

STAND VAN ZAKEN **150** / INTERVIEW: FUSIE AMSTERDAM
UMC **152-155** / DUTCH MICROBIOME PROJECT **156-159**
DARM: ONTLASTINGVERLIES **159-160** / RAAD KWALITEIT **161**
LEVER **163-165** / ORATIE **165** / THEMA: MDL EN LEEFSTIJL **166-191**
MDL-TRANSFERS **175** / COLUMN **183** / OPLEIDING **193**
PROEFSCHRIFTEN **195-199** / DE AFDELING **201**



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 28 / NUMMER 4 / DECEMBER 2022

MDL EN LEEFSTIJL

Alcoholpreventie: nog lange weg te gaan

Werkers in gezondheidszorg verdienen volwaardig salaris, geen liefdadigheid

Het voorstel van Maurice van den Bosch, voorzitter van de Raad van Bestuur van het OLVG, om medisch specialisten en zorgbestuurders te vragen € 5000 te doneren voor medewerkers die in financiële problemen terecht zijn gekomen, oogt sympathiek maar is dat absoluut niet. Het wordt tijd om de loonkloof te dichten met een absolute loonsverhoging.

In Nederland heeft zich de afgelopen jaren nauwelijks inflatie voorgedaan. Op dit moment zitten we er middenin. Dat veel mensen werkzaam in de gezondheidszorg nu in financiële problemen komen, wordt echter niet door deze plotse inflatie veroorzaakt, maar door de jarenlange onderbetaling. De huidige inflatie is de druppel die de emmer doet overlopen. Het NIBUD roept al jaren dat lage inkomens in Nederland (minimumloon en even daarboven) onvoldoende zijn om redelijk van te kunnen leven.

Door de jaarlijkse procentuele loonstijgingen groeien lage en hoge inkomens steeds verder uit elkaar en zijn de verschillen inmiddels niet meer invoelbaar. Met de zeer beperkte procentuele loonsverhogingen in de afgelopen jaren hielden leden van raden van bestuur maar ook medisch specialisten, aan het einde van de maand nog meer geld over, terwijl de lager betaalden er nauwelijks de prijsverhogingen mee konden betalen.

Rechtvaardig

Dezelfde procentuele loonsverhoging voor iedereen: lijkt redelijk en eerlijk, maar leidt uiteindelijk tot enorme scheefgroei. Daarom is het beter om de komende loonsverhogingen in een absoluut bedrag uit te drukken. Wie kan erop tegen zijn dat iedereen werkzaam in de zorg eenzelfde bedrag aan loonsverhoging krijgt? Lagere inkomens gaan er hiermee procentueel meer op vooruit dan de hogere, waardoor op termijn de verschillen afnemen.

Krokodillentranen

Nu de door raden van bestuur en instanties in de gezondheidszorg in stand gehouden verkeerde loonpolitiek tot acute problemen leidt bij medewerkers met lagere inkomens, realiseren sommigen zich ineens dat er iets moet gebeuren. Welke zorgbestuurder heeft tot nu toe oprechte interesse gehad in het lage inkomen van het overgrote deel van hun zorgpersoneel? Ik zie nu vooral krokodillentranen komen.

Conclusie

De komende jaren moeten we af van de procentuele loonsverhoging en overgaan op een absolute loonsverhoging, opdat lagere lonen sterker stijgen dan hoge. Met het op deze wijze verkleinen van de loonkloof zullen de verschillen tussen de inkomens juist weer meer invoelbaar worden. Een eerlijker verdeling is bovendien respectvol naar alle zorgmedewerkers, lager en hoger betaald. We doen dit werk allemaal uit passie, maar zeker niet vanuit liefdadigheid.

Rob de Knegt

► **REFERENTIES** bij artikelen vindt u in de DIGITALE editie. Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/ alle-edities en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 205.

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

2700 exemplaren

Redactie

Geert Bulte
Sietske Corporaal
Mirjam van der Ende
Marina Grubben
Rob de Knegt
Ger Koek
Lieke Koggel
Susanne Korsse
Xavier Smeets
Govert Veldhuijzen
Fanny Vuik

Interviews

Monique Koudijs
Celine Spithoven

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

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

Abonnementen

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

i-Stock

REDACTIE MAGMA

De inhoud van MAGMA wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 10 à 12 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 en/of een bijdrage insturen? Wend je dan tot de redactie via r.deknegt@erasmusmc.nl.

Integraal Zorgakkoord (IZA)

In september dit jaar werd het 135 bladzijden tellende *Integraal Zorgakkoord*¹, opvolger van onder andere de Hoofdlijnakkoorden, breed ondertekend door de onderhandelende partijen, waaronder de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De huisartsen vertegenwoordigd door de LHV zijn voorlopig de enigen die niet hebben getekend. Het is goed dat er naar een integrale aanpak is gekeken, omdat wij als artsen in de spreekkamer de klachten ten gevolge van maatschappelijke problemen maar beperkt kunnen behandelen. Maatschappelijke problemen als armoede, verslaving, inflatie, tweedeling in de samenleving, klimaatproblematiek en luchtvervuiling hebben grote invloed op welzijn en gezondheid. Het is dweilen met de kraan open voor zorgverleners als hieraan niets structureels wordt gedaan.

Politieke en bestuurlijke slagvaardigheid zullen heel hard nodig zijn om deze problemen het hoofd te bieden. Dit punt maakt mij echter heel ongerust. Het gebrek aan een langere-termijnvisie van politiek en bestuurlijk Nederland heeft inmiddels geleid tot een veelvoud aan crises waarmee we momenteel te kampen hebben, zoals de stikstofproblematiek, klimaatopwarming, droogte, tekorten aan sociale huisvesting en opvangplekken voor asielzoekers die daardoor buiten moeten slapen.

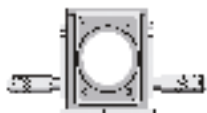
De zorgsector heeft daarnaast te maken met vergrijzing, een groeiende groep patiënten met multi-morbiditeit en complexe zorgvragen, stijgende zorgkosten en een tekort aan met name verpleegkundig personeel. Uitdagingen genoeg dus om de kwaliteit van onze gezondheidszorg op peil te houden.

Toch zullen we het samen met de politiek en bestuurders moeten doen. Dokters moeten hun expertise blijven inbrengen aan alle overlegtafels waar besluiten worden genomen. Op die manier voorkomen wij samen met andere zorgprofessionals dat het IZA alleen een bestuurdersakkoord is, en dat de aansluiting met de zorgprofessionals die al het echte werk doen, wordt gemist. Anders dreigt dit akkoord slechts te leiden tot een papieren werkelijkheid.

Denk en doe dus mee met het organiseren van de zorg rond uw unieke patiënt, stimuleer netwerkgeneskunde en innovatie, en plaats preventie hoger op de agenda!

Was getekend,

Frank Vleggaar
-voorzitter-



¹ www.rijksoverheid.nl

MDL en leefstijl

Iedereen is verslaafd. Daarom staat *MAGMA* deze keer in het teken van MDL en leefstijl. Er zijn de grote drie: alcohol, eten en roken. Maar wat te denken van computerspellen, tv-series *bingen*, sporten, reizen en in ons geval misschien wel: werken? Verleidingen liggen overal op de loer. We worden overspoeld met advertenties voor ongezonde producten en op heel veel plekken in de openbare ruimte worden we 'uitgenodigd' te komen eten en drinken.

In onze klinische praktijk krijgen we te maken met de excessen daarvan en de maatschappij verwacht van ons dat we er iets aan doen. Maar deze problemen vergen bij uitstek een brede, maatschappelijke aanpak. Voorkomen is beter dan genezen. Bart Takkenberg, hepatoloog in het AUMC, vertelt over de inspanningen van de Alcoholtafel, onderdeel van het Nationaal Preventie Akkoord, om het alcoholgebruik terug te dringen. Daaruit komt naar voren dat er nog een lange weg te gaan is...

Wat kunnen wij in de tussentijd doen in de spreekkamer? En dragen wij als artsen niet bij aan het probleem met het voorschrijven van dikmakende pillen? Ook in deze *MAGMA* een interview met Liesbeth van Rossum, hoogleraar Obesitas in het Erasmus MC. Verderop geeft Jacob Verheij, verslavingsarts, inzicht in wat wij als MDL-artsen van verslavingsartsen kunnen leren, en hoe we beter kunnen samenwerken.

Daarnaast biedt deze editie een palet aan inspirerende initiatieven. Zo maakt het Jeroen Bosch Ziekenhuis werk van een Leefstijlloket en vroegsignalering van overmatig alcoholgebruik. In het Maastricht UMC+ loopt het COACH-programma voor kinderen en jongvolwassenen met overgewicht. Er is een IBDFit-programma en Nederland is koploper met een Werkgroep Endoscopische Bariatrie.

Wij wensen u veel leesplezier toe! En mocht u zelf overtallige coronakilo's kwijt moeten, overweeg dan vooral ook om deel te nemen aan de jaarlijkse GastrOlympics. Op pag. 155 vindt u meer informatie.

Proost!

Ger Koek en Xavier Smeets

AMSTERDAM UMC NA FUSIE: MULTIDISCIPLINAIRE TEAMS RONDOM ÉÉN ZIEKTEBEELD

‘We hebben straks één van de gaafste MDL-afdelingen van Europa’

In 2018 is de bestuurlijke fusie tussen het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het VU medisch centrum (VUmc) beklonken onder de nieuwe naam: Amsterdam UMC. In datzelfde jaar startte de herverdeling van zorg op beide locaties. “Dat zijn geweldig grote verhuizingen.” *MAGMA* sprak met een (HPB)-chirurg en een MDL-arts uit het Amsterdam UMC over de stand van zaken, de gevolgen, de voordelen en de uitdagingen van de fusie.

Twee UMC’s samenvoegen: dat doe je niet zomaar. “Maar het was natuurlijk van de zotte dat op tien kilometer afstand van elkaar twee universitair medische centra zaten die allebei op deelgebieden tot de top van Europa behoren. Terwijl je, als je samengaat, tot de top van de wereld kunt behoren”, zegt Marc Besselink, hoogleraar Chirurgie, gespecialiseerd in pancreas- en hepatobiliaire (HPB)-chirurgie, en voorheen werkzaam in het AMC. “Ik wilde dit al tien jaar en ben dolgelukkig dat het is gelukt.” Ook voor MDL-arts Roy van Wanrooij, gespecialiseerd in de behandeling van ziekten aan de alvleesklier en galwegen en hoofd Endoscopie van het Amsterdam UMC locatie VUmc, kwam de fusie niet als een verrassing. “Toen ik in 2018 in het VUmc begon, was al duidelijk dat de fusie eraan kwam. Ik zag ook meteen de voordelen ervan. Mijn aandachtsgebied is het ontwikkelen van nieuwe endoscopische technieken. Dat deden ze in het AMC ook, dus ik vind het logisch dat je niet in beide huizen het wiel opnieuw gaat uitvinden.”

Krachten bundelen

Met de fusie wilden de bestuurders van beide ziekenhuizen de kwaliteit van de patiëntenzorg voor huidige en komende generaties een nieuwe impuls geven. Onderdeel daarvan is het samenbrengen van specifieke patiëntgroepen op één van beide locaties om de duurzame beschikbaarheid van complexe patiëntenzorg te garanderen.

Amsterdam UMC kent na de fusie bovendien acht geïntegreerde onderzoeksinstituten. Door deze bundeling van krachten kunnen deze onderzoeksinstituten hun wetenschappelijk onderzoek doelmatiger organiseren en worden ze wereldwijd een aantrekkelijkere partner voor grootschalige, internationale en langjarige studies. Dit is ook interessant voor studenten en onderzoekers uit binnen- en buitenland, is de visie.

Risico en logica

“Een fusie is natuurlijk altijd een risico”, zegt HPB-chirurg Besselink. “De goede samenwerking die wij onderling in zowel het AMC als VUmc hadden, zou verstoord kunnen worden. Normaal gesproken groeit een maatschap of staf organisch. Maar inhoudelijk vond ik het zo logisch als wat.” Voor de MDL(-gerelateerde) vakgroepen betekende de fusie dat alle HPB-ziekten sinds juni 2021 op locatie VUmc zijn ondergebracht, inclusief de HPB-chirurgie. De IBD-zorg is in z’n geheel naar locatie AMC gegaan. Dit laatste is tijdelijk. Van Wanrooij: “We bouwen op dit moment een nieuwe endoscopie-afdeling op locatie VUmc. In de zomer van 2023 is die klaar; daarna komt alle MDL deze kant op. Op locatie AMC blijven dan nog twee MDL-artsen voor consult en spoed.” Besselink: “Bij ons gaat de GE-chirurgie helemaal naar locatie VUmc, dus alle gastro-intestinale en oncologische chirurgie; de vaat- en traumachirurgie zit straks alleen op locatie AMC. Wij blijven

daarmee met een overdracht tussen twee locaties zitten, en dat blijft natuurlijk een nadeel. Aan de andere kant: als ik nu ’s avonds of midden in de nacht een spoed-buikoperatie moet doen, kan ik meestal op locatie VUmc binnen één uur starten, omdat alle hart-, hersen-, trauma- en vaat-spoedoperaties én de bevallingen plaatsvinden op locatie AMC.”

Multidisciplinaire teams

De verhuizingen van en naar de twee locaties vinden plaats in verschillende ‘waves’. Besselink: “Traumachirurgie verhuist in maart 2023 van locatie VUmc naar locatie AMC; IBD verhuist medio 2023 van locatie AMC naar locatie VUmc. Van Wanrooij: “Voor de MDL en GE-chirurgie zijn we in december 2023 in locatie VUmc waarschijnlijk helemaal klaar met in totaal vier verpleegafdelingen MDL en GE-chirurgie, negen endoscopiekamers, vier nieuwe operatiekamers voor minimaal-invasieve chirurgie, twee operatie-robots, en twee nieuwe gebouwen: het Imaging Center en het ADORE-researchgebouw. Het zijn geweldig grote verhuizingen en natuurlijk een hoop gedoe waar iedereen tegenop zag.” Behoor je tot ‘de verhuizers’, dan voel je je bovendien kwetsbaar, vertelt hij. “Maar tijdens de voorbereidingen van de verplaatsing heb je zoveel met elkaar gepraat – ik denk dat we wel tachtig vergaderingen hebben gehad, waarin je samen zorgpaden ontwikkelt, het poli-plan uitdoktert, over en weer van elkaar leert – dat je je al één team voelt voordat je daadwerkelijk verhuist naar de andere locatie. En als je samen zo’n blauwdruk ontwikkelt binnen multidisciplinaire teams met hoogwaardig geschoold personeel rondom specifieke ziektebeelden, word je daar als medisch specialist alleen maar enthousiast van.”



Links: Roy van Wanrooij, rechts: Marc Besselink

Besselink geeft een voorbeeld: “We hebben bijvoorbeeld nu twee teams – een Pancreas-team en een Leverteam – die elk op een specifieke dag in de week polikliniek houden. Op maandag draaien we 21 spreekuren Lever van alle specialismen en op donderdag draaien we 24 spreekuren Pancreas van alle specialismen. Dit betekent een multidisciplinair team op één lange gang, in ons geval de donderdag, van specialisten die niets anders doen dan pancreasproblemen.” Besselink herinnert zich een patiënt die in het afgelopen jaar vanuit een academisch ziekenhuis buiten de regio de pancreasafdeling in het Amsterdam UMC bezocht. “Die moest elders voor dezelfde behandeling drie weken wachten en vier aparte afspraken maken verspreid over twee ziekenhuizen, terwijl wij alle afspraken voor die patiënt binnen twee uur konden uitvoeren. Deze patiënt was helemaal *flabbergasted* dat dit allemaal zo soepeltjes liep. En daar word ik blij van. Ik houd ervan als een organisatie laagdrempelig, vlot, en strak georganiseerd is.”

Persoonlijke zorg

Bovendien wordt de zorg op deze manier persoonlijker, betoogt Van Wanrooij.

“Vroeger kwam je met een pancreasziekte bij een oncoloog terecht die drie kankersoorten behandelde, en een MDL-arts die vier MDL-ziekten behandelde, en verpleegkundigen moesten soms wel acht soorten kanker doen. Nu kom je als patiënt bij een multidisciplinair team met onder meer oncologen, chirurgen, MDL-artsen, interventieradiologen en verpleegkundigen. De patiënten die op donderdag over onze gang lopen, zien iedere keer dezelfde zorgverleners. De angst dat het Amsterdam UMC een megazorgfabriek zou worden en daarmee onpersoonlijker, blijkt dus ongegrond. Het klinkt misschien tegenstrijdig, maar onze werkwijze heeft het persoonlijke van het streekziekenhuis dat we van vroeger kennen, maar nu binnen een supergespecialiseerd onderdeel van een academisch centrum.”

Risico's schaalvergroting

Toch ziet Besselink ook de gevaren van de huidige trend van schaalvergroting van ziekenhuizen, zoals bij het Amsterdam UMC. “Alle ziekenhuizen in Nederland werken nu geweldig goed samen in wetenschappelijk onderzoek. Denk bijvoorbeeld aan de Pancreatitis Werkgroep Nederland

(PWN), de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG), de Dutch Liver Surgery Group, en de Dutch Hepatocellular & Cholangiocarcinoma Group (DHCG) – die groepen zijn wereldberoemd, omdat ze allemaal op basis van gelijkwaardigheid met elkaar samenwerken. In Amerika en andere landen gebeurt dat niet. Wat ik als bedreiging zie, is dat Nederlandse academische centra als Amsterdam UMC, Erasmus MC en UMC Utrecht zichzelf zo groot vinden dat ze denken ‘we hebben het oude Nederlandse poldermodel van gezamenlijk nadenken over wetenschappelijk onderzoek – allemaal een beetje inschikken en gezamenlijk een goed protocol maken – niet meer nodig. We zijn nu beter en belangrijker dan de rest, dus we doen het wel alleen’. Nederland is op dit moment – ik heb daar ook onderzoek naar gedaan – wereldkampioen in bijvoorbeeld chirurgische gerandomiseerde *trials*.”

Wij zijn zover gekomen, omdat we weten hoe je moet samenwerken. Maar je moet die samenwerking absoluut vasthouden, hoe groot en onafhankelijk je ook wordt. Want anders ben je als academisch ziekenhuis, en uiteindelijk ook als patiënt, slechter af dan voorheen.”



ADVERTENTIE

High-end-technologie

Ondanks alle rompslomp en risico's van zo'n enorme fusie zien de beide artsen vooral voordelen en kansen. Van Wanrooij: "We hebben straks één van de gaafste MDL-afdelingen van Europa. We kunnen de endoscopiekamers vanaf de grond toe uittekenen en opbouwen, en nemen daarin alle *high-end-technologie* mee. Daarvan word ik wel enthousiast. En omdat de HPB-poot in het Amsterdam UMC zo groot is, hebben we ook twee volwaardige röntgenkamers: dat is echt wel uniek, in ieder geval in Nederland en ik denk ook in Europa."

Besselink: "Multidisciplinaire teams rondom ziektebeelden zijn goed voor de zorg én voor wetenschappelijk onderzoek. Door de schaalvergroting kun je sneller patronen herkennen en meer operaties doen, waardoor je technieken sneller onder de knie krijgt en je kennis sneller groeit. Bijvoorbeeld het gebruik van intra-operatieve pancreaticoscopie bij intraductale papillair-mucineuze neoplasma (IPMN): we hadden deze techniek als MDL en HPB-chirurgie door het hoge operatievolume snel onder de knie binnen een internationale studie. Terwijl we als laatste begonnen, includeerden we de meeste patiënten, en als enige centrum deden we bijna alle scopiën tijdens robotpancreasoperaties." Hij vervolgt: "Nu we ruim een jaar draaien, is er echt helemaal niemand die het niet ziet als een kwaliteitsverbetering voor de patiënten. Van patiënten, verpleegkundigen, chirurgen, MDL-artsen en oncologen tot OK-personeel en interventieradiologen: iedereen ziet dat dit gewoon werkt!"

Supertrots

"Maar we zijn er nog niet", betoogt Besselink. "Zoals het nu bij ons binnen in het ziekenhuis werkt: ik zou vanaf de tekentafel echt niet weten hoe ik het nog beter kan doen. We zijn er allemaal supertrots op. Maar de laatste fase is, naar mijn idee, dat je echt integraal, dus ook met de verwijzende ziekenhuizen, net nog één niveautje hoger volledig als één team samenwerkt voor onderzoek en zorg, op die manier gezamenlijk blijft innoveren en de zorg steeds beter

maakt. Wij hebben dertien verwijzende ziekenhuizen in onze regio Noord-Holland/Flevoland. Voor pancreas en lever hebben we nu al een regionaal zorgpad, waarin bijvoorbeeld staat beschreven welke patiënt je verwijst, wanneer die patiënt weer terugkomt, wat voor soort scan je moet maken als je de patiënt verwijst, en wat er gebeurt

in zowel het academisch ziekenhuis als in het verwijzend ziekenhuis. Dus we zijn er bijna." Hij vervolgt: "Waar we in 2035 staan? Dan staan we op dezelfde plek waar we nu al zijn, als één van de leidende centra binnen Nederland, Europa én wereldwijd op het gebied van klinische zorg, wetenschappelijk onderzoek en opleiding."

AGENDA

SAVE THE DATE GastrOlympics 2023, zaterdag 1 juli 2023

Na een eerste succesvolle editie in Amsterdam (zie: *MAGMA 3-2019*), vindt komende zomer de tweede editie plaats van hét sportevenement voor alle stafleden, A(N)IOS en arts-onderzoekers van MDL Nederland. Regio Rotterdam nodigt u met trots uit voor de **GastrOlympics 2023 op zaterdag 1 juli 2023** op het Sportcomplex Olympia, onder de rook van de Kuip. Met een goede dosis rivaliteit zullen alle opleidingsregio's onderling strijden om de felbegeerde titel. De dag wordt afgesloten met een borrel, barbecue en feest.

Inschrijving geopend

Samen met uw collega's kunt u zich vanaf heden inschrijven via www.gastrolympics.com.

Vragen? Mail naar gastrolympics@gmail.com.



Organiserend comité GastrOlympics 2023

(v.l.n.r.): Stella Nieuwenburg, Koen van der Ploeg, Maria van Hooff, Michiel Bak, Pauline Zellenrath, Ellis Eikenboom en Cynthia Verloop. *Ontbrekend op de foto:* Nicolien Schepers en Anouk Huberts.

Groningen Microbiome Hub publiceert Lifelines Dutch Microbiome Project in *Nature*

Het microbioom, waaronder niet alleen bacteriën maar ook virussen, gisten en hun metabole producten worden verstaan, heeft een grote invloed op het immuunsysteem en metabolisme van de mens en is betrokken bij een toenemend aantal ziekten. In het UMC Groningen (UMCG) wordt er veel onderzoek verricht naar de rol van de darmflora in ziekte en gezondheid. In april 2022 is één van de grootste microbiomstudies tot nu toe, het Lifelines Dutch Microbiome Project, gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift *Nature* [1].

Er wordt vaak gesproken over een ‘gezond microbioom’, maar lange tijd was niet duidelijk wat een gezond microbioom precies inhoudt. Daarnaast is het van groot belang om te begrijpen hoe erfelijkheid, dieet, omgevingsfactoren, medicatiegebruik en vele andere factoren het microbiom beïnvloeden. Om deze vragen te beantwoorden zijn in 2015 onderzoekers in het UMCG het Dutch Microbiome Project binnen Lifelines gestart. LifeLines is een grootschalige multi-generatie- en prospectieve cohortstudie waarin inmiddels 167.000 mensen in Noord-Nederland zijn geïnccludeerd (10% van de populatie). Van 10.000 mensen in LifeLines zijn ingevroren fecesamples verzameld. Deze samples werden door de deelnemers thuis ingevroren en door UMCG-werknemers op droog ijs opgehaald om de kwaliteit van de samples te garanderen. Vervolgens is er uit alle samples DNA geïsoleerd en volledig gesequenced (*metagenomic sequencing*). Uit deze gegevens kan heel nauwkeurig de samenstelling van de darmflora worden gereconstrueerd. Naast de samenstelling

kan er door de beschikbaarheid van de genetische sequenties ook worden bepaald wat de voorspelde functie van het microbiom is en kan bijvoorbeeld de aanwezigheid van genen die betrokken zijn bij antibiotica-resistentie worden gevonden. Van alle deelnemers waren meer dan 240 kenmerken bekend, variërend van de familiestructuur, dieet, omgevingsfactoren, laboratoriumgegevens, medicatiegebruik en de aanwezigheid van ziekte.

Bevindingen

Een van de belangrijkste bevindingen is dat er duidelijke patronen werden gezien van specifieke groepen bacteriën in het microbiom die geassocieerd zijn met veel verschillende ziekten, dit ongeacht het precieze ziektebeeld. Het omgekeerde bleek ook het geval. Er zijn ook bacteriën in het microbiom die juist geassocieerd zijn met een goede gezondheid. Hierdoor kon het patroon van een gezond microbiom worden gekarakteriseerd.

Vervolgens werden er uitvoerige analyses gedaan om te kijken welke factoren op welke manier de samenstelling en functionaliteit van het microbiom beïnvloeden. Dieet, ziekte en medicatiegebruik waren hierbij belangrijk, maar ook de rol van omgevingsfactoren kwam duidelijk naar voren. Het microbiom blijkt gezonder als iemand in een groenere en minder vervuilde omgeving woont, en er minder fijnstof in de lucht is. Ook hebben de leefomstandigheden van de ouders van de betreffende persoon invloed. Erfelijkheid blijkt echter niet de grootste bepalende factor op de samenstelling van het microbiom. In het onderzoek is aangetoond dat de invloed van iemands leefstijl en omgeving groter is. Als mensen tot hetzelfde huishouden behoren, is de samenstelling van hun microbiom veel meer gelijk. Zodra

ze niet meer samenwonen, is de overlap tussen hun microbiom steeds kleiner naarmate meer tijd verstrijkt.

Catalogus

De uitkomsten van deze zeer uitgebreide studie leveren tezamen een catalogus van het microbiom van de (Noord-)Nederlandse bevolking op en van de factoren die invloed hebben op de samenstelling ervan. Behandestrategieën of (dieet)interventies die erop zijn gericht het microbiom te moduleren, zijn daardoor in de toekomst gemakkelijker te ontwikkelen. Daarnaast is deze catalogus van onschatbare waarde voor vervolgonderzoek naar het microbiom. De *sequence data* zijn dan ook vrijelijk beschikbaar gemaakt voor de wetenschappelijke gemeenschap. De klinische data kunnen vanwege privacywetgeving niet rechtstreeks worden gedeeld, maar wel via Lifelines worden opgevraagd en binnen beschermde werkstations worden bestudeerd.

Vervolgonderzoek binnen Dutch Microbiome Project

Er wordt inmiddels op basis van deze *baseline*-studie binnen het UMCG heel veel vervolgonderzoek verricht, waarbij er in verschillende richtingen wordt gewerkt.

Longitudinale follow-up

In 2022 vond de derde ronde van Lifelines plaats, waarbij alle deelnemers opnieuw zijn opgeroepen en gegevens en biomaterialen zijn verzameld. Van de deelnemers aan het Dutch Microbiome Project zijn opnieuw fecesmonsters afgenomen. Hiermee is het mogelijk om de langetermijnstabiliteit van het microbiom te beoordelen. Daarnaast zijn er van 1.000 deelnemers meerdere samples in één week afgenomen om juist de kortetermijnstabiliteit te beoordelen en bijvoorbeeld de relatie met dagelijkse dieetvariatie.



Rinse Weersma

Verrijken met moleculaire en klinische data

Om de relatie met erfelijke factoren te beoordelen, zijn er genetische data gegenereerd (de resultaten hiervan zijn inmiddels gepubliceerd in *Nature Genetics*) [2]. En omdat niet alleen de *aan- of afwezigheid* van de bacteriën zelf belangrijk is, maar juist ook die van de metabole producten die door de bacteriën worden geproduceerd, worden zogenaamde *untargeted metabolomic* data van de feces gegenereerd [2]. Ook is de dataset inmiddels gekoppeld aan de landelijke pathologiedatabase (PALGA) en binnenkort ook aan een database met alle afgeleverde geneesmiddelen van apotheken (PharmLines). Initiatieven om de dataset nog verder te verrijken met klinische en moleculaire data zijn gaande.

Harmoniseren van klinische cohorten

Binnen het UMCG wordt al het microbioonderzoek in klinische cohorten op exact dezelfde manier uitgevoerd als in het Dutch Microbiome Project. Dit betekent dat alle *samples* op dezelfde manier worden verzameld, DNA op dezelfde manier wordt geïsoleerd, dezelfde klinische metadata worden verzameld en de bio-informatische *pipelines* worden gestandaardiseerd. Op deze manier kunnen er makkelijk vergelijkingen worden gemaakt tussen zieke en gezonde populaties. Voorbeelden zijn het micro-

bioonderzoek in IBD (1000IBD), in transplantatie (TransplantLines), in oncologie en checkpointinhibitoren (PRIMM) [3,4,5].

Kweken van bacteriën

Omdat van alle deelnemers in het Dutch Microbiome Project en de klinische cohorten ook *samples* zijn verzameld met levende bacteriën, is het mogelijk om deze ook op grote schaal te kweken (*culturomics*). Dit wordt op dit moment in het UMCG gedaan, maar ook in samenwerking met het Massachusetts Institute of Technology (MIT) in Boston, Verenigde Staten. Inmiddels zijn er meer dan 40.000 isolaten gekweekt waarvan de genetische data zijn gegenereerd. Het is op deze manier mogelijk om binnen bacteriesoorten verschillende subtypes (van bijvoorbeeld *E. Coli* of *F. Prausnitzii*) met specifieke genetische kenmerken te identificeren en de individuele karakteristieken van de verschillende stammen te analyseren of verder op te werken voor therapeutische doeleinden.

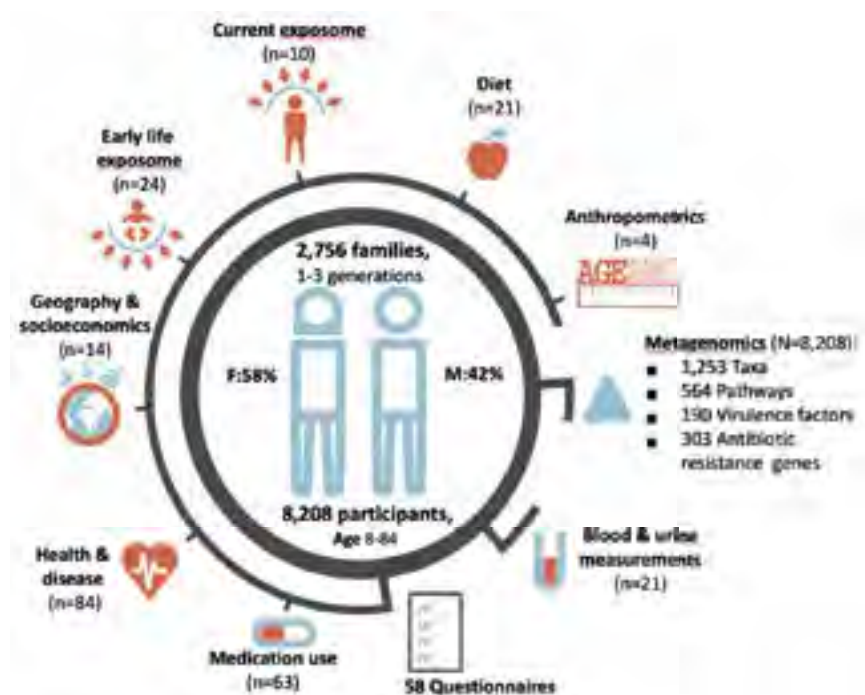
Functionele analyses

De interactie tussen de darmflora en het immuunsysteem wordt ook in het laboratorium bestudeerd. In *in vitro*-modelsystemen zoals *gut-on-a-chip* wordt humaan darmweefsel of leverweefsel blootgesteld aan specifieke bacteriën of metabole producten om het effect te beoordelen. Het darmweefsel (*organoids*) wordt zowel vanuit darmbiopten gegenereerd maar kan ook uit stamcellen vanuit de urine van elke individuele Lifelines Dutch Microbiome Project-deelnemer worden gegenereerd. Op deze manier kunnen we heel selectief analyses doen.

Oprichting Groningen Microbiome Hub

Het werk aan het microbioom in het UMCG is multidisciplinair, waarbij met name de afdelingen Medische Microbiologie (*principle investigator* (PI): Hermie Harmsen), de afdeling Maag Darm Leverziekten (PI's: Rinse Weersma, Klaas Nico Faber) en de afdeling Genetica (PI's: Sasha Zhernakova, ▶

Figuur 1. Schematisch overzicht van de deelnemers en beschikbare klinische en microbiomgegevens in het Lifelines Dutch Microbiome Project [gepubliceerd in *Gacesa et al. Environmental factors shaping the gut microbiome in a Dutch population. Nature 2022; Apr;604(7907):732-739*].





ADVERTENTIE

Jingyuan Fu en Sebo Withoff) betrokken zijn. Daarnaast is in 2022 Marcela Hermoso als mucosaal immunoloog gestart op de afdeling Maag Darm en Leverziekten. In 2023 zal in het UMCG de Groningen Microbiome Hub worden gerealiseerd, waarbij er een gezamenlijk researchafdeling en laboratorium komt waar alle disciplines samenkomen en bovenstaand werk en vele andere projecten zullen worden verricht.

Rinse K. Weersma

Afdeling Maag Darm Leverziekten, UMCG

Referenties

1. Gacesa R, Kurilshikov A, Vich Vila A, Sinha T, Klaassen MAY, Bolte LA, Andreu-Sánchez S, Chen L, Collij V, Hu S, Dekens JAM, Lenters VC, Björk JR, Swarte JC, Swertz MA, Jansen BH, Gelderloos-Arends J, Jankipersadsing S, Hofker M, Vermeulen RCH, Sanna S, Harmsen HJM, Wijmenga C, Fu J, Zhernakova A, Weersma RK. Environmental factors shaping the gut microbiome in a Dutch population. *Nature* 2022; Apr;604(7907):732-739.
2. Lopera-Maya EA, Kurilshikov A, van der Graaf A, Hu S, Andreu-Sánchez S, Chen L, Vila AV, Gacesa R, Sinha T, Collij V, Klaassen MAY, Bolte LA, Gois MFB, Neerincx PBT, Swertz MA; LifeLines Cohort Study, Harmsen HJM, Wijmenga C, Fu J, Weersma RK, Zhernakova A, Sanna S. Effect of host genetics on the gut microbiome in 7,738 participants of the Dutch Microbiome Project. *Nature Genetics* 2022; Feb;54(2):143-151.
3. Vich Vila A, Imhann F, Collij V, Jankipersadsing SA, Gurry T, [...18 co-authors...] Xavier RJ, Alm EJ, Fu J, Wijmenga C, Jonkers DMAE, Zhernakova A, Weersma RK. Gut microbiota composition and functional changes in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Science Translational Medicine* 2018; Dec 19;10(472):eaap8914.
4. Swarte JC, Li Y, Hu S, Björk JR, Gacesa R, Vich Vila A, Douwes RM, Collij V, Kurilshikov A, Post A, Klaassen MAY, Eisenga MF, Gomes-Neto AW, Kremer D, Jansen BH, Knobbe TJ, Berger SP, Sanders JF, Heiner-Fokkema MR, Porte RJ, Cuperus FJC, de Meijer VE, Wijmenga C, Festen EAM, Zhernakova A, Fu J, Harmsen HJM, Blokzijl H, Bakker SJL, Weersma RK. Gut microbiome dysbiosis is associated with increased mortality after solid organ transplantation. *Science Translational Medicine* 2022; Aug 31;14(660):eabn7566.
5. Lee KA, Thomas AM, Bolte LA, Björk JR, de Ruijter LK, [...25 co-authors...] Zitvogel L, Zolfo M, de Vries EGE, Nathan P, Fehrmann RSN, Bataille V, Hospers GAP, Spector TD, Weersma RK, Segata N. Cross-cohort gut microbiome associations with immune checkpoint inhibitor response in advanced melanoma. *Nature Medicine* 2022; Mar;28(3): 535-544.

DARM

Martini Ziekenhuis ontwikkelt zelfhulpsite ongewild ontlastingverlies

Ongewild ontlastingverlies komt veel voor. Vermoedelijk heeft één à twee procent van de volwassenen hier last van en maar liefst negen procent van de pensioengerechtigden. Op jonge leeftijd kan het soms al hinderlijk optreden tijdens hardlopen. Het komt voor bij zowel mannen als vrouwen. Bij vrouwen kan ongewild ontlastingverlies plaatsvinden na een gecompliceerd verlopen bevalling. De ontlasting kan ongemerkt lekken in de onderbroek (soiling) en/of een urge component hebben [1]. In vrijwel alle gevallen gaat het gepaard met (een grote mate van) schaamte, wat zich kan uiten in sociale isolatie, angsten, een stil verdriet en

een vaak groot patient delay: voor veel patiënten is het een groot taboe om hierover te spreken en zij stellen het hulp vragen uit.

Eerste- en tweedelijnszorg

Patiënten met ongewild ontlastingverlies worden gezien door de huisarts en soms verwezen naar de MDL-arts, maar ook naar de gynaecoloog of chirurg. Deze specialismen zien ook patiënten met ongewild ontlastingverlies veroorzaakt door een specifieke aandoening, bijvoorbeeld 'diarreeziekten', proctitis, bekkenbodempromblematiek of het LAR-syndroom. Het beleid bij deze klacht is echter onduidelijk. Wat heeft u eigenlijk

hierover geleerd in uw opleiding? Er zijn geen richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen (NVMDL, NVOG, NVvH) en ook de NHG heeft geen richtlijn. Dit heeft tot gevolg dat ook op thuisarts.nl geen informatie over ongewild ontlastingverlies is te vinden. Er zijn Nederlandse websites, maar die zijn relatief oppervlakkig en bieden patiënten geen concrete handvaten. Dit draagt vermoedelijk bij aan het *patient delay*.

Zelfhulpsite

In het Martini Ziekenhuis hebben we een eenvoudige aanpak ontwikkeld, die bij een groot deel van de patiënten met een 'func-



Laurens van der Waaij (rechts): "Onze website kan patiënten in een vroeg stadium helpen."

tionele oorzaak' van het ontlastingsverlies, dus zonder alarmsymptomen of diarree, lijkt te helpen. We hebben deze aanpak laagdrempelig toegankelijk gemaakt via de zelfhulpwebsite martinziekenhuis.nl/ontlastingverlies. Patiënten kunnen er zelf mee aan de slag, zelfs zonder dat ze hiervoor bij de huisarts zijn geweest. We gebruiken deze website ook als ondersteuning voor patiënten met deze klacht die we poliklinisch zien.

Aanpak

Onze aanpak berust op de observatie dat vrijwel alle patiënten met ontlastingsverlies met name last hebben als de ontlasting weinig compact of brijig is. In perioden met

gevormde ontlasting hebben deze patiënten over het algemeen geen of veel minder last van deze klacht. Het concept is dat als het anale kanaal aan de binnenzijde onvolgende afsluit (de oorzaak hiervan lijkt er niet toe te doen), na de defecatie kleine beetjes zachte ontlasting kunnen achterblijven of tijdens wandelen/hardlopen in het anale kanaal terecht kunnen komen en dan afzakken in de onderbroek. Ook kan ontlasting die in het anale kanaal terechtkomt, aanleiding geven tot imperatieve defecatie drang [2] (Figuur 1). Het doel van de behandeling is de ontlasting in te dikken en/of compacter te maken en/of de darmmotiliteit te remmen. Dit kan op drie manieren. Patiënten wordt aangeraden elke methode twee weken lang te proberen en een dagboekje bij te houden totdat één van de methoden goed werkt. Een kleine verandering in de compactheid kan al tot grote verbeteringen leiden.

Figuur 1. Links een normaal anaal kanaal dat inwendig goed afsluit. Rechts een anaal kanaal dat inwendig een beetje openstaat. Kleine beetjes zachte ontlasting kunnen hierin achterblijven of hierin terechtkomen.



Drie manieren

1. FODMAP licht-dieet

Tarwe (brood, pasta, couscous) wordt vervangen door spelt (brood, pasta, couscous) en vloeibare zuivel door lactose-arme zuivel. De onderliggende

gedachte is dat tarwe veel fructanen bevat (maar spelt niet) wat een FODMAP is die de ontlasting zachter maakt [3,4]. Dit dieet is ook voor 80+-ers goed te doen en heeft in mijn ervaring vaak een opvallend goed effect. In tweede instantie kan de patiënt weer normale zuivel testen.

2. Loperamide

Ik adviseer vaak om dagelijks één capsule in te nemen en als de dag ervoor geen ontlasting is, de capsule over te slaan. Een alternatief is: één capsule één uur voor het op stap gaan. Veel patiënten durven loperamide niet of niet langdurig in te nemen. Als ik deze mogelijkheid bespreek, is er vaak een duidelijk opluchting merkbaar bij patiënt én partner: het geeft het gevoel van regie.

3. Psylliumvezels

Eén zakje of eetlepel per dag, per week opbouwen naar maximaal drie per dag. Psylliumvezels zijn te verkrijgen via de drogist, supermarkt, internet of huisarts. Het doel: brokkelige ontlasting wordt compacter, dunne ontlasting dikt in, harde ontlasting wordt zachter. Het is geen FODMAP en derhalve ontstaat er geen extra gasvorming.

Patiënten bij wie bovenstaande aanpak onvoldoende werkt, wordt geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts. De huisarts kan bijvoorbeeld behandelopties combineren, de patiënt verwijzen naar de bekkenbodempysiotherapeut, oorzaken van diarree opsporen, de patiënt een keer krachtig laxeren (laveren) of verwijzen.

Samengevat

We hopen met deze zelfhulpwebsite patiënten in een vroeg stadium te helpen, de huisarts te ontlasten en verwijzingen te voorkomen. Daarnaast kan de website poliklinische behandeling ondersteunen.

Laurens van der Waaij, MDL-arts
Martini Ziekenhuis Groningen

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2022 (p. 205 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities

Raad Kwaliteit: op zoek naar wat werkt

Vroeg of laat zullen wij en/of degenen die wij liefhebben patiënt zijn. We hopen dat anderen dan net zo goed voor ons zullen zorgen als wij dat zelf dagelijks doen. Zorg nodig hebben en ontvangen van anderen vraagt vertrouwen, zij het niet blindelings. Natuurlijk willen wij als professionals graag laten zien dat we goede zorg leveren. Niet alleen om onze patiënten een gerust gevoel te geven, ook om te leren hoe het nog beter kan. Maar we moeten hierbij ook weer niet overdrijven. Daarom is er de Raad Kwaliteit, die helpt met zoeken naar wat werkt (en wat niet) bij genezen en zorgen, zonder iedereen te veel voor de voeten te willen lopen.

Uitgangspunten

De Raad Kwaliteit gaat uit van het *Beleidsplan NVMDL 2018-2023 (Doelmatig, Duurzaam, Dichtbij)* en heeft in het *Beleidsplan Kwaliteit 2020-2025* drie aandachtspunten beschreven, afgeleid van de kwaliteitscyclus.

1. Beschrijven goede zorg

De NVMDL maakt richtlijnen voor artsen en keuzekaarten voor patiënten. Naar behoefte worden deze herzien. Actuele voorbeelden zijn: Coloscopie Surveillance, IBD, PDS, Coeliakie, NAFLD/NASH en Enterale Toegang. Voor de herziening van de *Richtlijn Bloedingen Tractus Digestivus* is onlangs subsidie aangevraagd. Daarnaast krijgen we verzoeken om in richtlijntrajecten te participeren die door andere wetenschappelijke verenigingen worden geïnitieerd. Inbreng van onze leden is van groot belang, wordt zeer gewaardeerd en voorkomt dat je op het werk tegen dingen aanloopt die je liever anders had gezien.

2. Toepassen en uitvoeren

De Richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten maakt het vinden en toepassen van richtlijnen gemakkelijk. Door middel van e-learnings (bijvoorbeeld

Poliepectomie, Voeding bij gezondheid en ziekte) en het Kennisspel (sinds 2018, 62% deelname onder NVMDL-leden) brengen wij hoofdzaken onder de aandacht. Het Kennisspel biedt bovendien de mogelijkheid meningen van leden te peilen en accreditatiepunten te verdienen.

3. Meten en evalueren

We registreren om te zien of onze inspanningen zoden aan de dijk zetten. We streven daarbij naar een minimale administratielast, het voorkomen van dubbel werk en het doorlopend delen van resultaten met de werkvloer. Middelen zijn de kwaliteitsvisitatie, de BVO-visitatie, de Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit (DGEA) en de Dutch Registration of Complications in Endoscopy (DRCE). Dit vraagt om gestandaardiseerde verslaggeving die hieraan gekoppeld is. Recent hebben we een projectvoorstel ingediend voor de verdere ontwikkeling van de registratiedata en het inzichtelijk maken daarvan.

Toekomst

Uitkomstgerichte zorg gloort daarmee aan de horizon. Natuurlijk was en is dat altijd al ons streven. Zie bijvoorbeeld de inspanningen van het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), dat inmiddels voor een groot aantal ziektebeelden uitkomstmaten vaststelde. Het ultieme doel: echt alleen maar dingen doen waarvan de patiënt aantoonbaar beter wordt. Ook de Nederlandse overheid zet hierop in met het programma Uitkomstgerichte Zorg. Voor IBD is nu een set uitkomstmaten vastgesteld. Andere pogingen op MDL-gebied (CRC, pancreascarcinoom, levercarcinoom) zijn helaas nog niet succesvol. De Raad Kwaliteit doet mee en volgt de ontwikkelingen belangstellend en kritisch.

Namens de Raad Kwaliteit,
Willem Moolenaar, voorzitter ad interim

Wilt u reageren?

Mail naar kwaliteit@mdl.nl.



Raad Kwaliteit NVMDL

Achterste rij (v.l.n.r.): Xander Vos, Wout Mares, Willem Moolenaar. Voorste rij: Anh Nhi Nguyen, Daphne Hotho, Froukje van Hoeij, Gwen Masclee.

Voor de complete legenda: zie pag. 198 van deze MAGMA.



ADVERTENTIE

Endo-hepatologie als nieuwe dimensie in klinische hepatologie

Wat is endo-hepatologie, waarom hebben we het nodig, wie is de uitvoerende specialist en wat zijn de mogelijkheden: aan de hand van deze vragen laat ik u zien wat binnen de klinische hepatologie in het verschiet ligt.

geavanceerde endoscopist(e) op voorwaarde dat deze laatste vertrouwd wordt gemaakt met een 'hepatologische mindset'. Het alternatief, en ideaal scenario, is de hybride E(US)RCP-hepatoloog die endoscopie en hepatologie op maximale wijze in *real time*

kan integreren. Competentie is uiteraard het sleutelwoord en zal enerzijds een door-gedreven brede geavanceerde endoscopie-training behoeven (in overeenstemming met ESGE-richtlijnen) maar anderzijds ook een voldoende groot onderhoudend *case-volume*. ▶

Endo-hepatologie: wat

Endo-Hepatology verwijst naar een nieuw en groeiend concept waarbij geavanceerde endoscopische technieken en interventies worden geïntroduceerd als een wezenlijk deel van de klinische hepatologie van morgen. Deze technieken en interventies focussen op aandoeningen van leverparenchym en vascularisatie (Figuur 1, boven)¹ en van de hepatobiliaire tractus (Figuur 1, onder) en zijn gebaseerd op echo-endoscopie (EUS), ERCP en cholangioscopie.

Endo-hepatologie: waarom

De toegenomen interesse in endo-hepatologie stoelt op drie elkaar versterkende krachten. Eerst en vooral is er de *toegenomen toepassing en toegankelijkheid van de echo-endoscopie* binnen de MDL-praktijk, waar het een onmisbaar 'werkpaard' is geworden in diagnostiek (digestieve oncologie) en interventie (biliopancreatische aandoeningen). Ten tweede is er een *evoluerend landschap met betrekking tot leverpathologie*, en dus ook veranderende noden (weefsel, portaal bloed en meer).

Ten derde is er ook een toegenomen *streven naar breder toepasbare beoordeling en behandeling* van leverziekten door de MDL-specialist zelf.

Endo-hepatologie: wie

Wie deze procedures in de praktijk moet uitvoeren, zal grotendeels worden bepaald door de lokale context. In de meeste gevallen zal dit een intense(re) samenwerking vragen tussen de hepatoloog en zijn/haar collega



Figuur 3. Schematische weergave van EUS-PPG en vergelijking met HVPG.

	HVPG	EUS-PPG
Stand van zaken	Gouden standaard	Nieuw platform
Portale druk meting	Indirect	Direct
Basis type procedure	Angiografie (Hepatic vein catheterization)	Endoscopie (Endoscopic UltraSound)
Benodigdheden	Röntgen toestel	Conventioneel EUS-platform
Uitvoerende arts	Interventionele radioloog Toegewijde hepatoloog	MDL arts
Setting	Meer typisch voor tertiaire centra	Secondaire en tertiaire units
Training nodig	Ja	Ja
Type portale hypertensie gemeten	Sinusoidaal	Sinusoidaal Pre-sinusoidaal
Contra-indicaties	<ul style="list-style-type: none"> Allergie aan lood contrast Bloedplaatjes < 20.000/L of PT < 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Interpositie ascites in punctie-traject Anatomische anomalieën waardoor geen vaatacess Bloedplaatjes < 50.000 of PT < 50% Contra-indicaties voor endoscopie
Bijkomende interventies in zelfde procedure	Transjugulaire lever biopsie	Transgastrische leverbiopsie, alle andere bovenste endoscopie-procedures/evaluatie
Sedatie	Lokale anesthesie of milde sedatie	Milde sedatie
Procedure tijd		vergelijkbaar
Mogelijk als out-patient procedure		Ja
Graad van evidentie	Gevalideerd	Te valideren t.o.v. HVPG

¹Zie volgende pagina

Figuur 1.



Figuur 2. Schematische voorstelling van transduodenale biopsie (links) plus een voorbeeld van weefselopbrengst (rechts).



Figuur 4. Voorbeeld van EUS-geleide behandeling van cardiofundale varices.



Endo-hepatologie: mogelijkheden

Ook nu ontmoeten hepatologie en endoscopie elkaar al ten behoeve van screening en conventionele behandeling van gastro-oesofageale spataders en hepatobiliaire aandoeningen.

De introductie van EUS en cholangioscopie optimaliseert niet alleen de huidige tekortkomingen, maar verhoogt ook het aantal toepassingen die voorheen een andere expertise (zoals interventionele radiologie) vereisten. Een samenvatting van huidige, nieuwe/potentieel toekomstige en experimentele toepassingen van endo-hepatologie vindt u samengevat in Tabel 1. De meest geavanceerde toepassingen (vetgedrukt in Tabel 1) worden hier kort aangehaald:

- **EUS-geleide transgastrische/-duodenale leverbiopsie (EUS-LB)** vormt een volwaardig alternatief voor de traditioneel percutane of transjugulaire leverbiopsie. De voordelen van EUS-LB zijn talrijk: toegenomen comfort voor de patiënt, kortere hersteltijd (ontslag na twee uur mogelijk), mogelijkheid tot bilobaire weefselafname (verminderde *sample bias*), significant verminderde terughoudendheid naar

herhalingsbiopsie, optie tot ultra-gerichte biopsie (focaal letsel) en adequate weefselopbrengst (met potentieel minder fragmentatie en langere *core length*) (Figuur 2). EUS-LB is bovendien kosteneffectief bevonden wanneer het wordt gecombineerd met andere endoscopische procedures zoals screening voor varices, portale drukmeting, in een zogenaamde *one stop clinic*-benadering.

- **EUS-geleide portale drukmeting (EUS-PPG, EUS-portal pressure gradient).** Levercatheterisatie met meting van de hepatische veneuze drukgradiënt (HVPG) heeft onweerlegbaar de fundamenteen gelegd voor precisiegeneeskunde in portale hypertensie. Ondanks de toename van niet-invasieve evaluatie blijft er een nood aan effectieve kwantificatie van portale druk. HVPG mist brede integratie in de klinische praktijk in tegenstelling tot echo-endoscopie. EUS-geleide PPG, die bovendien een directe portale drukmeting inhoudt (in tegenstelling tot HVPG), heeft daarom het potentieel om een waardig alternatief te kunnen worden voor HVPG.

EUS-PPG blijft evenwel tot op vandaag ongevalideerd ten opzichte van de 'gouden standaard' HVPG. Om deze reden loopt bij ons de ENCOUNTER-studie (NCT04987034), samen met collega's van Rotterdam en Barcelona, ter directe vergelijking. Figuur 3 (zie pag. 163) toont de praktische aard van de procedure en de vergelijking met HVPG.

- **EUS-geleide gecombineerde coil- en lijminjectie ter behandeling van cardiofundale varices.** Bloedende cardiofundale varices blijft een uitdagende klinische conditie waarbij het ongericht conventioneel endoscopisch inspuiten van lijm ondermaats blijft met het oog op een duurzame uitkomst. EUS-geleide interventie hiervoor laat een uiterst gerichte benadering van de voedende varix toe terwijl het effect en de veiligheid van interventie in *real time* gemonitord kan worden via doppler (Figuur 4). Bovendien blijkt een dergelijke interventie – bij gecombineerd gebruik van coils en lijm – superieur met betrekking tot variceale obliteratie en herbloeding.

	DIAGNOSE	THERAPIE
Huidig	Evaluatie gastro-oesofagale varices ERCP met weefselsampling	Endoscopische bandligaturering Endoscopische lijminjectie ERCP met stenting
Nieuw/potentieel toekomstige applicaties	EUS-geleide leverbiopsie EUS-geleide portale drukmeting EUS-elastografie Contrast-enhanced EUS EUS-geleide diagnostische paracentese Cholangioscopie & weefselsampling EUS-geleide portale vene-sampling & prophiling	EUS-geleide biliaire drainage EUS-geleide coil en lijm-embolisatie van maagkoepelspataders EUS-geleide RFA or cryoablatie Metabole endoscopie Cholangioscopie en optisch geleide behandeling
Experimenteel		EUS-geleide intrahepatische portosystemische shunt procedure EUS-geleide paracentese (EUS-P)

Tabel 1. Huidige en toekomstige toepassingen van endoscopie binnen hepatologie.

Wim Laleman^{1,2}

¹ Dienst Maagdarm- en Leverziekten, Sectie Lever en Biliopancreatische aandoeningen, Universitaire Ziekenhuizen Leuven, KU LEUVEN, België

² Dienst Interne Geneeskunde B, Universitaire Ziekenhuizen Münster, Duitsland

Meer informatie: wim.laleman@uzleuven.be

Kijk voor de referenties en **Tabel 1** in de pdf van **MAGMA 4-2022 (p. 205 e.v.)** op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities

Conclusie

Endo-hepatologie is een evoluerend concept dat ontegensprekelijk zijn intrede zal vinden in de klinische hepatologie van morgen. Het aantal toepassingen zal ongetwijfeld nog verder uitbreiden, maar zal bij elke stap

voorwaarts eerst gevalideerd en gestandaardiseerd moeten worden ten opzichte van de huidige 'gouden standaard' (zo beschikbaar). *The future is bright* en *the sky* duidelijk nogmaals *the limit* voor de MDL arts...



ORATIE

Hoogleraar MDL Jeanin van Hooft te Leiden **De scope van verbinding**

Op vrijdag 9 september 2022 sprak Jeanin van Hooft haar oratie 'De scope van verbinding' uit. Daarmee werd zij officieel geïnstalleerd als hoogleraar Maag-Darm-Leverziekten aan de Universiteit van Leiden en het Leids Universitair Medisch Centrum. In haar oratie stond verbinding, in elke zin van het woord, centraal.

Met 'verbinden' begon Jeanin van Hooft al op jonge leeftijd. Toentertijd ging het om het verband tussen klanken en letters, een raadselachtig obstakel dat overwonnen moest worden door eindeloos te oefenen. Uren bracht ze door achter een bandrecorder met het terugspoelen van woorden om ze vervolgens correct te leren spellen. Dankzij deze overdosis aan discipline overwon Jeanin haar 'schitterend gebrek' (vrij naar Arthur Japin) en vond zo de weg naar nog veel meer verbinding.

In 2003 zette Jeanin van Hooft in het Amsterdam UMC (voorheen AMC) de eerste stappen in de wetenschap. Met opnieuw een verbinding: dit keer in de tractus digestivus. Van Hooft deed onderzoek naar stentplaatsing voor de behandeling van maligne colonobstructie. Het faciliteren daarvan bleek de voorkeursbehandeling voor patiënten in de palliatieve fase en een patiëntvriendelijke optie ter overbrugging naar een electieve resectie. Later volgden er nog vele studies naar deze innovatieve vorm van verbinding op andere plekken in de tractus digestivus.

De waarde van verbinden komt ook terug in het samenwerken op het gebied van zowel wetenschap als kliniek. Een goed voorbeeld is de Pancreatitis Werkgroep Nederland, waarvan Van Hooft penningmeester is. De krachten bundelen om zodoende vooruit te komen in de behandeling van de patiënt, is iets waarop ze in het buitenland jaloers kunnen zijn. Overigens staat binnen het gehele vakgebied van de maag-darm-leverarts, waarin bovendien de klassieke zuilen van chirurgie en interne geneeskunde samenkomen, bij uitstek de verbinding van verschillende disciplines centraal.

Tot slot pleit Van Hooft in haar oratie voor meer verbinding met de maatschappij. Voor haar betekent dit met name dat de medische wereld een betere afspiegeling moet vormen van de algemene bevolking. Zo betreft het aandeel vrouwelijke hoogleraren nog altijd slechts een kwart van het totaal. En naast een evenwichtige man-vrouwverdeling ligt de verbinding in meer diversiteit. Terugkomend op de letters en woorden uit haar jeugd begint deze ook hier met taal, meent Van Hooft. "Zo is de kans dat er gereageerd wordt op vacatures vele malen groter als die genderneutraal zijn opgesteld, terwijl we dit zelden nog zien." Het uitgangspunt voor de toekomst zou de talentvolle lerende mens moeten zijn. En die is gelijkelijk verdeeld over gender, seksuele voorkeur, religie en afkomst.

Een gedrukte versie van *De scope van verbinding* is op te vragen via j.e.van_hooft@lumc.nl.

NIEUWE OBESITASMEDICATIE VULT LACUNE IN BEHANDELING

‘Buikvet is een actief endocrien orgaan dat ‘ziek’ kan worden’

“Uit onderzoek is steeds duidelijker geworden dat vetmassa een orgaan is met endocriene en immunologische functies, en dat vet, net als een hart en lever, ‘ziek’ kan zijn.” *MAGMA* sprak met hoogleraar Obesitas en internist-endocrinoloog, Liesbeth van Rossum, over de nieuwste ontwikkelingen in de behandeling van obesitas.

“**E**r zijn in de afgelopen jaren veel nieuwe inzichten gekomen, zoals meer kennis over het risico van een te grote viscerale vetmassa, met name in de buikstreek”, zegt Liesbeth van Rossum. “Dit is disfunctionerend vet dat laaggradige inflammatie door het hele lichaam veroorzaakt, waardoor de communicatie tussen de in het vet geproduceerde hormonen, het brein en andere organen verstoord kan raken. Het immuunsysteem wordt overactief. De kans op ernstige infecties kan daardoor toenemen, zoals we ook hebben gezien tijdens de coronapandemie: bijna 80 procent van de Nederlandse volwassenen met een ernstige Covid-19-infectie op de intensive care (IC) had overgewicht (BMI ≥ 25).”

Gateway disease

Obesitas (BMI ≥ 30) is bovendien een *gateway disease*: het kan onder meer leiden tot 230 complicaties, zoals diabetes type 2 of harten vaatziekten, dertien vormen van kanker, infertiliteit, depressie en gewrichtsklachten. Van Rossum: “Obesitas heeft met vrijwel elke chronische ziekte óf een oorzakelijk verband óf een verergerend verband. Bovendien is bekend dat een heleboel ontstekingsziekten bij patiënten met obesitas beter behandelbaar zijn op het moment dat je ook hun obesitas behandelt. Dit geldt bijvoorbeeld voor reumatoïde artritis: de kans om langdurige remissie te bereiken met medicatie is 50 procent kleiner als een patiënt ook obesitas heeft. Dus aanpak van overgewicht verdient meer aandacht in de zorg.”

Van Rossum richt zich in het mede door haar opgerichte Centrum Gezond Gewicht in het Erasmus MC op diagnostiek van patiënten met complexe obesitasvormen en ontwikkelt nieuwe therapieën voor onder andere ook leefstijlgerelateerde obesitas. Daarnaast doet zij onderzoek naar obesitasoorzaken, zet zich (inter)nationaal in voor de maatschappelijke en medische aanpak van obesitas en schreef samen met arts Mariëtte Boon het boek *Vet belangrijk*, dat inmiddels in tien talen is vertaald, twee prijzen won en onlangs voor de zestiende keer is herdrukt.

Leptine-resistentie

De behandeling van obesitas is complex, vertelt Van Rossum. “Als iemand ernstige obesitas heeft, is het lichaam inmiddels geherprogrammeerd – de communicatie tussen darmen, vetweefsel en het brein is verstoord. In vet wordt namelijk het hormoon leptine geproduceerd. Dit is normaal gesproken een mooi beschermingsmechanisme dat de hoeveelheid vet op peil houdt. Bij obesitas zien we een leptine-resistentie in het brein; de leptine-receptoren disfunctioneren. Dit betekent dat er intensieve behandelingen nodig zijn, want het lichaam wil na afvallen steeds weer terug naar het hogere gewicht. Daarom is niet alleen het behandelen van obesitas, maar ook het voorkómen ervan zo belangrijk.”

Oorzaken obesitas

Heeft een patiënt obesitas, dan is volgens

Van Rossum gedegen diagnostiek nodig, want er zijn meerdere oorzaken mogelijk. Behalve leefstijl (meest voorkomende categorie) kunnen bijvoorbeeld ook psychische factoren (psychotrauma, stress, eetstoornis), sociale factoren (armoede, cultuur) of hormonale oorzaken meespelen. Ook genetische factoren zijn belangrijk: ruim de helft van de kans op overgewicht ligt vast in de genen. Bij een klein aantal is er zelfs sprake van een mutatie in een obesitasgen dat al op jonge leeftijd leidt tot extreme honger en obesitas. Een andere – veelvoorkomende – oorzaak is gewicht verhogende bijwerking van medicatie. “Landelijk gebruiken bijvoorbeeld zo’n zes miljoen mensen geneesmiddelen die corticosteroiden bevatten. Denk hierbij aan prednison-tabletten, inhalatiepuffers, gewrichtsinjecties, neusspray en oog- en oordruppels. Een onderzoek toonde dat zo’n 27 procent van de patiënten met obesitas versus 11 procent van de controlegroep een dergelijk ontstekingsremmend medicijn bleek te gebruiken. Zelfs van sommige lokaal aangebrachte middelen zijn er steeds meer aanwijzingen dat deze verband houden met obesitas.” Van Rossum verwijst naar de website van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) waar zorgverleners een overzicht kunnen vinden van potentieel gewicht verhogende of gewicht-in-stand-houdende medicatie.

Gewicht verhogende medicatie

“Het is niet zo dat iedereen van gewicht verhogende medicatie dertig kilo aankomt”, legt Van Rossum uit. “Het is meestal een optelsom van vele kleine factoren die bijdragen. Wat we wél weten – met name bij corticosteroïde inhalatiemiddelen – is dat er een verband is met verhoogde buikomvang en ongunstige cardiometabole parameters. En

dat sommige mensen die dit soort middelen gebruiken in de gecombineerde leefstijlinterventies (GLI), moeilijker afvallen. Ik moet hierin wel voorzichtig zijn, want de meeste onderzoeken zijn associatiestudies; een causaal verband is dan niet bewezen. Onderzoek wijst echter ook uit dat sommige lokaal toegediende corticosteroiden wel degelijk systemische effecten hebben. Deze exogene corticosteroiden werken sterker dan het stresshormoon cortisol, waarvan bekend is dat bij een chronisch teveel aan cortisol vetmassa zich verplaatst naar de buik én dat het kan leiden tot een verhoogde trek in hoogcalorische voeding, ofwel 'snacktrek'."

Ook medicatie om obesitas-gerelateerde klachten te behandelen – denk aan bepaalde medicijnen tegen hoge bloeddruk, type 2-diabetes en depressie – kan gewicht verhogend zijn of afvallen belemmeren. "Insuline heeft bijvoorbeeld de eigenschap dat het lipolyse remt, en daardoor afvallen bemoeilijkt. Recent onderzoek toont dat met een gezonde leefstijl de insuline bij veel mensen kan worden gestopt", vertelt Van Rossum. Medicijnen kunnen er ook voor zorgen dat eetlust toeneemt of het metabolisme vertraagt. Wat de (MDL)-arts is zo'n geval kan doen, volgens Van Rossum, is er alert op zijn of iemand bij bepaalde medicatie in gewicht snel toeneemt. Ook raadt zij aan bij aanverwante ziektes kritisch te bekijken of de medicatie nog wel nodig is en waar mogelijk medicatie af te bouwen, terwijl begeleiding bij leefstijlverbetering – zoals meer bewegen en gezonde voeding – wordt ingebouwd. De TNF-alpha-remmer is bijvoorbeeld een van de dure medicijnen voor inflammatoire darmziekten. Als je meer gaat bewegen (ook al bij matig intensief bewegen), maakt je lichaam ook zelf meer van deze zelfde ontstekingsremmers aan."

Leefstijlorgloket

Van Rossum adviseert artsen die een patiënt met obesitas in de spreekkamer hebben, het onderwerp obesitas op een niet veroordelende manier bespreekbaar te maken. Hierbij helpt het als de arts toestemming vraagt om het over het gewicht te hebben



Liesbeth van Rossum

en als de patiënt akkoord is, de patiënt te verwijzen naar de juiste obesitaszorg. In steeds meer ziekenhuizen wordt hiervoor een Leefstijlorgloket ingericht waarheen specialisten (vooralsnog op kleine schaal) patiënten kunnen verwijzen.. Vanuit dit loket wordt iemand toegeleid naar de juiste leefstijlbegeleiding of sociale hulp buiten het ziekenhuis. "Onze eerste ervaringen zijn zeer positief. Wat wij in het Leefstijlorgloket in het Erasmus MC bijvoorbeeld doen, is dat een zorgcoördinator bekijkt welke elementen van leefstijl niet op orde zijn, welke sociale problemen er spelen – denk bijvoorbeeld aan stress door schulden –, en welke medische zaken spelen, zoals potentieel gewicht verhogende medicatie die wordt gebruikt. Vervolgens wordt de patiënt toegeleid naar bijvoorbeeld een leefstijlcoach of schuldhulpverlener, zo dicht mogelijk bij huis. Soms kan dan door leefstijlinterventie medicatie worden afgebouwd en verbetert tegelijkertijd de ziekte waarvoor iemand in het ziekenhuis behandeld wordt."

In steeds meer gemeenten wordt deze netwerkaanpak, waarin het medische en sociale domein worden gekoppeld, nu uitgerold. "Vanuit het PON zijn we hard bezig een landelijke infrastructuur neer te

zetten, zodat artsen makkelijker kunnen verwijzen naar passende leefstijlhulp en vaak effectievere zorg kunnen leveren door leefstijl en sociale hulp onderdeel te maken van de behandeling. Voorbeeld: niet langer de hoge bloeddruk die eigenlijk komt door stress vanwege financiële schulden met medicatie behandelen maar eerst via het Leefstijlorgloket toeleiden naar schuldhulpverlening zonder dat dit substantieel extra werk in de spreekkamer kost. En soms is dan medicatie ook niet meer nodig. Naast het verbeteren van de ene aandoening waar iemand voor in het ziekenhuis was, voorkom je bovendien meteen ook andere toekomstige ziekten. Momenteel wordt met zorgverzekeraars bekeken hoe een goede financieringsstructuur hiervoor gerealiseerd kan worden."

Vrijwel alle universitaire medische centra en meerdere perifere ziekenhuizen hebben inmiddels een leefstijlorgloket of in oprichting, weet Van Rossum. Ook wijst Van Rossum op een *web-based* tool¹ die nu in ontwikkeling is. "We hebben een prototype van een digitale vragenlijst ontwikkeld die patiënten met obesitas thuis of op de smartphone kunnen invullen – over bijvoorbeeld leefstijl, medicatie, psychosociale en hormonale factoren. Algoritmes geven de behandelend arts handvatten in de spreekkamer welke factoren aandacht behoeven en welke comorbiditeiten, zoals PCOS en slaapapneuëer (mogelijk) spelen. Vervolgens kan de arts óf zelf óf via een leefstijlorgloket doorverwijzen naar de juiste hulpverlening.

Effectiviteit

Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) – waarbij patiënten met obesitas niet alleen begeleiding krijgen bij voeding en beweging, maar ook bij stressmanagement, het aanpassen van geautomatiseerd (eet)gedrag, slaap en, indien nodig, hulp vanuit het sociaal domein – zijn inmiddels effectief gebleken in het langdurig aanpassen van de leefstijl. "Ook de zogenaamde 'GLI plus'-variant, waarbij cognitieve gedragstherapie onderdeel uitmaakt van de therapie, bleek gunstige effecten te hebben: naast

¹ www.obesitytool.nl





ADVERTENTIE

een gezondere leefstijl daalde het gewicht na anderhalf jaar gemiddeld met 5,1 procent, en -belangrijker: was bijna 10 procent afname van vetmassa te zien mét behoud van spiermassa. Daarnaast bleken er talrijke andere gunstige uitkomsten, zoals verbetering van de insuline-resistentie, lipiden, leverenzymen en het immuunsysteem, stemming en de kwaliteit van leven.”

Obesitasmedicijnen

Als een GLI onvoldoende effect heeft, dan komt farmacotherapie in zicht. “Als mensen met een BMI van 27 met co-morbiditeit of met een BMI van 30 of hoger na een jaar onvoldoende effect hebben van de GLI, dan wordt in de landelijke richtlijn – de Zorgstandaard Obesitas – geadviseerd farmacotherapie te overwegen.” Recent zijn er nu drie nieuwe middelen EMA goedgekeurd, waarvan er twee na een jaar GLI ook worden vergoed. Twee van de nieuwe obesitasgeneesmiddelen – semaglutide (verwacht in 2023 in de 2.4 mg dosis die voor obesitas is geregistreerd; nog niet vergoed) en liraglutide (vergoed) – bevatten een GLP-1-analoog, dat onder andere inwerkt op het homeostatisch eetlustsysteem. Het derde geneesmiddel, dat sinds augustus 2022 wordt vergoed, is naltrexon/bupropion, dat inwerkt op het hedonisch systeem. “Deze nieuwe medicijnen zijn geen wondermiddelen, maar kunnen waardevolle aanvullingen zijn op leefstijlinterventies”, benadrukt Van Rossum. “Vooral in de eerste weken van de behandeling zien we geregeld maagdarm-bijwerkingen. Als een middel na 12 weken onderhoudsdosis niet minimaal 5 procent gewichtsafname geeft, dan wordt het weer gestaakt. Dus alleen bij de mensen bij wie het werkt, wordt het gecontinueerd. Interessant is dat er van GLP1-analogen aanwijzingen zijn dat ze ook ontstekingsremmend werken.”

Nieuwe ontwikkelingen

“In de komende jaren komen er in rap tempo nieuwe medicijnen bij die gewichtsafname geven, vertelt van Rossum. Zo worden de duo-agonisten verwacht (combinatie van GLP-1 en GIP) en komen er mogelijk daarna

nog tri-agonisten (bijvoorbeeld GIP/GLP-1/glucagon) aan. Met de huidige vergoede middelen wordt bij de meerderheid een gemiddelde duurzame gewichtsafname van minimaal 5 procent (en bij een derde 10 procent of meer) bereikt. De nieuwe middelen in ontwikkeling lijken in onderzoeken nog meer gewichtsafname van soms gemiddeld meer dan 20 procent te geven. We zullen hiervoor eerst de lopende vervolgonderzoeken moeten afwachten.”

Bariatric

Ook op het vlak van de bariatric zijn er nieuwe inzichten. “Zo worden er nauwelijks meer maagbandjes geplaatst, vanwege de lage effectiviteit en de complicaties. Wel worden met succes de *sleeve* gastrectomie en de *gastric bypass* toegepast. Beide technieken hebben zowel restrictieve en endocriene (zoals toename van het darmhormoon GLP-1) effecten. Bij de *gastric bypass* is daarnaast nog sprake van enige malabsorptie dat ook bijdraagt aan gewichtsafname.”

Van Rossum benadrukt: “Zowel farmacotherapie als de bariatric zijn *aanvullende* behandelingen op een gezonde leefstijl (met name als sprake is van een leefstijl-geïnduceerde obesitas).” Voor patiënten met een extreem hoge BMI van bijvoorbeeld boven de 50 is de bariatric de meest aangewezen behandeling, zegt zij, en ook die patiënt zal leefstijlbegeleiding moeten krijgen. “Voor obesitaspatiënten met een lagere BMI zal samen met de patiënt en mede afhankelijk van de oorzaak worden bekeken welke behandeling het beste past. Dan kan bijvoorbeeld een GLI en zo nodig obesitasmedicatie en/of bariatric als aanvullende behandeling effectief zijn. Het blijft maatwerk in de spreekkamer, en hangt af van veel individuele factoren”

Zorggerelateerde versus universele preventie

“Tot 2019 hadden we slechts één vergoede obesitasbehandeling: namelijk bariatric”, vertelt de hoogleraar Obesitas. “De huisarts verwees een patiënt met ernstige obesitas

vaak meteen door naar de chirurg voor een maagoperatie, en obesitaspatiënten met een lagere BMI kregen vaak te horen ‘u moet op dieet’. Maar enkel ‘op dieet gaan’ staat niet in de richtlijn als obesitasbehandeling. Wel de combinatie van een gezond voedings- en beweegpatroon en gedragsverandering die in samenhang wordt aangeboden, ofwel een GLI. Er ontstaat met een zeer laagcalorisch dieet namelijk vaak een jojo-effect, omdat het lichaam gaat tegenregelen. Met het uitgebreidere (maar nog niet compleet vergoede) behandelpalet voor obesitas dat we nu hebben, kunnen we in ieder geval vanuit de zorg-gerelateerde preventie, ofwel obesitasbehandeling in dit geval, inmiddels mooie stappen zetten.”

Maar er is meer nodig, betoogt Van Rossum. “De andere kant is echt de universele preventie. Ik zit zelf aan die onderhandelingsstafel bij het ministerie van VWS als voorzitter van het PON, de koepelorganisatie van 18 (para)medische beroepsverenigingen, Zorgverzekeraars Nederland en andere zorgorganisaties die betrokken zijn bij obesitaszorg en beleid. Het feit dat het Nationaal Preventie Akkoord er is, vind ik een hele mooie eerste stap, maar het is nu hoog tijd voor urgente wettelijke maatregelen. Denk aan het invoeren van de suikertaks, btw-verlaging op groente en fruit, en een verbod op reclame voor ongezond voedsel. Maar om die wettelijke maatregelen door te voeren, heb je draagvlak nodig. Dat blijkt ingewikkeld en kost tijd. Er spelen veel belangen; denk aan de voedingsindustrie. Zo richt 80 procent van de marketing zich nog steeds op ongezonde voedselproducten; ditzelfde percentage geldt voor het aanbod in de supermarkt. Het is heel erg nodig dat er hardere maatregelen komen, want de kraan staat nu wagenwijd open – er komen steeds meer mensen met overgewicht bij – én het bad is vol: de helft van de Nederlanders heeft al overgewicht! Pas als we zowel de kraan dichtdraaien (door politiek en bedrijfsleven) als het bad laten leeglopen (obesitas aanpakken door het individu en zorgverleners) kunnen we de epidemie effectief tegengaan.”

Leefstijloket: hype of noodzakelijk goed?

*Mensen met obesitas leven gemiddeld 7 jaar korter
Meer dan 50% van de Nederlanders kampt met overgewicht
Naar schatting 80% van alle chronische zorg in de westerse wereld is te wijten aan een ongezonde leefstijl*

Zo maar een paar (ware!) stellingen die ik van de voorpagina van de Telegraaf had kunnen plukken. Schrikbarende cijfers als je het mij vraagt.

Sinds 2020 bestaat er in het Jeroen Bosch Ziekenhuis een spreekuur voor patiënten met overgewicht, gericht op leefstijlverbetering. Dit jaar openden wij een Leefstijloket voor alle patiënten met een ongezonde leefstijl. Denk hierbij aan mensen met overgewicht, rokers en (in de nabije toekomst) alcoholisten. In dit stuk licht ik de meerwaarde van dit Leefstijloket toe.

Hoewel de epidemie van overgewicht al decennialang zichtbaar is, is actie in vele opzichten jarenlang uitgebleven. Het aanbod van ongezonde voeding is in het straatbeeld alleen maar toegenomen, gezonde beweging is er bij een groot deel van de bevolking onvoldoende en zowel politiek bestuurders als artsen hebben een ongezonde leefstijl als oorzaak van ziekte jarenlang genegeerd. Een obese patiënt kon gerust bij zijn orthopeed aankloppen voor een tweede nieuwe knie zonder dat het onderwerp leefstijl ooit in de spreekkamer werd besproken. Voor een subfertiele vrouw met overgewicht werd IVF geïndiceerd zonder dat de ongezonde leefstijl expliciet aan de orde kwam. En als er al aandacht was voor dit onderwerp, beperkte dit zich vaak tot het holle advies om af te vallen (wat de patiënt in kwestie vaak al vele malen had geprobeerd, al dan niet met tijdelijk succes).

Misvattingen

Toen wij in 2019 in ons ziekenhuis plannen maakten voor een spreekuur voor leefstijl-

verbetering, stuitte wij aanvankelijk op veel scepsis. “Leefstijl is preventie. Dat hoort niet thuis in de tweede lijn. Mijn spreekuur is al druk genoeg, ik heb geen tijd om dit met de patiënt te bespreken. Het is dweilen met de kraan open.” Et cetera. Hoog tijd dus om een aantal wijdverbreide misvattingen uit de wereld te helpen. Allereerst: leefstijlverbetering is niet (alleen) ‘preventie’. Voor vrijwel alle secundaire ziekteelast is een gezondere leefstijl een effectieve, zo niet de effectiefste therapie. Of je nu kijkt naar diabetes mellitus, metabool syndroom, heup- en knie-artrose, secundaire infertiliteit, kanker, refluxziekte of slaapapneu: bij al deze ziekten is de meerwaarde van een gezondere leefstijl (leidend tot gewichtsreductie) aangetoond. En als je nu bedenkt dat vrijwel *é*lk individu ouder dan vijftig met overgewicht een aan leefstijl te relateren ziekte heeft, dan begrijp je niet dat wij deze helft van de bevolking een effectieve behandeling onthouden. Voorts is overgewicht niet alleen het gevolg van een slecht dieet en te weinig beweging. Overgewicht wordt allereerst voor 50% genetisch bepaald, ofwel komt voort uit de aanleg om te zwaar te worden. Verder spelen ongezonde slaap, stress, medicatie (denk eens aan de massaal voorgeschreven bètablokkers en antidepressiva) en sociale participatie een belangrijke rol bij het ontstaan van overgewicht. Tot slot verschilt het basaalmetabolisme van patiënten onderling sterk en wordt het op korte én lange termijn ongunstig beïnvloed door alle (crash-)diëten.

Leefstijloket vanuit tweede lijn

Om overgewicht aan te pakken moeten alle bovengenoemde facetten worden meegenomen. Maar ja, hoe dan?

Onze Nederlandse ziekenhuiszorg is er niet op ingericht om patiënten uitvoerig voor te lichten over een gezonde leefstijl, laat staan om hen te begeleiden. Toch meenden wij in het Jeroen Bosch Ziekenhuis deze kar te moeten trekken. Edgar van Mil, kinderarts in ons ziekenhuis en hoogleraar Jeugd, Voeding en Gezondheid, had al aangetoond dat de aanpak van overgewicht bij kinderen in onze ziekenhuisregio effectief was. Waarom zou dit bij volwassenen dan niet werken? En dus is er nu het Leefstijloket.

Netwerkpartners

Uitgangspunt was een nauwe samenwerking met onze netwerkpartners. Diëtisten, fysiotherapeuten en leefstijlcoaches hebben een belangrijke rol bij het nastreven van een gezondere leefstijl. Huisartsen zien veel patiënten met overgewicht die (nog) niet in het ziekenhuis komen en hebben reeds een principale taak bij het cardiovasculair risicomangement bij goeddeels dezelfde patiënten.

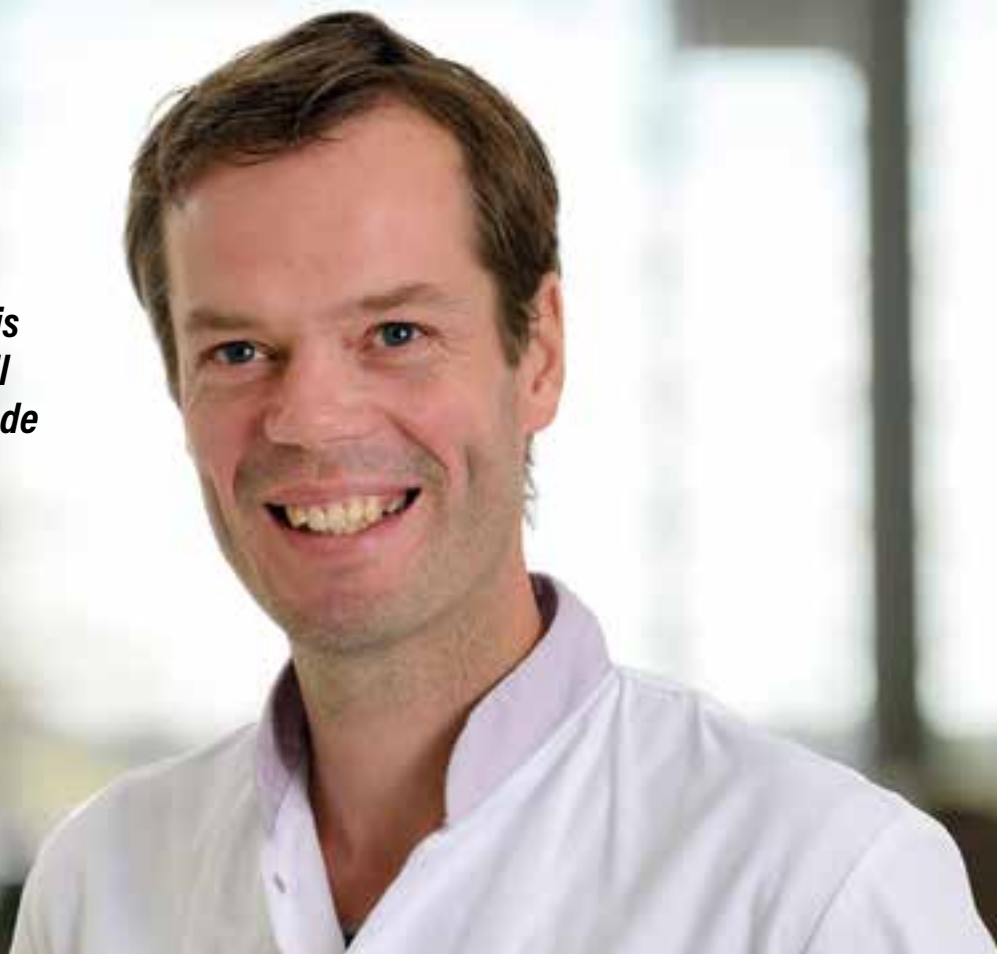
Onze GGD trachtte al eerder met hun Samen Gezond-spreekuur in de wijken een gezondere leefstijl te bereiken. En de gemeente heeft een belangrijke taak in onder meer de bereikbaarheid van voorzieningen en de schuldhulpverlening.

Met deze partners werd een bijeenkomst belegd en het startschot gegeven voor de ontwikkeling van een netwerksamenwerking in leefstijlverbetering.

Taakverdeling

Ons uitgangspunt voor de ziekenhuiszorg was tweeledig. De specialist herkent en benoemt de ongezonde leefstijl als oorzaak van de aandoening van patiënt waarvoor hij het spreekuur bezoekt. Een uitgebreid gesprek over alle facetten van leefstijl volgt op een later tijdstip buiten de spreekkamer en leidt tot een gericht plan van aanpak en begeleiding in de (nulde en) eerste lijn. Met deze aanpak beperken wij de (tijds-)belasting voor de medisch specialist, maar

***“Voor vrijwel alle
secundaire ziektelast is
een gezondere leefstijl
een effectieve, zo niet de
effectiefste therapie”***



benutten wij wel optimaal de professionele invloed van de arts (“Als de dokter het zegt...”). Belangrijk hierbij is de toon van de boodschapper. “U bent te dik, u moet afvallen” is stigmatiserend en werkt vaak averechts. “Wist u dat wij in onze ziekenhuisregio patiënten met overgewicht begeleiden naar een gezondere leefstijl, zou u interesse hebben?” klinkt een stuk uitnodigender.

Het daaropvolgende gesprek met patiënt over leefstijl vindt plaats met een verpleegkundige uit ons ziekenhuis en een preventiemedewerker van de GGD. Dit gesprek behelst een brede anamnese en heeft een holistische inslag. Er wordt uiteraard gevraagd naar dieet en beweging, maar ook slaappatroon, stress, medicatie, sociale participatie en eventuele socio-economische problemen komen aan bod.

Plan van aanpak

Het gesprek wordt afgerond met een plan van aanpak dat samen met de patiënt wordt opgesteld en waarbij de eigen regio van

de patiënt centraal staat. Dit plan kan bijvoorbeeld bestaan uit een gecombineerde leefstijlinterventie, een beweegprogramma en/of het aanpassen van obesogene medicatie. Soms is het vereist eerst een ander probleem aan te pakken, zoals een hoge schuldenlast, zodat patiënt zich daarna kan bezighouden met een gezondere leefstijl. Bij elke patiënt staan de individuele situatie en draagkracht voorop.

Evaluatie

Na drie weken en na drie maanden volgt met patiënt een evaluatie van het plan van aanpak. Uit onze eerste terugblik blijkt dat na drie maanden 80% van de patiënten actief bezig is met het plan van aanpak en dat bij meer dan de helft van de patiënten al gewichtsafname heeft plaatsgevonden.

Conclusie

Onze aanpak lijkt (voorzichtig) effectief. Het is echter niet onze verwachting dat ons Leefstijlloket voldoende is om de obesitas-epidemie te keren. Gedragsverandering is

op de lange termijn uiterst lastig, en onze dikmakende omgeving draagt hieraan bij voortdurend negatief bij. Gelukkig lijkt bij onze politieke beleidsmakers het besef ingedaald dat er op het gebied van leefstijl een sterkere politieke sturing nodig is. Ook gloort er met de vrij spectaculaire gewichtsreductie door nieuwe medicatie als semaglutide en liraglutide (in combinatie met leefstijlverbetering) licht aan de horizon (*zie hiervoor het interview met Liesbeth van Rossum, pag. 166 e.v.*). Met al deze initiatieven is de weg naar een gezondere samenleving onomkeerbaar ingezet. Het Leefstijlloket blijkt hierbij in onze regio een belangrijke schakel.

Wij nodigen u van harte uit om een vergelijkbaar initiatief in uw ziekenhuis te ontplooiën.

*Yvo Kortmann, MDL-arts
Jeroen Bosch Ziekenhuis*



ADVERTENTIE

MAASTRICHT UMC+ MAAKT SERIEUS WERK VAN PREVENTIEVE ZORG

En dat begint bij kinderen!

Steeds meer kinderen in Nederland kampen met overgewicht of obesitas. Dit gaat gepaard met soms ernstige gevolgen voor het kind: beginnende suikerziekte, tekenen van hart- en vaatziekten zoals een hoge bloeddruk, en leverziekten zoals *non-alcoholic fatty liver disease* (NAFLD). Ook worstelen ze vaak met onzekerheid en gevoelens van schaamte en lopen ze een groter risico om te worden gepest. Kinderen met overgewicht kampen op (soms zeer) jonge leeftijd al met de eerste tekenen van chronische (lever)ziekten. Soms met blijvende schade. De levensverwachting van deze kinderen ligt, evenals de kwaliteit van leven, lager dan bij kinderen met een gezond gewicht.

Aan overgewicht en obesitas kunnen verschillende factoren ten grondslag liggen: biologische (erfelijkheid), sociaaleconomische en omgevingsfactoren. Al deze factoren zijn van invloed op de gezondheid en de leefstijl.

Met het COACH-programma van het Maastricht UMC+ wordt daadwerkelijk iets gedaan aan het grote aantal kinderen met overgewicht en obesitas in de zuidelijke regio. COACH, het Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare, richt zich op de gezondheidszorg en langdurige begeleiding voor kinderen en jongvolwassenen met overgewicht en obesitas.

Onderzoek bij aanvang

Voordat de begeleiding kan beginnen vindt er een uitgebreide evaluatie plaats van leefstijl, leefomgeving, psychosociale omstandigheden en factoren die een ongezonde leefstijl in stand kunnen houden. Ook is er

een gezondheidsonderzoek, waarin het kind grondig wordt onderzocht op de aanwezigheid van eventuele oorzaken van het overgewicht. Ook wordt gekeken naar de gevolgen van het overgewicht op de totale gezondheid van het kind, zoals de aanwezigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, leverziekten en suikerziekte.

Begeleiding naar gezonde leefstijl

Als de gezondheid van het kind en de sociale context in kaart zijn gebracht, worden alle bevindingen besproken binnen het multidisciplinaire COACH-team en komt er een zorg-op-maatplan. Vastgestelde aandoeningen worden behandeld. Vervolgens neemt het team het kind en de ouders bij de hand op weg naar een gezondere leefstijl. In dit coachingstraject wordt gebruikgemaakt van motiverende gesprekstechnieken.

Kinderen en hun ouders bezoeken frequent de polikliniek. Het doel is dat het hele gezin



meedoet aan deze veranderingen, immers overgewicht en obesitas moeten niet alleen worden behandeld bij het betrokken kind zelf, maar ook in de omgeving van het kind. De aanpak is succesvol, zo is inmiddels bewezen met wetenschappelijk onderzoek binnen het expertisecentrum COACH: kinderen gaan gezonder leven met een gezonder gewicht, betere gezondheid en toegenomen kwaliteit van leven. Leefpatronen kunnen doorbroken worden. Met de juiste ondersteuning kunnen leefgewoonten daadwerkelijk veranderen. Stap voor stap, dichtbij huis en met het perspectief van het kind als uitgangspunt. Vanuit deze visie is Your Coach Next Door (YCND) ontstaan.

Your Coach Next Door: verbinding tussen preventie en zorg

De YCND-methode is een laagdrempelige en effectieve methode waarbij kind en gezin in contact worden gebracht met een coach (centrale zorgverlener of kinderleefstijl-coach) dicht bij huis. Een coach die belemmerende en bevorderende factoren voor een gezonde leefstijl herkent, die gezinnen motiveert om kleine stappen te maken om gezonder te leven en zo nodig effectief helpt naar passend aanbod vanuit een lokaal netwerk. Extra hulp vanuit het netwerk met onder andere fysiotherapeuten, psychologen en diëtisten. Cruciaal hierin is het continue overleg: regelmatige bijeenkomsten waarbij

In het Maastricht UMC+ krijgen kinderen de medische zorg en begeleiding die nodig is op weg naar een gezonde leefstijl en in het begeleidingsprogramma van COACH wordt gezocht naar actieve werkvormen die bewustwording en gedragsverandering tot stand kunnen brengen. Bij Your Coach Next Door worden vervolgens zorgprofessionals opgeleid om de kinderen en hun gezinnen dicht bij huis te begeleiden naar een gezonder en gelukkiger toekomst.

Het veranderen van de leefstijl door langdurige begeleiding heeft ook effect op de leefstijl van de volgende generatie. Zo wordt voorkomen dat het probleem van generatie op generatie wordt overgedragen.



ADVERTENTIE

alle partners hun knowhow inbrengen en YCND vinger aan de pols houdt qua toepassing van de methodiek, maar ook input verwerkt in de doorontwikkeling van de methode.

Activiteiten

In samenwerking met externe partners uit de regio kunnen kinderen deelnemen aan tal van activiteiten die buiten de ziekenhuis-muren worden georganiseerd, zoals beweegen en sportprogramma's en kookworkshops. Ze worden uitgedaagd activiteiten op te pakken die passen bij hun persoonlijkheden. Want of ze nu gaan voetballen, acteren, in de natuur bezig zijn of leren koken, het helpt allemaal om hen op een positieve manier naar zichzelf en naar hun omgeving te laten kijken. Het helpt hen om te veranderen. Om

een gezonder gewicht te bereiken. Om hun sociale netwerken te verstevigen. En dus om op een prettige en laagdrempelige manier hun eigen toekomst vorm te geven. Met een gezonde en gelukkige leefstijl als stevige basis.

De rol van de kinderleefstijlcoach en de centrale zorgverlener is belangrijk in deze zorg-op-maat-werkwijze dicht bij huis. Om kwaliteit en werkwijze volgens de YCND-methode te kunnen blijven garanderen, introduceert YCND haar eigen leefstijlprogramma bij zorgprofessionals. Hier worden zij opgeleid tot YCND-kinderleefstijlcoach of centrale zorgverlener. Zo blijft er aanbod van de gewenste expertise in de groeiende vraag naar professionele begeleiding voor de preventieve zorg bij overgewicht en obesitas bij kinderen.



Anita Vreugdenhil

hoogleraar en kinderarts MDL, Hoofd Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare COACH

MDL TRANSFERS

Weinig transfers; veel vacatures in het hele land

Noorden

Per 1 mei is Floris Haijer (opleiding UMCG) gestart in het Ommelanders Ziekenhuis als 3^e MDL-arts. Hij houdt zich bezig met de volle breedte van het vak, met hepatologie als aandachtsgebied. In het Endoscopiecentrum ligt zijn interesse bij het uitvoeren van ERCP's. Noortje Rossen (opleiding Amsterdam UMC), was werkzaam als *chef de clinique* en is per 1 november begonnen als 13^e vaste MDL-arts in Isala Zwolle. Zij heeft als aandachtsgebied IBD.

Midden

Hanke Brandse was al werkzaam als *chef de clinique* in het Rijnstate Ziekenhuis en zal per 1 januari 2023 werkzaam zijn als 13^e staf lid met aandachtsgebied IBD en ERCP. Rian Nijmeijer is per 1 september gestart als 6^e MDL-arts in het Deventer Ziekenhuis.

Westen

Christine Vos (opleiding LUMC) is begonnen als *chef de clinique* in het Alrijne Ziekenhuis. In het OLVG is Jos Jansen (opleiding Radboudumc) begonnen als de 18^e MDL-arts en *chef de clinique*. Zijn aandachtsgebied is algemene MDL-zorg. Wesley Utomo (opleiding MUMC+) is per 1 oktober gestart als *chef de clinique* in het IJsselland Ziekenhuis.

Zuiden

Marie-Claire Kleinegris (opleiding MUMC+) is per 1 september in het MUMC+ gestart als 16^e MDL-arts met als aandachtsgebied hepato-

logie/levertransplantatie. Hedwig D'Agnolo (opleiding Radboudumc) is in november begonnen als 8^e MDL-arts in het Máxima Medisch Centrum, ter opvolging van Marie-Louise Verhulst.

Aantallen

Per 1 december 2022: 641 MDL-artsen in Nederland (waarvan 6 niet-leden van de NVMDL), 14 pensionado's (*die nog werkzaam zijn*), 215 aios MDL.

Vacatures

ACIBADEM International Medical Center: MDL-arts (minimaal 0,4 fte)
Antoni van Leeuwenhoek: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
OLVG: *chef de clinique* (0,9 fte)
Wilhelmina Ziekenhuis, Assen: 2 MDL-artsen
Bergman Clinics: MDL-arts, Bergman Clinics
Haaglanden MC: *chef de clinique* (0,8-1,0 fte)
Gelderse Vallei: MDL-arts (0,8 fte)
Medisch Spectrum Twente/Streekziekenhuis Koningin Beatrix: MDL-arts (1,0 fte)
Elkerliek ziekenhuis, Helmond: MDL-arts (1,0 fte)
MC Leeuwarden: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
Radboudumc: *fellow* met aandachtsgebied geavanceerde endoscopie
Erasmus MC: MDL-arts voor endoscopische werkzaamheden (tijdelijk, per direct)
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis: *chef de clinique*
Polidirect (regio Zuid-Nederland): MDL-arts



Alcoholpreventie: nog een lange weg te gaan

In 2018 sloot toenmalig staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Paul Blokhuis het Nationaal Preventie Akkoord (NPA). Hierin is preventie en reductie van problematisch alcoholgebruik – naast preventie en reductie van roken en overgewicht – één van de drie hoofdonderwerpen [1]. Afgevaardigden van gezondheidsorganisaties, de verslavingszorg, de samenwerkende gezondheidsfondsen (onder andere KWF Kankerbestrijding en Maag Lever Darm Stichting (MLDS)) en (alcohol)preventie-organisaties schuiven aan bij de zogenaamde preventietafels. MDL-artsen zaten gek genoeg niet aan bij de Alcoholtafel. Pas sinds begin 2022 is de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) vertegenwoordigd.

Doelstellingen Nationaal Preventie Akkoord

In het NPA worden (samengevat) de volgende ambities en doelstellingen voor het jaar 2040 geformuleerd:

1. Geen alcoholgebruik onder de 18 jaar.
Het aantal scholieren (12-16 jaar) dat ooit alcohol heeft gedronken, daalt van 45% in 2017 naar maximaal 25% in 2040.
2. Geen alcoholgebruik tijdens de zwanger-

- schap. Het aantal zwangere vrouwen dat alcohol drinkt, daalt van 8,9% in 2017 naar maximaal 4% in 2040.
3. Minder overmatig en zwaar alcoholgebruik. Het percentage Nederlanders van 18 jaar en ouder dat overmatig drinkt, daalt van 8,8% in 2017 naar 5% in 2040, met vooral aandacht voor overmatige drinkers van 50+. Daarnaast daalt het totale aantal Nederlanders van 18 jaar

en ouder dat zwaar drinkt van 8,5% naar 5% in 2040, met vooral aandacht voor het aandeel zware drinkers onder jongvolwassenen (18-30 jaar).

4. De bewustwording van het eigen drinkgedrag en de effecten daarvan nemen toe, waarbij het de ambitie is dat in 2040 80% van de bevolking van 12 jaar en ouder de belangrijke (gezondheid)effecten van alcoholgebruik kent.



Initiatieven van medisch specialisten

De inzet van MDL-artsen voor preventie is historisch gezien beperkt geweest, terwijl bekend is dat specialisten een belangrijke en effectieve rol kunnen spelen bij vroegsignalering. Pas in 2019 werd door de NVMDL de wens uitgesproken tot meer inzet voor alcoholpreventie. Het zou tot 2021 duren vooraleer een collectief, bestaande uit afgevaardigden van de NVMDL, de MLDS, de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE) en de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie (NVH) een gezamenlijke *position paper* (mdl.nl/alcoholpreventie) publiceerden. Hierin werd gesteld dat de sociale norm rond alcoholgebruik veel te ver afstaat van de gezondheidsnorm van de Gezondheidsraad: *drink niet of maximaal één glas alcohol per dag* [2]. De overheid werd opgeroepen om meer te investeren in een bewustwordingscampagne over de schadelijke effecten van alcohol onder volwassenen en om met name de jeugd beter te beschermen tegen reclame en promotie van alcohol. Helaas is hiervan nog weinig terechtgekomen. Nog steeds drinkt de Nederlander gemiddeld 7 liter pure alcohol per jaar.

De boodschap ‘meer aandacht voor alcoholpreventie’ is inmiddels ook opgepakt door de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Halverwege 2022 is het Federatie Netwerk Preventie opgericht. Dit netwerk moet nog verder vorm krijgen, maar er zal in ieder geval gewerkt gaan worden aan een discussiestuk met een gezamenlijke kernboodschap over preventiemaatregelen vanuit de FMS. Ook zal een discussie worden gestart over de rol en verantwoordelijkheid die de medisch specialist moet nemen als het gaat om preventie.

MDL-artsen

Eerder bleek uit een enquête onder 71 MDL-artsen dat 85% van de collega's vindt dat de beroepsgroep meer moet doen aan het tijdig signaleren, bespreekbaar maken van en doorverwijzen bij (overmatig) alcoholgebruik. Deze MDL-artsen zagen voor zichzelf een belangrijke taak weggelegd om

meer te doen aan alcoholpreventie. Dit heeft geleid tot verschillende initiatieven in tal van Nederlandse ziekenhuizen. In verreweg de meeste initiatieven wordt met patiënten standaard een vraaggesprek over alcoholgebruik gevoerd, zoals is vastgelegd in de Handreiking Vroegsignalering Alcoholproblematiek (mdl.nl/alcoholpreventie). Is er sprake van een alcoholprobleem, dan kan de patiënt al tijdens de opname, SEH-bezoek of poliklinisch bezoek worden gecounseld om het alcoholgebruik te beperken.

Onderzoek naar gevolgen alcoholgebruik

Alcoholgerelateerde complicaties zijn nog steeds prominent aanwezig in de praktijk van de MDL-arts, als ook in die van andere specialisten (zoals de cardioloog of SEH-arts). Uit analyse van een cohortstudie van 681 volwassen patiënten met cirrose uit Amsterdam UMC en OLVG bleek, dat 40% van deze cirrose werd veroorzaakt door overmatig alcoholgebruik [3]. Een andere cohortstudie liet zien dat bij patiënten met een hepatocellulair carcinoom 35% veroorzaakt werd door overmatig alcoholgebruik [4]. Ook een recent gepubliceerde cohortstudie onder iets meer dan 4.500.000 volwassenen in Korea liet zien dat het nuttigen van alcohol geassocieerd is met veertien vormen van kanker [5]. Alcohol is daarmee na roken de grootste risicofactor van kanker [6]. Patiënten die hun alcoholconsumptie verminderen of geheelonthouder zijn, hebben een lager risico op kanker [5]. Dit geldt ook voor cardiovasculaire complicaties van alcohol. Een cohortstudie uit 2019 liet zien dat het nuttigen van één glas alcohol of meer per dag een aanzienlijke stijging gaf in sterfte als gevolg van hartfalen, herseninfarct en andere vormen van cardiovasculaire aandoeningen [7].

Rol overheid

Alle reden dus om vanuit de overheid meer te ondernemen om het alcoholgebruik te verminderen. De meest effectieve aanpak van alcoholproblematiek is door het nemen van wettelijke maatregelen. Denk aan het verhogen van de prijs, beperken van de

beschikbaarheid en zichtbaarheid van alcohol(marketing). Helaas zijn de stappen die in Nederland zijn genomen, vooralsnog niet groot en beperkten zij zich tot het instellen van een leeftijdsgrens in 2014 en het verbod op kortingen van meer dan 25% op alcoholhoudende drank in 2021. Dat levert onvoldoende op, maar een effectievere aanpak is nog niet zo makkelijk te realiseren. Door het gebrek aan kennis in de algemene bevolking over de risico's van alcohol, is het gebruik maatschappelijk nog zó geaccepteerd dat het moed vergt van overheden om daartegen in het verweer te komen.

Schotland

Dit heeft de Schotse overheid er niet van weerhouden om verregaande beleidsmaatregelen door te voeren. Op 1 mei 2018 werd daar een bodemprijs ingesteld per eenheid alcohol: de ‘minimum eenheidsprijs’ of *minimum unit price* (MUP). Een eenheid alcohol mocht niet goedkoper zijn dan 50 penny, waardoor 1 liter whisky niet goedkoper kon zijn dan £ 7,50. Dit heeft groot effect gehad op de alcoholconsumptie, omdat de goedkope bulk-whisky uit de supermarkten verdween. Tijdens de International Liver Meeting van de EASL in juni van dit jaar werden de eerste data gepresenteerd (*ongepubliceerd*). Nu al – drie jaar na invoering – wordt er een significante daling gezien in levergerelateerde sterfte onder Schotten en buigt het sterftcijfer af ten opzichte van buurland Engeland waar MUP niet werd ingevoerd. Hoewel de effecten misschien niet één-op-één vertaald kunnen worden naar de Nederlandse samenleving vanwege verschillen in socio-economisch drinkgedrag tussen Britten en Nederlanders, geldt over het algemeen dat prijsverhoging wel degelijk leidt tot vermindering van consumptie [8, 9].

Wetsvoorstel

Ondanks dit Schotse voorbeeld besloot de Nederlandse regering om in het regeerakkoord een initiatiefwetsvoorstel op te nemen dat ‘mengformules’ toestaat in winkels: het zogeheten ‘*blurring* met alcohol’ Ofwel: het zogenaamde glaasje wijn bij de kapper ▶

duis! De wet betekent echter meer. Zo wordt het ook mogelijk een kratje bier bij de bouwmarkt te halen of een wijnproeverij bij de supermarkt te houden. Dat dit een uiterst slecht plan is, was al in 2019 bekend. Adviesbureau Berenschot concludeerde dat het aannemelijk is dat invoering van de wet leidt tot negatieve effecten op de volksgezondheid (leidend tot (gezondheids)schade) en negatieve effecten op de verkeersveiligheid (leidend tot verkeersongevallen). Ook acht Berenschot het redelijk aannemelijk dat alcoholconsumptie door mengformules negatieve effecten heeft op de openbare orde. Het rapport wees daarbij kinderen, jongeren, jongvolwassen en mensen met (gevoeligheid voor) verslavingsproblematiek aan als specifieke risicogroepen [10]. Dertig hoogleraren, met name vanuit hun betrokkenheid bij de volksgezondheid, spraken hun verontrusting al uit over dit onzinnige plan. Recent besteedde ook het KRO-programma *Pointer* uitgebreid aandacht aan dit wetsvoorstel.

Opheffing Alcoholtafel

Zowel het *blurring*-wetsvoorstel als de moeilijke onderhandelingen aan de Alcoholtafel hebben ertoe geleid dat staatssecretaris Van Ooijen onlangs besloot de Alcoholtafel op te heffen [11]. Hij concludeerde in zijn brief dat “*het overleg niet geleid heeft tot de noodzakelijke en aanvullende effectieve maatregelen om de volksgezondheid te beschermen*”. Dit onderbouwt hij met de laatste cijfers over het middelengebruik onder jongeren en het naleven van de leeftijdsgrens op alcohol. Het aantal volwassenen dat zwaar drinkt, is daarnaast tussen 2016 en 2021 niet afgenomen (9%). Het in 2021 geschatte absolute aantal mensen dat overmatig en/of zwaar alcohol drinkt was circa 1,5 miljoen! [12] Ook het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om beleid niet te ontwikkelen in samenspraak met het belanghebbend bedrijfsleven, was voor de gezondheidspartijen dermate zwaarwegend dat het op begrip van Van Ooijen kon rekenen. Een structuur van polderen werkt simpelweg niet

als het gaat om alcoholpreventie. De hoop is daarom dat het ministerie effectievere maatregelen doorvoert, nu duidelijk is dat de Alcoholtafel geen oplossing is voor de alcoholproblematiek in Nederland. De stem van de MDL-arts is daarbij belangrijk: laten wij de urgentie agenderen van effectief preventiebeleid.

Bart Takkenberg, MDL-arts
Amsterdam AMC

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2022 (p. 205 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities



JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS LAAT ZIEN:

Aanpak alcoholproblematiek succesvol met breed multidisciplinair overleg

Dankzij de inzet en betrokkenheid van een MDL-verpleegkundige in het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) maakt het ziekenhuis serieus werk van de (vroeg)signalering van alcoholproblematiek bij patiënten die de polikliniek bezoeken of zijn opgenomen in het ziekenhuis. Bij patiënten met (overmatig) alcoholgebruik wordt een hulptraject aangeboden. “We zagen de patiënten die fors alcohol drinken steeds weer terugkomen en alleen maar zieker worden.”

“Zo’n tien procent van de patiënten heeft klachten die mogelijk (in)direct te relateren zijn aan (overmatig) alcoholgebruik. Op de afdeling MDL is zo’n twintig tot dertig procent van de klachten alcoholgerelateerd. Daarmee kun je als verpleegkundige op de afdeling de hele dag druk zijn. Als patiënten met forse alcoholproblematiek bijvoorbeeld in een onttrekkingsdelier raken, kunnen ze onrustig en verward worden, vallen, en soms agressief worden”, zegt voormalig MDL-verpleegkundige in het JBZ, Jacqueline Bisschop. “Aan die patiënten werd na de opname hooguit

een kaartje meegegeven van de verslavingszorg, maar verder deden we er klinisch weinig mee. We hadden nog geen protocol. Vervolgens zag je deze patiënten een paar weken later weer terugkomen op de afdeling.”

Gemiste kans

Een gemiste kans, vond zij destijds. “Als je je ogen sluit voor het psychosociale deel bij zo’n patiënt, blijf je in cirkels draaien. Dan kun je iemand wel tien keer opnemen voor een alveesklierontsteking, maar die ontsteking komt ergens door. Misschien is het dan

belangrijker om de oorzaak weg te nemen.” Maar wat kun je als ziekenhuis met het signaleren van alcoholproblematiek bij patiënten, en welke handvatten kun je zorgprofessionals geven? Tijdens haar studie aan de HBO-V besloot Bisschop daaraan haar scriptie te wijden. Inmiddels is ze Projectleider Alcoholproblematiek voor het gehele JBZ en werkt ze aan haar promotieonderzoek om de door haar geïnitieerde aanpak in het JBZ te onderbouwen.

MDL-arts en hepatoloog Henk-Marijn de Jonge, ook werkzaam in het JBZ, is haar copromotor. De Jonge is blij met haar initiatief en inzet. “Epidemiologisch gezien zijn leefstijlgerelateerde leverziekten – leverziekten bij mensen met obesitas (metabool syndroom) die vette levers krijgen en/of leverschade door alcoholgebruik – verreweg de grootste groep van patiënten die we wereldwijd zien. Maar als er rondom alcoholproblematiek in het ziekenhuis niets is georganiseerd, ga je als dokter het gesprek niet aan. Het blijft dan bij ‘U moet stoppen met drinken, want het gaat steeds slechter met u’. Maar dat leidt veelal tot niets, want je neemt de onderliggende oorzaak niet weg, zoals bijvoorbeeld schulden of een onderliggend psychiatrisch ziektebeeld.”

Geprekstechnieken

Tijdens het onderzoek voor haar scriptie voor de HBO-opleiding Verpleegkunde interviewde Bisschop haar collega's met de vraag

‘Waar lopen jullie tegenaan bij patiënten met alcoholproblematiek’. Ook interviewde zij de initiatiefnemers van een alcoholpreventieproject op de Spoedeisende Hulp (SEH) van het Haaglanden Medisch Centrum. Haar onderzoek leverde veel inzichten op, vertelt Bisschop. Het ontbrak bij de zorgprofessionals bijvoorbeeld aan kennis van alcoholproblematiek en adequate gesprekstechnieken, en aan zicht op een mogelijk vervolgtraject.

Projectleider Alcoholproblematiek

Vanuit het JBZ kreeg Bisschop medio 2019 de kans om als Projectleider Alcoholproblematiek aan de slag te gaan met het opzetten van een structuur waarin (vroeg) signalering van en hulp aan patiënten met alcoholproblematiek een vaste plek in het ziekenhuis kon krijgen. Ze implementeerde screeningsinstrumenten en regelde scholing voor zorgprofessionals. Ook werd een multidisciplinair overleg (MDO) opgezet waarin psychiaters, maatschappelijk en sociaal werkers uit het de wijk, en soms ook de huisarts, de verslavingszorg, de GGD, de politie en/of mensen vanuit de gemeente aanschuiven. “Afhankelijk van de score bij de screening zetten we bepaalde interventies in, bijvoorbeeld schuldhulpverlening, psychiatrisch consult of medicatie. De casussen – vaak complexe vraagstukken – worden dan eerst in het MDO besproken. We zitten hier letterlijk twee keer per week aan tafel om met elkaar te overleggen wat ▶

*Jacqueline Bisschop:
“...niet in cirkels blijven
draaien...”*



Landelijk Alcoholcongres 2023, donderdag 6 april

Op 6 april 2023 vindt er in de Prodentfabriek in Amersfoort hét landelijke Alcoholcongres van Nederland plaats, waar Projectleider Alcoholproblematiek Jacqueline Bisschop en MDL-arts Henk-Marijn de Jonge tijdens een workshop vertellen over hun ervaringen met het alcoholproject in het JBZ. Beiden zijn ook actief betrokken bij de landelijke Alcohol Werkgroep Tweedelij van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) dat in 2018 is opgericht vanuit het Nationaal Preventieakkoord Problematisch Alcoholgebruik van het ministerie van VWS. Het doel van deze Werkgroep Tweedelij is om alcoholpreventie in de tweedelijnszorg te versterken. Het project in het JBZ is hierin één van de kansrijke projecten.

Meer informatie kunt u vinden op de website van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA): herkenalcoholproblematiek.nl.



ADVERTENTIE

het vervolgtraject kan zijn.” Als een patiënt bij de screening iets lager scoort op alcoholproblematiek, wordt er vooral voorlichting gegeven of kan de patiënt – als hij of zij via de polikliniek binnenkomt – worden doorverwezen naar het leefstijloket in het JBZ (zie pag. 170 in deze MAGMA).

Succesverhalen

Het werkt. Bisschop: “We zien nu al dat het veel oplevert. Het medisch en sociaal netwerk weten elkaar te vinden, de lijntjes zijn korter, en situaties op de afdelingen lopen minder uit de hand omdat er eerder met medicatie wordt gestart.” Ook De Jonge heeft inmiddels mooie voorbeelden van succesverhalen. “Een van mijn patiënten werd regelmatig opgenomen met gedecompenseerde levercirrose, waarbij allerlei complicaties optraden door zijn alcoholisch beschadigde lever. Hij kwam z'n huis niet meer uit. De zorgprofessionals van het MDO hebben hem onder meer geholpen om uit z'n schulden te komen. Nu drinkt hij niet meer, gaat op vakantie, vist weer en heeft de banden met zijn familie hersteld. Kortom, hij heeft zijn leven weer terug en is enorm dankbaar. Als we ons alleen maar hadden gefocust op de zoveelste opname, dan was hij er nu niet meer geweest.”

Uitdaging versus frustratie

Inmiddels is het succesvolle concept van screening, scholing en de inzet van MDO op vier afdelingen in het JBZ opgezet – MDL, neurologie, kortverblijf urologie en (binnenkort) interne geneeskunde – en op de Spoedeisende Hulp (SEH). “Het begint nu steeds meer de norm voor de ziekenhuisaanpak te worden”, zegt Bisschop. Artsen en verpleegkundigen vormen daarin een mooi team, stelt zij. “Beiden doen de signalering en gaan de gesprekken aan, waarbij ieder zijn of haar eigen rol heeft. De arts wijst de patiënt op de fysieke noodzaak om te veranderen en heeft daarin ook meer overwicht; de verpleegkundige staat dicht bij de patiënt en organiseert mede de hulp om de verandering te realiseren.” De Jonge: “Als je voor deze categorie patiënten een dergelijk project opzet in de tweede lijn, geeft het

veel meer voldoening om het gesprek aan te gaan en ze daadwerkelijk te helpen. Je kunt het als arts namelijk niet alleen oplossen. Het wordt nu een uitdaging in plaats van iets dat je uit de weg gaat, merk ik.”

Netwerkproject

Voor patiënten met ernstige alcoholproblematiek is de innige samenwerking tussen het medische en sociale domein volgens Bisschop een van de grootste succesfactoren. “Het is echt een netwerkproject”, zegt Bisschop. “Dat maakt het meteen ingewikkeld, maar dat is juist ook waarin dit project heel sterk is.” Een voorbeeld. “Aanvankelijk wilden we binnen het MDO een ketenaanpak uitschrijven voor de hoogste categorie patiënten met alcoholproblematiek, maar wat ons opviel is dat er helemaal geen identieke keten is vast te stellen. Deze patiënten hebben zulke uiteenlopende verhalen en zorgbehoeften. Het is echt zorg op maat. Het MDO is daarmee de kracht van ons project.”

Promotieonderzoek

Bij Tranzo, het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van de Universiteit van Tilburg, doet Bisschop nu onderzoek om het resultaat van de opgezette interventies bij patiënten met alcoholproblematiek in het JBZ te onderbouwen. Onlangs heeft ze daartoe haar master *Evidence based practice in Healthcare* afgerond met een thesis over screeningsinstrumenten om alcoholproblematiek op te sporen in de tweede lijn. Bisschop: “We zijn met onze aanpak van de alcoholproblematiek in de tweede lijn koploper in Nederland. En één van de negen *best practices*-projecten die worden gevolgd door het landelijke Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcohol. Het past ook binnen de strategie van ons ziekenhuis dat zich richt op gezondheid in plaats van op ziekte. Ook dat is een succesfactor: het bestuur maakt tijd en geld vrij om dit project te faciliteren. Nu willen we het graag onderbouwen met harde cijfers: wat levert het bijvoorbeeld op aan heropnames en/of minder gezondheidsschade. De thesis van mijn master wordt het eerste hoofdstuk van mijn proefschrift.”

Henk-Marijn de Jonge:
“...mooie voorbeelden met succesverhalen...”



Alcoholverslaving herkennen én bespreken: hoe doen we dat?

Als instelling voor verslavingszorg behandelen we verslaafden volgens het twaalfstappenmodel, met als doel: een volledige abstinentie van middelen. Welke overlap zien wij tussen onze patiëntenpopulatie en die van de MDL-arts in de kliniek? Hoe zouden we beter kunnen samenwerken? En wat zouden MDL-artsen van ons kunnen leren? Op verzoek van *MAGMA* bespreek ik hieronder deze vragen en kom met enkele suggesties.

De overlap tussen onze patiëntenpopulatie en die van de MDL-arts ligt vooral op het vlak alcohol en gezondheid. Uiteraard kennen we allemaal alcoholische leverziekte, met eerst steatose en vervolgens levercirrose, waarbij de kwaliteit van leven steeds verder achteruitgaat. Het stoppen met drinken is daarbij mijns inziens potentieel levensreddend. En dus is het van belang deze patiënten de kans te geven met drinken te stoppen tijdens de ontwikkeling van hun ziekte. Door de bank genomen komen deze mensen pas in beeld wanneer er al vergevorderde pathologie gaande is. Echter, vaak valt dit nog te stabiliseren door middel van abstinentie.

MDL-patiënten in de verslavingszorg

Welke MDL-patiënten zien wij in de verslavingszorg? Bij alcoholisten komen diarree en vervolgens obstipatie – respectievelijk voor en na de alcoholdetox – vaak voor. Het *refeedingsyndroom* als onderdeel van de metabole omzetting van energiebron (van vloeibare energie terug naar bruine boterhammen) kan soms erg heftig zijn. Patiënten ervaren vaak dyspepsie, vermoeidheid en buikkrampen. Vaak zien we ook oedeem aan de benen door onder andere lage albumine-aanmaak in combinatie met de vaak jarenlange passiviteit/inactiviteit.

Obesitas komt bij veel alcoholpatiënten voor, maar sommigen zijn ronduit ondervoed. De meesten zijn zowel chronisch drinker (dagelijks) als chronisch MDL-patiënt.

Een specifieke groep alcoholverslaafde obesitaspatiënten die we regelmatig tegenkomen, betreft mensen – al dan niet met een eetprobleem (te veel eten vanuit emoties) – bij wie een *gastric bypass* is uitgevoerd. Onze theorie over het ontstaan van hun alcoholprobleem is dat patiënten vroeg of laat ontdekken dat het drinken van alcohol anders begint te werken: ze worden sneller dronken én kunnen door het drinken sneller hun hongergevoel stillen. Dat gaat bij de alcoholist in spe doorgaans een eigen leven leiden. Vaak is er geen voorgeschiedenis met een hoge alcoholconsumptie tot na de *gastric bypass*. Het betreft vaak vrouwen boven de 35.

Pancreatitis komt zelden voor, meer als bevestiging bij patiënten met ochtendmisselijkheid.

Contacten met MDL-collega's

Bij MDL-vragen over onze klinische patiënten bellen we met de MDL in ons lokale ziekenhuis Meander te Amersfoort. Bij twijfel kunnen we patiënten laagdrempelig insturen. Deze samenwerking loopt prettig. Een enkele keer spreken we bij intake van tevoren een MDL-arts om samen in te schatten wat de stabiliteit van een patiënt is alvorens een behandelaanbod te doen.

Verslaving herkennen

Zoals er MDL-patiënten in de verslavingszorg behandeld worden, zullen er zeker ook verslaafden bij de MDL in zorg zijn. Bekende verslavingskenmerken zitten – naast de bevindingen bij lab en onderzoek – vooral in het gedrag. Dat is vaak al zichtbaar bij het maken van afspraken en de manier waarop iemand wel of niet 'in' de behandeling zit:

SolutionS-Center

Jacob Verheij is werkzaam als verslavingsarts KNMG bij Stichting SolutionS-Center in Voorthuizen. Deze instelling met een capaciteit van iets meer dan 70 bedden, behandelt verslaafden volgens het twaalf-stappen-Minnesotamodel. Daarbij staat totale abstinentie centraal in het herstel op fysiek, mentaal en spiritueel gebied. Van de verslaafden die het volledige klinische programma afmaken (klinische behandeling van 28 dagen plus drie maanden nazorg) blijkt volgens onderzoek van de kliniek dat na vijf jaar nog 80% abstant is. In de Voorthuizense kliniek werken vier verslavingsartsen aan de somatische gezondheid van een soms complexe groep patiënten.

In de ontwikkeling naar betere behandelvormen (zoals co-behandeling bij met name somatisch-complexe zorg) streeft SolutionS-Center naar het vergroten van hun netwerk met specialistische partners, onder wie MDL-artsen, met als doel ook de kwetsbare MDL-patiënt een kans te bieden op een abstant leven.

Meer informatie

<https://solutions-center.nl/behandeling/verwijzers>

T: (0342) 427 060

met oprechte betrokkenheid bij de eigen gezondheid of een chaotische afwisseling van wel en niet gemotiveerde *compliance*. Tijdens een consult zou kunnen opvallen dat er veel onderhandeld wordt, de patiënt erg ongeduldig is en snel naar een van tevoren bepaald focus toe wil, er veel ontkenning is over 'hetgeen niet besproken mag

worden', soms in de vorm van manipulatie dan wel veel discussie met degene die mee is.

Hoe begin je een gesprek?

In principe zijn er legio ingangen voor een gesprek over middelengebruik in de MDL-praktijk. Misschien goed te weten dat patiënten het vaak als een opluchting ervaren als erover gesproken wordt en ze 'eindelijk' hun verhaal eens kwijt kunnen.

Van algemeen naar specifiek zou je kunnen zeggen dat een goede routinevraag bij alle MDL-patiënten het checken van hun alcoholgebruik zou kunnen zijn. Vervolgens zijn er bepaalde klachten die samenhangen met alcoholgebruik. Je zou het misschien niet verwachten, maar alcohol helpt heel goed tegen een aantal dingen! Bijvoorbeeld: buikpijn/misselijkheid, ontwenning (trillen en zweten) en slapeloosheid (korte termijn). De attitude van de dokter is daarbij van belang: we steken binnen de verslavingszorg meestal in op de lijdensdruk van de

patiënt en dan met name wat hij/zij daaraan zelf kan doen. De vraag 'drinkt u wel eens te veel?' kan veroordelend aanvoelen maar ook geïnteresseerd, dit hangt af van de toon ('denkt u wel eens aan stoppen met drinken?'). Door de vrees weg te nemen voor 'het oordeel van de dokter' zal er een dimensie binnen de behandeling bijkomen: openheid en eerlijkheid (dit geldt 'aan beide kanten van de tafel' trouwens altijd). Hetzelfde zien we bij cocaïnegebruikers die naar de keel-neus-oorarts gaan voor hun neusseptum. Je als specialist terugtrekken op het terrein van academische feitelijkheden zal een gesprek waarschijnlijk moeilijker maken.

Wellicht helpt het om tijdens het bespreken van labuitslagen te wijzen op een gecompenseerd MCV (vaak rond de 105) door een verlaagd erythrocytengetal. Daar merken ze niks van, maar het is samen met een verhoogd GGT (soms wel tot 1500) een sterke aanwijzing voor alcoholisme. Het is misschien juist de taak van MDL-artsen om

patiënten erop te wijzen dat dit bij alcoholisme vaak voorkomt.

Kunnen we samen meer?

Er bestaat overlap in onze patiëntenpopulaties, een grote zelfs. We hebben een redelijk identificeerbare groep patiënten gemeen die we goed kennen: de alcoholisten. Ik zie vooral potentiële verbeteringen in de communicatie naar de patiënt en naar de collega's ten behoeve van het verbeteren van de *compliance* aan behandeling. Je zou hiervoor kunnen denken aan het uitbreiden van de mogelijkheden van intercollegiale consultatie, en bij de meer complexe patiënten aan co-behandeling. Tussen onze instelling en het Rijnstate ziekenhuis is er in die zin al een voorzichtige samenwerking in opbouw voor meerdere types patiënten. Vaak is dan de consultatieve dienst van de psychiatrie betrokken als probleemsteller/verwijzer.

Jacob Verheij, verslavingsarts, SolutionS-Center, Voorthuizen



COLUMN
BEAU DE GRAAF

Abrupt zullen tenietgaan de duizenden woorden die dienden om dingen, gezichten van mensen handelingen en gevoelens te benoemen, die de wereld ordenden, die zorgden voor een bonzend hart en vochtige vulva.

Uit: De jaren, Annie Ernaux (2008)

Subjectiviteit en digitale werkelijkheid

Onbehaaglijk staat een portier naast de lange rij voor de digitale aanmeldpaal. Geen balie meer met een vriendelijk mens erachter. Het anonieme, bitse meldsysteem vergt nu nog - klantvriendelijk! - een instructieve medewerker. Het laatste nutteloze individu in de geneeskunde. De onstuitbare vooruitgang in de gedaante van een zorgelijk digitaal systeem. Het is het spook van economische meerwaarde en tegelijkertijd ontmenselijke schijnwerkelijkheid. Het doel is niet verbeteren, maar betaalbaarheid. Een binaire wereld van goed en kwaad. Met beperkte toegankelijkheid gebaseerd op nullen en enen; passende, zinnige zorg versus ongepaste, zelfs onzinnig genoemde zorg.

Voor ons artsen vormt het onfeilbare Evidence Based Medicine het fundament van gepaste uitvoering van het vak, dat scheelt. We bieden gepersonaliseerde, patiëntgerichte zorg, een humane maat die verzekerde zorgzaamheid aan medisch kwetsbaren garandeert. Daarmee worden financieel gedreven zorgkostenverzekeraars en door

emotie gedreven politici buiten de ziekenhuisdeur gehouden. Wie houdt wie voor de gek?

Maatschappelijke betaalbaarheid is een relatief begrip waarbij de politiek haar soms moeilijke keuzes moet maken. En het zorgdossier is begroetelijk ziek, waardoor zachte heelmeeesters stinkende wonden maken. We prijzen ons daarom gelukkig met een bestuurlijk zeer bekwame minister die geen last heeft van hinderlijke menselijke gevoelens. Zijn oplossing is verdelen en digitaliseren, langs smalle zorgpaadjes, op geleide van knellende richtlijnen. Zo blijkt zonder enige evidence het fysiek consult vervangbaar door anonieme telefonie of schermcontact.

Toch spat, zelfs voor ik mijn spreekuur binnenstap, telkens de droomwereld van die daadkrachtige bestuurders uiteen op die lieve, onbeholpen, behulpzame mens naast de aanmeldpaal. Een vervelend subjectieve werkelijkheid.



ADVERTENTIE

Endoscopie bij bariatrie: nieuwe ontwikkelingen



Parweez Koehestanie



Hedwig D'Agnolo

Het aantal bariatrische procedures in Nederland stijgt nog altijd. In 2010 ondergingen 10.000 Nederlanders een bariatrische ingreep en nu ongeveer 14.000 per jaar. Hoewel er inmiddels een enorme expertise is opgebouwd, betekent de toename ook: meer complicaties, zoals naadlekkages, fistels en galsteenlijden.

Hiervoor blijken verschillende endoscopische behandelingen mogelijk. Bij gewichtstoename na een gastric bypass kan bijvoorbeeld de gastric pouch endoscopisch worden verkleind. Bovendien zijn er steeds meer endoscopische mogelijkheden bij het metabool syndroom: zowel restrictieve als malabsorptieve behandelingen zoals POSE (Primary Obesity Surgery Endo-

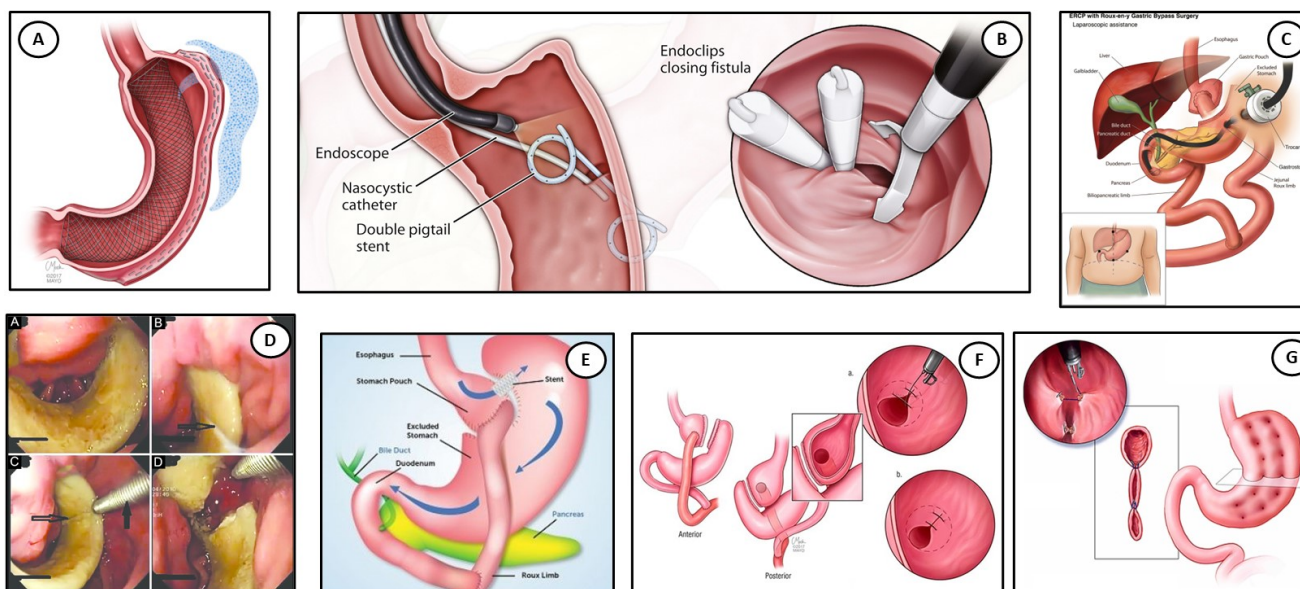
luminal), ESG (Endoscopic Sleeve Gastroplasty), Endobarrier en duodenum-ablatie [1,2].

Werkgroep Endoscopische Bariatrie

Bovengenoemde ontwikkelingen hebben vorig jaar geleid tot de doorstart van de Werkgroep Endoscopische Bariatrie. De werkgroep had en heeft als doel een natio-

naal overzicht te creëren van de huidige bariatricentra met hun bestaande endoscopische expertises (zie: *MAGMA 2-2017*, p. 52-53). Daarnaast willen we jaarlijkse multidisciplinaire symposia organiseren ter vergroting van kennis rondom bariatrie onder arts-assistenten en MDL-artsen. Het eerste symposium tijdens het najaar van de *Digestive Disease Days 2022* werd druk bezocht. De ambitie bestaat om op termijn als een zelfstandige multidisciplinaire sectie binnen de NVGE verder te gaan. Hieronder geven we voorbeelden van enkele endoscopische technieken in relatie tot bariatrie. Als u een patiënt heeft met een

Endoscopische technieken



Behandeling complicaties

- A. Behandeling van postoperatieve lekkage met stents
- B. Endoscopie bij fistels
- C. Laparoscopisch geassisteerde ERCP
- D. Endoscopisch verwijderen van geërodeerde maagband
- E. EDGE-ERCP (*Endoscopic Ultrasound Directed transGastric ERCP*)

Endoscopische bariatrie

- F. Endoscopisch verkleinen *gastric pouch*
- G. Endoscopisch aanleggen *gastric sleeve*

bariatrie-gerelateerd probleem, dan kunt u op bijgaande landkaart opzoeken met wie u desgewenst contact wilt opnemen in uw regio.

Mocht u na het lezen van dit artikel geïnteresseerd zijn in actieve deelname in de Werkgroep Endoscopische Bariatrie, dan bent u van harte welkom. Graag een reactie naar: p.koehestanie@bravis.nl of hedwig.dagnolo@mmc.nl.

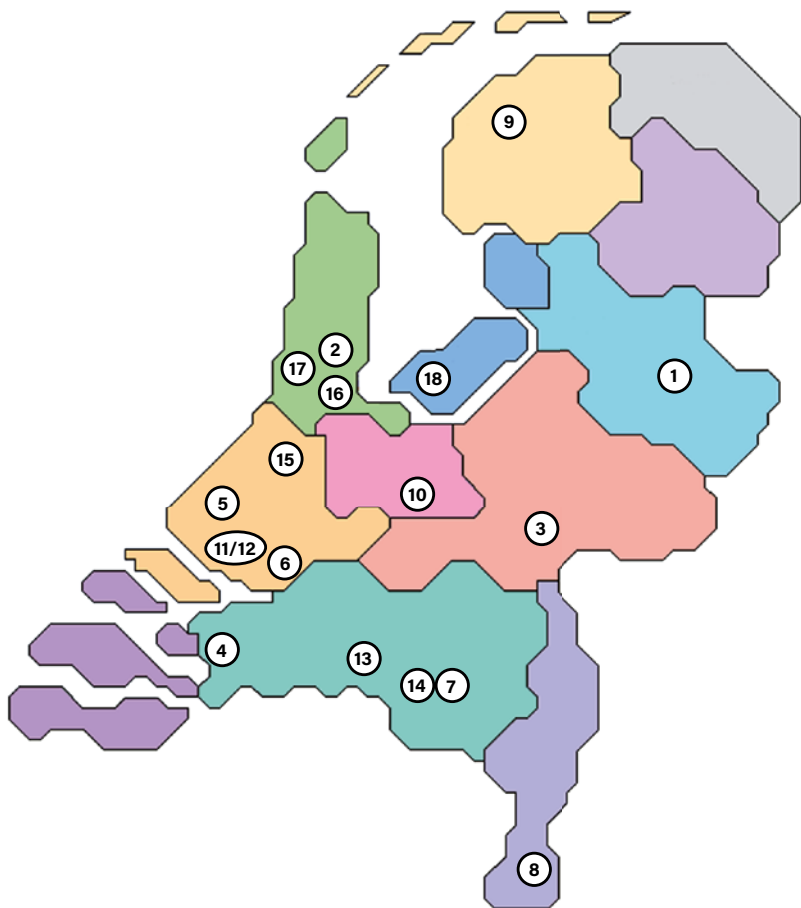
Parweez Koehestanie, MDL-arts,
Bravis ziekenhuis
Hedwig D'Agnolo, MDL-arts,
Máxima Medisch Centrum

Leden Werkgroep Endoscopische Bariatrie

- *Parweez Koehestanie*, Bravis ziekenhuis, Rozendaal
- *Hedwig D'Agnolo*, Máxima Medisch centrum, Veldhoven/Eindhoven
- *Sjoerd Kuiken*, OLVG, Amsterdam
- *Marcel Groenen*, Rijnstate, Arnhem
- *David Hirsch*, Rijnstate, Arnhem
- *Lennard Gilissen*, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
- *Polat Dura*, Ziekenhuis Groep Twente, Almelo/Hengelo
- *Rogier Voermans*, Amsterdam UMC, locatie VUmc

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2022 (p. 205 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities

Bariatricentra in Nederland



1. Almelo/Hengelo

Ziekenhuis Groep Twente
Contactpersoon: Polat Dura
*Beschikbare expertise*¹: A,B,C

2. Amsterdam

OLVG
Contactpersoon: Sjoerd Kuiken
Beschikbare expertise: A,B,C,D,F

3. Arnhem

Rijnstate Ziekenhuis
Contactpersoon: Marcel Groenen
Beschikbare expertise: A,B,C,D,E,F,G

4. Bergen op Zoom

Bravis Ziekenhuis
Contactpersoon: Parweez Koehestanie
Beschikbare expertise: B,C,D

5. Den Haag

Haaglanden Medisch Centrum
Contactpersoon: Lars Perk
Beschikbare expertise: A,B,C,D,E,F

6. Dordrecht

Albert Schweitzer Ziekenhuis
Contactpersoon: Wim van de Vrie
Beschikbare expertise: A,B,C

7. Eindhoven

Catharina Ziekenhuis
Contactpersoon: Lennard Gilissen
Beschikbare expertise: A,B,C,D

8. Heerlen/Sittard

Zuyderland Medisch Centrum
Contactpersoon: Paul Bours
Beschikbare expertise: A,B,C,D,G

9. Leeuwarden

Medisch Centrum Leeuwarden
Contactpersoon: Klaas van der Linde
Beschikbare expertise: A,B,C,D

10. Nieuwegein

Antonius Ziekenhuis
Contactpersoon: Robert Verdonk
Beschikbare expertise: A,B,C,D

11. Rotterdam

Franciscus Gasthuis&Vlietland
Contactpersoon: Luuk Berk
Beschikbare expertise: A,B

12. Rotterdam

Maasstad Ziekenhuis
Contactpersoon: Muhammed Hadithi
Beschikbare expertise: A,B,C,E

13. Tilburg

Elisabeth-Twee Steden
Ziekenhuis
Contactpersoon: Robert Laheij
Beschikbare expertise: A,B,C,D,G

14. Veldhoven

Máxima Medisch Centrum
Contactpersoon: Jan Willem Straathof
Beschikbare expertise: A,B,C,D,E

15. Leiden

LUMC
Contactpersoon: Akin Inderson
Beschikbare expertise: A,B,C,E,G

16. Amsterdam

Amsterdam UMC
Contactpersoon: Rogier Voermans
Beschikbare expertise: C,D,E

17. Hoofddorp

Spaarne Gasthuis
Contactpersoon: Ellert van Soest
Beschikbare expertise: A,B,C

18. Almere

Flevoziekenhuis
Contactpersoon: Marco Mundt
Beschikbare expertise: A,B,C,D

¹ Zie overzicht op pag. 185

IBDFit: zorgen dat IBD-patiënten stevig in hun (wandel)schoenen staan

Afgelopen zomer konden patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) uit de regio Dordrecht en Rotterdam deelnemen aan een zestien-weekse *wandelchallenge*, genaamd IBDFit [1]. Deze wandelchallenge vond plaats in de omgeving van twee atletiekbanen in Dordrecht en Rotterdam. Op beide locaties werd elke week één uur gewandeld onder begeleiding van een wandelcoach. Het doel van dit initiatief was om deelnemers te stimuleren tot een gezondere leefstijl, beweging een vast onderdeel van de week te maken en om hen in contact te brengen met lotgenoten.

IBD en beweging

Een gezonde leefstijl is belangrijker dan ooit. Patiënten vragen hierover dan ook vaak adviezen. Een belangrijk onderdeel van gezonde leefstijl is beweging. We weten inmiddels dat bewegen gezondheidsbevorderend is en vaak een positieve impact heeft op de mentale gezondheid [2].

Ook voor mensen met IBD is dit erg belangrijk. IBD kan een negatief effect hebben op zowel de fysieke inspanning als de lichaamssamenstelling van patiënten. Dit effect lijkt te verergeren in de actieve fase van de ziekte. Daarnaast kan IBD invloed hebben op de psychische gezondheid. In kleine studies worden daarentegen positieve effecten gezien van beweging op objectieve en subjectieve maten van fysieke en

mentale gezondheid van patiënten met IBD. De (bewegings)interventies worden goed verdragen en lijken veilig [3]. Toch merken we in de spreekkamer dat het voor patiënten moeilijk is om zelf te starten met bewegen, en vooral: om dat vol te houden. Zeker bij patiënten met IBD weten we dat er drempels kunnen zijn om te gaan én blijven bewegen. Denk hierbij aan moeheid, buikpijn, somberheid en gewrichtsklachten. Maar ook het gebrek aan openbare toiletten speelt een rol [4, 5].

Dit gegeven vormde de inspiratie voor het organiseren van een specifieke challenge voor patiënten met IBD. Om de drempel voor deelname zo laag mogelijk te houden hebben we gekozen voor wandelen: een activiteit die voor vrijwel iedereen toegankelijk is,

ongeacht de conditie. Daarnaast is er tijdens het wandelen ruimte voor persoonlijk contact tussen de deelnemers onderling en met de begeleiders.

IBDFit: editie 2020

De eerste editie van de IBDFit vond plaats van juni t/m oktober 2020. Het project werd gecoördineerd door MDL-arts Vincent de Jonge uit het Albert Schweitzer ziekenhuis in samenwerking met verpleegkundig specialisten Thea Korpershoek uit het Albert Schweitzer ziekenhuis en Annemarie van der Spek uit het Franciscus Gasthuis&Vlieland. Arts-onderzoeker Emma Paulides uit het Erasmus MC (inmiddels: Reinier de Graaf Gasthuis) hielp mee bij de pilotstudie die hieronder wordt beschreven.

Patiënten met IBD uit de regio Rotterdam en Dordrecht konden deelnemen, onafhankelijk van het ziekenhuis waar iemand werd behandeld. Het initiatief werd kenbaar gemaakt via de sociale mediakanalen van het ziekenhuis, digitale thuismonitoringsprogramma's (zoals MijnIBDcoach) en tijdens poliklinische bezoeken. Daarnaast was er een IBDFit-website en besteedde de lokale pers meerdere keren aandacht aan de





ADVERTENTIE

wandelchallenge [1]. In overleg met patiëntenvereniging Crohn & Colitis NL en de wandelcoach werden criteria opgesteld voor de locatie van de wandelchallenge (Tabel 1). Er werd besloten de wandelavonden te starten op twee atletiekbanen, één in Dordrecht en één in Rotterdam-Kralingen. Naarmate er meer zicht kwam op de conditie van de deelnemers, werd door verschillende groepen ook buiten de baan gewandeld. Iedere wandelavond werd begeleid door een wandelcoach en daarnaast liep ten minste één zorgprofessional van de betrokken ziekenhuizen mee (zie Afbeelding 1 voor een impressie van de eerste bijeenkomst in Dordrecht). De huur van de atletiekbaan werd gefinancierd door respectievelijk de gemeente Dordrecht en Rotterdam.

Wetenschappelijk onderzoek

Om de impact van de wandelavonden op de kwaliteit van leven en gezondheidsperceptie te meten hebben we een observationele

pilotstudie uitgevoerd. Hiervoor werden vragenlijsten afgenomen bij de start, na acht weken en na zestien weken. De vragenlijsten werden per e-mail verstuurd, na het verkrijgen van *informed consent*. De inclusiecriteria voor de studie: het invullen van een vragenlijst bij zowel de start als aan het einde van de IBDFit-challenge in combinatie met een evaluatievragenlijst plus deelname aan ten minste één wandelavond. Voor het in kaart brengen van de kwaliteit van leven werd gebruikgemaakt van de *Short Inflammatory Bowel Disease questionnaire* (SIBDQ), waarbij een hogere score een betere kwaliteit van leven weergeeft [6]. Moeheid werd gemeten aan de hand van een vraag van de SIBDQ die kijkt naar moeheid in de afgelopen twee weken, waarbij een hoge score duidt op minder vermoeidheid. Middels de *Health Monitor* werd gevraagd naar de gezondheid vandaag en de gemiddelde gezondheid de afgelopen maand op een schaal van 1-10. Daarnaast werd aan de hand van vragen over acceptatie en con-

trole (Figuur 1) berekend bij welke van de vier segmenten een deelnemer paste in het kader van gezondheidsperceptie [7,8]. We hebben de data van de vragenlijsten bij de start vergeleken met de data na acht respectievelijk zestien weken. Hiervoor hebben we gebruikgemaakt van de non-parametrische *Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test*, in SPSS versie 25. De studie is goedgekeurd door de METC van het Erasmus MC (MEC-2020-0156).

Resultaten pilotstudie

Bij de eerste wandelavond hebben 73 patiënten *informed consent* gegeven en gedurende de wandelchallenge hebben 49 patiënten een of meerdere vragenlijsten ingevuld. Uiteindelijk zijn 27 patiënten geïncludeerd in de pilotstudie. Voor demografische kenmerken van de deelnemers: zie Tabel 2.

De gemiddelde kwaliteit van leven van de deelnemers, gemeten met de SIBDQ, was bij de start met een score van 52.63 'moderate' ▶

Afbeelding 1. Deelnemers op de atletiekbaan in Dordrecht tijdens de start van de IBDFit.





ADVERTENTIE

	Start	Week 6	p-value	Week 12	p-value
SIBDQ, gem (SD)	52.63 (8.62)	52.00 (8.35)	0.73	52.81 (9.81)	0.76
Fatigue, gem (SD)	4.11 (1.58)	4.04 (1.51)	0.73	4.46 (1.61)	0.16
Health Monitor, vandaag	6.52 (1.85)	6.42 (1.90)	0.88	6.44 (1.25)	0.75
Health Monitor, gem. afgelopen maand	5.78 (1.45)	6.27 (1.19)	0.04	6.11 (1.50)	0.21
Health Monitor, n (%)		(n=26)	0.45		0.10
Segment 1	24 (88.9)	25 (96.2)		27 (100)	
Segment 2	1 (3.7)	0			
Segment 3	0	0			
Segment 4	2 (7.4)	1 (3.8)			

Tabel 3.

Uitkomsten vragenlijsten SIBDQ en Health Monitor voor alle 27 deelnemers.

SD = standaarddeviatie; gem = gemiddeld; P-waardes onder de 0.05 zijn significant en vetgedrukt weergegeven.

en veranderde tijdens de studie niet significant (Tabel 3). Moeheid werd gemiddeld gescoord als 'soms moe' en dit veranderde niet significant over de tijd, ondanks dat de gemiddelde score iets verbeterde van 4.11 naar 4.46. Patiënten gaven hun gezondheid bij de *Health Monitor* gemiddeld bij de start een cijfer 6.52 en dit bleef stabiel over de tijd. Kijkend naar de afgelopen maand gaven patiënten bij de start hun gezondheid een 5.78, wat significant verbeterde naar een 6.27. De score aan het einde was beter dan bij de start met een 6.11, maar dit verschil was niet meer significant. Opvallend was dat na het afronden van de wandelchallenge iedereen bij segment 1 van de *Health Monitor* hoorde, ondanks dat deze verandering niet significant was. Dit houdt in dat er een hoge acceptatie en gevoel van controle van de gezondheidssituatie was.

Bij de evaluatievragenlijst werd middels open vragen gevraagd hoe patiënten de wandelavonden hadden beleefd. De reacties waren overwegend heel positief, waarin met name het weer bewegen, de begeleiding en het lotgenotencontact werden genoemd (Tabel 4, pag. 192).

Wie de wandelschoen past, trekke hem aan

Bovengenoemd initiatief laat zien dat we met eenvoudige, laagdrempelige projecten IBD-patiënten kunnen ondersteunen en

stimuleren tot een gezondere leefstijl. We hopen met dit artikel andere ziekenhuizen en zorgprofessionals te interesseren om dergelijke projecten op te pakken. Er is niet veel meer nodig dan enthousiasme en wandelschoenen!

Wat hebben wij geleerd?

Allereerst tonen de positieve reacties van patiënten aan dat er behoefte is aan dergelijke interventies. Vanuit bijvoorbeeld de Nationale Diabetes Challenge leert de ervaring dat een interventie van zestien weken leidt tot een bestendige verandering en positieve gezondheidseffecten [9]. Ook ontstaat er een groepsgevoel, wat de bestendigheid van de leefstijlverandering stimuleert. We waren door de Covid-19-pandemie helaas genoodzaakt het project te verplaatsen, waardoor het werd onderbroken door de zomervakantie. Dit heeft ertoe geleid dat enkele patiënten afvielen. Andere redenen voor uitval waren: het tijdstip, de reistijd, het opspelen van de ziekte en vermoeidheid. Noemenswaardig: na het wandelen werd vaak door een vaste club nagezet en werden ervaringen gedeeld. Aan het eind van het IBDFit-project heeft een deel van de deelnemers het wekelijks met elkaar wandelen voortgezet, tot op de dag van vandaag! Het wetenschappelijk onderzoek dat aan IBDFit werd gekoppeld, was vooral bedoeld als pilot. De studie is te klein om er harde conclusies aan te kunnen verbinden en

heeft verschillende tekortkomingen. Zo zijn niet alle uitkomstmaten van interesse gemeten (bijvoorbeeld mate van beweging door de week, intensiteit van de beweging en lotgenotencontact). Wellicht dat hieraan in de toekomst meer onderzoek verbonden zal worden, eventueel met objectieve parameters voor beweging en moeheid. Echter, als organisatie voelen wij op onze boerenklompen (of wandelschoenen) aan dat er positieve effecten zijn verbonden aan verbetering van leefstijl. Maar soms blijkt dit lastig te meten.

Ook dit jaar zijn we weer gestart met IBD-Fit-wandelchallenges. In overleg met onze patiënten kijken we ook naar het daarbij betrekken van andere zorgverleners, zoals diëtisten. We overwegen hierbij een vaster einddoel met de deelnemers af te spreken, zodat we kunnen toewerken naar een persoonlijk doel. Ook willen we een beweegprogramma met hogere intensiteit gaan aanbieden.

Samenvatting

Om patiënten met IBD te motiveren en te ondersteunen bij een actieve leefstijl werd vorig jaar in de regio Dordrecht en Rotterdam het wandelinitiatief IBDFit opgezet. De reacties van de deelnemers waren zeer positief, waarbij veelal de begeleiding, de motivatie om te bewegen en het lotgenotencontact werden genoemd. Daarnaast heeft een deel van de deelnemers het wandelen

Tabel 4.

Citaten deelnemers

Goed om tips te krijgen bij hoe je goed beweegt tijdens het wandelen. De groep was leuk, de begeleiding goed. Er werd rekening gehouden met verschil in tempo. Fijne locatie, cooling down en warming up.

Iedereen weet waarover je praat m.b.t. de IBD. Gezellig, dus stimulerend. Afwisseling in de opbouw (soms spel, soms door het park, soms conditie gericht etc.). De aanwezigheid van MDL artsen of verpleegkundigen en de wandelcoach vond ik prettig.

Ik vond het fijn om zelf weer wat conditie te krijgen en ik vond/vind het een geweldig initiatief.

Ik vond het prettige en gezellige wandelcoaches en medewandelaars. Het onderling delen van ervaringen heb ik als prettig ervaren.

Bewegen in de buitenlucht waarbij rekening wordt gehouden met haalbaarheid conditie op persoonlijk gebied.

Ik vond het prettig om lotgenoten te ontmoeten en laagdrempelige gesprekken te voeren, en had motivatie om te gaan.

Erg leuk opgezet, en fijn om ook medisch personeel erbij te hebben.

Mooie opbouw van de lessen. Goede manier om te bewegen. Fijn dat er een snelle en langzame groep is. Door goede warming up en cooling down geen spierpijnklachten.

met elkaar zelfstandig doorgezet. Hoewel geen aanhoudende significante verbetering werd gezien op kwaliteit van leven, moeheid en gezondheidsperceptie, zijn we vanwege de enthousiaste reacties van de wandelaars opnieuw van start gegaan in Dordrecht en Rotterdam. Vanwege interesse van patiënten uit andere regio's hopen we dat we de wandelchallenge IBDFit kunnen uitbreiden naar andere regio's. Wilt u ook een wandelgroep starten in uw regio? Neem dan contact op met ibdfit@asz.nl of met één van onderstaande auteurs.

*Emma Paulides¹, Janneke vd Woude¹,
Thea Korpershoek², Sjaak Bloem³,
Aleida Beukema⁴ en Vincent de Jonge²*

¹ Afdeling Interne geneeskunde, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

² Afdeling MDL, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

³ Centrum voor Marketing & Supply Chain Management, Nyenrode Business University, Breukelen

⁴ Janssen-Cilag B.V.

Meer informatie:

www.ibdfit.nl of ibdfit@asz.nl

Met speciale dank aan de gemeenten Dordrecht en Rotterdam, Crohn & Colitis NL, John van der Sluis (wandelcoach) en Irma van de Linden (wandelcoach)

Kijk voor de voor Figuur 1 plus Tabel 1 en 2, in de pdf van MAGMA 4-2022 (p. 205 e.v.) op

www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities



Vincent de Jonge



Emma Paulides

Referenties

1. <https://www.ibdfit.nl/>
2. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015;25 Suppl 3: 1-72.
3. Paulides E, van Linschoten, R.C.A., de Jonge, V., van der Woude, C.J. Meervoudige rol van fysieke activiteit bij patiënten met inflammatoire darmziekten. *Sport & Geneeskunde* 2020; 53 (4), 14-25.
4. DeFilippis EM, Tabani S, Warren RU, Christos PJ, Bosworth BP, Scherl EJ. Exercise and Self-Reported Limitations in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Dig Dis Sci* 2016;61(1):215-20.
5. Chan D, Robbins H, Rogers S, Clark S, Poullis A. Inflammatory bowel disease and exercise: results of a Crohn's and Colitis UK survey. *Frontline Gastroenterol* 2014;5(1):44-8.
6. Irvine EJ. Development and subsequent refinement of the inflammatory bowel disease questionnaire: a quality-of-life instrument for adult patients with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;28(4):S23-7.
7. Bloem S, Stalpers J. Gezondheidsbeleving en zorg op maat. *Geron* 2016;18(3): 21-4.
8. Van Erp LW, van Gerven J, Bloem S, Groenen MJM, Wahab PJ. Acceptance and Perceived Control are Independently Associated With Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: Introduction of a New Segmentation Model. *J Crohns Colitis* 2021;15(11):1837-45.
9. <https://www.nationalelidiabeteschallenge.nl>

Multidisciplinair opleiden: coschap Colorectale Zorg

De geneeskunde wordt steeds specialistischer. De kennis over ziekten en mogelijke behandelingen neemt snel toe, waardoor we vaak niet meer up-to-date kunnen zijn in ons gehele vakgebied en ons meer rondom ziektebeelden en orgaansystemen organiseren. Mede daardoor krijgt ook de MDL een steeds meer multidisciplinair karakter. De MDL-oncologie is in veel ziekenhuizen al opgezet met multidisciplinaire poliklinieken, besprekingen en zorgketens, zoals de colorectale zorg.

Zesdejaars geneeskundestudent Hendrien Kuipers volgde als eerste student het multidisciplinaire coschap 'Colorectale Zorg' in Isala, Zwolle. Deze stage is in twintig weken verdeeld: abdomen-radiologie (twee weken), MDL (vijf weken), gastro-intestinale (GE-)chirurgie (vijf weken), medische oncologie (één week), radiotherapie (één week), en abdomen-pathologie (zes weken). Stagebegeleiders Wouter de Vos tot Nederveen Cappel (MDL-arts) en Erik van Westreenen (GE-chirurg) hebben deze stage opgezet om co-assistenten interdisciplinair op te leiden. Zij delen hier samen met Hendrien Kuipers hun ervaringen.

Multidisciplinaire aanpak besluitvorming

Van Westreenen en De Vos hebben de stage opgezet omdat multidisciplinair patiënten behandelen een steeds groter deel van het werk vormt. "Na een multidisciplinair overleg (MDO) moeten arts en patiënt gezamenlijk een beslissing nemen. Er zijn vaak meerdere behandelopties die uitgelegd moeten worden, waarna een patiënt zijn voorkeur kan hebben afhankelijk van zijn leefsituatie. Het is belangrijk ook jonge

artsen in zo'n gezamenlijk proces mee te nemen", legt De Vos uit. Van Westreenen: "Een klinische verdiepingsstage georganiseerd vanuit meerdere specialistische invalshoeken rondom ziektebeelden past volgens ons helemaal bij deze tijd."

Zelf hebben Van Westreenen en de Vos in hun opleiding een gedegen coschap pathologie gemist. "Daarvoor is veel te weinig aandacht, terwijl de verbinding tussen pathologie en klinische besluitvorming steeds essentiëler wordt", aldus De Vos. Het verdiepingsdeel van zes weken op de pathologie binnen hun nieuwe stage vinden ze daarom echt noodzakelijk.

Inzicht in het gehele ziekteproces

Kuipers besloot deze stage te volgen omdat het haar de kans gaf zich vanuit het per-

spectief van meerdere specialismen volledig te verdiepen in één ziektebeeld, in plaats van 'op een eilandje' een coschap te doen. "Zeker als co-assistent heb je weinig inzicht in hoe de verschillende afdelingen met elkaar in verbinding zijn en welk pad een patiënt bewandelt in het ziekteproces. Daarnaast doe ik promotieonderzoek binnen de HPB¹. Met de stage 'Colorectale zorg' kon ik mij ook verdiepen in een ander gebied van de MDL. En natuurlijk leek het mij een leuke uitdaging om als eerste semi-arts deze stage in Isala te doen."

Kuipers werd betrokken in het gehele proces van de colorectale zorg: de bevolkingsonderzoek-coloscopieën, beoordelingen van scans, bespreken van de uitslagen en eventuele behandelopties op haar eigen poli, het inbrengen van de patiënten in



Betrokken bij de stage 'Colorectale zorg' in Isala, Zwolle (v.l.n.r.): Erik van Westreenen (GE-chirurg), Saskia Offerman (patholoog), Rosanne Kruff (verpleegkundig specialist i.o. MDL-oncologie), Hendrien Kuipers (semi-arts Colorectale Zorg), Wouter de Vos tot Nederveen Cappel (MDL-arts), Jan Willem de Groot (internist-oncoloog), Erik Phernambucq (radiotherapeut). Afwezig: Erwin de Boer (radioloog) en Jan Groenewegen (radiotherapeut).

¹ Lever, alvleesklier, galblaas en galwegen



ADVERTENTIE

het MDO, de opname en de operatie zelf, uitsnijden en beoordelen van de resectiepreparaten, controlegesprekken met de pathologie-uitslag, en het behandeltraject met chemo- of radiotherapie.

De grootste meerwaarde van deze stage voor haar opleiding vindt ze de unieke kijk die ze heeft gekregen in het gehele ziekteproces van een patiënt met een colorectaal carcinoom. “Ik kreeg een goede indruk van hoeveel verschillende afspraken een patiënt heeft, hoeveel informatie er op hen afkomt, en hoe het herstel en eventuele complicaties kunnen verlopen. Doordat ik in elke fase van het ziekteproces de patiënt terugzag, leerde ik hen echt kennen en zag ik wat de impact van de diagnose en het behandeltraject op hun leven was.” “Door de patiënten werd dit ook erg gewaardeerd”, voegt De Vos toe.

Colorectale zorgteam

Kuipers kijkt heel positief terug op deze stage, die ze in juli 2022 afrondde. “Je maakt echt deel uit van het colorectale zorgteam, waarin een goede samenwerking is en een fijne sfeer heerst. Ik heb me verwonderd over hoe goed de opzet van de zorgketen in Isala is geregeld. Met name over de inzet van de regieverpleegkundigen: zij zorgen dat alles door de keten goed verloopt en zijn gedurende het hele proces het aanspreekpunt voor de patiënten.”

Qua verbeterpunten raadt ze aan om nog met meerdere paramedici mee te lopen, zoals de stomaverpleegkundige.

Toekomst

In Isala blijven ze de stage organiseren voor co-assistenten die veel interesse hebben in de colorectale oncologie. En het aandurven: “Je moet proactief en zelfstandig zijn, een

beetje lef hebben, en vooral voortdurend je eigen leerdoelen willen stellen en bewaken”, zegt Van Westreenen. Zelf zou Kuipers deze stage zeker aanraden aan andere co-assistenten met interesse in de colorectale zorgketen. “Dankzij die focus op één breed ziektebeeld, heb je een steile leercurve. Je krijgt de kans om veel gerichte kennis op te doen in disciplines waar je normaal gesproken geen coschap loopt, zoals bij de radiologie, radiotherapie en pathologie, en je krijgt een goed beeld van de werk- en denkwijze van alle betrokken disciplines.” Op de vraag of zij haar toekomst binnen de MDL ziet, antwoordt ze enthousiast: “Ik vond de GE-chirurgie fascinerend, en ook de oncologie heeft mij positief verrast vanwege het persoonlijke aspect en de wetenschappelijke innovaties. Maar mijn hart blijft bij de MDL, deze stage heeft die passie nog verder aangewakkerd!”

POINT-OF-CARE ULTRASONOGRAPHY FOR THE MONITORING OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Floris A.E. de Voogd, Universiteit van Amsterdam, 21 september 2022



Endoscopie wordt gezien als de gouden standaard voor de monitoring van inflammatoire darmziekten (IBD). Endoscopie is echter invasief, niet direct beschikbaar, duur, vergt voorbereiding en is daarom niet ideaal om frequent toe te passen. Een non-invasief alternatief is intestinale echografie (IUS) dat geen voorbereiding nodig heeft, in ervaren handen slechts enkele minuten in beslag neemt en goedkoop is.

In dit proefschrift vergelijken wij in meerdere studies de uitvoerbaarheid, reproduceerbaarheid, accuratesse en het gebruik van *point-of-care* IUS om respons op behandeling te bepalen, met endoscopie als referentiestandaard. Bij 90% van de patiënten (zowel M. Crohn als colitis ulcerosa (CU)) was IUS uitvoerbaar, waarbij IUS minder geschikt is om het rectum te beoordelen. Darmwanddikte was de meest reproduceerbare en accurate parameter om endoscopische ziekteactiviteit te beoordelen. In de laatste hoofdstukken constateren wij dat de darmwanddikte ook afneemt/normaliseert als endoscopische respons/remissie wordt bereikt, zowel in Crohn als CU, dat respons al 2 tot 8 weken na start van de medicamenteuze behandeling te beoordelen is en dat die vroege metingen voorspel-

lend zijn voor endoscopische remissie na 26 weken behandeling. IUS is een accuraat surrogaat voor endoscopie en zou meer toegepast moeten worden in de monitoring van IBD-patiënten.

Curriculum vitae

Floris de Voogd (Hoorn, 1992) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en deed promotieonderzoek onder prof. dr. Geert D’Haens en dr. Krisztina Gecse in het Amsterdam UMC, locatie AMC. Gedurende zijn promotieonderzoek heeft hij meerdere (buitenlandse) AIOS en MDL-artsen getraind in intestinale echografie vanuit het Amsterdam UMC of op buitenlandse cursussen vanuit de International Bowel Ultrasound Group. Daarnaast maakt hij meerdere medische podcasts (zoals *Door het oog van de Scoop*). Momenteel is hij in opleiding tot MDL-arts in Noordwest Ziekenhuis(groep) te Alkmaar en postdoc in het Amsterdam UMC.

**Bij vragen of interesse om intestinale echografie te leren: mail naar f.a.devoogd@amsterdamumc.nl.
Zijn proefschrift vind je hier:**



LOCALLY ADVANCED AND LOCALLY RECURRENT RECTAL CANCER – IMPROVING MULTIMODALITY TREATMENT

Eva L.K. Voogt, Universiteit Maastricht, 28 september 2022



Het lokaal gevorderde rectumcarcinoom (LARC) en het lokaal recidief rectumcarcinoom (LRRC) zijn complexe aandoeningen met een hoge morbiditeit na chirurgie en een beperkte prognose.

Het doel van dit proefschrift was de multimodale behandeling van patiënten met LARC en LRRC te verbeteren, om zo uiteindelijk de kwaliteit van leven en de langetermijntkomsten van deze patiënten te verbeteren. Om dit te bereiken zijn verschillende retrospectieve studies gedaan. De studies in deel 1 van het proefschrift richten zich op patiëntselectie, beeldvorming en de peroperatieve behandeling. Hier concludeerden we onder andere dat het bereiken van respons van de tumor door middel van neoadjuvante behandeling van belang is voor het verbeteren van de langetermijntkomsten. Daarnaast lijkt intraoperatieve radiotherapie middels brachytherapie (HDR-IORT), gezien de betere recidiefvrije overleving, effectiever in vergelijking met intraoperatieve elektronen-radiotherapie (IOERT) bij patiënten met een R1-resectie.

In deel twee van dit proefschrift richten de onderzoeken zich op de toevoeging van inductiechemotherapie aan de huidige neoadjuvante behandeling met chemo(re)irradiatie. Zowel bij patiënten met LARC als bij patiënten met LRRC zagen we dat de toevoeging van inductiechemotherapie leidt tot een verbeterde (pathologische) respons. Naar

aanleiding van deze veelbelovende resultaten zijn de MEND-IT-studie (prospectieve studie bij patiënten met ugly LARC) en de PelvEx II-studie (gerandomiseerde internationale trial in Nederland, België, Portugal, Zweden en Noorwegen bij patiënten met LRRC) opgezet om de additionele waarde van inductiechemotherapie te evalueren. Bovendien zorgt de PelvEx II-studie voor een enorme impuls in de behandeling van patiënten met LRRC door centralisatie, protocollering van zorg en uitgebreide (inter)nationale samenwerking.

Curriculum vitae

Eva Voogt (Delft, 1990) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Na haar afstuderen werkte zij als arts-assistent chirurgie in het Groene Hart Ziekenhuis en het Erasmus MC. In september 2018 startte zij haar promotieonderzoek binnen het Catharina Ziekenhuis onder begeleiding van promotoren prof. dr. Harm Rutten en prof. dr. Kees Verhoef en copromotor dr. Pim Burger. Tijdens haar promotieonderzoek heeft Eva een ZonMw- en KWF-subsidie binnengehaald, waarmee zij onder andere de internationale PelvEx II-studie heeft opgezet. Per 1 juli 2021 is Eva begonnen aan haar opleiding tot chirurg in de regio Rotterdam.

Het proefschrift van Eva Voogt is per mail te verkrijgen via e.voogt@erasmusmc.nl.

HUMAN-MACHINE COLLABORATION: IMPROVING ENDOSCOPIC DETECTION AND CHARACTERIZATION OF COLORECTAL NEOPLASIA

Britt Houwen, Vrije Universiteit Amsterdam, 30 september 2022



Darmkanker is met circa 5.000 nieuwe gevallen per jaar één van de meest voorkomende vormen van kanker in Nederland. Darmkanker ontstaat geleidelijk uit poliepen. Het detecteren, accuraat differentiëren en verwijderen van deze poliepen tijdens een coloscopie kan de ontwikkeling van darmkanker voorkomen. In dit proefschrift worden drie verschillende benaderingswijzen onderzocht om de endoscopische detectie en differentiatie van colorectale poliepen te verbeteren.

Het eerste deel van het proefschrift richt zich op geavanceerde endoscopische technieken. In dit deel worden onder andere de resultaten beschreven van een internationale multicenterstudie, waaruit naar voren komt dat *linked color imaging* (LCI) bij patiënten met het Lynch-syndroom niet meer poliepen per patiënt detecteerde dan *high-definition* wit-licht-endoscopie (HD-WLE). Een ander hoofdstuk evalueert de toegevoegde diagnostische waarde van op kleurstof gebaseerde chromo-endoscopie in vergelijking met *standard-definition* WLE en HD-WLE voor surveillance van patiënten met het Lynch-syndroom. In het tweede deel van het proefschrift staat de ontwikkeling van specifieke trainingsprogramma's en competentienormen centraal. In samenwerking met de Europese vereniging voor gastro-intestinale endoscopie (ESGE) is een trainingscurriculum voor optische diagnose

ontwikkeld. Ook zijn competentienormen ontwikkeld voor de optische diagnosestrategie van kleine (1-5 mm) colorectale poliepen, gebaseerd op een simulatiestudie en een Delphi-consensusprocedure. Het derde deel van het proefschrift richt zich op het gebruik van *machine learning*-technieken voor de endoscopische detectie en differentiatie van colorectale neoplasie. Onder andere de resultaten van een prospectieve internationale multicenter studie worden beschreven. In deze studie is een *computer-aided diagnosis* (CADx)-systeem ontwikkeld, dat op basis van endoscopische beelden tijdens een coloscopie de histologie kan voorspellen bij poliepen van 1-5 mm.

Curriculum vitae

Britt Houwen (Venray, 1991) studeerde geneeskunde aan de Rijks-Universiteit Groningen en liep coschappen in Deventer, Utrecht en Kameroen. Na haar studie begon zij aan haar promotietraject binnen de colorectaalgroep in het Amsterdam UMC, onder begeleiding van prof. dr. Evelien Dekker, prof. dr. Paul Fockens en dr. Yark Hazewinkel. Momenteel werkt Britt als ANIOS Interne en Maag-, Darm- en Leverziekten in het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.

Britt Houwen is bereikbaar via b.b.houwen@amsterdamumc.nl.

Haar proefschrift vind je hier:



QUALITY MEASUREMENT AND ASSESSMENT IN GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

Karlijn J. Nass, Universiteit van Amsterdam, 12 oktober 2022



Het is van essentieel belang dat coloscopieën van de hoogst mogelijke kwaliteit zijn om ongemak en risico's voor patiënten te minimaliseren, evenals het risico op het ontwikkelen van post-coloscopie-darmkanker. Verscheidene kwaliteitsindicatoren zijn ontwikkeld met als doel de kwaliteit van een coloscopie te omschrijven, beoordelen, vergelijken en optimaliseren. In het continue streven naar het optimaliseren van de uitvoering van coloscopieën, worden in dit proefschrift nieuwe kwaliteitsindicatoren geïntroduceerd en geëvalueerd. Daarnaast wordt een classificatie voor complicaties na gastro-intestinale coloscopie geïntroduceerd en geëvalueerd: de AGREE-classificatie. De chirurgische Clavien-Dindo-classificatie is hiervoor als uitgangspunt gebruikt. In een internationale validatie met expert-endoscopisten wordt de AGREE-classificatie beschouwd als eenvoudig (86%), reproduceerbaar (98%), logisch (98%) en nuttig (96%). Brede implementatie van de AGREE-classificatie kan bijdragen aan de evaluatie van complicaties over verschillende endoscopisten, disciplines, endoscopiecentra en regio's.

De huidige kwaliteit van coloscopie in Nederland is beoordeeld met data van de *Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit* (DGEA) en *Dutch Registration of Complications in Endoscopy* (DRCE). Gedurende een periode van drie jaar zijn 1540 coloscopie-gerelateerde complicaties vastgelegd (0,58% van alle coloscopieën) in de DRCE. De percentages bloedingen en perforaties waren het hoogste voor therapeutische (respectievelijk

1,56% en 0,51%) en FIT-positieve screening (respectievelijk 0,72% en 0,06%) coloscopieën. Daarnaast blijken kwaliteitsindicatoren als coecumintubatieverhouding en het percentage coloscopieën met adequate darmvoorbereiding in de Nederlandse populatie te verschillen per indicatie voor coloscopie. Deze bevindingen bevestigen de noodzaak van het definiëren van minimale en streefnormen per indicatie in toekomstige richtlijnen.

Curriculum vitae

Karlijn Nass (Geldrop, 1991) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na haar afstuderen werkte zij als arts-assistent interne geneeskunde en later dat jaar als arts-assistent MDL in het Flevoziekenhuis in Almere. In oktober 2018 startte zij haar promotieonderzoek bij het Amsterdam UMC en DICA, onder begeleiding van promotoren prof. dr. Evelien Dekker en prof. dr. Paul Fockens en copromotoren dr. Manon van der Vlugt en prof. dr. Michel Wouters. Sinds de afronding van haar promotieonderzoek werkt Karlijn als arts-assistent MDL in het Jeroen Boschziekenhuis in Den Bosch. Onlangs is zij aangenomen voor de opleiding tot MDL-arts in de regio Nijmegen, waarmee zij begin 2023 zal starten.

Karlijn Nass is bereikbaar
via k.j.nass@amsterdamumc.nl.
Haar proefschrift vind je hier:



PATIENT-REPORTED OUTCOMES, DRUG SAFETY AND BIOLOGICAL THERAPIES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Pepijn W.A. Thomas, Radboud Universiteit, 13 oktober 2022



De behandeling van inflammatoire darmziekten (IBD) is in de afgelopen 20-25 jaar sterk verbeterd. Echter, de nieuwe behandelingen zijn duur en in beperkte mate succesvol. Daarnaast weten we nog maar weinig van de ziektelast vanuit het perspectief van de patiënt. Dit proefschrift is gericht op 1) het gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROs) in de behandeling van IBD en 2) optimalisering van veiligheid en doseringen van bestaande IBD-medicatie. Hieronder lichten we enkele onderzoeken toe. Allereerst hebben we gekeken naar de verandering in werkverzuim na het starten van een biological of tofacitinib in IBD-patiënten. We zagen bij patiënten met colitis ulcerosa een grotere afname in werkverzuim dan bij de ziekte van Crohn.

In samenwerking met Bijwerkingencentrum Lareb hebben we vragenlijsten aan IBD-patiënten voorgelegd over welke bijwerkingen zij ervaren tijdens het gebruik van een biological. Deze bijwerkingen zijn vergeleken met wat de zorgverlener in het dossier registreert. We vonden slechts in 13% van de veelgenoemde bijwerkingen overeenkomst tussen patiënt en zorgverlener. Daarnaast hebben we ook alle zorgverlener-gerapporteerde bijwerkingen uit ons patiëntenregister (IBDREAM)

geëxtraheerd en vergeleken met de incidenties zoals gerapporteerd in de Summary of Medical Product Characteristics (SmPCs). We vonden 23 bijwerkingen met een hogere incidentie in ons register en 13 nieuwe bijwerkingen die niet in de SmPCs werden genoemd. Tot slot hebben we in IBDREAM retrospectief gekeken of dosisverlaging veilig uitgevoerd kon worden bij IBD-patiënten die eerder een dosisverhoging kregen gedurende behandeling met een biological. De kans op succesvolle dosisverlaging was groter bij objectieve vaststelling van remissie dan wanneer het besluit alleen op basis van symptomen was gebaseerd (97% versus 76%).

Curriculum vitae

Pepijn Thomas (Leiderdorp, 1993) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Na zijn studie heeft hij onderzoek verricht in Christchurch, Nieuw-Zeeland en kortdurend als arts-niet in opleiding gewerkt in het Spaarne Gasthuis Haarlem. In december 2018 begon hij aan zijn promotietraject gericht op IBD, onder begeleiding van promotor prof. dr. Joost P.H. Drenth en copromotoren dr. Frank Hoentjen en dr. Tessa E.H. Römkens. **Het proefschrift van Pepijn Thomas is te verkrijgen via pepijn.thomas@radboudumc.nl.**



RAAD KWALITEIT - legenda bij foto (zie pag. 161)

Achterste rij (v.l.n.r.): Xander Vos (subcommissie richtlijnen; Dijklander Ziekenhuis, Hoorn), Wout Mares (Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede), Willem Moolenaar (voorzitter ad interim; Bergen NH).

Voorste rij: Anh Nhi Nguyen (Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten), Daphne Hotho (subcommissie richtlijnen; Ziekenhuis St. Jansdal, Harderwijk), Froukje van Hoeij (NVMDL i.o.; Meander Medisch Centrum, Amersfoort), Gwen Masclee (subcommissie richtlijnen; Amsterdam UMC, Amsterdam).

Niet op de foto: Jurriën Reijnders (DGEA/DRCE; Haga Ziekenhuis, Den Haag), Marloes Bigirwamungu-Bargeman (Medisch Spectrum Twente, Enschede), Loes Nissen (Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch), Lennard Gilissen (subcommissie richtlijnen; Catharina Ziekenhuis, Eindhoven), Nikita van der Zwaluw (Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten), Charissa van Geenen (Bureau Van Gijtenbeek).

BIJSLUITER

BIJSLUITER

BIJSLUITER

OPTIMIZING ENDOSCOPIC TREATMENT FOR COMPLEX COLORECTAL POLYPS AND T1 CANCER

Liselotte Zwager, Universiteit van Amsterdam, 21 oktober 2022



Vroegcarcinomen (T1CRC) kunnen potentieel endoscopisch worden behandeld als het risico op lymfekliermetastasen laag is. Het doel van dit proefschrift is de endoscopische behandelingsstrategieën voor complexe darmpoliepen en T1CRC te optimaliseren en daarmee de mogelijkheden van een orgaansparende behandeling te vergroten.

Deel 1 richt zich op een nieuwe endoscopische behandelingstechniek: *endoscopic full-thickness resection (eFTR)*. Met deze techniek is het mogelijk een compleet stukje van de darmwand te verwijderen. Hierdoor kunnen complexe darmpoliepen en T1CRC, die niet met reguliere endoscopische technieken te verwijderen zijn, in één geheel worden verwijderd. Om de effectiviteit en veiligheid van alle eFTR-procedures te evalueren is in 2015 een prospectieve registratie gestart. De uitkomsten van alle eFTR-procedures uit deze registratie zijn onderzocht.

Deel 2 richt zich op het optimaliseren van de behandeling van complexe darmpoliepen. Daarin beschrijven we de implementatie van een digitaal te consulteren expertpanel voor advies over de behandeling van complexe darmpoliepen in de regio van Amsterdam. Daarnaast introduceren we een nieuwe methode voor het classificeren van complicaties die optreden rondom gastro-intestinale endoscopie. In deel 3 wordt onderzocht of en hoe T1CRC vaker endoscopisch

behandeld kan worden en hoe onnodige chirurgische resecties kunnen worden verminderd. In een meta-analyse, die deels is uitgevoerd met verkregen individuele patiëntendata, is aangetoond dat aanwezigheid van diepe submucosale invasie geen onafhankelijke voorspeller is voor lymfekliermetastasen.

Tot slot beschrijven we een prospectief onderzoeksprotocol naar de haalbaarheid en oncologische veiligheid van een aanvullende littekenresectie middels eFTR na een eerder onvolledig verwijderd laag-risico-T1CRC.

Curriculum vitae

Liselotte Zwager (Heemskerk, 1990) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, waarbij ze haar laatste coschap volbracht in Kaapstad, Zuid-Afrika. Direct na haar studie begon zij aan haar promotietraject binnen de colorectaalgroep in het Amsterdam UMC onder begeleiding van dr. Barbara Bastiaansen, prof. dr. Evelien Dekker en prof. dr. Paul Fockens. Op dit moment is Liselotte werkzaam als ANIOS Maag-, Darm- en Leverziekten in het Noordwest Ziekenhuis.

Liselotte Zwager is bereikbaar via

l.w.zwager@amsterdamumc.nl

Haar proefschrift vind je hier:



DETECTION AND MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL CANCER

Ruben D. van der Bogt, Erasmus Universiteit Rotterdam, 23 november 2022



In dit proefschrift worden verschillende aspecten van de opsporing en behandeling van slokdarmkanker besproken: van Barrett-surveillance, actieve surveillance na chemoradiotherapie tot aan palliatie.

Deel 1 richt zich op surveillance van Barrett-patiënten. In een meta-analyse laten we zien dat slechts de helft van de surveillancescopieën voldoet aan het aanbevolen surveillance-interval en aantal bipten dat afgenomen zou moeten worden. In ons prospectieve Barrett-cohort laten we zien dat een afwijking van de richtlijn geen impact lijkt te hebben op de mogelijkheid tot endoscopische behandeling van patiënten met progressie tot hooggradige dysplasie of adenocarcinoom. Deze bevinding dient echter wel te worden afgewogen tegen het lage aantal cases en het feit dat een afwijking van de richtlijn veelal een verkorting van het gehanteerde surveillance-interval betekende.

Deel 2 bespreekt de opsporing van tumorresidu na neoadjuvante chemoradiotherapie, in het kader van actieve surveillance voor slokdarmkanker. We laten zien dat er verschillende endoscopische karakteristieken zijn die geassocieerd worden met tumorresidu.

We laten ook zien dat de meerwaarde van *bite-on-bite*-bipten na chemoradiotherapie niet zo zeer zit in het nemen van diepere bipten, maar dat het detecteren van residu met name te wijten is aan het toenemende aantal bipten.

In deel 3 wordt stilgestaan bij de palliatie van passageklachten. Van oudsher wordt, afhankelijk van de levensverwachting, gekozen voor een slokdarmstent of brachytherapie. Deze besluitvorming wordt echter bemoeilijkt door het toenemende aantal complicaties na stentplaatsing – bij het toegenomen gebruik van chemo- en radiotherapie – en de beperkte beschikbaarheid van brachytherapie.

Curriculum vitae

Ruben van der Bogt (Capelle aan den IJssel, 1993) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na het afronden van zijn studie verrichte hij zijn promotieonderzoek onder supervisie van prof. dr. M.C.W. Spaander en prof. dr. M.J. Bruno in het Erasmus Medisch Centrum. In 2023 start hij met de opleiding tot MDL-arts in de regio Leiden.

Het proefschrift van Ruben van der Bogt is te verkrijgen via ruben@vanderbogat.com.

ADVERTENTIE-bijsluiters

Patiëntverwachtingen overtreffen

Franciscus Gasthuis & Vlietland is sinds 2008 een Topklinisch Opleidingsziekenhuis. Die erkenning vraagt om een voortdurende focus op leren, opleiden, innovatie en onderzoek. “Met onze kwaliteit van zorg willen we de patiëntverwachtingen overtreffen”, legt MDL-arts Rachel West uit. “Dit vergt extra tijd en inspanning, maar betekent ook ruimte voor ontwikkeling.”

Dankzij die ontwikkeling bieden de twaalf MDL-artsen – naast algemene MDL-zorg – zorg op het gebied van IBD, ischemie, oncologie en hepatologie. Ook is er in het ziekenhuis een IBD-expertisecentrum en een Maagdarm Ischemie Centrum. “We hebben een dynamisch team”, vertelt MDL-arts Robert Roemer. “Elke collega heeft een eigen aandachtsgebied. Rachel focust zich bijvoorbeeld op IBD en ik op grote poliepen en leverziekten. De opleiders binnen ons team zijn Desiree Leemreis en Ubbo Wiersema.”

Zorgkwaliteit

Rachel vertelt dat ze het fijn vindt om samen te werken met ambitieuze collega's en dat ze hierdoor de kwaliteit van zorg daadwerkelijk ziet verbeteren. Zo ontstond dankzij het Maagdarm Ischemie Centrum meer aandacht voor chronische maag-darmischemie, dat voorheen redelijk onbekend was.

Een ander voorbeeld is de vernieuwde wijze waarop grote poliepen worden verwijderd. Voorheen werd er nog weleens direct een nieuwe coloscopie gepland voor het verwijderen van een poliep. Sinds een jaar worden grote poliepen vooraf beoordeeld op de poli door een MDL-arts die dit als aandachtsgebied heeft. Verdachte poliepen worden vervolgens in een regionaal MDO besproken waarbij de juiste resectiemethode wordt afgesproken. Zo hopen we te voorkomen dat we vroeg-stadium-darmkanker op de verkeerde manier behandelen, en hopen we de kans op een recidief te verkleinen.

MDL en leefstijl

In Franciscus Gasthuis & Vlietland is veel aandacht voor de leefstijl van patiënten. Zo

is er een specifiek Obesitas Centrum en wordt regelmatig doorverwezen naar leefstijlcoaches. Binnen de afdeling MDL is er veel aandacht voor leefstijlinterventies bij IBD. De artsen zijn blij dat meer ziekenhuizen zich met dit thema bezighouden “Hoe wel ik ook van mening ben dat de overheid hierin een prominentere rol mag spelen. Je wilt tenslotte voorkomen dat mensen überhaupt om deze reden bij ons terechtkomen”, voegt Robert hieraan toe.

Wachtrij polikliniek

Eigenlijk probeert het MDL-team overal waar mogelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren. Soms lukt dit al met een kleine inspanning. Zo zijn de lange wachtlijsten een bekend probleem binnen de zorgsector. Rachel: “Daarom bekijken wij elke dag of er patiënten zijn met dringende klachten die voorrang hebben. Hierdoor is onze polikliniek altijd toegankelijk voor acute en semi-

acute zorg. Dit gebeurt lang niet overal op deze manier.”

Robert: “Daarnaast bieden we zorg op afstand, door middel van thuismonitoring bij IBD-patiënten en digitale communicatie. En in november openen we een gloednieuw scopiecentrum op locatie Vlietland.”

Meer dan alleen werk

Tot slot kenmerkt het ziekenhuis zich door de saamhorigheid. “Dit is best bijzonder, aangezien Franciscus Gasthuis & Vlietland is ontstaan uit een fusie in 2018 tussen de ziekenhuizen Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam en het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam”, vertelt Rachel. “Het had natuurlijk tijd nodig om twee culturen samen te brengen, maar inmiddels is de sfeer net zo gemoedelijk als voorheen!”

Robert vult aan: “Het helpt dat er regelmatig activiteiten worden georganiseerd. Niet alleen binnen ons eigen team, maar ook vakgroep overstijgend. Denk hierbij aan een jaarlijkse voetbalwedstrijd, een tennis-toernooi, de kwartaalborrel of de wintersport. Tijdens dit soort momenten leer je je collega's op een andere manier kennen.



Van links naar rechts: Marie Paule Anten¹, Ivonne Leeuwenburgh¹, Isaura vd Zande³, Femme Dirksmeier¹, Robert Roemer¹, Desiree Leemreis¹, Ubbo Wiersema¹, Kelly Terlouw², Ram Soekhoe¹, Antonie van Tilburg¹, Julia Klompenhouwer⁵, Annemarie van der Spek⁴, Rachel West¹, Jolanda Hak², Vera Valkhoff¹.

Niet op de foto: Luuk Berk¹, Mehdi Jamshidi⁴, Monique Kimmel³.

¹MDL-arts; ²nurse endoscopist; ³ischemie/IBD-verpleegkundige; ⁴verpleegkundig specialist; ⁵AIOS MDL

ADVERTENTIE-bijsluiters



ADVERTENTIE



ADVERTENTIE

Referenties MAGMA 4-2022

DARM Martini Ziekenhuis ontwikkelt zelfhulpsite ongewild ontlastingverlies – p. 159-160

1. Quartero AO, Bartelink MEL. Stapsgewijze aanpak bij fecale incontinentie. *Huisarts en Wetenschap* 2017; 60: 651-654.
1. Knowles CH et al. New concepts in the pathophysiology of fecal incontinence. *Ann Laparosc Endosc Surg* 2022;7:15-33. doi: [10.21037/ales-2022-02](https://doi.org/10.21037/ales-2022-02)
2. Skodje GI et al. Fructan, rather than gluten, induces symptoms in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity. *Gastroenterol* 2018;154:529-539. doi: [10.1053/j.gastro.2017.10.040](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.10.040)
3. Gibson PR, Halmos EP, Muir JG. Review article: FODMAPS, prebiotics and gut health - the FODMAP hypothesis revisited. *Aliment pharmacol Therap* 2020;52:233-246. doi: [10.1111/apt.15818](https://doi.org/10.1111/apt.15818)
4. www.fodmapdieet.nl

LEVER Endo-hepatologie als nieuwe dimensie in klinische hepatologie – p. 163-165

1. Diehl DL. Endoscopic Ultrasound-guided liver biopsy. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2019;29:173-186. doi: [10.1016/j.giec.2018.11.002](https://doi.org/10.1016/j.giec.2018.11.002)
2. Ching-Companioni RA, Diehl DL, Johal AS, Confer BD, Khara HS. 19G aspiration needle versus 19G core biopsy needle for endoscopic ultrasound-guided liver biopsy: a prospective randomized trial. *Endoscopy* 2019;51:1059-1065. doi: [10.1055/a-0956-6922](https://doi.org/10.1055/a-0956-6922)
3. Pineda JJ, Diehl DL, Miao CL, Johal AS, Khara HS, Bhanushali A, Chen EZ. EUS-guided liver biopsy provides diagnostic samples comparable with those via the percutaneous or transjugular route. *Gastrointest Endosc* 2016;83:360-365. doi: [10.1016/j.gie.2015.08.025](https://doi.org/10.1016/j.gie.2015.08.025)
4. Laleman W. Endoscopic ultrasound-guided intervention for gastric varices: sticky stuff might not (yet) be enough. *Endoscopy* 2020;52:244-246. doi: [10.1055/a-1112-7470](https://doi.org/10.1055/a-1112-7470)
5. Vanderschueren E, Van der Merwe S, Laleman W. Novel approaches & disease modifiers to alter the course of cirrhotic portal hypertension. De Franchis R, editor. *Portal hypertension VII. Proceedings of the 7th BAVENO consensus workshop*. In press 2022.
6. Huang JY, Samarasena JB, Tsujino T, et al. EUS-guided portal pressure gradient measurement with a simple novel device: a human pilot study. *Gastrointest Endosc* 2017;85:996-1001. doi: [10.1016/j.vgie.2018.07.013](https://doi.org/10.1016/j.vgie.2018.07.013)
7. Robles-Medrande C, Oleas R, Valero M, Puga-Tejada M, Baquerizo-Burgos J, Ospina J, Pitanga-Lukashok H. Endoscopic ultrasonography-guided deployment of embolization coils and cyanoacrylate injection in gastric varices versus coiling alone: a randomized trial. *Endoscopy* 2020;52:268-275. doi: [10.1055/a-1123-9054](https://doi.org/10.1055/a-1123-9054)

THEMA Alcoholpreventie: nog een lange weg te gaan – p. 176-178

1. Van Giesen, A. et al. Nationaal preventieakkoord; naar een gezonder Nederland. 2018
2. NVMDL, MLDS, NVGE & NVH. <https://www.mdl.nl/alcoholpreventie> (online, 2021).
3. De Wit, K. et al. Proton pump inhibitor use is associated with an increased risk of hepatic encephalopathy in a large cohort of patients with cirrhosis. *Journal of Hepatology* 2021; 73.
4. Labeur, T. A., Takkenberg, R. B., Klumpen, H. J. & van Delden, O. M. Reason of Discontinuation After Transarterial Chemoembolization Influences Survival in Patients with Hepatocellular Carcinoma. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2019; 42; 230-238; doi: [10.1007/s00270-018-2118-6](https://doi.org/10.1007/s00270-018-2118-6).



5. Yoo, J. E. et al. Association Between Changes in Alcohol Consumption and Cancer Risk. *JAMA Netw Open* 2022; 5(8):e2228544. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2022.28544](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.28544)
6. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2022; 400;10352;563-591. doi: [10.1016/s0140-6736\(22\)01438-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01438-6).
7. Wood, A. M., Kaptoge, S., Paige, E., Di Angelantonio, E. & Danesh, J. Risk thresholds for alcohol consumption - Authors' reply. *Lancet* 2018; 392, 2167-2168. doi: [10.1016/s0140-6736\(18\)32181-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32181-0).
8. De Wit, A., Minimum Unit Pricing voor alcohol – Onderzoek naar de haalbaarheid van invoering in Nederland. RIVM-rapport 2021-0014. [PDF](#)
9. Burton, R. et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet* 2017; 389, 1558-1580. doi: [10.1016/s0140-6736\(16\)32420-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32420-5).
10. Berenschot. *Effecten van het initiatiefwetsvoorstel 'Regulering mengformules'*, 2019. [PDF](#)
11. Van Ooijen, M. (ed Welfare and Sport Ministry of Health) (online, 2022).
12. Voogt, C. *Cijfers Preventie Akkoord Problematisch Alcoholgebruik*, 2022. Geraadpleegd op [Trimbos.nl](https://www.trimbos.nl).

THEMA Endoscopie bij bariatric: nieuwe ontwikkelingen – p. 185-186

1. Shelby Sullivan et al., Endoscopic Bariatric and Metabolic Therapies: New and Emerging Technologies. *Gastroenterology* 2017;152:1791–1801. doi: [10.1053/j.gastro.2017.01.044](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.01.044)
2. Barham K.A. Dayyeh et al., Endoscopic sleeve gastropasty for treatment of class 1 and 2 obesity (MERIT): a prospective, multicentre, randomised trial. *Lancet* 2022; August 06, p441-451. doi: [10.1016/S0140-6736\(22\)01280-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01280-6)

THEMA IBDFit: zorgen dat IBD-patiënten stevig in hun (wandel)schoenen staan – p. 187-192

1. <https://www.ibdfit.nl/>
2. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015;25 Suppl 3:1-72. doi: [10.1111/sms.12581](https://doi.org/10.1111/sms.12581)
3. Paulides E, van Linschoten, R.C.A., de Jonge, V., van der Woude, C.J. Meervoudige rol van fysieke activiteit bij patiënten met inflammatoire darmziekten. *Sport & Geneeskunde* 2020; 53 (4), 14-25.
4. DeFilippis EM, Tabani S, Warren RU, Christos PJ, Bosworth BP, Scherl EJ. Exercise and Self-Reported Limitations in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Dig Dis Sci* 2016;61(1):215-20. doi: [10.1007/s10620-015-3832-4](https://doi.org/10.1007/s10620-015-3832-4)
5. Chan D, Robbins H, Rogers S, Clark S, Poullis A. Inflammatory bowel disease and exercise: results of a Crohn's and Colitis UK survey. *Frontline Gastroenterol* 2014;5(1):44-8. doi: [10.1136/flgastro-2013-100339](https://doi.org/10.1136/flgastro-2013-100339)
6. Irvine EJ. Development and subsequent refinement of the inflammatory bowel disease questionnaire: a quality-of-life instrument for adult patients with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;28(4):S23-7.
7. Bloem S, Stalpers J. Gezondheidsbeleving en zorg op maat. *Geron* 2016;18(3):21-4. doi: [10.1007/s40718-016-0063-5](https://doi.org/10.1007/s40718-016-0063-5)
8. Van Erp LW, van Gerven J, Bloem S, Groenen MJM, Wahab PJ. Acceptance and Perceived Control are Independently Associated With Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: Introduction of a New Segmentation Model. *J Crohns Colitis* 2021;15(11):1837-45. doi: [10.1093/ecco-jcc/jjab082](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab082)
9. <https://www.nationalediabeteschallenge.nl>