

STAND VAN ZAKEN **102** / RONDETAfelGESPREK: MDL-WERK-
GELEGENHEID **104-111** / COLUMN **111** / PALLIATIE **112-113**
BEVOLKINGSONDERZOEK **114-117** / MDL-TRANSFERS **117**
DE SENIOR **119** / KWALITEIT **121** / E-HEALTH: TELEHEPATOLOGIE **122**
INTERVIEW: IBD EN WERK **124-126** / E-HEALTH: NAFLD **126**
ORATIE **129** / VOEDING **131-133** / HEPATITIS DELTA **135**
DE JUNIOR **137** / MDL OVER DE GRENZEN **139** / PROEFSCHRIFTEN **140**
CASUÏSTIEK **142** / FARMACOTHERAPIE **144** / DE AFDELING **145**

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 27 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2021



KLINISCH ARBEIDSGENEESKUNDIGE:
**‘Werk en welbevinden hebben
grote impact op IBD’**

Klimaatverandering: het is twee voor twaalf

Na een rondreis per auto vanuit Rotterdam via Lübeck-Travemünde en Helsinki naar de Baltische Staten en via Warschau, Poznan en Berlijn weer naar huis, vraag ik om aandacht voor het klimaat. Ik besef heel goed: ik heb 2900 km gereden, ongeveer 190 liter benzine verbruikt plus een zeereis gemaakt met een energievretende ferry. Tijd genoeg echter ook om 'ontspannende boeken' te lezen, onder meer hoe de klimaatverandering het leven in West-Europa in 2050 zal hebben veranderd [1]. Al eerder had ik een horrorstory gelezen over wat er met onze wereld gaat gebeuren [2].

In *MAGMA 4-2020* besteedden we aandacht aan het klimaat. Maar leek onze toon toch niet een beetje op een *ver van mijn bed-show*? De afgelopen weken hebben ons met de neus op de feiten gedrukt: overmaat aan regen en overstromingen in Duitsland, België, Zuid-Limburg en Italië, extreme hitte in de Verenigde Staten en Canada, overstromingen in China, bosbranden in Siberië, hittegolf en bosbranden in Griekenland, Italië en Turkije... Een grote groep wetenschappers van diverse pluimage kwam met een 'statement' [3]: waar zij bang voor waren, lijkt nu al bewaarheid.

We hebben diverse signalen ook zelf kunnen opvangen: laatste Elfstedentocht in 1997, meerdere jaren met ernstige droogte, in huis regelmatig in de zomer slapeloze nachten omdat de temperatuur niet onder 20 graden daalt, prunus en forsythia bloeien alsmaar eerder. Binnen de geneeskunde moeten we de tijgermug vrezes en bij onbegrepen koorts moet een infectie met het Westnijlvirus in de differentiaaldiagnose. En dan hebben we het maar even niet over COVID-19.

Ook met een stijging van de gemiddelde temperatuur met 1,5-2 graden, waarnaar nu (als maximum) wordt gestreefd, ziet de wereld er in 2050 al minder 'leuk' uit. Om een gevreesde verdere stijging te voorkomen, moeten we op zes niveaus drastische maatregelen nemen: 1) energie, het gebruik van fossiele brandstoffen moet geheel stoppen; 2) broeikasgassen, de uitstoot daarvan moet naar nul (CO₂, methaan, fluorkoolwaterstoffen); 3) eco-systemen moeten worden hersteld; 4) de mens moet over op een voornamelijk plantaardig dieet; 5) onze kapitalistische economie gebaseerd op economische groei en overconsumptie moet veranderen in een volledig circulaire economie; en 6) het aantal mensen op onze aarde moet dalen (geboortebeperving).

Het nieuwe IPCC-rapport dat recent werd uitgebracht, bevestigt de urgentie. *De facto* hebben we de afgelopen dertig jaar niet veel maatregelen genomen. Dat kunnen we ons de komende dertig jaar echter niet veroorloven. We krijgen slechts één kans. Het lijkt moeilijk, maar het is eigenlijk heel simpel: alles wat goed is voor een mens, is goed voor de aarde...

Rob de Knegt

Referenties

1. Reimer N, Staud T. *Deutschland 2050. Wie der Klimawandel unser Leben verändern wird*. 2021.
2. Wallace-Wells D, *The uninhabitable earth. Life after warming*. 2019.
3. Ripple WJ, Wolf C, Newsome TM et al., World scientists' warning of a climate emergency 2021. *BioScience*, 28 July 2021; doi: 10.1093/biosci/biab079

► REFERENTIES bij artikelen vindt u in de DIGITALE editie. Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/ alle-edities en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 149.

COLOFON

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

Oplage

2750 exemplaren

Redactie

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

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

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

Abonnementen

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

Vormgeving

M.Art, Haarlem
grafische vormgeving

Druk

Deltabach Grafimedia BV
Nieuw-Vennep
ISSN: 1384-5012

MAGMA

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

COVERFOTO

Shutterstock

REDACTIE MAGMA

De inhoud van *MAGMA* wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 8 à 12 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o. Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in *MAGMA* niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven.

Wil je reageren op een artikel?
Heb je een bijdrage als JUNIOR
of SENIOR?

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

Alcohol

Het belang van een gezonde leefstijl heeft door de COVID-19-pandemie extra aandacht gekregen. Met name obesitas werd al vrij snel herkend als risicofactor voor een *infaust* beloop van COVID-19.

De aandacht voor overmatig alcoholgebruik blijft wat mij betreft echter te veel achter. *Dry January* is dit jaar door de pandemie geruisloos voorbijgegaan. Dat is vreemd, aangezien wij dagelijks in onze klinische praktijk de nare gevolgen van alcohol zien. Op elke afdeling MDL-ziekten liggen vaak meerdere patiënten met door alcoholmisbruik ontstane aandoeningen, zoals gedecompenseerde levercirrose, opvlamming van chronische pancreatitis en verschillende soorten kanker. En dat is alleen nog maar op ons eigen vakgebied. Traumatologen, neurologen en psychiaters, om maar een paar specialismen te noemen, hebben elk hun eigen lijst met alcoholgerelateerde aandoeningen.

Ik moest hieraan denken toen ik hoorde dat de verkoop van alcohol in juni dit jaar een piek bereikte (lokaal tot +70%!) als ‘voorbereiding’ op de per 1 juli ingegane nieuwe Alcoholwet. Hierbij mag de maximale korting op bijvoorbeeld een krat bier nog maar 25% bedragen en zijn aanbiedingen zoals ‘1+1 gratis’ verboden. Over het verlagen van de basisprijs en het aanbieden van ‘gratis’ thuisbezorging is helaas niets geregeld in deze nieuwe wet. Dat zal de vrije markt toch niet doen?

Zes op de tien Nederlanders drinken meer dan de Gezondheidsraadnorm van maximaal één consumptie per dag. De sterfte als gevolg van alcoholgerelateerde aandoeningen bedraagt in Nederland per jaar tussen de circa 1900 sterfgevallen (RIVM, 2019) tot ruim 8300 sterfgevallen per jaar (*Global Burden of Disease Study*¹, 2020), met een schadelast van twee tot vier miljard euro.

Samen met de Maag Lever Darm Stichting pleiten we voor betere preventie, opvang- en hulpprogramma's. De eerste lijn zal geholpen moeten worden zich meer te kunnen inzetten voor mensen die willen minderen of stoppen; de tweede lijn met hulpprogramma's voor patiënten met ziekten door hardnekkige alcoholmisbruik. Ik hoop zeer dat hiervoor in de nabije toekomst meer (denk)ruimte komt!

Was getekend,
Frank Vlegaar
-voorzitter-



¹ <http://ghdx.healthdata.org/>

Zomervaria

Wat hebben we dit jaar een vreemde zomer! Corona beïnvloedt ons nog steeds, in het vakantie seizoen bepaalt het zelfs onze bestemming. En wat te denken van hittegolven, bosbranden en overstromingen? Is een verre bestemming nog wel verantwoord op een moment dat dicht bij huis alles vol is? Sommigen van jullie zijn op pad gegaan en hadden geen tijd een artikel te schrijven. Gelukkig droegen anderen spontaan originele onderwerpen aan. Zo spraken we onder andere met klinisch arbeidsgeneeskundige Monique Derikx (p. 124). Kortom, in deze maanden, waarin niets meer hetzelfde lijkt, leidde dit alles tot een zeer gevarieerde *MAGMA*.

De werkloosheid onder jonge klare MDL-artsen is geen dreiging meer, maar een feit. Een rondetafelgesprek hierover met voorname spelers vormt de opening van deze *MAGMA*. Voor degene die – terecht – geen eindeloze *chef de clinique*-functie ambieert, is er de mogelijkheid van het buitenland. Permanent of tijdelijk: het zal je kansen in Nederland absoluut vergroten. Twee jonge MDL-artsen gingen als *fellow* naar het Verenigd Koninkrijk (p. 139). Zou dit geen geschikt model kunnen zijn: een vaste baan na meerdere jaren buitenlandervaring op een gebied dat in Nederland meer ontwikkeld zou moeten worden? Grote MDL-vakgroepen zouden op deze wijze meer vooruit moeten en durven kijken.

Behandelen op afstand ontwikkelt zich sinds de Corona-pandemie razendsnel, nu ook binnen de hepatologie. Patiënten met cirrose kunnen beter worden gemonitord met telehepatologie (p. 122). En NASH-NAFLD samen met de patiënt te lijf met hulp van een app (p. 126) is realiteit.

Voorts ontvingen we bijdragen over palliatie, farmacotherapie, voeding binnen de zorg, het bevolkingsonderzoek darmkanker en kwaliteitsregistratie. En natuurlijk zijn er vaste rubrieken, zoals je die als lezer*es (laten we hopen dat de nieuwe Duitse schrijfstijl niet naar Nederland overwaait) van ons gewend bent: de inzichten van een oudere (senior) en jongere (junior) collega, proefschriften en casuïstiek. Plus een oratie: zeer verheugend dat Manon Spaander recent is benoemd binnen de MDL-oncologie, waarbij haar focus bij preventie ligt.

Voorkomen is beter dan genezen, binnen de geneeskunde én in onze wereld.

Redactie *MAGMA*

U kunt *MAGMA 3-2021* te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

WERKLOOSHEID ONDER JONGE MDL-ARTSEN GROEIT

‘Iedere jonge specialist heeft recht op een eerlijke start’

Al in juli 2020 schreven een aantal aios en een jonge klare een brandbrief naar de NVMDL over de zorgelijke toename van werkloosheid en tijdelijke contracten onder jonge klaren. Sindsdien is het arbeidsmarktprobleem onder jonge MDL-artsen alleen maar gegroeid. *MAGMA* organiseerde begin juli een rondetafelgesprek met als focus: wat is precies het probleem, wat zijn mogelijke oplossingen en wie is aan zet? Deelnemers aan deze (digitale) ronde tafel: Peter Paul van Benthem, voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en KNO-arts; Michael Klemt-Kropp, MDL-arts en secretaris van het Concilium NVMDL; technisch bedrijfskundige en adviseur Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's)¹ Steven Drevers, en de jonge MDL-artsen Govert Veldhuijzen en Peter Oosterwijk.

“In het najaar van 2020 bleek ik een van de weinigen die direct vanuit de schoolbanken nog een vaste werkplek had weten te vinden”, vertelt MDL-arts Govert Veldhuijzen, werkzaam bij Gelre Ziekenhuizen. “Dat geeft de omvang van het probleem wel aan.” In datzelfde jaar was hij – als zesdejaars aios – een van de ondertekenaars van de brandbrief die bij de NVMDL erop aandrong het probleem van de groeiende werkloosheid onder jonge klaren (net afgestudeerde medisch specialisten) hoog op de agenda te zetten. Sindsdien heeft hij samen met andere jonge artsen het *initiatief Jonge Klaren Nederland* opgericht, en maakt hij deel uit van een brainstormcommissie binnen de NVMDL die oplossingen zoekt voor het banenmarktprobleem. “MDL-artsen hebben jarenlang met een kraptemodel gewerkt. Er was juist te weinig mankracht; vacatures werden niet of nauwelijks gevuld. Maar sinds 2019 is dat zeer snel gekanteld, dat zagen wij concreet aan de sterke afname van ziekenhuizen die deelnamen aan het speeddaten met jonge klaren op het najaarscongres in Veldhoven.”

Recente cijfers

Veldhuijzen laat enkele grafieken zien van de NVMDL i.o. en het Capaciteitsorgaan

en licht toe: “Van de jaargroep 2017–2018 heeft rond de 80 à 90 procent vanaf de start meteen een vaste baan bemachtigd. In 2019 en 2020 zie je dat dit omslaat naar tijdelijke banen. Slechts de helft van de jonge klaren heeft nu een vaste plek.” Een recente peiling onder 7.000 jonge klaren (van alle specialismen) uitgevoerd door de FMS en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) laat een soortgelijke ontwikkeling zien. Van de 2.400 startende medisch specialisten zijn er 152 niet werkzaam binnen het eigen specialisme; de helft van de startende medisch specialisten die wel een baan vond, heeft slechts een tijdelijk contract.

Arbeidsvoorwaarden

“Ik ben een van die mensen over wie het gesprek gaat”, zegt Oosterwijk. “Ik heb nu een tijdelijk contract als *chef de clinique* bij het Deventer Ziekenhuis. Ik heb inmiddels verlenging gekregen, maar dat resulteert nog niet in een vast contract. Uitbreiding van de vakgroep is financieel lastig bij het huidige Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg. Dit geldt niet alleen voor mij, maar ook voor collega’s in veel andere specialismen.” Hij maakt zich zorgen. “Langdurig in een tijdelijk contract

zitten of meerdere tijdelijke contracten aan elkaar schakelen is niet prettig. Bovendien: hoe meer ervaring je opdoet, hoe hoger de loonschaal waarin je terechtkomt. Prijs ik mijzelf zo uit de markt? Waar gaat dit heen? Ik heb een gezin met jonge kinderen, wil mij graag ergens settelen en hun zekerheid bieden. Bij een langdurige zoektocht naar een vaste plek is dit lastig. Laat staan voor degenen die na afronding van hun opleiding niet eens uitzicht hebben op een tijdelijke plek.”

Braindrain jonge klaren

Oosterwijk kent al verhalen van jonge werkloze MDL-artsen in de regio die brieven naar ziekenhuizen sturen met de vraag of ze drie dagen per week gratis kunnen komen werken. Dit om hun vaardigheden op peil te houden. “Als we hier niets aan doen, komt er een gigantische braindrain op gang. Er zijn allemaal goede vakmensen opgeleid die een lang traject hebben afgelegd en waarin de opleidingsklinieken veel tijd en geld hebben gestopt. Zij dreigen nu verloren te gaan.” Volgens de cijfers van het Capaciteitsorgaan zal het percentage werkloze MDL-artsen in 2026 oplopen tot vijftien procent, met een overschot van 64 MDL-artsen. Veldhuijzen vult aan: “Opleidingsziekenhuizen bouwen een persoonlijke band op met de aios. Ze zien ze floreren, promoveren en ik weet niet hoeveel initiatieven ontplooiën. Toch belanden ze in de WW. Er gebeurt naar mijn gevoel, ook in de opleidingsziekenhuizen waarin ik heb gewerkt, nog te weinig om dit probleem op te lossen.”

Ingewikkelde discussies

Van Benthem (FMS en KNO-arts, tevens afdelingshoofd LUMC) is wat minder somber gestemd. “Ik heb tijdens mijn werk-



Govert Veldhuijzen:
"Als iedere MDL-arts tien procent
minder zou werken..."

bezoeken mooie voorbeelden gezien van betrokkenheid onder oudere collega's binnen MSB's, die zeiden: 'Het kan niet waar zijn dat deze man of vrouw die wij hebben opgeleid, geen baan krijgt. We schikken in en we regelen dat met het MSB.' Ook ontmoet ik collega's in MSB's die met elkaar besloten: 'we doen maar één tijdelijk contract en daarna moet het vast worden'. Dat vind ik mooie voorbeelden. Maar het zijn altijd ingewikkelde discussies natuurlijk, of je nou vrijgevestigde collega's bent of in dienstverband."

Steven Dreviers (ad interim financieel directeur bij MSB's) kent de goede voorbeelden, maar maakt binnen ziekenhuizen en MSB's ook volstrekt andere mee. Zo ziet hij bijvoorbeeld MSB's profiteren van een flexibele loondienstschild waarmee hun winstmarge wordt verhoogd. "Dat vind ik geen faire systematiek. Ook word ik heel nijdig als ik hoor dat mensen worden gedwongen anders ingeschaald te worden dan de cao voorschrijft. Een jaar ervaring is een jaar ervaring, daarop mag niet worden beknibbeld."

Veldhuijzen bevestigt dat er ook zeker op onethische wijze met personeelsbeleid wordt omgegaan: "Maar de vraag is: hoe gaan we dat effectief tegen als beroepsgroep?"

Probleemstelling

Wat is precies de oorzaak van deze zorgelijke ontwikkeling? Van Benthem: "Het is echt een complex probleem. Olivia Butterman, voorzitter van het Capaciteitsorgaan, wijst onder meer naar het bewind van voormalig VWS-minister Edith Schippers (2010-2017). De VVD-minister wilde meer marktwerking in de zorg. Om de concurrentie te bevorderen werden er daarom meer specialisten opgeleid dan er arbeidsplekken waren. Ik zat in die periode in het bestuur van de KNO-vereniging en deel die ervaring met Butterman. Het Capaciteitsorgaan adviseerde ons om 38 KNO-assistenten op te leiden, terwijl wij er normaal gesproken per jaar 24 opleidden. We hebben toen een NIVEL-rapport laten maken om onderbouwd naar beneden toe te kunnen afwijken, maar met minder dan 27 namen ze geen genoegen. Wij hebben

daar als KNO-vereniging nu nog last van. Binnen de KNO-beroepsgroep hebben we de schade nog enigszins weten te beperken door destijds in te grijpen, maar ik weet dat er medische beroepsverenigingen zijn die andere keuzes hebben gemaakt."

Disbalans in- en uitstroom

Bij het specialisme MDL speelde een ander probleem. Klemt-Kropp, MDL-arts in Alkmaar: "Bij de start van het bevolkingsonderzoek darmkanker (BVO) in 2014 hebben we ons enorm rijk gerekend, zou je kunnen zeggen. De scopieën voor het BVO mogen alleen door MDL-artsen met een bepaalde hoeveelheid scopie-ervaring worden gedaan, zo werd vastgelegd. Op basis daarvan hebben we toentertijd 41 opleidingsplekken gehad. Dat is echt enorm veel. We zaten daarmee zelfs boven de bandbreedte van het advies van het Capaciteitsorgaan. Die inschatting was gebaseerd op de gefaseerde introductie van het BVO, waarbij we begonnen met de oudste cohorten die in verhouding met de jongere cohorten veel meer poliepen lieten

¹ Veel medisch specialisten in vrij beroep zijn lid van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) in hun ziekenhuis. Het MSB werkt nauw samen met de raad van bestuur, onder andere om het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis te verbeteren.

ADVERTENTIE



Peter Oosterwijk:
"Kunnen we het openbreken van het Hoofdlijnenakkoord niet op de agenda zetten?"

zien. Rond de introductie van het BVO zijn enorm veel nieuwe MDL-artsen op vaste plekken aangenomen, vooral in de Randstad en de grote ziekenhuizen, maar ook toenemend in de periferie. Later bleek dat bij de jongere cohorten veel minder interventies nodig waren. Het aantal opleidingsplekken is inmiddels teruggebracht naar 27 per jaar, maar wij zitten nog steeds met een overschot aan MDL-artsen die wij ten gevolge van het BVO hebben aangenomen. Bovendien zitten we met de 'verplichting'¹ door te gaan met taakherschikking in 2022: we moeten meer werk uitbesteden aan niet-artsen (gespecialiseerde verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en *physician assistants*). Dat zal de huidige situatie van banentekorten ook niet vergemakkelijken. Bovendien is de uitstroom van pensionado's geringer dan verwacht, slechts vijf à zes per jaar. Een toename van de uitstroom met vijftien per jaar zal pas optreden vanaf 2024."

Hoofdlijnenakkoord en COVID-19

Behalve het beleid van voormalig VWS-minister Schippers zijn er meer oorzaken

aan te wijzen, die volgens de gesprekspartners wellicht ook naar oplossingen kunnen leiden. Van Benthem: "De aantallen die door het Capaciteitsorgaan destijds zijn geraamd, zijn gestoeld op demografische grondslagen, maar nooit op het Hoofdlijnenakkoord. Daarin werd vier jaar geleden een nulgroei afgesproken. En daar komt de COVID-pandemie nog eens bij. Wat je merkt, is dat ziekenhuizen, academische centra en medisch specialistische bedrijven (MSB) op dit moment geen idee hebben welke zorg van hen over een jaar wordt gevraagd. Wat heeft voorrang? Wordt ook de inhaalzorg straks betaald? Wat is de financiële situatie van het ziekenhuis op het moment dat we uit deze coronacrisis komen? Iedereen houdt z'n arbeidsmarktkaarten op de borst. En dat begrijp ik ook, want dit is de verantwoordelijkheid van een raad van bestuur van een ziekenhuis, die daarop wordt afgerekend door z'n raad van toezicht. Het zijn natuurlijk geen ideale omstandigheden om extra mensen aan te nemen. Bij veel specialismen speelt dit planningsprobleem. De exacte oorsprong is per specialisme verschillend,

maar er zijn zeker gemeenschappelijke delers."

Drevers vult aan: "Wat ook meespeelt, is het oprekken van de pensioengerechtigde leeftijd sinds 2014. Samen met het Hoofdlijnenakkoord en het beleid van 'de juiste zorg op de juiste plek' zorgt dit voor een gigantische cocktail aan onzekerheden waarvan je totaal niet weet hoe je daarmee moet omgaan."

Van Benthem en Klemm-Kropp bevestigen dat. Van Benthem: "Een bedrijf dat in onzekere tijden leeft, investeert niet. Het wil alleen maar losse en geen vaste contracten. Dat is een algemeen economisch principe."

Tien procent indikken

Het probleem ligt nu op tafel, maar wat zien de gespreksdeelnemers als mogelijke oplossingen en vooral: wie is aan zet? Veldhuizen: "We hebben in het najaar van 2020 een gesprek gehad met het Capaciteitsorgaan. Zij berekenen op basis van een aantal parameters nauwkeurig hoeveel in- en uitstroom er per jaar aan specialisten nodig is. Zij hebben uitgerekend dat als er niets verandert aan de huidige situatie, er rond 2027 zo'n

¹ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-behandelingen/taakherschikking>



Michael Klemt-Kropp:
"Alle specialisten in
loondienst is niet de
oplossing."

64 MDL-artsen te veel zijn. Oorzaak is de disbalans in de huidige demografie van mensen die met pensioen gaan en instromers. Ook heeft het Capaciteitsorgaan berekend dat als iedere MDL-arts tien procent minder zou werken, tezamen met vertraagde uitstroom uit de opleiding waarbij elke huidige aiOS zijn/haar opleiding een jaar verlengt, vraag en aanbod op de markt de komende jaren bijna perfect in evenwicht is."

Van Benthem is ervan overtuigd dat de bereidheid om 'in te dikken' en daarmee jonge klaren aan een baan te helpen in de ziekenhuizen en MSB's groot is. "In mijn eigen ziekenhuis, het Leids Universitair Medisch Centrum, is een vacaturestop. Ik had een jonge klare toegezegd dat die vast in mijn staf mocht komen. Dit werd door het

ziekenhuis aanvankelijk geblokkeerd. Mijn hele staf heeft daarop gezegd: wij dikken allemaal in, want we willen dat die blijft. Tijdens mijn werkbezoeken heb ik artsen van MSB's ontmoet die met elkaar afspraken dat pensionado's niet meer mochten komen waarnemen, hoe verleidelijk dat ook is voor een vakgroep. Ervaren artsen weten immers de weg en kunnen meteen de volgende dag een volledig spreekuur draaien. Al deze oplossingen hebben we nodig, maar er zal meer moeten gebeuren. Je zult vele spelers nodig hebben."

Openbreken Hoofdlijnenakkoord

Oosterwijk: "Wat jullie nu noemen aan mogelijke oplossingen, gaat in de richting van herverdeling van het werk onder zorgverleners, over de vraag 'hoe gaan we het allemaal anders inrichten'. Maar ik zie

het Hoofdlijnenakkoord als de 'olifant in de kamer'. Dat zet netto zelfs in op krimp, aangezien de reële zorgvraag toeneemt, terwijl er geen geld bij komt. Kunnen we het openbreken van het Hoofdlijnenakkoord niet op de agenda zetten?" Klemt-Kropp en Veldhuijzen zijn het volledig met hem eens. Klemt-Kropp: "Ik heb vandaag als voorbereiding op deze rondetafelbijeenkomst de MDL-zorg in twaalf ziekenhuizen gescand en hun toegangstijden beoordeeld. In het beste geval is dat 63 dagen, in het slechtste geval 16 weken. Dus er is echt een tekort aan mankracht om de zorgvraag bij de MDL-vakgroepen af te werken. Dat is bij de MDL structureel altijd al zo geweest en toen kwam daar het BVO nog extra bij. Maar door het Hoofdlijnenakkoord is het nu beleid van ziekenhuizen om niemand aan te nemen. Inderdaad, als het akkoord niet wordt opengebroken, lossen we niks op."

Tekort 300.000 verpleegkundigen

Peter Paul: "Ik ga dit ook agenderen bij het Ministerie van VWS. We hebben immers die hele coronapandemie erbij gekregen aan zorg. En dan wacht er nog een berg aan inhaalzorg, dat kan niet voor dezelfde prijs. En daarin ligt mogelijk ook een oplossingsrichting. Overigens verwacht ik, dat ik daarbij de steun heb van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Ik wil ervoor pleiten, hopelijk samen met de NVZ en NFU, om voor de inhaalzorg aanvullende gelden ter beschikking te krijgen. Daarmee kunnen we de specialisten die nu aan de kant staan, wellicht aan het werk helpen."

Drevers ziet extra overheidsgeld niet als oplossing. "Ik ben wat minder enthousiast over de visie dat er structureel veel meer geld bij moet om meer zorg te leveren, en daarmee meer artsen aan te stellen. Ik denk namelijk dat het geld er niet is. Bovendien ben ik bang dat we dan mogelijk het artsenprobleem wel oplossen, maar dat we een verpleegkundigenprobleem overhouden. Daarvan komen we er op termijn namelijk maar liefst 300.000 tekort."



Peter Paul van Benthem:
"Met extra geld voor de
inhaalzorg kunnen we
jonge specialisten
wellicht aan het werk
helpen."



Steven Dreviers:
"Ook levensfasebeleid
kan bijdragen, zoals
ruimte voor een sabbatical of vervroegd
pensioen."

Levensfasebeleid

Dreviers ziet dan ook meer in oplossingen als levensfasebeleid. "Een arts heeft een zwaar beroep, ook mentaal. Is het niet mogelijk om samen met artsen richting het einde van hun carrière een deel van de formatie binnen de MSB's in te leveren of te zorgen voor de mogelijkheid een sabbatical te nemen, zodat je met het geld dat vrijkomt anderen weer laat inschuiven? Ik denk dat het wel eens lekker kan zijn als je in je werkzame carrière een breekpunt kunt inbouwen. Ik merk zelf in mijn werk voor MSB's dat daaraan ook behoefte is. Volgens mij biedt de pensioenregeling voor de vrijgevestigde specialisten (Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten, SPMS) daarvoor zelfs mogelijkheden."

Van Benthem wil een oproep doen aan de pensionado's die blijven doorwerken: "Ik

zie soms collega's tot hun zeventigste doorwerken met waarnemen en invallen. Zij moeten wat mij betreft, zeker in deze tijd, echt ruimte maken." Oosterwijk vindt dat laatste echter wat ver gaan. "Je kunt hen niet dwingen. Er zijn pensionado's die nog zoveel plezier hebben in hun vak. Je kan dan niet als jonge klare zeggen: 'nou *moven*'. Ik begrijp hen ook wel. We hebben een superleuk vak. En waarom zou je inleveren als je drie studerende kinderen hebt? Uiteindelijk komt het er toch op neer dat inkomen inleveren lastig is."

Discussie loondienst

Ook de loondienst discussie komt als oplossingsrichting ter sprake. Dreviers: "Het is misschien extreem om te zeggen: we gaan met z'n allen in loondienst. Maar laat ik het heel duidelijk stellen: voor één vrijge-

vestigde specialist kun je anderhalve jonge medisch specialist in loondienst aanstellen." Voor Van Benthem (eerst vrijgevestigd, nu in loondienst) en Klemt-Kropp (eerst in loondienst, nu vrijgevestigd) ligt daar beslist niet de oplossing. Klemt-Kropp: "Het wordt vaak geroepen: 'neem toch al die specialisten in loondienst, dan zijn we alle problemen in één keer kwijt'. Aanvankelijk werkte ik in loondienst. Toen bepaalde de raad van bestuur of mensen werden aangenomen. De ziekenhuizen zitten nu met dezelfde onzekerheden als de MSB's en zullen dus ook geen vaste nieuwe specialisten aannemen. Sterker nog, ik herinner mij de eindeloze, oeverloze discussies met leidinggevenden in het ziekenhuis over uitbreiding: dat was echt erg. Als vrijgevestigden in een MSB hebben we tenminste de vrijheid om te zeggen: 'weet je wat: we schikken in en nemen

ADVERTENTIE

er wat jonge artsen bij om het stuwmeer aan patiënten die op zorg wachten, weg te werken'. En dat hebben we ook gedaan: bij ons werkt, op één na, iedereen parttime, om zo fte's te creëren voor jonge klaren. De consequentie was dat onze winst achteruitging, maar dat is zeuren op hoog niveau. Het is allemaal ruim voldoende voor een boterham. Die vrijheid heb je niet meer als de raad van bestuur alles aanstuurt." Van Benthem: "Als Federatie vinden we dat die vrije keuze tussen vrijgevestigd of in loondienst werken moet blijven bestaan. Wij zien loondienst niet als panacee voor het probleem dat we nu bespreken."

Veelkoppig monster

"Ultimo werkt van alle medisch specialisten op dit moment 70 procent in dienstverband en 30 procent in vrije vestiging. In mijn

beleving ligt er daarom echt een hele grote verantwoordelijkheid bij de NVZ en de NFU om mee aan te schuiven en na te denken over oplossingen. Ook al vanwege het feit dat de ziekenhuizen hebben geprofiteerd van de opleidingen", benadrukt Van Benthem. "Maar ook VWS heeft een rol, net als de wetenschappelijke verenigingen: die kunnen trends inzichtelijk maken en voorstellen doen richting de ziekenhuizen en vakgroepen. Als Federatie nemen we het probleem heel serieus, daarom hebben we onlangs ook die peiling gedaan onder startende medisch specialisten, en we blijven het monitoren. Maar we moeten ook zorgen dat we van elkaar leren, *best practices* delen van zowel de ziekenhuizen als de MSB's. Ook die rol pakt de FMS op: we gaan inventariseren waar het goed gaat. Maar het blijft een complex probleem, een veelkoppig mon-

MDL-werkgelegenheid in MAGMA 4-2021

In de volgende MAGMA besteden we ruim aandacht aan de huidige situatie op de banenmarkt voor MDL-artsen.

Als u ook een waardevolle bijdrage wilt leveren aan de discussie over oorzaken, keuzes, oplossingen en kansen, bent u van harte uitgenodigd contact op te nemen met de redactie via r.deknegt@erasmusmc.nl.

ster. En er zijn veel mensen die verantwoordelijkheid zouden moeten voelen, vinden wij. Iedereen is aan zet. Want iedere jonge specialist heeft recht op een eerlijke start."



Vijftig procent

Onzekerheden. Allemaal onzekerheden. Is het eigenlijk mogelijk, vroeg ik me af, dat een samenstel van onzekere factoren uiteindelijk een zekerheid oplevert, wanneer het er maar genoeg zijn?

Uit: Een romance van Dirk Ayelt Kooiman

Nwanko Kanu, Christian Eriksen, Abdelhak Nouri, Daley Blind of voorheen Nico Reinders. Voetballers bij Ajax en elk met hartproblemen. Met deze gegevens is het simpel: Ajax opheffen en de hartproblemen zijn de voetbalwereld uit. "Je gaat het pas zien als je het doorhebt."

Met epidemiologische associaties risico's inschatten is lastiger. De klagerige premier en VWS-minister waren ontredder. Werken met 50% kennis om 100% beslissingen te nemen, zo klonk het. Als excuus om besluiten te accepteren met een foutmarge waarmee wij in de medische wereld niet weggomen. De Staat heeft zo zijn eigen maat.

Ons vastklappend aan het mythische evidence-based medicine (EBM) rommelen wij artsen met de dagelijkse onzekerheden voort.

Wat weten we met 50% zekerheid? Een halve waarheid als een koe? Of toch een hele leugen? EBM berust in essentie op waarschijnlijke kennis in retrospectief. Achterafkennis die als mosterd na de maaltijd komt bij een nieuw - viraal - ziektebeeld. Dan moeten wij medici het doen met ouderwetse authority-based medicine.

Uitgaande van deze beperkte zekerheid is het aplomb waarmee door RIVM, Gezondheidsraad of minister wordt verkondigd wie, wanneer, hoe vaak met welk vaccin wel of niet geprikt moet worden, opmerkelijk. En dat in een regiefunctie zonder klinische verantwoordelijkheden.

De allereerste toegepaste vaccinatie (van vacca, Latijn voor koe) betrof de koepokinenting. Tegen pokken, dat in de 18^{de} eeuw in Europa goed was voor zo'n 400.000 doden per jaar. Pokken, nu gewoon verdwenen door iedereen te vaccineren. Dat biedt hoop. Iedereen vaccineren dus, en de weigeraars in hun recht laten door hen sociaal te beperken. En niet omgekeerd.

Hoe begeleid je als arts patiënten met een palliatieve zorgvraag?

Allereerst: palliatieve zorg is niet nieuw. Het gebeurt overal en is van alle tijden. Maar het aantal patiënten met een palliatieve zorgvraag neemt wel toe en zal alleen maar verder toenemen. Dit komt niet alleen door de toenemende vergrijzing, maar ook door nieuwe ontwikkelingen op behandelgebieden voor zowel curatieve als 'palliatieve' ziektes. Het wordt een steeds grotere uitdaging om deze patiëntengroepen van wie de toekomst onzeker is, goed te begeleiden.

Elke arts zal te maken hebben en/of krijgen met deze patiënten en zou in staat moeten zijn om de basiszorg bij een palliatieve zorgvraag te kunnen leveren. Dit laatste blijkt echter niet vanzelfsprekend, er wordt maar al te vaak pas bij een terminale patiënt over deze zorg nagedacht. Mogelijk komt dit doordat palliatieve zorg nog steeds zeer beperkt geïntegreerd is in de opleiding tot basisarts en de vervolgoopleidingen daarna.

Terwijl de behoefte daaraan groot is, zo concludeer ik, als ik co-assistenten en arts-assistenten spreek in het Ikazia ziekenhuis Rotterdam en daarbuiten.

Stage palliatieve zorg

Om de 'artsen van de toekomst' de mogelijkheid te geven alles over palliatieve en terminale zorg te leren, gaat vanaf 1 september de stage 'palliatieve zorg' in het Ikazia ziekenhuis van start. Dit is een vrij unieke stage die nog maar in enkele ziekenhuizen wordt aangeboden.

De stage palliatieve zorg is bedoeld voor alle arts-assistenten in opleiding tot internist, geriater, MDL-arts of longarts vanaf het tweede opleidingsjaar. Tijdens deze stage, die vier tot zes maanden duurt, zal de arts-assistent onderdeel zijn van het palliatief team. Het palliatief team bestaat uit een palliatief verpleegkundige, twee verpleegkundig specialisten oncologie/hematologie-palliatieve zorg, twee internist-oncologen en een internist-hematoloog, chirurg, cardioloog, longarts en pijnarts. De arts-assistent wordt begeleid door mijzelf in zowel patiëntgebonden taken als persoonlijke ontwikkeling en intervisie.

Doel en inhoud

Tijdens deze stage maakt de arts-assistent

uitgebreid kennis met de inzet van generalistische en specialistische palliatieve zorg bij poliklinische en klinische patiënten en leert zo om te gaan met de dilemma's die patiënten en zorgverleners in deze ziektefase ervaren. Hij/zij leert over ziekte- en symptoomgerichte behandeling, waarbij er aandacht is voor lichamelijk aspecten zoals pijnbestrijding en palliatieve sedatie, spirituele aspecten waarbij religie en zingeving een rol spelen, psychische aspecten en sociale aspecten. Ook zal de arts-assistent leren om zelfstandig ACP (*advance care planning*)-gesprekken te voeren met patiënten en naasten over wensen en (on)mogelijkheden rondom behandelingen, begeleiding en de laatste levensfase.

De arts-assistent zal met diverse disciplines in aanraking komen door consultatie van patiënten op verschillende afdelingen en door eigen zorgverlening op de palliatieve unit. De arts-assistent woont daarnaast het wekelijkse multidisciplinair overleg palliatieve zorg bij en zal zo nodig zijn/haar patiënten van de palliatieve unit of vanuit de consultatie bespreken. Er zijn ook mogelijkheden om een hospice te bezoeken of met andere specialisten met het aandachtsgebied palliatieve zorg mee te lopen.

Het doel is dat de arts-assistent na het afronden van deze stage inzichtelijk heeft wat palliatieve zorg inhoudt en dit ook in zijn of haar verdere carrière kan toepassen.

Martine Thijs,
internist-oncoloog met (onder andere)
aandachtsgebied palliatieve zorg
Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam



Martine Thijs

PALLIATIEVE ZORG BIJ PATIËNTEN MET LEVERCIRROSE

Verpleegkundig specialist intermediair bij advance care planning

Palliatieve zorg

"You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life. We will do all that we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die."

Cicely Saunders

Sinds 2016 werk ik als verpleegkundig specialist op de MDL-afdeling van het UMC Utrecht met aandachtsgebied hepatologie. Wekelijks zie ik patiënten met gedecompenseerde cirrose en heb derhalve regelmatig te maken met palliatieve zorg bij deze specifieke patiëntenpopulatie.

Voor veel patiënten heeft 'palliatieve zorg' een negatieve bijklank en wordt het geassocieerd met de naderende dood. Volgens Cicely Saunders (1918-2005), één van de grondleggers van palliatieve zorg, is onderdeel van haar informele definitie juist dat de patiënt lééft tot hij sterft. De verpleegkundig specialist kan mijns inziens een grote meerwaarde hebben bij het streven naar goede kwaliteit van leven tot aan de dood. In mijn benadering bespreek ik hoe iemand zo goed mogelijk kan leven met de beperkingen die hij of zij ervaart. Het gaat over prioriteiten stellen, keuzes maken en energie verdelen. Vanuit de presentiebenadering van Andries Baart [1, 2] is het levensverhaal van de patiënt hierbij het startpunt. Presentie is erop gericht met iemand in contact te komen door oprechte interesse in en compassie voor de ander te hebben, door onderdompeld te worden in diens leefwereld en van binnenuit te begrijpen wat er gaande is. Zo probeer ik samen met de patiënt te achterhalen wat belangrijk gevonden wordt

en waar zorgen en angsten liggen. Als vast contactpersoon ben ik in de laatste levensfase laagdrempelig bereikbaar voor patiënt, mantelzorgers en huisarts.

Wat maakt zorg palliatief?

Elke patiënt met een gedecompenseerde levercirrose hoort te weten dat er sprake is van een ernstige chronische ziekte met een beperkte levensverwachting. Als behandelteam dienen wij het gesprek, als onderdeel van *advance care planning*, met de patiënt en zijn naasten aan te gaan om de behandelwensen vanuit dit perspectief helder te krijgen. Als voorbeeld noem ik een patiënt die periodiek voor paracentese komt en uiteindelijk onverwacht in het ziekenhuis overlijdt aan een spontane bacteriële peritonitis (SBP). Maar is dit ook hoe de patiënt zijn levenseinde voor ogen had? Mijn verpleegkundig-specialistische rol binnen het behandelteam ligt mede in het bespreekbaar maken daarvan en in de vertaling van de beleving van de patiënt naar medische afspraken.

Wanneer start palliatieve zorg?

Vanuit de oncologische zorg hanteren we de *surprise question*: zou ik verbaasd zijn als

Advance Care Planning

Advance care planning stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien [3]

deze patiënt binnen twaalf maanden zou overlijden? Is het antwoord 'nee', dan wordt dit gezien als het begin van de palliatieve fase. Echter, bij niet-oncologische zorg lijkt deze vraag minder betrouwbaar. Volgens de EASL-richtlijn valt de levensverwachting bij gedecompenseerde cirrose terug tot ongeveer twee jaar wegens de systemische ziekte met potentiële multi-orgaandysfunctie. Er bestaat echter ook een kans dat de gedecompenseerde cirrose weer compenseert. Toch kan een eerste decompensatie een goede aanleiding zijn om het gesprek over behandelwensen te voeren in het kader van *advance care planning*. Voor de toekomst ligt de uitdaging in het structureel inbedden van deze gesprekken in ons zorgpad.

Carina Verstraete, verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg, UMC Utrecht



Carina Verstraete

Referenties

1. Andries Baart, *Een theorie van de presentie*. Utrecht, 2011 (3^{de} druk).
2. Andries Baart, *Presentie, wat is het?* [youtube.com/watch?v=_10ACepi_Lo](https://www.youtube.com/watch?v=_10ACepi_Lo)
3. Rietjens JA, Sudore RL, Deliens L, Ott B, Connolly M, Van Delden JJ, et al. Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts Wet* 2018;61(8). doi: 10.1007/s12445-018-0224-y.

Bevolkingsonderzoek darmkanker weer op de rails

Aan het begin van de COVID-19-pandemie heeft het bevolkingsonderzoek darmkanker (BVO-DK) ongeveer drie maanden stilgelegen. In *MAGMA 4-2020* lieten we zien welke strategie is gekozen om de achtergestelde uitnodigingen voor het BVO-DK zo snel mogelijk in te lopen. Hierbij is getracht de negatieve impact op de gezondheidswinst zoveel mogelijk te beperken. Hieronder lichten we graag toe dat het bevolkingsonderzoek weer draait als vóór de COVID-19-pandemie. Hoe zijn we daar gekomen en wat verwachten we aan uiteindelijke impact op de volksgezondheid?

Inhaalslag

Op 16 maart 2020 werden de eerste uitnodigingen voor het BVO-DK tegengehouden. Genodigden die nog een test hadden liggen, konden deze insturen, al werd hen gevraagd even te wachten. Met een beschikbare 36% van de coloscopiecapaciteit werd deelnemers half mei gevraagd hun test alsnog op te sturen en werd eerder afgezegd vervolgonderzoek opnieuw ingepland. Begin juni werden de eerste nieuwe uitnodigingen weer verstuurd. Omdat snel meer coloscopiecapaciteit beschikbaar werd gesteld en de beschikbare *intakeslots* steeds beter kon-

den worden benut, werd een inhaalslag na de zomer van 2020 een feit. De aanbieders van de coloscopieën garandeerden dat ook de eventuele vervolgzorg kon worden geleverd. Hierdoor kon op geleide van de zorg worden uitgenodigd, zonder de deelnemer na een ongunstige uitslag lang in onzekerheid te laten zitten.

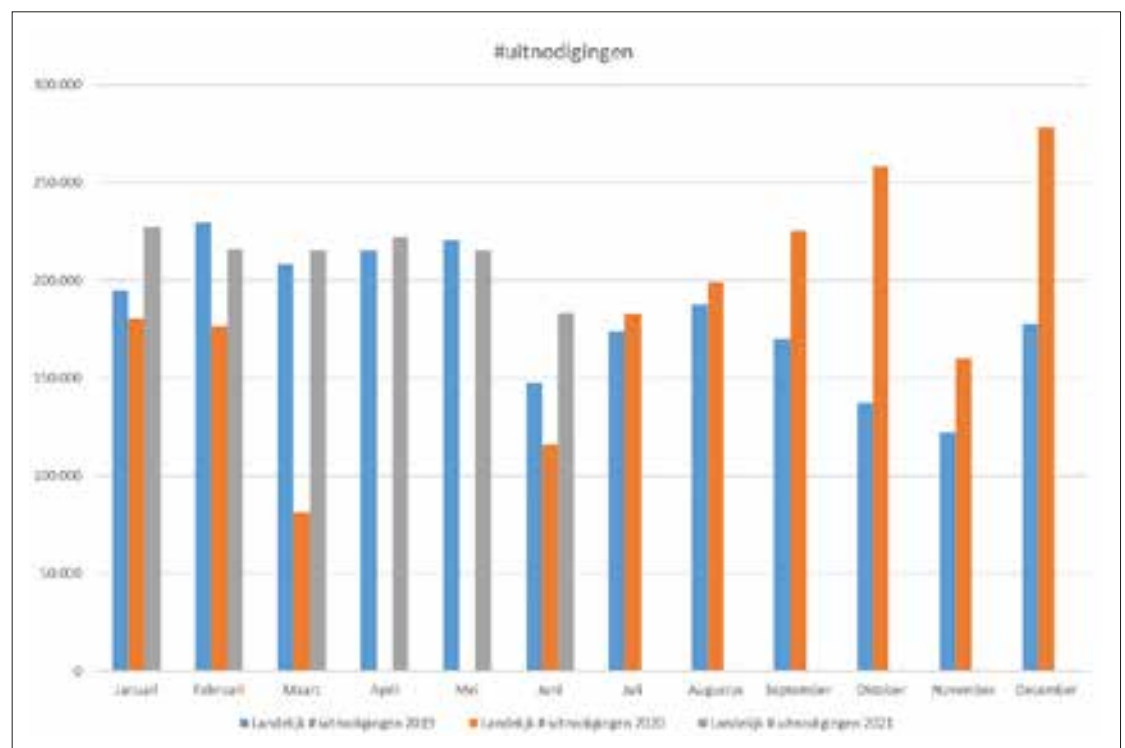
Normaliter hanteren de screeningsorganisaties een interval voor de deelnemers van 22–26 maanden na de vorige uitnodiging. Door eenmalig een verlenging van het uitnodigingsinterval toe te staan is hier vanaf mei

2020 van afgeweken. Daarnaast is de strategie *first out first in* gehanteerd; uitmodellering wisten we dat dit het minste verlies van gezondheidswinst zou opleveren. Op de tweede, derde en latere COVID-19-golven bleken de coloscopiecentra goed voorbereid. Hierdoor konden de screeningsorganisaties in mei 2021 bijna weer voldoen aan het uitnodigingsinterval van 22–26 maanden. Alle coloscopiecentra verdienen hiermee een groot compliment voor hun harde werk en de goede communicatie met de screeningsorganisaties.

In *figuur 1* is te zien hoeveel uitnodigingen

Figuur 1.

Het aantal uitnodigingen per maand in 2020/2021 ten opzichte van 2019.



uiteindelijk vanaf mei 2020 tot en met juni 2021 zijn verstuurd, ten opzichte van het aantal uitnodigingen in dezelfde periode het jaar ervoor. Deze cijfers zijn landelijk, al waren er wel wat regionale verschillen. In Zuid-Limburg, de kop van Noord-Holland en Zeeland duurde het bijvoorbeeld iets langer om op het screeningsinterval in te lopen.

De hoge deelname aan het bevolkingsonderzoek bleef in 2020 gelukkig in stand. Nog steeds nam zo'n 72% van de genodigden deel. Ook gingen mensen nog ongeveer even vaak naar de intake voor de coloscopie en zijn er door de ziekenhuizen weinig *no shows* geregistreerd. De angst voor COVID-19 in de zorg is niet terug te zien in de cijfers van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Uiteindelijk is 93% van de doelgroep binnen 22-28 maanden uitgenodigd, slechts maximaal twee maanden buiten het normaal gehanteerde kader.

Impact stopzetting BVO-DK

Het gevolg van de stopzetting van het BVO-DK werd direct duidelijk in de incidentiecijfers van IKNL. Het aantal diagnoses

van darmkanker bleef in de maanden maart, april en mei 2020 20-25% achter bij de verwachte cijfers. Door de herstart van het BVO-DK liep het aantal diagnoses vanaf juli 2020 in de screeningspopulatie weer op. Vanaf het najaar is de inhaalslag terug te zien in de incidentiecijfers. Sinds mei 2021 ligt het aantal diagnoses weer nagenoeg gelijk aan het verwacht aantal diagnoses in deze maand (figuur 2). [1]

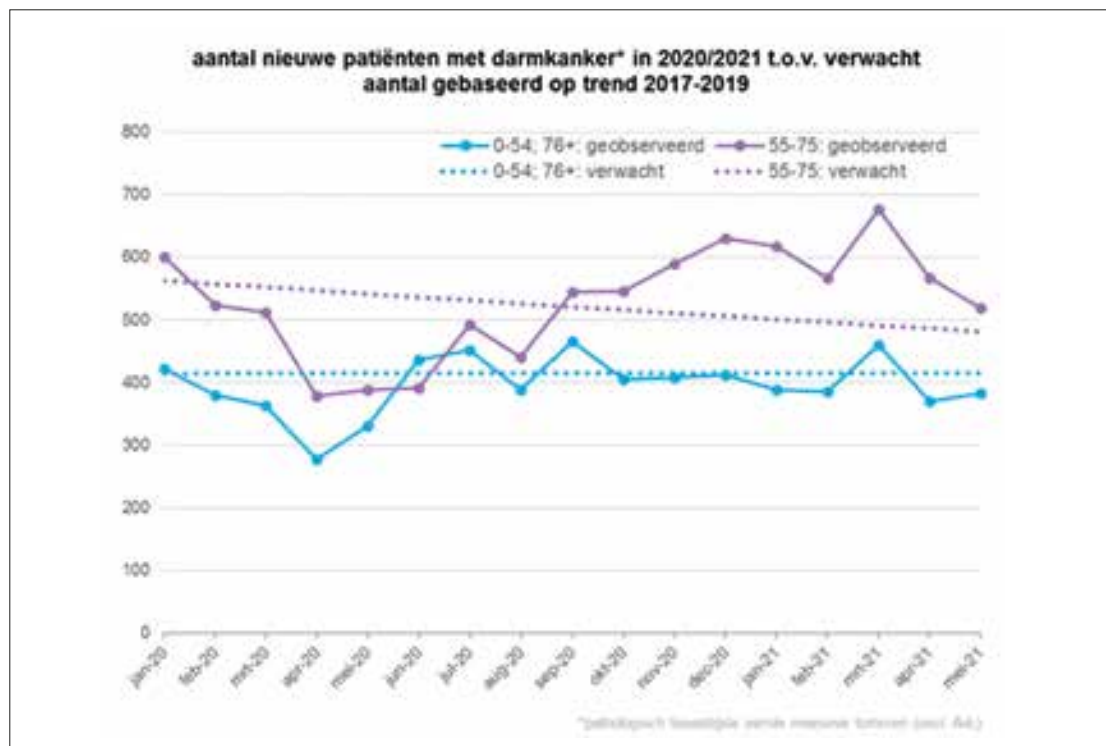
Een artikel in *Preventive Medicine* laat zien dat niet alleen het aantal gediagnosticeerde darmkankers, maar ook het aantal opgespoorde *advanced* adenomen in 2020 afgenomen is [2]. In absolute getallen is berekend dat er in januari t/m november 5500 mensen met *advanced* neoplasie niet zijn gedetecteerd, waarvan 4700 *advanced* adenomen.

Een eerste analyse van IKNL naar de stadiumverdeling bij 25 ziekenhuizen laat zien dat de daling het grootst is bij het aantal patiënten met een stadium-I-tumor. Ook hier is het stopzetten van het bevolkingsonderzoek de belangrijkste oorzaak [1]. Er zijn op dit moment nog geen gegevens over de vraag of de stadiumverdeling van de

later gediagnosticeerde deelnemers aan het BVO-DK veel ongunstiger is. Ook internationaal zijn hierover nog geen cijfers bekend. Wel is er in het verleden een studie gedaan naar de impact van een langere wachttijd tussen een positieve FIT en de diagnostische coloscopie [3]. Deze studie liet zien dat pas vanaf wachttijden van langer dan tien maanden een significant effect op de stadiumverdeling van darmkankers wordt verwacht. Ook modellering van de langetermijnimpact van stopzetting van het BVO-DK toont aan dat deze impact zeer beperkt is als de gemiste screening op korte termijn ingehaald wordt, zoals dus gelukt is in het Nederlandse bevolkingsonderzoek [4].

Vooruitblik 2022

Doordat het BVO-DK tijdelijk is stopgezet, is de uitnodigingscyclus verstoord. Cliënten die in de maanden maart t/m mei 2020 uitgenodigd hadden moeten worden, zijn later uitgenodigd dan normaal. In de huidige opzet van het IT-systeem zou dit voor 2022 betekenen dat deze cliënten hun uitnodiging opnieuw op een later tijdstip ontvangen, namelijk na ongeveer 24 maanden. Het gevolg zou zijn



Figuur 2. Het aantal nieuwe patiënten met darmkanker, geregistreerd door IKNL.

ADVERTENTIE

dat er dan in maart t/m mei 2022 nagenoeg geen cliënten worden uitgenodigd en evenmin doorgestuurd naar de centra.

Om dit effect te voorkomen wordt het uitnodigingsstelsel aangepast. Alle cliënten krijgen een uitnodiging volgens de cyclus van vóór de corona-uitbraak. Dit betekent een korter uitnodigingsinterval voor cliënten die tijdens de tijdelijke stop later zijn uitgenodigd. Zo wordt de volledige doelgroep weer volgens het oorspronkelijke schema uitgenodigd, en ontstaan er geen pieken en dalen in de benodigde capaciteit over het jaar heen.

Lessons learned

Uiteindelijk heeft de gekozen *first out first in*-strategie met het eenmalig verlengen van het uitnodigingsinterval geresulteerd in een spoedig herstel van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Het RIVM is blij dat er niet is gekozen om leeftijdselectie te hanteren of om de afkapwaarde aan te passen. Dankzij de modellering blijkt de beste

keuze te zijn gemaakt in een situatie vol onzekerheden. We hebben gezien dat genodigden zich niet anders gedragen en dat we de beschikbare *intakeslots* optimaal konden benutten. Deze methodiek was echter enkel mogelijk doordat coloscopiecentra zich hebben ingespannen om zo veel mogelijk *intakeslots* ter beschikking te stellen. Tijdens de tweede en latere golven van de pandemie bleek het niet nodig het BVO-DK volledig stil te leggen. Ook in tijden van piekdruk op de IC en in het ziekenhuis kan het op een aangepaste intensiteit gewoon doorgaan.

Patricia Otto,

voorzitter landelijk overleg managers darmkankerscreening van de screeningsorganisaties

Iris Lansdorp,

universitair hoofddocent maatschappelijke gezondheidszorg, Erasmus MC

Iris Seriese,

programmaördinator darmkankerscreening, RIVM

Referenties

1. <https://www.iknl.nl/covid-19>
2. Kortlever, Tim L. et al, The national FIT-based colorectal cancer screening program in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, Volume 151, October 2021, 106643. ScienceDirect
3. Corley, Douglas A. et al, Association Between Time to Colonoscopy After a Positive Fecal Test Result and Risk of Colorectal Cancer and Cancer Stage at Diagnosis. *JAMA* 2017;317(16):1631-1641; doi: 10.1001/jama.2017.3634
4. De Jonge, L. et al., Impact of the COVID-19 pandemic on faecal immunochemical test-based colorectal cancer screening programmes in Australia, Canada, and the Netherlands: a comparative modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021; Apr:6(4):304-314. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00003-0

MDL TRANSFERS

Weinig transfers, mogelijkheden voor jonge klaren echt heel beperkt

- Per 15 juli is Elmer Hoekstra (LUMC) gestart als *chef de clinique* zowel in Haga Ziekenhuis als Lange Land Ziekenhuis.
- Vanaf half augustus zal Noortje Rossen (Amsterdam UMC, aandachtsgebieden IBD en oncologie) in Isala Zwolle starten als *chef de clinique*.
- In het Meander Medisch Centrum Amersfoort zijn momenteel 3 *chefs de clinique* werkzaam: Edmée Sikkens (Amsterdam UMC) sinds 1 april, Rian Nijmeijer (MUMC+) sinds 1 mei en Tim Belderbos (UMCU) sinds 1 juli 2021.
- Per 1 oktober gaat Jan Kees Kneppelhou (St. Anna Ziekenhuis, Geldrop/Eindhoven) met pensioen, zijn praktijk wordt overgenomen door Marlous op de Weegh (MUMC+).
- Per 1 september start Fabienne Smeets (MUMC+) als *chef de clinique* in het St. Anna Ziekenhuis.
- Frank Hoentjen heeft per 1 augustus het Radboudumc verlaten voor een nieuwe baan in Edmonton, Canada.

Vacatures website NVMDL

- MDL-arts, IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan de IJssel
- 2 MDL-artsen, ADRZ, Goes. Er wordt gezocht naar een MDL-arts met ERCP- en/of EUS-ervaring/opleiding en een allround MDL-arts.
- MDL-arts, Medisch Centrum Leeuwarden
- *Chef de clinique*, Laurentius Ziekenhuis, Roermond
- *Chef de clinique*, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
- MDL-arts, Bergman Clinics, Bilthoven
- *Chef de clinique*, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
- *Chef de clinique*, Máxima MC, Veldhoven
- *Fellow* kinderarts MDL, Maastricht UMC+, Maastricht

Aantallen per 1 september 2021

616 MDL-artsen in Nederland, 19 gepensioneerde MDL-artsen die nog werkzaam zijn, 226 aios MDL.

ADVERTENTIE

Werkplezier

Corona zette plots alles op scherp. In de zorg werden (en worden) met name verpleegkundigen nog zwaarder belast dan voorheen. Er was al een tekort aan verpleegkundigen, met name op de IC. De afgelopen periode maakte pijnlijk duidelijk dat we in ons land de efficiency in de zorg tot zó'n grote hoogte hebben weten op te voeren dat een afwijking van de normaliteit, zoals deze pandemie, direct kan leiden tot een onacceptabel tekort aan IC-verpleegkundigen en IC-bedden. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen raakten ontwricht, alleen dankzij een strakke landelijke coördinatie liep het net niet uit de hand.

Velen verleenden assistentie op de in allerhaast opgeschaalde IC's en COVID-afdelingen. Ook werden collega's ziek, wat de druk verhoogde. Op de MDL-afdelingen probeerden we de 'gewone' zorg enigszins gaande te houden, wat maar matig lukte. Uitgestelde zorg heeft ongetwijfeld tot slachtoffers geleid, die niet in alle statistieken zullen terugkomen. Velen stonden meer dan normaal bloot aan heftige taferelen, zoals stervende patiënten waar soms geen familie bij mocht zijn op de manier waarop dat zou moeten.

Nu moeten we proberen uitgestelde zorg in te halen, maar zonder extra geld van verzekeraars en zonder dat iedereen op adem kan komen. Het is een wonder dat dit nog niet tot grotere problemen heeft geleid. Maar wellicht komt dat nog: ik hoor en lees steeds meer dat mensen in de zorg uitgeput zijn en het plezier in hun werk hebben verloren. Dat mogen we niet laten gebeuren! Het feit dat er na alle geklap voor de 'helden van de zorg' slechts met moeite een bonus voor verpleegkundigen kon komen, hielp niet bij de verwerking. Maar ook al zou een betere structurele beloning voor verpleegkundigen wél kunnen helpen om over zes jaar meer handen aan het bed te hebben, geld is niet wat deze mensen motiveert en gaat ook niet op korte termijn helpen.

De meeste verpleegkundigen en artsen hebben vanuit

een intrinsieke motivatie hun vak gekozen. Vaak hangt die motivatie echter samen met de neiging almaar door te gaan. Ik ben ervan overtuigd dat er medewerkers zijn die in een situatie verkeren die neigt naar burn-out of soms zelfs post-traumatische stress. Nazorg voor zorgmedewerkers verdient nu dan ook extra aandacht, zeker omdat burn-out bij zorgmedewerkers helaas al een bekend fenomeen aan het worden wás.

Het (terug)vinden van het werkplezier is de komende tijd heel belangrijk. Het is noodzakelijk dat de bestuurders in onze ziekenhuizen helpen dit mogelijk te maken en de extreme inspanningen van de afgelopen tijd niet tot nieuwe norm gaan verheffen. Nu vrijwel iedereen die dat wil zich heeft kunnen laten vaccineren, moet het mogelijk zijn – en is het zelfs noodzakelijk – om de zorg en de samenleving weer enigszins te normaliseren, mét aandacht voor degenen die dit moeten uitvoeren. Natuurlijk moeten we ook de lessen die we de afgelopen anderhalf jaar in het ziekenhuis hebben geleerd, niet vergeten en kunnen we soms bijvoorbeeld een gewoon consult door een video- of belconsult vervangen als dit zowel efficiënter als patiëntvriendelijker is. Het is echter vooral te hopen dat het reeds ingezette traject van deregulering – afschaffen van overbodige regelgeving en al het andere dat kan helpen om de administratieve last te verlagen – wordt doorgezet. Registratie is belangrijk, maar moet tot de essentie worden beperkt. Degenen die de zorg verlenen, weten vaak het beste hoe deze kan worden georganiseerd en verbeterd. Het is bovendien uit de psychologie bekend, dat zelf de regie in handen hebben kan helpen om burn-out te voorkomen. En zo zijn er nog meer tegeltjeswijsheden waaraan men toch te vaak voorbij loopt.

Maar eerst moeten we allemaal even uitpuffen: dat is soms de eenvoudigste manier om werkplezier terug te krijgen. Wat extra lucht na deze intensieve COVID-periode, dat is toch niet te veel gevraagd?

ADVERTENTIE

DGEA en DRCE: het belang van eenduidige registratie

Op initiatief van de NVMDL zijn in 2016 de Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit (DGEA) en Dutch Registration of Complications in Endoscopy (DRCE) officieel gestart. De DGEA focust op de kwaliteit van coloscopieën en is uniek door de directe koppeling met het endoscopiever-slagleggingssysteem. De DRCE is de landelijke complicatieregistratie voor alle endoscopieën.

Vanaf de start van de registraties zijn ruim 560.000 coloscopieën geregistreerd in de DGEA en ruim 11.100 complicaties in de DRCE. 5684 complicaties zijn opgetreden rondom een coloscopie. De geregistreerde data in de DGEA en DRCE zijn inzichtelijk in het Codman Dashboard. Dit interactieve dashboard koppelt de data op verschillende wijzen terug aan de gebruikers van de registraties. Het Codman Dashboard geeft inzicht in de eigen resultaten en de landelijke benchmark. Iedere gebruiker van de registraties kan een eigen account voor het Codman Dashboard aanvragen en activeren (zie kader).

De gestandaardiseerde en gestructureerde verslaglegging voor de DGEA en de online module voor de DRCE faciliteren de mogelijkheid voor een complete registratie. Eenduidige interpretatie van definities is daarbij een belangrijke volgende stap.

Definities

De definitie van een complicatie die wij aanhouden voor de DRCE is: 'een negatieve uitkomst voor een patiënt die voltooiing van een geplande procedure belemmert of enige afwijking in het standaard post-procedurele beloop veroorzaakt.' Deze definitie is gebaseerd op de definitie van complicaties die gehanteerd wordt in de chirurgische Clavien-Dindo classificatie.¹

Complicaties die optreden voorafgaand aan tot 30 dagen na een geplande procedure dienen te worden geregistreerd in de DRCE. De volgende voorbeelden illustreren hoe deze definitie in de praktijk kan worden toegepast:

1. Wanneer een patiënt van de trap valt gedurende de darmvoorbereiding voor coloscopie en hierbij een heup breekt waarvoor een operatie is vereist, is dit een complicatie van de coloscopie. Dit geldt ook wanneer de coloscopie niet kan doorgaan. De reden hiervoor is dat men ervan kan uitgaan dat deze val en de daaropvolgende operatie niet hadden plaatsgevonden wanneer de coloscopie niet was gepland.
2. Een hevige bloeding tijdens de coloscopie, die gedurende de procedure adequaat wordt behandeld en geen gevolgen heeft voor het beleid voor de patiënt, geldt niet als een complicatie.

Voor coloscopieën worden de DGEA en DRCE gekoppeld op het niveau van de zorginstelling. Deze koppeling maakt het mogelijk om complicatiepercentages te berekenen die zichtbaar zijn in het Codman Dashboard. Doordat de indicaties voor coloscopie tussen beide registraties exact overeenkomen, is het mogelijk de uitkomsten ook op indicatieniveau te filteren. Eenduidige interpretatie van de verschillende indicaties is echter essentieel voor een betrouwbare registratie. Momenteel zien we in de data dat het aandeel therapeutische coloscopieën per centrum sterk varieert, met een range van 0,1 % tot 38,7% per centrum.

De definitie van een therapeutische coloscopie die wij voor de DGEA aanhouden is: 'een coloscopie die is geïnitieerd voor het uitvoeren van een interventie', zoals een

Codman Dashboard-account aanvragen of activeren

Aanvragen

Stuur een e-mail naar

dica-servicedesk@mrdm.nl.

Na goedkeuring van de registratie-contactpersoon in uw ziekenhuis ontvangt u de inloggegevens.

Activeren

- Ga naar <https://dgea-drce-codman.valuebase.nl>.
- Klik op 'Wachtwoord vergeten'.
- U ontvangt een e-mail met een link waarmee u het wachtwoord kunt wijzigen (let op uw spambox).

dilatatie, stentplaatsing of het verwijderen van een bekende laesie, bijvoorbeeld door middel van elektrostatische ontlading (ESD) of endoscopische Full Thickness Receptie (eFTR). Een diagnostische coloscopie waarbij een poliepectomie wordt uitgevoerd, valt hier nadrukkelijk niet onder.

Oproep

We willen vragen of u bovenstaande definities onder de aandacht wilt brengen in uw centrum, zodat we betrouwbaar de uitkomsten van coloscopieën inclusief de benchmark (het gemiddelde in Nederland) kunnen terugkoppelen. Alvast dank!

Hebt u opmerkingen of technische vragen over beide registraties of het Codman Dashboard? Neem dan contact op met Karlijn Nass (k.nass@dica.nl), de DICA servicedesk via dica-servicedesk@mrdm.nl of bel naar (088) 5700010.

Namens de Clinical Audit Board en de wetenschappelijke commissies van de DGEA en DRCE,
Karlijn Nass, coördinator DGEA en DRCE, DICA en arts-onderzoeker MDL, AUMC
Michiel Ledebøer, voorzitter DGEA, MDL-arts Deventer Ziekenhuis
Paul Fockens, voorzitter DRCE, MDL-arts AUMC

¹Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004; *Aug*;240(2):205-13. doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae. PMID: 15273542; PMCID: PMC1360123.

OPRICHTING PLATFORM TELEMONITORING

Digitaliseren zorg bij levercirrose

In het afgelopen decennium zijn er in de Nederlandse ziekenhuiszorg bijzonder veel *e-Health*-initiatieven ontplooid. Zo ook binnen ons MDL-vakgebied. Daaraan wordt er nu nog één toegevoegd: een platform voor telemonitoring bij levercirrose.

Een groot deel van onze patiënten wordt voorafgaand aan hun coloscopie inmiddels digitaal voorgelicht in plaats van fysiek [1]. De IBD-patiënt kan zijn of haar ziektespecifieke parameters laten monitoren zonder obligaats polibezoek, met betere kwaliteit van leven [2]. Ook kunnen patiënten met hun chirurg beeldbellen voor wondcontrole na een cholecystectomie.

Naast grote directe voordelen van e-Health voor de patiënt zelf, zoals voorkomen van reistijd, zijn er meer pluspunten. De zorgverlener kan de schaarse middelen tijd, geld en ruimte besparen in de bedrijfsvoering. Bovendien is het zo mogelijk eenvoudig en grootschalig wetenschappelijk onderzoek toe te passen. Vele partijen in het veld (VWS, verzekeraars, zorgaanbieders) zijn het erover eens: e-Health is *here to stay*.

Chronische zorg bij levercirrose

Toch is er binnen de MDL een gebied dat voor het toepassen van e-Health nog onontgonnen is. Het betreft onze patiënten met levercirrose [3].

Het doel van chronische zorg bij levercirrose is driedelig: 1) screenen, voorkomen en behandelen van complicaties, 2) voorkómen van verdere leverbeschadiging en 3) verbeteren van subjectieve klachten. Hiervoor bezoeken patiënten de polikliniek, krijgen periodieke echo's van de lever alsmede regelmatig bloedonderzoek ter monitoring van biochemische waarden. En op gezette tijden wordt een gastroscopie verricht.

Vooraf complicaties zoals ascites, hepatische encefalopathie en varicesbloedingen zorgen voor opnames in het ziekenhuis. Dit maakt levercirrose tot een invaliderende aandoening, geassocieerd met hoge directe en indirecte zorgkosten.

Wanneer een levercirrose ontspoot, is lastig te voorspellen, waarbij het stadium afhankelijk is van de patiënt of partner die aan de bel trekt. Dit leidt dan vaak tot opname als het te laat is om de patiënt thuis te stabiliseren. De tweejaarlijkse policonrole is onvoldoende om deze patiënten in het vizier te krijgen. Kortom, de huidige aanpak is reactief, terwijl deze patiëntengroep om een proactieve toenaadering vraagt. Vroegtijdige opsporing van complicaties zou mogelijk veel winst kunnen bieden voor patiënt én zorgverlener.

Dit alles in overweging nemende ligt het voor de hand om voor patiënten met levercirrose een e-Health-toepassing te ontwikkelen waarmee zorg op afstand mogelijk wordt en zich aankondigende complicaties ook vroegtijdig kunnen worden ontdekt. Doel is om door snelle, doelgerichte interventie klinische opnames te voorkomen en morbiditeit, wellicht zelfs mortaliteit, te verminderen. Deze werkwijze kan daarnaast ook levensstijl en subjectief welbevinden in kaart brengen.



3D-animatie van de lever voor betere patiënteducatie.

Platform

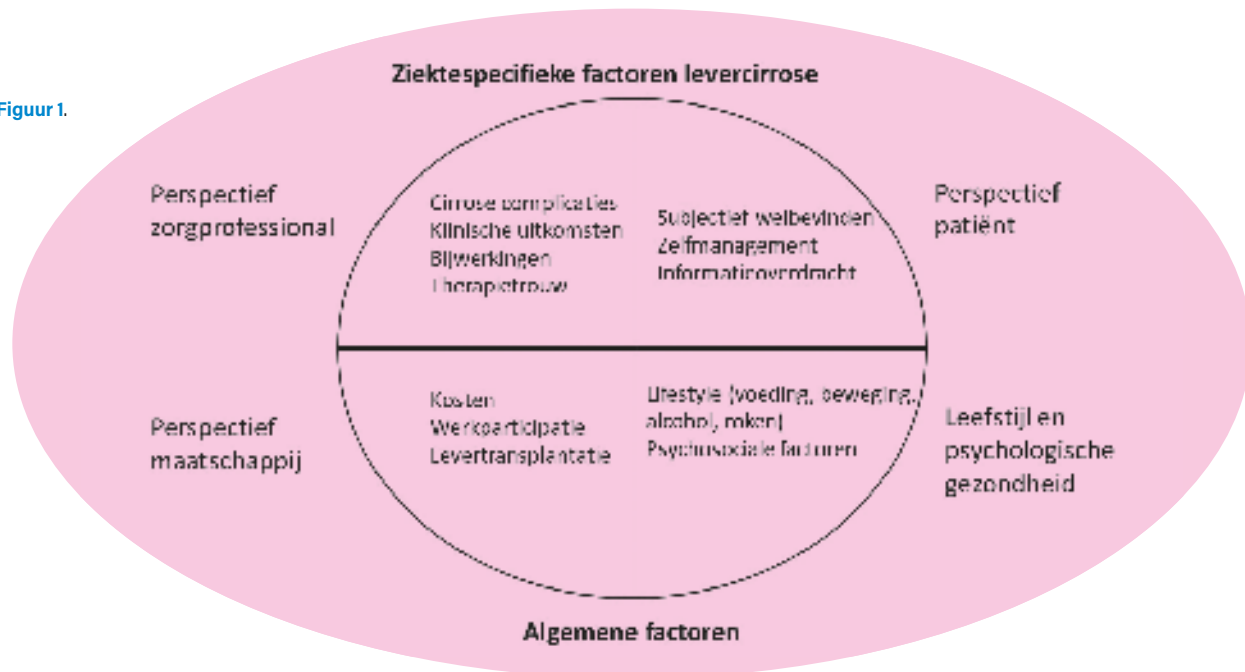
Daarom hebben wij het initiatief genomen tot het opzetten van een platform voor telemonitoring bij levercirrose. De werkgroep achter dit platform zal een samenwerking vormen tussen de hepatoloog/MDL-arts, de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV), verpleegkundig specialist hepatologie en diëtist. Het doel is helder: elke patiënt met levercirrose in Nederland moet de optie tot telemonitoring krijgen, op duurzame wijze!

Ons platform combineert de huidige mogelijkheden binnen e-Health die goed inzetbaar zijn bij patiënten met levercirrose. Voor monitoring op subtiele kenmerken van hepatische encefalopathie bestaat reeds de STROOP-app, die cognitieve testen combineert met reactievermogen. *Point of care*-testen kunnen creatinine meten in de thuissituatie als indicator voor verandering in de nierfunctie. De slimme weegschaal geeft snel inzicht in de ontwikkeling van ascites en effect van eventuele aanpassing van diuretica. Deze testen kunnen ook gecombineerd worden ingezet om vroegtijdig complicaties bij patiënten met levercirrose op te sporen.

Holistische benadering

Meer en meer studies tonen aan dat juist bij patiënten met chronische aandoeningen een holistische benadering beter is dan de focus slechts op biochemische- en/of radiologische controles te leggen. Lifestyle- en psychosociale risicofactoren zoals bewegen, voeding, roken, alcoholgebruik, therapietrouw, psychiatrische co-morbiditeit, stress, sociale steun en werk beïnvloeden het ziektebeloop bij patiënten met levercirrose en zorgen voor progressie van leverschade. De klassieke uitkomsten (zoals complicaties, ziekenhuisopnames, levertransplantatie) meten dit onvoldoende. Het platform richt zich dan ook op algemene gezondheidsaspecten door

Figuur 1.



patiëntgerapporteerde uitkomsten (PROMS) te meten.

Perceptiekloof

Bij patiënten met chronische aandoeningen is vaak sprake van een perceptiekloof tussen de arts en patiënt over controle van de ziekte. Zo ook bij levercirrose. Patiënten hebben vaak invaliderende klachten zoals slapeloosheid, krampen in de benen of depressieve klachten, terwijl de arts juist bij normale laboratoriumwaarden en echo meent dat alles onder controle is. Deze perceptiekloof kan voor veel frustraties zorgen bij arts en patiënt. Het meten en verbeteren van deze subjectieve last van patiënten is belangrijk, de definitie van gezondheid is immers: de mate van subjectief lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Deze aspecten staan dan ook centraal in ons platform.

Voorbeelden

Goed voorbeeld doet goed volgen. In de ontwikkelfase zijn wij onder andere geïnspireerd door mijnIBDcoach. Dit platform heeft aangetoond dat een zorgpad met behulp van eHealth beter kan worden ingericht, met als resultaat minder polibezoeken en opnames voor IBD-patiënten. Maar een leverpatiënt heeft een andere begeleiding nodig dan een IBD-patiënt. De klinische vraagstukken hebben meer raakvlakken met ziektebeelden buiten ons vakgebied, zoals hartfalen, waar

bijvoorbeeld aandacht voor de vochthouding cruciaal is. Hepatische encefalopathie, de oudere leeftijd en gebrek aan sociale steun in deze patiëntencategorie kunnen bovendien potentiële belemmeringen zijn bij het gebruik van e-Health.

Ontwikkeling en onderzoek

Belangrijk is te leren van de ontwikkeling van eerdere e-Health-projecten. E-Health is nooit een doel op zich, maar kan een nuttig hulpmiddel zijn bij het opzetten van zorg op afstand bij chronische ziekten. Kosten en mate van zorgconsumptie moeten scherp in kaart worden gebracht.

Ook is de borging van een landelijk netwerk en uitstekende samenwerking met softwareontwikkelaars en andere veldpartijen van belang. Nieuwe ontwikkelingen in behandeling en preventie kunnen op deze wijze naadloos worden geïmplementeerd. Hierbij biedt het *open access*-platform mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteit van leven, incidentie en etiologie van decompensatie en evalueren van effecten van nieuwe preventiestrategieën.

Oproep

Dit initiatief zoekt de samenwerking met u als academische en perifere MDL-arts. Mocht u en uw centrum in dit vroege stadium al willen deelnemen, dan kunt u met ons contact opnemen.

Ook zijn we op zoek naar een arts-onderzoek-

ker die in de nabije toekomst dit initiatief verdere handen en voeten kan geven. Ben jij die duizendpoot die wil werken op het snijvlak van wetenschap/innovatie/bedrijfsvoering en de MDL-klinische zorg? Neem dan ook contact op!

Tom Gevers, hepatoloog MUMC+
tom.gevers@mumc.nl

Govert Veldhuijzen, MDL-arts, aandachtsgebied HPB, Gelre Ziekenhuizen/Radboudumc
govert.veldhuijzen@radboudumc.nl

Referenties

1. Veldhuijzen G et al. *Endoscopy* 2021; Mar; 53(3):254-263. doi: 10.1055/a-1225-8708
2. de Jong, M.J., *The PROMise of remote monitoring to improve quality of care for inflammatory bowel disease* (proefschrift). 2019. doi: 10.26481/dis.20190614mj
3. Stotts et al. *World J Gastroenterol* 2019; 25(29); 3849-3856. doi: 10.3748/wjg.v25.i29.3849



Tom Gevers



Govert Veldhuijzen

KLINISCH ARBEIDSGENEESKUNDIGE ONDERDEEL BEHANDELTEAM

‘Werk en welbevinden hebben grote

De afgelopen tien jaar is MDL-arts Frank Hoentjen (Radboudumc) slechts één keer gebeld door een bedrijfsarts over een IBD-patiënt. “Terwijl we er tweeduizend onder controle hebben. Velen van hen haken af in het arbeidsproces, wat zorgt voor veel frustratie. En dat heeft weer zijn weerslag op de ziekte.” Reden voor de IBD-groep van het Radboudumc om klinisch arbeidsgeneeskundige Monique Derikx op te nemen in het behandelteam.

“Waar ik op de polikliniek tegenaan liep, is dat we de darmen bij deze patiënten wel rustig krijgen met al onze therapieën, maar dat bijvoorbeeld chronische vermoeidheidsklachten blijven. Hierdoor hebben ze moeite om in het arbeidsproces overleefd te blijven. Tegelijkertijd zien ze er vaak nog jong en fit uit – de diagnose IBD (chronische darmonsteking) wordt meestal gesteld als patiënten tussen de twintig en dertig jaar oud zijn – waardoor bedrijfs- en verzekeringsartsen denken: ‘die kan zo weer aan het werk’. Dat genereert veel negatieve energie bij deze patiënten; ze hebben het gevoel dat ze niet worden begrepen. Het frustreerde mij dat wij daarin weinig konden betekenen. Als IBD-patiënten op een duurzame manier in het arbeidsproces meekunnen, komen ze beter in hun vel te zitten, en ik denk dat dit ook bevorderlijk is voor hun buik”, zegt Frank Hoentjen.

Frustraties

Joëll Jannink (29) is één van de IBD-patiënten die Hoentjen onder controle heeft. Zij herkent de frustraties. “Vanaf de eerste dag van mijn ziekmelding als maatschappelijk werker, met een achtergrond als verpleegkundige, liep ik tegen allerlei obstakels aan.

Zo heb ik bijvoorbeeld met drie verschillende bedrijfsartsen te maken gehad. De eerste zei: ‘nou meid, je moet je afvragen of je überhaupt nog wel kán werken met jouw klachten’, de tweede zei: ‘Ik vind dat je echt in staat bent om te werken, je ziet er prima uit.’ Ik had het gevoel dat ik mij moest bewijzen, wat sowieso lastig is voor mensen met een chronische ziekte. Dat maakte mij verdrietig en ik vond het bovenal onrechtvaardig. Ik gaf ze toestemming informatie bij het Radboudumc op te vragen, maar dat deden ze niet. Op een gegeven moment liep ik volkomen vast, kon al die telefoontjes, mailtjes, vragen en afspraken met alle betrokkenen en belanghebbenden niet meer managen. Ik had op dat moment veel behoefte aan iemand die mij tijdens dit traject bij de hand kon nemen, een onafhankelijke sparringpartner die met mij kon meedenken en adviezen kon geven.”

Tweejarig programma

Omdat Hoentjen dit probleem veel vaker tegenkwam bij IBD-patiënten, nam hij het initiatief een klinisch arbeidsgeneeskundige – een gespecialiseerde bedrijfsarts die meer ziektespecifieke kennis heeft – op te nemen in het behandelteam. Dankzij financiering van AbbVie en Pfizer werd het mogelijk om binnen het Radboudumc een tweejarig programma te starten. Klinisch arbeidsgeneeskundige, Monique Derikx, is toegankelijk voor iedere IBD-patiënt in het Radboudumc met vragen over werk, inkomen, opleiding en het psychosociale welbevinden. Derikx: “De vragen die bij mij terecht komen, zijn heel verschillend. Het varieert van vragen over wet- en regelgeving tot de behoefte aan mentale ondersteuning. Sommige IBD-patiënten willen alleen graag hun verhaal kwijt; anderen hebben meer behoefte aan tips & tricks rondom het verzuimtraject. Ik geef bijvoorbeeld informatie hoe de WIA-keuring eruit ziet en wat ze

op orde moeten hebben. Een kwart tot een derde verwijs ik door naar een medisch psycholoog of multidisciplinair revalidatietraject, bijvoorbeeld omdat ze hun ziekte niet kunnen accepteren of niet weten hoe ermee om te gaan, en daarvoor extra hulp nodig hebben.”

Onafhankelijk oordeel

Dat Derikx daadwerkelijk meedraait in het IBD-behandelteam, heeft verschillende voordelen. Hoentjen: “Monique werkt namens het Radboudumc. Dit geeft IBD-patiënten het vertrouwen dat ze haar werk in het belang van de patiënt uitvoert, en niet in het belang van andere partijen.”

Ook Derikx merkt dat patiënten haar oor-



Joëll Jannink

impact op de ziekte IBD'



deel als klinisch arbeidsgeneeskundige anders ervaren dan dat van bijvoorbeeld de eigen bedrijfsarts. “Ik werk ook twee dagen in de week als bedrijfsarts. Ondanks dat ik durf te zeggen dat je als bedrijfsarts een onafhankelijke rol hebt, voelt dat voor patiënten niet altijd zo. Inhoudelijk komt de bedrijfsarts misschien niet tot andere adviezen of een ander oordeel, maar ik merk toch dat de patiënten in het Radboudumc makkelijker iets tegen mij durven te zeggen over hun zorgen of vragen durven te stellen over eventuele consequenties voor hun werk.” Jannink: “Ik heb inderdaad het idee dat Monique meer onafhankelijk is. Bovendien is het fijn dat zij veel weet van de ziekte IBD (Derikx heeft enkele jaren de MDL-artsen-

opleiding gevolgd – red). En doordat ik vanuit het Radboudumc word ondersteund, voel ik mij ook sterker richting de bedrijfs- en verzekeringsarts: bij een medisch consult met hen neem ik nu zelf het initiatief om medische informatie aan te dragen.”

Onderdeel behandelteam

Derikx noemt meer voordelen van een klinisch arbeidsgeneeskundige in vergelijking met een bedrijfs- of arbo-arts. “Een gespecialiseerd bedrijfsarts heeft meer ziektespecifieke kennis van één of een bepaald aantal ziektebeelden. Mijn MDL-achtergrond helpt om de ziekte, en dus de IBD-patiënten, beter te begrijpen. Bovendien ben ik beschikbaar voor iederéén, dus ook voor mensen die

geen toegang tot een bedrijfsarts hebben, zoals zzp'ers, werkzoekenden, scholieren en mensen die vragen hebben over vrijwilligerswerk. Nog een voordeel: als ik tijdens mijn spreekuur relevante zaken signaleer die voor de MDL-arts of chirurg van belang zijn om mee te nemen in zijn of haar overwegingen voor de behandeling, kan er meteen een interactie zijn: ik ben immers onderdeel van het behandelteam. Die ingang heeft een bedrijfs- of verzekeringsarts natuurlijk niet zo makkelijk.” Als voorbeeld noemt zij een IBD-patiënt die psychosociaal dermate in de knel zit dat zo'n patiënt als eerste behandeloptie misschien beter geholpen is met psychosociale ondersteuning dan met medicijnen of zelfs chirurgie.



FOTO: JLF FOTO & FILMSTUDIO



FOTO: BART REITSMA

Frank Hoentjen



FOTO: BART REITSMA

Monique Derikx

Duurzaam model

Het programma in het Radboudumc loopt nu tien maanden, waarin Derikx veertig verschillende IBD-patiënten heeft gezien met wie zij in totaal zo'n zeventig tot tachtig contactmomenten had. "Ik ben nu een database aan het bijhouden over de resultaten. Intern zijn we als klinisch arbeidsgeneeskundigen in het Radboudumc nog op zoek naar de variabelen waarop we kunnen meten. Door de grote diversiteit aan patiënten en hulpvragen is dat lastig. Maar de bedoeling is dat we duidelijk gaan maken wat het effect is van onze zorg én het voor elkaar krijgen dat klinisch arbeidsgeneeskundigen structureel worden ingebed binnen de verschillende medisch specialismen in ziekenhuizen." Hoentjen: "Wij kunnen dit project nu alleen maar doen door de financiële steun vanuit de farmaceutische industrie. Wil je dit model duurzaam inzetten, dan moet er een

vergoeding worden opgenomen in de diagnose-behandelcombinatiestructuur (DBC), zodat zorgverzekeraars deze zorg kunnen gaan vergoeden. Een IBD-patiënt weer aan het werk betekent namelijk winst voor iedereen."

Oproep

Het belangrijkste vinden Hoentjen en Derikx nu om *awareness* te genereren dat arbeid een belangrijke impact op de ziekte heeft, en vice versa. Hoentjen: "Het is lastig om dit in getallen uit te drukken, maar je ziet de opluchting bij IBD-patiënten als ze maatschappelijk weer kunnen meedoen." Jannink beaamt dat: "Het heeft mij heel veel rust gegeven." Hoentjen vervolgt: "Bovendien scheelt het de maatschappij veel kosten als we jonge IBD-patiënten aan het werk kunnen houden." Ook Derikx pleit voor meer aandacht voor werk en psychosociale

problemen bij chronisch zieken.

"In het visiedocument *Zorg die werkt* van de KNMG wordt dat ook aangedragen. Dus zorg ervoor dat de arbeidsgerichte zorg gewoon vergoed wordt vanuit de zorgverzekering en toegankelijk wordt voor iedereen." Maar om beslagen ten ijs te komen richting overheid en zorgverzekeraars is het belangrijk de krachten te bundelen, weten Hoentjen en Derikx. Hoentjen: "Ik zou daarom graag de oproep willen doen aan MDL-afdelingen die affiniteit hebben met het onderwerp en/of hiermee iets willen, om contact met ons op te nemen."

Meer informatie

Kijk op <https://www.radboudumc.nl/projecten/arbeidsgerichte-zorg> en/of neem contact op met Frank Hoentjen (hoentjen@ualberta.ca) of Monique Derikx (monique.derikx@radboudumc.nl).

E-HEALTH

Ons leven is zo langzamerhand bijna ondenkbaar zonder het gebruik van allerhande apps. Ook op medisch gebied zijn inmiddels veel apps ontwikkeld, bijvoorbeeld om snel allerlei medische berekeningen te doen zoals BMI, creatinineklaring en MELD-score (MedCalc®). Voor patiënten komen er steeds meer apps waarmee zij hun ziekte (beter) kunnen monitoren. Zo verkrijgen zij meer regie over hun aandoening of ziekte.

Happi Lever: de NAFLD-applicatie voor leefstijlondersteuning

Veranderingen in het ziektebeeld kunnen patiënten bijvoorbeeld via de app registreren middels vragenlijsten, waarna ze (sneller) contact kunnen opnemen met hun zorgverleners. De informatie wordt veelal in een gekoppelde *backoffice* (Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) of eigen portaal) verwerkt en besproken, en als terugkoppeling stuurt de zorgverlener een advies naar de patiënt. Waar in het verleden telefonische consulten of een spoed-polikli-

nisch bezoek werden ingepland, geeft zo'n patiëntmelding nu minder druk en stress voor zorgverleners en zijn de poliklinische controles beter regelbaar. Bekende en veel gebruikte apps zijn MijnIBDcoach en Luscii Thuismeten-apps.

Leververvetting

Voor patiënten met leververvetting is er sinds 1 juli 2021 de Happi Lever-app. Niet-alcoholische vetleverziekte (NAFLD) is

een prevalentie aandoening. Ongeveer 25% van de Nederlandse bevolking heeft leververvetting veroorzaakt door een ongezonde leefstijl die wordt gekenmerkt door weinig beweging en hoogcalorische voeding. Bij een derde van de personen met NAFLD ontstaat een niet-alcoholische steatohepatitis (NASH), een chronische leverontsteking. NAFLD en NASH treden het meest frequent op in personen met overgewicht en obesitas. In het proces naar overgewicht en obesitas

speelt ontregeling van de metabole balans een belangrijke rol. Hierbij is in de interactie met het viscerale vet een cruciale rol weggelegd voor de lever, met insulineresistentie als een van de belangrijkste *drivers*. De lever speelt daarmee een belangrijke rol bij het ontstaan en verergeren van diabetes en hart- en vaatziekten.

Centraal in de behandeling van NAFLD staat verandering van leefstijl, waarbij in de toekomst ter ondersteuning ook medicijnen kunnen worden gegeven. Gewichtsreductie is effectief gebleken: bij 5% reductie treedt al een duidelijke vermindering van leververvetting op en 10% resulteert zelfs in afname van verlittekening. Met andere woorden: de levergezondheid kan echt worden verbeterd door leefstijlaanpassingen. Het is echter een complex en langdurig proces om leefgewoonten te veranderen. De ontwikkeling van de Happi Lever-app heeft als doel personen met NAFLD hierin te ondersteunen.

Happi Lever

Het doel van de Happi Lever-app is om patiënten met leververvetting kennis, gemak en vertrouwen te geven in de verandering van leefstijl. En met de aangeboden achtergrondinformatie kunnen zij meer te weten komen over de rol van de lever in de stofwisseling, het ontstaan van leververvetting en de extrahepatische gevolgen daarvan.

Mijn gezondheid

Via **Mijn gezondheid** (figuur 1) vindt de patiënt ondersteuning bij:

1. **Gezonde voeding**: mogelijkheid om per dag maaltijden en tussendoortjes in te vullen. De app berekent het aantal calorieën en vergelijkt het totaal aantal calorieën per week met de benodigde gemiddelde hoeveelheid. De app maakt zo inzichtelijk of de persoon meer calorieën binnenkrijgt dan nodig (gewicht neemt toe = oranje of rode smiley) of minder (valt af = groene smiley).
2. **Gezond bewegen**: door de Happi Lever-app te koppelen aan een stappenteller in de Apple Health kit, Google Health

of Samsung Fit, geeft de app aan of je je vooraf ingestelde doel haalt. Per week is duidelijk zichtbaar of er veel of weinig wordt bewogen.

3. **Ziekteactiviteit**: in dit scherm kunnen leverwaarden zoals het ALAT en de stijfheid van de lever (gemeten met de Fibro-Scan) worden weergegeven, zodat meer inzicht wordt verkregen hoe het met de levergezondheid gesteld is.
4. **Kwaliteit van leven**: middels een interactieve en ondersteunende chat (figuur 2) wordt een drietal vragenlijsten afgenomen: 1) HADS voor angst en depressie, 2) SF12 voor algemene kwaliteit van leven en 3) Baecke-vragenlijst gericht op lichamelijke activiteit.

Figuur 1.

De Happi Lever-app is gratis te downloaden via www.happiapp.nl.



De Happi Lever-app werd financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van de Maag Lever Darm Stichting (MLDS). De app werd vooraf getest en beoordeeld door de Nederlandse Leverpatiëntenvereniging (NLV).

Wat doet Happi Lever nog meer?

- In **Mijn medicatie** kan de gebruiker een 'medicatiepaspoort' samenstellen inclusief *reminders* om zo de medicatie niet te vergeten. De medicijnen kunnen bovendien eenvoudig via de app worden besteld en worden gratis in heel Nederland thuisbezorgd.
- Via **Mijn berichten** kun je nieuws van de patiëntenvereniging NLV ontvangen of berichten over wetenschappelijke studies waaraan je meedoet.
- En *last but not least*: **Mijn consulten** koppelt de eigen zorgverlener aan de Happi Lever-app. Daarmee krijgt deze toegang, zodat er op afstand kan worden meegekeken. De zorgverlener kan uitslagen inzien en daarop advies geven zonder dat daarvoor een bezoek aan de polikliniek, huisarts of zorgondersteuner nodig is (figuur 3).¹

Onderzoek

In een nog te starten studie zal de Happi Lever-app worden vergeleken met de huidige eerstelijnsaanpak om in één jaar ten minste 5% gewichtsreductie te verkrijgen.

Tot slot

Help je mee de Happi Lever-app onder de aandacht van patiënten te brengen? Wil je meer informatie en/of heb je verbeterpunten, mail ons dan via gh.koek@mumc.nl of joop@happiapp.nl.

Ger Koek,
MDL-arts MUMC+,
initiatiefnemer Happi Lever-app
Joop Arends,
internist-infectioloog UMC Utrecht,
bestuurslid stichting Happi App

¹ De figuren bij dit artikel vind je op p. 151-152 van de online versie. Kijk hiervoor op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

ADVERTENTIE

Preventieve zorg thuisbezorgd

In mijn oratie, uitgesproken op 9 juli 2021, heb ik stilgestaan bij de preventieve zorg en het belang ervan. Gastro-intestinale tumoren spelen een belangrijk rol in incidentie van kankers en het daarmee gepaard gaande overlijden. Voor al deze kankers geldt dat vroege opsporing loont. Het leidt niet alleen tot betere overleving, maar ook tot verbetering in kwaliteit van leven doordat patiënten minder ingrijpende behandelingen hoeven te ondergaan.

In tegenstelling tot veel andere typen kankers hebben maligniteiten van het maag-darmkanaal het voordeel dat ze een goedaardig voorloperstadium hebben. Dit biedt ons de mogelijkheid om niet alleen kanker in een vroeg stadium op te sporen, maar ook om deze te voorkomen. Voor slokdarm- en dikkedarmkanker zijn hierin grote stappen gemaakt. De meeste MDL-artsen zijn goed getraind in het vinden van Barrett-slijmvlies of poliepen van het colon. Echter, bij het vinden van goedaardige voorloperafwijkingen van de maag valt nog winst te behalen.

Mijn oratie is echter geen pleidooi om iedereen te screenen, integendeel. Ik ben trots op het Nederlands zorgstelsel en voel me verantwoordelijk eraan bij te dragen dat dit blijft bestaan. Met de toename van het aantal ouderen, nieuwe behandelmogelijkheden en stijgende prijzen van medicijnen moeten we ons blijven afvragen wat zinnige zorg is. We zijn in de huidige tijd sneller geneigd 'iets' te doen dan niets te doen. Het laatste vraagt uitleg, kost daarmee tijd en geeft mogelijk onrust. Iets niet doen vraagt om durf: durven niets te doen als het niet zinnig is en ervoor gaan waar nodig. Indien dit ons lukt, wordt niet alleen de belasting voor de patiënt verlaagd, maar ook de belas-



Hoogleraar MDL Manon Spaander: "Bij het vinden van goedaardige voorloperafwijkingen van de maag valt nog winst te behalen."

ting van onze gezondheidszorg. Makkelijker gezegd dan gedaan. Maar daar ligt wel een belangrijke taak voor ons én toekomstige MDL-artsen.

COVID-19 heeft laten zien hoe kwetsbaar onze zorg is. Zó efficiënt geregeld dat er zeer weinig ruimte is voor flexibiliteit. Veel preventieve zorg, zeker op MDL-gebied, vindt plaats in het ziekenhuis. Terwijl het hier over het algemeen gezonde mensen betreft. Moeten al deze mensen naar het ziekenhuis komen? Of kunnen we de zorg op dit gebied ontlasten? Op dit moment zijn we in het Erasmus MC bezig met het bouwen van een digitale intake voor deelnemers aan het landelijke bevolkingsonderzoek darmkanker, bij wie bloed in de ontlasting is gevonden. We bekijken of we op deze manier 'gezonde' mensen veilig uit het ziekenhuis kunnen houden, om zo ruimte te creëren voor diegene voor wie een poli-bezoek wel noodzakelijk is.

In mijn rede heb ik ook de camerapil laten zien als alternatief voor het vinden van afwijkingen in het maag-darmkanaal. Voor

mij is deze camerapil een metafoor. Een metafoor van hoe reeds bestaande technologieën en technieken uit andere sectoren, in dit geval de spionagesector, kunnen worden ingezet in de medische zorg. Maar ook als een eerste aanzet voor het aanbieden van beeldvorming van het maag-darmkanaal in de thuissituatie in plaats van in het ziekenhuis. Daarmee vindt een verplaatsing van de (preventieve) zorg plaats. Naast bestaande technologieën die een medische toepassing kunnen vinden, laten universiteiten zoals de TU Delft zien dat er nog veel nieuwe technologieën in de maak zijn met eventueel medisch toepassingsmogelijkheden.

Persoonlijke preventieve zorg in uw eigen omgeving is geen toekomstdroom meer. Nu nog een toekomst zonder kanker.

Prof. dr. Manon Spaander
Hoogleraar MDL, Erasmus MC

De complete oratie is te vinden op <https://www.youtube.com/watch?v=dmonJ9mPTkQ>

ADVERTENTIE

FoodforCare: het belang van een goed maaltijdconcept

Voeding is een eerste levensbehoefte, maar heeft lange tijd binnen de zorg onvoldoende aandacht gehad. Dit is de laatste jaren gelukkig veranderd, steeds meer ziekenhuizen zien de noodzaak van goede voeding voor hun patiënten. De komst van COVID-19 heeft het belang van goede voeding en leefstijl nog eens benadrukt.

Ontstaan FoodforCare

Binnen het Radboudumc zijn we sinds 2013 bezig met het verbeteren van de voedingszorg voor patiënten. Jongeren met kanker op de afdeling Medische Oncologie gaven aan dat het ziekenhuis eten hen niet smaakte, vooral niet tijdens chemokuren. Samen met de patiënten, diëtisten, het servicebedrijf, een fooddesigner en een cateraar werden kleine gerechten ontwikkeld die qua geur, kleur, smaak en voedingsbehoefte aansloten bij hun behoeften. Na twee succesvolle pilots werd het voedingsconcept verder ontwikkeld tot een innovatieve co-creatie FoodforCare. Vanaf september 2015 is dit concept stapsgewijs in het gehele ziekenhuis geïmplementeerd [1]. FoodforCare bestaat uit een ontbijt, shakes, smoothies, salades, broodjes, soepen, warme maaltijden, desserts en snacks.

Doelgroepen

Voor de verschillende afdelingen zijn specifieke maaltijdcycli ontwikkeld die aansluiten bij de doelgroep. Daarnaast wordt per patiënt rekening gehouden met specifieke diëten (zoals: eiwitverrijkt, natriumbepoort, allergieën), consistentie (vloeibaar, gemalen) en persoonlijke voorkeur (vegetarisch, halal, enzovoort). Ook wordt er rekening gehouden met de seizoenen en het reduceren van voedselverspilling. Met FoodforCare

hebben patiënten een actieve rol in het kiezen van hun gerecht. Zes keer per dag gaan voedingsassistenten met verschillende gerechten, passend bij hun dieet of persoonlijke voorkeur, langs bij hun patiënten. De patiënt krijgt ter plekke uitleg en een advies over de gerechten en besluit dan wat hij of zij lekker vindt.

Inmiddels wordt FoodforCare ook in andere ziekenhuizen aangeboden.

Ondervoeding

De prevalentie van ondervoeding in de Nederlandse gezondheidszorg is hoog. Ongeveer 15% van alle patiënten in het ziekenhuis heeft een risico op ondervoeding, waarbij met name ouderen, oncologische en gastro-enterologische patiënten een extra hoog risico hebben [2]. Dit risico op ondervoeding neemt tijdens opname vaak nog verder toe. Om ondervoeding te voorkomen en/of behandelen is het van groot belang te sturen op het behalen van de persoonlijke eiwit- en energiebehoefte.

Klinische studie FoodforCare

Zou FoodforCare kunnen bijdragen aan een adequatere voedingsinname en daarmee aan de behandeling van ondervoeding? In 2015 werd al het eerste onderzoek naar FoodforCare uitgevoerd binnen de afdelingen MDL, Gynaecologie, Urologie en Orthopedie (N=637). Hierbij werd de traditionele maaltijdservice (driemaal daags) vergeleken met FoodforCare (zesmaal daags kleine eiwitrijke maaltijden). De primaire uitkomst betrof het verschil tussen de gemiddelde eiwit- en energie-inname ten opzichte van eiwit- en energiebehoefte op dag 1 en 4. FoodforCare liet een significante verbetering zien van 20% eiwitinname ten opzichte van behoefte in vergelijking met het oude maaltijdconcept op dag 1 (gemiddeld % \pm SD: 79 \pm 33 vs. 59 \pm 28; $p < 0,05$) en van 14% op

dag 4 (gemiddeld %SD: 73 \pm 38 vs. 59 \pm 29; $p < 0,05$). Ook de gemiddelde dagelijkse energie-inname ten opzichte van de behoefte verbeterde op dag 1 (88 \pm 34 vs. 70 \pm 30; $p < 0,05$) én dag 4 (84 \pm 40 vs. 73 \pm 31; $p = 0,05$). Bovendien was de patiënttevredenheid ten aanzien van FoodforCare hoger [7].

Complicaties en opnameduur

We weten dat ondervoeding tijdens opname wordt geassocieerd met langzamer herstel, ernstigere complicaties, verminderde kwaliteit van leven, langere ziekenhuisopname, heropnames en mortaliteit [2-6]. Om ondervoeding te voorkomen en/of behandelen zetten we dus met name in op het optimaliseren van eiwitinname volgens individuele eiwitbehoefte. Middels een post-hoc analyse in bovengenoemd cohort hebben we onderzocht of het verbeteren van eiwitinname ten opzichte van behoefte op de eerste dag van voedingsinname ook geassocieerd is met complicaties en opnameduur. Dit onderzoek liet zien dat een absolute toename van 10% eiwitinname ten opzichte van de behoefte het relatieve complicatierisico met 10% verminderde (*odds ratio*, 0.900; 95% CI, 0.83-0.97; $P < 0,05$). Ook werd de opnameduur (LOS) met 0,23 dagen verkort voor elke toename van 10% eiwitinname ten opzichte van de behoefte (*odds ratio*, -0.23; 95% CI, -0,3 tot -0,2; $P < 0,05$) [8]. Relevante bevindingen die het nut van een adequate eiwitinname ondersteunen.

FoodforCare thuis

Afgelopen jaren is de opnameduur van patiënten steeds verder verkort. De behandelperiode met voedingsinterventies ten bate van ondervoeding tijdens opname wordt daarmee steeds korter. Een optimale voedingsinterventie preoperatief kan bijdragen aan gunstige uitkomsten voor de chirurgische patiënt [9-10]. Hiermee wordt

ADVERTENTIE

de noodzaak om in de periode voorafgaand aan ziekenhuisopname optimaal te voeden bevestigd.

In een recente studie hebben we onderzocht of een thuisbezorgde eiwitrijke maaltjidservice (FoodforCare@home) van drie weken voorafgaand aan de operatie de eiwitname ten opzichte van behoefte kan verbeteren ten opzichte van de gebruikelijke eigen voeding. Middels een gerandomiseerde studie (N=126) binnen een heterogene groep chirurgische patiënten werd aangetoond dat de eiwitname ten opzichte van de behoefte significant verbeterde met 16% voor de groep met een thuisbezorgde eiwitrijke maaltjidservice, in vergelijking met de gebruikelijke voeding. De energie-inname

ten opzichte van de behoefte verbeterde met 19%. Bovendien had de FoodforCare@home-groep minder stress bij het bereiden van maaltijden en waren zij meer tevreden over de presentatie van de maaltijden dan de groep met de gebruikelijke zorg. Daarmee kan een thuisbezorgde eiwitrijke maaltjidservice dienen als een goede voedingsinterventie voor preoperatieve patiënten in het kader van prehabilitatie.

Conclusie

Voedingsinterventie middels een eiwitrijke maaltjidservice zowel vóór als tijdens ziekenhuisopname kan bijdragen aan positieve uitkomsten voor de patiënt. In de nabije toekomst zullen we ons ook richten op het gecombineerde effect van voeding en bewe-



ging rondom ziekenhuisopname. Een interessant onderzoeksgebied met veel potentie.

Manon van den Berg, diëtist en onderzoeker, themaleider voeding Radboudumc, Nijmegen

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 3-2021* (p. 149-150) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

LEVER

Prentenboek over levertransplantatie



Wat als je als ouder op de wachtlijst voor orgaantransplantatie komt? Hoe vertel je je kind wat er aan de hand is? Het prentenboek *SuperBo & SuperTom: de verloren kracht* is een handvat om dit complexe onderwerp met jonge kinderen te bespreken.

Door keer op keer samen het verhaal te lezen, krijgt het kind een beeld van wat er allemaal staat te gebeuren. Deze voorleesmomenten bieden het kind de kans om laagdrempelig vragen te stellen en geven de ouders tegelij-

kertijd de gelegenheid om met hun kind over hun eigen situatie te praten. Ieder verhaal is anders, daarom is er ruimte in het boek om je eigen verhaal af te maken.

In 2019 heb ik een nieuwe lever mogen ontvangen. Mijn kinderen Tom en Bo waren toen twee en vier jaar. In de periode dat ik op de wachtlijst stond, zocht ik naar een manier om aan hen uit te leggen waarom hun moeder haar kracht kwijt was. Iets tastbaars, wat hen ook zou kunnen steunen als ik in het ziekenhuis

was. Omdat ik niets kon vinden, heb ik toen zelf dit verhaal geschreven. En als vormgever en illustrator heb ik daarvan een prentenboek gemaakt voor ouders die in dezelfde situatie zitten als wij destijds. Daarmee hoop ik deze ouders en hun kinderen houvast te bieden in zo'n zware en onzekere tijd.

Inmiddels is het prentenboek beschikbaar in het Nederlands, Engels en Frans. Ziekenhuizen en andere instanties kunnen het boekje bestellen om mee te geven aan hun patiënten met jonge (klein)kinderen. Mensen kunnen het ook zelf aanschaffen. Heeft u interesse in het prentenboek voor uw afdeling? Dan denk ik graag mee over de mogelijkheden. Meer informatie kunt u vinden op www.supersprookje.nl.

Esther Scheide



ADVERTENTIE

Nieuwe behandelopties voor hepatitis Delta

Co-infectie met het hepatitis-B-virus en hepatitis-Delta-virus (HBV-HDV co-infectie) is geassocieerd met snelle progressie naar cirrose en een hoog risico op ontwikkeling van hepatocellulair carcinoom (HCC). Er is op dit moment geen effectieve behandeling voor patiënten met HBV-HDV co-infectie. Maar hopelijk komt hierin binnenkort verandering!



De afgelopen jaren zijn we verwond: vrijwel alle hepatitis-C-patiënten kunnen we genezen, en bij onze patiënten met chronische hepatitis B kunnen we het virus vrijwel altijd onderdrukken en hiermee de ontwikkeling van cirrose en/of HCC grotendeels voorkomen. Dit staat in schril contrast met de behandelresultaten bij patiënten met een HBV-HDV co-infectie. Zo heeft langdurige behandeling met nucleo(s)tide analogen weinig effect op de HDV-RNA-viremie, en lijkt deze ook geen invloed te hebben op de ontwikkeling van cirrose en HCC. Behandeling met (gepegyleerd) interferon resulteert bij een klein deel van de patiënten in een ondetecteerbaar HDV-RNA, maar na staken van de therapie is de kans op terugval aanzienlijk. Zo blijft de absolute kans op succes uiterst beperkt. De bijwerkingen van interferon plus de verschillende contra-indicaties, waaronder aanwezigheid van gevorderde leverziekte, beperken het gebruik van dit middel bovendien aanzienlijk.

Nieuwe middelen in ontwikkeling

Al met al hebben we de meeste patiënten met HBV-HDV-co-infectie weinig meer te bieden dan *supportive care*, HCC-surveillance en uiteindelijk, voor sommigen, levertransplantatie. Het therapeutisch landschap gaat echter veranderen. Net als voor

HBV-mono-infectie zijn er verschillende nieuwe antivirale middelen in ontwikkeling voor HBV-HDV co-infectie. Het middel dat het meest gevorderd is in de ontwikkeling, is bulevirtide (Hepcludex®): een subcutaan toegediende remmer van de NCTP-transporter die essentieel is voor het binnendringen van de levercel door HBV en HDV. In verschillende, deels nog lopende, studies zijn een significante daling en zelfs duurzame complete suppressie van HDV-RNA beschreven. Verder onderzoek moet nog duidelijkheid scheppen over de optimale duur van behandeling en de meerwaarde van combinatie met nucleo(s)tide analogen en/of interferon.

Naast bulevirtide zijn er nog verschillende andere veelbelovende middelen in ontwikkeling, waaronder lonafarnib en *nucleic-acid polymers*.

HBV-HDV-populatie

Binnen afzienbare tijd hebben we de HBV-HDV-patiënt dus iets te bieden. Om deze middelen straks optimaal in te zetten is het belangrijk de HBV-HDV-populatie in Nederland in kaart brengen. De prevalentie van HBV-HDV in Nederland is onduidelijk, onder andere vanwege significante onderdiagnostiek. Conform de adviezen van de EASL en de HBV Richtsnoer is het nu meer

dan ooit belangrijk om alle HBsAg-positieve patiënten te testen op aanwezigheid van HDV, zodat zij straks kunnen profiteren van de nieuwe behandelopties. Om meer inzicht te krijgen in de huidige HBV-HDV-populatie start binnenkort, onder de paraplu van het nationale verband HepNed, een landelijk project getiteld DREAM (*Delta hepatitis: epidemiology and treatment in the Netherlands*). DREAM heeft als doel de karakteristieken en ziektelast van HBV-HDV co-infectie in Nederland in kaart te brengen. In het kader van dit project zullen alle hepatitisbehandelcentra binnenkort worden benaderd door het studieteam. Wij hopen natuurlijk op een ieders medewerking!

Milan Sonneveld, MDL-arts, Erasmus MC
Mede namens HepNed en de overige leden van het DREAM projectteam



ADVERTENTIE

Moderne slavernij en medische gevolgen

In Suriname wordt jaarlijks *ketikoti* gevierd, de afschaffing van de slavernij. Deze geïstitutionaliseerde slavernij is een donkere bladzijde in de Nederlandse geschiedenis, waar velen nog steeds weinig van afweten. Bijvoorbeeld: dat de officiële afschaffing op 1 juli 1863 plaatsvond, de slavenhandelaars daarbij ruimhartig schadeloos werden gesteld, maar de ‘vrijgemaakten’ nog tien jaar lang contractarbeid moesten verrichten. Enkele demissionaire ministers refereren nog wel eens aan ‘onze VOC-mentaliteit’. Wat mij betreft: met misplaatste trots. Als je als zaalarts langs de bedden loopt, besef je bij herhaling dat er geen reden is voor feestvreugde.

Op een MDL-afdeling worden met enige regelmaat patiënten opgenomen met een alcoholische pancreatitis of hepatitis. Vaak zie je aan deze mensen en hun familie of partner dat ze arm zijn. Veelal zijn het mensen uit het voormalige Oostblok. Bij de introductie van een Bulgaarse of Poolse man met een pancreatitis of hepatitis is er helaas altijd wel een senior collega die een opmerking maakt als ‘ja hoor, alcohol tot het tegendeel is bewezen’. Oorzaak en gevolg worden even door elkaar gehaald. Of liever: er wordt helemaal niet nagedacht.

Ondanks afspraken binnen de EU zijn de werkomstandigheden van mensen uit de voormalige Oostbloklanden nog steeds slecht. En vanuit een EU-breed gedragen VOC-mentaliteit zijn hun salarissen vaak als in het land van herkomst: de westelijke lidstaten willen immers ‘eerlijke concurrentie’... Deze mensen helpen ons onze overconsumptie voort te zetten en de prijzen van aardbeien en asperges laag te houden. Ze wonen veelal langere tijd in Nederland, waar ze van hun Poolse of Bulgaarse salaris Nederlandse prijzen moeten betalen voor hun dagelijks onderhoud. En voor een slaapplek in een vakantieverblijf veelal woekerprijzen. Dat is niet alleen ‘geen vetpot’, het is pure uitbuiting en armoede. Corona heeft daar nog

een schepje bovenop gedaan en velen van hen werkloos gemaakt.

De Europese Commissie erkent inmiddels deze onrechtvaardigheden (en onrechtmatigheden) en heeft hiervoor wetten opgesteld. Vanaf 2022 moet voor hetzelfde werk hetzelfde loon worden betaald: elke werknemer van een West-Europese werkgever zou dan een West-Europees salaris moeten krijgen, ongeacht zijn woonplaats. Opnieuw komt de VOC-mentaliteit van sommige West-Europese bedrijven om de hoek kijken: ze starten vanuit hun West-Europese onderneming een Oost-Europese dependance, waardoor de Oost-Europese werknemer weer terug bij af is. Recent deed de rechter uitspraak in een zaak die Hongaarse chauffeurs samen met vakbond FNV zeven jaar geleden hadden aangespannen tegen een logistiek bedrijf uit Erp. Zo wilden ze bij de firma CAO-lonen afdwingen. Met succes! Hopelijk helpt deze uitspraak eraan mee dat deze handelwijze van werkgevers verleden tijd wordt en gaat dit hun rechtspositie op grote schaal verbeteren.

Armoede leidt tot slechte zelfverzorging en tot verslaving. Onderbetaling is synoniem met uitbuiting en uitbuiting is een vorm van slavernij. 158 jaar na de afschaffing van de slavernij in Suriname is er *de facto* in Nederland en andere West-Europese landen nog steeds sprake van slavernij. Er is daarom geen plaats in Nederland voor een nieuwe nationale feestdag, wel voor een terugkerend moment om na te denken over uitbuiting. Net zoals we op 5 mei met z'n allen gedenken dat we ‘vrij’ zijn. Ik stel voor dat we niet eenmaal per jaar maar op heel veel momenten bedenken dat in elk geval binnen de EU iedereen ‘vrij’ moet zijn.

Meestal loopt het met de alcoholische pancreatitis of hepatitis wel goed af. Dat wil zeggen: de patiënt gaat na een relatief korte opname weer naar huis. Terug naar de oude situatie, in de meeste gevallen. Laten we er bij een volgende opname eens wat meer bij stilstaan.

BIJSLUITER

ADVERTENTIE

Fellowship in Cambridge: 'een prachtig avontuur'

In deze rubriek spreekt *MAGMA* met MDL-collega's die momenteel werkzaam zijn in het buitenland of een bijzondere relatie met het buitenland hebben. Dit keer: Judith Honing en Kirill Basiliya. Zij begonnen recent aan een *fellowship* in Addenbrooke's Hospital, onderdeel van de Cambridge University Hospitals in het Verenigd Koninkrijk.

Judith en Kirill ronden dit jaar hun opleiding tot MDL-arts af (respectievelijk in UMCU en Radboudumc). Beiden zijn ze opgeleid tot basisarts in het UMC Groningen en aldaar gepromoveerd in de biologische achtergrond van Barrett's oesophagus. Ze zijn getrouwd en hebben twee dochters van twee jaar en vijf maanden oud.

Waarom hebben jullie voor Cambridge gekozen?

Judith: Ik had in 2019 de mogelijkheid om via een *UEG visiting fellowship* twee weken mee te lopen met het Barretts team, en daaruit ontstond een onderzoekssamenwerking. Bovendien heb ik toen kunnen ervaren dat het een leuk team was in Cambridge, met veel expertise. Tijdens het eind van onze opleiding wilden we beiden graag nog een keer naar het buitenland. Ook wilden we verdieping in onze aandachtsgebieden *advanced endoscopie/HPB (Kirill)* en *oncologie (Judith)*. We zijn toen gaan kijken of er voor ons allebei een mogelijkheid was in Cambridge of voor een van ons in Londen. Uiteindelijk kregen we hier beiden een positie.

Hoe is het om als gezin naar het buitenland te emigreren?

Kirill: Er blijkt een subtiel maar significant verschil te zijn tussen emigreren en verhuizen.

Judith: Het was inderdaad een flinke

klus, mede omdat we midden in de COVID-19-pandemie vertrokken naar een net-niet-meer EU-land met een vier weken oude baby. Maar na twee maanden was het meeste geregeld en zaten we vrolijk in de speeltuin tussen de andere buitenlandse ouders. Cambridge is heel internationaal, dus dat maakt het makkelijk integreren.

Op welke punten waardeer je de Nederlandse MDL-zorg nu meer?

Kirill: Ik mis hier de samenwerking met huisartsen. Het is helemaal niet gangbaar om even met de huisarts te bellen en te overleggen over een patiënt. Daarnaast valt mij op dat de artsen in Engeland een stuk minder nadenken over wat zinnige zorg is op oude leeftijd. Hier krijgt een 89-jarige patiënt nog zonder problemen een follow-up van een GIST die al tien jaar stabiel is. In dat opzicht is een nuchtere Nederlandse instelling wel een frisse toevoeging.

Welke speerpunten van jezelf heb je door deze buitenlandervaring scherper geslepen?

Kirill: De complexe EUS-procedures die hier voorbijkomen zijn erg inspirerend; dit is ook mijn ambitie voor de toekomst. De EUS-procedures worden deels gedaan door de radiologen, waardoor je een hele andere kijk op de beeldvorming krijgt. Daarnaast doe ik één keer in de week een academische *upper-gastro-intestinale poli* met veel functionele problematiek, reflux en eosinofiele oesofagitis en dat is een onverwacht maar leuk speerpunt geworden.

Judith: Ik draai komend jaar onder andere mee met de Barrett's-scopieprogramma's en hereditaire maagkankerpoli's, waarvan de zorg in het Verenigd Koninkrijk hier in Cambridge is gecentraliseerd. Daardoor krijg je veel mee van een zeldzaam ziektebeeld. En omdat ik deze patiënten ook voor



een onderzoekstraject volg, krijg ik eveneens inzicht in de belasting van een familiale oncologische aandoening. Daarnaast heb ik als klinische *research fellow* de mogelijkheid de helft van mijn tijd aan onderzoek te besteden.

Hoe voorkom je als stel, beiden gepromoveerd MDL-arts, dat het tussen de lakens alleen maar over de laatste papers in Endoscopy gaat?

Judith: Als je twee jonge kinderen hebt, gaat het vooral over de logistiek daarvan met een fulltime baan! Uiteraard wisselen we wel uit wat we die dag hebben meegemaakt, want overdag spreken we elkaar niet. We volgen allebei een andere subspecialisatie. Maar in het weekend gaan we vaak op pad met de bakfiets en proberen we Cambridge en omgeving te verkennen.

Kirill (lacht): We vinden beiden *Endoscopy* gewoon heel spannend.



Zou je het zesdejaars aios aanbevelen om naar Cambridge te gaan?

Kirill: Ja, zeker. Maar het is wel belangrijk om van tevoren te bedenken wat je uit een *fellowship* wilt halen. Er is enorm veel expertise, om daarvan optimaal gebruik te maken moet je een duidelijk plan hebben over wat je wilt leren.

Judith: Ik denk dat een *fellowship* zeker meerwaarde heeft om nog meer van een aandachtsgebied te leren. En Addenbrooke's is een topklinisch centrum met een hartelijke groep. Het moet wel bij je passen om in een heel andere omgeving te werken, naar een ander land gaan vergt enige flexibiliteit. Daarnaast zijn de *fellowships* hier specialistisch, dus je doet geen algemene MDL-zorg. Maar met de huidige arbeidsmarkt is het zeker een goede overweging. Wij vinden het in elk geval een prachtig avontuur.

TREATMENT OF OBSTRUCTIVE COLON CANCER: A SHIFTING PARADIGM

Joyce V. Veld, Universiteit van Amsterdam, 11 maart 2021



Patiënten met een acuut obstructief coloncarcinoom worden regelmatig behandeld middels een acute resectie. Veel van deze patiënten zijn echter ouder en/of in een slechte klinische conditie. Zeker bij deze populatie kan een acute resectie leiden tot een hoge morbiditeit en mortaliteit.

Alternatieve behandeltechnieken betreffen stentplaatsing dan wel het construeren van een decomprimerend stoma, beide ter overbrugging naar een electieve colonresectie.

Binnen het huidige promotieonderzoek, met daarin een grote, nationale snapshotstudie, zagen we een duidelijke afname van het aantal stentplaatsingen tussen 2009-2014. De vroegtijdige sluiting van twee Nederlandse gerandomiseerde studies vanwege stentgerelateerde complicaties heeft hierin waarschijnlijk een belangrijke rol gespeeld. Vanaf 2014 blijken echter weer vaker colonstents te worden geplaatst, mogelijk als gevolg van de ESGE-richtlijn van 2014 waarin stentplaatsing bij oudere, fragiele patiënten als alternatief voor een acute resectie wordt gesuggereerd. Verder zullen nationale stenttrainingen en de oprichting van een nationaal onderzoeksnetwerk van invloed zijn geweest. Daarnaast wordt het decomprimerend stoma steeds vaker toegepast. Vergeleken met een acute resectie toonde deze overbruggingstechniek onder andere minder majeure complicaties, een lagere 90-dagenmortaliteit, minder permanente stoma's en een betere driejaarsoverleving. Vergeleken met stentplaatsing heeft het decomprimerend stoma daarentegen zowel voor- als nadelen, met onder andere meer post-resectiestoma's en minder majeure complicaties.

De behandeling van een acuut obstructief coloncarcinoom is dan ook geen *one size fits all*-benadering, maar één waarbij individuele patiënt- en tumorerelateerde kenmerken, beschikbaarheid van expertise en wensen van de patiënt moeten worden meegenomen. Deze bevindingen hebben bijgedragen aan de geüpdatete ESGE-richtlijn van 2020, waarbij een colonstent nu kan worden overwogen onafhankelijk van het chirurgisch risico middels gedeelde besluitvorming met de patiënt. Daarnaast wordt het ontlastend stoma nu gesuggereerd als valide alternatief voor de colonstent.

Curriculum vitae

Joyce V. Veld (Leiden, 1991) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na haar wetenschappelijke stage in het Massachusetts General Hospital te Boston raakte zij betrokken bij onderzoek op de afdeling MDL in het Amsterdam UMC (AMC) en startte zij in 2018 met haar promotieonderzoek bij zowel chirurgie als MDL. Haar onderzoek werd begeleid door promotores prof. dr. Pieter Tanis (chirurg) en prof. dr. Jeanin van Hooft (MDL-arts) en copromotores prof. dr. Willem Bemelman (chirurg) en dr. Femke Amelung (aios chirurgie). Joyce is werkzaam als arts-assistent MDL in het NWZ Alkmaar en zal per 2022 starten met de opleiding tot MDL-arts in het Amsterdam UMC.

Het proefschrift van Joyce Veld is te verkrijgen via j.v.veld@amsterdamumc.nl.



Ongeveer 15-30% van de darmkankers is familiair (op basis van familiegegevens) of erfelijk (door een mutatie) bepaald. Vroegtijdige opsporing en behandeling van deze familiale en erfelijke darmkankersyndromen middels endoscopie resulteert in een afname van de darmkankergerelateerde morbiditeit en mortaliteit. Echter, ongeveer driekwart van deze patiënten ondergaat geen routinematige coloscopieën. In dit proefschrift onderzochten we of het toevoegen van een online vragenlijst, gevolgd door genetische counseling, aan het bevolkingsonderzoek darmkanker meer individuen met familiale en erfelijke darmkankersyndromen zou opsporen. Dit bleek niet het geval; de toevoeging resulteerde niet in een significant toegenomen detectie van *advanced* neoplasie in vergelijking tot het bevolkingsonderzoek alleen en leidde niet tot een evident betere opsporing van individuen met familiale en erfelijke darmkankersyndromen. De overwegingen van genodigden voor deelname aan dit vragenlijstonderzoek evalueerden we in een interviewstudie.

In het tweede deel presenteerden we de absolute en relatieve risico's voor individuen met een verschillende mate van familiale belasting voor darmkanker. Verder beschreven we de veiligheid en effectiviteit van preventief endoscopische resecties van maag- en duodenumadenomen bij patiënten met familiale adenomateuze polyposis (FAP), een

erfelijk darmkankersyndroom. Verder onderzochten we de distributie van adenomen post-colectomie bij patiënten met FAP en toonden we aan dat behandeling gedurende zes maanden met sirolimus effectief was in het verminderen van poliepogroei maar resulteerde in veel bijwerkingen. Als laatste constateerden we dat goede darmvoorbereiding, het verrichten van een volledige endoscopie en het gebruik van chromo-endoscopie belangrijk zijn om opsporing van poliepen te garanderen bij patiënten met het Lynchsyndroom. Het risico op het ontwikkelen van darmkanker bleek significant lager voor patiënten die een coloscopie binnen drie jaar ondergingen.

Curriculum vitae

Victorine Henriëtte Roos (Amsterdam, 1991) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht, waar haar interesse voor de MDL in het Meander MC werd gewekt. Vervolgens doorliep ze haar promotietraject in het Amsterdam UMC, locatie AMC, onder begeleiding van promotoren prof. dr. Evelien Dekker (afdeling MDL) en prof. dr. Patrick Bossuyt (afdeling Epidemiologie) en copromotor dr. Cora Aalfs (afdeling Klinische Genetica). Daarnaast voltooide ze de master Evidence Based Practice. Momenteel is Victorine in opleiding tot MDL-arts in de opleidingsregio Zuidoost-Nederland.

Het proefschrift van Victorine Roos is te downloaden via <https://hdl.handle.net/11245.1/6f321741-7fea-4b86-a8fd-345447af667a>.

'I JUST DON'T THINK I HAVE CANCER'. WHY SOME PARTICIPANTS DO NOT FOLLOW-UP WITH A RECOMMENDED COLONOSCOPY IN COLORECTAL CANCER SCREENING

Lucinda Bertels, Universiteit van Amsterdam, 24 juni 2021



In het Nederlandse bevolkingsonderzoek darmkanker ondergaat tussen de 11-14% van de deelnemers die een ongunstige uitslag van de ontlastingstest (FIT) ontvangen, niet de aanbevolen vervolgonoscopie ter uitsluiting van een colorectaal carcinoom. Gezien het verhoogde risico op een dergelijk carcinoom in deze groep, had deze dissertatie als doel mogelijke redenen hiervoor te achterhalen.

In interviews met FIT-positieve deelnemers die de aanbevolen colonoscopie niet ondergingen, bleek dat onder andere een lage risicoperceptie voor darmkanker een rol zou kunnen spelen. Ook wantrouwen jegens de screening, en angst en aversie jegens colonoscopie werden beschreven, evenals het hebben van andere (gezondheids)prioriteiten en een invloed van de huisarts. Daarnaast werd de opzet van het screeningsprogramma soms ervaren als dwingend en de bijgaande zorg als onpersoonlijk.

In een vervolgens landelijk uitgezette vragenlijst bleek dat kennis over darmkanker, screening en colonoscopie significant lager was onder respondenten die geen colonoscopie ondergingen dan onder respondenten die deze wel ondergingen. Ook bleek onder andere het hebben van beslistmoeilijkheden en een lage risicoperceptie voor darmkanker geassocieerd met het niet laten doen van een colonoscopie, evenals vertrouwen in het vermogen zelf darmkanker te kunnen aanvoelen en

het hebben van een alternatieve verklaring (zoals aambeien, medicatie of dieet) voor het gevonden bloed in de ontlasting. De overtuiging dat de huisarts vervolgonoscopie ondersteunt, was positief geassocieerd met het laten doen van deze colonoscopie.

Deze bevindingen geven aanleiding tot het verkennen van mogelijkheden voor persoonlijkere begeleiding van FIT-positieve deelnemers. Daarnaast zou onderzoek naar effectievere vormen van voorlichting over darmkanker en darmkankerscreening mogelijkheden kunnen bieden om deelnemers een beter geïnformeerd besluit te laten nemen.

Curriculum vitae

Lucinda Bertels (Heemstede, 1984) studeerde Medische Antropologie en Sociologie aan de Universiteit van Amsterdam. Hierna startte ze met haar PhD-traject bij Amsterdam UMC, locatie AMC. Dit vond plaats onder supervisie van promotoren prof. dr. Henk van Weert (Huisartsgeneeskunde) en prof. dr. Evelien Dekker (MDL) en copromotoren dr. Bart Knottnerus en dr. Kristel van Asselt. Sinds november 2020 is Lucinda werkzaam aan de Erasmus School of Health Policy and Management. Als UD in de onderzoeksgroep Socio-Medical Sciences combineert ze daar onderwijs met onderzoek.

Het proefschrift van Lucinda Bertels is te verkrijgen via bertels@eshpm.eur.nl.

Levende donor-domino-levertransplantatie met methylmalonacidemie-patiënt als donor

Patiënten met de erfelijke metabole ziekte methylmalonacidemie (MMA) kunnen bij progressieve ziekte of frequente acute ontregelingen in aanmerking komen voor een levertransplantatie. In het Erasmus MC werd voor het eerst een levende-donorlevertransplantatie verricht bij een MMA-patiënt die vervolgens zijn lever doneerde aan een patiënt die niet in aanmerking kwam voor een donorlever via de reguliere wachtlijst. Dit noemen we een domino-levertransplantatie. In deze casus beschrijven wij deze domino-levertransplantatie en bespreken de specifieke aandachtspunten voor MMA-patiënten rondom levertransplantatie.

Casus

Patiënt A, een man van 20 jaar, werd in verband met MMA vervolgd op de polikliniek erfelijke metabole ziekten. Hij had gedurende zijn leven een aantal keren een metabole ontregeling doorgemaakt, met als gevolg een milde verstandelijke beperking en een mild pyramidebaansyndroom. Verder had hij als chronische complicatie van MMA een progressieve nierinsufficiëntie met een kreatinineklaring van circa 30 ml/min. Vanwege de progressieve nierinsufficiëntie – en om andere langetermijncomplicaties zoals blindheid en neurologische complicaties te voorkomen – werd levertransplantatie als goede behandeloptie gezien. Met een MELD-score van 16 was een levertransplantatie via de reguliere wachtlijst met een postmortale donor niet op korte termijn te verwachten. Patiënt ontving daarom een partiële donorlever van een familielid (dragerschap MMA uitgesloten). De operatie verliep ongecompliceerd, zonder acute metabole ontregeling. Metabool gezien verbeterde patiënt: de plasma-methylmalonzuurwaarde daalde van 738 umol/l naar 200 umol/l (normaal < 0,45 umol/l), de nierfunctie bleef stabiel. Poliklinisch werd wel een nieuwe tremor gezien, mogelijk ten gevolge van milde tacrolimus toxiciteit.

Aangezien de lever van patiënt A behalve het enzymdefect van methylmalonyl-CoA-mutase dat MMA veroorzaakt, gezond was, kon zijn lever worden gebruikt voor transplantatie voor patiënt B.

Patiënt B was een man van 55 jaar met levercirrose op basis van chronische hepatitis B en D, gecompliceerd door het ontwikkelen van een HCC, waarvoor eerder al behandeling met stereotactische radiotherapie. Hij ontving de lever van patiënt A. De lab-MELD-score

was 12. Postoperatief zijn er geen tekenen van metabole ontregeling door MMA. De plasma-methylmalonzuurwaarde postoperatief steeg naar 7,8 umol/L.

Beschouwing

Domino-levertransplantatie bij metabole ziekten

Bij een domino-levertransplantatie wordt de lever van degene die de levertransplantatie ontvangt, gegeven aan een tweede patiënt die in aanmerking komt voor een levertransplantatie. Bij meerdere erfelijke metabole ziekten, zoals MMA, is de lever van de patiënt uitgezonderd het enzymdefect gezond. Indien de metabole ziekte daarbij niet leverspecifiek is (en de ontvanger dus buiten de lever nog voldoende enzym maakt) en/of de gevolgen van de ziekte pas na tientallen jaren ontstaan, kan de aangedane lever veilig worden getransplanteerd [1, 2]. De ontvanger zal dan wel (vaak in mildere vorm) de erfelijke stofwisselingsziekte krijgen, maar dit uit zich meestal enkel met biochemische bevindingen en leidt in de regel niet tot schade, zeker niet op korte termijn. Daarom zijn sommige patiënten met een erfelijke stofwisselingsziekte bij uitstek geschikt om behalve leverontvanger ook leverdonor te worden voor een persoon die anders niet (op korte termijn) voor levertransplantatie in aanmerking zou komen [1]. Zo wordt met deze domino-levertransplantatie optimaal gebruikgemaakt van schaarse donororganen en biedt het een curatieve behandelingsmogelijkheid voor anders uitbehandelde patiënten.

Indien de metabole aandoening wel leverspecifiek is en gepaard

gaat met acute ontregelingen, dan zal de ontvanger meestal ook deze ontregelingen krijgen. Als de ontregelingen niet te ernstig en goed te behandelen zijn, en de ontvanger zou zonder levertransplantatie komen te overlijden, dan kan alsnog voor een dominoconstructie worden gekozen, natuurlijk na goede voorlichting aan de potentiële ontvanger. Hierbij kan worden gedacht aan een lever van een patiënt met acute porfyrie-aanvallen.

Methylmalonacidemie (MMA)

MMA is een zeldzame autosomaal-recessieve aandoening behorend tot de organische acidemieën. De ziekte wordt meestal veroorzaakt door een deficiëntie van het enzym methylmalonyl-CoA-mutase,

waardoor de vertakte ketenaminozuren isoleucine en valine niet goed worden afgebroken. Hierdoor ontstaat er stapeling van organische zuren, zoals propionyl-CoA en methylmalonzuur, wat toxische effecten heeft op de werking van mitochondriën en de ureumcyclus [3].

MMA gaat enerzijds gepaard met levensbedreigende acute ontregelingen met een *high anion-gap*-acidose met hoog lactaat en een hyperammoniëmie. Indien deze ontregelingen te laat worden behandeld, kan dit leiden tot blijvende hersenschade of overlijden. Anderzijds krijgen patiënten te maken met langetermijncomplicaties die met name worden veroorzaakt door mitochondriële toxiciteit. Een langetermijncomplicatie is chronische nierschade, zich uitend in een tubulo-interstitiële nefritis en polyurie (door geforceerde diuresen ten gevolge van organische zuren) met verlies van zout en bicarbonaat [4].

De standaardbehandeling voor MMA is een natuurlijk eiwitbeperkt (en daarmee dus isoleucine- en valinebeperkt) dieet en suppletie van carnitine (bindt aan propionyl-CoA en verhoogt hiermee de uitscheiding ervan). Dit kan ontregelingen beperken, maar voorkomt niet de chronische schade en het optreden van acute ontregelingen bij ziekte/ katabolie.

Levertransplantatie bij MMA

Het enzym methylmalonyl-CoA-mutase komt in hoge mate tot expressie in de lever. De transplantaatlever afkomstig van een gezond persoon maakt normaal werkend enzym, waardoor het stofwisselingsdefect in de lever wordt opgeheven. Bij voorkeur is de donor van de transplantaatlever geen MMA-drager, omdat de enzymactiviteit vergeleken met niet-dragers verminderd is en zo mogelijk leidt tot minder gunstige uitkomsten voor de ontvanger [5].

Omdat de cellen in andere organen (waaronder nieren, hersenen en spieren) nog wel kampen met het enzymdefect, is een levertransplantatie bij MMA niet volledig curatief. Doordat echter een grote bron van organische zuren is weggenomen, kan hiermee de progressieve schade aan nieren en hersenen worden beperkt en verkleint het in grote mate de kans op acute ontregelingen.

Omdat patiënten zowel pre- als postoperatief nog metabool kunnen ontregelen, is een intensieve samenwerking tussen metabole specialisten, hepatologen, transplantatiechirurgen, anesthesisten, intensivisten en verpleegkundigen van groot belang. Een gedegen voorbereiding met een MMA-specifiek peri-operatief protocol om ontregelingen te voorkomen en – indien ze onverhoopt toch ontstaan – te behandelen, dient aanwezig te zijn en te worden gevolgd. Medicatie om eventuele ontregelingen te behandelen (zoals natriumbenzoaat en cargininezuur) dient op voorraad te zijn¹.

In het kort: rondom de operatie dient een strikte controle van de bloedwaarden plaats te vinden om een ontregeling vroegtijdig op te sporen. Vanwege de component mitochondriële dysfunctie gelden er relatieve contra-indicaties voor anesthetica, met name propofol. Aanbod van voldoende calorieën (eiwitbeperkt dan wel eiwitloos!)

dient ten allen tijde gewaarborgd te zijn – ook als patiënt nuchter gehouden wordt – middels infusie. Postoperatief dient bij goede transplantaatfunctie en metabole instelling eiwit snel te worden geïntroduceerd en langzaam opgehoogd. De maximale eiwit-intake zal echter doorgaans uitkomen op 0,8-1 g/kg lichaamsgewicht in tegenstelling tot het eiwitverrijkte dieet dat andere levertransplantatiepatiënten voorgeschreven krijgen. Indien er gekozen wordt voor een levende donor, moet de partiële donorlever eerst nog hypertrofieren tot zijn oorspronkelijke volume en is er daardoor postoperatief waarschijnlijk een hogere kans op metabole ontregeling vergeleken met een postmortale levertransplantatie.

Postoperatief lijken MMA-patiënten gevoeliger voor tacrolimus/calcinurineremmer-geïnduceerde neurotoxiciteit dan andere patiënten, met in het ernstigste geval een Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome [6]. Er dienen daarom zo laag mogelijke spiegels te worden nagestreefd en indien mogelijk op termijn te worden geswitcht naar een calcineurinevrij immuunsuppressieschema.

Conclusie

Bij een levende donor-domino-levertransplantatie zal de laatste ontvanger een MMA-lever krijgen. Omdat de overige lichaamscellen van de ontvanger een goed werkend methylmalonyl-CoA-mutase hebben, zullen de gevolgen daarvan naar verwachting klein zijn. Methylmalonzuur-waarden gemeten in ontvangers van MMA-levers waren licht verhoogd, maar geen van de patiënten kreeg metabole ontregelingen of nierinsufficiëntie enkele maanden na de transplantatie [7]. De langetermijneffecten moeten nog worden afgewacht maar zullen, mochten ze toch ontstaan, naar verwachting pas na jaren optreden.

Chantal Peltenburg, internist metabole ziekten¹

Mark Wijnen, aios interne geneeskunde¹

Sandra Coenen, MDL-arts^{2,3}

Caroline den Hoed, MDL-arts^{2,3}

Robert Minnee, transplantatiechirurg^{3,4}

Markus Boehnert, transplantatiechirurg^{3,4}

Janneke Langendonk, internist metabole ziekten¹

Margreet Wagenmakers, internist metabole ziekten¹

1. Centrum voor Lysosomale en Metabole Ziekten; Afdeling interne geneeskunde, Erasmus MC
2. Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten, Erasmus MC
3. Erasmus MC Transplantatie Instituut
4. Afdeling heelkunde, Erasmus MC

Met toestemming van en dank aan de betrokken patiënten.

Meer informatie: *Chantal Peltenburg*, c.peltenburg@erasmusmc.nl

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 3-2021* (p. 150) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

¹ Meer informatie: <https://investof.nl/noodprotocollen/behandeling-van-een-acute-ontregeling-bij-methylmalonacidemie/>

Re-registratie generieke medicijnen loopt vast

Drug reregistration, het doorontwikkelen van bestaande medicijnen, kan nieuwe therapeutische opties bieden én qua kosten interessant zijn. Maar hoe?

Het artikel over colchicine in de cardiologie ter preventie van een recidief hartinfarct (*de Volkskrant*, 13 augustus 2021) is glashelder: het grootste nadeel, geen voordeel, is dat deze medicijnen geen patent hebben. Decentraal re-registreren via het Centraal Bureau Geneesmiddelen (CBG) loopt vast op de vraag hoe de kosten daarvan terug te verdienen. Thioguanine (Thiosix®) – via het CBG voor inflammatoir darmlijden in re-registratie bij nu 8.000 patiënten in Nederland – heeft na re-registratie nog een verdienmodel van één jaar. Ter vergelijking: voor nieuwe middelen is dit meer dan tien jaar. Het lukte jaren terug evenmin om het oude fumaarzuur voor psoriasis, een idee van de Nederlandse huisarts Kunst, nationaal in te dienen voor re-registratie, ook niet samen met Psoriasispatiënten Nederland.

Terugverdienen

Om een pil te kunnen voorschrijven, moet die pil eerst bij de medicijnautoriteiten worden geregistreerd. Zo'n registratie kost veel geld. Merck®Farma maakte van cladribine een Europese centrale re-registratie voor de ziekte MS en mag er meer dan 20.000 euro per jaar per patiënt voor berekenen. Het is qua kosten geclusterd met dure MS-medicijnen en niet aan het oude, intramuraal voorgeschreven leukemie-injectiemiddel (hooguit 1.000 euro) waarvoor het ooit was ontwikkeld. Almirall® uit Barcelona re-registreerde fumaarzuur ook Europees (EMA): het werd geclusterd aan nieuwe psoriasis-geneesmiddelen en voor exorbi-

tant geld in Nederland verkocht nadat de re-registratie van fumaarzuur in Nederland vastliep. Nederlandse farmaceutische bedrijven willen samen met Nederlandse cardiologen colchicine in Nederland re-registreren, maar een (bescheiden) terugverdienmodel wordt niet gegund.

Voor en door MDL-artsen in Nederland

De re-registratie van thioguanine (TG) bij IBD doen we ook nationaal. Gertrude Elion kreeg in 1988 de Nobelprijs voor haar ontwikkeling van thiopurines, de oudste was thioguanine (TG), geregistreerd voor leukemie in de jaren 50. Azathioprine (AZA) vond toepassing in de transplantatie-geneeskunde en later, in de jaren 70-80 in de inflammatoire darmziekten (Crohn en colitis ulcerosa). Nadeel van AZA is dat 50% van de patiënten door bijwerkingen stopt. Sinds 2001, nu twintig jaar terug, schrijven we TG in een lage dosering voor als *escape* bij AZA-gebruikers met bijwerkingen. Initieel *off-label*, het was niet voor IBD geregistreerd.

Informeel overleg vanaf 2006-2010 met het Ministerie van VWS en het CBG suggereerde dat als we het in Nederland zouden re-registreren, dit snel zou kunnen. De Europese weg (EMA) werd ons ontraden: de farmacie was niet geïnteresseerd in een lange re-registratie van miljoenen euro's zonder terugverdienmodel. Magistraal maken op bijna industriële wijze, in een bereidings-apotheek, mocht wel met een aantrekkelijk verdienmodel. ZonMw wilde *randomized trials* begin jaren 2010 niet meer steunen, niet meer nodig. Zeker 3.000 patiënten werden er toen in Nederland al mee behandeld. Uitrollen naar het buitenland kan echter niet zonder re-registratie. Drie tot vier miljoen IBD-patiënten zouden er wereldwijd

mee kunnen worden geholpen, dachten wij. Voor Den Haag en de verzekeraars was het buitenland echter geen argument.

Sinds 2012-2014 heeft TEVA, groot in generieke middelen, het re-registratieproces overgenomen. TG is sinds vijf jaar voorwaardelijk geregistreerd. Er komt normaal gesproken een registratie in Nederland voor IBD. De huidige 8.000 TG-gebruikers in Nederland kunnen dan doorgaan.

Maar uitrollen naar ziektes als microscopische colitis, psoriasis, de auto-immuunziekte SLE, bij IBD in combinatie met monoclonals: primair TG in plaats van AZA, maar ook bij transplantaties kost te veel geld. Daarnaast valt te verwachten dat VWS en de verzekeraars de prijs van Thiosix® (TG) 10-20 mg na re-registratie willen halveren. Het terugverdienmodel voor verder onderzoek binnen Nederland – laat staan het buitenland – komt daarmee onder druk. Wij als artsen schrijven dan waarschijnlijk weer generiek TG voor, re-registratie voor het buitenland wordt mogelijk utopisch.

Conclusie

Het Ministerie van VWS noemt de ontwikkeling van colchicine en thioguanine via CBG al jaren veelbelovend, maar de enige weg om (exorbitant) geld terug te verdienen is de Europese centrale re-registratie. Dat leert cladribine voor MS en fumaarzuur bij psoriasis. Met de kennis en ervaring van nu pleit ik liever binnen de EMA voor één loket, waarin re-registraties worden gemonitord en tot wasdom kunnen komen. Een adequaat verdienmodel is nodig om het ontwikkelde TG voor drie tot vier miljoen patiënten ook buiten onze landsgrenzen te kunnen uitrollen.

Chris Mulder
MDL-arts

MDL-groep Spaarne Gasthuis plukt vruchten van geslaagde fusie

Het topklinische ziekenhuis Spaarne Gasthuis heeft een lange historie van fusies achter de rug sinds de start van het Sint Elisabeth Gasthuis in 1581. De laatste vond plaats in 2015 toen het Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp) en het Kennemer Gasthuis (Haarlem) fuseerden. Met twee ziekenhuizen en drie poliklinieken is het nu de grootste zorgaanbieder in de regio. "Ik denk dat we de meest gelukkige fusie denkbaar achter de rug hebben."

"Als vakgroep hebben we van die laatste fusie alleen maar de vruchten geplukt", zegt MDL-arts Stijn van Weyenberg. "Dankzij de schaalvergroting is er nu meer ruimte voor verdieping en eigen aandachtsgebieden. We kunnen meer complexe zorg aanbieden en nieuwe therapieën starten." De vakgroep heeft op dit moment twaalf MDL-artsen, vier gespecialiseerde verpleegkundigen en drie MDL-artsen-in-opleiding.

"We doen allemaal algemene MDL-zorg – dat vinden we belangrijk – maar hebben ook allemaal onze expertise. En dat gunnen we elkaar", vult MDL-arts Maarten Neerincx

aan. "Stijn haalt samen met Willem Marsman de grote poliepen weg, Brechje van Eijck en ik doen samen de endo-echo's en doen daar interventies mee – zo plaatsen we stents als nieuwe therapie. Er zijn collega's die gespecialiseerd zijn in IBD, in oncologie en in manometrie. Het enige wat we nu nog niet doen, is dunnedarmdiagnostiek. Maar daarmee gaan we binnenkort beginnen met als doel volledige endoscopische zorg aan te bieden, ook van de dunne darm."

Goeie match

Van Weyenberg: "We matchen als team ontzettend goed. Iedereen heeft echt z'n plaats gevonden. Dat is wel eens anders in fusies."

De synergie in het team is hun grootste kracht, beamen Neerincx en MDL-arts Amabel Scherpenzeel. "We hebben totaal verschillende karakters, maar dat is juist leuk, zo vullen we elkaar goed aan. We hebben veel respect voor elkaar en bespreken alles open, met wederzijds begrip, zonder elkaar verwijten te maken of impulsief te reageren", zegt Scherpenzeel. "Bovendien", vervolgt zij "kunnen we erg met elkaar lachen!"

Scherp bij de les

Het Spaarne Gasthuis besteedt veel aan-

dacht aan opleiding en onderzoek. Dat biedt grote meerwaarde aan de MDL-vakgroep, vinden de artsen. Neerincx: "We doen vooral mee met grote lopende studies, bijvoorbeeld ECRP-, IBD- en bariatriestudies, en dat doen we allemaal zeer gemotiveerd. Ook zijn we betrokken opleiders, denk ik." Van Weyenberg: "Onderzoek en opleiden houdt je extra scherp, goed bij de les. We hebben allemaal een groot vermogen om ons aan te passen aan veranderende situaties en inzichten, vind ik. Ik denk dat dat ons ook verbindt." Scherpenzeel beaamt dit: "Door het enthousiasme van de aios kijk je steeds weer met verwondering naar je eigen vak."

Blijven vernieuwen

Nog wensen voor de toekomst? Van Weyenberg: "We participeren op dit moment op allerlei manieren in regionale netwerken, zoals een leverziekteoverleg met het LUMC, een IBD- en galweg/alvleesklieroverleg met het AUMC en een darmkankeroverleg met het Antoni van Leeuwenhoek (AVL). Ik hoop dat we dat voor complexere aandoeningen steeds vaker gaan doen, zodat de zorg steeds meer fluïde wordt en de muren tussen de tweede en derde lijn verdwijnen." Scherpenzeel: "Ik hoop dat we ons blijven vernieuwen, want dat houdt het vak ontzettend leuk."

Achterste rij vlnr:

Willem Marsman¹, Stijn van Weyenberg¹, Warner Bruins Slot¹, Tim Grool¹, Ellert van Soest¹, Johan Kuijvenhoven¹

Middelste rij:

Maartje Lubsen², Tessa Uiterwaal¹, Hanke Brandse³, Bart Verwer¹, Brechje van Eijck¹

Voorste rij:

Jacqueline Persson⁴, Melek Simsek³, Line Meinsma²

Op de foto ontbreken de MDL-artsen Clarisse Bohmer, Maarten Neerincx en Amabel Vehmeijer.

¹MDL-arts, ²IBD-verpleegkundige, ³aios MDL,

⁴verpleegkundig endoscopist



ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

Referenties MAGMA 3-2021

PALLIATIE Verpleegkundig specialist intermediair bij advance care planning – p. 113

1. Andries Baart, *Een theorie van de presentie*. Utrecht, 2011 (3^{de} druk).
2. Andries Baart, *Presentie, wat is het?* [youtube.com/watch?v= I0ACepi Lo](https://www.youtube.com/watch?v=I0ACepiLo)
3. Rietjens JA, Sudore RL, Deliens L, Ott B, Connolly M, Van Delden JJ, et al. Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts Wet* 2018;61(8). doi: [10.1007/s12445-018-0224-y](https://doi.org/10.1007/s12445-018-0224-y).

Bevolkingsonderzoek darmkanker weer op de rails – p. 114-117

1. <https://www.iknl.nl/covid-19>
2. Kortlever, Tim L. et al, The national FIT-based colorectal cancer screening program in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, Volume 151, October 2021, 106643. [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)
3. Corley, Douglas A. et al, Association Between Time to Colonoscopy After a Positive Fecal Test Result and Risk of Colorectal Cancer and Cancer Stage at Diagnosis. *JAMA* 2017;317(16):1631-1641.; doi: [10.1001/jama.2017.3634](https://doi.org/10.1001/jama.2017.3634)
4. De Jonge, L. et al., Impact of the COVID-19 pandemic on faecal immunochemical test-based colorectal cancer screening programmes in Australia, Canada, and the Netherlands: a comparative modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021; Apr:6(4):304–314. doi: [10.1016/S2468-1253\(21\)00003-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00003-0)

VOEDING FoodforCare: het belang van een goed maaltijdconcept – p. 131-133

1. Dijkhoorn DN, Wanten GJA, van den Berg MGA. Developing mealtime interventions: Considerations based on a single center experience. *Clin Nutr* 2018; Aug;37(4):1437–1438. doi: [10.1016/j.clnu.2018.04.011](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.04.011). Epub 2018 Apr 28. PMID: 29752007.
2. Kruizenga H, van Keeken S, Weijs P, Bastiaanse L, Beijer S, Huisman-de Waal G, et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr* 2016; 103(4)(Apr):1026–32.
3. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr* 2013; 32(5):737–745.
4. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003; 22(3):235–239.
5. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008; 27(1):5–15.
6. Kruizenga H, van Keeken S, Weijs P, et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr* 2016; 103(4):1026–1032.
7. Dijkhoorn DN, van den Berg MGA, Kievit W, Korzilius J, Drenth JPH, Wanten GJA. A novel in-hospital meal service improves protein and energy intake. *Clin Nutr* 2018; Dec;37(6 Pt A):2238–2245. doi: doi.org/10.1016/j.clnu.2017.10.025. Epub 2017 Nov 9. PMID: 29173893.

8. Dijkhoorn, D.N., IJmker-Hemink, V.E., Kievit, W., Wanten, G.J.A. and van den Berg, M.G.A. (2021), Protein Intake at the First Day of Full-Oral Intake During Hospitalization Is Associated With Complications and Hospital Length of Stay. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. doi.org/10.1002/jpen.2026
9. Reece L, Dragicevich H, Lewis C, et al. Preoperative nutrition status and postoperative outcomes in patients undergoing cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Ann Surg Oncol* 2019; 26: 2622–2630
10. Gillis C, Buhler K, Bresee L, et al. Effects of nutritional prehabilitation, with and without exercise, on outcomes of patients who undergo colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2018; 155(2): 391–410.e394.
11. IJmker-Hemink, V.E., Wanten, G.J.A., de Nes, L.C.F. and van den Berg, M.G.A. (2021), Effect of a Preoperative Home-Delivered, Protein-Rich Meal Service to Improve Protein Intake in Surgical Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 45:479–489. doi.org/10.1002/jpen.2015.

CASUÏSTIEK Levende donor-domino-levertransplantatie met methylmalonacidemie-patiënt als donor – p. 142-143

1. Kitchens WH. Domino liver transplantation: indications, techniques, and outcomes. *Transplant Rev (Orlando)* 2011; 25(4):167-77. doi: [10.1016/j.trre.2011.04.002](https://doi.org/10.1016/j.trre.2011.04.002)
2. Conti F, Mochel F, Calmus Y. Domino liver transplantation: the risk of disease recurrence. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2019; 43(5):510-2. doi: [10.1016/j.clinre.2019.01.004](https://doi.org/10.1016/j.clinre.2019.01.004)
3. Forny P, Hörster F, Ballhausen D, Chakrapani A, Chapman KA, Dionisi-Vici C, et al. Guidelines for the diagnosis and management of methylmalonic acidemia and propionic acidemia: First revision. *J Inherit Metab Dis* 2021; 44(3):566-92. doi: [10.1002/jimd.12370](https://doi.org/10.1002/jimd.12370)
4. Haijes HA, Molema F, Langeveld M, Janssen MC, Bosch AM, van Spronsen F, et al. Retrospective evaluation of the Dutch pre-newborn screening cohort for propionic acidemia and isolated methylmalonic acidemia: What to aim, expect, and evaluate from newborn screening? *J Inherit Metab Dis* 2020; 43(3):424-37. doi: [10.1002/jimd.12193](https://doi.org/10.1002/jimd.12193)
5. Molema F, Martinelli D, Hörster F, Kölker S, Tangeraas T, de Koning B, et al. Liver and/or kidney transplantation in amino and organic acid-related inborn errors of metabolism: An overview on European data. *J Inherit Metab Dis* 2021; 44(3):593-605. doi: [10.1002/jimd.12318](https://doi.org/10.1002/jimd.12318)
6. Molema F, Williams M, Langendonk J, Darwish-Murad S, van de Wetering J, Jacobs E, et al. Neurotoxicity including posterior reversible encephalopathy syndrome after initiation of calcineurin inhibitors in transplanted methylmalonic acidemia patients: Two case reports and review of the literature. *JIMD Rep* 2020; 51(1):89-104. doi: [10.1002/jimd2.12088](https://doi.org/10.1002/jimd2.12088)
7. Khanna A, Gish R, Winter SC, Nyhan WL, Barshop BA. Successful Domino Liver Transplantation from a Patient with Methylmalonic Acidemia. *JIMD Rep*. 2016; 25:87-94. doi: [10.1007/8904_2015_480](https://doi.org/10.1007/8904_2015_480)

Happi Lever: de NAFLD-applicatie voor leefstijlondersteuning – p. 126-127

Figuur 1. Mijn Gezondheid.

De patiënt vindt ondersteuning bij: gezonde voeding, gezond bewegen, ziekteactiviteit en kwaliteit van leven.



Figuur 2. HappiChat.

De gevalideerde vragenlijsten worden in het originele format afgenomen, maar voorafgegaan door ‘bemoedigende’ opmerkingen en vragen.



Figuur 3. Happi-portaal

Hierin kan de zorgverlener alle patiëntgegevens, resultaten en uitslagen zien en met de patiënt communiceren.

