

MAGMA



TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN
MAAG-DARM-LEVERARTSEN
JAARGANG 31 / NUMMER 1 / MAART 2025



14

De noodzaak tot cultuursensitieve zorg

**Hoe communiceer jij
jouw medische plicht?**

25

De sociaaleconomische achtergrond
van MDL-artsen: hoe inclusief is de
MDL-sollicitatieprocedure?

30

'Waarom vinden wij mensen geschikt?'

Stop onzinnige controle van werknemers in de ziekenhuizen



Van oudsher zijn ziekenhuizen hiërarchische organisaties, waar controle kan leiden tot betutteling en hypocrisie. Ziekenhuizen con-

trolleren steeds meer aspecten van het leven van werknemers. Opgedragen door de overheid wordt medewerkers gevraagd een app te installeren die het woon-werkverkeer bijhoudt: lopen, fietsen, openbaar vervoer of de eigen auto. Sinds kort mag je niet meer zelf je congresreis samenstellen en boeken, maar moet je dat overlaten aan een externe organisatie die voor jou 'milieubewuste keuzes' maakt. Met het vliegtuig van Amsterdam naar Berlijn wordt welhaast verboden. Beleggen in aandelen van farmaceutische bedrijven wordt als onwenselijk beschouwd. De AVG staat niet toe dat een Raad van Bestuur ook daadwerkelijk de individuele aandelenportefeuille van medewerkers mag opvragen, maar ook zonder dat is het een toppunt van bemoeienis. Beleggen in farmaceutische bedrijven voelt niet voor iedereen als belangenverstrengeling. Het is belangrijk dat iedereen zijn of

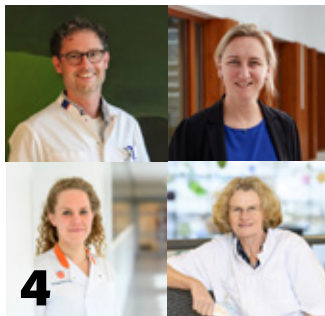
haar eigen afweging maakt en er vooral ook transparant over is (disclosures). Diezelfde Raden van Bestuur hebben nog geen overzichten gepubliceerd van het woon-werkverkeer en wat ze eventueel met de verzamelde gegevens van medewerkers gaan doen. Met de huidige moeilijke en dure huizenmarkt kun je werknemers in elk geval niet verplichten te verhuizen. Hoeveel en hoe vaak medewerkers het vliegtuig nemen, is eveneens onbekend. In het algemeen worden verre reizen echter als prestigieus beschouwd, zeker als het op uitnodiging is. Maar is een intercontinentale vlucht te rechtvaardigen voor een voordracht van slechts 30 minuten? De trein is geen alternatief, dus stemt de Raad van Bestuur zonder bezwaar in. Ondertussen hebben veel ziekenhuizen nog steeds een X-account, om onwaarheden niet te missen. Maar bruin blijft bruin. Over bitcoin wordt niet gesproken terwijl die nu juist knaagt aan ons financiële systeem en vooral aan onze rechtsstaat. En dat past nog minder bij een dokter dan aandelen in een farmaceutisch bedrijf. De collega die een fortuin met bitcoins heeft verdiend, wordt waarschijnlijk

met achting (en jaloezie) aangekeken. Maar het is juist verachtelijk, want die collega heeft met cryptovaluta de wereld een stukje slechter gemaakt: cryptovaluta zijn immers betaalmiddel bij uitstek voor autoritaire en dictatoriale regeringsleiders, bruinhemden en schurkenstaten.

Al dat controleren en zogenaamd reguleren veroorzaakt niet alleen irritatie, maar kost ook veel geld: voor extra personeel, en firma's die reizen minder vervuילend maken doen dat niet gratis. Maar de belangrijkste vraag is of het sturen van gedrag van werknemers tot het takenpakket van ziekenhuizen moet behoren. Dat is de verantwoordelijkheid van de overheid en de regering. Het geld en alle moeite die nu in onzinnige controles worden gestoken, kunnen beter worden geïnvesteerd in de werknemers, bijvoorbeeld in loonstijgingen ter compensatie van inflatie en in het verbeteren van secundaire arbeidsvoorwaarden. Aan alle Raden van Bestuur van ziekenhuizen zou ik willen zeggen: "Schoenmakers, houd je bij je leest."

Rob de Knecht

INHOUDSOPGAVE



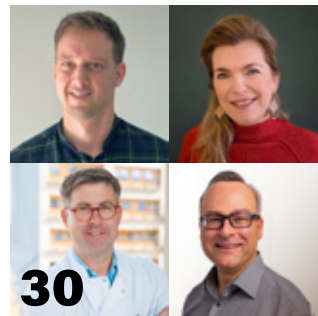
Kennisagenda

De Ijsbreker: klaar voor de start



Interview

'Mijn kinderen heb ik altijd geleerd zichzelf te beschouwen als wereldburger'



Thema: Kansengelijkheid

'Waarom vinden wij mensen geschikt?'



Darm

'Extra' Pleinvue® kan leiden tot ernstige elektrolytstoornissen

STAND VAN ZAKEN **2** / PERISCOOP **3** / KENNISAGENDA **4** / KWALITEIT **6** / MDL TRANSFERS **9** / INTERVIEW: DIVERSITEIT EN INCLUSIVITEIT **10-13** / VACATURE REDACTIE **13** / THEMA: KANSENGELIJKHEID **14-43** / COLUMN **29** / RONDETAFLGESPREK: KANSENGELIJKHEID **30-34** / OPLEIDING **44** / KWALITEIT **47** / MDL FONDS **48** / DARM **51** / PROEFSCHRIFTEN **55** / DE AFDELING **57**

Wees zuinig op de MDL-arts



“Volgens landelijke afspraken moeten patiënten binnen vier weken op de spreekuren terecht kunnen. Van de MDL-poli’s haalt meer dan 86 procent die afspraak niet. Gemiddeld moeten patiënten die een afspraak willen maken met een maag-darm-leverarts dertien weken langer wachten dan de bedoeling is.” Zo was te lezen in Algemeen Dagblad eind december 2024.

Deze dertien weken langer wachten voor een afspraak op de MDL-poli werd door een aantal MDL-artsen als een wel erg optimistische inschatting van de werkelijkheid

beschouwd. In sommige ziekenhuizen ligt de gemiddelde wachttijd voor niet urgente MDL problemen meer in de buurt van één jaar (365- 441 dagen).

Als NVMDL maken we ons sterk om de grote vraag naar MDL-zorg het hoofd te bieden door kritisch te kijken naar welke zorg we kunnen verminderen of stoppen, zeker als de effectiviteit van die zorg niet bewezen of slechts beperkt is. Voldoende zorgaanbod blijft daarbij essentieel.

Voor iedere MDL-arts (1,0 fte) die nu met pensioen gaat, is 1,5 fte aan vervanging nodig om dezelfde zorgvraag te kunnen opvangen. Met 40 niet-ingevulde vacatures kunnen we niet anders concluderen dan dat

het aantal MDL-artsen aan de krappe kant is.

De kloof tussen de MDL-capaciteit en de zorgvraag wordt steeds groter. Wij kunnen als NVMDL de stijgende zorgvraag deels opvangen door in te zetten op innovatie en efficiëntie van zorg, maar als we deze kloof echt willen verkleinen, is ook uitbereiding van het aantal MDL-artsen een vereiste.

Was getekend,
Manon Spaander
voorzitter

THEMA

Kansenongelijkheid

Zoveel mensen, zoveel verschillen. Geslacht, leeftijd, kleur, etniciteit, opleiding, moedertaal, sociale omgeving, maatschappelijke omgeving, religieuze achtergrond, enzovoort. Het komt in de spreekkamer of elders in het ziekenhuis allemaal samen, waar het niet altijd met elkaar matcht. In de waan van de dag met tijdsgebrek, onzekerheid en misschien angst ontstaat op allerlei fronten onbegrip en onbehagen.

Voor de jonge dokter met een jong gezin lijkt het vak helemaal niet op wat hij of zij zich voorstelde. De patiënt die zijn uiterste best moet doen om de dokter te verstaan, begrijpt in de spreekkamer nauwelijks iets van het verhaal of het betoog. Het ziekenhuis is een dorp: we bevinden ons allemaal in hetzelfde dorp, maar niet in dezelfde straat. We zijn met z'n allen afgedwaald van het centrale plein, en hoe komen we terug? Hoe leren we elkaar beter te verstaan?

In dit nummer vindt u een interview met een aantal opleiders MDL en gynaecologie over selectie van jonge collega's voor de opleiding. Naar welke competenties kijken we eigenlijk of is het sollicitatiegesprek een simpele inventarisatie van interesse in de



MDL en daarbuiten? De afdeling gynaecologie van het Amsterdam UMC is al een stap verder: Petra Bakker, opleider aldaar, legt uit hoe het sollicitatieproces nu bij de gynaecologie is.

In welke taal praten we met elkaar, de patiënt en diens familie? Wat maakt taal begrijpelijk, en hoe kunnen we taal inzetten om recht te doen aan de belevingswereld van patiënt en familie?

Mustafa Bulut legt in een interview uit hoe het eigenlijk zou moeten, en er is een verhaal over hoe het gaat in Rotterdam. Ook leest u in een artikel van Pharos dat 'begrijpelijke' taal volstrekt iets anders is dan 'Jip en Janneke-taal'!

Terwijl aan de andere zijde van de oceaan de politiek diversiteit probeert uit te bannen, besteden we er hier juist meer aandacht aan. In het thema komt kansenongelijkheid vanuit verschillende invalshoeken aan bod: we weten dat het er is, hoe het er is en dat het negatieve effecten kan hebben. Hopelijk biedt deze MAGMA handvatten om er beter mee om te gaan.

Clasine de Klerk, Carina Verstraete, Fanny Vuik en Rob de Knegt

Clasine de Klerk, Carina Verstraete, Fanny Vuik en Rob de Knegt

REDACTIE MAGMA De inhoud van MAGMA wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 10 à 12 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o.

Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in MAGMA niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven. Wil je reageren op een artikel en/of een bijdrage insturen? Wend je dan tot de redactie via r.deknegt@erasmusmc.nl.

Referenties bij artikelen vind je in de DIGITALE editie. Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 61.

De Ijsbreker: klaar voor de start

Het Barrett Ijsbreker-initiatief is het eerste project van de NVMDL's *Less-is-more*-kennisagenda en gaat, na een grondige voorbereiding, nu van start. Centraal in de *less-is-more*-aanpak staat een directe vermindering van zorg die onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd is, door de richtlijn aan te passen en tegelijkertijd nieuw wetenschappelijk zorgevaluatie onderzoek te starten.

Per maart 2025 wordt de Surveillance-module in de richtlijn voor Barrett-oesofagus aangepast. In dit artikel zetten we de concrete veranderingen op een rij die vanaf dat moment van invloed zijn op de zorg voor patiënten met Barrett-oesofagus.

Modulaire aanpassing Barrett-richtlijn

De modules 6.1 en 6.2 van de richtlijn Barrett-oesofagus worden per maart 2025 aangepast. Centraal in deze aanpassing staat de introductie van drie risicogroepen voor Barrett-patiënten, elk met een specifiek beleid (zie Figuur 1). Volgens de 'less-is-more'-methode gaat deze richtlijnwijziging gepaard met de initiatie van een landelijke zorgevaluatieproject voor de patiënten waarbij de surveillance wordt gestopt.

LAAG-RISICO BARRETT: Ijsbreker-patiënten

Laag-risico Barrett-patiënten hebben geen indicatie meer voor endoscopische surveillance (zie Figuur 1). Deze wijziging in de richtlijn gaat hand-in-hand met een

prospectieve registratie, waarin patiënten minimaal 10 jaar worden vervolgd om de lange termijn uitkomsten, zoals het ontstaan van slokdarmkanker en gerelateerde sterfte, te monitoren. Hierdoor kan surveillance worden heringevoerd als de verzamelde data of de introductie van nieuwe technieken daar aanleiding toe geven.

MATIG-RISICO: Continueren van zorg

Naar verwachting zal twee derde van de Barrett-patiënten in de laag-risicogroep vallen en slechts één derde in deze matig-risicogroep. Dit betekent dat het overgrote deel van de huidige Barrett-surveillance in de Nederlandse ziekenhuizen komt te vervallen. Hierdoor zullen de blootstelling aan en ervaring met Barrett-oesofagus-surveillance aanzienlijk afnemen. Het is echter bekend dat juist ervaren endoscopisten vroege vormen van dysplasie of kanker in een Barrettslokdarm veel beter herkennen. Daarom adviseert de richtlijn dat surveillance voor deze patiënten bij voorkeur wordt verricht door endoscopisten met specifieke interesse in Barrett-oesofagus, binnen geormeerde endoscopieprogramma's. Over de exacte inrichting hiervan wordt momenteel in verschillende commissies nagedacht.

Zorgevaluatie en wetenschappelijk onderzoek

Dit nationale initiatief wordt geïnitieerd door de Nederlandse Barrett Registratie Stichting (NBRS), in opdracht van de MDL-beroepsgroep en met goedkeuring van de NVMDL-commissie 'Commissie Implementatie Kennisagenda' (CIKA). Het project wordt gesubsidieerd door Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZEGG). De administratieve werkzaamheden worden ondergebracht in het Antoni van Leeuwenhoek Centrum



Figuur 1. De nieuwe richtlijn onderscheidt drie groepen Barrett-patiënten, elk met een eigen beleid.

Nieuwe diagnose laag-risico

Barrett-oesofagus

Wanneer u na de richtlijnwijziging een 'nieuwe laag-risico Barrett' diagnosticeert, informeert u de patiënt na de scopie over de bevindingen. Wij vragen u daarbij ook de nationale registratie te benoemen en, mits de patiënt geen bezwaar maakt, deze hiervoor aan te melden.

Bekende laag-risico Barrett-oesofagus patiënten

Voor patiënten die al bekend zijn met een laag-risico Barrett-oesofagus verloopt de logistiek anders. Wij hebben contact opgenomen met de contactpersoon voor het IJsbreker-project in uw ziekenhuis. Als uw ziekenhuis een bestaande lijst heeft waarmee alle patiënten in één keer kunnen worden geïdentificeerd en geïnformeerd, bieden wij hier graag (personele) ondersteuning bij. Uit ervaring blijkt echter dat een dergelijke lijst in de meeste ziekenhuizen niet voorhanden is. In dat geval adviseren wij de patiënt vóór de geplande surveillance-endoscopie te identificeren, voor

te lichten en aan te melden voor de registratie, bijvoorbeeld tijdens het intakegesprek. Het is dus niet nodig om nog een nieuwe surveillance-gastroscopie in te plannen.

Adequate endoscopie?

Met het afschaffen van surveillance, wordt de kwaliteit van de enige gastroscopie die uw patiënt nog krijgt, nog belangrijker (Figuur 2). Op www.barrett.nl bespreken we in een video een gestandaardiseerde aanpak voor het uitvoeren van een Barrett-surveillance-endoscopie. Mocht u twijfelen over de kwaliteit van de scopie (de laatste surveillancescopie van een bekende Barrett-patiënt, of de recente scopie van een nieuwe Barrett-patiënt), plan dan laagdrempelig een nieuwe gastroscopie in.

Wat bieden wij?

Vanuit het Barrett Coördinatie Centrum bieden we patiënten informatiemateriaal via www.barrett.nl, waaronder folders en video's, met specifieke inhoud voor patiënten die al jaren onder surveil-

lance stonden en voor patiënten met een nieuwe Barrett-diagnose na de richtlijnwijziging. Mocht uw patiënt na het consult nog aanvullende vragen hebben, dan kunt u de patiënt via de website naar ons doorverwijzen zodat wij contact kunnen opnemen voor verdere uitleg.

Zodra wij uw aanmelding ontvangen, verzoeken wij de patiënt een informed consent-formulier te ondertekenen. Daarna wordt de patiënt opgenomen in de database, waarbij dataverzameling plaatsvindt via bestaande registraties zoals PALGA, IKNL en CBS. Wij belasten de patiënt verder niet met vragenlijsten of andere contactmomenten.

Via de contactpersoon voor dit project in uw centrum bieden wij ook ondersteuning bij het identificeren, informeren en registreren van patiënten die al in uw ziekenhuis onder surveillance staan. Op www.barrett.nl vindt u ook een speciaal zorgverlenersdeel met verdere informatie.

voor Vroegdiagnostiek, waar het project ook fysiek is gehuisvest.

In het landelijke zorgevaluatieproject worden grote hoeveelheden data verzameld, wat prachtige kansen biedt voor vervolgonderzoek. Daarom kan iedere geïnteresseerde partij in de toekomst een voorstel indienen voor wetenschappelijk onderzoek met de verzamelde data. Er is een onafhankelijke wetenschappelijke adviesraad opgericht die deze voorstellen zal toetsen. Mocht u hier nu of in de toekomst interesse in hebben, neem dan contact met ons op.

In het Kort:

- Meld alle laag-risico Barrett-patiënten, waarbij surveillance niet langer geïndiceerd is, aan voor de nationale registratie.
- Dat kan door een huisartsbrief in cc naar het Barrett Coördinatie Centrum (in het Antoni van Leeuwenhoek Centrum voor Vroegdiagnostiek) te sturen, of via www.barrett.nl.
- Laag-risico Barrett: stop surveillance, meld de patiënt aan voor registratie.
- Standaard huisartsbrieven, informatiefolders en een contactnummer zijn beschikbaar via www.barrett.nl.

Wat vragen we u?

Om deze landelijke registratie mogelijk te maken, verzoeken wij u om elke laag-risico Barrett-patiënt aan te melden bij het Barrett Coördinatiecentrum, gevestigd in het Centrum voor Vroegdiagnostiek, tenzij de patiënt bezwaar maakt.

Aanmelden voor het nationale zorgevaluatie project kan op een van de volgende twee manieren:

- De huisartsbrief met een cc opsturen naar 'Barrett Coördinatiecentrum' in het Antoni van Leeuwenhoek Centrum voor Vroegdiagnostiek
- Op www.barrett.nl vindt u een concept huisartsbrief
- Via www.barrett.nl

	NIEUWE BARRET Diagnose laag-risico Barrett na februari 2025	BEKENDE BARRETT Diagnose laag-risico Barrett vóór februari 2025
1. IDENTIFICEREN	Na gastroscopie en uitslag PA.	<ul style="list-style-type: none">• Vóór de nieuw te plannen gastroscopie, bijvoorbeeld bij het intake gesprek.• Indien bruikbare lijst: alle patiënten in één keer, wij stemmen dit af met de lokale contactpersoon
2. KWALIFICEREN	Aangezien verdere surveillance niet geïndiceerd is, is de kwaliteit van de laatste gastroscopie extra belangrijk. Denk hierbij aan: <ul style="list-style-type: none">• Neem een High-Definition endoscoop• Antegraad én retrograad inspectie (inclusief de cardia), na adequaat spoelen• Reflux oesofagitis, Los Angeles classificatie graad C of D? Optimaliseer de zuurremming en plan een nieuwe scopie.• Praag C&M criteria voor beschrijving lengte Barrett segment• Zichtbare afwijkingen? Paris-classificatie en gerichte biopten.• Random biopten volgens Seattle protocol (4-kwadrants biopten per 2 cm)	
3. INFORMEREN	Licht uw patiënt voor over de diagnose en de nationale registratie, wij bieden hiervoor standaard folders, video's en een website	Licht uw patiënt voor over de diagnose, dat verdere controles niet langer nodig zijn, en de nationale registratie, wij bieden hiervoor standaard folders, video's en een website
4. AANMELDEN	Aanmelden kan op 2 wijzen: <ul style="list-style-type: none">a. Huisartsbrief cc naar: "Barrett Coördinatie Centrum" in het Antoni van Leeuwenhoek Centrum voor Vroegdiagnostiek, ófb. Via www.barrett.nl	

- Voor meer informatie, ga naar www.barrett.nl of mail naar barrett@nki.nl.

De Ijsbreker de-implementatiecommissie:



Wouter Nagengast,
MDL-arts UMC Groningen



Marloes Bigirwamungu,
MDL-arts Medisch Spectrum Twente



Monique van Leerdam,
MDL-arts Antoni van Leeuwenhoek



Sanne van Munster,
aios MDL UMC Utrecht

Scan de QR-code om naar www.barrett.nl te gaan. Hier vindt u verdere informatie, patiëntfolders, video's en meer!



De nieuwe sedatierichtlijn: meer duidelijkheid en eenvoud?

In mei 2024 is de nieuwe multidisciplinaire richtlijn *Sedatie en Analgesie bij Volwassenen* gepubliceerd. De oude richtlijn *Procedurele Sedatie en Analgesie (PSA)* uit 2009 was toe aan vernieuwing.

Het proces voor de herziening van de richtlijn begon al in 2020 met een Invitational Conference om knelpunten en kennislacunes vast te stellen. Uit een enquête onder NVMDL-leden kwamen onderwerpen naar voren die belangrijk waren voor de MDL-praktijk. De nieuwe richtlijn moest minder complex worden, de rol van CO₂-capnografie moest duidelijker worden gedefinieerd, en er moest meer helderheid komen over de risico-inschatting voor sedatie bij ASA-III-patiënten. Daarnaast was er behoefte aan meer ondersteuning bij sedatie tijdens spoedendoscopieën in de avond- en nachturen, en moest de verplichting dat iedere MDL-arts een ALS-certificaat moest hebben – een afspraak die in 2013 werd gemaakt tussen IGJ, NVA en NVMDL – worden afgeschaft. Hoewel aan veel van deze wensen werd voldaan, zijn niet alle punten gerealiseerd. Wat is nieuw en wat is anders in de nieuwe richtlijn?

Vernieuwde classificatie

Sedatie is een continuüm waarbij de patiënt onbedoeld een dieper sedatieniveau kan bereiken. Waar de oude richtlijn en veel internationale richtlijnen drie sedatieniveaus onderscheiden – licht, matig en diep – maakt de nieuwe richtlijn alleen onderscheid tussen anxiolyse, lichte sedatie (AL-PSA) en matige tot diepe sedatie (MD-PSA). Belangrijk hierbij is de initiële intentie van

de sedatie. Een combinatie van middelen zoals midazolam en een opiaat leidt niet automatisch tot MD-PSA als de intentie lichte sedatie met analgesie is. Als hierdoor onbedoeld een dieper sedatiestadium wordt bereikt, is dit een complicatie die de 'sedationist' moet kunnen beheersen. Sommige middelen, zoals propofol, zijn uitsluitend geschikt voor MD-PSA. Bij intentionele MD-PSA moet de sedationist in staat zijn patiënten te behandelen die in een toestand van algehele anesthesie zouden kunnen komen. MD-PSA mag daarom niet door MDL-artsen worden toegepast, wat de focus van deze samenvatting beperkt tot AL-PSA. Bij AL-PSA blijft de MDL-arts verantwoordelijk voor de sedatie.

Wat wordt verwacht van de MDL-arts?

Omdat PSA geen onderdeel is van de opleiding tot MDL-arts, adviseert de richtlijn dat iedere MDL-arts (en aios MDL vóór de start van de endoscopiestage) een PSA-cursus volgt. Dit kan bijvoorbeeld door e-learning. Ook wordt aanbevolen om regelmatig een teamtraining in crew resource management (CRM) te doen, bij voorkeur in combinatie met luchtwegbeheer en basale reanimatie (BLS). De eis dat alle MDL-artsen een ALS-certificaat moeten hebben vervalt in de nieuwe richtlijn, omdat in ziekenhuizen altijd een Spoed Interventie Team (SIT) beschikbaar is. In zorginstellingen zonder

SIT, moeten zorgverleners echter in staat zijn patiënten langer te stabiliseren met geavanceerde reanimatietechnieken. Hier moet minimaal één, bij voorkeur twee, medewerker(s) met een geldig ALS-certificaat aanwezig zijn als PSA wordt toegepast. Dit hoeft niet per se de MDL-arts te zijn. Op deze locaties moet natuurlijk ook een ALS-kar beschikbaar zijn.

Monitoring en veiligheid tijdens sedatie

Op de uitslaapkamer moet continu BLS-geschoold personeel aanwezig zijn, evenals tijdens het vervoer van de patiënt. Bij vervoer langer dan twee minuten moet een draagbare pulsoximeter worden gebruikt. Tijdens AL-PSA of in de uitslaapfase is intermitterende bloeddrukmeting overbodig. Een eenmalige meting voor aanvang van de sedatie is voldoende. Ook ECG-monitoring is geen routine tijdens AL-PSA, maar moet beschikbaar zijn op indicatie, zoals bij patiënten na een recent myocardinfarct of ernstige ritmestoornissen. Pulsoximetrie blijft onveranderd cruciaal tijdens en na sedatie. Pre-oxygenatie is bij AL-PSA niet nodig. Capnografie, duur en complex in interpretatie, heeft geen meerwaarde voor monitoring en wordt alleen bij specifieke situaties tijdens MD-PSA geadviseerd.

Ontslagcriteria

Patiënten mogen naar huis zodra hun cardiorespiratoire functie en bewustzijn op het uitgangsniveau zijn. Dit betekent dat een vaste verblijfsduur op de uitslaapkamer na PSA niet meer nodig is. Documentatie in de patiëntstatus voor ontslag moet plaatsvinden aan de hand van een objectieve meetmethode, zoals de Aldrete-score. Deze score is echter niet specifiek gevalideerd voor street fitness, waarvoor de richtlijn de PADSS (Post-Anesthetic Discharge Scoring System) aanbeveelt. De PADSS is ontworpen voor algehele anesthesie, daarom zit ook het onderwerp blaaslediging als ontslagcriterium in deze score, iets dat bij PSA eigenlijk nooit een probleem is. Er kunnen natuurlijk aangepaste scores worden gebruikt, mits objectief en betrouwbaar. Wettelijke bepalingen,

Michael Klemt-Kropp:

'De nieuwe PSA richtlijn biedt meer duidelijkheid en geeft de optie te versoepelen en te vereenvoudigen.'

gen, zoals het verbod om 24 uur na sedatie aan het verkeer deel te nemen of belangrijke beslissingen te nemen, blijven van kracht. Het is aan te bevelen dat een betrouwbare persoon in de eerste uren na ontslag aanwezig is, maar dit is geen vereiste.

Nuchterheidsbeleid

Het nuchterheidsbeleid is versoepeld. Bij beoogde AL-PSA bij gezonde patiënten zonder aspiratierisico (zoals obesitas of chronische reflux) is nuchter zijn niet verplicht. Theoretisch kan een patiënt tot twee uur voor een colonoscopie onder AL-PSA nog een maaltijd nuttigen. Dit geldt natuurlijk niet voor een endoscopie van de bovenste tractus digestivus. Drinken mogen tot 30-60 minuten voor de procedure worden genuttigd. Bij een mild verhoogd aspiratierisico, zoals bij propofol-sedatie, mag vast voedsel tot vier uur vooraf worden genuttigd. Een klassieke nuchterperiode van zes uur is namelijk geen garantie voor verminderde maagvulling of een verlaging van een aspiratierisico. Dit beleid volgt de adviezen van het ICAPS uit 2020. Bij spoedendoscopieën moet een balans worden gevonden tussen urgentie van de ingreep en nuchterheidsstatus.

Spoedendoscopieën

Voor spoedendoscopieën wordt nu expliciet aanbevolen om laagdrempelig ondersteuning te vragen van een bekwame collega, zoals een anesthesist, zeker bij ASA >III-patiënten. Hopelijk leidt deze aanbeveling tot meer actieve ondersteuning door de anesthesie bij spoedendoscopieën tijdens avond- en nachturen.

ASA III-patiënten

Wat betreft ASA III-patiënten biedt de richtlijn helaas geen nieuwe inzichten. Het inschatten van het sedatierisico blijft afhankelijk van de klinische blik. Er is geen enkele objectieve techniek of score voor het maken van een valide inschatting van het sedatierisico.

Nieuw vs. oud

De nieuwe PSA richtlijn biedt ten opzichte van de oude richtlijn bij veel thema's meer duidelijkheid en geeft tevens de optie bij sommige onderwerpen te versoepelen en te vereenvoudigen met de kans om onze praktijk verder te optimaliseren en efficiëntere zorg te verlenen.

Een kwaliteitskader met een overzichtelijke samenvatting van de kwaliteitseisen voor de MDL die resulteren uit de nieuwe PSA richtlijn is in juli 2024 vanuit de MDL-Raad Kwaliteit naar alle leden verstuurd.



Michael Klemt-Kropp

*MDL-arts Noordwest Ziekenhuisgroep
en voorzitter werkgroep Sedatie*

[ADVERTENTIE]

Een echte Nederlandse winter: weinig beweging

NOORDEN

Bianca Katerberg is per 1 november 2024 gestart als dertiende MDL-arts met een vaste plek in het Isala in Zwolle, nadat ze daar eerder al werkte als chef de clinique. Haar aandachtsgebied is oncologie. Klaas van der Linde (MCL Leeuwarden) is op 1 februari 2025 begonnen als MDL-arts in het UMCG, met als aandachtsgebied geavanceerde endoscopie. Wouter Kappelle verlaat per 1 april het St Jansdal om als chef de clinique aan de slag gaan in het Martini Ziekenhuis in Groningen. Hij is de dertiende MDL-arts en heeft het aandachtsgebied hepatologie.

MIDDEN

Clasine de Klerk start per 1 september 2025 als chef de clinique in het Diaconessenhuis; zij maakt de overstap vanuit Reinier de Graaf in Delft. Half november was Karina Grooteman (opleiding UMCU) klaar om als MDL-arts aan de slag te gaan. Per 1 januari 2025 is zij toegetreden tot de maatschap MDL in het Tergooi MC, met als aandachtsgebied HPB met EUS/ERCP. Zij vervangt dr. Smits, die met pensioen is gegaan. Per 1 maart start Kimberley Kamp (opleiding Erasmus MC) als veertiende MDL-arts in St Antonius Nieuwegein; IBD is haar aandachtsgebied, inclusief darmechografie.

WESTEN

Femke Stelma (voorheen jonge klare) is op 1 januari gestart als vast stafid in het Haga Ziekenhuis in Den Haag. Zij is daar de elfde MDL-arts en heeft als aandachtsgebied hepatologie. Op 1 maart 2025 start Priscilla van Riet (opleiding Erasmus MC) als fellow MDL-oncologie (inclusief endo-echografie) in het Erasmus MC. Per 1 april 2025 gaat René van Aerts (opleiding Radboudumc) aan de

slag als tiende MDL-arts in het Amphia, met als aandachtsgebied hepatologie. Margo Kelderman-van Campenhout (opleiding Erasmus MC) werkt sinds 1 november 2024 als chef de clinique in het HMC in Den Haag. Per 1 april 2025 gaat zij voor één jaar aan de slag als fellow in het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam. Haar aandachtsgebieden zijn oncologie en EUS.

ZUIDEN

Op 1 januari 2025 is Dion Wintjens (opleiding: MUMC+) gestart als veertiende MDL-arts in het Zuyderland. Zijn aandachtsgebied is IBD.

DE AANTALLEN PER MAART 2025

686 MDL-artsen in Nederland (van wie 6 niet-leden van de NVMDL), 22 pensionado's (die nog werkzaam zijn), 192 anios MDL (waarvan 159 reeds lid van de NVMDL).

VACATURES

- Admiraal de Ruyterziekenhuis: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
- Anna Ziekenhuis, Geldrop: MDL-arts (0,6-0,9 fte)
- Anna Ziekenhuis, Geldrop: verpleegkundig endoscopist (0,3-0,4 fte, tijdelijk)
- Amsterdam UMC, locatie VUMC: anios MDL (36-46 uur per week)
- Bergman Clinics, Bilthoven: MDL-arts (0,5-1,1 fte)
- Coöperatie Medisch Specialisten Gelre, Apeldoorn: MDL-arts/*Chef de Clinique* (0,8-1,0)
- Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag: MDL-arts/*Chef de Clinique* (0,6-1,0 fte)
- Haga Ziekenhuis, Den Haag: MDL-arts/*Chef de Clinique* (0,8 fte)
- Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland: twee MDL-artsen (1,2-1,6 fte)

- Isala, Zwolle: MDL-arts/*Chef de Clinique* (0,9-1,0 fte)
- JMS Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen: MDL-arts/*Chef de Clinique* (0,7-0,8 fte)
- Kroon Kliniek, Zwolle: MDL-arts
- Laurentius Ziekenhuis, Roermond: MDL-arts/*Chef de Clinique* (0,6-0,9 fte)
- Maatschap Medisch Specialisten Noord West/NWZ, Alkmaar: MDL-arts (0,8 fte, tijdelijk)
- MDL Friesland, Heerenveen/Sneek/Leeuwarden: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
- Nij Smillinghe, Drachten: twee MDL-artsen (1,6 fte)
- Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar/Den Helder: anios MDL (0,6-0,8 fte)
- Máxima MC, Eindhoven/Veldhoven: twee MDL-artsen
- Medisch Spectrum Twente, Enschede: anios MDL (1,0 fte)
- Ommelander Ziekenhuis, Groningen: MDL-arts
- PoliDirect, Alkmaar/Amsterdam/Nieuwegein/Eindhoven/Ravenstein/Tilburg/Breda/Goor: MDL-arts
- Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem: MDL-arts/*Chef de Clinique* (0,6-0,8 fte)
- St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein/Utrecht: twee MDL-artsen (2 x 0,9 fte)
- St. Jans Gasthuis, Weert: MDL-arts (0,8 fte)
- Tergooi MC, Hilversum: anios MDL (1,0 fte)
- Treant, Emmen/Hoogeveen/Stadskanaal: MDL-arts (0,7-1,0 fte)
- ZGT, Almelo/Hengelo: anios MDL (0,6-1,0 fte)
- Ziekenhuis St. Jansdal, Harderwijk/Lelystad: MDL-arts
- Ziekenhuis St. Jansdal, Harderwijk/Lelystad: waarnemend MDL-arts (0,6-0,8 fte)



DIVERSITEIT EN INCLUSIVITEIT BINNEN
DE MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN

‘Mijn kinderen heb ik altijd geleerd zichzelf te beschouwen als wereldburger’

Door: Ineke Tan en Marieke Barnhoorn

Elk team, elke organisatie kan profiteren van diversiteit en inclusie. Ook binnen de MDL is dit een belangrijk thema. De diversiteit en daarmee de verschillende invalshoeken die mensen naar het werk meebrengen, brengen creativiteit en zo ook probleemoplossend vermogen. Daarnaast kunnen deze factoren bijdragen aan passende zorg voor patiënten. Voor het bestuur van de NVMDL in opleiding (i.o.) is diversiteit en inclusiviteit sinds vorig jaar een van de speerpunten (luister ook naar de podcastafleveringen van Door het oog van de scoop, seizoen 3, afleveringen 1 en 2). Dit jaar gaan we in gesprek met verschillende collega's over hun carrière, met een focus op diversiteit en inclusiviteit binnen de MDL. Door deze persoonlijke verhalen leren we onze collega's beter kennen en hopen we lessen te trekken om de MDL-zorg nog beter te kunnen maken.

In de eerste editie spreken we met MDL-artsen Sarwa Darwish Murad, werkzaam in het Erasmus MC, en Zlatan Mujagic, werkzaam in het Maastricht UMC.



Sarwa Darwish Murad:

‘Iedereen is divers, niet alleen de mensen met kleur of andere genderidentiteit.’

Sarwa antwoordde niet direct op ons interviewverzoek. “Ik moest even nadenken. Diversiteit is geen makkelijk onderwerp, ook niet voor mij”, liet ze ons na een poosje weten. Ze vindt het vooral lastig om de juiste snaar te raken. “Iedereen is divers, niet alleen de mensen met kleur of andere genderidentiteit.”

Vier vinkjes

Sarwa is opgegroeid met Nederlandse vrienden, maar bij familiediners worden met gemak vijf talen gesproken. Haar kinderen, die vloeiend Nederlands, Grieks en Engels spreken, heeft ze altijd geleerd zichzelf als wereldburger te beschouwen. Ze is zich pas de laatste jaren bewuster gaan bezighouden met diversiteit, deels aangewakkerd door de discussie van afgelopen jaren over ‘de zeven vinkjes’, naar het boek van Joris Luyendijk. Zelf kwam ze uit op vier vinkjes. En toen ze om zich heen keek in haar staf, realiseerde ze zich dat ze de enige persoon van kleur was.

Op zesjarige leeftijd kwam Sarwa als politieke vluchteling naar Nederland. Haar hoogopgeleide Koerdische vader had geweigerd zich aan te sluiten bij de heersende dictatuur van Irak, wat hij had moeten bekopen met zijn vrijheid en die van zijn gezin. Zijn ontsnapping uit de gevangenis was hun redding. “Mijn jeugd is eigenlijk pas hier begonnen. Een plek waar vrijheid was en je niet bang hoefde te zijn.”

Al op haar elfde weet ze dat ze de wereld wil verbeteren door arts te worden. Ze gaat uiteindelijk geneeskunde studeren in Rotterdam en volgt haar oudste-coschap MDL in de Mayo Clinic in de Verenigde Staten. Tijdens haar PhD keert ze terug naar de Mayo Clinic voor onderzoek en later voor de interne vooropleiding. Terug in Nederland (2011) wordt ze na haar MDL-opleiding aangenomen als staf lid in het Erasmus MC, met als aandachtsgebieden vasculaire hepatologie en levertransplantatie.

Kwetsbaarheid

Sarwa is erg dankbaar voor meerdere (inter)nationale mentoren, die haar niet alleen hebben gestimuleerd in haar carrière, maar ook menselijk en warm zijn. Grote externe hobbels heeft ze niet ondervonden. Interne hobbels waren er wel: vijf jaar geleden kreeg ze een burn-out. “Ik was al enkele jaren staf lid, had inmiddels twee kleine kinderen, was altijd aan het rennen en wilde alles wat ik deed perfect doen: de programmaleiding levertransplantatie, wetenschappelijk onderzoek, klinisch werk, mama zijn. Op een gegeven moment was het opperdepop.” Van huis uit had ze veel doorzettingsvermogen meegekregen en opgeven was geen optie. Ze heeft nadien haar manier van werken drastisch aangepast. Ze kiest nu veel bewuster, onderkent haar *circle of influence* en zegt vaker nee tegen dingen waaraan ze zelf geen duidelijke meerwaarde kan leveren. Inmiddels voelt ze zich sterker dan ooit. Ondanks dat ze nu juist meer taken heeft dan toen, sluiten deze beter aan bij wie ze is en geven ze haar energie in plaats van stress. Ze spreekt bewust open over haar burn-out, omdat het nog altijd een

taboe is in de geneeskunde. Ze had het destijds ook heel fijn gevonden als iemand naar haar was toegekomen en had gezegd: ‘Het is oké, het is geen teken van zwakte. Het is nu klote, maar je komt hier sterker uit.’

Betere patiëntenzorg door inzet van een tolk

Net terug uit het buitenland verbaasde Sarwa zich over hoe er in Nederland werd omgegaan met taalbarrières in de gezondheidszorg. In de Mayo Clinic, een groot tertiair verwijscentrum waar mensen van over de hele wereld komen, was een fysieke tolk de norm. “Ik vond het vreemd dat dat hier helemaal niet zo vanzelfsprekend is en dat een tolk pas bij hoge uitzondering wordt ingezet. Terwijl we door een taalbarrière vaak minder goede zorg kunnen bieden. Dat is makkelijk te voorkomen.”

Bovendien denkt Sarwa dat er veel misvattingen bestaan over mensen die gebrekkig Nederlands spreken. Vaak wordt gedacht dat zij niet willen inburgeren, of zelfs dat ze minder gezondheidsvaardigheden hebben, terwijl taal geen teken van intelligentie is. Het wegnemen van die taalbarrière kan er wellicht voor zorgen dat die vooroordelen doorbroken worden.

Inclusief werk- en opleidingsklimaat

Tijdens haar PhD werd Sarwa ook zelf geconfronteerd met haar achtergrond toen ze door haar copromotor werd gewezen op een zogenaamde NWO Mozaïek-beurs, bedoeld voor studenten met een migratieachtergrond. Ze worstelde met vragen als: ‘Is die beurs wel voor mij bedoeld?’ en ‘Is zo’n beurs eigenlijk niet stigmatiserend?’ Diversiteit en inclusie zijn met name belangrijk bij het werving- en selectiebeleid volgens Sarwa. Daar ligt namelijk een impliciet bias op de loer. “We nemen graag mensen aan met wie we ons verwant en (dus) comfortabel voelen. Maar eigenlijk zijn het juist teams met een gevarieerd palet aan mensen die tot de mooiste resultaten leiden. In de geneeskunde is daar nog veel te winnen.”

Ook Zlatan twijfelde in eerste instantie of hij wel mee wilde werken aan een interview, maar om een heel andere reden dan Sarwa. “Ik weet niet of ik de juiste persoon ben, want ik heb alle zeven vinkjes”, laat hij ons weten. Naderhand blijken het er toch zes te zijn. Gelukkig is hij tijdens ons gesprek al snel bereid om mee te werken aan het interview.

Loopbaan

Op 9-jarige leeftijd komt Zlatan met zijn ouders, beide onderwijzers, naar Nederland vanuit Bosnië, het voormalige Joegoslavië. Hij stroomt in op de basisschool en doorloopt daarna de middelbare school en de opleiding Geneeskunde in Maastricht. “In eerste instantie wist ik niet wat voor dokter ik wilde worden, maar tijdens een anios-baan in Roermond kwam ik erachter dat maag-darm-leverziekten het beste bij me past.” Hij krijgt de kans om drie jaar full-time onderzoek te doen. Daarna wordt hij aios MDL en uiteindelijk medisch specialist in Maastricht, met als aandachtsgebieden IBD en neurogastroenterologie en motiliteit.



Zlatan Mujagic:

‘Mijn belangrijkste tip: luister naar je patiënt.’

[ADVERTENTIE]

► Luisteren naar je patiënt

Communicatie is een belangrijke behandelvorm binnen de MDL en Zlatans belangrijkste tip is dan ook: “Luister naar je patiënt.” Door tijd te nemen om te luisteren en de specifieke hulpvraag goed uit te vragen, kun je de zorg beter op je patiënt laten aansluiten. Door hier tijd in te investeren, lever je uiteindelijk juist efficiëntere patiëntenzorg, omdat je voorkomt dat je later alsnog een keer antwoord moet geven op de hulpvraag, of dat de patiënt elders op zoek gaat naar antwoorden. Zlatan deed ervaring op met verschillende vormen van communicatie, deels door op te groeien met twee culturen, maar ook tijdens klinische stages in Engeland en coschappen in Bosnië. Zo was een paternalistische communicatiestijl de norm in Bosnië. Dit soort communicatieverschillen kunnen ook een rol spelen in de manier waarop je shared decision making in de praktijk brengt. In het verleden heeft hij wel eens de plank misgeslagen, bijvoorbeeld bij

een patiënt afkomstig uit Syrië die boos werd toen hij hem twee behandelopties gaf. “Omdat ik hem het gevoel gaf dat ik niet wist wat het beste voor hem was.” Tegenwoordig geeft hij bij patiënten aan dat er meerdere opties zijn en vraagt hij actief of ze alle mogelijkheden willen horen, of dat ze liever hebben dat hij meer stuurt in de behandelkeuze.

Zlatan geeft nog een ander voorbeeld van cultuursensitieve zorg. Hij behandelt veel IBD-patiënten die hem voor de Ramadan vaak vragen of vasten verstandig is. Hij merkt dat sommige collega's het lastig vinden om hier een uitspraak over te doen, omdat zij zich niet willen mengen in een religieus dilemma. Vanuit medisch oogpunt is hij tegenwoordig juist stellig en geeft hij aan dat hij vasten bij actieve ziekte niet verstandig vindt. Deze uitspraak helpt namelijk om de medische keuze uit handen van de patiënt te nemen.

Ten slotte vragen we Zlatan of hij naast zijn belangrijkste tip ‘goed luisteren’ nog andere adviezen heeft. Mede door zijn achtergrond is hij zich er sterk van bewust dat mensen verschillende opvattingen kunnen hebben over ziekte, gezondheid, pijn en dood. Hij geeft aan dat geestelijke verzorgers binnen het ziekenhuis een belangrijke rol kunnen spelen in de communicatie met patiënten over deze thema's. In het Maastricht UMC bestaat een tolkenboek met namen van zorgprofessionals die naast het Nederlands ook een andere taal spreken en die benaderd kunnen worden voor live vertaling. “Dit zou eigenlijk in elk ziekenhuis moeten bestaan”, geeft hij aan. “Hiermee voorkom je dat je culturele nuances mist.”

Bent of kent u collega's met verhalen over diversiteit en inclusiviteit die we kunnen interviewen? Mail dan naar: nvmdlio@mdl.nl. ■

MAGMA zoekt versterking voor haar redactie. Ben jij MDL-arts, heb je affiniteit met (medische) journalistiek en wil je bijdragen aan een informatief en inspirerend tijdschrift voor vakgenoten? Dan nodigen we je van harte uit om onze redactie te versterken!

VACATURE:**REDACTIELID MAGMA**

Als redactielid ben je betrokken bij het inhoudelijke proces van MAGMA. Je denkt mee over relevante thema's en actuele onderwerpen, leest de kopij van elk nummer door en levert suggesties voor verbetering. Ook neem je af en toe 'kartrekker' op je voor het thema-gedeelte van een editie, waarbij je samen met een of meerdere collega's invulling geeft aan de thema-pagina's.

We vergaderen vier keer per jaar: tweemaal online en tweemaal in Utrecht.

Ben je enthousiast om jouw visie en kennis te delen met vakgenoten en zo bij te dragen aan de inhoud en kwaliteit van MAGMA? Neem voor meer informatie of om je aan te melden contact op met hoofdredacteur Rob de Knecht via r.deknecht@erasmusmc.nl.

Om in de redactie van MAGMA een goede landelijke vertegenwoordiging van MDL-artsen te waarborgen, geven we de voorkeur aan een MDL-arts uit het noorden van het land.



Fotograaf Luciano Ölz

Een verpleegkundige verzorgt een Marokkaans-Nederlandse patiënt. Ze is erbij als de arts het slechte nieuws brengt over een ongeneeslijke ziekte. De familie wordt boos als de arts het woord “dood” in de mond neemt, en al helemaal als deze vertelt over de mogelijkheid om bij pijn direct met pijnbestrijding en eventueel morfine te starten. Als diezelfde verpleegkundige haar patiënt ziet kronkelen en kermen van de pijn, biedt ze pijnstilling aan. De oudste zoon wordt razend: morfine zou niet mogen volgens zijn religie.[..].’

De noodzaak tot cultuursensitieve zorg

‘Hoe communiceer jij jouw medische plicht?’

Volgens de laatste cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) had op 1 januari 2024 27,9 procent van de bevolking in Nederland een migratieachtergrond. Deze groeiende diversiteit brengt voor zorgprofessionals nieuwe uitdagingen met zich mee. MAGMA sprak met geestelijk verzorger in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Mustafa Bulut, over de waarde van interculturele zorg, veelvoorkomende cultuurbotsingen en de noodzaak van cultuursensitieve communicatie. “Het liefst zou ik de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) herschrijven.”

Dit praktijkvoorbeeld beschrijft Mustafa Bulut in zijn recent gepubliceerde boek ‘Wilt u weten wat u heeft?’¹ (oktober 2024), dat hij naast zijn werk als geestelijk verzorger in het ETZ geschreven heeft in nauwe samenwerking met tekstschrijver Helene de Bruin. Hij pleit in het boek voor cultuursensitiviteit in de zorg die aansluit bij verschillende culturen, leefsituaties en problemen van patiënten. Waarom is dat zo belangrijk? “Nederlanders staan internationaal bekend om hun directheid. Ook studenten Geneeskunde leren tijdens hun studie dat er een soort eerlijkheid moet plaatsvinden in het vertellen van een diagnose of prognose. Maar als een patiënt niet wil weten wat hij heeft of wat zijn vooruitzichten zijn (omdat hij of zij bijvoorbeeld anders denkt over ziekte, hoop, zingeving en eindigheid, blijkt uit zijn boek, red.) en de arts doet dat toch, heb je een cultuurbotsing. Dit betekent dat de patiënt op dat moment het vertrouwen verliest in de behandelrelatie, terwijl jij alleen maar eerlijk bent.” Behalve dat dit directe woordgebruik volgens Bulut

bij mensen met een migratieachtergrond voor verwarring, onbegrip en boosheid kan zorgen, kan het ook leiden tot minder goede zorg. “Ik heb een aantal casussen meegemaakt dat patiënten na de directe boodschap ‘U heeft kanker’ niet meer kwamen opdagen op de polikliniek om over radiotherapie of chemokuren te praten. En je raadt het: die mensen gaan eerder dood.”

Eerlijkheid

Bij de van oorsprong Nederlandse artsen en verpleegkundigen wringt dat ‘niet willen weten’ met de manier waarop zij zijn opgeleid, en soms zelfs met de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), weet Bulut. In een interview met het platform Dutch Health Club² zegt hij daarover: ‘Het is voor een groot deel aan de WGBO te danken dat dokters ‘de plicht’ voelen om expliciet te benoemen dat de prognose beperkt is of dat een palliatieve patiënt aan zijn ziekte zal komen te overlijden. In die wet staat immers dat alle patiënten recht hebben op informatie. Nederlandse artsen zijn in 98 procent van de situaties gewend de diagnose met de palliatieve patiënt te delen en in 92 procent ook het ongeneeslijke karakter van die ziekte te benoemen. In bijvoorbeeld Italië liggen die percentages respectievelijk op 46 en 11 procent. Waarmee ik maar wil zeggen dat die openheid zeer cultureel bepaald is.’ Maar die ‘eerlijke informatie’ wordt door veel culturen helemaal niet op prijs gesteld, vertelt Bulut. “Een patiënt met een orthodoxe geloofsovertuiging legt zijn gezondheid in handen van de Heer en kan niets met termen als ‘zinloos handelen’ of ‘kwaliteit van leven’. Als jij zegt ‘We zijn genoodzaakt de beademing te stoppen, want er is geen kwaliteit van leven’, wordt de familie soms boos. Ik maak dat ook mee. Ze hebben dan het idee dat jij hun dierbare in de steek laat.” Hij pleit in dergelijke gevallen voor ‘meer omfloerst taalgebruik’ en andere woorden voor begrippen als uitbehandeld, comfortbehandeling, ‘zinloos handelen’ of dood. Bulut geeft daarvoor talrijke suggesties in zijn boek. In plaats van ‘U komt te overlijden’ kun je zeggen ‘We doen alles wat we kunnen, maar we maken

ons grote zorgen’, en in plaats van ‘uitbehandeld’ en ‘stoppen met de behandeling’ kun je zeggen ‘We doen er alles aan om goed voor u (of uw familielid) te zorgen’. Deze verzachtende manier van communiceren richting patiënten met een migratieachtergrond, kan bij Nederlandse zorgprofessionals juist weer voor verwarring zorgen, merkt Bulut. Zo had hij tijdens een van zijn webinars aan zorgprofessionals over cultuursensitieve communicatie het volgende gesprek: “Een aios zei: ‘Maar zo schep je voor de patiënt een illusie. Je moet gewoon de waarheid vertellen.’ Ik begreep zijn standpunt, maar antwoordde: ‘Dat is jouw perspectief. Maar deze man gaat dood. Hoop is het laatste wat hij nog heeft in de palliatieve fase. Gun hem dat.’ De aios gaat bovendien uit van zijn eigen referentiekader: ‘dit is wat wij vinden, dus dit moeten we doen’, maar in de zorg draait het om de patiënt. Als we die patiënt werkelijk begrijpen en bereiken, bieden we goede zorg.” Bulut denkt dat de weerstand bij zorgprofessionals te maken heeft met kwetsbaarheid. “Zolang je eerlijk bent en je aan de richtlijnen en wettelijke regelgeving houdt, is het veilig voor jezelf.”

Pijnbestrijding

Het praktijkvoorbeeld over de Marokkaans-Nederlandse patiënt en de houding van de familie legt nog een interculturele frictie bloot: de houding ten opzichte van pijnbestrijding en het gebruik van morfine bij mensen met een orthodoxe geloofsovertuiging. Het zorgt vaak voor onbegrip bij Nederlandse zorgverleners, weet Bulut. “De zorgprofessionals begrijpen niet waarom mensen voor zo’n lijdensweg kiezen. Het is ook een dilemma voor artsen, vanwege de eed die zij hebben afgelegd. Je hebt als arts beloofd mensen nooit pijn te doen. Maar orthodoxe gelovigen willen helder bij hun Heer verschijnen. Lijden en pijn kunnen door hen gezien worden als een noodzakelijke vorm van loutering, die bijdraagt aan vergeving van zonden. Een coassistent zei onlangs tegen mij in alle kwetsbaarheid ‘ik vind het zo moeilijk als een patiënt daarvoor kiest’. Ze gunt patiënten het beste. Dat begrijp ik. Ik vind het zelf ook lastig, maar ►

Mustafa Bulut:

‘Als je de beleving van een patiënt niet kunt aanvoelen, wordt het moeilijk om echt contact te maken.’



Cover van het boek van Mustafa 'Wilt u weten wat u heeft?'

een patiënt mag dat zelf beslissen natuurlijk.” Patiënten die voor een dergelijke lijdensweg kiezen, mogen zich daarna niet afgewezen voelen, benadrukt Bulut. “Als je de beleving van een patiënt niet kunt aanvoelen, wordt het moeilijk om echt contact te maken. Patiënten – en hun familie rond het bed – kunnen daar boos of gefrustreerd door raken. Ze voelen de (non-verbale) houding van een arts of verpleegkundige vaak feilloos aan. Er ontstaat geen klik, terwijl ze jou als dokter juist nodig hebben.”

Zinloos handelen

Anders ligt het volgens Bulut wanneer een patiënt (of zijn of haar familie) vanwege een sterke geloofsovertuiging – bijvoorbeeld vanuit het idee dat de dood in handen ligt van de Heer en niet van de arts – wil doorbehandelen, terwijl dit medisch gezien zinloos is en de arts daartoe, vanwege zijn medische plicht (eed) en de wetgeving (WGBO), niet gerechtigd is. Ook dat zorgt voor de nodige escalatie in ziekenhuizen, weet Bulut uit ervaring. ‘Wat moet een arts dan doen?’, kreeg hij als vraag tijdens een webinar. “Het enige wat je kunt doen, is het juridisch recht op second opinion toepassen. Waarschijnlijk zal die met dezelfde prognose komen. Het blijft altijd een balans zoeken tussen wat vanuit de WGBO moet en wat mag. Wat moet, is de behandeling stoppen, omdat een medisch zinloze behandeling niet is toegestaan. Wat mag, is tijd winnen, een soort afscheidstijd voor de patiënt en zijn of haar familie. Maar je bent uiteindelijk genoodzaakt om de medische behandeling te stoppen. Belangrijk daarbij is: hoe communiceer jij jouw medische plicht? Je kunt de boodschap over een wilsonbekwame patiënt bijvoorbeeld iets verzachten, maar toch duidelijk zijn: ‘Zoals het er nu uitziet, is uw vader aan het lijden. Ik mag wettelijk geen schade berokkenen aan uw vader. Ik mag dat niet vanuit de wet.’”

Ook je non-verbale houding kan veel emoties en escalatie voorkomen. “In de eerste twee seconden dat je de kamer binnenkomt, hebben mensen al een indruk van



Mustafa Bulut:

‘Culturele synergie is waar we naartoe moeten, dan is er een gelijkwaardige wisselwerking’

jou, door de manier waarop je kijkt, wat je uitstraalt, je lichaamshouding, et cetera. Ben je daarvan bewust. Observeer vervolgens en verken op een luchtige manier of er ruis is of een kink in de kabel. Stel bijvoorbeeld vragen als ‘Hoe was uw weg hiernaartoe?’, ‘Hoe was het op de speed?’ Zoek aansluiting en maak het contact wat zachter. Als een hele familie jou boos aankijkt, vraag dan: met wie van jullie kan ik even in gesprek? Als families gaan dreigen, is het wat anders. Dan hoor je direct te begrenzen. Het moet wel veilig blijven.”

Cultuursensitiviteit

Cultuursensitiviteit is volgens Bulut niet alleen belangrijk voor het welzijn van patiënten met een migratieachtergrond – denk bijvoorbeeld aan hun laatste levensfase –, maar ook voor het welbevinden van artsen en verpleegkundigen tijdens hun werk. “Het

kan geen toeval zijn, maar ik heb net nog een recent rapport gelezen van Movisie en de VU³ waarin dit wordt onderbouwd”, reageert hij op de vraag waarom cultuursensitief communiceren in de zorg zo belangrijk is. “Als je als arts of verpleegkundige zo’n casus van een cultuurbotsing meemaakt, knaagt dat aan je. Als je dat veelvuldig meemaakt, kun je op een gegeven moment het gevoel krijgen dat je geen goede arts of verpleegkundige meer kunt zijn. Maar wanneer je je bewust bent van hoe je je kunt verhouden tot de ander en cultuurverschillen op een meer sensitieve manier benadert, leidt dit tot meer werkplezier, voldoening, vitaliteit en duurzame inzetbaarheid.”

Toekomstbestendige zorg

In het laatste hoofdstuk van zijn boek, beschrijft Bulut de uitdagingen en kansen voor een toekomstbestendige zorg. Over de volgende generaties migrantenkinderen schrijft hij dit: ‘Zorgpersoneel in de nabije en verre toekomst zal ondanks de verdere inburgering van de volgende generaties migrantenkinderen rekening moeten houden met andere culturen en geloofsovertuigingen. Natuurlijk spreken tweede, derde en latere generaties migrantenkinderen steeds beter Nederlands en wordt er verwacht dat ze makkelijker meebewegen in het Nederlandse zorgsysteem en de manier van communiceren en beslissingen nemen. Toch bepalen ouders, grootouders en voorouders tijdens belangrijke gebeurtenissen in het leven van deze groep vaak de standpunten, houdingen en beslissingen. Als mensen ziek worden, vallen ze terug op hun opvoeding, hun geloof, hun ‘thuis.’ Alle reden dus, volgens Bulut, om de zorg van nu en in de toekomst meer cultuursensitief en daarmee weerbaar en bestendig te maken. Te beginnen met de opleidingen. Hij constateert weliswaar een groeiende interesse bij studies als Geneeskunde en HBO-V om studenten meer cultuursensitiviteit bij te brengen, maar de manier waarop ze het doen, vindt hij nog veel te mager. “Met alleen theorie of een paar korte inspiratiesessies ga je het niet redden.” Hij pleit voor een substantiële én structurele aanpak.

“Plan bijvoorbeeld in ieder jaar van het curriculum een thema in, zoals ‘familiesystemen en wij-culturen’, ‘morfine en sedatie’, ‘slechtnieuwsgesprek’ en ‘abstineren’, en geef studenten naast theoretische colleges ook een praktische opdracht mee, een casus die ze kunnen analyseren.”

The leaky pipeline

Daarnaast helpt het als er meer artsen en verpleegkundigen met een migratieachtergrond worden aangenomen, betoogt hij, en opnieuw verwijst hij naar de bevindingen van het onderzoek van Movisie en VU. Maar in het opleidings- en wervingsproces komt het verschijnsel the leaky pipeline in zicht. Studies⁴ hebben aangetoond dat geneeskundestudenten met een migratieachtergrond gedurende hun opleidingstraject van geneeskundestudent tot medisch specialist eerder uitvallen, een fenomeen dat the leaky pipeline wordt genoemd en wordt bestempeld als ‘kansongelijkheid’. Oorzaken zijn volgens het onderzoek bijvoorbeeld dat zij tijdens hun coschappen

lagere cijfers krijgen en na het afstuderen minder kans hebben op het verkrijgen of behouden van een opleidingsplek, terwijl er wel genoeg ambitie is. Bulut geeft een treffend voorbeeld waar het mis kan gaan: “Ik ken een Nigeriaanse arts die tijdens zijn coschappen te horen kreeg dat hij passief overkwam. En ‘passief’ is het laatste wat je als arts moet zijn. Daarop kun je echt afge-rekend worden. Die Nigeriaanse collega zei later tegen mij: ‘Maar mijn passiviteit was uit respect voor mijn supervisor.’” Bulut is daar duidelijk over: “Dit zijn indicatoren waarin we elkaar dus niet ontmoeten. Wat de supervisor in dit geval doet, is zijn culturele bril op die van een ander leggen. Het is cultureel dominant gedrag: we verwachten dat al onze artsen-in-opleiding precies zo doen als wij. Culturele synergie is waar we naartoe moeten, dan is er een gelijkwaardige wisselwerking.” Dit vereist volgens hem zelfkennis, een open grondhouding en oprechte interesse in de ander. “Ik hoop dat dat voor iedereen in de zorg een mooie uitdaging wordt.”

Referenties

1. Boek Mustafa Bulut: Wilt u weten wat u heeft? <https://obiz.info/>
2. Artikel Dutch Health Club: ‘Palliatieve moslimpatiënt heeft eigen informatiebehoefte’ <https://www.dutchhealthhub.nl/artikelen/mustafa-bulut-palliatieve-moslimpatiënt-heeft-eigen-informatiebehoefte>
3. Rapport ‘Professionaliteit te allen tijde: kwalitatief onderzoek naar de meerwaarde van inclusieve en cultuursensitieve langdurige zorg’ <https://www.movisie.nl/publicatie/wat-vinden-zorgmedewerkers-cultuursensitief-werken>
4. Onderzoek ‘Diversiteit in de doorstroming van geneeskundestudent naar specialist in Nederland’: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776223001680> | Podcast over ‘The leaky pipeline’: <https://www.medischcontact.nl/actueel/podcasts/podcast/de-leaky-pipeline-in-het-onderwijssysteem-ambitie-genoege-maar-last-van-kansenongelijkheid>

‘Ga niet harder, langzamer of in Jip en Janneke-taal praten’

Circa één op de drie volwassenen in Nederland (35 procent) heeft volgens het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit betekent dat zij moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Een deel daarvan, 3,3 miljoen, heeft ook moeite met lezen en schrijven (laaggeletterd). Hoe ga je daarmee om als arts en verpleegkundige? Wat moet je absoluut niet doen en wat juist wel om deze patiënten te informeren?

De gezondheidszorg in Nederland is ingewikkeld, zeker voor de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden”, stelt Sanne Niemer, projectleider, adviseur en trainer bij het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen Pharos, dat onder meer huisartsenpraktijken, apotheken, (zorg)organisaties en gemeenten traint, adviseert en begeleidt in het

herkennen van en omgaan met deze groep. “Binnen ons gezondheidsstelsel wordt sterk de nadruk gelegd op autonomie, eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Kortom, je moet veel rondom je zorg zelf doen. Denk bijvoorbeeld aan het plannen en regelen van afspraken in het ziekenhuis, het begrijpen en interpreteren van informatiefolders, het voeren van een gesprek met je

arts, het begrijpen van richtlijnen en adviezen die je meekrijgt, bijvoorbeeld hoe je je bloedglucose moet controleren als je diabetes hebt, je medicatie inneemt of op de juiste manier je puffer gebruikt bij de chronische aandoening COPD. Terwijl bekend is dat de groep met beperkte gezondheidsvaardigheden ook de meeste gezondheidsproblemen heeft. Dus we verwachten het meeste zelf- ▶

management van mensen voor wie dit het moeilijkst is.”

Kansenongelijkheid

Volgens Pharos groeit wereldwijd, ook in Nederland, het besef dat daardoor ‘kansenongelijkheid’ ontstaat in de zorg. “De gezondheidsverschillen zijn gigantisch in Nederland”, beaamt Niemer. Onderzoek toont aan dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak in een sociaaleconomisch kwetsbare positie zitten (denk aan wonen, werk, schulden, verslaving), en daardoor meer stress ervaren, 8 jaar korter leven, 21 jaar eerder een minder goede gezondheid ervaren en vaker last hebben van chronische ziektes, zoals diabetes type 2, COPD en depressie. Dit heeft ook zijn weerslag op de zorg die deze mensen ontvangen. “Een recent onderzoek van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen¹, heeft bijvoorbeeld uitgewezen dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden minder toegang hebben tot zorg (door onder meer de complexiteit ervan), daardoor later worden behandeld en uiteindelijk minder goede behandelingen krijgen.”

Met het toenemende besef van dit gebrek aan inclusiviteit groeit volgens Pharos ook de behoefte om deze ongelijkheid in de zorg op een duurzame manier aan te pakken. “Vijf jaar geleden moest ik het begrip nog aan iedereen uitleggen; nu staat het vrijwel dagelijks in de krant.” Maar hoewel de aandacht voor het thema de afgelopen jaren sterk is toegenomen, zowel vanuit onderzoek als in de praktijk van zorg- en dienstverlening, blijkt uit onderzoek van NIVEL dat een groot deel van de zorgverleners niet specifiek rekening houdt met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Niemer: “Veel zorgverleners denken dat vooral oudere mensen met een migratieachtergrond moeite hebben met lezen en schrijven. Bij deze groep passen ze hun communicatie aan. Maar het kunnen ook mensen zijn die in Nederland geboren zijn, een baan hebben en vrolijk grappen maken



tijdens een consult.” Niemer kaart nog een misvatting aan: “Ik denk dat binnen de zorg vaak de gedachte leeft van ‘we moeten aandacht besteden aan gezondheidsverschillen, zetten er een communicatiedeskundige op, herschrijven de folder op taalniveau B1 (eenvoudig Nederlands dat zo’n 80 procent van de Nederlandse bevolking begrijpt) en kunnen een vinkje zetten.’ Maar je bent er niet met een folder op B1-niveau. Gezondheidsverschillen verkleinen, gaat om zoveel meer.”

Bewustwording

Wat kenmerkt mensen met ‘beperkte gezondheidsvaardigheden’, en vooral: hoe herken

je ze? Niemer: “Het blijft natuurlijk lastig de gezondheidsvaardigheden van mensen in te schatten, maar je kunt wel letten op signalen. Het kunnen mensen zijn met wie je prima een gezellig praatje kunt hebben in de spreekkamer, en waarbij je het dus niet verwacht. Maar onderwijl hebben ze bijvoorbeeld moeite om hun verhaal chronologisch te vertellen, vragen te stellen, te reageren op vragen van de zorgverlener of te begrijpen wat er concreet van hen wordt verwacht. Ze hebben vaak moeite met abstract denken en beeldspraak, vragenlijsten invullen, digitale vaardigheden of de weg vinden in een ziekenhuis. Dat zijn allemaal signalen. Ook smoesjes als ‘ik heb mijn bril niet bij



mij' als er vragenlijsten moeten worden ingevuld, 'het zit misschien in mijn spambox' (als de vragenlijst per mail is verstuurd) en no-shows kunnen indicatoren zijn. Als een patiënt drie keer niet komt opdagen, is dat absoluut een belangrijk signaal van mogelijk beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit-zelfde geldt voor mensen die steeds iemand meenemen en zelf weinig praten." Zijn de signalen in eerste instantie onduidelijk, dan is de genoten opleiding een eerste indicatie. Checken hoe je uitleg of advies is overgekomen, levert eveneens de nodige informatie op. "De risicogroepen zijn mensen met een opleiding tot mbo niveau 2, ouderen en mensen met een migratieachtergrond."

Sanne Niemer (Pharos):

'Veel zorgverleners denken dat vooral oudere mensen met een migratieachtergrond moeite hebben met lezen en schrijven. Maar het kunnen ook mensen zijn die in Nederland geboren zijn, een baan hebben en vrolijk grappen maken tijdens een consult.'

Gesprekstechnieken

Staat het fenomeen eenmaal op het netvlies van de zorgverlener, dan zijn zowel non-verbale als verbale kwaliteiten en technieken belangrijk. Niemer: "Heb allereerst werkelijk aandacht voor diegene die tegenover je zit, neem mensen serieus en (ver)oordeel niet. Als je bijvoorbeeld begint met 'Wat fijn dat u er bent' verloopt zo'n gesprek al veel prettiger. Het gaat namelijk ook over een vertrouwensband en een prettig gesprek. En neem de tijd – laat bijvoorbeeld af en toe een pauze vallen –, en biedt maatwerk. Schat per persoon in: wat heeft iemand nodig? De ene patiënt (zonder beperkte gezondheidsvaardigheden) kan het wellicht prima af met een advies, de ander (met die beperking) heeft misschien twee afspraken nodig."

"Ga niet harder praten, langzamer praten of praten in Jip en Janneke-taal. Het zijn geen kinderen, maar volwassenen die iets niet kunnen. Een taalambassadeur van Pharos (ervaringsdeskundige op het gebied van moeite met lezen en schrijven) formuleerde het zo: 'Let op, ik ben niet dom. Ik heb iets niet geleerd.'" Wel is het zaak begrijpelijke woorden (B1) te gebruiken, benadrukt Niemer. "Anus, faeces en ontlasting zijn bijvoorbeeld geen B1-woorden, poep en poepgat wel. Op de website van Pharos staan diverse tools die hierbij kunnen helpen, zoals de website 'Is het B1?'² en de Lees Simpel App³. Ook het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) biedt op haar website een lijst met een patiëntvriendelijke vertaling van zo'n 800 medische termen.⁴ In plaats van 'chronisch'

zeg je bijvoorbeeld 'een ziekte die niet meer over gaat'. In plaats van 'uitzaaiing van kanker' kun je zeggen: 'de kanker zit nu ook op andere plekken in uw lichaam.'"

Beeldmateriaal

Niemer vervolgt: "Probeer ook zo concreet mogelijk te zijn. Beeldspraak en abstract taalgebruik: daar kan deze doelgroep helemaal niks mee. 'Tweemaal daags twee tabletten' is voor hen onduidelijk. Bij de aanwijzing 'twee tabletten in de ochtend en twee tabletten in de avond' snappen ze wel wat ze moeten doen. Check ook altijd of je boodschap is begrepen. Vraag dan niet 'Heeft u alles begrepen?', want als iemand dan 'ja' zegt, weet je nog niets. Vraag 'Ik wil graag weten of ik alles goed heb uitgelegd. Kunt u mij vertellen wat u morgen gaat doen met de medicatie?'" Niemer geeft een voorbeeld hoe het mis kan gaan als de zorgverlener niet checkt of zijn of haar boodschap is overgekomen. "Ik gaf laatst een presentatie bij een groep huisartsen. Een patiënt van een van de huisartsen had een vaginale schimmelinfectie en kwam twee weken later terug met de mededeling dat de medicatie niet werkte. In plaats van de medicatie vaginaal in te brengen bleek dat ze de medicatie oraal had ingenomen. De uitleg van deze huisarts was duidelijk niet begrijpelijk genoeg geweest. Check dus altijd of diegene die tegenover je zit het werkelijk begrepen heeft. Het helpt enorm als je daarbij gebruikmaakt van beeldmateriaal." Ook daarvoor biedt Pharos een hulpmiddel: de website 'Begrijp je lichaam'⁵ bevat illustraties van het lichaam die anatomisch ►

[ADVERTENTIE]

► correct, maar sterk vereenvoudigd zijn weergegeven. “Deze materialen hebben we bovendien getest bij de doelgroep.”

Tot slot geeft Niemer nog enkele tips: “Stel, je geeft een folder of formulier mee of je wilt iets weten over het online gebruik van het klantportaal, dan kun je zeggen “We horen vaak dat mensen dit lastig vinden. Hoe is dit eigenlijk voor u?” Als je benadrukt dat het voor heel veel mensen lastig is, hoeven ze zich minder te schamen. En besluit het gesprek niet met ‘Heeft u nog vragen?’, want dan zegt iemand met beperkte gezondheidsvaardigheden ‘nee’, want die denkt ‘top, dit gesprek is voorbij, ik kan naar huis’. Als je zegt ‘Welke vragen heeft u nog’, ga je ervan uit dat er nog vragen zijn en is het veel makkelijker voor deze patiënt om nog een vraag te stellen.”

Gezondheidsvaardige organisatie

Naast gesprekstechnieken, aandacht en de tijd nemen in de spreekkamer is er meer nodig om de kansenongelijkheid in de zorg te verminderen. Niemer: “Het gaat niet alleen om gesprekstechnieken in de spreekkamer, folders op B1-niveau – liefst nog A2 waarmee je 95 procent van de Nederlanders bereikt – en de toegankelijkheid van je website en digitale middelen. Het gaat ook om: hoe toegankelijk is de bewegwijzering in je ziekenhuis? Hoe representatief is je cliëntenraad en welke mensen worden er wel of niet betrokken in het wetenschappelijk onderzoek? Zijn er bijvoorbeeld groepen die daarin ondervertegenwoordigd zijn? En is er extra ondersteuning voor mensen die dit nodig hebben? Is het opgenomen in je visie? Kortom, op allerlei verschillende niveaus binnen je gezondheidsorganisatie moet je wat doen.” Zij stelt vast: “En daar zijn we nog niet.”

Wel zijn zorgorganisaties nu volop met het onderwerp bezig, van huisartsen tot ziekenhuizen, merkt Niemer. “Het Alrijne Ziekenhuis in Leiden en het UMCU hebben bijvoorbeeld een campagne opgezet om zorgverleners bewust te maken van het belang van begrijpelijk taalgebruik. Ook

zijn er ziekenhuizen die onze ervaringsdeskundigen (taalambassadeurs) laten checken wat begrijpelijk is en waar verbeterpunten liggen, van de afspraakbrief en de aanmeldzuil tot de bewegwijzering en de route. Er zijn ook ziekenhuizen die hun personeel laten nascholen op inclusief en begrijpelijk taalgebruik. Dat zijn mooie voorbeelden van initiatieven, waarbij er vol wordt ingezet op de competenties die nodig zijn om de zorg voor iedereen toegankelijk te maken (voor meer tips, handvatten en voorbeelden, zie ‘Een ziekenhuis voor iedereen’⁶).” Ook de leefstijlketten helpen volgens Niemer mee. “Daar is in ieder geval meer tijd voor de patiënt en zijn er samenwerkingen met het sociaal domein, zoals de schuldhulpverlening en maatschappelijk werk.” Die samenwerkingsverbanden zijn belangrijk, vindt Pharos. “Vanuit onze organisatie zijn we een landelijke beweging ‘Deltaplan tegen Gezondheidsverschillen’⁷ gestart, vanuit de gedachte dat we veel meer vanuit verschillende disciplines moeten samenwerken om de kansenongelijkheid in de zorg terug te dringen.”

Maatwerk

Bewustwording, een persoonsgerichte aanpak en wat begrijpelijker praten en schrijven, levert al veel op, zegt Niemer. “Veel foldermateriaal in de zorg is geschreven op taalniveau B2, waarmee slechts 40 procent van de Nederlandse bevolking wordt bereikt. Het staat vol vakjargon en informatie die niet relevant is voor deze doelgroep. Gevolg is dat ze de informatie helemaal niet lezen. Wanneer ik video’s bekijk van gesprekken tussen artsen en patiënten, valt mij soms op dat driekwart van wat ze zeggen voor deze doelgroep overbodig is. We krijgen bij Pharos vervolgens vaak de vraag of mensen de begrijpelijke informatie niet kinderachtig vinden of dat ze zich dan misschien niet serieus genomen voelen. Maar dat is absoluut niet aan de orde. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vinden het juist fijn.” Bovendien voorkom je de nodige ellende, blijkt uit onderzoek. “Als mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter begrijpen

hoe ze hun medicatie moeten innemen, wat ze wel en niet moeten doen bij ziekte of hoe ze zich op een operatie moeten voorbereiden, zijn er minder complicaties en *no-shows* (Uit onderzoek van Nieuwsuur in mei 2024 bleek bij een rondgang langs vijf ziekenhuizen dat jaarlijks in totaal 130.000 patiënten niet komen opdagen, red.).” Tot slot benadrukt Niemer: bied vooral maatwerk. Nu behandelen we in Nederland iedereen hetzelfde in de zorg, want dat is eerlijk, zeggen we. Maar je houdt dan geen rekening met mensen die een andere startpositie hebben. Biedt *equity* in plaats van *equality*. Het is vervolgens aan de zorgprofessional om aan te voelen wie wat nodig heeft.”

Wil je meer inzicht krijgen in de kloof tussen de gezondheidszorg en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden? Lees dan de column ‘No-shows: als twee werelden niet samenkomen’ van Gert van Dijk, ethicus bij de KNMG en het Erasmus MC:

<https://www.medischcontact.nl/actueel/federatienieuws/federatiebericht/no-shows-als-twee-werelden-niet-samenkomen-1>

Referenties

1. Rapport Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen: <https://iknl.nl/kanker-in-nederland-ses-rapport>
2. Is het B1?: <https://www.ishetb1.nl>
3. Lees Simpel App: download op <https://leessimpel.nl>
4. Patiëntvriendelijke medische termen: <https://www.cbg-meb.nl/onderwerpen/hv-patientenbijsluiters/documenten/beleidsdocumenten/2023/01/01/patientvriendelijke-termen>
5. Begrijp je lichaam: <https://www.pharos.nl/begrijpjelichaam/>
6. Een ziekenhuis voor iedereen: <https://www.pharos.nl/een-ziekenhuis-voor-iedereen/>
7. Deltaplan Gezondheidsverschillen: <https://www.pharos.nl/deltaplan-tegen-gezondheidsverschillen/>

Goed geïnformeerde patiënten maken gezonde keuzes

De Hulpdokter geneest zorginstellingen van gebruik onbegrijpelijke medische taal

Taal heeft meer invloed op ons dan we denken, betoogt Stan Geurts, alias De Hulpdokter. De door hem afgelegde eed van Hippocrates spitst hij toe op het stimuleren van zorginstellingen om helder en duidelijk met patiënten te communiceren. Het belang hiervan mag niet worden onderschat. “Goed geïnformeerde patiënten maken namelijk gezonde keuzes,” zo luidt zijn motto. “Helaas staan de medische dossiers en brieven nog steeds vol met jargon, in plaats van begrijpelijk Nederlands. Patiënten schrikken zich dood van een acute virale nasofaryngitis, maar zijn snel gerustgesteld als dat niet meer dan een verkoudheidje blijkt te zijn. Met De Hulpdokter help ik zorginstellingen om begrijpelijke teksten te schrijven op taalniveau B1. Dat doe ik samen met ervaren collega’s, alle ook arts, die enthousiast worden van begrijpelijke medische taal.”



Stan Geurts

Als je Geneeskunde studeert, stelt Geurts, krijg je er gratis en voor niets, een nieuwe taal bij. “De medische taal, artsentaal, medisch jargon of hoe je het ook wilt noemen. Voor de geofende spreker biedt deze taal onbegrensde mogelijkheden, maar voor de leek is die angst-aanjagend en onbegrijpelijk. Mijn fascinatie met een nieuwe taal heeft me altijd al bezighouden. Eerst met de klassieke talen op de middelbare school, waar ik, ja echt waar, regelmatig het anatomisch zakwoordenboek doorlas. Toen als student-assistent op verschillende afdelingen in het ziekenhuis, waar ik hielp met het uitwerken van medische brieven. Later als arts in het Caribisch gebied, waar de medische correspondentie me in alle talen om de oren vloog.”

Nuchter met ontbijt op naar darmonderzoek

Woorden doen ertoe, zeker in de zorg betoogt Geurts. Hij schetst dat aan de hand van een voorbeeld. “In een ziekenhuisfolder staat: ‘U moet 12 uur voorafgaand aan het betreffende onderzoek nuchter blijven.’ Maar niet iedereen vat ‘nuchter’ op als: niet mogen eten. Het komt dus best vaak voor dat mensen doodleuk met een ontbijt achter hun kiezen naar het ziekenhuis komen voor een darmonderzoek. Gevolg: het onderzoek kan niet doorgaan, terwijl er wel mensen en materialen voor zijn gereserveerd. Dat is dus allemaal weggegooid geld. Zonde. En als je als arts tegen patiënt met een wond zegt: ‘Doe maar even rustig aan’, dan wordt zo’n advies slecht nageleefd. Maar zeg je: ‘Je mag de komende twee weken niet fietsen’, dan is het advies heel concreet en volgt de patiënt dat veel sneller op.”

Waarom zijn medische teksten zo moeilijk? De hulpdokter legt uit: “Zestig procent van de Nederlanders begrijpt teksten tot taalniveau B1. Toch blijkt maar vijf procent van professionele teksten op taalniveau B1 te zijn geschreven. Dus 95 procent van

alle teksten is voor zes op de tien Nederlanders lastig te begrijpen. Ik heb honderden medische folders, webteksten en instructies gelezen. En ik kan zeggen, teksten in de zorg maken hierop geen uitzondering.”

Moeilijk schrijven is makkelijk

Hoe kan het nou dat in de zorg zulke moeilijke teksten worden geschreven? Geurts: “Ten eerste zijn artsen en verpleegkundigen hoogopgeleid. Ze bezitten veel kennis die ze graag overbrengen aan de patiënt. Maar teveel kennis overdragen werkt averechts! Meer informatie betekent in dit geval minder informatie. Ten tweede is moeilijk schrijven makkelijk. Het academische vocabulaire van taalniveau C2 biedt veel vrijheid als het gaat om zinsbouw en woordkeuze. Zodra je op B1-niveau gaat schrijven, moet je keuzes maken. Makkelijk schrijven is niet zo makkelijk en kost tijd. Ten derde, communicatieadviseurs hebben een zesde zintuig voor het opstellen van begrijpelijke teksten. Maar ze missen vaak de specialistische kennis om in de teksten van zorgprofessionals te snijden. Het is best lastig de juiste balans te vinden tussen medische kennis en de principes van begrijpelijke communicatie.”



Stan Geurts

‘Als je tegen patiënt met een wond zegt: ‘Doe maar even rustig aan’, dan wordt zo’n advies slecht nageleefd. Maar zeg je: ‘Je mag de komende twee weken niet fietsen’, dan is het advies heel concreet en volgt de patiënt dat veel sneller op.’

Volgens De Hulpdokter is er een trend gaande in de Nederlandse gezondheidszorg om teksten gericht aan patiënten, begrijpelijker te maken. “Kijk bijvoorbeeld naar Rivas Zorggroep en OLVG, zij committeren zich aan de Direct Duidelijk Deal. Zo laten zij aan alle partijen zien dat zij begrijpelijke communicatie serieus nemen. En wat ik ook merk is dat steeds meer artsen en verpleegkundigen zich bewust worden van de voordelen van heldere patiëntcommunicatie. Zoals verhoogde therapietrouw en minder second opinions. De medische vakgroep en de afdeling Communicatie weten elkaar steeds vaker te vinden.”

Korte zinnen, bekende woorden

Op B1-niveau schrijven is niet zo makkelijk. Verklaar dat eens nader? “Mensen vragen me wel: dat is toch een soort Jip en Janneke taal? Ik zeg dan: ja en nee. Bedoel je dat B1 voor kleuters is? Dan is het antwoord nee. Of bedoel je dat B1 begrijpelijke taal is? Dan is het antwoord ja. Annie M.G. Schmidt schreef de belevenissen van Jip en Janneke op een manier die iedereen goed kan begrijpen. En dat deed ze heel handig. Zo schrijft ze korte zinnen met bekende woorden. Ze

gebruikt woorden als toen, omdat en daardoor om zinnen aan elkaar vast te maken. Ze stelt een vraag en geeft zelf het antwoord. Dat is prettig om te lezen en het zorgt voor duidelijke zinnen. Bijvoorbeeld: Heeft u hoge bloeddruk? Dan moet u op controle bij een dokter.”

Een tekst op B1-niveau schrijven vergt soms even goed nadenken. Geurts: “Als je niet oplet, gebruik je vaak te moeilijke woorden. Of je schrijft juist hele lange zinnen met veel te veel informatie. En dat is jammer. Want als lezers jouw tekst niet begrijpen, onthouden ze ook de informatie niet. Veel teksten in de zorg zijn te moeilijk geschreven. Daardoor begrijpen veel mensen niet wat er staat en dat kan gevolgen hebben. Bijvoorbeeld: te lang wachten met naar de dokter gaan. Of misschien neemt iemand zijn pillen niet, omdat hij niet snapt waarom dat nodig is.

Bereik met B1 2x zoveel mensen

De Hulpdokter garandeert: wie teksten gericht aan patiënten op B1-taalniveau schrijft, bereikt in één klap twee keer zoveel mensen. “Echt waar,” zegt hij. “Weg met de moeilijke woorden en te lange zinnen.

Gebruik toch vooral veelvoorkomende woorden in een eenvoudige zinsstructuur. Denk maar aan ‘spreektaal’. Een website die hier uitstekend op inspeelt, is thuisarts.nl.”

Tot slot nog enkele aanbevelingen van De Hulpdokter:

- Vermijd vaktaal. Dus niet diabetes mellitus, maar suikerziekte.
- Schrijf korte, actieve zinnen met één hoofdgedachte.
- Gebruik signaalwoorden: als 1 dan 2 want 3 dus 4.
- Checken of jouw tekst aan B1 taalniveau voldoet? Een handige tool die ik graag gebruik: www.ishetb1.nl. Pas op: het kan confronterend zijn.

Schrijf je medische teksten en wil je je patiënten zo goed mogelijk bereiken? Mail dan naar info@dehulpdokter.nl. De Hulpdokter denkt graag met je mee.

[ADVERTENTIE]

De sociaaleconomische achtergrond van MDL-artsen: hoe inclusief is de MDL-sollicitatieprocedure?

Ieder jaar zijn er in ons land 24 opleidingsplekken tot Maag-, Darm- en Lever-arts (MDL-arts) te vergeven. Deze opleidingsplekken behoren tot de duurste opleidingen van Nederland: het opleiden van één MDL-arts (medisch specialist) kost de samenleving ongeveer een miljoen euro. Jaarlijks wordt er een miljard euro uitgegeven aan de financiering van alle medisch-specialistische opleidingen.¹

De vormgeving van het aannamebeleid voor medisch specialisten wordt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toevertrouwd aan het werkveld. Er ligt dus een maatschappelijke en ethische verantwoordelijkheid bij opleidingsteams om een inclusieve en eerlijke selectieprocedure te hanteren, en om te zorgen dat de specialistenpopulatie zo representatief mogelijk is voor de samenleving. De samenleving betaalt immers deze opleidingsplekken, en meer diversiteit onder zorgverleners draagt bij aan betere zorg.²⁻⁴ Dit belang wordt ook door de Federatie Medisch Specialisten erkend: in het kader van het visietraject MS2035 zijn diversiteit en inclusie onderdeel van de belangrijkste speerpunten.⁵

In Nederland wordt bij de meeste specialisten de selectieprocedure uitgevoerd op basis van een cv-beoordeling en interviews met een selectiecommissie. Bij de cv's wordt vaak gekeken naar klinische ervaring en afronding van een promotieonderzoek, waarbij de voorkeur ligt om deze ervaringen binnen de regio van interesse op te doen.⁶ Dit is anders in bijvoorbeeld Spanje en Portugal, waar potentiële vriendjespolitiek in de selectie wordt voorkomen door de

selectie te baseren op een landelijke toets, waarbij de hoogst scorende artsen hun specialisatie en locatie mogen kiezen.⁷

Er zitten voor- en nadelen aan zowel het Nederlandse als het Spaanse/Portugese systeem. Eén van de belangrijkste argumenten tegen het Nederlandse systeem is dat je achtergrondkenmerken en je medische netwerk een grote invloed kunnen hebben op je kansen om in opleiding te komen. Uit het rapport Diversiteit in het BIG-register⁸ blijkt bijvoorbeeld dat artsen, ook onder de jonge generatie, een hogere kans hebben om specialist te zijn als ze man zijn, geen migratieachtergrond hebben, ouders hebben in de meest vermogende 40 procent van de bevolking, en minstens één ouder hebben die arts is.

In dit artikel geven wij een reflectie op de selectieprocedures binnen de MDL, en delen wij een aantal resultaten uit ons recente onderzoek naar de diversiteit onder MDL-artsen op basis van geanonimiseerde Microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (voor meer informatie over de gebruikte dataset, zie referentie 8).

MDL-sollicitatieprocedure en mogelijke kansenongelijkheid

De sollicitatie voor een opleidingsplek MDL vindt regionaal plaats. In algemene zin dient een potentiële kandidaat interesse kenbaar te maken door contact op te nemen met de opleider. Meestal gebeurt dit per e-mail, waarna de opleider een voorgesprek inplant met de kandidaat. De bedoeling van de voorgesprekken is om de kandidaat een helder beeld en advies mee te geven over diens kans op selectie tot MDL-arts in de specifieke regio. Alhoewel er goede bedoelingen zijn bij deze voorgesprekken, is het in feite wel al een onbewust selectiemoment. Kandidaten krijgen het advies wel of niet te solliciteren. Immers, vaak is er slechts eenmalig kans om mee te doen.

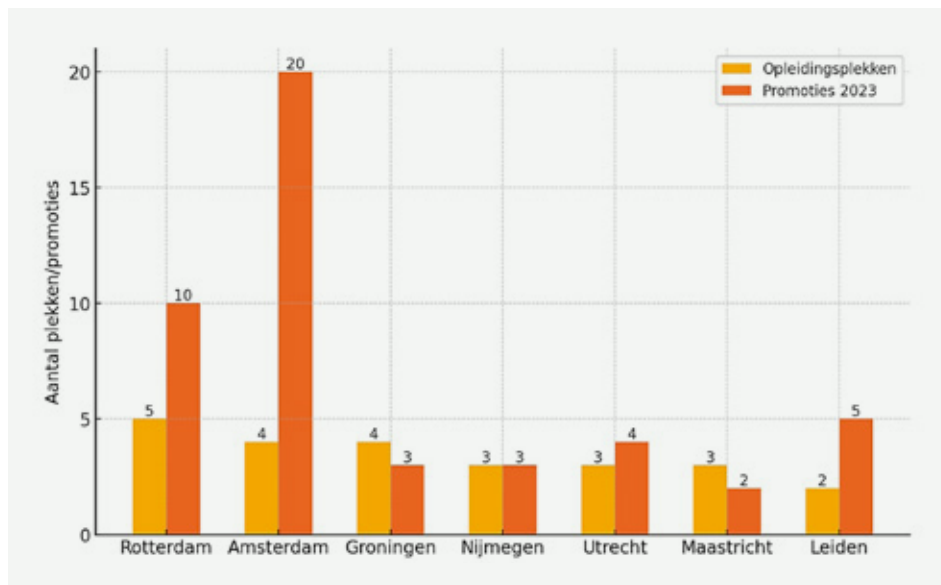
Het is opvallend dat in de meeste regio's vacatures voor opleidingsplekken niet worden gepubliceerd. Zonder een vacaturetekst is er weinig transparantie over de eisen en voorkeuren die de selectiecommissie hanteert, en welke profielen (bijvoorbeeld klinisch, wetenschappelijk of management) de voorkeur hebben. Hierdoor kunnen geneeskundestudenten zonder toegang tot deze insider informatie niet op dezelfde manier voorsorteren op de ►

stappen richting een opleidingsplek als de studenten die deze toegang wél hebben.

Daarnaast is de vraag in hoeverre de door selectiecommissieleden gewaardeerde prestaties überhaupt bereikbaar zijn voor elke student of basisarts. Denk hierbij aan promotietrajecten of facultatieve stages in het buitenland, die vanwege een gebrek aan een netwerk of financiële barrières niet voor iedereen binnen de mogelijkheden liggen. Doordat deze kansen niet door iedereen benut kunnen worden, kan het lijken alsof de geschiktheid en de cv's van sommige potentiële kandidaten achterlopen op kandidaten die deze kansen en mogelijkheden wél hebben gehad.

Er lijken überhaupt kansenverschillen te bestaan in de selectie tot MDL-arts door de regionale selectie. Als de voorkeur gegeven wordt aan lokale kandidaten boven externe kandidaten dan kan dat een nadeel zijn voor kandidaten in een regio met veel potentiële kandidaten (bijvoorbeeld Amsterdam). Op basis van tabel 1 is er een significant verschil tussen de ratio opleidingsplek-promotie per opleidingscentrum. Een centrale selectie zou een eerlijkere kans geven aan iedere kandidaat, ongeacht waar diegene gepromoveerd is.

Uit eerder onderzoek blijkt bovendien dat diversiteit verloren gaat bij iedere selectiestap in de route van kind tot medisch specialist.⁹ Dit wordt ook wel de leaky pipeline genoemd. Bij de selectie tot internist in de regio Rotterdam bleek bijvoorbeeld dat kandidaten met een migratieachtergrond met een PhD een lagere kans hadden om geselecteerd te worden dan kandidaten zonder migratieachtergrond en zonder PhD.¹⁰ Er is nog geen vergelijkbaar onderzoek gedaan naar kansenongelijkheid in de selectie voor een aios-plek binnen de MDL, maar we pleiten ervoor om dit wel te doen. Momenteel zijn er geen landelijke data beschikbaar om zulk onderzoek uit te kunnen voeren. Er is in Nederland namelijk geen centraal aanmeldsysteem voor medisch specialistische vervolgopleidingen.⁸



	Rotterdam	Amsterdam	Groningen	Nijmegen	Utrecht	Maastricht	Leiden
Opleidingsplekken 2024	5	4	4	3	3	3	2
Promoties 2023	10	20	3	3	4	2	5
Ratio opleidingsplek-promotie	0,50	0,20	1,33	1,00	0,75	1,50	0,40

Tabel 1. Verdeling van aios-plekken in 2024, en het aantal promoties in 2023 in de verschillende centra. Data opleidingsplekken (Stichting BOLS) en promoties (NVGE).

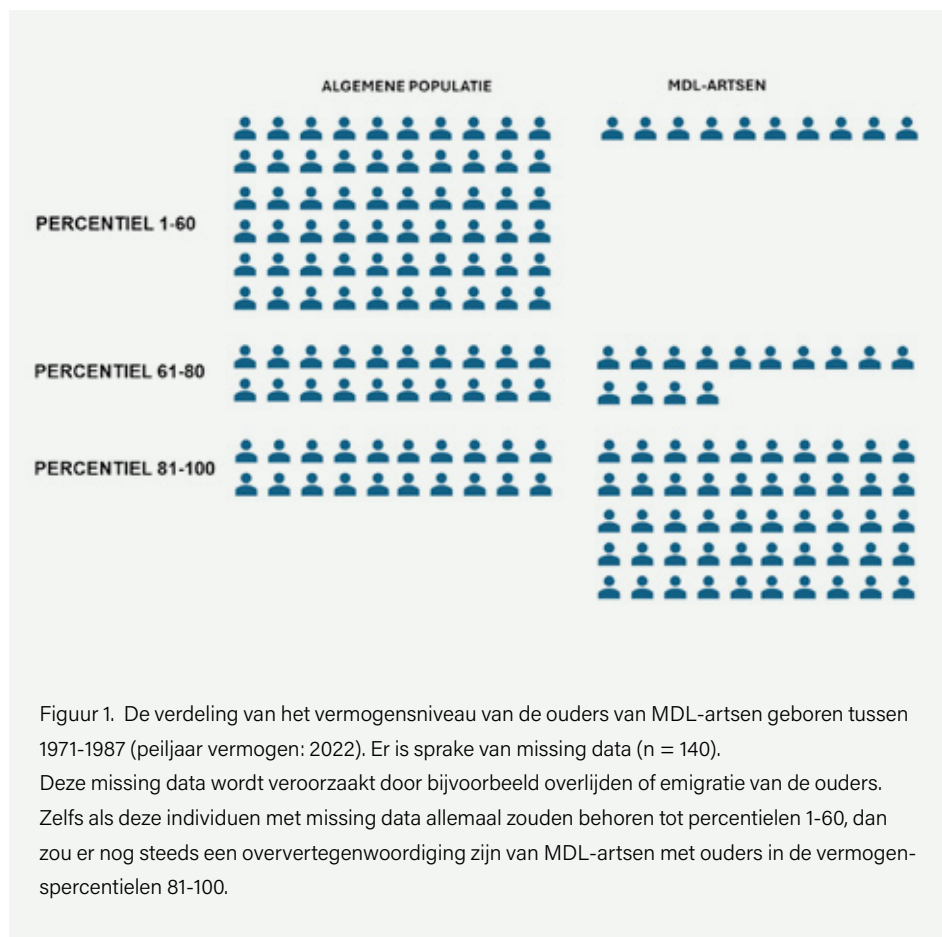
Gezien de oververtegenwoordiging van een aantal kenmerken onder specialisten, en de ongelijke kansen die artsen hebben om gespecialiseerd te zijn, is het mogelijk dat bij de selectie tot *aios similarity bias* (de voorkeur voor mensen zoals wijzelf) en kansenongelijkheid een rol spelen.⁸ Een centrale selectieprocedure zou het mogelijk maken om zowel zelfselectie als kansenongelijkheid in de selectie te onderzoeken, ook binnen de MDL.

Sociaaleconomische achtergrond van MDL-artsen

De data uit ons onderzoek laten bijvoorbeeld zien dat MDL-artsen op sociaaleconomisch gebied geen afspiegeling vormen van de samenleving. In 2023 behoorden de ouders van 76 procent van MDL-artsen die geboren zijn tussen 1971-1987 (N=500) tot de 20 procent meest vermogende mensen in Nederland (na exclusie van missing data,

n=140). Ter vergelijking: slechts 10 procent van de ouders van deze MDL-artsen behoorden tot de 60 procent minst vermogende Nederlanders (zie Figuur 1).

Wanneer we inzoomen op gedetailleerde data over de sociaaleconomische achtergrond van de jongste groep MDL-artsen in Nederland (geboren in 1988 of later, N=37) zien we dat ook zij geen afspiegeling vormen van de samenleving. Het gemiddelde jaarinkomen van hun vaders was in 2011 89.141 euro (N=31, 6 missings), en in 2021 82.095 euro (N=29, 8 missings). Het gemiddeld jaarinkomen van de moeders van deze MDL-artsen was in 2011 42.055 euro (N=33, 4 missings) en in 2021 43.102 euro (N=32, 5 missings). Ter vergelijking: in 2011 was het modaal jaarinkomen in Nederland ongeveer 33.000 euro, en in 2021 37.500 euro.



Figuur 1. De verdeling van het vermogensniveau van de ouders van MDL-artisten geboren tussen 1971-1987 (peiljaar vermogen: 2022). Er is sprake van missing data (n = 140). Deze missing data wordt veroorzaakt door bijvoorbeeld overlijden of emigratie van de ouders. Zelfs als deze individuen met missing data allemaal zouden behoren tot percentielen 1-60, dan zou er nog steeds een oververtegenwoordiging zijn van MDL-artisten met ouders in de vermogenspercentielen 81-100.



A.B. Bayoumy, arts-onderzoeker
Amsterdam UMC



O.K. Begashaw, geneeskundestudent
Erasmus Universiteit



P. Koehestanie, MDL-arts
Bravis Ziekenhuis



C.J.J. Mulder, emeritus hoogleraar
Maag, Darm- en Leverziekten en
MDL-arts, Amsterdam UMC



L. Mulder, postdoctoraal onderzoeker
en socioloog UMC Utrecht

Reflectie

De MDL-artisten populatie is op sociaaleconomisch gebied geen goede afspiegeling van de samenleving. De meeste MDL-artisten komen uit vermogende gezinnen. MDL-artisten uit een gezin met een laag inkomen zijn sterk ondervertegenwoordigd. De opleiding tot MDL-arts wordt echter betaald door de samenleving. De vraag is of de huidige sollicitatieprocedures voldoende rekening houden met het feit dat niet iedereen vanuit dezelfde startpositie in het leven is opgeklimmen tot arts.

Bovendien is de vraag of deze procedures wel inclusief genoeg zijn om de toegevoegde waarde te kunnen inschatten van kandidaten die van (heel) ver hebben moeten komen om te staan waar ze nu staan, en die (systematische) barrières hebben moeten overwinnen die voor andere kandidaten niet bestonden. Daarnaast is de vraag hoe en of de beroepsgroep dat wel wil veranderen.

Een reflectie van de beroepsgroep op dit thema lijkt ons, als auteurs, gewenst. Wij hopen met dit artikel dat er een positief en constructief gesprek tot stand komt om de diversiteit binnen de MDL te verbeteren.

Reacties op dit artikel zijn welkom, met name als ze in gaan op mogelijke verbeteringen van het selectieproces.

[ADVERTENTIE]

► Referenties

1. Sikkell R, Voigt S. Meer, meer, meer opleidingsplekken? Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:C5756 2024.
2. Stanford FC. The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *J Natl Med Assoc.* Jun 2020;112(3):247-249. doi:10.1016/j.jnma.2020.03.014
3. Marrast LM, Zallman L, Woolhandler S, Bor DH, McCormick D. Minority physicians' role in the care of underserved patients: diversifying the physician workforce may be key in addressing health disparities. *JAMA Intern Med.* Feb 1 2014;174(2):289-91. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12756
4. Clayborne EP, Martin DR, Goett RR, Chandrasekaran EB, McGreevy J. Diversity pipelines: The rationale to recruit and support minority physicians. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* Feb 2021;2(1):e12343. doi:10.1002/emp2.12343
5. Federatie Medisch Specialisten. Visietraject Medisch Specialist 2035: Bouwen aan een toekomstbestendige zorg. <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/visietraject-medisch-specialist-2035-bouwen-aan-een-toekomstbestendige-zorg>. 2024.
6. De Rover J. Hoe kom je binnen bij een medische vervolgopleiding? *Medisch Contact.* 31 mei 2021. <https://www.medischcontact.nl/arts-in-spe/nieuws/ais-artikel/hoe-kom-je-binnen-bij-een-medische-vervolgopleiding-geraadpleegd>: 16-11-2024. 2021.
7. Freire JM, Infante A, de Aguiar AC, Carbajo P. An analysis of the medical specialty training system in Spain. *Hum Resour Health.* Jun 2 2015;13:42. doi:10.1186/s12960-015-0038-y
8. Mulder L. Diversiteit in het BIG-register. Utrecht: UMC Utrecht. In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/12/12/diversiteit-in-het-big-register> Geraadpleegd: 20-12-2024. 2024.
9. Mulder L, Wouters A, Twisk JWR, et al. Selection for health professions education leads to increased inequality of opportunity and decreased student diversity in The Netherlands, but lottery is no solution: A retrospective multi-cohort study. *Med Teach.* Jul 2022;44(7):790-799. doi:10.1080/0142159x.2022.2041189
10. Berends A, Zandbergen A, Haisma B, Salih M. Inclusieve zorg begint bij inclusieve werving en selectie. *Medisch Contact.* 01 september 2023. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/inclusieve-zorg-begint-bij-inclusieve-werving-en-selectie-geraadpleegd>: 16-11-2024. 2023.



‘Na een zorgvuldige voorbereiding dien ik nu het wetsvoorstel in...’ De wet geeft ouderen vanaf 75 jaar de mogelijkheid om, als zij een langdurige en onveranderlijke stervenswens hebben, met de hulp van een levenseindebegeleider hun leven waardig te kunnen beëindigen!

Citaat Pia Dijkstra (geb 1954), voormalig Tweede Kamerlid, ook kortdurend demissionair Minister van Medische Zorg

Zorgen voor de dommen

Zo maar een onnozel ideeetje over gezond leven. Denkt u eens mee. Sociografisch is de hoogst behaalde onderwijsgraad geassocieerd met sociaaleconomische status en die weer met levensverwachting.

Samengevat: hoe slimmer, hoe vitaal ouder. Ook hebben mensen ‘die niet zo welvarend zijn’ tien procent minder kans kanker te overleven dan gefortuneerden. Met vaker vermoeidheid, pijn en angstklachten. Aldus het Integraal Kankercentrum Nederland. In aanvulling blijken sociaaleconomische onderbedeelden 14 (veertien!) gezondheidsjaren minder te leven, dixit RIVM. Ach, het staat niet allemaal in Lancet of de New England. Evenzogoed wel iets ter overpeinzing.

Tegen deze achtergrond van gecheckte sociaalgeneeskundige feiten vinden wij gepaste kankerzorg iets dat als (Robijn-)regel geconcentreerd moet worden in topreferente Dure Academische Centra. En rekken wij surveillanceleeftijd in bevolkingsonderzoek Colorectaalcarcinoom op tot 80 jaar. Welke sociaal achtergestelde heeft daar wat aan? Voor deze geldt: op jongere leeftijd vaker kanker, met minder

kans op overleving, bij een gemiddeld beroerder leven. Alleen de draagkrachtige mag enige baat van uitmuntende Robijnkankerzorg verwachten. Oneigenlijke medische praktijkvariatie, toch? Je zou er buikpijn van krijgen ... Oeps, precies die klachten waarvan we stellen dat deze een ongepaste zorgvraag vormen.

Ben je afkomstig uit een ‘verkeerde postcode’ dan krijg je ondermaats onderwijs, als er al leerkrachten zijn. Geen schoolmaaltijden bij ongezonde voedingsgewoonten en evenmin muziek-, gymnastiek- of zwemles. Opmerkelijk, want toegankelijk, eersteklas onderwijs -waaromder in leefstijl - is gezonder dan excellente zorg voor een enkele welgestelde.

Het ideeetje: zinniger zorg door het sluiten van één, twee van die elitaire academische centra. Miljarden vrijgespeeld voor preventieve, inclusieve medische gelijkheid. Zo simpel kan sociaal zijn.

Kansenongelijkheid en diversiteit in werving en selectie aios MDL

‘Waarom vinden wij mensen geschikt?’

In de medische wereld is er steeds meer aandacht voor kansenongelijkheid, diversiteit en inclusie, ook binnen de MDL. Maar het onderwerp leidt onherroepelijk tot controverses. Waar zit de weerstand? Maar ook: om welke redenen kan diversiteit – in de betekenis van een bredere variatie in competenties en achtergronden in de selectie van aios MDL – wenselijk en zelfs nodig zijn, en wat is daarvoor nodig? Een gynaecoloog die voor haar afdeling in het Amsterdam UMC een hernieuwde selectieprocedure ontwikkelde en vier opleiders binnen het vakgebied MDL gaan in gesprek.



Durk de Vries:

‘Ik zie genoeg diversiteit in werkgroepjes en in de collegiazalen zitten, maar ze komen niet aankloppen voor onderzoek of de opleiding.’

‘Als ik het onderwerp diversiteit ter sprake breng in het opleidersoverleg in mijn regio, is de discussie meteen al heel heftig. Dat valt mij tijdens dit gesprek ook weer op’, zegt Durk de Vries, MDL-arts en opleider in het UMCU. “Er worden meteen allerlei meningen geventileerd over de definitie van diversiteit en waarom je het wel of niet belangrijk vindt, en er wordt vaak ook, om het maar even oneerbiedig te zeggen, ‘maar wat geroepen’. Als je het over medische zaken hebt, zou je dat wel uit je hoofd laten.” Het rondetafelgesprek is dan al even op stoom. Voorstanders en sceptici hebben de degens gekruist. Principal Educator UvA ‘werving en selectie van aios’ en tevens gynaecologe in het Amsterdam UMC, Petra Bakker, die voor haar eigen afdeling een vernieuwde selectieprocedure ontwikkelde die veel meer recht doet aan de diversiteit van de hedendaagse jonge artsen herkent de tweestrijd onder medici: “Het onderwerp gaat altijd gepaard met veel emoties en vooringenomenheid. Soms is er zelfs boosheid. Ik weet ook niet zo goed hoe dat komt.” Maar zodra de piketpaaltjes zijn geslagen, en de ruis langzaam verdwijnt, krijgt het gesprek een andere dynamiek en gaan de gespreksdeelnemers de diepte in.

Ons soort mensen

“Als ik naar mijn regio kijk, is er in vijftien jaar slechts één MDL-arts opgeleid met Marokkaanse ouders. In vijftien jaar! Onze muur met portretten van MDL-artsen hangt vol met witte mensen. Er zitten nog wel een aantal homoseksuele collega’s tussen en een paar mensen met arme ouders, onder wie ikzelf, maar daarmee houdt het op”, vervolgt Durk de Vries. De eenvormigheid van de ‘wall of fame’, zoals hij de portretten op de MDL-afdeling in het UMCU gekschend noemt, is exemplarisch voor de totale beroepsgroep, blijkt uit de cijfers. Rob de Knegt: “Tot nu toe is de beroepsgroep MDL-artsen een homogene groep, die voornamelijk bestaat uit Ons Soort Mensen. De overgrote meerderheid is wit¹, heeft minimaal één ouder die werkzaam is in de gezondheidszorg, vaak als medisch specialist, en komt uit een gezin dat tot de 20 procent hoogste inkomens behoort.² Er zijn recent wat getallen naar buiten gebracht waaruit blijkt dat de diversiteit binnen de MDL zelfs afneemt.³ Wel zien we een toename van vrouwen in de beroepsgroep.”

Maarten Tushuizen relateert het feitenreelaas van Rob de Knegt. “Ik denk dat er best al veel variatie is binnen de beroepsgroep



Rob de Knecht:

‘Als we vooraf vastleggen waarop we mensen beoordelen, is een bijkomend voordeel dat het ook makkelijker wordt om keuzes en afwijzingen uit te leggen.’

als je kijkt naar de verschillende specialisten. Een hepatoloog is bijvoorbeeld een heel ander type dokter dan iemand die endoscopische ingrepen doet. En dat veel MDL-artsen een ouder hebben die werkzaam is in de medische sector: dat geldt ook voor bakkers, slaggers, boeren en juristen. Dat vind ik niet zo'n sterk argument. Het heeft namelijk ook voordelen: dat je daarvoor juist geïnteresseerd raakt en al veel meekrijgt van wat het vak inhoudt." Ook Jeffrey Haans is sceptisch. "Ik vind het heel mooi en ambitieus om als beroepsgroep een afspiegeling van de samenleving te willen zijn, maar ik denk dat dat totaal irreëel is." Bovendien herkent hij het probleem niet. "Wij hebben in Maastricht meerdere mensen opgeleid met een Oost-Europese en Midden-Oosterse achtergrond, evenals mensen die tot de lhbtqi-groep behoren. Binnen onze vakgroep is dat eigenlijk nooit echt een issue geweest. Ik denk dat wij daar juist heel erg voor openstaan."

The leaky pipeline

Als het fenomeen 'The leaky pipeline'⁴ ter sprake komt (een in een studie beschreven fenomeen waarbij geneeskundestudenten met een migratieachtergrond eerder blijken uit te vallen tijdens het traject tot medisch

specialist, terwijl er wel genoeg ambitie is, red.), staan de neuzen wel grotendeels dezelfde kant op. Rob de Knecht is de eerste die het fenomeen ter sprake brengt. Na het opsommen van de cijfers over de homogeniteit van de MDL-beroepsgroep filosofeert hij verder: "Als de MDL-artsen allemaal kwalitatief even goed zijn, dan is dat niet zo'n ramp, zou je denken. Maar door de huidige selectieprocedures die wij in het leven hebben geroepen, blijken studenten met een migratieachtergrond – die misschien net zo goed zijn of misschien zelfs beter dan de andere studenten – niet door de selectie te komen of niet genoeg aansluiting te vinden bij de vakgroepen zoals die nu zijn samengesteld. Dan heb ik het over 'the leaky pipeline'." Andere opleiders herkennen dat. Durk de Vries: "Ik zie genoeg diversiteit in werkgroepjes en in de collegezalen zitten, maar ze komen niet aankloppen voor onderzoek of de opleiding. En ik weet niet hoe ik dat moet oplossen." Maarten Tushuizen: "De bandbreedte van sollicitanten is inderdaad smal. Maar de sollicitatieprocedure gaat dat niet veranderen. Wil je meer variatie in je sollicitanten, dan moet je dat al stimuleren tijdens de geneeskundeopleiding." Jeffrey Haans is het met hem eens. Maarten Tushuizen vervolgt: "Ook kun je mensen met bijvoorbeeld een migratieachtergrond zelf actief benaderen. Wij doen dat bijvoorbeeld voor lopende projecten in Istanbul of op Aruba."

Petra Bakker onderzocht deze materie binnen haar eigen vakgebied. Niet alleen omdat de ontwikkelingen in het zorglandschap naar haar overtuiging om andere competenties van artsen vragen – denk aan complexere zorgvragen, technologie en toename van multidisciplinaire samenwerking –, maar ook omdat recente onderzoeken hebben aangetoond dat de huidige selectieprocedure van artsen in opleiding vatbaar is voor onbewuste vooroordelen, waardoor de neiging bestaat kandidaten te kiezen die het meest op onszelf lijken.⁵ "We worstelden in onze vakgroep enorm met ons aannamebeleid. We hadden alleen maar gepromoveerden, maar er wordt tegenvoor-

dig zoveel meer van een dokter gevraagd dan een wetenschappelijk profiel. Op de afdeling doen we bijvoorbeeld steeds meer met AI, zoals bepaalde echo-diagnostiek. Dit betekent dat we ons daarin moeten ontwikkelen. Maar ook het onderwijs wordt steeds belangrijker."

Ook Rob de Knecht ziet dat de huidige selectie van aios een relatief homogene groep oplevert, zowel qua achtergrond als competenties. "We hebben jarenlang vooral gepromoveerde, wetenschappelijk georiënteerde kandidaten geselecteerd. Maar niet iedereen hoeft een onderzoeker te zijn. We hebben ook 'mensendokters' nodig en mensen die zich op onderwijs richten." Dit aannamebeleid heeft naar zijn overtuiging nog een nadeel. "We hebben maar een beperkt



Petra Bakker:

‘Onderwijskundigen helpen ons bij het stellen van de juiste vragen en zorgen dat we niet te veel afgaan op ons onderbuikgevoel.’

aantal opleidingsplaatsen, maar relatief veel uitval. In de laatste vijf tot zes jaar zijn er toch zeker acht mensen gestopt. En dan denk ik: daar zijn die opleidingsplaatsen gewoon te kostbaar voor." Hij is ervan overtuigd dat die uitval mede wordt veroorzaakt door het feit dat ze binnen de opleidersgroep tot nu toe onvoldoende hebben gedefinieerd welke competenties nodig zijn om ►

MDL-arts te worden. “Daarmee gaan we nu aan de slag.”

Onderbuikgevoel

Voor Petra Bakker was de bestuurlijke fusie van VUmc en AMC tot Amsterdam UMC de aanleiding om de huidige, traditionele vorm van werving en selectie – een blik op het cv, een paar referenties en een ongestructureerd gesprek – eens danig onder de loep te nemen en kennis te vergaren bij de wetenschap die zich daar al decennia over buigt: de arbeidspsychologie. De wens was bovendien om een meer transparante procedure te ontwikkelen, die meer gebaseerd is op van tevoren vastgestelde, objectieve criteria. “Want waar selecteer je eigenlijk op? Ik weet niet hoe het bij de MDL is, maar bij ons was het altijd zo dat je gesprekken voerde en op basis van je onderbuik een puntentelling gaf.” Een aantal gespreksdeelnemers herkennen dat. Jeoffrey Haans: “We vullen van tevoren wat getalletjes in en gaan in gesprek, maar uiteindelijk wordt er nog steeds veel beslist op *gut feeling*. We kennen de persoon al of vinden hem of haar leuk, en dat beïnvloedt de beslissing. Maar de belangrijkste vraag is eigenlijk: Waaróm vinden wij mensen geschikt?” Ook Durk de Vries herkent het dilemma: “Uiteindelijk werd de keuze vaak gemaakt op basis van de indrukken die we van iemand hadden, zonder dat dat goed te onderbouwen was. We hadden vervolgens heel veel moeite om uit te leggen waarom mensen waren afgewezen. Dit hebben we tegenwoordig opgelost door van tevoren duidelijkere selectiecriteria te formuleren en na een sollicitatieronde een gestructureerde nabespreking te houden.”

Meer focus op competenties in plaats van subjectieve factoren, roept vaak de wens op om ook geïnteresseerden van buiten de regio toe te laten tot de selectieprocedure. Maar dat gaat niet zonder slag of stoot, hebben de gespreksdeelnemers gemerkt. Rob de Knegt: “Jarenlang hebben we een beleid gevoerd dat kandidaten van buiten de regio Rotterdam per definitie niet werden aangenomen. Had ik dit wel gedaan, dan



Maarten Tushuizen:

‘Je kunt mensen met bijvoorbeeld een migratieachtergrond zelf actief benaderen. Wij doen dat bijvoorbeeld voor lopende projecten in Istanbul of op Aruba’

was er commentaar gekomen van een groot deel van mijn collega’s in de staf. Ze zijn dan bang dat de animo om bij ons promotieonderzoek te doen, afneemt. En bij ons lopen zóveel promovendi rond. Dat is voor de afdeling echt een *moneymaker* en publicatiekanon. Maar het publiceren van wetenschap is totaal iets anders dan het selecteren van de beste mensen om MDL-arts te worden.” Petra Bakker reageert: “Je kunt geen opleidingsplek gebruiken om uiteindelijk je promotiemachine te laten draaien, maar dat is wel wat binnen veel specialismen in academische centra gebeurt.” Rob de Knegt heeft samen met zijn collega voor dit dilemma inmiddels een oplossing bedacht: “We adviseren kandidaten van zowel binnen als buiten de regio nu om eerst als anios (arts niet in opleiding tot specialist) te beginnen, zodat zij de regio leren kennen, en wij hen. Op die manier proberen we de weerstand enigszins te omzeilen.” In het UMCU is deze werkwijze nu zelfs verplicht voordat je mag meedingen in de sollicitatieronde, vertelt Durk de Vries.

Externe expertise

Zowel Petra Bakker als Rob de Knegt hebben voor het vormgeven van een nieuwe selec-

tieprocedure externe hulp in de vorm van onderwijskundigen ingeschakeld, en ook dat wordt door de gespreksdeelnemers uitgebreid gewikt en gewogen. Petra Bakker: “We hebben onderwijskundigen toegelaten tot onze selectieprocedure, omdat zij beter zijn in gesprekstechnieken en gestructureerde gesprekken voeren. Ze helpen ons bij het stellen van de juiste vragen en zorgen dat we niet te veel afgaan op ons onderbuikgevoel. Er was nog wel discussie of ze mee mogen scoren, maar dat doen we dus niet.” Zij benadrukt dat artsen weliswaar gewend zijn gesprekken met patiënten te voeren, maar dat dit toch een andere vaardigheid is dan iemand beoordelen in een selectiegesprek.

Rob de Knegt heeft alleen in het voortraject externe onderwijskundigen betrokken bij de herziening van de selectieprocedure, vooral om de benodigde competenties voor toekomstige MDL-artsen te definiëren. “We hebben sessies gepland met onderwijskundigen om met de opleidersgroep vast te stellen welke competenties wij belangrijk vinden voor een MDL-arts en hoe we die objectief kunnen meten.” Hij wil daarmee voorkomen dat subjectieve factoren als persoonlijke voorkeuren en de bekendheid van de kandidaat in de selectie leidend zijn. “Als we vooraf vastleggen waarop we mensen beoordelen, is een bijkomend voordeel dat het ook makkelijker wordt om keuzes en afwijzingen uit te leggen.”

Jeoffrey Haans vindt de huidige werkwijze bij de beoordeling van aios-kandidaten inderdaad opmerkelijk: “Ik denk dat dit een typisch voorbeeld is van de arrogantie van de medisch specialist: dat we als MDL-artsen denken we dat we een goede inschatting kunnen maken van een kandidaat, simpelweg omdat we hen een jaartje hebben zien rondlopen als anios of hen tijdens een promotietraject hebben begeleid, zonder dat er ook maar één professional bij betrokken is die specifiek is opgeleid om dit soort beoordelingen te doen. Ook gezien de kosten van een opleiding – grofweg 1,0 tot 1,2 miljoen – is dit bijzonder.” Maarten Tushuizen wijst

nog op het kostenplaatje van uitgebreide selectietrajecten met assessments en externe deskundigen. “We hebben ooit een extern assessmentsbureau betrokken bij onze selectie. Het was verschrikkelijk duur en de vraag is of het echt meerwaarde had.”

Heibel in de keuken

Wil je als opleider de selectieprocedure veranderen, dan zorgt dat bovendien geheid voor heibel in de keuken. Petra Bakker: “Je selectieprocedure objectiever en transparanter maken, is geen hogere wiskunde. Onze grootste uitdaging is de weerstand overbruggen die we ondervinden van de opleidersgroep.” Jeffrey Haans kan erover meepraten. Toen hij voorstelde de selectieprocedure wat transparanter te maken, waren de reacties niet mals. “Ik was verrast door de heftigheid van de reacties die ik terugkreeg.” Hij beseft dat verandertrajecten iets omzichtiger moeten worden aangevlogen. “Je kunt niet zomaar een nieuwe procedure invoeren en verwachten dat iedereen direct meegaat. Verandermanagement is cruciaal, en daar heb ik geen oog voor gehad. Ik dacht: hier is een goed voorstel, geef maar feedback. Maar blijkbaar had ik eerst beter moeten aankondigen dat we überhaupt iets wilden veranderen.”

Rob de Knecht herkent de achterdocht: “De meeste collega’s zijn bang dat ze invloed verliezen op het aannamebeleid. Terwijl ik juist zeg: als we met elkaar de competenties vaststellen die we belangrijk vinden, heb je indirect veel meer invloed op het hele proces dan je nu hebt. Maar de twijfel of we het huidige aannamebeleid moeten veranderen, is groot. De grote uitdaging voor mij is om zoveel mogelijk mensen uit onze opleidingsgroep mee te krijgen en hen constructief te laten meedenken.” Jeffrey is het met hem eens: “Het is een tergende job, maar als je geen aandacht besteedt aan het meenemen van collega’s, gaat het niet werken.” Petra Bakker beaamt dit: “We zijn nu vijf jaar bezig en nog steeds ervaren we weerstand. Het is een kwestie van lange adem. Maar elke kleine stap vooruit zien we als een stap in de goede richting.”

Jeffrey Haans:

‘Ik vind het heel mooi en ambitieus om als beroepsgroep een afspiegeling van de samenleving te willen zijn, maar ik denk dat dat totaal irreëel is.’

Ook Durk de Vries ondervindt tegenstand. “Ik vind de discussies over dit thema altijd bijzonder vermoeiend en ingewikkeld, terwijl ik het wel belangrijk vind dat we in de vakgroep minder eenvormig zijn.” Hij ziet wel goede voorbeelden bij andere opleidingen in zijn regio. “Daar werken bijvoorbeeld een aantal mensen met een moslimachtergrond, die discipline overstijgend onderwijs geven aan artsen over levenseindegesprekken of slechtnieuwsgeprekken met moslims, waardoor je dergelijke patiënten beter snapt. Dan zie je dat op dat vlak enorme winst te behalen is.⁶ Maar zodra ik erover begin, protesteren mijn collega’s, omdat ze bang zijn om mensen voor te trekken.” Maarten Tushuizen reageert meteen: “Het is niet ‘voortrekken’, maar gebruikmaken van competenties die andere kandidaten niet hebben. Als iemand bijvoorbeeld Turks of Papiaments spreekt, kan dat meerwaarde hebben.” Petra Bakker en Rob de Knecht beamen dit.

Betere zorg

De vraag blijft of een vernieuwde selectieprocedure de diversiteit daadwerkelijk zal vergroten. Petra Bakker: “Binnen de geneeskunde doen we het nog te kort om zeker te weten of het werkt. Ik kan alleen maar de analogie trekken met eerdere onderzoeken van deskundigen die hiernaar hebben gekeken. De resultaten die we al wel zien is dat we nu geen 100 procent gepromoveerden meer aannemen. Bovendien kunnen we door de objectieve en transparante criteria in de selectieprocedure de afwijzingen beter onderbouwen.” De meeste opleiders zien dat laatste als een substantiële verbetering. Petra Bakker ziet nog een voordeel: “Als je niet meer alleen selecteert op het hebben van een doctorstitel, maar ook kijkt naar

competenties als onderwijs, innovatie en leiderschap, geven we geneeskundestudenten en basisartsen de kans om hun hart te volgen. Dat zorgt uiteindelijk voor minder uitval, is de verwachting.”

En wordt de zorg er uiteindelijk beter door? Sommige opleiders zijn ervan overtuigd dat verschillende culturele achtergronden, competenties en persoonlijkheden in een vakgroep ook de patiëntenzorg ten goede komt; anderen nuanceren dat. Petra Bakker is nog het meest concreet: “We weten dat de zorg bijvoorbeeld niet genderneutraal is. Er zijn genoeg onderzoeken gedaan waaruit blijkt dat mannen op mijn vakgebied bijvoorbeeld sneller geneigd zijn om een keizersnede te doen in een bepaalde situatie, waar vrouwelijke artsen dat niet doen. Je ziet het ook bij het voorschrijven van psychofarmaca.” Als laatste verwijst ze naar de COVID-19-pandemie toen artsen, verpleegkundigen en gezondheidsvoorlichters met een migratieachtergrond de wijken introkken, en op die manier de vaccinatiebereidheid onder bepaalde doelgroepen wisten te vergroten. “Dus er zijn genoeg voorbeelden dat de gezondheidszorg er in die zin beter van wordt.”

Referenties

1. ‘De sociaaleconomische achtergrond van MDL-artsen: hoe inclusief is de MDL-sollicitatieprocedure?’, MAGMA 1-2025 (pag. 25-29)
2. Medisch Contact: Artsen hebben vaak rijke ouders die zelf ook arts zijn: <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/nieuwsartikel/artsen-hebben-vaak-rijke-ouders-die-zelf-ook-arts-zijn/>
3. ‘De sociaaleconomische achtergrond van MDL-artsen: hoe inclusief is de MDL-sollicitatieprocedure?’, MAGMA 1-2025 (pag. 25-29)
4. Podcast over ‘The leaky pipeline’: <https://www.medischcontact.nl/actueel/podcasts/podcast/de-leaky-pipeline-in-het-onderwijsstelsel-ambitie-genoeg-maar-last-van-kan-senongelijkheid>
5. ‘Naar een toekomstbestending selectieproces’, MAGMA 1-2025 (pag. 34-37)
6. “Hoe communiceer jij jouw medische plicht?”, MAGMA 1-2025 (pag. 14-17)



Naar een toekomstbes diversiteit en objectiviteit

Het zorglandschap ontwikkelt zich razendsnel. Zorgvragen worden steeds complexer, technologie beïnvloedt de dagelijkse praktijk en multidisciplinaire samenwerking is de nieuwe standaard. Dit vraagt om een nieuwe generatie artsen die niet alleen uitblinkt in medische deskundigheid, maar ook beschikken over leiderschap, digitale geletterdheid en het vermogen om effectief te werken binnen dynamische netwerken. De behoefte aan een diverse en flexibele beroepsgroep is groter dan ooit.^{1,2}

Ondanks deze veranderende realiteit blijft de selectie van artsen in opleiding vaak traditioneel van aard: een blik op het cv, een paar referenties en een ongestructureerd gesprek. Deze aanpak is vatbaar voor onbewuste vooroordelen, waardoor de neiging om kandidaten te kiezen die het meeste op onszelf lijken, wordt versterkt.^{3,4,5} Maar in een tijd waarin transparantie, objectiviteit en diversiteit steeds belangrijker worden, evenals gelijke kansen, is het noodzakelijk deze procedures te herzien.

Dit artikel bespreekt de noodzaak van het moderniseren van werving- en selectieprocedures, passend bij de nieuwe eisen van de zorg. We behandelen verschillende selectie-instrumenten die bijdragen aan meer objectieve, eerlijkere en transparantere beslissingen en delen inzichten over hoe

een vernieuwd selectieproces de diversiteit en representativiteit binnen de medische beroepsgroep kan bevorderen. Het is tijd om te kiezen voor de artsen die de zorg van de toekomst kunnen dragen.

Aanleiding en basisprincipes

Voor het waarborgen van toekomstbestendige zorg is het cruciaal dat we een diverse groep artsen opleiden. Een diverse medische staf draagt bij aan betere patiëntuitkomsten, omdat zij een bredere kijk op zorg meebrengt en beter kan aansluiten bij de behoeften van diverse patiëntengroepen. Daarnaast bevordert diversiteit innovatie door een breed scala aan perspectieven en ervaringen in te brengen. Wanneer deze diversiteit verloren gaat, wordt het potentieel voor vooruitgang in de gezondheidszorg beperkt. Helaas toont de huidige samenstelling van artsen een ander beeld. In de Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) is de diversiteit bijvoorbeeld nog beperkt: minder dan 10 procent van de MDL-artsen heeft een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Caribische achtergrond. Terwijl in 2050 naar verwachting 35 procent van de Nederlandse bevolking een migratieachtergrond zal hebben. Ook is de man-vrouwverhouding niet in balans, met een verhouding van 60:40.⁶

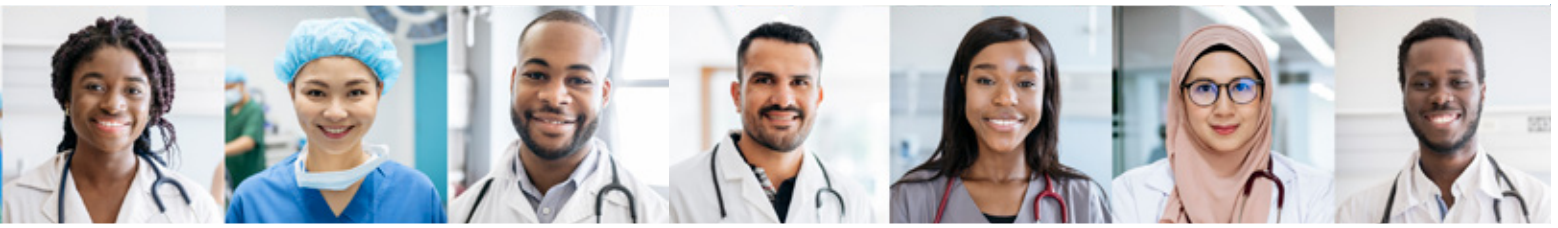
Bij diversiteit gaat het niet alleen om diversiteit in sociaal- culturele achtergrond maar

ook om diversiteit in profielen. Het huidige selectieproces legt vaak de nadruk op kandidaten met een wetenschappelijk profiel en een afgeronde promotie. Hoewel promotieonderzoek waardevolle vaardigheden kan ontwikkelen, wordt het vaak als vereiste gezien om geselecteerd te worden. Dit kan leiden tot externe motivatie voor het volgen van een promotietraject, uitval en verlengde promotietrajecten, die met gemiddeld vijf en een half jaar al lang duren. Gedurende die periode zijn deze artsen vaak minder of niet actief in de klinische praktijk, wat in de huidige krappe arbeidsmarkt onwenselijk is.⁷

Een toekomstbestendige beroepsgroep vraagt om artsen met diverse profielen en vaardigheden die elkaar aanvullen binnen teams. Selectieprocedures moeten daarom ruimte bieden voor verschillende talenten en ervaringen, zoals leiderschap, innovatie, onderwijs en preventie. Het erkennen en waarderen van deze bredere set vaardigheden maakt artsen veelzijdiger en vergroot hun betrokkenheid en langdurige inzet. Diversiteit is een essentiële voorwaarde voor kwaliteit, waarmee we het beschikbare talent optimaal kunnen benutten en een duurzame beroepsgroep creëren.^{1,8,9}

Ongelijkheid in kansen

Het is geen geheim dat er structurele ongelijkheden bestaan in de kansen die



tendig selectieproces: in de werving van aios

kandidaten krijgen. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat kandidaten met een westerse achtergrond zonder promotie vaker worden toegelaten tot opleidingen dan gepromoveerde kandidaten met een niet-westerse migratieachtergrond.¹⁰ Deze ongelijkheid moet worden aangepakt om een eerlijker speelveld te creëren. Alleen door deze ongelijkheden te verminderen, kunnen we streven naar een selectieproces dat werkelijk objectief en rechtvaardig is voor alle kandidaten.

De roep om een transparanter en objectiever selectieproces, waarbij kandidaten langs dezelfde lat worden gelegd, wordt steeds sterker. De Geneeskundestudent, De Jonge Specialist en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) pleiten voor een herziening van de selectieprocedures, waarbij selectie-instrumenten met een hoge validiteit worden gebruikt. Dit zorgt ervoor dat kandidaten objectief kunnen worden beoordeeld op basis van een breed scala aan competenties. Deze beweging naar meer diversiteit en gelijke kansen wordt niet alleen ondersteund in de medische wereld, maar ook door het bedrijfsleven en de overheid. Het is tijd voor verandering.^{11, 12, 13}

Selectie-instrumenten en praktische richtlijnen

Selectie-instrumenten kunnen worden

onderverdeeld in ongestructureerde en gestructureerde instrumenten (zie tabel 1). Ongestructureerde instrumenten, zoals het beoordelen van cv's en open interviews, hebben vaak een beperkte voorspellende waarde. Ze zijn gevoelig voor subjectiviteit, missen transparantie en de uitkomst is vaak afhankelijk van wie de beoordeling uitvoert en hoe deze persoon de informatie weegt. Het resultaat is een selectieproces dat onvoorspelbaar kan zijn en wordt beïnvloed door onderbuikgevoelens.

Gestructureerde instrumenten bieden daarentegen een meer objectieve benadering. Deze methoden zijn meetbaar en gebaseerd op vooraf vastgestelde criteria. Ze maken gebruik van gestructureerde gegevens om kandidaten op een meer uniforme manier te beoordelen, wat leidt tot betrouwbaardere en meer voorspelbare uitkomsten. Toch wordt er nog steeds veel vertrouwd op traditionele methoden zoals cv's en ongestructureerde open interviews, terwijl deze methoden vaak onvoldoende onderscheidend zijn. Maar ook motivatiebrieven en referenties die meestal eenzelfde beeld van de 'perfecte' kandidaat schetsen, met referenten die zelden kritisch zijn.

Een doel van selectie is het voorspellen van toekomstig gedrag, waarbij eerder vertoond gedrag vaak een goede aanwijzing biedt voor dit toekomstige gedrag. Om dit gedrag

en bijbehorende competenties nauwkeurig te beoordelen, is het gestructureerde interview volgens de STARR-methode (Situatie, Taak, Actie, Resultaat, Reflectie) onmisbaar. In deze methode deelt de kandidaat een praktijkvoorbeeld waarin een specifieke competentie werd ingezet, beschrijft wat hij of zij heeft gedaan, het resultaat en de eigen reflectie daarop. Dit maakt gesprekken consistent en verhoogt de voorspellende waarde. Het vergelijken van werkervaring en opleidingen op een objectieve en eerlijke manier is ook essentieel in het gelijkwaardig behandelen van kandidaten. Sollicitatieformulieren, desgewenst anoniem, kunnen hierbij ondersteunen, door werkervaring en opleidingen gestructureerd vast te leggen, zoals anders in een cv zou gebeuren.

Arbeidsproeven en situationele beoordelingstesten (SJT's) zijn instrumenten om praktische vaardigheden en probleemoplossend vermogen te testen. Hoewel deze methoden tijd en geld kosten, kunnen ze een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de selectie. Werkervaring wordt vaak als een eenvoudiger alternatief ingezet, maar is vaak subjectief. Wil je werkervaring toch gebruiken? Maak het dan meetbaar en transparant door vooraf vast te leggen welke aspecten en competenties je in een kandidaat zoekt, bijvoorbeeld in de vorm van een portfolio met duidelijke vooraf vastgestelde criteria.^{3, 4, 5}



Ongestructureerde Instrumenten	Gestructureerde Instrumenten
Cv's	Sollicitatieformulier m.b.t. relevante kwalificaties
Ongestructureerde interviews	Gestructureerde interviews
Motivatiebrieven of 'personal statements'	Arbeidsproeven
Werkervaring	Situationele beoordelingstests
Referentie's	Persoonlijkheidstest
	Cognitieve Capaciteitstest
	Cijfers vooropleiding

Tabel 1. Overzicht van de verschillende selectie-instrumenten met een onderverdeling naar gestructureerd en ongestructureerd.

Het ontwerpen van een effectieve selectieprocedure

Het ontwerpen van een effectieve selectieprocedure begint met een zorgvuldige voorbereiding. Zoals Daniel Kahneman in 'Thinking, Fast and Slow' beschrijft, moet je de overstap maken van intuïtief naar analytisch denken. Dit helpt om biases en denkfouten te voorkomen en draagt bij aan een transparanter en objectiever proces.¹⁴

Een praktisch stappenplan voor het ontwerpen van een selectieprocedure ziet er als volgt uit:

- 1. Behoeftenanalyse: wat heb je nodig?**
Welke functie-eisen, competenties¹⁵ en eigenschappen zijn van belang? Stel ook de voorwaarden vast, zoals het aantal jaren werkervaring of de vereiste van een (afgeronde) promotie.
- 2. Instrumenten kiezen: gebruik passende gestandaardiseerde en gevalideerde selectie-instrumenten om relevante, vooraf gestelde eigenschappen en competenties te meten en druk deze uit in scores (bijvoorbeeld 5-punts likertscale).**
- 3. Gewichten toekennen: wijs prioriteiten toe door onderdelen verschillend te wegen en stel minimumcriteria vast.**
- 4. Keuze maken: kies de kandidaat met de meeste punten.**

5. Documentatie en evaluatie: Leg alle stappen vast in een standard operating procedure (SOP). Dit document bevat ook andere items zoals richtlijnen voor een inclusieve vacaturetekst (zie bijvoorbeeld Toolkit inclusieve werving en selectie van Erasmus¹⁶) en de samenstelling van de selectiecommissie.

6. Continue verbetering: plan jaarlijkse evaluaties om van ervaringen te leren en de procedure aan te passen waar nodig.

Het samenstellen van een diverse selectiecommissie is essentieel, omdat mensen vaak onbewust geneigd zijn kandidaten te kiezen die op henzelf lijken. Een diverse commissie kan helpen om dit effect te neutraliseren en meer objectieve beslissingen te nemen.^{3, 4, 5}

Een voorbeeld van hoe een selectieprocedure zou kunnen worden ingericht is te vinden in figuur 1. Deze figuur toont het stappenplan van de werving en selectie van aios Gynaecologie voor de OOR Noordwest Nederland.

Uitdagingen en reflectie

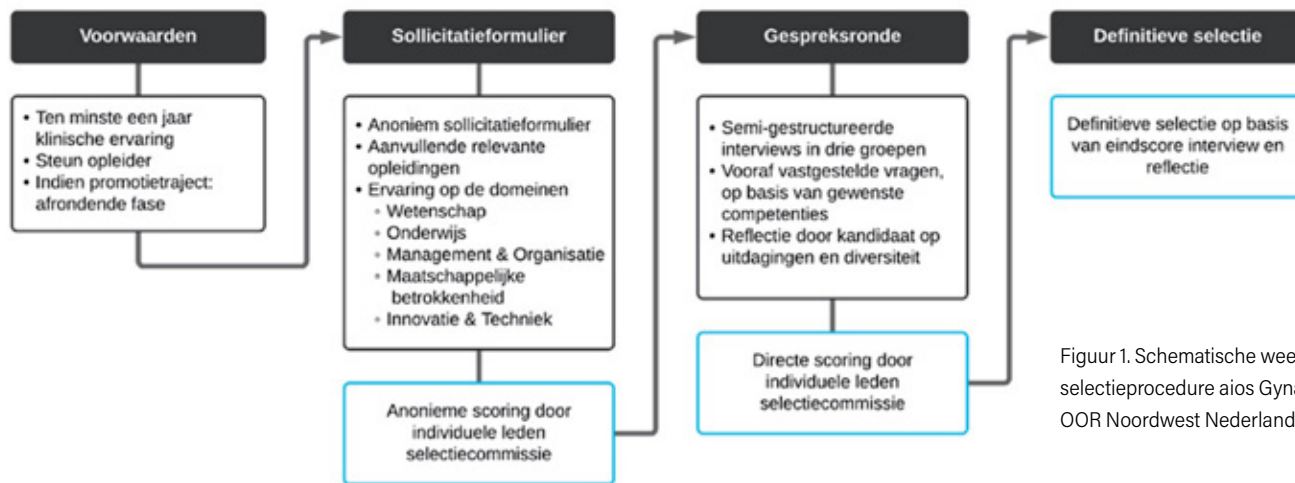
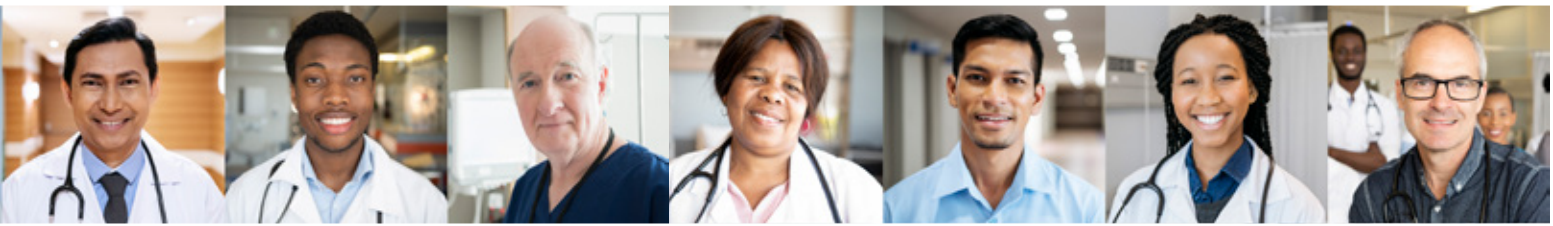
Een van de grootste uitdagingen is het vinden van de balans tussen objectieve data en subjectieve inzichten. Hoewel de

literatuur duidelijk aantoont dat ongestructureerde methoden zoals motivatiebrieven en referenties vaak te subjectief zijn, blijft het geloof in intuïtie en 'onderbuikgevoel' bestaan. Dit kan leiden tot inconsistente en bevooroordeelde beslissingen.

Een ander punt van discussie is de waardering van verschillende soorten ervaring. Promotieonderzoek wordt vaak gezien als de gouden standaard, maar er rijst steeds meer kritiek over de overwaardering hiervan, zeker ten opzichte van andere waardevolle ervaringen. Diverse profielen, zoals ervaring in onderwijs, leiderschap en innovatie, zijn minstens zo belangrijk voor het ontwikkelen van een toekomstbestendige arts en beroepsgroep.⁷ Het erkennen van deze diversiteit in competenties en achtergronden zorgt ervoor dat verschillende vaardigheden en perspectieven samenkomen in een sterk team.¹⁷

Daarnaast is er in de afgelopen jaren, mede door het afnemende aantal opleidingsplaatsen, een groeiende vraag ontstaan naar strategieën om de uitval van aios te beperken.¹⁸ Vaak wordt dan als eerste gekeken naar selectie aan de poort als mogelijke oplossing. Toch blijkt dat het ontwerpen van een selectieproces met als primair doel het voorkomen van uitval in medische vervolgoopleidingen op dit moment (nog) geen realistisch uitgangspunt is.¹⁹ Juist omdat uitval vaak multifactorieel bepaald is.

Het bevorderen van kansengelijkheid in de werving en selectie van medisch specialisten in opleiding is een proces dat tijd, lef en de bereidheid vraagt om traditionele patronen en "heilige huisjes" te doorbreken. Deze "heilige huisjes", zoals vaste voorkeuren voor bepaalde profielen of een ongeschreven



Figuur 1. Schematische weergave van de selectieprocedure aios Gynaecologie OOR Noordwest Nederland.

cultuur waarin selectie op basis van achtergrond of netwerk nog steeds een rol speelt, vormen een uitdaging om te transformeren. Opleiders uit de OOR staan vaak welwillend tegenover verandering, en zijn niet zelden de initiatiefnemers. De meeste weerstand komt vanuit degenen die niet direct betrokken zijn bij het opleiden. De verantwoordelijkheid voor verandering ligt echter bij de opleiders uit de OOR, zij gaan erover, en met de huidige maatschappelijke ontwikkelingen hebben zij de wind mee. Nu is het moment om deze transitie in gang te zetten en rechtvaardigheid en inclusiviteit in het opleidingsproces centraal te stellen.

De leaky pipeline en de toekomst

De vraag blijft of een vernieuwde selectieprocedure daadwerkelijk de diversiteit zal vergroten; vooral diversiteit in sociaal, etnische en culturele achtergronden. Een belangrijke uitdaging is het fenomeen van de ‘leaky pipeline’. De leaky pipeline verwijst naar het verlies van divers talent, eigenlijk al vanaf de basisschool, op verschillende niveaus in de carrière ladder binnen de (medische) wereld. Hoewel

de instroom van diverse groepen – zoals vrouwen en mensen met verschillende etnische achtergronden – bij de start van medische opleidingen vaak substantieel is, neemt hun vertegenwoordiging naarmate de carrière vordert disproportioneel af.²⁰

Om de leaky pipeline aan te pakken, is een systematische benadering nodig. Dit omvat het bevorderen van inclusieve werkculturen, het bieden van gelijke kansen voor professionele ontwikkeling en het opzetten van ondersteunende netwerken en mentorprogramma's. Ook het aanpakken van impliciete biases door middel van training en bewustwording is essentieel. Deze initiatieven sluiten aan bij de doelen van een eerlijker, transparanter en objectiever selectieproces. Door zo'n aanpak kan de uitstroom van talent hopelijk worden beperkt en de diversiteit in de medische wereld worden vergroot.

Conclusie

Het is tijd om het selectieproces voor artsen in opleiding aan te passen aan de veranderende eisen van de zorg. Een modernere

benadering, gericht op objectiviteit, diversiteit en transparantie, is essentieel om de juiste kandidaten te selecteren en een toekomstbestendige, inclusieve beroepsgroep te creëren. Dit vereist het gebruik van valide selectie-instrumenten, een goed doordachte procedure en voortdurende evaluatie. Alleen door het proces kritisch te bekijken en bij te stellen, kunnen we de artsen van morgen de beste kans geven om de zorg van de toekomst vorm te geven.

Dr. P.C.A.M. Bakker, Gynaecoloog-perinatoloog Amsterdam UMC, Associate professor Medical Education VU, Principal Educator ‘Werving en selectie van aios’ UvA Amsterdam.

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 1-2025 (p. 61 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Voedselongelijkheid,

De belangrijkste determinant van welzijn en welvaart gedurende een mensenleven is waar je wieg stond. De plaats waar ik ben geboren (Schiedam, 1974), maakt dat mijn eerste associatie met voeding en ongelijkheid de hongersnood in Ethiopië van 1984 is. De combinatie van televisiebeelden en muziek maakte een blijvende indruk. 'Eén voor Afrika' was de naam van de actie van de samenwerkende hulporganisaties en omroepen, waarmee geld werd ingezameld voor de hongerende kinderen in Afrika. Band Aid, een samenwerking van Britse popartiesten, bracht in november 1984 'Do they know it's Christmas?' uit. In januari 1985 volgde 'We are the world' van USA for Africa. Op 13 juli 1985 werd 'Live Aid' georganiseerd: een achttien uur durend benefietconcert van een indrukwekkende verzameling popartiesten, die achtereenvolgens vanuit Wembley in Londen en het JFK Stadium in Philadelphia de wereld trakteerden op hun muziek (Afbeelding 1).

Ik rende op die warme zomerdag elke 45 minuten naar de cassette recorder om alles van de radio op te nemen. Band Aid, USA for Africa en Live Aid brachten samen ruim 200 miljoen dollar op. In Ethiopië stierven meer dan 400.000 mensen door burgeroorlog en hongersnood. Door tv-beelden en muziek werd ik als jongetje in West-Europa, bewust van ongelijkheid en honger in de wereld.



Afbeelding 1. Live Aid (1985)

Veranderingen sinds 1984
Sinds 1984 zijn honger en ongelijkheid in de wereld geleidelijk aan afgenomen, maar zeker niet verdwenen. Ook in de 21e eeuw gaan nog steeds belachelijk veel mensen dood van de honger, vooral in Afrika.¹ Dit haalt echter maar zelden het nieuws. Op Netflix is sinds 2024 de documentaire 'The greatest night in pop' te zien over de opnames van USA for Africa.

De overvloed aan voeding, die in de Westerse wereld sinds de jaren '50 bestond, is verder toegenomen. Met de groeiende welvaart is ook de consumptie van dierlijke producten wereldwijd fors gestegen. We eten meer dierlijke eiwitten dan goed voor ons is. Om vlees en zuivel te produceren maken we op een buitengewoon inefficiënte manier gebruik van de wereldwijd beschikbare landbouwgrond.² Tachtig procent van de landbouwgrond wereldwijd wordt gebruikt voor veeteelt, terwijl minder dan twintig procent wordt gebruikt voor de teelt van groenten en fruit voor menselijke consumptie (Figuur 1). Het land dat wordt gebruikt

voor veeteelt voorziet slechts in 17 procent van de caloriebehoefte en 38 procent van de eiwitbehoefte van de wereldbevolking.

Sinds de jaren '70 heeft de beschikbaarheid van ultra-bewerkte voedingsmiddelen een enorme vlucht genomen. De levensmiddelenindustrie is erin geslaagd ons te verleiden tot de consumptie van grote hoeveelheden ultra-bewerkt voedsel, dat over het algemeen te zoet, te zout en/of te vet is om gezond te zijn.

Epidemie van welvaartziekten

Ongezonde voeding heeft een groter negatief effect op de gezondheid van de wereldbevolking dan alcohol en roken samen.³ Terwijl de sterfte als gevolg van honger wereldwijd is afgenomen, neemt de sterfte ten gevolge van welvaartziekten wereldwijd toe. Dit gebeurt vooral in niet-westerse landen, waar de capaciteit en kwaliteit van de gezondheidszorg niet toereikend zijn om deze sterfte te voorkomen. In rijke landen zijn kwaliteit en capaciteit van de gezondheidszorg momenteel nog toereikend, maar

de leeftijd waarop de gemiddelde burger zijn of haar eerste chronische ziekte krijgt, is gedaald van 54 naar 42 jaar. Het is niet verrassend dat dit leidt tot meer druk op de zorg. De plek waar je wieg stond, is medebepalend voor de kans op obesitas, diabetes type 2, nierziekten en diverse maligniteiten.

Voor de gemiddelde Nederlander zou het goed zijn om meer groenten, peulvruchten en fruit te eten, ten koste van de hoeveelheid dierlijke producten en ultra-bewerkte voeding. Gezond eten is echter makkelijker gezegd dan gedaan. In de supermarkt heeft tachtig procent van de aangeboden levensmiddelen niets met gezonde voeding te maken. Om je boodschappenkarretje te vullen met gezonde producten, moet je eerst weten wat gezonde voeding is en hoe dit te bereiden. Daarnaast heb je voldoende tijd, geld en liefst ook een gevulde maag nodig om de juiste keuzes te kunnen maken. Uiteraard is er ook een relatie tussen voedselvaardigheden en sociaaleconomische status.

niets aan te doen?

'Wicked problems'

Zowel de honger in de wereld, de epidemie van welvaartsziekten als de ongelijkheid op het gebied van voedselvaardigheden zijn voorbeelden van zogenaamde wicked problems. Dit zijn complexe en moeilijk oplosbare problemen, die worden gekenmerkt door meerdere, vaak tegenstrijdige belangen die het probleem in stand houden. Ze zijn per definitie niet op te lossen met de vaardigheden en denkkracht van één persoon en vaak gerelateerd aan sociale, economische en ecologische vraagstukken.⁴ Kortom het oplossen van deze problemen zal niet eenvoudig zijn. Persoonlijk lijkt me dat geen reden om het niet te proberen.

Gezonde voeding is de grootste hefboom voor het verbeteren van de gezondheid van mensen, dieren en de planeet.⁵ Anders gezegd: door meer groenten en fruit te eten, en de consumptie van zuivel, vlees en hoog-bewerkt voedsel te beperken, bevordert je veel meer dan alleen je eigen gezondheid.

Bovendien zorgt een hoofdzakelijk plantaardig voedselsysteem wereldwijd voor meer voedselzekerheid, simpelweg omdat er minder grond en water nodig zijn om plantaardige voeding voor iedereen te verbouwen. Je zou bijna zeggen: waar wachten we nog op?

Caring Doctors is een collectief van zorgverleners dat zich inzet om voeding in ziekenhuizen voor patiënten, gasten en personeel meer plantaardig en gezonder te maken. Caring Doctors is onderdeel van de Caring Movement, waarbinnen wordt samengewerkt met boeren, dierenartsen, koks, diëtisten en leraren om de transitie naar een meer plantaardig en duurzaam voedselsysteem te versnellen. Jaarlijks wordt het Caring Congres georganiseerd. Dit jaar vindt het plaats op 8 november.

Waar je wieg ook stond, als medisch specialist in Nederland bevind je je in een bevoorrechte positie. Ik pleit ervoor dat wij,

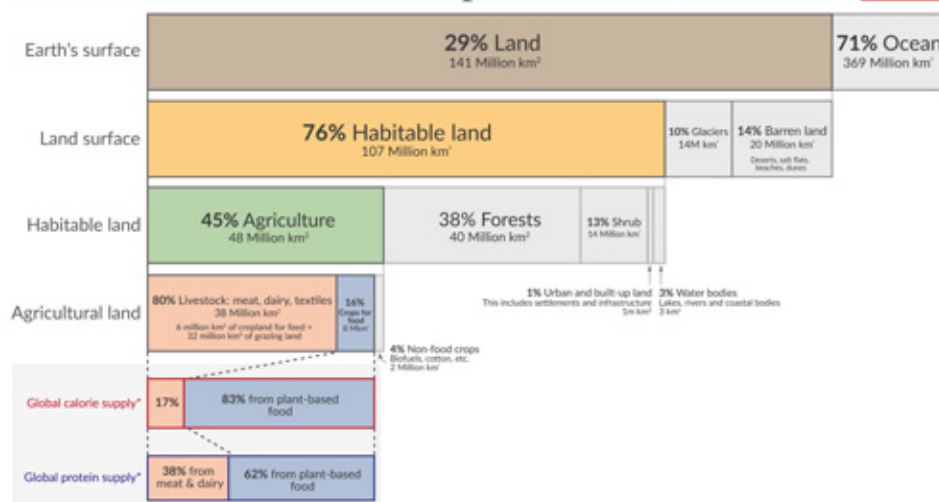
als dokters van de spijsvertering, zowel individueel als collectief, meer inzetten op het stimuleren van een gezond en meer plantaardig voedingspatroon. Naast onze vanzelfsprekende inzet op de werkvloer zijn er veel manieren om hieraan bij te dragen: in het stemhokje bij de volgende verkiezingen, of door een praatje te houden over gezonde voeding in het ziekenhuis of op een school. Zelf wat vaker plantaardig koken of je aansluiten bij Caring Doctors, zijn andere opties. Collectief kunnen we onze beroepsvereniging helpen haar stem te laten horen in het publieke debat over voeding en gezondheid.



Rutger Quispel, MDL-arts Reinier de Graaf Gasthuis en bestuurslid Caring Doctors (www.caringdoctors.org)

Kijk voor de referenties in de pdf van **MAGMA 1-2025 (p. 61 e.v.)** op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Global land use for food production



*Includes fish and seafood from aquaculture production, which uses land for feed. If wild fish catch is also included, animal products would provide 18% of calories and 40% of protein. Data sources: UN Food and Agriculture Organization (FAO) and Poore and Nemecek (2018). OurWorldInData.org - Research and data to make progress against the world's largest problems. Licensed under CC-BY by the authors Hannah Ritchie and Max Roser (September 2020).

Figuur 1. Global land use for food production

[ADVERTENTIE]

Kansenongelijkheid in de spreekkamer

Een *normaal* gesprek



Harm Prins,
geestelijk verzorger Erasmus MC

Het merendeel van de MDL-artsen is, zo wordt mij verteld, wit, man en seculier en dit lijkt alleen maar meer te worden. Reden voor dit themanummer en reden waarom ik ben gevraagd om als geestelijk verzorger iets te zeggen over de aanname die daaruit voortkomt: Voor MDL-artsen kan het soms een uitdaging zijn om zich volledig in te leven in patiënten met een religieuze achtergrond, niet alleen vanwege mogelijke verschillen in geloof, maar ook door bredere verschillen in culturele achtergrond en waarden. Ik zal hierop ingaan door het religieuze breder te trekken en te spreken van waarden en betekenis. Vanuit het perspectief van de geestelijk verzorger dus: de spirituele dimensie van zorg.

Geestelijk verzorger?

Zelf zeg ik altijd dat ik een van de weinigen ben binnen het Erasmus MC die niet is opgeleid als hulpverlener, maar als filosoof/theoloog. Het doel van geestelijke verzorging is niet dat mensen 'verder kunnen', maar dat zij (opnieuw) in verbinding komen te staan met hetgeen dat voor hen ten diepste van waarde of betekenis is.

Geestelijk verzorgers zijn academisch geschoold in theologie en filosofie en worden getoetst op een eigen doorleefde spiritualiteit. Die geleerdheid in wijsheidstradities en deskundigheid op het gebied van ethiek en spiritualiteit vormen de expertise waaruit ik mensen begeleid. Niet om hulp te verlenen, maar om de reflectie te begeleiden of de innerlijke dialoog aan te gaan.

Zo begeleiden geestelijk verzorgers mensen in reflectie en dialoog met zichzelf of met elkaar. De geestelijk verzorger is steeds de begeleider die de betrokkenen helpt de verschillende stemmen te verstaan en daarin tot een afweging te komen die verbindend en waardevol is. Bijvoorbeeld wanneer er moeilijke keuzes gemaakt moeten worden of bij situaties waarin normen en waarden met elkaar botsen.

Verschillende werelden en verschillende talen

Niet alles wat wordt gezegd is bedoeld zoals jij het verstaat

De benadering vanuit dialoog en reflectie maakt dat ik als geestelijk verzorger anders kijk naar het gesprek tussen arts en patiënt. Ik richt me op de (mogelijk) diepere betekenis van wat er wordt gezegd. En bij con-

flicten ben ik degene die allereerst laat zien dat er verschillende (belevings)werelden met elkaar in gesprek zijn. Dat men in feite verschillende talen spreekt. Vervolgens zet ik mijn deskundigheid in om die werelden voor elkaar verstaanbaar te maken. Zo wilde een arts eens dat ik een echtgenote van een patiënt zou uitleggen dat de patiënt zou gaan overlijden. In haar ogen begreep de echtgenote dat niet, omdat ze maar bleef bidden om een wonder. De echtgenote vertelde mij echter dat ze heel goed wist dat de haar man doodging en dat ze juist daarom bad om een wonder. De dokter hoefde dat niet steeds weer te zeggen, zij kon immers niets meer doen...

Ik hoor de verschillende stemmen en de verschillen in normen en waarden, die lang niet altijd worden opgemerkt, laat staan uitgesproken. En ik zie de ongelijkheid die hierdoor in een gesprek kan ontstaan. Bijvoorbeeld wanneer een dokter spirituele uitingen ziet als ontkennend of irrationeel. Of wanneer normen en waarden als universeel worden gezien, terwijl ze soms haaks staan op hoe de ander in het leven staat. Doordat het één (meestal de visie van de arts) als 'normaal' ervaren wordt en het andere niet.

Wat is normaal?

Ieder mens is uniek, jij ook

Als mens beoordelen we de buitenwereld - en dus ook de andere mens - automatisch vanuit onze eigen context. Vanaf onze vroegste jeugd, ik denk dat je kunt zeggen al voor onze geboorte, raken we gewend aan wat in onze directe omgeving als gewoon wordt ervaren. In die vroegste ontwikkeling bestaat er nog geen onderscheid tussen

[ADVERTENTIE]

het individu (zelf) en de buitenwereld (objecten). Dat onderscheid ontstaat pas bij de ontwikkeling van ons bewustzijn, waarin we onszelf als individu leren onderscheiden van onze omgeving. Dit proces zet zich voort in de ontwikkeling van onze persoonlijkheid, waarin we onze eigen persoon afbaken in relatie tot anderen.

In die fase wordt dat wat gewoon is tot norm gesteld in ons toetsen van de wereld om ons heen. De omgevingsfactoren en gewoonten waarin we ons hebben ontwikkeld zijn dan tot norm geworden waarmee we onderscheid kunnen maken tussen veilig en onveilig. Of, met andere woorden: tussen wat we als normaal beschouwen (binnen onze eigen normen) en wat we als afwijkend zien (buiten onze eigen normen). 'Normaal' is dus niets meer dan de onderbewuste, subjectieve bril waarmee we de wereld om ons heen indelen in veilig en onveilig. En dat deze indeling subjectief is, daar zijn we ons niet van bewust, omdat je bewustwording zich binnen de grenzen van jouw normaal heeft ontwikkeld.

Bewustwording

Maak jezelf bewust van je eigen oordelen en aannames

In een oprechte en gelijkwaardige dialoog met de ander helpt het om je steeds bewust te zijn van je eigen 'normaal'. Van het feit dat jouw eigen normen en waarden niet universeel zijn en dat de ander er dus op een andere manier naar kan kijken. Je kunt jezelf hiervoor steeds de volgende vragen stellen - vooral als je je afvraagt waarom het in de relatie tot je patiënt niet 'normaal' verloopt: Welke normen en waarden zijn voor mij belangrijk, niet alleen als arts maar ook als persoon? Hoe ben ik gevormd in mijn (vroegste) jeugd? En op welke manier beïnvloedt dat mijn beleving van deze casus? Waarin ben ik anders dan mijn patiënt? Maak jezelf ervan bewust dat ook jij uniek bent en niet 'normaal'. Zo wordt je minder normatief en ontstaat er meer openheid en ruimte om de ander te begrijpen.

Sensitieve in plaats van normatieve communicatie

Zonder aannames en zonder oordeel vragen naar betekenis en zingeving

Probeer niet normatief te communiceren (volgens hoe het 'hoort', vanuit jouw normaal), maar sensitief (inlevend en open naar de ander). Onbewuste aannames en communicatie vanuit de norm leiden vaak tot misverstanden en ongelijkheid.

Jouw aanname dat jouw patiënt met hoofddoek geen palliatieve sedatie wil, kan ertoe leiden dat zij niet over deze mogelijkheid geïnformeerd wordt en dus ook geen keuze heeft. Of de aanname dat euthanasie geen issue is voor een witte meneer met een mannelijke partner kan ervoor zorgen dat hij als gelovige vindt dat je daar als dokter wel erg makkelijk over begint.

Het kan ook zijn dat je je wel bewust bent van de waarden en normen van de patiënt maar dat deze zo verschillen van die van jou dat het gesprek over de behandeling daarvoor moeizaam verloopt. Hoe ga je bijvoorbeeld om met een patiënt die bloedtransfusie weigert, maar op elk ander vlak maximaal behandeld wil worden?

Vraag een patiënt naar wat voor hem of haar belangrijk is in het leven. Hoe hij of zij zijn of haar ziekte ervaart en welke betekenis die heeft in zijn leven. Vraag of er zaken zijn die zo belangrijk, waardevol of heilig zijn dat jij daar als arts rekening mee dient te houden. Vaak ontstaat er dan openheid in plaats van discussie. Omdat de patiënt zich gezien en gewaardeerd voelt, omdat je de moeite neemt om de mens achter de patiënt te leren kennen, in plaats van hen alleen te zien als een diagnose met een behandelplan. Je versterkt de behandelrelatie en verkleint de kans dat je essentiële waarden over het hoofd ziet.

COLOFON

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

Oplage

2700 exemplaren

Redactie

Kirill Basiliya
Geert Bulte
Sietske Corporaal
Carina Verstraete
Renée Duijzer
Marina Grubben
Clasine de Klerk
Rob de Knecht
Ger Koek
Lieke Koggel
Govert Veldhuijzen
Fanny Vuik
Rachel West

Interviews

Monique Koudijs
Erik Visser

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

Dr. R.J. de Knecht,
hoofdredacteur MAGMA
Erasmus MC
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM
E-mail: r.deknecht@erasmusmc.nl

Abonnementen

Secretariaat NVMDL
Postbus 657
2003 RR Haarlem
E-mail: secretariaat@mdl.nl

Vormgeving

AC+M, Woerden

Druk

Deltabach Grafimedia BV
Nieuw-Vennep
ISSN: 1384-5012

MAGMA

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

COVERFOTO

iStock

Stage in de verslavingszorg als aios



Koos de wit:

'Ik hoop dat er in de toekomst een hechtere samenwerking komt tussen de Maag-, Darm-, Leverziekten en Verslavingsgeneeskunde. Middelenmisbruik komt namelijk heel veel voor.'

Gedurende mijn vooropleiding bij de Interne Geneeskunde (IG) in het Spaarne Gasthuis (SG) heb ik deelgenomen aan het aios-ontwikkeltraject van het SG. Tijdens dit traject maakte ik een persoonlijkheidstest, kreeg ik begeleiding van een coach en namen we samen met aios uit verschillende disciplines deel aan meerdere interviewsessies. Tijdens een van de gesprekken kwam mijn wens naar voren om nog een extramurale stage te volgen. Mijn coach had contacten bij Jellinek in Amsterdam en in overleg met mijn opleiders IG (Joost van der Heijden) en MDL (Johan Kuijvenhoven) besloot ik twee maanden te besteden aan de Verslavingsgeneeskunde.

High Care Detox (HCD)

Ik werkte op de High Care Detox (HCD) kliniek van Jellinek onder leiding van de verslavingsartsen Jelmer Weijs en Niki Lijftogt. In de HCD worden mensen opgenomen voor een detox van allerlei (combinaties van) middelen. Van GHB tot crystal meth, van cocaïne tot alcohol, alles heb ik voorbij zien komen. Ik schrok enigszins van de hoeveelheid middelen die mensen tot zich namen. Tijdens mijn promotieonderzoek bij patiënten met gedecompenseerde levercirrose kwam ik ook veel in aanraking met verslaving, maar dit was echt next level. Medisch-inhoudelijk was het reuze interessant, met ernstige leverenzymstoornissen, elektrolytstoornissen en verschillende stoornissen in het bloedbeeld.

Ik nam cliënten op, waarbij het essentieel was om exact te weten hoeveel middelen ze recent hadden gebruikt, hoe lang ze dit al deden en bovenal, wanneer ze voor het laatst hadden ingenomen. Het kwam vaak voor dat mensen tijdens de anamnese onder invloed voor je zaten. Toch moest ik proberen om de anamnese zo volledig mogelijk te doen, zodat ik kon inschatten hoe iemand

het beste kon worden ingesteld op medicatie en welke ontwenningverschijnselen te verwachten waren. De eerste 48 uur wordt geprobeerd mensen zo comfortabel mogelijk te krijgen voordat gestart wordt met het afbouwen van medicatie. Vanuit verslavingsoogpunt is het echter vaak lastig om te ontdekken of iemand meer medicatie nodig heeft vanuit zijn/haar verslaving, of dat er daadwerkelijk sprake is van ontwenning en iemand daardoor niet comfortabel is.

Ook liep ik de dagelijkse visite in de kliniek. Samen met de verpleegkundige bezocht ik alle cliënten. Na de 'instelfase' volgt de 'afbouwfase'. Als deze fase goed verloopt, wordt er breder gekeken of iemand nog hulp nodig heeft bij andere zaken, zoals schulden, problemen met studie of werk, of andere sociale problematiek. Deze stage heeft mij opnieuw doen inzien dat mensen niet kiezen voor een verslaving en dat iedereen een reden heeft waarom hij of zij middelen gebruikt. Vaak dempen zij met de middelen gedachten aan heftige gebeurtenissen uit het verleden, en regelmatig speelt er ook persoonlijkheidsproblematiek. Dit is waar we, mijns inziens, in het ziekenhuis

MDL: een enorme verrijking

vaak te weinig oog voor hebben. Wie is de persoon achter de patiënt? Waarom doet hij/zij wat hij/zij doet?

Het is overigens een misverstand dat een detox op zichzelf een behandeling is; het is slechts een opstap naar verdere behandeling. Cliënten werden na de detox vaak nog (poli)klinisch gedurende minimaal zes tot twaalf weken begeleid door een team van psychologen van Jellinek om met behulp van onder andere cognitieve gedragstherapie een daadwerkelijke gedragsverandering te ondergaan. Tijdens de detox vindt altijd een zorgafstemmingsgesprek plaats tussen de ambulante behandelaren en de vervolghandelaren, om de transitie naar de volgende stap zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Thuis achter de voordeur

In mijn laatste week liep ik mee met het Verslaving Intensief Team (VIT). Dit team fungeert als een soort crisisdienst binnen Jellinek. Behandelaren uit dit team gaan actief bij mensen langs om te beoordelen of bijvoorbeeld een crisisopname noodzakelijk is. Ik heb met dit team achter veel voordeuren mogen kijken, wat een bijzonder inkijkje gaf in het leven van de bezochte mensen. Zo bezochten we meerdere keren per week iemand die op de wachtlijst stond voor alcohol-detox, om intramusculair thiamine toe te dienen. Ook was het advies - hoe gek dat misschien ook klinkt - om niet zelfstandig te stoppen met alcohol, maar om 'te stabiliseren' op de huidige dosering. Dit om een onttrekkingsdelier of -insult te voorkomen.

Motiverende gespreksvoering

Tijdens deze stage heb ik ook een cursus 'motiverende gespreksvoering' kunnen volgen. In deze cursus leer je hoe je een probleem bespreekbaar maakt en agendaert, hoe je goed uitvraagt wat iemands motivatie is om middelen te gebruiken, wat de motivatie is om te stoppen, welke doelen je samen kunt stellen en hoe je deze evalueert. De skills die ik bij deze cursus heb geleerd, zijn ook in het ziekenhuis veelvuldig toepasbaar, bijvoorbeeld bij het veranderen van een dieet of leefgewoonten. Als je weet waar je in zo'n gesprek op moet letten, is het als dokter veel eenvoudiger om de patiënt daadwerkelijk in beweging te krijgen en resultaat te behalen, in plaats van eindeloos te zenden zonder een echte verandering in gang te zetten.

Verslaving is een ziekte van de hersenen. Bij patiënten met een verslaving zijn de beloningspatronen veranderd, en een terugval is vaak heviger dan de episode daarvoor. Alleen met adequate motivatie van de patiënt zelf en met verandering van het systeem rondom de patiënt is er kans op abstinentie.

Interprofessioneel opleiden

Ik heb enorm veel geleerd van de artsen en behandelaren binnen Jellinek. Tegelijkertijd heb ik mijn MDL-kennis met hen kunnen delen. Samen hebben we regelmatig lab-afwijkingen geïnterpreteerd, met name leverenzymstoornissen. We bespraken welke afwijkingen nog konden passen bij middelengebruik en wanneer aanvullende diagnostiek noodzakelijk was bij niet goed dalende leverenzymen na het staken van middelengebruik? Voor de detoxkliniek heb

ik hierover een onderwijsmoment georganiseerd, dat ik later dit jaar nogmaals zal herhalen voor alle artsen van Jellinek.

Concluderend was deze stage in de Verslavingsgeneeskunde voor mij een enorme verrijking. Het was erg leerzaam om het systeem van de verslavingszorg te leren kennen en inzicht te krijgen hoe de lijntjes lopen. Daarnaast heb ik mij verdiept in de pathogenese van verslaving, de behandeling ervan en motiverende gespreksvoering. Ik hoop dat er in de toekomst een hechtere samenwerking komt tussen de Maag-, Darm-, Leverziekten en Verslavingsgeneeskunde. Middenmisbruik komt namelijk heel veel voor. Het voorkomen van episodes van alcoholische hepatitis, alcoholische pancreatitis of andere middelen-gerelateerde ziekenhuisopnames door adequaat ingezette (vervolg)behandeling lijkt mij zinniger dan iemand oplappen en weer naar huis sturen zonder vervolgetraject.

*Koos de Wit, aios MDL Spaarne Gasthuis/
Amsterdam UMC*

[ADVERTENTIE]

Hoe maken we richtlijnen toegankelijker en beter leesbaar?

In MAGMA 1-2024 hebben we het proces van totstandkoming en herziening van medisch specialistische richtlijnen uitgelegd. Dit is een proces dat tegenwoordig grotendeels in multidisciplinaire clustergroepen plaatsvindt. We geven graag een korte update hoe we de richtlijnen die relevant zijn voor de MDL toegankelijker en beter leesbaar maken.

In het afgelopen jaar zijn er verschillende richtlijnen gepubliceerd, zoals de richtlijnen Gastro-oesofageale refluxziekte en Sedatie en analgesie bij volwassenen. Daarnaast zijn nieuwe clusters van richtlijnen van start gegaan, zoals het cluster benigne darmziekten met modules voor onder andere de richtlijn IBD. We merken echter dat niet alle leden goed op de hoogte zijn van de mogelijkheid om commentaar te leveren op een conceptrichtlijn en de bijbehorende deadline. Alleen tijdens de commentaar-fase van de richtlijnontwikkeling hebben alle NVMDL-leden de mogelijkheid om de conceptrichtlijn te lezen en van feedback te voorzien. Wanneer er een voor de MDL relevante richtlijn ter becommentariëring voorligt, wordt dit aangekondigd via een NVMDL-e-mail. Wij begrijpen dat het beoordelen van een richtlijn in eerste instantie een lijvige klus lijkt, maar gelukkig valt dat mee!

Makkelijker en duidelijker

We willen de beoordeling van richtlijnen voor u allemaal makkelijker en duidelijker maken. Daarom zal er binnenkort bij elke richtlijn een samenvattingspagina van de aanbevelingen worden toegevoegd. Zo kunt u snel en eenvoudig de uitgangsvragen en

aanbevelingen doornemen. Indien dit niet voldoende duidelijkheid biedt, of als u het er niet mee eens bent, kunt u de details en onderbouwing van de richtlijn raadplegen voor verdere verdieping. Een kritische beoordeling van een nieuwe richtlijn door onze leden draagt bij aan kwalitatief goede én toepasbare richtlijnen voor de klinische praktijk.

Naast de e-mail die u ontvangt, zullen we u ook via de NVMDL-LinkedInpagina attenderen op aankomende deadlines en nieuw gepubliceerde richtlijnen.

Terminologie

Voortaan zullen we de definities van kwaliteitsdocumenten van de Federatie Medisch Specialististen (FMS) hanteren om meer duidelijkheid te verschaffen over de inhoud van het document. Dit betekent dat de NVMDL de criteria voor richtlijnen erkent (opgesteld conform criteria van Medisch Specialistische Richtlijnen versie 3.0) en ook de overige kwaliteitsdocumenten, zoals: een standpunt is een document dat in gaat op een tijdelijke (acute) zorgvraag, een leidraad

betreft proces georiënteerde afspraken/adviezen en gaat niet over medisch-inhoudelijke zorg, maar meer over organisatorische/uitvoerende zaken. We hopen zo dat deze terminologie (richtsnoer, richtlijn, leidraad) overzichtelijk blijft.

Tot slot wil de richtlijnencommissie uiteraard veel dank uitspreken aan alle actieve en enthousiaste reacties van onze NVMDL-leden. Samen werken we aan het verbeteren en overzichtelijk maken van de richtlijnen en kwaliteit van zorg voor MDL-patiënten. Uiteindelijk is dat waar we met z'n allen naar streven: het bieden van kwalitatief goede MDL-zorg aan al onze patiënten in Nederland.

Namens de richtlijnencommissie van de Raad Kwaliteit NVMDL,

Gwen Masclee, *MDL-arts Amsterdam UMC*
Daphne Hotho, *MDL-arts UMC Groningen*
Marin de Jong, *MDL-arts Horacio Oduber Hospital Aruba*



Gwen Masclee



Daphne Hotho



Marin de Jong

Nieuwe naam en vijfjarenstrategie

MDL Fonds revisited!

MDL Fonds, dat is de nieuwe naam waarmee de Maag Lever Darm Stichting voortaan door het leven gaat. Een naam die aansluit bij het vakgebied en de professionals: MDL-artsen en MDL-verpleegkundigen. Een naam waar niet langer iedereen over struikelt. Want de 'verkeerde volgorde' was voor iedereen een *tongue twister*. De nieuwe naam verschaft bovendien duidelijkheid over een belangrijke kerntaak van MDL Fonds: fondsenwerving.

Nieuwe strategie

Met de nieuwe naam zag op 1 januari ook onze nieuwe vijfjarenstrategie het levenslicht, met een krachtige ambitie, hernieuwde kerntaken en nieuwe speelvelden om impact te genereren. Onze *winning aspiration* luidt:

Een toekomst zonder MDL-ziekten. Een gezonde en MDL-vriendelijke samenleving. Waarin iedereen beseft dat een gezonde buik de basis is voor je gezondheid. Je darmen zijn de bron van je vitaliteit, je afweer en je brein.

Where to play?

Als onafhankelijk MDL Fonds *helpen wij bij het voorkomen, vroegtijdig opsporen en genezen van MDL-ziekten en streven naar een beter leven voor MDL-patiënten*. Wij maken onderzoek en zorginnovatie mogelijk op het gebied van maag, darm, lever, slokdarm, galwegen en alvleesklier. Dat doen wij samen met zorgprofessionals en patiëntenorganisaties.

Wij maken de politiek en het algemene publiek bewust van de enorme impact van MDL-ziekten op het leven van patiënten, evenals de noodzaak om deze ziekten te begrijpen en te genezen. We geven voorlich-

ting over het belang van een gezonde buik, als basis voor onze algehele gezondheid. Als voorvechter zetten we ons in voor een gezonde leef- en voedselomgeving. Voor een MDL-vriendelijke samenleving, met schoon drinkwater en voldoende openbare wc's. We signaleren urgente en actuele zorgvragen bij patiënten en zorgprofessionals en dragen bij aan het vinden van oplossingen. Zo benutten we kansen die bijdragen aan een beter leven voor patiënten. Om dit alles mogelijk te maken, werven we fondsen. Wij zijn afhankelijk van giften. We beloven dat we alles op alles zetten om uit elke euro het maximale resultaat te behalen voor de MDL-patiënt.

How to win?

1 Wetenschappelijk onderzoek stimuleren

Wij zamelen als aanjager van kennis en innovatie geld in om wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken. Als onafhankelijk fonds houden wij in onze onderzoeksagenda rekening met de Kennisagenda van de Nederlandse Vereniging van MDL-artsen (NVMDL), de Nederlandse Vereniging van Gastro-Enterologie (NVGE) en de prioriteiten van de Nederlandse Vereniging van Hepatologie (NVH), de Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale chirurgie (NVGIC) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Maag Darm Lever (V&VN MDL). Daarnaast houden wij rekening met de ontwikkelingen binnen het onderzoeksveld op het gebied van gezonde voeding en het microbioom.

Met hulp van de Wetenschappelijke Adviesraad kennen wij onze onderzoeksgelden op transparante wijze toe. We stellen jaarlijks

de criteria vast voor de nieuwe onderzoekscall. Het accent ligt daarbij op translationeel en klinisch onderzoek, waar de patiënt binnen afzienbare tijd profijt van heeft. Op deze manier kunnen onze donateurs zien waartoe hun gift leidt. Daarnaast is vroege opsporing van kanker door middel van slimme diagnostiek een belangrijk speerpunt binnen onze doelbesteding. Om de vroege innovatie (R&D) te stimuleren stellen we jaarlijks een bescheiden bedrag beschikbaar als 'zaaigeld' voor een veelbelovende *proof of concept*.

Wij verbinden onderzoeksinstituten, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties rondom een aandoening of vakgebied, met als doel het initiëren van onderzoeksprogramma's. Met deze consortia vergroten we de beschikbare onderzoeksgelden voor het MDL-veld en versnellen we de innovatie. Tot slot maken we de cirkel rond door wetenschappelijke kennis toegankelijk te maken voor de samenleving.

2 Zorginnovatie voor MDL-patiënten bewerkstelligen

Wij staan als MDL Fonds voortdurend in verbinding met zorgprofessionals en patiënten. We steken onze voelspriet uit en signaleren de zorgvraag, oftewel de *unmet medical need*. In reactie op de actualiteit kunnen we kansen benutten door behoeften, belangen en ideeën samen te brengen. We nemen het initiatief, vragen aandacht voor urgente kwesties en werken toe naar een oplossing, altijd in samenwerking met patiënten en zorgprofessionals. Dit kan gaan over het tekort aan MDL-zorgcapaciteit en de lange wachttijden voor patiënten, een nieuwe behandeling voor MDL-patiënten, of



het toegankelijk maken van de zorg voor de meest kwetsbare patiënten.

Een greep uit onze doelstellingen:

- Ondersteunen van een galwegregeneratieproject door organoïdeninfusie bij transplantatielevers (aanvraag Health Holland toegekend).
- Initiëren van een MBO4-opleiding Ervarensdeskundige MDL, om in te spelen op de zorgvraag van patiënten en om het huidige, overbelaste zorgstelsel te ontlasten door taakdifferentiatie.

3 Beleidsbeïnvloeding voor een MDL-vriendelijk Nederland

Wij zetten als voorvechter alles op alles voor betere zorg, betere voorzieningen en een beter leven voor MDL-patiënten. We strijden om nieuwe MDL-aandoeningen te kunnen voorkomen. We zetten ons in voor een gezonde leefomgeving. Voor schoon drinkwater en een schone leefomgeving, omdat vervuiling via de darm het lichaam binnenkomt en zo het microbiom en het immuunsysteem kan aantasten. Dat doen we door een geïntegreerd PR-PA-beleid: via onze eigen media of de vrije pers genereren we bewustwording en urgentie voor het betreffende probleem. Waar nodig oefenen we druk uit op de overheid, de politiek of andere partijen. Zo helpen we een noodzakelijke verandering in

Mariël Croon:

'Een naam die aansluit bij het vakgebied en de professionals. Een naam waar niet langer iedereen over struikelt.'

gang te zetten, met als doel een MDL-vriendelijke samenleving.

Een greep uit onze doelstellingen:

- Het verkorten van de wachttijden voor IBD-patiënten die een operatie nodig hebben en het initiëren van zorgregistratie, in samenwerking met de patiëntenorganisatie, de beroepsverenigingen en auditororganisatie DICA.
- Het realiseren van schone en veilige school-wc's voor jonge MDL-patiënten en voor gezonde jongeren. We doen dit met het Kinderbuikcentrum van het Amsterdam UMC, patiëntenorganisaties, GGD Amsterdam, AJN Jeugdartsen Nederland, Ruimte-OK en Gezonde School.

4 Voorlichting geven en kennis verspreiden

Wetenschappelijke kennis is vooral van waarde wanneer ze het belang van de patiënt dient, of helpt voorkomen dat mensen ooit patiënt worden. Als kennisgedreven organisatie vergaren en verspreiden wij daarom wetenschappelijk gefundeerde informatie in begrijpelijke taal. We geven voorlichting over darmgezondheid, het microbiom en de meer dan 200 bestaande MDL-aandoeningen. Voor specifieke vragen verwijzen we door naar de betreffende MDL-patiëntenorganisaties. Het voorkómen en verlichten van MDL-aandoeningen is een belangrijk doel van onze voorlichting, naast vroege opsporing van MDL-kanker. Dit doen we steeds op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten. Daarnaast creëren we bewustzijn bij het grote publiek voor het cruciale belang van een gezonde buik. Want... gezondheid begint in je buik.

Een greep uit onze doelstellingen:

- Lanceren Leverstijl.nl: leefstijlplatform over leververvetting.
- Lanceren podcast Buikbelang over het microbiom binnen Buikbelang.

5 Fondsen werven

Als MDL Fonds zijn wij afhankelijk van particuliere donaties, nalatenschappen, sponsoring en incidentele grants of toekenningen van financiers van zorgonderzoek. We gaan strategische allianties aan met het bedrijfsleven en vormen allianties met zorgaanbieders, onderzoeksorganisaties, patiëntenorganisaties en financiers van zorgonderzoek om onderzoeksprogramma's te initiëren. Daarnaast onderzoeken we hoe we zelf ondernemend kunnen zijn. Op deze manier werven we gelden om de MDL-zorg in brede zin verder te ontwikkelen.

Mariël Croon,
directeur-bestuurder MDL Fonds

[ADVERTENTIE]

'Extra' Pleinvue® kan leiden tot ernstige elektrolytstoornissen

De coloscoop werd in de jaren '60 ontwikkeld en verspreidde zich in de vroege jaren '70 als diagnostisch instrument binnen ziekenhuizen. Initieel bestond de voorbereiding uit een twee- tot driedaags laag-residu dieet met laxantia en klysma's.¹ Vanwege het suboptimale effect werd in 1975 de techniek van volledige darmspoeling geïntroduceerd: via een maagsonde werd in een tijdsbestek van drie à vier uur, in totaal zo'n negen tot tien liter isotone natriumchloride-oplossing toegediend.²

In de jaren '80 leidde de introductie van polyethyleen glycol (PEG) tot een doorbraak in de darmvoorbereiding.^{3,4} PEG is een synthetisch, niet-absorbeerbaar, hydrofiel polymeer (formule HO(CH₂ CH₂O)_n H) dat nog steeds wordt gebruikt voor isotone colonlavage van vier liter. Vanwege het grote volume en de vervelende smaak⁵ werd later een lager een PEG met een lager volume (twee liter) ontwikkeld met additieven zoals ascorbinezuur, citraat of bisacodyl.⁶ Deze additieven zorgen voor een hypertoon laxerend effect waarbij actief water naar het darmlumen wordt aangetrokken, in tegenstelling tot bij isotone PEG.

De introductie van Pleinvue® in 2018, het eerste één liter PEG-preparaat (Tabel 1), verbeterde patiëntcomfort met behoud van effectiviteit en veiligheid. Het werd snel de standaard voor colonlavage in veel Nederlandse ziekenhuizen.

In 2020 schakelde ook ons ziekenhuis (het Sint Antonius Ziekenhuis) over van Moviprep® naar Pleinvue®. Net als bij Moviprep®, gaven we extra Pleinvue® bij onvoldoende voorbereiding na de normale dosis. Echter, daarbij zagen we bij enkele patiënten ernstige elektrolytstoornissen optreden. Dit leidde tot een literatuurstudie en retrospectieve analyse, waarna we ons interne protocol hebben aangepast.

Richtlijn kader

De Europese richtlijn uit 2019 adviseert zowel hoog- als laagvolume PEG-regimes als niet-PEG-agentia, mits deze gevalideerd zijn (Tabel 2).⁷

Bij risico op elektrolytstoornissen, zoals bij risicomedicatie en chronisch nier- of hartfalen, dient de keuze te worden geïndividualiseerd. Hoewel er een gebrek is aan hoogkwalitatieve studies, worden isotone PEG-oplossingen theoretisch beschouwd als de veiligste keuze voor deze patiënten.

Het ontbreekt aan concrete adviezen bij (eerdere) inadequate darmvoorbereiding. Daarbij wordt geadviseerd om de verdere voorbereiding te individualiseren op basis van de reden voor falen.^{7,8} Pleinvue®, evenals de andere laxantia vermeld in Tabel 2 zijn geregistreerd voor één dosis en niet voor herhaalde dosering met hetzelfde middel.

Literatuurstudie

Eén dosis (1 liter) Pleinvue®

In een systematische literatuurstudie werden negen klinische studies geïdentificeerd die de incidentie van elektrolytstoornissen na één dosis (1 liter) Pleinvue® rapporteerden.⁹⁻¹⁷ Deze omvatten gerandomiseerde (RCT, n=8) en niet-gerandomi-

seerde (n=1) studies, waarin Pleinvue® werd vergeleken met Moviprep® (n=5) of een ander laxerend middel (n=4). Er werden geen klinisch relevante elektrolytstoornissen gerapporteerd.

Hoewel het niet statistisch significant was, werd in de meerderheid van de studies wel een tijdelijke stijging van natrium waargenomen na Pleinvue®. Dit vormde aanleiding voor een aanvullende meta-analyse naar hypernatriëmie¹⁸: in drie RCTs met in totaal 1028 patiënten ontwikkelden 214 patiënten (21 procent) een hypernatriëmie, met een gemiddelde stijging van het natrium van 5 mmol/L naar 147,1 mmol/L. Bij alle patiënten was dit niet van klinische relevantie en herstelde het natriumgehalte spontaan binnen twee tot drie dagen.

Over de oorzaak van deze tijdelijke, klinisch niet-relevante stijging van natrium kan slechts worden gespeculeerd. Dehydratie zou een mogelijke oorzaak kunnen zijn, hoewel er klinisch geen tekenen van dehydratie werden waargenomen en het creatinine stabiel bleef.¹⁹ Een andere mogelijke verklaring werd gezocht in de relatief hoge hoeveel natrium in de tweede 500 milliliter Pleinvue® (297,6 mmol [3,2 g] in 500 milliliter versus 160,9 mmol [2 g] in de eerste 500 milliliter).²⁰

Tabel 1.	1 dosis Plein Vue®	1,5 dosis Plein Vue®
Advies fabrikant	Geregistreerd	Off-label
Totale hoeveelheid (L)	1	1,5
Samenstelling ¹	Dosis 1 (Sachet 1), 500mL Dosis 2 (Sachet A + B), 500mL	Dosis 1 (Sachet 1), 500mL Dosis 2 (Sachet A + B), 500mL Dosis 1 (Sachet 1), 500mL
Gebruik in ons ziekenhuis ten tijde van case series	Poliklinisch	Klinisch*

1 Bij iedere 500 milliliter Pleinvue® wordt 500 milliliter normaal water gedronken

2 Indien niet adequaat: extra Pleinvue® tot adequate voorbereiding

Type laxans Merknaam	Merknaam	Volume per dosis	Samenstelling	Osmolaliteit	Natrium (mmol (g) per dosis)	Effectiviteit	Veiligheid
Hoog volume PEG-ELS	Colofort / Klean-Prep	4L	PEG-3350/ PEG-4000 + elektrolytes	Isotoon	126 (2,9)	Non-inferieur of superieur aan laag-volume PEG of non-PEG regimes	Verminderde tolerabiliteit Niet aanbevolen bij hartfalen NYHA klasse III/IV
Laag volume PEG-ELS met adjuvantia	Moviprep	2L (+1L water)	PEG 3350 + elektrolytes + ascorbaat	Hypertoon	363,2 mmol (8,3)	Non-inferieur aan hoog-volume PEG en niet-PEG regimes	Niet aanbevolen bij: Ernstig nierfalen (eGFR <30mL/min) Hartfalen (NYHA III/IV) Fenylketonurie Glucose-6-fosfaat dehydrogenase deficiëntie
	Clensia	2L (+1,5L water)	PEG + elektrolytes + citraat	Hypertoon	Non-inferieur aan hoog-volume PEG en 2L PEG + ascorbaat	Non-inferieur aan hoog-volume PEG en 2L PEG + ascorbaat	Niet aanbevolen bij: Ernstig nierfalen (eGFR <30mL/min) Hartfalen (NYHA III/IV) Instabiele angina pectoris Acuut myocard infact Geen lange termijn data beschikbaar Beperkte post-market data beschikbaar
	-	2L	PEG + elektrolytes + bisacodyl	Isotoon	65 (1,5)	Non-inferieur aan hoog-volume PEG en 2L PEG + ascorbaat	Niet aanbevolen bij: Hartfalen (NYHA III/IV) Case reports van ischemische colitis na hoge doseringen bisacodyl
	Pleinvue	1L (+1L water)	PEG 3350 + elektrolytes + ascorbaat	Sterk hypertoon	458,5 (10,6)	Non-inferieur aan 2L PEG + ascorbaat, orale sulfaat oplossing, en magnesium citraat met picosulfaat. Geen vergelijking met hoog-volume PEG.	Niet aanbevolen bij: Ernstig nierfalen (eGFR <30mL/min) Hartfalen (NYHA III/IV) Fenylketonurie Glucose-6-fosfaat dehydrogenase deficiëntie Adequate hydratatie moet worden bewerkstelligt Beperkte post-market data beschikbaar
Magnesium citraat met picosulfaat	Picoprep	300ml (+2,5L water)	Magnesium citraat + picosulfaat	Sterk hypertoon	<1	Non-inferieur aan hoog-volume PEG en 2L PEG + ascorbaat	Niet aanbevolen bij: Hartfalen HYpermagnesiëmie Ernstig nierfalen Risico op hypermagnesiëmie Risico op rhabdomyolyse
Orale sulfaat oplossingen	Eziclen	1L (+2L water)	Natrium-, kalium- en magnesiumsulfaat	Sterk hypertoon	495 (11,4)	Non-inferieur aan hoog-volume PEG en 2L PEG + ascorbaat	Niet aanbevolen bij: Ernstig nierfalen (eGFR <30mL/min) Hartfalen Ascites

Tabel 2 De bewijsvoering uit deze tabel werd overgenomen uit de ESGE-richtlijn.⁷ Aanvullende informatie omtrent de samenstelling van de verschillende laxantia werd gebaseerd op de geneesmiddelen informatiebank.²²

Meer dan één dosis Pleinvue®

Er werd geen literatuur gevonden over het gebruik van meer dan één dosis Pleinvue®.

Meer dan één dosis PEG

We vonden slechts één studie waarbij meer dan één dosis PEG werd voorgeschreven en waarbij standaard laboratoriumonderzoek werd verricht. Gerard en collega's gaven 69 patiënten anderhalf of twee keer de hoeveelheid van een twee liter PEG-oplossing (Miralax®) en vonden geen elektrolytstoornissen.²¹

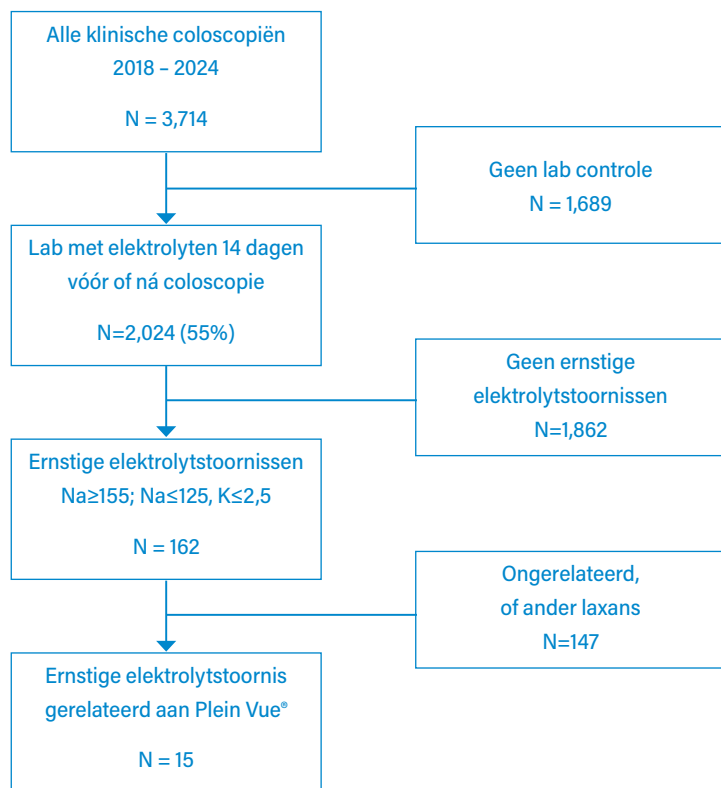
Case series

We hebben een retrospectief onderzoek uitgevoerd in ons ziekenhuis (Sint Antonius Ziekenhuis) naar ernstige elektrolytstoornissen na het gebruik van Pleinvue® voor colonlavage in de klinische setting ('klinische voorbereiding'). Standaard werd 1,5 liter Pleinvue® voorgeschreven (Tabel 1) bij klinische voorbereiding, waarbij extra Pleinvue® werd gegeven bij een inadequate voorbereiding. Er werd geen standaard laboratoriumonderzoek verricht.

Voor dit onderzoek hebben we alle patiënten tussen januari 2018 en november 2024 geïdentificeerd die een klinische voorbereiding ondergingen en bij wie binnen veertien dagen voor of na de coloscopie ook laboratoriumonderzoek was verricht (Figuur 1).

Van alle 3.714 patiënten die een klinische voorbereiding onderging, zijn de gebruikte laxantia en de doseringen niet bekend. De standaard voor klinische voorbereiding is 1,5 liter Pleinvue®. Echter, een deel van de patiënten zal meer dan 1,5 liter Pleinvue® hebben gekregen indien dit geïndiceerd leek, en een deel zal een ander laxans hebben ontvangen.

Voor de 162 patiënten met ernstige elektrolytstoornissen (gedefinieerd als natrium ≥ 155 , of natrium ≤ 125 , of kalium $\leq 2,5$) hebben we dossieronderzoek uitgevoerd om het type laxans, de dosis en de relatie met de klinische voorbereiding te beoordelen. We identificeerden vijftien patiënten met



Figuur 1

ernstige elektrolytstoornissen na Pleinvue®, waarbij de elektrolytstoornis werd geïnterpreteerd als gevolg van de klinische voorbereiding (Tabel 1).

1,5 liter Pleinvue®

Vijf patiënten ontwikkelden een ernstige hypernatriëmie (4/5, range natrium 156-166) of hypokaliëmie (1/5, kalium 2,5) (Tabel 3). Er vond actieve correctie of suppletie plaats bij drie van de vijf patiënten, terwijl bij twee van de vijf patiënten spontaan herstel optrad. De vier patiënten met hypernatriëmie waren klinisch erg zwak, hadden multiproblematiek en bevonden zich op de Intensive Care of waren kort daarvoor ontslagen van de Intensive Care.

Meer dan 1,5 liter Pleinvue®

Tien patiënten ontwikkelden ernstige hypernatriëmie (8/10, range 155 - 174) en/of hypokaliëmie (3/10, range 1,8-2,1) na meer dan 1,5 liter Pleinvue® (range 2-4 liter). In alle gevallen werden de elek-

trolytstoornissen actief gecorrigeerd. Één patiënt, die een ernstige hypokaliëmie (1,8) ontwikkelde en suppletie kreeg tot normalisatie, overleed onverwacht de dag na herstel van het kaliumgehalte. Deze patiënt lag ten tijde van het overlijden nog aan de telemonitoring, waarbij geen ritmestoornissen werden waargenomen. De obductie wees op een myocardinfarct als oorzaak van overlijden.

Limitaties en interpretatie

Dit retrospectief statusonderzoek kent enkele beperkingen. Het type en de dosis van het laxans worden niet als discrete data geregistreerd in ons elektronisch patiëntendossier (EPD). Alleen voor de gevallen met ernstige elektrolytstoornissen hebben we deze informatie handmatig uit de geschreven tekst in het EPD verzameld. Daarnaast werd er geen standaard laboratoriumonderzoek verricht bij de patiënten die een klinische voorbereiding ondergingen. Daarom is het niet mogelijk om de

incidentie van elektrolytstoornissen na een bepaalde dosis Pleinvue® te schatten. Ook is niet geregistreerd hoeveel extra water de patiënten dronken naast de Pleinvue®. Tot slot betroffen al onze casussen klinische voorbereidingen, in tegenstelling tot de grote meerderheid van coloscopiën waarbij de voorbereiding thuis wordt ingenomen. Mogelijk zijn patiënten die een voorbereiding in de kliniek ondergaan minder fit en hebben zij daardoor mogelijk een verhoogd risico op elektrolytstoornissen.

Conclusie

De beperkingen van onze retrospectieve analyse in acht genomen, tonen wij aan dat meer dan één liter Pleinvue® kan leiden tot ernstige elektrolytstoornissen in de klinische setting.

Op basis van adequate literatuur lijkt één liter Pleinvue® veilig voor colonlavage en het middel is hiervoor geregistreerd.⁷ Hoewel een milde stijging van het natrium

Wat is al bekend?

- Eén liter Pleinvue® kan veilig worden gebruikt voor colonlavage voor coloscopie.
- Het ontbreekt aan standaard adviezen indien één dosis laxans onvoldoende is.
- De huidige middelen voor de voorbereiding van een coloscopie zijn niet geregistreerd voor meer dan één dosis.
- De samenstelling van beschikbare laxantia verschilt onder andere in osmolaliteit en hoeveelheid natrium.

Wat is nieuw?

- Bij meer dan één liter Pleinvue® kunnen ernstige elektrolytstoornissen optreden, met name een hypernatriëmie of hypokaliëmie, in de klinische setting.
- De meest ernstige elektrolytstoornissen traden op bij meer dan 1,5 liter Pleinvue® in de klinische setting.

Wat zijn de implicaties?

- Vermijd, of wees zeer voorzichtig, bij gebruik van meer dan één liter Pleinvue® in de klinische setting.
- Indien aanvullend laxans nodig is, is isotone PEG theoretisch gezien het meest veilig, al dan niet na controle van de elektrolyten.

kan optreden, is deze van tijdelijke aard en herstelt deze zich spontaan na twee à drie dagen.¹⁸ Ook andere laxantia worden als veilig en effectief beschouwd voor colon-lavage (Tabel 2), met variaties in onder andere de osmolaliteit en natriumgehalte. Ter referentie, de WHO adviseert een maximale aanbevolen natriuminname van 65 mmol/dag (2 gram).

Hoewel het een veelvoorkomend scenario is dat er nog aanvullende voorbereiding nodig is na één dosis laxans, ontbreekt het aan standaardaanbevelingen in de richtlijnen. De literatuur over het gebruik van meer dan één dosis is zeer beperkt en de huidige middelen zijn hier niet voor geregistreerd.

Ons werkprotocol met 1,5 liter Pleinvue® voor klinische voorbereiding en aanvullende Pleinvue® indien de voorbereiding inadequate was, kan leiden tot ernstige en soms

symptomatische elektrolytstoornissen. De meest ernstige elektrolytstoornissen vonden we na meer dan 1,5 liter Pleinvue®. Ook bij het gebruik van 1,5 dosis Pleinvue® kwamen enkele gevallen van ernstige elektrolytstoornissen voor, vooral bij klinisch zwakke patiënten.

In vergelijking met andere PEG-preparaten is Pleinvue® sterk hypertoon. Het is een relatief nieuw middel, geregistreerd voor één dosis (één liter) en er is nog beperkt post-marketonderzoek beschikbaar. Onze casuïstiek toont aan dat meer dan één liter Pleinvue® kan leiden tot ernstige elektrolytstoornissen. Hoewel het op basis van onze data niet mogelijk is om concrete adviezen te geven indien aanvullende voorbereiding na één liter Pleinvue® gewenst is, is isotone PEG theoretisch gezien meest veilige keuze, al dan niet na controle van de elektrolyten. Wij hebben ons interne

protocol hierop aangepast en stappen na Pleinvue® over op isotone PEG met controle van de elektrolyten.

Abdul Al-Toma, MDL-arts
St. Antonius Ziekenhuis
Peter van der Schaar, MDL-arts
St. Antonius Ziekenhuis
Sanne van Munster, aios MDL
UMC Utrecht

Kijk voor de referenties en Tabel 3 in de pdf van MAGMA 1-2025 (p. 61 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

[BIJSLUITERS]

GUT-LIVER CROSSTALK: A HUMAN PERSPECTIVE OF THE BILE SALT-FXR-FGF19 REGULATORY AXIS IN INTESTINAL AND HEPATOBILIARY DISORDERS

Kiran Koelfat, Universiteit Maastricht, 26 november 2024



Galzouten zijn signaalmoleculen die via de enterohepatische kringloop de nucleaire receptor FXR activeren, waardoor intestinale FXR de productie van het darmhormoon FGF19 induceert. FGF19 onderdrukt galzoutsynthese in de lever. Uit dierstudies blijkt dat strikte regulatie van galzoutsynthese cruciaal is voor darm- en leverhomeostase en galzouttoxiciteit voorkomt.

Dit proefschrift onderzoekt de galzout-FXR-FGF19 as bij patiënten met een onderbroken enterohepatische kringloop. We bestudeerden onder andere patiënten met acuut en chronisch darmfalen die afhankelijk zijn van parenterale voeding en IFALD (Intestinal Failure-Associated Liver Disease) ontwikkelen, intensive-carepatiënten met galblaasdyskinesie en patiënten met een perihilaire cholangiocarcinoom die een partiële leverresectie ondergingen.

Onze studies tonen aan dat chronisch darmfalen en parenterale voeding leiden tot lage plasma FGF19 levels, wat geassocieerd is met cholestase en verminderde overleving. Bij patiënten met darmfalen en een high-output dunne darm enterostomie, die gal via stomavocht verliezen, is de galzoutsynthese sterk verhoogd en zijn plasma FGF19-levels zeer laag. Chymus reïfusie in het distale ileum herstelt de galzout-FXR-FGF19 as en is geassocieerd met de gunstige klinische effecten van het terugpompen van darmvocht.

Een verminderde galblaasontleding is onderliggend aan de zwakke postprandiale FGF19-plasmarepons bij intensive-carepatiënten. Tot slot, stijgende plasma galzouten, in tegenstelling tot FGF19, na een partiële leverresectie bevorderen humane leverregeneratie. De postoperatieve galzout-FGF19 dynamiek is echter verstoord bij patiënten met perihilaire cholangiocarcinoom, wat leverregeneratie kan belemmeren en het risico op postoperatief leverfalen kan vergroten.

Deze humane inzichten onderstrepen het belang van een intacte galzout-FXR-FGF19-regulatie en pleiten voor verder onderzoek naar het therapeutisch gebruik van FXR-modulatoren of FGF19-analogen.

Curriculum Vitae

Kiran Koelfat behaalde zijn artsexamen aan de Universiteit Maastricht. Nadien startte hij zijn promotieonderzoek met een persoonlijke NWO-beurs onder begeleiding van prof. dr. Steven Olde Damink en dr. Frank Schaap. Voor zijn inzet ontving hij meerdere subsidies en prijzen, waaronder de *Gastrostart* van de NVGE, een *Research Fellowship Grant* van ESPEN, *Best abstract and presentation award* van ESPEN en de *Best Young Clinical Hepatologist award* van de NVH. Na afronding van zijn promotieonderzoek werkte hij enkele jaren als anios chirurgie in het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Na een research fellowship bij Chirurgie aan de Uniklinik RWTH Aachen in Duitsland startte hij als anios MDL in het Erasmus MC.

DETECTION, MANAGEMENT AND PREVENTION OF LYNCH SYNDROME-ASSOCIATED TUMORS

Ellis Eikenboom, Erasmus Universiteit Rotterdam, 7 januari 2025



Het Lynch syndroom (veroorzaakt door pathogene varianten in DNA mismatch repair genen) is de meest voorkomende erfelijke aanleg voor colorectaal carcinoom (CRC). Dit geeft bovendien een verhoogd risico op onder andere extracolorectale gastro-intestinale en gynaecologische tumoren.

Ondanks de verschillende risico's op CRC tussen Lynch-dragers werd tot voor kort bij CRC onder de 60 jaar een (sub)totale colectomie geadviseerd, vanwege de grote kans op een tweede CRC. Wij toonden aan dat een partiële colectomie ook overwogen kan worden (Lancet Gastroenterology & Hepatology, december 2023).

Tumoren bij Lynch syndroom zijn vaak microsatelliet instabiel (MSI-H) en/of mismatch repair deficient (MMRd). Wij vonden dat MSI-H, MMRd en Lynch syndroom-geassocieerde pancreascarcinomen een significant betere prognose hebben dan pancreascarcinomen zonder deze kenmerken (Annals of Surgical Oncology, december 2024). Dit rechtvaardigt mogelijk een agressiever beleid.

Lynch syndroom dragers wordt geadviseerd elke twee jaar een colonoscopie te ondergaan. Echter, een deel van de Lynch dragers ontwikkelt interval CRCs. Daarnaast bestaat niet voor alle Lynch syndroom-geassocieerde tumoren surveillance. Wij vonden dat genom-

brede methyleringsanalyses van celvrij tumor DNA (ctDNA) veelbelovend is voor Lynch CRC surveillance. Dit wordt verder onderzocht in een vervolgstudie, waarbij ook wordt gekeken naar andere Lynch syndroom-geassocieerde tumoren.

Curriculum vitae

Ellis Lois Eikenboom (1995) begon in 2014 met Geneeskunde (Erasmus Universiteit). In 2017 begon zij de Research Master *Molecular Medicine*, die zij deels combineerde met haar PhD-traject. Twee van haar onderzoeken voerde zij uit aan het Memorial Sloan Kettering Cancer Center (New York, USA).

Op 7 januari 2025 promoveerde Ellis onder begeleiding van prof. Dr. Manon C.W. Spaander (MDL-arts) en dr. Anja Wagner (klinisch geneticus). Tijdens haar promotieonderzoek was Ellis bestuurslid van de vrouwelijke academische vereniging van het Erasmus MC (VENA) en betrokken bij het onderwijs en de coaching van bachelorstudenten. Momenteel rondt zij haar master Geneeskunde af.

Geïnteresseerd in een digitale kopie van het proefschrift?

Kijk op <http://bit.ly/40CZQ6a> of mail naar

e.eikenboom@erasmusmc.nl.

[BIJSLUITERS]

Aruba: hoogwaardige MDL-zorg in unieke setting

“We leveren hier op Aruba MDL-zorg in de volle breedte en zien relatief veel en ook complexe pathologie. Een van de uitdagingen is dat we de zorg moeten bieden met de expertise die we hier in huis hebben. De zorg is van hoog niveau, maar we hebben geen back-up van een expertisecentrum. Met een creatieve en doeltreffende aanpak en korte lijnen met buitenlandse expertisecentra realiseren we binnen de eigen mogelijkheden verrassend veel op het gebied van diagnostiek en behandeling of vinden we passende alternatieven. Voor geavanceerde behandelingen als ESD en levertransplantatie verwijzen we patiënten naar met name Nederland of Colombia.”

Aan het woord is Chris Franca, MDL-arts in het Horacio Oduber Hospital (HOH) in Oranjestad waar alle klinische en endoscopische MDL-zorg op het 110.000 inwoners tellende Aruba is geconcentreerd. De MDL-afdeling wordt gevormd door een jonge, ambitieuze vakgroep bestaande uit vier MDL-artsen. Arubaan Chris Franca en zijn Nederlandse collega Marin de Jong volgden hun opleiding in Nederland, Natacha Jreige en Edgar Caceres in Spanje en Zuid-Amerika. Franca: “We hebben een dedicated endoscopieteam en beschikken over drie net vernieuwde endoscopiekamers. Per jaar doen we gemiddeld 4500 gastro- en colonoscopieën. Drie van ons doen ERCP's.”

Referentieziekenhuis

In vergelijking met omringende landen in de regio kennen de CASBES-eilanden minder gezondheidsongelijkheid, aangezien vrijwel iedereen goed verzekerd is. Het HOH, met het grootste endoscopiecentrum in de regio, fungeert als referentieziekenhuis. Franca: “Patiënten uit de regio komen naar Aruba voor MDL-zorg, waaronder FibroScan en videocapsule-endoscopie, die alleen hier beschikbaar zijn. Daarnaast ondersteunen de MDL-artsen de poliklinische zorg op Bonaire en het bevolkingsonderzoek op Curaçao.”

Mengelmoes culturen

Het MDL-team en de patiëntenpopulatie op Aruba vormen een diverse mix van talen en culturen, wat leidt tot verschillende inzichten en perspectieven op patiëntenzorg. “We zien patiënten van de eilanden, maar ook uit Nederland, Latijns-Amerika en een groot aantal toeristen uit de Verenigde Staten”, aldus Marin de Jong. Aruba heeft, per hoofd van de bevolking, het hoogste aantal vluchtelingen ter wereld; één op de vijf inwoners woont op het eiland vanwege gedwongen migratie. “Deze diversiteit dwingt ons ook tot zelfreflectie over ons handelen.”

De financiering van zorg brengt ook specifieke uitdagingen met zich mee. In principe zijn alle op Aruba ingeschreven inwoners sociaal verzekerd, maar dit geldt niet voor ongedocumenteerde vluchtelingen. Boven-

dien worden niet alle medische behandelingen vergoed; zo valt levertransplantatie buiten de verzekeringsdekking en kunnen we niet anders dan een patiënt adviseren naar het buitenland te verhuizen. De combinatie van brede MDL-zorg en een ambitieus team met een sterke teamspirit maken het werk bijzonder, vindt De Jong. “Er is volop ruimte om initiatieven te ontplooiën en de zorg verder te verbeteren.”

Ambities

Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker dat binnenkort start, noemt De Jong als typerend voorbeeld hiervan. “Dat was voor mij een belangrijke drijfveer om hier aan de slag te gaan. Met een hoge incidentie van darmkanker, vermoedelijk het gevolg van de leefstijl hier, is dit echt nodig. Een tweede belangrijke uitdaging is overgewicht met de daaruit voortvloeiende ziekten. Samen met UMC's van Amsterdam en Leiden zetten we een zorgpad op voor patiënten met leververvetting. Met het ErasmusMC onderzoeken we de mogelijkheid om jaarlijks een hepatoloog te laten overkomen voor controle van levertransplantatiepatiënten. Vanwege het afgebakende gebied waarbinnen we werken en de betrokkenheid van maar één ziekenhuis, biedt Aruba interessante mogelijkheden voor research. Zo zijn we bezig met het in kaart brengen van alle hepatitis C-patiënten, zodat we hen kunnen behandelen om de ziekte ook op Aruba uit te roeien.”

Van links naar rechts:

Chris van Dijk¹, Iraima Sophia², Lee-Ann, Alberts³, Marije Ottens⁴, Luisa Abreu⁵, Giselle Tromp², Dr. Natacha Jreige⁶, Dr. Marin de Jong⁶, Dr. Chris Franca⁶, Dr. Edgar Caceres⁶, Marynelle Ras³, Lyndelle Boekhoudt³, Nathania Riley⁵, Geselle de Weever², Walmaira Oduber⁷.

¹ endoscopie verpleegkundige en endoscopist (waarnemer of wnd)

² endoscopie verpleegkundige

³ endoscopie verpleegkundige i.o.

⁴ endoscopie verpleegkundige (waarnemer)

⁵ verpleegkundige

⁶ MDL-arts

⁷ zorgmanager



[BIJSLUITERS]

[ADVERTENTIE]

[ADVERTENTIE]

Referenties en bijlagen MAGMA 1-2025

THEMA: KANSENONGELIJKHEID Naar de toekomstbestendig selectieproces: diversiteit en objectiviteit in de werving van aios – p. 34-37

1. FMS Visiedocument Medisch Specialist 2025: ambitie, vertrouwen, samenwerken.
2. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Nationaal actieplan voor meer diversiteit en inclusie in het hoger onderwijs en onderzoek. <https://knav.nl/shared/resources/actueel/bestanden/nationaalactieplandiversiteitinclusie.pdf>
3. Bandiera G, Abrahams C, Ruetalo M et al. Identifying and Promoting Best Practices in Residency Application and Selection in a Complex Academic Health Network. *Academic Medicine*, Vol. 90, No. 12 / December 2015. DOI: [10.1097/ACM.0000000000000954](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000954)
4. Patterson F, Knight A, Dowel J et al. How effective are selection methods in medical education? A systematic review. *Medical Education* 2016; 50: 36–60. DOI: [10.1111/medu.12817](https://doi.org/10.1111/medu.12817)
5. Stephenson-Famy A, Houmard BS, Oberoi S, et al. Use of the Interview in Resident Candidate Selection: A Review of the Literature. *Journal of Graduate Medical Education*, December 2015. DOI: [10.4300/JGME-D-14-00236.1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00236.1)
6. [Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study.](#) Mulder L et al. *Lancet Reg Health Eur*. 2023
7. De Jonge Specialist. Standpunt ‘De (on)zin van promoveren’. September 2021. <https://www.dejongespecialist.nl/standpunt-van-de-jonge-specialist-djs-de-onzin-van-promoveren/>
8. NVOG. Landelijk Opleidingsplan Gynaecologie en Obstetrie. 2021. <https://nvog-logo.nl/>
9. VAGO visiedocument Gynaecoloog 2025 – de opleiding. 2019. [Visiedocument VAGO ‘Gynaecoloog 2025 – De Opleiding’ | NVOG](#)
10. Salih M, Stegers-Jager KM, Zandbergen AA. 2021. Culturele diversiteit in de medische vervolgopleiding. *Interne Geneeskunde*, magazine voor de internist 12e jaargang, nummer 1.
11. Visiedocument. Het opleidingscontinuüm van student tot geneeskundig specialist. [23.01477 Visiedocument Opleidingscontinuüm 2023 final.pdf \(nfu.nl\)](#)
12. Handreiking. Van aanbevelingen naar actie. [23.02164 Handreiking Opleidingscontinuüm 2023 final.pdf \(nfu.nl\)](#)
13. Onderzoeksrapport. Diversiteit & Selectie. De Geneeskundestudent. 2024. [V4-Rapport-Diversiteit-en-Selectie-1.pdf \(degeneeskundestudent.nl\)](#)
14. Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow*. Penguin Books Ltd 2011.
15. Patterson F, Ferguson E, Thomas S. Using job analysis to identify core and specific competencies: implications for selection and recruitment. *Med Educ*. 2008. DOI: [10.1111/j.1365-2923.2008.03174.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03174.x)
16. <https://www.eur.nl/media/2021-04-nl-inclusive-rs-toolkit-1612202000>
17. Marijn Houwert. Eenzijdige nadruk op wetenschappelijk onderzoek in de opleiding. *Blog Medisch Contact* 2021. <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/eenzijdige-nadruk-op-wetenschappelijk-onderzoek-in-de-opleiding.htm>
18. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2020- 2023 Medisch Specialisten. Maart 2019. [Capaciteitsplan-MS-2020-2023-Deelrapport-1.pdf](#)
19. Bustraan J, Dijkhuizen K, Velthuis S, et al. Why do trainees leave hospital-based specialty training? A nationwide survey study investigating factors involved in attrition and subsequent career choices in the Netherlands. *BMJ Open* 2019 Jun 6;9(6):e028631. DOI: [10.1136/bmjopen-2018-028631](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028631)

20. Mulder L, Akwiwu EU, Twisk JWR, Koster AS, Ravesloot JH, Croiset G, Kusurkar RA, Wouters A. Inequality of opportunity in selection procedures limits diversity in higher education: An intersectional study of Dutch selective higher education programs. PLoS One. 2023 Oct 13;18(10):e0292805. DOI: [10.1371/journal.pone.0292805](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292805)

THEMA KANSENONGELIJKHEID Voedselongelijkheid, niets aan te doen? – p. 38-39

1. [Our World in Data](#)
2. Gezonde eiwittransitie, Gezondheidsraad, December 2023: [Advies Gezonde eiwittransitie | Advies | Gezondheidsraad](#)
3. Global burden of disease studies. Lancet 2019, Lancet 2024. [The Lancet: Global Burden of Disease](#)
4. Afscheidsrede Jaap Seidell: ‘Geld kun je niet eten’, VU 2024.
5. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet. 2019. DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)

DARM ‘Extra’ Pleinvue® kan leiden tot ernstige elektrolytstoornissen – p. 51-54

Tabel 3

	<i>Indicatie</i>	<i>Geslacht (leeftijd)</i>	<i>Pleinvue (L)</i>	<i>Risicomedicatie¹</i>	<i>Natrium (mmol/L)</i>	<i>Kalium (mmol/mL)</i>	<i>Symptomen</i>	<i>Actie</i>	<i>Uitkomst</i>
>1,5L	<i>Incidentele afwijking</i>	<i>V (69)</i>	<i>3</i>	<i>Nee</i>	<i>174</i>	<i>2,1</i>	<i>-</i>	<i>Correctie, suppletie²</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Verdenking darmischemie</i>	<i>V (74)</i>	<i>2</i>	<i>Ja</i>	<i>172</i>	<i>2,7</i>	<i>Hoofdpijn, verwardheid</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Incidentele afwijking</i>	<i>V (75)</i>	<i>2</i>	<i>Nee</i>	<i>169</i>	<i>2,9</i>	<i>Verwardheid</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Rectaal bloedverlies</i>	<i>M (82)</i>	<i>2</i>	<i>Nee</i>	<i>158</i>	<i>3,2</i>	<i>Verwardheid</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Rectaal bloedverlies</i>	<i>V (86)</i>	<i>2</i>	<i>Ja</i>	<i>164</i>	<i>2,7</i>	<i>Verwardheid</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>



	<i>Rectaal bloedverlies</i>	<i>V (85)</i>	<i>2</i>	<i>Nee</i>	<i>160</i>	<i>3,2</i>	<i>-</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Diarree</i>	<i>M (60)</i>	<i>2,5</i>	<i>JA</i>	<i>155</i>	<i>2,9</i>	<i>-</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Poliepen</i>	<i>V (71)</i>	<i>2</i>	<i>Nee</i>	<i>155</i>	<i>2,9</i>	<i>-</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Rectaal bloedverlies</i>	<i>M (79)</i>	<i>2,5</i>	<i>Nee</i>	<i>145</i>	<i>2,4</i>	<i>-</i>	<i>Suppletie²</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Rectaal bloedverlies</i>	<i>V (67)</i>	<i>4</i>	<i>Nee</i>	<i>148</i>	<i>1,8</i>	<i>-</i>	<i>Suppletie²</i>	<i>Hersteld (dag later overleden)</i>
<i>1,5L</i>	<i>Verdenking darmische mie</i>	<i>V (86)</i>	<i>1,5</i>	<i>Ja</i>	<i>166</i>	<i>3,3</i>	<i>Verwardheid</i>	<i>-</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Verdenking darmische mie</i>	<i>V (60)</i>	<i>1,5</i>	<i>Nee</i>	<i>159</i>	<i>3,3</i>	<i>-</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Verdenking darmische mie</i>	<i>M (56)</i>	<i>1,5</i>	<i>Nee</i>	<i>156</i>	<i>3,3</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>Verdenking darmische mie</i>	<i>V (77)</i>	<i>1,5</i>	<i>Ja</i>	<i>164</i>	<i>3,2</i>	<i>-</i>	<i>Correctie</i>	<i>Hersteld</i>
	<i>IJzergebrek</i>	<i>V (83)</i>	<i>1,5</i>	<i>Ja</i>	<i>146</i>	<i>2,5</i>	<i>-</i>	<i>Suppletie</i>	<i>Hersteld</i>
				<i>Uitleggen</i>	<i>Eenh eid</i>	<i>Eenhei d</i>			

*1: diuretica, angiotensin convertend enzyme (ACE) remmers, angiotensin receptor blockers (ARB).
2: correctie van kalium met tevens continue telemonitoring*

Referenties

1. Beck DE, Harford FJ, DiPalma JA. Comparison of cleansing methods in preparation for colonic surgery. *Dis Colon Rectum*. 1985;28(7):491-5. DOI: [10.1007/BF02554091](https://doi.org/10.1007/BF02554091)
2. DiPalma JA, Brady CE, 3rd. Colon cleansing for diagnostic and surgical procedures: polyethylene glycol-electrolyte lavage solution. *Am J Gastroenterol*. 1989;84(9):1008-16.
3. Davis GR, Santa Ana CA, Morawski SG, Fordtran JS. Development of a lavage solution associated with minimal water and electrolyte absorption or secretion. *Gastroenterology*. 1980;78(5 Pt 1):991-5.
4. Tooson JD, Gates LK, Jr. Bowel preparation before colonoscopy. Choosing the best lavage regimen. *Postgrad Med*. 1996;100(2):203-4, 7-12, 14. DOI: [10.3810/pgm.1996.08.59](https://doi.org/10.3810/pgm.1996.08.59)
5. Clark LE, DiPalma JA. Safety issues regarding colonic cleansing for diagnostic and surgical procedures. *Drug Saf*. 2004;27(15):1235-42. DOI: [10.2165/00002018-200427150-00006](https://doi.org/10.2165/00002018-200427150-00006)
6. Cohen LB, Sanyal SM, Von Althann C, Bodian C, Whitson M, Bamji N, et al. Clinical trial: 2-L polyethylene glycol-based lavage solutions for colonoscopy preparation - a randomized, single-blind study of two formulations. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32(5):637-44. DOI: [10.1111/j.1365-2036.2010.04390.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04390.x)



7. Hassan C, East J, Radaelli F, Spada C, Benamouzig R, Bisschops R, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2019. *Endoscopy*. 2019;51(8):775-94. DOI: [10.1055/a-0959-0505](https://doi.org/10.1055/a-0959-0505)
8. Committee ASoP, Saltzman JR, Cash BD, Pasha SF, Early DS, Muthusamy VR, et al. Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(4):781-94. DOI: [10.1016/j.gie.2014.09.048](https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.09.048)
9. Choi SH, Yoon WE, Kim SH, Myung HJ, Kim SH, So SO, et al. Comparison of Two Types of 1-L Polyethylene Glycol-ascorbic Acid as Colonoscopic Bowel Preparation: A Prospective Randomized Study. *Korean J Gastroenterol*. 2022;80(2):85-92. DOI: [10.4166/kjg.2022.090](https://doi.org/10.4166/kjg.2022.090)
10. Kingston-Smith H, Gunaratne AW, Saxon J, Ramrakha S, Dawson MVM, Clancy A, et al. A Comparative Clinical Study of a Novel Pre-colonoscopy Bowel Capsule Preparation Against Two Commercially Available Liquid Preparations. *Front Med Technol*. 2020;2:622252. DOI: [10.3389/fmedt.2020.622252](https://doi.org/10.3389/fmedt.2020.622252)
11. DeMicco MP, Clayton LB, Pilot J, Epstein MS, Group NS. Novel 1 L polyethylene glycol-based bowel preparation NER1006 for overall and right-sided colon cleansing: a randomized controlled phase 3 trial versus trisulfate. *Gastrointest Endosc*. 2018;87(3):677-87 e3. DOI: [10.1016/j.gie.2017.07.047](https://doi.org/10.1016/j.gie.2017.07.047)
12. Bisschops R, Manning J, Clayton LB, Ng Kwet Shing R, Alvarez-Gonzalez M, Group MS. Colon cleansing efficacy and safety with 1 L NER1006 versus 2 L polyethylene glycol + ascorbate: a randomized phase 3 trial. *Endoscopy*. 2019;51(1):60-72. DOI: [10.1055/a-0638-8125](https://doi.org/10.1055/a-0638-8125)
13. Schreiber S, Baumgart DC, Drenth JPH, Filip RS, Clayton LB, Hylands K, et al. Colon cleansing efficacy and safety with 1 L NER1006 versus sodium picosulfate with magnesium citrate: a randomized phase 3 trial. *Endoscopy*. 2019;51(1):73-84. DOI: [10.1055/a-0639-5070](https://doi.org/10.1055/a-0639-5070)
14. Lim KY, Kim KO, Kim EY, Lee YJ, Jang BI, Kim SK, et al. Efficacy and safety of 1 L polyethylene glycol plus ascorbic acid for bowel preparation in elderly: comparison with oral sulfate solution. *Korean J Intern Med*. 2023;38(5):651-60. DOI: [10.3904/kjim.2023.030](https://doi.org/10.3904/kjim.2023.030)
15. Jeon HJ, Keum B, Bang EJ, Lee KW, Kim SH, Lee JM, et al. Bowel Preparation Efficacy and Safety of 1 L vs 2 L Polyethylene Glycol With Ascorbic Acid for Colonoscopy: A Randomized Controlled Trial. *Clin Transl Gastroenterol*. 2023;14(3):e00532. DOI: [10.14309/ctg.0000000000000532](https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000532)
16. Yoon JY, Kim HG, Cho YS, Kim HI, Cha JM. 1 L- versus 2 L-polyethylene glycol with ascorbic acid for bowel preparation in elderly patients: a randomized multicenter study. *Surg Endosc*. 2022;36(8):5724-33. DOI: [10.1007/s00464-021-08947-4](https://doi.org/10.1007/s00464-021-08947-4)
17. Repici A, Spada C, Cannizzaro R, Traina M, Maselli R, Maiero S, et al. Novel 1-L polyethylene glycol + ascorbate versus high-volume polyethylene glycol regimen for colonoscopy cleansing: a multicenter, randomized, phase IV study. *Gastrointest Endosc*. 2021;94(4):823-31 e9. DOI: [10.1016/j.gie.2021.04.020](https://doi.org/10.1016/j.gie.2021.04.020)
18. Cash BD, Allen C, Poppers DM. Transient alterations in plasma sodium concentrations with NER1006 bowel preparation: an analysis of three phase III, randomized clinical trials. *BMC Gastroenterol*. 2022;22(1):412. DOI: [10.1186/s12876-022-02484-7](https://doi.org/10.1186/s12876-022-02484-7)
19. Repici A, Hassan C, Hoorn EJ, Bisschops R. NER1006 is clinically safe. *Gastrointest Endosc*. 2019;89(4):908-9. DOI: [10.1016/j.gie.2019.02.004](https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.02.004)



20. Plenvu (polyethylene glycol 3350, sodium ascorbate, sodium sulfate, ascorbic acid, sodium chloride and potassium chloride for oral solution). Package insert. Bridgewater: Salix Pharmaceuticals; 2021.
21. Gerard DP, Gerard SF, Raiser MW. High-dose polyethylene glycol-3350 and gatorade solutions for patients with previous inadequate bowel preparations for colonoscopy are safe and effective. BMC Gastroenterol. 2023;23(1):146. DOI: [10.1186/s12876-023-02663-0](https://doi.org/10.1186/s12876-023-02663-0)
22. College ter beoordeling van Geneesmiddelen - geneesmiddeleninformatiebank [Available from: https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/ords/f?p=111:search:0:::1:P0_DOMAIN,P0_LANG,P1_SORT,P1_RESPPG:H,NL,PRODA,10].