



BULLETIN VAN DE NETHERLANDS SCHOOL OF PRIMARY CARE RESEARCH

JAARGANG 18 | NR 59 | MAART 2013

[VOLGENDE PAGINA >](#)

INHOUD

Redactioneel CaRré 59	3
Brief van de directeur	4
Jaarlijkse CaRe dag!	6
CaRe onderzoekers in de landelijke pers	8
MBTI workshop	15
Achter een ander bureau	16
Abroad	18
Gepromoveerden aan het woord	19
TOP	32
Samenwerking binnen CaRe	37
MOTAR-studie	39
Mensen en hun werk	41
Oraties	43
Dagboek van een promovendus	50
Suske en Wiskunde	52
De tand des tijds: Stellingen revisited	53
Afscheid Prof.dr. Ronald A. Knibbe	55

REDACTIECOMMISSIE

Rik Crutzen en Liesbeth van Osch, Caphri
(hoofdredacteurs)
Dóra Révész, EMGO+
Karen Schelleman-Offermans, Caphri
Malou van Greuningen, NIVEL

UITGAVE

Dit bulletin is een uitgave van de
Onderzoeksschool CaRe.

KOPIJ EN INFORMATIE

Deadline voor CaRré 60: 10 september 2013
Rachelle Capponi, CaRe
Universiteit Maastricht
Postbus 616
6200 MD Maastricht
telefoon: 043-3882446
email: Care-secretariaat@maastrichtuniversity.nl

ONTWERP EN OPMAAK

Jos Bruystens grafisch ontwerper, Maastricht

CaRré-bulletin verschijnt tweemaal per jaar en is gratis beschikbaar voor alle medewerkers van de onderzoeksschool CaRe, alsmede voor geïnteresseerde externe relaties. Het bulletin is beschikbaar op de website van de Netherlands School of Primary Care Research (CaRe)
<http://www.researchschoolcare.nl/>



Redactioneel CaRré 59



Voor u ligt een nieuwe editie van CaRré! Deze staat weer boordevol informatie over het reilen en zeilen van CaRe. Jullie inbreng hierbij wordt ontzettend gewaardeerd en blijft ook in de toekomst van harte welkom, dus blijf ons mailen met bijdragen en interessante, inspirerende ideeën! Dit kan via:

care-secretariaat@maastrichtuniversity.nl

Bij het ter perse gaan (of beter gezegd: bij de opmaak) van deze editie was er nog geen redactielid vanuit Nijmegen betrokken. Aangezien samenwerking binnen CaRe juist de raison d'être is, zijn we op zoek naar een redactielid dat werkzaam is bij het Nijmegen Centre for Evidence Based Practice (NCEBP). Kandidaten mogen zich melden op bovengenoemd e-mailadres.

Verder vindt u in deze editie ook een verslag van de jaarlijkse CaRe dag. In oktober 2012 vond deze plaats in Utrecht en was het thema "International Collabo-

ration in Primary Health Care Research". Inmiddels kunnen we ook de CaRe dag van 2013 aankondigen. Deze zal plaatsvinden op 11 juni 2013 in Maastricht. Het thema is deze keer "Challenges in health care: quality, accessibility & affordability". Het organisatiecomité bestaat uit Prof. dr. Dirk Ruwaard, Prof. dr. Onno van Schayck, Dr. Marieke Spreeuwenberg, Dr. Christel van Gool en Rachelle Capponi. Wij hopen jullie daar uiteraard in groten getale te zien.

Kijk voor meer informatie over de CaRe dag ook eens op de geheel vernieuwde CaRe website: www.research-schoolcare.nl. Deze vernieuwde website bevat een schat aan informatie, waaronder ook deze en vorige edities van het CaRré bulletin. Op die manier kunt u dus altijd 'terugbladeren' naar oudere edities. Veel leesplezier!

De redactie



Brief van de directeur

Academische vorming



Het eerste doel van een onderzoekschool is het opleiden van onderzoekers. Het tweede doel is het bevorderen van goed onderzoek. Beide staan niet los van elkaar. Een goede onderzoeker word je door te participeren in goed onderzoek. Vandaar dat een groot deel van de opleiding als onderzoeker bestaat uit 'training on the job'. Je leert door in je onderzoeksproject samen te werken met andere onderzoekers en onder begeleiding onderzoek te doen. De kwaliteit van de onderzoekslijn is van groot belang voor de ontwikkeling van jonge onderzoekers. Onderzoek wordt georganiseerd in overzichtelijke en productieve eenheden, waar onderzoekers elkaar op dagelijkse basis treffen, ervaringen delen en strategieën uitwisselen. Een collega noemde dit eens 'het koffieapparaat-model': onderzoeksgroepen functioneren optimaal als de onderzoekers elkaar op gezette tijden informeel treffen, waardoor een gezamenlijkheid in cultuur en werkwijzen ontstaat. Zo leer je van elkaar hoe om te gaan met problemen in dataverwerking, analyse van gegevens en het verwerken daarvan in een rapportage. Je leert ook hoe te reageren op reviews: wanneer is het zinvol de tekst aan de wensen van de reviewers aan te passen en wanneer kun je het beter elders proberen?

Naast training on the job bestaat de opleiding tot wetenschapper ook uit het verwerven van algemene kennis en vaardigheden. Daarbij gaat het om twee componenten. Allereerst betreft dit scholing in wetenschappelijke methodologie. Te denken valt aan statistiek en epidemiologie, maar ook aan methoden van kwalitatief onderzoek. Deze onderdelen zijn geprogrammeerd in basiscursussen die in de verschillende CaRe-instituten jaarlijks worden verzorgd.

Een tweede component is academische vorming. Hier gaat het om het verwerven van inzicht in de rol van wetenschap in de maatschappij en ontwikkelingen in de (organisatie van) de gezondheidszorg. De gezondheidszorg wordt in toenemende mate internationaal en multicultureel. Patiënten worden mondiger, maar ook ouder en kwetsbaarder. Door de toegenomen medische mogelijkheden krijgen ziekten die vroeger acuut waren een chronisch karakter. Preventie krijgt een extra dimensie door nieuwe technieken in de genetica. Deze ontwikkelingen zijn juist voor CaRe-onderzoekers relevant, aangezien zij zich richten op de bredere samenhang tussen gedrag en gezondheid en op de positie van de patiënt in zorg en samenleving. In het opleidingspakket zijn aspecten van academische vorming aanwezig in theoretische bijdragen aan cursussen, bijvoorbeeld op het gebied van wetenschapsfilosofie en ethiek. Hier zijn ze relatief weinig zichtbaar.

Het probleem van de zichtbaarheid van het onderwijs in academische vorming speelt ook in de opleiding geneeskunde. Naar het oordeel van de visitatiecommissie van de opleiding geneeskunde 2011-2012 is academische vorming relatief weinig herkenbaar in de medische curricula. De opleidingen proberen hieraan tegemoet te komen door deze aspecten te programmeren in de vorm van een leerlijn, die de verschillende elementen van academische vorming in het curriculum expliciet met elkaar verbindt.

CaRe kent een cursusonderdeel dat expliciet in het teken staat van academische vorming, namelijk de CaRedag. De CaRedag biedt de mogelijkheid aan onderzoekers om over de grenzen van de eigen discipline heen te kijken en kennis te nemen van actuele ontwik-



kelingen in de zorg. Het onderwerp van de komende CaRedag, die wordt georganiseerd in Maastricht, is kwaliteit, toegankelijkheid en financiering van zorg. De bijeenkomst is een mooie gelegenheid om kennis te nemen van actuele maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van de zorg. Zo'n CaRedag functioneert niet via het koffiezetapparaat-model, maar via het

stafel-model: tijdens de lunch en de borrel reflecteren op nieuwe verhalen met mensen die je niet dagelijks treft, maar die een gezamenlijke interesse in maatschappelijke aspecten van gezondheidszorg delen.

Guy Widdershoven



Jaarlijkse CaRe dag “International collaboration in Primary Health Care Research”



Door Malou van Greuningen, met dank aan de organisatiecommissie

Op vrijdag 5 oktober 2012 vond de jaarlijkse CaRe-onderzoeksschooldag plaats. Deze werd dit keer door het NIVEL georganiseerd in Utrecht. Het thema van de dag was: “International collaboration in Primary Health Care Research”. Op deze dag luisterden circa 80 deelnemers naar verschillende onderzoekers van de vier CaRe-instituten die vertelden over hun internationale onderzoek. Daarnaast vond natuurlijk ook de uitreiking van de CaRe-award plaats.

De dag werd geopend door Guy Widdershoven, directeur van CaRe, waarna twee plenaire sprekers aan de beurt waren om hun visie te geven op internationaal onderzoek in de eerste lijn: Jan de Maeseneer van de Universiteit Gent over uitdagingen van internationaal onderzoek en Peter Groenewegen van het NIVEL over onderzoek naar de organisatie van eerstelijns zorg en performance in internationaal perspectief.

Na een koffiepauze was het tijd voor de parallelsessies waarin onderzoekers van alle CaRe-instituten aan de beurt waren om iets te vertellen over hun internationale onderzoeken.

’s Ochtends werd een van de parallelsessies voorgezeten door Jeroen Lakerveld (EMGO+). In deze sessie vertelde Evelien van Bijnen (NIVEL) over de APRES-studie. De APRES-studie (‘Appropriateness of prescribing antibiotics in primary health care in Europe with respect to antibiotic resistance’) zal antibioticaresistentie en het voorschrijven van antibiotica in de eerste lijn in negen Europese landen onderzoeken. Vervolgens vertelde Alexandra Ziemann (CAPHRI) over haar

onderzoek over syndromic public health surveillance (waardoor bedreigingen voor de publieke gezondheid ontdekt kunnen worden) en de internationale samenwerking rondom dit onderwerp. Daarna was het de beurt aan Joreintje Mackenbach (EMGO+) om te vertellen over haar onderzoek SPOTLIGHT. Dit project heeft als doel kennis over determinanten van obesitas te vergroten en te combineren, en een evidence-based model te ontwikkelen voor effectieve geïntegreerde preventiemethodes voor volwassenen in Europa. Tot slot vertelde Myrna Keurhorst (NCEBP) over haar onderzoek waarin ze zich bezig houdt met de implementatie van screening en kortdurende interventies bij patiënten met problematisch alcoholgebruik. Naast Nederland nemen ook Engeland, Spanje, Zweden en Polen deel aan deze studie.

De andere ochtendsessie werd voorgezeten door Jozé Braspenning (NCEBP). In deze sessie vertelde Katarzyna Czabanowska (CAPHRI) over haar Europese project over de ontwikkeling van een competentie framework voor kwaliteitsverbetering van huisartsen in Europa, waarmee in kaart kan worden gebracht welke competenties en kennis huisartsen verder moeten ontwikkelen. Vervolgens vertelde Henriëtte van der Roest (EMGO+) over het IBenC project. Het doel van IBenC is het identificeren van best practices in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, door het benchmarken van kosteneffectiviteit van Europese thuiszorg. Sten Zelle (NCEBP) was vervolgens aan de beurt om te vertellen over de kosten, effecten en kosteneffectiviteit van borstkankerbestrijding in Ghana. En tot slot vertelde Willemijn Schäfer (NIVEL) over het managen van een grootschalig internationaal vergelijkend onderzoek in de eerstelijns gezondheidszorg, QUALICOPC.



Na deze interessante sessies was het tijd voor een welverdiende lunch. Maar de dag was natuurlijk nog niet voorbij. Om half 2 werd het dagprogramma vervolgd met een plenaire sessie voorgezeten door Peter Groenewegen (NIVEL). In deze sessie werd een belangrijk aspect van internationaal onderzoek belicht: hoe kom je aan geld voor het uitvoeren van het onderzoek? Leo Klomp van de subsidiedesk van VU/VUmc vertelde over 'grant possibilities: opportunity or reality'.

Vervolgens was het tijd voor de tweede ronde van parallelsessies. Christel van Gool (CAPHRI) was voorzitter van een van deze sessies. Als eerst was het de beurt aan Ineke Klinge (CAPHRI) om te vertellen over de Expert Group Innovation through Gender van de Europese Commissie die zij samen met Londa Schiebinger leidt, en met name over het project Gendered Innovations in Science, Health & Medicine and Engineering wat een samenwerkingsverband is tussen de Verenigde Staten (Stanford University) en de EU. Vervolgens vertelde Marjan Faber (NCEBP) over de meerwaarde van internationaal onderzoek aan de hand van ervaringen uit de Commonwealth Fund survey, waarvan het doel is, om op basis van ervaringen van burgers, patiënten en huisartsen, inzicht te krijgen in het functioneren van gezondheidszorgsystemen van diverse Westerse landen.

Martin Loucka (EMGO+) vertelde over de ontwikkeling van palliatieve zorg in Centraal- en Oost-Europa. Dit onderzoek is onderdeel van het EURO IMPACT project. En tenslotte vertelde Nadine Genet (NIVEL) over de meerwaarde van internationale projecten voor Nederland zelf.

De andere parallelsessie van deze middag werd voorgezeten door François Schellevis (NIVEL) en belichtte

verschillende ervaringen van onderzoekers met internationale projecten. Eerst vertelde Jeroen Lakerveld (EMGO+) over het traject van idee tot (Europees) project en dan met name over de rol van de coördinator en het projectmanagement, zoals het samenstellen van het consortium, de budgetverdeling, enzovoorts. Vervolgens vertelde Miranda Laurant (NCEBP) over de uitdagingen van een internationaal project: de elevator pitch, het consortium, het bewaken van grenzen, managen en publiceren. En tot slot vertelde John Paget (NIVEL) over de lessen uit de praktijk van twee grote EU-gesubsidieerde projecten.

Na een korte pauze volgde de laatste plenaire sessie van deze dag, voorgezeten door Peter Groenewegen (NIVEL). De dag eindigde met een quiz van Wienke Boerma en François Schellevis (NIVEL) en met de uitreiking van de CaRe-award voor het beste proefschrift – dit jaar kregen twee gepromoveerden de eerste prijs! Bij dezen willen we Jenneke Wiersma (EMGO+) en Tim Olde Hartman (NCEBP) nogmaals feliciteren!

We danken de organisatiecommissie hartelijk voor het organiseren van de CaRe-dag 2012! Maar...het blijft niet lang stil op dit gebied. De volgende CaRe-dag staat namelijk alweer gepland.

De CaRe-dag 2013 wordt georganiseerd door CAPHRI en vindt plaats op **11 juni 2013 van 09.00 tot 18.00 uur bij de Universiteit Maastricht (Aula) aan de Tongersestraat 53 in Maastricht.**

Het thema van deze dag zal zijn: "Challenges in health care: quality, accessibility & affordability".

Graag tot ziens op 11 juni aanstaande!



CaRe onderzoekers in de landelijke pers



de Volkskrant

Juf voelt klik met jongens

De Volkskrant, 07/07/2012

Vrouwelijke leerkrachten in het basisonderwijs hebben een betere relatie met jongens dan mannelijke leerkrachten. Dit blijkt uit onderzoek van Jantine Spilt, Helma Koomen en Suzanne Jak van de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit Amsterdam. In het maatschappelijk debat wordt het grote aantal vrouwelijke leerkrachten in het basisonderwijs regelmatig in verband gebracht met de tegenvallende prestaties van jongens. De onderzoekers pleiten dat het simpelweg vergroten van het aantal mannelijke leerkrachten volgens hun studie niet dé oplossing is voor de problemen van jongens in het onderwijs.

Concentratie zorg blijkt vaak nadelig voor patiënten

Nederlands Dagblad, 23/01/2013

Specialistische zorg concentreert zich steeds meer in grote ziekenhuizen en klinieken. Voor patiënten is dat vaak nadelig, blijkt uit onderzoek van het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg (met onderzoekers van het NIVEL, de Erasmus Universiteit en de Radboud Universiteit). Voor complexe ingrepen geldt dat grote gespecialiseerde ziekenhuizen meer kwaliteit leveren, maar voor minder complexe ingrepen is dit niet bewezen. Minder complexe ingrepen worden vaak uitgevoerd. Ook in kleinere ziekenhuizen. Daarentegen is wel bekend dat er voor patiënten nadelen aan kleven: een lange reistijd bijvoorbeeld, of naar verschillende ziekenhuizen moeten voor verschillende klachten.

One in four students is a problem drinker

Observant Online, 20/12/2012

Prof. Dr. Ronald Knibbe (CAPHRI) wordt in dit stuk geïnterviewd over het drinkgedrag van studenten. Knibbe is een expert op het gebied van drugs- en alcoholmisbruik. De leeftijdsgroep van 16 tot 25 jaar behoort tot de zwaarste drinkers. Het probleem is dat de hersenen zich ontwikkelen tot het 24ste of 25ste



Werknemers in de bouw zwaarder dan gemiddelde Nederlander

Bouwvakker krijgt gratis afvalcursus van de baas

Vier vragen over kinkhoest

Vooral voor baby's erg gevaarlijk



Ziek van het zitten? Neem een fietsbureau

levensjaar. Vervolgens wordt er een aantal andere wetenswaardigheden over alcohol drinken besproken. Deze verklaren ook voor een deel waarom deze jonge leeftijdsgroep vaker en meer alcohol drinkt: groepsinvloeden en het nog niet kunnen overzien van langetermijneffecten.

De Volkskrant, 05/01/2013

Uit onderzoek blijkt dat het gewicht van bouwvakkers hoger is dan het landelijk gemiddelde. Zij hebben meer kans op hart- en vaatziekten. In samenwerking met VU Medisch Centrum heeft brancheorganisatie Arbouw vijf jaar geleden 5000 bouwvakkers gevraagd deel te nemen aan het onderzoek 'Bouwen aan gezondheid' van Dr. Iris Groeneveld. Hiervan namen er 800 deel aan het onderzoek, waaruit bleek dat het gemiddeld 148 euro kost om een bouwvakker 1 kilo te laten afvallen. Tijdens het vervolgonderzoek van Susanne Tonnon zullen er tienduizend bouwvakkers boven de 40 een gratis leefstijltraining krijgen van Arbouw om overgewicht tegen te gaan.

NRC Handelsblad, 28/12/2012

Eens in de zoveel tijd duikt kinkhoest in Nederland weer heftiger de kop op. Vooral in 2012 kregen we te maken met een langdurige uitbraak. Ondanks goede vaccinatie van de Nederlandse bevolking neemt de ziekte weer toe. Onderzoekers van het NIVEL en het RIVM schreven hierover een stuk in Huisarts & Wetenschap. In NRC Handelsblad worden vier vragen over kinkhoest beantwoord: 'is kinkhoest gevaarlijk', 'wordt iedereen tegen kinkhoest ingeënt', 'waarom neemt het aantal gevallen in Nederland toe' en 'zijn er extra maatregelen nodig?'. Het is nog onduidelijk waarom de epidemie van 2012 heftiger is dan normaal en welke maatregelen zullen helpen.

Intermediair, 18/12/2012

Lang achter elkaar zitten op kantoor is een belangrijke veroorzaker van diabetes, kanker en hart- en vaatziekten. Bij het VUmc wordt momenteel een onderzoek afgerond door Jennifer Coffeng over het bevorderen van beweging tijdens het werk. Medewerkers van Delta Lloyd waren daarbij de afgelopen drie jaar proefkonijn: staand vergaderen, een tafeltennistafel en zitballen





De Kwestie Helft van de geneeskundige ggz kan uit het pakket
'CVZ-rapport zet ggz eeuw terug in tijd'



Researchers seek to identify environmental risk factors for obesity

Griepepidemie duurt zeker zes weken

Vier vragen over de griepepidemie

tot aan voetstappen op de grond om mensen naar de trap te lokken. Medio 2013 worden de eerste resultaten verwacht en de wil om meer te bewegen is er zeker. Coffeng pleit voor gezonde alternatieven, zoals sta-werkplekken, bureaus met een loopband, of zelfs duurzame hometrainer-desks (fabrikant We-bike).

Zorgvisie, 25/01/2013

De helft van de geneeskundige ggz hoort niet thuis in het verzekerde pakket, stelt het CVZ in een concept-rapport. Dit omdat ze een meer somatische achtergrond hebben, zoals dementie. Patiënten moeten zich dan aanvullend verzekeren of de zorg zelf betalen. In dit stuk komen aan aantal mensen aan het woord met uiteenlopende expertisegebieden en meningen, waaronder Prof. dr. Wim Groot, gezondheidsecounoom (CAPHRI). Hij vindt het goed dat onderzocht wordt wat de achtergrond is van ons vele zorggebruik en wat de verklaringen zijn van de snelle toename hiervan. Het is wel aan medische professionals om te beoordelen welke behandelingen in het pakket moeten blijven.

FoodNavigator, 15/10/2012

Onderzoekers van 13 organisaties verspreid over 8 Europese lidstaten zijn onlangs gestart met het SPOTLIGHT project, een gezamenlijke studie naar de rol van de fysieke en sociale omgeving bij het ontstaan van overgewicht en obesitas. Dit onderzoek wordt gecoördineerd door Dr. Jeroen Lakerveld van VUmc. De onderzoekers willen meer inzicht krijgen in het verband tussen de fysieke en sociale omgeving, het menselijk gedrag en hoe dit samenhangt met overgewicht. Bovendien onderzoeken ze hoe die verschillende onderdelen het beste kunnen worden beïnvloed zodat verdere gewichtstoename voorkomen wordt.

De Volkskrant, 18/01/2013

In de Volkskrant worden vier vragen over de huidige griepepidemie voorgelegd aan Gé Donker van het NIVEL. De huidige epidemie is een milde en is vroeger dan vorig jaar, maar vindt zoals gewoonlijk plaats tussen begin december en begin april. In deze koude maanden met lage luchtvochtigheid kan het influenza-virus beter overleven. Een gemiddelde griepgolf duurt





Fitheid voorspelt uitkomsten na chirurgie

6 tot 8 weken en in die tijd kun je gerust meerdere keren besmet worden met verschillende griepvirussen.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 07/12/2012
Een slechte lichamelijke conditie en laag activiteiten-niveau van patiënten voorspellen in belangrijke mate de uitkomst na oncologische darmchirurgie, melden onderzoeker Jaap Dronkers en collega's (EMGO+). Zij onderzochten daarom of er verband was tussen deze factoren en enkele postoperatieve uitkomsten, zoals de mortaliteit en de duur van de ziekenhuisopname. Voor het onderzoek verzamelden zij gegevens van 169 patiënten van 60 jaar en ouder die in de periode 2006-2009 oncologische darmchirurgie ondergingen. Vergeleken met conventionele risicofactoren (leeftijd, hart- en vaatziekten) verklaarden de conditie en het activiteiten-niveau veel van de variantie bij de voorspellingen.

Eerst de huisarts, dan de spoedeisende hulp

Leeuwarder Courant, 30/01/2013
Ruim de helft van alle bezoekers van de spoedeisende hulp komen daar op eigen initiatief en vaak onterecht. Deze cijfers bracht het NIVEL onlangs naar buiten. Veel van deze bezoekers hadden met hun klacht bij de huisarts moeten zijn. Soms is het voor patiënten niet duidelijk waar ze bij welke klacht naartoe moeten; bij twijfel kiezen ze voor het ziekenhuis. Het voorkomen van deze zelfverwijzingen kan op verschillende manieren: terugsturen naar de huisartsenpost of de onterechte zelfverwijzers laten meebetalen. Volgens het NIVEL is dit niet wenselijk, omdat mensen die wel spoedeisende hulp nodig hebben ook afgeschrikt kunnen worden door deze 'boete'.



Oefentherapie helpt bij knieartrose

Noordhollands Dagblad, 29/11/2012
Oefentherapie helpt voor mensen met knieartrose. Maar het maakt weinig verschil of die patiënten alleen spierversterkende oefeningen doen, of ook therapie doen gericht op stabiliteit. Dat blijkt uit het STABILO-onderzoek van Reade/VUmc. Onderzoeker / fysiotherapeut Jesper Knoop liet 159 kniepatiënten uit Noord-Holland trainen met twee verschillende pakketten oefeningen: spierversterking alleen vs. gecombineerd met stabiliteit. Beide pakketten zorgden voor 30-40% afname van de klachten, en waren zelfs bij de ernstigere klachten zinvol. Reade start dit jaar met een nieuw



**Huisarts en bedrijfsarts werken langs elkaar heen**

onderzoek, waarbij gekeken wordt of deze patiënten ook baat kunnen hebben bij oefentherapie.

De Volkskrant, 08/01/2013

Bedrijfsartsen en huisartsen werken slecht samen. Wederzijds gebrek aan vertrouwen is een belangrijke oorzaak. Dat blijkt uit een studie van het NIVEL, in opdracht van het ministerie van VWS. De huisarts zou in zijn behandelplan en diagnose te weinig rekening houden met de arbeidsomstandigheden van de patiënt, terwijl de bedrijfsarts te weinig buiten de werkvloer kijkt. 'Of zij winnen, of wij winnen', zegt een huisarts die in het onderzoek anoniem wordt geciteerd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG, zegt de knelpunten te herkennen, maar wil niet nader ingaan op het wantrouwen. 'We zijn al jaren bezig deze situatie te verbeteren.'

Limburgs Dagblad, 05/02/2012

Hoewel algemeen wordt aangenomen dat het leven in kleinschalige woongroepen goed is voor mensen met dementie, ontbreekt daarvoor nog steeds het harde bewijs. Ook onderzoekster en verpleeghuisdirecteur Jetje de Rooij, die recentelijk bij de Maastrichtse hoogleraar Jos Schols (CAPHRI) op dit onderwerp promoveerde, vond daarvoor geen overtuigende wetenschappelijke resultaten. Het blijft slechts bij indicaties. Er werd wel een positief effect bij familieleden, mantelzorgers en personeel gevonden, ze zijn meer betrokken. Maar voor sommige patiënten is de structuur in een meer traditioneel verpleeghuis juist goed. Daarom moet er gestreefd worden naar een goede mix van woonvormen en -omgevingen. Wat past er het beste bij de betreffende bewoner?

Quest, 22/05/2012

Er zijn twee revalidatie strategieën voor patiënten na een lumbale hernia operatie. In sommige ziekenhuizen vindt revalidatie alleen plaats in het ziekenhuis, die stopt als men het ziekenhuis verlaat. Als er na 6 weken nog klachten zijn, volgt vaak alsnog een verwijzing voor oefentherapie. Er zijn echter ook ziekenhuizen die direct na ontslag wel oefentherapie voorschrijven. Er zijn aanwijzingen dat voortzetting van de revalidatie binnen de eerste 6 weken effectief is en leidt tot sneller



Limburgs Dagblad
Limburgs Dagblad

Onderzoek: kleinschalig wonen niet per se beter voor patiënt

Quest
brainainment

Rug met rust laten of niet? - Onderzoek in 1 minuut

Wetenschap²⁴

Stress en kanker


Zorg om armere patiënt

herstel. In de 'Rehabilitation after lumbar disc surgery' (REALISE) studie onderzoeken Teddy Oosterhuis en haar collega's (EMGO+) de kosteneffectiviteit van deze twee strategieën door middel van een RCT.

Nu.nl, 29/11/2012

Veertig procent van de Nederlanders vindt dat de premie van mensen met een ongezonde leefstijl omhoog moet kunnen. "Bij een ongezonde leefstijl moet je denken aan roken en te zwaar zijn", legt NIVEL-onderzoeker Joke Korevaar uit. Preventieprogramma's om deze ongezonde leefstijl tegen te gaan bereiken echter maar een beperkte groep mensen, terwijl preventie een grote bijdrage zou kunnen leveren aan de gezondheid van de gemiddelde Nederlander. Dit komt doordat effecten van deze programma's pas op lange termijn te zien zijn. "Mensen kunnen hun leefstijl lastig veranderen zonder de steun van zorgverleners, verzekeraars, de overheid en draagvlak in de samenleving."

Hoe? Zo! Radio interview, 15/12/2012

Hoogleraar Irma Verdonck – de Leeuw leidt de onderzoeksgroep "Samen leven met kanker" (bijzondere leerstoel mogelijk gemaakt door Alpe d'huZes). Een belangrijke doelstelling is het direct vertalen van onderzoeksresultaten naar de praktijk om de zorg voor patiënten met kanker en hun dierbaren te verbeteren. De link tussen kanker en stress wordt steeds vaker genoemd, maar er is nog geen consensus, omdat zowel kanker als stress complexe fenomenen zijn. Mogelijke verklaringen zijn een verzwakt immuunsysteem en het metabool syndroom. Dit laatste is een verzameling van risicofactoren, zoals hoge bloeddruk, buikvet en ongunstige cholesterolwaarden. Daarnaast zijn er genetische factoren die zowel het krijgen van kanker als stressbestendigheid beïnvloeden.

Spits, 18/12/2012

Volgens onderzoek van het NIVEL ziet 54 procent van de mensen door het eigen risico 'belemmeringen om van noodzakelijke zorg gebruik te maken'. De huisarts wordt daarbij veruit het meest genoemd, ook al valt die niet onder het eigen risico. In deze groep heeft 78 procent van de mensen een laag netto maandinkomen en/of een matige tot slechte gezondheid. Negen





de Volkskrant

De Tweeling is niet zo identiek



Kwart
verpleegkundigen
denkt pensioen te
halen

procent zegt in 2012 minder gebruik van de huisarts te hebben gemaakt vanwege het eigen risico. „We denken dat veel mensen niet weten dat de huisarts niet onder eigen risico valt, of ze zijn misschien bang te worden doorgestuurd naar een specialist,” volgens onderzoeker Margreet Reitsma.

De Volkskrant, 02/02/2013

Het Nederlands Tweelingen Register (NTR) is opgericht door Dorret Boomsma, hoogleraar biologische psychologie aan de Vrije Universiteit. In het register staan 175.000 personen. Tweelingenonderzoek wordt veel gebruikt in erfelijkheidsonderzoek door eeneiige en twee-eiige tweelingen te vergelijken. Ook bij identieke tweelingen vinden er echter subtiele veranderingen plaats in het erfelijk materiaal al vóór de geboorte en ook tijdens het leven. Sinds vorig jaar is een deel van het DNA bij het NTR onderzocht om zulke genmutaties vast te stellen. Er zijn zelfs plannen om het DNA van tweelingen volledig te scannen om te bekijken welke veranderingen voorafgaan aan ziekten.

Metro, 19/11/2012

Niet meer dan een op de vier verpleegkundigen denkt door te kunnen werken tot aan zijn pensioen. 43 procent verwacht het pensioen niet te halen in het huidige werk, de rest weet het nog niet. Dat blijkt uit onderzoek van het NIVEL. De voornaamste redenen voor het stoppen met werken zijn ontevredenheid met het werk en een te hoge werkdruk. Onder de verzorgenden ligt het percentage nog iets hoger: ruim de helft geeft aan niet door te werken tot hun pensionering.



Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) workshop (13 november 2012)



Door: Dóra Révész (Promovendus Afdeling Psychiatrie, GGZ inGeest / VU Medisch Centrum, EMGO+)

De naam zegt mensen misschien niet veel, maar het is het meest gebruikte persoonlijkheidsinstrument ter wereld. Op 13 november 2012 kwamen er ongeveer 20 deelnemers bijeen voor deze workshop, georganiseerd door Jong VUmc. Het waren medewerkers met zeer uiteenlopende achtergronden: managers, onderzoekers, secretaresses en artsen. Al met al zaten er vele professionals die meer wilden weten over hun eigen persoonlijkheid, maar ook over de interacties met andere mensen, zowel binnen als buiten hun werk.



De Myers-Briggs Type Indicator® (MBTI®) is wereldwijd erkend als een zeer krachtig en gebruiksvriendelijk instrument voor persoonlijke ontwikkeling en meer zelfinzicht. De MBTI beschrijft op een positieve en constructieve manier verschillen tussen mensen en is hiermee een van de meest populaire persoonlijkheidsinstrumenten ter wereld. Het is gebaseerd op de psychologische theorie van Carl Jung. Katharina Cook Briggs en haar dochter Isabel Briggs Myers hebben de theorie van Jung echter toegankelijk gemaakt. Op basis van de bijbehorende vragenlijst en een persoonlijk feedbackgesprek met een gecertificeerde MBTI trainer wordt je type vastgesteld. De vragenlijst geeft de onderstaande basisvoorkeuren weer die verschillen per individu. De diverse combinaties van deze voorkeuren resulteren in 16 'persoonlijkheidstypes'.

1. Extraversion vs. Introversion: Waar put je energie uit en waar richt je je aandacht het liefst op?
2. Sensing vs. Intuition: Hoe neem je het liefst informatie op?
3. Thinking vs. Feeling: Hoe neem je beslissingen?
4. Judging vs. Perceiving: Hoe ga je om met de buitenwereld?

Van tevoren hadden we allemaal deze vragenlijst online ingevuld. Pas aan het einde van de cursus werd er bekend gemaakt wat voor type je was op basis van je antwoorden. Gedurende de workshop werden de deelnemers uitgedaagd met voorbeeldsituaties: hoe zouden ze reageren, hoe zouden ze het aanpakken en hoe zou hun gedachtegang verlopen? Terwijl we als 20 individuen de zaal inliepen, ontstond er gaandeweg een open discussie over gedachten en persoonlijke kanten waar je zelfs met collega's vaak niet over praat. Tijdens de workshop hadden we allemaal geschat wat voor persoonlijkheidstypes we zijn, terwijl we nog niet wisten wat de uitslagen waren van de vragenlijst. Terwijl sommigen heel consistent waren, werden anderen verrast door het verschil tussen hun eigen inschatting en de uitslag van de vragenlijst.

Door de verschillen tussen persoonlijkheidstypes te zien zijn teams en individuen beter in staat om effectiever samen te werken, de communicatie te verbeteren en conflicten te verminderen. Er kunnen gemakkelijk irritaties ontstaan door miscommunicatie: wat de één opvat als 'efficiënt en geordend' zal de ander wellicht zien als 'rigide en benauwend'. Dit was een eye-opener voor mij.

Meer informatie kun je vinden op de website van OPP®, Internationaal adviesbureau op het gebied van Human Resources (<http://www.opp.eu.com/nl>).

Achter een ander bureau - Geert Rutten



In mijn eerste jaar als fysiotherapeut, we hebben het nu over 1984, begon ik al te twijfelen of ik dat de rest van mijn leven zou blijven doen. Na verschillende nascholingen kwam ik er door de modules 'Scholing in Wetenschap' van het Nederlands Paramedisch Instituut achter dat dat de toevoeging was die ik zocht. Wetenschappelijk onderzoek doen, dat ging het worden. Aangezien het beroep fysiotherapeut zich meer en meer ontwikkelde in de richting van (beweeg)gedragsverandering ben ik Gezondheidsbevordering gaan studeren in Maastricht. Na deze studie kreeg ik al snel een baan als onderzoeker bij IQhealthcare aan de Radboud Universiteit Nijmegen. IQhealthcare richt zich op de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg. De projecten die ik daar deed betroffen de kwaliteit van de fysio- en manueeltherapeutische zorg bij patiënten met specifieke lage rugpijn en nekpijn. Mijn eerste projecten betroffen het ontwikkelen en testen van kwaliteitsindicatoren, en het ontwikkelen en implementeren van een fysiotherapeutisch EPD. Het feit dat ik dit combineerde met 2-3 dagen werken in de praktijk had zijn voordelen. Ten eerste kende ik de ins en outs van het praktijkveld waarin ik onderzoek deed. Ten tweede keken practici die aan onderzoek deelnamen minder tegen je aan als 'daar heb je er weer zo een die het achter zijn bureau heeft zitten bedenken'. Het maakte het ook makkelijker om hun kritische vragen te begrijpen en beantwoorden.

Bij IQhealthcare ben ik ook met mijn promotietraject gestart. Dat betrof de systematische ontwikkeling en pilottest van een theorie gebaseerde interventie ter bevordering van de implementatie van de fysio en manueeltherapeutische evidence based richtlijnen voor

lage rugpijn. Echter, na 3 jaar was daar het spook van de flexwet en had ik het geluk te kunnen starten bij de afdeling Gezondheidsbevordering in Maastricht. Hier houd ik me nu bezig met het monitoren van de implementatie van de BeweegKuur, een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met overgewicht en obesitas. Wel een omschakeling van de lage rugpijn naar deze doelgroep. Wat erg leuk is dat ook in de BeweegKuur de fysiotherapie een duidelijke rol heeft. We volgen deelnemers die zijn ingedeeld in pakket 1 en 2, er is ook nog een pakket 3, gedurende het jaar dat

ze deelnemen aan de BeweegKuur en in het jaar na de BeweegKuur. Deelnemers krijgen in de loop van die 2 jaar 4 vragenlijsten waarin vooral wordt gevraagd naar de invulling door de verschillende bij de BeweegKuur betrokken (zorg) professionals en naar de zelfstandige beweegactiviteit waarmee ze in de

loop van het traject moeten starten. Verder proberen we zicht te krijgen op een aantal uitkomsten zoals op hun beweeg- en eetgedrag, de BMI en de buikomvang en op een aantal determinanten van en hun motivatie tot gezonder eten en meer bewegen. Bij de afdeling heb ik de ruimte gekregen om mijn promotie af te ronden, dus inmiddels heb ik de handen meer vrij om me verder te oriënteren op nieuwe onderzoeksonderwerpen en projecten. Dit heeft geresulteerd in een onderzoek naar het voorkómen van blessures en vallen bij mensen met overgewicht en obesitas. Ik combineer dit werk nog steeds met 2 dagen praktijkwerk. Met de kennis opgedaan in het BeweegKuur onderzoek help ik nu een collega bij het opzetten van een leefstijlinterventie voor mensen met diabetes mellitus type 2. De combinatie van onderzoek en praktijk

DAAR HEB JE ER
WEER ZO EEN DIE HET
ACHTER ZIJN BUREAU
HEEFT ZITTEN
BEDENKEN'



is leuk, maar de toegenomen eisen in de praktijk met kwaliteitsregistratieplicht, HKZ certificering, Plus-audits van verzekeraars en een forse toename van de administratieve belasting in de zin van dossiervorming maken het niet makkelijk. In de praktijk is het leuk om het werkelijke probleem van de patiënt boven water te krijgen, dat vaak in het bewegingsapparaat zit, maar ook regelmatig een hele andere achtergrond heeft, en

dan samen tot een goede aanpak te komen. In het onderzoekswerk vind ik meer uitdaging in de veelzijdigheid van het uitvoeren van onderzoek, het contact met (buitenlandse) collega's, het opdoen van nieuwe ideeën en daar dan weer onderzoek naar te doen, het geven van onderwijs en het begeleiden van collega's in hun onderzoek. Al met al hoop ik daar toch nog een tijdje mee door te kunnen gaan.



Abroad



Door Karen van Leeuwen

Na nu alweer een maand in Canterbury (UK) te zitten, valt me vooral op hoe snel alles went en je in een praktische routine belandt. Hoewel sommige Britse gewoonten en mensen blijven verbazen, wordt alles vlug normaal; de dagelijkse boswandelingen naar de uni, data-analyses met enorme datasets en artikelen schrijven op werk, lunchen met collega's en 's avonds sporten, x-factor kijken of Skypen met het thuisfront. Ook de weekendjes Londen en omgeving Kent voelen al als doorsnee tijdverdrijf. Blijkbaar zijn we goed getraind om ons aan te kunnen passen aan de omgeving en de initiële chaos in je hoofd te kunnen labelen en categoriseren. Mijn gedachten zijn inmiddels al gevuld met kreten als 'oh dear', 'lovely', en 'holy cow'. Hoewel er in de eerste weken een hoger dan gemiddeld 'arousal'-gehalte waar te nemen was ('waar is nou dat ene gebouw op de campus waar ik moet zijn?' 'wie weet hoe deze printer werkt?', 'is halve twelven nu eigenlijk half 1?' 'bedoelt m'n landlady serieus dat ik ook elke ochtend moet afwassen?', 'hebben ze hier geen rainradar and 9292ov?' 'wat is het Engelse woord voor droogmolen?') wordt het naarmate de tijd vordert vanzelf rustiger. Het helpt ook de wanorde te verminderen door mensen in stereotypes in te delen (niet zo moeilijk in Engeland; je hebt de traditionele 'stiff upper lips', de 'hipster Londoners' met snor, de 'short skirts - high heels - binge-drinkers' en de 'Responsible Resear-



chers'), door andere simpelweg te imiteren (theezakjes laat je minstens een uur zwemmen), de domme blonde buitenlander te spelen (ow, I didn't know you had to wait in line), het nationale motto te adopteren ('keep calm and carry on') of gewoon maar de instructies van je landlady op te volgen ('don't forget to close the curtains at night'). Right. En nu maar zorgen dat ik niet op tijd terugkeer voordat ik blut en vetzig ben en al die Britse gewoonten te diep zijn gaan wortelen.

Gepromoveerden aan het woord



DUURZAAMHEID VAN WIJKGERICHTE GEZONDHEIDSBEVORDERING

Naam: **Anita Vermeer**
Datum gepromoveerd: **24 januari 2013**
Verbonden aan instituut: **Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg (GGD & UM)**

www.academischewerkplaatslimburg.nl

Titel proefschrift: **Duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering. Een praktijkgericht onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op duurzaamheid van Zuid-Limburgse wijkgerichte gezondheidsbevordering.**

Promotor: **Prof. dr. Nanne K. de Vries**

Co-promotor: **dr. Patricia van Assema**

Mijn toekomst ligt niet in de wetenschap

“Mijn toekomst ligt niet in het wetenschappelijk onderzoek” dit zei ik letterlijk toen ik 2003 klaar was

met mijn scriptie ter afronding van de studie gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting gezondheidsbevordering. Ik was vastbesloten dat ik de praktijk in wilde. Werken bij de GGD was mijn ambitie. En zo gebeurde het ook. In 2004 ben ik begonnen bij de GGD in Zuid-Limburg en ik werk er nog steeds. Het organiseren van community-programma's in Heerlense achterstandswijken was mijn hoofdtaak. In gesprek met wijkbewoners en professionals in de wijk, achterhalen welke gezondheidsproblemen zij ervaren en welke oplossingen verbetering kunnen brengen, en dat dan organiseren. In eerste instantie merkte ik dat ik weinig terug kon vallen op de theorie die ik me eigen had gemaakt tijdens mijn studie. Ik kwam mezelf vooral tegen in het praktische kant van het vak: Hoe krijg je draagvlak voor het thema gezondheid? Hoe organiseer je een samenwerking? Hoe zorg je voor goede PR? En hoe ga je om met de financier? En dan had ik weinig steun aan het ASE-model van gedragsverandering. Het was vallen en opstaan. Maar ontzettend leuk werk! Gaandeweg kreeg ik ook weer ruimte voor de theoretische kant van deze programma's. Ik merkte dat we veel theoretische principes die achter de community-werkwijze liggen relatief goed voor elkaar hadden. We hanteerden een gestructureerde werkwijze, organiseerden een brede intersectorale samenwerking, zorgden voor bewonersparticipatie. Alleen gaandeweg bleef een aspect toch lastig te realiseren: duurzaamheid. “Hoe krijgen dit soort programma's een vaste plek in de wijk?”. Op dit moment kwam voor mij de mogelijkheid om dit te onderzoeken vanuit de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, een samenwerking tussen de Universiteit, de GGD en de Zuid-Limburgse gemeenten om onderzoek, beleid en praktijk dichter bij elkaar te brengen. En zo kwam ik via een omweg toch weer in het wetenschappelijk onderzoek terecht!



Leiderschap

Wijkgerichte gezondheidsbevordering is een uitwerking van de community werkwijze. In deze werkwijze staat de samenwerking met professionals en bewoners in de wijk centraal. Als gezondheidsbevorderaar organiseer je deze samenwerking en stimuleer je dat er interventies worden georganiseerd die de gezondheid van burger bevorderen. Je implementeert een mix van interventies, om het probleem op diverse niveaus aan te pakken. Deze methode wordt met name in achterstandswijken ingezet, omdat hier de meeste gezondheidswinst te behalen is. Door financiers wordt vaak gedacht dat je dit soort programma's een aantal jaar organiseert en dat "de wijk" het vervolgens overneemt. De praktijk leert echter dat dit gemakkelijker gezegd dan gedaan is. Bovendien is het de vraag of het wenselijk is. Mijn onderzoek toonde aan dat leiderschap een zeer belangrijke rol speelt in het verduurzamen van de programma's. Ten eerste moet de rol van de kartrekkers (vaak afkomstig van de GGD) anders. Zij moeten zich minder dienstbaar, en juist veel meer als onderhandelaar opstellen, tussen de verschillende belangen van de samenwerkingspartner. Zij moeten op zoek gaan naar creatieve oplossingen die de verschillende belangen tegemoet komen. Daarnaast moeten zij toegang hebben tot diverse niveaus van de organisatie en moeten zij als "program champion" het programma promoten zodat er financiële middelen worden vrijgemaakt, iets wat ook nog te weinig gebeurt. Dit kan bijvoorbeeld door veel vaker grote en kleine effecten zichtbaar te maken. Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat de kartrekker zich niet terug kan trekken op een bepaald moment en het programma dan kan overdragen aan de wijk. Er zal altijd een kartrekker nodig blijven om de dagelijkse gang van zaken te blijven stimuleren, motiveren en te organiseren. Als laatste bleek dat de programma's, ondanks de goede bedoelingen, de bewonersparticipatie niet goed voor elkaar hebben. De programma's sluiten onvoldoende aan op de behoeften van de wijk. Ook hierin speelt de kartrekker een belangrijke rol.

Kortom, uit mijn onderzoek blijkt voor het organiseren en implementeren van duurzame gezondheidsbevorderende programma's meer nodig is dan kennis

over gedragsveranderings- en planningsmodellen.

Met name de leiderschapsvaardigheden blijken erg belangrijk te zijn. Gezondheidsbevorderaars moeten veel meer vaardigheden opdoen die te maken hebben met (verander)management en coalitievorming en beleidsontwikkeling. En als deze competenties niet allemaal in een persoon te verenigen zijn, dan zal de kartrekkende organisatie ervoor moeten zorgen dat de kartrekkersrol wordt verspreid over verschillende mensen met diverse competenties.

Op 31 oktober 2012 promoveerde CECILE UTENS aan de Universiteit Maastricht op het proefschrift getiteld: "Hospital-at-home for COPD exacerbations – evaluation of a community-based early assisted discharge scheme". Promotoren waren prof. dr. Onno van Schayck van de Universiteit Maastricht en prof. dr. Maureen Rutten-van Mólken van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Copromotor was dr. Frank Smeenk, longarts, van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven. Gedurende het promotieonderzoek was Cecile verbonden aan datzelfde Catharina Ziekenhuis.

Mijn promotie en hoe het begon

Het is al weer een paar maanden geleden, maar ik denk er nog heel vaak aan. Het cliché dat het de mooiste dag van je leven zou zijn bleek voor mij waar te zijn. Het begon allemaal in 2007. Ik had na 2 jaar deeltijd studie mijn Master Gezondheidswetenschappen op zak en werkte full-time als verpleegkundige op de longafdeling van het Catharina Ziekenhuis. Omdat daar ook wat wetenschappelijk onderzoek plaatsvond, heb ik de stoute schoenen aangetrokken en Frank Smeenk, mijn latere copromotor, gevraagd of er niks met onderzoek mogelijk was. Toevallig was het ziekenhuis benaderd voor deelname aan een door ZonMw gesubsidieerde trial naar begeleid vervroegd ontslag en wilde daar wel aan deelnemen. Voorwaarde: ik zou de onderzoeker worden. Een "sollicitatie" gesprek met toekomstige promotor





Onno van Schayck volgde en ik werd onderzoeker voor de GO AHEAD studie.

In de GO AHEAD studie is begeleid vervroegd ontslag voor COPD exacerbaties onderzocht. Patiënten die opgenomen werden in het ziekenhuis wegens een COPD exacerbatie werden gerandomiseerd in of de controlegroep, die gewoon 7 dagen in het ziekenhuis werd behandeld, of de interventiegroep, die na 3 dagen met vervroegd ontslag ging en thuis verder werd behandeld en bezoek kreeg van de thuiszorgverpleegkundige. Het klinische deel, waar ik voor verantwoordelijk was, bestond uit een evaluatie van de effectiviteit en de effecten op de tevredenheid en voorkeuren van patiënten en mantelzorgers. Het institute for Medical Technology Assessment van de Erasmus Universiteit Rotterdam verzorgde de economische evaluatie. Mijn collega-promovendus is 18 januari o.a. daarop gepromoveerd.

De belangrijkste bevindingen van mijn proefschrift zijn:

- 1 Tussen begeleid vervroegd ontslag en reguliere ziekenhuiszorg voor COPD exacerbaties zijn geen verschillen in effectiviteit en kosteneffectiviteit.
- 2 Veel patiënten en mantelzorgers geven de voorkeur aan begeleid vervroegd ontslag als behandelvorm.
- 3 Als er geen verschillen zijn in effectiviteit en kosteneffectiviteit: geef patiënten de keuze.

Mijn leukste ervaringen

Zoals bij veel promotietrajecten het geval is, was ook het mijne er een van ups en downs. Het leukste aan onderzoek doen vind ik het uitdiepen van het onderwerp, literatuur lezen, data analyseren en schrijven. Heerlijk om alles wat je weet en ontdekt hebt op te schrijven. Unieke ervaring vond ik ook het werkbezoek dat ik aan Engeland en Schotland heb gebracht. Hospital-at-home is iets dat daar bedacht is en geïmplementeerd. Ik wilde met eigen ogen zien hoe het daar opgezet is en in de praktijk werkt. Ontzettend leerzaam om een aantal dagen mee te draaien met de longverpleegkundigen die patiënten zien in het ziekenhuis en in de thuissituatie. Ik liep al langer met het idee om een vergelijking te maken tussen Nederland en Engeland, en dit bezoek en de antwoorden op vragen die ik nooit in de literatuur zou hebben

gevonden heeft dat idee verder vormgegeven. Inmiddels heeft dat al tot een publicatie geleid.

Ik kan het iedereen aanraden die een “praktisch” onderwerp heeft. Ga kijken hoe het werkt, het verrijkt en verruimt je wetenschappelijke blik. De dagelijkse praktijk is namelijk héél anders dan je misschien denkt.

Stellingen

Een stelling had ik al heel lang in mijn hoofd en dat is de volgende:

De introductie van de elektrische fiets heeft de natuurlijke en biologische hiërarchie op de Nederlandse wegen verstoord.

Begrijp me niet verkeerd, ik ben een voorstander van de elektrische fiets. Het biedt mensen die anders niet meer goed zouden kunnen fietsen de mogelijkheid dit toch nog te doen. Ze zijn mobiel, actief, dat juich ik toe. Maar ik denk dat velen ook de ervaring hebben dat als je met de fiets bij een rood stoplicht staan en bij groen wegfietst je eruit getrokken wordt door iemand van wie je op basis van leeftijd en postuur verwacht dat die niet sneller weg zullen fietsen (en dat is geen vooroordeel, maar gewoon biologisch en natuurlijk). Of je hebt wind tegen en je hangt echt op je pedalen en wordt ingehaald door, juist iemand op een elektrische fiets. Bergje op? Idem dito. Wat ik met een knipoog wilde zeggen met deze stelling is dat de elektrische fiets misschien niet altijd ingezet wordt als middel om “gewoon” nog mee te kunnen doen.



Op 3 oktober 2012 promoveerde ELINE SMIT aan de Universiteit Maastricht op het proefschrift getiteld ‘Motivating smokers



**to quit. Effectiveness and feasibility of a web-based multiple tailored smoking cessation programme and tailored counselling by practice nurses'. Promotor was Prof. Dr. Hein de Vries. Co-promotor was Dr. Ciska Hoving.**

Al sinds ik begon aan mijn studie Gezondheidswetenschappen ben ik gefascineerd door het fenomeen gedragsverandering: waarom geven veel mensen aan zich wel gezonder te willen gaan gedragen, maar doen ze dit uiteindelijk meestal niet? Toen ik na het afronden van mijn masteropleiding attent werd gemaakt op een vacature voor een promovendus bij de vakgroep Gezondheidsbevordering aarzelde ik dan ook niet lang met het schrijven van een brief. Inmiddels zijn we 5 jaar verder en ben ik gepromoveerd en werkzaam als postdoc onderzoeker op een beurs die ik gekregen heb van onderzoeksschool CAPHRI om te werken aan de opzet van een eigen onderzoekslijn.

Het proefschrift

Ondanks het feit dat jaarlijks 5.4 miljoen mensen overlijden aan de gevolgen van roken, roken er wereldwijd nog altijd meer dan één miljard mensen. Om het aantal mensen dat lijdt aan roken gerelateerde ziekten en om het aantal aan roken gerelateerde doden te verminderen, zijn effectieve stoppen-met-roken programma's onmisbaar. Terwijl een kort stopadvies door de huisarts een effectieve methode is om rokers te helpen bij het stoppen, rapporteren huisartsen een gebrek aan tijd om al hun rokende patiënten van zo'n advies te voorzien. Een andere effectieve methode om rokers te helpen bij het stoppen is online advies-op-maat. Tijdens mijn promotieonderzoek heb ik onderzocht of de integratie van online advies-op-maat in de huisartsenpraktijk een (kosten-)effectieve oplossing kan zijn voor het gebrek aan tijd van de huisarts.

De resultaten lieten zien dat online advies-op-maat effectief kan zijn als ook kosteneffectief. In totaal gaf 31% van de mensen in de groep die online advies-op-maat kreeg na zes maanden aan dat zij gestopt

waren met roken, ten opzichte van 23% van de mensen die advies-op-maat en counseling kregen en 19% van de mensen die gebruikelijke zorg ontvingen. Het combineren van het online advies-op-maat met een counseling gesprek met een praktijkondersteuner was vergeleken met de gebruikelijke zorg niet effectief en ook niet kosteneffectief: het leverde wel extra kosten, maar geen extra stoppers op.

De praktijkondersteuners zelf vonden het online advies-op-maat een goede aanvulling op bestaande stoppen-met-roken hulpmiddelen. Verder bleek dat de huisartsenpraktijk vergeleken met een massa mediale aanpak een goede manier is om laag opgeleide rokers te bereiken, een normaal gesproken moeilijk bereikbare groep.

'VARIETY IS THE SPICE OF LIFE'

Mooie herinneringen

Eerlijk is eerlijk: de reisjes die je als promovendus mag maken, maken het werk er niet onaantrekkelijker op. Zo heb ik congressen mogen bezoeken in onder andere Rome, Antalya en Praag en ben ik in 2010 drie maanden op studiereis geweest naar het Verenigd Koninkrijk. Dit zijn allen natuurlijk leuke plaatsen om te bezoeken, maar ook inhoudelijk hebben deze reisjes altijd veel inspiratie opgeleverd. Het zien en spreken van onderzoekers die zich met vergelijkbaar onderzoek bezig houden zorgde er iedere keer weer voor dat ik nóg gemotiveerder terugkwam. De laatste stelling die ik heb opgenomen in mijn proefschrift luidt dan ook: 'Variety is the spice of life'.

En nu?

Ik ben nog steeds werkzaam bij de vakgroep Gezondheidsbevordering, maar nu als postdoc onderzoeker. Van onderzoeksschool CAPHRI heb ik een beurs gekregen om gedurende twee jaar te werken aan de opzet van een eigen onderzoekslijn. Ik ben daarom volop bezig met het opzetten van nieuw onderzoek, het analyseren van data verkregen tijdens mijn promotieonderzoek en het schrijven van artikelen en onderzoeksvoorstellen. Ik kijk ernaar uit nog een tijdje in Maastricht te kunnen blijven werken!





Op 2 oktober promoveerde EVA POTHARST-SIRAG (VU/EMGO⁺) op het proefschrift “Pre-term born children at the age of 5.

***A broad perspective on development, disabilities and risk factors*”. Promotoren: Prof. B.F. Last en Prof. J.H. Kok. Co-promotoren: A.G. van Wassenauer, PhD; B.A. Houtzager, PhD.**

Ruim een op de drie van de zeer vroeg geboren kinderen heeft op 5-jarige leeftijd serieuze ontwikkelingsproblemen tegenover slechts een op de veertien van de op tijd geborenen. Het gaat dan bijvoorbeeld om spasticiteit, een verstandelijke beperking, traag in het verwerken van informatie of belemmerende gedragsproblemen zoals hyperactiviteit. Dat blijkt uit het promotieonderzoek van Eva Potharst die de gevolgen van ernstige vroeggeboorte voor het kind en de ouders in kaart bracht. Het onderzoek was een samenwerking tussen de VU/EMGO⁺ en het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam.

Het proefschrift

Motorische en neurologische problemen komen bij te vroeg geboren kinderen significant vaker voor dan bij op tijd geboren kinderen, onafhankelijk van het opleidingsniveau van de ouders. Maar een lage intelligentie of gedragsproblemen komen substantieel vaker voor bij een combinatie van vroeggeboorte en een laag opleidingsniveau van de ouders. Gedragsproblemen komen minder vaak voor als ouders weinig stress hebben en als de moeder het kind niet als erg kwetsbaar beschouwt. Sommige ouders van te vroeg geboren kinderen blijken hun kind als kwetsbaar te blijven ervaren. Moeders ondersteunen hun te vroeg geboren kinderen minder in hun zelfstandigheid dan moeders van op tijd geboren kinderen. Moeders van de meeste op tijd geboren kinderen hielpen hun kind bijvoorbeeld zelf keuzes te maken, terwijl sommige

moeders van te vroeg geboren kinderen hun kinderen onderbraken als ze iets wilden zeggen.



Op 10 oktober 2012 promoveerde GERA NAGELHOUT, werkzaam bij STIVORO en de Universiteit Maastricht, op haar proefschrift getiteld: “It has been done elsewhere, it can be done everywhere. Impact of smoke-free legislation on smoking”. Promotoren waren prof. dr. Marc Willemsen en prof. dr. Hein de Vries.

Hoe het is begonnen

Als afstudeerproject van mijn studie communicatiewetenschap heb ik een onderzoek gedaan bij STIVORO, het Nederlandse expertisecentrum voor tabaksontmoediging. Na afronding van dit project, kon ik voor één dag in de week bij STIVORO komen werken. Na een paar maanden werd ik gevraagd of ik wilde promoveren op een internationaal onderzoek over tabaksbeleid waar Nederland vanaf 2008 aan deel zou gaan nemen. Ik ben voor één dag in de week in dienst gebleven bij STIVORO en ging daarnaast vier dagen in de week aan de slag met mijn promotie-onderzoek in dienst van de Universiteit Maastricht.

Waar mijn proefschrift over gaat

Mijn proefschrift gaat over de invoering van de rookvrije horeca in Nederland. Hierbij hebben we Nederland vergeleken met andere Europese landen in het International Tobacco Control Policy Evaluation





Project (ITC Project). Uit mijn onderzoek blijkt dat rookverboden ervoor kunnen zorgen dat meer mensen stoppen met roken. Voldoende draagvlak voor het rookverbod is wel een belangrijke voorwaarde voor succes. In Nederland is de invoering van de rookvrije horeca minder succesvol geweest dan in andere landen. Toch denk ik dat een succesvolle rookvrije horeca ook mogelijk moet zijn in Nederland. Dit is dan ook de eerste stelling en de titel van mijn proefschrift geworden: "It has been done elsewhere, it can be done everywhere". In Nederland zal eerst een goede voorlichtingscampagne over meer roken gevoerd moeten worden om het draagvlak te vergroten. Daarna kan een volledig rookvrije horeca ingevoerd worden zonder uitzonderingen en zonder rookruimtes.

IT HAS BEEN DONE
ELSEWHERE, IT CAN BE
DONE EVERYWHERE

Een internationaal symposium organiseren

Mijn proefschrift was bijna klaar, toen één van mijn promotoren met het idee kwam om een symposium met internationale sprekers te organiseren op de dag van mijn promotie. We konden dit realiseren dankzij een subsidie van het Universiteitsfonds Limburg SWOL en het EU SILNE Project. Prof. Geoffrey Fong uit Canada, dr. Ute Mons uit Duitsland en dr. Esteve Fernández uit Spanje wilden naar Nederland komen om te spreken. De pers had interesse voor het symposium en meer dan 70 belangrijke stakeholders op het gebied van tabaksontmoediging schreven zich in om het symposium bij te wonen. Hartstikke gaaf natuurlijk, maar het zorgde ook wel voor wat extra zenuwen voor de grote dag. Ik vond het zelfs spannender of het symposium een succes zou worden dan of mijn verdediging goed zou gaan.

De grote dag: het symposium en de verdediging

De zenuwen waren natuurlijk voor niks. De dag verliep vlekkeloos. Het begon al vroeg met een televisie-interview voor EditieNL. Ik was goed voorbereid door de communicatie-adviseur van STIVORO en vond het leuk om dat een keer te doen. Het enige wat ik niet verwacht had, was dat de enorme camera op slechts een halve meter van mij werd neergezet. Dat was

even schrikken.

Het symposium was één groot succes: de sprekers hadden hele interessante verhalen en er kwamen goede vragen en discussie vanuit het publiek. Veel van de mensen die naar het symposium kwamen, gingen mee naar de verdediging die meteen aansluitend plaatsvond. De zaal was daardoor lekker vol, wat ik zelf altijd wel prettig vind als ik moet presenteren.

Ik wist al dat mijn proefschrift goed genoeg was om cum laude te kunnen behalen. Ik had dit gelezen in een mailwisseling die ik per ongeluk kreeg doorgestuurd door één van mijn promotoren, terwijl hij dit eigenlijk geheim had willen

houden. Daardoor was er wel wat druk om een goede verdediging neer te zetten. Toch verliep het allemaal ontspannen en was de tijd zo om. Toen ik te horen kreeg dat het inderdaad cum laude was geworden, sprong ik letterlijk een gat in de lucht van blijdschap.

Post-doc project en de VS

Al voordat mijn promotieproject was afgerond, ben ik begonnen met mijn post-doc onderzoek. Dit onderzoek is onderdeel van het Europese SILNE Project, waarin gekeken wordt naar de effecten van tabaksbeleid op sociaaleconomische verschillen in roken. Daarnaast ben ik begin 2013 vertrokken naar de VS om een paar maanden te werken bij het Moores Cancer Center van de University of California San Diego. Ik heb hiervoor subsidies ontvangen van KWF Kankerbestrijding en CAPHRI. Met populatiedata van de VS ga ik hier verder onderzoek doen naar draagvlak voor rookverboden.

Wil je graag een exemplaar van mijn proefschrift? Stuur dan een email naar gera.nagelhout@maastricht-university.nl.





Op 1 november 2012 promoveerde MARIËLLE KROESE aan de Universiteit Maastricht op het proefschrift

getiteld “Evaluation of health care innovations in fibromyalgia”. Promotoren waren prof. dr. Robert Landewé en prof. dr. Hans Severens. Dr. Guy Schulpen was copromotor.

Het begon allemaal met een half A4-tje met daarop twee zorginnovaties voor fibromyalgiepatiënten, namelijk een diagnostisch proces uitgevoerd door een verpleegkundig reumaconsulent en een multidisciplinaire interventie met nazorgbijeenkomsten. Die moesten worden geëvalueerd en dat mocht ik gaan doen. Met mijn copromotor heb ik veel gebrainstormd over hoe het onderzoek er uit zou moeten zien: één of twee gerandomiseerde studies met twee, drie of vier armen. Ondertussen heb ik de twee onderzoeksvoorstellen geschreven, werden promotoren gezocht en werd goedkeuring aan de METC gevraagd. Tegen de tijd dat dit allemaal rond was, waren we bijna anderhalf jaar verder en kon het echte onderzoek pas beginnen.

Aanleiding

Fibromyalgie is een chronisch pijnsyndroom dat een grote impact heeft op het dagelijks functioneren. Patiënten ervaren vaak een lage levenskwaliteit, hebben een hoge zorgconsumptie en een verminderde maatschappelijke participatie.

Begin 2001 liet de zorg voor fibromyalgiepatiënten in de regio Maastricht-Heuvelland meerdere knelpunten zien zoals een wachtlijst van 6 maanden voor een eerste bezoek aan de poli reumatologie en een gebrek aan toereikende behandelmogelijkheden. Om deze problemen op te lossen werd de ontwikkeling van een zorgprogramma voor fibromyalgiepatiënten voorgesteld. Het zorgprogramma spitst zich toe op het snel stellen van de diagnose en het snel starten met de behandeling.

Diagnostisch proces van fibromyalgie

Het eerste doel was het verminderen van de wachttijd voor een poliklinisch consult reumatologie. Om dit te bereiken, hebben we overwogen of een verpleegkundig reumaconsulent in plaats van de reumatoloog de leidende rol kan hebben in het stellen van de diagnose. We veronderstelden dat een snelle diagnose belangrijk was voor betere behandeluitkomsten, zoals sneller herstel, afname van zorggebruik en afname van arbeidsverzuim. Verder dachten we dat de specifieke competenties van de verpleegkundige positieve effecten zouden hebben. Daarom hebben we een diagnostisch proces ontwikkeld dat geleid wordt door een verpleegkundig reumaconsulent die een diagnose stelt onder supervisie van een reumatoloog. Patiënten konden door de verpleegkundig reumaconsulent al binnen 2 à 3 weken gezien worden.

Om te evalueren of het haalbaar een reumatoloog door een verpleegkundig reumaconsulent te vervangen bij het stellen van de diagnose fibromyalgie hebben we een pragmatische RCT opgezet. De belangrijkste uitkomstmaten daarbij waren: veiligheid (worden er geen diagnoses gemist), patiënttevredenheid en kosten van het diagnostisch proces in vergelijking met een regulier polikliniekbezoek. Het bleek veilig te zijn reumatologen door verpleegkundig reumaconsulenten te vervangen, want 12-24 maanden na het stellen van de diagnose bleken er geen belangrijke diagnoses te zijn gemist. Verder waren patiënten die door de verpleegkundig reumaconsulent werden gezien meer tevreden dan patiënten die door de reumatoloog werden gezien. Ze vonden bijv. dat ze bruikbaarere adviezen kregen en dat de verpleegkundig reumaconsulent meer aandacht besteedde aan de psychosociale aspecten van hun aandoening. Ook bleek dat de kosten van het diagnostisch proces lager waren in de groep die door de verpleegkundige was gezien dan in de groep die door de reumatoloog was gezien. Daarnaast hebben we een economische evaluatie uitgevoerd. Zowel vanuit gezondheidszorg als maatschappelijk perspectief waren de kosten lager in de groep die gezien werd door de verpleegkundig reumaconsulent dan in de groep die gezien werd door de reumatoloog. Na 9 maanden bleek in beide groepen een ongeveer gelijke verbetering in gezondheidstoestand.





We konden dus niet aantonen dat een snelle diagnose een positief effect had op gezondheidsuitkomsten, hetgeen we wel hadden verwacht.

Behandeling van fibromyalgie

Naast het verminderen van de wachttijd voor het eerste bezoek aan de poli reumatologie en het daardoor sneller stellen van de diagnose, leek tevens het snel starten met een behandeling belangrijk. Hoewel verondersteld werd dat een multidisciplinaire behandeling de beste is, was de evidence voor de effectiviteit

DE MENS IS ALS EEN
SNELBINDER

matig. Uit eerdere onderzoeken bleek bijv. dat de gevonden positieve resultaten op lange termijn weer verdwijnen. Daarom hebben we een 12-weeken durende multidisciplinaire behandeling met nazorgbijkomsten ontwikkeld. De nazorgbijkomsten hadden als doel om hetgeen men geleerd had in de behandeling zich nog meer eigen te maken. Verondersteld werd dat op deze manier de positieve effecten van de multidisciplinaire behandeling op lange termijn vastgehouden worden.

Nadat uit een pilot bleek dat het programma haalbaar was en er een duidelijke indicatie bestond voor een aanhoudende verbetering, hebben we een pragmatische RCT naar de (kosten)effectiviteit van de multidisciplinaire behandeling met 24 maanden follow-up opgezet. In de studie met een Zelen-achtig design werd het multidisciplinaire programma vergeleken met aerobe oefentherapie, de behandeling waarvoor toentertijd het meeste bewijs was, en gebruikelijke zorg. Hoewel dit design nadelen had, had het ook een voordeel. Op deze wijze ontdekten we dat voor een groot deel van de ingelote patiënten zowel de multidisciplinaire behandeling als aerobe oefentherapie niet haalbaar of relevant was op het moment dat hun de behandeling werd aangeboden. Patiënten die met de multidisciplinaire behandeling startten, maakten deze echter bijna allemaal af, terwijl met de aerobe oefentherapie veel patiënten stopten.

In de multidisciplinaire groep vonden we over het verloop van de 24 maanden een toename van de levenskwaliteit en functionele status en een afname van het aantal uren ziekteverzuim en het aantal contacten met

huisartsen en specialisten. Doordat zoveel patiënten niet deelnamen aan het multidisciplinaire programma en de aerobe oefentherapie konden we helaas geen verschil in effectiviteit tussen de verschillende behandelingen aantonen.

Stelling

Op de cover van mijn proefschrift prijkt een omafiets met slaphangende snelbinders. Naast dat bewegen goed is bij fibromyalgie, is ook het onderzoek naar en de zorg voor fibromyalgie in beweging. Aan de slaphangende snelbinders is de stelling gekoppeld "De mens is als een snelbinder. Door overbelasting raakt de rek eruit en kunnen klachten van fibromyalgie ontstaan." Dit naar aanleiding van een beschrijving van fibromyalgie die ik ooit hoorde van een verpleegkundig reumaconsulent: 'je spieren zijn net een uitgerekt elastiek'. Voor patiënten bleek dit beeld heel herkenbaar.

Terugziend op mijn promotietraject stel ik vast dat het een lange weg is geweest die heel anders is verlopen dan ik en menig ander had gedacht. Het was een uniek avontuur, maar ook een lange en soms moeilijke weg van hollen en stilstaan. Gelukkig waren er mensen die tijdens deze intervaltraining met me zijn meegelopen. Sommigen een stukje, anderen het hele eind. En nu is de finish bereikt!

MARLOES C. BURGGRAAFF (VUmc/EMGO*) promoveerde op 11 januari 2013 op het proefschrift 'Contribution to evidence in low-vision rehabilitation: Effects of CCTV training in visually impaired patients'. Promotoren: Prof.dr. G.H.M.B. van Rens; Prof. dr. P.J. Ringens. Co-promotor: Dr. R.M.A. van Nispen.

Maandag 10 december word ik gebeld tijdens het spreekuur: de boekjes zijn binnen! De laatste patiënt komt niet opdagen, dat komt goed uit. Ik snel naar de afdeling, waar een pallet met 18 doosjes midden in de gang staat. Verplaatsen komt later wel, ik rits een





doosje open. Mijn promotor heeft me al gespot, ik overhandig hem dit eerste exemplaar. Het ziet er goed uit. Op zoek naar mijn copromotor, ze is naar een afspraak. We hadden de boekjes ook pas een dag later verwacht. Het is half vijf: jas aan, doosje mee, gauw naar de pedel. Het probleem is dat de feestlocatie voor 's avonds nog niet bekend is. Hoe kan ik nou de boekjes uitdelen zonder de feestuitnodiging! 's Avonds boekje geshowd aan *boyfriend*, de auto in, wederom een 'kroegentocht' op zoek naar locaties. Er zijn veel oudejaarsborrels rond 11 januari. We eten bij Hanneke's boom, ik word gebeld (want ik heb dienst), we rijden langs de VU (want operateur weet niet hoe laat te moeten opereren), we rijden naar mijn copromotor, ik overhandig haar een exemplaar, we trekken een glaasje bubbels open. Pauze. De volgende ochtend: een stukje schrijven, nog een stukje, waar is het adressenbestand, hoe zet je adressen om in etiketten, begeleidende brief schrijven, brieven vouwen, etiketten plakken. Halverwege de week komt er een mail dat er 6 boekjes van de pedel over zijn, graag ophalen binnen 10 dagen anders worden ze vernietigd. Vier a vijf jaar werk in de versnipperaar, dat nooit! Na het spreekuur langs, gelukkig ze zijn er nog! Hé, er zitten geen promotie-uitnodigingen in deze boekjes, vergeten! Zou dat erg zijn? Pedel maar weer even bellen!

Mijn proefschrift

In november 2007 startte ik als promovenda aan het VU medisch centrum. Het onderzoek was een studie naar de effectiviteit van één van de revalidatieprogramma's aangeboden bij revalidatiecentra voor blinden en slechtzienden in Nederland, namelijk training in het gebruik van de beeldschermloop. De beeldschermloop is een sterk vergrotend hulpmiddel dat wordt voorgeschreven aan ernstig slechtzienden om weer zelfstandig te kunnen lezen. Het apparaat is relatief duur en lijkt lastig in het gebruik. Revalidatiecentra bieden daarom training aan in het gebruik, echter de effectiviteit van deze training was nooit onderzocht. Mede vanwege de groeiende interesse vanuit de overheid en verzekeringsmaatschappijen in effectieve zorg is er een tendens meer *evidence-based* te gaan werken, zo ook bij de revalidatiecentra. Wij werden in de arm genomen om als onafhankelijke

partij de 'evidence' van deze training te beoordelen. Echter, een standaard trainingprotocol bestond niet. In het proefschrift beschrijf ik de ontwikkeling van een gestandaardiseerd trainingprotocol, de opzet van een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit van deze training, en trainingseffecten op de leesprestatie, kwaliteit van leven en taakverrichting in het dagelijks leven. De 'Radner leeskaart' bleek een betrouwbaar instrument voor het meten van leesprestatie in slechtzienden. De leesprestatie en taakverrichting in het dagelijks leven verbeterden aanzienlijk wanneer patiënten hun beeldschermloop gebruikten in vergelijking met leesprestatie en taakverrichting zonder beeldschermloop. Ook lieten alle patiënten verbetering zien op twee belangrijke kwaliteit van leven uitkomsten. Echter, op de meeste uitkomsten was er geen verschil tussen de getrainde en ongetrainde groep. Het voordeel van training werd aldus niet bewezen. Training in het gebruik van dit apparaat lijkt geen aanvullende waarde te hebben boven de afleverinstructies en het zelf oefenen met de beeldschermloop. Deze enigszins onverwachte uitkomst betekent dat revalidatiecentra effectief beeldschermlopen voorschrijven, maar dat de kosten van de training misschien geïnvesteerd zouden kunnen worden in andere revalidatieprogramma's die in hulpvragen van deze patiëntenpopulatie voorzien.

De toekomst

Wat de toekomst betreft, op korte termijn: de stad in voor een jurk/outfit, restaurant uitzoeken, lekenpraatje in elkaar zetten, organiseren van een proefpromotie, oefenen in de Aula, etc. Op de lange termijn hoop ik met veel plezier mijn opleiding tot oogarts af te ronden in het VU medisch centrum. Ik prijs mezelf gelukkig met mijn promotoren, die mij vrij hebben gelaten mijn eigen weg in deze promotie te vinden, een lieve co-promotor die tot in den treure manuscripten opnieuw heeft gelezen, alle medewerkers bij de revalidatiecentra, studenten en anderen die hebben geholpen deze studie tot een goed einde te brengen.





Op 4 oktober 2012 promoveerde PATRICK THEEVEN aan de Universiteit Maastricht op zijn proefschrift getiteld “Functional added value of microprocessor-controlled prosthetic knee joints”. De promotoren waren prof. dr. Rob Smeets, prof. dr. Peter Brink en co-promotoren waren dr. Bea Hemmen en dr. Henk Seelen.

De achtergrond van het onderzoek

Mijn promotieonderzoek stond in het teken van mensen met een eenzijdige amputatie door of boven het kniegewricht. Een deel van deze mensen krijgt een prothesebeen met daarin een protheseknie. In het algemeen wordt een onderscheid gemaakt tussen mechanische en elektronische protheseknieën. Het verschil tussen beide typen zit hem in de werking van het aanwezige remmechanisme dat ongewenst buigen van de knie moet tegengaan. Bij een mechanisch kniescharnier zal de patiënt bij iedere beweging zelf steeds de rem moeten activeren, terwijl bij een elektronische protheseknie de rem automatisch in- en uitgeschakeld wordt. De revalidatiearts en zijn of haar technisch team heeft de moeilijke taak om uit alle mogelijke knieprothesen die er bestaan juist dat kniescharnier te kiezen dat ervoor kan zorgen dat de patiënt een optimaal niveau van functioneren in het dagelijks leven kan behalen en behouden.

Een elektronische knieprothese maakt het mogelijk om bijvoorbeeld te lopen op een oneffen ondergrond of om heen over heen de trap af te gaan; iets dat met een mechanische knie niet altijd mogelijk is. Ten tijde van de start van het onderzoek kwamen voornamelijk jonge amputatiepatiënten met een

hoog niveau van functioneren voor deze knieën in aanmerking. Vanuit het revalidatiecentrum Adelante in Hoensbroek kwam de onderzoeksvraag of personen uit de relatief grote groep oudere amputatiepatiënten die vaak minder goed kunnen functioneren met een prothese ook baat zouden kunnen hebben bij een elektronische knieprothese. In een samenwerking met onderzoeksschool CAPHRI heb ik dit onderzoek uiteindelijk uitgevoerd binnen Adelante.

Functioneren in het dagelijks leven

We hebben 30 amputatiepatiënten getest met hun eigen mechanische protheseknie en met twee typen elektronische protheseknieën die ze elk gedurende 1 week thuis gebruikten. Aan het einde van iedere week doorliepen de deelnemers een aantal testen die vooral gericht waren op het evalueren van hun vermogen om dagelijkse activiteiten uit te voeren, het beoordelen van de veiligheid met de prothese in bepaalde dagelijkse situaties en het meten van hun activiteitsniveau in de eigen woon- en leefsituatie. Daarnaast hebben we ook de ervaringen van de deelnemers in kaart gebracht.

Door het onderzoek is duidelijk geworden dat een groot deel van de groep amputatiepatiënten met een lager functioneel niveau baat lijkt te hebben bij het gebruik van een elektronische prothese. Het gebruik van een elektronische prothese leidde tot verbeterde prestaties van ganggerelateerde dagelijkse activiteiten in vergelijking met mechanisch gestuurde kniescharnieren. Bovendien leidde het gebruik van een elektronische prothese tot een groter gevoel van vertrouwen en veiligheid, alsook een toename in de zelfervaren prestaties, zelfs na één week gebruik. Verder zijn in het uitgevoerde onderzoek meetinstrumenten ontwikkeld om het daadwerkelijk functioneren van een patiënt met een prothese objectief te meten. De bevindingen van dit proefschrift kunnen klinici helpen bij het voorschrijven van prothesekniescharnieren.

De patiënt centraal

Eén van mijn stellingen die bij het proefschrift hoort luidde “*Hoewel een verschil in prestatie van 1% niet altijd statistisch significant is, kan het voor de patiënt een*





wereld van verschil betekenen”. Het is enorm belangrijk om niet verstrikt te raken in de getallen die je hebt verzameld. Er is meer dan alleen maar gemiddeldes, standaarddeviaties en p-waarden. Mij werd op het hart gedrukt om altijd in het achterhoofd te houden waarom ik dit onderzoek ook alweer uitvoerde. Een steeds terugkomende opmerking van mijn begeleiders, “*Dat zijn interessante resultaten, maar wat betekent dat nu voor de patiënt?*”, liep dan ook als een rode draad door mijn periode als promovendus.

Hoewel ik nooit had gedacht dat ik ooit zou gaan promoveren, heb ik niet lang hoeven aarzelen toen de kans zich voor deed. De intensieve samenwerking met fysiotherapeuten, revalidatieartsen, orthopedisch instrumentmakers en alle deelnemers hebben geleid tot een zeer interessante tijd met veel hoogtepunten, maar zeker ook enkele dieptepunten. Vanaf dag 1 heb ik opgezien tegen die ene bewuste dag. Nu, enkele maanden na mijn promotie, kan ik niet anders dan me te voegen bij de clichés die al de ronde doen: het viel allemaal reuze mee!

Op 30 november 2012 verdedigde THOMAS HOOGEBOOM succesvol zijn proefschrift “Tailoring conservative care in osteoarthritis” aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum+. De promotor was prof. dr. Rob A. de Bie en co-promotoren waren dr. Els van den Ende en dr. Alfons den Broeder.

In 2004 studeerde ik af als fysiotherapeut aan de Avans Hogeschool Breda. Vervolgens studeerde ik Bewegingswetenschappen aan de St Radboud Universiteit Nijmegen. In 2008 startte ik mijn promotie aan de Sint Maartenskliniek te Nijmegen. Hoewel ik enige twijfels had bij een buitenpromotie (dat wil zeggen, een promotie aan een niet-universitair instituut) was het onderwerp interessant genoeg om er toch voor te gaan. Een bijkomend voordeel van een buitenpromotie is het salaris, dit is namelijk conform met je opleidingsniveau (in tegenstelling tot het salaris aan de

universiteit). Een groot nadeel van een buitenpromotie zou zijn dat het na de promotie lastig is om weer aan een universiteit te gaan werken. Hier kom ik later nog op terug.

Mijn onderzoek.

De invulling van mijn promotieonderzoek lag bij aanvang nog behoorlijk open. Hier was ik zelf destijds erg blij mee. Immers dit stelde mij in staat mijn eigen ideeën in het onderzoek te verwerken. De eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat de vrije(re) invulling van mijn promotie naast een groot voordeel ook mijn grootste zorg was. Al snel had ik al een bonte verzameling van onderzoeken opgestart. Hoe ging ik deze stukken ooit in een proefschrift binden onder één titel, laat staan in de introductie van mijn proefschrift inleiden? Gelukkig deelden mijn promotor en co-promotoren deze zorg niet.

In de originele vacature stond beschreven dat het thema van de promotie ‘Niet-farmacologische behandeling bij gegeneraliseerde artrose’ was. Dit thema is gedurende de vier jaar iets verbreed, namelijk naar ‘Afstemmen van conservatieve zorg bij artrose’. Het proefschrift beschrijft twee delen: 1. De zorgvraag van patiënten met artrose en 2. De conservatieve behandeling gericht op die zorgvraag.

MBTI

Pas in mijn derde jaar van mijn promotie kreeg ik pas echt goed zicht op mijn persoonlijke krachten en valkuilen. Mijn krachten hadden er voor gezorgd dat ik een groot aantal onderzoeken had opgestart. Echter,



Figuur 1. ENTP persoonlijkheid volgens MBTI.





mijn valkuilen zorgden ervoor dat de lijn soms lastig aan te wijzen was. Deze inzichten kreeg ik tijdens de cursus 'self-effectiveness'.

Door middel van een simpele test - de Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) - kreeg ik plotseling een stuk meer grip op mijn professionele leven. Deze test zegt dat er grofweg 16 verschillende persoonlijkheidstypes bestaan. Ieder persoonlijkheidstype heeft eigen krachten en valkuilen. Een gratis variant van de test is hier te vinden:

<http://www.humanmetrics.com/cgi-win/jtypes2.asp>.

Mijn persoonlijkheidstype is ENTP en wordt mooi uitgebeeld in Figuur 1; namelijk energiek, origineel, en gepassioneerd en dit alles zonder ooit vooraf de consequenties te bezien. Ik kan iedere (startende) promovendus aanraden deze test eens uit te voeren. En probeer dan ook eens in te schatten welke persoonlijkheidstypen je begeleiders hebben.

Wat doe ik nu?

Zoals ik al inleidde, kan het voor buitenpromovendi lastig zijn om een baan te vinden aan een universiteit. Immers, je bent buiten de cultuur van de universiteit opgeleid, je hebt een kleiner netwerk opgebouwd op de universiteit en je bent waarschijnlijk minder betrokken geweest bij universitair onderwijs. Dus wat doe ik nu? Ik werk momenteel als Post-Doc aan het Maastricht UMC+. Ben ik een uitzondering? Geen idee. Een aantal zaken hebben denk ik in mijn voordeel gewerkt. Allereerst heb ik altijd hard aan mijn netwerk gewerkt. Probeer veel (invloedrijke) mensen te ontmoeten en vertel iedereen vol passie over je onderzoek. Wees ook geïnteresseerd in het onderzoek van anderen en probeer mee te denken. In die situaties kun je laten zien wat jij in huis hebt. Probeer ook in dergelijke contacten te investeren buiten je standaard werktijden, bijvoorbeeld participeer in denktanks, geef veel praatjes (je weet nooit wie je tegenkomt), en wees zichtbaar op sociale wetenschapsmedia websites. Ten tweede, ik had geluk dat ik tijdens mijn 4 jarige promotietraject een half jaar aan het Maastricht UMC+ kon werken. Een dergelijke periode is bijzonder waardevol om de cultuur te proeven en om er voor te zorgen dat mensen je gezicht kennen. Tot slot,

wees eerlijk en kies voor jezelf. Laat mensen weten waar je krachten en valkuilen liggen en wat je dromen en ambities zijn.



Op 28 november 2012 promoveerde VIVIANNE BAUR (VUmc/EMGO*) op het proefschrift 'Participation

& Partnership. Developing the influence of older people in residential care homes.' Promotor: Prof.dr. Tineke Abma. Co-promotor: Prof.dr. Guy Widdershoven.

Mijn leukste ervaring

Laat ik beginnen met mijn leukste ervaring in relatie tot mijn promotieonderzoek... Dat is zonder twijfel het etentje in de stad een paar jaar geleden samen met 7 dames met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 85 jaar. Zij trakteerden mij ter afsluiting van een van mijn onderzoeksprojecten, waarin ik gedurende anderhalf jaar regelmatig met hen was samengekomen in het verzorgingshuis waar zij woonden. Het onderwerp van hun project was het verbeteren van de maaltijden, waarbij ik door middel van actieonderzoek onderzocht hoe zij als bewoners van een verzorgingshuis invloed kunnen uitoefenen op dit onderwerp dat voor hen zo belangrijk was. Ik zie ons nog zitten in dat restaurantje. Zij waren met een taxibusje van 'Vervoer op Maat' gekomen, allemaal slecht ter been, de meesten met een rollator, een van hen in rolstoel. Er ontstond een uitwisseling van verhalen over vroeger en ik voelde me piepjong maar geborgen in onze gezamenlijke vriendschap.

Mijn proefschrift

Mijn proefschrift gaat over de mogelijkheden voor bewoners van verzorgingshuizen om invloed te heb-





ben op voor hen belangrijke onderwerpen in de zorginstelling. Hoewel elke zorginstelling een cliëntenraad heeft en vraaggericht werken overal hoog in het vaandel staat, ervaren ouderen in zorginstellingen toch vaak dat zij weinig te zeggen hebben over het reilen en zeilen in de organisatie. Mijn promotieonderzoek bestond uit verschillende projecten. Eerst onderzocht ik door middel van responsieve evaluatie de invloed van cliëntenraden in ouderenzorginstellingen. Daaruit bleek dat de dikke beleidsstukken en formele overlegmomenten met managers tussen de cliëntenraad en de voor cliënten werkelijk belangrijke onderwerpen in stonden. Deze kloof tussen systeemwereld en leefwereld in zorginstellingen is voor cliëntenraden lastig te overbruggen.

Dat moet anders kunnen, dacht ik. Het actieonderzoek dat ik vervolgens in een aantal andere casusstudies samen met ouderen in verzorgingshuizen uitvoerde, leidde tot een werkwijze voor samenwerking en partnerschap tussen bewoners en professionals: de PARTNER interventie. Middels de PARTNER interventie vormen bewoners van verzorgingshuizen een krachtige groep rondom een door hen gekozen onderwerp dat hen allemaal raakt. Bijvoorbeeld de maaltijden of sociale omgang tussen bewoners. Vanuit hun gedeelde ervaringen ontstaan een gemeenschappelijke droom en ideeën voor verbeteracties. De groep ouderen gaat vervolgens in gesprek met medewerkers, leidinggevenden en vrijwilligers. Deze groepen pakken dan samen de verbeteracties op om de dromen te verwezenlijken. Deze werkwijze leidde tot verbeteringen van de maaltijden (door 'De Smaakmakers', een groep oudere dames die in een verzorgingshuis wonen) en 'burenfestjes' voor en door bewoners in een andere locatie.

De uitkomsten van dit onderzoek werpen nieuw licht op mogelijkheden voor ouderen die in verzorgingshuizen wonen om invloed uit te oefenen op hun gezamenlijke leefomgeving. Door met elkaar ideeën voor verbeteringen te creëren, ervaren bewoners dat zij samen sterk staan. Bovendien worden er nieuwe

samenwerkingsrelaties (partnerschap) gecreëerd tussen hen die in verzorgingshuizen wonen en hen die er werken.

Een eerste reactie van mensen is vaak: 'Willen en kunnen ouderen in zorginstellingen wel participeren?'. Mijn onderzoek geeft het antwoord op deze vraag, en mijn stelling is dan ook: 'Bewoners van verzorgingshuizen kunnen en willen op betekenisvolle wijze participeren.' De projecten met de PARTNER interventie laten zien dat zij tot creatieve oplossingen komen door vanuit hun eigen ervaringskennis- en deskundigheid, samen met elkaar, naar zaken te kijken. Bovendien is een dergelijk project voor bewoners van verzorgingshuizen een waardevolle invulling voor de wens van velen om nog iets te kunnen bijdragen aan de gemeenschap, anderen te helpen, en zelf in contact met anderen te komen.

Voor medewerkers en leidinggevenden in ouderenzorginstellingen bieden de uitkomsten van dit onderzoek een antwoord op de vraag hoe zij ervoor kunnen zorgen dat de zorg en diensten die zij leveren daadwerkelijk aansluiten op de behoeften van bewoners. De werkwijze van de PARTNER interventie bleek bovendien niet alleen voor bewoners 'empowerend' te werken, maar ook voor de professionals die nu ervaren dat zij bewoners ook als gelijkwaardige gesprekspartners bij verbetertrajecten kunnen betrekken en dat zij bondgenoten van elkaar kunnen zijn.

Kortom, mijn proefschrift laat zien dat:

- Bewoners van verzorgingshuizen op betekenisvolle wijze kunnen en willen participeren
- Partnerschap als gelijkwaardige samenwerking tussen bewoners en professionals in verzorgingshuizen een verschuiving van machtsrelaties betekent die voor alle betrokkenen waardevol is
- De werkwijze van de door ons ontwikkelde PARTNER interventie onderdeel kan zijn van een cultuurverandering in zorginstellingen richting meer (cliënten)participatie en partnerschap.



TOP



GROTE SUBSIDIES



Prof. Dorret Boomsma maakt deel uit van de groep (geleid door Chantal Kemner van Universiteit Utrecht) dat onlangs één van de zes **“Zwaartekracht” subsidies van NWO** heeft

gewonnen t.w.v. 27.6 miljoen euro. Deze subsidies zijn bedoeld voor consortia die potentie hebben om tot de absolute wereldtop in hun onderzoeksveld te gaan behoren of zich al op dat niveau bevinden. De onderzoeksgroep zal kijken naar de ontwikkeling van het kinderebrein.



De **afdeling Midwifery Science** verricht onderzoek naar de organisatie, kwaliteit en toegankelijkheid van de verloskundige zorg in Nederland. Onlangs is door ZonMw €1.500.000 subsidie toegekend

voor de **IUGR risk selection study (IRIS study)** van **dr. Ank de Jonge** (EMGO+). Dit is een groot, landelijk, cluster gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van routine echoscopie in het derde trimester van de zwangerschap, met onder andere als doel om groeivertraging op te sporen.

PRIJZEN



De jaarlijkse **Junior societal impact award** (VU) is dit jaar

uitgereikt aan **dr. Wilma Waterlander** (links) voor het proefschrift: *Put the money where the mouth is: the feasibility and effectiveness of food pricing strategies to stimulate healthy eating*. De Senior societal impact award is gewonnen door Prof. Pim Cuijpers (rechts, EMGO+) voor zijn werk op het gebied van E-interventies in de psychiatrie.



Dr. Hilde Verbeek (Caphri) heeft de **Professor Schreuder Award** gekregen voor het beste proefschrift: *‘Redesigning dementia care. An evaluation of small-scale, homelike care environments’* door de Nederlandse Vereniging

voor Gerontologie. In dit proefschrift beschrijft zij haar onderzoek naar kleinschalige woonvormen en gaat hoofdzakelijk in op de effecten ervan op bewoners, hun mantelzorgers en verzorgenden. Uit de studie blijkt dat de kwaliteit van leven van bewoners in kleinschalige woonvormen niet verschilt van die van vergelijkbare bewoners in traditionele verpleeghuizen.



Tijdens het Work Disability Prevention and Integration (WDPI) congres heeft de presentatie van de **Ikherstel-studie** van **Prof. Han Anema** (EMGO+) de **Liberty Mutual Work**

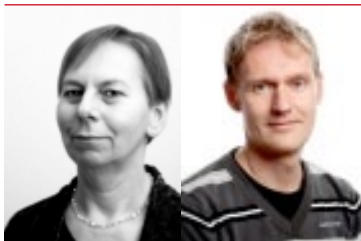
Disability Prevention Research Award

gewonnen. Het congres vond in oktober plaats bij het Universitair Medisch Centrum in Groningen. Met de award wordt innovatief onderzoek naar de preventie van arbeidsongeschiktheid aangemoedigd.



De Nationale Schrijfwedstrijd 2012 is gewonnen door **dr. Ingrid Steenhuis** (EMGO+, foto), universitair hoofddocent aan de Vrije Universiteit. Samen met haar co-auteurs **Maartje Poelman**

en **Wil Overtoom** ontving Ingrid Steenhuis de prestigieuze **Gouden Veer** voor het net verschenen boek *'Smartsize Me; Een slimme manier om maat te houden'*.



Het Ministerie van VWS heeft besloten om de financiële steun te verlengen aan de **Longi-**

tudinal Aging Study Amsterdam (LASA),

met projectleiders **Prof. Dorly Deeg** (links) en **dr. Martijn Huisman** (rechts, EMGO+). Met de subsidie van €2.750.000 zullen er in 2013-2016 nieuwe participanten worden geworven om deel te nemen aan de derde cohort van LASA en om alle vervolgmetingen uit te voeren van de eerdere cohorten (1992-1993 en 2002-2003).



Op 20 september 2012 heeft **dr. Ruud Halfens** (Caphri), projectleider van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), de **'Established Investigator Award'** van de

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) in Cardiff (UK) gewonnen vanwege zijn significante bijdrage. De LPZ meet de kwaliteit van zorg bij een aantal relevante zorgproblemen (decubitus, ondervoeding, incontinentie, smetten, vrijheidsbeperkende maatregelen en vallen). Op 8 november 2012 werd hij onderscheiden met een **Nationale Award van de Decubitus Stichting Nederland**. Deze Award wordt toegekend aan iemand die een uitzonderlijke bijdrage heeft geleverd aan verbetering van kwaliteit van de zorg voor patiënten met (een risico op) decubitus. Dankzij het werk van Ruud Halfens is de prevalentie van decubitus de laatste 15 jaar enorm gedaald!



CaRe (Netherlands School of Primary Care Research) heeft op 5 oktober 2012 tijdens de jaarlijkse CaRe bijeenkomst de **'CARE dissertation Award'**

uitgereikt aan dr. Jenneke Wiersma (EMGO+). Haar proefschrift met als titel *'Psychological characteristics and treatment of chronic depression'* verdedigde zij op 17 juni 2011.



Ook het proefschrift van **dr. Tim Olde Hartman** (NCEBP) is op 5 oktober 2012 beloond met de **'CARE dissertation Award'**. Hij

verdedigde zijn proefschrift met de titel *'Persistent medically unexplained symptoms in primary care. The patient, the doctor and the consultation'* op 13 oktober 2011.





Dr. Patricia van Oppen (foto, EMGO+) ontving samen met onderzoekster **Jenneke Wiersma** (foto hierboven) op 8 november de **ZonMw-parel** voor haar onderzoek

naar *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP). Dit onderzoek gaat over effectieve hulp voor chronisch depressieve mensen. Zij heeft bij GGz inGeest het initiatief genomen tot invoering van en onderzoek naar CBASP in Nederland.



Op 1 november 2012 is een **ZonMw-parel** aan **Agnes van der Poel** (midden, Trim-

bos) uitgereikt voor **'Zicht op Evenwicht'**, een effectieve cursus die ouderen helpt hun valangst te verminderen en actief te blijven. Deze cursus is gebaseerd op het promotieonderzoek van **Rixt Zijlstra** (links, Caphri). De interventie kan een belangrijke rol spelen in het zelfstandig blijven wonen van ouderen. De implementatie was een schoolvoorbeeld van een geslaagde innovatiecyclus, waarin onderzoekers, implementatie-deskundigen en praktijkorganisaties nauw hebben samengewerkt.



Dr. Paula Sterkenburg (EMGO+) heeft de **Han Nakken prijs** 2012 gewonnen met haar boek "Vertrouwensrelatie voor ontwikkeling". Het boek is speciaal geschreven voor zorg-

verleners en begeleiders van mensen met een ernstig verstandelijke of meervoudige beperking en is bedoeld om de kwaliteit van de zorg aan deze doelgroep te verbeteren. Met dit praktische werkboek heeft zij theoretische wetenschappelijk kennis toegankelijk gemaakt voor de zorgverlener in de praktijk.



Michel Dückers heeft de **IQ award 2012** gewonnen voor het beste wetenschappelijke artikel op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg. Ten tijde van het onderzoek

waar het prijswinnende artikel is gebaseerd, werkte hij bij het NIVEL aan de evaluatie van Sneller Beter. Het artikel is geschreven door een team van NIVEL-onderzoekers en heeft als titel: *'Understanding organisational development, sustainability and diffusion of innovations within hospitals participating in a multi-level quality collaborative'*.



De **European Health Award 2012** is in oktober 2012 uitgereikt aan het **'European Health Literacy Project'** (HLS-EU) als erkenning voor de contributie voor de gezondheidsinitiatieven van

Europees belang. **Kristine Sørensen** (Caphri) is de project coördinator en houdt zich bezig met onderzoek en onderwijs op het gebied van Europese en globale gezondheid.



Vera Baadjou (Caphri) won zaterdag 3 november de **prijs voor de beste poster** op het Symposium der Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin in Frankfurt in Duitsland (DGfMM). Vera Baadjou werkt als

AIOSKO (arts-assistent in opleiding tot specialist en klinisch onderzoeker) bij Adelante en vakgroep revalidatiegeneeskunde UM. Haar onderzoek heeft als titel: *"Gezondheidsbevordering en preventie van klachten van het houdings- en bewegingsapparaat bij conservatorium studenten"*.

Esther Wachelder (Caphri) ontving donderdag 1 november op het landelijke VRA congres voor revalidatieartsen in Noordwijkerhout de **Livit trofee**. Deze prijs wordt jaarlijks uitgereikt aan een (ex-)





artsassistent revalidatiegeneeskunde, die zich tijdens de opleiding op wetenschappelijk terrein bijzonder verdienstelijk heeft gemaakt met betrekking tot de revalidatiegeneeskunde. Ze zal haar onderzoekwerkzaamheden voortzetten tijdens een promotietraject vanuit Adelante kenniscentrum/vakgroep revalidatiegeneeskunde UM. **Ivan Huijnen** ontving op hetzelfde congres een **nominatie voor de prijs voor het beste proefschrift op het gebied van revalidatie**. Zijn proefschrift was geselecteerd bij de laatste zes genomineerden. Hij is in november 2011 gepromoveerd en werkt nu als fysiotherapeut in het MUMC+ en als postdoc bij de vakgroep revalidatiegeneeskunde Maastricht UM.



Tijdens het symposium Implementatie dat de Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg (NVTAG) en ZonMw op 29 november 2012 samen organiseerden, werd de **Medical Technology Assessment (MTA) Award** uitgereikt aan **dr. Aukje van Gestel** (Caphri) en haar collega's. Zij hadden een artikel geschreven over de rol van 'Value of Individualised Care' bij kosteneffectiviteitanalyses en besluitvorming. Tijdens de dag kregen de deelnemers goed inzicht in de uitvoering en meerwaarde van (onderzoek naar) implementatieactiviteiten.

OVERIGE TOP-PRESTATIES



Dr. Mieke Cardol, die bij het NIVEL al jaren onderzoek doet naar de participatie in de samenleving van mensen met een beperking, gaat daarnaast in september werken als **lector Disability**

Studies binnen Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam. Zij heeft als leeropdracht de maatschappelijke participatie te bevorderen van mensen met een chronische ziekte of handicap.



Dr. David Townend (Caphri) heeft zijn **PhD cum laude** afgerond bij de Universiteit van Maastricht met zijn proefschrift 'The Politeness of Data Protection: Exploring a Legal Instrument to Regulate Medical Research

Using Genetic Information and Biobanking'. Als academische advocaat heeft hij onderzoek verricht naar de bescherming van data in medisch onderzoek en biobanken.



Prof. Onno van Schayck (Wetenschappelijk directeur van Caphri) is benoemd als '**Honorary Professor General Practice**' aan de University of Edinburgh (Engeland). Bij zijn inauguratie heeft hij op 1 oktober

2012 een lezing gehouden met de titel: 'Global strategies for reducing the burden from asthma and COPD'.



Met ingang van 1 januari 2013 wordt voedingswetenschapper **Jaap Seidell** de derde **universiteitshoogleraar** aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Alleen uitzonderlijke hoogleraren die internationaal erkend en gerespecteerd





worden als leider op hun onderzoeksgebied komen in aanmerking voor een aanstelling als Universiteitshoogleraar. Hij wil onderzoek doen naar mogelijkheden om de gezondheid van de bevolking op lokaal en regionaal niveau te bevorderen en de resultaten te implementeren.



Dr. Gera Nagelhout

(Caphri) heeft op 10 oktober 2012 haar **PhD cum laude** afgerond met haar proefschrift *'It has been done elsewhere, it can be done everywhere. Impact of smoke-free legislation on smoking'*.

Haar proefschrift is gebaseerd op resultaten van het International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project), in samenwerking met STIVORO. Dit project is een internationaal vergelijkende studie waarin de effecten van tabaksmaatregelen op rokers worden onderzocht in twintig landen.



Samenwerking binnen CaRe: Safety 4 Patients, EMGO+/VUmc en NIVEL



Door *Rebecca Baines (EMGO+)* en
Maike Langelaan (NIVEL)

Onze onderzoeksgroep “Safety 4 Patients” bestaat sinds 2005 en richt zich op wetenschappelijk onderzoek en de vertaling van nieuwe kennis en inzichten voor de dagelijkse praktijk van zorgverleners en patiënten. Het onderzoekscentrum is ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen het NIVEL en het EMGO+ / VUmc en staat onder leiding van prof. dr. Cordula Wagner. Met verschillende disciplines werken wij samen in wetenschappelijk onderzoek en onderwijs om zorggerelateerde schade zo veel mogelijk te voorkomen

HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK HEEFT TOT DOEL DE AARD EN OORZAKEN VAN ZORGERELATEERDE SCHADE TE ACHTERHALEN

en daarmee de patiëntveiligheid te vergroten. Naast samenwerking tussen deze twee instituten zijn er ook projecten waarbij we samenwerken met andere onderzoeksinstituten zoals het AMC in Amsterdam en het UMC Utrecht.

Het wetenschappelijk onderzoek heeft tot doel de aard en oorzaken van zorggerelateerde schade te achterhalen en richt zich op technische oorzaken, organisatorische oorzaken, waaronder communicatie en cultuur, menselijke oorzaken en patiëntgerelateerde oorzaken. Kennis van oorzaken maakt gerichte verbeterinitiatieven mogelijk. De huidige onderzoeksprojecten richten zich op het evalueren van de veiligheidsthema's van het VMS veiligheidsprogramma, een landelijk longitudinaal dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade, teamwork evaluatieprojecten, etnische verschillen in patiëntveiligheid, variatie in het bloedverbruik en onderzoek naar overdrachten en naar patiëntveiligheidscultuur.

Dit is in het geheel geen uitputtende lijst en wij adviseren u eens te kijken naar onze website

<http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl/>

Het onderwijs maakt deel uit van het geneeskunde en gezondheidswetenschappen curriculum van de Vrije Universiteit. Verder worden vanuit het onderzoekscentrum ook op maat presentaties, workshops en instructiebijeenkomsten over patiëntveiligheid verzorgd. Centraal staan thema's als het meten van veiligheids-cultuur en incidentenanalyse. Een belangrijk onderdeel van de trainingen op maat betreft het intern dossieronderzoek in de ziekenhuizen, waarbij verpleegkundigen en artsen worden getraind op gestructureerde wijze kritisch naar hun eigen dossiers te kijken.

Landelijk dossieronderzoek

Een deel van de onderzoeksgroep houdt zich bezig met het grote landelijke dossieronderzoek “Monitor Zorggerelateerde Schade”. Tijdens deze monitorstudie wordt specifiek gekeken naar vijf doelgroepen: patiënten die zijn overleden in het ziekenhuis, patiënten die zijn ontslagen uit het ziekenhuis, patiënten met de diagnose acuut myocard infarct, patiënten ouder dan 75 jaar die opgenomen zijn op de afdeling interne geneeskunde of chirurgie, en patiënten van verschillende etnische achtergronden. De uitkomsten van dit onderzoek zullen het mogelijk maken om na het einde van de afgesproken termijn voor het terugdringen van potentieel vermijdbare schade uitspraken te doen over de mate waarin de gestelde norm, 50% reductie van potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade, gehaald is. Het is een enorm project waarin 7

ALS EEN VAN DE BELANGRIJKSTE VOORDELEN WERD DE GROTE MATE VAN KENNISUITWIJSELING GENOEMD



onderzoekers, 8 veldwerkers/onderzoeksassistenten, 18 artsen, en 33 verpleegkundigen samenwerken.

HET BELANGRIJKSTE
NADEEL WERD DE
FYSIEKE AFSTAND
GENOEMD, WAARDOOR
HET "OVERLEGGEN IN
DE WANDELGANGEN"
WORDT BELEMMERD

Tot slot zijn we bij onze collega's nagegaan waar de voordelen en nadelen van onze samenwerking nu liggen. Als een van de belangrijkste voordelen werd de grote mate van kennisuitwisseling genoemd. Maar zeker ook een voordeel is dat

de twee verschillende visies van de onderzoeksinstellingen elkaar versterken. Het EMGO+-instituut heeft een meer wetenschappelijke insteek van het onderzoek, terwijl het NIVEL veel vanuit de maatschappelijke kant bekijkt.

Er werden natuurlijk ook nog wel een aantal nadelen benoemd. Het belangrijkste nadeel werd de fysieke afstand genoemd, waardoor het "overleggen in de wandelgangen" wordt belemmerd. De fysieke afstand zorgt ook voor veel extra reistijd bij vergaderingen. Maar ondanks deze punten hopen allen in ieder geval dat de samenwerking nog lang in stand mag blijven!



MOTAR studie onderzoekt antidepressiva vs. runningtherapie



Door Catherine Black, Josine Verhoeven en Dóra Révész
(Promovendi van MOTAR)

Een op de vijf Nederlanders zal in zijn leven een depressie of angststoornis doormaken. Niet voor niets wordt er gesproken

van een volksziekte. Toch is er nog veel onbekend over hoe beide stoornissen ontstaan en is behandeling in veel gevallen maar ten dele effectief. Depressie en angstklachten komen ook heel veel samen voor. Uit eerder onderzoek is bekend dat zowel medicatie als lichaamsbeweging effectieve behandelingen zijn. Maar wat werkt het beste? Hoe komen de effecten van de behandeling in het lichaam tot stand? Welke biologische processen spelen daarbij een rol?

DE MOTAR STUDIE RICHT ZICH NAAST VERBETERING VAN PSYCHISCHE KLACHTEN OOK OP HET EFFECT DAT DE TWEE BEHANDelingen HEBBEN OP LICHAAMELIJKE STRESS-SYSTEMEN, WAARVAN BEKEND IS DAT ZIJ BIJ DEPRESSIE EN ANGST ONTREGELD ZIJN.

De *MOod Treatment with Antidepressants or Running* (MOTAR) studie wil deze vragen beantwoorden. MOTAR is ingebed in de onderzoekslijn Mental Health van EMGO+ en tevens bij het Neuroscience Campus Amsterdam (NCA). Het is een initiatief van GGZ inGeest/VUmc. Het is gefinancierd door een NWO VICI beurs toegekend aan Prof. Dr. Brenda Penninx.

MOTAR is een gerandomiseerde klinische trial waarin mensen met een depressie en/of angststoornis behandeld worden met antidepressiva of runningtherapie gedurende 16 weken. De verwachting is dat beide behandelingen ongeveer even effectief zullen zijn voor psychische klachten. De studie



richt zich naast verbetering van psychische klachten ook op het effect dat de twee behandelingen hebben op lichamelijke stresssystemen, waarvan bekend is dat zij bij depressie en angst ontregeld zijn. Herstelt de biologie bij mensen die antidepressiva gebruiken op dezelfde manier als bij mensen die hardlopen? Houdt het effect van de ene behandeling langer aan dan van de andere behandeling? Maakt het soort of de ernst van de psychische klachten verschil? Wat is de invloed van genetische verschillen en de hersenen? Het beantwoorden van deze vragen is niet alleen van groot belang voor het herstel van de psychische klachten, maar ook voor lichamelijke gezondheid van mensen van depressie en angst.

Lichamelijk gestrest, biologisch verouderd

Mensen met een depressie hebben een grotere kans op een slechte lichamelijke gezondheid. Zij hebben een groter risico op hart- en vaatziekten, overgewicht, diabetes en kanker. Dit risico is niet gering, ze hebben bijvoorbeeld een 80% hoger risico hebben om vroegtijdig te overlijden dan gezonde mensen. Gedeeltelijk is dit verschil te verklaren door verschillen in leefstijl: roken, overmatig drinken, weinig lichaamsbeweging en een ongezond voedingspatroon zijn allemaal



MENSEN MET EEN DEPRESSIE HEBBEN KORTERE TELOMEREN (BESCHERMKAPJES VAN DNA). DIT IS EEN MAAT VOOR DE 'BIOLOGISCHE LEEFTIJD' VAN EEN LICHAAMSCHEL.

factoren waarvan bekend is dat ze een verhoogd risico geven op somatische aandoeningen. Deze leefstijl komt ook vaker voor bij mensen met depressie. Maar dit

verklaart niet alles. Ook als er rekening gehouden wordt met deze factoren blijft het verband tussen depressie en slechte gezondheid bestaan. Er is een vergelijkbaar verband tussen angststoornissen en lichamelijke ziekten. Er zijn aanwijzingen dat bij depressie de lichamelijke stresssystemen ontregeld

zijn. Bij mensen met een depressie zijn verhoogde waarden gevonden van het stresshormoon cortisol. Er is ontregeling van het autonome zenuwstelsel, dat zich meer in 'fight and flight' toestand bevindt. Er zijn ook aanwijzingen dat er een ontstekingsreactie in het lichaam plaatsvindt. Daarnaast blijkt dat mensen met een depressie vaker een afwijkende stofwisseling hebben, bekend als het metabool syndroom, waarbij er o.a. sprake is van verhoogde bloeddruk, bloedsuiker en cholesterol en toegenomen buikomvang. Er wordt gedacht dat deze biologische ontregelingen gepaard gaan met 'biologische veroudering'. Dit wordt bevestigd door de bevinding dat mensen met depressie kortere telomeren hebben (de beschermkapjes van DNA), een maat voor de biologische leeftijd van een lichaamscel. Deze versnelde biologische veroudering zou een verklaring kunnen zijn voor het vaker en eerder optreden van (ouderdoms)ziekten bij mensen met een depressie.

Een gezonde geest in een gezond lichaam?

Gelukkig is er ook reden om aan te nemen dat zowel de effecten op de lichamelijke stresssystemen als de biologische veroudering omkeerbare processen zijn, mits de

depressieve of angstklachten goed behandeld worden. De MOTAR studie moet uitwijzen of dit ook het geval is. De verwachting is dat hardlopen wellicht een sterker effect heeft op het biologisch herstel en de lichamelijke gezondheid dan behandeling met antidepressiva.

In de studie zullen 240 deelnemers met een depressie of angststoornis worden gerandomiseerd naar behandeling met antidepressiva of runningtherapie; drie keer per week hardlooptraining onder begeleiding van een getrainde therapeut. Bij alle deelnemers wordt bij aanvang de aard en ernst van de psychische klachten in kaart gebracht, lichamenlijk onderzoek verricht en de conditie getest. In bloed, urine en speekselmonsters worden bepalingen gedaan voor o.a. suikerziekte, cholesterol en DNA, maten van metabole stress en celveroudering. Na 16 weken behandeling worden deze metingen herhaald. Ten slotte worden deelnemers een jaar na afloop van de behandeling gevraagd naar hun psychische klachten om inzicht te krijgen in effecten van de behandeling op langere termijn.

In een deelstudie zal bij een aantal patiënten een functionele MRI scan van de hersenen worden gemaakt, zowel voor als na de behandeling. Er zal vooral gekeken worden naar 'hersengebieden die betrokken zijn bij het verwerken van emoties en stress en het effect dat behandeling hierop heeft.

De eerste deelnemers zijn geworven via de polikliniek van GGZ inGeest in Amsterdam. De eerste tien deelnemers zijn inmiddels van start gegaan. De runningtherapie vindt momenteel plaats in het Amsterdamse bos. Binnenkort wordt de studie echter ook uitgebreid naar Prezens in Amsterdam en polikliniek GGZ inGeest Zuiderpoort in Haarlem. De onderzoekers zijn nog op zoek naar meer deelnemers uit de omgeving van Amsterdam en Haarlem. Voor meer informatie en aanmelding zie www.motar.nl.



Mensen en hun werk - De verbinding tussen informatie en onderzoekers



Door *Linda Schoonmade (NIVEL)*

Ik ben informatiespecialist bij het NIVEL. Als informatieprofessional zie ik dagelijks veel tijdschriften en artikelen langskomen. Het is erg leuk

IN DEZE TIJD
VAN INFORMATION
OVERLOAD IS EEN
INFORMATIE-
SPECIALIST
ERG NUTTIG

om nu zelf eens de auteur van een stukje te zijn. Dat geeft me mooi de gelegenheid om aan mijn collega's te vertellen wat wij in de bibliotheek doen. Ooit ben ik tijdens mijn studie begonnen als invaller bibliotheekmedewerker, later werd ik applicatiebeheerder en online

deskundige en tegenwoordig ben ik een echte allround informatiespecialist.

De aloude term bibliothecaris dekt al lang de lading niet meer van het werk dat wij in de bibliotheek ver-

richten. De boeken zijn de afgelopen jaren stilletjes uit mijn directe werkomgeving verdwenen en steeds meer informatie is online terug te vinden. Dat betekent niet dat mijn werk minder belangrijk is geworden. Juist in deze tijd van information overload is een informatie-specialist erg nuttig om in huis te hebben.

HET OPSTELLEN VAN
EEN GOEDE ZOEK-
STRATEGIE IS ALS EEN
COMPLEXE PUZZEL
OPLOSSEN

Wat is nu een informatie-specialist? Een informatie-specialist verzamelt en bergt informatie en kennis op en zorgt dat deze informatie beschikbaar komt en voor iedereen makkelijk toegankelijk is. Concreet gezegd zorgen mijn collega en ik ervoor dat onderzoekers toegang hebben tot databestanden, relevante tijdschriften, artikelen en boeken en online bronnen. Informatie die zij niet kunnen vinden



zoeken wij op. Wij vragen bijvoorbeeld literatuur aan bij andere bibliotheken of helpen bij het vinden van informatie die meer verborgen is op het internet. Een belangrijke taak hierbij is het ondersteunen bij literatuuronderzoek. Ik geef een cursus 'zoeken in literatuurbestanden' en geef instructies bij het zoeken in bestanden als Pubmed, Cinahl, PsycINFO en Embase. Daarnaast mogen onderzoekers altijd bij mij aankloppen wanneer zij met een literatuuronderzoek bezig zijn. Ik kijk mee naar



zoekstrategieën en adviseer in welke literatuurbestanden relevante literatuur gevonden kan worden. Ook voor ik zelf literatuursearches uit. Leuk werk vind ik.

**BINNEN
MIJN AFDELING
STA IK BEKEND ALS
MRS. GOOGLE**

Het opstellen van een goede zoekstrategie is als een complexe puzzel oplossen. Het vergt veel krakende hersenen en vooral veel geduld. Bij deze werkzaamheden heb ik veel contact met mijn

collega-onderzoekers. En dat zorgt voor een mooie afwisseling met ouderwetse bibliotheektaken, zoals het geven van trefwoorden.

Naast de ondersteuning aan onderzoekers zijn mijn collega Anne-Vicky en ik namelijk ook verantwoordelijk voor het toegankelijk maken van onze eigen NIVEL-publicaties. In 2012 hebben onze onderzoekers 268 artikelen, rapporten en factsheets geschreven. Al deze publicaties worden in ons bestand ingevoerd en voorzien van verschillende metadata, zoals trefwoorden en onderzoeksgebied. Zo zijn ze goed terug te vinden via onze website. Het NIVEL streeft ernaar om alle publicaties openbaar te maken en dat lukt ons de laatste 10 jaar heel erg goed. Voor eigen gebruik is dit

bestand net zo belangrijk. Wij kunnen bijvoorbeeld in één keer zien welke publicaties uit een bepaald project zijn voortgekomen.

Welke eigenschappen zijn nu belangrijk voor een informatiespecialist? Naast klantvriendelijkheid, accuratesse, goede sociale en didactische vaardigheden is nieuwsgierigheid denk ik één van de belangrijkste eigenschappen voor mijn werk. Binnen mijn afdeling sta ik bekend als mrs. Google. Elk onderwerp wat ter sprake komt zoek ik gelijk op. Zoeken is mijn tweede natuur. Die nieuwsgierigheid zorgt er ook voor dat ik actualiteiten op het gebied van de gezondheidszorg bijhoud en collega's kan attenderen op onderwerpen die voor hen van belang zijn. Ook vind ik het belangrijk om nieuwe ontwikkelingen in mijn vakgebied te volgen, evenals ontwikkelingen die voor onderzoekers belangrijk kunnen zijn. Zo leg ik graag aan collega's uit dat Twitter echt meer is dan berichtjes schrijven over je avondeten. En dat je heel makkelijk persoonlijke attenderingen kunt instellen met behulp van RSS. Kortom: Informatiespecialist is een leuk, afwisselend beroep. En dat maakt dat ik met plezier naar mijn werk ga.



Oraties



Een deel van de oratie uitgesproken op 7 december 2012 door Prof.dr. Christian JPA Hoebe, Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht (CAHRI) ter aanvaarding van zijn bijzonder hoogleraarschap 'Infectious Disease Control'.

INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING 2.0: NIEUWE WEGEN, NIEUWE KANSEN!

Men schat dat er 'slechts' 1400 micro-organismen ziekmakend zijn voor de mens. Naar schatting komt 60% van deze infectieziekten van dieren. Infectieziekten die overgedragen kunnen worden van dieren op mensen noemen we zoönosen. Dieren zijn dus een belangrijke bron van veel ziekmakende micro-organismen.¹⁻³ Deze micro-organismen zorgen al eeuwen voor een uitdaging voor de volksgezondheid. Micro-organismen hebben zelfs vaak onze geschiedenis bepaald met dodelijke gevolgen voor duizenden mensen zoals met de mazelen en pokken introductie door de eerste ontdekkingsreizigers onder de indianen, en pest epidemieën in de Middeleeuwen of met een influenza shift bij de Spaanse griep epidemie eind 1918. Na de ontdekking en wereldwijde toepassing van antibiotica na de Tweede Wereldoorlog en de uitroeiing van het pokkenvirus in de jaren '70 door een effectief pokken vaccin bestond bij velen de overtuiging dat de infectieziekten waren verslagen. De infectieziekten leken bijna weg. Maar pokken werd de enige infectieziekte die is 'verslagen'. Met het uitbreken van de aids-epidemie in de jaren '80 bleek dat het perspectief veel minder rooskleurig was. In de huidige tijd zien we het opkomen van nieuw ontdekte infectieziekten – ook wel emerging infectieziekten genoemd en het opkomen

van oude infectieziekten – ook wel re-emerging infectieziekten.^{3,4}

Ik constateer **drie grote uitdagingen** van deze tijd voor de infectieziektebestrijding:

1. Infectieziekten kennen een voortdurende dynamiek die onvoorspelbaar is en die de infectieziektebestrijders voortdurend voor nieuwe vragen stelt. Ook Nederland blijft te maken krijgen met emerging en re-emerging infectieziekten zoals *Legionella pneumophila* verspreiding door koeltorens, Q-koorts verspreiding door geitenbedrijven, *Salmonella Thompson* in zalm, EHEC bacteriën in gekiemde zaden en *Chlamydia* in jongeren. We kunnen ons niet volledig wapenen tegen infectieziektebedreigingen in de toekomst en dat moeten we ook niet pretenderen.
2. Bekende maatregelen zijn niet meer altijd meer even effectief. Er is sprake van een toename van antibioticaresistentie zoals met 'ziekenhuisbacterie' MRSA en 'varkens'-MRSA, ESBL-bacteriën vanuit kippen, multiresistentie bij tuberculose en resistentie bij de gonorrhoebacterie - om maar een paar voorbeelden te noemen. Ook vaccins zijn niet altijd meer helemaal opgewassen tegen hun taak om infectieziekten te voorkomen zoals te zien is aan de vele gevallen van kinkhoest ondanks kinkhoestvaccinatie en de grote aantallen bof onder studenten ondanks hun vaccinatie tegen bof.
3. De maatschappij verandert voortdurend. We leven in een tijd van snelle nieuwe ontwikkelingen met nieuwe media en nieuwe technologieën. Een mondig publiek dat zich met de nieuwe media in de hand op allerlei manieren terecht of onterecht geïnformeerd weet en alleen tevreden lijkt te zijn met een nul-risicolijn vanuit het 'voorzorgprincipe'. Er bestaat een afnemend vertrouwen in autoritei-



ten en niet altijd een vanzelfsprekend vertrouwen in aangeboden maatregelen om je tegen infectieziekten te beschermen. Dat bleek bij relatief lage opkomst van de HPV vaccinatie bij 12-jarige meisjes, bij de influenzavaccinatie in de zorg of bij de lage participatie in de chlamydia screening door jongvolwassenen waar ik later op terug kom.

Daarmee zijn en blijven infectieziekten één van de grote uitdagingen voor de volksgezondheid.

Wat kan beter in de infectieziektebestrijding?

Ik wil graag drie zaken benoemen die in mijn ogen nog voor versterking vatbaar zijn voor zowel infectieziektebestrijding in de praktijk als voor het wetenschappelijk onderzoek. Waarmee komen de puzzelstukjes op zijn plaats?

1. Ik wil beginnen met **investeren in multidisciplinair samenwerken** ofwel we moeten meer over onze grenzen heen kijken. Multidisciplinaire samenwerking is nodig om hoofd te bieden aan eerder genoemde uitdagingen. We zijn al op veel terreinen op weg om deze bruggen te bouwen. De academische werkplaats waar onderzoek, praktijk en beleid elkaar vinden ofwel in andere woorden de universiteit, de GGD en de gemeenten. Ik ben daarom ook zeer verheugd met de intensieve samenwerking tussen infectieziektebestrijding en medische microbiologie in Maastricht omdat twee belangrijke spelers in de infectieziektebestrijding elkaar zo snel kunnen vinden om innovatie gestalte te geven. Er mag nog meer worden geïnvesteerd in de 'One Health' gedachte waarbij een brug wordt geslagen in het kader van zoönosen en zo de samenwerking tussen humane en veterinaire geneeskunde gestalte krijgt. Er zijn goede stappen genomen met een landelijk signaleringsoverleg, een vademecum een zoönosen prioriteiten lijst en het Brabants Kennisnetwerk Zoönosen maar de uitwisseling van informatie – liefst real-time - in de praktijk kan nog beter. Innovatie komt door over vakdisciplines heen onderzoek te doen en ik wil ook graag de samenwerking met vakgebieden als gezondheidsbevordering,

psychologie en sociologie bevorderen.

Verspreiding van infectieziekten beperkt zich niet tot nationale grenzen en daarom moeten we ook cross-border samenwerken en letterlijk over de grenzen heen gaan. Infectieziekten kunnen zich vandaag de dag snel over de hele wereld verspreiden. Een goede samenwerking tussen internationale instellingen gericht op infectieziektebestrijding is daarom ook van cruciaal belang. Het Europese Parlement heeft daarom in 2004 besloten tot de oprichting van het ECDC. Dit centrum werkt in samenwerking met de nationale centra aan Europese surveillance en signaleringssystemen en wetenschappelijke advisering om zo infectieziektebestrijding in Europa te versterken. Ook samenwerking met landen buiten Europa wordt steeds belangrijker.

Zuid-Limburg ligt in de Euregio en zit voor 95% van haar grens vast aan België en Duitsland en kan als proeftuin dienen voor deze internationale context. Er zijn al verschillende euregionale projecten waarbij infectieziekten een plaats innemen. Tussen de infectieziektebestrijders in Zuid-Limburg, Duitsland en België bestaat uitgebreide samenwerking, waarbij nu al real-time infectieziektegegevens worden uitgewisseld met onze Duitse buur-GGD in Aken via een digitaal dashboard.⁹

2. Als tweede: **User-oriented approach** of in beter Nederlands gebruikersgerichte aanpak. Infectieziektebestrijding is meer dan een verzameling medisch-technische interventies. Het voorkomen en bestrijden van infectieziekten wordt bepaald door menselijk gedrag. Dit betreft niet alleen gedrag van patiënten en medisch en paramedisch professionals, maar ook van politici, bestuurders, geestelijk leiders en mensen uit de bevolking. Infectieziektebestrijding is een maatschappelijke activiteit. Niet elke groep vertoont altijd gedrag dat gebaseerd is op wereldbeelden, mensbeelden, overtuigingen of belangen die stroken met een medisch-technisch bewezen effectieve bestrijding. Dat betekent dat infectieziektebestrijders zich voortdurend in hun communicatie, maatregelen en wetenschappelijk onderzoek rekenschap moeten





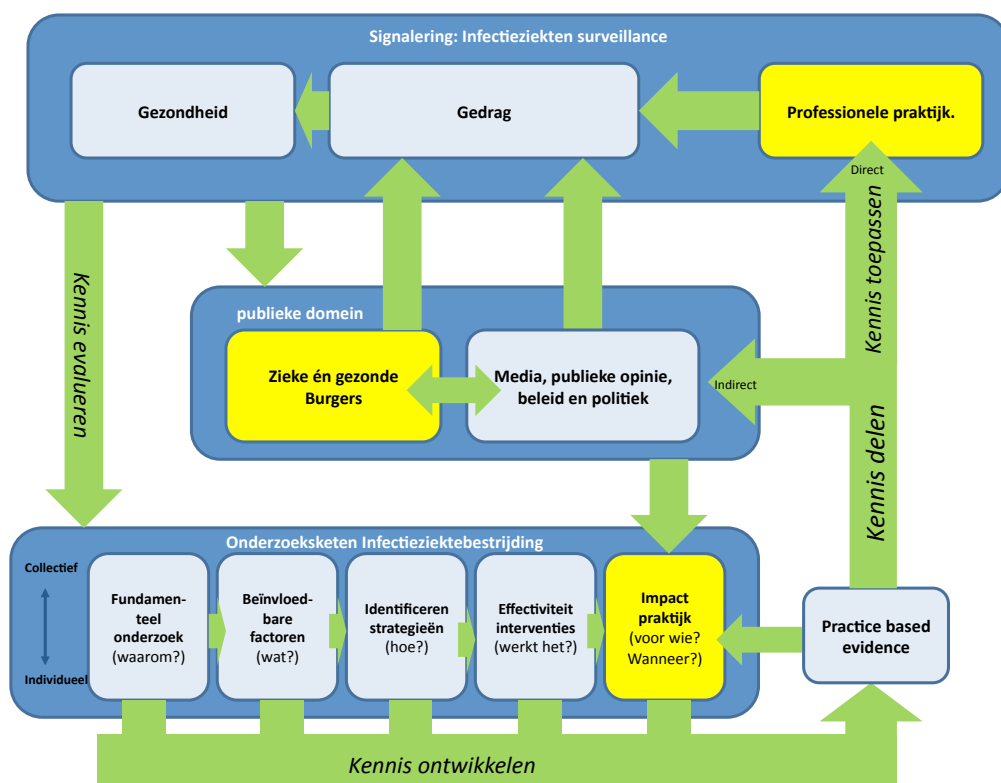
geven van de kijk van zorgprofessionals, bestuurders, media en burgers. Hoe betrekken we burgers bij de infectieziektebestrijding en het onderzoek? Hoe realiseren we een betekenisvolle en effectieve communicatie? Ik denk dat we de verantwoordelijke burger onderdeel moeten maken van de oplossing en hen meer dan in het verleden moeten betrekken bij communicatie en maatregelen. We moeten 'ervaringsdeskundigen' bij het ontwerpen van maatregelen en interventies betrekken en communiceren op het taalniveau van de ontvanger. Daarom pleit ik voor een gebruikersgerichte aanpak om effectiever maatregelen vorm te geven.

3. En als derde **Practice-based evidence**. Doen we de dingen juist? Doen we de juiste dingen? Weten we of dat wat we doen ook werkt in de praktijk? Een sterke wetenschappelijke inbreng in de infectieziektebestrijding is noodzakelijk om deze vragen te beantwoorden, zowel om onze kennis op het gebied van nieuwe en veranderende

infectieziekten op peil te brengen en verder te verdiepen, als om te komen tot een wetenschappelijk onderbouwde aanpak van preventie en bestrijding. Bovendien kan wetenschappelijk onderzoek een zeer belangrijke bijdrage leveren aan inzichten in de infectieziekteketen van reservoir naar micro-organisme naar transmissie en gastheer. Het is daarbij een uitdaging om onderzoek en praktijk samen te laten optrekken, waarbij onderzoeksresultaten snel moeten kunnen worden vertaald naar praktische toepassing. We hebben een goede onderzoeksketen nodig om practice-based evidence interventies en maatregelen te kunnen nemen. We willen oorzaken begrijpen, strategieën identificeren en impact evalueren. Dit gaat dus verder dan bewijs voor effectieve interventies die in gecontroleerde omstandigheden zijn verzameld.

Model Infectieziektebestrijding 2.0

Daarom verdient de infectieziektebestrijding een nieuwe onderzoeksvisie Infectieziektebestrijding 2.0



adapted from: Ogilvie et al, 2009





waarin bovengenoemde 3 puzzelstukjes een plek krijgen. We willen met infectieziektebestrijdingsonderzoek kennis ontwikkelen om de gezondheid van de bevolking maximaal bevorderen. Dit onderzoek verdient echter een bredere visie dan gebruikelijk bij klinisch onderzoek. Vanuit een brede visie wil ik daarmee komen tot een translationeel raamwerk voor infectieziektebestrijdingsonderzoek. In translationeel klinisch onderzoek wordt hiermee bedoeld de vertaling van inzichten uit het fundamentele onderzoek naar klinisch onderzoek naar klinische toepassingen in de zorg zoals beschreven in het RGO rapport van 2006. Het gaat hierbij om een lineaire keten waarbij bewijs ofwel evidence wordt geleverd in gecontroleerde omstandigheden in een specifieke groep patiënten. Dit klinisch onderzoeksmodel kent echter een aantal beperkingen. Ik zal de vier stappen van de klinische onderzoeksketen nemen als basis van deze nieuwe visie en als start nemen van het bredere model dat gebaseerd is op dat van Ogilvie.⁴

Epidemiologie is de basis discipline binnen de infectieziektebestrijding. In de klassieke epidemiologische visie zorgen beschrijvende studies voor hypothese vorming ofwel werkingsmechanismen begrijpen van factoren die een rol spelen. Antwoord op de vraag: Waarom zou iets kunnen werken? Deze gegevens leiden naar analytische ofwel hypothese testende studies die gebaseerd zijn op cohort en case-control onderzoeksdesign om risicofactoren of determinanten te identificeren die bijdragen aan ongezondheid of gezondheid in de populatie of in subpopulaties. De vraag is dan: Welke factoren spelen een rol? Sterk bewijs kan een aanwijzing zijn voor een oorzakelijke relatie afhankelijk van biologische plausibiliteit, tijdsrelatie en dosisrespons relatie en kan binnen infectieziekteonderzoek worden aangevuld met microbiologische typering ofwel eenzelfde micro-organisme in bron en zieken. De gevonden risicofactoren zijn vervolgens de input voor de selectie, ontwikkeling en evaluatie van innovatieve strategieën of nieuwe interventies die deze risicofactoren willen beïnvloeden. De vraag wordt beantwoord: Hoe kunnen we de factoren beïnvloeden? Dit kan direct op determinanten van gezondheid of indirect door het beïnvloeden van determinanten van individueel gezondheidsgedrag die daarmee de

gezondheid beïnvloed. Voor het infectieziektebestrijdingsonderzoek reflecteert de onderzoeksketen een spectrum van determinanten: van beïnvloedbare risicofactoren op het individuele niveau tot sociale en omgevingsdeterminanten van gezondheid op collectief niveau.

Het eindpunt in de klinisch onderzoeksketen is vervolgens het implementeren van therapeutische of diagnostische interventies in de routine klinische praktijk die effectief verklaard zijn in gecontroleerde omstandigheden. Ook in de onderzoeksketen van de infectieziektebestrijding moet de vraag - of een preventieve interventie effectief is - gesteld worden. Daarmee wordt de vraag beantwoord: Werkt het? Daarbij is een spectrum aan niveaus van interventies mogelijk waarbij een brug geslagen kan en moet worden naar zeer diverse vakgebieden van biomedisch georiënteerde vakgebieden als de medische microbiologie, kindergeneeskunde, interne geneeskunde en diergeneeskunde naar meer sociale wetenschappen zoals psychologie, gezondheidsbevordering, communicatie wetenschappen en gezondheidseconomie tot het vakgebied van 'health technology assessment'. Voor onderzoek in de openbare gezondheidszorg is deze vierde stap in de onderzoeksketen echter onvoldoende als eindpunt omdat de verbetering van populatie gezondheid het einddoel is – ofwel wat is de impact van de interventie in de populatie? Dit einddoel kan op korte termijn veranderingen in gezondheidsgedrag of andere risicofactoren betekenen en op de langere termijn vermindering van ziekte, dood of verbetering van kwaliteit van leven. Dit impliceert twee zaken: 1. De noodzaak één stap toe te voegen aan de onderzoeksketen door de effectiviteit van interventies in de praktijk uit te testen en te komen tot 'practice based evidence' – dus antwoord op de vragen: Voor wie werk het? En wanneer? En tegen welke kosten? en 2. De noodzaak van een 'feedback loop' waarbij populatie surveillance data nodig is die bijdraagt aan de beschrijvende epidemiologie van de condities en risicofactoren in de populatie, zoals die nu voor infectieziekten veelal wordt uitgevoerd door het Centrum Infectieziektebestrijding. Door kennis gebaseerd op practice-based evidence te delen en toe te passen in





de professionele praktijk kan gezondheidsgedrag en gezondheid positief beïnvloed worden. Evaluatie van signalen uit de professionele praktijk en surveillance kan weer input zijn om op individueel of collectief niveau nieuwe hypothesen te ontwikkelen. Hiermee ontstaat een cyclus van voortdurende innovatie en doen we ons werk steeds beter.

Echter, we bevinden ons met dit onderzoekswerk niet op een eiland en een component die vaak nog erg onderbelicht is in de onderzoeksketen is de maatschappelijke component. Infectieziektebestrijding vindt plaats midden in de maatschappij - in de publieke arena waar een centrale rol is weggelegd voor de burger met daaromheen de media, het beleid en de politiek. Gezondheidsbeleid, media en politiek beïnvloedden immers het gedrag van burgers. Kennis moet daarom ook worden gedeeld met beleidsmakers en media. In dit raamwerk wordt daarin de burger expliciet meegenomen naast de maatschappelijke context.

Daarmee heeft de infectieziektebestrijding en haar onderzoek op alle plekken in het raamwerk een rol, en heeft ook onderzoek naar bijvoorbeeld de rol van de media in de publieke opinie rondom Q-koorts een plaats. Het is echter nog een grote uitdaging de burgers of 'gebruikers' bij deze kennisontwikkeling in de onderzoeksketen te betrekken. Het is echter noodzakelijk om de impact van interventies te laten slagen en dit kan niet zonder daarbij de gebruiker op één of andere manier te laten meedenken. Kennisontwikkeling welke input meeneemt vanuit een breder perspectief - zowel maatschappelijk als multidisciplinair - is beter in staat om antwoorden te geven die er toe doen.

Kenmerken van dit raamwerk zijn dus: het eindpunt niet bij effectieve interventies leggen maar bij verbetering van de populatie gezondheid, omarming van multidisciplinaire samenwerking, betrekken van de burger in de maatschappelijke arena en een herhalend bi-directioneel cyclisch proces met als doel om te komen tot 'practice-based evidence' of wel impact in the real world.

De preventieve strijd tegen infectieziekten is nog lang niet uitgestreden en er dienen zich voortdurend nieuwe vraagstukken aan. We hebben een prachtig systeem voor infectieziektebestrijding dat ook vooral zo

moet blijven en niet moet worden afgebroken door mogelijke bezuinigingen. Landen waarbij het public health systeem is aangetast hebben laten zien hoe desastreus dat kan zijn. We kunnen echter nog meer bereiken als we krachten bundelen. Als we ons richten op practice-based evidence in het wetenschappelijk onderzoek, als we in staat zijn de multidisciplinaire samenwerking te optimaliseren en over onze schaduw heen kunnen stappen en bruggen kunnen bouwen naar ketenpartners en ook de burger betrekken bij de infectieziektebestrijding, dan kunnen we de uitdagingen van deze tijd aan. Dan zijn we in staat adequaat te handelen bij emerging en re-emerging infectieziekten, staan we midden in de maatschappij, en bewegen we mee met nieuwe media en nieuwe technologieën.

Referenties:

1. MEJ Woolhouse, Gowtage-Sequeria S. Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerging infectious diseases* 2005, 11: 1842-5.
2. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. Emerging infections: a perpetual challenge. *Lancet Infect Dis.* 2008 Nov;8(11):710-9.
3. Jones KE, Patel NG, Levy MA, et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature* 2008; 451: 990-993.
4. Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham NJ. A translational framework for public health research. *BMC Public Health.* 2009 Apr 28;9:116.

COMMUNICATION IN HEALTH CARE: EASY TO LEARN, DIFFICULT TO APPLY

Sandra van Dulmen, NIVEL Utrecht/UMC St Radboud Nijmegen/Buskerud University College, Drammen, Norway

Inaugural speech 28 september 2012

Nowadays, patient responsibility, participation and self-management are supposed to lift up health care like magic words creating a miracle. Patients are considered to be active contributors to interactions with their health care providers in the consulting room



*Sandra van Dulmen*

and are expected to share decision-making leading to optimal care adapted to a patient's lifestyle and capabilities. Patients are thought to be perfectly capable of pointing out what they need as they are supposed to be well-informed and assertive. Yet, everyday practice shows a quite different picture; during the last decades, patients have not asked more questions to their health care provider, on the contrary, they now seem even less assertive than 25 years ago, at least when observing their behaviour in the consulting room (Bensing et al, 2006). Maybe, being assertive and being sick do not go together? Patients do particularly value the way health care providers engage with them (Rademakers et al, 2011) and the majority wants to be informed in a clear way (Kramer, 2011). Yet, Dutch studies show that health care providers themselves

MAYBE, BEING
ASSERTIVE AND BEING
SICK DO NOT GO
TOGETHER

seem less convinced of the value of good communication (Kramer, 2011) and many residents even believe that they spend too much time on communication training (Van der Velden & Batenburg, 2011). Important observations, especially when one notices that what providers are being taught does not always become visible in their actual communication behaviour (Noordman et al, 2012). Apparently, the context in which a provider has to act differs so much from a training situation that there is no guarantee that what is trained will be implemented. Factors that determine this so-called transfer from what is taught

to its application in daily practice, do not yet receive much attention in research in communication in health care (Van den Eertwegh et al, 2012). Despite this lack of evidence, a lot of time, money and energy is being put in training providers without first identifying factors, like health care system characteristics, that hamper proper implementation.

In the inaugural speech I gave a few months ago (Van Dulmen, 2012) I stressed the importance of looking beyond the well-known paths of education and training and of unravelling multi-layered context factors that hamper or facilitate improvements in the way health care providers and patients communicate (Essers et al, 2011). This could for instance indicate why many patients feel more comfortable talking to nurses about sensitive issues than to physicians, why patients fall silent when they enter the consulting room, why residents' communication skills do not seem to improve despite so many efforts to teach them the necessary skills. What is more, being taught generic communication skills and having to use these within a specific interaction with an individual patient, does not appear to be easy. Person-centered communication, i.e. providing support and information adapted to what a person already knows, what he needs and values, what he understands and expects, what comforts, reassures and empowers him, is a real challenge.

BEING TAUGHT
GENERIC COMMUNICATION
SKILLS AND
HAVING TO USE THESE
WITHIN A SPECIFIC
INTERACTION WITH AN
INDIVIDUAL PATIENT,
DOES NOT APPEAR
TO BE EASY

For some patients, a group medical visit is the right context to educate and engage them, others feel more comfortable within a face-to-face or an online, screen-to-screen contact. Communication helps to find out what suits a patient best. Therefore it is important to keep cherishing the quality of the encounter, also between health professionals, and to invest in an understanding between providers and patients. Because, as long as most complaints from patients have to do with communication and the way they are being treated (Heijmans et al, 2010), we have work to do. To





do this properly, every stakeholder has to do his part: the patient, the health care provider, the policy maker as well as the health care insurer.

Referenties

- Bensing JM, Tromp F, Dulmen S van, Brink-Muinen A van den, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 62
- Dulmen S van. Kom communiceren (oratie). RU Nijmegen, 2012
- Eertwegh V van den, Dulmen S van, Dalen J van, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der. Learning in context; identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Educ Couns* 2012 (in press)
- Essers G, Dulmen S van, Weel C van, Vleuten C van der, Kramer A. Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment. An explorative study in general practice. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 138
- Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken Rapportage 2010. Utrecht: NIVEL, 2010
- Kramer P. De huisarts-patiëntrelatie anno 2011. TNS NIPO 2011
- Noordman J, Lee I van der, Nielen M, Weijden T van der, Dulmen S van. Motivational interviewing in general practice; practice nurses lifestyle communication during prevention consultations. *J Clin Med Res* 2012; 4: 393-401
- Rademakers J, Delnoij D, Boer D de. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ Quality Safety* 2011; 20: 326-331
- Velden LFJ van der, Batenburg RS. De opleiding tot huisarts opnieuw beoordeeld: een onderzoek onder huisartsen in opleiding en alumni. Utrecht: NIVEL, 2011



Dagboek van een promovendus



Door: *Mariska Stam* (mari.stam@vumc.nl)

Uit de wondere wereld van een VUmc promovendus die onderzoek doet naar de gevolgen van slechthorendheid in het dagelijks leven. Het is vrijdagmiddag en dat betekent dat ik net voor het weekend nog een aantal punten van mijn to-do lijst wil afronden. Ik begin met het e-mail van de vragenlijst naar de nieuwe deelnemers van het Hooronderzoek. Als ik onze database open, stel ik tevreden vast dat de afgelopen week weer 8 nieuwe deelnemers zich aangemeld hebben. Dat gaat de goede kant op! Al sinds 2006 loopt de Nationale Longitudinale Studie naar Horen (zie www.hooronderzoek.nl)

en nog steeds melden elke week nieuwe deelnemers zich aan. Al meer dan 2500 volwassen tussen 18 en 70 jaar uit het hele land, met en zonder hoorproblemen, nemen deel aan het onderzoek. Zij vullen een vragenlijst in en voeren onze online hoortest uit. Na het versturen van deze e-mails, werp ik nog een blik op het aantal ingevulde vragenlijsten van de herhaalmeting. Ook daar verzamel ik op dit moment data voor. Vijf jaar na de eerste deelname vragen we deelnemers om weer mee te doen met het Hooronderzoek. Zo kunnen we namelijk de veranderingen van hun gehoor over de tijd monitoren en onderzoeken wat de gevolgen in het dagelijks leven zijn als iemands gehoor achteruit gaat. Nadat ik gecontroleerd heb of de deelnemers die de herhaalvragenlijst afgerond hebben, ook de hoortest nogmaals gedaan hebben, wil ik doorgaan met het volgende klusje: het herschrijven van de nieuwsbrief. Ineens besef ik dat ik over drie (!!)-minuten afgesproken heb met oud-studiegenoten van de onderzoeksmaster van Gezondheidswetenschappen voor een kopje koffie. Vlug sla ik mijn werk op en ren ik bijna naar het andere VUmc gebouw. Met de meiden bespreken we kort even wat ons bezig houdt op het gebied van hardlopen en relaties. Ook komt altijd de voortgang van onze promotietrajecten aan de orde. We werken alle drie bij VUmc en het is leuk om te horen hoe het er bij andere afdelingen aan toe gaat. We



Mariska Stam



zijn allemaal op een ander moment begonnen met ons promotieonderzoek en daardoor kunnen we veel van elkaar leren. Omdat er nog meer werk op ons wacht, laat ik het bij één kopje thee en loop ik geïnspireerd weer terug naar de polikliniek. Waar was ik ook alweer mee bezig? Oh ja, het herschrijven van de nieuwsbrief voor de deelnemers van het Hooronderzoek. Drie keer per jaar stel ik deze nieuwsbrief op, zodat onze deelnemers weten waar we als onderzoekers mee bezig zijn. Uiteraard beschrijf ik ook de voortgang van het onderzoek. Ik vind het altijd een hele uitdaging om een leuke nieuwsbrief te schrijven. Immers, alles moet in jip-en-janneketaal geschreven worden zodat iedereen het begrijpt. We geven hiermee toch een visitekaartje af aan de buitenwereld. Nadat ik de laatste feedback heb gekregen van Sophia Kramer, de projectleidster van het Hooronderzoek, begin ik met het versturen van de nieuwsbrieven per e-mail. Al met al neemt dit best even tijd in beslag, want het programma dat ik daarvoor gebruik kan geen 2500 nieuwsbrieven tegelijkertijd versturen.

Het geeft mij mooi de tijd om mijn tweede artikel, over chronische aandoeningen in combinatie met slechthorendheid, definitief te submitten bij een vooraanstaand Amerikaans tijdschrift. Ik controleer voor de laatste keer of ik van alle bestanden de juiste versies toegevoegd heb en of alle velden juist ingevuld zijn. Het daadwerkelijk klikken op de verzendknop geeft me een trots gevoel. Weer een klein succes! Nu maar duimen dat mijn stuk onder review wordt genomen en dat ik hopelijk binnenkort goed nieuws krijg. Even later is het versturen van de nieuwsbrief klaar. Dat is fijn! Ik stuur nog even snel een e-mail naar mijn collega of hij de nieuwsbrief ook op de website van het Hooronderzoek wil plaatsen. Check, weer een taak van mijn to-do lijst af. Als laatste actie van deze werkweek schrijf ik alvast wat dingen op waar ik volgende week aan wil werken. Data verzamelen, artikelen schrijven en deelnemers op de hoogte houden van onze voortgang zijn namelijk maar drie onderdelen van mijn boeiende functie als promovendus binnen het Hooronderzoek!



Suske en Wiskunde: Pas op: explosief onderzoek!



door Rik Crutzen

De Ig Nobelprijs is een parodie op de Nobelprijs en wordt ieder jaar, vlak voor de bekendmaking van de echte Nobelprijswinnaars, uitgereikt aan onderzoekers die studies hebben uitgevoerd waar men aanvankelijk om moet lachen, maar die bij nader inzien ook aan het denken zetten. Initiatiefnemer van de Ig Nobelprijs is de Amerikaanse wiskundige Marc Abrahams en de prijs wordt gesteund door het wetenschappelijke tijdschrift *Annals of Improbable Research* (AIR).

De Ig Nobelprijs voor Medicine ging deze keer naar de Franse onderzoekers Emmanuel Ben-Soussan en Michel Antonietti. Zij adviseren artsen hoe ze een colonoscopie moeten uitvoeren en daarbij de kans dat hun patiënten exploderen minimaliseren.

Wat is het verhaal? Bij het uitvoeren van een

colonoscopie kan er explosief gas vrijkomen. Onze spijsvertering produceert eigenlijk continu gas. Het probleem is echter wanneer dit wordt gecombineerd met zuurstof en warmte (van een lamp gebruikt bij colonoscopie), dan... kan het gaan knallen! Dit kan daadwerkelijk leiden tot darmperforaties.

Om dit te voorkomen is “colonic cleansing” nodig. Een klysma wordt hierbij niet aangeraden, maar wel ‘oral methods’. Meer weten? Om te voorkomen dat deze CaRré te platvloers wordt, verwijs ik voor het volledige verhaal naar: Ladas, S.D., Karamanolis, G., & Ben-Soussan, E. (2007). Colonic gas explosion during therapeutic colonoscopy with electrocautery. *World Journal of Gastroenterology*, 13, 5295-5298.

Een overzicht van de andere winnaars van de Ig Nobelprijs is te vinden op www.improbable.com/ig/winners/#ig2012.



De tand des tijds: Stellingen revisited



door Dóra Révész

DE STELLINGEN VAN ECO DE GEUS

Eco de Geus is hoogleraar Biologische Psychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, en sinds oktober 2012 de directeur van EMGO+. In 1992 promoveerde hij aan de VU op het proefschrift "The effects of fitness training on physiological stress-reactivity". Ondanks de nieuwe invulling van zijn werkuren ligt



Eco's wetenschappelijke belangstelling nog steeds bij sportgedrag, het cardiovasculaire systeem en het autonome zenuwstelsel.

Gedurende zijn loopbaan heeft hij mooie successen geboekt. Na zijn promotie heeft hij samen met Lorenz van Doornen en de 'jongens van de technische dienst' een geweldig apparaat op de onderzoeksmarkt gebracht. Het zogenaamde 'VU Ambulatory Monitoring System' (VU-AMS, www.vu-ams.nl)

is een meetsysteem waarmee het autonome zenuwstelsel in kaart kan worden gebracht in zowel een laboratorium- als een naturalistische situatie. De VU-AMS wordt toegepast in onderzoeken op het gebied van de genetica, stress en cardiovasculaire risicofactoren. In de toekomst zullen dergelijke technieken nog vaak worden benut, omdat de nadruk steeds meer zal liggen op zelf-monitoring en zorg met behulp van technologieën bij mensen thuis. Door toepassingen zoals Smartphone coaches kunnen patiënten gedeeltelijk voor hun eigen gezondheid zorgen. Dit is in zijn ogen een cruciale ontwikkeling.

Eco is cum laude gepromoveerd en dat was een groot compliment ondanks een 'leescommissie van zwaargewichten'. Hij heeft zijn onderzoek in die tijd zorgvuldig en zelfstandig opgezet uit zijn eigen subsidiegeld. Met zijn resultaten heeft hij tijdens zijn promotie vele standpunten omvergeworpen die in die tijd uit de literatuur werden ondersteund. De vraag is of hij het nog steeds met de stellingen uit zijn proefschrift eens is.

Stelling 1

De acute cardiovasculaire stress-reactie wordt niet door conditietraining beïnvloed.

Iedereen om hem heen verwachtte, waaronder hij zelf, dat fysieke training wel een sterke invloed zou hebben. Sindsdien zijn er drie grote meta-analyses verschenen die zijn bevindingen hebben bevestigd. Blijkbaar heeft conditietraining andere gunstige effecten in het lichaam en valt er nog veel te leren over de menselijke stress-reacties.

Stelling 2

Verschillen in persoonlijkheid tussen sporters en niet-sporters zijn de oorzaak, niet het gevolg van het verschil in sportgedrag.

Binnen het Nederlands Tweelingen Register is nu inmiddels aangetoond dat er een onderliggende genetische factor is die persoonlijkheid en sportgedrag bepaalt. Er werd geen bewijs gevonden voor verandering in persoonlijkheid door het beoefenen van sport. Dat deel van deze stelling staat dus nog als een paal boven water.



Stelling 3
Het meten van stress-reacties tijdens kortdurende laboratoriumtaken draagt niet bij tot onze kennis over het ontstaan van hart- en vaatziekten.

In die tijd was Eco het vertrouwen verloren in korte stresstaken. Deze stelling heeft hem een positieve impuls gegeven om de ambulante meetsystemen verder te ontwikkelen. Nu hij echter ouder en wijzer is geworden, is hij toch genuanceerder gaan denken over deze stelling. Nu ziet hij dat zowel metingen tijdens korte (goed gevalideerde) stresstaken als metingen in naturalistische settings beide kunnen bijdragen aan onze kennis.

Stelling 4
Stress en fitness zijn uiteinden van eenzelfde fysiologisch continuüm.

Terwijl men verwachtte dat stress en fitness elkaar onderling zouden beïnvloeden, is nu aangetoond dat

ze beide afzonderlijk effect hebben op de fysiologie. Het zijn als het ware twee paarden die aan dezelfde kar trekken, maar in tegenovergestelde richtingen.

Stelling 5
Het lichaam-geest probleem verdwijnt op het niveau van de receptoren.

Vanuit zijn studie Bewegingswetenschappen is Eco gedurende zijn promotie wellicht ietwat doorgeslagen in het biologisch determinisme: het idee dat menselijk gedrag volledig wordt bepaald door biologische eigenschappen. Als harde Bèta wilde hij zich wat afzetten tegen de soms zweverige ideeën van de psychologen.

Tegenwoordig heeft hij de Alpha, Bèta en de Gamma weer met elkaar weten te verzoenen. En dat is maar goed ook, want je kunt het alleen zo ver schoppen als je oprecht geniet van ELK goed manuscript dat voor je neus wordt geschoven, of het nou over subjectieve maten gaat of over complexe moleculaire paden.



Afscheid Prof. dr. Ronald A. Knibbe



Sinds 1979 heb ik gewerkt bij wat eerst Universiteit Limburg heette, toen Universiteit Maastricht en nu 'Maastricht University' genoemd wil worden. Het kan lijken alsof ik daarbinnen een zeer gevarieerde carrière heb gehad. Ik ben aangesteld geweest bij de Algemene faculteit, de Faculteit Gezondheidswetenschappen, de "Faculty of Health, Life and Medical Sciences", de



capaciteitsgroep Medische Sociologie en de vakgroep Gezondheidsbevordering. En dan heb ik het nog niet over de vele onderzoeksscholen en onderzoeksinstituten waar ik kortere of langere tijd deel van uitmaakte of de veelheid aan 'mission statements' waaronder ook mijn werk werd ondergebracht. Echter, de indruk van grote variatie is misleidend. Het is toch vooral één thema geweest waar ik me bezig heb gehouden: alcohol, drugsgebruik en tabaksgebruik en dat vanuit een voornamelijk sociologisch perspectief. En met veel plezier!

Voordat ik aan de universiteit Limburg (zo heette dat in 1979) kwam werken was ik kleine zelfstandige. Betaald worden om je nieuwsgierigheid te bevredigen –en natuurlijk de uitkomsten te delen-, zo voelde mijn nieuwe werk en dat was luxe. Het thema middelengebruik kent heel veel aspecten. Door de veelsoortigheid van gevolgen zijn er binnen de medische wetenschappen raakvlakken met psychiatrie, interne geneeskunde (o.a. levercirrose), huisartsgeneeskunde (o.a. herkenning van problematisch drankgebruik), spoedeisende hulp (o.a. alcohol-gerelateerde ongelukken). Dan is er nog de veelheid aan disciplines die (potentiële) verklaringen bieden zowel voor het gedrag van degenen die middelen gebruiken als voor de sociale en maatschappelijke reacties op dit gedrag. Denk aan psychologie, criminologie, sociologie, beleidswetenschappen en politicologie. Samenwerking met vertegenwoordigers van al die disciplines is uiterst boeiend en dwingt je veel meer dan samenwerking met 'gelijkgestemden' om je eigen bijdragen in een grotere context te plaatsen.

Wat die eigen bijdragen van mij dan wel inhielden? Zeer verscheiden, o.a. door de samenwerking met mensen van andere disciplines. Als ik een paar bijdra-



gen zou moeten noemen die over de laatste decennia wat meer aandacht en waardering hebben gekregen dan is dat het onderzoek naar de relatie tussen structuur van het dagelijks leven en middelengebruik; situationele (versus cognitieve) determinanten van middelengebruik, met name bij jongeren en beperking van aanbod aan middelen als noodzakelijke voorwaarde voor succesvolle verlaging incidentie van middelenmisbruik.

Ik ben sinds kort met pensioen. Echter zal ik de komende tijd nog wel een aantal promovendi tot de eindstreep brengen. Maastricht University had een goede naam op het gebied van sociale epidemiologie van middelengebruik en het is verheugend te weten dat die goede naam gecontinueerd wordt in de persoon van prof. Dike van der Mheen.

