate fracture and scapholunate ligament lesion.** J Hand Surg Eur Vol. Epub 2013 May 8. PMID: 23657911

Juni 2013

Schmid-Bindert G, Gebbia V, Mayer F, Arriola E, Márquez-Medina D, Syrigos K, **Biesma B**, Leschinger MI, , Frimodt-Moller B, Ripoché V, Myrand SP, Nguyen TS, Hozak RR, Zimmermann A, Visseren-Grul C, Schuette W. **Phase II study of Pemetrexed and Cisplatin plus Cetuximab followed by Pemetrexed and Cetuximab maintenance therapy in patients with advanced non-squamous non-small cell lung cancer.** Lung Cancer; 81(3):428-34, 2013. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23790468

Driessen GJ, Dalm VA, van Hagen PM, Grashoff HA, Hartwig NG, van Rossum A, Warris A, **de Vries E**, Barendregt BH, Pico I, Posthumus S, van Zelm MC, van Dongen JJ, van der Burg M. **Common variable immunodeficiency and idiopathic primary hypogammaglobulinemia: two different conditions within the same disease spectrum.** Haematologica. Epub 2013 Jun 10. PMID: 23753020

Knol W, **van Marum RJ**, Jansen PA, Strengman E, Al Hadithy AF, Wilffert B, Schobben AF, Ophoff RA, Egberts TC. **Genetic variation and the risk of haloperidol-related parkinsonism in elderly patients: a candidate gene approach.** J Clin Psychopharmacol. 2013 Jun;33(3):405-10. PMID: 23609402.

Clayton P, Bonnemaire M, Dutailly P, Maisonobe P, Naudin L, Pham E, Zhang Z, Grupe A, Thiagalingam A, Denèfle P; **EPIGROW Study Group (van Mil E).** **Characterizing short stature by insulin-like growth factor axis status and genetic associations: results from the prospective, cross-sectional, epidemiogenetic EPIGROW study.** J Clin Endocrinol Metab. 2013 Jun;98(6):E1122-30. PMID: 23596138

Jacobs LH, Steuten LM, **van 't Sant P**, **Kusters R.** **Cost-minimisation in vitamin B12 deficiencies: expensive diagnostics can reduce spending.** Neth J Med. 2013 Jun;71(5):274-5. PMID: 23799319

Arits AH, Mosterd K, Essers BA, Spoorenberg E, Sommer A, De Rooij MJ, van Pelt HP, Quaedvlieg PJ, Krekels GA, van Neer PA, Rijzewijk JJ, **van Geest AJ**, Steijlen PM, Nelemans PJ, Kelleners-Smeets NW. **Photodynamic therapy versus topical imiquimod versus topical fluorouracil for treatment of superficial basal-cell carcinoma: a single blind, non-inferiority, randomised controlled trial.** Lancet Oncol. 2013 Jun;14(7):647-54. PMID: 23683751

Wielders CC, Morroy G, **Wever PC**, Coutinho RA, **Schneeberger PM**, van der Hoek W. **Strategies for early detection of chronic Q-fever: a systematic review.** Eur J Clin Invest. 2013 Jun;43(6):616-39. PMID:23550525

Hoogeveen EK, Geleijnse JM, Kromhout D, Giltay EJ. **No effect of n-3 fatty acids on high-sensitivity C-reactive protein after myocardial infarction: The Alpha Omega Trial.** Eur J Prev Cardiol. 2013 Jun 17. PMID:23774275

Juli 2013

Moviat M, van den Boogaard M, Intven F, van der Voort P, van der Hoeven H, Pickkers P. **Stewart analysis of apparently normal acid-base state in the critically ill.** J Crit Care. Epub 2013 Jul 30. PMID:23910568

Vriens BE, Aarts MJ, de Vries B, van Gastel SM, Wals J, **Smilde TJ**, van Warmerdam LJ, de Boer M, van Spronsen DJ, Borm GF, Tjan-Heijnen VC; Breast Cancer Trialists' Group of the Netherlands (BOOG).

Doxorubicin/cyclophosphamide with concurrent versus sequential docetaxel as neoadjuvant treatment in patients with breast cancer. *Eur J Cancer*. 2013 Jul 10. PMID:23850450

Gerritse FL, Meulenbeld HJ, Roodhart JM, van der Velden AM, Blaisse RJ, **Smilde TJ**, Erjavec Z, de Wit R, Los M; NePro Study Investigators. **Analysis of docetaxel therapy in elderly (≥ 70 years) castration resistant prostate cancer patients enrolled in the Netherlands Prostate Study**. *Eur J Cancer*. Epub 2013 Jul 9. PMID: 23849828

van der Velden WJ, **Herbers AH**, Brüggemann RJ, Feuth T, Peter Donnelly J, Blijlevens NM. **Citrulline and albumin as biomarkers for gastrointestinal mucositis in recipients of hematopoietic SCT**. *Bone Marrow Transplant*. 2013 Jul;48(7):977-81. PMID:23334276

Augustus 2013

Aerts JG, Codrington H, Lankheet NA, Burgers S, **Biesma B**, Dingemans AM, Vincent AD, Dalesio O, Groen HJ, Smit EF; on behalf of the NVALT Study Group. **A randomized phase II study comparing erlotinib versus erlotinib with alternating chemotherapy in relapsed non-small-cell lung cancer patients: the NVALT-10 study**. *Ann Oncol* Epub 2013 Aug 28. PMID: 23986090

van **Eijk JJ**, van Alfen N. **Surgical and postpartum hereditary brachial plexus attacks and prophylactic immunotherapy**. *Muscle Nerve*. 2013 Oct;48(4):624. Epub 2013 Aug 30. PMID: 23625631

Kreb DL, **Looij BG**, **Ernst MF**, **Rutten MJ**, **Jager GJ**, **van der Linden JC**, **Pruijt JF**, **Bosscha K**. **Ultrasound-guided radiofrequency ablation of early breast cancer in a resection specimen: lessons for further research**. *Breast*. 2013 Aug;22(4):543-7. PMID: 23228482

Platteel TN, Leverstein-van Hall MA, Cohen Stuart JW, Voets GM, van den Munckhof MP, Scharringa J, van de Sande N, Fluit AC, Bonten MJM; **the ESBL National Surveillance Working Group (Wever PC)**. **Differences in the antibiotic susceptibility**

of human *Escherichia coli* with poultry-associated and non-poultry-associated extended-spectrum beta-lactamases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2013 Aug;32(8):1091-5. PMID:23519865

Aarts MJ, Peters FP, Mandigers CM, Dercksen MW, Stouthard JM, Nortier HJ, van Laarhoven HW, van Warmerdam LJ, van de Wouw AJ, Jacobs EM, Mattijssen V, van der Rijt CC, **Smilde TJ**, van der Velden AW, Temizkan M, Batman E, Muller EW, van Gastel SM, Borm GF, Tjan-Heijnen VC. **Primary Granulocyte Colony-Stimulating Factor Prophylaxis During the First Two Cycles Only or Throughout All Chemotherapy Cycles in Patients With Breast Cancer at Risk for Febrile Neutropenia**. *J Clin Oncol*. Epub 2013 Aug 26. PMID:23630211

Herbers AH, van der Velden WJ, de Haan AF, Donnelly JP, Blijlevens NM. **Impact of palifermin on intestinal mucositis of HSCT recipients after BEAM**. *Bone Marrow Transplant*. Epub 2013 Aug 19. PMID:23955637

Lambregts DM, Heijnen LA, Maas M, Rutten IJ, Martens MH, Backes WH, Riedl RG, Bakers FC, **Cappendijk VC**, Beets GL, Beets-Tan RG. **Gadofosveset-enhanced MRI for the assessment of rectal cancer lymph nodes: predictive criteria**. *Abdom Imaging*. 2013 Aug;38(4):720-7. PMID: 22986353

September 2013

Setz-Pels W, Duijm LEM, Coebergh JW, **Rutten MJ**, Nederend J, Voogd AC. **Reattendance after false-positive screening mammography; a population-based study in the Netherlands**. *Br J Cancer*. Epub 2013 Sep 19. PMID:24052045

Nijhof WH, van der Vos CS, Anninga B, Jager GJ, **Rutten MJ**. **Reduction of contrast medium volume in abdominal aorta CTA: multiphasic injection technique versus a test bolus volume**. *Eur J Radiol*. 2013 Sep;82(9):1373-8. PMID: 23726126

Vennix S, Abegg R, Bakker OJ, van den Boezem PB, **Brokelman WJ**, Sietses C, **Bosscha K**, **Lips DJ**, **Prins HA**. **Surgical**

Re-interventions Following Colorectal Surgery: Open Versus Laparoscopic Management of Anastomotic Leakage. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2013 Sep;23(9):739-44. PMID: 23859744

Geerts AF, Eppenga WL, Heerdink R, **Derijks HJ**, Wensing MJ, Egberts TC, De Smet PA. **Ineffectiveness and adverse events of nitrofurantoin in women with urinary tract infection and renal impairment in primary care**. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013 Sep;69(9):1701-7. PMID: 23660771

Mellema WW, Dingemans AM, Thunnissen E, Snijders PJ, Derks J, Heideman DA, **Van Suylen R**, Smit EF. **KRAS Mutations in Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer Patients Treated with First-Line Platinum-Based Chemotherapy Have No Predictive Value**. *J Thorac Oncol*. 2013 Sep;8(9):1190-5. PMID:23787801

Maas ML, **Wever PC**, Plat AW, **Hoogveen EK**. **An uncommon cause of *Staphylococcus aureus* sepsis**. *Scand J Infect Dis*. 2013 Sep;45(9):722-4. PMID:23746342

Vennix S, Abegg R, Bakker OJ, van den Boezem PB, **Brokelman WJ**, Sietses C, **Bosscha K**, **Lips DJ**, **Prins HA**. **Surgical Re-interventions Following Colorectal Surgery: Open Versus Laparoscopic Management of Anastomotic Leakage**. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2013 Sep;23(9):739-44. PMID:23859744

Heijnen LA, Lambregts DM, Martens MH, Maas M, Bakers FC, **Cappendijk VC**, Oliveira P, Lammering G, Riedl RG, Beets GL, Beets-Tan RG. **Performance of gadofosveset-enhanced MRI for staging rectal cancer nodes: can the initial promising results be reproduced?** *Eur Radiol*. 2013 Sep 20. PMID: 24051676

Oktober 2013

Drenth-van Maanen AC, Jansen PA, Proost JH, Egberts TC, van Zuilen AD, van der Stap D, **van Marum RJ**. **Renal function assessment in older adults**. *Br J Clin Pharmacol*. 2013 Oct;76(4):616-23. PMID: 23802656.

Wattjes MP, Verhoeff L, Zentjens W, Killestein J, van Munster ET, Barkhof F, van Eijk JJ. **Punctate lesion pattern suggestive of perivascular inflammation in acute natalizumab-associated progressive multifocal leukoencephalopathy: productive JC virus infection or preclinical PML-IRIS manifestation?** J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2013 Oct;84(10):1176-7. PMID: 23695498

Wielders CCH, Wijnbergen PCA, Schellekens JJA, Schneeberger PM, Wever PC, Hermans MHA. **High Coxiella burnetii DNA load in serum during acute Q fever is associated with progression to a serologic profile indicative of chronic Q fever.** J Clin Microbiol. 2013 Oct;51(10):3192-8. PMID:23863573

van Gageldonk-Lafeber AB, Wever PC, van der Lubben IM, de Jager CPC, Meijer A, de Vries MC, Elberse K, van der Sande MAB, van der Hoek W. **The aetiology of community-acquired pneumonia and implications for patient management.** Neth J Med. 2013 Oct;71(8):418-425. PMID: 24127502

de Gier M, Polderman F, de Jager CPC. **“Footprinting” her diagnosis: hypocalcaemia-induced muscle contraction.** Intensive Care Med. Epub 2013 Oct 9. PMID: 24105328

Onbekende datum 2013

Vlieg-Boerstra BJ, Wensing CL, Kneepkens CME, Meijer Y, de Vries E, Sprinkelman AB. **Richtlijnen. 1 richtlijn voor diagnostiek van koemelkallergie. Voor de eerste, tweede en derde lijn in Nederland.** Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157(38):A6311. PMID:24050447

Busser N, van Hee K, van Dullemen HH, Schipper DL. **Conservative treatment of acute diverticulitis.** Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157(31):A6262. Dutch. PMID: 23899706

Bessembinders K, Brinkers JM, van der Linden PD, van Keulen K, de Sonnaville JJ. **Acute agranulocytosis from thiamazole: points for improvement in daily practice.** Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157(25):A6351. Dutch. PMID:23777968

Jira P. **Cholesterol metabolism deficiency.** Handb Clin Neurol. 2013;113:1845-50. PMID: 23622407



Personalia



Peter de Jager, internist-intensivist

Infectie markers en risico factoren bij CAP (Community-Acquired Pneumonia) patiënten.

Internist-intensivist Peter de Jager is op 31 mei 2013 aan de Universiteit van Amsterdam gepromoveerd op zijn proefschrift getiteld: 'Markers of infectious disease emergencies, focus on patients with community-acquired pneumonia.' De Jager zocht naar nieuwe markers die het verloop van de ziekte kunnen voorspellen. Daarnaast ontdekte hij dat maagzuurremmers het risico op een bepaalde vorm van longontsteking verhogen.

De ontwikkeling van (nieuwe) biomarkers, die de lichaamsreactie op een infectie weergeven, speelt in toenemende mate een belangrijke rol bij de behandeling van infectiegerelateerde spoedeisende aandoeningen. De neutrofielen lymfocyten count ratio (NLCR) blijkt een simpele en bruikbare marker te zijn bij verschillende infectiegerelateerde spoedeisende aandoeningen (waaronder CAP).

Daarnaast blijkt in dit proefschrift dat het gebruik van maagzuurremmers (proton pomp remmers, PPI's) is geassocieerd met een verhoogd risico op het oplopen van een CAP. Een derde van de onderzochte CAP patiënten gebruikte PPI's. Na analyse bleek dat deze patiënten een twee keer grotere kans hebben op longontsteking veroorzaakt door *S. pneumoniae* (28% versus 14%). Bovendien komt herhaling van de ziekte bij hen vaker dan gemiddeld voor en is de kans hierop dosisafhankelijk.

Promotor : prof. dr. Tom van der Poll (AMC), co-promotor: dr. PC. Wever (JBZ)

Zie voor een volledig artikel over de VLO-CAP-studie de digitale versie van Focus op www.jeroenboschziekenhuis.nl onder het kopje onderwijs en wetenschap.



Rob van Marum, klinisch geriater

Rob van Marum, klinisch geriater in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, is benoemd tot bijzonder hoogleraar Farmacotherapie bij ouderen bij de vakgroep Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde van het VUmc in Amsterdam. De Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft de leerstoel ingesteld. Zij wil daarmee verdere invulling geven aan het wetenschappelijk onderzoek binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De leerstoel past binnen de focus van het JBZ op patiëntveiligheid en ketenzorg.

Het onderzoek dat aan Van Marum's leerstoel is verbonden, betreft met name bijwerkingen van geneesmiddelen en dan in het bijzonder van geneesmiddelen die inwerken op het geestelijk welbevinden (psychofarmaca) bij ouderen. Daarnaast houdt hij zich intensief bezig met aspecten van medicatieveiligheid bij ouderen. Zo was hij onder andere voorzitter van de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' die in 2012 uitkwam.

Van Marum heeft een deeltijds aanstelling aan het VUmc. Hier wil hij het onderzoek naar problemen bij farmacotherapie bij ouderen verder vormgeven. Daarbij kijkt hij naar het totale zorgtraject waar kwetsbare ouderen mee te maken kunnen krijgen (1e-lijnszorg, ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg). Van Marum hoopt met het onderzoek bij te kunnen dragen aan veiligere en effectievere farmacotherapie bij deze patiëntengroep.



‘Maanpakken’ niet altijd nodig bij MRSA

Anders dan de humane MRSA is vee-MRSA (ook wel varkens-MRSA genoemd) nauwelijks overdraagbaar van mens op mens. Onderzoek in het Jeroen Bosch Ziekenhuis en Ziekenhuis Bernhoven, onder leiding van arts-microbioloog Peter Schneeberger, leidde tot deze conclusie én tot aanpassing van het preventiebeleid in de ziekenhuizen.

Zoals in elk Nederlands ziekenhuis gaan in het Jeroen Bosch Ziekenhuis de alarmbellen af, wanneer bij een patiënt een MRSA-besmetting wordt geconstateerd. MRSA (Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus) is een bacterie die resistent is voor de meeste, gangbare antibiotica en zich makkelijk verspreidt. Bij verdenking en/of ontdekking van een besmetting is de procedure helder, vertelt Schneeberger: “Patiënten gaan direct in quarantaine en een met MRSA besmette medewerker mag tijdelijk zijn werk niet meer uitoefenen.”

Vee-MRSA

Zo ging het. Zo zal het gaan. Maar niet langer in alle gevallen. DE MRSA-bacterie bestaat namelijk niet. Schneeberger: “Vee-MRSA bijvoorbeeld wijkt op een aantal punten af van de humane variant. Niet mensen maar dieren zijn de voornaamste drager. Mensen die ermee besmet worden, raken de bacterie soms vanzelf kwijt en besmettingen leiden zelden tot infecties. Voor mij reden om de vraag te stellen of isolatie van patiënten met vee-MRSA wel noodzakelijk is.”

Daarvoor moet je de risico's van verspreiding kennen en dus organiseerde Schneeberger in samenwerking met ziekenhuis Bernhoven een onderzoek, op basis van MRSA ziekenhuisdata uit 2008 en 2009. Conclusie: bij de vee-variant vond geen overdracht plaats van mens op mens. “Relevante informatie voor alle

ziekenhuizen uit de regio”, zegt Schneeberger, “als je bedenkt dat we in Noord-Brabant vooral met de Vee-MRSA variant te maken hebben.”

Winst voor patiënt, medewerker en ziekenhuis

Het onderzoeksteam van het laboratorium Moleculaire Diagnostiek van het JBZ ontwikkelde een gen-test waarmee men snel kan bepalen of het om een humane MRSA of vee-MRSA gaat. Zo kan het ziekenhuis nu per geval de gepaste maatregelen nemen en waar mogelijk kiezen voor een lichter ‘regime’. Pure winst voor alle betrokkenen, volgens Schneeberger. “Isolatie is namelijk ingrijpend. Patiënten worden verpleegd in een afgesloten eenpersoonskamer met sluis. Zorgverleners dragen handschoenen, schort, mondneusmasker en muts. Afstandelijk allemaal. Communicatief moeizaam en mentaal zwaar. Om over het economische aspect nog maar te zwijgen. De directies van het JBZ en Ziekenhuis Bernhoven hebben de bevindingen van het onderzoeksteam omgezet in een beleidsaanpassing op het gebied van infectiepreventie, die met ingang van 1 januari 2014 ingaat.”

Afwijken van landelijke richtlijn

Binnen het nieuwe infectiepreventiebeleid gelden veel minder ingrijpende isolatiemaatregelen voor patiënten die met Vee-MRSA besmet zijn. Alleen bij direct contact met de patiënt of omgeving, draagt de zorgverlener een schort en handschoenen. Bovendien kunnen verpleegkundigen die drager zijn van Vee-MRSA, onder gecontroleerde omstandigheden, hun werk weer uitoefenen. “Met instemming van de Inspectie, wijken we op dit gebied af van de landelijke richtlijn”, besluit Schneeberger. “De situatie is hier, met zeer veel veeteelt, nu eenmaal anders dan in de rest van Nederland. Het is goed dat beide ziekenhuizen deze aanpassing doorvoeren, ten gunste van de zorg voor de patiënten en de medewerkers uit deze regio.” ●



Erkenning opleiding Klinische Farmacologie, certificering 3

Klinisch gerieters en ziekenhuisapothekers samen aan de wieg

De Klinisch farmacoloog heeft gespecialiseerde kennis van het gedrag en de effecten van geneesmiddelen bij verschillende patiënten en ziekten. Voor de vakgroep geriatrie is deze kennis van grote waarde. Veel ouderen immers kampen vaak met meerdere problemen tegelijk en gebruiken diverse medicijnen naast elkaar. Van Marum: “Dat is complex en soms risicovol.” Naast Van Marum beschikken collega-gerieters Bootsma, Keijsers en Van Strien ook over een aantekening ‘klinisch Farmaco-

loog’. “Het geeft aan”, vindt hij, “hoeveel belang wij binnen onze vakgroep hechten aan innovatie en patiëntveiligheid.”

Niet pionieren

Bij het ontwikkelen van de opleiding Klinische Farmacologie, certificering 3, hebben de klinisch gerieters de handen ineen geslagen met de ziekenhuisapothekers. “Een mooi voorbeeld van discipline overstijgende samenwerking”, zegt ziekenhuisapotheker en klinisch Farmacoloog Walter Hermens. Hij legt



Na een positief advies van het visitatieteam heeft de opleiding Klinische Farmacologie (certificering 3) afgelopen november erkenning gekregen van de NVKFB. “Het resultaat van een disciplineoverstijgende inspanning van artsen en apothekers”, aldus een trotse opleider en klinisch geriater, Rob van Marum, en ziekenhuisapotheker Walter Hermens (opleider klinische farmacologie voor ziekenhuisapothekers).*

uit: “De NVKFB erkent drie soorten opleidingen Klinische Farmacologie. Certificering 1 (cf1) is gericht op internisten, certificering 2 (cf2) op ziekenhuisapothekers en certificering 3 (cf3) op overige groepen. Het ziekenhuis had - binnen de Ziekenhuisapotheek - al een erkenning Klinische Farmacologie cf2, met inmiddels drie klinisch farmacologen (naast Hermens zijn dat Derijks en Vermeulen Windsant, red.). Daardoor hebben de geriater, samen met ons een vliegende start kunnen maken. Er lag immers al een opleidingsplan, er was al een enthousiast team.” Van Marum: “We hebben niet hoeven pionieren.”

Aanbevelingen

In het ziekenhuis kan men nu artsen met verschillende achtergronden opleiden, zoals geriater, intensivisten en cardiologen. Maar ook externen kunnen terecht: bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en openbare apothekers. Klinische geriatrie vormt nu

nog de kern van de opleiding, constateerde ook al de visitatiecommissie. Het verleide de commissie tot de aanbeveling om op termijn het opleidingsteam te verbreden met klinisch farmacologen uit de interne geneeskunde, kindergeneeskunde en intensive care. Van Marum: “De Raad van bestuur en de Medische Staf onderschrijven dit en zoeken de oplossing onder meer in een preferentieel aannamebeleid voor toekomstig specialisten met de aantekening ‘klinische farmacoloog’.”

Met andere ogen

Buiten het JBZ zijn er in Nederland slechts drie niet-academische ziekenhuizen met de opleiding Klinische Farmacologie cf3. Met in totaal zeven klinisch farmacologen is in het JBZ veel kennis en ervaring in huis. Daarbij zorgt de wisselwerking tussen apotheek en kliniek voor een duidelijke meerwaarde, aldus Van Marum. “Beide weten we alles van medicijnen, maar we kijken er

met andere ogen naar, vanuit een ander aandachtsgebied.” Hermens: “Je kunt zeggen dat wij iets meer geneesmiddelengericht zijn en de artsen ziektegericht. Anders gezegd: wij focussen meer op de kinetiek: wat doet het lichaam met het geneesmiddel, de clinici op de dynamiek: wat doet een geneesmiddel bij de individuele patiënt.” Van Marum: “We vullen elkaar aan en dat komt ten goede aan het onderwijs, onderzoek en vooral: de patiëntveiligheid.” ●

*Nederlandse Vereniging voor Klinische Farmacologie en Biofarmacie.

Een mooi voorbeeld van disciplineoverstijgende samenwerking



Geriatr JBZ presenteert beste wetenschappelijke paper

Evidence based education

Goed wetenschappelijk onderzoek verrichten is één. Het helder presenteren van de belangrijkste bevindingen een tweede.

Geriatr Karen Keijsers, sinds medio 2013 werkzaam in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, heeft talent voor beide.

Op 8 november jl. kreeg ze de 1^e prijs voor het beste wetenschappelijke paper, tijdens het jaarlijkse congres van de NVMO, de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs.

‘De Polyfarmacie Optimalisatie Methode (POM), een effectieve methode om medisch studenten vaardig te maken in polyfarmacie’. Zo luidt de titel van het onderzoek dat Keijsers presenteerde op 8 november in Egmond aan Zee. POM (zie kader) is een stappenplan, een hulpmiddel bij het optimaliseren van ingewikkelde polyfarmacie (= gebruik van 5 of meer geneesmiddelen). Voor huisartsen heeft het instrument zich bewezen. Keijsers vroeg zich af of het ook medisch studenten helpt om beter om te gaan met polyfarmacie.

Randomised controlled trial

Voor antwoorden op haar vraag organiseerde ze een randomised controlled trial met 106 zesdejaars medisch studenten van twee medische faculteiten. “In een eerste casus”, aldus de geriatr, “moesten de studenten medicatielijsten verbeteren, zonder het gebruik van POM. Bij de tweede casus kreeg de helft van de groep hulp van de methode en de andere helft niet. Bij beide casussen ging het om echte patiëntengegevens.” Het verschil in resultaat tussen beide groepen was significant. Bij het opstellen van medicatielijsten maakten de studenten die POM gebruikten 33% meer goede beslissingen en 30% minder potentieel schadelijke keuzes, ten opzichte van de controlegroep.



In zes stappen naar veiliger voorschrijven

De POM vormt stap twee van de Structured Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP), die is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen. POM is ontwikkeld door het expertisecentrum voor farmacotherapie bij ouderen, Ephor, mede opgericht door de in het JBZ werkzame klinisch geriater Rob van Marum. POM biedt een denkstructuur, het leidt de behandelaar naar het beter voorschrijven van medicatie, via zes stappen (vragen): 1. Daadwerkelijk gebruik? 2. Bijwerkingen? 3. Onderbehandeling? 4. Overbehandeling? 5. Interacties? 6. Dosering en nierfunctie?

Evidence based education

De conclusie is dan ook glashelder: POM is een goed gewaardeerde en effectieve methode om medisch studenten polyfarmacie aan te leren. Een mooi staaltje van Evidence Based Education. “En een hoopgevend resultaat”, vindt ze. “Polyfarmacie is namelijk niet alleen complex, maar ook zeer relevant. Het aantal ouderen neemt toe en daarmee ook het aantal patiënten dat kampt met meerdere aandoeningen tegelijk. Het gebruik van veel verschillende medicijnen kan risicovol zijn, daarom is een doortimmerd farmacotherapeutische zorgplan cruciaal.” POM is goed bereikbaar voor medisch studenten. Het is opgenomen in Pscribe, een webbased e-learning programma gericht op farmacologie, waar bijna alle medisch faculteiten in Nederland en België toegang toe hebben.

Presentatietechniek

Op het NVMO-congres werd de voordracht van Keijsers beloond met de eerste prijs in de categorie Wetenschappelijke papers. Heeft haar deelname aan een workshop presentatietechnieken daar iets mee te maken? Keijsers: “Haha, dat sluit ik niet uit. Tijdens een congres in Praag heb ik zo'n workshop gevolgd en veel van het geleerde heb ik verwerkt in mijn PowerPoint-

presentatie. Voorbeelden? Gebruik geen logo's als achtergrond, dat geeft ruis; begin direct met je boodschap; plaats zo weinig mogelijk tekst op een pagina; kies niet voor bullets; als het onderwerp van een pagina 'onderzoeksdoel is', gebruik dan in plaats van dat woord een beeld, een dartpijl in de roos bijvoorbeeld... Naast farmacie is onderwijs mijn 'hobby', dus ik ken de waarde van heldere kennisoverdracht en een aantrekkelijke presentatie.”

Naast bloemen, een oorkonde en theater- en boekenbonnen kreeg Keijsers, vanwege haar uitverkiezing, het aanbod om te publiceren in een Nederlands onderwijskundig tijdschrift. ●

Onderzoek naar het gebruik nieuw antistollingsmiddel bij mensen met boezemfibril-

Binnen de vakgroep Cardiologie wordt veel onderzoek gedaan om de behandeling van patiënten met hart- en vaatziekten steeds verder te optimaliseren. Onder leiding van dr. J.W. Martijn van Eck houdt het onderzoeksteam zich bezig met veel verschillende onderzoeken van producten in verschillende fases van ontwikkeling.

Recent werd ook één van de nieuwe orale anticoagulantia (NO-ACs) –bloedverdunners- onderzocht. Men vergeleek de effecten van dit geneesmiddel met de thans gebruikte bloedverdunners (vitamine- K- antagonist, VKA) zoals acenocoumarol bij patiënten met boezemfibrilleren. Van enkele van deze nieuwe geneesmiddelen bleek het beschermend vermogen tegen bloedstolsels beter te zijn dan dat van VKAs; van andere bleek het beschermend vermogen vergelijkbaar, maar werden er minder ernstige bloedingscomplicaties gezien dan bij het gebruik van VKAs. Wegens de positieve resultaten van deze onderzoeken kan men sinds kort deze nieuwe bloedverdunners voorschrijven aan patiënten via de reguliere weg. De wetgeving vanuit de European Medicines Agency (EMA) rond nieuw ingevoerde geneesmiddelen verplicht om ook na toelating van een geneesmiddel te blijven onderzoeken hoe het product in de dagelijkse praktijk functioneert in een zogeheten PASStudy (Post Authorization Safety Studie). Ook deze onderzoeken worden door de afdeling cardiologie van het JBZ uitgevoerd en in het meest recent opgestarte onderzoek, onderzoekt men het nieuwe geneesmiddel rivaroxaban.

Boezemfibrilleren (BF) is de meest voorkomende hartritme-stoornis en een belangrijke risicofactor voor trombo-embolische gebeurtenissen zoals beroertes. Bij patiënten van >80 jaar heeft meer dan 6% AF. Deze mensen hebben een 4- tot 5-voudig verhoogd risico op een beroerte. Van 30% van alle beroerten bij deze patiënten is AF verantwoordelijk. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een AF-gerelateerde beroerte meer invaliderend is dan een niet- AF-gerelateerde beroerte. Orale anticoagulantia zijn zeer effectief in het voorkomen van beroerte(n) bij patiënten met atriumfibrilleren. Vitamine-K-antagonisten waren in de afgelopen decennia de standaardbehandeling. De behandeling met VKAs moet wel goed ingesteld worden om een beschermend effect te krijgen zonder een te hoog bloedingsrisico. De zogenaamde INR (International Normalized Ratio) moet meestal tussen de 2 en 3 moet liggen. Heeft een patiënt echter een te lage INR waarde dan loopt hij een verhoogde kans op het krijgen van een beroerte, is de INR juist te hoog, dan loopt de patiënt een verhoogd risico op bloedingen. De dosering van de VKAs moet daarom goed in de gaten gehouden worden en zo nodig ook aangepast aan de INR-waarden. De NOACs kunnen in tegenstelling

van een lleren



tot VKAs gegeven worden als vaste orale dosis van 1 of 2 tabletten per dag, ze hebben geen invloed op de INR en routinematige stollingscontrole is dus niet noodzakelijk.

Uit het ROCKET AF-onderzoek bleek dat rivaroxaban (een van de NOACs), waarvan men dagelijks 1 tablet dient te slikken, een vergelijkbaar beschermend effect te hebben tegen beroertes als VKA, maar tegelijk een lager risico op hersenbloedingen en fatale bloedingen. Zoals eerder aangegeven is dit de uitkomst van een groot internationaal onderzoek, waarbij men echter een specifieke patiëntenpopulatie heeft onderzocht en waarbij ook het innemen van de medicatie maandelijks werd besproken en gecontroleerd. In het Xantus onderzoek (Xarelto® on prevention of stroke and non-central nervous system systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation), onderzoekt men rivaroxaban onder klinische praktijkomstandigheden voor beroertepreventie bij patiënten met atriumfibrilleren en de preventie van systemische embolie (niet van het centraal zenuwstelsel). De patiënten krijgen via hun eigen apotheek rivaroxaban en zullen gedurende 1 jaar worden gevolgd. De patiënten worden regelmatig telefonisch benaderd om het veiligheidsprofiel van rivaroxaban in de klinische praktijk te onderzoeken. Gedurende de telefonische controles worden alle gegevens wat betreft de gezondheid van de patiënt gecontroleerd en worden eventuele bijwerkingen, medicatieveranderingen en andere medische gegevens verzameld. Deze gegevens worden dan doorgegeven aan een centraal computersysteem wat alle gegevens verzameld van

6.000 patiënten in Europa, waarvan ongeveer 10% afkomstig uit Nederland. De eerste resultaten van de XANTUS studie worden medio 2015 verwacht. Na afloop van dit onderzoek zal men dus weten of het geneesmiddel ook in de dagelijkse praktijk een goed alternatief is voor VKAs, zoals acenocoumarol, en kunnen meer patiënten van dit geneesmiddel gebruik maken.

Dr. J.W. Martijn van Eck, cardioloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis
Referenties ●

1. *Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, et al. Prevalence, age distribution and gender of patients with atrial fibrillation. Analysis and implications. Arch Intern Med. 1995;155:469-473.*
2. *Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991;22:983-988.*
3. *Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. Arch Intern Med 1987;147:15614.*
4. *Jørgensen HS, Nakayama H, Reith J, et al. Acute Stroke With Atrial Fibrillation. The Copenhagen Stroke Study. Stroke 1996;27:1765-1769.*
5. *Albers GW, Amarenco P, Easton JD, et al. Antithrombotic and Thrombolytic Therapy for Ischemic Stroke: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practical Guidelines (8th Edition). Chest 2008;133:630-669.*