

STAND VAN ZAKEN 2 / INTERVIEW 4-5 / IN MEMORIAM 7&15
LEVER 8-9 / NVMDL KENNISSPEL 10 / AIOS 13 / DARM 14
THEMA: DIGITALISERING & COMMUNICATIE 16-31 / COLUMN 33
MDL-TRANSFERS 33 / CASUÏSTIEK 35-37 / PROEFSCHRIFTEN 38-39
DE AFDELING 41



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 24 / NUMMER 1 / MAART 2018

DIGITALISERING EN COMMUNICATIE

Digitalisering is nog geen automatisering

Mijn eerste column als hoofdredacteur van MAGMA: uitdagend en spannend! Ook Jan Jacob Koornstra, Susanne Korsse en Eric Tjwa zijn nieuw in de MAGMA-redactie en gaan zorgen voor de nodige verjonging. Ikzelf ben nog van de generatie die heeft leren rekenen op een telraam en lezen met het 'leesplankje': boeken en kranten lees ik dan ook het liefst van papier, medische tijdschriften blader ik door.

De digitalisering in de gezondheidszorg heeft uiteraard ook mij bereikt. Het begon met laboratoriumuitslagen die vanuit ZIS en KLINF werden geprint en daarna met de hand in de status van de patiënt bijgeschreven. Van lieverlee werden meer 'computeruitslagen' handmatig aan de status toegevoegd.

Toen kwamen de personal computer, de mobiele telefoon en ten slotte de smartphone. Papier dossiers werden elektronische dossiers en vanaf circa 2008 staat alles in het Elektronisch Patiënten Dossier' ofwel EPD. Recent werden deze EPD's gecommmercialiseerd: ze zijn nu te koop... voor héél veel geld.

Maar digitalisering is nog geen automatisering. Steeds maar meer gegevens moeten, vaak bij herhaling, door de arts worden ingevoerd en toegevoegd. Vanwege wettelijke eisen en beroepsmatige afspraken moeten we: indicaties toevoegen, aanvragen accorderen, aangeven dat de patiënt akkoord gaat, aankruisen of er wel of geen pacemaker is, BMI toevoegen om te voorkomen dat iemand niet in de MRI past, eventuele claustrofobie aangeven, enzovoort.

De patiënt krijgt zo veel mogelijk inzage in het eigen dossier. Na het spreekuur volgen dan ook vragen per e-mail over een volstrekt irrelevante ALAT-stijging of trombocytendaling. En o ja, de huisarts moet nog een brief...

De e-mailbox zit vol, net als de inbox van het EPD, de map 'correspondentiecontrole' loopt over, er moeten nog poli-

aanvragen 'getrieerd' worden en VREST-beoordelingen gemaakt. Kent u de Gouden Gids-reclame uit het jaar 2000 nog over die garnalenpelsters?¹ We praten er niet over, maar velen van ons voelen zich zo.

In het AMC² besteden zaalartsen 38% van hun tijd in het ziekenhuis aan administratieve handelingen, 37% wordt ingevuld met intercollegiaal overleg en onderwijs. Voor de patiënt blijft 13% van de tijd over. Na 17.00 uur wordt ruim een uur gewerkt aan administratie en thuisgekomen wordt daaraan nog een uur toegevoegd. In mijn ziekenhuis, het Erasmus MC, is het niet anders. Niet alleen onze aios, maar ook ik ben thuis nog heel druk met het EPD.

In de Verenigde Staten is onderzoek gedaan naar de gevolgen van digitalisering in de gezondheidszorg. De invoering van EPD's blijkt verantwoordelijk voor een enorme toename van burn-out onder medici. Vooral ouderen kunnen de digitalisering met de toegenomen werkbelasting niet aan, worden ziek of besluiten eerder met pensioen te gaan. Kortom, de huidige vorm van digitalisering lijkt de arbeidsomstandigheden van artsen flink te verslechteren.³

Natuurlijk hebben we een fantastisch beroep. De doorgeschoten digitale registratie- en administratielast maakt het echter zwaarder én soms ook minder leuk. Gezien de beperkte tijd die overblijft voor de patiënt, lijkt deze eveneens de dupe. De uitweg? Lees deze MAGMA en concludeer zelf.

Rob de Knegt

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

Wil je reageren op een artikel? Is er een onderwerp dat je graag wilt voorleggen aan de lezers van MAGMA? Wend je dan tot de redactie via r.deknegt@erasmusmc.nl.

¹ <https://www.youtube.com/watch?v=zp4ldNumT08>

² Schuurman AR, Bos SA, De Wit K, De Graaf CR, Wiersinga WJ. Een dag uit het leven van de zaalarts interne geneeskunde. *NTVG 2018*;161:D2480.

³ Wright AA, Katz IT. Beyond burnout – Redesigning care to restore meaning and sanity for physicians. *N Engl J Med 2018*;378:309-311.

Tabak-Nee maar Alcohol-Ja?

Onze collega-longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker voeren al jaren met toenemend succes campagne voor een rookvrije, gezonde toekomst. Ze laten zien hoeveel schade het roken veroorzaakt met in Nederland dagelijks 55 doden tot gevolg. Een derde van alle kankers wordt door roken veroorzaakt. Recent hebben de huisartsen en kinderartsen zich, evenals een aantal zorgorganisaties en ziekenhuizen, aangesloten bij de aangifte van advocate Bénédicte Ficq tegen vier tabaksproducenten.

Het is niet alleen roken dat ernstige schade berokkent aan onze gezondheid. Ook alcohol en overgewicht doen dat. Als MDL-artsen zien we dagelijks de schadelijke gevolgen en het leed dat overmatig alcoholgebruik teweegbrengt. Veel meer dan bij roken is alcoholgebruik echter nog steeds sociaal en maatschappelijk geaccepteerd en is de grens tussen gebruik en misbruik niet erg duidelijk.

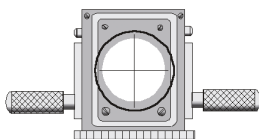
Respect voor onze collega-longartsen die nu zo duidelijk stelling hebben genomen. Aan u en aan mijzelf als MDL-artsen de vraag of wij niet krachtiger stelling moeten nemen tegen alcohol. Acute en chronische lever- en alveesklierziekten en ruim een kwart van alle kankers worden mede door overmatig alcoholgebruik veroorzaakt.

De tijd is rijp voor een serieus debat binnen onze beroepsvereniging en ook daarbuiten. Alcohol in de ban: dat raakt aan ons persoonlijk, aan onze leefstijl. Moeten wij als MDL-artsen het goede voorbeeld geven, bijvoorbeeld met een *Dry January*?

Laten we kijken naar de aanpak van longartsen: ze wijzen mensen niet alleen op de schadelijke gevolgen van roken, maar bieden ook oplossingen door te motiveren en de juiste (stop)methoden aan te bieden.

Ik reken op jullie steun in de discussie over alcohol!

Was getekend,
Ad Masclee
- voorzitter -



Digitalisering en communicatie

Digitalisering en communicatie zijn van kritisch belang in de dagelijkse medische praktijk. Met beide is een goed begin gemaakt. Nagenoeg alle artsen in Nederland maken inmiddels gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD). Toch is dat vaak nog niet meer dan een database. Communicatie heeft ook de route van digitalisering gekozen, maar blijft steken in een optelsom van een selectie van beschikbare gegevens.

Steeds meer patiënten krijgen toegang tot de eigen gegevens. De verbindingen tussen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en patiënt zijn echter flinterdun en breekbaar. De harde werkelijkheid is helaas dat we bij de overdracht van medische informatie tussen huisarts en specialist en tussen specialisten onderling veelal nog op het niveau van rooksignalen en de tamtam zijn blijven steken. De toekomst ziet er echter zonnig uit! Kijk naar de mobiele telefoon, de eerste (1973) woog bijna 400 gram en kon slechts 'bellen'; een moderne 'smartphone' weegt nog geen 150 gram, en is bijna een volwaardige computer.

In deze MAGMA komen verschillende aspecten van digitalisering en communicatie aan de orde. Een aantal collega-MDL-artsen beschrijft de ervaringen met 'hun' EPD, zowel positief als negatief. Welke digitale mogelijkheden hebben de huisartsen tot hun beschikking en wat verwachten zij van ons, specialisten? Alle informatie is eigendom van de patiënt, dus hoe kijkt de Patiëntenfederatie Nederland naar de uitwisseling van medische gegevens? Niet het minst belangrijk: als we nog niet optimaal informatie kunnen uitwisselen, mogen we dan zo maar e-mailen? Een juriste geeft inzicht.

Bevinden we ons over een aantal jaren in de 'ideale' wereld? EPD's zullen in de toekomst meedenken en zowel de statusvoering als de communicatie verbeteren. Medisch specialist, huisarts en patiënt zullen waarschijnlijk met elkaar verweven raken in het internet of things. Alexa-achtige apparaten zullen ons sturen en zullen het leven veraangenamen. Voorlopig is dat nog een utopie, maar geleidelijk wordt het toch beter.

Henk van Buuren & Rob de Knegt

U kunt **MAGMA 1-2018** met **BIJLAGEN** te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

NIEUWE VOORZITTER CONCILIUM:

“We zitten in een uitdagend krachtenspel”

Mariëtte van Kouwen is een maand voorzitter van het Concilium als wij haar spreken. Aanvankelijk voelde ze zichzelf niet de eerst aangewezene persoon. “Ik ben 44 jaar, relatief jong voor zo’n positie. Toen ik in 2010 als lid aanschoof, hield één van de collega’s mij nog voor een aios.” Haar gulle lach vult de kamer. “Bovendien ben ik minder goed bekend met de regeltjes en de politiek. Daar staat tegenover dat ik op inhoud kan meepraten en dat het Concilium in zijn geheel verjongt. Het belang van onze taak en de issues die op tafel liggen, gaven uiteindelijk de doorslag om het voorzitterschap op me te nemen.”

In het Concilium zitten acht academische en drie perifere opleiders plus twee aios. Van Kouwen: “Ik ben zelf een klinische dokter, geen wetenschapper in hart in nieren, hoewel ik natuurlijk wel gepromoveerd ben en wetenschap heel belangrijk vind. Het opleiden is mijn academische taak.” In het Concilium vormt ze een bestuurlijk tandem met Michael Klemm-Kropp, de secretaris. Ze roemt zijn kennis en voelt zich daarnaast uitstekend gesteund door het secretariaat. “En we mogen altijd een beroep doen op Rob de Man, mijn voorganger. Zijn dossierkennis is legendarisch. Bovendien heeft hij een heldere lijn uitgezet. Ik kan op zijn

visie voortborduren.” Waaraan zullen we merken dat er een nieuwe wind waait? Van Kouwen: “Ik probeer de verbinding te zoeken en wil samen met anderen uitvinden hoe we het beste samenwerken. Ik vind het leuk om mensen intrinsiek te motiveren voor bepaalde taken.”

Start NOVUM

Eén van de gewichtigste taken op haar bordje is het nieuwe opleidingsprogramma. 2018 is een overgangsjaar, in januari 2019 zal het NOVUM zeer waarschijnlijk starten. “We willen het programma met veel bombarie lanceren, bijvoorbeeld met een roadshow. Het zou mooi zijn als VREST (de beheerder van de digitale portfolio) bij de kick-off laat zien hoe het nieuwe portfolio eruit ziet en werkt. Het succes van NOVUM staat of valt met een goed digitaal portaal portfolio. Daarom ben ik voorzitter geworden van de portfoliocommissie.”

Ze vertelt dat de verantwoordelijkheid voor de implementie bij de Onderwijs- en Opleidingsregio’s (OOR) ligt; het Concilium zal als vraagbaak dienen. Maar we sleutelen nog aan de details. Daarnaast moeten we nog allerlei zaken regelen, zoals een overgangsregeling voor de aios die al in opleiding zijn.”

Wat vindt Van Kouwen van de kritiek op NOVUM? Zo zien de MDL-artsen enorm op tegen de toegenomen beoordelings- en registratie-inspanningen en de vele Entrusted Professional Activities (EPA’s). Zij onderschrijft de werkdruk. “Kijk, de winst is dat de aios straks écht leidend zijn. Zij moeten de bewijslast verzamelen in hun portfolio. In die bewijslast zit ook het deskundigheidsniveau dat je als beoordelaar moet afgeven. Op niveau 4 mogen de aios de activiteit zelfstandig uitvoeren. Zonder bekwaamheidsverklaring voor de verplichte EPA’s worden zij geen MDL-arts. Zo simpel is het.”

De opleidingsduur bedraagt in totaal 65 maanden: 20 maanden interne geneeskunde, gevolgd door 24 maanden common trunk (een gemeenschappelijk begin van de specialistenopleidingen) en daarna de differentiatie/specialisatie in MDL van 21 maanden. “In theorie,” zegt Van Kouwen, “kan de opleiding korter duren, maar dat is logistiek niet haalbaar. Je beschikt niet voortdurend over een voorraad patiënten met bepaalde aandoeningen of ingrepen die voor de aios nodig zijn. De opleiding is niet meer in termijnen ingedeeld, maar in competenties. Excellente aios kunnen versnellen en een profiel toevoegen, bijvoorbeeld in wetenschap, onderwijs of kwaliteit en management. De opleiding wordt steeds meer geïndividualiseerd.”

Driedimensionale puzzel

NOVUM kent in totaal 47 EPA’s waarvan er circa zestien facultatief zijn. Van Kouwen rekent de werkdruk voor: “Er blijven 31 verplichte EPA’s over waarin we circa dertig aios in vier jaar bekwaam moeten verklaren. Dat moeten we slim aanpakken, zonder dat

Concilium NVMDL

Het Concilium komt vijf keer per jaar bij elkaar. Dit orgaan van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen heeft een mandaat voor uitvoerende maatregelen voor de opleiding en visitaties. Beslissingen over duur en inhoud van de opleiding en het aantal op te leiden assistenten moeten aan de vereniging worden voorgelegd.



Mariëtte van Kouwen:
“De winst van NOVUM is dat de aios straks écht leidend zijn.”

Nieuwe opleiding ingedeeld in competenties

het zijn doel voorbij schiet en een aftekenlijstje wordt. Het portfolio is de sleutel die aios en opleiders zicht geeft op de vorderingen en de hiaten.”

Het opleidingsprogramma lijkt wel een driedimensionale puzzel. “Zeker als je de bedrijfsvoering erbij betreft.” Van Kouwen legt uit dat aios in principe productie-neutraal zijn. Zo moet je de behandelijn ook zonder aios draaiende kunnen hou-

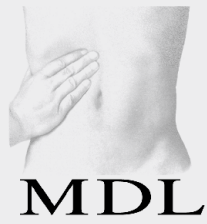
den, zodat de continuïteit voor de patiënt geborgd blijft. En dat wisselt per lijn ook heel erg. Bij oncologie zijn de patiënten tijdelijk bij ons en dat is eenvoudiger in de planning dan bijvoorbeeld bij chronische darmontstekingen.” Ze noemt het een uitdagend krachtenspel. “Ik wil in het Concilium graag *best practices* voor onder andere logistiek behandelen. Je kunt veel van elkaar leren. In het land worden heel verschillende keuzes gemaakt en het lijkt me interessant om die naast elkaar te leggen.”

Van Kouwen is nadrukkelijk dokter én opleider. Ze oefent beide functies met evenveel toewijding uit. Als opleider wil zij iedere aios maximaal laten bloeien. “Bij elke aios moet je uitvinden hoe je hem of

haar inspireert om verder te reiken, meer te presteren. Ieder heeft een eigen benadering nodig. Dat varieert van confronteren tot complimenteren. Dat vind ik de mooiste uitdaging van het opleidersvak.”

Aantal aios

De krimp van het aantal aios staat elke vergadering op de agenda. Van Kouwen: “Als wetenschappelijke vereniging kun je uitspreken hoeveel aios je wilt opleiden, maar de minister heeft het laatste woord. En wij lopen ten opzichte van het Capaciteitsorgaan flink uit de pas. Zij hanteren een bovengrens van 29–31 aios, terwijl wij de laatste jaren 41 aios opleiden. Het Concilium ging voor 2018 uit van 37 oplei- ▶



ADVERTENTIE

dingsplekken en 34 in 2019, wat ook is toegekend. Dat is dus al fors minder. Maar als je de kwaliteit van de zorg wilt waarborgen en ervoor wilt waken dat aios aan hun leerdoelen toekomen, dan moet je nadenken over herschikking van taken. Het andere issue is de verdeling van opleidingsplekken over de regio's. Een OOR heeft een minimum aantal aios nodig om voldoende stages in de lucht te kunnen houden. Anders gaan de aios stages buiten de regio zoeken. Het Concilium hanteert hiervoor een verdeel-sleutel. Toch ben je er dan nog niet. Stichting BOLS bewaakt namelijk als adviseur van de minister van VWS op nationaal niveau een evenredige verdeling van het

aantal opleidingsplaatsen over alle vakgebieden. Dan dachten wij klaar te zijn en moet je alsnog gaan schuiven..."

Visitatie en toetsing

Tot slot komen de twee andere taken van het Concilium ter tafel: visitatie en toetsing. Bij het eerste onderwerp spitst de discussie zich toe op horizontaal versus verticaal visiteren. "Horizontaal kijk je naar een medisch-specialistische vervolgopleiding binnen de regio en bij verticaal naar meerdere medisch-specialistische vervolgopleidingen binnen dezelfde opleidingsinrichting. Het voordeel van de verticale visitatie is dat je niet vijftien keer met de centrale opleidings-

Verantwoordelijkheid opleiding ligt bij regio's

commissie hoeft te spreken, maar slechts één keer. Daar gaat een proef mee starten." Bij toetsing is onder meer het Europees examen onderwerp van gesprek. "Het huidige Europese examen is soms strijdig met de Nederlandse MDL-richtlijnen. Bovendien leggen onze aios vanaf het derde jaar in hun opleiding jaarlijks een kennistoets af. Misschien moeten we naar één internationaal geldig examen aan het einde van de opleiding."

IN MEMORIAM

Reinhold Stockbrügger (1941–2018)

Op 31 januari 2018 is professor Reinhold Stockbrügger op 76-jarige leeftijd overleden. Onverwachts: Reinhold was nog volop actief op MDL-gebied en reisde vol ambitie door Europa om MDL-belangen te behartigen.



Reinhold Stockbrügger was de eerste hoogleraar MDL-ziekten aan de Universiteit Maastricht (1991). Geboren in Duitsland (1941) studeerde hij geneeskunde in Münster, maar volgde de opleiding tot internist en MDL-arts in Göteborg, Zweden. Hij werd getraind in de endoscopie bij Peter Cotton in Londen. Daarna werkte hij enkele jaren als stafid en hoofd endoscopie in Göteborg.

Hij vervolgde zijn loopbaan in een grote kliniek in Bad Kissingen (Duitsland), waar hij klinisch metaboolonderzoek verrichtte.

In 1991 kwam de overstap naar het nog jonge academische ziekenhuis in Maastricht. De eerste jaren waren zwaar: met een kleine staf werd vanuit het niets een echte academische MDL-afdeling gebouwd en werd het wetenschappelijk onderzoek gestart. De endoscopie was in Maastricht in handen van de chirurgen, maar werd in goede harmonie met de MDL-artsen uitgebouwd. Ik denk dat een jaar training en ervaring in de psychiatrie Reinhold heeft geholpen om in die eerste periode zodanig tactisch en strategisch te handelen, dat hij toch zijn idealen kon verwezenlijken.

Zijn werk bracht hem naar Maastricht met zijn Italiaanse echtgenote en kinderen. Na enkele jaren vestigde de familie Stockbrügger zich in het familiehuis in de omgeving van Ferrara in Noord-Italië. Reinhold werd een forens die pendelde tussen Noord- en Zuid-Europa.

Maastricht was zijn thuisbasis, maar Europa zijn werkterrein. Hij heeft meer dan enig ander hoogleraar MDL-ziekten beseft hoe belangrijk Europa zou worden voor onze groei en ontwikkeling. Reinhold combineerde *the best of several worlds*: Scandinavische degelijkheid met Engelse humor, Italiaanse leefstijl, Duitse welbespraaktheid en een gezonde Hollandse zakelijkheid.

In Maastricht initeerde hij de ontwikkeling van deelgebieden zoals IBD en functionele darmziekten. Zijn interesse in de fysiologie van het MDL-kanaal heeft geleid tot een goed geëquipeerd Maastrichts functielaboratorium. Wat velen niet weten, is dat het eerste proefbevolkingsonderzoek naar darmkanker is uitgevoerd in het MUMC+, geïnitieerd door Reinhold.

In september 2016 hebben we 25 jaar academische MDL in Maastricht groots gevierd. Reinhold was aanwezig en heeft als *founding father* genoten van de reünie en van de successen die in die 25 jaar zijn behaald. Wij zijn hem heel dankbaar voor al zijn pionierswerk. We verliezen in Reinhold Stockbrügger een gewaardeerde collega-MDL-arts, opleider en Europeaan in denken en doen.

Wij wensen zijn echtgenote Graciana en zijn kinderen veel sterkte bij het verwerken van dit grote verlies.

Ad Masclee, hoofd MDL-ziekten MUMC+

Shared care: stage in transplantatiecentrum Groningen

Begin april 2017 zit ik in de trein naar Groningen en overpeins de route die ik als aios MDL tijdens de opleiding heb afgelegd. Mijn reis begon in het UMCG als promovendus bij de kinder-MDL, daarna volgden Arnhem en Nijmegen (Radboudumc). Ook mocht ik, met dank aan mijn opleider, een omweg naar Wenen maken voor postdoctoraal onderzoek. Nu, een paar jaar verder en drie kinderen rijker, ga ik opnieuw naar het UMCG. Doel: afsluiting van mijn opleidingsjaar ‘hepatologie’ in het transplantatiecentrum aldaar.

Hoewel gevoelsmatig niet om de hoek (voor vrienden uit Amsterdam bleek het hoge noorden altijd verder weg dan vice versa), werd het dus toch weer Groningen. Waarom? Dat had zeker te maken met het eerste gesprek daar. “Waar heb je zin in?” was de openingsvraag, waarna een uitgebreid keuzemenu volgde. Het resultaat: poli’s, consulten, visites bij transplantatiepatiënten, (levertransplantatie)besprekingen, scopiëren, maar ook meelopen op de OK, bij de interventieradiologie en bij de verslavingszorg.

Het UMCG voert sinds 1979 orthotopie levertransplantaties (OLT) uit bij volwassenen en sinds 1982, als enige in Nederland, ook bij kinderen. Jaarlijks krijgen ongeveer zestig patiënten in Groningen een nieuwe lever. Het UMCG is het enige Nederlandse ziekenhuis (en wereldwijd een van de weinige) dat alle mogelijke orgaantransplantaties aanbiedt. Bij de afdeling MDL betreft dit naast de lever ook dunnedarmtransplantaties. Alle programma’s komen samen in het UMC Groningen Transplantatie Centrum, met als motto *shared care for shared organs*. Die bundeling zorgt voor de nodige synergie op het gebied van patiëntenzorg en onderzoekslijnen. Het UMCG blinkt daarvoor uit in een multidisciplinaire aanpak, iets wat mij zeer aanspreekt.

Op de poli valt het mij al snel op dat sommige patiënten, net als ik, van ver komen.

Daarom wordt er veel gecombineerd (e.g. radiologie, gastroscopie, polibezoek). Dankbaar werk, met veel ‘prikken op afstand’. Veel patiënten worden verwezen vanwege gedecompenseerde cirrose. Een deel hiervan is geholpen met medicamenteus beleid of bijvoorbeeld TIPS-plaatsing bij refractaire ascites. Anderen neem ik op voor screeningsonderzoek, voorafgaand aan een eventuele levertransplantatie. Ook reeds getransplanteerde patiënten zie ik terug op de polikliniek, vaak in combinatie met een gespecialiseerde verpleegkundige, van wie je als groentje weer veel kunt leren.

Leerzaam is ook de samenwerking met andere specialismen, de input komt tijdens de besprekingen echt van alle kanten. Vooral de eerste weken zit ik soms even met mijn oren te klapperen. Het overleg met de hepatobiliaire chirurgen en andere collega’s is gelukkig laagdrempelig. Je zoekt elkaar vaak even op in de gang om een moeilijke casus te bespreken. Wat mij ook opvalt: de patiënten zijn lichamelijk ontzettend kwetsbaar. Ik was goed voorbereid door mijn leverstage in Nijmegen, maar je merkt dat je in een transplantatiecentrum werkt met patiënten die behoren tot de buitencategorie. Het evenwicht is zeer wankel, en een pro-actieve houding is daarom essentieel. Naast de polikliniek is er de dagelijkse visite met de HPB-chirurgen bij getransplanteerde patiënten. Dan zijn er nog de hepa-consulten, de grote visite,

en ga zo maar verder. Tussen de bedrijven door is er tijd om op de OK mee te kijken bij enkele levertransplantaties, een *must* voor iedere hepatoloog in spe. De oncologische hepatologie komt aan bod op de wekelijkse HPB-oncologiebespreking. Ook is het mogelijk ingrepen van de interventieradiologen bij te wonen (TACE, TARE, CT-geleide ablatie). Weer iets heel anders, maar niet minder leerzaam, is het meelopen bij Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN).

Ik ben overtuigd van de Groningse aanpak en ben inmiddels (na een als altijd spannende sollicitatie) op 1 oktober 2017 begonnen als stafid hepatologie in het UMCG. De goede sfeer en samenwerking maken dat ik daar elke dag met plezier naartoe ga, nu op de fiets in plaats van met de trein. De tijd van overpeinzing wordt nu vaak abrupt afgebroken door het weer, of (bij thuiskomst) door het uitbundige onthaal van de kinderen. En zo hoort het.

Frans Cuperus
UMC Groningen



Eind 2015 kwamen op uitnodiging van Joost Drenth (Radboudumc) enkele internisten (infectiologen) en MDL-artsen (hepatologen), evenals een ziekenhuisapotheker en een viroloog met interesse in hepatitis, naar café Oudaen in Utrecht. Gezamenlijk besloten zij tot de oprichting van HepNED (www.hepned.nl). Wat ging daaraan vooraf en vooral: wat hebben zij sindsdien bereikt?

HepNED: samen virale hepatitis te lijf

Met de groeiende behandelmogelijkheden voor hepatitis C nam in de afgelopen jaren ook het aantal contacten tussen de bij deze ziekte betrokken beroepsgroepen (e.g. MDL-artsen, internisten, virologen, ziekenhuisapothekers) toe. Verschillende onderlinge onderzoekssamenwerkingen werden opgezet en gesproken werd over een gezamenlijke hepatitisregistratie. Hoog tijd, kortom, voor een landelijke aanpak.

Oprichting HepNED

Op 7 december 2015 leidde dit tot de oprichting van HepNED. De naam is gekozen naar het voorbeeld van onze Duitse burens met hun acute hepatitis C-netwerk en jaarlijkse symposium HepNet. *Mission statement* van HepNED: Gemeenschappelijk onderzoek naar infectieuze hepatitis door de Nederlandse UMC's.

Per UMC zijn een internist-infectioloog en een MDL-arts-hepatoloog afgevaardigd, waaraan toegevoegd enkele virologen en ziekenhuisapothekers met specifieke expertise op het gebied van virale hepatitis. Het bestuur van de eveneens opgerichte Stichting HepNED is aangesteld voor een periode van drie jaar.

Onderzoeken

Inmiddels lopen er verschillende HepNED-studies (Tabel 1). Studie HepNED-002 is zelfs al afgerond en gepubliceerd¹.

Naast deze *investigator-initiated studies* heeft HepNED direct ingezet op een landelijk eliminatieproject voor hepatitis C. Hiervoor is met verschillende partijen gesproken, wat uiteindelijk heeft geresul-

teerd in het zogenaamde CELINE-project, dat wordt gecoördineerd door het Radboudumc met een subsidie van farmaceut Gilead. Het CELINE-programma heeft tot doel om iedereen in Nederland op te sporen die ooit positief is getest op hepatitis C.

Toekomst

Naast onderzoeksactiviteiten op het gebied van hepatitis C wil HepNED zich de komende jaren ook richten op onderzoek naar hepatitis B en E. HepNED wil bovendien niet alleen een aanspreekpunt zijn voor alle hepatitis-onderzoekers in Nederland, maar ook voor andere belanghebbenden zoals patiënten, ziekenhuizen en farmaceuten.

Met HepNed doen we waar we in Nederland sterk in zijn: met gemeenschappelijk onderzoek de zorg voor onze patiënten verbeteren.

Joop Arends, internist-infectioloog UMCU



Studie	Titel	Coördinatie
HepNED-001	Ledipasvir and sofosbuvir for 8 weeks for the treatment of chronic hepatitis C genotype 4 in patients without cirrhosis.	ErasmusMC
HepNED-002	Ribavirin steady-state plasma level is a predictor of sustained virological response in hepatitis C-infected patients treated with direct-acting antivirals.	UMC Utrecht
HepNED-003	Onderzoek naar interacties tussen anti-epileptica en DAAs bij patiënten met HCV.	Radboudumc
HepNED-004 (CRUSADE 1)	Onderzoek naar het effect van fijnmalen van Sofosbuvir/velpatasvir-tabletten op de farmacokinetiek.	Radboudumc
HepNED-005 (CRUSADE 2)	Onderzoek naar het effect van fijnmalen van Grazoprevir/elbasvir-tabletten op de farmacokinetiek.	Radboudumc
HepNED-005 (VITAL)	Onderzoek naar de switch-indicatie van HBV-patiënten op tenofovir.	Radboudumc

Tabel 1. Overzicht HepNED-studies.

¹ Van Tilborg et al. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017 Nov;46(9):864-872.

Kort en snel: het NVMDL Kennisspel

‘**W**e hebben het druk, druk, druk... Toch wordt uiteraard óók van ons verwacht dat we goed op de hoogte zijn van de eigen beroepsrichtlijnen. Dat zijn vaak taaie documenten, maar... met het nieuwe NVMDL Kennisspel is op de hoogte blijven nu een fluitje van één minuut! Op effectieve en snelle wijze leer je daarmee de finesses van onze richtlijnen.’

Aan het woord is Charlotte Peters, voorzitter van de werkgroep NVMDL Kennisspel. “Hoe voorkom je dat je alleen opzoekt wat je nu direct wilt weten of waarvan je toevallig weet dat je het niet weet? Richtlijnen van A tot Z doorlezen is nu eenmaal weinig aan-

trekkelijk. Eigenlijk jammer, want er staat veel kennis in voor de dagelijkse praktijk. Samen met zo’n 50 MDL-artsen uit het hele land heeft de commissie Kwaliteit een doorlopend kennisspel over MDL-richtlijnen ontwikkeld. Met dit Kennisspel onderhoud

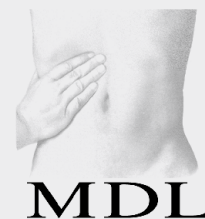
je binnen een minuut per week je kennis en het is ook nog eens leuk!”

Hoe werkt het

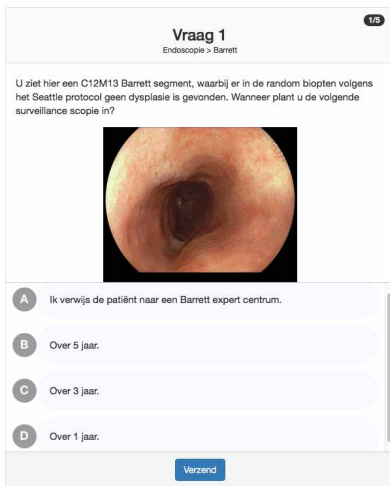
Twee keer per week ontvang je de ‘Vraag van Vandaag’ over een richtlijn in je e-mail.

Achtergrond

Het MDL Kennisspel draait op het Redgrasp-platform. Redgrasp is een startup die zorgaanbieders helpt met het onderhouden van kennis over richtlijnen en protocollen met behulp van een kennisspel. Het bedrijf is mede opgericht door dr. Menno Vergeer, internist in het UMC Utrecht. Voor meer informatie: zie www.redgrasp.com.
Ondersteuning nodig? **Mail naar support@redgrasp.com**.



ADVERTENTIE



Het is een multiple-choicevraag die je met één klik beantwoordt. Hierna krijg je direct te zien of je antwoord goed is en wat de gemiddelde beantwoording in het land was. En je krijgt een korte toelichting met een link naar de richtlijn. Zo leer je binnen tien à twintig seconden iets nieuws! Als je wilt,

kun je meer vragen beantwoorden en verdienen je meer punten. Je kunt ook feedback geven op een vraag.

Charlotte Peters: “De voortgangstoets voor aios maakt kennishiaten (soms pijnlijk) inzichtelijk. Het maakt gelukkig ook nieuwsgierig en zo groei je als aios. Maar waarom zou dat stoppen als je specialist bent? Het is overigens niet de bedoeling om mensen te toetsen, het is echt een spel. Wij hebben geen inzicht in de beantwoording van de vragen op individueel niveau.

Waarom worden de vragen per e-mail gestuurd? Krijgen die arme dokters niet al genoeg e-mail?

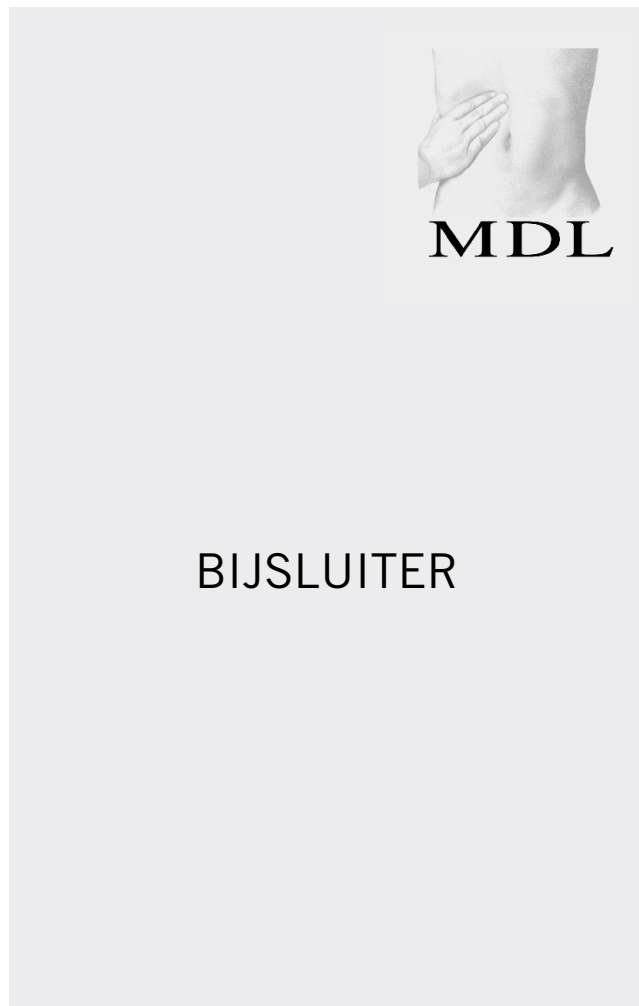
“Er is al ervaring opgedaan met een vergelijkbaar kennisspel in het UMC Utrecht en het Radboudumc en het blijkt dat de laagdrempeligheid juist wordt gewaardeerd. Je hoeft niks te downloaden en je hoeft je nergens aan te melden. Meedoen kost maar

één klik. Recent hebben de leden van de NVMDL in de Algemene Ledenvergadering besloten om dit kennisspel aan iedere MDL-arts en aios aan te bieden. Mocht je je willen uitschrijven, dan kan dit natuurlijk. Maar elders gebeurde dit nauwelijks, want wie wil er nou niet als beste scoren?”

Het spel is recent van start gegaan. Alle NVMDL-leden hebben inmiddels hun inloggegevens ontvangen (per mail vanuit Redgrasp). Lees in de volgende MAGMA nog meer over het NVMDL Kennisspel!



Charlotte Peters, voorzitter van de werkgroep NVMDL Kennisspel.



Taskforce Voeding als pijler binnen MDL

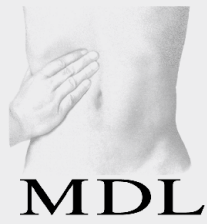
MDL-artsen worden in hun praktijk dagelijks geconfronteerd met een scala aan voeding-gerelateerde problematiek, variërend van het plaatsen van PEG-katheters tot de diagnostiek en behandeling van patiënten met prikkelbare darmsyndroom, IBD en coeliakie. Desondanks ontbreekt het aan kennis en klinisch leiderschap op dit gebied en speelt voeding binnen de huidige opleiding tot MDL-arts een ondergeschikte rol. Dit blijkt ook uit het feit dat Nederlandse MDL-artsen i.o. opvallend laag scoren op dit thema binnen de Europese MDL-examens.

Tijdens de bestuursvergadering van de NVMDL op 27 november 2017 is daarom besloten een *taskforce* Voeding in het leven te roepen om tot profilering van dit thema binnen de MDL te komen. De gedachte is dat er vanuit medisch oogpunt geen duidelijke regie op het gebied van voedingsbeleid is en dat de MDL-arts deze rol op zich zou moeten nemen, in samenspraak met aanpalende specialismen. Dit is in lijn met het focus op keten- en netwerkzorg zoals verwoord in het visiedocument *Medisch Specialist 2025* van de Federatie Medisch Specialisten. Op termijn zal deze *taskforce* worden omgezet in een formele NVMDL-commissie met als opdracht de kennis omtrent klinische voeding en voeding bij acute en chronische ziekten te bevorderen en te implementeren in de (poli)klinische praktijk. Ook de wetenschapsagenda op dit gebied moet georganiseerd worden, in overleg met NESPEN als sectie van de NVGE.

Personen met belangstelling voor het thema Voeding (nadrukkelijk ook aios!) wordt verzocht contact op te nemen met ondergetekende.

Geert Wanten, geert.wanten@radboudumc.nl

mede namens Ad van Bodegraven, Gerard Dijkstra, Jeroen Maljaars, Ton Naber, Laurens van der Waaijen Ben Witteman



ADVERTENTIE

Klaar... en dan?

Een jaar geleden schreven we op deze plek dat in elke *MAGMA* voortaan een aios-bijdrage zou verschijnen. Inmiddels zijn we vier bijdragen verder. We schreven over de plannen voor het nieuwe jaar 2017, over NOVUM, over de kennistoetsen en over digitalisering (of liever: het ontbreken daarvan in de opleiding). Het oordeel of dit alles het lezen waard was, laat ik graag aan u over.

In *MAGMA 1-2017* riepen wij ook op tot bijdragen van aios uit het land. Reacties hierop bleven helaas uit. Bij dezen probeer ik het gewoon nog een keer: iedere (groep) aios die een artikel of column wil schrijven, laat je horen en meld je bij de redactie!

Nu de vraag wat er verandert in 2018. Om te beginnen heeft *MAGMA* een nieuwe hoofdredacteur, op pagina 2 hebt u zijn eerste column kunnen lezen. Ook wat betreft de aios-vertegenwoordiging in de redactie is er nieuws: Susanne Korsse (HagaZiekenhuis) is de opvolger van Jasmijn Haanstra en zelf zal ik in de loop van het voorjaar plaatsmaken voor een nieuwe vertegenwoordiger vanuit het bestuur van de NVMDL i.o.

Dan de opleiding. Het NOVUM is geaccepteerd en in het komende jaar is het aan de verschillende centra om een nieuw lokaal en/of regionaal opleidingsplan te schrijven waarin NOVUM wordt geïmplementeerd. Mijns inziens een uitgelezen mogelijkheid voor de aios om een actieve rol te krijgen of nemen in de revisie van de lokale opleiding.

Nog dichterbij, als het over mijzelf gaat, wordt het een jaar van fikse veranderingen. Nog enkele maanden en mijn opleiding zit erop. Ik ga verkassen naar een ander ziekenhuis, deze keer niet omdat ik daar nou eenmaal mijn volgende stage moet doen, maar voor een plek in de staf. Collega's, vrienden en familie vragen mij het hemd van het lijf. Wanneer begin je? Heb je van tevoren nog vakantie? Ga je verhuizen? Hoe groot is het team daar? Is het loondienst of maatschap?

Wat ga je verdienen? Hoeveel dienst moet je doen? Wat ga je eigenlijk precies doen?

De eerste vragen zijn makkelijk, maar daarna wordt het steeds moeilijker. Ik kan ze nog niet allemaal beantwoorden (waarbij ik dat van de ene vraag minder erg vind dan van sommige andere...). En hoe meer mensen ik spreek, hoe meer vragen er komen waarvan ik me afvraag waarom ik ze zelf niet eerder heb gesteld. Direct daarna denk ik: 'aan wie dan eigenlijk?' en 'wanneer?'

Op enig moment komt van mede-aios steevast de opmerking: 'Gek dat we daarover niets leren in de opleiding'. Ik heb het NOVUM erop nagelezen en inderdaad, ik kan er niets over vinden. Maar is dat ook wel nodig? Ik kan namelijk maar één conclusie trekken: cursussen genoeg, zowel lokaal, regionaal als landelijk, vanuit zowel de UMC's als de perifere opleidingsklinieken. En als je kijkt naar commerciële partijen die cursussen aanbieden ter voorbereiding op het 'baas zijn', dan lijken de mogelijkheden vrijwel oneindig.

Maar de interesse in deze cursussen komt pas echt als je bijna klaar bent. Nog preciezer: de cursus lijkt eigenlijk pas interessant op het moment dat je hem eigenlijk al gevolgd had moeten hebben...

Laat mij daarom als afronding op deze plek nogmaals een lans breken voor twee vaste activiteiten van de NVMDL i.o., het 'Speeddaten' en het 'Career Event'. Beide worden jaarlijks georganiseerd op de Digestive

Disease Days in het najaar, op de donderdag. In de ochtend een mini-symposium, geheel besteed aan vragen zoals hierboven, en 's middags het welbekende speeddaten als korte kennismaking tussen ziekenhuizen en ouderejaars aios die allemaal 'op zoek zijn'. Het symposium is speciaal gericht op aios, maar open voor iedereen. Het speeddaten is voor aios uit jaar 5 en 6 plus alle ziekenhuizen.

Deze reclame is daarmee niet alleen bedoeld als advies van een belegen aios aan zijn jongere collega's, maar zeker ook bestemd voor de kleinere ziekenhuizen in die regio's waar vacatures moeilijk te vullen zijn. Kom langs, beloof gouden bergen, en leg jonge talenten vast!

Geert Bulte



Neurocoeliakie: een T-celgemedieerde ziekte?

Op de coeliakiepoli van het VUmc zagen wij een 70-jarige man, verwezen door een UMC elders. Sedert twee jaar ervaart hij progressieve klachten van ataxie met balansstoornissen, vallen, dysartrie, *nystagmus* en moeite met schrijven.

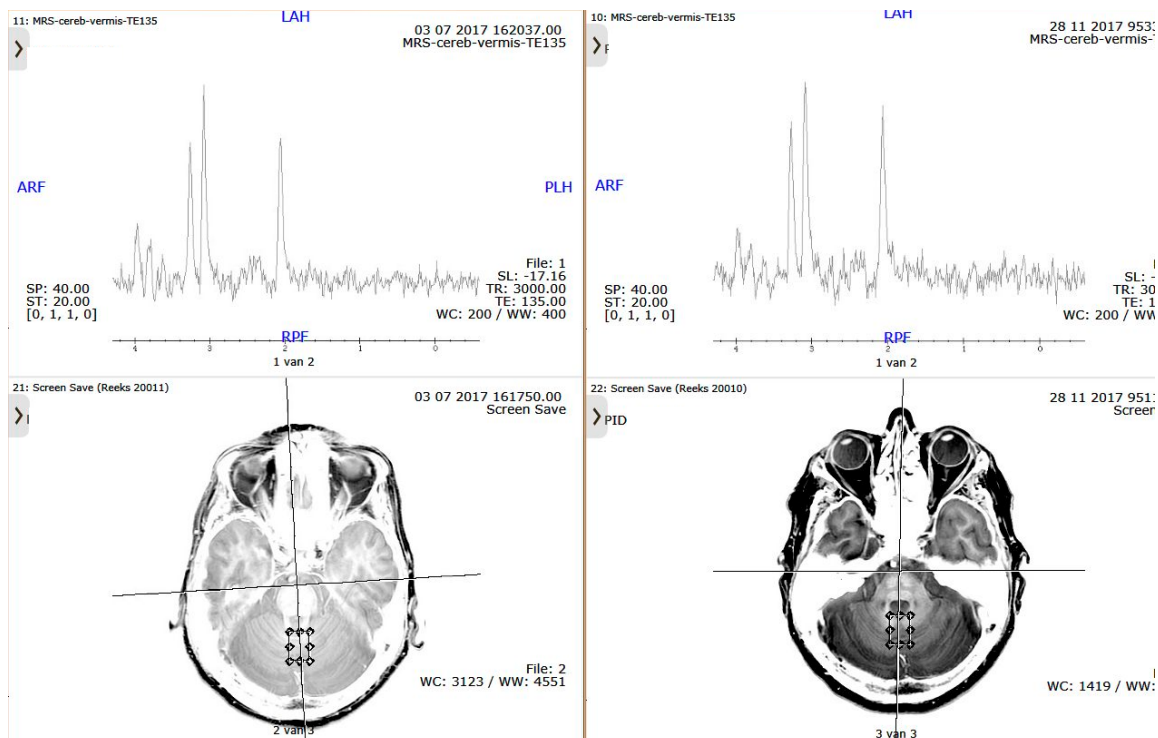
Bij lichamelijk onderzoek wordt er een man gezien met een onzeker, breed basisch gangspoor, met atactische spraak. Anamnestic heeft hij geen gastro-intestinale klachten, wel komt coeliakie in de familie voor. Bij lichamelijk onderzoek is de vingerneusproef gestoord, kan de patiënt niet op één been staan en is er sprake van milde dysdiadochokinese.

Er wordt een MRI verricht waarop forse cerebellaire atrofie zichtbaar is. Na uitgebreide neurologische analyse in twee ziekenhuizen wordt er coeliakieserologie verricht volgens de richtlijn niet-acute cerebellaire ataxie (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2014). Transglutaminase 2-antistoffen zijn dubieus positief, gedeamideerd gliadine IgG-antistoffen sterk positief en gli-

adine IgG-antistoffen zwak positief. Afgenomen duodenumbiopen laten een Marsh IIIa zien.

Werkdiagnose

Bij afwezigheid van andere oorzaken voor zijn ataxie wordt de werkdiagnose neurocoeliakie gesteld. Er wordt naast een normale MRI ook een MR-spectroscopie verricht. Hiermee wordt er biochemische hersenactiviteit gemeten waarbij een N-acetylaspartaat/creatineratio van kleiner dan 1 pathologisch is. Bij deze patiënt was dit duidelijk het geval (*figuur 1, links*). Om verdere progressie tegen te gaan, krijgt



Figuur 1.

MR-spectroscopie vóór aanvang van een glutenvrij dieet (*links*) en na een vijf maanden strikt glutenvrij dieet (*rechts*). De MR-spectroscopie toont drie pieken, van links naar rechts: choline, creatine en N-acetylaspartaat. De N-acetylaspartaat-/creatineratio is *links* duidelijk kleiner dan 1. Na vijf maanden glutenvrij dieet (*rechts*) is de ratio al gestegen.

de patiënt een glutenvrij dieet en wordt er daarnaast gestart met een kuur cladribine. Dit is een purinederivaat dat doordringt in de *liquor cerebrosinalis* en dit jaar beschikbaar komt voor multiple sclerose. Nu, zes maanden later, loopt patiënt beter, heeft hij geen hulp meer nodig bij het lopen en is zijn spraak verbeterd. Anamnestic gaat dit nog met ups en downs. Zijn antistoftiters zijn verder gedaald, de N-acetylaspartaat/creatineratio is iets gestegen (*figuur 1, rechts*).

Onderzoek

Neurocoeliakie is een veel besproken, maar nog weinig onderzocht ziektebeeld. Het is een neurologische ziekte bij patiënten met glutensensitiviteit. Glutenataxie is de meest beschreven vorm. In Engeland worden dergelijke patiënten in groten getale gezien op een gespecialiseerde ataxiepolikliniek in Sheffield. Vijftienvijf procent van de patiënten met sporadische ataxie in deze

derdelijnskliniek zou glutenataxie hebben. In Nederland lijken deze aantallen aanzienlijk lager te liggen.

Een direct verband tussen gluteningestie en ataxie is nog niet gevonden. In enkele studies wordt aangetoond dat glutenataxiepatiënten verhoogde antistoftiters hebben tegen transglutaminase 6. Dit is een eiwit van de transglutaminasefamilie dat vooral tot expressie komt in neuronaal weefsel. Het feit dat transglutaminase 6-antistoffen ook worden gevonden bij andere neurodegeneratieve aandoeningen, suggereert dat dit een epifenomeen kan zijn van neuronale schade en niet per se gelinkt is aan gluteningestie. In post-mortemhersenweefsel van voor neurocoeliakie verdachte patiënten zien wij influx van lymfocyten. Deze cytotoxische T-cellen zien we met name perivasculair en bij sommige patiënten lijken cytotoxische T-cellen de Purkinje-cellen te attaqueren, die deels verdwenen zijn. Gebaseerd op

deze bevindingen lijkt een T-celgemedieerd ziektebeeld waarbij T-cellen de bloed-hersenbarrière passeren, een betere hypothese.

Conclusie

We hopen dat u bij sporadische ataxie de diagnose neurocoeliakie zult overwegen. We beschikken nu over autopsiemateriaal van acht neurocoeliakiepatiënten, met uw hulp kunnen we dit mogelijk uitbreiden. Het lijkt met name te gaan om patiënten die zich presenteren boven de leeftijd van 50 jaar, hoewel we een patiënt hieraan verloren hebben van 29 jaar oud.

Maxine Rouvroye, Chris Mulder
VUmc, Amsterdam

Voor meer informatie en/of aanvullende casuïstiek: Maxine Rouvroye, arts-onderzoeker, m.rouvroye@vumc.nl.

IN MEMORIAM

Remco van den Boomgaard (1944–2018)

Op 4 februari 2018 overleed op 73-jarige leeftijd onze collega-MDL-arts Remco van den Boomgaard. Remco was afkomstig uit Hulst, Zeeland. Hij heeft zijn opleiding tot MDL-arts gevolgd in het Academisch Ziekenhuis Leiden met de markante professor Karel Haex als leermeester en Joke Kreuning als endoscopie-supervisor.



Remco behoort tot de pioniers onder de MDL-artsen: in de jaren zeventig-tachtig van de vorige eeuw waren er nog geen 40 MDL-artsen werkzaam in Nederland en was MDL-ziekten vooral een academisch vakgebied. Remco vestigde zich in de jaren tachtig als eerste MDL-arts in het Leyenburg Ziekenhuis te Den Haag. Hij onderhield een innige band met de Leidse MDL-kliniek, met Joke Kreuning, Irene Weterman

en later Gerrit Griffioen. Remco was actief lid van de International Duodenal Club: een groep experts uit de tijd dat duodenale aandoeningen nog veel voorkwamen als gevolg van zuuroverproductie en een hoge *Helicobacter*-prevalentie.

In 1993 schreef hij samen met journalist Simon van der Heide een MDL-klassieker over gastro-enterologie in Nederland: *Niet uit geestelijke armoede, maar streven naar meesterschap*.

Bescheiden hoopte hij 'dat dit boek de basis moge vormen voor een compleet naslagwerk over de historie van de MDL bij het honderdjarig bestaan in 2013'. Dat grote boek is er inderdaad gekomen en Remco heeft daaraan een belangrijke bijdrage geleverd!

We zijn Remco veel dank verschuldigd voor zijn inzet en toewijding aan de patiëntenzorg, aan ons specialisme, aan onze organisatie én aan onze geschiedschrijving.

We wensen zijn echtgenote, kinderen en kleinkinderen veel sterkte.

Ad Masclee

De aanschaf van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is een zeer ingrijpende keuze, vergelijkbaar met de aanschaf c.q. bouw van een nieuw ziekenhuis. De implementatie ervan in alle geledingen van het ziekenhuis komt neer op een drastische reorganisatie. Een korte terugblik op tien jaar EPD in het UMC Utrecht.

Tien jaar Elektronisch Patiënten Dossier: een persoonlijke ervaring

Start

Het begon met de aanschaf van een ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS), dat we samen (!) met andere universitair medische centra lieten ontwikkelen. Wij dachten op dat moment dat dit ZIS al een heus elektronisch patiëntendossier was. Helaas bleek al snel dat we er een groot deel van onze medische informatie niet in kwijt konden. In Utrecht is dit zojuist beschreven ZIS bijna twintig jaar in de lucht geweest. In de meeste/alle ziekenhuizen zijn de oude ZIS-systemen vervangen door nieuwe (en functioneren – al dan niet goed geïntegreerd – vaak in samenhang met een EPD).

Kopen

Het LUMC en UMC Utrecht besloten ongeveer tien jaar geleden samen een ‘echt’ EPD te kopen. Op dat moment was er nog niet zoveel keuze in EPD-land. Het werd breed aangepakt: artsen, verpleegkundigen en andere gebruikers werden in allerlei werkgroepen geplaatst. Na veel tijd en overleg kwam daaruit een zwaar programma van eisen tevoorschijn. Hiermee werden uiteindelijk vier leveranciers verleid tot een finale bieding. Uiteindelijk werd ChipSoft de winnaar met CS-EZIS.

Inrichten

Alle gebruikers kregen veel tijd om mee te helpen aan de inrichting van het EPD. Regelmatig toog ik met een groep collega's naar het LUMC en de Leidenaren vervolgens naar ons. We voelden ons als in een snoepwinkel: niets leek te gek en de mensen

van ChipSoft waren in groten getale aanwezig om ons bij te staan. Ik hoorde dat wij eigenlijk bezig waren voor ChipSoft hun ‘Best Practice’ te maken. Wij vonden dat helemaal niet erg, want wij mochten bijna al onze wensen op EPD-gebied realiseren. Daarmee ontstonden wel een aantal van de huidige problemen. Iedereen, maar dan ook iedereen heeft een ongelofelijke hoop mogelijkheden, scorelijsten, formulieren in het systeem gestopt; in de praktijk wordt hiervan echter maar 30% gebruikt. En je kunt op zoveel verschillende manieren en op zoveel verschillende plaatsen je informatie kwijt, dat de uniformiteit van het dossier in gedrang komt. Keuzes waren er ook. Het ChipSoft EPD,

toen nog EZIS genaamd, is modulair opgebouwd. Wij hebben niet gekozen voor de standaard endoscopieverslagleggingsmodule van ChipSoft, maar voor EndoBase van de firma Olympus. Deze keuze heeft tot op de dag van vandaag consequenties, want er zijn veel en continue ‘koppelingsissues’ met de EndoBase-module die voor storingen zorgen.

Scholing en oefening

Eindelijk was het EPD klaar. We hadden gekozen voor een Big Bang-implementatie op 10 juni 2011. Voor die datum moest iedereen verplicht scholing ondergaan, anders kreeg je geen inlogaccount. Bij deze scholingen zag je hetzelfde als we nu zien bij

AGENDA



Internationaal motiliteitscongres in Amsterdam

Van woensdag 29 augustus tot zaterdag 1 september 2018 zal in de RAI Amsterdam het tweejaarlijkse internationale Neurogastroenterologie en Motoriek-congres plaatsvinden.

Officieel heet het congres FNM 2018, waarbij FNM staat voor *Federation of Neurogastroenterology and Motility*.

De FNM is een federatie van de vijf continentale neurogastroenterologieverenigingen, waaronder de European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESNM).

De ESNM is in 2018 de gastheer van het congres.

André Smout (*rechts*), voorzitter van het Scientific Committee, en Arjan Bredenoord (*links*) zijn de lokale gastheren (beiden AMC). Zoek op **YouTube** naar ‘FNM2018’ voor hun enthousiasmerende filmpje. Op www.fnm2018.org/ vindt u alle benodigde informatie.

onze patiënten: sommigen willen instructie middels een video, anderen een stuk papier en een deel alleen maar praktijktraining. Met enige regelmaat kijk ik zelf terug naar een instructievideo en elke keer leer ik weer nieuwe dingen. Zoals ik ook leer op de gezamenlijke besprekingen waarbij ik mijn collega's op het beeldscherm zie navigeren. Toch blijft het soms lastig: de interface van het EPD is nog steeds niet zó intuïtief dat ik alles zelf kan uitzoeken en terugvinden.

Finetunen

Het werken met een EPD moet je dus leren. Ik leer nog steeds en het gaat steeds makkelijker en sneller. Deels omdat het systeem steeds weer verandert en... meestal verbetert. Maar ook omdat ik in de loop van de jaren mijn eigen methodes heb gevonden die de consultregistraties verbeteren en soms versnellen. Als voorbeeld het maken van een brief. Ik anticipeer daarop door bij de voorbereiding van én tijdens het consult het systeem te vullen. Twintig seconden na het consult heb ik de conceptbrief klaar. Dit had ik nooit van een EPD verwacht en ook niet van mezelf! Ik heb destijds bij de kantoorboekhandel een typecursus gekocht, zodat ik na zes weken blind en met tien vingers kon typen.

Door het EPD én het typen met tien vingers ben ik nu minder tijd kwijt aan het maken van brieven dan vroeger. Ik moet wel bekennen dat middels het dicteren van een brief mooier proza ontstond dan wat ik nu aflever...

Knipkaart

Eenmaal gekocht en al werkend met het systeem komen de hiaten aan het licht. Het ChipSoft EPD blijkt zó ingericht dat onze eigen ICT-ers alleen minimale aanpassingen kunnen doen. Voor de zogenoemde wijzigingsverzoeken krijgen we als divisie een knipkaart, maar als die 'op' is, dan worden er even geen veranderingen meer aangebracht. Voor mij is het niet te begrijpen dat een aantal zaken die met kwaliteit en veiligheid te maken hebben, niet tot een wijzigingsverzoek kunnen leiden "omdat we onze knipkaart al hebben opgebruikt". Een voorbeeld: ik probeer te zorgen dat de verwijzer die we hebben ingevoerd bij het

maken van de DBC/DOT, automatisch een brief krijgt van het gedane consult. Op dit moment staat alleen de huisarts als *default* aangemerkt. Daar ben ik nu al weer maanden mee bezig. Blijkbaar is onze knipkaart weer leeg...

Toppers

Een fantastische verworvenheid van het huidige EPD is dat de informatie altijd en overal beschikbaar is. Ook kun je makkelijk informatie delen met je collega's en tegenwoordig ook met de patiënt. Ik vind het geweldig dat de patiënt kan meelesen in zijn/haar dossier. Ik maak daarvan gebruik op de polikliniek door patiënten te vragen of ze nog op- of aanmerkingen hebben op mijn notities. Dat scheelt mij veel tijd. De patiënten denken met mij mee, hebben de uitslagen al gezien en sturen me alleen een e-consult als er iets speelt. Een andere prettige verworvenheid blijkt bij het multidisciplinair overleg. Ik loop nooit meer met losse papiertjes rond en mijn persoonlijke *reminders* staan op patiëntniveau in mijn HiX-werklijst.

Toekomst

Met de toenemende automatisering gaat het EPD natuurlijk ook veranderen en verbeteren. Zijn nu alle schermen standaard ingericht en staan de diverse deelschermen op een vaste plek, straks komen er steeds meer mogelijkheden om je favorieten in te stellen én ook nog eens op plaatsen die je zelf wilt. Het werken op twee schermen binnen het EPD komt er steeds meer aan. Wat nog wel een puntje voor de toekomst wordt, is het zogenaamde Vendor Neutral Archiving (VNA). Wat we zien, is dat ChipSoft eigenaar lijkt van het EPD. Als we EPD-informatie willen uitwisselen met het naast ons liggende ziekenhuis, dat ook een ChipSoft-systeem heeft, ontstaat er een zogenoemd *vendor lock-in*. De leverancier trekt aan de touwtjes, bepaalt wat er gebeurt en wij mogen betalen! Het kan alleen maar tegen hoge kosten en met de oplossingen die ChipSoft aanbiedt.

Waar we naartoe moeten, is dat:

- a) we geen leveranciersspecifieke systemen meer accepteren;

- b) de EPD-data eigendom zijn van de patiënt. Op die manier kunnen we altijd en overal met iedereen koppelen en informatie uitwisselen zonder dat je door de *vendor* *gelocked* wordt.

Op dit moment is het UMC Utrecht met een ander bedrijf bezig om een soort *cloud-oplossing* te ontwikkelen, zodat beide ziekenhuizen bepaalde EPD-informatie kunnen inzien en gebruiken. Dit systeem is dus niet van ChipSoft, hoewel ChipSoft nu ook hard werkt aan dit soort koppelingen.

Tot slot

Zoals u hebt kunnen lezen, ben ik een tevreden gebruiker. De verworvenheden van het EPD hebben een grote meerwaarde in de huidige ziekenhuispraktijk. Er is heel langzaam meer budget en aandacht voor EPD-ontwikkeling en EPD-onderhoud in ziekenhuizen. Het blijft wel opletten, want voor je het weet lopen administrateurs, kwaliteitsmanagers en ICT-ers het EPD zodanig te tweakken dat het niet ten goede komt van de directe patiëntenzorg.

Oproep

Ik wil iedereen aanmoedigen zoveel mogelijk inbreng van medisch specialisten te realiseren in de diverse ICT-commissies in het ziekenhuis. Laten we er als medische staven voor zorgen dat deze commissies niet alleen adviserend zijn, maar ook daadwerkelijk budget en veranderingsmandaat hebben.

Kolonel b.d. Jan F. Monkelbaan
MDL-arts, UMC Utrecht



Leven met HiX: een haat-liefdeverhouding

Na maandenlange intensieve voorbereiding, met verplichte voorlichtings-, oefen-, *go live*- en andere *events*, deels in eigen vrije tijd afgewerkt, brak op 23 juni 2017 in het Erasmus MC de GROTE DAG aan. Trompetgeschal, Code Rood, Alarmfase 3, Vakantieverbod en Opnamestop: HiX gaat de lucht in! Nu zeven maanden later de kruitdampen goeddeels zijn opgetrokken, maak ik een voorlopige balans op.

Als meestal in de digitale achterhoede bivakkerende oudere-jongere kon ik me direct al verrassend goed redden met HiX, al zeg ik het zelf. Dat zegt dus veel over het gebruiks-gemak! En het gaat nog steeds langzaam beter, bijvoorbeeld brieven maken. Fijn dat het programma weinig uitvalt, werken met de gedeelde schermopbouw heeft grote voordelen, er is gemakkelijk toegang tot de meeste data – hoewel ik

maar niet kan onthouden hoe ik ook alweer een operatieverslag kan inzien. Nu we na dik een half jaar erachter zijn gekomen hoe aanvragen voor endoscopische procedures beoordeeld en getrieerd kunnen worden, hebben we weer een reuzenstap gemaakt. Het wordt echt steeds beter.

Toch zijn we er nog niet helemaal. Iedere keer wanneer ik moet HiXen, bekruipt mij



zo'n onbestemd, vervreemdend gevoel. Waarom toch al die opties, vakjes, mogelijkheden, vragen, trajecten, klik, klik, klik. Wat moet ik met al die gekke knoppen? Wat is 'routeren' in de context van een brief verzenden? Die vreemde HiX-terminologie werkt op de zenuwen.

Maar het ergste van alles: waarom ontbreekt het meest essentiële onderdeel van het geneeskundig handelen bij vervolgschulden: de Anamnese? *Ja, beste lezer: u leest het goed!* En waarom ontvang ik tot op heden, ook al zijn alle vakjes keurig ingevuld, geen PA-uitslagen, ondanks eindeloos overleg? DEXA-scan aanvragen: kan niet. Echografie + elastografie tegelijkertijd aanvragen: kan ook niet. Waarom moet echografie in vredesnaam aangevraagd worden bij 'MDL-Functieonderzoek'? HiX, dat is toch niet logisch?!

Waarom kan er niet veel meer aangepast worden, zodat het systeem doet wat wij willen, in plaats van dat we onderworpen zijn aan een digitale dictator? Ingescande externe data via Multimedia raadplegen is een beproeving. De koppeling met Endobase, dat in vele ziekenhuizen wordt gebruikt voor de endoscopische verslaglegging, werkt beroerd, er is geen ander woord voor. En wie heeft al die gekmakende kaboutersymbooltjes verzonnen bij Medicatie, wie kan en wil onthouden wat die allemaal betekenen? Hebben we het over een systeem dat ons wil helpen of...???

Het is te hopen dat het in de toekomst mogelijk zal zijn om HiX drastisch te vereenvoudigen en logischer te laten werken, dat het veel gemakkelijker zal worden om het systeem dusdanig te laten functioneren dat het doet waar wij – dagelijkse, intensieve en afhankelijke gebruikers én betalers – behoefte aan hebben.

Samenvattend: een acceptabele, zij het koele relatie met dit HiX-EPD. Geen warme liefde... maar dat kan natuurlijk nog komen.

Henk R. van Buuren, MDL-arts
Erasmus MC

Amphia Breda: ervaringen met EPIC

Het EPD-systeem Epic werd in mei 2011 in ons ziekenhuis geïntroduceerd en is na omzetting van alle dossiers uiteindelijk in maart 2013 volledig live gegaan.

Ons systeem is zeer stabiel: het loopt zelden vast en er is vrijwel nooit een storing. Dat klinkt als een open deur, maar is natuurlijk van groot belang. Eén van de belangrijkste voordelen van Epic is dat je de EPD-omgeving tot op behoorlijk gedetailleerd niveau naar eigen wens kunt inrichten. Het Epic-EPD kan dan ook behoorlijk verschillen tussen ziekenhuizen.

Positieve aspecten: voorbeelden

Scoresystemen zoals IBD-gerelateerde scores, Child-Pugh, MELD et cetera kunnen automatisch worden gegenereerd en voor onderzoek en wetenschap gebruikt. De mogelijkheid om discrete data te registreren en te gebruiken voor interne en externe rapportages bestaat (maar wordt te weinig gebruikt). Verder is er een enorme efficiëncywinst mogelijk met standaardisering van orders, aanmaken van favorieten en uniformisering van *decursus* en brieven. Deze zaken vergen een investering, maar eenmaal gemaakt betaalt deze zich ruimschoots terug.

Ondersteuning

Essentieel bij een goed functionerend EPD is een goede ondersteuning vanuit een ICT/EPIC-afdeling binnen het ziekenhuis. Dit kost uiteraard geld: ziekenhuisbesturen dienen hiervoor de nodige middelen vrij te maken. Een toegewijde contactpersoon binnen de ICT-afdeling voor de MDL-vakgroep kan er bovendien voor zorgen dat het EPD snel naar de wensen van de gebruikers kan worden aangepast. En met adequate ondersteuning zouden veel van de dagelijkse ongemakken kunnen worden ondervangen.

Dit EPD kent zo veel mogelijkheden (en vrij veel onnodige ballast) dat je soms door de bomen het bos niet meer ziet. De vele tabbladen (en tabbladen binnen tabbladen)

maken het geheel – zeker in het begin – erg onoverzichtelijk.

De meest gehoorde klacht betreft dan ook het vele ‘klikken’, scrollen et cetera om in alle verschillende domeinen de benodigde informatie te zetten. Met name op de poli zit je soms meer naar het scherm te kijken dan dat je praat met de patiënt.

Om niet te lang in de EPIC-*survival mode* te blijven hangen, is een goede opleiding in dossiervoering binnen het EPD (plus blijvende bijscholing) zeer wenselijk! Spijtig genoeg blijft de opleiding in veel zieken-

huizen beperkt. Hierdoor kost raadpleging van het EPD te veel tijd en volgt iedereen uiteindelijk zijn eigen weg in de dossiervoering. Meer uniformiteit en standaardisatie is noodzakelijk, maar blijkt en blijft daarmee zeer lastig. Accreditatie-eisen zoals van het internationale JCI-keurmerk, kunnen evenwel sommige zaken in dit proces versnellen.

Al met al is onze ervaring positief en is wat ons betreft Epic een goede keuze geweest.

Jasper Smalberg en Tom Seerden,
namens de MDL-vakgroep Amphia

MDL BLOEIT

Graag nodigen wij u uit voor het negende NVMDL-symposium ‘MDL bloeit’ op 14 juni a.s.

Ook in 2018 levert de medisch professional dag in dag uit kwalitatief goede en verantwoorde zorg. De medisch professional is de bloem in bloei, bestaande uit bloembladeren die synoniem staan voor de competenties die hem of haar tot een complete medicus maken. Langs deze competenties is het programma van het NVMDL-symposium 2018 opgebouwd.

Na het ochtendprogramma zal uw communicatie in de spreekkamer voorgoed veranderd zijn en leert u wat u beter niet meer kunt doen. Na het interactieve middagprogramma gaat u niet langer de mist in met veelvoorkomende kwalen uit de dagelijkse praktijk en leert u organiseren op zeer grote schaal.

Het programma van ‘MDL bloeit’ is als Pokon en voedt de verschillende bloembladeren met sprekers uit binnen- en buitenland, jong en oud. Samen vormen wij als MDL Nederland na 14 juni een nog mooier boeket!

Mis deze dag niet en schrijf u nu in via www.mdl.nl.

Symposiumcommissie NVMDL

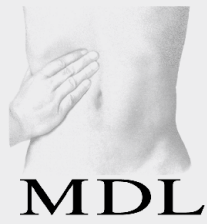
Kim van Boxtel, Thijs Grasman, Marina Grubben, Monique Knops en Maarten Tushuizen

NVMDL symposium MDL bloeit!

Donderdag 14 juni 2018



Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam



ADVERTENTIE

Patiëntinformatie digitaal uitwisselen: wat mag wel en niet?

FOTO: MESSENGER-APP PATIËNTOVERLEG, ZORGDOMEIN



Het gebruik van patiëntenportals en uitwisselingssystemen tussen verschillende zorginstellingen is inmiddels wijd verbreid. Daarnaast wordt in de dagelijkse praktijk iedere zorgverlener waarschijnlijk wel eens gevraagd per e-mail een uitslag door te geven. Of komt in de situatie waarin het handig is om even met een collega te appen om bepaalde informatie te verifiëren. Digitalisering biedt kansen om snel en op laagdrempelige wijze te communiceren en kan zo bijdragen aan kwalitatief goede en veilige zorg. Anderzijds zijn aan het gebruik van e-mail en apps ook risico's verbonden. Systemen kunnen bijvoorbeeld worden gehackt, waardoor informatie in handen van derden terecht komt die hiervan misbruik kunnen maken.

Medische informatie wordt beschouwd als zeer gevoelige informatie. Partijen die medische gegevens verwerken, zijn verplicht passende organisatorische en technische maatregelen te treffen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of diefstal. Op het moment dat medische informatie als gevolg van gebrek in de beveiliging lekt en in handen van onbevoegden terecht komt, moet dit worden gemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Veel zorginstellingen hanteren daarom een hoge standaard voor informatiebeveiliging en voldoen aan de op dit terrein relevante NEN-normen en/of ISO-richtlijnen. Hierdoor is het meestal geen probleem om *binnen* eenzelfde zorginstelling met collega's per e-mail informatie uit te wisselen over patiënten. Daarbij geldt uiteraard wel dat de privacy van betrokken patiënten zo veel mogelijk moet worden gewaarborgd. Dit betekent dat alleen patiëntinformatie gedeeld mag worden met personen die daadwerkelijk bij de behandeling zijn betrokken en er niet meer informatie uitgewisseld dient te worden dan noodzakelijk om degene aan wie een vraag wordt gesteld, in staat te stellen een oordeel te geven.

Patiëntinformatie mag in beginsel niet onbeveiligd *buiten* de eigen zorginstelling via e-mail over het internet worden verzonden. Het internet is een onbeveiligd netwerk, waardoor berichten die via e-mail of een app worden verzonden, kunnen worden onderschept en/of gewijzigd. Berichtenverkeer wordt bovendien vaak op servers van internetproviders opgeslagen en daar soms voor langere tijd bewaard. Hierdoor kunnen onbevoegden toegang krijgen tot de informatie die via onbeveiligde e-mail of app wordt verzonden. Ook het per onbeveiligde

e-mail verzenden van medische informatie op uitdrukkelijk verzoek van een patiënt is dus af te raden.

Een oplossing is het versleuteld verzenden van informatie met behulp van speciale programma's of uitslagen te communiceren via patiëntenportals, waarop de patiënt met DigiD inlogt en waarvan de technische beveiliging door de zorginstelling gewaarborgd wordt.

Op grond van de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens die per 1 juli 2017 in werking is getreden, worden er overigens strengere eisen gesteld aan toestemming voor uitwisseling van gegevens via portals, maar ook aan uitwisseling van medische gegevens via uitwisselingssystemen tussen zorgverleners. Patiënten moeten uitdrukkelijk toestemming geven voor het beschikbaar stellen van gegevens via dergelijke elektronische uitwisselingssystemen. Per 1 juli 2020 is het zelfs de bedoeling dat de patiënt gespecificeerde toestemming geeft en kan bepalen welke informatie met welke zorgverlener wordt gedeeld. Om dit mogelijk te maken zullen de zorginstellingen nog de nodige (technische) slagen moeten maken.

Anne-Marleen den Hertog-de Visser, jurist
Erasmus MC



PRAGMATISME UIT DE NIJMEEGSE DIGITALE PRAKTIJK

‘Met soepele uitwisseling specialist en huisarts is 95% proces op orde’

De digitale informatie-uitwisseling in de zorg is nog lang niet slim genoeg, maar kent inmiddels al wel een lange historie. De regio Nijmegen was in de afgelopen vijftien jaar zowel voorloper en koploper als opvallende zakker in wat soms lijkt op een elektronische ratrace.

In de weerbarstige werkelijkheid van de zorg gaat het om de menselijke maat, zegt Adriaan Tan, MDL-arts in het Nijmeegse Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ). “Kernvoorwaarden zijn: elkaar kennen, samenwerken en de wil om verbeteringen door te voeren. En laten we vooral pragmatisch zijn. Regel in de eerste plaats dat de informatie-uitwisseling tussen de specialist en de huisarts digitaal zo soepel mogelijk verloopt. Dan heb je 95 procent van het proces op orde.”

Tan vindt dat ICT dienstbaar moet zijn aan verbetering van de samenwerking. “Als een huisarts op individueel niveau vindt dat ik iets niet goed doe, moet hij of zij me gewoon bellen. Als het iets structureels is, dan bespreek je dat én ga je na of zo’n fout met behulp van ICT is op te lossen. Niet ieder voor zich dus, maar samen. Pas dan zal het lukken de informatie-uitwisseling duurzaam te versterken.”

De Nijmeegse MDL-arts heeft met huisarts Tejo Janssen uit Winssen een lange gemeenschappelijke geschiedenis op het gebied van digitale informatie-uitwisseling. Beide artsen raakten in januari 2005 betrokken bij een samenwerkingsproject (ZEGEN) op

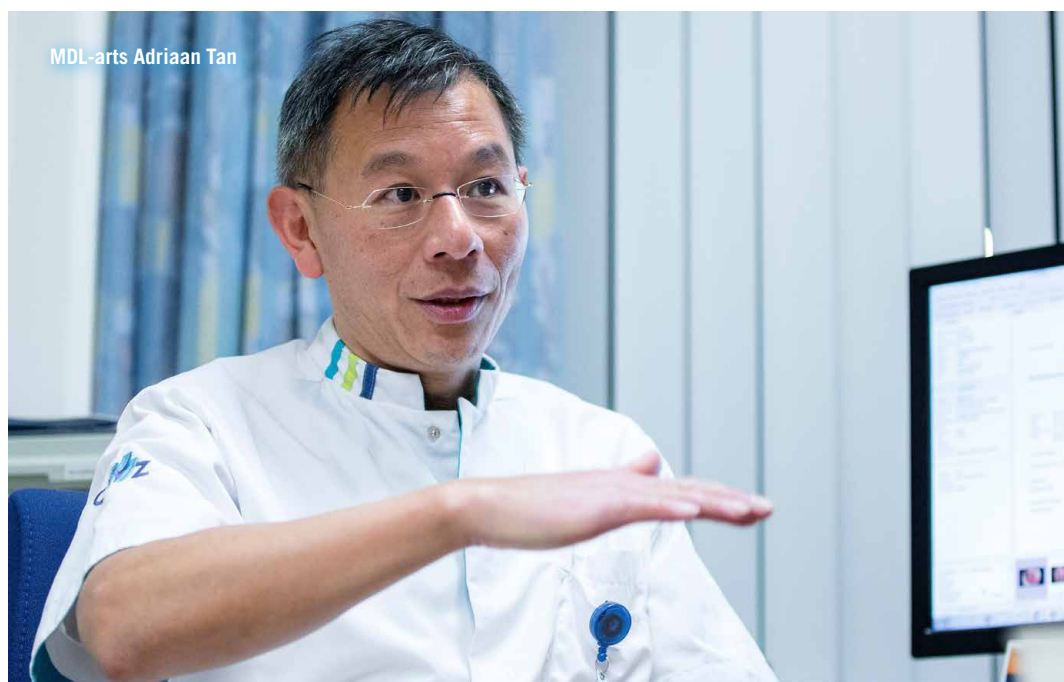
het gebied van elektronische communicatie tussen het ziekenhuis, de huisartsen en de apothekers. “We hadden wilde dromen over een gezamenlijk EPD en waren behoorlijk ambitieus”, herinnert Adriaan Tan zich.

Helaas kregen de Nijmeegse digitale koplopers veel last van de wet van de remmende voorsprong. Tejo Janssen: “Vanwege de hoge automatiseringsgraad van de huisartsen in deze omgeving werden we aangemerkt als proefregio ter voorbereiding op de komst van het landelijk schakelpunt (LSP). We staken er gezamenlijk heel veel energie en tijd in, waardoor het project ook goed begon te lopen. Toen het LSP landelijk zou worden uitgerold, kwam echter de politieke discussie over de privacy op gang.”

In de regio Nijmegen ontstond grote verwarring onder patiënten die dachten dat het allemaal al was geregeld. Janssen: “We kre-

gen nauwelijks respons op een brief die we verplicht waren aan patiënten te sturen om ze formeel toestemming te vragen hun medische gegevens te mogen uitwisselen. Tot dan toe was de afspraak dat patiënten alleen hoefden te reageren als zij dat *niet* wilden. Tot overmaat van ramp kwam het ministerie op datzelfde moment met een vergelijkbare brief, waardoor niemand er meer een touw aan kon vastknopen. Het heeft in mijn praktijk lang geduurd voordat patiënten bereid waren in te stemmen met uitwisseling van informatie uit hun dossier. Ik zit nu op ruim 90 procent die instemt.”

Project ZEGEN stopte, evenals de subsidiestroom. “We deden nog wel enkele kleinere digitale projecten,” aldus Tan, “maar de privacydiscussie bleef ons parten spelen. Zo wilden wij als CWZ in 2005–2006 de huisartsen toegang geven tot ons EPD. Dat



MDL-arts Adriaan Tan

strandde omdat we onvoldoende konden borgen dat huisartsen alleen de gegevens zouden zien van patiënten met wie zij een behandelrelatie hadden. Vervolgens ging ook de leverancier van de software failliet en moesten we weer van voren af aan beginnen.”

Afgelopen december stapte CWZ over op het EPD HiX. Alleen zorgverleners die de patiënt behandelen, krijgen toegang tot de gegevens. Nu het nieuwe EPD *live* is gegaan, wordt ook het patiëntenportaal in stappen in gebruik genomen. Tejo Janssen is tester van het EPD van het CWZ. “Ik log nu in met mijn UZI-pas. Het EPD werkt prima, maar hier en daar moet nog wel worden gesleuteld: welke informatie is voor ons van belang en waar willen we inzage in en waar niet.”

De huisarts uit Winssen verwacht dat het LSP zoals dat in zijn huidige vorm landelijk wordt uitgerold, nog een lange weg heeft te gaan. “Het systeem is nog niet uitontwikkeld, bovendien zijn er tal van regio’s waar zorgaanbieders überhaupt tegen het LSP zijn.”

Janssen: “Een ander groot project waaraan wij deelnemen, kent een gelukkiger gesternte en dat is ZorgDomein. In dit systeem wordt bij een verwijzing de digitale

informatie van de aanbieder direct doorgezet naar het zorginformatiesysteem van de ontvanger. In mijn ogen is ZorgDomein de beste innovatie die we afgelopen tien, vijftien jaar hebben gekend.”

Met ZorgDomein, zo zegt Janssen, kan hij binnen de tijd die hij voor een patiënt heeft (‘de snelheid van mijn consult hangt nu af van de traagheid van mijn typen’), een verwijsbrief maken die voor een specialist aanvaardbaar is. “Daarin staan alle relevante gegevens die op een veilige manier in het ziekenhuis terechtkomen. Ik krijg te zijner tijd ook weer netjes een bericht terug dat ik kan inlezen in mijn huisartsinformatiesysteem (HIS). Hiervoor zat ik ’s avonds vaak nog brieven te componeren, die de patiënt vervolgens kwam ophalen. ZorgDomein zorgt aan de kant van de huisartsen dus voor een substantiële logistieke verlichting. Helaas is het CWZ er nog niet helemaal klaar voor. Daar zou de verwijsbrief aan het betreffende EPD moeten worden gekoppeld, maar ik weet niet of dat al is gerealiseerd, Adriaan?”

MDL-arts Tan draait zich meteen om naar het scherm en demonstreert: “Ik kan je verwijzingen wel inzien, Tejo, maar dit gaat nog niet. ZorgDomein is in feite een applicatie die jou als huisarts de optie biedt je verwij-

ZorgDomein

Het digitale communicatieplatform ZorgDomein wordt in Nederland gebruikt door vrijwel alle ziekenhuizen, ruim 90% van de huisartsen, en steeds meer (individuele) zorgverleners en zorginstellingen. Huisartsen gebruiken ZorgDomein om passende vervolgzorg voor hun patiënt digitaal aan te vragen. Zorginstellingen kunnen hun zorgaanbod via ZorgDomein etaleren.

Daarnaast biedt het bedrijf alle eerste- en tweedelijnsgebruikers de *messenger*-app *Patiëntoverleg* (ook via pc).

Meer informatie op: zorgdomein.com.

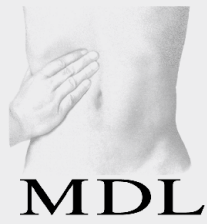
zing naar verschillende specialisten te sturen die ieder een verschillende toegangstijd hebben. Als specialist zie ik de verwijzing binnenkomen, prioriteer deze op mijn werklíst en stuur nadat ik de patiënt gezien heb een brief elektronisch terug naar jou.”

Het verdienmodel van ZorgDomein is dat de eerstelijns zorg (vragers) gratis van het platform gebruik mogen maken. De tweedelijns zorg (aanbieders) moeten voor de dienstverlening betalen. Janssen: “In het landelijke overleg van ZorgDomein, waaraan ik nog steeds deelneem, hebben we als huisartsen steeds bepaald hoe de *tool* eruit zou moeten zien. We vinden inmiddels dat ook de ziekenhuizen een stem moeten hebben over de manier waarop ZorgDomein zich zou moeten ontwikkelen.”

De beide artsen zijn het erover eens dat het gezamenlijke gebruik van ZorgDomein (Tan: “We behoorden tot de eerste gebruikers”) heeft bijgedragen aan het wegwerken van wachtlijsten. De huisarts uit Winssen heeft inmiddels een werkgroep in het leven geroepen: “ZorgDomein draait al weer zo’n kleine vijftien jaar. Het is gereedschap waarnaar we weer eens kritisch moeten kijken, anders raakt het verouderd en verliezen huisartsen en specialisten hun aandacht voor de *tool*.”



huisarts Tejo Janssen



ADVERTENTIE

NVZ ZIET BELANGRIJKE REGIEROL VOOR ARTS

‘Digitalisering informatie-uitwisseling vereist organisatieverandering’

“Digitalisering van informatie-uitwisseling in de zorg is niet ICT-gedreven, maar vereist in de eerste plaats een organisatieverandering. In dit veranderingsproces zie ik een belangrijk deel van de regierol weggelegd voor de arts. Uitwisseling werkt alleen als de informatie zorgvuldig is ingebed in het zorgproces conform de standaarden die we met elkaar afspreken, zodat de informatie ook goed uitwisselbaar is.”

Informatie-uitwisseling tussen artsen onderling en tussen artsen en patiënten gebeurt al heel lang, stelt Ingrid van Es, senior beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). “Wat nieuw is, is dat het van papier naar digitaal gaat. Bij papier maakt het niet zo veel uit of iemand anders



Ingrid van Es, senior beleidsadviseur NVZ: “Het gaat erom dat als arts en patiënt samen in de spreekkamer zitten, zij beiden de juiste informatie tot hun beschikking hebben.”

aan hetzelfde dossier werkt, want het dossier reist als het ware met de patiënt mee. Als het dossier digitaal wordt bijgehouden, moeten de systemen met elkaar kunnen communiceren om dit dossier compleet te houden. Daar is één taal voor nodig. Dat is op dit moment nog zeker niet het geval.”

Versnellingsprogramma

Een volledig nieuw informatiesysteem ziet de NVZ niet als een optie, omdat de eerder opgeslagen informatie dan niet meer bruikbaar is. De beste oplossing is om het bestaande systeem eenvoudiger te maken, waar mogelijk onderdelen te integreren en te dereguleren. Bij de NVZ leidt Van Es het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP) dat eind 2016 van start is gegaan. Door het VIPP-programma kunnen ziekenhuizen, revalidatiecentra en categorale instellingen in drie jaar extra stappen zetten om de patiënt online toegang te geven tot de eigen medische gegevens. Zo wordt het voor de patiënt een stuk gemakkelijker om informatie te raadplegen, zoals lab- of andere onderzoeksuitslagen, specialistenbrieven en medicatiegegevens.

VIPP omvat een aantal concrete doelstellingen:

Op 1 juli aanstaande

- bieden zorginstellingen de patiënt mini-

maal een download van medische gegevens;

- kan elke zorginstelling een digitaal actueel overzicht van medicatie (verstrekking-informatie) raadplegen als onderdeel van het medicatieproces in de klinische en poliklinische setting.

Op 31 december 2019

- heeft elke zorginstelling een beveiligd patiëntenportaal en/of link naar een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) waarin de zorginstelling gestandaardiseerd medische gegevens voor de patiënt kan uploaden;
- biedt elke zorginstelling medicatievoorschriften digitaal aan als vooraankondiging en/of recept;
- verstrekt elk zorginstelling digitaal een gestandaardiseerd actueel medicatieoverzicht (inclusief medicatieafspraken) aan de patiënt bij ontslag volgens de geldende medicatierichtlijn.

Betrokkenheid medisch specialist

In het VIPP-programma ziet de projectleider de medisch specialisten als één van de belangrijke spelers. “Het programma zal niet gaan ‘vliegen’ als we het de ICT-afdeling laten implementeren. Het moet goed passen bij het zorgproces, zodat de informatie op een logische plek wordt vastgelegd en op het juiste moment voor artsen toegankelijk is. Het EPD moet dus zodanig slim worden ingericht, dat het voor de arts zo min mogelijk werk is om informatie in het systeem te krijgen. Juist daarom moeten artsen goed betrokken zijn om te kijken wat wel of niet past in het zorgproces en op welke momenten het logisch is met de patiënt informatie uit te wisselen. Het gaat erom dat als arts en patiënt samen in de spreekkamer zitten, zij

beiden de juiste informatie tot hun beschikking hebben.”

Vrijwel alle (66) bij de NVZ aangesloten ziekenhuizen plus 35 à 40 van de bij NVZ aangesloten revalidatie-, dialyse- en categorale instellingen doen mee aan VIPP. Zelfstandige klinieken nemen via hun eigen organisatie (ZKN) deel. “Ziekenhuizen die niet meedoen, zijn op de vingers van één hand te tellen”, aldus Van Es. “VIPP is een stimuleringsregeling van het Ministerie van VWS. Dit betekent dat het ook een eigen financiële investering van instellingen vraagt. De doelen worden door iedereen onderschreven, maar om te slagen is wel *commit-*

ment binnen alle lagen in de instelling (van bestuur tot aan werkvloer en ICT) nodig.”

Registratie aan de Bron

De universitair medische centra (UMC's) nemen geen deel aan VIPP. Zouden zij geen belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de kracht van het programma? Van Es: “De stimuleringsregeling van VWS is gericht op de algemene ziekenhuizen, de UMC's hebben andere regelingen. Zij werken wel degelijk aan dezelfde standaarden. Op dit moment loopt er vanuit het programma *Registratie aan de Bron* een aantal pilots om informatie tussen een UMC en een algemeen ziekenhuis over en weer uit te wisselen, zodat het

in ieders EPD terecht komt. Dat is wat je wilt: de systemen goed met elkaar laten praten.”

Huisartsen

In VIPP draaien ook de huisartsen niet mee, terwijl de meeste informatie-uitwisseling juist tussen de eerste en tweede lijn verloopt. “Laat duidelijk zijn dat VIPP géén zorgbreed implementatieprogramma is”, benadrukt projectleider Ingrid van Es. Het programma ontwikkelt bovendien geen eigen standaarden, maar sluit aan bij landelijke standaarden als de Basis Gegevensset Zorg, de Informatiestandaard Medicatieproces, en het zogeheten Med-

VOORMAN FMS TOETERT EN WIL DAT GAS WORDT GEGEVEN

‘Het gaat er niet om *hoe*, maar *dat* EPD's landelijk worden gekoppeld’

Eerlijk gezegd, riposteert de voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten, boeit het hem helemaal niet hoe er een landelijke koppeling van Elektronische Patiënten Dossiers (EPD's) komt. Als deze er maar komt. Bij zijn aantreden als voorzitter riep Marcel Daniels de politiek op: organiseer het nou. “Inmiddels wordt de regie genomen binnen het Informatieberaad. Het blijkt dat de ICT-wereld zo ingewikkeld is, dat het niet geweldig opschiet.”

Wat Marcel Daniëls vraagt, is wat dokters en patiënten vragen: zorg dat wij met elkaar kunnen communiceren. “Ik koop de systemen niet, de ziekenhuizen doen dat. Die vragen de overheid hetzelfde: wij willen de systemen graag koppelen, dus regel dat. Wat ik constateer, is dat wij als dokters onvoldoende toegang hebben tot de gegevens die van een patiënt beschikbaar zijn. Als een patiënt verwezen wordt van de eerste naar de tweede lijn, dan is het nogal ongemakkelijk als ik in mijn spreekkamer tegenover een patiënt zit en ik niet beschik over de uitslagen van het bloedonderzoek

dat hij een week ervoor heeft gehad. Het is niet alleen de arts die naar gegevens moet zoeken, hetzelfde geldt voor de patiënt die informatie over zichzelf ook niet op één plek beschikbaar heeft.”

Daniëls verbaast zich dat in Nederland anno 2018 systemen nog altijd niet adequaat aan elkaar zijn gekoppeld. “Binnen een ziekenhuis lukt dat over het algemeen wel, maar tussen bijvoorbeeld zorginstellingen en diagnostische faciliteiten niet. Dat vind ik uitermate kwalijk. Het werkt dubbele diagnostiek in de hand en ook de veiligheid is er niet mee geïnd.”

Koppelbaarheid van gegevens

Daniëls is zich maar al te bewust van de verschillen tussen systemen. “Ziekenhuizen hebben geïnvesteerd in hun ICT-systemen en zullen zich dus ook afvragen wie de nu ontbrekende koppelingen moet bekostigen. Datzelfde geldt voor huisartsen. Hierbij wreekt zich mogelijk ook dat bij de aanschaf van systemen vaak meer mogelijkheden worden voorgespiegeld dan achteraf haalbaar blijken.” Daniëls constateert wel dat alle zorgpartijen inmiddels de urgentie zien om deze koppelbaarheid voor elkaar te krijgen.

Taalgebruik

Daniëls noemt ‘eenheid van taal’ een belangrijk aandeel dat artsen daaraan kunnen leveren. “Als Federatie zetten we ons in om begrip voor het belang hiervan te krijgen bij de medisch specialisten. Met eenheid van taal en eenduidig gebruik van invulvelden kunnen ICT-mensen aan de slag. Met Registratie aan de Bron, een geza-

Mij-programma voor uitwisseling met de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) van de patiënt (zie pag. 29–31 van deze MAGMA).

Informatieberaad Zorg

De zorgbrede vaststelling van standaarden waarmee gegevens met digitale middelen onderling efficiënt en betrouwbaar kunnen worden uitgewisseld, gebeurt in het Informatieberaad, een bestuurlijke samenwerking tussen deelnemers uit het zorgveld en het Ministerie van VWS. De zorgpartijen in het Informatieberaad beslissen met elkaar welke standaarden er komen, wie daarbij een rol spelen en welke partij de rekening

voor de invoering gaat betalen. Ook hebben ze zich gecommitteerd aan toepassing van deze standaarden. Van Es: “Het uiteindelijke doel is dat er zorgbreed informatieuitwisseling kan plaatsvinden, van huisarts tot tweede lijn, tussen alle partijen die in de keten zorg leveren.”

Linking pin

De VIPP-projectleider wijst op het grote belang van het Informatieberaad. “In dat beraad wordt de *linking pin* bewaakt om de stekkers van de verschillende systemen op elkaar te laten passen. Als NVZ proberen wij met behulp van VIPP onze achterban mee te nemen in het bereiken van de doelen

die in het Informatieberaad zijn overeengekomen. De huisartsen werken daar ook aan, niet via VIPP, maar langs wegen die zij het meest effectief achten. Zo implementeert iedere deelnemer in het zorgveld de standaarden op z’n eigen manier. Dat zijn majeure stappen voor sectoren. Er wordt misschien door velen gedacht dat digitalisering van de informatie-uitwisseling langzaam gaat, maar geloof mij, het zijn enorme stappen die de zorg op dit gebied neemt.”

Meer informatie vindt u op

vipp-programma.nl, registratieaandebbron.nl en informatieberaadzorg.nl.



FOTOGRAFIE: SUZANNE VAN DE KERK

menlijk project van universitaire (NFU) en algemene ziekenhuizen (NVZ) en Nictiz (expertisecentrum e health) werken we aan zorginformatiebouwstenen: inhoudelijke, niet-technische, eenduidige manieren van noteren. Dat vinden dokters niet zonder meer iets vanzelfsprekends. We hebben geleerd een anamnese te noteren in de bewoordingen van de patiënt. Samen met

Nictiz proberen we nu een vorm te vinden voor eenheid in taal, onder meer in samenwerking met vertegenwoordigers uit de wetenschappelijke verenigingen.”

Enquête

De hoop van de dokters was dat de digitale omgeving ondersteunend en verlichtend zou zijn voor hun werk en onderlinge communicatie. “Natuurlijk heeft het ons veel voordelen gebracht”, aldus Daniëls. “Tegelijkertijd constateren we dat het EPD nogal eens minder gebruiksvriendelijk is: één van de hoofdbevindingen uit een administratieve lastenenquête die we vorig jaar hielden en waaraan MDL-artsen extra bijdroegen met een tijdsbestedingsonderzoek. Daaruit bleek dat artsen 40% van hun werktijd kwijt zijn aan administratieve werkzaamheden, waarvan de helft van die tijd door hen als ‘niet zinvol’ wordt ervaren: één hele dag in de werkweek. Dat is nogal wat.”

Ondersteuning

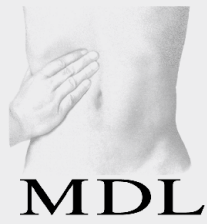
Eén van de oplossingsrichtingen die via de enquête werd aangedragen, is meer (personele) ondersteuning. Daniëls: “Het patiëntendossier is een belangrijk brondocument en hoort dus te worden bijgehouden. Met het moeten invullen van vakjes dwingt het EPD ons daar op punten toe;

voor zover daadwerkelijk zinvol heb ik daar geen moeite mee. Maar wie niet handig is in typen, heeft met een EPD wel voor alles twee keer zoveel tijd nodig. Daar komt bij dat het EPD veel handelingen van de gebruiker vraagt waarvan je je kunt afvragen of dat door dokters gedaan moeten worden, die hun tijd beter aan directe patiëntenzorg kunnen besteden.”

In het buitenland is het gebruik van een scribe in opkomst. “Terwijl de dokter met de patiënt praat,” legt Daniëls uit, “vertaalt de scribe de informatie uit het gesprek naar het EPD. Dit lost natuurlijk niet alles op, maar kan helpen. Maar willen we dit eigenlijk wel? Hebben we er geld voor over?”

Registraties

De artsen zullen elkaar ook wat dieper in de ogen moeten aankijken over wat zij elkaar aandoen, vindt Daniëls. “Waar wij goed in zijn, is in het opzetten van kwaliteitsregistraties zoals DICA, waarin wordt genoteerd wat de stappen zijn die je als dokter in het ziekteproces hebt genomen en wat uiteindelijk de uitkomst is. Het risico bestaat dat de verfijning doorslaat. Wat wij zelf kunnen doen, is in de systematiek van onze visitaties vragen schrappen die niet even relevant zijn.”



ADVERTENTIE

‘MedMij beter concept voor patiënt dan één landelijk EPD’

“Eén landelijk elektronisch patiëntendossier komt er na het veto van de Eerste Kamer niet meer”, zegt Dianda Veldman, directeur/bestuurder van Patiëntenfederatie Nederland. “Wij komen nu met een beter concept. Ons idee voor de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) doet meer recht aan de behoefte van de burger aan keuzevrijheid én bescherming van zijn privacy. Eind 2018 hebben zo’n half miljoen Nederlanders via hun PGO online toegang tot hun gezondheidsgegevens bij verschillende zorgverleners.”

MedMij gaat ervoor zorgen dat iedereen die dat wil kan beschikken over zijn gezondheidsgegevens in één persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Patiëntenfederatie Nederland coördineert dit programma en vormt samen met Nictiz (expertisecentrum e-health) en het Ministerie van VWS het uitvoerende programmteam. Zij doen dit in opdracht van het Informatieberaad Zorg (pag. 28 van deze MAGMA).

Veldman spreekt nadrukkelijk niet van een ‘gezondheidsdossier’, want dat klinkt naar ordners en kluisjes. “Een PGO is een website of app waarmee je je eigen gezondheidsgegevens kunt inzien, beheren en delen. De data blijven staan waar ze staan: bij het ziekenhuis, de arts, specialist of therapeut. Vergelijk het maar met internetbankieren, daarmee kun je ook 24/7 je betaalrekeningen, spaarsaldi en beleggingsportefeuille inzien en beheren.



FOTOGRAFIE: PIM MUL

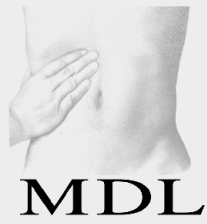
Zo gaat dat straks ook met je gezondheidsgegevens. Bovendien kun je in je PGO zelf informatie toevoegen, bijvoorbeeld met een diabetes-app voor zelfmetingen, een vragenhulp voor het consult bij de specialist of een logboek voor je sportprestaties.”

“Er komt niet één PGO”, benadrukt Veldman. “Allerlei marktpartijen bouwen straks een PGO. En naast grote commerciële bedrijven ontstaan kleinere initiatieven van artsen en gezondheidscentra die een app of website (laten) ontwikkelen. Zo kunnen burgers een PGO kiezen die bij hun persoonlijke situatie past. Zij moeten er echter wel op kunnen vertrouwen dat de leveranciers en hun producten deugen. MedMij stelt de spelregels op en controleert de naleving daarvan door leveranciers te certificeren.” In 2016 ontwikkelde MedMij al standaarden voor het uitwisselen van gegevens over medicatie, allergieën,

laboratoriumuitslagen en zelfmetingen van patiënten. Deze vier specificaties komen voort uit de Basisgegevensset Zorg. “Er zijn natuurlijk veel meer typen gezondheidsinformatie die patiënten willen gebruiken in een app of website. Hiervoor zal MedMij meer informatiestandaarden ontwikkelen en daarnaast ook andere domeinen, zoals eAfspraak en iStandaarden (Zorginstituut Nederland) erin betrekken. De informatiestandaarden zorgen voor de ontsluiting en gestructureerde uitwisseling van de gezondheidsgegevens die in de computers van verschillende zorgverleners zijn opgeslagen.”

Gezamenlijke beslissing

Meer openheid over medische dossiers leidt in de praktijk tot meer vragen van de patiënt aan zijn behandelend arts. Veldman: “Dat is inderdaad de consequentie. Maar als je aan het begin van het traject investeert in beter



ADVERTENTIE

MedMij levert standaarden voor persoonlijke gezondheidsomgeving

begrip van iemands gezondheidssituatie, dan zal dat zich in de loop van het proces terugverdienen in de keuze voor de juiste behandeling en in therapietrouw. Als je de medische kennis van de dokter combineert met de ervaringskennis van de patiënt, dan kom je tot een gezamenlijke beslissing die draagvlak heeft. Inzicht in je persoonlijke omstandigheden maakt het gemakkelijker om gezonder te leven, óók als je ziek bent. Om dit te kunnen doen, moet je eigen lijf geen *black box* voor je zijn. Vanuit gelijkwaardigheid kunnen patiënt en zorgverlener samen beslissen over de mogelijkheden. Medische zorg krijgt bovendien niet meer alleen vorm in de spreekkamer, maar ook in digitale contacten zoals beveiligd mailen of een teleconsult. De arts wordt zo steeds meer coach. De ICT-toepassingen daarvoor krijgen een plek in het PGO, dat is een voortgaande ontwikkeling waarvan het einde voorlopig niet in zicht is.”

Veldman krijgt vaak te horen dat zelfregie alleen voor hoogopgeleiden is. “Dat is een misvatting. Bij ons panel van 25.000 mensen zien we hoe groot de groep is die zelf regie wil houden. Als er nooit iets met je aan de hand is, ben je niet zo met je gezondheid bezig. Maar mensen met een chronische ziekte zien grote voordelen als zij dankzij hun PGO zélf kunnen bepalen wie de scans, foto's, lab-resultaten en dergelijke van andere zorgverleners mag gebruiken. Ons concept overstijgt de toepassingen die ziekenhuizen zelf ontwikkelen. Het patiëntenportaal van een ziekenhuis is weliswaar een stap op weg naar transparantie, maar voor de patiënt is het onhandig en omslachtig als hij voor iedere zorgverlener een ander portaal heeft. Een PGO creëert één plek van waaruit je de informatie bij alle verschillende zorgverleners kunt benaderen. Als de digitale omgevingen van patiënten én zorgverleners voldoen aan de MedMij-standaarden, dan kunnen ze met elkaar ‘spre-

ken’ en gegevens uitwisselen. Dat wordt later allemaal uitgewerkt, we leggen nu eerst de randvoorwaarden vast. Marktpartijen zien het wel zitten. Dat is ook niet zo gek, de zorg maakt een inhaalslag. Alle investeringen in tijd, geld en ICT, en al die energie in afstemming en voorlichting zullen straks uitmonden in die mooie droom van een echt persoonlijke gezondheidsomgeving.”

Substantieel beveiligingsniveau

MedMij staat niet alleen voor technische uitdagingen, ook de acceptatie stelt het programmateam voor issues. “Wetgeving dwingt zorgverleners tot het ontsluiten van hun data, maar we zien graag dat artsen ook innerlijk overtuigd raken dat hun werk leuker wordt en meer effect heeft als de patiënt beter is geïnformeerd. De patiënt zal trouwens ook niet zomaar overstag gaan, die zit niet te wachten op een saaie, ondoorgrondelijke verzameling gegevens. Zijn PGO moet er aantrekkelijk en overzichtelijk uitzien, anders haakt hij af.”

Veldman kent het belang van privacy-bescherming, want daarover is het landelijk elektronisch patiëntendossier gestruikelde. “MedMij zet hoog in. Een hoge graad van beveiliging moet voorkomen dat derden ongeautoriseerd kunnen meekijken in een PGO. Beveiliging met het burgerservicenummer (BSN) is echter geen optie, dat is voorbehouden aan de overheid en verzekeringsmaatschappijen. Toch is een substantieel beveiligingsniveau de norm. En dan moet het ook nog gebruiksvriendelijk blijven. We zoeken de balans tussen veiligheid en toegankelijkheid.” Een ander niet onbelangrijk aspect in de acceptatie zijn de kosten. Een PGO moet betaalbaar zijn. “Er komt een knip tussen een basis-PGO en de leuke dingen daarbovenop. De financiering van de basis-PGO moet zich nog uitkristalliseren, maar dat komt wel goed. Daarnaast moeten markt-

partijen investeren in handige, nuttige zelfzorg-appjes. Deze toepassingen moeten een eigen financiering krijgen, want ze vervangen een deel van de consulten in de spreekkamer. De ontwikkeling is nog te pril om nu al uitspraken over de financiering en betaling te doen.”

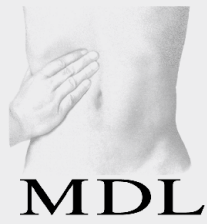
Ambities

Het programmateam van MedMij is ambitieus en rekt op 500.000 PGO-gebruikers eind 2018. “We gaan nu het *Proof of Concept* ontwikkelen en het afsprakenstelsel testen. Een selectie van partijen is betrokken bij de uitvoering. Zo kijken IT-leveranciers en zorgverleners of wat we bedacht hebben, in de praktijk ook echt kan werken.” De ervaringen van patiënten met elektronische inzage in hun dossiers blijken wisselend. “Mensen willen hun lab-uitslagen zien zodra ze beschikbaar zijn, maar knappen ook wel een beetje af op hoe het er nu uitziet. Onbegrijpelijke informatie in een onaantrekkelijke presentatie. Wij ontwikkelen daarom de bouwstenen. Zo heeft het Informatieberaad ook een taalproject opgezet. Arts en patiënt spreken een verschillende taal en paramedische zorgverleners gebruiken weer andere woorden. Het taalproject richt zich op standaardisatie van de terminologie en voorziet die van betekenis voor gewone mensen.”

“Het PGO zal er in de toekomst heel anders uitzien dan wij ons nu kunnen voorstellen. Voorlopig blijft het een dynamische omgeving. Digitale zorg is bovendien niet de panacee voor alle kwalen! De toepassingen moeten echt vervangend of aanvullend zijn.” Veldman: “Het opzetten van MedMij kost tijd, geld en energie. Het is nu eenmaal veel werk om solide standaarden te ontwikkelen en alle partijen aangesloten te houden. Maar de Patiëntenfederatie Nederland heeft het er héél graag voor over.”

Meer informatie

Op www.medmij.nl vindt u alle details over de opzet en ontwikkeling van MedMij. Zorggebruikers, zorgaanbieders en ICT-leveranciers kunnen er met hun specifieke vragen terecht. Informatie over expertisecentrum Nictiz vindt u op www.nictiz.nl.



ADVERTENTIE

Noorden nog steeds op zoek naar versterking

Westen

Per 1 mei start Roy van Wanrooij als 9^{de} MDL-arts in het VUmc met aandachtsgebied interventie-endoscopie en dunnedarmziekten. Per 1 oktober begint Margien Seinen bij het VUMC met als aandachtsgebied IDB.

Oosten

Geert Bulte begint per 1 mei in het Bernhoven Ziekenhuis als 13^{de} MDL-arts, met aandachtsgebied oncologie. Bjorn van Heumen is per 1 februari gestart als 9^{de} MDL-arts met speciale interesse oncologie, in het Amphia Ziekenhuis te Breda. Hij is de opvolger van Marc van Milligen de Wit. Per 1 oktober start Rian Nijmeijer als 10^{de} MDL-arts in het Medisch Spectrum Twente met aandachtsgebied HPB/oncologie.

Zuiden

Per 1 januari 2018 is de staf in het MUMC+ uitgebreid met Daniël Keszthelyi als 11^{de} MDL-arts met aandachtsgebied neurogastro-enterologie. In het Zuyderland Ziekenhuis startte per 1 november 2017 als 10^{de} MDL-arts Renske Deutz, met aandachtsgebied HPB met endo-echo en ERCP; zij is de opvolgster van Marc de Bièvre. Paul Bours begint op 1 juni als 11^{de} MDL-arts in het Zuyderland Ziekenhuis en Eveline Rondagh is per 1 september de 12^{de} MDL-arts aldaar, met als aandachtsgebied 'algemene MDL met aandacht voor MDL-oncologie'. Per 1 januari is Linda Roberts begonnen in Laurentius Ziekenhuis Roermond als 6^{de} MDL-arts, met aandachtsgebied GE-oncologie.

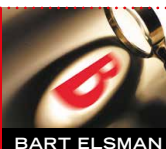
In het Elkerliek Ziekenhuis werkt sinds mei 2017 Jos Ramaker als 4^{de} MDL-arts. Maarten van Dijk verlaat het MUMC+ en gaat per 1 mei 2018 als 5^{de} MDL-arts eveneens in Helmond aan de slag. Het Catharina Ziekenhuis heeft een vacature voor een 9^{de} MDL-arts, zonder specifiek profiel.

Noorden

Vanuit het noorden geen nieuws.

Algemeen

Het aantal praktiserende MDL-artsen in Nederland is nu 529, inclusief 9 niet-leden en 3 airos die de opleiding afronden in het eerste kwartaal van 2018: M.M. Hirdes, M.A. van Dijk en T. Kuiper. Nog praktiserende pensionado's: circa 30.

BART ELSMAN

Piles of Defeat

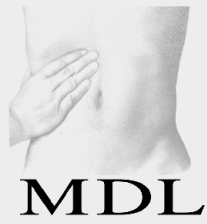
Toen ik in *The Crown* zag dat Anthony Eden, de Britse premier tijdens de Suez-crisis in 1956, Engeland in oorlog bracht met Egypte, heb ik het hoofdstuk over hem in het boek van David Owen er nog eens op nagelezen. Het kwam allemaal door een mislukte galblaasoperatie.

Tegen alle adviezen in had Anthony zich door een bevriende chirurg laten opereren, die ook al zeer succesvol zijn appendix had verwijderd. Deze chirurg knipte de *ductus choledochus* door en daarna is het nooit meer goed gekomen met de galwegen van de premier, die later onder invloed van cholangitis en opiaten onverantwoorde beslissingen nam.

Ik wil ook nog steeds graag geloven, dat Napoleon de Slag bij Waterloo verloren heeft wegens hevige anale pijnen door een getromboseerde aambeil. Wat vaststaat is, dat Napoleon veel last had van hemorrhöi-

den en daarom herhaaldelijk bloedzuigers rond zijn anus liet aanbrengen. Op 15 juni 1815 had hij hevige anale pijnen. Bloedzuigers waren niet voorradig. Hij kwam laat uit bed, liep wijdbeens en kon niet in het zadel zitten. Hij kon daarom niet voorop gaan in de strijd en verloor. Tegenwoordig wordt de medicinale bloedzuiger, de *Hirudo medicinalis*, vooral in Duitsland, maar ook door sommigen in ons land, weer meer en meer toegepast voor allerlei indicaties, waaronder aambeien. De beestjes kwamen vroeger in elke sloot voor, maar zijn in het wild in Nederland uitgestorven. Wilt u toch een setje bloedzuigers bestellen, dan kunt u terecht bij een bloedzuigerkwekerij in Biebertal.

Voor 130 tot 150 euro kunt u zich door bloedzuigertherapeuten ook laten behandelen voor reuma, migraine, spataderen, middenoorontsteking en hernia. Enig bewijs voor de werkzaamheid ervan is er natuurlijk niet.

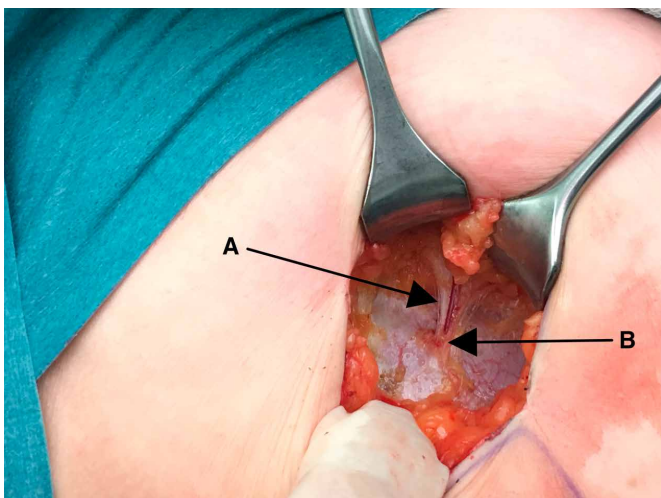


ADVERTENTIE

Vele jaren buikpijn: zou het ACNES kunnen zijn?

1 Een 54-jarige patiënte heeft al meer dan zes jaar progressieve buikpijn. Tijdens vele SEH- en HAP-bezoeken wordt ze steeds goed onderzocht. Tijdens een MDL-opname worden echo-Doppler, CT-abdomen, CT-angio, gastroscopie, colonoscopie en MRI van de dunne darm verricht. Omdat alle onderzoeken steeds negatief uitvallen, worden de klachten als PDS gedeut. Haar behandeling door de jaren heen bestaat uit mebeverine, paracetamol, NSAID, antidepressiva, laxantia en meerdere opiaten. Ze heeft zoveel pijn dat ze vertelt suïcidaal te zijn. De anamnese met een sterk houdingsafhankelijke pijn, last van knellende kleding en niet op de buik kunnen liggen, doet ACNES (*abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome*) vermoeden. Bij lichamelijk onderzoek zijn er drie plaatsen van de buikwand met circumschripte drukpijn die erger wordt bij aanspannen van de buikspieren. Na enkele succesvolle proefinjecties met bupivacaïne wordt er uiteindelijk op drie locaties exploratie met zenuwablatis verricht (figuur 1). Patiënte is hierna pijnvrij en voelt zich herboren.

Een 16-jarig meisje in de laatste klas van het VWO heeft sinds haar tiende jaar last van obstipatie met pijn in de buik. Ze wordt wisselend met macrogol, vezels, oxazepam, mirtazapine, omeprazol, amitriptyline en opioïden behandeld. Ze moet door de misselijkmakende pijn zo vaak van school verzuimen, dat de leiding haar eigenlijk niet tot de eindexamenklas wilde toelaten. Gelukkig haalt ze goede cijfers. Ze wordt verwezen naar een



Figuur 1. ACNES-operatie van patiënt 1.

Vanuit de spierfascie ontspringt de *cutaneous nerve* (A). Duidelijk is de ontstekingsreactie bij de doorvoer door de fascie te zien (B). Hierna wordt de huidzenuw elektrisch geïnactiveerd.

psycholoog omdat het allemaal tussen haar oren zou zitten. De buikpijn is wisselend maar niet gerelateerd aan de ontlasting. Druk van kleding vindt ze zeer onaangenaam en ze kan niet op haar buik liggen. Bij onderzoek zijn er twee locaties met circumschripte drukpijn die verergeren bij aanspannen van de buikspieren. Onder verdenking van ACNES worden er proefinjecties bij de triggerpoints gezet waarna de pijn enkele dagen wegblijft. Na drie series van injecties zijn de pijnklachten zover verbeterd dat ablatie niet noodzakelijk wordt geacht. Ze krijgt een ander leven en slaagt met glans voor haar examen.

ACNES is bij internisten en MDL-artsen bekend. Het probleem is dat er te weinig aan gedacht wordt. Het is vanzelfsprekend dat wij ons bij buikpijn focussen op organische pathologie van de *tractus digestivus*. Dat doen we grondig en met de moderne beeldvorming kan dat tot goede diagnoses leiden. Het probleem begint pas wanneer al die onderzoeken niets opleveren. Dan is de conclusie meestal dat het functioneel is en dus tussen de oren moet zitten. Beide casus tonen dat door gerichte anamnese en buikonderzoek ACNES een goede verklaring voor de klachten kan zijn. Het is niet altijd eenvoudig. Soms vertelt de patiënt dat hij ook last van misselijkheid heeft. Dat symptoom associëren wij niet met een buikzenuw. Echter, de pijn kan zo hevig en invaliderend zijn dat de patiënt letterlijk misselijk van de pijn wordt en soms zelfs moet overgeven.

Symptomen die aan ACNES kunnen doen denken, zijn typische houdings- of bewegingsafhankelijke pijn, het niet verdragen van knellende kleding, pijn bij drukverhoging van de buik als hoesten of persen, niet op de buik kunnen liggen en pijn bij het vrijen. Maar ook als de pijn niet altijd op dezelfde plek zit, kan ACNES de oorzaak zijn wanneer er meerdere *triggerpoints* aanwezig zijn. Het lichamelijk onderzoek vergt zorgvuldig zoeken naar pijnlijke drukpunten met feedback van de patiënt. Bij circumschripte druk met één vinger wordt de pijn herkend. Bij aanspannen van de buikwand blijft de pijn bestaan of wordt erger. Na het onderzoek blijft de geprovoceerde pijn lang bestaan.

Wanneer het vermoeden op ACNES bestaat, kan de patiënt het beste worden verwezen naar een chirurg die met het beeld en de behandeling vertrouwd is. Wanneer na drie succesvolle anesthesie-injecties de pijn steeds weer terugkeert, leidt lokale exploratie en ablatie van de huidzenuw vaak tot goed resultaat en een zeer dankbare patiënt.

Marten Otten, MDL-arts

Anthony van de Ven, chirurg

Medisch Centrum de Veluwe, Apeldoorn

Gezocht: zwangere IBD-patiënten met thioguanine- of allopurinolgebruik

Rationale

Thioguanine en mercaptopurine/azathioprine-allopurinolcombinatie zijn onconventionele thiopurinestrategieën die in toenemende mate worden voorgeschreven bij falend gebruik van de gangbare thiopurinderivaten. Van azathioprine en mercaptopurine is bekend dat deze veilig kunnen worden gecontinueerd tijdens de zwangerschap, maar literatuur over het effect van thioguanine op de zwangerschap en foetus is zeer schaars. Daarnaast wordt geadviseerd terughoudend te zijn met het voorschrijven van allopurinol tijdens de zwangerschap vanwege mogelijke teratogeniteit.

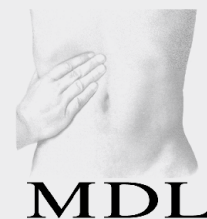
Doel

Om meer inzicht te verkrijgen in de veiligheid van thioguanine en allopurinol tijdens de zwangerschap bij IBD, verzamelen wij gegevens van deze patiënten in onze database zwangerschap en IBD. Hebben u of uw collega's IBD-patiënten behandeld met thioguanine of de

combinatie allopurinol-thiopurine op enig moment tijdens de zwangerschap? Dan willen wij u graag uitnodigen contact met ons op te nemen. Wij sturen u een beknopte vragenlijst met algemene vragen over de patiënte, de zwangerschap en de pasgeborene. Bij aanleveren van patiënten bieden wij als tegenprestatie een co-auteurschap per centrum aan.

Contact

Voor meer informatie en/of te includeren patiënten kunt u contact opnemen met Melek Simsek (promovenda VUmc, *foto*) via m.simsek@vumc.nl of Nanne de Boer (MDL-arts VUmc) via khn.deboer@vumc.nl.
Alvast veel dank!



BIJSLUITERS

Acuut leverfalen met laag serum alkalische fosfatasegehalte

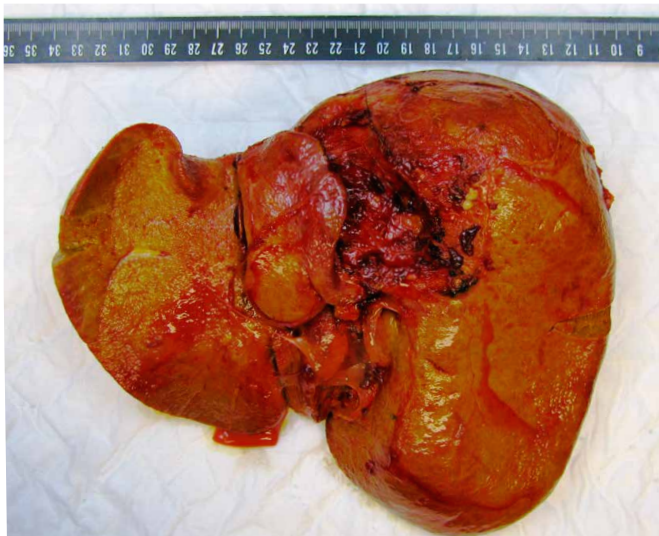
2 Een 25-jarige Poolse vrouw met blanco medische voorgeschiedenis presenteerde zich elders met sinds vier weken bestaande algehele malaise, vage buikpijn, misselijkheid, en recent ook geelzucht en jeuk. Zij gebruikte een oraal anticonceptivum, geen overige medicatie of drugs en zeer matig alcohol. De familieanamnese vermeldde geen bijzonderheden. Bij lichamelijk onderzoek werd een heldere, icterische vrouw gezien met drukpijn rechtsboven in de buik. Bloedonderzoek toonde de volgende waarden: ASAT 269 U/l, ALAT 295 U/l, alkalische fosfatase (AF) 109 U/l, gamma-GT 232 U/l, bilirubine 202 µmol/l, albumine 27 g/l, PT-INR 3,0. Echografisch buikonderzoek liet enige ascites zien met normaal aspect van leverparenchym, milt en levervasculatuur. Wegens progressieve leverfunctieverlechtering volgde overplaatsing naar het Erasmus MC. Laboratoriumonderzoek toonde: ASAT 271 U/l, ALAT 46 U/l, AF 19 U/l, gamma-GT 140 U/l, bilirubine 766 µmol/l, PT-INR 5,5. Voorts was er nu nierinsufficiëntie (eGFR 26 mL/min) en hemolytische anemie (Hb 3,8 mmol/l, haptoglobine <0, 10 g/l, Coombs negatief). Serologische aanwijzingen voor autoimmuun- of virale hepatitis ontbraken. De oogarts vond geen Kayser-Fleischerringen. Op grond van deze gegevens, het opvallend lage AF en het ontbreken van aanwijzingen voor een andere aandoening, werd de werkdiaagnose acute, fulminante ziekte van Wilson gesteld. Kort na opname ontwikkelde patiënte tekenen van encephalopathie. Zij werd aangemeld voor acute levertransplantatie en onderging

plasmaferese wegens de hemolytische anemie. Na twee dagen vond succesvolle transplantatie plaats. De geruime tijd later ter beschikking gekomen uitslagen toonden dat pre-transplantatie het serum ceruloplasminegehalte verlaagd en het kopergehalte en de koperuitscheiding in de urine fors verhoogd waren. De ziekte van Wilson is een koperstapelingsziekte. De acute, fulminante vorm kenmerkt zich door snel progressief leverfalen, doorgaans met een opvallend laag AF en ALAT, resulterend in een AF/bilirubine-ratio <2 en ASAT/ALAT-ratio >4, vaak in combinatie met hemolytische anemie en nierinsufficiëntie. De enige behandeloptie is levertransplantatie; chelatietherapie is niet effectief. Snelle herkenning is cruciaal, omdat de mortaliteit zonder transplantatie 100% is. Met een specifieke prognostische index blijkt goed een onderscheid gemaakt te kunnen worden tussen fulminante, acute ziekte (met hoge urgentie voor transplantatie) en de chronisch gedecompenseerde vorm¹. Het stellen van de diagnose acute ziekte van Wilson is lastig en wordt bemoeilijkt doordat het ceruloplasminegehalte vals verhoogd kan zijn en de uitslag doorgaans niet direct beschikbaar is. Dit laatste geldt nog veel meer voor bepalingen als serum kopergehalte en 24-uurs urine koperuitscheiding. Kayser-Fleischerringen worden vaak niet gevonden, de diagnostische sensitiviteit is laag. De AF/bilirubine- en ASAT/ALAT-ratio's zijn klinisch van groot belang, met een gerapporteerde diagnostische sensitiviteit en specificiteit van 100%. De pathofysiologie van het lage AF en ALAT is niet duidelijk. Het AF is mogelijk verlaagd door verminderde aanmaak.^{2,3}

Conclusie

De ziekte van Wilson kan zich als een acute, fulminante leverziekte presenteren. Zonder transplantatie is de afloop fataal. Simpele biochemische kenmerken, met name een verlaagd AF gehalte, kunnen behulpzaam zijn bij het stellen van de diagnose.

Angela Tjon, aios MDL
Michael Doukas, patholoog
Henk van Buuren, MDL-arts
Erasmus MC, Rotterdam



Figuur 1.

Leverexplantaat. De lever is klein met licht nodulair oppervlak, samenhangend met microscopisch waarneembare collaps. Verdere bevindingen waren diffuse fijndradige fibrose, cholestase, steatose en koperdeposities.

¹ Petrasek et al., Revised king's college score for liver transplantation in adult patients with Wilson's Disease. *Liver Transpl.* 2007;13:55-61.

² Shaver et al., Low serum alkaline phosphatase activity in Wilson's disease. *Hepatology* 1986;6:859-63.

³ Hoshino et al., Low serum alkaline phosphatase activity associated with severe Wilson's disease. Is the breakdown of alkaline phosphatase molecules caused by reactive oxygen species? *Clin Chim Acta* 1995; 238:91-100.

THE INTESTINAL MICROBIOTA DISRUPTED AND RESTORED ON CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION AND FECAL DONATION

Yvette van Beurden, Vrije Universiteit Amsterdam, 8 november 2017



In 2013–2014 vond er een uitbraak van *Clostridium difficile* ribotype 027 plaats in het VU medisch centrum. Het eerste deel van dit proefschrift beschrijft deze uitbraak. Gebruik van antibiotica, recente opname in het VUmc, langere opnameduur en opname op de intensive care bleken factoren die geassocieerd waren met het ontwikkelen van een *Clostridium difficile*-infectie (CDI). Voornamelijk oudere patiënten die na behandeling van CDI in het VUmc opgenomen moesten blijven, ontwikkelden een recidief-infectie. De uitbraak heeft minimaal € 1.222.376 gekost. Een infectie met *C. difficile* kan ontstaan na een verstoring van de darmmicrobiota, meestal door het gebruik van antibiotica. In het tweede deel bespreken we het herstellen van de darmmicrobiota van patiënten met CDI met fecestransplantatie. We laten zien dat regurgitatie en overgeven na fecestransplantatie via een duodenumsonde een gevreesde complicatie is. Dit impliceert dat bij patiënten die een verhoogd risico lopen op aspiratie, het toedienen van de donorfeces via een colonoscopie is aangewezen. Hiernaast suggereert literatuuronderzoek, dat bij patiënten met ernstige gecompliceerde CDI een fecestransplantatie moet worden over-

wogen voordat een colectomie wordt uitgevoerd. Het laatste deel betreft andere toepassingsmogelijkheden van fecestransplantatie. In een kleine prospectieve pilotstudie tonen we aan dat fecestransplantatie bij de helft van de patiënten met prikkelbaredarmsyndroom tot een verbetering van klachten leidt. Hiernaast bespreken we de ontwikkeling van de Nederlandse Donor Feces Bank (www.ndfb.nl), die in 2015 is opgericht. De NDFB levert gescreende, kant-en-klare donorfeces-suspensies voor de behandeling van recidiverende CDI en onderzoek. Dit vergemakkelijkt de logistiek en maakt kwaliteitsbewaking van deze in opzet niet gestandaardiseerde behandeling mogelijk.

Curriculum vitae

Yvette van Beurden (1988) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Na haar afstuderen in 2014 startte zij haar promotietraject onder begeleiding van prof. C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, prof. C.J.J. Mulder en prof. O.M. Dekkers. In september 2017 is zij gestart met de opleiding Maag-, Darm- en Leverziekten aan het VU medisch centrum. Momenteel werkt zij in het Spaarne Gasthuis te Haarlem en Hoofddorp.

Het proefschrift is te verkrijgen via y.vanbeurden@vumc.nl.

COMPUTER-AIDED DETECTION OF EARLY BARRETT'S CANCER

Fons van der Sommen, Technische Universiteit Eindhoven, 15 november 2017



Waanneer neoplastische laesies in de Barrett-slokdarm in een vroeg stadium worden gedetecteerd, kunnen ze endoscopisch worden behandeld en is er een goede prognose met een vijfjaarsoverleving van bijna 100%. Echter, er is aangetoond dat het huidige protocol voor inspectie van de Barrett-slokdarm leidt tot een suboptimale detectie door de bemonsteringsfout en de moeilijkheidsgraad van het visueel herkennen van vroege Barrett-kanker. Het risico bestaat dat de ziekte in een later stadium wordt gevonden, zodat slechts één behandeloptie resteert: een ingrijpende operatie voorafgegaan door chemo- en radiotherapie. Naast de hoge morbiditeit bij deze chirurgische ingreep leidt late detectie van Barrett-neoplasie tot een drastisch slechtere prognose dan endoscopische behandeling, met een vijfjaarsoverleving van tussen de 25–30%.

In dit proefschrift wordt een zogenaamd Computer-Aided Detection (CAD)-systeem onderzocht voor automatische detectie van vroege Barrett-kanker in wit licht HD- endoscopische beelden. Experimenten in samenwerking met vijf internationale Barrett-experts tonen aan dat automatische detectie om vroege vormen van kanker in de Barrett-slokdarm te herkennen, mogelijk is met een

betrouwbare en constante kwaliteit. Met behulp van kwantitatieve kleur- en textuurinformatie en lerende algoritmen detecteert het systeem vroeg-neoplastische laesies met een vergelijkbare nauwkeurigheid als de betrokken experts. Naast analysetechnieken voor wit-licht-endoscopie onderzoekt dit proefschrift de automatische interpretatie van een nieuwe endoscopische beeldvormende methode, genaamd Volumetric Laser Endomicroscopy (VLE). De experimenten laten zien dat CAD-systemen de subtielere patronen die op vroege kanker duiden, beter kunnen herkennen in de complexe VLE-beelden dan het menselijk oog.

Curriculum vitae

Fons van der Sommen (1985) studeerde Electrical Engineering aan de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e), waarbij hij zich specialiseerde in zelflerende algoritmen voor automatische beeldanalyse. In 2012 studeerde hij *cum laude* af, waarna hij een promotietraject begon onder begeleiding van prof. Peter de With en dr. Erik Schoon van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Ook werkte Fons intensief samen met prof. Jacques Bergman van het AMC Amsterdam. Dit promotietraject heeft hij eveneens *cum laude* afgesloten. Momenteel vervolgt Fons van der Sommen zijn onderzoek aan de TU/e.

Het proefschrift is te verkrijgen via fvdsommen@tue.nl.

NEW CLINICAL INSIGHTS INTO STENTS FOR MALIGNANT UPPER GASTROINTESTINAL DISEASE

Paul Didden, Erasmus Universiteit, 17 november 2017



Self-expandable metal stents (SEMS) hebben een belangrijke rol in de palliatieve behandeling van maligne stricturen van de slokdarm en maaguitgang. Ondanks dat SEMS zeer effectief zijn in het verbeteren van passageklachten, kunnen ook complicaties optreden, waaronder recidief obstructie. In dit proefschrift stelden we vast dat in een cohort van ruim 1.000 patiënten, bij wie over 23 jaar een slokdarmstent is geplaatst, in 31,1% recidief obstructie optrad. Hieruit bleek verder dat dit risico in de afgelopen jaren niet afnam. Tumor/weefselgroei en SEMS-migratie waren de belangrijkste oorzaken. Een gerandomiseerde studie liet zien dat een *fully covered* (fc) SEMS niet tot minder recidief obstructie leidt dan een *partially covered* (pc) SEMS. In de fc-SEMS-groep was recidief obstructie gerelateerd aan tumor/weefselovergroei en migratie. Verder zagen we in hetzelfde cohort van ruim 1.000 patiënten dat in toenemende mate voorbehandeling met chemo- en/of radiotherapie heeft plaatsgevonden. We vonden sterke aanwijzingen dat majeure complicaties geassocieerd zijn met eerdere chemoradiotherapie. Het merendeel betrof luchtweginfecties en fistelvorming,

waarschijnlijk gerelateerd aan chemoradiotherapie-geïnduceerde beschadiging van slokdarm en longen in combinatie met de expansiekracht van de SEMS. Daarnaast stelden we in een prospectieve studie vast dat retrosternale pijn relatief vaak optreedt na plaatsing van een slokdarmstent.

Dit proefschrift geeft eveneens aandacht aan plaatsing van SEMS voor maligne maaguitgangobstructie. In een prospectieve internationale multicenterstudie werd de gunstige uitkomst van een nieuwe ongecoverde duodenumstent beschreven. Daarnaast werd een nieuwe pc-duodenumstent geëvalueerd, maar deze studie werd voortijdig beëindigd vanwege het breken van de stentdraden.

Curriculum vitae

Paul Didden (1981) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden. In 2007 begon hij aan de opleiding MDL in het Erasmus MC. Gelijktijdig startte hij zijn promotieonderzoek onder begeleiding van prof. dr. M.J. Bruno en dr. M.C.W. Spaander. Na een aantal jaar als MDL-arts te hebben gewerkt in het Erasmus MC, werkt hij sinds 2017 in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Zijn aandachtsgebied is interventionele endoscopie.

Het proefschrift is te verkrijgen via p.didden@umcutrecht.nl.

CLINICAL STUDIES ON HEPATITIS B, C, AND E VIRUS INFECTION

Sophie Willemse, Universiteit van Amsterdam, 13 december 2017



Chronische infectie met het hepatitis B, C of E-virus (HBV, HCV, HEV) kan leiden tot leverschade met als gevolg levercirrose en hepatocellulair carcinoom. Wereldwijd is chronische virale hepatitis een belangrijke oorzaak van lever-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit.

Dit proefschrift beschrijft verschillende klinische aspecten van virale hepatitis B, C en E. Allereerst de immunrespons tijdens een acute HBV-infectie, waarbij de HBV-specifieke T-celrespons verzwakt lijkt als de infectie chronisch wordt, terwijl NK-cellen geactiveerd blijven. Vervolgens wordt beschreven dat het eiwit interferon-gamma-inducible-protein-10 (IP-10) geen goede voorspeller is voor respons op interferon-bevattende therapie bij chronische HBV- en HCV-infectie, maar wel een reflectie is van de immun-activatie vooraf aan behandeling. Wat betreft de behandeling van chronische HBV-infectie wordt een studie beschreven waarbij blijkt dat combinatietherapie met Peg-interferon en een nucleos(t)ide-analoog bij patiënten met een lage *viral load* geen verhoogde kans op klaren van de infectie geeft.

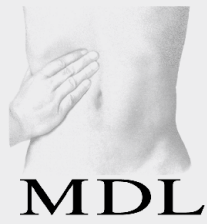
Inzake de behandeling van chronische HCV-infectie blijkt in een retrospectief cohort van 54 hepatitis C genotype 4-patiënten met

ernstige fibrose of cirrose, dat behandeling met sofosbuvir en simeprevir 'in *real-life*' effectief is. Aanvullend illustreert een case-report het nut van *therapeutic drug monitoring* bij de behandeling met *direct-acting antivirals* van patiënten met chronische HCV-infectie en een veranderde anatomie van het maag-darmkanaal. Voorts wordt er middels predictiemodellen gepoogd een voorspelling te doen over de HCV-gerelateerde ziektelast in 2030. Tot slot wordt de prevalentie van chronische HEV-infectie onder patiënten met een allogene hematopoïetische stamceltransplantatie beschreven, die met 4% hoger is dan eerder gerapporteerd, en tevens een mogelijke relatie met *graft versus host disease*.

Curriculum vitae

Sophie Willemse (Saint-Germain-en-Laye, Frankrijk, 1979) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en behaalde in 2005 haar artsexamen. In de periode 2006–2012 volgde zij de opleiding tot MDL-arts in het Academisch Medisch Centrum (AMC), waar zij sinds 2012 werkzaam is als MDL-arts met aandachtsgebied hepatologie. In 2012 startte zij in het AMC ook haar promotieonderzoek onder begeleiding van prof. dr. U. Beuers, prof. dr. H.L. Zaaijer, dr. H.W. Reesink en dr. M. van der Valk.

Het proefschrift is te verkrijgen via s.b.willemse@amc.uva.nl.



BIJSLUITERS

In de diepte zoeken we de samenwerking

In het UMC Utrecht staan Frank Vleggaar en Bas Oldenburg te popelen om hun afdeling te presenteren. De aanleiding is het besluit tot verdergaande specialisatie in 2017. Sindsdien richt de MDL-afdeling zich op twee speerpunten: IBD en oncologie.

De MDL-afdeling stelde zich de vraag op welke vakgebieden zij écht meerwaarde kan bieden voor patiënten. Vleggaar: “Onze keuze voor IBD en oncologie is een koerswijziging. Vroeger stond onze afdeling bekend als motoriekcentrum. Echter, het UMC Utrecht heeft centraal gekozen voor zes speerpunten; twee daarvan, oncologie en immunologie/infectieziekten, zijn voor ons het meest relevant. Het ziekenhuis stimuleert de kruisbestuiving tussen vakgebieden.”

Oldenburg beaamt dat de afdeling haar academische waarde het meest kan doen gelden op IBD en kanker. “Beide vakgebieden zijn breed en ontwikkelen zich snel. Bovendien zoeken we in de diepte de samenwerking. Wij kijken bijvoorbeeld samen met klinisch immunologen, dermatologen, oogartsen, KNO-artsen en reumatologen naar *immune-mediated inflammatory disorders* (IMID).” Ook bij oncologie leidt de verdieping tot verdergaande multidisciplinaire samenwerking. Voor maag-, darm- en leverkanker gebeurt dat met het St. Antonius Ziekenhuis en het Meander Medisch Centrum. Vleggaar: “Hierbij richten wij ons op HCC en slokdarmkanker en dan met name de vroege vormen daarvan. Voor dikke-darmkanker gaan we na hoe we de T1-carcinomen endoscopisch kunnen behandelen en voor alvleesklier- en galwegkanker onderzoeken we hoe we via de maag beter kunnen draineren.” In 2018 start bovendien

de 1-2-3 *buikpoli*. Vleggaar: “De één staat voor de huisarts, de twee voor Diakonessenhuis Utrecht en de drie voor UMC Utrecht. Gezamenlijk bekijken we in welke lijn elke patiënt het best geholpen kan worden.” De specialisatie heeft geen gevolgen voor de selectie van aios. Oldenburg: “Wij selecteren puur op kwaliteit en geschiktheid. Iemand die op neurogastrologie is gepromoveerd, kan evengoed in aanmerking komen. We bieden, samen met de regionale partners, het volledige pallet dat nodig is voor de opleiding.”

Het UMC Utrecht was in 2016 negatief in het nieuws na uitzendingen van *Zembla* over medische missers en een angstcultuur op de afdeling KNO, wat resulteerde in verscherpt toezicht door de Inspectie. Wat deed deze affaire met de MDL-afdeling? Vleggaar: “Het heeft ons niet rechtstreeks geraakt. Onze afdeling had geen cultuurprobleem. Maar het hele ziekenhuis heeft meegedacht over de gewenste omslag. Zo streven we nu naar minder hiërarchie. Je moet kunnen zeggen wat je denkt zonder dat dit repercussies

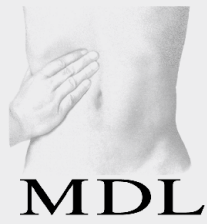
heeft. En het stimuleert enorm als je merkt dat je invloed hebt op het reilen en zeilen van je afdeling.”

Wat zijn de goede voornemens voor 2018? Oldenburg: “Natuurlijk de 1-2-3-*buikpoli*. Daarnaast de visitatie van onze opleiding. We verweven het landelijke NOVUM-plan samen met onze partners in onze eigen opleiding. Bovendien verwacht ik voor ons onderzoeksklimaat een gunstige weerslag van de ondersteuning van beslistkundigen, epidemiologen en statistici. En van de warmere banden met basale laboratoria en het lab van het Hubrecht Instituut.” Vleggaar: “Bij de regionale samenwerking is het leuk te vermelden dat Bas Weusten die behalve in het St. Antonius ook bij ons werkt, de leerstoel gastro-intestinale endoscopie bekleedt en in juli zijn oratie houdt...”

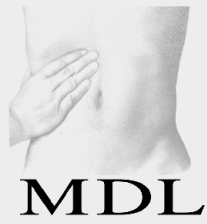
De MDL-afdeling van het UMCU is in 2017 fors gegroeid: van 7 naar 12 MDL-artsen. Er werken 10 aios, 2 anios en 7 verpleegkundig specialisten. Het researchbureau telt 3 researchverpleegkundigen en de endoscopieafdeling 28 verpleegkundigen.



Het MDL-team van het UMC Utrecht. Op www.mdl.nl/MAGMA vind bij [MAGMA 1-2018/Bijlagen](#) alle namen.



BIJSLUITERS



ADVERTENTIE

ADVERTENTIE