

STAND VAN ZAKEN 50 / INTERVIEW: MDL NA COVID-19 52-54
BANENMARKT MDL 56 / DE SENIOR 57 / SOLLICITEREN 59
COLUMN 61 / PROCTOSKLINIEK 62 / ONCOLOGIE 64-65
MDL IN SURINAME 66 / THEMA: HERINRICHTING MDL 69-87
DE JUNIOR 89 / PROEFSCHRIFTEN 90 / MDL-TRANSFERS 91
CASUÏSTIEK 92-96 / DE AFDELING 97

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 27 / NUMMER 2 / JUNI 2021

HERINRICHTING MDL

**Welk zorglandschap willen we
in Nederland?**



Misleiding in de geneeskunde

Vrijwel dagelijks hebben we met misleiding te maken. Naar aanleiding van de toeslagen-affaire denkt u misschien direct aan de politiek. Maar ook in de geneeskunde komt het voor, juist nu ten tijde van de coronapandemie, al is dit vooral voor niet-medici of leken moeilijk te doorgronden. Recent gaf Christian Drosten – hoofd afdeling Virologie, de Charité, Berlijn – aan dat misleiding volgens het FLICC¹- of PLURV²-principe in Duitsland een groot probleem is. In Nederland is het waarschijnlijk niet anders (en noemen we het PLOKS)³.

Het coronabeleid wordt vooral bepaald door de adviezen die de regering krijgt van OMT, RIVM, Gezondheidsraad en enkele andere adviseurs. Met het gevolgde beleid neemt Nederland de 75^{ste} plaats in (van 102 landen) op de Covid Performance Index van het Australische Lowy Institute (<https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>) en Nederland staat in de top 10 van landen met de meeste infecties. Binnen de EU is Nederland een hoog-risicogebied. Kortom, we doen het slecht. Het Lowy Institute vond dat een bevolkingsaantal lager dan 10 miljoen inwoners, een hoge mate van sociale cohesie en hoge kwaliteit van instituten de voornaamste voorspellende factoren zijn voor een 'goede aanpak'. De dichte bevolking en het Nederlandse individualisme werken in ons nadeel; echter mogelijk ook onze instituties.

Als we naar de adviseurs van onze regering kijken, valt op dat ze veelvuldig de publiciteit zoeken. In de schijnwerpers gedragen ze zich vervolgens – bewust of onbewust – volgens het zogenaamde PLURV-Prinzip, zoals Christian Drosten het definieert. De P staat dan voor *Pseudo-Experte*: een expert op gebied A doet alsof hij/zij ook expertise heeft op gebied B, C et cetera. L van *Logik-Fehler* is het verbuigen van de waarheid. U van *Unerfüllbare Erwartungen*: de wetenschap zaken toedichten die helemaal niet mogelijk zijn. R staat voor *Rosinen-Pickerei*: een stelling poneren en vervolgens onderbouwen met geselecteerde bevindingen of publicaties die het beste uitkomen. En de V verwijst naar *Verschwörungsmethoden*, oftewel complottheorieën.

Ik raad u aan om bij het kijken naar onze COVID-adviseurs bij *Op1*, *Jinek* of *Beau* het PLURV-rijtje eens langs te lopen. Dat is helemaal niet moeilijk: denk hierbij aan het volledig sturen van het beleid op belegde aantallen IC-bedden, de introductie van de mondkapjes, de lappendeken bij het vaccinatiebeleid of de consequenties verbonden aan de zeer zeldzame bijwerkingen van het AstraZeneca-vaccin.

Misleiding als gevolg van het PLURV-principe is gevaarlijk: een volksgezondheidsprobleem zoals COVID-19 laat zich daardoor lastiger aanpakken, waardoor het verloop onnodig ernstiger is. Gelukkig gloort er licht aan het einde van de tunnel, straks zijn we allemaal gevaccineerd! Laten we hopen dat daarna een parlementaire enquête volgt.

¹ <https://skepticalscience.com/history-FLICC-5-techniques-science-denial.html>

² <https://skepticalscience.com/PLURV-getting-popular-in-Germany.html>

³ <https://www.klimafakten.de/meldung/p-l-o-k-s-unser-info-poster-zu-strategien-der-desinformation-jetzt-auch-auf-niederlaendisch>

► REFERENTIES bij artikelen vindt u in de DIGITALE editie.

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities en download de pdf.

De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 101.

COLOFON

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

Oplage

2750 exemplaren

Redactie

Geert Bulte
Sietske Corporaal
Marina Grubben
Marloes van Ierland
Rob de Knecht
Ger Koek
Lieke Koggel
Susanne Korsse
Xavier Smeets
Govert Veldhuijzen
Fanny Vuik

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

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

Abonnementen

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

Vormgeving

M.Art, Haarlem
grafische vormgeving

Druk

Deltabach Grafimedia BV
Nieuw-Vennep
ISSN: 1384-5012

MAGMA

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

COVERFOTO

Shutterstock

REDACTIE MAGMA

De inhoud van MAGMA wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 8 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?
Heb je een bijdrage als JUNIOR
of SENIOR?

Wend je dan tot de redactie via
r.deknecht@erasmusmc.nl.

Zinnige inhaalzorg

Hoe lang zal het duren voordat de zorg weer is hersteld van de impact van de COVID-19-pandemie? Minstens twee jaar, schat ik in. Er zal héél veel uitgestelde zorg op ons af komen, wanneer we in de zomer voldoende groepsimmunititeit hebben opgebouwd door het vaccineren en er daardoor weer plaats is op de IC's en verpleegafdelingen.

Het zorgpersoneel zal ook eerst op adem moeten kunnen komen alvorens deze grote klus te klaren. Op sommige IC's en verpleegafdelingen is het ziekteverzuim opgelopen tot 20%! Ik denk dan ook dat er niet veel terecht gaat komen van echte inhaalzorg in 2021. Hiervoor hebben we simpelweg de mankracht niet.

Hoe ongelukkig is het verder met deze berg (voorheen stuwmeer) aan inhaalzorg, dat het Hoofdlijnenakkoord ons ook nog eens beteugelt met een 0.0% groei – effectief dus krimp – voor 2022. Onmogelijk met elkaar te rijmen.

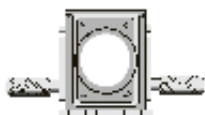
Artsen en verpleegkundigen zullen samen in gesprek moeten gaan met het ministerie en de zorgverzekeraars om duidelijk te maken wat er nodig is om de inhaalzorg – waarvan het de vraag is welk volume die heeft – te kunnen waarmaken. Wij zullen hier zelf de regie moeten pakken, omdat alleen wij kunnen inschatten wat prioriteit heeft.

Ik ben van mening dat we voor de MDL-zorg, naast de gebruikelijke triageregels, goed moeten kijken naar de uitkomsten van zorgevaluatiestudies. Als MDL-artsen mogen we ons gelukkig prijzen dat we zeer actief zijn binnen allerlei verschillende netwerken in het evalueren van zorgactiviteiten, met onder andere als doel aantoonbaar onzinnige zorg te vermijden.

Voorbeelden hiervan zijn: het niet meer surveilleren van kleine Barrett-tongen, het stoppen met verrichten van ERCP bij biliaire pancreatitis, introductie van het *e-health* systeem mijnIBDcoach, leidend tot 35% poliklinische zorgreductie. En als meest recente klap op de vuurpijl: het niet verrichten van een diagnostische gastroscopie bij dyspepsie zonder alarmsymptomen*.

Na de pandemie komt de inhaalzorg op ons af. Ik wens u een goede zomervakantie. Rust goed uit!

Was getekend,
Frank Vleggaar
-voorzitter-



*De Jong, JJ, et al. Web-based educational intervention for patients with uninvestigated dyspepsia referred for upper gastrointestinal tract endoscopy; a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2021.

Van weerstand naar lef

Niets is zo blijvend als verandering. Zo ook in de zorg. Echter, verandering betekent ook: buiten je comfortzone treden, en dit kan weerstand oproepen. Als zorgmedewerker zal het je niet zijn ontgaan dat het kostbare zorgland-schap niet kan blijven bestaan in zijn huidige vorm. Het roer moet om! Onder noemers als 'Zinnige Zorg' en 'De Juiste Zorg op de Juiste plek' zijn de afgelopen jaren veel projecten opgestart, in essentie alle met hetzelfde doel: betere kwaliteit voor minder geld. Hierbij kan worden gedacht aan (regionale) samenwerkingsinitiatieven, taakher-schikking of substitutie van zorg, maar bijvoorbeeld ook aan telemedicine. Door de COVID-19-pandemie zijn digitale ontwikkelingen in de zorg in een stroomversnelling geraakt. Eerst eng en nieuw, maar inmiddels niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk. Sterker nog, er wordt voortgeborduurd op de eerste goede resultaten.

Dit themanummer gaat in op herin-richting van (met name) de MDL-zorg, van grotere structurele aanpassingen op ziekenhuisniveau tot digitalisering van, met name, de chronische zorg. Wij hopen jullie met praktijkvoorbeelden een blik op de (nabije) toekomst te geven en te inspireren ook zelf hieraan bij te dragen. Verandering is immers onvermijdelijk en de goede voorbeelden liggen er. Nu rest ons alleen nog om zelf de stap te zetten. Van weerstand naar lef.

Lieke Koggel en Xavier Smeets

U kunt *MAGMA 2-2021* te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

DE IMPACT VAN RUIM ÉÉN JAAR COVID: IN GESPREK MET VIER MDL-ARTSEN

‘We hebben het toch maar mooi gerooid met z’n allen’

Wat is de impact geweest van COVID-19 op de ziekenhuiszorg? Tegen welke grenzen liepen artsen aan en welke inzichten heeft de pandemie opgeleverd? Maar ook: welke ontwikkelingen zijn in gang gezet of versterkt? We spreken met vier MDL-artsen: Frank Vleggaar, Jeanin van Hooft, Marie-Louise Verhulst en Pieter Honkoop.

“Even was het ‘leuk’ en spannend: alsof we met z’n allen op overlevingskamp waren en konden laten zien hoe goed we de crisissituatie konden ondervangen. Maar dat is nu klaar. Het duurt te lang, de rek is eruit.” Aan het woord is Jeanin van Hooft, hoofd van de MDL-afdeling in het Leiden Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Eerste golf: het sentiment

“De eerste golf gaf een enorm saamhorigheidsgevoel”, vult Marie-Louise Verhulst aan. Zij werkt als MDL-arts in het Máxima Medisch Centrum (MMC), regio Zuid-oost-Brabant. “We stonden samen voor een klus – artsen en verpleegkundigen – en hadden echt het gevoel van ‘we gaan dit samen redden’. Zo zagen we plastisch chirurgen op de OK waar extra Intensive Care (IC)-bedden waren gecreëerd, de zorg coördineren: dat soort dingen had je twee jaar geleden toch nooit bedacht. Ik vond dat allemaal echt heel mooi om te zien.”

Frank Vleggaar, MDL-arts in het UMC Utrecht (UMCU) en NVMDL-voorzitter: “In de eerste golf was er ook enorm veel waardering vanuit de buitenwereld. De ziekenhuizen werden overstelpt met cadeautjes. Het was soms zelfs een beetje beschamend.”

Logistiek op z’n kop

De waardering van de buitenwereld en het saamhorigheidsgevoel onder het medisch personeel waren hard nodig. Ziekenhuizen stroomden vol met COVID-patiënten en de

logistiek binnen ziekenhuizen werd helemaal op z’n kop gezet. Verhulst: “Brabant was natuurlijk een brandhaard. In Bernhoven bijvoorbeeld was alleen nog maar COVID-zorg: iedereen – van MDL-arts tot dermatoloog – was daarmee bezig.” Pieter Honkoop, MDL-arts in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht, vult aan: “De eerste piek is bij ons helemaal door arts-assistenten gedraaid, samen met de IC-, anesthesie- en andere medewerkers. De MDL-afdeling heeft drie maanden op z’n gat gelegen, op de acute zorg na. Dus de hele logistiek is ineens anders, je moet overal dieper over nadenken: of het wel moet, kan, lukt en te prioriteren is. We moesten continu creatieve oplossingen verzinnen, van het oplossen van het tekort aan materialen en personeel tot aan het continu aanpassen van de logistieke organisatie.”

Frustraties tweede golf

Toen kwam de tweede golf. De reguliere zorg kon niet langer worden uitgesteld, de waardering van de buitenwereld verminderte en ook het sterke saamhorigheidsgevoel onder medisch personeel brokkelde iets af, vertellen de artsen. Van Hooft: “Ik merk dat er metaalmoeheid begint te ontstaan bij deze en gene, en dat is ook begrijpelijk.” De artsen die *MAGMA* spreekt tijdens dit ‘rondetafelgesprek’ via Teams, voeren tal van redenen aan waarom de huidige tweede langgerekte golf zoveel zwaarder is dan de eerste. Honkoop: “In de eerste golf

hadden we vijf bedden voor MDL-patiënten en die lagen vol, maar de hele zorg was afgeschaald. Nu heb je naast twee volledige units COVID ook nog de reguliere zorg. Van de negen MDL-artsen die we hebben, draaien er drie in wisseldiensten mee op die afdelingen.”

In sommige ziekenhuizen is de personeelsuitval 15 procent, weten de artsen. Dit betekent dat het medische personeel dat wel werkt, nog zwaarder wordt belast. Verhulst: “Collega’s en verpleegkundigen die COVID hebben gehad, vallen langdurig uit, hebben we gemerkt. Ze hebben veel moeite terug te komen in het proces. De mensen die wel meedraaien, werken op dit moment bovendien vaak buiten hun comfortzone. Dat draagt bij tot nog meer uitval. Ze werken soms in andere teams, op andere afdelingen en doen andere werkzaamheden. De mensen die normaalgesproken bij ons op de ‘high-risk’-afdeling van verloskunde werken bijvoorbeeld, staan nu op de IC.”

Scheldkanonnades

Roosters moeten – ook in de tweede golf – voortdurend worden aangepast, omdat personeel is uitgevallen of er nieuwe COVID-maatregelen door de ziekenhuisleiding worden ingevoerd. Ook dat werkt belastend, merken de artsen. Vooral de arts-assistenten en het verplegend personeel hebben last van de onvoorspelbaarheid van de huidige ontwikkelingen, vertelt Van Hooft. “Elke keer verandert de logistiek. Het is steeds weer lastig je rooster rond te krijgen. Dan moeten er ineens verpleegkundigen en een arts-assistent naar de COVID-zorg. Of je denkt dat je het net rond hebt, en dan beslist het ziekenhuis tot een nieuwe



Frank Vleggaar



Jeanin van Hooft

COVID-maatregel, wat vervolgens betekent dat je je hele patiëntenpopulatie mag nabelen dat de afspraak niet doorgaat. Dat geeft stress. Mensen worden er onrustig van. Wat ook niet helpt, is dat de flexibiliteit van patiënten afneemt. Zo hebben we gisteren alleen maar scheldkanonnades gehad van patiënten waarvan de afspraak niet doorging. Voor het personeel is dat allesbehalve leuk.”

Positieve effecten

Heeft COVID ook nog voordelen opgeleverd? Levert de strikte hygiëne wellicht minder resistente bacteriën op? “Het vele handen wassen, de mondkapjes en spatbrillen: ik denk dat dit zeker gaat helpen als het gaat om wondinfecties, resistenties, en dergelijke”, zegt Vleggaar. “Ik merk het ook bij

mijzelf: ik ben al een jaar niet verkouden geweest.” Verhulst vult aan: “Waar je dit heel goed ziet, is op de kinderafdeling: daar zie je normaalgesproken veel respiratoire of gastro-intestinale infecties; nu is de afdeling half leeg.”

Een tweede positieve ontwikkeling ligt op het digitale vlak. “Door COVID zijn bijvoorbeeld beeldbellen en e-consult – ontwikkelingen waar we al lang op zaten te wachten – versneld doorgevoerd. Dat vind ik wel een positief effect”, zegt Verhulst. De anderen beamen dat. Vleggaar voegt toe: “Die telefonische consulten werken heel efficiënt. Mijn hele poli is tegenwoordig telefonisch. Dat kan niet bij iedere patiëntenpopulatie natuurlijk. Maar ik word er soms wel vrolijk van dat ik er zo snel doorheen kan.” De

artsen zijn het erover eens dat beeldbellen – zowel de consulten als de teamvergaderingen – zeker voordelen heeft, en vooral ook moet blijven. Maar ook: dat dit niet altijd kan of te prefereren is.

Doorgeschoten efficiëntie

Heeft COVID nog meer inzichten opgeleverd? Gaan de artsen door COVID bijvoorbeeld beter of efficiënter met de middelen om dan voorheen? “Dat kon niet efficiënter”, reageert Van Hooft meteen. “Ik vind juist dat je door de COVID zag dat je al veel te ‘lean’ bent ingeregeld. In de eerste golf was er bijvoorbeeld een tekort aan handschoenen, mondkapjes of endo-echonaalden en er was gewoon nul buffer.” Vleggaar: “Je ziet nu nóg dat er problemen zijn met leveringen. Op een gegeven moment kun je weer



ADVERTENTIE



Pieter Honkoop



Marie-Louise Verhulst

een ballon niet krijgen of een naald, en moet je opnieuw een alternatief gaan zoeken. Je merkt echt na-ijleffecten, zelfs nog van de eerste golf.”

Honkoop: “Ik denk dat we het zorgsysteem in Nederland wat minder strak moeten inregelen. We zijn enorm efficiënt en kosteneffectief. Maar je ziet nu dat als er één zandkorreltje in de molen komt, het grote gevolgen heeft, dat er links en rechts direct tekorten zijn. Bij de MDL-afdeling was er bijvoorbeeld gebrek aan middelen en medicijnen. Nu zijn we innovatief en flexibel genoeg om dergelijke problemen creatief op te lossen, maar er mag wel wat meer marge zitten in de overcapaciteit van middelen en personeel.” De anderen beamen dat volmondig.

Hoofdlijnenakkoord

COVID heeft nog steeds veel impact op de MDL-zorg. In het LUMC zijn de reguliere scopieën met 30 procent geslonken en draaien er drie in plaats van vier programma's per dag. In Dordrecht is er over de gehele periode 10 procent minder MDL-zorg geleverd. En er zijn meer consequenties zichtbaar.

Honkoop: “Ik denk dat je als MDL-vakgroep – toch een groeiend vak in de meeste ziekenhuizen – inmiddels twee jaar achterloopt. Want die doorontwikkelingen van het vak zijn volledig geparkeerd. Iedereen is z'n broek aan 't ophouden en hoopt dat het ziekenhuis blijft staan. Bovendien: de jongeren klagen steen en been dat er geen werkplekken zijn. Dat komt ook omdat geen enkel ziekenhuis de komende tijd gaat

uitbreiden.” Vleggaar: “Dat heeft deels ook te maken met dat Hoofdlijnenakkoord, denk ik. Het akkoord zet in op nul groei, zelfs op krimp. Dat komt ongelukkig samen met zo'n pandemie, waarbij je een enorme stijging krijgt aan zorgvraag. Dat botst natuurlijk enorm.”

Trots

Toch blijft een gevoel van trots hangen na ruim één jaar COVID. “We hebben het met z'n allen toch maar mooi gerooid”, zegt Honkoop. “We hebben het wel voor elkaar gekregen dat er geen hele gekke dingen zijn gebeurd, dat we alles redelijk op de rails hebben kunnen houden. Ik denk dat we dat wel kunnen overhouden van het afgelopen jaar. Maar dat dit niet zonder moeite en stress is gegaan: ook dat gevoel blijft hangen.”

Percentage jonge specialisten zonder vast contract neemt toe

In september 2020 publiceerde *MAGMA* een brandbrief over de groeiende problematiek op de banenmarkt voor pas afgestudeerde MDL-artsen. In dit artikel geven wij de nieuwste cijfers en lichten wij toe welke initiatieven er sinds september lopen om de problemen aan te pakken.

Kern van de zaak is dat pas afgestudeerde MDL-artsen steeds minder vaak een vaste baan hebben. Van de vakgenoten die in 2017 hun opleiding afrondden, kreeg 78% direct een vaste baan, tegenover 50% van de lichting uit 2019. In het tweede jaar na afronden van de opleiding had van de lichting uit 2017 92% een vaste baan, tegenover 60% van de lichting uit 2019 (*figuur 1*).

Tegenover deze getallen staan een hoge werkdruk onder medisch specialisten en oplopende wachtlijsten voor de MDL-zorg. Een tijdelijk contract is zeker geen ramp, en een periode als *chef de clinique* of *fellow* werken kan een nuttige aanvulling zijn op de opleiding, maar het gebrek aan perspectief op zekerheid baart zorgen. Ook blijken jonge specialisten aanbiedingen te krijgen om zonder salaris te komen werken. Dat is wat ons betreft een grens die we niet moeten passeren.

Een van de belangrijkste doelen voor het komende jaar is om gedetailleerd inzicht te krijgen in de omvang van het probleem. Het gaat niet alleen om de situatie voor jonge specialisten tot een paar maanden na voltooiën van hun opleiding, maar juist ook om de situatie tot een aantal jaar daarna. En wat is de invloed van het uitstroomprofiel hierop? De hierboven genoemde getallen komen uit een eenmalige rondvraag van de NVMDL i.o. bij alle MDL-artsen die de

afgelopen vijf jaar zijn afgestudeerd. Met periodieke enquêtering willen we een permanente monitoring van de arbeidsmarkt verkrijgen.

Daartoe werken we samen met De Jonge Specialist, het overkoepelende orgaan van alle jongerenverenigingen van medisch specialisten. Want bij onder andere cardiologie, gynaecologie, heelkunde, interne, KNO, orthopedie en radiologie spelen vergelijkbare problemen. De arbeidsmarkt staat inmiddels ook hoog op de agenda bij de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Gezamenlijk wordt een arbeidsmarktmonitor ontwikkeld waarmee eens per twee jaar de arbeidsmarkt in kaart wordt gebracht. Ook zal het Capaciteitsorgaan het aantal werkende specialisten, fte's en de vacatureruimte in beeld brengen, zodat betere ramingen kunnen worden gemaakt voor instroom van aios.

Naast monitoring van de arbeidsmarkt wordt binnen de MDL een Jonge Specialist-commissie opgericht onder de vlag van de NVMDL. Hierin zullen aios, jonge specialisten en 'oudere' specialisten plaatsnemen voor een zo breed mogelijk draagvlak. De commissie zal zich bezighouden met verte-

genwoordiging van jonge specialisten in de breedste zin. Denk daarbij aan monitoring van de arbeidsmarkt, het formuleren van kaders voor *chef*- en *fellow*plekken zodat daarin verdere ontwikkeling gewaarborgd wordt, en het bedenken van oplossingen om de arbeidsmarkt toegankelijk te houden. Meer informatie volgt binnenkort via de geijkte kanalen.

Voor ons blijft het belangrijk dat MDL Nederland zich bewust wordt van de toenemende problematiek. We werken plannen uit voor een rondgang bij alle vakgroepen om de arbeidsmarkt te bespreken en om ook met vakgenoten van gedachten te wisselen over mogelijke oplossingen. Zie hiervoor ook de eerder gepubliceerde menukaart in *MAGMA* september 2020.

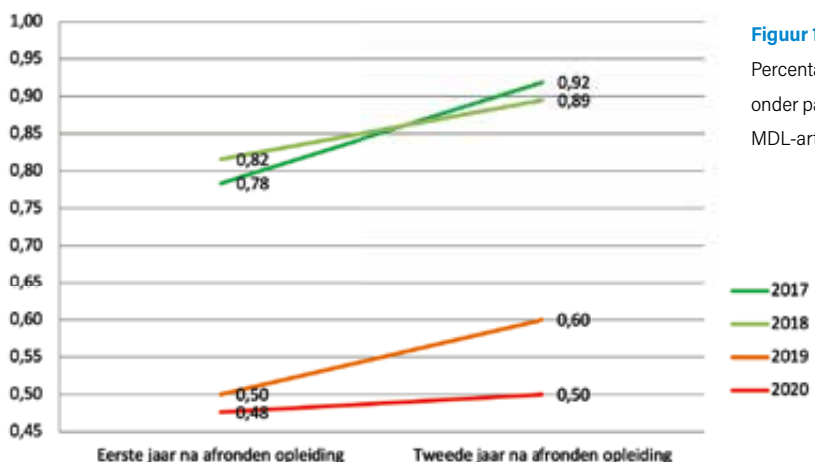
Met dit artikel willen we nogmaals de noodzaak tot ingrijpen onder uw aandacht brengen. We hopen dat we gezamenlijk het tij kunnen keren.

Namens het bestuur van de NVMDL i.o.,

Willem Pieter Brouwer, aios Erasmus MC
Clasine de Klerk, aios AUMC, locatie AMC

Marin de Jong, aios LUMC

Xavier Smeets, aios Jeroen Bosch ziekenhuis



Figuur 1.

Percentage vaste banen onder pas afgestudeerde MDL-artsen.

Dreigende werkloosheid jonge MDL-artsen: waar blijft de actie?

Vorige zomer verscheen de Brandbrief over toekomstige werkloze MDL-artsen¹. Dit is nu bijna een jaar geleden, maar er is niet veel veranderd. Inmiddels worden artikelen gepubliceerd door werkloze medisch specialisten van andere disciplines over omscholing en vertrek naar het buitenland als enige opties. Misschien is op dit moment een jonge MDL-arts ook al aan het schrijven.

Aan het einde van de vorige eeuw was er een vergelijkbare situatie. MDL-artsen in opleiding via de *korte bocht* (drie jaar interne plus drie jaar MDL), dachten aan een extra aantal jaren interne geneeskunde om alsnog via de lange bocht (vijf tot zes jaar interne plus drie jaar MDL) een baan te bemachtigen. Een internist-MDL-arts was toen aantrekkelijker omdat die ook voor de interne geneeskunde dienst kon doen. Achteraf bleken de zorgen ongegrond: de MDL kreeg volledige erkenning als zelfstandig specialisme en MDL-artsen waren niet aan te slepen. Headhunters zochten in het buitenland MDL-artsen die in Nederland wilden komen werken en aios wisten zich vanaf het vierde jaar verzekerd van een vaste baan. Met het bevolkingsonderzoek darmkanker (BVO) kwam een tweede hausse, die echter sneller over het hoogtepunt heen was dan gedacht. Ondertussen was het BVO als argument gebruikt om het aantal aios te verruimen.

Nu zitten we met de gebakken peren: de aios omdat er onvoldoende banen zijn, de zittende MDL-artsen vanwege de vrees nog meer te moeten werken. In de brandbrief werd om hulp gevraagd: van de beroepsvereniging, oudere collega's, doorwerkende gepensioneerde collega's en het Concilium. Inmiddels zijn er gesprekken tussen de aios, de NVMDL en de junior-afdeling van de Federatie Medisch Specialisten. Er is echter nog geen plan.

Als je dit als 'oudere' gadeslaat, zie je twee partijen: één springend om een baan en één vooral bezig om vervanging te zoeken voor de aios, want het werk moet wel worden gedaan. Het resultaat: her en der wordt in een UMC een extra *fellow* aangenomen en laag-complexe zorg gaat naar specialistisch verpleegkundigen. De maten in de periferie en de UMC'ers in de academie voelen geen vrees voor werkloosheid, maar zien de reclame van de garnalenpel-

sters voor zich als dreigend visioen (<https://www.youtube.com/watch?v=pSAwQxK06pQ>). De macht om het probleem op te lossen ligt niet bij de aios; degenen die op z'n minst een voorstel voor een oplossing zouden moeten doen, denken echter in deze fase vooralsnog aan zichzelf.

Maar er moet niet worden gewacht totdat werkloze MDL-artsen zoeken naar omscholing en met het aandachtsgebied hepatologie gaan werken bij een fabrikant van GLP-receptoragonisten. Er moet actie worden ondernomen: NU. Een lager aantal aios zoals door het Capaciteitsorgaan bepaald, heeft pas effect over minstens zes jaar. Deze Senior daagt hier in eerste instantie niet de oudere collega's uit, maar de aios. Senioren houden immers niet van verandering, zij koesteren de status quo. Wat we nodig hebben is een actiegroep waarin een aantal aios zitting neemt plus een arbeidsdeskundige en een bedrijfs-econoom. Misschien zijn oplossingen dan helemaal niet ver weg.

Immers, indien 500 fte MDL-artsen 5% werktijd inleveren, ontstaan 25 vacatures, bij 10% zelfs 50 vacatures. Indien we nu eindelijk ook de patiëntadministratie, het onderwijs en het onderzoek als regulier werk meetellen, zal blijken dat we allemaal gigantisch overwerken. Het verschuiven van taken, misschien naar ouderen, zal mogelijk ook ruimte bieden.

De arbeidsdeskundige en de bedrijfseconoom zullen dit moeten onderbouwen om tot een business-case te komen. Want uiteindelijk moet alles natuurlijk financieel haalbaar zijn en mogen zij die wat tijd inleveren, er niet (te veel) op achteruitgaan. Uiteindelijk is dat toch altijd de *bottleneck*. En het moet vanzelfsprekend passen in het regeerakkoord (de uitgaven aan zorg mogen niet te veel toenemen) en bovenal in het budget van de ziekenhuizen.

Oproep

Welke aios nemen het initiatief? Welke senioren denken mee? En heeft MAGMA ook arbeidsdeskundigen en bedrijfseconomen in haar lezerskring?

Meld je bij de redactie (r.deknecht@erasmusmc.nl), je e-mail wordt naar de Senior doorgestuurd.

¹ Zie ook: MAGMA 3-2020, p. 92-95

ADVERTENTIE

Solliciteren in een veranderde arbeidsmarkt

"We hebben meer dan twintig brieven gehad, dus als je wilt meelopen, kan dat alleen nog woensdagochtend, 's middags komt de volgende sollicitant al." "We hadden een afspraak staan aanstaande maandag, maar we hebben onverwacht veel respons op onze vacature. Omdat je niet volledig in het gewenste profiel valt, moeten we je meeloopdag helaas afzeggen." Een kleine greep uit mijn sollicitatie-ervaringen in het afgelopen jaar. Hoe kun je, als sollicitant én als ontvangend centrum, toch zoveel mogelijk uit het sollicitatieproces halen als je een van de velen bent? Ik leg deze vraag voor aan een paar MDL-collega's.

Merel Tielemans, die als MDL-arts in het Bravis Ziekenhuis afgelopen jaar meerdere sollicitanten ontving: "Ik zou echt aanraden om een dag mee te lopen; zo kun je de sfeer vast proeven en het is een ontspannen manier om elkaar beter te leren kennen. Je krijgt een veel betere indruk van elkaar dan tijdens een officieel sollicitatiegesprek van een half uur." Jorie Buijs, dit jaar begonnen als *chef de clinique* in het Bravis Ziekenhuis, adviseert om vóór de meeloopdag alvast meerdere vakgroepleden te benaderen: "Mijn vragen werden eigenlijk altijd enthousiast ontvangen. En doordat ik van tevoren al een beter beeld had van de werkzaamheden en samenstelling van de afdeling, kon ik tijdens de meeloopdag gerichter doorvragen."

Slimme vragen

Hoe kom je er als sollicitant achter of een werkplek bij jou past? Rob Ouwendijk, van 2018-2020 betrokken bij de succesvolle uitbreiding van de vakgroep MDL van het Bravis Ziekenhuis reageert direct enthousiast als ik hem vraag naar zijn tips voor sollicitanten: "De vacature zegt lang niet alles. Een *chef de clinique*-plek voor een jaar kan wel degelijk resulteren in een vaste aanstelling, ook al staat dit niet expliciet omschreven. Vraag daarom vooral door." Ook hij adviseert om van tevoren met verschillende mensen contact op te nemen, bij voorkeur mensen die je al kent.

"Wees creatief; misschien heb je tijdens je opleiding wel samengewerkt met een aios chirurgie die in je beoogde ziekenhuis als staflid aan de slag is. Als er oude bekenden in de MDL-vakgroep zitten, kun je door je eerdere samenwerkingservaring ook inschatten of die groep bij je past." Tijdens je vooronderzoek en meeloopdag kun je door slimme vragen te stellen een beeld krijgen van de toekomst die je te wachten staat. Ouwendijk: "Kijk bijvoorbeeld naar de leeftijdsopbouw van de vakgroep. Als iedereen jong is, is dit de groep waarmee je het gaat doen en is de bestaande cultuur meer vastomlijnd dan een groep waar je over de jaren heen kunt meebeslissen over nieuwe collega's." Ouwendijk geeft aan dat je vooral ook naar de mindere kanten mag vragen: "Vraag aan de scopieverpleegkundige en poli-assistent hoe de sfeer is en bijvoorbeeld of ze regelmatig moeten overwerken omdat programma's uitlopen."

Droomplek

Maar wat als het niet lukt om die ene droomplek in je favoriete ziekenhuis te bemachtigen? Stel: je wilt in een opleidingsziekenhuis werken, maar je enige optie is een algemeen perifeer ziekenhuis buiten je gewenste regio. Ouwendijk: "Alles valt of staat met de potentie van de vakgroep. Juist in een perifeer ziekenhuis zijn er vaak ontwikkelingsmogelijkheden, met name nu de arbeidsmarkt voor MDL-artsen aan

Tips voor centra

- Bij veel aanbod: maak een preselectie van de sollicitanten, het heeft geen zin om twintig mensen te laten meelopen. Overweeg bijvoorbeeld eerst een informatieavond te organiseren waar geïnteresseerden meer te weten kunnen komen over de vakgroep en het ziekenhuis.
- Communiceer van tevoren of er een dagprogramma is: als je verwacht dat de sollicitant bijvoorbeeld meescopieert, kan die daarmee rekening houden bij de kledingkeuze.
- Het wordt zeer gewaardeerd als centra de randvoorwaarden bij de meeloopdag c.q. sollicitatie goed regelen. Bijvoorbeeld: leg een uitrijkaart klaar of kondig van tevoren aan dat de lunch verzorgd is.

Tips voor sollicitanten

- Regel altijd een meeloopdag voor je officiële sollicitatie.
- Stel van tevoren vragen en wees creatief in wie je benadert.
- Oriënteer je breed: je kunt wel eens aangenaam verrast worden door een ziekenhuis dat aanvankelijk niet op je favorietenlijstje stond.

het veranderen is." Hij adviseert om goed te achterhalen wat de toekomstplannen zijn: "Zijn er plannen om de vakgroep uit te breiden, hoe denken directie en staf hierover? Wat is de tijdsplanning? Kijk ook naar de regio-opbouw: hoeveel inwoners bedient het ziekenhuis en hoeveel MDL-artsen zijn daarvoor nodig? Hoe is de verhouding van het aantal vakgroepsleden met de aan MDL gelieerde specialismen: het aantal MDL-chi- ►

ADVERTENTIE

rurgen of abdomen/interventieradiologen? Als er potentie is om je te ontwikkelen als vakgroep, kan een perifeer ziekenhuis juist een uitgelezen kans zijn om die droomplek voor jou te creëren.”

Ik spreek Marius Munneke die dit jaar buiten zijn opleidingsregio (Amsterdam) een baan heeft gevonden in Emmen bij de Treant Zorggroep. “Ik voelde me meteen welkom in de vakgroep en kon bij Treant ERCP’s en endo-echo’s blijven doen, dat was belangrijk voor mij.” Munneke heeft er inmiddels helemaal zijn draai gevonden. Daarbij ervaart hij een goede balans tussen zijn werk in Emmen, waar hij doordeeweeks verblijft en zijn privéleven in Amsterdam, waar hij de weekenden doorbrengt. “Ik heb mijzelf op deze manier de tijd gegund om me rustig te oriënteren op woonplaatsen in Drenthe en omstreken.” Je openstellen voor een vacature buiten je regio kan dus duidelijk positief uitpakken.



Aan de slag

Maar wat als je niet meteen zo enthousiast bent over je opties? Ouwendijk adviseert de sollicitant om gewoon aan de slag te gaan: “Je proeftijd is een uitstekende tijd om te achterhalen of een vakgroep bij je past, zonder je direct vast te leggen. Kun je met je maten overweg? Komt iemand je helpen als je vastloopt? Is er aandacht voor je als je je eerste dienst draait, is er bijvoorbeeld

back-up geregeld? Hoe gaat men ermee om als iemand in de vakgroep een fout maakt? Allemaal cruciale informatie die iets zegt over het functioneren van de vakgroep. Uiteindelijk draait het hele proces om die ene vraag: voel ik mij senang in deze club?”

*Ludi Koning, MDL-arts
Máxima MC, Eindhoven*



Over wilde-beestenmarkten, Zwarte Zwanen en geitenpaadjes

De viruspandemie is een Zwarte Zwaan-gebeurtenis volgens Nassim Nicholas Taleb: achteraf begrijpelijk, vooraf onvoorspelbaar, zoals een tsunami. Ongebruikelijke markten of laboratoria in Wuhan veroorzaken niet causaal een corona-uitbraak, zo min als jarenlang ziekenzorg en ziekenhuisbedden inkrimpen noodzakelijkerwijze tot Code Zwart leiden. Zijn boek gaat over de impact van een hoogst onwaarschijnlijke gebeurtenis en hoe daarmee om te gaan.

Ministers en OMT denken dat zoiets moet door centraal aangestuurd, heimelijk besturen. Inhoudelijk evenwel wordt het huidige coronabeleid ten beste gekenschetst als zwabberend. Bestuurlijk is het een zootje zonder actief geheugen of gescheiden verantwoordelijkheid, zoals goed bestuur betaamt.

Tijdens de eerste golf werd alle zorg exclusief gestructureerd rond COVID-19 met welwillende, decentrale flexibiliteit van zorgverleners. Immers, niets was voorzien in de staatsbegroting of ingekocht door

zorgkostenverzekeraars. Al klotste het ziekenhuiswater tot aan lippen, het werk werd gedaan. Toch moest, na geleverde zorg, worden gecedeerd tegen minister Van Ark voor reële bedrijfskostenvergoeding, die met bonus-grijpstuiver als 'structurele' waardering meende te volstaan. Het centraal bestuur bewijst zo een onbetrouwbare partner te zijn. Ondertussen vordert het vaccineren te traag door onwil, onbenul en onkunde. Met hoogst ondoorzichtige prioritering. Terwijl het zorgpersoneel in de frontlinie mondjesmaat en merendeels via achteraf gelegen geitenpaadjes vaccins worden toebedeeld. Wat een onverantwoord personeelsbeheer.

Centrale aansturing hoort bij bananenrepublieken of autoritaire staten als China, niet in Nederland. Geen achterkamertjesgerommel maar delen van kennis en praktische toepassingen. Maak als centraal bestuur algemene regels, die zorgverleners onafhankelijk uitvoeren en die zorgkostenverzekeraars en Inspectie controleren. Een beschaafde, traditionele trias in de gezondheidszorg, dat kan zonder Tjeenk Willink.



SPECIALISATIE MDL-ZORG:

De Proctos Kliniek

Proctologische problematiek heeft binnen reguliere ziekenhuizen niet altijd prioriteit. Gelukkig zijn er steeds meer toegewijde specialisten en is in vele ziekenhuizen een speciaal spreekuur ingericht. De patiënt ziet gedurende het traject echter niet vaak dezelfde behandelaar. Dit komt het gevoel van privacy van de patiënt niet ten goede en de patiënt verliest dikwijls het overzicht door het gebrek aan continuïteit. De Proctos Kliniek in Bilthoven is een gespecialiseerde kliniek voor *benigne* anorectale aandoeningen, bekkenbodempatiek en fecale incontinentie. In deze kliniek worden patiënten met zowel laag- als hoogcomplex pathologie behandeld. De patiënten komen uit het hele land (60% uit de regio). Van hen wordt 40% verwezen voor een *second opinion*.

Vaste behandelrelatie

Op proctologische aandoeningen rust een taboe bij patiënten. Ze schamen zich, vertellen het niet aan familie en stellen medische hulp uit. Wanneer ze zich dan toch uiteindelijk tot een specialist wenden, is dat een grote stap.

De Proctos Kliniek biedt een compleet palet van diagnostiek en behandeling, waarbij wordt gestreefd naar een vast patiënt-arts-koppel. De zes chirurgen werken fulltime en uitsluitend in de Proctos Kliniek en *shared*

decision making staat hoog in het vaandel. Aanvullende diagnostiek wordt door de specialisten zelf op de poli verricht, vaak al tijdens het eerste consult. Zodoende kan er meteen een behandelplan worden opgesteld. Tot de diagnostische mogelijkheden behoren proctoscopie, 3D-anorectale-manometrie (*figuur 1*)¹, anale endo-echografie, transperineale echografie en eventueel een echo-defecografie. Voor een coloscopie wordt verwezen naar een ziekenhuis of ZBC in de regio waar de patiënt woont.

Multidisciplinair team

Naast de uitgebreide (chirurgische) expertise is er een multidisciplinair team dat bestaat uit een bekkenfysiotherapeut, twee continetieverpleegkundigen, een medisch psycholoog, een dermatoloog en een MDL-arts. Er is maandelijks een multidisciplinair overleg met de uro-gynaecologen van de Bergman Kliniek. Richelle Felt, MDL-arts in het Amsterdam UMC, locatie VUmc, is elke dinsdag in de Proctos Kliniek aanwezig. Zij is verantwoordelijk voor de diagnostiek van anorectale functionele problematiek en begeleidt de aios-MDL tijdens de motiliteitsstage in de kliniek.

Dankzij de geïntegreerde aanpak is de patiënttevredenheid groot, blijkt uit de Net Promotor Score van 73 en de bovengemiddelde beoordeling op de Zorgkaart.

Het team chirurgen van de Proctos Kliniek (*v.l.n.r.*): Charlotte Molenaar, Marthel Bos, Çiğdem Baharvand Öztürk, Joanna Lutikhoud, Ingrid Han-Geurts, Ruben Veldkamp en Grietje vander Mijnsbrugge.

Onderzoek

De Proctos Kliniek heeft al in 2016 een researchcommissie opgericht om wetenschappelijk onderzoek hoog op de agenda te zetten. In 2018 is een onderzoeksvoorstel ingediend bij ZonMw en werd subsidie toegekend voor een multicentertrial naar de behandeling van hemorroiden. Een tweede subsidie van ZonMw is toegekend voor een multicentertrial naar de behandeling van peri-anale abcessen. Op dit moment zijn twee promovendi werkzaam op het gebied van hemorroiden en fissuren. De kliniek participeert ook in een aantal multicenterstudies en kleinere studies, onder andere in samenwerking met Amsterdam UMC en LUMC. Regelmatig lopen medisch studenten hun wetenschappelijke stage in de kliniek.

Onderwijs

Op reguliere basis geven de chirurgen onderwijs, onder meer tijdens de CASH-cursus (opleiding heelkunde), opleiding van haios (vaste module in het curriculum van het LUMC), aios-urologie en gynaecologie en aan de bekkenfysiotherapeuten. Door hun expertise op het gebied van echografie van de anus en de bekkenbodempatiek zijn de chirurgen ook jaarlijks betrokken als docent bij de anale endo-echocursus die wordt georganiseerd door het Amsterdam UMC. De Proctos Kliniek heeft ook zelf een aantal symposia georganiseerd waaronder de cyclus 'Shit happens' (een multidisciplinair spreekuur over fecale incontinentie) en het Lagerhuisdebat over peri-anale fistels. Dit voorjaar werd een start gemaakt met een reeks webinars.

De kliniek streeft naar meer aandacht voor de proctologie in de opleiding tot medisch specialist. Regelmatig lopen er aios van diverse specialismen een stage in de Proctos Kliniek. Doordat functionele gastro-intestinale stoornissen binnen de UMC's steeds

minder podium vinden, zijn de mogelijkheden voor een motiliteitsstage voor de aios-MDL schaars. Dankzij de structurele samenwerking met Richelle Felt uit het Amsterdam UMC kunnen aios deze stage in de Proctos Kliniek volgen.

Sacrale neuromodulatie

De Proctos Kliniek behoort inmiddels tot één van de drie centra in Nederland met de meeste ervaring met sacrale neuromodulatie (SNM) voor fecale incontinentie. Het is dus belangrijk voor MDL-artsen om te weten dat bij falende conservatieve behandeling voor fecale incontinentie verwijzing voor SNM mogelijk is. De indicatie voor SNM wordt gesteld nadat is vastgesteld dat een geïntegreerde conservatieve behandeling met multidisciplinaire aanpak niet succesvol is.

Het is ook mogelijk om een patiënt voor een *one stop visit* te verwijzen voor een volledig anorectaal functieonderzoek. Zo is bij patiënten met een stabiele M. Crohn of *pouch* (die hebben vaak ook bekkenbodemplakten) met conservatieve maatregelen veel verbetering te verkrijgen. Momenteel wordt dat ook in studieverband onderzocht. Ook patiënten met functiestoornissen na eerdere colorectale chirurgie zoals *Low Anterior Resection Symptoms* (LARS) kunnen worden behandeld.

Verzekerde zorg

De wachttijd voor een afspraak van een nieuwe patiënt is gemiddeld twee weken. Ook kan laagdrempelig overleg met een van de chirurgen plaatsvinden via de overleglijn. Zo nodig kan iemand dezelfde dag gezien worden. De Proctos Kliniek heeft contracten met alle zorgverzekeraars en biedt dus verzekerde zorg.

Meer informatie en contactgegevens vindt u op <https://proctoskliniek.nl>. Of stuur een mail naar richelle@proctoskliniek.nl.

Namens de Proctos Kliniek,
Richelle Felt-Bersma, Ingrid Han-Geurts en
Charlotte Molenaar

OPROEP

Sacrale neuromodulatie bij idiopathische slow-transit-obstipatie

Op 1 oktober 2016 is in het Maastricht UMC+ een studie gestart naar de (kosten) effectiviteit van sacrale neuromodulatie (SNM) voor patiënten met idiopathische therapieresistente *slow-transit*-obstipatie. Het Ministerie van VWS heeft deze behandeling in onderzoeksverband voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket tot en met december 2021. Het betreft een gerandomiseerde klinische trial waarvan de laatste patiënten momenteel worden opgevolgd. Naast deze klinische trial loopt een prospectieve cohortstudie naar de effectiviteit en veiligheid van SNM voor *slow-transit*-obstipatie.

Ter informatie

Waar wij eerder hebben gemeld dat de inclusieperiode van de prospectieve

cohortstudie tot en met december 2021 loopt, is tijdens de looptijd van de voorwaardelijke toelating de CE-markering voor SNM voor de indicatie functionele obstipatie vervallen.

Nieuwe patiënten met idiopathische therapieresistente *slow-transit*-obstipatie kunnen dus niet meer worden geïnccludeerd in het Maastricht UMC+ of het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ).

Voor vragen kunt u contact opnemen met:

- Studietoördinator
stella.heemskerk@mumc.nl
- Site PI MUMC+: s.breukink@mumc.nl
- Site PI GHZ: coen.baeten@ghz.nl

Stéphanie Breukink, colorectaal chirurg
Maastricht UMC+

Advertentie



Vacature per oktober 2021: Hoogleraar/hoofd Maag-, Darm- en Leverziekten

Bij de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht (FHML) en in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (Maastricht UMC+).

MDL is een onderafdeling van Interne Geneeskunde en ingebed in het Centrum voor Chronisch Zieken.

Het wetenschappelijk onderzoek is voor het merendeel ingebed in de onderzoekscholen NUTRIM en GROW.

Als hoogleraar en medisch hoofd geef je leiding aan de klinische activiteiten van de afdeling MDL en draag je bij aan efficiënt en kwalitatief hoogstaand onderwijs, onderzoek en (top)academische zorg.

Meer informatie

Neem contact op via recruitment@mumc.nl en/of kijk op www.werkenbijmumc.nl voor de volledige vacaturetekst.

Hepatitis als bijwerking van immuun-checkpointremmers

De laatste jaren heeft er een verschuiving plaatsgevonden in de behandeling van diverse vormen van kanker. Waar eerst de nadruk lag op het direct remmen van de groei van tumorcellen met chemotherapie en tumorgerichte geneesmiddelen, gaat nu de aandacht steeds meer uit naar immunotherapie met *checkpoint inhibitors*.

Immuun-checkpoint-inhibitors zoals anti-CTLA4 (ipilimumab, tremelimumab), anti-PD1 (pembrolizumab, nivolumab) en PDL1 (atezolizumab, avelumab, durvalumab) geven significante overlevingswinst voor patiënten met bijvoorbeeld gemetastaseerd melanoom en niet-kleincellig longcarcinoom. Deze checkpointremmers zullen in de toekomst voor meer maligniteiten tot de standaardbehandeling gaan horen.

Checkpointremmers

Checkpointmoleculen bevinden zich op T-cellen en door activatie van deze moleculen wordt de werking van de T-cel geblokkeerd. Tumorcellen activeren de checkpointmoleculen en omzeilen zo vernietiging door de T-cellen. Checkpointremmers (CR) zijn monoclonale antilichamen gericht tegen checkpointmoleculen. Door binding van de checkpointremmer aan de checkpointmoleculen wordt de remmende werking op de T-cel geblokkeerd en kan de T-cel zijn antitumorale effect uitoefenen. Doordat tegelijkertijd ook het remmende effect van T-cellen gericht tegen auto-antigenen wordt geblokkeerd, is het niet verrassend dat er als bijeffect diverse *adverse events* optreden die lijken op auto-immunoreacties.

Hepatitis als bijwerking

Als MDL-artsen worden we in toenemende mate geconsulteerd voor immuungerela-

teerde bijwerkingen op het gebied van maag, darm, lever en galwegen. De incidentie van hepatitis als gevolg van anti-CTLA4 wordt geschat tussen de 4 en 11% (in vergelijking met 0,7–1,8% bij anti-PD1 en anti-PDL1) [1]. De toxiciteit treedt meestal op tussen de acht en twaalf weken na start van de behandeling.

In de richtlijn van de European Society for Medical Oncology (ESMO) [2] wordt voor hepatitis graad 1 tot en met 4 onderscheiden. De richtlijn is gebaseerd op *expert opinion* en *case reports* en de gradering wordt alleen gebaseerd op de hoogte van de transaminasen. Voor zover ik weet, is er geen hepatoloog betrokken geweest bij het opstellen van deze richtlijn. Het is opmerkelijk dat er niet wordt gekeken naar de leverfunctie.

Een groot deel van de patiënten waarbij de ESMO-richtlijn wordt gehanteerd, zal waarschijnlijk onterecht met hoge doseringen steroïden worden behandeld. In het Erasmus MC hebben we multidisciplinair de ESMO-richtlijn aangevuld en zijn we gekomen tot een lokaal protocol waarin we de diagnostiek en behandeling bij een vermoeden op een CR-geïnduceerde hepatitis beschrijven.

Diagnostiek

De rol van een leverbiopt is nog niet uitgekristalliseerd. Het kan worden gebruikt als er twijfel is over de etiologie en als het behandelconsequenties heeft. Daarnaast kan het zinvol zijn om de ernst van de hepatitis te bepalen om zo een gerichte behandeling te geven en overmatig gebruik van steroïden te voorkomen.

Behandeling

De behandeling bestaat uit het staken van de immuuntherapie en – afhankelijk van de

ernst van de hepatitis – behandeling met corticosteroïden en in de tweede lijn mycophenolaat mofetil. De derdelijnsbehandeling is niet uitgekristalliseerd. Een mogelijkheid is het gebruik van tacrolimus. In het Erasmus MC bespreken we in een multidisciplinair overleg met aanwezigheid van oncoloog, immunoloog en hepatoloog alle opgenomen patiënten met checkpointgerelateerde hepatitis plus alle patiënten met checkpointgerelateerde hepatitis graad 3 en 4.

We moeten nog veel ervaring opdoen met deze nieuwe entiteit; de behandeling van patiënten met een checkpointgerelateerde hepatitis is uitdagend, vereist maatwerk en dient in multidisciplinair verband plaats te vinden.

Sandra Coenen, MDL-arts
Erasmus MC, Rotterdam

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 102) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



Enterocolitis als bijwerking van immuun-checkpointremmers



Immune checkpoint inhibitor (ICI)-geïnduceerde enterocolitis is een van de meest voorkomende bijwerkingen van anti-CTLA-4- en anti-PDL-1-therapie tijdens de behandeling van diverse maligniteiten. Hoewel deze bijwerking sterk doet denken aan inflammatoire darmziekten (IBD), is het wel degelijk een ander ziektebeeld. We geven hier een kort overzicht van de diagnostiek en behandeling van ICI-geïnduceerde enterocolitis.¹

Immune checkpoint inhibitors (ICI's) hebben de behandeling van diverse soorten maligniteiten sterk verbeterd [1]. Zowel de CTLA-4- als PD(L)-1-remmer kunnen echter ICI-geïnduceerde enterocolitis geven, en met name wordt dit gezien bij de CTLA-4-remmer (ipilimumab).

Diagnostiek

Door oncologen wordt de Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)-classificatie gebruikt om de ernst van de enterocolitis te definiëren op basis van klinische symptomen (*figuur 1*). Er is echter geen duidelijke correlatie tussen de ernst van de klachten volgens de CTCAE-stadierung, de ernst van de ontsteking bij endoscopie en de respons op behandeling [2-4]. Endoscopische kenmerken (*figuur 2*), zoals ulceraties, correleren in tegenstelling tot de CTCAE-classificatie wél met de respons op therapie. Het is daarom sterk aan te bevelen zo snel mogelijk na het ontstaan van de klachten een colonoscopie te verrichten. Tijdens de colonoscopie is het raadzaam altijd bipten af te nemen, ook wanneer er geen macroscopische afwijkingen te zien zijn, omdat bij een groot deel van deze patiënten wel een microscopische colitis aanwezig is [5, 6]. Kleine studies tonen net als bij IBD een correlatie aan tussen het fecescalprotectine (FCP) en de endoscopische activiteit [4, 7].

Behandeling

Bij de behandeling van ICI-geïnduceerde enterocolitis wordt in Nederland over het algemeen de inmiddels wat verouderde ESMO-richtlijn gevolgd [8]. Een ICI-geïnduceerde enterocolitis wordt in eerste instantie behandeld met een hoge dosis corticosteroïden, waarop in 54-65% van de patiënten een respons wordt gezien [9]. Zeker bij patiënten met ulceraties bij endoscopie dient snelle tweedelijns-immunosuppressie middels infliximab of vedolizumab te worden overwogen als er onvoldoende respons op steroïden optreedt. In het veld is discussie over vedolizumab een gelijkwaardig alternatief voor infliximab. Er wordt daarom uitgekeken naar de resultaten van een vergelijkende studie tussen infliximab en vedolizumab (NCT04407247). Tot dusver zijn er drie *case series* gepubliceerd over het gebruik van vedolizumab, die een gemiddeld responspercentage van 85% laten zien in 50 patiënten die refractair waren voor corticosteroïdbehandeling en soms ook voor infliximab [9-11]. Indien een patiënt geen respons op infliximab of vedolizumab laat zien, dan kunnen de volgende behandelopties in een multidisciplinair team worden besproken: tacrolimus (calcineurine-remmer) [12], mycofenolaatmofetil [13], feces-transplantatie, tofacitinib (JAK-inhibitor) [14, 15], ustekinumab (anti-IL-12/23) [16] of tocilizumab (anti-IL-6) [17]. Slechts in uitzonderlijke gevallen zal een colectomie noodzakelijk zijn.

De ICI's dienen bij het optreden van een ICI-colitis vanaf CTCAE-graad 2 in ieder geval tijdelijk te worden gestaakt en vanaf graad 3 definitief. Na herintroductie van de ICI krijgt 34% van de patiënten opnieuw klachten passend bij ICI-enterocolitis [18].

Conclusie

Gezien de beperkte kennis die er momenteel

is over de diagnostiek en behandeling van ICI-geïnduceerde enterocolitis is er nog veel ruimte voor verbetering. Het is hierbij van belang dat op korte termijn endoscopische scores gevalideerd gaan worden voor ICI-geïnduceerde enterocolitis. Daarnaast is er behoefte aan een gevalideerde *biomarker*, waarbij FCP een goede kandidaat is. Aangezien de huidige behandelingschema's zijn gebaseerd op *expert opinion* en veelal retrospectieve onderzoeken, zijn gerandomiseerde studies en klinische data nodig om te bepalen in welke volgorde behandelingen moeten worden gegeven. Binnenkort zal er een landelijke werkgroep starten voor de behandeling van ICI-geïnduceerde enterocolitis in Nederland.

Marieke Barnhoorn*, aios MDL
LUMC, Leiden, m.c.barnhoorn@lumc.nl

De twee figuren plus de referenties vindt u in de pdf van MAGMA 2-2021 (p. 102-103) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

*Auteurs volledige artikel:

Marieke Barnhoorn^{1,2}, Jurriën Reijnders³, Andrea van der Meulen¹, Monique van Leerdam^{1,4}, Dr. Jolanda van Dieren⁴, Luuk Hawinkels¹, Karijn Suijkerbuijk⁵, Ellen Kapiteijn⁶, Monique Slingerland⁶, Fiona van Schaik⁷

¹LUMC, afdeling MDL, Leiden; ²Alrijne Ziekenhuis, afdeling Interne Geneeskunde, Leiderdorp;

³HagaZiekenhuis, afdeling MDL, Den Haag;

⁴Antoni van Leeuwenhoek, afdeling MDL, Amsterdam; ⁵UMCU, afdeling Medische Oncologie, Utrecht;

⁶LUMC, afdeling Medische Oncologie, Leiden; ⁷UMCU, afdeling MDL, Utrecht

¹In uitgebreidere vorm verschijnt dit artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Oncologie van 25 juni 2021

MDL-zorg in Suriname: volop in ontwikkeling

In 2012 vertrok ik uit het Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk en startte ik 'als kind van Suriname' in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP). Suriname telt anno 2021 nog steeds slechts twee MDL-artsen, collega Lallmohamed in het Diakonessenhuis in Paramaribo en ondergetekende. Dit op een bevolking van 500.000-600.000 Surinamers.

Samen met ons team van vijf endoscopieverpleegkundigen vangen wij in het AZ het grootste deel van de MDL-zorg van het land op. Dit betekent: min of meer elke dag dienst, alle acute MDL-verrichtingen, alle ERCP's, en alle MDL-doorlichtingsverrichtingen van het land. Ondanks onze –

ook qua ruimte – kleine afdeling en verouderde apparatuur lukt het meestal het aanbod van patiënten weg te werken. Toen ik hier in maart 2012 arriveerde, begonnen we met één videotoren en drie scopen. Het scopenarsenaal is inmiddels aangevuld met gereconditioneerde, tweedehands aange-

schaft of gekregen Olympus-scopen (160-series), waardoor we nu volle programma's kunnen draaien.

Pathologie

Wat pathologie betreft, is het vooral interessant wat we niet zo vaak zien. Zo zien we weinig Barrett-slokdarmen, relatief weinig coeliakie, IBS en colonpoliepen. Het aantal bekende coloncarinomen beperkt zich tot 80 tot 100 per jaar op een populatie van ongeveer 500.000 personen. Cirrose op basis van alcohol, hepatitis B

ADVERTENTIE



MDL-team AZ Paramaribo in coronatijd.

en C of NASH komt daarentegen vaak voor. Gelukkig kunnen we medicatie zoals sofosbuvir/velpatasvir voor de therapie van hepatitis C tegen een zeer schappelijke prijs uit India verkrijgen.

Ik controleer hooguit 200 IBD-patiënten, die alleen corticosteroiden en immuunsuppressie als thiopurines of methotrexaat tot hun beschikking hebben. Biologicals zijn vanwege het kostenaspect voor onze populatie eigenlijk niet beschikbaar.

Het AZP werd in 1966 geopend en telt ongeveer 450 bedden. Plannen om een nieuw ziekenhuis te bouwen zijn vanwege de slechte economische situatie niet gerealiseerd, wel: grote verbouwingen en renovatie. Het ziekenhuis telt iets meer dan 100 medisch specialisten die vrijwel allemaal deels of volledig in Nederland zijn opgeleid.

MDL-opleiding

Onze MDL-afdeling werd in 2018 gevisiteerd door Chuka Nkwolo, secretaris van het Royal College of Physicians (RCP) in Londen, Sandjay Ramsoekh, VUmc en Chris Mulder, commissielid van de European Board of Gastroenterology and Hepatology (EBGH). Dit bezoek onder de vlag van de EBGH leverde een Surinaams curriculum op (gebaseerd op het *Blue Book*) en heeft er mede toe geleid dat drie artsen uit Suriname zich nu in Nederland volgens dit nieuwe curriculum specialiseren. Dit met name dankzij de inzet van Michael Klemm-Kropp (opleider Alkmaar) en Chris Mulder. Het grootste struikelblok voor het vinden van een opleidingsplek voor onze assistenten

was: betaald werk. Ze zijn wel welkom bij meerdere universitaire klinieken, maar blijven onbetaald voor hun werk als assistent-in-opleiding. Deze assistenten moeten dan een lening in Suriname afsluiten om de kosten van levensonderhoud gedurende de periode in Nederland te betalen. Door de ongunstige economische situatie, en met name de zwakke koers van de Surinaamse dollar, is het afsluiten van zo'n lening een drama. Met dank aan de opleidingsgroep in Alkmaar hebben nu twee assistenten aldaar een betaalde opleidingsplek. Een derde assistent is volledig op eigen kosten in opleiding. De basistraining interne geneeskunde wordt betaald en wel doorgebracht in Suriname. Zodra er voldoende MDL-artsen in Suriname zijn, willen we een lokale opleiding aanbieden voor twee jaar MDL alhier. Voor differentiatie en een bredere kijk op de MDL hopen we op structurele samenwerking met Nederland.

Toekomst

De verwachting c.q. hoop is dat Suriname dankzij de vondst van enorme voorraden olie en aardgas in het Guyana-Surinamebekken in de Atlantische Oceaan economisch zal opbloeien. Naar verwachting zal de offshore olieproductie in 2025 beginnen.

We hopen dat meer assistenten met hulp van perifere opleidingsklinieken in Nederland in opleiding kunnen komen. Persoonlijk hoop ik dat mijn terugkeer in 2012 naar Suriname als startpunt kan worden beschouwd van voldoende MDL-zorg in

Corona in Suriname¹

Suriname zit midden in de derde coronagolf. Op 6 mei is het hoogste aantal besmettingen binnen 24 uur gemeld. Er zijn 120 mensen positief getest. Alle 26 IC-bedden in Paramaribo, in het AZP en in het 's Lands Hospitaal, zijn bezet met COVID-19-patiënten. Op de SEH in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP) zijn zes extra IC-bedden ingericht. Er is genoeg apparatuur om met twintig extra IC-bedden uit te breiden, maar IC-verpleegkundigen zijn helaas schaars. Er heerst grote bezorgdheid over het stijgend aantal COVID-19-patiënten in alle ziekenhuizen en over de druk op de niet-COVID-zorg. Tot nu toe (06/05) zijn krap 11.000 infecties gemeld en zijn er 213 mensen overleden. De vaccinatie komt op gang en bijna 44.000 mensen (71%) hebben de eerste prik gekregen. De eerste vaccins kwamen uit India of zijn via het internationale COVAX-initiatief aangeschaft. Suriname heeft aan Nederland en de VS officieel gevraagd overschotten van het AstraZeneca-vaccin tegen een gunstige prijs aan Suriname aan te bieden.

¹ Zie ook: https://nl.wikipedia.org/wiki/Corona-crisis_in_Suriname

ons land, Suriname, en dat ik over tien à vijftien jaar een goede afdeling met 15-20 MDL-collega's in het AZ Paramaribo kan achterlaten.

Vijay Jarbandhan, MDL-arts
Academisch Ziekenhuis, Paramaribo



ADVERTENTIE

NOVUM 2.0: individualiseren en minder registreren

Vrijwel direct na invoering van NOVUM in 2019 bleek het toepassen van de huidige vorm met een groot aantal Entrustable Professional Activities (EPA's) een uitdaging. Vanuit het perspectief van een onderwijskundige is het een prachtig plan en voldoet het aan de nieuwe normen [1], maar de onderwijskundige theorie schuurt met de praktische uitvoering. Door de uitgebreide opzet vanuit de verschillende MDL-kennisdomeinen met het zeer grote aantal EPA's (41 verplicht) en de hiervoor benodigde hoeveelheid bewijslast middels KPB's¹ en DOPS², blijkt NOVUM in de praktijk voor aios en opleiders bewerkelijk en onoverzichtelijk. De vraag die vrij snel na invoering naar voren kwam, was of de opzet met de op kennis gebaseerde EPA's wel de juiste keuze was [2]. Is het praktisch uitvoerbaar om de bekwaamheid van alle kennisdomeinen met EPA's te beoordelen? Bij een opzet met EPA's gericht op kernberoepsactiviteiten zouden we zowel het aantal EPA's kunnen terugbrengen en dit instrument gebruiken waarvoor het bedoeld is: een bekwaamheidsverklaring voor een essentiële beroepsactiviteit. Vanwege bovenstaande is er vanuit de praktijk inmiddels grote vraag naar een simplificatie van het huidige opleidingsplan. De vorm – niet de inhoud – van het opleidingscurriculum, zoals beschreven in NOVUM, zal daarom worden aangepast.

Op weg naar...

Om NOVUM aan te passen, zijn er echter wel wat praktische, logistieke en juridische zaken om rekening mee te houden. Door de recente invoering van NOVUM in 2019 bestaan er op dit moment reeds twee cohorten aios, namelijk zij die nog (gedeeltelijk) volgens HOM (2008) en zij die volgens NOVUM (2019) worden opgeleid. Introductie van een derde – NOVUM 2.0 – cohort maakt de situatie niet over-

zichtelijker. Hiernaast moeten er enkele juridische hindernissen worden genomen. De specifieke regelgeving omtrent de opleiding tot MDL-arts is vastgelegd in het voor NOVUM aangepaste Besluit MDL [3]. Voor NOVUM 2.0 dient dit besluit opnieuw te worden aangepast. Aanpassing, toetsing en goedkeuring van dit MDL-Besluit door het College Geneeskundige Specialismen en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vindt in een reguliere cyclus iedere vijf jaar plaats, bij uitzondering kan dit tussentijds aangepast worden. Aan de andere kant lijkt het ons niet wenselijk om NOVUM in de huidige vorm te handhaven tot 2023. Daarom wordt er geschreven aan een tijdelijke aanpassing naar NOVUM 1.1, waarin door samenvoeging van de verschillende sub-EPA's de administratielast wordt verlaagd en wordt gestreefd naar één EPA per domein.

NOVUM 2.0

In de tussentijd wordt er uiteraard ook druk nagedacht over NOVUM 2.0. Door het EPA-aantal te verminderen komt er meer ruimte voor beter gedefinieerde aandachtsgebieden en persoonlijke profilering. Zo zullen de aandachtsgebieden duidelijker worden beschreven, hetgeen zal leiden tot meer uniformiteit over de verschillende opleidingsregio's. De huidige EPA's zullen in NOVUM 2.0 plaats maken voor ruimer gede-

finieerde 'generieke' EPA's, gebaseerd op de kernberoepsactiviteiten van de toekomstige MDL-arts.

Een indruk hiervan:

1. Basis endoscopie
2. Opvang acute MDL-patiënt / SEH
3. Consulten
4. Verpleegafdeling
5. Algemene polikliniek
6. Speciële polikliniek
7. Supervisie

Voor NOVUM 2.0 zullen daarbij de ervaringen van andere wetenschappelijke verenigingen die reeds gebruikmaken van meer generieke EPA's, zoals de Interne en Kindergeneeskunde, worden meegenomen. Namens de NOVUM 2.0-commissie nodigen wij eenieder uit om mee te denken en met suggesties te komen voor een nog beter opleidingsplan! Suggesties kunnen worden gemaild naar concilium@mdl.nl.

Namens de NOVUM 2.0 commissie,
Eline Wouters-van den Berg, aios MDL UMCG, bestuurslid NVMDL i.o
Peter Oosterwijk, MDL-arts, Deventer Ziekenhuis

De referenties vindt u in de pdf van **MAGMA 2-2021** (p. 104) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



¹ Korte Praktijk Beoordelingen ² Direct Observation of Procedural Skills (bij endoscopie)

Intensieve samenwerking MDL-chirurgie: een aanrader

MDL-artsen werken in de dagelijkse praktijk veel samen met (abdominaal) chirurgen. In het Martini Ziekenhuis hebben we deze samenwerking op een aantal manieren al jaren geïntensiveerd.

Gezamenlijke poort

Het belangrijkste onderdeel van onze samenwerking is een gezamenlijke poort. De dienstdoende arts-assistenten (anios) chirurgie beoordelen in de weekend-, avond- en nachturen de MDL-patiënten op de spoedeisende hulp en in de kliniek en overleggen deze direct met de MDL-arts. Dit heeft voordelen voor alle partijen. Allereerst is er voor de patiënt sneller duidelijkheid. Bij patiënten die een buikbeeld hebben, is het immers niet altijd bij voorbaat helder bij welk specialisme ze 'thuishoren'. Met deze (duale) beoordeling komen patiënten sneller op de juiste afdeling terecht, zonder dat er tijd verloren gaat met het in consult vragen van elkaar. Het gaat er dus niet meer om 'van wie de patiënt is' maar waar de patiënt het beste geholpen wordt.

Duidelijke afspraken

Ten tweede doen de arts-assistenten chirurgie veel nuttige kennis op van acute MDL (en vinden dit ook leuk). De huisartsen in de omgeving zijn uiteraard op de hoogte van deze triage en waarderen dit. Er zijn geen domeindiscussies en er zijn duidelijke afspraken welk ziektebeeld bij welk specialisme thuishoort. Bijvoorbeeld: ileus altijd bij de chirurgie, bloedingen en biliaire pancreatitis bij de MDL. Natuurlijk zijn er soms MDL-patiënten met een minder chirurgische en meer internistische kant (bijvoorbeeld infecties bij immunosuppressiva, of hepatologie), waarvoor we dan laagdrempelig in huis komen en de patiënt zelf zien.

De dienstdoende MDL-arts neemt elke ochtend deel aan het chirurgisch ochtend-rapport (we zijn dus niet aanwezig bij de interne overdracht), waar ook de opgenomen MDL-patiënten worden gepresenteerd. Hierdoor zijn er korte lijnen en kunnen ter plaatse de zaken worden geregeld. Bijvoorbeeld de scopie bij een patiënt die opgenomen is voor de chirurg met een ileus en een verdachte sigmoïd-stenose op de CT. Maar ook voor de patiënt bij wie wij een dag eerder een ERCP hebben gedaan, wordt de cholecystectomie daar besproken en geregeld, en bij de patiënt met buikpijn en verhoogde leverwaarden wordt de indicatie voor eventueel aanvullend onderzoek naar choledochusstenen besproken.

Verpleegafdeling

Daarnaast hebben we jarenlang een gemeenschappelijke verpleegafdeling gehad. Dit had voor beide partijen en voor de patiënt veel voordelen. Daardoor bestonden er nog kortere lijnen, we konden snel

(tijdens de visite) met elkaar meekijken en zaken snel regelen. De patiënt bleef bij 'overplaatsing' (bijvoorbeeld een cholecystectomie nadat er een ERCP was gedaan) op hetzelfde bed liggen, alleen de hoofdbehandelaar veranderde. De patiënt met een ernstige colitis ulcerosa kon eenvoudig dagelijks door beide partijen worden gezien, omdat zowel MDL-arts als chirurg dagelijks op dezelfde afdeling rondlopen. Tot onze spijt is deze gemeenschappelijke afdeling opgeofferd in het bedden-herinrichtingsplan. Wij zouden heel graag deze gemeenschappelijke afdeling in ere herstellen.

Kortom, de intensieve samenwerking komt de zorg voor de patiënt ten goede en is prettig voor zowel MDL-arts als chirurg. Onze jaarlijkse gemeenschappelijke ski-reis onderstreept nog eens deze goede onderlinge verstandhouding.

*Willem Thijs, MDL-arts
Martini Ziekenhuis, Groningen*



Het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam is opgebouwd uit een aantal thematische units die ieder voor zich de omvang hebben van een perifeer ziekenhuis. De afdeling maag-darm-leverziekten maakt onderdeel uit van het thema Dijkzigt, tezamen met de afdelingen inwendige geneeskunde, heelkunde, plastische heelkunde, reumatologie, revalidatie, orthopedie, en dermatologie en venereologie.

Vernieuwing Erasmus MC is 'werk in uitvoering'

Het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam is opgebouwd uit een aantal thematische units die ieder voor zich de omvang hebben van een perifeer ziekenhuis. De afdeling maag-darm-leverziekten maakt onderdeel uit van het thema Dijkzigt, tezamen met de afdelingen inwendige geneeskunde, heelkunde, plastische heelkunde, reumatologie, revalidatie, orthopedie, en dermatologie en venereologie.

Zorgkernen

In het thema Dijkzigt, waartoe de afdeling MDL-ziekten behoort, wordt sedert enige jaren gewerkt met het concept 'Zorgkernen'. Dit zijn organisatorische units die niet primair zijn geformeerd rondom een specialisme, maar rondom de aandoening van een patiënt. Zo is er bijvoorbeeld de zorgkern 'Hepatopancreaticobilaire aandoeningen', de zorgkern 'Gastrointestinale oncologie' en de zorgkern 'Bewegingsziekten'. Binnen een zorgkern werken gespecialiseerde verpleegkundigen en een team van medisch specialisten vanuit meerdere disciplines samen om optimale zorg aan de patiënt te verlenen.

Het idee van de Zorgkern is mede geboren uit het feit dat binnen het Erasmus MC veel patiënten een dusdanig complexe aandoening hebben dat de zorg per definitie multi-specialistisch van aard is. Door het bundelen van specifieke groepen van patiënten binnen één multi-specialistische unit op één fysieke locatie, zo is de gedachte, wordt de kwaliteit van de patiëntenzorg bevorderd.

Klein is kwetsbaar

Ook bedrijfsmatig zijn er potentiële voor-

delen aan het werken in zorgkernen. Met een gemiddelde omvang van 35 tot 40 bedden wordt een kritische grootte bereikt waarmee de continuïteit van zorg beter is geborgd. In het verleden bleken kleinere, op specialisme georiënteerde verpleegafdelingen vaak kwetsbaar. Zo verschilde het percentage ziekteverzuim sterk van afdeling tot afdeling. Ook was er op sommige verpleegafdelingen sprake van een relatief hoog personeelsverloop, omdat sommige verpleegkundigen te weinig uitdaging vonden in een beperkt takenpakket. Door een breder palet aan patiënten in één fysieke unit samen te brengen, onafhankelijk of hun primaire behandeling medisch, endoscopisch of chirurgisch is, is de uitdaging voor het verpleegkundig personeel groter. Specifieke competenties worden door een grotere groep mensen gedeeld waardoor de unit minder kwetsbaar is in geval van incidentele uitval van personeel.

Transitie

De transitie van traditionele verpleegafdelingen naar zorgkernen is overigens niet zonder slag of stoot verlopen. Het samenvoegen van de 'oude' verpleegteams ging immers gepaard met het opgeven van een stuk autonomie binnen een al decennia bestaande afdelingscultuur. Men moest letterlijk en figuurlijk de weg weer vinden in de nieuwe orde. Enkele jaren later lijken deze strubbelingen voor het grootste deel achter ons te liggen. Inmiddels zijn de meeste verpleegkundigen gewend om te werken binnen de nieuwe structuur. Het is interessant om te zien dat voor de jongere generatie het werken binnen Zorgkernen de normaalste zaak van de wereld is. Zij

hebben nooit gewerkt op een traditionele verpleegafdeling en hun referentiekader is het werken binnen een zorgkern. Dat wil niet zeggen dat we er al zijn. Ook nu nog blijven er genoeg uitdagingen en is het werken volgens het concept van Zorgkernen een *work in progress*. In de dagelijkse praktijk blijkt dat de traditionele manier van werken in de gezondheidszorg, gebaseerd op de verdeling naar specialisme, in alle hoeken en gaten van ons systeem is doorgedrongen, van de opleiding tot medisch specialist, bedden-allocatie tot allerlei administratieve processen inclusief de DBC-registratie. Dit maakt dat de praktische uitvoering van het werken volgens het concept van zorgkernen interessant en vernieuwend is, maar ook complex en uitdagend.

Marco Bruno, MDL-arts

Afdelingshoofd MDL, Erasmus MC



Kwaliteitsverbetering door verhoging en inzet verpleegkundige expertise

Veel ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren projecten opgezet voor functiedifferentiatie van verpleegkundigen. Dit om goed voorbereid te zijn op de complexere zorg van de toekomst en recht te doen aan de competenties die de verschillende verpleegkundige opleidingsniveaus (in-service, mbo en hbo) te bieden hebben. Ondanks het sneuvelen in 2019 van de voorgenomen wet BIG II, waarin functiedifferentiatie voor mbo- en hbo-verpleegkundigen wettelijk zou worden geregeld, zijn veel ziekenhuizen met functiedifferentiatie en eigen opgestelde functieprofielen doorgegaan.

Ontwikkeltuin

Zo is in Rijnstate de verpleegafdeling Maag- Darm- en Leverziekten (MDL) 'ontwikkeltuin' geweest in het project 'Verpleegkundige van Morgen'. Hierin volgden verpleegkundigen in 1-1,5 jaar een leertraject, soms resulterend in een functie als regieverpleegkundige. Aandacht werd besteed aan klinisch redeneren, patiëntgericht samenwerken en verpleegkundig leiderschap. Daarnaast kregen de hbo-verpleegkundigen onderwijs op het gebied van *evidence based practice*. De scholing vond plaats binnen werktijd en werd ondersteund door het Leerhuis van Rijnstate en docenten van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN).

Hbo-niveau

Initieel lag de nadruk op ontwikkeling van de hbo-verpleegkundigen. Daarop kwam veel kritiek van andere verpleegkundigen. Men deed altijd hetzelfde werk en was niet gewend onderscheid te maken naar opleidingsniveaus. De focus van het traject is in Rijnstate daarom in de loop van de tijd veranderd van traject voor functiedifferentiatie tot een teamontwikkeltraject, met

functiedifferentiatie als middel om kwaliteit van zorg te leveren. De functie van regieverpleegkundige staat in Rijnstate nu niet alleen open voor verpleegkundigen met een hbo-diploma, maar is toegankelijk voor elke verpleegkundige met een hbo-denken- en -werkniveau en de juiste vaardigheden.

Regieverpleegkundige

De afdeling MDL is op 1 december 2020 als één van de eerste afdelingen gestart met het inzetten van vijf regieverpleegkundigen. Het streven is om zowel in de dag- als avonddienst een aantal regieverpleegkundigen in te plannen. Het verschil tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen zit niet in het werk aan het bed of de complexiteit van de zorg, maar in de overstijgende taken (zoals organisatie van zorg over de werkvelde heen, *evidence based practice*, klinisch redeneren, coaching van collega's en het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek). Hoewel alle regieverpleegkundigen in al deze vaardigheden zijn getraind, zien we in de praktijk wel verschillen in het oppakken van overstijgende taken. De één heeft meer affiniteit met het doen van onderzoek en de ander met het coachen van collega's.

Nu het ontwikkeltraject voorbij is en er in de praktijk wordt gewerkt met een benoemde functiemix, zijn de oorspronkelijke gevoelens van weerstand op de afdeling verdwenen. Voor iedereen is nu duidelijk dat de kwaliteit van zorg centraal staat, de capaciteiten van alle teamleden nodig zijn en de functie van regieverpleegkundige voor iedereen openstaat.

Kwaliteitsverbeterprojecten

Het verbeteren van de kwaliteit van zorg gebeurt door projecten waarin verpleegkundigen, soms samen met MDL-artsen en/of andere disciplines, de krachten bundelen.

Voorbeelden van kleine projecten zijn verbeterde werkprocessen, zoals een dagstart en -evaluatie en een samen met de MDL-artsen aangepaste structuur van de visite. Voornamelijk nieuwe collega's en stagiaires gebruiken de nieuwe visitestructuur, opdat ze door de lijst geen zaken vergeten. Artsen gebruiken de lijst vooral bij het inwerken. Verpleegkundigen en artsen hebben samen ook gekeken hoe de opnameduur voor bepaalde groepen MDL-patiënten kan worden verkort. Voorbeelden van grotere projecten zijn 'Verbeteren van de psychosociale zorg' en 'Verbeteren van de zorg voor levercirrosepatiënten'.

Verbetertraject psychosociale zorg

Verpleegkundigen vonden dat psychosociale verpleegproblemen evenveel aandacht behoeften als fysieke, en wilden hun vaardigheden daarin verbeteren. Dit project werd afgetrapt met een *webinar* voor zowel artsen als verpleegkundigen. Onder leiding van het psychosociaal team werden de psychosociale vaardigheden aangescherpt door het naspelen van ingebrachte casussen. Vooral het herkennen van bepaald gedrag als een zorgvraag en het leren stellen van de juiste vragen waren mooie tools die werden aangeleerd.

Door hbo-verpleegkundestudenten is onderzoek gedaan naar wat MDL-patiënten van de geleverde psychosociale zorg vinden en wat er kan worden verbeterd. De patiënten geven aan dat ze de psychosociale zorg op de afdeling als goed ervaren, maar dat er meer mag worden doorgevraagd. Ook willen ze meer geïnformeerd worden over het kunnen ontstaan van psychosociale klachten en over welke zorg beschikbaar is. Regieverpleegkundigen stimuleren nu het bespreken van casussen waarbij psychosociale zorg een belangrijk onderdeel is en bespreken



De regieverpleegkundigen van MDL Rijnstate (v.l.n.r.): Geertruida van Harten, Eva Palau, Berte van Zeist, Nicole Hendriks en Bianca Koster.

met ondersteuning van het psychosociaal team hoe de gegeven zorg eventueel kan worden verbeterd.

Verbetertraject levercirrosepatiënten

Een ander recent gestart project heeft als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren voor patiënten met levercirrose. Deze doelgroep is gebaat bij een zo optimaal mogelijke samenwerking tussen kliniek, polikliniek en thuiszorg, gezien de complexiteit en het chronische karakter van het ziektebeeld. Het is een terugkerende groep patiënten in het ziekenhuis, enerzijds door de snelle disbalans in het beloop van de ziekte en anderzijds door gebrek aan kennis van de patiënt en zijn omgeving. Scholing is een belangrijk onderdeel van het project, met als doel: verdieping van de inhoudelijke kennis van het ziektebeeld en verpleegkundige aspecten.

Door ook de samenwerking in de zorgverlening onder de loep te nemen, streven we naar kwaliteitsverbetering binnen de zorgketen voor deze patiëntengroep. Denk

hierbij aan inventarisatie van kennisoverdracht naar de thuiszorg door het transferbureau. Maar ook afstemming van klinische en poliklinische zorg. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een overdracht van kliniek naar polikliniek over bijvoorbeeld de thuis situatie. Kennismaking met naasten gebeurt vaak in de kliniek door familiegesprekken, terwijl de verpleegkundige op de polikliniek – waar de focus juist ligt op begeleiding in de thuissituatie – niet altijd contact heeft met familie en/of naasten. Dankzij deze overdracht krijgt de verpleegkundige van de poli soms een beter beeld van de thuis situatie.

Daarnaast loopt er een onderzoek naar de inname van lactulose bij deze patiëntengroep. Patiënten kunnen vaak niet goed inschatten of de dosering kan worden verminderd bij een hoge ontlastingsfrequentie dan wel juist verhoogd moet worden als er sufheid optreedt. Familie geeft aan dat de thuiszorg niet goed raad weet met lactuloseklysmas bij ernstige sufheid en dat er dan

snel wordt geconcludeerd dat de patiënt weer moet worden opgenomen. Doel is het vergroten van therapietrouw bij de patiënt en het ontdekken waarop moet worden ingespeeld om dit te bereiken. De verbetervoorstellen verwachten we in de zomer van dit jaar.

Toekomst

Werken met een functiemix betekent niet alleen verbetering van kwaliteit van zorg, maar ook de mogelijkheid voor alle verpleegkundigen om kansen te grijpen en uitgedaagd te worden op een passend niveau. Verpleegkundigen geven hierbij aan meer werkplezier te ervaren. Dit leidt er hopelijk toe dat, naast kwalitatief betere zorg, het verloop van verpleegkundigen door krapte op de arbeidsmarkt vermindert en de verpleegafdeling MDL een aantrekkelijke werkomgeving blijft.

*Geertruida van Harten
Nicole Hendriks
Regieverpleegkundigen MDL Rijnstate*

'HET HELE FINANCIERINGSSYSTEEM MAG OP DE SCHOP'

Welk zorglandschap willen we in Nederland?

In het Beatrixziekenhuis (Rivas Zorggroep) in Gorinchem en Bernhoven in Uden zijn de afgelopen jaren omvangrijke veranderprogramma's doorgevoerd. Betere kwaliteit van zorg leveren tegen lagere kosten was het doel. IQ healthcare¹ van het Radboudumc bekeek samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) en het Centraal Planbureau (CPB) of dat is gelukt. "De buitenwereld kan de resultaten nu niet meer afdoen als 'gebakken lucht'."

"De algemeen geldende gedachte is vaak nog dat je in de zorg niets kan veranderen. Ik denk dat Bernhoven en Rivas hebben laten zien dat je de zorg wel degelijk beter kunt maken, en dat die zorg dan ook nog goedkoper wordt", zegt MDL-arts Wink de Boer. Hij was als medisch directeur vanaf het eerste uur betrokken bij de organisatietransitie in Bernhoven en heeft, samen met zijn toenmalige collega (mede-directeur) Roland Koopman, het veranderprogramma 'Droom' ontworpen. Rivas Zorggroep, die naast medisch-specialistische zorg in het Beatrixziekenhuis ook ouderenzorg en wijkzorg in de regio biedt, ontwikkelde in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ het programma 'Kwaliteit als Medicijn' (KAM).

Kwaliteit als vliegwiel

De verandertrajecten in beide ziekenhuizen waren omvangrijk en ingrijpend. Primaire doelstelling was verbetering van kwaliteit van zorg; kostenbeheersing was daarvan een afgeleide, benadrukt De Boer. Mariëlle Bartholomeus, die van 2016 t/m 2020 (2016-2018 samen met De Boer) medisch directeur van Bernhoven was en sinds januari 2021 bij Rivas Zorggroep lid is van de Raad van Bestuur, beaamt dat. "Bij beide ziekenhuizen lag de focus op kwaliteit als vliegwiel tot betere en goedkopere zorg." Doorgaans leidt het streven van ziekenhui-

zen om de kwaliteit van zorg te verhogen tot hogere uitgaven, schrijft IQ healthcare in haar evaluatierapport *Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch-specialistische zorg* [1]. Maar het wetenschap-

pelijk onderzoeksbureau constateert dat zowel de resultaten van Bernhoven als het Beatrixziekenhuis als een verkennend literatuuronderzoek met vergelijkbare ziekenhuisstrategieën wereldwijd, laten zien dat het ook anders kan.

Knappe prestatie

In het omlaag brengen van zorguitgaven zijn beide ziekenhuizen geslaagd, terwijl de kwaliteit hoog bleef, concludeert IQ healthcare. Simone van Dulmen, één van de onderzoekers: "Een knappe prestatie in deze tijden van toenemende vergrijzing



Mariëlle Bartholomeus

en zorgkosten. Het vraagt lef om in de hele organisatie dergelijke veranderingen door te voeren. Dat hebben beide ziekenhuizen, denk ik, heel goed gedaan.” Rivas Zorggroep en Bernhoven zijn op hun beurt blij met het evaluatierapport. De Boer: “De buitenwereld kan de resultaten nu niet meer minimaliseren, negeren of afdoen als ‘gebakken lucht’.

De argumenten die werden gebruikt om de resultaten te ontkennen, zijn nu door een onafhankelijk wetenschappelijk rapport ontkracht. Dat is, denk ik, de belangrijke waarde ervan.” Bartholomeus beaamt dat en voegt toe: “Met data is bijvoorbeeld nu bevestigd dat er geen waterbedeffect is; iets wat omliggende ziekenhuizen wel beweerden.”

Verspilling en onnodige zorg

De veranderstrategieën die zich richten op verbetering van zorg en beheersing van kosten hebben wereldwijd enkele gemene delers: ze zijn vooral gericht op het verhogen van de efficiëntie, verminderen van verspilling en onnodige zorg, en het creëren van toegevoegde waarde. Ook beide Nederlandse ziekenhuizen hebben daarop ingezet. De focus lag op het verminderen van onnodige zorg en op zorg op de juiste plek. Bernhoven heeft daarnaast een rigoureuze organisatieverandering doorgevoerd door de acute, electieve en chronische zorg te scheiden, om op die manier beter aan te sluiten bij de patiëntenpaden.

Productieprikkels in zorgsysteem

Voor een dergelijk ingrijpende veranderstrategie waren twee voorwaarden onontbeerlijk: draagvlak onder medisch specialisten en het wegnemen van de traditionele productieprikkels in het zorgsysteem. “Elke financiële prikkel in de discussie over de organisatie en de zorg moest verdwijnen”, zei De Boer al eerder in *MAGMA* [2].

Bij beide ziekenhuizen zorgden de zorgverzekeraars – CZ en VGZ bij Bernhoven, en VGZ bij het Beatrixziekenhuis – voor een alternatief verdienmodel: een vijfjarige aanneemsom gaf ruimte om de veranderuitda-



Simone van Dulmen

...veel meer doen aan kennisgeving...

ging aan te gaan en de verbeterinitiatieven te implementeren. In het Beatrixziekenhuis is een aangepast verdeelmodel binnen het medisch-specialistisch bedrijf ingevoerd, waarbij 90 procent bestaat uit een basisinkomen en verdeling mede plaatsvindt op basis van meedoen aan de KAM-initiatieven. In Bernhoven zijn de medisch specialisten overgestapt op een loondienstmodel met participatie, waarbij de specialisten deels eigenaar zijn van het ziekenhuis. Resultaat: de inkomsten van medisch specialisten waren hierdoor niet meer afhankelijk van de productie van het ziekenhuis. Bovendien stonden bestuur en dokters niet meer tegenover elkaar, en konden beiden gelijkgericht op zoek gaan naar betere zorg. De Boer: “Zolang er binnen het ziekenhuis een gevecht plaatsvindt over de verdeling van

geld, kunnen de patiënt en de kwaliteit van de geleverde zorg niet centraal staan.” Ook Bartholomeus benadrukt het belang van gelijkgerichtheid.

Bottom-up-initiatieven

Behalve het wegnemen van de productieprikkels en financiële randvoorwaarden in de vorm van meerjarencontracten waren *bottom-up*-initiatieven vanaf de werkvloer en intensieve samenwerking met de eerste lijn belangrijke ingrediënten en succesfactoren. Er zijn in beide ziekenhuizen meer dan 100 kwaliteitsinitiatieven doorgevoerd die door de medisch specialisten, verpleegkundigen en patiënten zijn aangedragen, van het verminderen van overbehandeling en samen beslissen met de patiënt tot een betere samenwerking met de eerste lijn.



Betrokkenen bij zowel Bernhoven als Rivas Zorggroep gaven aan dat de korte lijnen in hun relatief kleine ziekenhuizen bijdroegen aan een goede implementatie van de verbeterinitiatieven. Bartholomeus: “Bij beide ziekenhuizen was de samenwerking met huisartsen bijvoorbeeld al heel goed, omdat de huisartsen in beide regio’s geclusterd zijn in huisartsenverenigingen (Synchroon in regio Uden en HenZ in regio Gorinchem). Dat maakte de transitie van bijvoorbeeld chronische zorg naar de eerstelijnszorg makkelijker te organiseren.”

Leiderschap, betrokkenheid en visie

Ook leiderschap en een helder geformuleerde visie die breed wordt gedragen door de organisatie, worden in het rapport genoemd als succesfactoren. Sterke punten zijn de eigen inbreng van zorgprofessionals in de strategie en de oprechte betrokkenheid die beide ziekenhuizen hebben weten te organiseren, evenals de *hands-on*-aanpak en het krachtige leiderschap van zowel directie als medische staf in beide ziekenhuizen [1].

Pionieren met ziekenhuiszorg

Bij zowel Bernhoven als het Beatrixziekenhuis speelde het bestaansrecht als streekziekenhuis in de regio een belangrijke rol om te pionieren met ziekenhuiszorg, evenals de behoefte om op een meer toekomstbestendige manier zorg te verlenen, die meer gericht is op kwaliteit dan op productie. De vicieuze cirkel van steeds meer verrichtingen en operaties, steeds korter durende consulten en toenemende zorguitgaven moest worden doorbroken. Zowel De Boer als Bartholomeus wijzen daarbij op de naderende vergrijzing. De Boer: “We hebben een groeiend demografisch probleem: er komen steeds meer ouderen die langer leven en meer chronische ziekten hebben. Als we die op de huidige manier willen blijven verzorgen, dan moet er nog 10 tot 20 miljard bij. Dat is niet te doen. We móeten innoveren en iets disruptief innovatiefs verzinnen, anders loopt het huidige zorgstelsel totaal vast. We hebben bijvoorbeeld meer generalisten nodig die fungeren als een soort casemanager voor de patiënt, in plaats van

ouderen op vijf orgaanspecialistische poli’s te behandelen.”

Financiële risico’s

Het Centraal Planbureau (CPB) wijst wel op enkele financiële risico’s bij de ingrijpende aanpassingen in de financieringsstructuur die beide ziekenhuizen hebben doorgevoerd: “Een belangrijke vraag is hoe houdbaar de meerjarencontracten zijn op langere termijn. Wanneer verzekeraars in een nieuw contract de dalende in het behandelvolume willen verwerken, dan zal de animo voor meer doelmatigheid bij ziekenhuizen afnemen (*ratchet-effect*)” [3]. Bartholomeus: “Als we op een betere manier zorg verlenen – door bijvoorbeeld minder operaties te doen door meer met patiënten te overleggen of een behandeling zinnig is – en de zorgverzekeraars rekenen ons weer af volgens de oude bekostigingssystematiek (prijs maal omvang, PxQ), dan ga je inderdaad aan je eigen succes ten onder. Dan helpen ze je om zeep.” De Boer vult aan: “We zijn bij Bernhoven zo afwijkend geworden ten opzichte van andere ziekenhuizen dat we in het traditionele betalingssysteem acuut failliet zouden gaan. Er is dus geen weg meer terug. Als we in de toekomst niet voor ons gedrag worden beloond en er zelfs voor worden gestraft, is dat inderdaad niet bevorderlijk voor andere ziekenhuizen om in het maatschappelijk belang de kosten af te bouwen. Ziekenhuizen die zo stoer zijn om te laten zien dat het anders kan, moet je op een of andere manier wel belonen, bijvoorbeeld door niet in te kopen in naburige ziekenhuizen.”

Rol zorgverzekeraars

Ook de onderzoekers van IQ healthcare roepen de vraag op of en hoe zorgverzekeraars de positieve risico’s voor de beide ziekenhuizen kunnen vergroten. “Het is bijvoorbeeld onduidelijk of beide ziekenhuizen een concurrentievoordeel hebben behaald. Of dat verzekeraars door actieve sturing en een (budgettair) voorkeursbeleid meer patiënten naar Bernhoven en Rivas Zorggroep proberen te laten gaan. De financiële bestendigheid komt onder druk te staan als de ziekenhuizen voor hun

inspanningen niet worden beloond met óf relatief betere marges of door het krijgen van extra zorgvolume” [1]. “Sowieso vind ik dat het hele financieringsstelsel van de zorg wel op de schop mag in Nederland”, zegt Bartholomeus. “Naar mijn idee kun je beter naar regio/netwerkbekostiging gaan. Wij hebben als Rivas Zorggroep niet alleen het ziekenhuis, maar ook wijkzorg en verpleeghuizen: laat ons maar experimenteren.” Van Dulmen vult aan: “Recent hebben we een rapport opgeleverd aan het ministerie van VWS over populatiebekostiging en hoe dat anders kan [4]. In Nederland komen experimenten maar mondjesmaat van de grond. Een van de belangrijkste barrières bleek dat het moeilijk is op te zetten binnen het huidige zorgstelsel.”

Net als de ziekenhuizen en de zorgprofessionals moeten ook de zorgverzekeraars schakelen naar een andere *mindset*, vindt Bartholomeus. “Wij maakten tijdens het verandertraject mee dat we patiënten die veel zorg nodig hadden, verplaatsten naar de wijk. Vervolgens spraken de zorgverzekeraars de wijkzorg erop aan dat ze te veel tijd met die patiënten bezig waren. In verhouding is die zorg duur voor de wijkzorg. Maar als je het regionaal bekijkt, zijn die patiënten in de wijk goedkoper af dan in het ziekenhuis. Ook de zorgverzekeraars moeten dus buiten oude hokjes en stramienen gaan denken en een draai maken in plaats van te blijven doen wat ze altijd al deden, anders verandert er niks.”

Beroepsverenigingen

Maar er zijn meer partijen die hun steentje kunnen bijdragen aan het in gang zetten van een nieuwe zorgcultuur, van beroeps- en patiëntenverenigingen tot opleidingen en politiek. De Boer roemt in die zin de initiatieven van de NVMDL: “Zij neemt landelijk het voortouw in het terugdringen van niet-gepaste zorg door de richtlijnen opnieuw onder de loep te nemen: staat er niet te veel defensieve geneeskunde in. Dat is, denk ik, inderdaad de rol van wetenschappelijke verenigingen: het faciliteren van dat andere gedrag. Anders is het heel

moeilijk om als medisch-specialist van die richtlijnen af te wijken.” Van Dulmen: “Ook op de opleidingen kan wel wat meer aandacht worden besteed aan de vraag: wat zijn nu effectieve interventies en wat niet?” Daarnaast valt er nog veel te winnen op het gebied van patiëntenbewustzijn, zegt zij. “Niet alles wat kan, heeft toegevoegde waarde. Het is van maatschappelijk belang om patiënten daarover goed te informeren.” De Boer vult aan: “Hoe lang ga je als MDL-arts bijvoorbeeld door met preventieve darmonderzoeken? In alle richtlijnen staat dat je met 75 jaar moet stoppen, maar ik kan je verzekeren dat heel veel tachtigplussers nog een preventieve coloscopie krijgen, terwijl de risico’s daarvan behoorlijk hoog zijn.”

Politiek

En de politiek? Die kan veranderprogramma’s niet afdwingen, schrijft het CPB [5]. Onderhandelingen over volumes en prijzen vinden immers plaats tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars, zonder tussenkomst van de overheid. Bovendien lijkt een succesvolle implementatie het beste te werken als deze vanuit het ziekenhuis wordt geïnitieerd, hetgeen breed draagvlak onder medisch specialisten vereist. Dat maakt het lastig om de beweging vanuit een overheid of zorgverzekeraar af te dwingen. Maar de overheid kan de veranderstrategieën wel stimuleren en faciliteren door na te gaan hoe meerjarige programma’s het beste kunnen worden vormgegeven.

Zorglandschap

“Welk zorglandschap willen we nou in Nederland”, stelt De Boer. “Volgens mij zijn de grote lijnen, hoe het anders moet, inmiddels wel duidelijk. Het gaat daarbij niet om meer of minder ziekenhuizen, maar om ander gedrag, een andere infrastructuur, de zorg over de muren van ziekenhuizen heen op een andere manier organiseren. Je hebt een ander zorglandschap nodig omdat je te weinig zorgprofessionals hebt om overal alles te kunnen blijven bieden. Dan gaat de euro voor de Nederlandse burger beter renderen en krijg je deze ook betere zorg. Maar



Wink de Boer

het vergt moed, ook politieke, om die weg daadwerkelijk in te slaan.”

Blauwdruk voor succes

Tot slot zijn goede evaluaties van de innovaties van groot belang, vindt Van Dulmen. “Laat nou eens met cijfers zien hoe de kwaliteit van zorg is verbeterd en breng dat structureel in kaart. Vervolgens kunnen we bekijken: hoe kunnen we dit soort initiatieven opschalen en andere ziekenhuizen verleiden ook zoiets te doen? Ik denk dat er in heel Nederland echt goede initiatieven zijn, maar dat er veel meer kan worden gedaan aan kennisverspreiding. Soms zijn oplossingen vrij eenvoudig en is het goed om van elkaar te leren.”

Er bestaat geen blauwdruk voor succes, concluderen de onderzoekers. Van Dulmen:

“Ieder ziekenhuis heeft z’n eigen context. Bernhoven en Rivas Zorggroep hebben laten zien dat je door op een andere manier naar zorg te kijken en de productieprikkel weg te halen, je gedrag kunt veranderen. Dat hebben beide ziekenhuizen op een andere manier ingevuld.” De Boer beaamt: “De beide veranderstrategieën zijn een *proof of concept*. Je moet niet ‘Bernhoven’ of ‘Rivas’ gaan nadoen, maar je moet wel op reis gaan. In welke context je ook werkt: de zorg kan altijd worden verbeterd als je de door belangen gedomineerde heilige huisjes afbreekt en het maatschappelijk belang laat prevaleren.”

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 104) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

ADVERTENTIE

FOLLOW-UP INTERVIEW MET PAUL KONING BETREFFENDE PRISMA

Ziekenhuis zonder muren: digitale consultvragen voor de tweede lijn



Paul Koning

Het medisch platform PRISMA brengt huisartsen en medisch specialisten binnen een landelijk netwerk met elkaar in contact. Huisartsen kunnen casuïstiek voorleggen, medisch specialisten geven advies en achtergrondinformatie, waarmee de huisarts verder kan. In *MAGMA 4* van 2019 spraken wij Paul Koning, orthopedisch chirurg en oprichter van PRISMA. In het kader van herinrichting van MDL-zorg, het thema van deze *MAGMA*, maken we met hem de balans op na twee jaar doorontwikkelen van het platform.

Top vijf van MDL-problematiek in PRISMA

- 1 Chronische diarree
- 2 Buikpijn en indicaties voor verdere diagnostiek
- 3 Dyspepsie
- 4 Leverenzymstoornissen
- 5 *H. pylori*

1 *In een pilotstudie met PRISMA werd 35% van de doorverwijzingen naar de tweede lijn voorkomen. Snijden*

medisch specialisten zich niet in hun financiële vingers door mee te werken?

Steeds meer ziekenhuizen maken meerjarenafspraken met verzekeraars. Dat geeft ruimte voor waardegedreven innovatie. De specialisten die meewerken aan PRISMA voegen veel waarde toe aan het werk van de huisarts en het leven van patiënten. Ze krijgen er veel voldoening voor terug, leren in een interactieve omgeving van hun collega's uit het land en helpen met beter en minder verwijzen.

2 *Huisartsen krijgen via de zorgverzekeraar een onbeperkt abonnement op PRISMA. Welke plannen heeft PRISMA om medisch specialisten te vergoeden?*

De exacte details kan ik nog niet geven, omdat de gesprekken met specialisten nog in gang zijn. Maar we willen de waardegedreven vergoeding aan de voorkant, het abonnement, doortrekken naar de achterkant. De specialisten delen dan mee in de waardeontwikkeling van PRISMA. Dit is al per 1 januari 2021 van kracht. Bekostiging op basis van volume is onderdeel van de vergoeding. Maar teamwerk, kennisdeling,

uitkomsten en huisartsentevredenheid zijn ons inziens belangrijkere componenten.

3 *Als medisch specialist moet je op basis van beperkte informatie advies geven, maar er bestaat de kans dat je acute pathologie mist die je op basis van de gegeven informatie niet vermoedt. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van de gegeven adviezen? Zijn de adviezen vanuit medisch specialisten daardoor niet defensief?*

Het bijzondere van huisartsen is dat ze 'contextexpert' zijn van de patiënten. Specialist daarentegen zijn echte 'patroonexperts'. Dat maakt dat de specialist vaak aan een halve anamnese genoeg heeft om een schifting te maken in 'pluis of niet pluis'. Als dan ook nog verschillende specialisten naar een consult kijken, is de kans een stuk kleiner dat er wat wordt gemist. De huisarts blijft hierbij altijd eindverantwoordelijk. Dat staat zo in de KNMG-richtlijnen en daarover is geen discussie. De adviezen zijn allerminst defensief, maar vanwege de specialistenselectie (ervaren en onderwijsgericht) juist meedenkend en soms coachend.

4 *Sommige ziektebeelden, zoals diabetes, lenen zich goed voor substitutie richting de huisarts. Daaraan kan maat en getal worden gegeven*

en op die manier bekostigd via de zorgverzekeraar. Veel MDL-onderwerpen, zoals dyspepsie of buikpijn, zijn daarvoor minder geschikt. Daardoor zullen huisartsen zich daarin wellicht ook minder bekwamen. Dat zien we terug in de toename van dit type verwijzingen. In hoeverre kan PRISMA daarbij helpen?

Naast het educatieve karakter van de antwoorden van meerdere specialisten kijken we voor de toekomst ook naar het delen van content op basis van veel gestelde vragen. Je kunt dan denken aan korte filmpjes van een aantal minuten waarin specialisten dieper ingaan op een onderwerp. Dit zou bijvoorbeeld ook via podcasts kunnen.

5 *Wat is de mening van de patiënt over PRISMA? Weten jullie of deze genoeg neemt met ruggenspraak met de specialist? Of verwachten zij alsnog een doorverwijzing?*

We horen regelmatig van huisartsen dat patiënten het heel erg waarderen dat ze worden besproken in een team van specialisten. Patiënten hebben dan juist minder behoefte aan verwijzing. Aan de andere kant zorgt een uitgebreide casusdiscussie met uiteenlopende adviezen soms tot verwarring bij de huisarts, die dan alsnog verwijst of overlegt met de lokale specialist.

ADVERTENTIE

6 Gaan jullie onderzoek doen naar de zorguitkomsten door gebruik van PRISMA? Is de geleverde zorg adequaat? Volgt in een later stadium niet alsnog doorverwijzing?

Zeker. Daar ligt juist een geweldige kans. We hebben het vertrouwen gekregen van twee grote verzekeraars die ons voor drie jaar vergoeden. In die periode willen wij de waarde van het PRISMA-netwerk boven water krijgen, deels met behulp van onafhankelijke onderzoekers zoals huisarts-epidemioloog Marco Blankers, die een *randomized controlled trial* gaat uitvoeren.

Kort gezegd kijken we naar de kostenbesparing in de tweede lijn, maar ook naar de verrijking in de vorm van werkvreugde, patiënttevredenheid en leereffect.

Neem bijvoorbeeld de ervaren specialisten die spontaan naar mij en de teamkamers appen hoeveel ze zelf leren. Hun deelname zou eigenlijk moeten worden beloond met accreditatiepunten. Een ander voorbeeld: een huisarts kreeg spontaan feedback van een lokale specialist dat zijn verwijsbrieven beter waren geworden na gebruik van PRISMA.

7 Wat zijn de toekomstplannen voor PRISMA?

Het netwerk doorontwikkelen, zorgen dat we de komende drie jaar kunnen groeien naar een paar duizend huisartsen en de waarde inzichtelijk maken van de collectieve kennisuitwisseling. Met een uitgekristalliseerde *return on investment* in de brede zin willen we uiteraard naar het buitenland. Meer landen zijn gebaat bij lijnloze en waardegedreven samenwerking tussen huisartsen en specialisten. We hebben elkaar gewoon keihard nodig.

Monitoren op afstand: thuis meten van FCal met mijnIBDcoach

Het behandelparadigma van chronisch-inflammatoire darmaandoeningen (IBD) is verschoven naar *treat-to-target*- en *tight control*-strategieën. Epidemiologisch onderzoek laat zien dat bij behandelen van alleen symptomen van IBD-ziekteprogressie door onvoldoende controle van chronische inflammatie frequent is. Met de introductie van *treat-to-target*-strategieën worden samengestelde behandeldoelen nagestreefd: verdwijnen van symptomen én endoscopische ontsteking). Recente studies suggereren bovendien dat door regelmatig monitoren (*tight control*) van deze doelen en tijdige interventie met de steeds bredere waaier aan nieuwe geneesmiddelen ziekteprogressie kan worden voorkomen.

Endoscopie is echter een invasieve en dure procedure, niet geschikt voor frequente beoordeling. Fecaal calprotectine (FCal) – een anti-inflammatoir eiwit afkomstig uit witte bloedcellen – FCal correleert beter met endoscopische ziekteactiviteit dan CRP of symptoomvragenlijsten, en een verhoogd of oplopend FCal voorspelt een klinische opvlamming. De CALM-studie [1] was de eerste van een reeks onderzoeken die aantonen dat tijdige optimalisatie van behande-

ling op basis van FCal en CRP resulteert in betere langetermijntuitkomsten. Regelmatige bepaling van FCal wordt dan ook geadviseerd.

Omdat opvlammingen van inflammatie bij IBD onvoorspelbaar zijn, resulteert een *tight control*-strategie in de dagelijkse praktijk tot toename van herhaalconsulten, belafspraken en kosten. Herontwerp van klassieke zorgpaden met vaste consulten naar op afstand monitoren kan dit oplossen.

Monitoren via mijnIBDcoach

MijnIBDcoach is een online platform ontwikkeld door de stichting mijnIBDcoach in samenwerking met de patiëntenvereniging¹. MijnIBDcoach ondersteunt de zorgverlener bij het monitoren (via periodieke vragenlijsten), het begeleiden (via patiënten-dashboard) en informeren (via kenniskuren) van en het communiceren met patiënten. De SananetOnline-monitor toont risicovlaggen als er alarmdrempels worden gesignaleerd, waardoor herhaalconsulten vaak niet meer nodig zijn.

De introductie van FCal-sneltesten stelt patiënten in staat thuis FCal in hun ontlasting te meten en via een app en webportal te delen met hun arts en verpleegkundige.

De resultaten correleren goed met de FCal-Elisatest uit ziekenhuislaboratoria, zeker bij waarden <500 ug/g [2]. Door combinatie van de in mijnIBDcoach gebruikte Monitor IBD At Home (MIAH)-vragenlijst met FCal wordt screenen met hoge sensitiviteit voor endoscopische ontsteking mogelijk bij Crohn en colitis ulcerosa [3,4]. FCal-thuistesten (QuantOnCal®, CalproSmart® en binnenkort IBDoc®) kunnen aan mijnIBDcoach worden gekoppeld. Het FCal-resultaat is dan zichtbaar in het mijnIBDcoach-dashboard van patiënt en zorgprofessional.

Conclusie

Implementatie van het gevalideerde *telemedicine*-zorgpad met mijnIBDcoach en FCal-thuistesten maakt *tight control* van klinische en biochemische remissie mogelijk zonder toename van zorgconsumptie.

Marieke Pierik, MDL-arts
MUMC+

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 104) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

¹ Zie ook: MAGMA 1-2016 (p. 11), MAGMA 1-2017 (p. 11) en MAGMA 3-2019 (p. 135)

Anderhalvelijnszorg in de MDL smaakt naar meer

De minister van VWS benoemde in 2013 negen regio's tot proeftuinen 'Betere zorg met minder kosten', waarvan er één in regio Maastricht-Heuvelland: Blauwe Zorg [1]. In deze proeftuin – een initiatief van zorgverzekeraar VGZ, de zorggroep Zorg in Ontwikkeling (ZIO), het MUMC+ en patiëntenorganisatie Burgerkracht Limburg – is de afgelopen jaren ervaring opgedaan met anderhalvelijnszorg.

Anderhalvelijnszorg is gericht op het voorkómen van onnodige verwijzingen vanuit de eerstelijns huisartsenzorg naar de tweedelijns specialistische ziekenhuiszorg. Hierbij worden gelijktijdig drie met elkaar samenhangende doelen nagestreefd: een verbetering van de gezondheid van de populatie en de ervaren kwaliteit van zorg tegen minder kosten [2].

Stadspoli als zorglocatie

Vanuit de vakgroep MDL van het MUMC+ participeren wij sinds 2017 in de anderhalvelijnszorg in Maastricht. Concreet houdt dit in dat een MDL-arts spreekuur doet op een zorglocatie buiten het ziekenhuis, te weten de Stadspoli. Huisartsen verwijzen de patiënt naar de Stadspoli, waarbij de wachttijd doorgaans vrij kort is (ongeveer twee weken) en de zorgvraag meestal met een eenmalig consult kan worden beantwoord. De patiënt hoeft zijn eigen risico niet aan te spreken, behoudens de kosten voor medicatie of aanvullend onderzoek.

Inhoudelijk betreft het hier vooral patiënten met functionele buikklachten zoals prikkelbare-darmsyndroom (PDS), doorgaans de grootste poliklinische MDL-populatie qua omvang. Voor de huisartsen

zijn er ook duidelijke kaders geschetst voor verwijzing: patiënten met alarmsymptomen (rectaal bloedverlies, gewichtsverlies) of levertestafwijkingen, dienen meteen naar de tweede lijn te worden verwezen.

Succesfactoren

Wat maakt de anderhalvelijnszorg succesvol?

Ten eerste biedt de setting een stimulus om aanvullend onderzoek te beperken. Een belangrijk succesfactor hierbij is het toepassen van de positieve diagnose van PDS, gebaseerd op de Rome-criteria. Een negatieve calprotectine, gebaseerd op een fecetest die voorafgaand aan het consult wordt verricht, ondersteunt dan meteen de diagnose PDS. Het gesprek kan zo vooral worden gericht op uitleg, geruststelling en het aanbieden van behandelopties. Bij dit laatste maken we gebruik van de keuzehulp [3], die onlangs is gelanceerd. Patiënten weten dan na afloop van het consult wat hun diagnose is en hoe het behandelplan eruit gaat zien, waarna ze worden terugverwezen naar de eerste lijn.

Ten tweede: hiermee voorkom je onnodige doorverwijzing naar de tweede lijn, die vaak hogere kosten voor het zorgsysteem betekent. Een verwijzing naar de Stadspoli is, vergeleken met een doorverwijzing naar het ziekenhuis, ruim honderd euro per patiënt goedkoper. Uit de eerste evaluatie blijkt dat slechts één op de tien patiënten na een consult op de Stadspoli wordt doorverwezen naar de tweede lijn [2]. Negentig procent is dus gerustgesteld door de specialist of met

een behandeladvies terugverwezen naar de huisarts die de regie houdt. Slechts sporadisch is een tweede consult nodig: in 2019 was het gemiddeld aantal consulten per patiënt 1,04 (SD 0,22).

Ten derde: anderhalvelijnszorg is niet alleen goedkoper in het algemeen, maar ook voor de patiënt. Het Stadspoliconsult is, zoals hierboven gezegd, vrij van het eigen risico en de patiënt betaalt alleen voor de uitgevoerde diagnostiek. De patiënten zijn zeer tevreden over deze opzet en de geleverde zorg: de wachttijd voor een MDL-consult op de Stadspoli is significant korter dan de wachttijd voor het ziekenhuis en zowel de setting als de medisch specialist krijgen een significant hoger rapportcijfer [3]. Wij maken gebruik van hetzelfde Elektronisch Patiëntendossier (EPD) als in het MUMC+, dus dat maakt de eventuele overgang naar de tweede lijn ook makkelijker.

Substitutie: beoordeling

Een regelmatig gestelde vraag: zitten wij niet het werk van de huisartsen te doen? Vaak is er een sterke behoefte vanuit de patiënt om te worden gezien door een medisch specialist. Anderzijds kan er bij de huisarts onzekerheid spelen ten aanzien van de diagnosestelling en wil deze een bevestigend antwoord van de specialist. Dit is natuurlijk invoelbaar wanneer formeel de diagnose enkel aan de hand van symptomen wordt gesteld, zoals het geval is bij PDS. Een eenmalig consult bij de medisch specialist kan helpen om zorgen bij zowel patiënt

Substitutie-initiatieven hebben tijd nodig om zich te ontwikkelen



als de huisarts weg te nemen en sneller te komen tot een effectieve behandeling. Een ander bijkomend voordeel is dat zo onnodige coloscopieën kunnen worden voorkomen. Een dergelijk effect heeft men eerder ook gezien als gevolg van de introductie van het REDUCE PDS-concept [4].

Een andere vraag is of we door de laagdrempeligheid ook niet extra zorgvraag creëren. Het is nu nog te vroeg hierop een goed antwoord te geven. Dergelijke substitutie-initiatieven hebben tijd nodig om zich voldoende te ontwikkelen en volume te genereren. Het is een dynamisch transitieproces dat langdurige monitoring behoeft waarin, zo nodig, kan worden bijgestuurd [5]. Wel is het zo dat het vroegtijdig stellen van de diagnose en het initiëren van een effectief behandelpun op termijn preventief werkt en toekomstige zorgconsumptie kan voorkomen. Verder worden patiënten die initieel naar het ziekenhuis worden verwezen, vaak alsnog teruggetreerd naar de Stadspoli, waardoor de Stadspoli daadwerkelijk als substitutie gezien kan worden. De kosten van het consult op de Stadspoli

wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar als eerstelijns 'meekijkconsult' door zorggroep Zorg in Ontwikkeling (ZIO). De vakgroep MDL van het MUMC+ krijgt een vergoeding voor haar inzet op de Stadspoli, die op termijn kan worden omgezet naar structurele formatie.

Toekomstverwachting

Hoe ziet de toekomst eruit voor de anderhalvelijns MDL-zorg? Het valt te exploreren of het indicatiegebied voor de anderhalvelijnszorg uit te breiden valt. Gezien de intentie om meer nadruk te leggen op preventie en de rol van leefstijl hierin, zouden ziektebeelden zoals NAFLD (of met de nieuwe nomenclatuur: MAFLD) ook geschikt zijn voor deze vorm van zorg. Wel zou het dan wenselijk zijn om een Fibroscan op locatie te hebben. Dit vergt echter wel enige (materiële) investering. Andere ziektebeelden die mogelijk in aanmerking komen voor opvolging via de Stadspoli zijn chronische ziekten met langdurige remissie zoals coeliakie of IBD. Een verdere doorontwikkeling zou ook de inzet van verpleegkundig specialisten kunnen zijn [6].

Het Hoofdlijnenakkoord vraagt om oplossingen die de groei in complexere specialistische zorg mogelijk maken en dit kan alleen wanneer de laagcomplexere zorg buiten de ziekenhuizen geleverd kan worden. Onze ervaringen met de Stadspoli zijn zeer positief en we zien goede kansen voor het uitbreiden van deze vorm van zorg.

Daniel Keszthelyi, MDL-arts, MUMC+
Mariëlle Kroese, gezondheidswetenschapper-epidemioloog, vakgroep Health Services Research, Universiteit Maastricht

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 105) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



¹ De keuzehulp komt voort uit de samenwerking tussen de Maag Lever Darm Stichting (MLDS), de PDS Belangenorganisatie (PDSB) en de NVMDL.

ADVERTENTIE

Digitale zorg na COVID-19

Sinds de corona-uitbraak heeft de digitale zorg een enorme duw in de rug gekregen. Daarmee heb ik het afgelopen jaar de hybride praktijk gekregen die ik al jaren voor ogen had. Hoewel ik net als heel veel andere mensen deze coronaperiode totaal zat ben, heeft het mij dus ook wat goeds gebracht.

De digitale zorg stelt mij in staat een deel van mijn werk efficiënter te doen, waardoor ik 'live' meer tijd overhoud voor de complexere zaken. Hoe komt dat?

Afspraken en herhaalmedicatie

Laat ik eerst 'de grote drie' noemen, in de huisartsenpraktijk inmiddels veelgebruikte vormen: e-consulten (digitale berichten), online afspraken en online herhaalmedicatie. We maken daarvoor gebruik van een portaal, dat is gekoppeld met het huisartseninformatiesysteem (HIS). Dit portaal vergt wel enige aandacht bij het inrichten en je moet er uiteraard voor zorgen dat medicatie goed wordt genoteerd. Maar dan betaalt het zich uiteindelijk terug in efficiëntie.

Wat betreft online afspraken maken, merk ik dat veel collega's dat nog 'eng' vinden. Ikzelf heb er jaren geleden al voor gekozen om rigoureuze mijn hele agenda open te zetten. En daarvan heb ik nooit spijt gehad. Het is echt niet zo dat iedereen ineens op het spreekuur wil komen. Heel af en toe gaat het mis, staat er een enkele afspraak voor meerdere vragen of zit de patiënt van mijn collega op m'n spreekuur. Maar dat gebeurt ook wel eens bij de telefonische afspraken. Wat juist erg fijn is: mensen leggen in hun eigen woorden al vast waarvoor ze willen komen.

E-consulten

E-consulten doe ik al een jaar of 25. Eerst via een mailadres op de website, nu is dat

heel netjes en veilig verwerkt in ons portaal en de app van de patiënt, die rechtstreeks binnenkomt in het HIS. Mijn ervaringen zijn heel goed, al moet ik erbij zeggen dat je wel een soort leercurve door moet. Het is een ander soort communicatie, die ik toch ook ervaar als een soort nabijheid die 'stuurbaar' is. Zo bepaal ik zelf wanneer ik antwoord. Omdat het al zo in mijn dagelijkse *workflow* zit, doe ik dit vrijwel altijd dezelfde dag met zo'n 10-20 patiënten. Eenvoudige vragen, vragen over huidafwijkingen (met foto), soms aanvullende vragen of opmerkingen na een spreekuurbezoek. Een enkele keer is de vraag te complex, zodat ik vast wat 'huiswerk' opgeef en iemand toch op het spreekuur uitnodig. De diversiteit is groot. Evenals de waardering door de patiënt!

Beeldbellen

Dan zijn er ook wat relatieve nieuwkomers. Met beeldbellen experimenteer ik al meer dan tien jaar, maar nu is het een vast onderdeel geworden. Per dag heb ik 1,5 uur een beeldbel-inloopsprekuren via ArtsOnline (in welke tijd ik ook mijn e-consulten doe, het is niet altijd vol). Daarnaast kan de patiënt bij het inplannen van een afspraak ook zelf kiezen voor beeldbellen. Beeldbellen voelt voor mij (en de patiënt) veel meer als een fysiek consult dan als een telefoontje! En het gaat dan ook niet meer weg.

Zorg op afstand

Ook (chronische) zorg op afstand is ineens volwassen. Vooral coronazorg gaat prima, via het Emma-platform¹. Een zorgcentrale kijkt mee en fungeert als tussenschakel. Waar nodig word ik of de huisartsenpost ingeschakeld. Patiënten voelen zich hiermee thuis extra veilig.

Naast coronazorg laten we patiënten ook geprotocolleerd thuismetingen doen met een bloeddrukmeter. Resultaat: veel lagere waarden en een veel beter beeld! En ook hier

weer: patiënttevredenheid. COPD-zorg gaat de volgende stap zijn.

Toekomst

Daarmee zijn we dan in de nabije toekomst. Ik experimenteer al met een geautomatiseerde anamnese, die wordt gevoed door kunstmatige intelligentie (via Medvice/MIA-suite²), zodat over een tijdje die online agenda nog veel slimmer gaat worden. Ook gaan we werken met een slimme telefoonapplicatie, die onze werkdruk gaat spreiden, met verbetering van patiënttevredenheid. En uiteraard gaat de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO), een website of app waar alle gezondheidsgegevens worden verzameld, een centrale rol in al dit moois spelen.

Kortom: de toekomst is hier, met behoud van werkplezier!

Bart Timmers

huisarts in 's-Heerenberg



¹ <https://medicinemen.eu/zorgprofessional/> ² <https://www.medvice.io/>

ADVERTENTIE

Videoconsulten en telemonitoring met smartphone-compatible apparaten

In 2015 is de afdeling Cardiologie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) begonnen met **The Box**. The Box heeft als doel door middel van telemonitoring eventuele klinische verslechtering eerder te herkennen en te voorkomen, alsmede patiënten middelen in handen te geven om meer betrokken te zijn bij hun ziekteproces. Door gebruik te maken van gevalideerde consumententechnologie alsmede videoconsulten beoogt The Box zorgkosten voor zowel het ziekenhuis als de patiënt te verminderen.

The Box is eerder uitgebreid beschreven [1,2]. The Box is een doos met apparaten die in verbinding staan met de smartphone. Deze apparaten zijn onder andere: een oscillometrische bloeddrukmeter, een weegschaal, een stappenteller en een apparaat dat de patiënt in staat stelt een ritmestroom te maken (vanaf nu: ECG-apparaat). De bloeddrukmeter, stappenteller en weegschaal staan in verbinding met de smartphone via Bluetooth. Het ECG-apparaat heeft de grootte van een creditcard en bevat twee elektroden. Om een ritmestroom te genereren dient de patiënt beide elektroden vast te pakken, een hand per elektrode. Het apparaat produceert dan een ultrasoon geluid dat wordt opgevangen door de microfoons van de smartphone. Dit signaal wordt omgezet in een elektrisch signaal dat als ritmestroom verschijnt op het scherm van de smartphone. Data zijn door de applicaties altijd inzichtelijk voor de patiënt.

Data-opslag en verwerking

De data worden vervolgens automatisch geïntegreerd in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de afdeling Cardiologie van het LUMC, zonder dat hiervoor additionele handelingen van de patiënt nodig zijn. Bijkomend voordeel is dat de patiënt data niet handmatig hoeft in te voeren, waarmee



kans op het niet inzenden, of inzenden van foutieve data, kan worden geminimaliseerd. In het EPD van de afdeling Cardiologie van het LUMC komen de data in een apart tabblad te staan. Daar vindt via een algoritme een eerste analyse van de data plaats. De arts of verpleegkundig specialist die de data controleert, krijgt daardoor voorgeselekteerde data te zien. Bij afwijkingen (onder andere verhoogde of verlaagde bloeddruk, significante gewichtsverandering, ritmestroomafwijkingen) wordt contact opgenomen met de patiënt. Dit kan per patiënt worden ingesteld. Bij patiënten die The Box gebruiken, wordt gepoogd fysieke consulten te vervangen door videoconsulten. Vermeldenswaardig is daarbij dat dit reeds vóór de COVID-19-pandemie werd toegepast.

Klinische trial

The Box is in een gerandomiseerde klinische trial gevalideerd bij patiënten na een myocardiinfarct. Tweehonderd patiënten werden tussen mei 2016 en november 2017 1:1 gerandomiseerd tussen The Box of reguliere zorg. De klinische trial liet zien dat er geen verschil was in surrogaatklinische uitkomsten. De patiënttevredenheid was gelijk. In een specifieke vragenlijst aan de

interventiegroep toonden patiënten zich tevreden over de apparaten en met name de videoconsulten [3].

Toepassing

The Box wordt momenteel toegepast bij patiënten met een implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD), met een aangeboren hartafwijking, met een *aneurysma aortae*, na cardiale chirurgie en patiënten met hartfalen. De samenstelling van The Box varieert licht tussen deze verschillende patiëntengroepen. Bij patiënten met hartfalen worden met name de data van bloeddruk en gewicht gecombineerd met data uit de ICD, mocht deze beschikbaar zijn. De toegevoegde waarde hiervan wordt onder andere door een grote trial uit Duitsland ondersteund [4].

Roderick Treskes, Melina den Haan, Saskia Beeres, Anastasia Egorova, Roderick Scherptong, Martin Schalij, Douwe Atsma
Afdeling Cardiologie, LUMC

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 105) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

ADVERTENTIE

TRANSPARANTIE IN DE ZORG

Hoe ver gaan we in het recht op informatie?

Twee weken terug deed ik de gastro-intestinale oncologiepoli, waarbij mijn patiënt zijn diagnose en geadviseerde behandelplan voor het eerst te horen zou krijgen. Deze waren zojuist in het multidisciplinair overleg (MDO) besproken. Mijn patiënt had een T2N1M0-rectumcarcinoom en ik wilde dat in lekentaal aan hem gaan vertellen. Voordat het gesprek begon, pakte hij echter een stapel papieren uit zijn tas, waarbij ik tot mijn grote verbazing op de eerste regel zag staan: T2N1M0 rectumcarcinoom. Wat moest ik deze patiënt nu eigenlijk nog vertellen, en vooral: hoe wist hij dit? Via het patiëntenportaal bleek patiënt de uitslag van de MRI te hebben gezien, waarbij samen met de overige beeldvormende onderzoeken dit de conclusie bleek te zijn. Nu was dit een intelligente, alles rustig afwegende patiënt met wie ik vervolgens een prettig gesprek heb gevoerd. Maar het had ook anders kunnen lopen.

In het ziekenhuis waar ik werk, is een vertraging van een week ingebouwd voor uitslagen van laboratoriumonderzoek, beeldvorming en correspondentie. Maar waar ligt de grens in het streven naar transparantie? Hoewel ik groot voorstander van het patiëntenportaal ben, omdat het leidt tot toegankelijker zorg en toename van correcte dossiervoering, vraag ik mij af wat de toegevoegde waarde is van het oprekken van transparantie tot: het hebben van geen grens. Komt dit de patiëntenzorg en, nog belangrijker, de patiënt ten goede?

Maatschappelijke tendens

De maatschappelijke tendens is transparantie, en recht op inzage van het eigen dossier bestaat al een aantal decennia. Naast de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) is dit recht vanaf 1 juli 2020 aangevuld met de Wet aanvullende bepaling verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz), die elektronische inzage van het medisch dossier regelt [1]. Het uitgangspunt is hierbij het recht op informatie, zodat de patiënt weloverwogen beslissingen kan nemen. Elke arts zal achter dit uitgangspunt staan.

Geen wachttijd: voordelen

Het actuele discussiepunt is nu of patiënten alles direct moeten kunnen inzien. De Patiëntenfederatie Nederland noemt ingebouwde wachttijd een vorm van betutteling [2].

Potentiële voordelen van directe inzage: de informatieachterstand van de patiënt wordt opgeheven, er ontstaat een gelijkwaardigere arts-patiëntrelatie, mogelijk wordt ook de consulttijd ingekort omdat de patiënt de resultaten immers al heeft gezien. Uit Nederlands onderzoek uit 2015 blijkt dat 75% van de patiënten die gebruikmaken van een patiëntenportaal het direct inzien van uitslagen als positief ervaart, waarbij 13% een kanttekening plaatst en 5% het als negatief ervaart [3].

Mogelijke nadelen

De negatieve kant vanuit het perspectief van de arts is lastig uit het artikel te destilleren, aangezien de resultaten voor alle typen zorgverleners tezamen worden weergegeven. Wel ervaart 15% van de zorgverleners een toegenomen werkdruk en heeft 15% hiermee een negatieve ervaring in een tijdsduur van vier maanden. Andere genoemde mogelijke nadelige gevolgen voor de patiënt: toename van angst, het niet kunnen interpreteren van de uitslagen, en zorgen rondom beveiliging van de privacy. Daarnaast is nog niet bewezen dat het patiëntenportaal tot betere gezondheidsuitkomsten leidt [4].

Persoonlijk standpunt

Mijn huidige standpunt blijft getekend door mijn persoonlijke ervaring met de toename van bezorgdheid van patiënten na het zien van uitslagen die zij niet kunnen interpreteren. Ook krijg ik het scenario niet uit mijn hoofd van patiënten die hun differentiaaldiagnose met de meest zeldzame en vreselijke ziekten lezen. Tezamen met de huidige literatuur ben ik nog niet overtuigd dat onmiddellijke en volledige inzage in het dossier alle patiënten ten goede komt. Er is geen gemiddelde patiënt en misschien weegt in dit geval het voordeel voor velen niet op tegen de nadelige gevolgen voor de enkelen met een minder gunstige diagnose. Wel is mij duidelijk dat de trend van meer inzage zich zal voortzetten. Met de toenemende digitalisering hoop ik nu vooral dat de menselijke kant van ons vak niet verloren gaat. We gaan zien of ik als jonge dokter ouderwets bleek te zijn. Gezien deze ontwikkelingen ben ik vooralsnog extra blij dat ik niet in opleiding ben tot psychiater...

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 105) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

TOWARDS DIETARY ASSESSMENT AND INTERVENTIONS FOR PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Vera Peters, Rijksuniversiteit Groningen, 24 februari 2021



In dit proefschrift wordt de rol van voeding in het ontstaan en de behandeling van de ziekte van Crohn (CD) en colitis ulcerosa (UC) verder uitgediept. Uit analyse van de voedingsinname van IBD-patiënten en gezonde controles blijkt dat maar liefst 87% van de patiënten met een actieve ziekte een te lage eiwitinname heeft.

Ook vermijden patiënten vaak producten, waardoor tekorten in de voeding ontstaan. Daarnaast vonden we dat een overwegend westers of carnivoor dieetpatroon geassocieerd is met een hoger risico op ontwikkeling van CD en UC. Gezondere voeding blijkt geassocieerd met een lager risico op ontwikkeling van UC. Een westers voedingspatroon kan vaker in verband worden gebracht met IBD-opvlammingen.

Om voedingsinname beter te kunnen meten, is een voedselvragenlijst (GINQ-FFQ) speciaal voor IBD-patiënten ontwikkeld. Omdat niet duidelijk is welke voedingsvezels het best kunnen worden gebruikt in de behandeling van IBD, is de rol hiervan onderzocht in de literatuur. Hieruit kwam nog weinig naar voren; wel verdient vooral de rol van gerst en inuline in de IBD-behandeling nader onderzoek.

Daarnaast wordt de opzet van een grote dieetinterventiestudie (Vita-GRaid-studie) bij de ziekte van Crohn beschreven. Deze studie zal de effecten onderzoeken van het Groninger anti-inflammatoir dieet (GRaid) en een in het distale ileum-colon afgeleverd vitamine B2/3

en C-supplement (ColoVit-capsule) versus een placebo. Eindpunten zijn: verminderen van ontsteking en opvlammingen bij patiënten, en veranderingen in het microbioom en de redoxstatus van patiënten en hun gezonde huisgenoten.

De in dit proefschrift beschreven dieetanalyse zal worden geïncorporeerd in de *e-health*-tool mijnIBDcoach en persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO). Diëtisten zullen worden geschoold in het GRaid, zodat het dieetadvies lokaal kan worden uitgevoerd. Hiermee draagt dit proefschrift bij aan een betere dieetanalyse en behandeling van IBD-patiënten.

Curriculum vitae

Vera Peters (Groesbeek, 1993) doorliep een MD-PhD-traject met coschappen in het UMC Groningen, Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG) en drie klinieken in Duitsland. Haar onderzoek werd begeleid door promotor prof. dr. Gerard Dijkstra en co-promotoren dr. Marjo Campmans-Kuijpers (afdeling MDL) en dr. Behrooz Alizadeh (afdeling Epidemiologie) in het UMCG. Momenteel loopt Vera verdiepingstages bij Kindergeneeskunde; na afronding van haar rompstage MDL in 2021 hoopt zij haar master geneeskunde in Groningen te voltooien.

Het proefschrift van Vera Peters is te downloaden via <https://doi.org/10.33612/diss.159023461>.

MDL TRANSFERS

Vacatures nemen in aantal toe, maar zijn wel tijdelijk

Midden

Susan Loffeld (MUMC+) is per 1 februari 2021 als 5^e allround MDL-arts gestart in het Pantein Ziekenhuis in Boxmeer. In het UMCU gaat Suzanne van Meer (UMCU) per 1 juni 2021 starten als 13^e MDL-arts met hepatologie als aandachtsgebied. In Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede, heeft Ben Witteman per 1-1-2021 wegens pensionering afscheid genomen; hij wordt per 1 juli 2021 opgevolgd door Tessa Verlaan (Amsterdam UMC, locatie AMC) met *advanced endoscopy* als aandachtsgebied. In de Gelderse Vallei komt eind dit jaar nog een mutatie, omdat Jan Uil per 1 juli 2022 met pensioen gaat.

In het Diaconessenhuis in Utrecht gaat Charlotte Peters (UMCU) per 1 juni starten, met IBD als aandachtsgebied; zij volgt Ronald Breumelhof op. Daisy Walter (UMCU) gaat vanaf 1 juli vier maanden in het Diaconessenhuis werken, in verband met een zwangerschapsverlof.

Maarten van den Berg (LUMC) is vanaf 1 januari 2021 begonnen als *chef*

de clinique, deels in het HagaZiekenhuis in Den Haag en deels in het Langeland Ziekenhuis in Zoetermeer.

Per 1 januari 2021 heeft Geert Bulte de overstap gemaakt van Ziekenhuis Bernhoven naar Radboudumc, met oncologie als aandachtsgebied.

Westen

Sietze van Turenhout (Amsterdam UMC, locatie VUmc) is per 15 maart toegetreten tot de maatschap in de Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ) in Alkmaar. Er werken daar nu 10 MDL-artsen in de maatschap en één in dienstverband. Vanuit het Amsterdam UMC gaan per 1 mei 2021 Wytske Westra (locatie AMC) en Ilhame Ben Larbi (locatie VUmc) ook naar de NWZ, beiden als *chef de clinique*. Willem Moolenaar is daar per 1-1-2021 na jaren trouwe dienst met pensioen gegaan. Per 1 februari 2021 is Esmerij van der Zanden van de NWZ naar het Amstelland Ziekenhuis in

THE EXPOSOME IN DEVELOPMENT AND BEHAVIOUR OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Kimberley (Kim) W.J. van der Sloot, Rijksuniversiteit Groningen, 3 maart 2021



Inflammatoire darmziekten (IBD) kennen een complexe etiologie. Waar in het verleden grootschalig onderzoek werd verricht naar de genetische achtergrond van IBD, toont diens veranderende epidemiologie – met stijgende incidenties in ontwikkelingslanden – het belang van onderzoek naar blootstellingsfactoren (het exposoom) door leefstijl en leefomgeving.

Na ontwikkeling en validatie van de Groningen IBD Environmental Questionnaire (GIEQ), werd een groot aantal exposoomfactoren geëvalueerd voor hun associatie met de ontwikkeling en het beloop van IBD. Hierbij werden verscheidene nieuwe associaties beschreven. Prenatale rookexpositie werd bijvoorbeeld geassocieerd met een toegenomen risico op het ontwikkelen van IBD, en lichamelijke inspanning met een lagere kans op gecompliceerde ziekte. Retrospectief onderzoek gebruikmakend van CT-scans toonde tevens een hogere kans op ziektecomplicaties bij toegenomen visceraal-vetvolume. Ook werd onderzoek gedaan naar het controversiële *mycobacterium avium paratuberculosis*, waarbij hoge humorale respons vaker werd gezien bij patiënten behandeld middels biologicals. Ten slotte werd sigarettenrookexpositie geassocieerd met het ontwikkelen van colorectale neoplasieën (CRN) in patiënten met IBD, waarbij diens toevoeging aan de huidige risicostratificatie van de surveillance-richtlijn IBD zorgt voor een betere identificatie van patiënten met

een hoog risico op CRN. Al met al tonen deze studies het belang van het exposoom aan in zowel de ontwikkeling als het beloop van IBD. In tegenstelling tot genetische aanleg biedt het exposoom daarbij de mogelijkheid tot verandering. De bevindingen uit dit proefschrift kunnen worden gebruikt bij het, bijvoorbeeld middels eHealth, screenen op modificeerbare exposoomfactoren, waarbij advies en interventie (eventueel via de eerste lijn) gebaseerd op de aanwezigheid van de betrokken blootstellingsfactoren een vast onderdeel kunnen worden van een multidisciplinaire behandeling van de individuele patiënt.

Curriculum vitae

Kim van der Sloot (Amsterdam, 1992) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na haar wetenschappelijke stage in het Massachusetts General Hospital te Boston doorliep zij een MD-PhD-traject waarbij zij coschappen in het UMC Groningen (UMCG) en Scheper ziekenhuis te Emmen combineerde met haar promotieonderzoek onder begeleiding van promotores prof. dr. Gerard Dijkstra (eerste), prof. dr. Rinse Weersma (tweede) en dr. Behrooz Alizadeh (co-promotor) in het UMCG. Sinds januari 2021 is Kim werkzaam als arts-assistent MDL in het Isala ziekenhuis te Zwolle.

Het proefschrift van Kim van der Sloot is te downloaden via <https://research.rug.nl/nl/publications/the-exposome-in-development-and-behaviour-of-inflammatory-bowel-d>

Amstelveen gegaan; zij is daar de 7^e MDL-arts met IBD als aandachtsgebied.

Margien Seinen (Amsterdam UMC, locatie VUmc) gaat per 1 mei als 13^e MDL-arts aan de slag in het OLVG Amsterdam; ze heeft IBD als aandachtsgebied. Tegelijkertijd starten daar ook: Vera Valkhoff (Erasmus MC) en Nadine Phoa (Amsterdam UMC, locatie VUmc), beiden als *chef de clinique*.

Zuiden

Chantal Leclercq rondt op dit moment haar opleiding af in het Zuyderland en MUMC+; vanaf 1 juni 2021 gaat ze gedurende vier maanden in het Catharina Ziekenhuis als *chef de clinique* aan de slag, als vervanging tijdens een zwangerschapsverlof. Mark van Avesaat (MUMC+) wordt per 1 juni de nieuwe *chef de clinique* in het Zuyderland Ziekenhuis.

Vacatures

Er zijn op het moment redelijk wat vacatures, zie ook www.mdl.nl. MDL-artsen worden gezocht in: Admiraal de Ruiterziekenhuis Goes, Ziekenhuisgroep Twente Hengelo en Almelo, Medisch Spectrum Twente Enschede, Elisabeth TweeSteden Tilburg, Meander MC Amersfoort, Rijnstate Arnhem, Amphia Ziekenhuis Breda, Albert Schweitzer Dordrecht, Bravis ziekenhuis Roosendaal, Medisch Centrum Leeuwarden en Diaconessenhuis Utrecht. Het gaat in de meeste gevallen om tijdelijke aanstellingen als *chef de clinique* of als vervanging. Polidirect zoekt MDL-artsen in Alkmaar, Nieuwegein en Tilburg. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis biedt een *fellowship* voor 6-12 maanden, met accent op ERCP en/of endo-echografie.

Algemeen

De aantallen per 1 juni 2021: 602 MDL-artsen in Nederland, van wie 17 nog werkzame pensionado's en 242 aios MDL.

Appendectomy als effectieve therapie voor colitis ulcerosa

Tot voor kort leek de *appendix vermiformis* alleen maar te kunnen ontsteken, waarvoor resectie (appendectomy) als therapie als gouden standaard wordt gezien. Een epidemiologische studie uit 1987 liet zien dat patiënten die een appendectomy hebben ondergaan, minder vaak colitis ulcerosa (CU) ontwikkelen [1], gevolgd door meer studies die eenzelfde negatieve correlatie aantoonde [2]. Vervolgens is onderzocht of een appendectomy ook het verloop van de ziekte (gunstig) kan beïnvloeden [3]. De eerste resultaten hiervan zijn inmiddels gepubliceerd.

Bij patiënten met therapie-refractaire ziekte die werden verwezen voor het verwijderen van de dikke darm, liet een appendectomy in bijna de helft van de patiënten een gunstig effect zien. Vier jaar na de appendectomy bleek een kwart van de patiënten in remissie te zijn [4]. Het grootste effect werd gezien bij patiënten met een histologisch ontstoken appendix [5]. Momenteel wordt onderzocht of deze ingreep nuttig is ter preventie van opvlammingen en of er predictieve factoren zijn voor een gunstig effect van een appendectomy, om zo een stap richting *patient-tailored treatment* te zetten. In dit artikel wordt een casus beschreven waarbij een appendectomy een gunstig effect heeft gehad op het ziekteverloop.

Casus

De casus betreft een 39-jarige vrouw met

CU sinds 2005 waarvoor eerder behandeling met azathioprine, prednison en Infliximab, alle tevergeefs. In 2018 werd er tijdens de colonoscopie naast proctitis een *peri-appendiceal red patch* (figuur 1) gezien [6]. Bipten uit het aangedane rectum lieten ernstige histologische ontstekingsactiviteit zien, passend bij CU. Op basis hiervan werd de *biological* Vedoluzimab gestart. De daaropvolgende colonoscopie in 2019 liet ondanks goede serumconcentraties Vedoluzimab wederom ontsteking distaal in het colon zien. Ten tijde van deze scopie had patiënte last van een verhoogde ontlastingsfrequentie (8-10 keer per dag) en bloedverlies bij de ontlasting. Vanwege persisterende klinische en endoscopische ziekte ondanks *biological*-gebruik kwam zij eind 2019 in aanmerking voor een laparoscopische appendectomy in studieverband. De operatie verliep ongecompliceerd en patiënte kon dezelfde dag met ontslag uit het ziekenhuis. Het pathologisch verslag van het resectiepreparaat luidde: *Appendix met beeld passend bij een (ulceratieve) appendicitis*.

Binnen twee weken merkte deze patiënte klinische verbetering. Drie maanden postoperatief was de ontlastingsfrequentie gedaald naar 3-4 keer per dag zonder bloedbijmenging. De intensiviteit van de Vedoluzimab kon worden verlaagd. Zes maanden na de operatie was patiënte klinisch in remissie met een voor haar normale ontlastingsfrequentie zonder bloed bij de ont-

lasting. Een sigmoidoscopie liet nog enkele erosies in het rectum zien, waarvoor geen beleid werd ingezet: de verbetering zou zich nog kunnen voortzetten. En zo geschiedde. Een jaar na de appendectomy was deze patiënte nog steeds klinisch in remissie. Een colonoscopie liet een beeld van complete endoscopische remissie zien. Een slijmvliesbiopsie uit het rectum liet geen histologische ziekteactiviteit meer zien. Patiënte vertelde inmiddels 'een ommekeer in haar voorheen slechte fysieke gesteldheid te hebben ervaren' door de appendectomy.

Bespreking

De besproken casus is een voorbeeld uit een cohort patiënten dat in studieverband een appendectomy heeft ondergaan. In dit geval heeft de appendectomy duidelijk een gunstig effect op het ziektebeloop gehad. Er zijn ook patiënten geweest bij wie de appendectomy helaas geen effect had, zodat intensivering van het medicamenteus beleid of een operatieve verwijdering van de dikke darm uiteindelijk noodzakelijk was. Het doel van het demonstreren van deze casus is echter het benadrukken van een potentiële uitbreiding van het therapeutische arsenaal, namelijk de mogelijkheid van een appendectomy voor CU-patiënten.

Maud Reijntjes (foto), Lianne Heuthorst, Willem Bemelman, Christianne Buskens, chirurgie A-UMC, locatie AMC
c.j.buskens@amsterdamumc.nl

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 106) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



Figuur 1.

Voorbeeld van *peri-appendiceal red patch* op endoscopisch onderzoek [7]



Levertransplantatie bij irresectabel perihilaire cholangiocarcinoom

Bij patiënten met een perihilaire cholangiocarcinoom is een resectie van de extrahepatische galweg, meestal in combinatie met een partiële leverresectie, de behandeling van eerste keus met kans op curatie. Wanneer een partiële leverresectie anatomisch of functioneel niet mogelijk is, wordt de tumor als irresectabel beschouwd. In deze casus laten wij u zien dat deze patiënten potentieel in aanmerking komen voor een levertransplantatie.

Casus

Patiënt A, een vrouw van 55 jaar met blanco voorgeschiedenis, werd via de huisarts verwezen naar de interne geneeskunde in verband met sinds enkele weken bestaande zeurende pijn boven in de buik en icterus met jeukklachten. Ook had de patiënte bij navragen een lichtere kleur van ontlasting en donker verkleurde urine. Behoudens drukpijn rechtsboven in de buik werd bij lichamelijk onderzoek geen afwijkende bevindingen gevonden.

Het laboratoriumonderzoek toonde verhoogde waarden van LDH (219 U/l, N<248), ASAT (135 U/l, N<35), ALAT (254 U/l, N<45), AF (482 U/l, N<115), gamma-GT (391 U/l, N<55), bilirubine totaal (71 µmol/l, N<17) en bilirubine direct (60 µmol/l, N<5). Verdere beeldvorming door middel van endo-echografie, CT en MRI lever/MRCP toonde een beeld sterk verdacht voor een perihilaire cholangiocarcinoom, zonder aanwijzingen voor metastasen. Er werd een ERCP met bilaterale stentplaatsing verricht en er werd een brush afgenomen. De pathologie uitslag was: "Brush ductus choledochus: geen maligne cellen."

Patiënte werd naar het UMC Groningen verwezen ter evaluatie van eventuele mogelijkheden voor resectie en werd besproken in het multidisciplinair overleg (MDO). Het proces in de leverhilus breidde zich uit in de ductus hepaticus communis en de centrale intrahepatische galwegen, links meer dan rechts, verdacht voor een perihilaire cholangiocarcinoom (Bismuth-Corlette type 4). De radiaire diameter van de tumor bedroeg 13 mm. Wegens uitgebreide vaatbetrokkenheid van de arteria hepatica dextra en sinistra, de portabifurcatie en de linker en

rechter portatak, werd geconcludeerd dat de tumor niet resectabel was door middel van een partiële leverresectie.

Zoals afgesproken volgens het landelijk protocol [1] werd besloten de patiënte te screenen voor geschiktheid voor een eventuele levertransplantatie. Een PET-scan werd verricht en patiënte onderging de protocollaire screeningsonderzoeken. De beeldvorming en medische gegevens werden conform protocol ter evaluatie aan de andere twee transplantatiecentra (Erasmus MC Rotterdam en Leids UMC) voorgelegd, die beide akkoord waren met de indicatiestelling voor levertransplantatie. De patiënte onderging vervolgens een protocollaire stageringslaparoscopie om peritoneale of lymfekliermetastasen (klieren buiten het ligamentum hepatoduodenale) uit te sluiten. Er werden klieren bij de truncus coeliacus uitgenomen, waarin geen metastasen werden aangetroffen. Na het verkrijgen van goedkeuring van de andere transplantatiecentra werd patiënte aangemeld bij Eurotransplant voor toetreding tot de wachtlijst voor een levertransplantatie. Daarbij kreeg patiënte volgens protocol een *non-standard exception* (NSE)-status met 38 match-MELD-punten. Veertien dagen na plaatsing op de wachtlijst kwam een postmortale donorlever beschikbaar en werd patiënte getransplanteerd. De transplantatie verliep ongecompliceerd. De pathologie-uitslag bevestigde de verdenking: *Levertransplantatie: lokalisatie van een matig gedifferentieerd perihilaire cholangiocarcinoom, ingroeiend in de wekdelen rondom de galwegen, ingroei in de vena portae en ingroei in het leverparenchym hilair. Er is focaal perineurale groei. Geen angio-invasieve groei. Vaatsnijvlakken en galweg snijvlak vrij. Vijf lymfklieren zonder maligniteit.*

Het leverparenchym toont tekenen van obstructieve galweg pathologie, met portale fibrose en vorming van een enkel septum, pT3N0 (AJCC 8^e editie). Tien dagen na de transplantatie werd patiënte na een ongecompliceerd klinisch herstel naar huis ontslagen.

Beschouwing

Perihilaire cholangiocarcinoom

Perihilaire cholangiocarcinoom, ook wel bekend als Klatskin-tumor, is een relatief zeldzame maligniteit met een slechte prognose [2,3]. In 2019 werd de diagnose van een perihilaire cholangiocarcinoom 272 keer in Nederland gesteld [4]. De tumor gaat uit van het galwegepithel in de leverhilus, ter hoogte van de confluentie van de linker en rechter ductus hepaticus. Kenmerkend voor perihilaire cholangiocarcinoom is een pijnloze icterus, veroorzaakt door een proximale obstructie van de extrahepatische galwegen. In westerse landen is primaire scleroserende cholangitis (PSC) de belangrijkste risicofactor [5].

Behandeling

Radicaal resectie van de extrahepatische galwegen, vaak in combinatie met een partiële leverresectie, geeft de enige kans op curatie. Een partiële resectie is echter niet mogelijk bij patiënten met vaatbetrokkenheid, onvoldoende kwaliteit van de beoogde rest-lever door onderliggende leverfibrose of cirrose (bijvoorbeeld ten gevolge van PSC) of in het geval van onvoldoende volume van de rest-lever. Deze groep patiënten zou gebaat kunnen zijn bij een levertransplantatie. Immers, het gaat vaak om relatief jonge mensen en een totale resectie van de lever gevolgd door een levertransplantatie



vergroot de kans op tumorvrije resectievlakken, zonder het risico op decompensatie van een fibrotische/cirrotische rest-lever.

Levertransplantatie voor perihilaire cholangiocarcinoom

Tot een aantal jaren geleden werd levertransplantatie voor perihilaire cholangiocarcinoom als gecontraïndiceerd beschouwd vanwege de lage overlevingsgetallen in het verleden. Deze historische series bevatten echter veel patiënten met gevorderde ziekte (>stadium II) [6], soms zelfs met T4-tumoren en positieve lymfekliermetastasen [7].

In de Mayo Clinic, Rochester (VS) heeft men met een streng selectieschema en een neo-adjuvant protocol bij patiënten die een levertransplantatie ondergingen voor irresectabel perihilaire cholangiocarcinoom (met maximaal een TNM-stadium II (AJCC 7^e editie)) een vijfjaarsoverlevingspercentage van rond de 70% gerapporteerd [8,9]. Het is echter onduidelijk of de gunstige resultaten in de Mayo Clinic zijn toe te schrijven aan de intensieve neo-adjuvante

chemoradiatie of aan het strenge selectiebeleid. Op basis van andere publicaties is gesuggereerd dat met een zeer streng selectieprotocol, zonder het zware Mayo Clinic-protocol met neo-adjuvante chemoradiatie, ook acceptabele resultaten verkregen kunnen worden na levertransplantatie voor perihilaire cholangiocarcinoom [10,11].

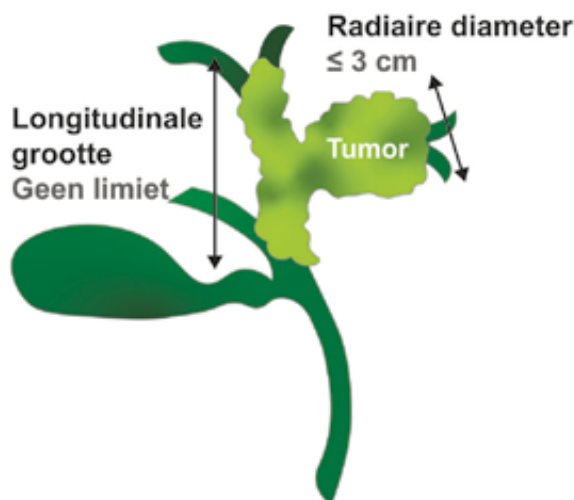
Het Landelijk Overleg Levertransplantatie (LOL) heeft daarom in 2011 besloten om op basis van de huidige literatuur perihilaire cholangiocarcinoom in Nederland te accepteren als indicatie voor levertransplantatie, mits patiënten worden geselecteerd volgens een strikt selectieprotocol [1]. De aanname was hierbij dat met een streng selectieprotocol een driejaarsoverleving van minimaal 60% kan worden verkregen en dat de toegevoegde waarde van het neo-adjuvante chemoradiatieprotocol beperkt is, doordat dit laatste ook gepaard gaat met een aanzienlijke morbiditeit en zelfs uitval vóór transplantatie [12]. Hoewel de overleving na levertransplantatie voor reguliere, niet-maligne indicaties rond de 80% ligt, wordt een

overlevingspercentage van 60% acceptabel geacht om het gebruik van een schaars donororgaan te rechtvaardigen. Wereldwijd zijn levertransplantaties vanwege een oncologische indicatie (zoals perihilaire cholangiocarcinoom, colorectale levermetastasen en intrahepatisch cholangiocarcinoom) in toenemende mate onderwerp van onderzoek en ook implementatie.

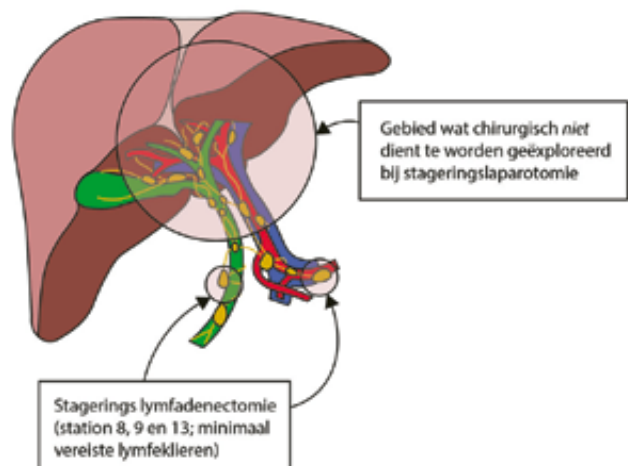
Selectieprotocol

Patiënten met een perihilaire cholangiocarcinoom waarbij een operatie in de vorm van een extrahepatische galwegresectie in combinatie met een partiële leverresectie anatomisch of functioneel niet mogelijk is, komen potentieel in aanmerking voor een levertransplantatie en dienen naar een van de drie transplantatiecentra te worden verwezen. De diagnose perihilaire cholangiocarcinoom dient bij voorkeur cytologisch te zijn bewezen met behulp van brush-cytologie verkregen tijdens ERCP. Wanneer brush-cytologie negatief of inconclusief is, kan er alsnog een sterk vermoeden bestaan op perihilaire cholangiocarcinoom

Figuur 1. Indicatie voor levertransplantatie is gebaseerd op tumorgrootte (indien een zichtbare massa aanwezig is). Er is geen limiet in longitudinale grootte (langs de galweg). De limiet voor de radiaire diameter is 3 centimeter (gemeten loodrecht op de galweg) [14].



Figuur 2. Minimaal vereiste lymfeklier toilet tijdens de stageringslaparotomie/laparoscopie. Schematische weergave ligamentum hepatoduodenale en ligging lymfeklieren richting truncus coeliacus en caudale zijde pancreaskop (uit Landelijk Overleg Levertransplantatie: versie 2.0 -Protocol- Levertransplantatie (OLT); Indicatiestelling en selectie voor levertransplantatie bij patiënten met perihilaire cholangiocarcinoom). Illustratie: Iris de Jong.



wanneer er sprake is van een dominante galwegstenose en ernstige dysplasie, zeker bij patiënten met PSC. Om eventueel in aanmerking te kunnen komen voor een levertransplantatie dienen patiënten daarnaast geen aanwijzingen te hebben voor metastasen of N2-lymfekliermetastasen, geen eerdere percutane tumorbiopsie of percutane galwegdrainage te hebben ondergaan noch eerdere chirurgische exploratie van de galwegen, geen tumor met een radiaire diameter groter dan 3 cm (gemeten loodrecht op de galweg, *figuur 1*) op CT- of MRI-scan te hebben, geen aanwijzingen voor doorgroei van de tumor tot in de distale galweg in de pancreaskop en geen algemene contra-indicaties te hebben voor levertransplantatie, zoals vermeld in het landelijke protocol 'Selectie en indicatiestelling voor levertransplantatie' [13].

Tumorstaging

Ten behoeve van de staging wordt er een aantal onderzoeken verricht. Ten eerste dient er een ERCP met brush-cytologie of intraluminale biopsie, dan wel cholangio-

scopie zo mogelijk met biopsie, te worden verricht. Daarnaast is een endo-echografie gericht op de uitbreiding van de tumor en eventuele lymfekliermetastasen van de N2-stations nodig (*figuur 2*). Wanneer hier verdachte klieren worden gezien, wordt een dunne-naaldbiopsie verricht. Eventuele klieren in de leverhilus (ligamentum hepatoduodenale) dienen ongemoeid te worden gelaten. Een percutaan of chirurgisch biopst is onwenselijk, omdat dat volgens het Mayo-protocol een patiënt ongeschikt maakt voor transplantatie vanwege het risico op 'entmetastasering'. Ook geldt dat er bij voorkeur geen percutane transhepatische cholangiodrainage (PTCD) door de tumor (dus geïnternaliseerde PTCD) tevoren dient te gebeuren in verband met risico op 'entmetastasering'. Overige beeldvorming bestaat uit een 4-fasencontrast-CT-scan, een MRI/MRCP en een PET-scan. De tumormarkers CA19.9 en CEA worden bepaald in het serum en het IgG4 wordt bepaald ten einde een auto-immuunoorzaak minder waarschijnlijk te maken.

Aanmelding levertransplantatie

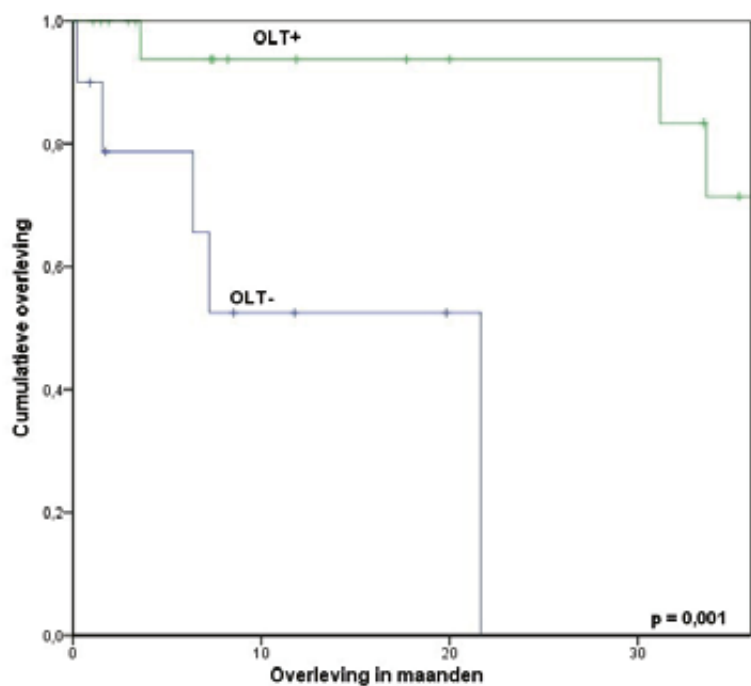
Op basis van de bovenbeschreven onderzoeken wordt in een MDO vastgesteld of er sprake is van een irresectabele tumor en of de tumor beperkt is tot TNM-stadium II-III (AJCC 8^e editie). Vervolgens wordt de casus aan beide andere transplantatiecentra voorgelegd. Indien alle centra akkoord zijn met de indicatie voor levertransplantatie ondergaat de patiënt een stageringslaparotomie/laparoscopie. Tijdens de stageringslaparotomie/laparoscopie vindt nadrukkelijk geen exploratie van de tumorregio (hilus) plaats (*figuur 2*). Indien er geen aanwijzingen zijn voor peritoneaal metastasen, intrahepatische metastasen of N2-lymfekliermetastasen wordt de patiënt aangemeld bij Eurotransplant en op de wachtlijst geplaatst voor een donorlever. Daarbij krijgt de patiënt volgens protocol een *non-standard exception* (NSE)-status met 38 match-MELD-punten, wat als doel heeft dat de patiënt binnen een aantal weken na de stageringslaparotomie/laparoscopie een donorleveraanbod kan verwachten.

Levertransplantatie en follow-up

De levertransplantatie kan worden uitgevoerd met een postmortale donorlever (*full-size of split*) of een deellever van een levende donor. De postoperatieve behandeling gebeurt volgens het gebruikelijke lokale protocol. De oncologische follow-up bestaat in ieder geval uit een jaarlijkse CT-scan van abdomen en thorax en elke zes maanden bepaling van het serum CA19.9 en CEA.

Conclusie

Langs deze weg willen wij collega's in zowel universitaire als niet-universitaire ziekenhuizen erop wijzen dat bij verdenking op een perihilaire cholangiocarcinoom, waarbij een chirurgische resectie in de vorm van een extrahepatische galwegresectie in combinatie met een partiële leverresectie anatomisch of functioneel niet mogelijk wordt geacht, contact dient te worden opgenomen met één van de drie levertransplantatiecentra ter beoordeling voor een potentiële levertransplantatie. Het is daarbij essentieel dat dit in een vroeg stadium gebeurt teneinde



Figuur 3.

Nederlandse data levertransplantatie bij irresectabel perihilaire cholangiocarcinoom. Actuariële driejaarsoverleving van patiënten met irresectabel perihilaire cholangiocarcinoom die een levertransplantatie ondergingen (OLT+) versus patiënten die geen kandidaat waren voor levertransplantatie (OLT-).

percutane biopsieën of onnodige vertraging in diagnostiek te voorkomen.

Sinds de invoer van dit protocol zijn er in totaal 32 patiënten met een perihilaire cholangiocarcinoom verwezen voor mogelijke levertransplantatie. Daarvan voldeden 21 (66%) patiënten aan alle selectiecriteria en werden daadwerkelijk getransplanteerd. Van alle patiënten die een levertransplantatie ondergingen, zijn er 17 (81%) momenteel nog in leven. De actuariële driejaarsoverleving is 67% (figuur 3). Zeventien van de 21 (81%) getransplanteerde patiënten hadden uiteindelijk pathologie-bewezen cholangiocarcinoom; één had atypische cellen en drie hadden geen dysplasie. Dit percentage komt overeen met getallen die eerder door de Mayo Clinic zijn gerapporteerd.

Frederik J.H. Hoogwater¹, Vincent E. de Meijer¹, Hendrien Kuipers¹, Bart van Hoek², Wojciech G. Polak³, Ian P.J. Alwayn⁴, Jan N.M. IJzermans³, Frederike G.I. van Vilsteren⁵, Jeroen Dubbeld⁴, Sarwa Darwish Murad⁶, Robert J. Porte¹

¹ Afdeling Hepato-Pancreato-Biliaire Chirurgie en Levertransplantatie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

² Afdeling Hepatologie, Maag-Darm- en Leverziekte, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

³ Afdeling Hepato-Pancreato-Biliaire Chirurgie en Transplantatiechirurgie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

⁴ Afdeling Transplantatiechirurgie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

⁵ Afdeling Hepatologie, Maag-Darm- en Leverziekte, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

⁶ Afdeling Hepatologie, Maag-Darm- en Leverziekte, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

De referenties en de drie figuren (in groot formaat) vindt u in de pdf van *MAGMA* 2-2021 (p. 107-109) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



Frederik Hoogwater

BIJSLUITERS

Delftse MDL-groep omarmt Het Gouden Uur

Het Reinier de Graaf Gasthuis bevindt zich tussen grote academische 'reuzen', zoals het Erasmus MC en het LUMC. Toch is het Delftse ziekenhuis geen kleintje. Het is bovendien een topklinisch ziekenhuis met aandacht voor wetenschappelijk onderzoek, maar tegelijkertijd vriendelijk en laagdrempelig. En de MDL-vakgroep? Die staat als een huis.

"Ik denk dat dit een beetje uit nood is geboren", zegt MDL-arts Rutger Quispel. "In 2010 vertrokken er drie van de zeven MDL-artsen uit dit ziekenhuis. We moesten toen met veel minder mensen hetzelfde werk doen. Dat heeft ons, denk ik, gestimuleerd om een goedlopende organisatie neer te zetten en daarin creatief te zijn."

Maximale efficiëntie

"Als we bijvoorbeeld werk, onder supervisie, kunnen uitbesteden aan onze gespecialiseerde verpleegkundigen, doen we dat", zegt MDL-arts Danielle Josemanders. De vakgroep heeft een verpleegkundig endoscopist, twee verpleegkundig specialisten IBD, een MDL-verpleegkundige en een PA i.o. voor de kliniek. "Bovendien hebben we twee voor ons onmisbare maatschapscoördinatoren, Marijke en Priscilla,

die ongelooflijk veel regelen. Zij zijn onze verbindende factor."

Een ander voorbeeld. Quispel: "Iedere twee weken neemt de medisch manager samen met de hoofden van de poli en endoscopie het rooster op 25 knelpunten door voor de komende weken. Op die manier proberen wij maximale efficiëntie na te streven zodat er geen scopiekamers leegstaan, de ingeroosterde aantallen endoscopieverpleegkundigen zijn afgestemd op de aantallen scopiërende artsen en dat de tijd die we hebben maximaal wordt benut. We creëren daarmee ruimte om bijvoorbeeld artsen-in-opleiding op te leiden of wetenschappelijk onderzoek te doen."

Collectief overleg

Sinds 2010 is het aantal artsen binnen de MDL-vakgroep in het Delftse ziekenhuis tot negen uitgebreid. Iedere dag start met een collectief overleg. Quispel: "We starten met de overdracht en gaan dieper in op de specifieke MDL-klachten van patiënten die in nacht of avond ervoor zijn opgenomen, poliklinische casuïstiek en geven onderwijs of supervisie aan arts-assistenten. We noemen dat Het Gouden Uur."

Quispel vervolgt: "We hebben in het verle-

den gemerkt dat als je dat later op de dag implant het er al snel bij inschiet of dat dan niet iedereen aanwezig kan zijn. Bovendien hoeven we niet meer te rennen en te vliegen om tussen de bedrijven door collega's te spreken of supervisie te geven. Dat is organisatorisch een enorme stap vooruit geweest." Josemanders: "Er is ook tijd voor *smalltalk*, even aan elkaar vragen hoe het gaat. Ook dat is heel fijn."

Kwaliteit van zorg

"We zoeken ook steeds naar nieuwe mogelijkheden om de zorg toegankelijk, patiëntvriendelijk en beter te maken", zegt Josemanders. "We zijn daarin best wel vooruitstrevend, vind ik. Zo zijn we bijvoorbeeld een paar jaar geleden als één van de eerste ziekenhuizen begonnen met de digitale pre-scopie. Binnenkort starten we met pH- en manometrie, dat in de hele regio nog niet beschikbaar was, met de IBD-coach en we doen onderzoek." Quispel: "Samen met mijn collega Bart Veldt en een steeds groter wordende groep collega's uit de regio brengen we de kwaliteit van endo-echografie in kaart zoals die wordt geleverd in Nederlandse ziekenhuizen en doen onderzoek hoe dat beter kan. Zo zijn we op heel veel vlakken bezig met de kwaliteit van de zorg."



MDL-team Reinier de Graaf Gasthuis (v.l.n.r.):

Bovenste rij: Sanne van der Wiel¹, Mylena Thio²,

Daniëlle Josemanders³, Michelle Spaan³, Rosalie Oey³,
Marja Dekker⁴, Ingrid Lijmbach⁵.

Onderste rij: Laura de Baaij¹, Sanna Mulder¹,

Sita Jansen¹, Marijke Goudzwaard⁶, Floor Vergouwe³,
Hans Brouwer¹, Bart Veldt¹, Margo van Campenhout³,
Machteld van Rookhuijzen⁴, Priscilla van der Kraaij⁵,
Rutger Quispel¹, Jaap Kloek¹, Diana Wiebes⁷.

¹MDL-arts; ²physician assistant i.o.; ³aios MDL;

⁴IBD-verpleegkundig specialist; ⁵verpleegkundig
endoscopist; ⁶vakgroepcoördinator;

⁷IBD-verpleegkundige.

ADVERTENTIE-bijsluiters

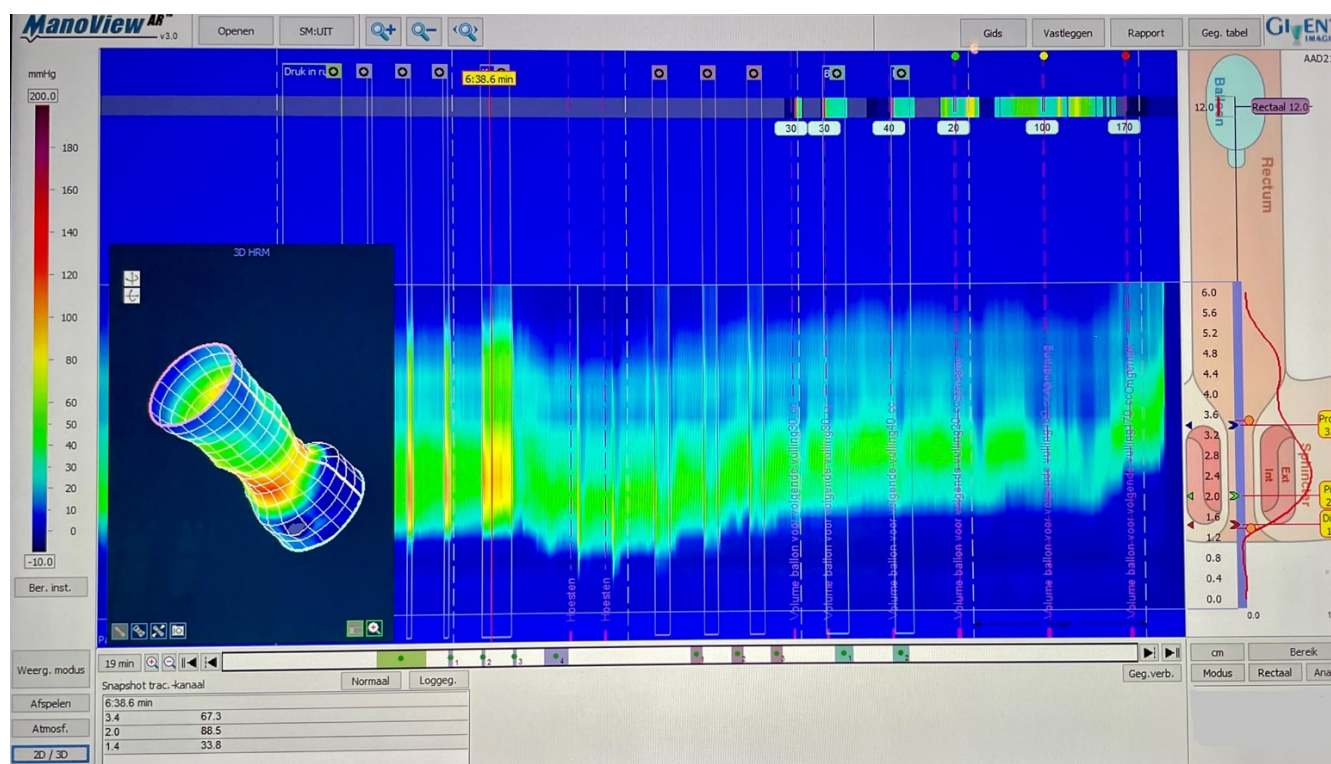
ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

Referenties MAGMA 2-2021

DARM Specialisatie MDL-zorg: de Proctos Kliniek – p. 62–63

Figuur 1. 3D-manometrie van de anus tijdens contractie.



Het team chirurgen van de Proctos Kliniek (v.l.n.r.): Charlotte Molenaar, Marthel Bos, Çiğdem Baharvand Öztürk, Joanna Luttkikholt, Ingrid Han-Geurts, Ruben Veldkamp en Grietje vander Mijnsbrugge.

ONCOLOGIE Hepatitis als bijwerking checkpointremmers bij immunotherapie – p. 64

1. De Martin E et al., Characterization of liver injury induced by cancer immunotherapy using immune checkpoint inhibitors. *J Hepatol* 2018;68:1181-1190.
2. Haanen J. et al., Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2018; 29 (Suppl 4):iv264-iv266. [doi: 10.1093/annonc/mdy162](https://doi.org/10.1093/annonc/mdy162)

ONCOLOGIE Entero-colitis als bijwerking checkpointremmers bij immunotherapie – p. 65

Figuur 1. ‘Common Terminology Criteria for Adverse Events’ (CTCAE) versie 5 voor symptomen van diarree en colitis.

CTCAE diarree (v5)

Graad 0	Normale ontlastingsfrequentie
Graad 1	Verhoogde ontlastingsfrequentie in vergelijking met normaal, <4x keer per dag
Graad 2	4-6x per dag ontlasting, beperkingen in iADL
Graad 3	>7x per dag ontlasting, opname noodzakelijk, beperkingen in ADL
Graad 4	Levensbedreigend, directe interventie nodig

CTCAE colitis (v5)

Graad 0	-
Graad 1	Asymptotisch
Graad 2	Buikpijn, bloed of slijm bij de ontlasting
Graad 3	Ernstige buikpijn, tekenen van peritoneale prikkeling
Graad 4	Levensbedreigend, directe interventie nodig

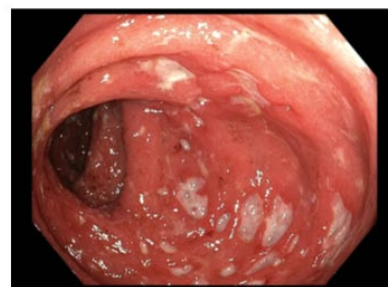
Figuur 2. Endoscopische afwijkingen bij ICI colitis. A. Normale endoscopie maar microscopische afwijkingen, passend bij een microscopische ICI colitis. B. Diffuse ontsteking, passend bij ICI colitis. C. Ulcererende ontsteking, passend bij ICI colitis.



A.



B.



C.

Referenties

1. Wolchok, J.D., et al., Nivolumab plus Ipilimumab in Advanced Melanoma. *New England Journal of Medicine* 2013. 369(2): p. 122-133.
2. Cheung, V.T.F., et al., Immune checkpoint inhibitor-related colitis assessment and prognosis: can IBD scoring point the way? *British Journal of Cancer* 2020. 123(2): p. 207-215.
3. Geukes Foppen, M.H. et al., Immune checkpoint inhibition-related colitis: symptoms, endoscopic features, histology and response to management. *ESMO Open* 2018. 3(1): p. e000278.
4. Abu-Sbeih, H., et al., Importance of endoscopic and histological evaluation in the management of immune checkpoint inhibitor-induced colitis. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*, 2018. 6(1): p. 95.
5. Choi, K., et al., Can Immune Checkpoint Inhibitors Induce Microscopic Colitis or a Brand New Entity? *Inflammatory Bowel Diseases* 2018. 25(2): p. 385-393.
6. Hughes, M.S., et al., Budesonide treatment for microscopic colitis from immune checkpoint inhibitors. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer* 2019. 7(1): p. 292.
7. Zou, F., et al., Fecal calprotectin concentration to assess endoscopic and histologic remission in patients with cancer with immune-mediated diarrhea and colitis. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer* 2021. 9(1): p. e002058.
8. Haanen, J.B.A.G., et al., Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of Oncology* 2017. 28: p. iv119-iv142.
9. Ibraheim, H., et al., Systematic review with meta-analysis: effectiveness of anti-inflammatory therapy in immune checkpoint inhibitor-induced enterocolitis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2020. 52(9): p. 1432-1452.
10. Abu-Sbeih, H., et al., Early introduction of selective immunosuppressive therapy associated with favorable clinical outcomes in patients with immune checkpoint inhibitor-induced colitis. *J Immunother Cancer* 2019. 7(1): p. 93.
11. Bergqvist, V., et al., Vedolizumab treatment for immune checkpoint inhibitor-induced enterocolitis. *Cancer Immunol Immunother* 2017. 66(5): p. 581-592.
12. Beardslee, T., A. Draper, and R. Kudchadkar, Tacrolimus for the treatment of immune-related adverse effects refractory to systemic steroids and anti-tumor necrosis factor α therapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice* 2019. 25(5): p. 1275-1281.
13. Mir, R., H.M. Shaw, and P.D. Nathan, Mycophenolate mofetil alongside high-dose corticosteroids: optimizing the management of combination immune checkpoint inhibitor-induced colitis. *Melanoma Research* 2019. 29(1): p. 102-106.
14. Bishu, S., et al., Efficacy and Outcome of Tofacitinib in Immune checkpoint Inhibitor Colitis. *Gastroenterology* 2021. 160(3): p. 932-934.e3.
15. Esfahani, K., M. Hudson, and G. Batist, Tofacitinib for Refractory Immune-Related Colitis from PD-1 Therapy. *N Engl J Med* 2020. 382(24): p. 2374-2375.
16. Thomas, A.S., W. Ma, and Y. Wang, Ustekinumab for Refractory Colitis Associated with Immune Checkpoint Inhibitors. *New England Journal of Medicine* 2021. 384(6): p. 581-583.
17. Stroud, C.R.G., et al., Tocilizumab for the management of immune mediated adverse events secondary to PD-1 blockade. *Journal of Oncology Pharmacy Practice* 2017. 25(3): p. 551-557.
18. Abu-Sbeih, H., et al., Resumption of Immune Checkpoint Inhibitor Therapy After Immune-Mediated Colitis. *Journal of Clinical Oncology* 2019. 37(30): p. 2738-2745.

THEMA NOVUM 2.0 – p. 69

1. Kaderbesluit CGS 2019. Algemene eisen voor de opleiding, registratie en herregistratie voor de geneeskundig specialist en voor de erkenning van opleiders, opleidingsinstellingen en opleidingsinstituten. College Geneeskundige Specialismen, *Staatscourant*, nr. 60365, 7 november 2019.
2. Twijfel over praktische uitvoerbaarheid huidige EPA's vraagt om aanpassing. De Junior. *MAGMA 2-2019*, p. 83.
3. Aanvullende opleidings-, erkenningseisen voor het medisch specialisme Maag- Darm- Leverziekten. College Geneeskundige Specialismen, september 2018. *Staatscourant*, nr. 9126, 20 februari 2019.

THEMA Welk zorglandschap willen we in Nederland? – p. 74–79

1. IQ healthcare. *Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch-specialistische zorg. Evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven*, Juni 2020.
<https://www.iqhealthcare.nl/nl/nieuws/2020/06/nieuwe-manier-van-werken-ziekenhuizen-leidt-tot-doelmatiger-zorg-zonder-kwaliteitsverlies/>
2. 'Loondienst met participatie randvoorwaarde voor goede en zinnige zorg' (interview met Wink de Boer). *MAGMA 2-2019*, p. 79–81.
3. CPB/IQhealthcare/NZa. *Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven*, CPB Policy Brief. Juni 2020.
4. IQ healthcare, *Wegen van Populatiebesteding. Verkenning van literatuur en opvattingen*. Februari 2020.
5. <https://www.cpb.nl/evaluatie-programmas-beatrixziekenhuis-en-bernhoven>
CPB/NZa. *Casestudy Beatrixziekenhuis en Bernhoven*, Achtergronddocument CPB/NZa. Juni 2020.

THEMA Monitoren op afstand: thuis meten van Fcal met mijnIBDcoach – p. 81

1. Colombel, J.C. et al. Clinical disease activity in the CALM study – Authors' reply. *Lancet* 2018; April 14. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)30775-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30775-X)
2. de Jong, M.J. et al. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 390;10098;959-968. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)31327-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31327-2)
3. Heida, Anke et al., Agreement Between Home-Based Measurement of Stool Calprotectin and ELISA Results for Monitoring Inflammatory Bowel Disease Activity. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017; 15;11;1742–1749. doi: [10.1016/j.cgh.2017.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.007)
4. de Jong, MJ et al. Development and Validation of a Patient-reported Score to Screen for Mucosal Inflammation in Inflammatory Bowel Disease. *JCC* 2019.; 13;5;555–563. doi: [10.1093/ecco-jcc/jjy196](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy196)

THEMA Anderhalvelijnsoli's – p. 82–83

1. VWS. *Kamerbrief Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'*. Kenmerk:110702-102148-CZ. Den Haag: Ministerie van VWS; 2013.
2. van den Bogaart E, Quanjel T, Kroese M, Spreeuwenberg M, Hamelers N, Westra D, et al. *Monitoring en evaluatie van substitutie van zorg in drie Limburgse proeftuinen*. Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers Maastricht; 2019.
3. Keuzehulp Prikkelbare Darm Syndroom.
<https://www.keuzehulp.info/pp/prikkelbaredarmsyndroom/intro>.
4. Otten M. REDUCE PDS update: Goed geïnformeerde PDS-patiënt kiest eigen behandeling en is zeer tevreden. *Prikkels Special* 2018;18.
5. Westra D, Kroese M, Ruwaard D. Substitutie van zorg. Wat weten we, wat moeten we weten en wat moeten we doen? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2017; 161(D1354):1-3.
6. Kroese M, van den Bogaart E, Ruwaard D. *Verkenning mogelijkheden doorontwikkeling Anderhalvelijnszorg Maastricht-Heuvelland*. Maastricht University; 2020.

THEMA Best practices: The Box. Videoconsulten en telemonitoring met smartphone-compatibele apparaten gedurende poliklinische follow-up hartpatiënten – p. 87

1. Treskes RW, van Winden LA, van Keulen N, et al. Using Smart Technology to Improve Outcomes in Myocardial Infarction Patients: Rationale and Design of a Protocol for a Randomized Controlled Trial, The Box.
JMIR research protocols 2017; 6(9):e186. doi: [10.2196/resprot.8038](https://doi.org/10.2196/resprot.8038).
2. Biersteker TE, Boogers MJ, de Lind van Wijngaarden RA, et al. Use of Smart Technology for the Early Diagnosis of Complications After Cardiac Surgery: The Box 2.0 Study Protocol.
JMIR research protocols 2020;9(4):e16326. doi: [10.2196/16326](https://doi.org/10.2196/16326).
3. Treskes RW, van Winden LAM, van Keulen N, et al. Effect of Smartphone-Enabled Health Monitoring Devices vs Regular Follow-up on Blood Pressure Control Among Patients After Myocardial Infarction: A Randomized Clinical Trial.
JAMA network open 2020;3(4):e202165. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.2165](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.2165).
4. Koehler F, Koehler K, Deckwart O, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial.
Lancet 2018;392(10152):1047-1057. doi: [10.1016/s0140-6736\(18\)31880-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31880-4).

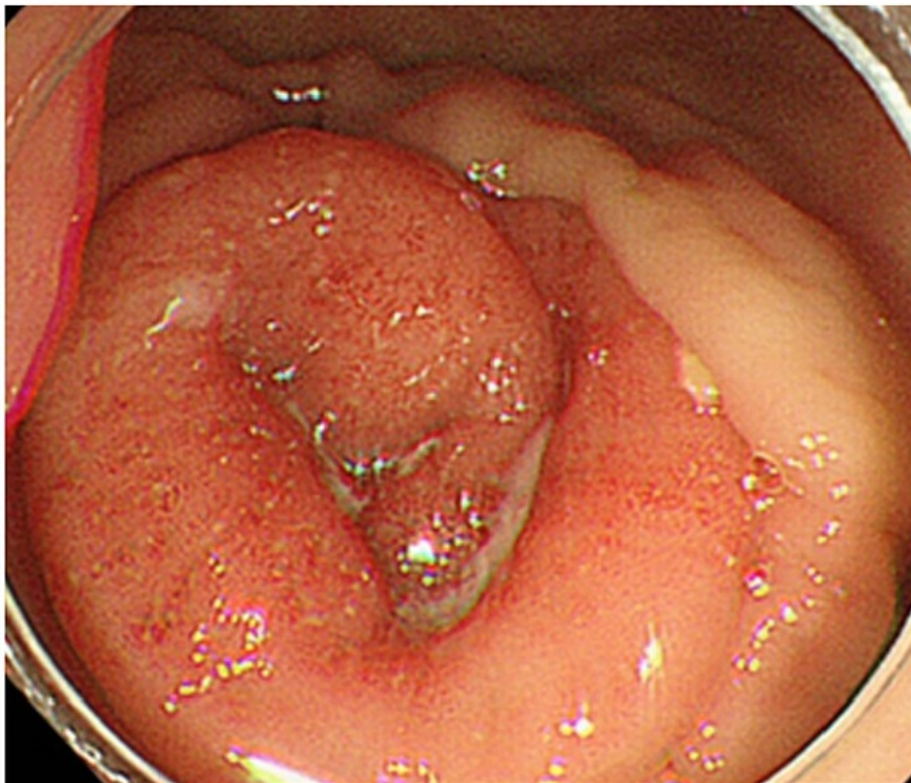
DE JUNIOR Hoe ver gaan we in het recht op informatie? – p. 89

1. Wet aanvullende bepaling verwerking persoonsgegevens in de zorg (2020, 1 juli). Geraadpleegd van: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0023864/2020-07-01>
2. Van Wijngaarden, 2 feb 2018. Meer maatwerk bij inzage onderzoeksuitslagen in patiëntenportaal. URL: <https://www.zorgvisie.nl/meer-maatwerk-bij-inzage-onderzoeksuitslagen-patientenportaal/>
3. Verstraete E, et al. Is patiënt gebaat bij directe inzage in zijn dossier?
Ned Tijdschr Geneesk 2016; 160:D325.
4. Delbanco T, et al. Inviting patients to read their doctors' notes: a quasi-experimental study and a look ahead. *Ann Intern Med* 2012; Oct 2;157(7):461-70.

CASUÏSTIEK Appendectomie als effectieve therapie voor colitis ulcerosa – p. 92

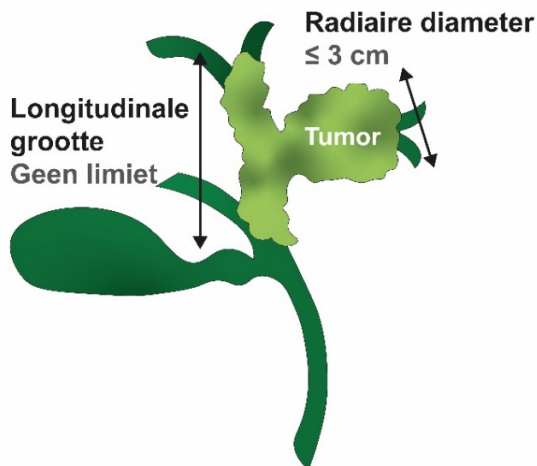
1. Gilat T, Hachon D, Lilos P, Langman MJ. Childhood factors in ulcerative colitis and Crohn's disease. An international cooperative study.
Scand Journal of Gastroenterology 1987; 22(8):1009-24.
2. Sahami S, Kooij I, Meijer S, Van den Brink G, Buskens C, te Velde A, The Link between the Appendix and Ulcerative Colitis: Clinical Relevance and Potential Immunological Mechanisms.
American Journal of Gastroenterology 2016; 111:163–169
3. Bolin TD, Wong S, Crouch R, Engelman JL, Riordan SM. Appendectomy as a therapy for ulcerative proctitis.
American Journal of Gastroenterology 2009;104:2476–82.
4. Stellingwerf M, Sahami S, Winter D, Martin S, D'Haens G, Cullen G et al. Prospective cohort study of appendectomy for treatment of therapy-refractory ulcerative colitis. *British Journal of Surgery* 2019; 106: 1697–1704.
5. Sahami S, Wildenberg ME, Koens L, Doherty G, Martin S, D'Haens G, et al. Appendectomy for Therapy-Refractory Ulcerative Colitis Results in Pathological Improvement of Colonic Inflammation: Short-Term Results of the PASSION Study.
J Crohns Colitis. 2019;13(2):165-71.
6. Park S, Loftus E, Yang S, Appendiceal Skip Inflammation and Ulcerative Colitis, *Digestive diseases and sciences* 2014; 59: 2050-2057.
7. Anzai H, Hata K, Ishii H et al. Appendiceal orifice inflammation is associated with proximal extension of disease in patients with ulcerative colitis.
Colorectal Disease 2016; 18(8): O278-O282

Figuur 1. Voorbeeld van peri-appendiceal red patch op endoscopisch onderzoek [7]

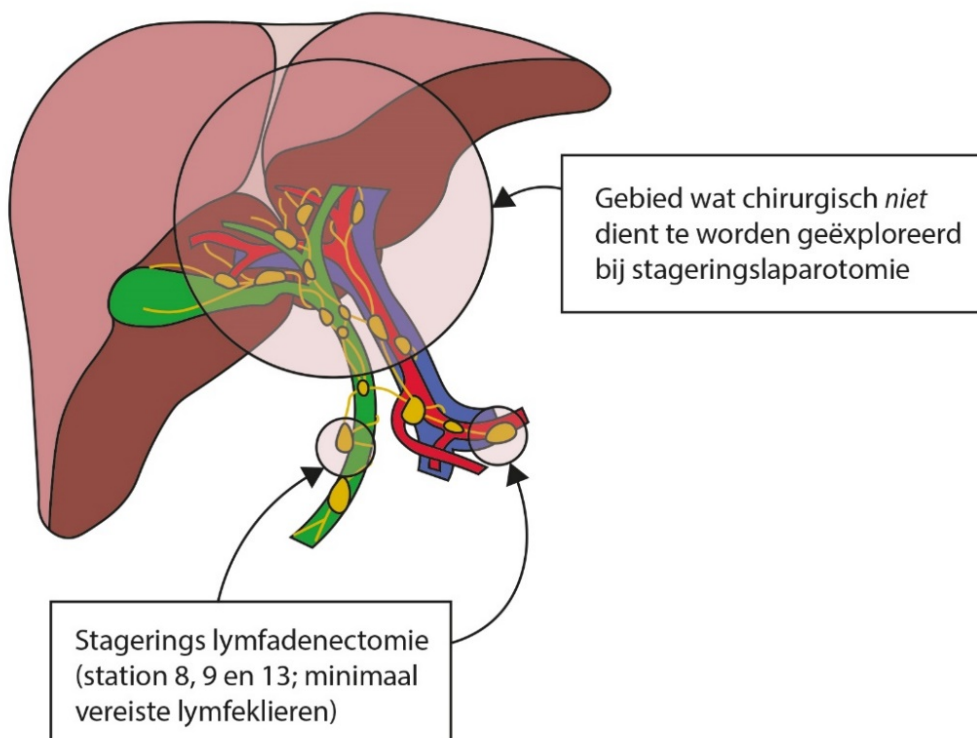


CASUÏSTIEK Levertransplantatie bij irresectabel perihilair cholangiocarcinoom – p. 93–96

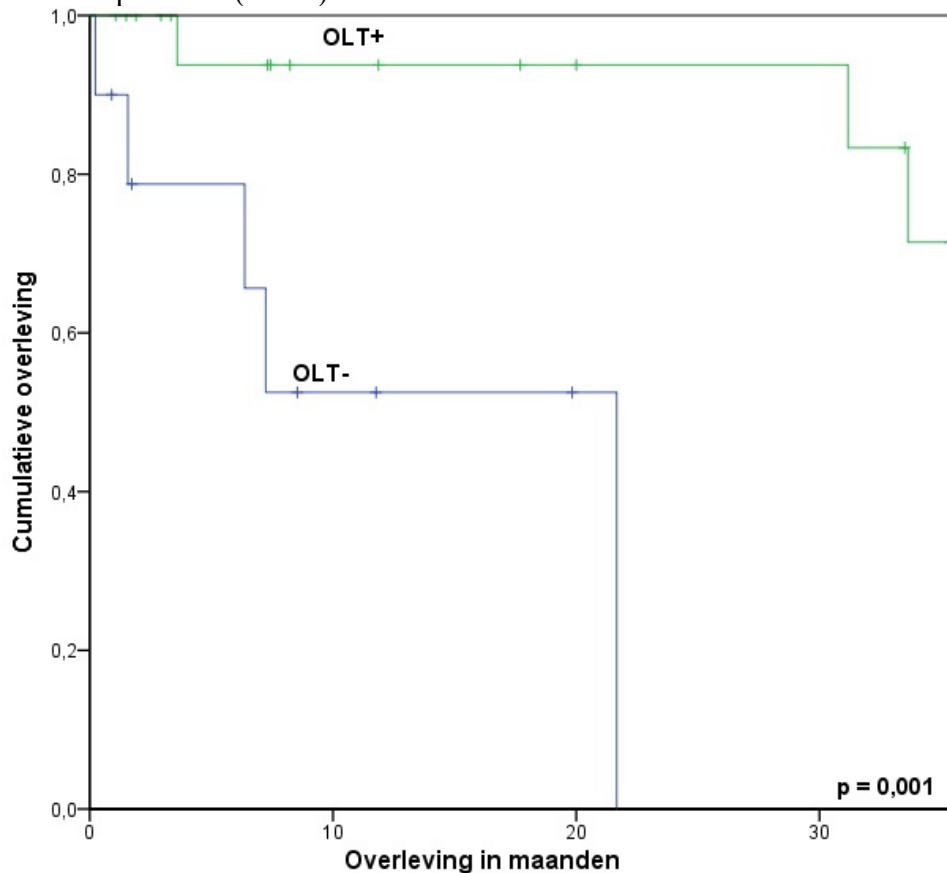
Figuur 1. Indicatie voor levertransplantatie is gebaseerd op tumorgrootte (indien een zichtbare massa aanwezig is). Er is geen limiet in longitudinale grootte (langs de galweg). De limiet voor de radiaire diameter is 3 centimeter (gemeten loodrecht op de galweg) [14].



Figuur 2. Minimaal vereiste lymfekliertoilet tijdens de stageringslaparotomie/laparoscopie. Schematische weergave ligamentum hepatoduodenale en ligging lymfeklieren richting truncus coeliacus en caudale zijde pancreaskop (uit Landelijk Overleg Levertransplantatie: versie 2.0 - Protocol- Levertransplantatie (OLT); Indicatiestelling en selectie voor levertransplantatie bij patiënten met perihilair cholangiocarcinoom). *Illustratie door Iris de Jong.*



Figuur 3. Nederlandse data levertransplantatie bij irresectabel perihilaire cholangiocarcinoom. Actuariële driejaarsoverleving van patiënten met irresectabel perihilaire cholangiocarcinoom die een levertransplantatie ondergingen (OLT+) versus patiënten die geen kandidaat waren voor levertransplantatie (OLT-).



CASUÏSTIEK Referenties

1. Protocol indicatiestelling en selectie voor levertransplantatie bij patiënten met perihilaire cholangiocarcinoom.
www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Levertransplantatiecentrum%20UMCG/professionals/Paginas/ProtocolIndactieSelectie.aspx
2. Banales JM, Cardinale V, Carpino G, Marzioni M, Andersen JB, et al. Expert consensus document: Cholangiocarcinoma: current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2016; May;13(5):261-80
3. Mantel HTJ, Verdonk RC, Van Dullemen HM, Gietema JA, Slooff MJH, Porte RJ. Diagnostiek en behandeling van het cholangiocarcinoom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 3;152(18):1037-41.
4. NKR Cijfers IKNL. www.iknl.nl/nkr-cijfers
5. Blechacz B, Cholangiocarcinoma: current knowledge and new developments. *Gut Liver* 2017; Jan 15;11(1):13-26
6. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC Cancer Staging Handbook (7th ed). Perihilar Bile Ducts*. Chicago: Springer; 2010. (718)

7. Meyer CG, Penn I, James L. Liver transplantation for cholangiocarcinoma: results in 207 patients. *Transplantation* 2000; 69:1633-7.
8. Rosen CB, Heimbach JK, Gores GJ. Liver transplantation for cholangiocarcinoma. *Transpl Int* 2010;23:692-7
9. Darwish Murad S, Kim WR, Harnois DM, Douglas DD, Burton J, et al. Efficacy of neoadjuvant chemoradiation, followed by liver transplantation, for perihilar cholangiocarcinoma at 12 US centers. *Gastroenterology* 2012; Jul;143(1):88-98.
10. Friman S, Foss A, Isoniemi H, Olausson M, Höckerstedt K, Yamamoto S, et al. Liver transplantation for cholangiocarcinoma: Selection is essential for acceptable results. *Scand J Gastroenterol* 2011;46:370-5.
11. Robles R, Figueras J, Turrión VS, Margarit C, Moya A, Varo E, et al. Spanish experience in liver transplantation for hilar and peripheral cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 2004; 239:265-71.
12. Mantel HT, Rosen CB, Heimbach JK, Nyberg SL, Ishitani MB, et al. Vascular complications after orthotopic liver transplantation after neoadjuvant therapy for hilar cholangiocarcinoma. *Liver Transpl* 2007; Oct;13(10):1372-81
13. Nederlandse richtlijn: Protocol indicatie en selectie voor levertransplantatie bij volwassenen en kinderen in Nederland.
www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Levertransplantatiecentrum%20UMCG/professionals/Paginas/ProtocolIndactieSelectie.aspx
14. Zamora-Valdes, D, Heimbach, JK. *Gastroenterology Clinics of North America* 2018; 47 (2): 267-280.