

STAND VAN ZAKEN 50 / INTERVIEW: CCUVN 52-55  
DARM: IBD 56-59 / MAAG 60 / INGEZONDEN BRIEF 61  
KWALITEIT 62-67 / COLUMN 67 / THEMA: OPLEIDING &  
ORGANISATIE 68-81 / DE JUNIOR 83 / DE SENIOR 85  
AFSCHEID 87 / MDL-TRANSFERS 88 / OPROEP 89 / ORATIE 89  
CASUÏSTIEK 90 / PROEFSCHRIFTEN 91 / DE AFDELING 93



# MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING  
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 25 / NUMMER 2 / JUNI 2019

THEMA: OPLEIDING & ORGANISATIE  
**Aios-reductie leidt  
tot formatieproblemen**



RdK

STAND VAN ZAKEN

## Een vrije geest in een gezond lichaam

**T**erwijl ik achter mijn bureau ga zitten voor het schrijven van deze column, herdenken we in Nederland de Tweede Wereldoorlog en vieren we de vrijheid. Steeds minder mensen die de periode 1940-45 hebben meegemaakt, zijn nog in leven. Vrijheid is daardoor voor vrijwel iedereen in ons land een vanzelfsprekendheid, net als gezondheid of een goede gezondheidszorg. We beseffen niet dat beide onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

Het tijdschrift *The Lancet* (20 april 2019, Bollyky TJ et al.) heeft een artikel gepubliceerd waarin de relatie tussen de mate van democratie, ziektespecifieke mortaliteit en de levensverwachting vanaf vijftienjarige leeftijd werd onderzocht. De studie laat een direct verband zien tussen de mate van democratie (dictatoriaal→autocratisch→democratisch) en de sterfte aan hiv/aids. Ook was er een duidelijk verband met de sterfte aan cardiovasculaire ziekten en in het verkeer. De verklaring van de onderzoekers is, dat méér democratie meer 'vrijheid van handelen' in de gezondheidszorg geeft, maar daarnaast, ook als gevolg van een hogere economische groei, meer geld aan gezondheidszorg kan worden besteed. Democratie leidt er bovendien toe dat een bevolking de overheid verantwoordelijk acht voor de landelijke gezondheidszorg; die overheid kan daarop ook worden aangesproken. Landen die een overgang van dictoriaal bestuur naar een autocratisch of zelfs democratisch bestuur doormaken, laten al binnen enkele jaren een belangrijke verbetering van de gezondheidszorg zien.

De studie suggereert dat beleidsmakers, donoren en internationale instituties zich ook moeten bezighouden met de politieke situatie in een land wanneer zij er de gezondheidszorg willen verbeteren. Democratie heeft bovendien een zichzelf versterkend effect, omdat men in een democratie open staat voor feedback, waardoor de kwaliteit nog verder kan toenemen.

De verschillen in mortaliteit zijn het grootst bij chronische aandoeningen waarvoor een goed functionerend grootschalig gezondheidszorgsysteem noodzakelijk is. Zoals bijvoorbeeld bij cardiovasculaire ziekten: de sterfte in Japan bedraagt 95 per 100.000, in Afghanistan 830 per 100.000. Hier zien we het verschil tussen sublieme organisatie versus totale anarchie. Of bij tuberculose: aan de ene kant verschrikkelijke armoede en aan de andere kant ongelooflijk rijke Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in de VS. De sterfte in de Centraal Afrikaanse Republiek is 483 per 100.000 tegenover 0,21 per 100.000 in de VS.

De verschillen bij maligniteiten zijn veel kleiner, omdat daarvoor veelal geen optimale genezende behandeling bestaat. De sterfte aan diabetes mellitus verschilt ook minder, juist omdat obesitas vooral in democratieën een steeds groter probleem vormt.

De conclusie van bovengenoemd artikel is eenvoudig: democratie en gezondheid gaan hand in hand. Niet zo verwonderlijk als je bedenkt dat vooral in democratisch bestuurde landen de individuele, collectieve en commerciële belangen in balans zijn, met een vrije pers en een betrouwbare overheid.

Voor de ziekten binnen ons vakgebied MDL maakt het in zijn totaliteit niet zo veel uit. Misschien omdat in de laatste decennia de sterfte aan maligne aandoeningen van slokdarm, colon, pancreas, lever en galwegen enorm is toegenomen; ondanks vroegdetectie of nieuwe therapieën.

Hoe het ook zij: het aloude adagium *Mens sana in corpore sana* geldt nog steeds. Het *Lancet*-artikel suggereert echter dat we 'Een gezonde geest in een gezond lichaam' ook zouden kunnen wijzigen in 'Een vrije geest in een gezond lichaam'.

*Rob de Knegt*

### COLOFON

MAGMA is een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Het magazine wordt gratis toegezonden aan Nederlandse MDL-artsen en MDL-geïnteresseerde specialisten; medische bibliotheken en besturen van patiëntenorganisaties. MAGMA verschijnt vier keer per jaar.

### Oplage

2750 exemplaren

### Redactie

Geert Bulte  
Marina Grubben  
Marloes van Ierland  
Rob de Knegt  
Ger Koek  
Suzanne Korsse  
Govert Veldhuijzen

### Eindredactie

Van Luyken

### Redactieadres

Dr. R.J. de Knegt,  
hoofredacteur MAGMA  
Erasmus MC  
Postbus 2040  
3000 CA ROTTERDAM  
E: r.deknegt@erasmusmc.nl

### Abonnementen

Adreswijzigingen en andere vragen:  
Secretariaat NVMDL  
Postbus 657  
2003 RR Haarlem  
E: secretariaat@mdl.nl

### Vormgeving

M.Art, Haarlem  
grafische vormgeving

### Druk

Deltabach Grafimedia BV  
Nieuw-Vennep  
ISSN: 1384-5012

### MAGMA

Magma is, volgens Van Dale, 'de gesmolten massa van silicaten en oxiden in het binnenste der aarde'. Het staat als naam van dit tijdschrift voor het binnenste van de mens én voor de dynamiek van het vakgebied maag-darm-leverziekten.

### COVERFOTO

iStock

MAGMA is het tijdschrift van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL). De inhoud ervan wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 8 à 10 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o. Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in MAGMA niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven.

Wil je reageren op een artikel? Heb je een bijdrage als JUNIOR of SENIOR?

Wend je dan tot de redactie via [r.deknegt@erasmusmc.nl](mailto:r.deknegt@erasmusmc.nl).

## Opleiding en organisatie

Eerst is er de studie geneeskunde. Dan volgt de opleiding tot MDL-arts met vervolgens verplichte nascholing tot behoud van onze registratie als medisch specialist. Eventueel wordt deze volgorde nog onderbroken door een promotie-onderzoek. Ondertussen worden we lid van besturen, commissies en werkgroepen om richtlijnen te schrijven en kwaliteitsdoelen te definiëren. Soms gaan de ontwikkelingen binnen een bepaalde ziekte zo snel, dat een nieuw aandachtsgebied ontstaat. Zoals bijvoorbeeld met inflammatoire darmziekten is gebeurd, waardoor behandelingen worden gecentraliseerd en dus een specifieke plaats binnen de organisatie krijgen. Wat we ook doen en hoe we het ook noemen: het artsenvak betekent levenslang leren en organiseren. Daarom kozen we dit keer als thema 'Opleiding en organisatie'. Uiteraard wordt het NOVUM (kort) aangestipt, want daarover zijn we nog lang niet uitgepraat. Maar opleiding is zoveel breder dan dat. Welke rol zou interdisciplinair leren (MDL-arts versus chirurg)

moeten spelen? Moet een MDL-arts in opleiding niet een stage doen op een chirurgische afdeling (en omgekeerd)? Is een promotie onontbeerlijk om een geslaagde MDL-arts te worden? Hoe draagt het zelf verrichten van wetenschappelijk onderzoek bij aan je kwaliteiten als arts in de praktijk? Of kun je je kwaliteiten op een andere manier doen blijken? Zoals Wink de Boer: MDL-arts en ex-ziekenhuisbestuurder van het vooruitstrevende Bernhoven ziekenhuis. Kortom, voor u ligt een *MAGMA* waarin vele facetten van opleiding en organisatie aan bod komen. Zowel interessant voor oude rotten als jonge klaren en arts-assistenten. Stof tot nadenken, hopen wij.

Veel leesplezier!

Namens de redactie,  
*Susanne Korsse en Govert Veldhuijzen*

## PERISCOOP

### Netwerk!

Met veel plezier schrijf ik deze eerste column als nieuwe voorzitter van de NVMDL.

Een onderwerp dat veel aandacht krijgt binnen de gezondheidszorg en prominent aanwezig is in ons eigen *NVMDL-beleidsplan 2018-2023*, is netwerkgeneeskunde.

Zelf vind ik netwerkgeneeskunde of netwerkgeneeskunde lastige containerbegrippen. De kern van netwerkgeneeskunde is: zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt aanbieden. De behoefte van de patiënt is zoals altijd het uitgangspunt, waarbij verschillende zorgprofessionals, onder wie de MDL-arts, in het netwerk op verschillende momenten de patiënt kunnen helpen. Dit is dus wezenlijk anders dan ketenzorg, dat meer geschikt is voor monomorbide aandoeningen, en waarbij de nadruk ligt op efficiënte logistieke processen.

Netwerkgeneeskunde is bedoeld voor patiënten met multimorbiditeit. Eén op de tien mensen in Nederland heeft twee of meer chronische aandoeningen en boven de 75 jaar is dit zelfs één op twee. Afhankelijk van het type zorg (acuut, electief of chronisch) varieert de rol van de MDL-arts, van actief leidend tot het delen van specifieke MDL-kennis.

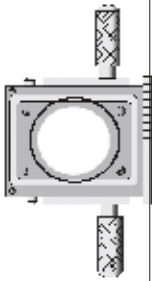
De ambities van onze beroepsgroep voor wat betreft netwerkgeneeskunde zijn: het laagdrempelig toegang bieden

tot hoogwaardige MDL-zorg in heel Nederland, het vormen van ziektebeeldgeoriënteerde kennisnetwerken rondom de patiënt en transparantie over uitkomsten van zorg.

Een goed werkende onderliggende digitale infrastructuur is een essentiële voorwaarde voor effectieve en efficiënte samenwerking in een netwerk. Hier ontbreekt het echter vaak aan. Verschillende EPD's kunnen niet met elkaar communiceren, waardoor allerlei kunst- en vliegwerk nodig is om informatie over (en voor) de patiënt in het netwerk beschikbaar te krijgen. Verder zijn we wettelijk verplicht toestemming te vragen aan de patiënt alvorens we gegevens uit een patiëntendossier mogen uitwisselen. Dit is in de dagelijkse praktijk onwerkbaar en belemmert het ontstaan van netwerken.

Gelukkig lijkt de politiek dit nu ook te gaan inzien. Minister Bruins van Medische Zorg herkent dat er sprake is van gebrekkige elektronische uitwisseling van gegevens in de zorg. Hij heeft dan ook aan de Tweede Kamer voorgesteld om de wet (WABvpz) die ons verplicht tot het vragen van toestemming aan patiënten alvorens gegevens uit het dossier tussen zorgaanbieders kunnen worden uitgewisseld, aan te passen. Hopelijk gaat het net op tijd werken...

Was getekend,  
*Frank Vleggaar*



DIRECTEUR TINEKE MARKUS LAAT PATIËNTENVERENIGING ACHTER MET HOOG PROFIEL

# Een kwart eeuw verzet tegen onrecht en onzichtbaarheid

Tineke Markus zwaait af. Mevrouw CCUVN. Dokter Markus. Dat laatste stond boven het bedankbriefje dat zij kreeg van een arts die niet bij haar afscheid kon zijn. "Volgens mij kan jij wel dokter zijn, schreef hij me. Nou, daar leid ik dan maar uit af dat ik in die afgelopen 25 jaar wel wat heb geleerd. Het is een compliment en ik vind het zeker ook een interessant vak, maar het werkt bij mij anders. Ik heb namelijk helemaal nooit op die stoel willen zitten. Het belang van de patiënt stond altijd voorop. Als dat belang groter was dan dat van een dokter of ziekenhuis, dan ging ik dáárvoor. Zonder voorbehoud."

**M**et gepaste trots kijkt Tineke Markus terug op haar tijd bij de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN), waar ze als vrijwilliger begon en 17 mei jongstleden afscheid nam als directeur. "We hebben ons ontwikkeld tot een club die bekend is bij alle hoofdrolspelers binnen het maag-darm-levergebied. Bij artsen, verpleegkundigen, ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. We zijn aanwezig, we weten waarvoor we staan, we hebben een mening en we komen op voor de belangen van onze patiënten. Ook als we ons daarmee tegen een arts keren. We hebben veel bereikt: we doen zelf onderzoek, we proberen nieuwe medicijnen op de markt te brengen en we waren nauw betrokken bij de komst van *mijnIBDcoach*, een app die de communicatie tussen patiënt en behandelend arts/verpleegkundige vereenvoudigt en het aantal controlebezoeken vermindert."

## De onzichtbare patiënt

Haar motivatie om het verschil te maken voor IBD-patiënten komt voor een belangrijk deel voort uit het zelf patiënt zijn. "Toen in 1993 bij mij de ziekte van Crohn werd vastgesteld, voorspelde iedereen in m'n omgeving dat ik thuis zou komen te zitten en vaak op bed zou liggen. Toen dacht ik bij mezelf: dat laat ik me niet gebeuren, zo zit ik niet in elkaar. Dat heeft me geholpen.

Wat mij motiveerde om me in te zetten voor lotgenoten, was de jonge vrouw van 18 jaar naast mij in het ziekenhuis. Ze lag daar al drie maanden, met een bolle toet en haargroei in het gezicht van de prednison. Dat maakte indruk. Zij was ook lid van de vereniging, via haar kwam ik met de CCUVN in aanraking."

Tineke Markus wist helemaal niets van haar ziekte en heeft zich, zoals ze het formuleert, er helemaal op stukgelezen. Zij laafde zich in oude *Crohnieken* aan de informatie die ze kon vinden en kwam erachter dat veel van haar lotgenoten onrecht werd aangedaan. "Van huis uit heb ik meegekregen dat je je moet verzetten tegen onrecht. Onrecht in die zin dat je je als patiënt met een onzichtbare ziekte en met een chronische vermoeidheid niet gehoord voelt door een keuringsarts. Dat mensen in je omgeving denken dat het je eigen schuld is, omdat je ongezond zou eten. Dat je gedwongen wordt van medicijnen te wisselen omdat je zorgverzekeraar zo nodig een preferentiebeleid moet hanteren. Dat je vervolgens gedwongen bent hemel en aarde te bewegen om aan te tonen dat dit in jouw situatie echt niet kan. Dat als je op een aanvraagformulier voor een overlijdensrisicoverzekering aankruist dat je de ziekte van Crohn hebt, je fiks meer premie moet betalen terwijl je even oud wordt als ieder

ander. De bestrijding van dit soort vormen van onrecht is voor mij steeds een bron van inspiratie geweest om het werk te doen."

## Lidmaatschap

Nederland telt naar schatting 80.000 IBD-patiënten van wie er 10.000 lid zijn van de CCUVN. Dat is een indrukwekkende organisatiegraad. "Ik zou liever zien dat iederéén lid is", zegt de scheidend directeur zonder met de ogen te knippen. "Dat de zorgverzekeraars tegen hun verzekerden met deze ziekte zeggen dat ze bij hun verzekering standaard een gratis lidmaatschap van de vereniging krijgen. Dan hoeven ze wat mij betreft niet formeel lid te worden, maar ze krijgen er wel toegang mee tot onze informatie. Lid zijn ergens van, dat raakt uit zwang. Ik zeg altijd: mijn kinderen hebben maar één abonnement, namelijk voor hun telefoon. Daar doen ze alles mee, daar is alles op te vinden. Dat is ook zo iets, er is onuitputtelijk veel informatie beschikbaar op internet. Over allerlei aandoeningen, het lijkt ook alsof je daar niet meteen een patiëntenvereniging voor nodig hebt. Al is het dan wel de vraag of al die informatie wel zo betrouwbaar en eerlijk is. En weet je? Het is niet leuk om lid te zijn van een ziekte. Dat is weer een bevestiging dat je iets mankeert. Je sluit je liever aan bij de Volkswagen Kever Club."

De leden van de CCUVN vormen een redelijke dwarsdoorsnede van de Nederlandse bevolking, dus ook jongeren hebben zich

---

***Het is niet leuk om lid te zijn van een ziekte***

---



Tineke Markus

FOTO: JORIS ABEN

aangesloten. Markus: “Ons ziektebeeld treft vaak jonge mensen, hun leven staat volledig op z’n kop. Bovendien dragen ze de ziekte levenslang met zich mee. Tegelijkertijd willen ze net als ieder ander 80, 90 jaar worden. Met een goede kwaliteit van leven, al staat die stevig onder druk door de hoeveelheid medicatie, operaties en alle verschijnselen die met de ziekte gepaard gaan. Het is best bijzonder dat het maatschappelijke beeld van patiëntenverenigingen is, dat deze oubollig zijn en niet interessant voor jonge mensen, terwijl in ons Jubileumboek (*zie kader*) vooral veel jonge mensen worden geportretteerd. Ik vind het mooi dat zij bereid zijn zich kwetsbaar op te stellen door ervoor uit te komen dat zij deze ziekte met zich meedragen.”

### Onderzoek

Wat haar ziekte nou veroorzaakt, is na 25 jaar CCUVN nog steeds een groot geheim. Tineke Markus loopt net als al die andere IBD-patiënten elke dag weer tegen die onbekendheid aan. “Ik kan vandaag zonder probleem iets eten in een restaurant en morgen in datzelfde restaurant precies hetzelfde eten en helemaal leeglopen. Ik eet dus in principe hetzelfde product, terwijl mijn ziekte heel erg rustig is en ik ook geen

medicijnen meer gebruik. Dan vraag je je af: wat is dat toch? Waar zit die trigger? Is het een bacterie? Is het omdat het eten een dag langer heeft gestaan? Is het omdat er andere of meer bacteriën in zitten? Géén idee. Ook de dokters weten het niet: moeten zij bij meneer Jansen een biosimilar inzetten of kan het ook gewoon met prednison? Vaak worden medicijnen voorgeschreven die algemeen bekend zijn.” De CCUVN werkt dan ook graag mee aan wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van IBD. “Onderzoek onder de bestaande populatie en in samenwerking met de MDL-artsen en de jonge dokters die eraan komen: dat is altijd de kracht van de CCUVN geweest.”

### mijnIBDcoach

Tineke Markus, Directeur CCUVN af. Helemaal van het IBD-toneel verdwijnt zij niet. De functie van voorzitter van de Stichting mijnIBDcoach blijft ze vervullen. “Er moet nog het een en ander worden geprofessionaliseerd bij deze stichting”, zegt ze vastberaden. “Dat heb ik bij CCUVN gedaan en wil ik daar ook doen.” Geen weekenden en avonden meer op weg naar Limburg of Groningen. Wel naar Zweden, naar haar zwangere dochter. Genieten van haar eigen vrije tijd.

## Afscheid in stijl met kunst als ode aan IBD-patiënten

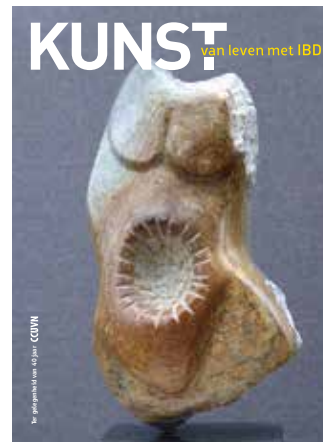
Tineke Markus nam vrijdag 17 mei jongstleden afscheid als directeur van de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN). Uitgerekend in het jubileumjaar van de vereniging, die dit jaar 40 jaar bestaat, zwaait zij af. De CCUVN, waar zij zich bijna 25 jaar geleden als vrijwilliger en lotgenoot bij aansloot, werd een deel van haar leven, om niet te zeggen: haar levenswerk.

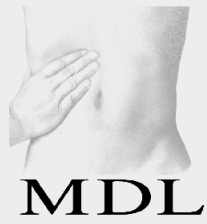
In de uitnodiging voor haar afscheid stond het er krachtig: Tineke maakte zich sterk voor mensen met de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en short bowel. Een bevlogen, doortastende, creatieve directeur die met een tomeloze energie hét gezicht was van de CCUVN in Nederland en daarbuiten.

### Jubileumboek CCUVN

Haar laatste kunstje voor de CCUVN is de totstandkoming van het jubileumboek *KUNST van leven met IBD*. Ze is er trots op en noemt het één van de hoogpunten van alle dingen die ze heeft gedaan voor de CCUVN. Aan achttien kunstenaars is gevraagd een kunstwerk te maken over en met een IBD-patiënt. De kunstwerken én de verhalen van deze patiënten vormen een ode aan alle mensen met deze onzichtbare ziekte. Met het boek, schrijft de scheidend directeur, is de ziekte nog niet genezen, maar is er opnieuw meer aandacht voor hun ziektebeeld gekomen.

Op 12 en 13 april hield de vereniging haar jubileumbijeenkomst in 't Spant in Bussum met een publieksdag én een expositie van de kunstwerken die zijn gemaakt voor *KUNST van leven met IBD*.





ADVERTENTIE

NIEUWE DIRECTEUR MENNE SCHERPENZEEL ONDER INDRUK VAN STEVIGE POSITIE VERENIGING

# ‘Met CCUVN maatschappelijk het verschil maken, dat inspireert me’

Menne Scherpenzeel wordt de nieuwe directeur van de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN). Hij had nog niet eerder van zijn werkgever gehoord. De maagdarmliever-wereld is nieuw voor hem, zoals ook voor zijn dochter Mees bij wie ruim een jaar geleden de ziekte van Crohn werd gediagnosticeerd.

**D**e vacature van CCUVN-directeur die hij voorbij zag komen, maakte Menne Scherpenzeel nieuwsgierig. “Wat voor iemand zoeken ze? Zou de functie bij me passen? Ik raak enthousiast van een baan waarmee je maatschappelijk het verschil kunt maken. Dus dat werd ik. Ik las dat de CCUVN een vereniging is die stevig staat, een duidelijke opdracht heeft en waar wordt verwacht dat je als directeur denkt en doet. Prachtig. Dat deed me besluiten een gooi te doen naar de functie van directeur.”

De Utrechenaar (“het lijkt me zo heerlijk om met de e-bike op en neer naar Woerden te pendelen”) heeft in zijn werkzame leven veel kennis opgedaan van de goededoelensector en de ontwikkelingen in het maatschappelijk middenveld. Zo werkte hij als adviseur en manager bij onder meer de Nederlandse Hartstichting en het VSBfonds. Tot zijn overgang naar CCUVN was hij werkzaam als directeur van SailWise en is hij nog steeds actief als partner van adviesbureau Blauwe Noordzee.

“Ik zie voor mijzelf als belangrijke opdracht om te werken aan een toekomstbestendige financieringsmix voor de CCUVN. Zoals Tineke al zei: we hebben weliswaar 10.000

---

**Toekomstbestendige financiering is een belangrijke opdracht**

---

leden op een potentieel van 80.000 IBD-patiënten, maar lid worden is tegenwoordig niet meer een vanzelfsprekendheid. Daarnaast vind ik het belangrijk om op zoek te gaan naar nieuwe podia waar we deze onzichtbare ziekte zichtbaar maken. Dat is zo prachtig gelukt met de kunstexpositie *Kunst van leven met IBD*. Mijn dochter Mees is een inspiratiebron. Een prachtige blonde vrouw van 22 jaar, van wie ik weet dat er naast die buitenkant een binnenkant is die haar af en toe behoorlijk veel ellende bezorgt.”

Menne hoopt dat hij in de voetsporen van Tineke Markus kan treden als het gaat om verbinding maken tussen mensen. “Mijn omgeving zegt dat ik dat vermogen heb, dus die kracht wil ik graag ten goede laten komen aan de vereniging. Ik vind het heerlijk om snel te schakelen tussen denken en doen, maar ook om op verschillende niveaus te werken. Ik beleef net zoveel plezier aan een gesprek met een vrijwilliger als aan dat met iemand die hoog in de boom zit. De afwisseling spreekt me aan en een vereniging als de CCUVN is daar ook het meest bij gebaat.”

Waar CCUVN echt heel trots op kan zijn, vindt de nieuwe directeur, is het onderzoekspanel waaruit heel veel informatie wordt opgehaald. “Ik vind dat een erg interessant thema, zoals het mij in de korte periode dat ik hier ben, ook is opgevalen wat de vereniging allemaal doet met

FOTO: JORIS ABEN



Menne Scherpenzeel

MDL-artsen en verpleegkundigen. Verder ben ik onder de indruk van de manier waarop de IBD-dagen worden georganiseerd, maar ook van de rol die de vereniging speelt ten aanzien van de richtlijnen en meedenkt over wat de beste zorg is als het gaat om diagnostiek en behandeling van patiënten. Dat is maatschappelijk allemaal heel erg relevant. Daarom ben ik blij en trots dat ik het stokje van Tineke mag overnemen.”

## ONTWIKKELING IBD-ZORG IN NEDERLAND

# Variatie in zorgprocessen kan leiden tot wisselende zorgkwaliteit

De IBD-zorg is voor de ruim 80.000 patiënten in Nederland goed georganiseerd. Nederland levert bovendien, mede dankzij deze infrastructuur en intensieve samenwerking, een grote bijdrage aan het onderzoek naar IBD. Toch verliepen de ontwikkelingen in IBD-zorg en onderzoek, sinds de eerste beschrijving van colitis ulcerosa door Sir Samuel Wilks in 1859 [1] en de ziekte van Crohn in 1932 [2], aanvankelijk langzaam. Na chirurgie als behandelingsoptie kwamen er steroïden (1955), sulfasalazine/mesalazine (1948) en antimetaboliëten (thiopurines 1962, methothrexaat 1989). In 1995 werd onder leiding van Sander van Deventer (AMC) voor het eerst een antistof tegen TNF-alpha toegepast.

**M**et anti-TNF-alpha kwam de behandeling van IBD in een stroomversnelling [3]. De eerste Nederlandse richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van IBD verschenen echter pas in 2008 voor kin-



Gerard Dijkstra

deren en in 2009 voor volwassenen. De zorg verschoof intussen steeds meer naar de maag-darm-leverarts. Iedere MDL-arts werd geacht IBD te kunnen behandelen.

Wegens de stormachtige ontwikkelingen binnen IBD werd echter al snel een differentiatie in gang gezet. Universitair werkzame MDL-artsen met speciale affiniteit voor IBD richtten in 2005 de Stichting Dutch IBD Research Groep (DIRG) op, wat later onder voorzitterschap van Daan Hommes (LUMC) overging in het Initiative on Crohn and Colitis (ICC; <https://icc-ibd.com/>). Dit initieerde het Parelsnoer (*biobanking*)-initiatief ([www.parelsnoer.org](http://www.parelsnoer.org)). Hommes speelde ook een grote rol bij de ontwikkeling van de Europese Crohn en Colitis Organisatie (ECCO), opgericht in 2001. Het eerste ECCO-congres in Amsterdam trok 350 bezoekers; dit jaar in Kopenhagen, bij de veertiende editie, waren er maar liefst 8.034 deelnemers. Met Leuven (Paul Rutgeerts) en het AMC als voorbeeld ontstonden de eerste universitaire en later perifere IBD-centra. Binnen de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE) werd IBD in 2012 van werkgroep (opgericht in 2009) verheven tot sectie. De eerste hoogleraren IBD in Nederland werden benoemd. Ook de verpleegkundigen gingen zich differentiëren tot IBD-verpleegkundige/verpleegkundig

specialist. Bij hun opleiding kunnen MDL-artsen zich sinds januari 2019 officieel differentiëren richting het aandachtsgebied IBD.

In 2016 werd de commissie IBD van de NVMDL opgericht, die formeel het aanspreekpunt werd voor de IBD-zorg in Nederland. Binnen deze commissie is de al in 1979 (*zie interview met Tineke Markus, p. 52-54*) opgerichte, patiëntenvereniging Crohn- en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN; <https://www.crohn-colitis.nl/>) vertegenwoordigd.

De ICC-organisatie wordt momenteel onder leiding van de huidige voorzitter Frank Hoentjen omgezet naar een breed gedragen landelijke samenwerking voor IBD-onderzoek in Nederland. Dit is iets wat ook de Maag Lever Darm Stichting (MLDS; <https://www.mlds.nl/>) via de *roadmap* IBD wil faciliteren.

## Toekomstverwachting

IBD is een grillige, complexe ziekte die een geïndividualiseerde, multidisciplinaire aanpak behoeft. De afgelopen jaren zijn diverse richtlijnen gepubliceerd waarin aanbevelingen worden gedaan betreffende de diagnose en behandeling van de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Er bestaat echter een forse variatie in zorgprocessen voor patiënten met IBD, wat aanleiding kan zijn voor wisselende kwaliteit van de geleverde zorg. En dat terwijl de kwaliteit van leven van IBD-patiënten direct gerelateerd is aan de zorgkwaliteit.

## Structuurcriteria

In Nederland is er de verplichte indicatorenset Inflammatory Bowel Diseases ([https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Inflammatory%20bowel%20disease%20\(IBD\)/](https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Inflammatory%20bowel%20disease%20(IBD)/))



[Paginas/Home.aspx](#)) waarbij alleen de verplichte klantpreferentievragen jaarlijks worden uitgevraagd en gepubliceerd. Er zijn in Nederland nog geen zorginhoudelijke indicatoren opgesteld. De commissie IBD van de NVMDL heeft gewerkt aan kwaliteitscriteria voor IBD-zorg die voldoen aan de eigenschappen: brede beschikbaarheid, klinische significant, eenvoudig en snel te implementeren. Dit betreft voornamelijk hoofdzakelijk structuurcriteria. Deze criteria zijn dit voorjaar gepresenteerd tijdens de NVMDL-ledenvergadering en zullen binnen de vereniging nader worden besproken.

### IBD-meetweek

Hierbij is het ook de bedoeling om eenmaal per jaar een 'nationale IBD-meetweek' te organiseren waarbij aan alle ziekenhuizen in Nederland wordt gevraagd gedurende een week enkele parameters te verzamelen. De resultaten zullen worden uitgezet in tabellen en geanonimiseerd worden getourneerd naar deelnemende klinieken als spiegelinformatie. Daarbij zal alleen de eigen kliniek herkenbaar zijn.

### Kwaliteitscriteria

De Europese Crohn en Colitis organisatie (ECCO) gaat nog een stap verder en is bezig naast structuurcriteria ook proces- en resultaatparameters voor IBD-zorg samen te stellen. Het verzamelen van deze gegevens vergt veel van een organisatie. De commissie IBD van de NVMDL wil daarom toe naar data- en waardegestuurde zorg die niet gepaard gaat met extra registratielast. Hiertoe is een subcommissie onder leiding van Marieke Pierik (Maastricht UMC+), bezig de benodigde gegevens via zorginformatiebouwen (ZIB's) in te bouwen in ziekenhuisinformatiesystemen (SMART IBD-project). Om gegevens zoveel mogelijk gestructureerd te krijgen, werkt de commissie aan een landelijk IBD-endoscopie- en pathologieverslag.

### Zorg op maat

Teneinde tot echte geïndividualiseerde behandeling te kunnen komen, zullen uiteindelijk ziektespecifieke en moleculaire data geïntegreerd moeten worden binnen het zorgproces. Dit is nog een lange weg,

maar de ontwikkelingen gaan snel (zie *kader: ontwikkelingen binnen IBD-centrum UMCG*). De verwachting is dan ook, dat we in de nabije toekomst meer zorg op maat kunnen gaan bieden. Dat zal de kwaliteit van leven van onze IBD-patiënten verder verbeteren.

Namens de commissie IBD NVMDL, Gerard Dijkstra (voorzitter) en Rachel West (secretaris)

### Referenties

1. Wilks H. A discussion on "ulcerative colitis". Introductory address. *Lond Med Gaz* 1859;2:264-5
2. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional Ileitis: a pathological and clinical entity. *J. Am Med Assoc* 1932;99:1323-9.
3. van Dullemen HM, van Deventer SJ, Hommes DW, Bijl HA, Jansen J, Tytgat GN, Woody J. Treatment of Crohn's disease with anti-tumor necrosis factor chimeric monoclonal antibody (cA2). *Gastroenterology* 1995; Jul;109(1):129-35.

## TIEN JAAR IBD-CENTRUM UMC GRONINGEN

# Organiseren, verzamelen, ontdekken en innoveren

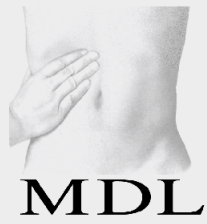
Het openingssymposium van het IBD-centrum in het UMC Groningen op 18 september 2008 had als titel *IBD: ons een zorg*. Het centrum heeft sindsdien een zorginnovatiecyclus doorgemaakt waarvan het nu de vruchten plukt. Een dergelijke cyclus begint met: organiseren. IBD is een complexe, grillige ziekte waarbij een multidisciplinaire aanpak nodig is. Het is belangrijk een fysieke plek in het ziekenhuis te hebben waar deze zorg is gecentraliseerd. Het UMCG heeft dit vroegtijdig ondersteund met een gestructureerd elektronisch IBD-dossier dat per eind 2019 zal zijn overgezet in het EPD-programma EPIC. Patiënten in een rustige fase werden, geïnitieerd door Hendrik van Dullemen, eerst ruim tien jaar lang schriftelijk gecontroleerd. In 2016 werd overgegaan op het eHealth-programma *mijnIBDcoach*. De gegevens die gestructureerd en prospectief moesten worden ver-

zameld, waren overeengekomen binnen het ICC en het Parelsnoer-initiatief (zie *hiernaast*).

### Verzamelen

We werken volgens een model (*figuur 1*) waarbij IBD ontstaat als resultante van vele risicofactoren die je eerst afzonderlijk in kaart moet brengen om ze vervolgens te kunnen integreren. IBD is vanwege de interactie tussen vele factoren een voorbeeldziekte voor *immune mediated inflammatory disorders* (IMID). De MDL-arts heeft ten opzichte van andere IMID's het grote voordeel, dat via een endoscopie het betrokken ontstoken orgaan, de darm, relatief gemakkelijk te bereiken is.





ADVERTENTIE

Naast het verzamelen van biomaterialen (DNA, serum, feces, biopten/weefsel) werden (online beschikbare) vragenlijsten voor de voeding (GINQ) [1] en omgevingsfactoren (GRIEQ) [2] ontwikkeld.

**Ontdekken**

Tijdens het invullen van de afzonderlijke onderdelen van het model konden we al snel tot nieuwe inzichten komen. Met name door de technische vooruitgang in DNA- en mRNA-analysetechnieken nam het genom- en microbiomonderzoek onder leiding van Rinse Weersma een grote vlucht. Recentelijk kon Noortje Festen met *single cell* RNA-sequencingtechnieken in ontstoken darmweefsel specifieke ontstekingskenmerken en nieuwe *drug targets* ontdekken [3]. Met nieuwe endoscopische *imaging*technieken (<https://omig.nl/>) ontwikkeld door Wouter Nagengast zullen werkingsmechanismen duidelijker en het effect van *biologicals* nog beter te voorspellen zijn. Het transleren en integreren van al deze kennis is een uitdaging waarmee IBD in het *multiomics*-tijdperk is beland [4]. *Big data* en *dry lab*-gegevens worden onder leiding van Klaas Nico Faber en vele anderen vertaald naar het wet lab en ziektemechanismen.

**Innoveren**

Tijdens het Europese IBD-congres ECCO dit voorjaar werd eindelijk de eerste *head-to-head-biological* (adalimumab vs vedolizumab)-trial bij colitis ulcerosa gepresenteerd. Maar vooral stond dit congres volop in het teken van het *multiomics*-tijdperk. We willen IBD ontrafelen, herdefiniëren en personaliseren en hebben dat ook in ons logo opgenomen.

Het op individueel niveau voorspellen van bijwerkingen op medicijnen is met een genetisch paspoort voor nog geen enkele tientjes heel dichtbij. Dankzij al deze innovaties zullen we binnen tien jaar kunnen voorspellen welke multidisciplinaire aanpak voor de individuele patiënt de beste kans van slagen heeft. Voeding- en lifestyle-interventies zullen daarvan onderdeel zijn. Een Mindfulness-Based

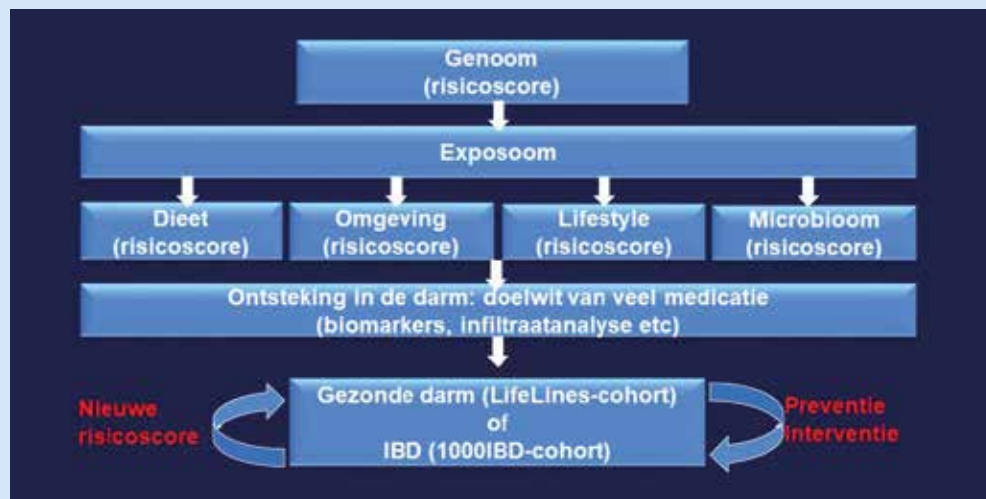
Stress Reduction-studie binnen het Gastrointestinale Research Initiatief Noord-Oost Nederland (GRIN) wordt in mei 2019 afgerond en de Groninger Anti-Inflammatoire Dieet-studie (GRAID) staat onder leiding van ondergetekende en onze diëtist-epidemioloog Marjo Campmans-Kuijpers in de steigers. Het ultieme doel is om in een gezonde populatie zoals het LifeLines-cohort de kans op het ontwikkelen van IBD vroegtijdig in kaart te brengen en dit met de juiste interventies mogelijk te voorkomen. Marijn Visschedijk zet met haar IBD LifeLines NEXT-programma in zwangere IBD-patiënten hierin de eerste stappen.

Het gehanteerde model is ook belangrijk voor andere IMID's. Binnen het Groningen Autoimmune Network (GRAIN) proberen we dit model voor andere aandoeningen waarbij chronische ontsteking een rol speelt, in te vullen zodat deze kennis uiteindelijk de gehele populatie ten goede zal komen.

*Gerard Dijkstra*, MDL-arts en hoofd IBD-centrum UMCG

**Referenties**

1. Peters V et al, Nutritional Assessment in IBD: development of the Groninger IBD Nutritional Questionnaires (GINQ), *in preparation*.
2. Van der Sloot KWJ et al. Development and validation of a web-based questionnaire to identify environmental risk factors for inflammatory bowel disease: the Groningen IBD Environmental Questionnaire (GIEQ). *J. Gastroenterology* 2019; Mar;54(3):238-248
3. Uniken Venema WT et al. Single-Cell RNA Sequencing of Blood and Ileal T Cells From Patients With Crohn's Disease Reveals Tissue-Specific Characteristics and Drug Targets. *Gastroenterology* 2019; Febr;156(3):812-815.
4. Weersma RK et al. Multiomics Analyses to Deliver the Most Effective Treatment to Every Patient With Inflammatory Bowel Disease, *Gastroenterology* 2018; Nov;155(5):e1-e4.



**Figuur 1.** Model voor onderzoek naar IBD en IMID's in het UMCG.

# Transorale chirurgie: stand van zaken

Voor u op een rij gezet: de nieuwste inzichten in endoscopische behandeling van gastro-oesophageale refluxziekte, obesitas, achalasia en gastroparese.

## Reflux

De standaardoperatie bij gastro-oesophageale reflux is tegenwoordig de laparoscopische Nissen- of Toupet-operatie in combinatie met het reven van het middenrif. Er zijn drie grote nadelen aan deze ingreep: het optreden van dysfagie, *gas bloating* (opgeblazen gevoel) en *nervus vagusletsel*. Daarom lijkt het verstandig om de transorale route te exploreren, met als doel deze complicaties te verminderen en ook de complicaties die potentieel later kunnen optreden na chirurgie door de buikwand zoals littekenbreuken en adhesies te vermijden. Er zijn recent twee nieuwe laparoscopische technieken onderzocht die beide niet effectiever lijken dan de huidige Nissen- of Toupet-operatie: de Linx-procedure waarbij een magnetische ring rond de onderste slokdarmsfinxter (LES) wordt geplaatst, en de Endostim-operatie waarbij twee pacemakerdraden ter hoogte van de LES worden aangebracht. De endoscopische plicatietechnieken (waarbij plooiën in de maag worden gemaakt) kunnen op de lange termijn 35–80% van de mensen geheel laten stoppen met protonpompremmers (PPI). De Esophyx- en GERD-X (*full thickness-plica-*

*tie*)-devices lijken hierbij de beste resultaten te geven. Beide technieken worden momenteel in Nederland niet aangeboden en zijn bedoeld voor patiënten met een kleine *hernia diafragmatica* en milde reflux.

## Maagverkleining

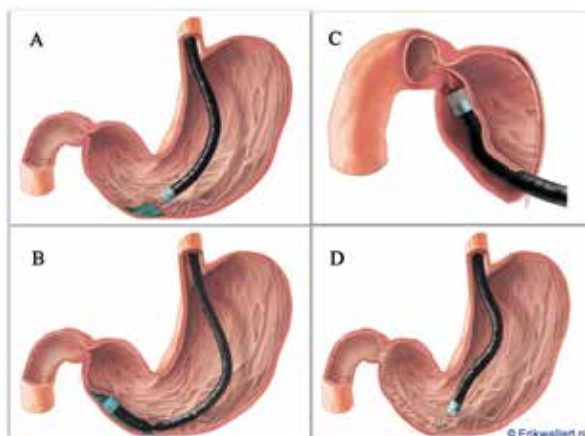
Endoscopische maagverkleining voor patiënten met morbide obesitas lijkt een goed alternatief voor mensen zonder co-morbiditeit met een BMI tussen de 30-40 kg/cm<sup>2</sup>. In samenwerking met de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) kunnen nu ook in Nederland patiënten in aanmerking komen voor deze technieken. De Pose-procedure maakt doorgaans een achtal plicaties in de fundus in combinatie met vier antrumplacaties. De Endo Stitch maakt met een voortlopende hechting een soort endoluminale *sleeve*. Deze operatie kan in Antwerpen (niet in Nederland) aangeboden worden aan patiënten in een privésetting. Interessant alternatief voor deze patiënten lijkt de Elipse maagballon die zonder interventie van een gastroscoop kan worden geplaatst (via NOK) en het lichaam spontaan verlaat na zo'n drie maanden. Voor mensen met een BMI boven de 35 met co-morbiditeit of een BMI boven de 40 zonder co-morbiditeit wint de *gastric bypass* aan populariteit boven de *sleeve*, met name doordat de effectiviteit beter is en er geen *de novo*-reflux optreedt na *gastric bypass*-chirurgie.

## Achalasia

De reguliere behandeling van achalasia bestaat uit endoscopische pneumodilatatie of laparoscopische Hellerse myotomie. Botuline-injecties worden toegepast bij patiënten met significante co-morbiditeit waardoor ze de reguliere behandelingen niet kunnen ondergaan. Pneumodilatatie is meestal de eerste keuze en is ook ruim beschikbaar, heeft een perforatierisico tot 1% en een recidiefkans van circa 40% na twee jaar waarbij een nieuwe dilatatie nodig is. De Hellerse myotomie heeft een lagere recidiefkans maar wordt in een beperkt aantal ziekenhuizen uitgevoerd. De recenter ontwikkelde perorale endoscopische myotomie (POEM) is minder invasief dan de Hellerse myotomie en minstens zo effectief. Type III-achalasiëpatiënten reageren het beste op POEM. Deze techniek is echter beperkt beschikbaar in Nederland (Amsterdam UMC) en heeft een significant hoger risico op *reflux oesofagitis* dan pneumodilatatie.

## Gastroparese

In 2013 werd de perorale endoscopische pyloromyotomie of *gastric POEM* (G-POEM) (*figuur 1*) voor het eerst uitgevoerd bij patiënten met refractaire gastroparese. De gepubliceerde series tonen hoge technische en klinische succespercentages na twaalf maanden. Gerapporteerde complicaties zijn *pneumoperitoneum* en bloeding, doch gelukkig zeldzaam. Sinds twee jaar wordt deze techniek in het Maastricht UMC+ in studieverband uitgevoerd bij patiënten die van sondevoeding afhankelijk zijn in verband met hun gastroparese. Ruim de helft van de patiënten heeft de sondevoeding kunnen stoppen. Langetermijneffecten van deze veelbelovende techniek worden afgewacht. Tevens vindt onderzoek plaats om subgroepen te identificeren die het meest van deze nieuwe techniek kunnen profiteren.



**Figuur 1:**

Per-orale endoscopische pyloromyotomie (G-POEM).

**A:** mucosale incisie.

**B:** submucosale tunnel.

**C:** pyloromyotomie.

**D:** sluiting tunnelopening.

Nicole Bouvy, chirurg

José Conchillo, MDL-arts, Maastricht UMC+

## Bariatric en preventie

*Met veel plezier lees ik (als GE-chirurg) het tijdschrift MAGMA, ook (of met name) voor de onderwerpen die niet direct aan mijn dagelijkse praktijk gelieerd zijn. Uiteraard ben ik extra geïnteresseerd als de onderwerpen wél mijn dagelijkse praktijk raken. Zoals het artikel ‘De vette lever te lijf’ (MAGMA 1-2019, pag.4 –8) over de gevaren van leververvetting die samenhangen met obesitas.*

Ik was echter zeer verbaasd over de uitspraken die daarin werden gedaan door de NVGE-voorzitter over de bariatrische chirurgie. Met name de zinsneden “Ik vind bariatrische chirurgie echt een gewetenskwestie worden. De klinieken rijzen de pan uit (...) Er komen steeds meer chirurgische maatschappen die zich mede gaan toeleggen op bariatric. Een paar jaar geleden waren dat er hooguit drie, nu zijn er al tien van die klinieken” en “Het is een verkeerde ontwikkeling, een *quick fix* in plaats van de leefstijlinterventie die nodig is. Bariatric beantwoordt aan hetgeen we het allerliefst willen: gewoon lekker dooreten” verbaasden mij zeer. Op basis van deze uitspraken vraag ik mij af in hoeverre hij op de hoogte is van de oplossing die de bariatrische chirurgie op dit moment in Nederland/wereldwijd biedt voor één van de grootste gezondheidsproblemen van de moderne tijd: obesitas.

In het recente verleden is het aantal klinieken waar deze vorm van chirurgie wordt bedreven, juist gereduceerd. Dit heeft geresulteerd in een indrukwekkende afname van morbiditeit en mortaliteit (een bariatrische ingreep heeft tegenwoordig een lagere complicatiekans dan een laparoscopische galblaasverwijdering). In de achttien hooggespecialiseerde klinieken in Nederland waar deze vorm van complexe chirurgie wordt bedreven, is wel degelijk doorgedrongen – en wordt ook duidelijk uitgedragen – dat de operatie slechts een onderdeel is van het multidisciplinaire en langdurige begeleidingsprogramma gericht op leefstijlaanpassing door de patiënt. Patiënten kunnen bovendien alleen met dit programma starten als zij aan strikte criteria voldoen en hiervoor een zorgvuldige screening hebben doorlopen. Van een quick-fix is dus op geen enkele manier sprake. “Gewoon lekker dooreten” is juist niet wat zij willen. Zij willen een gezonder gewicht en betere kwaliteit van leven en zijn daarom bereid bariatrische chirurgie te ondergaan,

omdat zij simpelweg niet in staat zijn hun levensstijl op een andere manier aan te passen.

Uit diverse studies is bovendien gebleken dat bariatrische chirurgie de enige blijvende oplossing is voor obesitas en de hieraan gerelateerde co-morbiditeit (zoals onder andere hypertensie, diabetes, OSAS, NASH). Er zijn simpelweg geen werkzame alternatieven. Van het aangehaalde Preventieakkoord gericht op lifestyle-aanpassingen wordt op basis van de huidige literatuur geen enkele effectiviteit op langere termijn verwacht. Preventie blijft een mooie droom zonder een praktische en bewezen aanpak. De NVGE-voorzitter zou zich moeten beperken tot een *evidence based* aanpak, blij moeten zijn met het succes van de bariatrische chirurgie en deze juist moeten stimuleren als behandeling onder patiënten met obesitas en NASH.



*Evert-Jan Boerma, bariatrisch chirurg  
Zuyderland medisch centrum, Heerlen*

*Mede namens:*

*Jan Willem Greve<sup>1</sup>, Berry Meesters<sup>1</sup>, Sofie Fransen<sup>1</sup>, Annick van Nunen<sup>2</sup>, Paul Bours<sup>2</sup>, Khalida Soufid<sup>2</sup>, Zuyderland MC en Nederlandse Obesitas Kliniek Zuid (Heerlen, Sittard/Geleen)*

*Maurits de Brauw<sup>1</sup>, Spaarne Gasthuis, Haarlem*

*Ruben Schouten<sup>1</sup>, Flevoziekenhuis, Almere*

<sup>1</sup>bariatrisch chirurg; <sup>2</sup>MDL-arts

**Naschrift op pagina 62.**

Met veel plezier geef ik een *evidence based* reactie op de ingezonden brief van Boerma en collega's naar aanleiding van het artikel 'De vette lever te lijf' in *MAGMA 1-2019* [1].

Het is onduidelijk waarop Boerma en collega's baseren dat van "lifestyle-aanpassingen op basis van de huidige literatuur geen enkele effectiviteit op langere termijn wordt verwacht." De wetenschappelijke literatuur bevat wel degelijk onderzoeken die een effect van leefstijlaanpassing laten zien. Zoals de studie waarin aan 293 patiënten met NASH leefstijladvies werd gegeven voor gewichtsreductie en na één jaar opnieuw een leverbiopt werd genomen om het effect te bekijken. NASH bleek bij 25% verdwenen en bij nog eens bijna de helft was een vermindering van de leververvetting opgetreden [2]. Kortom, leefstijlaanpassing helpt wel degelijk!

Helaas refereren Boerma en collega's niet aan negatieve langetermijnevolgen van bariatrische chirurgie zoals micronutriënt-deficiënties, maar ook de noodzaak bij 24% in het eerste jaar, 55% in het tweede jaar en 21% in het derde jaar om een vervolgooperatie, gerelateerd aan de bariatrische ingreep, te verrichten [3]. Daarnaast liet een studie in *The Lancet* zien dat het risico op suicides bij bariatrisch geopereerde patiënten hoger is dan bij patiënten die intensieve leefstijlinterventie ondergingen [4].

Het is geruststellend om te lezen dat de kwaliteit van de bariatrische chirurgie de laatste jaren is verbeterd. Echter, om bariatrische chirurgie als "de enige blijvende oplossing voor obesitas en gerelateerde co-morbiditeit" te zien, is een volstrekt eenzijdige benadering. Obesitas verdient een multidisciplinaire benadering, waarbij ook hier geldt dat preventie de sleutel tot succes is.

Peter D. Siersema, MDL-arts  
Radboudumc, Nijmegen

De referenties vindt u op [www.mdl.nl/](http://www.mdl.nl/)  
MAGMA/alle-edities bij MAGMA 2-2019.

## KWALITEIT

# Bacteriële contaminatie duodenoscopen

Contaminatie van duodenoscopen gebruikt bij ERCP-procedures zijn de laatste jaren in het nieuws. Dit heeft alles te maken met door duodenoscopen verspreide en bijzonder resistente micro-organismen (BRMO). In Nederland zijn drie van dergelijke uitbraken gerapporteerd. In 2008 raakten in het UMC Groningen drie mensen via een duodenoscoop besmet met een multiresistente *Pseudomonas aeruginosa* [1]. In 2012 werden in het Erasmus MC 22 patiënten besmet met een VIM-2 producerende *P. aeruginosa* [2]. In 2015 raakten in het UMC Utrecht 27 patiënten besmet met een multiresistente *Klebsiella pneumoniae*. Het werkelijke aantal infecties of kolonisaties van patiënten door gecontamineerde duodenoscopen ligt veel hoger. Er is sprake van detectiebias doordat bijna exclusief uitbraken met BRMO worden gedetecteerd en infecties door niet-resistente micro-organismen niet worden gelinkt aan mogelijke endoscoopcontaminatie.

*K. pneumoniae* en *P. aeruginosa* waren niet alleen betrokken bij Nederlandse uitbraken, maar werden ook internationaal veelvuldig gerapporteerd. Een verklaring voor de opkomst van endoscoop-gerelateerde uitbraken met BRMO ligt in de detectie van BRMO en de recente toename in prevalentie van BRMO. Er is in ziekenhuizen grote alertheid op het bestaan van clusters van BRMO die bij gedegen infectiepreventieonderzoek terug te leiden zijn tot de endoscoop als bron. Biofilmvorming in de endoscoop door bacteriën speelt ook zeker een rol. Bacteriën in een biofilm zijn moeilijker te verwijderen door de fysieke barrière en verminderde gevoeligheid voor desinfectiemiddelen. De endoscopen zijn thermolabiel en daardoor niet geschikt voor sterilisatie. In plaats daarvan ondergaan ze een reinigings- en desinfectieproces (R&D). Dit bestaat ten

minste uit een eerste reiniging (flushen) op de endoscopiekamer, grondige manuele reiniging en daarna *high level* desinfectie (HLD) in een daarvoor bestemde desinfectiemachine. De endoscoop wordt in een droogkast opgehangen als deze niet binnen vier uur wordt gebruikt.

De eerste uitbraken leken te wijten aan niet goed opgevolgde instructies voor R&D. Dit heeft ertoe geleid dat de noodzaak van deze procedures nu beter wordt onderkend. Ondanks dat de instructies nu meestal goed worden opgevolgd, blijven er echter uitbraken ontstaan. Dit betekent dat de huidige manier van R&D geen 100% garantie biedt in het voorkómen van contaminatie.

### Landelijke prevalentie

Recent werden er vanuit het Erasmus MC twee landelijke prevalentiestudies uitgevoerd aangaande de contaminatie van complexe endoscopen (PROCESS-studies). 97% van de Nederlandse ERCP-centra heeft aan ten minste één van deze twee studies meegewerkt. De meest opvallende bevinding is dat 15% van de duodenoscopen [3] en 14% van de lineaire echo-endoscopen nog orale en/of gastro-intestinale flora bevatten op het moment dat zij volledige R&D hadden doorlopen en gebruiksklaar in de droogkast hingen. De contaminatie was onafhankelijk van het merk van de echo-endoscoop of duodenoscoop of desinfectiemachines.

### Maatregelen

#### *Verenigde Staten*

In 2015 adviseerde de Food & Drug Administration de ERCP-centra in de VS als reactie op meerdere BRMO-uitbraken om aanvullende maatregelen te overwegen [4]. De volgende opties werden voorgesteld: dubbele HLD, sterilisatie met ethyleenoxide,



Judith Kwakman

andere vloeibare chemische sterilisatie (bijvoorbeeld perazijnzuur) of regelmatige microbiologische controles van de duodenoscopen. Tot op heden zijn er geen overtuigende studies die aantonen dat een van deze methodes een significante reductie geeft van het aantal gecontamineerde endoscopen ten opzichte van de huidige praktijk [5]. Daarnaast hebben enkele van deze methodes logistieke en financiële consequenties die niet in alle ERCP-centra haalbaar zijn.

### Nederland

In Nederland wordt momenteel niet geadviseerd één van bovenstaande methoden te gebruiken. De SFERD (Stuurgroep Flexibele Endoscopen Reiniging en Desinfectie) adviseert microbiologische controle van endoscopen bij verdenking op een uitbraak of bij een defect van de endoscoop of R&D-apparatuur [6]. In 2018 is er een SKMS-richtlijn ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Medisch Microbiologie (NVMM) en Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) [7]. Hierin worden de kweekprocedure, frequentie en consequenties van de uitslag geduid. Dit is de eerste Nederlandse richtlijn die routinekweken voorschrijft. Het effect hiervan zal in de toekomst duidelijk worden.

### Design

Ontwerpaanpassingen om het contaminatierisico te verminderen zijn met name gericht op het distale uiteinde en de tangenlift die moeilijk te reinigen zijn. De nieuwste duodenoscopen bevatten een losse distale kap (al dan niet met geïntegreerde tangenlift) voor eenmalig gebruik om dit gedeelte beter

te kunnen bereiken met reinigingsmaterialen. Hoewel dit een stap is in de goede richting, is dit niet het enige punt waar bacteriën zich kunnen ophouden en zo met de huidige desinfectiemethode worden gemist. Tijdens het gebruik van instrumenten door het werkkanaal kan schade optreden. Deze beschadigingen kunnen de hechting van bacteriën gemakkelijker maken, waardoor sneller biofilms kunnen ontstaan.

### Toekomst

Idealiter wordt een methode ontwikkeld waarmee duodenoscopen gesteriliseerd kunnen worden. Grofweg lijken er drie opties te zijn. De eerste is een aanpassing van de sterilisatietechniek, zodat de huidige endoscopen niet meer worden beschadigd. Een tweede optie is de ontwikkeling van nieuwe endoscopen met materialen die wel bestand zijn tegen sterilisatie op hoge temperaturen. Ten slotte wordt er gewerkt aan een optie waarbij reiniging niet meer noodzakelijk is: een duodenoscoop voor eenmalig gebruik.

Een veelbelovende lage-temperatuur-sterilisatiemethode gebruikt waterstofperoxide en ozon. Hierover is echter tot dusver slechts één studie verschenen, wel met goed resultaat maar een klein aantal testen (N=11) [8]. Sterilisatie met ethyleenoxide, in sommige landen veel gebruikt, geeft geen 100% eliminatie van bacteriën en is niet kosteneffectief [5, 9, 10]. Daarnaast heeft ethyleenoxide schadelijke gezondheidseffecten (carcino-/teratogeen) op medewerkers, versnelt het slijtage van endoscopen en vereist de langere *turn-overtijd* de aanschaf van extra duodenoscopen. Als de reiniging van de

complexe endoscoop de oorzaak is van het falen van desinfectie, zal sterilisatie ook niet altijd de oplossing zijn, ook sterilisatie vereist een lage uitgangshoeveelheid van biologische vervuiling.

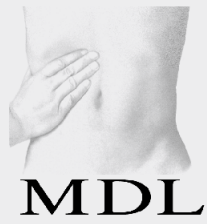
Een rigoureuze oplossing is de ontwikkeling van duodenoscopen voor eenmalig gebruik. Hoewel dit door sommige fabrikanten als de ideale oplossing wordt gezien, is het de vraag of dit in de dagelijkse praktijk haalbaar is. De kosten per duodenoscoop zullen substantieel zijn. Een recente Amerikaanse kostenanalyse voorspelt dat door *disposable* (wegwerp) duodenoscopen de zorgkosten met name in grotere ERCP-centra flink zullen toenemen [11]. Om zulke uitgaven te verantwoorden wordt vaak benadrukt, dat hierdoor bezuinigd kan worden op desinfectiepersoneel, -machines en -materialen. Een dergelijke bezuiniging is echter niet haalbaar als het personeel en deze middelen alsnog nodig zijn voor desinfectie van bijvoorbeeld gastro- en colonoscopen, die in veel grotere aantallen worden gebruikt dan duodenoscopen. Begrijpelijkwijze zijn *disposable* gastro- en colonoscopen ook al in ontwikkeling.

### Conclusie

Ondanks grondige R&D is een substantieel deel van de duodenoscopen gecontamineerd met gastro-intestinale flora. Hierdoor lopen patiënten die een ERCP ondergaan, het risico op besmetting met flora 'van de vorige patiënt'. Voor dit probleem zijn verregaande ontwerpaanpassingen of een nieuwe sterilisatiemethode nodig. Een definitieve oplossing voor het probleem zouden duodenoscopen voor eenmalig gebruik zijn, maar het is de vraag of dit een kosteneffectieve oplossing kan worden. Voorlopig is optimale uitvoering van R&D en handelen naar bevinden met kweken noodzakelijk om deze zorg zo veilig mogelijk aan te bieden.

Judith Kwakman, arts-onderzoeker MDL Erasmus MC

De referenties vindt u op [www.mdl.nl/](http://www.mdl.nl/) MAGMA/alle-edities bij MAGMA 2-2019.



ADVERTENTIE



# Poliepectomie in colon en rectum

Coloscopie met poliepectomie is één van de meest uitgevoerde interventies in de MDL-praktijk van alledag. Toch ontbrak tot voor kort een Nederlandse richtlijn voor deze interventie. Maar nu niet meer: hieronder de belangrijkste punten uit de *Richtlijn Poliepectomie in het colon en rectum*.

**D**e afgelopen jaren is de focus bij poliepectomie, naast veiligheid van de procedure zoals het voorkomen van nabloedingen en perforatie, steeds meer komen te liggen op de effectiviteit ervan. Deze wordt niet alleen bepaald door technisch succes en optreden van lokaal recidief, maar ook door de noodzaak tot aanvullende behandeling na een inadequate endoscopische resectie van T1 CRC. Daarnaast is er toegenomen ervaring met bestaande technieken, zoals de *piecemeal*-EMR (endoscopi-

sche mucosale resectie), om ook complexe poliepen te verwijderen en zijn er nieuwe technische mogelijkheden beschikbaar gekomen zoals ESD (endoscopische submucosaaldissectie) en eFTR (*endoscopic full-thickness resection*).

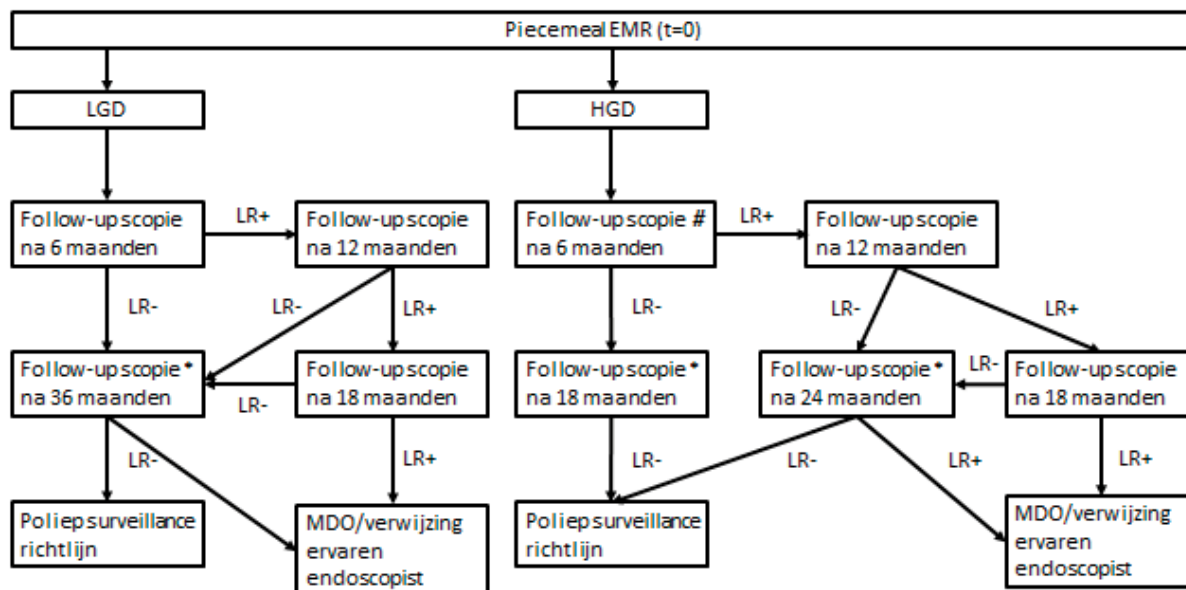
### Samenstelling commissie

In opdracht van de NVMDL werd een Richtlijncommissie samengesteld. Daarbij is gelet op de verdeling tussen vertegenwoordigers van academische respectievelijk perifere ziekenhuizen, zodat er een goede aansluiting zou bestaan bij de dagelijkse praktijk. Omdat de kwaliteit van poliepectomie sterk samenhangt met de histologische beoordeling, zijn ook vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP) bij de totstandkoming van de richtlijn betrokken. De onderwerpen zijn verdeeld in zeven hoofdstukken, die vervolgens zijn uitgewerkt.

### Belangrijkste aanbevelingen

#### Complexe poliep

In hoofdstuk 4 van de richtlijn wordt de term 'complexe poliep' geïntroduceerd en gedefinieerd. De individuele parameters van deze definitie zijn in verschillende studies geassocieerd met een incomplete resectie (technisch succes) of een verhoogde kans op een lokaal recidief of complicaties. Het is belangrijk deze definitie te gebruiken bij het inschatten van de benodigde tijdsduur, materialen én expertise voor het uitvoeren van de poliepectomie. Het doel moet zijn de poliep in één keer succesvol te verwijderen. Het is bekend dat het behandelen van een lokaal recidief, of een tweede aanvullende behandeling op een eerder incompleet verwijderde poliep, vaak wel mogelijk is, maar dat de succeskansen (60-75%) dan beduidend lager zijn. Er is dus duidelijk voordeel te behalen als de poliepectomie bij aanvang



**Figuur 1.** Flowchart na een *piecemeal*-EMR.

direct optimaal wordt uitgevoerd.

Complexe poliepen zonder verdenking op submucosale invasie zouden ook niet om reden van hun complexiteit met een segmentresectie moeten worden behandeld. De kans op mortaliteit en morbiditeit bij chirurgie zijn vele malen hoger, effectiviteitsstudies hebben dan ook aangetoond dat een endoscopische resectie de voorkeur geniet boven chirurgie: zowel in uitkomst voor de patiënt als ook op basis van kosten voor de gezondheidszorg. Cohortstudies in Nederland laten echter zien dat nog steeds een groot gedeelte van de >20 mm niet-gesteelde poliepen op basis van ingeschatte complexiteit voor chirurgie wordt aangeboden. Hier is dus echt een verbetering te maken.

### Submucosale invasie

Het inschatten van de kans op submucosale invasie is daarmee dus ook belangrijk in de besluitvorming hoe de poliep te verwijderen. Drie onafhankelijke cohortstudies in Nederland hebben aangetoond, dat een T1 CRC grotendeels (70-85%) niet wordt herkend vóór poliepectomie. Juist omdat een minimaal-invasieve ingreep voor deze patiënten vaak mogelijk is, is herkenning alvorens de poliepectomie te verrichten belangrijk, zodat een juiste, oncologisch verantwoorde resectietechniek kan worden toegepast. Het tegenovergestelde komt ook voor: dat een grote poliep als verdacht worden afgegeven terwijl dit niet het geval is. Omdat het inschatten van de complexiteit

van de poliepectomie en de kans op submucosale invasie sterk bepaalt hoe en door wie de poliep moet worden verwijderd, is de richtlijncommissie van mening dat zowel de complexiteit als de risico-inschatting van submucosale invasie van een poliep, zeker als deze groter is dan 20 mm, onderdeel zou moeten zijn van de beoordeling en vastlegging in het verslag. De richtlijn geeft handvaten hoe dit te doen en welke parameters dan moeten worden beoordeeld en geregistreerd.

### Expertise

Er is veel discussie geweest, ook binnen de richtlijncommissie, over de expertise die iemand moet hebben om complexe poliepen

			Proximal location				Distal location			
			Homogeneous granular	Granular with large nodule	Granular with non-granular erythematous area	Non-granular	Homogeneous granular	Granular with large nodule	Granular with non-granular erythematous area	Non-granular
Hiroshima A-B	Bleeding -	Depressed area -	1,9 (0,3 - 3,7)	2,5 (0,5 - 5,6)	2,6 (0,5 - 5,6)	2,8 (0,5 - 5,7)	2,8 (0,7 - 5,3)	3,8 (0,8 - 8,6)	3,9 (1,0 - 8,4)	4,2 (1,0 - 8,4)
		Depressed area +	1,8 (0,2 - 4,2)	2,5 (0,4 - 6,7)	2,6 (0,4 - 6,5)	2,8 (0,4 - 6,8)	3,8 (0,6 - 5,6)	3,7 (0,6 - 9,9)	3,8 (0,7 - 9,5)	4,1 (0,9 - 9,7)
	Bleeding +	Depressed area -	4,5 (0,6 - 12,7)	6,0 (0,9 - 16,2)	6,1 (0,9 - 17,3)	6,6 (0,9 - 18,5)	6,6 (1,3 - 15,7)	8,8 (1,7 - 21,1)	9,0 (1,8 - 21,4)	9,7 (1,8 - 22,9)
		Depressed area +	4,4 (0,4 - 13,8)	5,9 (0,8 - 18,8)	6,1 (0,7 - 19,5)	6,5 (0,7 - 20,2)	6,5 (1,2 - 17,0)	8,7 (1,4 - 24,5)	8,8 (1,5 - 23,6)	9,5 (1,6 - 25,4)
Hiroshima C1	Bleeding -	Depressed area -	9,7 (1,9 - 23,2)	12,8 (4,1 - 26,0)	13,0 (3,9 - 25,2)	14,0 (4,3 - 26,5)	13,9 (3,0 - 30,3)	18,1 (5,6 - 37,3)	18,4 (5,9 - 36,2)	19,6 (6,8 - 37,4)
		Depressed area +	9,5 (1,7 - 22,8)	12,6 (3,2 - 27,9)	12,8 (3,3 - 25,8)	13,8 (3,5 - 27,4)	13,7 (11,8 - 67,0)	17,8 (4,6 - 41,3)	18,2 (5,1 - 37,5)	19,4 (5,7 - 38,9)
	Bleeding +	Depressed area -	20,8 (3,6 - 51,3)	26,4 (7,9 - 54,7)	26,9 (7,7 - 55,6)	28,5 (7,5 - 58,8)	28,4 (7,6 - 59,1)	35,1 (13,1 - 64,2)	35,6 (13,1 - 64,7)	37,5 (13,7 - 66,3)
		Depressed area +	20,5 (3,4 - 50,0)	26,1 (6,3 - 56,7)	26,5 (6,5 - 54,5)	28,1 (6,4 - 57,0)	28,0 (7,0 - 59,2)	34,7 (10,6 - 65,4)	35,2 (11,4 - 65,1)	37,1 (11,8 - 67,0)
Hiroshima C2	Bleeding -	Depressed area -	34,1 (8,5 - 74,2)	41,4 (12,9 - 80,3)	42,0 (13,2 - 77,9)	43,9 (14,8 - 77,0)	43,8 (15,2 - 81,0)	51,6 (18,9 - 87,2)	52,2 (20,5 - 85,6)	54,1 (24,3 - 83,9)
		Depressed area +	33,7 (8,5 - 73,7)	41,0 (11,9 - 80,5)	41,6 (13,2 - 77,2)	43,5 (14,6 - 76,5)	43,4 (15,9 - 79,2)	51,2 (18,7 - 86,3)	51,7 (21,3 - 83,8)	53,7 (23,0 - 83,5)
	Bleeding +	Depressed area -	55,9 (17,3 - 88,8)	63,4 (25,6 - 91,4)	64,0 (26,2 - 91,2)	65,8 (27,9 - 91,1)	65,7 (31,0 - 91,7)	72,3 (37,7 - 93,9)	72,8 (40,0 - 93,1)	74,3 (43,1 - 93,1)
		Depressed area +	55,5 (19,1 - 88,4)	63,0 (26,4 - 91,7)	63,6 (27,8 - 91,1)	65,4 (28,5 - 91,3)	65,3 (32,9 - 91,5)	72,0 (38,8 - 94,2)	72,4 (41,6 - 93,2)	74,0 (44,2 - 93,5)
Hiroshima C3	Bleeding -	Depressed area -	64,3 (23,1 - 94,3)	71,1 (32,5 - 95,2)	71,6 (32,3 - 94,6)	73,2 (38,6 - 95,8)	73,1 (34,4 - 96,0)	78,8 (40,8 - 97,2)	79,2 (42,0 - 96,9)	80,5 (46,2 - 97,3)
		Depressed area +	63,9 (25,6 - 94,5)	70,8 (32,5 - 95,8)	71,3 (34,2 - 95,7)	72,9 (39,6 - 96,3)	72,8 (37,7 - 96,5)	78,5 (40,8 - 97,5)	78,9 (44,3 - 97,4)	80,2 (49,4 - 97,7)
	Bleeding +	Depressed area -	81,6 (40,0 - 98,0)	85,8 (51,5 - 98,5)	86,1 (52,5 - 98,4)	87,0 (54,4 - 98,5)	87,0 (59,1 - 98,6)	90,1 (65,1 - 98,9)	90,3 (66,1 - 98,9)	91,0 (68,1 - 99,0)
		Depressed area +	81,3 (44,4 - 98,0)	85,6 (51,4 - 98,5)	85,9 (54,2 - 98,4)	86,8 (57,1 - 98,7)	86,8 (60,9 - 98,6)	90,0 (65,3 - 99,1)	90,2 (67,0 - 99,0)	90,8 (70,9 - 99,2)

**Abbreviations:** CRC: colorectal cancer; LASSO: least absolute shrinkage and selection operator; LNCP: large non-pedunculated colorectal polyp.  
**Note 1:** Bleeding indicates spontaneous bleeding (-: absence; +: presence). Even vessels indicate even vessel diameter and distribution. Irregular vessels indicate uneven vessel diameter or uneven vessel distribution. Absent vessels indicate scattered or absent vessels.  
**Note 2:** Bootstrap-based 95% prediction intervals are provided (based on the percentile method). These cannot be interpreted in the classical sense of a 95% confidence interval; they merely represent an indication of the level of uncertainty surrounding the reported estimates, due to the relatively small dataset and complex estimation procedures.

**Figuur 2.** Inschatting van het risico op submucosale invasie bij niet-gesteelde poliepen >20 mm.

### Tabel I. Kenmerken complexe poliep

Een complexe poliep voldoet aan ten minste één van de onderstaande kenmerken:

- Grootte:  $\geq 40$  mm
- SMSA: niveau 4-poliep
- Eerder incomplete resectie
- Moeilijke locatie: ileocaecaalklep, appendix, divertikel, linea dentata

of poliepen met verdenking op submucosale invasie te verwijderen. In de richtlijn wordt in eerste instantie gekozen voor het registreren van aantoonbare expertise. Dit houdt in, dat iemand de belangrijke uitkomsten van zijn endoscopische resecties van poliepen  $>20$  mm (complicaties, technisch succes, lokaal recidief bij follow-up) bijhoudt, en er monitoring van de kwaliteit wordt uitgevoerd in het betreffende centrum en per endoscopist. Hierop kan intern worden getoetst of de benchmarks voor deze uitkomsten worden gehaald. Op termijn kunnen de resultaten mogelijk ook worden uitgezet tegen de resultaten in andere ziekenhuizen. Dit tezamen moet ertoe leiden dat de kwaliteit van poliepectomie in beeld wordt gebracht en op termijn verbetert. Naar de mening van de voltallige richtlijncommissie weegt de licht toegenomen administratielast ruimschoots op tegen de kwaliteitsverbetering die dit gaat opleveren voor de patiënt.

#### Follow-up

De richtlijncommissie heeft ook een advies uitgebracht over de follow-up na poliepectomie. Dit advies komt niet in de plaats van de huidige Surveillancerichtlijn, maar is aanvullend voor een specifieke groep patiënten met een verhoogd risico op lokaal recidief. De *Richtlijn surveillance na coloscopie 2013* geeft een advies dat is gebaseerd op de kans dat er bij een volgende coloscopie een *advanced adenoom* wordt gevonden en dat verwijdering hiervan het ontstaan van kanker kan voorkomen. De follow-upadviezen die in de *Richtlijn Poliepectomie* worden gegeven, hebben vooral betrekking op de kans op een lokaal recidief. Het is bekend dat lokale recidieven ook progressie naar

maligniteit kunnen vertonen, en incomplete resecties zijn ook een belangrijke oorzaak voor intervalcarcinomen. Na een *piecemeal-EMR* is er een verhoogde kans op een lokaal recidief, die varieert tussen de 16–33%. Een *piecemeal*-resectie wordt dus beschouwd als een procedure waarbij eerder naar het litteken moet worden gekeken dan drie jaar na poliepectomie. Op basis van onderzoek is zes maanden het optimale moment om voor de eerste keer nauwkeurig te kijken. Indien er dan geen recidief is aangetoond, bestaat er weliswaar nog een resterende kans daarop van 4%, maar deze is vergelijkbaar met het recidief na koud lissen van een poliep van 5 mm. Het is ook bekend dat het cumulatief risico op een lokaal recidief afvlakt na 36 maanden, vandaar dat, als er geen recidief wordt aangetoond bij zes maanden, het eerstvolgende moment op 36 maanden is gesteld. Als er een recidief wordt aangetoond, kent de behandeling hiervan een succespercentage rond de 60%. Follow-up van het litteken na behandeling van een recidief is daarom strikt geïndiceerd. Ook hier wordt een periode van zes maanden geadviseerd. Nadien kan patiënt doorgaan met advies van de *Richtlijn surveillance na coloscopie 2013* met een re-scopie á drie tot vijf jaar, afhankelijk van het baselinerisico en bevindingen bij de laatste coloscopie (figuur 1).

#### Richtlijncommissie Poliepectomie

Leon Moons, voorzitter  
MDL-arts, UMC Utrecht

#### Overige leden:

Barbara Bastiaansen, Amsterdam UMC<sup>1</sup>  
Jurjen Boonstra, LUMC<sup>1</sup>  
Arjun Koch, Erasmus MC<sup>1</sup>  
Miangela Laclé, UMC Utrecht<sup>2</sup>  
Jos Meijer, Rijnstate Ziekenhuis<sup>2</sup>  
Tom Seerden, Amphia Ziekenhuis<sup>1</sup>  
Marcel Spanier, Rijnstate Ziekenhuis<sup>1</sup>  
Erik Schoon, Catharina Ziekenhuis<sup>1</sup>  
Wouter de Vos tot Nederveen Cappel, Isala Klinieken<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MDL-arts; <sup>2</sup>patholoog

## Doris Day

*Soms overlijdt iemand, die je al lang niet meer tot de levenden had gerekend. Vandaag was dat het geval met Doris Day. Mijn zusjes dansten op Que sera, sera in de huiskamer. Het was 1956. Twintig jaar later waren we, Hans T. en ik, in opleiding tot gastro-enteroloog. Wat was alles eenvoudig toen. De gastrocamera was net opgeborgen. We deden endoscopieën, zonder hinderlijke handschoenen. Guido T. stelde ooit de diagnose Zollinger Ellison Syndroom, omdat de maaginhoud van een patiënt zijn vinger verbrandde. Endoscopen werden niet gedesinfecteerd, maar even met een washandje schoongeveegd en direct opnieuw gebruikt. We verloren geen tijd met Time Out.*

*Verslagen en brieven werden gedicteerd en door een secretaresse uitgetypt. Er stonden nog geen beeldschermen in de weg tussen ons en een patiënt. We werden niet gehinderd door DBC en DOT.*

*Hans en ik werken nu in Lelystad als waarnemer, vóór, tijdens en na het faillissement.*

*We hebben de afgelopen jaren met verschillende systemen leren werken: ZOUGA, HIX, SAP en nu eindelijk EPIC (heldhaftig, geweldig): een e-learning van 300 pagina's, een cursusdag, en dan nu de praktijk. Nog nooit heb ik Hans zo wanhopig gezien, terwijl hij heel wat gewend is: om de dag zijn sleutels kwijt, elke dag zijn mobiele telefoon, elke week zijn portemonnee en vaak wordt zijn horloge meegewassen in zijn witte jas.*

*Vorige week huilde hij niet alleen zelf, maar bereikte hij dat ook bij een geraadpleegde EPIC-dame. Toen ik hem voor het laatst zag, zat hij met verwilderde blik achter een bureau, ingeklemd tussen twee jonge EPIC-vrouwen, terwijl hij daar vroeger niet zoveel moeite mee had.*

*His attempt ended in an epic fail.*

# Opleidingsplan MDL-artsen NOVUM ontbeert structuur voor chirurgische thema's

Over de volle breedte van het MDL-spectrum, van de neurogastro-enterologie tot de oncologie, zijn de gastro-intestinale chirurg en de MDL-arts elkaars belangrijkste sparringpartner. Weliswaar lijken de vakgebieden duidelijk afgebakend, maar nieuwe technieken en inzichten leiden tot een voortdurende herdefiniëring *wie wat wanneer* zou moeten doen.

**A**ls men de behandeling van verschillende MDL-aandoeningen zou uitzetten op een continuüm, zouden appendicitis en cholecystitis aan de chirurgisch-extreme zijde en aandoeningen als IBS, coeliakie en hepatitis aan de MDL-extreme zijde kunnen worden afgebeeld (figuur 1). Van de genoemde aandoeningen zijn de meeste in de loop van de decennia naar links, richting MDL, verschoven, maar een (overigens niet klassieke MDL-) aandoening als obesitas is naar rechts gemigreerd. Dat beide partijen goed geïnformeerd moeten zijn over wederzijdse mogelijkheden en beperkingen leidt geen twijfel. NOVUM, het recent ingevoerde nieuwe landelijke opleidingsplan voor MDL-artsen,



geeft – gedetailleerder dan in het verleden – weer over welke kennis en vaardigheden de MDL-arts moet beschikken. Opvallend genoeg komen chirurgische thema's hierin niet gestructureerd aan de orde.

Dit geldt ook voor het opleidingsplan van de chirurgie, SCHERP (2007): van de 42 thema's – wij dachten dat we binnen de MDL met 14 thema's al uit de bocht gevlogen waren – zijn er 8 of 9 relevant voor de MDL, variërend van de acute buik- tot perianale klachten, maar expositie aan deze problematiek in de setting van een MDL-stage

is hierin niet opgenomen. In SCHERP 2.0 (2018), waarin de eindtermen van differentiaties nader worden gedefinieerd, wordt bijvoorbeeld het bijwonen van een enkele congressen of het bezoeken van de Digestive Disease Days/het cursorisch onderwijs verplicht gesteld. Of dit werkelijk leidt tot een diep inzicht in wat de MDL-arts te bieden heeft, is de vraag.

Hoe zouden de gastro-intestinale chirurg en de MDL-arts in opleiding zich optimaal kunnen voorbereiden op hun overlappende taken in het MDL-veld? Het volgen van een MDL-stage door de chirurg i.o. of een stage chirurgie door de MDL-arts i.o. zou kunnen bijdragen, vooral om kennis te nemen van elkaars manier van klinisch redeneren. Een gedeeld management van een afdeling MDL/chirurgie of het gemeenschappelijk afhandelen van consulten biedt eveneens kansen. De thematiek ligt voor het grijpen: de conservatieve behandeling van MDL-aandoeningen, indicaties voor en complicaties van interventies, de perioperatieve zorg voor complexe MDL-patiënten (denk bijvoorbeeld aan leverchirurgie) en voedingsgerelateerde problemen.

Maar ook in de nascholing moet een en ander beter worden verankerd. Met het nadrukkelijker positioneren van chirurgische onderwerpen tijdens het cursorisch onderwijs – verplicht voor differentianten gastro-intestinale chirurgie – hebben we geprobeerd hieraan een bijdrage te leveren.

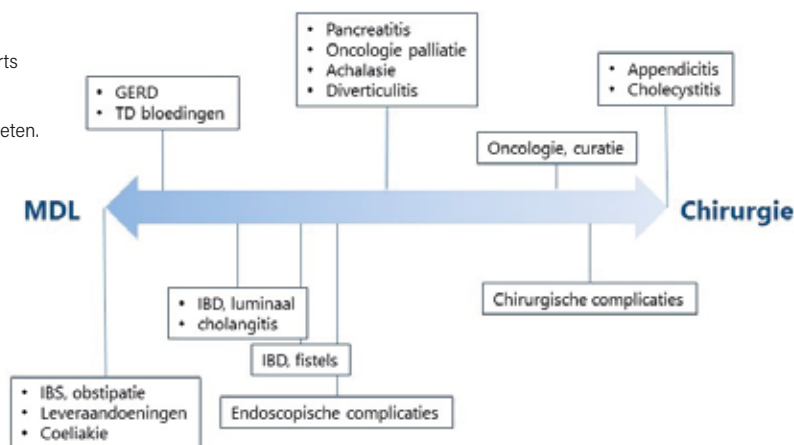
## Conclusie

Een samengesteld pakket van initiatieven zal zich uitbetalen in de dynamische samenwerking die het snel ontwikkelende MDL-veld van ons allen, zowel MDL-artsen als gastro-intestinale chirurgen, vraagt.

Bas Oldenburg, MDL-arts  
UMC Utrecht

**Figuur 1.**

Waar MDL-arts en chirurgen elkaar ontmoeten.



# Toekomstige MDL-artsen zullen meer worden getraind als micro-chirurgen

De overgrote meerderheid van alle gastro-enterologische aandoeningen zou multidisciplinair moeten worden behandeld door een team van gastro-enterologen, radiologen en chirurgen. Binnen het team wisselt de rol van deze specialisten van meewerkend voorman tot uitvoerend teamlid.

**D**e chirurgie is de afgelopen jaren sterk aan het differentiëren en zich voor deelgebieden aan het certificeren. Binnen de heelkunde is iedereen nu een gecertificeerd chirurg voor gastro-enterologische (GE)-chirurgie, oncologische-, vaat-, trauma- of kinderchirurgie. Sommigen zijn gecertificeerd voor meerdere deelgebieden, waarbij met name een combinatie van GE en oncologische chirurgie vaker voorkomt. De opleiding is zes jaar waarvan vier jaar algemene chirurgie gevolgd door twee jaar differentiatie.

Iedere chirurg wordt nog opgeleid om een appendicitis en galstenen te behandelen, maar een cholecystitis is in veel ziekenhuizen steeds meer het domein van de GE-chirurg. Echter, ook in het electieve GE-domein treedt er verdere differentiatie op. 'Algemene' GE-chirurgen die het gehele gastro-enterologische spectrum overzien en kunnen behandelen, zijn er steeds minder. Binnen het GE-spectrum zijn verdere differentiaties naar orgaan (colorectale, HPB<sup>1</sup> of Upper GI-chirurgie) aan het ontstaan, maar ook differentiatie naar functie (motiliteit, bekkenbodemp, proctologie, bariatric en transplantatie), dit alles vaak naar analogie van het Angelsaksische model.

Binnen het GE-oncologische domein is er nog sterke overlap met de gedifferen-

tieerd-oncologische chirurgen, hoewel er een trend is dat een chirurg niet meer de gehele oncologie behandelt. Bij de komende generatie chirurgen zullen er waarschijnlijk steeds minder chirurgen zijn die zowel mamma- als colorectale chirurgie doen.

De klassieke rol van de chirurg begint meestal pas na het stellen van de diagnose door de MDL-arts of het falen van een endoscopische procedure. Maar met het ontstaan van steeds meer gezamenlijke GE-/oncologische afdelingen en het streven naar minimaal-invasieve oplossingen is dat beeld aan het veranderen. Het bewijs daarvan is, dat er zowel op het gebied van oncologische GE-aandoeningen als benigne GE-aandoeningen (pancreatitis, IBD en GERD<sup>2</sup>) multidisciplinaire groepen zijn die streven naar verbetering van kwaliteit, zoals de Dutch Upper GI Cancer Group (DUCG), Pancreatitis Werkgroep Nederland, Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) en Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG).

Dit leidt tot gezamenlijk onderzoek naar bijvoorbeeld pancreatitis met onder andere de ESCAPE TENSION PONCHO-trials, bij IBD met de LIR!C-studie, bij endoscopisch niet te verwijderen poliepen de LIMERIC-studie en bij het oesophaguscarcinoom de lopende SANO-trial.

Aangezien het gehele veld van de gastro-enterologie zich ontwikkelt naar minder invasieve, veiligere en effectievere manieren om aandoeningen te diagnosticeren en te behandelen, zullen endoscopische interventies niet alleen in aantal toenemen, maar ook hun karakter veranderen: van diagnostisch naar therapeutisch instrument. Toekomstige MDL-artsen zullen steeds meer

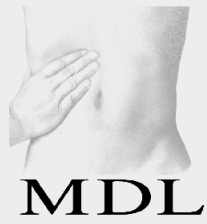


worden getraind als micro-chirurgen van de gehele gastro-intestinale tractus, daarbij samenwerkend in multidisciplinaire teams met chirurgen en radiologen.

*Peter van Duijvendijk, gastro-enterologisch (GE)-oncologisch chirurg  
Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn*

<sup>1</sup> HPB: Hepato-Pancreato-Biliair (HPB), de lever, alvleesklier, galwegen of galblaas betreffend

<sup>2</sup> GERD: Gastroesophageal reflux disease ofwel refluxziekte



ADVERTENTIE

## Tunnelvisie

"Mchtig zijn ze, die tunnels. Vind je niet?" Mijn vrouw maakt het kenmerkende geluid van instemming zonder aandacht. Meanderend door het landschap van de Zwitserse Engadin kan ik niet anders dan ontzag hebben voor de zwarte gaten die het ene dal met het volgende verbinden. Ogenscheinlijk een simpele buis met een weg erdoorheen. Niets is minder waar. Eigenlijk geldt dat voor alle dingen die echt goed zijn. Ze wekken de indruk van ogenscheinlijke eenvoud. De kinderen achterin zijn stil. Mijn vrouw leest een boek. Mijn gedachten dwalen af.

Darmen zijn net tunnels. Roze buizen die zich van mond tot anus een weg banen door het landschap van het lichaam. Dagelijks aanschouwen tientallen gastro-enterologen in Nederland allerlei wonderlijke fenomenen in deze tunnels. Een wildgroei van tumorcellen die als onkruid opduiken en met wortel en al verwijderd moeten worden, erosie en ontbossing van de villi als gevolg van een ontstekingsproces waarbij een bacteriekolonie zich als een konijnenplaag heeft voortgeplant, een delta van zijrivieren die zich hebben gevormd omdat de hoofdweg langs de lever al enige tijd is afgesloten.

Mijn vrouw is inmiddels in slaap gevallen. Haar hoofd leunt tegen het raam. In de verte zie ik de besneeuwde toppen. Het avondlicht verschuilt zich bijna achter de rotspartijen. Als chirurg zie ik de tunnels dagelijks in hun landschap. Tussen de snelstromende rivieren van vaten en ureteren, verstopt onder een wolkende van omentum. Als een vogel aanschouwt de camera van de 30-gradenscoop het gebied op zoek naar dat deel wat mogelijk een gevaar vormt voor het gehele milieu.

Verandering van perspectief leidt tot nieuwe inzichten. Niet alleen op wetenschappelijk niveau, maar ook in de dagelijkse praktijk van de kliniek. Het loont om af en toe de tunnel vanaf de andere kant te bekijken. Hoe vaak komt u nog in de operatiekamer? En hoe vaak treft u een chirurg op uw scopieafdeling? Nederland is in haar interdisciplinaire samenwerking wereldwijd toonaangevend. Werkgroepen zoals de Dutch Upper GI Cancer Group (DUCG), de Pancreatitis Werkgroep Nederland, de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) en de Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG) zijn vergelijkbaar met een geoliede groep ontdekkingsreizigers. Hun verschillende achtergronden en expertise vormen de basis voor origineel onderzoek, maar ook voor de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen.

De toekomst van de gastro-enterologie is in die zin vergelijkbaar met die van een berglandschap. Enerzijds zal elke soort zich blijven ontwikkelen en specialiseren. In de biotoop van een extreem klimaat



*Hoe vaak komt u  
nog in de  
operatiekamer?*

wordt elke voedingsbron benut. We zullen de komende jaren met steeds minder invasieve methoden grotere procedures kunnen uitvoeren. Tegelijkertijd zal de vooruitgang vooral worden gedefinieerd door de werkelijke synergie van alle betrokken spelers. Dat betekent meer dan een gezamenlijke Randomized Controlled Trial (RCT) of een multidisciplinair overleg (MDO). We zullen als team verantwoordelijkheid moeten nemen voor de patiënt van vandaag en morgen. Dat betekent dat we af en toe buiten onze eigen tunnel moeten treden. Ik neem de laatste haarspeldbocht iets te scherp. De jongste is misselijk. Mijn vrouw zoekt vloekend de papieren van het appartement. Het licht is voorlopig nog even ver weg.

*Emma Bruns, aios chirurgie  
NWZ Ziekenhuisgroep, Alkmaar*

# TOKIO Optimum Traject helpt bij formatiebeslissingen

**D**r uk op de zorg, tekorten op de werkvloer: hét fenomeen van deze tijd in medische zorginstellingen. Dit komt onder meer door de in 2014 ingezette bezuiniging op de medisch-specialistische vervolgopleiding, waardoor jaarlijks meer dan honderd aiOS minder met de opleiding starten. Bovendien duurt de vervolgopleiding gemiddeld een half jaar korter. Het heeft allemaal invloed op de werkvloer: minder handen aan het bed, gaten in continuoosters en minder ogen in de nachtdienst. Tegelijkertijd wordt het werk niet minder en willen we dezelfde kwaliteit en zorg blijven leveren. Om instellingen te ondersteunen bij het samenstellen van een optimale formatie, waarbij ruimte blijft voor individueel opleiden, heeft de Federatie Medisch Specialisten het TOKIO Optimum Traject ontwikkeld.

Elk TOKIO Optimum Traject start met de hamvraag: aan welke eisen moet de zorg die we leveren, voldoen? En welke duurzame formatieve oplossing past daarbij? Dé kwaliteit van 24/7-zorg bestaat namelijk niet. De meest optimale formatie zal, afhankelijk van het zorgaanbod van betreffende afdeling(en), patiëntpopulatie en omgeving (stad of streek) en functie van het ziekenhuis, verschillend worden ingevuld. Daarom zijn alle betrokkenen nodig – van specialisten, aiOS en andere zorgverleners op de werkvloer tot zorgmanagers en ziekenhuis- en staf- of MSB-bestuur – om de antwoorden over de optimale formatie te formuleren. Het totale TOKIO Optimum Traject bestaat uit tien processtappen. Samen met een goede procesbegeleiders een projectteam kunnen de betrokken artsen en andere zorgprofessionals in een periode van vier tot zes maanden het gehele traject doorlopen.

## Legio scenario's

In de eerste – intensieve – fase komen de

eisen voor de kwaliteit van zorg boven tafel evenals de taken die nodig zijn om deze kwaliteit te leveren. Als met alle betrokkenen consensus is bereikt, volgt fase twee. Nu worden *out of the box* verschillende scenario's bedacht: wie kan de gewenste taken uitvoeren en welke voorwaarden zijn hiervoor nodig? Dit levert soms wel dertig scenario's op. Zoals een 'klein' scenario met taakverschuivingen tussen beschikbare medisch specialisten, aiOS en anios. Of 'nieuwe' varianten met artsen met verschillende functies, zoals een ziekenhuisarts en spoedeisende hulparts voor de generieke zorg op zaal en de eerste hulp, en medisch specialisten voor de specialistische zorg.

## Succesvolle formatiekeuzes

In stap negen helpt een online rekenmodel keuzes te maken in het samenstellen van de formatie van één of meerdere afdelingen. Formaties, bestaande uit verschillende combinaties van in te zetten functionarissen, worden daarin met elkaar vergeleken in relatie tot de gestelde kwaliteitseisen en de kosten. Op deze wijze kan er een onderbouwde keuze worden gemaakt voor de formatiesamenstelling op korte en langere termijn.

## Houvast voor MDL

De lage bezetting op de werkvloer heeft effect op de ruimte voor beschouwende specialismen als MDL om diensten op te vangen. Zo werd het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg geconfronteerd met de consequenties van korter en minder opleiden van met name aiOS interne geneeskunde. Er werd een ziekenhuisbreed TOKIO Optimum Traject ingezet en op vakgroepniveau divisiebreed gekeken naar de formatieproblematiek. Het resultaat kende een korte- en een langetermijntuitkomst. De inzet van ziekenhuisartsen bleek een goede

en betaalbare oplossing op de lange termijn. Voor de korte termijn bleek – ondanks de lastige werving in de regio – de voorkeur toch uit te gaan naar het intensiever inzetten van anios. Ook vond er op de afdeling MDL verschuiving van personeel plaats. Zo draaien de anios, die alleen MDL-poli deden, nu ook dienst, en wordt gekeken op welke wijze physician assistants kunnen worden ingezet voor protocollair werk zoals de klinische voorbereiding op endoscopisch onderzoek.

## Nieuw traject

Binnenkort krijgt TOKIO er een nieuwe dimensie bij, namelijk het 'TOekomstgericht Kostenverantwoord Interprofessioneel Opleiden', gericht op het voorbereiden van aiOS op netwerkgeneskunde. Het is cruciaal dat aiOS al tijdens de opleiding leren om met andere zorgprofessionals een netwerk rond de patiënt te vormen. Het project duurt vier jaar en heeft drie hoofddoelen, waaronder het ontwikkelen en implementeren van vormen van interprofessioneel opleiden in de dertig medisch-specialistische opleidingen, met thema's als Technologische Innovatie en eHealth, Samen Beslissen en Juiste Zorg op de Juiste Plek.

*Ramon van den Berg*, projectmanager TOKIO Federatie Medisch Specialisten

**Meer weten? Kijk op**  
[www.medischevervolgopleidingen.nl](http://www.medischevervolgopleidingen.nl)





# Aios-reductie leidt tot formatieproblemen

**D**oor veranderingen in de opleiding én een landelijke reductie in het aantal arts-assistenten dat wordt opgeleid tot medisch specialist (aios), zal het aantal aios in ziekenhuizen de komende jaren flink gaan afnemen en daarmee ook hun fysieke en financiële bijdrage aan de reguliere patiëntenzorg.

## Oorzaken afname

1. Landelijke reductie van het aantal startende aios per jaar met 10%: van ongeveer 1000 naar 900 per jaar (eenmalig).
2. Verkorting van de opleidingsduur, ook met 10% (structureel).
3. Individualisering van de opleiding tot medisch specialist. In concreto krijgen aios steeds meer mogelijkheden om specifieke opleidingsstages ook in andere organisaties te doen, wat derhalve leidt tot een lagere bezetting in de opleidings-ziekenhuizen.
4. Landelijke herverdeling van de aios over de acht opleidingsregio's (OOR). Voor twee UMC's pakt dat gunstig uit, voor zes minder gunstig: zij leveren aiosplekken in.

Hier in verkorte vorm een berekening van de opleidingscapaciteit zoals het Capaciteitsorgaan deze uitvoert. In 2018 startten 37 personen met de opleiding tot MDL-arts. Bij een formele opleidingsduur van zes jaar én een constante jaarlijkse instroom impliceert dat de aanwezigheid van in totaal 37 maal 6 ofwel 222 aios. Door parttime aanstellingen is de opleidingsduur gemiddeld 6,5 jaar (dan: 6,5 maal 37 ofwel 240 aios). Het aantal daadwerkelijk werkzame MDL-artsen bedroeg in 2018 in totaal 495 fte.

Het Capaciteitsorgaan adviseerde per januari 2020 een instroom van 27 aios per

jaar en als ook de opleidingsduur met zes maanden afneemt, is een afname van 222 aios naar 149 aios (27 maal 5,5) te verwachten: een reductie met 33 procent.

Aios worden niet alleen opgeleid tot MDL-arts, maar leveren ook 'handen (en hoofden)' die in de praktijk arbeid verrichten: ze draaien mee in de bezetting van avond-, nacht- en weekenddiensten, als zaalarts, werken op de centrale endoscopieafdeling en houden polikliniek. De aiosreductie vraagt dus om het kritisch bezien van de huidige invulling van MDL-taken.

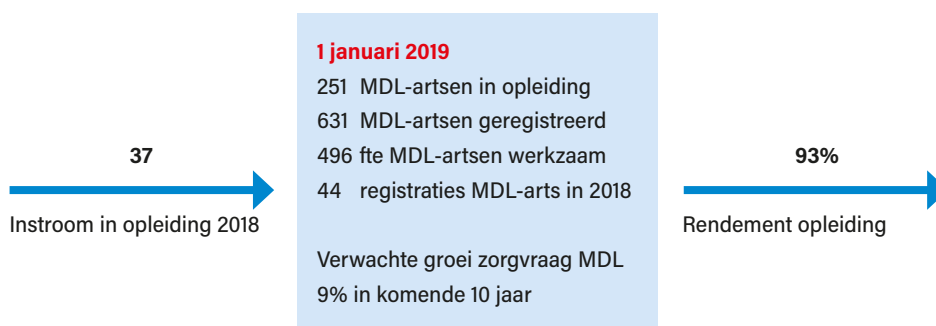
## Financiën

Het opleiden van aios wordt gesubsidieerd door het Ministerie van VWS. Per 1,0 fte aios krijgt een ziekenhuis in 2019 ongeveer 140.000 euro; kleinere ziekenhuizen iets meer. De reductie van het aantal fte's gaat derhalve ook gepaard met minder inkomsten.

We schatten de loonkosten van 1,0 fte aios in op ongeveer 77.000 euro, dat is inclusief sociale lasten. Dat bedrag varieert met het opleidingsjaar van een aios en met de mate waarin men participeert in diensten en dus de omvang van de onregelmatigheidsvergoeding. Daarnaast zijn er nog kosten voor opleidingen en congressen. De rest van dit bedrag is een vergoeding voor overheadkosten van de betreffende organisatie; dus ongeveer 60.000 euro. Gezamenlijk is de reductie in overhead-vergoeding: min 73 fte maal 60.000 euro is 4,4 miljoen euro.

## Oplossingsrichting

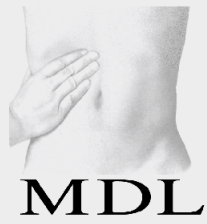
De meest simpele oplossing voor de aiosreductie is inzet van extra formatie: een mix van aios, *physician assistants*, verpleegkundig specialisten en medische staf. Maar dat is een kostbare en weinig doelmatige oplossing, vooral in een tijd dat ziekenhuizen worden geconfronteerd met een beleid om kosten te gaan stabiliseren (nullijn), en



**Advies: instroom van 27 aios per jaar**

**Figuur 1:** Parameters menskrachtplanning specialisme MDL

(gebaseerd op *Capaciteitsplan 2020–2023, Deelrapport 1 – Capaciteitsorgaan*, pag. 64 en 65)



ADVERTENTIE

dus nauwelijks haalbaar. Binnen het Radboudumc worden specialisme-overstijgende oplossingen kansrijker geacht; bijvoorbeeld de inzet van een gezamenlijke dienstploeg voor de opvang en behandeling van acute patiënten (meer SEH-artsen), een internist acute geneeskunde aan de poort en pools van *physician assistants* of ziekenhuisartsen voor de acute klinische zorg.

### Conclusie

Het aantal aios MDL gaat de komende jaren afnemen en daarmee ook de MDL-productie alsmede de totale overheadvergoeding. Dat vraagt een kritische blik op de eigen organisatie: hoe kunnen we met minder middelen dezelfde kwaliteit blijven leveren?

Radboudumc Nijmegen,  
*Arjan Verhoeven*, bedrijfsleider  
*Leo Berrevoets*, technisch bedrijfskundige  
*Jeu de la Haye*, bedrijfsleider

*Joost Drenth*,  
hoogleraar en afdelingshoofd MDL  
*Nol Maessen*, secretaris Centrale Onderwijs  
Commissie



Arjan Verhoeven



Leo Berrevoets



Jeu de la Haye

## EERSTE ACADEMISCHE MDL-AFDELING IN NEDERLAND ZONDER AIOS INTERNE GENEESKUNDE

# En ineens is het afgelopen

Als gevolg van het besluit van minister Schippers in 2012 komen er minder aios op de werkvloer. Nadat de minister bij de Aios Actie Avond op 22 augustus 2012 in het LUMC met een partijgekleurd verhaal honderden a(n)ios (mijzelf inclusief) had toegesproken<sup>1</sup>, kwam er definitief geen alternatief meer op tafel.

**M**et dank aan het TOKIO-model (*zie p. 75-76*) is het mogelijk een goede analyse te maken van ziekenhuis- en afdelingsformaties. En door ziekenhuisbreed te denken kunnen er meerdere oplossingen (soms in vergezichten) worden uitgewerkt. Maar wat betekende de aios-reductie concreet voor de MDL-afdeling in het Radboudumc?

De belangrijkste knelpunten bij reductie van aios binnen de MDL liggen op het vlak van de zaalbezetting, SEH/consulten in kantoorruimtes en de 'voorwacht'-dienst in avonden en nachturen. Voor de eerste twee zaken is op onze afdeling in het Radboudumc al sinds 2013 ingezet op taakherschikking naar de *physician assistant*, waarmee goede

ervaringen zijn opgedaan. Voor voorwacht zijn wij net als alle academische en grote perifere ziekenhuizen nog altijd aangewezen op de *good old* aios interne geneeskunde. Een reservoir aan arbeidskrachten dat juist zeer sterk is getroffen door de instroomreductie.

Gaandeweg bleek het in 2018 het voor de afdeling Interne geneeskunde niet meer mogelijk om de 'voorwacht' in de dienst te vervullen. Hierdoor is de MDL-afdeling vanaf 1 maart 2019 definitief op andere oplossingen aangewezen. Bij rondvraag in de zeven andere academische ziekenhuizen bleek er enige variatie te bestaan hoe de MDL-diensten worden opgevuld, en nog nergens anders is de aios-interne volledig

teruggetrokken. Kortom, dit wiel moest kennelijk voor het eerst worden uitgevonden.

De discussie over deze 'oplossing' tussen aios en staf is in goede harmonie gevoerd, mijns inziens een cruciale voorwaarde voor het echt uitdenken van alle mogelijkheden. Belangrijkste spelregel in de CAO en het wettelijk kader is het verschil in 'voorwacht' (= wakker en altijd aanwezig) en 'achterwacht' (= slapend, binnen 30 minuten oproepbaar, tenzij er telefonisch overleg is of een spoedscopie). Bij de eerste moet er worden gecompenseerd, bij de tweede alleen bij veelvuldig gebeld worden.

De praktische knelpunten bij het omzetten van de 'voorwacht'-structuur zijn hierbij

duidelijk geworden:

1. beoordeling van patiënten op de SEH tussen 17:00 en 08:00 uur;
2. beoordeling van acuut-zieke patiënten op de afdeling;
3. hoe om te gaan met compensatie de dag na de dienst.

Graag bespreek ik hier dan ook onze afwezigingen bij het vinden van een oplossing.

### Vervanging in-één-klap

De dienstenpool zoals bij Interne geneeskunde simpelweg vervangen, met een assistent die avond en nachtdienst doet en dus overdag vrij is, kent duidelijke nadelen. Gezien een kleine pool aios MDL (8-10) zal er dan een forse afname aan klinische exposure zijn binnen kantooruren (6-7 weken minder per jaar). Hierdoor kunnen de meeste leerdoelen voor vijfde- en zesdejaars aios niet optimaal behaald worden, zoals voldoende verdiepende stages lopen. Ook is het sterk de vraag of in een aanwezigheidsdienst wel voldoende exposure is.

### Deeloplossingen

Onze afdeling heeft daarom gekozen voor de volgende deeloplossingen:

1. Voor de bezetting van de SEH kan samenwerking met anderen worden gezocht. Voor de hand liggend is de SEH-arts. Ook kan de ziekenhuisbrede arts hier een rol spelen, bijvoorbeeld met kiezen voor een acute-opnameafdeling met een internist acute geneeskunde of de ziekenhuisarts.
2. Bij de acuut-zieke patiënt, voor wie met spoed een klinische beoordeling is vereist, is de eerste zorg het stabiliseren van vitale functies. Goede samenwerking met de IC en het verplegend personeel is hierbij belangrijk. In het kader van de MDL-zorgvraag is het vervolgens uiteraard noodzakelijk dat de aios binnen 30 minuten aan het bed staat.
3. Verplicht rust houden na een dienst kan worden geregeld door elke aios de ochtend na de dienst vrij te stellen van poliofscopie. In gevallen waarbij de dienst rustig was, kan deze tijd alsnog dienen voor verdieping.

Met deze ingrediënten hebben wij in het Radboud onze dienstbezetting ingevuld. Hierbij is uiteraard op inhoud een continue discussie gaande hoe zaken beter kunnen. Ook de rol van innovaties als inzet van eHealth en de ontwikkelingen in aanpalende vakgebieden spelen hierbij een belangrijke rol.

Ik ben benieuwd hoe in uw ziekenhuis de aios-reductie wordt opgevangen. We horen het als *MAGMA* graag!

*Govert Veldhuijzen*, aios MDL Radboudumc



## Promoveren voor je opleiding

In 2016 vonden in Nederland 4.747 promoties plaats, waarvan 1.708 promoties binnen de gezondheidszorg. De huidige NFU-richtlijnen adviseren dat elke arts-onderzoeker drie tot vijf artikelen moet publiceren om te kunnen promoveren. Daarmee is Nederland een grote 'producent' van *peer-reviewed* artikelen. Nederlandse wetenschappers doen het dus goed. Maar wat is eigenlijk de motivatie van een promovendus om aan zo'n promotietraject te beginnen?

**H**et Rathenau Instituut deed onderzoek naar de loopbanen van gepromoveerden. Zij concludeerden dat binnen de gezondheidszorg een promotie vooral een middel is om één van de schaarse opleidingsplaatsen tot medisch specialist te bemachtigen in plaats van een voorbereiding op een carrière met een onderzoekscomponent als hoofddoel. Sterker nog, een groot deel van de promovendi gaat na hun promotie niet verder in de wetenschap.

### Competenties

Toch levert zo'n promotieonderzoek de arts veel op. Het opzetten van een studie, kennis hebben van de verschillende geldstromen binnen de gezondheidszorg, het uitvoeren van een onderzoek en het kunnen interpreteren van gepubliceerde artikelen: het geeft inzicht en begrip in de totstandkoming van kennis die een arts dagelijks gebruikt. Daarnaast zijn de ontwikkelde vaardigheden als coördineren en organiseren, zelfstandig werken, leiding nemen, onder druk

presteren, onderwijs geven en presenteren van belang bij iedere carrièrestap na de promotie.

Bovendien maakt iedere promovendus ook een persoonlijke ontwikkeling door waarbij het geduld op de proef wordt gesteld en hij of zij leert om te gaan met tegenslagen. Motivatie en zelfdiscipline zijn daarbij essentieel. Je hebt als arts-onderzoeker veel vrijheid en je kan veel activiteiten doen naast je promotieonderzoek, maar na drie tot vier jaar moet je wel je dissertatie kunnen verdedigen.

### Selectie criterium

Waar de een het promotietraject als een plezierige uitdaging ziet, is het voor de ander een zware dobber. Promoveren alleen om je opleidingskansen te vergroten, is volgens mij niet de juiste beweegreden. Hoewel de

meeste medisch specialisten zullen beamen dat *high-impact papers* en een afgerond promotieonderzoek niet direct zullen leiden tot het zijn van een 'goede dokter', worden de meeste medisch specialistische opleidingsplaatsen toch toegekend aan mensen die gepromoveerd zijn. Het is een meetbaar selectiecriteria.

Bovengenoemde competenties die een promovendus leert gedurende zijn promotietraject, zijn mijns inziens echter ook op andere manieren te leren. Bovendien denk ik, dat niet elke aiOS dezelfde set aan competenties hoeft te hebben als hij of zij aan een opleidingstraject begint. Het huidige zorgstelsel wordt steeds complexer, waarbij bijvoorbeeld de patiënt steeds meer als 'partner' wordt gezien. Een breder scala aan competenties binnen een vakgroep zou

daarom voordelig zijn. Ik ben van mening dat opleiders bij de toekenning van opleidingsplaatsen tot medisch specialist niet alleen moeten selecteren op het profiel 'wetenschap', maar ook op andere profielen. Zo zou een arts zich ook kunnen profileren op het gebied van medisch leiderschap. Daarnaast zou er wellicht meer ruimte kunnen komen voor ervaren klinici en artsen met belangstelling voor onderwijs en onderwijsontwikkeling.

Ik vind dat er moet worden gestreefd naar meer een evenwichtige opleidingsgroep: wetenschappers, medisch leiderschap, klinici, en docenten. Jonge dokters moeten zich kunnen ontwikkelen en excelleren op het vakgebied waar zij de meeste passie voor hebben. Dan kunnen wij met elkaar een



diverse en – in mijn opinie – betere bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg.

*Fanny Vuik*

Arts-onderzoeker MDL, Erasmus MC

## Meer aandacht voor niet-wetenschappelijke competenties gevraagd

De medisch-specialistische opleiding is sinds 2002 competentiegericht. Dit betekent dat er naast de competentie 'medisch handelen' aandacht is voor communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

Een succesvol promotietraject is een manier om bij een sollicitatie inzichtelijk te maken dat je als aiOS over bepaalde competenties beschikt. Omdat de geïntegreerde wetenschappelijke en medische opleiding als een waardevolle combinatie wordt gezien, wordt deze in het UMCG aangemoedigd binnen het Groninger AGIKO-traject.

De laatste jaren is er echter een verschuiving gaande, waarbij er niet alleen waardering is voor excellente onderzoekers maar ook voor a(n)ios die aantoonbare interesse hebben in onderwijs/opleiden en patiëntenzorg. Om de onderwijscompetenties van een aiOS met belangstelling voor onderwijs verder te ontwikkelen, bestaat in het UMCG de mogelijkheid om in samenwerking met de Postgraduate School of Medicine van het Wenckebach Insti-

tuut de rolspecialisatie onderwijs en opleiden te volgen tot onderwijsdeskundige (*Medisch Contact*, 10 maart 2016). Daarnaast is er meer aandacht voor a(n)ios die een specifieke interesse hebben in een deelgebied van ons vak. Dit komt onder meer tot uiting in de toenemende differentiatiemogelijkheden binnen de opleiding.

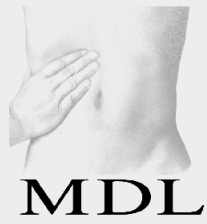
Wij zijn het dus geheel eens met collega Vuik dat professionele diversiteit en individualisering binnen de opleiding van groot belang is.



Om tot een alternatief selectiebeleid te komen, zal er bij opleiders meer aandacht moeten komen voor de didactische, klinische, organisatorische en leidinggevende kwaliteiten van de sollicitant. Het probleem is echter hoe deze kwaliteiten objectief te beoordelen. Verder zal er een prikkel moeten komen om deze veranderingen ook door te voeren in de sollicitatiegesprekken voor aspirant-specialisten.

*Hans Blokzijl (links) en Hendrik van Dullemen*  
MDL-artsen, UMC Groningen





ADVERTENTIE

IN GESPREK MET WINK DE BOER

# ‘Loondienst met participatie randvoorwaarde goede en zinnige zorg’

Als je met Wink de Boer wilt praten over het participatiemodel in Ziekenhuis Bernhoven, moet je zorgen dat je alle tijd hebt. Zoals hij vroeg in zijn carrière een oneindige passie had voor *Helicobacter pylori*, zo heeft hij dat nu voor zorgbeleid en ziekenhuisbestuur. Ziekenhuis Bernhoven in Uden is een beetje ‘zijn ziekenhuis’. Maar je kunt hierover niet met De Boer spreken zonder uitgebreide bespiegelingen over de organisatie van zorg op alle niveaus. Over de vraag hoe de ziekenhuiszorg landelijk georganiseerd zou moeten worden, over de positie van de medisch specialist binnen een vakgroep of ziekenhuis. *MAGMA*-redactielid Geert Bulte nam de proef op de som.

**W**ink de Boer had vanaf 2014 als medisch directeur een belangrijke rol bij de reorganisatie van Ziekenhuis Bernhoven. Vorige zomer droeg hij zijn taken over en keerde hij fulltime terug als MDL-arts. Hij beziet het bestuur nu vanaf de zijlijn en dat gaat hem niet altijd makkelijk af. Binnen en buiten het ziekenhuis spreekt hij nog frequent met sleutelpersonen binnen ons zorgstelsel. En allemaal probeert hij ze mee te krijgen in hoe hij denkt dat de zorg beter georganiseerd kan en moet worden om de zorg kwalitatief hoogstaand en toch betaalbaar te houden. Het participatiemodel dat binnen Bernhoven is doorgevoerd, vormt hierin slechts een klein puzzelstukje.

Toen in de periode na 2010 het Bernhoven-ziekenhuis, toen nog in Oss en Veghel, zijn



FOTO: MARIEKE DUJSTERS

Wink de Boer: “Staf en ziekenhuis moeten aan hetzelfde werken en niet als partijen tegenover elkaar staan”

strategie ging herzien, is er gekozen voor een rigoureuze andere organisatievorm. Hierin hebben De Boer en zijn toenmalige mede-directeur Ronald Koopman (oud-dermatoloog Bernhoven, inmiddels overleden), een grote rol gehad. Samen met hun collega's zochten ze naar een organisatievorm die toekomstbestendig zou zijn. “We hadden gezien dat het model waarin we zaten, ziek was. Zolang er binnen het ziekenhuis een gevecht plaatsvindt om de verdeling van

geld, kunnen de patiënt en de kwaliteit van de geleverde zorg niet centraal staan. Door een continue strijd met de Raad van Bestuur in een tijd waarin er kostbare nieuwbouw moest plaatsvinden, ontdekten we dat financiële gezondheid van het ziekenhuis moeilijk, maar essentieel is voor het voortbestaan. Zo kwamen we tot de conclusie dat alles anders moest. Alle steentjes hebben we verzet. Eén van de grote bouwstenen hierin was het participatiemodel.”

**Participatiemodel**

Staf en ziekenhuis moeten aan hetzelfde werken en niet als partijen tegenover elkaar staan, zo was de gedachte: er moet sprake zijn van 'gelijkgerichtheid'. Met vrijgevestigde artsen zou dat niet haalbaar zijn, maar wel als de staf 'ontzorgd' wordt door een vast en gegarandeerd inkomen. Elke financiële prikkel in de discussie over de organisatie en de zorg moest verdwijnen. Gekozen werd voor een loondienstmodel met participatie: "We wilden naar een situatie waarbij je als arts eigenaar bent van het ziekenhuis en in dienst van jezelf. Als het goed gaat met het ziekenhuis, gaat het goed met de individuele dokter." De Boer schat in dat een participatiemodel ook mogelijk zou kunnen zijn met een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Voorwaarde is wel, dat er dan sprake moet zijn van geharmoniseerde inkomens, zodat er geen onderlinge financiële strijd ontstaat. Dit staat nog ver van de huidige situatie waarbij er zowel onderling binnen het MSB wordt geconcurrereerd om middelen, maar waarbij MSB en ziekenhuis ook twee bedrijven zijn die met elkaar om de schaarse middelen concurreren.

De Boer benadrukt keer op keer dat dit loondienstmodel een middel is en *niet* het doel voor het participatiemodel. Beide zijn uiteindelijk alleen maar middelen voor het hogere doel: betaalbare en kwalitatief hoogstaande zorg voor de patiënt. "Loondienst met participatie is een randvoorwaarde om goede en zinnige zorg te kunnen leveren: vrij van onheuse prikkels."

**Eigenaarschap**

Binnen Bernhoven bestond het eigenaarschap in het begin uit 4,5 miljoen euro geïnvesteerd vermogen vanuit de medische staf. Dit werd opgehaald door storting in een 'goodwill fonds' vanuit de transitievergoeding van de overheid voor medisch specialisten die in loondienst gingen werken. Het streven was en is om dit vermogen door de jaren heen verder uit te breiden, het liefst met participatie door het gehele personeel: "Ook de verpleegkundige en de schoonmaker moeten het gevoel hebben in 'hun' zie-

kenhuis te werken." Hiertoe worden vanuit ziekenhuis Bernhoven sinds het najaar van 2018 bovenop het salaris periodiek uitkeringen gedaan aan het participerende personeel in de vorm van tienjarige obligaties met een gunstig rentepercentage. Ook is er een nieuwe intekenronde geweest, waarbij personeel de kans kreeg om met eigen geld (extra) obligaties te kopen. Hierbij bemerkt De Boer wel koudwatervrees: "Binnen het bedrijfsleven is het heel normaal aandelen of bedrijfsobligaties te kopen in je eigen bedrijf, of om (prestatie)beloningen in de vorm van aandelen uit te keren. Binnen Bernhoven is men hierin toch nog erg schuchter."

**Externe partners**

Het komende jaar zal participatie ook mogelijk worden voor partijen buiten het ziekenhuis. Opgehaald vermogen kan dan worden gebruikt voor investeringen, maar ook voor herfinanciering van elders uitstaande leningen. Ook hier direct weer de toevoeging: "De participatie is vooral bedoeld voor de gelijkgerichtheid, niet voor herfinanciering. Het gaat om het 'wij-gevoel', de betrokkenheid. En uiteindelijk de kwaliteit van de zorg." Niet voor het eerst verwijst hij naar het Amerikaanse consortium Virginia Mason (*zie kader p.68*): "Een productietent die bijna

failliet was, die in acht jaar tijd is omgebouwd tot een kwaliteitsziekenhuis, nu één van de beste ziekenhuizen van Amerika." In één adem door praat De Boer verder over Kaiser-Permanente (*zie kader p.69*): een zorgorganisatie waarbij patiënten via hun verzekeringspremie leden, en dus eigenaar, zijn en daarmee het recht hebben om binnen deze organisatie zorg te ontvangen. "Je patiënt is je baas en alle patiënten samen zijn eigenaar van jouw ziekenhuis. Ook een manier om een andere context te creëren waarbinnen je zorg verleent."

Het is nu nog te vroeg om te zeggen of het participatiemodel een succes is. De reeds geplande instapmomenten zullen dit moeten gaan laten zien. Welke partijen zullen instappen, vindt De Boer niet erg interessant. Andere ziekenhuizen of zorginstellingen zouden welkom zijn. "Dat zou zelfs een goede stimulans zijn van echte netwerkzorg en samenwerking van de partners: zie het als Boeing met aandelen in de Rolls-Royce-motoren die ze gebruiken, en andersom." Maar ook verzekeraars, fastfoodketens of zelfs farmaceuten zijn wat hem betreft welkom. Bang voor inmenging in het beleid is hij niet, omdat de organisatiestructuur inmenging op operationeel niveau onmogelijk maakt: de financiële aandelen, nu ove-

**Virginia Mason**

Virginia Mason wordt jaar na jaar genoemd als één van de top-50 ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Het is een private non-profitorganisatie (1920), die door de jaren heen is uitgegroeid tot een netwerk van meerdere ziekenhuizen, kleine *clinics*, en andere zorg-gerelateerde instellingen. Vanaf 2002 onderging Virginia Mason een aantal grote reorganisaties. Doel hiervan was om te onderscheiden op kwaliteit en niet op volume. Virginia Mason staat nu bekend om haar zeer efficiënte organisatie en lage kosten voor hoogstaande zorg.

**Kaiser Permanente**

Kaiser Permanente is een VS-brede organisatie met tien miljoen leden, die onder andere 38 ziekenhuizen, poliklinieken en hospices omvat, maar ook een eigen zorgverzekering heeft. Er werken meer dan 17.000 artsen. Patiënten zijn 'lid' via hun zorgverzekering. Door alle zorgaanbieders binnen één organisatie onder te brengen, inclusief de verzekeraar, is gelijkgerichtheid bereikt tussen alle professionals. Artsen zijn in loondienst en de organisatie staat voor maximaal resultaat met minimale kosten.



rigens nog converteerbare obligaties, zijn losgekoppeld van de 'inspraak aandelen'.

### Wetgeving

Een moeilijk punt bij bovenstaande was en is (nog) de rechtsvorm van het ziekenhuis. Dit was een stichting, maar deze werd omgezet in een BV. Dit scheidt in de toekomst ruimte voor het uitgeven van aandelen, en ook voor winstuitkeringen of dividend. Wetgeving die hiervoor cruciaal is, ligt na goedkeuring door de Tweede Kamer nu al enige tijd stil bij de Eerste Kamer. "Als de wetgeving erdoor komt, kunnen we onze obligaties converteren naar aandelen. Pas dan ben je aandeelhouder en dus: mede-eigenaar." In de algemene vergadering van aandeelhouders (AVA) wordt het beleid van het bestuur getoetst en de AVA heeft de zogenaamde uiteindelijke macht. Dit zou onder strikte voorwaarden ook mogelijk moeten maken dat er winst wordt uitgekeerd aan aandeelhouders, zonder dat er echt kapitaal wordt onttrokken aan de zorg. "Het zou ontzettend helpen als dit kan, want dan kun je vreemd kapitaal aantrekken." Door afschaffing van het College Bouwvoorzieningen Zorg, dat tegen lage rente geld beschikbaar stelde voor nieuwbouw, zijn de kapitaalslasten veel hoger geworden. "De rente die ziekenhuizen bij banken betalen, is nu veel te hoog, waardoor vreemd kapitaal zeer welkom zou zijn: je houdt meer geld over voor zorg en dat is weer beter voor de patiënt."

### Marktwerving

Direct schakelt De Boer over op een meer algemene visie op het zorgstelsel: "De komende jaren zal het kraptemodel door het Hoofdlijnenakkoord alleen maar een sterker stempel drukken. Er komt in de ziekenhuizen voorlopig geen extra geld bij, terwijl de zorg alleen maar duurder wordt. Als we alles op dezelfde manier blijven doen, gaat het niet passen, dus *moeten* we anders gaan werken." Volgens hem is het de onontkoombare keerzijde van de medaille: als je verplicht tot marktwerving in de zorg en dus financiering via banken, dan moet je ziekenhuizen ook de kans geven om op een slimme manier kapitaal uit de markt te halen.

### Toekomstmuziek

Als we verder praten over de verdeling van middelen binnen het ziekenhuis, komt hij weer terug op het Virginia Mason-ziekenhuis in de VS: "In een zorgklimaat waarin er altijd schaarste is, moeten de middelen optimaal worden verdeeld voor een zo groot mogelijke gezondheidswinst. En deze verdeling moet niet gebeuren door managers maar door dokters, en wel op medische argumenten. *Doctor in the lead* is dan ook de volgende steen in het nieuwe model." Volgens De Boer moeten we nog een stap verder gaan. "Kijk naar het bedrijf Kaiser Permanente, dat de hele zorgketen (eerste, tweede en derde lijn) in één organisatie heeft ondergebracht. Dit zorgt pas echt voor gelijkgerichtheid, niet alleen binnen het eigen ziekenhuis, maar binnen de gehele keten."

De Boer heeft met zijn collegae inmiddels al nagedacht over een eigen Bernhoven-zorgverzekering en aansluiting/participatie van de regionale huisartsen. Dit is echter nog toekomstmuziek.

### Nawoord

Binnen twee uur na afronding van ons lange gesprek krijg ik een tiental artikelen, een proefschrift en een wetenschappelijke publicatie over Bernhoven toegestuurd om zijn visie te onderbouwen. Het zou voor mij geen verrassing zijn als De Boer binnenkort zijn praktijk als MDL-arts afsluit om elders directeur te worden: weer een nieuwe stap op weg naar een beter zorgstelsel.

### Wink de Boer

- 1985 Artsexamen Universiteit Utrecht
- 1991 Registratie als internist, AMC Amsterdam
- 1996 *Helicobacter pylori. Studies on epidemiology, diagnosis and therapy*, proefschrift Universiteit van Amsterdam
- 2002 Registratie als MDL-arts
- 2012 Voorzitter stafmaatschap Bernhoven (Oss/Veghel)
- 2014 Medisch Directeur Bernhoven (Uden)
- 2018 Einde vierjaarstermijn als directeur, terugkeer als fulltime MDL-arts

## AGENDA

ZUIDERZEE KLASSIEKER 2019  
**28 SEPTEMBER**  
**AMERSFOORT**

*Samen strijden voor een  
gezonde spijsvertering*



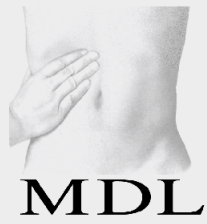
## Samen fietsen voor je spijsvertering

Op zaterdag 28 september stappen we voor de negende keer op de fiets om geld in te zamelen voor meer onderzoek naar spijsverteringsziekten. Vanuit Amersfoort, het middelpunt van Nederland, kan je starten met de 50, 80, 120 of 180 kilometer van de Zuiderzee Klassieker.

### Strijd jij mee?

Samen gaan wij de strijd aan met spijsverteringsziekten. Des te mooier dat we dit gezamenlijk gestalte kunnen geven tijdens de Zuiderzee Klassieker! Schrijf jouw ziekenhuis dus nu in én doe met zoveel mogelijk collega's mee. Gezamenlijk gaan we er een prachtige dag van maken met mooie routes, volop sfeer en hopelijk een geweldig bedrag voor onze strijd!

Inschrijven kan nu via  
[www.zuiderzeeklassieker.nl](http://www.zuiderzeeklassieker.nl)



ADVERTENTIE

# Twijfel over praktische uitvoerbaarheid huidige EPA's vraagt om aanpassing

**P**er 1 januari van dit jaar werken alle opleidingsklinieken volgens het nieuwe opleidingsplan NOVUM. Er is een groot aantal veranderingen doorgevoerd. De belangrijkste waarmee wij te maken hebben, is de introductie van entrustable professional activities (EPA's). Dit leidt bij aios en opleiders tot nogal wat hoofdbrekens. De vraag is of de huidige invulling praktisch uitvoerbaar is en betere MDL-artsen oplevert.

## Bewijslast

EPA's zijn professionele taken of verantwoordelijkheden die stafleden toevertrouwen aan een aios om met beperkte tot geen supervisie uit te voeren zodra de aios de benodigde competenties heeft verkregen [1]. De essentiële beroepsactiviteiten worden hierin beschreven en vastgelegd. Iedere EPA vraagt om onderbouwing met bewijslast.

Bij het opstellen van een opleidingsplan is het nadrukkelijk niet de bedoeling om met EPA's de gehele inhoud van een vakgebied te beschrijven. Dit zou leiden tot een wildgroei aan aantal EPA's en maakt toetsing vrijwel onmogelijk [2]. Toch lijkt dit het geval te zijn bij NOVUM, dat maar liefst 31 EPA's omvat. De kindergeneeskunde heeft bijvoorbeeld een opleidingsplan met hierin slechts 9 EPA's: deze beschrijven kernactiviteiten zoals 'poliklinisch werken enkelvoudig en meervoudig', 'zaalwerk academisch en perifeer' en 'de beoordeling van het acuut zieke kind'.

Bij het huidige aantal EPA's in NOVUM vraagt het verzamelen van bewijslast veel van aios en opleidingsgroep. En meer bewijslast leidt niet tot direct tot betere kwaliteit. Het meest recente rapport over kwaliteitsverbetering van geneeskundige vervolgoopleidingen stelt onomwonden dat de nadruk bij goed opleiden niet moet liggen op 'vinken', maar op 'vonken' [3].

Hierbij komt dat de verschillende EPA's vanuit de kennisdomeinen zijn opgesteld. Dit wordt dan ook meestal het focus van de bekwaamverklaring. Maar EPA's zijn ontworpen om een activiteit te toetsen, niet zozeer kennis. Kennis wordt jaarlijks schriftelijk getoetst met de voortgangstoets en in het vijfde jaar met het Europees Examen. Neem bijvoorbeeld de EPA 'maagzuurgerelateerde aandoenin-

gen'. In één keer moet een bekwaamverklaring worden afgegeven over refluxziekte, ulcuslijden, Helicobacter, Barrettslokdarm et cetera. Als we van aios verwachten over al deze verschillende onderdelen meerdere korte praktijkbeoordelingen (KPB's) af te vinken, leidt dit tot een gigantische toename van het aantal beoordelingen.

## Vertrouwen

Als we entrustable vertalen, betekent dit: (veilig) toe te vertrouwen c.q. toevertrouwd. Vertrouwen is niet voor niets het kernwoord, dit moet dan ook het uitgangspunt zijn bij de beoordeling van het bekwaamheidsniveau van een aios. Een onderbelicht aspect is, dat bewijslast nooit alleen bestaat uit de vastgelegde beoordelingen maar ook de visie en het zogenaamde 'onderbuikgevoel' van de opleidingsgroep op het functioneren in de dagelijkse praktijk [4]. Bij een bekwaamverklaring vertrouwt de opleidingsgroep de aios om een bepaalde activiteit met supervisie op afstand uit te voeren.

Door de huidige manier van opstellen van EPA's wordt een bekwaamverklaring geïnterpreteerd als onomkeerbaar stempel waarbij de aios alles moet kunnen en weten over een onderwerp. Bij de toepassing van het huidige opleidingsplan zou ik ervoor willen pleiten dat het vertrouwen van de opleidingsgroep in een aios centraal blijft staan en niet zozeer de hoeveelheid geleverde bewijslast.

## Novum 2.0

Samenvattend lijkt de onderwijskundige theorie rondom EPA's verkeerd geïnterpreteerd bij het schrijven van NOVUM. Voor wijzigingen is het nu misschien nog te vroeg, maar een volgende versie met bijvoorbeeld vijf EPA's die daadwerkelijk onze kernactiviteiten bevatten, zou geen slecht idee zijn. Ik doe een voorzet:

EPA 1 – Opvang en behandeling van patiënt met acute MDL-ziekte.

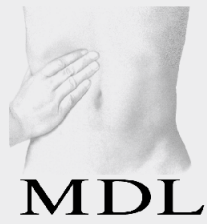
EPA 2 – Multidisciplinair overleg.

EPA 3 – Polikliniek perifeer.

EPA 4 – Polikliniek academisch.

EPA 5 – Basis endoscopische verrichtingen.

De inhoud van het curriculum hoeft niet anders, het aantal opgelegde beoordelingen wel.



ADVERTENTIE

## A Bright New World voor MDL-artsen 2B

**D**e beginzin van de oorspronkelijke Eed van Hippocrates is: *Ik zweer bij Apollo de Genezer, bij Asklepios, Hygieia en Panakeia...* Asklepios geldt als de eerste mensendokter en opleider. Zijn dochters, Hygiëne, Panacee, Akeso (grondlegger van de ontstekingsleer) en Iaso (zij was van de revalidatie en het herstelvermogen) vormden de geneeskunde verder. Aglea, 'van ongekende schoonheid' en de vijfde dochter, representeerde het gezondheidsideaal, als een godin van fitness en wellness. Op mythische wijze werden de geneeskundige grondslagen vastgelegd. Nadien bleken ze eeuwenlang de spil van het dokteren, en staat er in de Hippocratische Eed: *Mijn leermeester zal ik eren en liefhebben als mijn ouders; [...] aan mijn zonen, aan de zonen van mijn leermeester en aan de leerlingen die verklaard hebben zich aan de regelen van het beroep te zullen houden, aan hen allen zal ik de grondslagen van de kunst leren.*

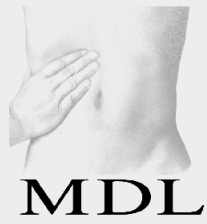
Onbegrijpelijk, dat klassieke scholing allang geen voorwaarde meer is voor de geneeskundestudie. Dat is ouderwets en achterhaald: andere zaken zijn essentieel, nee, essentiëler. Moderner is het leren geworden, volgens het onfeilbare CanMeds-model. Vakinhoudelijke kennis is slechts één van de zes pijlers van geneeskundige kennis en zorg. Thans belooft de arts *goed te luisteren, in te lichten, kwetsbaar te zijn en verantwoordelijk voor de samenleving* (Artseneed, versie 2003). Reinheid, vroomheid, dieetleer en nog wat zaken zijn verdwenen.

Deze moderne educatie leidt tot een ander type dokter, dat meer wordt gekarakteriseerd door sociaal-communicatieve vaardigheden dan door praktisch-theoretische kennis. Grofweg: men is beter in uitleggen van richtlijnen van het eigen vakgebied dan in breed georiënteerd handelen op basis van pathofysiologie. Dat leidt tot een (gemiddeld) betere kwaliteit, minder variatie en meer 'evidence' (een onzorgvuldige omschrijving van *waarschijnlijkheid*). Deze nieuwe dokter excelleert in a-b-c-d-kennisspelletjes, zoals die waarmee de MDL-gemeenschap wordt getoetst. Als dieven in de nacht verschijnen de kwaliteitsvragen in de inbox van de onschuldig slapende collegae. Zo wordt kwaliteit van MDL-zorg in essentie een statistische waarschijnlijkheid met een - hopelijk - voldoende krachtige statistische p-waarde. Onweersproken zijn de moderne,

jonge dokters beter met hun hoge quiz-scores. Een tijdelijke zegepraal. Want prangende vragen blijven onbeantwoord. Statistische waarschijnlijkheden zeggen weinig over individuele behoeften, die zelden overeenkomen met gemiddelden. Hoe rijm je de zorg voor de individuele patiënt, het uitdrukkelijke uitgangspunt in de oude Eed, met verantwoordelijkheid voor de samenleving? Waarom het primaat van doelmatigheid boven aangetoonde effectiviteit (*efficiency* boven *efficacy*) gesteld? Zou de moderne dokter communistischer zijn dan de liberale Hippocrates?

De NVMDL formuleert als antwoord een kernachtige slogan: *Doelmatig, duurzaam en dichtbij*. Een modern beleidsplan, dat zeker, maar visionair en toekomstbestendig? De wetenschap belooft weer andere slogans, zoals *Individualized Medicine of Personalized Care*, geschraagd door geloof in meer 'big' data en paradigmatisch nieuwe wegen. De moderne panacee is artificiële intelligentie, ofwel Aaalii, het omgekeerde van gebalk dus. De macht van het grote getal zal aanstaande generaties MDL-artsen ringeloren. Waar de huidige *evidence* wordt gezocht in vergelijkende statistiek, is Aaalii gebaseerd op algoritme-geïnduceerde associaties door onherleidbare processen in computers. Het zaaien van *big data* oogst stormen van opvallend nauwkeurige kennis. Dat lijkt goed, zou je zeggen, en relevant. Maar wordt de computer gevoed met relevante data? *Datamining* is geen hogere wiskunde: onzin in, onzin uit. Eenduidige, FAIR-data zijn geen onfeilbare biomarkers voor menselijke gevoelens en waarden, zo fraai verbeeld in de Griekse mythologie.

En de toekomstige MDL-dokter? Die is *luisterende en inlichtende* vertaler van die enigmatische Aaalii-kennis, zolang het *verantwoordelijk* past binnen de zorgpremie. Dan maar liever die verouderde Eed ("...ten bate van de zieken, mij onthoudend van elk opzettelijk onrecht en verderfelijke handeling..."). CanMeds heeft een zevende pijler, die van de geschiedenis van de geneeskunde. Laten we op zoek gaan naar menselijke waarden in een Aaalii-gestuurde toekomst. Lees, lees nog eens: Stephen Fry over *Griekse Mythen*, en ook Huxley's *Brave New World*, of nog grimmiger, Orwell's *1984*. We wensen ons een toekomst waarin de structuur van het systeem en de keuzes persoonlijk te verantwoorden zijn. Liever een Iejaar dan een Turing.



ADVERTENTIE

## MDL-opleider René van der Hulst

René van der Hulst heeft zijn werkzaamheden in het Spaarne Gasthuis noodgedwongen moeten staken wegens late complicaties van radiotherapie en chemotherapie die hij heeft ondergaan in zijn middelbare schooltijd. Zestien jaar lang was hij als opleider van het Kennemer Gasthuis, later Spaarne Gasthuis, betrokken bij de MDL-opleiding van het VUmc OOR.

In 2003 werd René opleider MDL in het Kennemer Gasthuis in samenwerking met het LUMC (AZL, Cock Lamers). Amabel Scherpenzeel (Vehmeijer) werd als eerste opgeleid. Na de indeling in OOR-regio's werd de opleiding voortgezet in samenwerking met het VUmc (Chris Mulder). Een zeer actieve opleidingsgroep ontwikkelde zich en René was daarin de klassieke meester/gezel-opleider. In de beste traditie van William Ostler (*BMJ 1902*) ontwikkelde hij de assistenten én zichzelf, samen met *sidekick* en plaatsvervangend opleider Johan Kuijvenhoven. Voor zijn aiOS was René een echt rolmodel, zijn ERCP-vaardigheden leverden hem bij zijn leerlingen zelfs de geuzennaam 'The Legend' op.

In bijna twintig jaar groeide de MDL in het Spaarne Gasthuis van twee naar twaalf MDL-artsen, mede door de fusies (Haarlem/Hoofddorp). Het complete en enthousiaste MDL-



team droeg zijn steentje bij aan de opleiding. René van der Hulst was en is een fervent voorstander van regionalisatie van de opleiding en daarmee transmuraal opleiden, waardoor de vaste blokken academie en periferie konden vervagen. In dat kader initieerde hij ook het regionaal refereren, wat uitgroeide tot geliefde avonden bij de aiOS. In totaal werden bijna 30 aiOS MDL door hem begeleid.

### Onderzoek

Ook wetenschappelijk bleef René actief. Hij was één van de aanjagers van de FIT CRC-

research tezamen met de VU, met drie promoties. Zijn vroegere wetenschappelijke liefde was de *Helicobacter pylori*, daarover ging dan ook zijn proefschrift bij Guido Tytgat. René had gewild dat de patiënten met atrofie en metaplasie van de maag net zo'n goede zorg/follow-up hadden gekregen als Barrett-patiënten. Eind jaren negentig heeft hij getracht hieraan met drie promoties actief bij te dragen. Een transmuraal wetenschappelijk onderzoek met huisartsen werd samen met wijlen Hans Grundmeyer (huisartseninstituut AMC) opgezet en was het begin van een intensieve samenwerking met de eerste lijn.

De samenwerking met de huisartsen zette hij in het Haarlemse actief voort met de MDL huisartsen (HA)-werkgroep die onder meer iedere twee jaar een druk bezocht MDL HA-symposium organiseerde en regionale transmurale richtlijnen ontwikkelde. Zijn laatste landelijke klus was het voorzitten van de werkgroep *Richtlijn Bloedingen Tractus Digestivus*.

Beste René, we zullen je inbreng in de regionale MDL-opleiding missen. Het ga je goed en we hopen je nog vaak tegen te komen bij één van onze bijeenkomsten.

Maarten Jacobs,  
opleider Amsterdam UMC/VU OOR  
Chris Mulder, oud-opleider VUmc

## AGENDA

### NVMDL symposium

Ook in 2019 leveren MDL-professionals dag in dag uit kwalitatief goede en verantwoorde zorg. Met interessante sprekers van verschillende professionele achtergronden verdiepen we ons in de vraag hoe het nóg beter kan. Onderwerpen zijn onder andere: organisatie, maatschappelijk handelen en wetenschapscommunicatie.

Met het middagprogramma *MDL gaat de ring in* nodigen we je uit voor een verbale bokswedstrijd. Tot ziens op **donderdagdag 13 juni** in het Tropeninstituut in Amsterdam!

Namens het bestuur en de commissie Kwaliteit van de NVMDL,

K. van Boxtel, M.J.A.L. Grubben, R.J. Jacobs, M.M.J.M. Knops, G.M.C. Masclee, R.M.E. Slangen en M.E. Tushuizen



# Verschuivingen concentreren zich in randstad

## Noorden

In het noorden geen veranderingen.

## Oosten en Midden

Daphne Hotho (opleiding Erasmus MC) start per 1 juli in het St Jansdal (aandachtsgebied hepatologie). In het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein zijn voor het eerst twee vrouwen tot de MDL-groep toegetreden. Lorenza Alvarez (opleiding UMCU) blijft in Nieuwegein, na een periode als *chef de clinique* te hebben gewerkt voor *advanced endoscopy*, Barrettslokdarm en vroeg-carcinomen. Petra van Boeckel (opleiding UMCU) blijft ook na een periode als *chef de clinique* met IBD als aandachtsgebied; zij volgt Marco Beex op, die met pensioen is gegaan.

## Westen

Serge Zweers (opleiding Amsterdam UMC/AMC) is per 1 mei gestart in het Maasstadziekenhuis Rotterdam. In het Medisch Centrum Alkmaar begint Esmerij van der Zanden (opleiding Amsterdam UMC/AMC) per 1 mei, en Emma Eshuis per 1 juli (opleiding Amsterdam UMC/AMC). Roeland Zoutendijk (opleiding Erasmus MC) is per 1 maart begonnen als *chef de clinique* in het IJsselland ziekenhuis, Capelle aan den IJssel. Maarten Neerinx (opleiding Amsterdam UMC/VUmc) komt per 1 juli in dienst bij het Spaarne Gasthuis als 12<sup>e</sup> MDL-arts. Hij is allround MDL-arts met extra aandacht voor endo-echografie. In het Erasmus MC begint Ad van der Meer (opleiding Erasmus MC) per 1 juni als 20<sup>e</sup> MDL-arts, met aandachtsgebied 'cholestatische leverziekten', waarmee hij Henk van Buuren opvolgt die met pensioen is gegaan.

## Zuiden

Per 1 november start Jerome Sint-Nicolaas (opleiding Erasmus MC) in het Amphia Ziekenhuis Breda.

## Vacatures (10)

In St Jansdal Harderwijk en Lelystad is een vacature voor een MDL-arts. In St. Elisabeth-TweeSteden Tilburg is er in elk geval één vacature, mogelijk komt er nog een tweede. In het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis zijn twee vacatures: één voor een 5<sup>e</sup> MDL-arts om het vak in volle breedte uit te oefenen en een vacature voor een waarnemer die te zijner tijd de 6<sup>e</sup> vacature zal invullen. In de regio Amsterdam heeft het Antoni van Leeuwenhoek een vacature. Het Bravis ziekenhuis in

Bergen op Zoom heeft nog steeds twee vacatures, evenals het Ommelander Ziekenhuis Groningen in Scheemda (OZG). Momenteel werken Jerry Bergmann en Jan Kleibeuker daar elk twee dagen per week, Frans Peters zal zich na zijn pensionering in het UMCG deze zomer bij hen voegen.

## Algemeen

Het aantal praktiserende MDL-artsen per 1 mei: **561** (inclusief

3 niet-leden en 5 aios die de opleiding afronden vóór 1 juni 2019).

Nog praktiserende pensionado's: **28**. Aios in opleiding tot MDL-arts: **249**.

### Verkorte SPC XIFAXAN® 550 mg Filmomhulde Tabletten

**Naam van het geneesmiddel** Xifaxan 550 mg filmomhulde tabletten. **Naam en adres van de vergunninghouder:** Norgine BV, Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling** Elke filmomhulde tablet bevat 550 mg rifaximine. **Farmacotherapeutische groep** intestinale, anti-infectiemiddelen-antibiotica. **Farmacologische vorm** Filmomhulde tablet. **Indicaties** vermindering van recidiverende episoden van manifeste hepatische encefalopathie bij patiënten  $\geq 18$  jaar. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor rifaximine, rifamycine-derivaten of voor de hulpstoffen van Xifaxan, gevallen van darmobstructie. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** *Clostridium difficile* geassocieerde diarree (CDAD) is gemeld bij het gebruik van bijna alle antibacteriële middelen, inclusief rifaximine. De kans dat een rifaximinebehandeling gepaard gaat met CDAD en pseudomembraneuze colitis (PMC) kan niet worden uitgesloten. Vanwege het gebrek aan gegevens en de kans op ernstige verstoring van de darmflora met onbekende gevolgen, wordt gelijktijdige toediening van rifaximine met andere rifamycines niet aanbevolen. Patiënten dienen te worden ingelicht dat, ondanks de verwaarloosbare absorptie van het geneesmiddel (minder dan 1%), rifaximine net zoals alle rifamycine-derivaten een roodachtige verkleuring van de urine kan veroorzaken. Verminderde leverfunctie: met voorzichtigheid gebruiken bij patiënten met ernstige (Child-Pugh C) leverfunctiestoornis en bij patiënten met MELD (Model for End-Stage Liver Disease) score > 25. Voorzichtigheid is geboden wanneer gelijktijdig gebruik van rifaximine en een P-glycoproteïne remmer zoals ciclosporine nodig is. Zowel dalingen als stijgingen van de INR – internationale genormaliseerde ratio – (in sommige gevallen met bloedingen) zijn gemeld bij patiënten die een onderhoudsbehandeling met warfarine ontvingen en rifaximine voorgeschreven kregen. Als gelijktijdige toediening noodzakelijk is, dient de INR zorgvuldig te worden gecontroleerd in geval van initiatie of stopzetting van de behandeling met rifaximine. Doseringaanpassingen van orale anticoagulantia kunnen nodig zijn om het gewenste niveau van antistolling te handhaven. **Bijwerkingen** **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Soms: Clostridia-infectie, urineweginfectie, candidiasis. **Zelden:** Pneumonie, cellulitis, bovenste luchtweginfecties, rhinitis. **Bloed- en lymfestelselaandoeningen:** Soms: Anemie. **Niet bekend:** Trombocytopenie. **Immunisysteemaandoeningen:** Niet bekend: Anafylactische reacties, angio-oedeem, overgevoeligheid. **Voedings- en stofwisselingsstoornissen:** Soms: Anorexie, hyperkaliëmie. **Zelden:** Dehydratie. **Psychische stoornissen:** Vaak: Depressie. Soms: Verwarde toestand, angst, hypersomnie, insomnie. **Zenuwstelselaandoeningen:** Vaak: Duizeligheid, hoofdpijn. Soms: Evenwichtstoornissen, amnesie, convulsie, aandachtsstoornissen, hypo-esthesie, geheugen vermindering. **Bloedvataandoeningen:** Soms: Opvliegers. **Zelden:** Hypertensie, hypotensie. **Niet bekend:** Presyncope, syncope. **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen:** Vaak: Dyspneu. Soms: Pleurale effusie. **Zelden:** Chronische obstructieve longziekte. **Maagarmstelselaandoeningen:** Vaak: Bovenbuikpijn, abdominale distensie, diarree, misselijkheid, braken, ascites. Soms: Abdominale pijn, oesofaguspataderen-bloeding, droge mond, maagongemak. **Zelden:** Constipatie. **Lever- en galaandoeningen:** Niet bekend: Abnormale leverfunctietests. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Vaak: Huiduitslag, pruritus. **Niet bekend:** Dermatitis, eczeem. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen:** Vaak: Spierspasmen, artralgie. Soms: Myalgie. **Zelden:** Rugpijn. **Nier- en urinewegaandoeningen:** Soms: Dysurie, pollakisurie. **Zelden:** Proteinurie. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaats-stoornissen:** Vaak: Dedeem perifeer. Soms: Dedeem, pyrexie. **Zelden:** Asthenie. **Onderzoeken:** Niet bekend: Abnormale INR-waarden (International Normalised Ratios). **Letseis, intoxicaties en verrichtingscomplicaties:** Soms: Val. **Zelden:** Kneuzing, proceduurepijn. **Afleverstatus:** UR. **Datum van herziening van de tekst** 2 november 2018.

Meer informatie inclusief volledige productinformatie is beschikbaar bij Norgine Pharma B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam.

#### Referenties:

1. Vilstrup H, et al. J Hepatol 2014; 61(3): 642-659.
2. Mullen KD, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12(8): 1390-1397

Product onder licentie van Alfasigma S.p.A.  
XIFAXAN is een geregistreerd handelsmerk van de Alfasigma groep dat in licentie gegeven is aan de Norgine groep.

NORGINE en het zeil logo zijn geregistreerde handelsmerken van de Norgine bedrijvengroep.  
SCORE Communication • XIF1104 • NL/XIF/0618/0068(1) • 4/2019

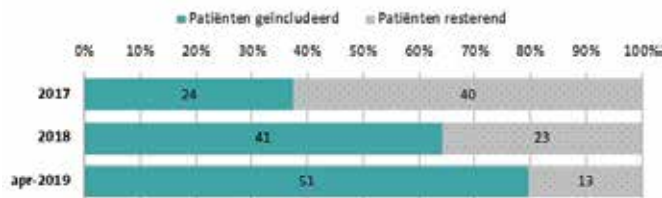




## Sacrale neuromodulatie bij idiopathische slow-transit-obstipatie

Op 1 oktober 2016 is in het Maastricht UMC+ een studie gestart naar sacrale neuromodulatie (SNM) voor patiënten met idiopathische therapieresistente *slow-transit*-obstipatie. Het Ministerie van VWS heeft deze behandeling, in onderzoeksverband, voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket voor een periode van vier jaar en negen maanden. Aan de hand van de resultaten van deze No.2-trial wordt besloten of sacrale neuromodulatie definitief in het basispakket wordt opgenomen. Deze beslissing zal omstreeks december 2021 worden gemaakt. De studie vindt plaats in het Maastricht UMC+ en het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda. Daarnaast wordt er nauw samengewerkt met het Amsterdam UMC/ Emma Kinderziekenhuis. Medtronic is partner in dit project.

Het betreft een multicenter gerandomiseerde klinische trial die de (kosten)effectiviteit van SNM vergelijkt met gepersonaliseerde conservatieve behandeling in patiënten met idiopathische slow-transit-obstipatie die therapieresistent zijn voor medicamenteuze behandeling. Het totale aantal te includeren patiënten bedraagt 64, met een beoogde inclusieperiode tot en met december 2019.



Figuur 1. Inclusiestand No.2-trial per april 2019.

### OPROEP

Om deze studie tot een succesvol einde te brengen hopen wij vóór het einde van 2019 **nog 13 patiënten** te includeren. Indien u mogelijk geschikte patiënten in uw praktijk hebt, willen we u vragen hen door te verwijzen. Voor vragen of verwijzingen kunt u contact opnemen met:

**Studiecoördinator:** [stella.heemskerk@mumc.nl](mailto:stella.heemskerk@mumc.nl),  
(043) 387 7286

**Noord&West-Nederland:** [coen.baeten@ghz.nl](mailto:coen.baeten@ghz.nl), (018) 250 5050

**Zuid&Oost-Nederland:** [s.breukink@mumc.nl](mailto:s.breukink@mumc.nl), (043) 387 6543

Gedetailleerde informatie over de No.2-Trial kunt u vinden op:  
<https://www.werkgroepcoloproctologie.nl/studies/>

Stéphanie Breukink,  
colorectaal chirurg, Maastricht UMC+

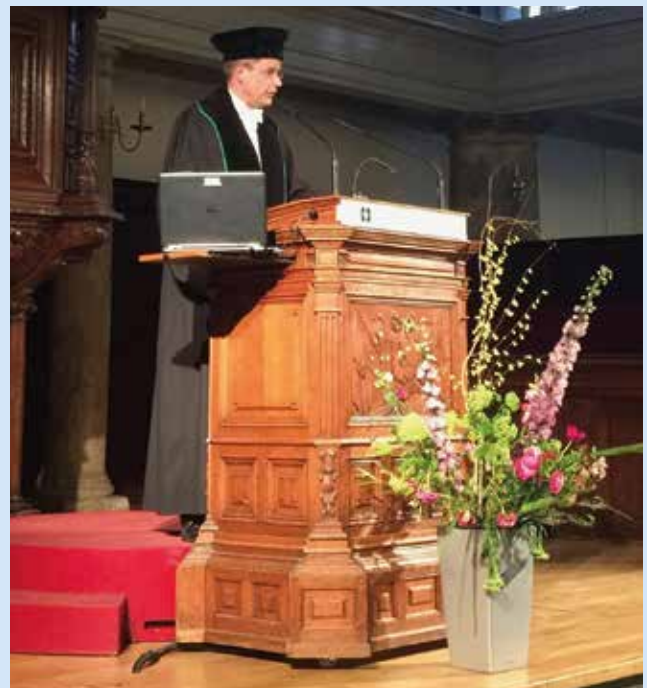
## Cyriel Ponsioen: 'Zagen en schaven'

Op vrijdag 1 maart 2019 heeft Cyriel Ponsioen zijn oratie uitgesproken naar aanleiding van zijn benoeming tot Maag-, Darm- en Leverziekten, in het bijzonder inflammatoire darm- en galwegziekten, aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (AMC-UvA).

Daarin schetste Ponsioen 25 jaar onderzoek naar primaire scleroserende cholangitis (PSC). Dankzij de opbouw van grote cohorten aan PSC-patiënten, plus patiënten met primaire biliaire cholangitis, Crohn en colitis ulcerosa – op basis van intensieve samenwerking binnen Nederland en Europa – worden nu de contouren voor verder onderzoek en de eerste aanknopingspunten voor behandeling geformuleerd.

Naast PSC richt zijn onderzoek zich op IBD en dan met name de rol van microbiota. In zijn oratie ging hij in op de *missing link* tussen darm en galwegen, het belang van internationale samenwerking om verder te komen met een weesziekte als PSC, en op de vraag waarom en hoe darmbacteriën wellicht de oplossing zijn voor colitis, Crohn én PSC. Ondanks alle toename van kennis is het belangrijk te realiseren dat we nog heel veel niet weten en er, kortom, nog heel wat gezaagd en geschaafd zal moeten worden om werkelijk door te dringen tot de kern van het probleem.

De complete oratie kunt u vinden op [www.mdl.nl/MAGMA](http://www.mdl.nl/MAGMA) bij MAGMA 2-2019.



## Obstruerende laesie in sigmoid: poliep of toch wat anders?

Een 66-jarige vrouw werd verwezen vanuit een ZBC, alwaar zij een coloscopie had ondergaan in verband met klachten van pijn in de linker onderbuik. Bij de pijn had zij soms het gevoel dat de ontlasting niet wilde passeren links in de onderbuik. Na enige tijd zakte dit weer af. Er werd een grote laesie gevonden in het sigmoid, waarmee patiënte werd verwezen voor endoscopische resectie.

In het OLVG werd in het distale deel van het sigmoid een poliep gezien, op 20 cm van de anus, endoscopisch adenomateus van aard, die het hele lumen opvulde en mobiel was. Er was een brede basis die een kwart van de circumferentie bestreek en hierdoor was een lange tractiesteel aanwezig. De steel c.q. basis van de laesie werd opgespoten en lifte van de onderlaag. Door de grootte van de poliep lukte het niet de laesie *en bloc* te verwijderen, dit is op *piecemeal*-wijze verricht (figuur 1 tot en met 4).

Histologie toonde een gefragmenteerde laesie, met drie weefselstukken van ongeveer 2 cm, hierbij reactieve veranderingen die kunnen passen bij mucosale prolaps. Professor Offerhaus beoordeelde de ongewone laesie eveneens en kwam tot dezelfde conclusie. Mogelijk is een hyperplastische poliep het *leading point* geweest van deze mucosale prolaps. Er zijn geen neoplastische of dysplastische epitheelveranderingen (figuur 5).

Concluderend is er sprake geweest van een grote gesteelde mucosale prolaps, welke het lumen obstrueerde en passage en pijnklachten heeft gegeven. Patiënte was erg opgelucht over deze uitslag en na resectie klachtenvrij.

Marloes van Ierland-van Leeuwen, MDL-arts  
Paul Drillenburg, patholoog-anatoom  
OLVG, Amsterdam

### Referenties

1. Ali RH, Mohammad NM, Serra S, Chetty R, Colonic mucosubmucosal elongated polyp: report of a series of 14 cases and review of the literature. *Histopathology* 2016; Oct;69(4):592-9. doi: 10.1111/his.12969. Epub 2016 Apr 27.
2. Alizart MM, Rosty C, Brown IS, Colonic mucosubmucosal elongated polyp: a clinicopathologic study of 13 cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 2011; Dec;35(12):1818-22. doi: 10.1097/PAS.0b013e31822c0688.



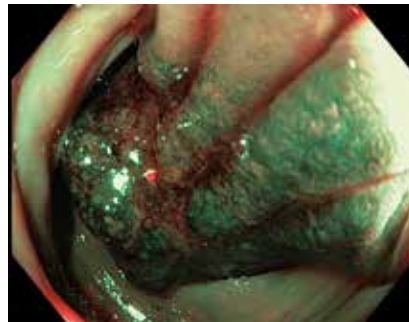
**Figuur 1.**

Laesie met tractiesteel.



**Figuur 2.**

Top van de laesie.



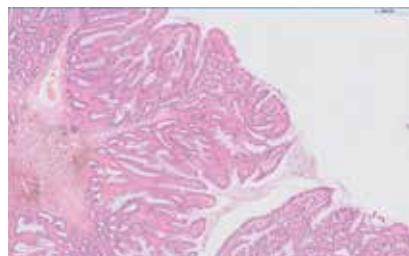
**Figuur 3.**

Laesie met *narrow band imaging*.



**Figuur 4.**

Na poliepectomie.



**Figuur 5.**

Histologie mucosale prolaps.

## PANCREATIC CANCER SURVEILLANCE IN INDIVIDUALS AT HIGH RISK: CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS

Ingrid C.A.W. Konings, Erasmus Universiteit Rotterdam, 11 december 2018



Pancreascarcinoom kent ondanks verbeteringen in behandeling een zeer slechte prognose. Surveillance op pancreascarcinoom in individuen met een erfelijk verhoogd risico hierop heeft de potentie om voorlopers van pancreascarcinoom danwel pancreascarcinoom zelf in een vroeg stadium te ontdekken en daarmee mogelijk de overleving te verbeteren. In het eerste deel van het proefschrift worden enkele klinische aspecten van pancreas-surveillance onderzocht. We toonden aan dat endo-echografie en MRI van het pancreas elkaar aanvullen in de detectie van klinisch relevante laesies. Ook stelden we vast dat er verschil bestaat in de mate van progressie van pancreaslaesies tussen de verschillende risicogroepen en dat er frequent tekenen van chronische pancreatitis worden gevonden tijdens endo-echografie van het pancreas. Daarnaast verzamelden we wereldwijde data van patiënten die werden geopereerd vanwege een tijdens pancreassurveillance gedetecteerde afwijking. Hoogrisico-neoplastische laesies bleken aanwezig in 45% van de resectiepreparaten, waarbij de overleving vergelijkbaar bleek met de patiënten zonder afwijkingen in het resectiepreparaat of met enkel laagrisico-neoplastische laesies. Leeftijd  $\geq 65$  jaar, vrouwelijk

geslacht, mutatiedragerschap en locatie van de laesie in kop/uncinatus bleken risicofactoren voor hoogrisico-neoplastische laesies. In het tweede deel van het proefschrift hebben we ons gericht op de psychosociale aspecten van surveillance. We stelden vast dat de psychosociale belasting van jaarlijkse deelname laag is, waarbij voor de meerderheid de voordelen van surveillance opwegen tegen de nadelen, slechts een klein percentage opziet tegen de jaarlijkse onderzoeken en er lage scores zijn met betrekking tot depressiviteit, angst en zorgen omtrent kanker. Zorgen omtrent kanker namen daarbij elk jaar van deelname af.

### Curriculum vitae

Ingrid Konings (1986, Roosendaal) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na haar afstuderen in 2010 werkte zij als anios interne geneeskunde en startte zij in 2013 met haar promotietraject aan de Erasmus Universiteit Rotterdam onder begeleiding van prof.dr. M.J. Bruno en dr. J.E. van Hooft. In april 2016 begon zij met de opleiding tot MDL-arts, waarvoor zij momenteel werkzaam is in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht.

Het proefschrift is te verkrijgen via [I.C.A.Konings@asz.nl](mailto:I.C.A.Konings@asz.nl).

## MODIFICATIE VAN NUCLEOS(T)IDE-ANALOGIE BEHANDELING IN CHRONISCHE HEPATITIS B

Heng Chi, Erasmus Universiteit Rotterdam, 27 februari 2019



In de huidige praktijk is chronische hepatitis B goed te behandelen met nucleos(t)ide-analogen dan wel gepegyleerde interferon. Mijn proefschrift had als doel om meer inzicht te geven in aanpassingen van nucleos(t)ide-analogenbehandeling om zodoende een duurzame respons te behalen met een beperkte behandelingsduur. Met een gerandomiseerde studie lieten we zien dat de toevoeging van gepegyleerde interferon in patiënten die reeds behandeld werden met een nucleos(t)ide-analoog niet resulteerde in meer HBeAg-seroconversie. Wel werd er meer respons gezien in de subgroep van patiënten die naïef waren voor interferonbehandeling. Verder observeerden wij dat relaps vaak voorkwam in patiënten die stopten met nucleos(t)ide-analogen vóór het optreden van HBsAg-klaring. Een lage kans op relaps werd gevonden in patiënten met een consolidatiebehandelingsduur van drie jaar of langer, hoge anti-HBc-waarde en lage HBsAg-waarde. Deze factoren zouden kunnen worden gebruikt om patiënten te selecteren voor therapiestop. Tevens hebben wij de virale kinetiek bestudeerd na het stoppen van

nucleos(t)ide-analogen, waarbij opviel dat vrijwel alle patiënten na het stoppen een hoge HBV DNA-waarde ontwikkelden. Echter, sommige patiënten met hoge HBV DNA-waarde behaalden nadien toch virologische respons. Zodoende hoeft een patiënt met eenmalig een hoge HBV DNA-waarde niet direct te starten met herbehandeling. Kortom, het stoppen van nucleos(t)ide-analogen is niet weggelegd voor elke patiënt, echter met deze nieuwe inzichten kunnen we beter patiënten selecteren met meer kans op succes.

### Curriculum vitae

Heng Chi (1989) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Tijdens zijn studie begon hij aan het promotieonderzoek naar de behandeling van chronische hepatitis B (promotor: professor Harry Janssen). Een gedeelte van het promotieonderzoek vond plaats in Toronto, Canada. Na het artsexamen in 2018 begon Heng met de vooropleiding interne geneeskunde in het Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) als onderdeel van de opleiding tot MDL-arts.

Het proefschrift is te verkrijgen via [h.chi@erasmusmc.nl](mailto:h.chi@erasmusmc.nl).



# Opleiden zit in genen van Catharina Ziekenhuis

“Het Catharina Ziekenhuis is altijd al een opleidingsziekenhuis geweest. En toen ik hier in 1993 begon, hebben we vanuit de interne geneeskunde de MDL-opleiding geïntroduceerd met de komst van arts-assistenten vanuit Maastricht die in Eindhoven endoscopie kwamen leren. Nu hebben we vier opleidingsassistenten, twee vooropleiders en een onderzoeksassistent. In die tussenliggende periode hebben we de MDL-opleiding verder versterkt. Hoe? Door samen de opleiding te dragen, terwijl eenieder van ons daarin zijn of haar eigen rol pakt. Degenen die bij ons in opleiding zijn, vinden het fijn dat er niet één maar verschillende opleiders zijn.”

**M**DL-arts Arnold Stronkhorst kwam ruim 25 jaar geleden naar het Catharina Ziekenhuis. Zijn collega's Erik Schoon en Lennard Gilissen verhuisden respectievelijk in 2001 en 2007 naar Eindhoven. Gilissen: “Wij zijn de drie dokters die hier het langst werken en de afdeling van binnen en van buiten kennen.” In de ogen van Schoon zit opleiden simpelweg in de genen van zijn ziekenhuis. “Opleiden en gemeenschappelijk onderzoek, daar zit onze kracht. Dat geldt ook voor andere specialisten waarmee we samenwerken, zoals de afdeling chirurgie.”

Opleidingsassistenten leren in het Catharina Ziekenhuis de volle breedte van het vak en komen in aanraking met alle deelgebieden van de hoogtechnologische zorg en beeldvormingstechnieken. Gilissen: “We maken gebruik van technieken die vaak in andere ziekenhuizen nog niet worden toegepast. Dat is uiteraard erg uitdagend.” Samen met het Maastricht UMC+ en Zuyderland medisch centrum in Heerlen verzorgt het Catharina Ziekenhuis de MDL-opleiding voor Zuid-Nederland. Heeft de kwaliteit van de opleiding extra aantrekkingskracht? “We hebben een gedeelde stem wie in de regio wordt aangenomen voor de opleiding”, legt Schoon uit. “De randstad trekt altijd meer dan daarbuiten, die competitie gaan we niet winnen. Maar er zijn veel dokters

die er bewust voor kiezen om in het zuiden te werken. Vier mede door ons opgeleide MDL-artsen hebben zich recent in naburig ziekenhuis Elkerliek (Helmond) gevestigd.”

De drie veteranen van de MDL-afdeling zien graag continuïteit in het aanbod van opleidingsassistenten. Een andere wens is een goede mix tussen eerstejaars en ouderejaars MDL. “Met name de laatste categorie missen we,” aldus Stronkhorst, “omdat we hier veel *advanced endoscopy* doen en zij daarmee ervaring zouden kunnen opdoen. Kwantita-

tieve schommelingen zijn organisatorisch erg onhandig.” Collega Schoon: “We kunnen meer mensen opleiden dan de vier die we nu hebben. Met deze vier is de voortgang en kwaliteit van de opleiding in de regio wel gewaarborgd.”

De uitdaging in de komende periode is om voor de MDL-afdeling, die in relatief korte tijd van zes naar negen MDL-artsen groeide, een efficiënte werkwijze te vinden. “Dat betekent: de ondersteuning en werkprocessen daarop goed afstemmen”, legt Gilissen uit. “We zijn heel blij met wat het ziekenhuis in de afgelopen jaren heeft gerealiseerd. We hebben een grote afdeling met poli en dagcentrum bij elkaar, helemaal *state of the art* ingericht. Verder werken we op opleidingsgebied nauw samen met de internisten en vormen we met hen een grote vakgroep waarvan we nog steeds de vruchten plukken. Dat neemt niet weg dat we als resultaatverantwoordelijke eenheid onze eigen boontjes doppen.”

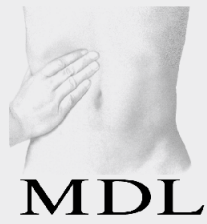


Van links naar rechts: Arnold Stronkhorst<sup>1</sup>, Lennard Gilissen<sup>1</sup>, Pieter Friederich<sup>1</sup>, Anne-Marie Wensing<sup>1</sup>, Denise Strijbos<sup>2</sup>, Ramon-Michel Schreuder<sup>1</sup>, Bouke Salden<sup>2</sup>, Mirjam van der Ende<sup>3</sup>, H el ene Dekker<sup>4</sup>, Hao Ran Cheng<sup>2</sup>, Lotte Rijpma<sup>1</sup>, Philippe Pijls<sup>2</sup>, Wouter Curvers<sup>1</sup>, Erik Schoon<sup>1,5</sup>, Hajo Flink<sup>1,6</sup>.

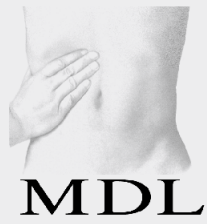
Op de foto ontbreken: Nancy Slegers<sup>3</sup>, Brecht Pauwels<sup>2</sup>, Irma Noordzij<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>MDL-arts; <sup>2</sup>aios MDL; <sup>3</sup>verpleegkundig specialist; <sup>4</sup>physician assistant; <sup>5</sup>opleider; <sup>6</sup>waarnemend opleider





ADVERTENTIE



ADVERTENTIE