

STAND VAN ZAKEN 90 / INTERVIEW: EUROPESE RICHTLIJNEN 92
KENNISAGENDA 95-97 / PATIËNTENVOORLICHTING 98-101
AFSCHEID 102 / COLUMN 103 / ARBEIDSVOORWAARDEN 105
THEMA: ACUTE MDL-ZORG 106-119 / KENNISSPEL 120 / EUROPEES
EXAMEN 121 / MDL-TRANSFERS 121 / AIOS 123 / CASUÏSTIEK 125
PROEFSCHRIFTEN 126-127 / DE AFDELING 129



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 24 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2018



ACUTE MDL-ZORG

DICHTBIJ ALS HET KAN, VERDER WEG ALS HET MOET

De automatische MDL-arts komt eraan

Terwijl ik deze column schrijf, zijn veel collega's met vakantie, gaan nog met vakantie of zijn wellicht al teruggekeerd. Voor degenen die de auto kiezen: neemt er nog iemand een kaart mee? Waarschijnlijk niet: een druk op een knop, een stem die om een commando vraagt en vervolgens zeggen we: 'navigeer naar Narbonne, of Orbetello'. 'Na 50 meter ga naar rechts', we kijken er niet meer van op. Door steeds krachtigere computers neemt de invloed van kunstmatige intelligentie op ons leven toe.

Ook op het werk zien we de eerste stappen van kunstmatige intelligentie. In ons nieuwe ziekenhuis in Rotterdam melden patiënten zich niet meer bij een balie medewerker maar bij een aanmeldzuil, die vervolgens een dagkaart uitprint waarop alle afspraken en afdelingen staan vermeld. Automatisch rollen de buizen op de prikkamer uit een machine; de radiologisch laborant weet exact welke foto moet worden gemaakt, die vervolgens door de radioloog wordt beoordeeld. Nog wel. Inmiddels zijn er softwareprogramma's ontwikkeld die welhaast beter zijn in de beoordeling van bijvoorbeeld mammografie dan een radioloog. De radioloog wordt nog niet helemaal aan de kant gezet: een mammografie wordt meestal door twee radiologen beoordeeld om de betrouwbaarheid van de uitslag te vergroten. De tweede beoordeling kan nu echter 'automatisch'. Ook bij de dermatologie sluipt de kunstmatige intelligentie binnen: bij foto's van huidlaesies verslaat de computer ervaren dermatologen, net zoals Deep Blue ruim twintig jaar geleden Garri Kasparov versloeg.

Kunstmatige intelligentie zal aan ons als MDL-artsen niet voorbijgaan. In een recent nummer van *Gastroenterology* wordt een autonoom gecontroleerde magnetische flexibele endoscoop beschreven voor onderzoek van het colon. Enorm indrukwekkend! Automatische opvoering, inspectie in retroflexie tot zelfs het nemen van biopsies. Omdat de bewegingen bij colonoscopie niet specifiek zijn, is de techniek waarschijnlijk ook toepasbaar bij OGD-scopie. De autonome scoop mist voorlopig nog wel wat laesies, namelijk zo'n 22%. Maar dit is pas het begin. Verder maakt het een robot natuurlijk niet uit waarvoor ie

zijn arm heen en weer moet bewegen. In Duitsland zijn de eerste tests begonnen waarbij een computer met een Kuka-arm wordt geleerd om een abdominale echografie uit te voeren. Voorlopig beperkt de computer zich tot de bewegingen en het aanduwen van de *probe* op de buik; het begin is er.

Als jongen keek ik altijd graag naar *Star Trek* waarbij ik bijzonder onder de indruk was van Dr. Scott en met name van zijn apparaatje dat hij op de patiënt richtte. Daarmee kreeg hij zoveel informatie dat hij bijna de diagnose kon stellen.

Misschien is de toekomst wel dichterbij dan we denken. Maar wat gaat er dan met ons gebeuren: gaan we eerder met pensioen, zijn we minder nodig of worden we straks vervangen door de studenten die nu Klinische Technologie doen?

Voor het zover is, ga ik nu met vakantie. Mooie nazomer gewenst en wees zuinig met water!

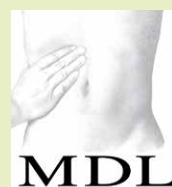
Rob de Knecht

Referenties

1. Laan, Servaas van der. Is de computer straks de baas. *Elsevier Weekblad* 2018, 28 juli.
2. From A&E to AI. *The Economist* 2018, 9 juni.
3. Slawinski PR et al., Autonomously controlled magnetic flexible endoscope for colon exploration. *Gastroenterology* 2018;154:1577-1579.

MAGMA is het tijdschrift van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL). De inhoud ervan wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 8 à 10 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o. Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in **MAGMA** niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven. Wil je reageren op een artikel? Is er een onderwerp dat je graag wilt voorleggen aan de lezers van **MAGMA**? Wend je dan tot de redactie via r.deknecht@erasmusmc.nl.

COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR OPLAGE 2750 EXEMPLAREN REDACTIE GEERT BULTE MARINA GRUBBEN WIM HAMEETEMAN MARLOES VAN IERLAND-VAN LEEUWEN ROB DE KNEGT JAN JACOB KOORNSTRA SUSANNE KORSSE ERIC TJWA GOVERT VELDHIJZEN EINDREDACTIE VAN LUYKEN COMMUNICATIE ADVISEURS REDACTIEADRES DR. R.J. DE KNEGT, HOOFDREDACTEUR MAGMA ERASMUS MC POSTBUS 2040 3000 CA ROTTERDAM E-MAIL: [R.DEKNEGT@ERASMUSMC.NL](mailto:r.deknecht@erasmusmc.nl) ABONNEMENTEN ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN: SECRETARIAAT NVMDL POSTBUS 657 2003 RR HAARLEM E-MAIL: 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 EN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN COVER I-STOCK.



Lang leve de dokter

In deze *MAGMA* bespreekt Rob de Knegt de achtergronden van het hoge aantal burn-outs en burn-outklachten onder medisch specialisten. De Federatie Medisch Specialisten besteedt in het visiedocument *Medisch Specialist 2025* voor het eerst ook nadrukkelijk aandacht aan het welzijn van ons, dokters. Letterlijk staat daarin: “Mentale en fysieke vitaliteit van de medisch specialist geldt als startpunt en basis voor de relatie met de patiënt. Er zal meer aandacht zijn voor persoonlijke ontwikkeling van medisch specialisten. Bovendien ligt de nadruk meer op plezier in je werk en geneesplezier.”

Ga ervan uit dat een medisch specialist die in 2018 haar/zijn opleiding afrondt, minstens dertig jaar praktijk zal gaan doen. Hoe houdt je dat vol? En blijf je het ook leuk vinden? Wie zorgt er voor ons, dokters? Zijn we ons wel voldoende bewust van onze kwetsbaarheid? Tot 1950 was de levensverwachting van de dokter zelfs korter dan van de gemiddelde Nederlander. Nu doen we het iets beter, maar is dat onze eigen verdienste?

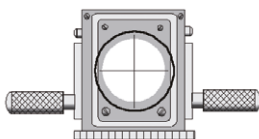
In het visiedocument staat optimistisch: “De moderne medisch specialist heeft zelfkennis en zorgt goed voor zichzelf teneinde optimaal te kunnen functioneren als zorgverlener.” Dat goed voor jezelf zorgen lijkt vooralsnog echter een illusie: dokters leven niet gezonder, doen niet meer aan preventie dan de gemiddelde Nederlander. We hebben een hoog arbeidsethos en minder werkverzuim. Maar juist dat kan leiden tot burn-outklachten als we niet oppassen...

Goed zorgen voor onszelf en voor elkaar begint al tijdens de opleiding. Zo is het onderwerp ‘werkbelasting en belastbaarheid’ een vast agendapunt in onze opleidingsbespreking in Maastricht. Durf het met je collega’s te bespreken als je knelpunten ervaart, faciliteer werken in deeltijd, laat taken rouleren.

En wat gaan we als NVMDL bijdragen? Minder registreren, meer excelleren en zorgen voor goede praktijkondersteuning. Oogsten over dertig jaar betekent immers: nu investeren.

Denk eraan, goede zorg begint bij jezelf!

Was getekend,
Ad Masclee
-voorzitter-



Acute MDL-zorg

Wat doet u als u onverhoeds een acuut medisch probleem hebt? Of als u daarbij als zorgverlener bent betrokken? Sinds begin dit jaar beoogt het Kwaliteitskader Spoedzorgketen richting te geven ten behoeve van diegenen voor wie deze vragen relevant zijn. Maar liefst elf betrokken organisaties en Zorginstituut Nederland brengen in kaart hoe wij gezamenlijk de acute zorg voor de patiënt (willen) regelen. Beschikbaarheid en concentratie van zorg zijn – naast betaalbaarheid en kwaliteit – zomaar wat hoofdpijndossiers die in het kaderdocument worden behandeld.

In deze thema-editie van *MAGMA* schijnen we een licht op de acute zorg voor MDL-patiënten. Stel uzelf de vraag: kunt u voor elk acuut MDL-probleem zorg dragen? Heeft u de benodigde ervaring? Hebben uw betrokken collega’s die ervaring? Hoopt u stiekem dat de ambulance doorrijdt naar een ander centrum bij die specifieke acute aandoening?

In deze editie kunt u lezen hoe uw collega’s in de regio de zorg centraal regelen, maar ook hoe men in een groot Randstedelijk centrum de acute zorg regionaal probeert vorm te geven. En is dit een Nederlands verschijnsel of worstelen de Vlamingen, notoir gewestelijk georiënteerd, met dezelfde vragen?

De kwestie aangaande het handhaven van alle bestaande Spoedeisende Hulp-faciliteiten kreeg al de nodige media-aandacht, al dan niet geplaatst in een financieel kader. Een interview met Zorgverzekeraars Nederland over acute MDL-zorg gaat over de vraag hoe we wel/niet betaalbaar houden dat wat beschikbaar moet of kan zijn.

Is de patiënt met acute pancreatitis, leverfalen, diverticulitis maar ook bloeding en infectie overal op de juiste plek en bij de juiste persoon? Deze vragen komen aan de orde in een rondetafelgesprek met een chirurg en twee MDL-artsen, met als inzet een nieuw aandachtsgebied, namelijk acute MDL-zorg.

Hebt u acute buikpijn van het onderwerp gekregen of is juist uw acute interesse gewekt? We hopen dat u in ieder geval de discussie (verder) verdiept met uw partners in de acute MDL-zorgketen!

Namens de redactie,
Eric Tjwa

U kunt *MAGMA* 3-2018 met BIJLAGEN te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

NEDERLANDSE VOORZITTER IJVERT VOOR PROFESSIONALISERING ESGE-COMMISSIE

‘Richtlijn ontslaat arts niet van plicht te blijven denken’

In de richtlijnencommissie van de European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) is een behoorlijk stevig windje uit Nederland gaan waaien sinds Jeanin van Hooft twee jaar geleden als voorzitter aan tafel schoof. “Als het niet gaat zoals we met z’n allen in de commissie hebben afgesproken, maak ik altijd het grapje: ik ben Nederlander, ik ben bot. Dit gaat niet gebeuren.”

Jeanin van Hooft, vriendelijk gezicht, lachende ogen, maar bepaald niet mis te verstaan. Bij haar aantreden wees zij de farmaceuten de deur om de schijn van belangenverstrengeling tegen te gaan. En wetenschappers krijgen, ongeacht hun aanzien, nul op het rekest als zij zich na de deadline nog aanmelden bij haar commissie voor een team dat zich gaat bezighouden met het opstellen van een richtlijn.

“Dat zijn er jaarlijks acht tot tien”, vertelt de commissievoorzitter, in het dagelijks leven MDL-arts in het Amsterdam UMC. Met een gemiddelde van ongeveer één richtlijn per maand kwalificeert Van Hooft haar commissie als productief: “We hebben een duidelijk protocol over wanneer een richtlijn moet worden vervangen.” En over het nut: “Richtlijnen zijn voor mensen op de werkvloer een handig hulpmiddel om te bepalen: waar sta ik, wat moet ik aanbieden, ben ik goed bezig?” Van Hooft gebruikt daarbij graag de metafoor van het kookboek. “Een

kookboek kun je zowel positief als negatief connoteren. Negatief als je stelt: het staat in het kookboek, dus het moet zo. Zelf zie ik een kookboek vooral als een naslagwerk. Hoe maakte ik dat gerecht ook al weer, waarop moet ik letten? Kortom, de positieve connotatie is voor mij dat je nog steeds moet blijven denken.”

Europese richtlijnen

Een groot aantal Europese landen stelt gezamenlijk richtlijnen op. Verwateren die gaandeweg het proces niet zodanig dat zij op landenniveau nauwelijks meer neerdalen? Van Hooft is zich bewust van het risico: “Bij het samenstellen van het team ben ik heel kieskeurig. Alle landen moeten zijn vertegenwoordigd. Als je als arts ziet dat een gerespecteerd iemand uit jouw land in zo’n team zit, dan doet dat iets met de kwaliteitsperceptie van een richtlijn.” Jeanin van Hooft heeft met de portefeuille Richtlijnen zitting in de commissie Kwaliteit van de NVMDL. “Dankzij de samenwerking en het overleg weet ik wat er gaat komen en wat we in Nederland willen. Afstemming is belangrijk om de neuzen in dezelfde richting te krijgen en te zorgen dat we, als er een richtlijn komt, die over en weer respecteren.”

Proces

De Europese Richtlijnencommissie bestaat uit achttien leden. Toen Van Hooft aantrad als voorzitter, heeft zij met de leden een cursus bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten gevolgd over de manier waarop je richtlijnen opstelt. “Dat was een heel mooi teamproces”, blikt ze terug. “Het ging onder meer over: hoe kies je je vragen, hoe zoek je, hoe vat je samen?

Je kunt literatuur wel lezen, maar het gaat er ook om hoe je informatie interpreteert en omzet in een advies dat op draagvlak kan rekenen.”

De preses bewaakt nauwlettend het proces dat tot een nieuwe richtlijn leidt. “Ik zorg ervoor dat het team dat een richtlijn gaat schrijven, ten minste twee leden uit de commissie telt. Zij hebben de taak om hetgeen we in de commissie met elkaar hebben afgesproken, door te geven en een vinger aan de pols te houden. Ik ben regelmatig aanwezig bij deze besprekingen. Vaak zeg ik helemaal niks. Soms grijp ik in als het kwalitatief niet meer gaat zoals ik het wil hebben.”

Voor Jeanin van Hooft is het essentieel dat degenen die een richtlijn opstellen, afwegingen maken op grond van wat er in de literatuur staat. “Ik zie een verandering in de commissie sinds ik met deze groep samenwerk. Men begint steeds beter te begrijpen dat als de basis goed is, je strak op de bok zit en ervoor zorgt dat de vragen specifiek worden beantwoord, de literatuur leidend is. Tegen iemand die aan tafel zit en zegt: ‘ja maar, mijn studie staat er niet in’, kun je dan objectief zeggen: ‘joh, die studie viel buiten de search, voldeed dus niet aan de criteria en nemen we daarom niet mee’.”

Vijfjarenplan

Haar houvast en dat van de commissie is het

***Informatieprofessional
moet zorgen voor
kwaliteitsverbetering***



ESGE-voorzitter Jeanin van Hooft: “Het is essentieel dat degenen die een richtlijn opstellen, afwegingen maken op grond van wat er in de literatuur staat.”

vijfjarenplan dat Van Hooft schreef. “Daarin zijn de gebieden geïnventariseerd waarin het aan richtlijnen ontbreekt. Ook zijn gebieden samengevoegd. Verder is in het plan de vraag gesteld: moeten we richtlijnen opnieuw doen? Uitgangspunt is een richtlijn elke vijf jaar te vervangen, maar er zijn onderwerpen waar niet zo heel veel gebeurt en waar vervanging dus ook niet nodig is. Zo hebben we ruimte gecreëerd om nieuwe richtlijnen in andere gebieden op te stellen.”

Informatiespecialist

Sinds haar aanstelling dringt Van Hooft er bij de ESGE op aan een informatiespecialist aan te trekken. “Er zitten vaak manco’s in een richtlijn als gevolg van literatuur die ontbreekt. Het verzamelen daarvan is dus een zwakke schakel. Een goede search doen, is een vak op zich. Wie daarin niet bedreven is, loopt kans belangrijke artikelen te missen. Bovendien is het tijdsintensief. Daarom pleit ik ervoor dat de ESGE hiervoor iemand inhuurt. In Nederland is dit inmiddels professioneel ingevuld. Het Kennisinstituut heeft een aantal taken op zich genomen, waaronder zoekacties van een informatiespecialist in biomedische databases.”

Met een professionele informatiespecialist slaat de richtlijnencommissie twee vliegen in één klap. De vrijwilligers wordt een (vervulde) klus uit handen genomen. Bovendien wordt gezorgd voor kwaliteitsverbetering, want verondersteld mag worden dat een informatiespecialist met de meest relevante onderzoeken komt. “En,” vult Van Hooft aan, “een informatieprofessional levert informatie aan die traceerbaar is. Nu zoekt iemand op z’n vrije zaterdag en verzamelt wat artikelen. Als je vraagt: hoe heb je precies gezocht en waarom heb je bepaalde informatie uitgesloten, dan blijft het antwoord meestal uit. Efficiënt aan traceerbare informatie is ook, dat bij vervanging van een richtlijn na vijf jaar heel eenvoudig opnieuw dezelfde search kan worden gedaan om vast te stellen wat er sindsdien bij is gekomen.”

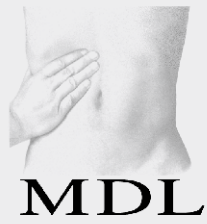
Pilot

Het zint de commissievoorzitter geenszins dat zij er tot nu toe niet in is geslaagd de ESGE van het belang van zo’n professional te overtuigen. Om concrete bewijsvoering voor haar visie op tafel te krijgen, is zij met de richtlijnencommissie van de American Society of Gastrointestinal Endoscopy

(ASGE) een pilot gestart. Haar Amerikaanse collega’s werken namelijk wél met een informatiespecialist. “We gaan gezamenlijk een richtlijn opstellen. Ik wil heel graag zien hoe de Amerikanen het proces structureren. Bovendien hoop ik te kunnen aantonen dat een professionele search meer op tafel brengt. Dan kan ik binnen de ESGE nog wat nadrukkelijker aan de bel trekken.”

Samenwerking

Het komt voor dat Amerika en Europa onafhankelijk van elkaar met een richtlijn komen over hetzelfde onderwerp. Datzelfde geldt uiteraard voor onderwerpen die zowel door Europa als Nederland worden opgepakt. Dat betekent dubbel (vrijwilligers) werk en een gemiste kans om te komen tot uniforme richtlijnen. Van Hooft maakt zich er hard voor dat zo veel mogelijk gezamenlijk wordt gedaan. “Wel is het zo dat er in een land soms behoefte is aan een eigen richtlijn, zoals in Nederland bijvoorbeeld met euthanasie. Dat neemt niet weg dat je de search die je in Nederland doet, op Europees of internationaal niveau kunt uitwisselen.”



ADVERTENTIE

Kennisagenda MDL: scherpere keuze en meer praktijkgerichte formulering kennishiaten

In oktober 2016 werd op de najaarsvergadering in Veldhoven de eerste Kennisagenda Maag-Darm-Leverziekten gepresenteerd. In deze wetenschaps- of kennisagenda werden – middels de definitie van zogenaamde kennishiaten – belangrijke, nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwde vragen verzameld. Vragen waarop de antwoorden zouden kunnen leiden tot verandering c.q. verbetering van richtlijnen, en uiteindelijk kwalitatief hoogwaardigere (betere, zinvollere) en vaak ook doelmatigere en goedkopere zorg.

De uiteindelijke lijst met 36 kennishiaten werd destijds samengesteld na uitvoerige analyse van de bestaande richtlijnen plus een enquête onder leden van de NVMDL, NVH, NVGE en overige belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Uit deze lijst werd een top-10 geselecteerd waaraan op basis van onderzoekbaarheid (kans op succes), urgentie en relevantie extra prioriteit werd toegedicht (*figuur 1* op pag. 96, online te raadplegen op www.mdl.nl/Beleidsplan-en-Kennisagenda-o).

Nu, twee jaar na verschijnen van de Kennisagenda, is het tijd om te evalueren hoe ver we inmiddels zijn gekomen met het onderzoeken en beantwoorden van de onderzoeksvragen uit de top-10. Welke resultaten zijn geboekt, tegen welke hindernissen zijn we opgelopen en wat kunnen we daarvan leren?

Stappen in de uitvoering

In de aanpak van kennishiaten als project zijn verschillende stappen te onderscheiden:

1. de initiatiefnemer(s) schrijven een onderzoeksvoorstel;
2. vormen van een breed netwerk door de organisatie van een onderzoeksconsortium, inclusief taakverdeling en schrijven van het onderzoeksprotocol;
3. verkrijgen van subsidie voor het project;
4. uitvoeren van het onderzoek (inclusief publicatie);
5. implementeren van de onderzoeksresultaten, bij voorkeur in richtlijnen.

Het moge duidelijk zijn dat na twee jaar de meeste initiatieven zich nog in de fases 1-3, soms 4, bevinden.

Er zijn helaas ook enkele top-10-onderwerpen waarbij nog helemaal geen onderzoeksinitiatief tot stand is gekomen. Dit laatste brengt ons direct bij het eerste leerpunt. Om (potentiële) onderzoekers of onderzoeksgroepen beter op weg te helpen en te ondersteunen, werd duidelijk dat er behoefte is aan een researchcoördinator voor de Kennisagenda MDL. Wij zijn daarom blij dat we die hebben gevonden in Lisa Vork, onderzoeker aan het MUMC+, die deze functie nu sinds vier maanden parttime vervult. Zij is mede-auteur van dit artikel.

Voortgang projecten

De voortgang van de verschillende Kennisagendaprojecten en de hindernissen die de uitvoerders daarbij ondervonden, laat zich het best beschrijven volgens de eerder genoemde uitvoeringsfasen.

Fase 1: initiatief nemen

Voor acht van de top-10-kennishiaten heeft zich een onderzoeksgroep gemeld als initiatiefnemer en in een groot aantal gevallen is er een consortium samengesteld (*fase 2*). Met betrekking tot de **kennishiaten 4 en 6** is nog geen concreet initiatief voor een onderzoeksvoorstel. Oorzaken hiervoor kunnen zijn: te breed of vaag geformuleerde onderzoeksvraagstelling, achterhaalde onderzoeksvraag (bijvoorbeeld door inmiddels verschenen internationale publicaties) of een andere prioriteitstelling bij de beoogde onderzoeksgroepen. Wellicht moet bij de samenstelling van een volgende Kennisagenda nog meer nadruk liggen op de concrete, praktijkgerichte, werkbare formulering van een kennishiaat. Verder zal onze researchcoördinator, Lisa Vork, voor de hand liggende potentiële initiatiefnemers

Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen



Kennisagenda MDL: Top-10 van kennishiaten bij presentatie in 2016 (figuur 1).

- 1 Wat is de effectiviteit van het niet weghalen of opsturen naar de PA van kleine poliepen die zijn ontdekt na poliepscreening bij normaal-risicopatiënten versus het weghalen en opsturen van alle gevonden kleine poliepen?*
- 2 Wat is de effectiviteit van een gastroscopie bij patiënten met bovenbuikklachten bij het vinden van significante (pre)maligne en maligne afwijkingen?
- 3 Wat is de (kosten)effectiviteit van eenvoudige psychologische interventies (relaxatietraining, mindfulness, cognitieve gedragstherapie, dynamische psychotherapie, hypnotherapie) bij het verminderen van pijn bij functionele buikklachten, vergeleken met behandeling met antidepressiva (amitriptyline) en standaard reassurancebehandeling?*
- 4 Wat is de optimale combinatie van medicamenteuze behandeling bij obstipatie?
- 5 Op basis van welke parameters (noninvasieve biomarkers voor diagnose/prognose versus leverbiopsie of een NAFLD-fibrosisscore) kunnen patiënten met een verhoogd risico op complicaties (HCC, vasculair) via NAFLD/NASH worden geïdentificeerd?*
- 6 Wat is de beste behandeling van extrahepatische manifestaties van immuungemedieerde leverziekten?
- 7 Wat is de optimale behandelduur voor onderhoudsbehandeling en behandeling met biologicals bij volwassen patiënten met IBD en wat zijn concrete stopcriteria bij deze behandeling?*
- 8 Wat is een optimale surveillancestrategie bij patiënten met een bewezen Barrett-oesofagus (intestinale metplasie)?
- 9 Wat is de effectiviteit van dieetaanpassingen en/of voedingssupplementen bij de behandeling van patiënten met IBD?
- 10 Wat is de effectiviteit van de implementatie van een gestructureerd, evidence-based zorgprotocol ten opzichte van standaard medicamenteuze pijnbehandeling via anesthesiologische pijnservice op pijnscore en pijnvrije dagen per maand bij patiënten met een chronische pancreatitis?

*De vier onderwerpen met een * hebben volgens de werkgroep meer prioriteit dan de andere onderwerpen, omdat deze grote patiëntengroepen betreffen waarbij veel doelmatigheidswinst te behalen valt.*

(zoals onderzoekers betrokken bij de Taskforce Neurogastro-enterologie & Motiliteit en de Werkgroep AIH/PBC en PSC) ondersteunen bij het nemen van initiatief omtrent deze kennishiaten.

Fase 2: vorming netwerk en onderzoeksconsortium

Nadat een onderzoeker als 'kartrekker' het eerste onderzoeksconcept heeft bedacht, is de volgende en misschien wel meest belangrijke stap het samenstellen van een onderzoeksconsortium in netwerkverband. Dit is wezenlijk voor het Kennisagendaproject! Alleen onderzoeken met voldoende landelijk draagvlak kunnen uiteindelijk bijdragen tot een breed gesteunde implementatie en daadwerkelijke verandering van beleid. Bij elk project zullen daarom meerdere academische en ook verschillende perifere ziekenhuizen betrokken moeten zijn. Breed gedragen uitvoering is ook een vereist

criterium in alle doelmatigheidssubsidieaanvragen (zoals bij ZonMW en zorgevaluatieproject Leading the Change).

Nederland is gelukkig een land met al veel bestaande, goed werkende netwerkverbanden, georganiseerd rond een MDL-ziektegebied (zoals de Initiative on Crohn and Colitis (ICC), Pancreatitis Werkgroep (PWN), Taskforce Neurogastroenterologie & Motiliteit (TNM), Barrettwerkgroep), waarbij overigens ook een groot aantal deelnemers van buiten de MDL komt. Andere onderzoeksgroepen, zoals die rond CRC- en colonpoliepvorming, zijn wat meer versplinterd, met wisselende samenwerkingsverbanden afhankelijk van het onderwerp.

De uitdaging voor Kennisagendaprojecten is de samenwerking nóg breder te trekken en zo veel mogelijk deelnemers te interesseren. Ofwel: ook de 'concurrerende' onderzoeksgroep, afgevaardigden van patiëntenorgani-

saties, perifere MDL-artsen, internisten en chirurgen die (nog) niet aan netwerken verbonden zijn. Als er een initiatief komt vanuit een bestaand, goed werkend netwerk, moet er daarom toch een nieuw samenwerkingsverband worden opgestart, door middel van een landelijke oproep vanuit de NVMDL aan alle leden van de NVMDL, NVGE en NVH.

Dit blijkt voor sommige, bestaande onderzoeksgroepen een lastig punt: buiten je comfortzone treden. Enerzijds zijn de voordelen van deelname aan de Kennisagenda duidelijk en willen onderzoekers erg graag hun onderwerp in de top-10, anderzijds zijn sommigen huiverig dat zij 'hun onderwerp uit handen geven'. Deze vrees blijkt in de praktijk onterecht: verschillende initiatieven hebben al tot verrassende samenwerkingsverbanden met nieuwe deelnemers geleid die het netwerk en het onderzoek hebben

versterkt. Goede voorbeelden hiervan zijn de nieuw gevormde onderzoeksgroepen voor 'Beleid voor kleine poliepen gevonden bij poliepscreening' ([kennishiaat 1](#)), 'Psychologische interventies bij functionele buikklachten' ([kennishiaat 3](#)) en 'Voeding en IBD' ([kennishiaat 9](#)). Deze laatste groep heeft vanuit het ICC in samenwerking met voedingsdeskundigen een zeer actieve landelijke werkgroep gevormd, waarbij ook patiënten zijn betrokken. Begin 2018 werd hiervoor een NVGE-netwerksubsidie gehonoreerd, waardoor bijeenkomsten met de projectgroep nu makkelijker kunnen worden gefaciliteerd.

Andere projecten komen wat moeizamer op gang. Zo heeft zich voor [kennishiaat 5](#) een reeds bestaande landelijke werkgroep, de NAFLD/NASH-werkgroep binnen de NVH, gemeld. De eerste stap naar een onderzoeksconsortium voor dit onderwerp is hiermee gezet, wat nu gevolgd zal moeten worden door een landelijke oproep en het definitief samenstellen van de projectgroep. Een initiatief vanuit de PWN betreffende [kennishiaat 10](#) heeft inmiddels de landelijke oproep uitgezet en eerste bijeenkomsten gehad. Een pilotstudie in aanloop naar het uiteindelijke project wordt momenteel uitgevoerd, die naar verwachting eind september 2018 zal worden voltooid. Belangrijk bij alle investeringen in tijd en energie is de vraag of er voldoende kansrijke financieringsmogelijkheden zijn (*fase 3*).

Fase 3: verkrijgen van subsidie

Zodra het gevormde onderzoeksconsortium een onderzoeksplan gereed heeft, breekt een cruciale stap aan: het verkrijgen van financiering. Voor [kennishiaat 3](#) heeft het onderzoeksconsortium (op initiatief van de TNM) initieel financiering aangevraagd via de eerste ronde van het programma Leading the Change (LtC), een groot zorgevaluatie-project gefinancierd door zorgverzekeraars. De aanvraag werd toen afgewezen en na aanpassing ingediend en gehonoreerd bij ZonMw Doelmatigheidsonderzoek. Er volgt nu een indiening voor de tweede ronde van

Leading the Change met een soortgelijk onderzoeksvoorstel.

Voor twee kennishiaten zijn de onderzoeksconsortia reeds samengesteld en ligt een onderzoeksprotocol op tafel, maar is het verkrijgen van financiering op dit moment een belemmerende factor. Met betrekking tot [kennishiaat 1](#) is een ZonMW-aanvraag eerder niet gehonoreerd en is ook een voorstel voor LtC afgewezen. Momenteel wordt gekeken welke verdere opties er zijn om financiering aan te vragen. Ook voor [kennishiaat 7](#) is een projectplan opgesteld. Dit is geïnitieerd door het ICC in de vorm van de CEASE-trial (Stop Criteria for Effective And Safe Anti-TNF treatment in Crohn's disease). Op een landelijke oproep tot medewerking aan dit project hebben vele geïnteresseerden gereageerd. Helaas is ook hier een ZonMW-aanvraag (programma Goed Gebruik Geneesmiddelen) niet gehonoreerd, zodat naar andere subsidiemogelijkheden wordt gezocht. Ook door de eerder genoemde actieve onderzoeksgroep met het onderwerp 'Voeding en IBD' ([kennishiaat 9](#)) wordt momenteel een aanvraag tot financiering voorbereid.

Het goede nieuws is dat er steeds meer geld beschikbaar komt voor zorgevaluatie- en doelmatigheidsprojecten; zie de websites van de NVMDL, ZonMW, LtC of de NWO-NWA (Nationale Wetenschapsagenda) – of neem contact op met één van de auteurs. Het is belangrijk je goed te informeren over de beoogde doelgroepen en criteria van de betreffende subsidiegever en tijdig informatiebijeenkomsten te bezoeken, waarbij ook commissieleden kunnen worden ontmoet.

Fase 4: uitvoering

Eén project is al in uitvoering. Aansluitend bij [kennishiaat 2](#) is de TRIODE-studie gestart, gefinancierd via het Doen of Laten-programma vanuit het Citrienfonds. Het betreft een multicenter gerandomiseerde studie, waarbij *e-learning* als alternatief voor een gastroscopie bij ongecompliceerde dyspepsie wordt onderzocht,

geïnitieerd in het Radboudumc in samenwerking met het MUMC+ en diverse perifere klinieken. Het netwerk wordt nog verbreed door deelname van meer perifere klinieken. Zoals gezegd is dit belangrijk, omdat voldoende landelijk draagvlak de algemene implementatie van de resultaten (*fase 5*) zal vergemakkelijken.

Conclusie

Twee jaar na de presentatie van de Kennisagenda MDL is er goede voortgang te melden voor zes projecten op basis van de top-10 kennishiaten, waarbij netwerken en onderzoeksgroepen zijn gevormd en serieuze studievoorstellen zijn ontwikkeld. Eén (gesubsidieerde) studie is reeds in uitvoering en twee aanvragen voor subsidiegelden lopen.

De belangrijkste leerpunten vinden we bij 1) de samenstelling van de Kennisagenda: een scherpere keuze en meer praktijkgerichte formulering van de kennishiaten, 2) in de netwerkvorming: buiten de grenzen van de eigen onderzoekskring (durven) denken, en 3) in de financiering: je grondig verdiepen in de subsidiegever en zijn hogere doel.

Thijs Schwartz,
MDL-arts Meander MC Amersfoort,
voorzitter projectcommissie Kennisagenda MDL,
bestuurslid NVMDL (Raad Wetenschap & Innovatie) en NVGE
MP.Schwartz@meandermc.nl

Lisa Vork,
arts-onderzoeker MUMC+,
researchcoördinator Kennisagenda MDL
l.vork@maastrichtuniversity.nl



Gratis folders en meer nadruk op online informatie

Als je net hebt gehoord dat je lijdt aan een MDL-aandoening, roept dat veel vragen op. Als patiënt wil je graag betrouwbare en onafhankelijke informatie. Het geven van gezondheidsvoorlichting is daarom al sinds jaar en dag één van de belangrijkste pijlers van de Maag Lever Darm Stichting (MLDS). Samen met de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) is een voorlichtingslijn met diverse brochures samengesteld, die onlangs compleet is vernieuwd. “Zo zorgen we voor een beter voorgelichte patiënt.”

De MLDS werkt al sinds 2007 samen met de NVMDL-commissie Patiëntenvoorlichting aan betrouwbare gezondheidsvoorlichting. Deze commissie bestaat uit Liesbeth Kager (voorzitter, MDL-arts Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar), twee à drie andere MDL-artsen en één of twee aios-MDL. Liesbeth Kager: “Ik heb vanaf 2015 het stokje overgenomen van mijn voorganger, Mark Stolk, MDL-arts in het Antonius Ziekenhuis. Destijds kwamen we meerdere keren per jaar bijeen om de nieuwe updates van de brochures te bespreken. Nu herzien we de brochures grotendeels via de mail. Eens per jaar komen we bij elkaar om de beleidslijnen voor het komende jaar te bespreken. Een efficiënte en prettige manier van samenwerken.” De commissie bestaat uit MDL-artsen uit perifere én academische centra uit het hele land, waardoor via de verschillende netwerken

veel (sterk specialiseerde) collega's kunnen worden bereikt voor extra input en revisie van teksten. “Ook is het erg leuk dat we altijd een paar aios in de commissie hebben”, vertelt Kager. “Hun inbreng is erg waardevol en voor hun opleiding is het ook van toegevoegde waarde, zowel inhoudelijk als organisatorisch.”

Vanuit de MLDS heeft Marleen Steenbeek (gezondheidsvoorlichter) de afgelopen vier jaar het brochuretraject gecoördineerd. Gezondheidsvoorlichter Marianne Rook neemt het stokje nu van haar over. Steenbeek vertelt: “Er is de afgelopen jaren al veel ontwikkeld. Onze samenwerking is breder dan alleen voorlichtingsbrochures. Zo hebben de verschillende MDL-artsen ook een belangrijke rol in het reviewen en updaten van verschillende teksten op onze website. Bovendien heeft de MLDS in 2016 een start gemaakt met het uitbrengen van nieuwe brochures en nieuwe voorlichtingsmate-

rialen. Inmiddels zijn bijna alle brochures gereed en is het merendeel al te bestellen.”

Behoefteonderzoek

“Onze brochures en andere materialen zijn gericht op patiënten die net hun diagnose hebben gekregen. Het is altijd belangrijk om te blijven toetsen of de materialen die je beschikbaar stelt, nog voldoen aan de verwachtingen van patiënten en zorgverleners”, vervolgt Steenbeek. “Daarom heb ik in 2016 een behoefteonderzoek uitgevoerd onder patiënten en zorgverleners. Wat bleek? We vroegen altijd een kleine vergoeding voor de folders, maar deze kosten bleken een drempel om ze te bestellen. Wel gaven patiënten en zorgverleners aan nog steeds behoefte te hebben aan informatie op papier, om mee te nemen na een consult.”

Online informatie

Ook de behoefte aan nieuwe vormen van voorlichting, zoals het MDL-tekenblok, is

Nieuwe MDL-voorlichtingsmaterialen

- Brochures, tekenblokken en visitekaartjes
- Met verwijzing naar uitgebreide informatie op mlds.nl
- Gemaakt in samenwerking met MDL-artsen
- Gratis te bestellen via www.mlds.nl/bestellen

bevraagd. Steenbeek: “Onder andere deze punten hebben ervoor gezorgd, dat we in de nieuwe lijn de nadruk leggen op ‘online’ en de brochures vooral een eerste kennismaking met een MDL-aandoening zijn. Ze zijn dan ook kort en bondig opgezet. In de brochures wordt vervolgens doorverwezen naar de uitgebreidere, complete én up-to-date informatie op onze MLDS-website.” Alle voorlichtingsmaterialen zijn inmiddels kosteloos te bestellen.

Kager vult aan: “Ik merk in de praktijk, dat de vernieuwde brochures erg praktisch zijn. De informatie is overzichtelijk en makkelijk te lezen. Het voegt echt iets toe om een patiënt een brochure te kunnen meegeven nadat we als MDL-arts een – vaak vervellende – diagnose hebben moeten stellen.”

Brochurelijn

De nieuwe brochurelijn bestaat uit 21 brochures. Marianne Rook: “Ook hebben we MDL-tekenblokken ontwikkeld, met daarin de anatomie van het spijsverteringskanaal. Veel artsen en verpleegkundigen vinden het prettig om deze te gebruiken in de spreekkamer.” Kager bevestigt dit: “De tekenblokken zijn erg praktisch. In mijn ziekenhuis liggen ze in alle polikamers en ik gebruik ze bij al mijn patiënten. Het is erg inzichtelijk voor de patiënt als wij kunnen tekenen wat hij precies heeft en erbij schrijven wat de diagnose is. Wij werken samen met een ziekenhuis in Suriname, ook hen heb ik een setje toegestuurd.” Ook zijn er visitekaartjes beschikbaar die verwijzen naar de informatie op de MDLS-website. Dit is handig voor bijvoorbeeld aandoeningen waarover (nog) geen brochure is.

“Ik kijk ernaar uit om met de NVMDL te bouwen aan een verdere samenwerking. Samen zetten we mooie stappen in het bereiken van ons gezamenlijke doel: een goed voorgelichte patiënt”, aldus Marianne Rook.

Thuisarts.nl

Een door veel patiënten geraadpleegde bron van gezondheidsinformatie is Thuisarts.nl,

Voorlichtingsmaterialen

Darmkanker	Ziekte van Crohn	Leververvetting
Poliepen in de darm	Colitis ulcerosa	Verstopping
Barrett slokdarm	Hepatitis B	Divertikels
Slokdarmkanker	Hepatitis C	Aambeien
Prikkelbare Darm Syndroom	Levercirrose	Galstenen
Voeding bij Prikkelbare Darm Syndroom	MDL-tekenblok	Visitekaartjes met link naar mlds.nl

Binnenkort verschijnen:

Brandend maagzuur	Coeliakie	Functionele maagklachten
Acute alvleesklierontsteking	Chronische alvleesklierontsteking	

het online portaal van het NHG. Huisartsen verwijzen regelmatig naar dit kanaal voor voorlichting. De MLDS werkt in projecten samen met Thuisarts.nl. Deze site verwijst op dit moment op sommige plekken naar MLDS.nl en beide partijen ontwikkelden samen diverse video's.

De materialen zijn gratis aan te vragen via www.mlds.nl/bestellen.

Heeft u vragen en/of ideeën over patiëntenvoorlichting? Neem dan contact op met voorlichting@mls.nl.



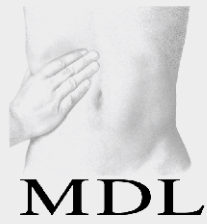
Marleen Steenbeek, MLDS



Marianne Rook, MLDS



Liesbeth Kager, NVMDL



ADVERTENTIE

Tekenfilmpjes als krachtig hulpmiddel bij medicatievoorlichting

Sinds januari 2018 biedt Regioapotheek IJsselland in het IJsselland Ziekenhuis als eerste poliklinische apotheek Kijksluiter aan bij de door haar overhandigde medicijnen. In deze animatievideo's wordt de belangrijkste informatie uit de schriftelijke bijsluiter in begrijpelijke spreektaal uitgelegd.

Waarom Kijksluiter

De kracht van voorlichting zit vaak in de herhaling. Iedere arts en verpleegkundige doet zijn best de patiënt helder en duidelijk voor te lichten over zijn aandoening en behandeling. De apotheek geeft mondelinge voorlichting over de voorgeschreven medicijnen en verstrekt de schriftelijke bijsluiter. Toch komt de informatie over onder andere correct gebruik van medicatie bij een deel van de patiënten niet voldoende aan, denk aan laaggeletterden en anderstaligen. Ook zijn patiënten op sommige momenten emotioneel niet in staat informatie op te nemen.

Video's zijn bij uitstek geschikt voor ingewikkelde informatie. Geschreven tekst kan worden vervangen door eenvoudige spreektaal en de informatie wordt visueel ondersteund. Animatievideo's zijn bovendien goed te personaliseren naar de gebruiker (geslacht, leeftijd), waardoor informatie op maat kan worden aangeboden.

De patiënt kan de Kijksluiter op ieder moment en zo vaak als gewenst bekijken op smartphone, tablet of PC. Kijksluiter wordt in vier talen aangeboden (Nederlands, Engels, Turks of Arabisch) met ondertiteling voor slecht-horenden. De video's zijn interactief, zodat de patiënt

binnen de filmpjes eenvoudig kan navigeren naar bijvoorbeeld de vraag *Vergeten in te nemen, wat nu?* of om nogmaals te beluisteren waarvoor het medicijn nu precies is voorgeschreven.

Stichting Kijksluiter

De video's worden in Nederland door Stichting Kijksluiter beschikbaar gesteld, die ook de kwaliteit borgt. Met ruim 5.000 video's is er een Kijksluiter beschikbaar voor 95% van de geneesmiddelen die voor het eerst worden afgeleverd door de apotheek, en zo'n 80% (ruim 7.000) van alle in Nederland beschikbare geneesmiddelen.

Inhoud Kijksluiter

Kijksluiter is volledig gebaseerd op de officiële geneesmiddelenbijsluiter. Er wordt een selectie gemaakt uit de informatie in de bijsluiter en alleen voor de patiënt belangrijke informatie wordt besproken. Voor meer informatie wordt naar de officiële bijsluiter verwezen.

Om van de bijsluiter tot een Kijksluiter te komen, wordt een vast protocol gehanteerd met verschillende controlestappen. Updates vinden plaats op basis van de Geneesmiddeleninformatiebank van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, zodra

hier een aangepaste bijsluiter wordt gepubliceerd.

Werkwijze Regioapotheek IJsselland

Patiënten die hun medicatie afhalen in de hal van het IJsselland Ziekenhuis, ontvangen na instemming via de mail van ieder voorgeschreven middel de Kijksluiter(s). De apothekersassistent genereert de juiste Kijksluiter op basis van geneesmiddel, leeftijd en geslacht en voorkeurstaal.

Het al bestaande systeem van Kijksluiter is technisch aangepast aan de wensen van de Regioapotheek en het IJsselland Ziekenhuis. Ook de privacyvereisten zijn meegenomen.

MDL en Kijksluiter

De apotheek heeft vanuit de MDL steeds vaker te maken met medicatie die erg krachtig is, maar ook zeer langdurig gebruikt moet worden (*biologicals*). Tijdens dit gebruik kan er veel misgaan: bijwerkingen, gebruiksproblemen die de patiënt niet doorgeeft aan de arts, het op eigen initiatief dokteren of co-medicatie innemen. Problemen met therapietrouw ontstaan bovendien vooral in een later stadium. Afhankelijk van de omstandigheden en het baliegesprek bieden we de Kijksluiter ook na de eerste keer opnieuw aan.

Roland van Rijt, apotheker
Regioapotheek IJsselland

Karin Dekker, hoofd afdeling
Patiëntenvoorlichting IJsselland
Ziekenhuis

Meer informatie

Raadpleeg de website van Stichting Kijksluiter als u wilt weten hoe u en uw patiënten gebruik kunnen maken van Kijksluiter:
<https://stichtingkijksluiter.nl/>.



‘Zo’n arts wordt niet meer gemaakt’

Op 22 juni jongstleden nam Henk Boot afscheid van het Antoni van Leeuwenhoek. Henk is in 1991 in het AVL gestart en daar vervolgens de rest van zijn werkzame leven als MDL-arts gebleven, ruim 26 jaar. Zijn patiënten en collega’s gaan hem zeer missen.

Als 19-jarige jongen, komende vanuit Gorinchem, begon Henk in 1971 met de studie geneeskunde aan de Vrije Universiteit (VU) in Amsterdam. Na zijn dienstplicht te hebben vervuld in het Militair Hospitaal in Utrecht keerde hij terug naar de VU om de opleiding tot internist te volgen. Daarna ging hij direct door met de opleiding tot MDL-arts bij professor Meuwissen. Zo ging dat vroeger: toen had je nog volledig internistisch geschoolde MDL-artsen. Na een werkperiode in het Sint Lucas Ziekenhuis (nu: OLVG-West) en het OLVG(-Oost) kwam Henk in het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) terecht.

Oncologie en MDL

In het AVL kwam zijn dubbele opleiding tot internist en MDL-arts goed van pas. Samen met Frieda den Hartog Jager, Babs Taal en later Annemiek Cats heeft Henk de MDL-oncologie een gezicht gegeven. Vanaf het begin heeft Henk zowel oncologische als specifieke MDL-problematiek behandeld. Aanvankelijk waren de oncologische behandelingsmogelijkheden nog beperkt, maar al snel kwamen er meer middelen beschikbaar en kon er veel meer worden bereikt in de behandeling van (uitgezaaide) slokdarm/maagkanker, darmkanker, GIST, NET en maaglymfom. In al deze ontwikkelingen is



Henk Boot: oncoloog, MDL-arts én interventie-endoscopist

Henk meegegaan. Samen met zijn collega’s radiotherapeuten, chirurgen, radiologen, hematologen en pathologen zijn vele studies uitgevoerd. Henk was altijd op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, had altijd de belangrijke studies gelezen in *NEJM*, *JCO* en *Gastroenterology*. Hij nam de richtlijn als basis om vanuit daar te kijken wat de optimale behandeling voor zijn patiënt was.

Interventie-endoscopie

Naast oncoloog was Henk MDL-arts en vooral ook interventie-endoscopist. In het AVL heeft hij alles zien langskomen, van grote en kleine tumoren met stenoses, fistels, perforaties tot obstructies ergens in de tractus digestivus. Henk wist altijd wel een oplossing te vinden. Stents werden zo nodig gewoon op maat gemaakt. Vanuit het hele

land kwamen vragen over oncologische of MDL-problemen.

MDL-oncologie

Henk is dan ook *bét* voorbeeld van een MDL-oncoloog. Een specialisatie die we in Duitsland en België kennen, maar in Nederland helaas niet. Als MDL-oncoloog was Henk de spin in het web voor zijn patiënt. Bij de behandeling van MDL-oncologiepatiënten komen heel veel MDL-problemen voor. Het is belangrijk om hierbij een goed multidisciplinair team te hebben, waarbij de rol die Henk kon vervullen als MDL-onco- loog zeker een meerwaarde had.

De MDL-oncologie in het AVL bestaat ook nu nog uit MDL-artsen en medisch oncolo- gen en is als afdeling onderdeel van de complete oncologiegroep. Hierdoor ligt de zorg ingebed in de gehele oncologiebehandeling. Of deze rol als MDL-oncoloog momenteel nog mogelijk is voor aankomende MDL-art- sen in Nederland, is maar zeer de vraag. Het aandeel interne geneeskunde, wat ons een belangrijke basis geeft voor de oncolo- gische behandeling en het behandelen van de complicaties van chemotherapie, is nu te beperkt.

Hobby's

Voor zijn patiënten was Henk bijzonder. Veel patiënten kennen hem al jaren en wil- len zeker niet bij hem weg. Het gebeurde met regelmaat dat een patiënt na een vakan- tieperiode, waarin Henk de zorg overnam, niet meer bij jouzef terugkwam. "Nee hoor, dokter, ik blijf nu bij dokter Boot..." Hij is de afgelopen maanden dan ook overstelpt met cadeaus. Maar Henk is ook een bijzon- dere dokter. Hij neemt altijd de tijd voor een patiënt. Weet alles over hun achtergrond, de relatie met partner of kinderen, hun hob- by's. Zijn poli liep daardoor regelmatig uit en de bel-poli liep tot ver in de avond door. Je kon hem rustig om acht of negen uur 's avonds tegenkomen terugfietsend naar huis. Het was voor Henk niet vreemd om even bij een patiënt thuis langs te gaan om een ontlastende ascitespunctie te doen.

Waar vind je zo'n arts nog? Dit soort wordt niet meer gemaakt. Het is dan ook begrippe- lijk dat patiënten hem zullen missen.

Registratielast

'(Ont)Regel de Zorg' komt voor Henk te laat. Tot 2012 werd nog het papieren dos- sier gebruikt. Eén dossier per patiënt dat door alle specialisten werd gebruikt. Hierin kon je drie simpele zinnen schrijven. Nu moet alles worden geregistreerd. Een extra tabblad in Endobase, aparte registratie in VREST, altijd aanvinken dat je de Time-out hebt uitgevoerd; maar die voeren we toch altijd uit... Henk zou in 2012 al voorop zijn gaan lopen om de zorg te ontregelen. Gewone patiëntentijd is toch veel belang- rijker. Het is goed dat nu anderen dit voor- touw nemen.

Henk zal veel gaan schaken, nog veel meer fietsen (de Zuiderzeeklassieker van de MLDS en de Stelvio komen eraan!), lekker lezen en gezellige uitstapjes met zijn vrouw Marchien maken. Vijf jaar geleden dacht ik: "Wat moet Henk als hij eenmaal met pensioen is?" Maar nu maak ik me daar- over geen zorgen meer. Voor de racefietsers onder u: probeer hem maar eens bij te hou- den, mij lukt dat niet.

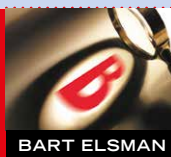
Henk laat een geoliede afdeling MDL-onco- logie achter met MDL-artsen, internist- oncologen, verpleegkundig specialisten voor de MDL en oncologie, en een allround scopie-afdeling in een relatief klein zieken- huis, maar groot in oncologische zorg.

Henk, we gaan je missen, net als veel MDL- artsen in Nederland en heel veel patiënten uit het AVL. Het is goed om iemand als jij als voorbeeld te hebben. Met dat wat is opgebouwd, kunnen we zeker verder. Geniet van je pensioen.

Monique van Leerdam

Namens de AVL-afdeling MDL-oncologie

COLUMN



BART ELSMAN

Paarse envelop

Hij ligt al een paar maanden ongeopend voor me op mijn bureau: de prachtige paarse envelop voor de zelfafnametest. Eronder ligt een identiek exemplaar, geadresseerd aan mijn vrouw. We zijn heel erg vóór het bevolkingsonderzoek, vooral voor onze medemens.

Wie kwam voor het eerst op het idee om naar verborgen bloed in de poep te zoe- ken?

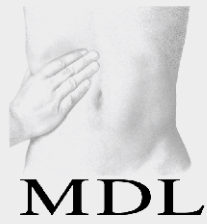
Dat was Ismar Isidor Boas, een beroemde collega in Berlijn in 1905. Hij vond ook de Boas algesimeter uit, een instrument met een veer dat op de bovenbuik werd geplaatst: een belasting tot 10 kg werd door gezonden verdragen, patiënten met een maagulcus verdroegen echter maar 2 kg. Ook beschreef hij een punt van Boas, links van de twaalfde thoracale wervel: als je daar drukte en het was pijn- lijk, moest je wel een maagulcus hebben.

Dat vinden we nu natuurlijk allemaal onzin. Maar zou Boas hebben kunnen bedenken, dat we honderdtien jaar later nog steeds naar bloedsporen in de ont- lasting zoeken en zou Boas niet vreemd opkijken of zich omdraaien in zijn graf, als hij zou horen, dat je in Nederland bij een positieve occult-test snel wordt gehol- pen en bij rood bloed in de ontlasting een paar maanden moet wachten?

Trouwens, we gaan de test wel doen, maar niet hier thuis. Over twee weken gaan we naar het familievakantiehuis in Zuid-Limburg. Daar hebben we nog wc-potten met een plateau.

Het huis bevindt zich in Rott, tussen Mechelen en Vijlen.

Als u ook problemen hebt met de zelfafnametest, bent u van harte welkom.



ADVERTENTIE

BURN-OUTS BEDREIGEN GEZOND EN VEILIG WERKEN

Ten minste één dag per week dingen doen die je het leukst vindt

Hoe bevordert je gezond en veilig werken van een specialist? ‘Doe ten minste één dag in de week de dingen die je het leukst vindt’. Daar kwamen coaches van de Mayo Clinic in Verenigde Staten achter toen zij artsen van het ziekenhuis begeleidde. Na implementatie nam het ziekteverzuim af.

Werkgevers kunnen absoluut helpen met de bevordering van een gezonde en veilige werkomgeving. “Coaches hebben wij ook,” zegt Ankie Groenenboom van HR-Erasmus MC, “maar er is weinig vraag naar. Om te beginnen moet je met elkaar durven praten over je werk, je moet het durven zeggen als je een time-out nodig hebt.” Zij signaleert bij jongeren de trend om minder lang te gaan werken: vier in plaats van vijf dagen. “Natuurlijk kost dat geld, met vier dagen verdien je minder; maar je moet er ook zelf wat voor over hebben.”

Het thema ‘gezond en veilig werken’ is actueler dan ooit. Medisch specialisten denken hierbij allereerst aan de avond- en weekenddiensten die je mogelijk ook na je zestigste moet blijven doen. Maar gezond en veilig werken houdt veel meer in. Dat werd mij duidelijk na gesprekken met Jan Willem

Le Febre, Landelijke Artsen Dienstverband (LAD); Monique Klompé (voorzitter) en René Los, Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA); en Jan Jaap Ensing (directeur HR), John Witjes (bedrijfsarts) en Ankie Groenenboom (psycholoog-psychotherapeut), alle drie van HR-Erasmus MC).

Lange en intensieve werkweek

Het arts-zijn is intensief: er zijn steeds meer medische mogelijkheden, er moet heel veel verantwoording worden afgelegd en de directe omgeving verwacht een leven naast het werk. De combinatie werkdruk en verantwoordelijkheid interfereert met een normaal sociaal leven, dat piekt tussen 30 en 45 jaar. Desondanks is de weekindeling onveranderd: vijf dagen van 8.00 tot 18.00 uur exclusief diensten, waarbij ongemerkt de introductie van ‘mijnwerkplek’ thuis op de pc de werkweek verlengt. Een gemiddelde werkweek omvat nog steeds circa 70 uur.

Burn-out

Medisch specialisten zijn enorm gedreven. Niet vreemd dus dat volgens recent onderzoek burn-out en burn-outgerelateerde

klachten frequent voorkomen, namelijk: bij één op de acht; per ziekenhuis gemiddeld 26 medisch specialisten! Arts-assistenten in opleiding lopen een nog groter risico (één op vijf). In het Erasmus MC voelde in 2015 11% van de aios zich overwerkt of had gevoelens van uitputting. Werkroosters zijn aangepast; een nieuwe enquête moet nog volgen.

Werken is gezond

Te lang of onregelmatig niet. Concentratie- en slaapproblemen, gevolgd door afnemende werkprestaties en ongelukken zijn het gevolg. Op lange termijn is het risico op diabetes type 2 en hart- en vaatziekten verhoogd. De ‘natuurlijke’ veroudering komt hier nog bovenop. De HR-afdeling van het Erasmus MC houdt dit goed bij. Tot 55 jaar is het ziekteverzuim circa 2,2%; daarna stijgt het naar 4%. Door de kleine aantallen fluctueert dit nogal. Jan Jaap Ensing, HR-Erasmus MC: “UMC’s zouden hun getallen eigenlijk met elkaar moeten vergelijken.”

Basisvoorwaarden

De LAD probeert vooral de basisvoorwaarden voor gezond en veilig werken te definiëren (*figuur 1*). “Bij groei van de productie moet het aantal fte worden uitgebreid, je doelen moeten immers met de formatie haalbaar zijn.” De NVvA erkent dit ook, maar benadrukt de individuele verantwoordelijkheid. “Natuurlijk moet de organisatie zorgdragen voor een goede invulling van de 4 A’s (*figuur 2*), maar de arts moet hier zelf ook – bijvoorbeeld jaarlijks – bij stilstaan: kloppen mijn 4 A’s nog, ben ik in balans? Een soort APK-check op je eigen welzijn in werk en gezondheid.”

Rob de Knegt, MDL-arts, Erasmus MC

Figuur 1. Basisvoorwaarden gezonde en veilige werkomgeving (LAD)

1. **Formatie** – aantal fte, taakherschikking
2. **Productie** – soort en volume van de geleverde zorg.
3. **Roostering** – diensten, vrij na dienst, waarneming, levensfasebeleid.
4. **Arbeidsomstandigheden** – wetgeving, cao, samenwerking

Figuur 2. De 4 A's voor gezond en veilig werken (NVvA)

1. **Arbeidsinhoud** – taken, leermogelijkheden, ruimte voor eigen inrichting
2. **Arbeidsomstandigheden** – omgevingsfactoren, lichamelijke belasting, veiligheid
3. **Arbeidsverhoudingen** – sociale klimaat, inspraak, bespreken van arbeid
4. **Arbeidsvoorwaarden** – niet alleen verloning, maar ook arbeidstijden, contractvorm, opleidings- of promotiemogelijkheden

Expertise slim organiseren als antwoord op ‘onbewust onbekwame’

“Is hier ook *valet parking*?” De sfeer is gezet op een zomerse avond in een restaurant tegenover Centraal Station Arnhem. Lachend nemen Peter Siersema, Geert Kazemier en Herold Metselaar plaats om met elkaar in gesprek te gaan over acute MDL-zorg in Nederland. Direct worden piketpaaltjes geslagen: “Je hebt drie hoogleraren uitgenodigd die allemaal aan één kant van het gordijn zitten, het allergrootste deel van de acute zorg komt natuurlijk binnen aan de andere kant.” Desondanks is het enthousiasme niet minder en ontspint zich een levendig rondetafelgesprek.

“Wat is eigenlijk acute MDL?” vragen de heren zich af. “Het is de zorg voor de MDL-patiënt die niet kan wachten tot de volgende dag”, lijkt de consensus. “Wij zijn begonnen met definiëren hoe snel de zorg voor bepaalde problemen moet zijn. Bijvoorbeeld: patiënten met een slokdarmruptuur moeten uiterlijk binnen vier uur worden gescopieerd”, zegt Siersema, hoogleraar endoscopische gastro-intestinale oncologie van het Radboudumc. Naast tijdslimieten en diagnoses zoals spataderbloedingen van de slokdarm speelt ook de situatie van de patiënt een rol. “Een patiënt met bijvoorbeeld buikpijn maar ook hemodynamische instabiliteit, dat is acute MDL”, bevestigt Kazemier, hoogleraar hepatobiliaire chirurgie en transplantatie van het Amsterdam UMC.

Op de vraag hoe de zorg voor deze categorie nu is geregeld, is men eenduidig over de noodzaak dat het anders moet. “Ik denk dat voor die dingen die echt binnen acht uur goed moeten gebeuren, onder de huidige Nederlandse expertise de zorgdekking niet optimaal is. Dat heeft ook te maken met het feit dat men op de spoedeisende hulp (SEH) het probleem niet herkent en men dus te laat met experts overlegt”, aldus Metselaar, hoogleraar Levertransplantatie en leverfalen in het Erasmus MC. Zo schetst hij het dilemma bij patiënten met dreigend acuut leverfalen: “Mijn reactie is vaak: als de

patiënt instabiel is, kan ik niets doen en als de patiënt stabiel is, hoef ik niets te doen.”

Triage

De herkenning van acute ziektebeelden is daarmee onderwerp van gesprek.

“De patiënt komt op elke willekeurige SEH

binnen,” vervolgt Siersema, “en als men de situatie niet meteen goed inschat, dan ben je zó 12 tot 24 uur verder en gaat de prognose parallelsgewijs omlaag.” Metselaar vult aan: “De patiënt wordt gezien door de algemene assistent op de SEH en die heeft basale kennis. De acute opvang gaat goed, maar er



gebeurt niet heel veel meer.”

Maar hoe los je dat op? Kazemier: “We hebben het met zijn allen als medisch specialisten laten liggen om de SEH beter te regelen. En dat gat hebben de SEH-artsen best goed opgevuld.” Metselaar meent dat de acute zorg verbeterd zou kunnen worden met een ‘MDL-getrainde’ SEH-arts. Siersema kiest een andere optie: “De MDL-achterwacht moet een lagere drempel hebben om op de SEH mee te kijken en te zeggen: ‘kom op, we gaan gelijk aan de slag en behandelen volgens de richtlijnen’. Dat zou al een aanzienlijke winst zijn. In het Radboudumc hebben we het er bijvoorbeeld nu over om als MDL-artsen tot 23:00 uur in huis te zijn, zodat die zorg ook gegeven kan worden door iemand met voldoende expertise.”

De term ‘het onbewust onbekwame’ valt, en zal deze avond nog verschillende keren terugkomen. Kazemier: “Dat onbewust onbekwame is ontzettend lastig maar geldt natuurlijk voor alle uren van alle dagen van

de week. Wat ik mij regelmatig afvraag, is of collega’s van zowel heelkunde als MDL ’s nachts de verrichtingen doen die ze overdag ook doen.” Siersema herkent dit en signaleert dat de kwaliteit van de uitvoering van onder andere ligaties van bloedende slokdarmspataders of ERCP bij acute galwegontsteking buiten kantooruren wisselend is.

Opleiding

Hoe kunnen we de herkenning van acute MDL beter scholen? Kazemier trapt af: “We geven bijna dagelijks onderwijs over hele ingewikkelde, zeldzame dingen. Zaken waarover je alle tijd hebt om iets op te zoeken. Maar we zouden moeten onderwijzen over acute patiënten. Je zou elke week moeten trainen: acuut leverfalen, galwegontsteking, bloedingen, ischemie. En dat weer om de drie maanden herhalen.” Metselaar oppert: “Iedere week een uitgebreide bespreking van ‘de acute patiënt van de

We zouden moeten onderwijzen over acute patiënten

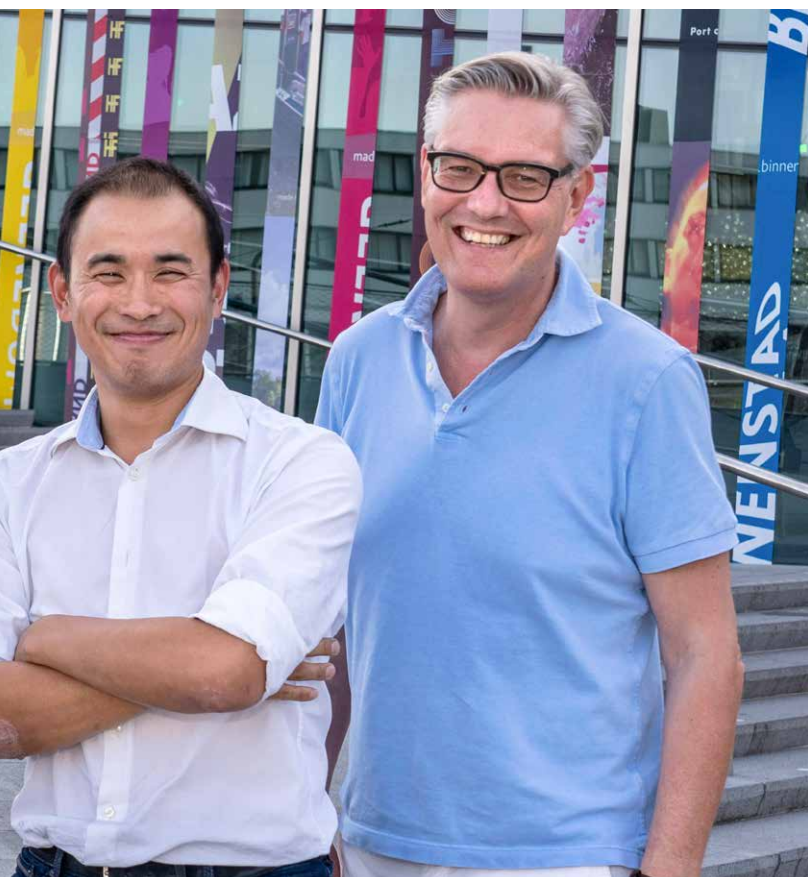
week’, met elkaar nog eens nalopen hoe het allemaal is gegaan. Dat moeten we via de beroepsvereniging of kwaliteitscommissie kunnen regelen.” Ook Siersema ziet hier iets in, maar hij gaat nog een stap verder: “Zulk onderwijs is goed te implementeren in ziekenhuizen met een opleiding, maar ook noodzakelijk voor de overige ziekenhuizen. Zorg dat je met elkaar communiceert over de acute zorg van jou en je collega’s.”

Expertisecentrum

In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen wordt aandacht besteed aan gerichte triage van acute beelden, zoals geruptureerd acuut abdominaal aneurysma en hartinfarct. Patiënten met een dergelijke aandoening moeten dan behandeld worden in een expertisecentrum. Wordt het niet tijd dat we voor de acute MDL-patiënt ook zo’n plan maken?

“Een acute MDL-patiënt is nog niet zo eenvoudig te triëren. Je moet regionaliseren en afspraken maken over waar de ambulance heen gaat”, aldus Metselaar. Kazemier vult aan: “Het lastige is dat een SEH essentieel is om een ziekenhuis financieel goed te houden. Ik kan vanuit mijn werkkamer zó twee SEH’s zien liggen. Dat zou niet nodig hoeven zijn. Desalniettemin vermoed ik zomaar dat de ambulance-medewerker wel uitkiest waar de patiënt naartoe gebracht wordt. Maar eerlijk gezegd heb ik nog nooit een ambulancebroeder gehoord over acute buikpijn, wel over hersenbloedingen en hartinfarcten. Na de Amsterdamse fusie zal er overigens maar één campus zijn waar spoedeisende hulp verleend gaat worden.”

Welk specialisme het hoofdbehandelaarschap claimt voor de acute diagnose zou

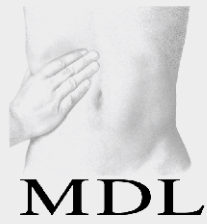


(V.l.n.r.)

Herold Metselaar,
hoogleraar Leverfalen en
Levertransplantatie,
Erasmus MC;

Peter Siersema,
hoogleraar Endoscopische
gastro-intestinale
oncologie, Radboudumc;
Eric Tjwa, MDL-arts
Radboudumc;

Geert Kazemier,
hoogleraar Hepatobiliaire
chirurgie en transplantatie,
Amsterdam UMC.



ADVERTENTIE

geen discussie moeten zijn, vinden ze alle drie. “We maken ons geweldig druk om de financiële registratie van een paar patiënten, daarvan moeten we af.”

Maar wat is dan een expertisecentrum, vragen de hoogleraren zich af. Welke criteria moet je daarvoor aanleggen? Het woord volumenorm valt. “Dat vind ik altijd heel gevaarlijk. Dat regelt zich vanzelf wel. Centraliseren hoeft niet in één keer”, interrumpeert Metselaar. “Het gaat om categorieën herkennen”, vallen Siersema en Kazemier hem bij. “Je zou voor acuut leverfalen, maag- en spataderbloedingen een registratie kunnen hebben. Dan weet je in ieder geval hoeveel het er zijn en wat de uitkomst is. Natuurlijk kun je een lastige casemix hebben, maar als in jouw centrum de kans dat iemand overlijdt aan een maagbloeding twee keer zo groot is als in bijvoorbeeld Nijmegen, dan heb je in ieder geval iets uit te leggen. Dat is voor de acute zorg wel aantrekkelijk. Zo kun je vermijden dat je aan volumenormen begint, daar hebben we in de heelkunde inmiddels veel van geleerd. Het is natuurlijk wel zo dat je er een soort minimum aan moet koppelen. Stel dat één op de tien patiënten overlijdt aan een specifieke acute aandoening en jij doet er één per jaar. Dan kun je zomaar twee doden in twee jaar hebben. Volgens de ‘norm’ heb je het dan niet goed gedaan. Maar wie zegt dat?” Metselaar vervolgt: “Er zijn 100 patiënten met dreigend acuut leverfalen per jaar, dat zijn er twee per week. Je wordt er nooit echt goed in en dan heb ik toch 300 patiënten gezien. Moet je voorstellen: ook ik vind het nog wel eens eng, maar iemand die acuut leverfalen voor de tweede of derde keer ziet, dat moet nog een groter drama zijn.”

Acute MDL-arts

Nu herkenning van acute MDL-ziekten en centralisatie van acute zorg besproken zijn, komt vanzelfsprekend de kwestie aan bod *wie* dan die zorg zou moeten verlenen. Is er ruimte voor een superspecialist, de acute MDL arts?

Je vindt nooit iemand die alles beheerst

Kazemier trapt af. “Iedere nacht komt er in Nederland één patiënt met een acuut aneurysma. Elke nacht zijn er 90 vaatchirurgen paraat, waarvan er 89 zitten te wachten op iets wat niet komt. Met andere woorden: hoeveel werk is er eigenlijk voor de acute MDL-arts?” Siersema, ook voorzitter van projectgroep NOVUM (opleidingsplan MDL): “Het nieuwe opleidingsplan brengt aios een aantal bekwaamheden bij, maar het is geen praktijkhandleiding. De uitwerking en invulling van bijvoorbeeld acute MDL is aan de opleiders. Ik denk dat aios de manieren waarop je als arts kennis vergaart, goed aangereikt krijgen. Maar de toepassing en uitwerking ervan in de opleidingspraktijk leveren nog wel een uitdaging op. Als het daarbij gaat om de hoeveelheid werk binnen de acute MDL en de ervaring die je opdoet, ligt dat vooral voor de interventies bij bijvoorbeeld bloedingen en perforaties wat makkelijker. En dat moeten we ook serieuzer gaan bekijken, want het maakt zeker verschil of je wel of geen expert krijgt die de endoscopische zorg geeft die bij die patiënt hoort.”

“Alle acute zorg in één hand: die discussie is in de heelkunde doodgebloed, je vindt nooit een ‘manusje van alles’, iemand die alles beheerst”, aldus Kazemier. “Laat staan zeven dagen, 24 uur per dag”, valt Metselaar hem bij. De manier waarop een acute zorg-superspecialist naar een patiënt kijkt, kan ook verschillen. “Dat klopt,” zegt Kazemier, “traumatologen zijn veel meer bezig met het ‘binnen een uur van de operatietafel afkrijgen’ van de patiënt en vinden dat wij het ‘te mooi’ willen doen. Maar ik heb liever een spoed-Whipple-procedure door iemand die het meerdere malen per maand electief doet, dan iemand die veel spoedoperaties uitvoert maar een Whipple-procedure maar één keer per jaar uitvoert. Ik vind als hepa-

topancreaticobiliair (HPB)-chirurg dat ik mijn aios ook de acute HPB moet leren.”

Rooster

“De beste dokter bij de ziekste patiënt krijgen, daar gaat het om”, vindt Siersema. “Maar hoe zit het dan met de dienstenbelasting”, vraagt Metselaar zich af. Kazemier reageert: “We hebben dienstploegen voor upper-GI, lower-GI en HPB, alleen al voor de buikchirurgie. Maar dat zal je waarschijnlijk in de MDL ook gaan krijgen met bleedingsinterventies en ERCP. Hierdoor krijg je in toenemende mate gespecialiseerde mensen in dienst, en dus: meerdere mensen in dienst. Je hebt daarmee vaker dienst, maar je hoeft wat minder vaak te komen.” Metselaar vult aan: “Je ziet heel duidelijk dat sommige dokters elke nacht vier endoscopieën doen, andere artsen hebben ’s nachts nog nooit een scopie gedaan. Terwijl de kans dat ze dezelfde problematiek tegenkomen gelijk is. Dus wat je doet, heeft ook met kennis en vaardigheden te maken.” Kazemier komt terug op Siersema’s opmerking bij het begin van het gesprek, om tot 23:00 in huis te blijven. “Het is vanuit een kwaliteitsidee volledig te rechtvaardigen, maar wij hebben dat weer teruggedraaid. *De facto* ga je merken dat je maar eens in de zoveel diensten iets doet tot 23:00 uur, de hitkans is te laag.” Een simpele oplossing lijkt niet zomaar voorhanden.

Multidisciplinair overleg

Volgens de drie hoogleraren is veel meer te verwachten van multidisciplinair werken. Metselaar: “En dan niet één keer in de week met elkaar zitten praten over chronische of nieuwe patiënten, maar: continu met elkaar meedenken. Maak gebruik van de huidige digitale technieken! Als ik op de hoogte ben van de situatie van een patiënt, ook al hoeft ik niet te opereren, dan voel ik mij toch medeverantwoordelijk.” Siersema voegt daaraan toe dat dit niet alleen geldt binnen het eigen ziekenhuis maar ook en vooral daarbuiten. “Dit is pas echt een pleidooi voor regionalisering van de aanwezige expertise bij de acute MDL-zorg.”

ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND: DISCUSSIE OVER SPREIDING EN CONCENTRATIE (ACUTE) ZORG REGIONAAL VOEREN

Dichtbij als het kan, verder weg als het moet

“Als in de acute MDL-zorg of in de MDL-zorg in het algemeen de incidentie van een aandoening toeneemt, zoals recent colon-ischemie, dan ligt de verantwoordelijkheid in de eerste plaats bij de beroepsgroep hoe je zo’n veranderende zorgvraag van een slim antwoord voorziet. Slim in de zin van: zonder veel extra kosten en zonder een tekort aan capaciteit te veroorzaken. Dat betekent dat je bijvoorbeeld moet nadenken welke gevolgen het ophogen van volume-eisen heeft over pakweg tien jaar. Waar in Nederland voldoet die zorg dan nog aan de randvoorwaarden zonder dat patiënten er te laat toegang toe krijgen?”

Ter illustratie verwijst Wout Adema, directeur Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar de oorzaak van de halvering van het aantal duikteams bij Nederlandse brandweerkorpsen. Nadat in enkele jaren tijd drie brandweerdikers waren overleden, kwamen er in 2008 regels bij en werd de opleiding herzien. Nu, tien jaar later, is de vraag of je op tijd uit het water wordt gered, afhankelijk van de regio waarin je dat overkomt.

Concentratie en spreiding zijn ook een terugkerende discussie in de (acute) zorg. Wat Adema met genoegen vaststelt, is dat deze discussie steeds meer in een regionale context komt te staan. “Het is niet meer heel plat: concentreer het volume, dan wordt de zorg beter. In sommige regio’s betekent concentratie dat er gaten in de keten ontstaan, delen van de zorg niet worden afgedekt en reistijden toenemen.”

Verzekerde centraal

Toegankelijkheid is, naast betaalbaarheid en solidariteit, één van de pijlers onder het zorgstelsel waarvoor de ZN-leden verantwoordelijk worden gehouden. Welke mogelijkheden zien de zorgverzekeraars om de acute MDL-zorg in de regio beschikbaar

te houden? “Dichtbij als het kan, verder weg als het moet”, vat Petra van Holst, algemeen directeur van ZN, de visie van de zorgverzekeraars kernachtig samen. “We willen als zorgverzekeraars vanuit de verzekerde, vanuit de patiënt, denken. Wat willen zij en wat betekent dit voor het zorglandschap? Dat streven hebben we vastgelegd in Ambitie 2025.”

Voor de patiënt zijn toegankelijkheid en kwaliteit de belangrijkste factoren, stelt Van Holst. “Je wilt dat een patiënt makkelijk over de gespecialiseerde kennis van de MDL-arts kan beschikken, zeker in de acute zorg. Dichtbij als het kan, maar voor complexere gevallen misschien ook wel verder weg als het moet. Vooral over de organisatie van die complexe zorg zullen de MDL-artsen zelf, samen met de ziekenhuizen waarin zij werken, keuzes moeten maken. Als zorgverzekeraars willen we zeker niet op de stoel van de beroepsgroep gaan zitten. Evenmin is er van onze kant de behoefte centraal af te kondigen hoe de zorg in een regio moet worden georganiseerd. Wel vinden we dat alle betrokken partners, dus ook de zorgverzekeraars, per regio samen moeten kijken wat past en hoe de zorg te organiseren.”



Petra van Holst

Regie pakken

Minister Bruno Bruins van medische zaken wil dat de zorgverzekeraars de regie pakken als de ketenpartners in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) er niet uitkomen om de problemen in de acute zorg het hoofd te bieden. Het is, zegt Van Holst, aan de individuele zorgverzekeraar hoe daar in de afzonderlijke elf regio's mee om te gaan. "Een vergelijkbare discussie hebben we gehad over eerstelijnsverblijfszorg. Toen is in de regio zelf bepaald wat er moest gebeuren en zag je een diversiteit aan oplossingen ontstaan. We hebben toen wel gezegd, dat daar waar niemand de regie pakt, de zorgverzekeraar in elk geval het gesprek initieert. Het mooie van ons stelsel is dat we hiermee in elke afzonder-

lijke regio kunnen afstemmen op de lokale behoeften."

Kwaliteitskader spoedzorgketen

Ketenpartners praten al sinds 2015 over het kwaliteitskader spoedzorgketen, dat ervoor moet zorgen dat betrokken partners (ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsenposten, SEH's en acute psychische hulpdiensten) beter met elkaar gaan samenwerken. Er is consensus over de inhoud van het kwaliteitskader. Wel maken zorgverzekeraars en medisch specialisten een voorbehoud. Zij willen eerst onderzoek naar de uitvoeringskosten. Drie jaar overleg, is dat niet lang?

"Nee", vindt Wout Adema. "Het is goed de tijd te nemen bij de inrichting van een duurzame infrastructuur. We willen betere zorg bewerkstelligen, betaalbaar houden en ook nog eens prettig werkbaar. In de tijd schuiven we in ons denken steeds enorm op. Nog niet zo lang geleden is afgesproken dat de minimumnorm voor bijvoorbeeld operaties van slokdarm- en maagtumoren twintig moest zijn. Na verloop van tijd ontstaat het inzicht dat je naar hogere volumes moet om daar een heel team omheen te kunnen zetten. Hogere volumes blijken vervolgens weer te leiden tot betere uitkomsten, waardoor patiëntenorganisaties hun positie van zorg dichtbij verlaten en prioriteit geven aan kwaliteit. Dus als je wat langer de tijd neemt, veranderen inzichten en kom je tot nieuwe conclusies. Dat zou ook de beroepsgroep moeten aanspreken."

Metten van kwaliteit

Zelf deden Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) met behulp van declaratie-data wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van incontinentiemateriaal na prostaatverwijdering bij ruim 1800 patiënten die een operatie van prostaatkanker ondergingen. Urine-incontinentie is één van de meest voorkomende neveneffecten. Uit het onderzoek kwam naar voren dat

MDL-artsen en ziekenhuizen zullen zelf keuzes moeten maken

de kans op incontinentie afneemt wanneer ziekenhuizen minimaal 100 patiënten opereren.

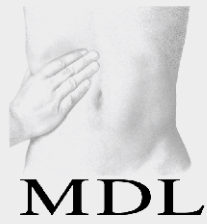
"Het meten van kwaliteit kost tijd", constateert Petra van Holst. "En vervolgens moet je met elkaar in gesprek over de vaststelling dat het aantal patiënten dat met incontinentieklachten blijft zitten, te groot is. En dat je dus prostaatkankeroperaties niet overal moet willen uitvoeren. Je kunt zo'n gesprek over concentratie voeren op basis van inhoudelijke argumenten in het licht van de mogelijke problemen die hierdoor in de periferie ontstaan. Het mag niet zo zijn dat daar geen patiënten worden ingebracht in het gemeenschappelijke overleg uit angst die kwijt te raken. Het is ook in het belang van de beroepsgroep zelf dat in dit proces geen negatieve prikkels sluipen."

Solidariteit

Het beleid van Rutte III is erop gericht de zorgkosten in ons land, ruwweg 90 miljard per jaar, in deze kabinetsperiode niet verder te laten stijgen. Van Holst en Adema wijzen erop dat een spanningsveld ontstaat als burgers de stijging van de zorgkosten in hun portemonnee gaan voelen. "Het kan niet anders dan dat we de komende jaren lastige keuzes moeten maken", verwacht Van Holst. "We moeten daarom met alle betrokken partijen het goede gesprek voeren. Met als vertrekpunt: de zorg moet betaalbaar en toegankelijk blijven, want solidariteit is een groot goed. Als de zorgpremie blijft stijgen en je bent jong en gezond, dan kan ik me voorstellen dat mensen zeggen: 'hé, ik maak geen gebruik van de zorg, ik betaal dus eigenlijk voor mijn buurman. Wil ik dat nog wel?' Solidariteit vergt van ons allemaal innovatie, creativiteit en het maken van soms lastige keuzes."



Wout Adema



ADVERTENTIE

Acute MDL-zorg in Zeeland: afstanden zorgen voor eigen dynamiek

De provincie Zeeland is dunbevolkt en de afstand tot medische voorzieningen is vaak behoorlijk. Voor veel inwoners is de dichtstbijzijnde Spoed Eisende Hulp (SEH)-afdeling van een ziekenhuis 30 tot 50 km van hun huis verwijderd.

Er zijn twee ziekenhuizen in Zeeland: ziekenhuis ZorgSaam in Zeeuws-Vlaanderen en het Adrz medisch centrum (Adrz) ten noorden van de Westerschelde. Het Adrz bedient de voormalige eilanden Walcheren, Zuid-Beveland, Noord-Beveland en Schouwen-Duiveland. Inwoners van het voormalige eiland Tholen maken meestal gebruik van de locatie Bergen op Zoom van het Bravis ziekenhuis.

Toerisme

Dankzij de mengeling van polderland, water(werken), duinen en strand trekt Zeeland veel toeristen. Ruim 15 miljoen toeristovernachtingen per jaar betekent dat er 's zomers met 350.000 gasten een verdubbeling van de bevolking plaatsvindt. Dat zorgt ook voor een extra toestroom naar de SEH's

van de beide Zeeuwse ziekenhuizen.

Voor de acute MDL-zorg valt 's zomers een toename te zien van het aantal geïmpacteerd voedselbrokken die moeten worden verwijderd, *haematemesis* (vaak ten gevolge van een Mallory-Weisslesie) en patiënten met een acute (alcoholische) pancreatitis. Daarnaast wordt nogal eens een beroep gedaan op de MDL-arts bij vaak ernstig zieke toeristen uit binnen- en buitenland, die nog graag één keer op vakantie gaan en dan toch in het ziekenhuis belanden.

Haven en watersport

Vlissingen en Terneuzen zijn havensteden. Met enige regelmaat melden zich zeelieden die MDL-zorg nodig hebben. De zorgvraag vanuit deze groep is de laatste jaren wel duidelijk afgenomen door de reductie van het aantal bemanningsleden per schip, het strikte geen-alcoholbeleid op de schepen en het sneller vervoeren van bemanningsleden naar huis.

De watersport levert de MDL geen specifieke patiënten op, maar het Adrz heeft wel een speciale opvang voor duikslachtoffers uit het gehele land. Deze hebben vrijwel nooit MDL-problematiek. Eenmaal heb ik een duikslachtoffer gezien met een barotrauma van de maag ten gevolge van perslucht in de maag op grote diepte. Bovenwater bij atmosferische druk zet de lucht in de maag dan uit en zorgde tezamen met explosief opboeren voor bloedende lesies in de maag en de slokdarm-maagovergang.

Franse ziekenhuizen

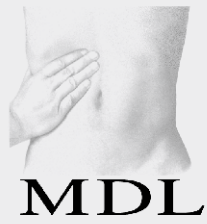
Enkele jaren geleden meldde zich een Russische kapitein. Hij voer in de golf van Biskaje toen hij buikpijn kreeg. De pijn was dusdanig dat hij wel een dokter wilde raadplegen. Maar via anderen had hij begrepen 'dat je Franse ziekenhuizen maar beter kon vinden'. Hij nam contact op met zijn agent in Vlissingen en voer door naar de Vlissingse haven. Hij had een zeer ernstige biliaire pancreatitis. Na ERCP en IC-opname kon hij na enige weken op transport naar St. Petersburg. Het regelen van zo'n transport heeft zo zijn eigen problematiek en dynamiek, met veel formulieren, telefoontjes et cetera. Een bijzonder ervaring!

Externe acute zorgvraag

De acute zorg in het Adrz is strak geregeld vanuit de visie dat acute zorg goed planbaar is. De grootste stroom acute patiënten loopt via de as huisarts/HAP-SEH-Acute Opname Afdeling (AOA). Deze AOA is een goed gestructureerde omgeving waarbij binnen 48 uur de noodzakelijke diagnostiek wordt verricht en de patiënt binnen 48 uur óf naar huis kan of wordt opgenomen op een reguliere verpleegafdeling. Vanuit de interne geneeskunde/MDL-vakgroep is er overdag altijd een internist acute geneeskunde beschikbaar op de AOA. Deze heeft de regie over de acuut opgenomen patiënten. In strak overleg met de MDL-arts van dienst wordt de patiënt ontvangen en een plan van aanpak bepaald en uitgevoerd. Deze werkwijze is destijds ontworpen toen er slechts twee MDL-artsen in het Adrz waren, met MDL-werkzaamheden op drie locaties. Ook nu we sinds kort kunnen werken met vijf MDL-artsen en een internist met MDL-aandachtsgebied, blijkt deze werk-

Figuur 1. Afstand in kilometers tussen Adrz-Goes/Adrz-Terneuzen en diverse ziekenhuizen in Nederland en België.

	Terneuzen	Goes
Rotterdam	129	101
Leiden	152	124
Utrecht	149	177
Antwerpen	56	61
Gent	38	79
Brugge	60	89
Brussel	94	109
Leuven	104	114
Lille	111	141



ADVERTENTIE

wijze nog steeds heel efficiënt én een goede kwaliteitswaarborg. Bedenk daarbij dat wij in het Adrz niet de beschikking hebben overaios of anios en de MDL-zorg nog steeds over drie locaties is verdeeld.

Internist acute geneeskunde

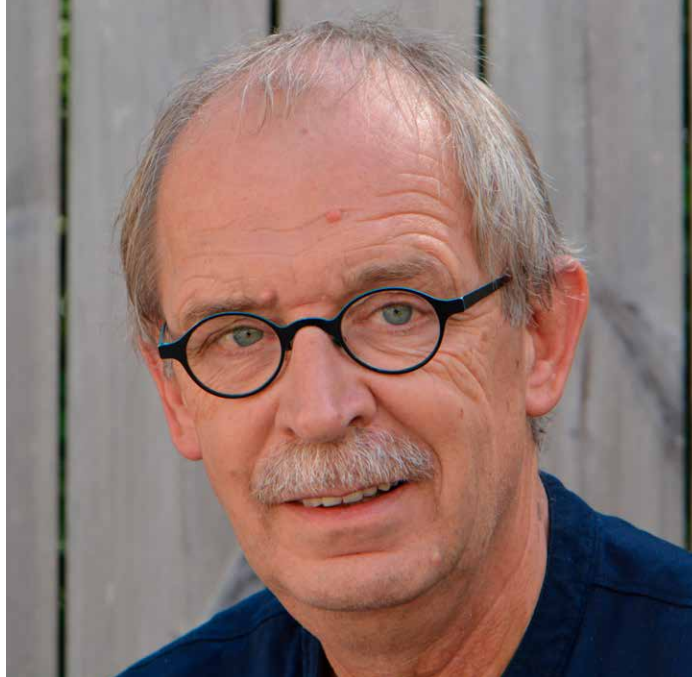
Een acute, vaak complexe, MDL-patiënt heeft meer aan een internist acute geneeskunde met goede kennis van zaken ter plaatse en een MDL-arts laagdrempelig benaderbaar en stand-by dan aan een MDL-arts van dienst die naast het werk op de AOA ook andere (acute) taken in het ziekenhuis heeft. De permanente aanwezigheid op de AOA en de rol als regisseur van de logistiek op AOA, SEH en ondersteuning (lab en röntgenafdeling) blijken van grote waarde. Deze spin-in-het-webfunctie van de internist acute geneeskunde geldt eveneens voor de subspecialismen binnen de interne geneeskunde.

Locaties

Het Adrz heeft drie locaties: Goes, Vlissingen en Zierikzee. De acute zorg is gecentreerd in Goes, alleen daar is een SEH (met niveau 2 Intensive Care). Dit vergemakkelijkt het verlenen van acute MDL-zorg. Op de locatie Goes is er 24/7 MDL-dienst, endoscopieservice et cetera. Het endoscopieprogramma heeft standaard een aantal spoedplekken voor die dag. Ze worden zelden onbenut gelaten. Binnen de electieve endoscopieprogramma's in Vlissingen en Zierikzee zijn er semi-spoedplekken, waarbij patiënten binnen een week een scopie kunnen ondergaan.

Interne acute zorgvraag

Een vraag vanuit het ziekenhuis naar acute MDL-zorg komt vooral voor op de locatie Goes, een enkele keer op de locatie Vlissingen (met naast dagverpleging ook kortverblijfbedden, een OK-complex en endoscopieafdeling) of Zierikzee (met dagverpleging, poliklinische OK en endoscopieafdeling). Meestentijds wordt de patiënt vandaaruit overgebracht naar Goes voor verdere diagnostiek en/of behandeling.



Bram Tanis: "Voor ons is het een uitdaging om de patiënt en de familie het reizen zoveel mogelijk te besparen."

Geografie

De geografische ligging van Zeeland heeft invloed op het verwijspatroon als patiënten tertiaire zorg nodig hebben. In de acute situatie telt afstand, bereikbaarheid en kwaliteit.

Het heeft de voorkeur om in Nederland naar Nederlandse zorginstellingen te verwijzen. Patiënten hebben echter nogal eens een andere voorkeur. *Figuur 1 (pag. 113)* toont het verschil in afstanden in kilometers.

Alleen al vanuit geografisch oogpunt is het begrijpelijk dat vanuit Terneuzen vaker naar Gent wordt verwezen. Ook zijn er diverse specialisten, die zowel in Terneuzen als in Gent praktiseren.

Het is onze ervaring, dat bij de noodzaak van een acute MDL-overplaatsing de bereidheid en de mogelijkheid om een patiënt over te nemen, bij de Belgische collega's groter is dan bij veel Nederlandse centra. Vaak eindigt een belronde met meerdere Nederlandse academische centra uiteindelijk met een belletje naar Antwerpen of Gent. Waarbij dan met één keer bellen een bed beschikbaar wordt gemaakt en spontaan aangeboden wordt om een MICU te sturen. Gezien de afstanden is het voor ons een uitdaging om zoveel mogelijk de patiënt en de familie het reizen te besparen. Dat is één van de redenen die het werken in deze regio zo leuk maakt. Zeker in samenwerking met een hoogwaardige IC en een groep uitstekende GE-chirurgen.

Vliegtuig

Ze kwam uit Almere en had haar 90+-verjaardag in Zeeland gevierd. Helaas was een stukje vlees van de barbecue op de avond vóór haar vertrek iets te groot voor haar slokdarm.

Nadat ik haar van het stukje vlees had verlost, zei ik meelevend: "Nou, dat is morgen weer een paar uur rijden." "Welnee," zei ze, "ik ga met het vliegtuig." Ver in de 90, toch misschien wat minder werkelijkheidszin? Daar leed de dokter aan! Ze reisde inderdaad per vliegtuig terug van vliegveld Midden-Zeeland naar Lelystad Airport. Zoals ze gekomen was.

Conclusie

De acute MDL-zorg in Zeeland verschilt in zijn algemeenheid niet zo veel van de rest van Nederland. Wel zorgen de toeristen met name in de zomer voor vakantiegerelateerde aandoeningen. En meer en meer komen ernstig zieke patiënten (voor het laatst) naar deze mooie provincie. Het zijn vooral de afstanden, zowel binnen de provincie als naar daarbuiten, die zorgen voor een eigen dynamiek.

O ja, vóór ik het vergeet: buitenlandse toeristen kunnen bij onze MDL-artsen terecht met Engels, Frans, Duits, Vlaams, Bosnisch, Servisch, Kroatisch, Sloveens, Grieks of Arabisch.

Bram Tanis, MDL-arts Adrz

Met dank aan Melanie Van Pelt, internist Adrz

Acute veranderingen in gefuseerd MDL-Amsterdam UMC

Volgens de Dikke Van Dale is ‘acuut’ synoniem aan ‘dringend’, ‘urgent’, ‘plotseling’ of ‘plotseling optredend’. Dat laatste geldt natuurlijk niet voor de alliantie tussen de twee Amsterdamse universitaire ziekenhuizen. Reeds vele jaren geleden hebben de beide directeurs Marcel Levi en Wouter Bos het plan gesmeed om tot een innige samenwerking en uiteindelijk fusie te komen. Wat wel acuut is, is dat het nu ook écht gaat gebeuren, wat ‘dringende’ vragen over het hoe oproept. Zoals: wat gebeurt er met de MDL?

Alle autoriteiten hebben hun zegje gedaan en op 7 juni jongstleden was de bestuurlijke fusie een feit. Er is inmiddels één raad van bestuur, één raad van toezicht én een ‘vlekkenplan’ hoe de verschillende afdelingen en thema’s zullen lateraliseren. Ook zijn de eerste bewegingen al gaande. De medische microbiologie verhuist naar de Meibergdreef en de oogheelkunde gaat nog dit jaar naar De Boelelaan. De kinder-IC aan De Boelelaan is inmiddels gesloten en de gehele kinderafdeling zal snel op de Meibergdreef samenkomen.

MDL in Amsterdam UMC

Na het emeritaat van Chris Mulder in de zomer van 2017 zal nog dit jaar één afdelingshoofd worden benoemd die de scepter zwaait op beide afdelingen MDL van het Amsterdam UMC. Dat wordt Paul Fockens. Gerd Bouma, die een jaar lang interim-afdelingshoofd in het VUmc is geweest, blijft vooralsnog als waarnemend afdelingshoofd op de locatie De Boelelaan nauw bij het management betrokken.

De ontwikkelingen volgen elkaar daarna naar verwachting snel op. In 2019 zal het hele zorgpad voor patiënten met slokdarm- en maagkanker verhuizen naar De Boelelaan, inclusief alle betrokken MDL-artsen

van het AMC. Zo komt er al een wat gelijkwaardiger verdeling. Ook verwachten we dat volgend jaar met de bouw van een fonkelnieuwe endoscopie-afdeling kan worden begonnen, die hopelijk in 2020 gereed zal zijn. De huidige tijdslijn laat in 2022 een complete lateralisatie zien voor alle specialisten, zowel benigne als maligne, betrokken bij het thema MDL. Dan zullen ook de onderzoekslaboratoria verhuisd zijn, is er een nieuwe proefdierfaciliteit op De Boelelaan, et cetera. De omvang van deze lateralisatie is echter dermate groot, dat we blij zijn in 2019 te kunnen oefenen met en leren van de relatief kleine verhuizing van de zorgpaden slokdarm- en maagkanker. Intussen is het de bedoeling dat de MDL-artsen op vrij korte termijn één staf vormen en regelmatig allemaal aan beide zijden van de Amstel werken.

Speerpunten

De speerpunten van beide MDL-afdelingen worden samengevoegd tot de volgende zeven: IBD, leverziekten, neurogastro-enterologie, dunne darm & voeding, slokdarm & maagkanker, HPB en CRC.

Onderzoek

Verder zijn er in het Amsterdam UMC acht onderzoeksinstituten ingericht

(www.amsterdamresearch.org). Voor de MDL is Amsterdam Gastroenterology & Metabolism (AG&M) het belangrijkste onderzoeksinstituut. Een deel van het MDL-gerelateerde onderzoek zal ook plaatsvinden binnen Infection & Immunity en het Cancer Center Amsterdam.

Het zit onderzoekers in de haarvaten om letterlijk over de grenzen van de eigen instelling heen te kijken en te denken in mogelijkheden tot samenwerking. De onderzoeksinstituten zijn daarmee een belangrijk natuurlijk vehikel gebleken in het proces van alliantievorming. Gezamenlijke researchretrates en het opzetten van gemeenschappelijke kernfaciliteiten spelen hierin een belangrijke rol. Het is verheugend te zien dat de meeste OIOs zich inmiddels al meer onderdeel van AG&M voelen dan VU- of AMC-er. Zij spelen daarmee een belangrijke rol in het versmelten van de *couleurs locales*.

Ieder onderzoeksinstituut kent twee onderzoeksdirecteuren: vanuit locatie AMC is dit Stan de Graaf en vanuit locatie VUmc Gerd Bouma. AG&M kent vier hoofdthema's, te weten gastro-intestinale oncologie, gastro-intestinale immunologie, *inborn errors of metabolism* en het thema endocrinologie, metabolisme en voeding. Het instituut is daarmee nadrukkelijk specialisme-overstijgend, waardoor interessante dwarsverbanden ontstaan.

Eén van de uitgangspunten van de alliantie is, dat de onderzoekers zo dicht mogelijk bij de klinische afdelingen werken om tot een optimale interactie tussen onderzoekers en klinici te komen. Dit speelt ook nadrukkelijk mee in het vlekkenplan en de bouwplannen.

Opleiding en onderwijs

Voorlopig blijven onderwijs en opleiding nog gescheiden. Immers, er zijn nog steeds twee opleidingsregio's en twee universiteiten met elk hun eigen studenten. Zodra de lateralisatie gaat beginnen, zal daartussen al vrij snel steeds meer samenwerking en uitwisseling ontstaan. Voor opleiding en onderwijs worden het daarmee uiteraard ook spannende tijden, toch zullen die grotendeels pas aanbreken nadat de lateralisatie is voltooid.

Intussen worden wel de banden met de regionale ziekenhuizen aangehaald. Met het verdwijnen van de vriendschappelijke competitie tussen het AMC en VUmc van voorheen zal hopelijk ruimte ontstaan voor een zeer hecht regionetwerk met intensieve samenwerking op het gebied van zorg, onderzoek en onderwijs/opleiding. Hopelijk zal het Antoni van Leeuwenhoek (AvL) hierbij ook snel kunnen aansluiten.

Acute MDL-zorg

En dan even terug naar de acute zorg waarop in dit themanummer van *MAGMA* de nadruk ligt. De grote spoedeisende hulp-afdeling (SEH) van het Amsterdam UMC is gepland op de Meibergdreef. Uiteraard is er voor patiënten die op De Boelelaan onder behandeling zijn, aldaar een soort besloten SEH. Patiënten op De Boelelaan met een verstopte stent bij een pancreascarcinoom verhuizen naar de SEH op hun 'eigen' locatie en dat geldt ook voor patiënten met een exacerbatie van hun IBD of met een acute verslechtering van hun leverziekten. Maar patiënten die zich nieuw presenteren met bijvoorbeeld een pancreatitis, zullen op de Meibergdreef worden opgevangen. Dit laatste betekent, dat er dus ook MDL-

zorg op de Meibergdreef geleverd moet (blijven) worden. En sowieso zijn er op de Meibergdreef veel cardiologische, neurologische, interne, gynaecologische en andere patiënten met grotendeels benigne aandoeningen. Dus zal er op de Meibergdreef ook na 2022 continu behoefte zijn aan MDL-artsen en een aantal a(n)ios die er hun acute stage doen. Zoals we het nu voor ons zien, zal er wekelijks telkens een nieuw groepje MDL-artsen van De Boelelaan een hele week op de Meibergdreef doorbrengen, waarbij men gedurende die week alle dagen beschikbaar is voor zorg en geen afwezigheid of andere activiteiten heeft. Een soortgelijk systeem is vorig jaar ingevoerd in het AMC en bevalt zeer goed, met name om de continuïteit van zorg te waarborgen: daar ligt momenteel een flinke uitdaging.

Toekomstverwachting

Al met al wordt het een spannende tijd vol mogelijkheden en zeker ook vele uitdagingen. En er zijn nog heel veel vragen. Kunnen

we iedereen enthousiasmeren voor deze verhuizing of gaan we ook mensen verliezen? Worden we niet te groot als Amsterdam UMC? Voor de afdeling MDL verwachten we dat zeker niet, omdat we op alle speerpunten meer kritische massa kunnen verzamelen, wat hopelijk tot nog betere kwaliteit van zorg en onderzoek zal leiden. Kunnen we niet beter naar één locatie gaan? Daarop lijkt het logische antwoord bevestigend, maar praktisch gezien zal het onmogelijk zijn om één van beide locaties in korte tijd geheel af te schrijven. Een dergelijke kapitaalvernietiging lijkt niet meer te passen in deze tijd. Tot slot: wordt het een succes? Op die vraag zeggen wij samen overtuigend 'ja'. Van de samenwerking tussen onze, nu nog twee aparte, afdelingen kan iedereen uiteindelijk voordeel hebben.

Paul Fockens & Gerd Bouma
afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten,
Amsterdam UMC



Paul Fockens



Gerd Bouma

PERIFEER MDL-ARTS OVER ACUTE ZORG IN BELGIË

‘Mijn affiliatie aan universitair centrum draagt bij aan efficiëntie’

Met de vraag een klein artikel te schrijven over de verschillen in acute MDL-geneeskunde tussen België en Nederland, gaan mijn Nederlandse collega's er blijkbaar van uit dat zulke verschillen tussen beide landen bestaan. Is dat zo?

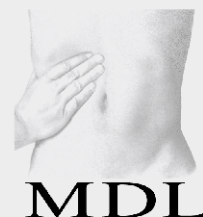
Zoals de meesten onder jullie nog wel zullen weten, ben ik vijf jaar staflid hepatologie/MDL geweest in het Erasmus MC. Momenteel werk ik, ook al weer sinds vijf jaar, in een groot perifeer ziekenhuis in België (AZ Nikolaas) én ben ik verbonden

aan het universitair ziekenhuis van Gent als consulent en gastprofessor.

Contact perifeer-academisch

Dit brengt mij meteen bij het belangrijkste verschil tussen het Belgische en het Neder-

landse ziekenhuissysteem. In België is het heel gewoon om als perifeer MDL-arts (of gastro-enteroloog, zoals we in België zeggen) verbonden te zijn aan een universitair ziekenhuis, waar je dan ook actief deelneemt aan patiëntenzorg (weliswaar ambulant), stafvergaderingen en research. Door deze vorm van samenwerking heb je een veel persoonlijker band met de universitaire stafleden van de verschillende disciplines (chirurgen, interventieradiologen en



ADVERTENTIE

collega-MDL-artsen). En dat betaalt zich uit bij acute MDL-zorg: voor mij als perifeer gastro-enteroloog is het immers zeer belangrijk om direct, en zo efficiënt mogelijk, een acute MDL-casus te kunnen bespreken met de verantwoordelijke specialist. Indien er zich in ons ziekenhuis een patiënt met acuut leverfalen of niet-endoscopisch-te-controlleren varicesbloeding presenteert, weet ik bij wie ik binnen vijf minuten terecht kan om een efficiënte doorverwijzing te bekomen. Ik ben ervan overtuigd dat mijn affiliatie aan een universitair ziekenhuis (en het wekelijks aanwezig zijn op de stafvergadering) bijdraagt aan deze efficiëntie.

Wederzijds respect

Het pleit voor Nederland dat jullie met het concept 'centralisatie van zorg' reeds jaren vóór ons bezig waren. Belgische artsen hebben deze evolutie met argusogen aangekeken en jarenlang afgehouden. Inmiddels zijn we ook in België, deels opgelegd door de verplichte netwerkvorming van onze minister van gezondheidszorg, afgestapt van het principe dat elke behandeling moet kunnen gebeuren 'onder de kerktoeren'. Het gevaar ligt nog bij enkele MDL-artsen die in een solopraktijk 'solo-slim' spelen en hun eigen beperkingen en tekortkomingen niet (willen) onder ogen zien. Een goed arts weet wat hij kan, maar vooral wat hij NIET kan (dit geldt uiteraard niet alleen voor acute zorg).

Centralisatie van zorg kan alleen slagen onder voorwaarde dat er een zeer vlotte samenwerking/communicatie is tussen universitaire en perifere ziekenhuizen. Hiervoor is wederzijds respect van elementair belang. Beide partijen moeten afstappen van hun wederzijdse vooroordelen en van de karikaturen van de universitaire professor in zijn ivoren toren en de 'enkel op geld beluste' perifere MDL-arts. Ik ben ervan overtuigd dat de MDL-arts (perifeer dan wel universitair) anno 2018 aan kwalitatieve geneeskunde wil doen en dat, als we de acute zorg willen optimaliseren, we vooral moeten werken aan intercollegiaal respect en begrip. Aangezien ik met beide kanten



Jeffrey Schouten, voormalig MDL-arts Erasmus MC en sinds vijf jaar werkzaam in Vlaanderen: "Wederzijds respect tussen universitaire en perifere MDL-arts is van elementair belang bij centralisatie (acute) MDL-zorg."

van het systeem ervaring heb, kan ik oprecht zeggen dat de overgrote meerderheid van de universitaire MDL-artsen meer begaan is met zijn/haar patiënt dan met een publicatie in *NEJM* en dat anderzijds de overgrote meerderheid van de perifere specialisten wel meer dan eens per maand een medisch tijdschrift vastneemt en zelfs meewerkt aan wetenschappelijke studies

Abdominale echografie

Dat brengt mij tot een laatste belangrijk verschil tussen (acute) MDL-zorg in België en Nederland. Na inmiddels de tiende editie van de echocursus op de Dutch Liver Week hoor ik tot mijn spijt van verschillende Nederlandse universitaire en perifere collega's, dat de echografie als stethoscoop van de MDL-arts nog steeds niet is ingeburgerd. Vanuit mijn liefde voor de abdominale echografie kan ik het dan ook niet laten opnieuw jullie aandacht hierop te vestigen.

In België hebben wij een echografietoestel in elke polikamer en op de Spoedeisende hulp (SEH). Een patiënt met acute abdomen/abdominale pathologie ondergaat meteen na de anamnese en het klinisch onderzoek een abdominale echografie, wat

de clinicus toelaat om binnen het bestek van twintig minuten een beleidsplan uit te stippelen. We mogen niet vergeten dat onze radiologische collega's vóór de echografie meestal geen klinisch onderzoek hebben uitgevoerd. De exacte kennis van klachtenpatroon en lokalisatie van de pijn laat u als MDL-arts toe om te beginnen aan de echografie vanuit een totaal ander standpunt, waardoor de diagnostische waarde van het onderzoek significant verbetert.

De meest gehoorde argumenten tegen echografie binnen de Nederlandse MDL zijn de kostprijs van het toestel en de afwezigheid van vergoeding voor het onderzoek. Tegen het eerste argument kan ik inbrengen dat de meesten van jullie een echo-endoscopietoestel hebben waarvoor makkelijk een extra *probe* voor abdominale echografie kan worden aangekocht. Tegenover het tweede argument kan ik alleen maar nogmaals benadrukken dat we als MDL-arts moeten vechten tegen het clichébeeld van de op geld beluste MDL-arts. Doen jullie mee?

Jeffrey Schouten, MDL-arts
AZ Nikolaas en UZ Gent

ZUIDERZEE KLASSIEKER 2018

29 SEPTEMBER AMERSFOORT

*Fiets mee voor een
gezonde buik*



**SCHRIJF
JE NU IN!**
50, 80, 120
& 180 KM

INFO & AANMELDEN: ZUIDERZEEKLASSIEKER.NL

MAAG
LEVER
DARM
STICHTING

ZATERDAG 29 SEPTEMBER VINDT
DE 8E EDITIE VAN DE
ZUIDERZEE KLASSIEKER PLAATS

FIETS MEE VOOR EEN GEZONDE BUIK!

Dit jaar is Amersfoort het start- en finishpunt voor dit geweldige fietsevenement. Het bruisend hart van deze dag is het Lieve Vrouweplein aan de voet van de Onze Lieve Vrouwetoren. De toren is de trots en bekendste blikvanger van Amersfoort. Symbolisch gezien kan het niet mooier: de Onze Lieve Vrouwetoren is het absolute middelpunt van Nederland. Dit sluit naadloos aan bij het doel waarvoor we fietsen, de buik, het middelpunt van onze gezondheid.

FIETS MEE!

Je kunt kiezen voor de 50, 80, 120 en 180 kilometer door de gevarieerde omgeving van Amersfoort. Daarbij verliezen we de oude Zuiderzee uiteraard niet uit het oog. Of je nu een beginner bent of een fanatieke fietser; we bieden je een prachtige dag waarop we geld inzamelen voor meer onderzoek naar spijsverteringsziekten, zoals darmkanker, alvleesklierkanker, ziekte van Crohn, coeliakie en PDS. Jouw deelname aan de Zuiderzee Klassieker helpt ons dit doel te bereiken. Onze droom is: een gezonde buik voor iedereen!

Je kunt je individueel inschrijven of als (vrienden)team of bedrijfsteam. De deelnemersbijdrage is € 34,50 en komt ten goede aan ons onderzoek naar spijsverteringsziekten.

ZUIDERZEEKLASSIEKER.NL



LAAT JE SPONSOREN!

Om zoveel mogelijk geld in te zamelen voor meer onderzoek vragen we iedereen om zich te laten sponsoren door collega's, familie en vrienden. Elke bijdrage telt!

EEN GEZONDE BUIK VOOR IEDEREEN

De Maag Lever Darm Stichting is de drijvende kracht in het realiseren van een gezonde buik voor iedereen. Dat is hard nodig. Nederland telt ruim 2 miljoen buikpatiënten. Alleen darmkanker eist al 14 levens per dag. Dat kunnen en willen we niet accepteren. Er is meer onderzoek nodig om deze en andere darmziekten een halt toe te roepen. Hoe meer we weten over de buik, hoe beter we spijsverteringsziekten kunnen opsporen en behandelen.

**SCHRIJF
JE NU IN!**

NIEUWS

Kennispel MDL: steeds beter na feedback

Uit onze enquête én uw reacties bij de Vraag van Vandaag blijkt uw enthousiasme voor het nieuwe NVMDL Kennisspel. Dankzij alle feedback zijn meerdere vragen en/of antwoorden inmiddels aangepast. Hieronder ziet u de meest recente gebruikscijfers.

Update NVMDL Kennisspel

61%

van de uitgestuurde Vragen van Vandaag wordt beantwoord



80% van de beantwoordingen vindt plaats op de dag van ontvangst



45% van deze beantwoordingen wordt vóór 9 uur 's ochtends gedaan



33% van de vroege vogels beantwoordt de Vraag van Vandaag direct bij het opstaan*

91%

van de deelnemers raadt het NVMDL Kennisspel aan aan collega's



MDL-artsen en arts-assistenten gaan **nek-aan-nek** qua juiste beantwoording; 63% vs. 62%



Vragen over **endoscopie** en **HPB** worden het beste beantwoord; 70% en 68%

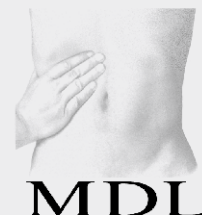


Vragen over **IBD** en **oncologie** worden het slechtst beantwoord; 53% en 61%

17 vragen werden om 3 uur 's nachts binnen 1 minuut na verzending beantwoord!

Gevangenen die een knoopcelbatterij inslikken lopen sinds 26 juli minder risico op een slokdarmperforatie

*: NVMDL guesstimate



BIJSLUITER

Europees examen 2018: Nederlanders aan top

Dit jaar hebben 28 aios-MDL meegedaan aan het Europees examen van de European Board of Gastrology and Hepatology. De Nederlanders hadden samen met de Zwitsers het hoogste slagingspercentage: 86% (24/28). De kandidaten uit de UK deden het voor het eerst iets minder, waarbij moet worden gezegd dat ook veel opleiders en jongere assistenten het examen deden (83%, 146/176). Men wil in de UK het Europese examen 'hebben'.

De best scorende deelnemer was een Zwitserse assistent met 171/200 goede antwoorden. De Nederlanders scoorden hoger dan gemiddeld voor de vragen over slokdarm/maag en pancreas. De voedingsvragen werden slechter dan gemiddeld beantwoord. Het lijkt erop dat men gaat begrijpen hoe het examen werkt, veel vragen zijn gebaseerd op de richtlijnen. Op 17 en 18 april jongstleden hebben 180 specialisten uit vijftien disciplines in Warwick vragen gemaakt voor 2019, georganiseerd door het Royal College of Physicians (RCP). Door de Gastro & Liver-subgroep werden 120 nieuwe vragen beoordeeld, waarvan 100 na eventuele aanpassingen aan het vragenrepertoire werden toegevoegd. 200 oude vragen werden herbeoordeeld, 120 aangepast en 80 werden als verouderd verwijderd. De beoordeelde vragen betroffen onder andere: Forrest-classificatie, borstvoeding bij medicatie en infecties, manometrie, chromo-endoscopie, medicamenteus geïnduceerde mucosale afwijkingen, EASL-richtlijnen, premaligne afwijkingen maag/slokdarm, ballondilataties, vaccinatie bij immuunsuppressie, percutane endoscopische gastrostomie, *refeeding*, auto-immuunpathologie van lever, pancreas en dunne darm, bijwerkingen en monitoring immuunsuppressie, *glutenchallenge*, complicaties NOACS, osteoporosepreventie en therapie bij AIH, IBD et cetera. Vragen over zeldzame aandoeningen als Cronkhite-Canadasyndroom werden moeiteloos afgewezen onder het mom 'who cares'. Het MRCP Gastro-examen van de RCP is sinds dit jaar overgegaan naar het Europese examen. De vragencommissie MDL bestaat uit acht niet-UK leden en acht tot tien UK-leden. De vragenopstellers zijn qua leeftijd een afspiegeling van de praktijk: een derde <40-45 jaar, een derde 45-55 jaar en een derde *end of their career members*. De komende jaren verschuift een en ander naar meer Europese leden.

De UEMS (Union Europeenne des Mediciens Specialistes) neemt het MDL-examen als maatgevend en richtinggevend voor de andere specialismen binnen en buiten Europa. Dat dit door veel niet-Europeaanen herkend wordt, blijkt uit het feit dat 35 Indiërs het examen ook deden (78% geslaagden), naast veel deelnemers uit Noord-Afrika en het Midden-Oosten.

De volgende datum voor het Europees examen is 17 april 2019.

Chris Mulder

European Board of Gastroenterology and Hepatology

MDL TRANSFERS

Nieuwe MDL-artsen gaan naar alle windstreken

Westen

Lauran Vogelaar gaat vanuit het Erasmus MC naar het Diaconessenhuis te Utrecht. Ubbo Wiersema komt na enkele jaren Leeuwarden weer terug naar Rotterdam, hij begint er in het Sint Franciscus Gasthuis als 8^e MDL-arts.

Zuiden

Sander de Kort gaat als 6^e MDL-arts naar het VieCuri Medisch Centrum in Venlo. In het najaar van 2018 zal bovendien Paulien Liedorp als 7^e MDL-arts in het VieCurie MC starten; zij is de eerste vrouw in dit zuidelijke mannenbolwerk.

In het Elkerliek ziekenhuis in Helmond gaan maar liefst 3 nieuwe collega's aan de slag. Per 1 juni is Maarten van Dijk als 3^e MDL-arts begonnen; zijn aandachtsgebied is colorectaal carcinoom. Binnenkort start Marije Hazen als 4^e en begin 2019 volgt Stephan van Stiphout als 5^e MDL-arts.

Na haar opleiding in het Radboudumc start Kim van Bortel per 1 oktober in het Bravis ziekenhuis, locatie Bergen op Zoom. Sinds 1 april neemt Marianne van Heerde aldaar tijdelijk waar.

Matthias Jürgens wordt per 1 juli de 1^e MDL-arts in het St. Jans Gasthuis in Weert; zijn aandachtsgebied is IBD.

Oosten

Nicoline van Heel heeft haar opleiding in het UMC Utrecht afgerond en gaat per 1 augustus starten bij Gelre Ziekenhuizen.

Noorden

Fia Voogd gaat per 1 oktober vanuit het Radboudumc naar Medisch Centrum Leeuwarden. Zij wordt daar de 7^e MDL-arts.

Dorien Oude Hergelink (UMCG) blijft in het UMCG, zij start 1 september als stafid met aandachtsgebieden oncologie en *advanced* endoscopie.

Nederlandse Antillen

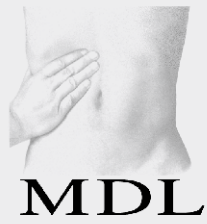
Chris Franca (VUmc) beëindigt zijn opleiding op 1 september en begint dan als eerste Arubaanse MDL-arts in het Horacio Oduber Hospital (HOH) in Oranjestad, Aruba, met als aandachtsgebied interventie en lever.

Er werken daar nog twee andere MDL-artsen, maar deze hebben hun opleiding elders gedaan. Vanuit Nederland moeten we Chris Franca helpen om de MDL op Aruba onderdeel te laten zijn van MDL-Nederland.

Algemeen

De aantallen per 1 augustus: 542 MDL-artsen in Nederland, inclusief 4 MDL-artsen die nog geen lid zijn geworden van de NVMDL. Daarnaast zijn er op dit moment 28 praktiserende pensionado's.

Rob de Knecht



ADVERTENTIE

De activistische aios

Vanaf deze plaats mag ik als nieuw redactielid van de MAGMA, voor twee jaar toegevoegd vanuit het NVMDL i.o.-bestuur, in de schoenen staan van mijn voorganger Geert Bulte. Graag roep ik aios in het land op om de volgende bijdrage te verzorgen. Dit is – ons en dus – jouw platform! Stuur je bijdrage naar nvmdlio@hotmail.com.

Soms mogen aios best wat meer activisme laten zien. Dat is in mijn ogen niet hetzelfde als je aansluiten bij vakbondsgedreven Witte Woede als bij de CAO voor verpleegkundigen in de UMC's. Ook niet hetzelfde als klagen achter de schermen als er toename van dienstbelasting is door krapte in de roosters en je weer eens een dagje consulten mag doen. Of mopperen op onzinnige administratie in VREST, het EPD of misschien nog wel de ergste van allemaal: MijnRGS.

Activisme betekent wat mij betreft vooral: actief met je opleiding bezig zijn. Ofwel puntje 24 in het voorgangsgesprekformulier in VREST: "Wordt de opleiding gevolgd met actieve of passieve instelling?"

Bij de laatste vergadering van de NVMDL i.o. op de voorjaarseditie van de Digestive Disease Days (DDD), waar ruim 150 aios aanwezig waren, viel mij op hoe aios-MDL deze houding van nature al lijken te omarmen. Zo hebben wij momenteel een MDL-aios in het bestuur van de Jonge Specialist (eigenlijk onze vakbond als aios, word lid!) en is er een MDL-aios voorzitter van de Young Talent Group van de United European Gastroenterology (UEG). Dit naast alle aios die actief zijn in de vele commissies waarvoor wij als bestuur van de NVMDL i.o. jullie enthousiasme met regelt maat peilen. Nieuwe vacatures mochten dit

voorjaar op ruime belangstelling rekenen, wat niet vanzelfsprekend is.

Belangrijk voor bijna alle huidige aios-MDL is de invoering van het nieuwe opleidingsplan NOVUM per 1 januari 2019. Dit houdt in dat, als je na 1 januari 2020 klaar bent, je keurig bekwaam verklaard moet worden op alle 47 EPA's met bewijsstukken.

In de afgelopen twee jaar is een stevige discussie gevoerd over vorm en inhoud van NOVUM. De recente uitnodiging voor de vervroegde Opleidingsdag op 30 november stelt echter zeer duidelijk dat we een volgende fase zijn ingegaan: goed implementeren is nu de boodschap!

Ook een boeiende uitdaging dit jaar is de ontwikkeling van het nieuwe beleidsplan van de NVMDL voor de komende vijf jaar. Dit gaat uiteraard ook ons als aios aan. Wat wil jij als nieuwe MDL-arts in 2023 in dit plan terugzien? Blijft de MDL-arts werken binnen het huidige takenpakket of komen er nieuwe taken bij? En welke dan? Moet

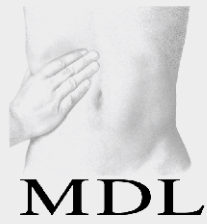
de MDL-arts bijvoorbeeld activistischer aan de slag met het uitbannen van de sigaret, waartoe het NTvG en de longartsen reeds oproepen? En wat te denken van het alcoholgebruik van onze patiënten? Vragen waarmee het NVMDL-bestuur momenteel druk doende is. Afgelopen juni werd ook de mening van de aios bij de eerste boeiende discussieavond zeker gehoord.

Kortom, schuif die (digitale) stapel polibrieven opzij, vergeet even dat rooster maken of het turven van bereikte coecums en kom in actie!

Een goede eerste stap is inschrijven voor het Career Event voor aios op de DDD aankomende oktober; voor de vijfde- en zesdejaars staat weer een goed gevulde zaal met toekomstige collega's klaar bij het speeddaten.

Govert Veldhuijzen
vierdejaars aios, Radboudumc
bestuurslid NVMDL i.o.





ADVERTENTIE

Hysterische dysfagie

Op verzoek van de KNO-arts zagen wij in 2017 op de polikliniek MDL een patiënte van 53 jaar met dysfagie. Zij had zich reeds in 2011 bij de KNO-arts gepresenteerd met slikklachten. Omdat laryngoscopie destijds geen afwijkingen toonde, waren haar klachten als psychosomatisch geduid en was geen verder onderzoek ingezet. Haar voorgeschiedenis vermeldde verder een obsessief-compulsieve stoornis. Patiënte had sinds 2011 aanhoudend dysfagie voor vast voedsel. In de loop der jaren had zij haar eetpatroon en kauwgewoonte aangepast. Zij was niet afgevallen en had geen typische refluxklachten. De KNO-arts had een slikfoto laten maken die ter hoogte van wervels C5-C6 een ventrale insnoering van de oesofagus liet zien (figuur 1).

Wij verrichtten een gastroscopie, waarbij een webachtige vernauwing werd gezien op 17 cm van de tandenrij, die niet met de gastroscoop of XP-scoop te passeren was (figuur 2). We besloten een savarydilatatatie te verrichten tot 10,5 mm. Gastroscopie toonde verder alleen een antrumgastritis. Bipten van maag toonden geen *H. pylori* of atrofie. In proximale en distale slokdarm-biopen werd geen eosinofilie gevonden. Wij constateerden bij patiënte een milde ijzergebreksanemie met een Hb van 7,7 en een ferritine van 6. Antistoffen tegen pariëtale cellen en *intrinsic factor* waren negatief, evenals coeliakieserologie. Coloscopie toonde behoudens hemorroïden geen afwijkingen. Patiënte was inmiddels postmenopauzaal, maar vertelde voorheen altijd veel menstrueel bloedverlies te hebben gehad. Premenopauzaal had zij ook vaak last gehad van kapotte mondhoeken en een brandend gevoel van de mond en tong. Wij stelden vast dat er sprake was van het syndroom van Plummer-Vinson. De oorzaak van de ijzer-

gebreksanemie werd niet geheel duidelijk, maar na orale ijzersuppletie steeg het Hb naar 9,3. Haar dysfagie keerde niet terug.

Bespreking

Het Plummer-Vinsonsyndroom (PVS), ook bekend als Pater-son-Brown-Kellysyndroom of sideropenische dysfagie, kenmerkt zich door de trias van dysfagie, webvorming in de proximale oesofagus en een ijzergebreksanemie.^{1,2} Het werd in 1914 voor het eerst beschreven door H.S. Plummer als 'hysterische dysfagie'³ en in 1922 publiceerde P.P. Vinson een gelijknamig artikel.⁴ De dysfagie bij het PVS is over het algemeen pijnloos, ontstaat over lange tijd en wordt geweten aan gestoorde slokdarmmotiliteit en webvorming. Het web bevindt zich meestal aan de ventrale zijde van de proximale slokdarm en kan bij gastroscopie gemakkelijk gemist worden, omdat het bij introductie van de slokdarm reeds gepasseerd en/of beschadigd kan zijn. Andere symptomen beschreven bij het PVS zijn *cheilitis angularis* (rhagaden in de mondhoek), *glossodynie* en *koilonychia* (lepelnagels).^{1,2} Het PVS is inmiddels zo zeldzaam dat de prevalentie ervan niet goed in te schatten is. Het komt vaker voor bij vrouwen, meestal tussen de 30 en 70 jaar. De vigerende hypothese qua etiologie is dat ijzertekort leidt tot enzymatische en mitochondriële dysfunctie, waardoor mucosale afwijkingen kunnen ontstaan. Verder wordt een genetische predispositie verondersteld en is het PVS geassocieerd met auto-immuunziekten zoals auto-immuun-atrofische gastritis en coeliakie. Belangrijk is om de oorzaak van de ijzergebreksanemie te achterhalen en ijzer te suppleren. De prognose is goed en vaak hebben patiënten slechts eenmalige endoscopische dilatatatie nodig. Belangrijk is de associatie tussen PVS en een verhoogd risico op plaveiselcelcarcinoom van de slokdarm. In dat kader wordt in de literatuur (jaarlijkse) surveillancegastroscopie aanbevolen.^{1,2} De kosteneffectiviteit daarvan is uiteraard nooit aangetoond.

Conclusie

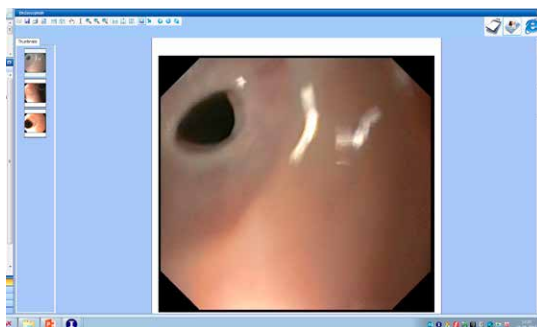
Het Plummer-Vinsonsyndroom is een zeldzame oorzaak van dysfagie en kenmerkt zich door een slokdarmweb en ijzergebreksanemie. Behandeling is relatief eenvoudig en de prognose is goed. Vanwege de associatie met plaveiselcelcarcinoom dient surveillancegastroscopie overwogen te worden.

Tim Belderbos, MDL-arts i.o. Meander MC

Thijs Schwartz, MDL-arts Meander MC

- Goel A, Bakshi SS, Soni N, Chhavi N. Iron deficiency and Plummer-Vinson syndrome: current insights. *Journal of Blood Medicine* 2017;8:175–184.
- Novacek G. Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2006;1:36.
- Moersch HJ, Conner HM. Hysterical Dysphagia. *Arch Otolaryng* 1926;4(2):112–119.
- Vinson, PP. Hysterical dysphagia. *Minnesota Med* 1922;5:107–108.

Figuur 1.



Figuur 2.



ENCAPSULATION OF LIPIDS TO DELAY LIPOLYSIS AND REDUCE FOOD INTAKE

Meinou N. Corstens, Wageningen University & Research, 6 april 2018



De toenemende prevalentie van overgewicht en obesitas vraagt om een effectieve maar bij voorkeur niet-invasieve methode om af te vallen. Een voedingsmiddel dat hongergevoelens onderdrukt, zou goed in deze methode passen. De ontwikkeling van zo'n voedingsmiddel stond centraal in dit promotieonderzoek, waarbij we ons richtten op fysiologische feedback die betrokken is bij hongerregulatie, de zogenaamde *ileal brake* (de rem in het ileum).

Het ontwikkelde voedingsmiddel is een yoghurt verrijkt met micro-capsules. Deze micro-capsules zijn alginaatbolletjes met daarin kleine oliedruppels (een emulsie), die de afbraak van deze olie in het maag-darmstelsel vertragen. Op basis van *in vitro*-experimenten hebben we het afbraakprofiel van verschillende microcapsules bepaald. Dit afbraakprofiel was afhankelijk van de bolletjesgrootte en maasgrootte. Op basis van deze bevindingen is de microcapsule geoptimaliseerd om niet-geabsorbeerde afbraakproducten van vetvertering in het ileum te krijgen.

Gebaseerd op deze bevindingen is een humane interventiestudie uitgevoerd om het effect van emulsie-alginaatbolletjes op voedsinname en het verzadigingsgevoel te onderzoeken. Gezonde

proefpersonen met overgewicht kregen een yoghurt met emulsie-alginaatbolletjes in een cross-overdesign met als controle een yoghurt met dezelfde nutriënten van gelijke calorische waarde en sensorische eigenschappen. Voedingsinname werd twee uur later gemeten tijdens een onbeperkte pastamaaltijd, en was significant lager (51 ± 20 kcal) vergeleken met de controle (gemiddelde reductie van 6,2%).

Dit proefschrift concludeert dat emulsie-alginaatbolletjes een rol kunnen spelen in de regulatie van eetlust en deel kunnen uitmaken van een niet-invasieve methode om af te vallen.

Curriculum vitae

Meinou Corstens (1989) studeerde Voeding & Gezondheid en Levensmiddelen Technologie aan Wageningen University & Research. Voor beide studeerde zij *cum laude* af, waarna zij in 2013 een promotieonderzoek startte. Dit onderzoek was een samenwerking tussen Wageningen University & Research en Maastricht Universitair Medisch Centrum, en werd door haar opnieuw *cum laude* afgesloten. Momenteel is Meinou werkzaam als Quality Specialist bij Aldi Inkoop te Culemborg, met de focus op de ontwikkeling van gezondere voeding.

Het proefschrift is te verkrijgen via meinoucorstens@gmail.com.

OPTIMIZATION OF TREATMENT WITH CONVENTIONAL THIOPURINES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Mark M.T.J. Broekman, Radboud Universiteit Nijmegen, 15 mei 2018



De thiopurines mercaptopurine (MP) en azathioprine (AZA) (een pro-drug van MP) worden al tientallen jaren gebruikt voor de behandeling van de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Beide medicijnen ondergaan een uitgebreid metabolisme voordat de werkzame metaboliëten worden gevormd. Bijwerkingen komen vaak voor en maken dat een groot deel van de patiënten voortijdig met de thiopurine staakt.

Dit proefschrift is erop gericht om het gebruik van thiopurines te optimaliseren. Hierbij hebben wij onder andere AZA en MP met elkaar vergeleken. Internationale richtlijnen spreken geen voorkeur uit voor het starten met AZA of MP. Met gegevens van de TOPIC-studie hebben we AZA en MP vergeleken. We zagen dat IBD-patiënten op MP verhoudingsgewijs een hogere dosis kregen en hierdoor waarschijnlijk vaker dosisafhankelijke bijwerkingen ontwikkelden, zoals verhoogde leverwaardes en een leukopenie, terwijl het therapeutische effect gelijk was. De leukopenie, niet veroorzaakt door een variant in thiopurine S-methyltransferase, was echter mild van aard en niet geassocieerd met het optreden van infecties. Een hogere leeftijd en gelijktijdig gebruik van een

biological waren wel geassocieerd met het optreden van infecties tijdens het gebruik van AZA of MP.

Verder is bij patiënten die deelnamen aan de TOPIC-studie de *Beliefs about Medicine Questionnaire* afgenomen. Hiermee kunnen positieve en negatieve percepties van patiënten worden gemeten met betrekking tot de medicatie die zij slikken. Hieruit bleek dat 50% van de IBD-patiënten zich zorgen maakte omtrent het gebruik van thiopurines; deze groep stopte ook vaker met de thiopurine. Juist bij deze patiënten is extra voorlichting geboden om te voorkomen dat ze voortijdig stoppen met AZA of MP.

Curriculum vitae

Mark Broekman (1985) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. Na zijn afstuderen werkte hij eerst één jaar als anios interne geneeskunde in het Meander MC te Amersfoort. In 2013 startte hij zijn promotietraject onder begeleiding van dr. D.J. de Jong, dr. G.J. Wanten en prof. dr. J. P.H. Drenth. Na één jaar als anios bij interne geneeskunde en geriatrie in het Diaconessenhuis Utrecht is Mark in 2018 gestart met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan het RadboudUMC.

Het proefschrift is te verkrijgen via mark.broekman@radboudumc.nl.

BILIARY STRICTURES AFTER LIVER TRANSPLANTATION, RISK FACTORS, DIAGNOSIS, TREATMENT AND OUTCOME

Claire (A.C.) den Dulk, Universiteit Leiden, 13 juni 2018



Het ontstaan van galwegstricturen na levertransplantatie is een veel voorkomende complicatie. Galwegstricturen kunnen, op basis van hun lokalisatie, worden ingedeeld in anastomotische galwegstricturen (AS) en niet-anastomotische galwegstricturen (NAS).

Met name de ontwikkeling van NAS is een complex proces dat multifactorieel wordt bepaald. Al geruime tijd is bekend dat ischemie-reperfusieschade en immunologische processen geassocieerd zijn met het ontstaan van NAS. Het proefschrift geeft een overzicht van de huidige inzichten over het ontstaan van galwegstricturen. Het blijkt dat de hoogte van het serum alanine-aminotransferase na transplantatie, als marker voor de mate van ischemie-reperfusieschade, een goede voorspeller is voor het ontstaan van NAS bij levers afkomstig van een donor met een circulatiestilstand. Ook werd de relatie van NAS met de vorming van donorspecifieke antilichamen onderzocht. Deze relatie werd niet gevonden, maar de aanwezigheid van donorspecifieke antilichamen was wel geassocieerd met een verminderde *graft survival*.

In het promotieonderzoek zijn verschillende non-invasieve methoden ontwikkeld en gevalideerd, waarmee het screenen van

patiënten op deze complicatie en het diagnosticeren ervan wordt vergemakkelijkt. Zo wordt een scoringssysteem beschreven waarbij het mogelijk is met een MRCP betrouwbaar galwegstricturen aan te tonen of uit te sluiten. Daarnaast bleek dat patiënten met NAS en cholestase een verhoogde elasticiteitsmeting hebben ten opzichte van patiënten met NAS maar zonder cholestase, of patiënten zonder NAS.

Galwegstricturen zijn vaak goed endoscopisch te behandelen, hoewel de behandeling van NAS vaak minder succesvol verloopt dan de behandeling van AS. Ten slotte werd een studie uitgevoerd die onderzoekt hoe de kwaliteit van leven is van patiënten met galwegstricturen.

Curriculum vitae

Claire den Dulk (1986) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Na het behalen van het artsexamen in 2012 startte zij met haar promotieonderzoek bij de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) onder supervisie van prof. dr. B van Hoek en prof. dr. ir. H.W. Verspaget. In januari 2016 is zij gestart met de MDL-opleiding in het Haaglanden Medisch Centrum in Den Haag.

Het proefschrift is te verkrijgen via clairedendulk@gmail.com.

NUTRIENT SENSING IN THE GUT: APPETITE REGULATION IN HEALTH AND OBESITY

Mark van Avesaat, Universiteit Maastricht, 5 juli 2018



Het maag-darmstelsel speelt niet alleen een belangrijke rol in de detectie en vertering van nutriënten, maar ook in de regulatie van honger en verzadiging. Het maag-darmstelsel kan daarom worden gezien als een potentieel

doel bij de zoektocht naar *functional foods* die verzadiging versterken of het hongergevoel doen afnemen. In dit proefschrift onderzochten we de effecten van duodenale infusie van non-calorische voedingsadditieven en de rol van verschillende macronutriënten in het kader van *ileal brake*-activatie.

We stelden vast dat intraduodenale infusie van een combinatie van smaakstoffen resulteerde in een afname van voedselinname in gezonde vrijwilligers. Daarnaast bleek dat intraduodenale infusie van capsäcine resulteerde in een toename van verzadiging, wat vervolgens niet bleek te correleren met het vrijkomen van verzadigingshormonen maar juist met symptomen passend bij gastro-intestinale stress.

Verder zagen we in dit proefschrift dat eiwitinfusie in het ileum, vergeleken met het duodenum en jejunum, resulteerde in de meest potente *brake*. Tevens zagen we dat naast vetten ook eiwitten en koolhydraten in staat zijn de *ileal brake* te activeren en te zorgen

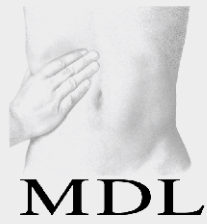
voor een afname in voedselinname en het vrijkomen van verzadigingshormonen.

Op basis van deze bevindingen hebben we een *proof of concept*-studie uitgevoerd, waarbij er gebruik is gemaakt van geëncapsuleerde macronutriënten. Inname van geëncapsuleerde nutriënten, met een beoogd vrijkomen in de distale dunne darm, resulteerde bij patiënten met overgewicht in een afname van voedselinname wanneer dit werd vergeleken met een isocalorische hoeveelheid nutriënten die vrijkwamen in de maag.

Curriculum vitae

Mark van Avesaat (1986) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Na het behalen van zijn artsexamen in 2011 startte hij zijn promotietraject bij de afdeling maag- darm en leverziekten van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) onder begeleiding van dr. Fred Troost, dr. Henk Hendriks en prof. dr. Ad Masclee. In december 2015 is Mark gestart met de opleiding Maag-, Darm- en Leverziekten in het MUMC+, waar hij momenteel ook werkzaam is.

Het proefschrift is te verkrijgen via mark.van.avesaat@mumc.nl.



BIJSLUITERS

Nij Smellinghe wil binnen vijf jaar Buikcentrum van Noorden zijn

De ambitie spat er vanaf. Stephan Schmittgens, voorzitter van de maatschap, Vassilis Koussoulas, geneeskundig manager. Een Duitser en een Griek, neergestreken in het Friese Drachten. De één acht jaar geleden, de ander twee jaar later. Binnen de ziekenhuismuren van Nij Smellinghe bouwen zij met hun collega's (een Spaanse, nog een Griekse en een Nederlands/Friese MDL-arts) gestaag aan het fundament waarop binnen vijf jaar het Buikcentrum van het Noorden moet staan. De eerstvolgende mijlpaal op weg daarnaartoe, is de buikpoli. Die moet eind volgend jaar de deuren openen voor patiënten in Zuidoost-Friesland.

Na een bestuurlijk onrustige periode is Nij Smellinghe bezig zich te ontwikkelen tot een volwaardig ziekenhuis met alle voorzieningen van acute zorg. In zijn profilering heeft het ziekenhuis gekozen voor drie speerpunten, waarvan gastro-enterologie er één is. "Samen met de GE-chirurgen vormt MDL één vakgroep", legt Stephan Schmittgens uit. "We zijn met z'n allen heel gedreven dit behandelingsgebied als speerpunt van Nij Smellinghe te ontwikkelen."

Over uiterlijk vijf jaar is het Buikcentrum van het Noorden er, bezweert zijn collega Vassilis Koussoulas. "In het centrum gaan we vier nauw met elkaar verwante aandoe-ningen, namelijk buikklachten, galblaas-problematiek, IBD en coloncarcinoom, multidisciplinair behandelen. Zowel de chirurgen als wij, de MDL-artsen, willen voor elk van deze aandachtsgebieden een duidelijk zorgpad creëren."

Dagopname galblaasoperatie

Stephan Schmittgens legt uit waarom de uiteindelijke komst van het Buikcentrum nog wel vijf jaar in beslag zal nemen.

"Het ontwikkelen van de vier zorgpaden vreet tijd. Er komt nogal wat bij kijken om een zorgproduct samen te stellen dat ervoor zorgt dat één patiënt op één en dezelfde dag door verschillende specialisten kan worden gezien." Onlangs werd zo'n traject afgerond met de lancering van het nieuwe zorgpad Galblaas. Als eerste ziekenhuis in Noord-Nederland startte Nij Smellinghe met een dagopname voor patiënten die een galblaasoperatie moeten ondergaan.

Buikpoli

Een belangrijk ijkpunt op weg naar het Buikcentrum van het Noorden is de komst van de buikpoli eind 2019. Schmittgens: "Op deze poli gaan we patiënten door verschillende disciplines laten diagnosticeren, in overleg met de huisartsen." Op de buikpoli willen de twee MDL-artsen ook de ervaringen in de praktijk brengen die zijn opgedaan met de anderhalvelijnszorg. Koussoulas: "Daarbij heeft de huisarts de regie, blijft de hoofdbehandelaar en schakelt ons in als consulent. In termen van de snelheid van diagnostiek, patiëntvriendelijkheid en kostenreductie is anderhalvelijnszorg een interessante ontwikkeling."

Uitbreiding vakgroep

Schmittgens en Koussoulas zijn nog op zoek naar een zesde MDL-arts. Verder willen zij de samenwerking met *physician assistants* intensiveren. Op dit moment werken zij met vier van deze zorgprofessionals samen, dat moeten er zes worden.

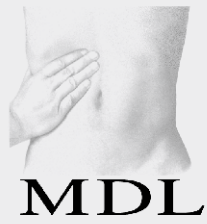
Regionale samenwerking

Begin dit jaar tekende Nij Smellinghe een samenwerkingsovereenkomst met drie andere Friese ziekenhuizen voor het behoud van specialistische zorg in de regio. Schmittgens en Koussoulas zien mogelijkheden om deze samenwerking ten goede te laten komen aan de komst van het Buikcentrum. Schmittgens: "We hebben gesprekken over hoe specialistische zorg binnen de provincie geconcentreerd kan worden. De ambitie van Nij Smellinghe is om zich te concentreren op het onderste gedeelte van de darm." "We moeten elkaar als ziekenhuizen niet als concurrenten zien," vindt de Griekse MDL-arts Koussoulas, "maar als partners die elkaar aanvullen. Uiteraard hebben wij onze eigen ambities die we, als het enigszins kan, koppelen aan de afspraken die we provinciebreed met elkaar maken."

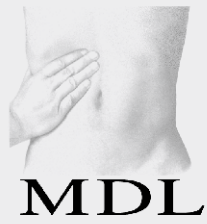


Het MDL-team van Nij Smellinghe in Drachten: (v.l.n.r.) Gea Berends¹, Anke Marije Zonneveld², Martsje van der Sluis³, Riemke Koorman⁴, Stephan Schmittgens², Vassilis Koussoulas², Manolis Pylaris², Javier Rando Munoz².

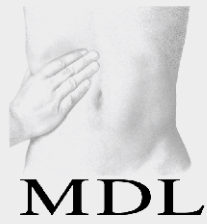
¹IBD-verpleegkundige, ²MDL-arts, ³verpleegkundig specialist, ⁴physician assistant.



BIJSLUITERS



ADVERTENTIE



ADVERTENTIE