

STAND VAN ZAKEN **186** / PERISCOOP **187** / INTERVIEW:
MANON SPAANDER EN FRANK VLEGGaar **188**
CHOLEDOCHOLITHIASIS **191** / ORATIE MINNEKE COENRAAD **193**
KWALITEIT **195-197** / GENEESMIDDELEN **198-201** / COLUMN **201**
THEMA: 30 JAAR MAGMA **202-223** / MDL TRANSFERS **211**
RONDETAfelGESPREK: 30 JAAR MAGMA **214-221**
KWALITEIT **225-227** / OPINIE **228** / PASSENDE ZORG **231**
LOOPBAANONTWIKKELING **232** / LEVER **235**
PROEFSCHRIFTEN **238** / DE AFDELING **241**

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 30 / NUMMER 4 / DECEMBER 2024



30 JAAR MAGMA



Bevlogen pragmatisme desastreus voor UMC's

Er waren altijd drie belangrijke redenen om in een UMC te willen werken: bijzondere patiëntenzorg, medisch onderwijs (voor studenten, aios, verpleegkundigen) en wetenschappelijk onderzoek. Het huidige kabinet gaat op alle drie de gebieden bezuinigen, met desastreuze gevolgen voor onze universitaire medische centra.

De kosten van de gezondheidszorg mogen de komende jaren niet stijgen, ondanks de vergrijzing en de toenemende vraag als gevolg van het verlagen van het 'eigen risico'. Omdat zorgkosten voor een groot deel uit loonkosten bestaan, zal er nauwelijks ruimte zijn om de lonen de komende jaren te verhogen. Daarnaast zullen de wachtlijsten toenemen en zal de implementatie van nieuwe behandelingen vertraging oplopen of zelfs uitblijven. Bezuinigingen op onderwijs hebben op diverse fronten schadelijke effecten. De zogeheten langstudeerboete maakt het voor studenten lastig om studiekosten met een bijbaan te financieren, vooral voor studenten met minder vermogende ouders. Stageplaatsen zijn duur en worden daarom ingeperkt. Dit heeft tot gevolg dat met name de opleiding van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden vertraging zal oplopen, waardoor de uitstroom verder zal dalen. Bij de nu al nijpende tekorten! Het is niet ondenkbaar dat de interesse voor een studie of opleiding in de zorg nog verder zal dalen.

Ook de wetenschap wordt financieel gekort. Vooral jonge getalenteerde wetenschappers zullen hiervan de dupe worden: hoe moeten zij hun wetenschappelijke carrière opbouwen? Juist zij moeten de komende decennia voor innovatie zorgen. Innovatie die nu al achterblijft omdat de overheid haar afspraak om voldoende in *Research & development* te investeren, al jaren niet nakomt. Voor het buitenland zullen straks alleen nog de Nederlandse tulpenvelden en de Amsterdamse grachten interessant zijn.

Waarom?!, vraag je je af. De meerderheid van de Nederlanders staat hierachter of denkt dat er belangrijker zaken zijn. Zoals de vraag of Syrië nu veilig is of niet. Het Volk voelt zich bedreigd door de duizenden asielzoekers die jaarlijks naar Nederland komen, maar vergeet dat bij verdere opwarming tientallen miljoenen mensen na 2050 op drift zullen raken als veel gebieden niet meer bewoonbaar zijn. Het Volk houdt zich ook niet bezig met onderwijs en wetenschap: zolang de ziektekostenpremie maar niet stijgt.

Het meest vervelende is dat Het Volk ook in de UMC's zit: van poli-assistent tot hoogleraar, van medisch specialist tot verpleegkundige en van supermarktmedewerker tot receptionist. Ze zitten overal...

Het laten prevaleren van vermeend eigenbelang, dat is wat er anno 2024 gebeurt. Voor de UMC's breken zware tijden aan.

Rob de Knecht

► **REFERENTIES** bij artikelen vind je in de **DIGITALE** editie. Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/ alle-edities en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 245.

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

2700 exemplaren

Redactie

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

Interviews

Monique Koudijs
Erik Visser

Endredactie

Van Luyken

Redactieadres

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

Abonnementen

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

Vormgeving

M.Art, Haarlem
grafische vormgeving

Druk

Deltabach Grafimedia BV
Nieuw-Vennep
ISSN: 1384-5012

MAGMA

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

COVERFOTO

iStock

REDACTIE MAGMA

De inhoud van MAGMA wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 10 à 12 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o. Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in MAGMA niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven.

Wil je reageren op een artikel en/of een bijdrage insturen? Wend je dan tot de redactie via r.deknecht@erasmusmc.nl.

Noodzorg of zorgnood?

Terwijl het kabinet discussieert over een noodwet, spoednoodwet, noodmaatregelen of noodspoedmaatregelen om de immigratiecrisis (of toch geen crisis) aan te pakken, gaat het werk gewoon door.

Mensen worden ouder, de bevolking neemt toe en de druk op het Nederlandse zorgstelsel loopt op. Je zou zeggen dat het nu de tijd is om verder te werken aan preventie en (technologische) innovaties om de zorg te ontlasten, maar laten dat nu net de zaken zijn die lijken te worden wegbezuinigd.

Hoe zal de zorg er straks uitzien als we nu niets doen aan het toenemend zorgaanbod, de tekorten aan personeel en medicijnen? Hebben we het dan straks ook over noodzorg, spoednoodzorg, noodzorgmaatregelen of noodspoedzorgmaatregelen? Laten we hopen dat het niet zo ver komt.

Als beroepsvereniging zijn wij al begonnen met het optimaliseren van het zorgaanbod door na te denken over zinnige zorg en te stoppen met niet-bewezen zorg. Pionieren op dit gebied in een omgeving waar mensen zoeken naar zekerheid, geeft af en toe wrijving en is soms zelfs frustrerend.

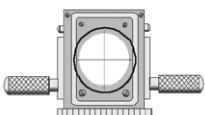
Het aantal zelftesten dat te verkrijgen is in winkels of online, neemt de laatste jaren flink toe. Naast het feit dat deze testen mensen onterecht geruststellen en men daarvoor (te) laat aan de bel trekt, dragen ze ook bij aan een *onzinnige* toename van zorgaanbod door het onterecht creëren van 'patiënten'. Het zou fijn zijn als de overheid ook iets aan deze 'immigratie' van zelftesten doet.

Mochten mensen echter wel een zelftest willen doen buiten de reguliere zorg om, dan is er goed nieuws: deze zit in een paarse envelop en wordt zelfs *gratis* thuisbezorgd.

Veel plezier met deze 30^e jaargang van Magma.

Was getekend,

Manon Spaander
-voorzitter-



Thema: 30 jaar MAGMA

De 30^e jaargang van MAGMA, 30 jaar MAGMA. Een blad door en voor MDL-artsen, ontstaan vanuit de gedachte dat de gastro-enteroloog (het woord MDL-arts kwam toen net ten tonele) een eigen blad moest hebben. De financiering uit de baten van pantoprazol, die halverwege de jaren '90 bij ondernemende geesten binnen MDL Nederland terecht kwam, maakte het blad mogelijk. Begonnen als dun blaadje in haar vroege jeugd is de MAGMA inmiddels uitgegroeid (of uitgedijd) tot een blad dat viermaal per jaar met een gewichtige plof op de deurmat valt. Oorspronkelijk was de MAGMA een afspiegeling van haar figuurlijke ouders: internisten die geen internist meer wilden zijn en op zoek waren naar een identiteit als MDL-arts. Gaandeweg kregen nieuwe geluiden een plek in het blad, zoals die van de aios, de verpleegkundig specialist en de endoscopieverpleegkundige. Daarmee is de MAGMA nu een afspiegeling van wat de MDL zo mooi maakt: multidisciplinair, een team-vak bij uitstek, op de grens tussen denken en doen.

Als jonge millennial is de MAGMA nu volwassen: te oud voor een puber, te jong voor de existentiële midlifecrisis die kan komen naarmate ons vak steeds breder wordt en we verder uit elkaar drijven in onze subspecialisaties. Een goed moment voor een rondetafelgesprek met gepensioneerde en jonge redactieleden, waarin we terug- en vooruitblikken op hoe de MAGMA met het vakgebied is meegroeid. Zoals een echte millennial is ook de MAGMA onderhevig aan twijfel en zelfkritiek. In dit nummer komen meerdere collega's aan het woord over onze diverse aandachtsgebieden en over de beloftes die de afgelopen 30 jaar niet zijn ingelost. Waar blijft de gouden pil voor IBS? Waarom halen MDL-artsen nog steeds geen galblazen weg middels NOTES? Maar ondanks deze tegenslagen blijft de MAGMA vooral optimistisch. We vroegen onze huidige aios om een blik op de toekomst; wij hopen hartgrondig dat ze gelijk krijgen over hoe de zorg er over 30 jaar uitziet, als wij net met pensioen zijn.

30 jaar MAGMA: 30 jaar een blad van ons, over ons vakgebied. Al 30 jaar een blad om te koesteren, om door te geven en om aan te passen. Veel leesplezier met dit gemarkeerde punt in de Nederlandse MDL-geschiedenis!

Govert Veldhuijzen en Kirill Basiliya

IN GESPREK MET FRANK VLEGGAAR EN MANON SPAANDER

“Zinnige zorg heeft alleen toekomst als bekostiging wordt gegarandeerd”

NVMDL's eerste vrouwelijke voorzitter laat er geen gras over groeien. Meteen na haar aantreden in september, toen zij het stokje overnam van Frank Vleggaar, luidt Manon Spaander de alarmbel bij de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De besprekingen over de bekostiging van zinnige zorg binnen het landelijke programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG, zie ook kader pagina 190) missen in haar ogen de *sense of urgency*. “FMS en NZa zijn de trekkers van het programma. Voor wat betreft de bekostiging vind ik het proces te langzaam verlopen. Willen we van ZE&GG een succes maken, dan moeten binnen afzienbare tijd concrete afspraken worden gemaakt over de bekostiging. Die *incentive* is echt nodig om ZE&GG te laten fungeren als katalysator voor nieuwe ideeën, nieuwe technologieën en nieuwe initiatieven in de zorg. Als het programma uitdraait op een ordinaire bezuinigingsmaatregel, voorzie ik dat het streven naar zinnige zorg in schoonheid sterft.”

Manon Spaander wil zich tijdens haar voorzitterschap in de eerste plaats richten op het toekomstbestendig houden van de zorg. “Die ambitie heeft verschillende lagen. In de eerste plaats betekent dat: ervoor zorgen dat de kwaliteit van zorg geborgd blijft. Maar ook het proces om te komen tot zinnige zorg, en inherent daaraan, het stopzetten van niet-bewezen zorg, zal in belangrijke mate bijdragen aan die toekomstbestendigheid. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat we zorgen voor voldoende capaciteit. Met het oog op het groeiende zorgaanbod en het belang dat de huidige generatie artsen hecht aan de balans tussen werk en privé, moeten we scherp blijven op het behoud van voldoende opleidingsplekken voor artsen in opleiding. Vanuit onze concilia gaan we aan de slag met uitbreiding van onze opleidingsplaatsen. En, zoals ik al betoogde, moet ook de bekostiging van zinnige zorg worden gegarandeerd.”

Haar voorganger Frank Vleggaar, die de NVMDL vanaf maart 2019 leidde, hoort het

betoog van zijn opvolger glimlachend aan. “Manon's grote betrokkenheid binnen de vereniging was voor ons als bestuur een belangrijke trigger om haar te benaderen voor het voorzitterschap. Hoe zij zich manifesteert en met welke ideeën zij steeds komt, bleven niet onopgemerkt.”

Vleggaar's opvolger benadrukt dat zij niet naar de functie heeft gehengeld. “Ik was daar eerlijk gezegd helemaal niet mee bezig. Maar nadat Frank zijn afscheid had aangekondigd, stelden verschillende mensen me die vraag: is het niet wat voor jou? Ik ben er vervolgens over gaan nadenken, want het was niet meteen zo van: ‘dit is het’. Naarmate ik de rol langer op me in liet werken, vond ik de gedachte om die handschoenen op te pakken, steeds leuker worden. Het betekende dat ik leiding mocht gaan geven aan een grote groep betrokken mensen binnen de vereniging die bereid is de nodige dilemma's in ons vakgebied het hoofd te bieden als het gaat om het toekomstbestendig houden van de zorg. En toen kreeg ik er zin in!”

Thema's van deze tijd

Vlak voor zijn afscheid rondde scheidend voorzitter Vleggaar met zijn bestuur een beleidsdocument af waarin op hoofdlijnen de contouren zijn geschetst van de richting waarin de vereniging zich de komende jaren gaat bewegen. Vanuit de Commissie Oncologie leverde Manon Spaander een



bijdrage aan dit beleidsdocument. Vleggaar: “Beleidsmatig is ruimte gecreëerd voor thema’s van deze tijd, zoals die van de vergroening. Hiervoor is een nieuwe commissie geïnstalleerd. De commissie heeft in kaart gebracht wat de impact van onze activiteiten is op het milieu. Met name op de endoscopieafdeling is die impact best groot. Als voorzitter faciliteer je die ontwikkelingen door samenwerking te stimuleren, goed te luisteren en de verschillende belangen af te wegen. Je bent er als bestuur voor alle leden, dus het komt het draagvlak ten goede als je met die belangen zoveel mogelijk rekening houdt bij het ten uitvoer brengen van je bestuurlijke agenda.”



De NVMDL is, vindt Vleggaar, een actieve club in vergelijking met andere verenigingen van medisch specialisten. “Kijk je naar alle raden, commissies en subcommissies, dan kom ik zo op enkele honderden mensen die nauw betrokken zijn bij de vereniging. Er is een periode geweest dat er zorgen waren over de vraag of de nieuwe generatie artsen nog wel zou willen meedoen met het verenigingswerk met een werk-privébalans die steeds verder onder druk komt te staan. Verenigingswerk slurpt immers, naast de toch al fikse werkbelasting, ook weer de nodige tijd op. Nou, in de praktijk blijken die zorgen reuze mee te vallen. Zeker voor onderwerpen die de kwaliteit van zorg raken, zijn er gelukkig veel mensen die erg enthousiast zijn en er tijd en energie in steken. Van die betrokkenheid werd ik als bestuurder altijd weer erg blij.”

Corona

Vleggaar’s periode als voorzitter werd vooral gedomineerd door de coronapandemie. “Voordat ik me goed en wel had ingewerkt, brak de coronapandemie uit. Dat was een ongekende tijd. Corona gooide zo’n beetje ieders agenda om en bepaalde die vervolgens twee jaar lang. Als bestuur werden we steeds gedwongen ad hoc besluiten te nemen. Alle vergaderingen en overleggen moesten van de ene op de andere dag online gebeuren. Dat betekende nogal wat. Voor bijvoorbeeld de endoscopieprogramma’s, maar ook om überhaupt met elkaar in verbinding te blijven. Dat was een pittige bestuurlijke zoektocht, zeker omdat er best wel paniek was in de zorg.”

De destijds allesoverheersende pandemie heeft de behandeling van sommige onderwerpen op de bestuurlijke agenda van de NVMDL enigszins vertraagd, concludeert de afgetreden NVMDL-voorzitter terugkijkend. “Daarentegen heeft corona vooral ook tot versnelling geleid. Dat wij hier met z’n drieën dit interview in Teams hebben, is inmiddels een vertrouwde manier van overleg. Voor corona bestond die mogelijkheid er technisch ook, maar werd het niet gebruikt. Maar zeker ook medisch-inhou-



Nieuwe voorzitter NVMDL zet in op toekomstbestendig houden van zorg

delijk heeft corona de zorg beïnvloed, zoals ten aanzien van het nadenken over gepast gebruik van zorg. Van wat is superbelangrijk en mag nooit stoppen, tot wat kan worden uitgesteld of moeten we niet meer doen? Dat denkproces is door corona in een stroomversnelling geraakt. We werden er domweg toe gedwongen.”

Voortrekkersrol NVMDL

Bij zijn aantreden in maart 2019 had Frank Vleggaar geen duidelijke stip. “Ik was al wat langer actief bij de vereniging. Zo deed ik als voorzitter van de kwaliteitsvisitatie commissie onder meer kwaliteitsvisitaties. Bezig zijn dus met kwaliteit om de zorg beter, veiliger, efficiënter en zeker ook zinniger te maken. Zinnig in de zin van ‘gepast gebruik’ van zorg, een thema dat in die tijd aan het opkomen was en waar we als vereniging ook echt wel stappen in moesten zetten. Ik vind dat die zeker zijn gemaakt. NVMDL is actief mee gaan doen aan het landelijke programma ZE&GG. Ik durf wel te zeggen dat de vereniging daarin een voortrekkersrol heeft gepakt. Een aantal mensen, zowel binnen als buiten het NVMDL-bestuur, heeft daar heel hard aan getrokken. Die inzet resulteerde onder meer in een nieuwe NVMDL-kennisagenda. We hebben tien kennishiaten geformuleerd met ZE&GG als overkoepelend thema. Dat we dit met elkaar hebben bereikt, is iets waar ik trots op ben.”

De onderwerpen over zinnige zorg die in de NVMDL-kennisagenda zijn opgenomen, ▷



Scheidend voorzitter Frank Vleggaar: bestuur mag zich gelukkig prijzen met zulke actieve leden



bieden volgens Manon Spaander mogelijkheden tot verdere afschaling van niet-bewezen zorg om het enorme zorgaanbod enigszins te reduceren. “Frank merkt terecht op hoe mooi het is dat NVMDL als een van de eerste beroepsverenigingen het ZE&GG programma als leidraad heeft genomen voor ons beleid in de komende jaren. Het ijsbrekerproject, het direct staken van zorg in combinatie met zorgevaluatie, is een prachtig voorbeeld van hoe we als NVMDL zinnige zorg in de praktijk gestalte geven en daarin als beroepsvereniging ook vooroplopen. Dat komt doordat leden bereid zijn tijd en energie te steken in het nadenken over zinnige zorg en met ideeën komen die daaraan bijdragen. Heel belangrijk dat we de stappen die hierin zijn gezet, de komende jaren blijven stimuleren.”

Gezamenlijk optrekken

Voor de nieuwe voorzitter zijn de MDL-belangen leidend bij haar inspanningen die moeten leiden tot het toekomstbestendig houden van de totale zorg. Ze noemt het krachtenveld van politiek, zorg, wetenschap en onderwijs best pittig. “Het overheidsbeleid bepaalt in belangrijke mate de financiële randvoorwaarden voor wat er wel en niet kan in de zorg. In mijn ogen moeten we als medisch specialisten vooral gezamenlijk sterk maken voor wat er vanuit het patiëntenbelang allemaal wél kan in de zorg. Maandelijks en jaarlijks een heel weekend, komen de voorzitters van de beroepsver-

enigingen samen om met elkaar te sparren over de belangrijkste dilemma's die we met elkaar gemeen hebben. Dataoverdracht is er zo een. Vanwege de privacywetgeving lopen we daar allemaal tegenaan. Mooi dat we binnen de federatie nadenken over oplossingen, zoals het gebruik van uniforme definities, die de dataoverdracht kunnen verbeteren.”

Frank Vleggaar vindt dat de FMS het gezamenlijk optrekken van de beroepsverenigingen goed oppakt. “De structuur van onze vereniging met de vier raden, beroepsbelangen, wetenschap en innovatie, kwaliteit en opleiding, is zo goed als gespiegeld aan die van de FMS. Er leven hier en daar misschien wat negatieve sentimenten rond de federatie, maar wat ik er van heb gezien in mijn periode als voorzitter is dat de FMS het goed doet. Ik ben altijd erg blij geweest

met die ondersteuning. Met die ruim dertig medisch specialistenverenigingen sta je als beroepsgroep sterk in het maatschappelijke krachtenveld. Dat is essentieel en ik vind dat de federatie die rol pakt en uitstekend vervult.”

Het voorzitterschap is hem niet zwaar gevallen. “Die rol is toch vooral faciliterend, het echte werk gebeurt door de verschillende raden en commissies. Ik vind dat wij ons als NVMDL-bestuur gelukkig mogen prijzen met zulke actieve leden. Het is heel motiverend als je ziet hoe serieus zij hun energie steken in het bevorderen van de kwaliteit van de MDL-zorg, maar ook in het versterken van de beroepsbelangen, opleiding, wetenschap en innovatie. Die grote mate van betrokkenheid maakte mijn voorzittersklus in feite een stuk lichter.”

Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)

Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) is een gezamenlijk initiatief van alle betrokken partijen in de medisch specialistische zorg. In het programma werken patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen aan de bewezen beste zorg voor de patiënt.

Zorgevaluatie is het evalueren van bestaande medische zorg die in de praktijk wordt toegepast en waar nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor is. Gepast gebruik is het leveren van zorg waarvan bekend is dat deze meerwaarde heeft, en het niet leveren van zorg die meerwaarde ontbeert.

Betrokken partijen hebben zich geconformeerd aan het Hoofdpijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (HLA-MSZ). Hierin zijn afspraken gemaakt om gepast gebruik van medisch specialistische zorg verder te bevorderen en te werken aan de navolgende ambitie: Zorgevaluatie en gepast gebruik zijn in 2025 integraal onderdeel van het reguliere zorgproces, waarbij het onbekende wordt geëvalueerd, bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd en de patiënt daardoor de bewezen beste zorg krijgt.

Het programma ZE&GG wordt uitgevoerd in opdracht van de HLA-MSZ partijen: Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Zorginstituut en ZonMw zijn strategische partners van het ZE&GG programma.

Overname secretariaatsbureau

Natuurlijk kwamen tijdens zijn voorzitterschap ook kwesties op tafel, waarvan de meeste leden zich misschien wel helemaal niet bewust waren. Zoals het onderbrengen van het secretariaat dat tot vorig jaar extern was uitbesteed aan het bureau van Marie José van Gijtenbeek. “Dat proces kostte best veel energie en tijd, bij elkaar zo’n twee jaar”, bekent Vleggaar. “Toen Marie José aankondigde met pensioen te gaan, was het de taak van het bestuur om te bepalen of het secretariaat extern zou worden gehouden of in eigen beheer genomen. Het is uiteindelijk het laatste geworden na een langdurig en ook pittig traject. Het moest gebeuren, het was zeker interessant, maar nou niet zo zeer een onderwerp waar je je als bestuurder van een specialistenvereniging graag op stort.”

Terugkijkend, zegt de teruggetreden voorzitter, heeft het proces van de overname hem toch voldoening gegeven. “Ondanks alles hebben we hierin belangrijke stappen gezet, al is het nog niet volledig afgerond. Doordat de overname zich bleef voortslepen, merkte ik halverwege mijn tweede termijn wel dat de voorzittersrol me energie ging kosten. Dan kom je erachter dat het na vijf, zes jaar wel mooi is geweest en het moment aanbreekt om het stokje aan een ander over te dragen. Een nieuw elan en een frisse wind zijn nodig voor een bestuur dat de vereniging kan blijven inspireren. Daar komt ook bij dat er gedurende het voorzitterschap binnen mijn functie bij het UMC Utrecht allerlei taken en verantwoordelijkheden bij kwamen. Dan ga je stapelen en wordt het tijd om afscheid te nemen.”

Periscoop

De rubriek Periscoop is, voor het eerst in deze editie van MAGMA, ondertekend door Manon Spaander. Frank Vleggaar heeft niet alleen de hamer, maar ook het Periscoop-pennetje aan zijn opvolger doorgegeven. Zij kleurde haar eerste bijdrage aan de rubriek politiek in. Herkenbaar, vindt haar voorganger. “Het was leuk om te doen. Als ik van de redactie het seintje kreeg dat de deadline voor het inleveren van de kopij in zicht kwam, brak het zweet me soms uit. Waar zal ik het dit keer over hebben? Maar zoals Manon al zegt, als je er goed voor gaat zitten, dan speelt er altijd wel iets in de actualiteit van de zorg wat je interesseert, verbaast of irriteert. En voor je weet, staat er iets op papier. Dus zeker weten dat Manon wel raad weet met de inhoud.”

CHOLEDOCHOLITHIASIS

The Dutch-TIMELINESS project

Galsteenlijden is een veelvoorkomende aandoening, waarbij cholelithiasis een van de meest voorkomende complicaties vormt. Dit kan leiden tot galsteenkoelieken, cholestase, cholangitis, een pancreatitis of cholecystitis.^{1,2} In Nederland is de gebruikelijke behandelstrategie voor cholelithiasis een endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP), gevolgd door een laparoscopische cholecystectomie.³⁻⁵ Indien de laparoscopische cholecystectomie binnen 72 uur na een succesvolle ERCP plaatsvindt, worden nieuwe klachten en/of complicaties voorkomen.⁶⁻⁸ Desondanks blijkt uit onze uitvraag onder MDL-artsen, dat naar schatting slechts 10 procent van de cholecystectomieën binnen 72 uur wordt uitgevoerd (januari 2024, niet gepubliceerd).

De timing van een cholecystectomie na een ERCP is van cruciaal belang om de meeste

STROOMLIJNEN VAN DE ZORG VOOR MENSEN MET CHOLEDOCHOLITHIASIS

gezondheidswinst te realiseren. Het uitvoeren van een cholecystectomie binnen 72 uur na een succesvolle ERCP reduceerde het percentage recidiverende galsteencomplicaties van 36 procent naar slechts 2 procent.⁷

In een Nederlands cohort hadden patiënten die op de wachtlijst stonden voor een electieve operatie een mediane wachttijd van zeven weken. Gedurende deze wachttijd had 10 procent van de patiënten een re-ERCP nodig en 14 procent een spoedcholecystectomie. Bij deze complicaties was de mediane opnameduur na cholecystectomie vier dagen, vergeleken met twee dagen bij

patiënten zonder nieuwe complicaties.⁶ Deze cijfers werden bevestigd in een recente meta-analyse van gerandomiseerde studies.⁸ Naast de gezondheidswinst is deze strategie ook kosteneffectief. De reden dat een cholecystectomie binnen 72 uur na ERCP tot op heden nog geen gemeengoed is in Nederland, is het gebrek aan probleemoplossend denken en logistieke planning en het ontbreken van *performance feedback*. Om dit te adresseren hebben wij het Dutch-TIMELINESS project opgezet.

Studieopzet

Op 1 oktober 2024 is het Dutch-TIMELINESS project gestart. In dit project werken MDL-artsen en chirurgen in alle zestig ziekenhuizen waar ERCP's worden verricht samen om de zorg voor deze patiëntengroep te stroomlijnen op een manier die bij hun centrum past. Door middel van *performance feedback* krijgen behandelteams inzicht in



hun eigen resultaten en aanknopingspunten voor verbetering.

De Dutch-TIMELINESS is opgebouwd uit drie opeenvolgende fasen: de nulmeting, de veranderfase en de evaluatiefase (Figuur 1). De data voor de nulmeting zullen retrospectief worden verzameld en gaan over het eerste kwartaal van 2023. Tijdens de nulmeting wordt de huidige praktijk in kaart gebracht, waarbij mediane wachttijd tot aan een cholecystectomie na een ERCP wordt onderzocht, inclusief bijbehorende complicaties en re-interventies in deze periode. Deze fase vindt plaats volgens het *snapshot*-principe, waarbij alle deelnemers als *collaborator* meepubliceren met de hieruit voortvloeiende publicaties.⁹ Op basis van de resultaten van de nulmeting en geïnspireerd door *best practices*, wordt in de veranderfase gestreefd naar optimalisatie van lokale werkprocessen en het opstellen van lokale protocollen om een tijdige cholecystectomie mogelijk te maken. In de daaropvolgende evaluatiefase worden deze interventies prospectief geëvalueerd gedurende vier maanden, waarbij *live* inzichten en resultaten worden verzameld en geanalyseerd om de effectiviteit van de procesverbeteringen te beoordelen.

De Dutch-TIMELINESS is opgezet door een projectgroep van MDL-artsen en chirurgen uit meerdere centra in Nederland en wordt ondersteund door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMdL). Deze samenwerking benadrukt het gedeelde doel om de zorg voor deze patiëntengroep structureel te verbeteren. Het project wordt gesubsidieerd door ZonMw.

Doelstelling

Het uiteindelijke doel is om bij ten minste 85 procent van de patiënten een cholecystectomie binnen 72 uur na een succesvolle ERCP te realiseren, waarmee de kans op galsteen-gerelateerde complicaties en re-interventies wordt verkleind.¹⁰ Dit resulteert uiteindelijk in een verbetering van de



Figuur 1: Tijdslijn (Dutch-TIMELINESS)

kwaliteit van zorg. Daarnaast leidt dit tot een geschatte besparing van 0,9-8,4 miljoen euro per jaar in Nederland. Deze besparing wordt bereikt door het voorkomen van herhaalde ERCP's (-10 procent), conversies naar open cholecystectomie (-12 procent), een kortere operatieduur (-16 minuten), en een kortere opnameduur (-1,2 dag).^{8,11} Kortom, de Dutch-TIMELINESS zet zich in voor de implementatie van een tijdige cholecystectomie na een ERCP, om complicaties en re-interventies met bijbehorende zorgkosten te verlagen. Graag nodigen wij u uit om alvast in uw centrum na te denken over

mogelijke verbeteringen en hiermee aan de slag te gaan!

Namens de Dutch-TIMELINESS projectgroep,

Anne-Julia The, coördinerend arts-onderzoeker St. Antonius Ziekenhuis
Maud Merks, coördinerend arts-onderzoeker St. Antonius Ziekenhuis

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4 -2024 (p. 245 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



Anne-Julia The



Maud Merks

Overige leden projectgroep:

M. van Maasakkers (BSc), dr. T. Weijs (chirurg UMCU/St. Antonius Ziekenhuis), dr. D. Boerma (chirurg St. Antonius ziekenhuis), dr. R. Verdonk (MDL-arts St. Antonius ziekenhuis), dr. P. van der Schaar (MDL-arts St. Antonius ziekenhuis), dr. J. Deroose, (chirurg Martini Ziekenhuis), dr. W. Thijs (MDL-arts Martini ziekenhuis), dr. N. Venneman (MDL-arts Medisch Spectrum Twente), dr. M. Liem (chirurg Medisch Spectrum Twente), dr. P. van Duijvendijk (chirurg Gelre ziekenhuizen), dr. L. Goense (epidemioloog en aios chirurgie UMC Utrecht) en dr. L. Dijkman (epidemioloog B en expert Value Based Healthcare, Waardegedreven Verbeteren, St. Antonius ziekenhuis).

Op Maat: Levertransplantatie en behandeling van leverfalen gepersonaliseerd

Mijn inaugurele rede ‘Op Maat. Levertransplantatie en behandeling van leverfalen gepersonaliseerd’ op 20 september 2024 richtte zich op gepersonaliseerde zorg bij leverziekten, leverfalen en levertransplantaties, waarin een multidisciplinaire en op de patiënt afgestemde aanpak centraal staat. Ik illustreerde dit met het voorbeeld van de componist Beethoven, wiens levercirrose waarschijnlijk werd veroorzaakt door alcohol-gerelateerde leverziekte in combinatie met hepatitis B en een PNPLA3 genpolymorfisme. Er is gesuggereerd dat gepersonaliseerde zorg bij hem het ziekteverloop gunstig zou hebben kunnen beïnvloeden.

Leverfalen, zowel acuut als chronisch, gaat gepaard gaat met een verhoogd risico op mortaliteit en verlies van kwaliteit van leven. In mijn inaugurele rede heb ik de voordelen van proactieve in plaats van reactieve zorg besproken: bijvoorbeeld het voorkomen van eerste complicaties van cirrose met non-selectieve bètablokkers, zoals aangetoond in recent onderzoek. Binnen het veld van leverziekten is behandeling *op maat* cruciaal vanwege de heterogene en complexe pathofysiologie. De Europese *CANONIC*- en *PREDICT*-studies zijn hierin baanbrekend geweest; zij definieerden criteria voor acuut- of chronisch leverfalen (ACLF) en onderzochten predictieve factoren voor ACLF en mortaliteit. Het *MICROB-PREDICT* project verdiept zich verder in de rol van het microbioom in de ontwikkeling van complicaties van cirrose en zoekt naar biomarkers en therapieën die sterfte reduceren. Samen met mijn onderzoeksgroep, collega-onderzoekers en biotechbedrijven zullen wij ons in de toekomst verder richten op onderzoek naar cel-celinteracties en het effect van patiënt plasma daarop. Daarnaast streven wij ernaar het ziektebeloop en de respons op medicamenteuze behandelingen bij patiënten met



cirrose en specifieke complicaties daarvan te voorspellen: behandeling *op maat*.

Op het gebied van levertransplantatie vinden verschuivingen en uitbreidingen plaats in indicatiegebied. Per oktober 2023 zijn de Milaan-criteria voor levertransplantatie in Nederland vervangen door het AFP-model, dat naast tumorgrootte ook tumorgedrag meeneemt in de patiëntselectie, in combinatie met de *resect/ablate and wait* strategie. Daarnaast zal Eurotransplant naar verwachting in 2025 overgaan van de MELD-score naar de Refit MELDNa, die een betere voorspellende waarde heeft voor overlijden op de wachtlijst dan de MELD-score. In de MELD 3.0-score, die in 2023 in de Verenigde Staten is geïmplementeerd, wordt de ongelijkheid ten nadele van vrouwen op de wachtlijst gecorrigeerd door een correctiefactor. Momenteel doen wij in Nederland onderzoek naar welk systeem (MELD, Refit MELDNa, of MELD 3.0) de kans op overlijden op de wachtlijst het beste voorspelt. Op basis van de resultaten van dit onderzoek streven wij ernaar zo spoedig mogelijk over te gaan naar het beste systeem voor onze Nederlandse patiënten. Ook hier dus: behandeling *op maat*.

De sterfte op de wachtlijst voor levertransplantatie in Eurotransplant bedraagt omstreeks 20 procent. Naast een optimaal prioriteringssysteem is ook het uitbreiden van de donorpool een mogelijkheid om de wachtlijststerfte terug te dringen. De implementatie van de aangepaste Wet op orgaandonatie op 1 juli 2020 naar een *opt-out*-systeem is een stap voorwaarts geweest. Daarnaast helpen innovaties op het gebied van levertransplantatie, zoals machineperfusie en levende donor levertransplantatie, de donorpool te vergroten en tegemoet te komen aan uitbreiding van indicaties voor levertransplantatie zoals niet-resectabel hepatogeen gemetastaseerd colorectaal carcinoom en ACLF. Tenslotte ontwikkelen we in Leiden, als een *spin-off* van het Leidse alvleesklier-eilandjestransplantatieprogramma, ook hepatocytentransplantatie.

Hoe zie ik de toekomst voor patiënten met leverziekten?

Allereerst: weg van *one-size-fits-all*, dus geen standaardtherapie en -aanpak voor alle personen. We stappen over op zorg *op maat*, gepersonaliseerde zorg voor patiënten met leverziekten en na levertransplantatie. Een ziektemodificerende aanpak, dat wil zeggen: streven naar een gunstig ziektebeloop, in plaats van reactief behandelen van complicaties van leverziekten. Toekomstige strategieën voor leverzorg omvatten daarnaast netwerkworke en intensieve samenwerking met andere ziekenhuizen en onderzoekscentra. Door middel van *outcome monitoring*, zoals via het Transplantatie-dashboard, en AI-ondersteunde patiëntstratificatie kan zorg verder worden gepersonaliseerd. Wetenschappelijk onderzoek, ethische afwegingen, en samenwerking tussen zorgprofessionals zijn essentieel om kosteneffectieve en toegankelijke zorg *op maat* te realiseren.

Minneke Coenraad, LUMC

Advertentie



IBD-vaccinaties en vergoeding

Veel patiënten met IBD worden behandeld met immuunsuppressiva en hebben een hogere kans op (ernstige) infecties. In de richtlijn inflammatoire darmziekten, de richtlijn van de European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), en in de LCI-richtlijn 'Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen' staan uitgebreide adviezen over vaccinatie bij IBD-patiënten. Er is echter sprake van bekende barrières zoals problemen met (en onduidelijkheid over) de vergoeding van vaccinaties. Om deze barrières te overwinnen is het Immunostart-project geïnitieerd met als doel de preventieve zorg voor immuungecompromitteerde patiënten te verbeteren en ernstige infectieuze complicaties te voorkomen. Het project is een initiatief van de afdeling infectieziekten van het UMC Utrecht en een samenwerking tussen de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en meerdere andere wetenschappelijk verenigingen waaronder de NVMDL, maar ook het landelijk coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR), het Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en patiëntenvereniging Crohn & Colitis NL.

Vaccinaties en IBD

Aangeraden wordt de vaccinatiestatus van IBD-patiënten bij diagnose in kaart te brengen. Bij het ontbreken van immuniteit wordt aangeraden om te vaccineren tegen

bof, mazelen en rodehond (BMR) en Vari-cella (waterpokken) voordat wordt gestart met immuunsuppressie. Het BMR- en vari-cellavaccin zijn beide levende, verzwakte vaccins en kunnen daarom niet worden toegediend tijdens immuunsuppressie. Een ander levend verzwakt vaccin is het gelekoorts-vaccin. Het is wenselijk patiënten met reisplannen naar gebieden waar gele koorts voorkomt (delen van Afrika, Zuid-Amerika en Centraal-Amerika) eveneens aan te raden zich voor de start van immuunsuppressie te laten vaccineren met dit levend verzwakte vaccin. Dit gebeurt meestal via de GGD of een *travel clinic*.

De overige vaccins zijn allemaal niet-levende vaccins en veilig voor patiënten met immuunsuppressie. Bij het gebruik van immuunsuppressiva lijkt er een verhoogd risico op ernstige influenza en wordt jaarlijkse influenzavaccinatie aangeraden. In Nederland verloopt dit via de huisarts.

Pneumokokkenvaccinatie

Bij het gebruik van immuunsuppressie wordt pneumokokkenvaccinatie geadviseerd. Patiënten met chronische inflammatoire aandoeningen (waaronder IBD) hebben een circa drieënhalf keer verhoogd risico op pneumokokkenpneumonie. Pneumonie is in Nederland de belangrijkste oorzaak van ziekenhuisopname en mortaliteit ten

gevolge van een infectieziekte. Sinds 2006 zit de pneumokokkenvaccinatie in het rijks-vaccinatieprogramma en sinds 2020 bestaat het Nationaal Programma Pneumokokken Vaccinatie (NNPV) voor ouderen (60 t/m 79 jaar). Zij ontvangen elke vijf jaar PPV23 (Pneumovax23®). Bij IBD-patiënten met immuunsuppressie wordt geadviseerd eerst te vaccineren met PCV13 (Prevenar®), een conjugaatvaccin dat immunologisch geheugen opbouwt, en twee maanden later gevolgd door PPV23 (Pneumovax23®), een polysaccharidevaccin. Dit laatste vaccin wordt elke vijf jaar herhaald. Er zijn inmiddels nieuwere vaccins beschikbaar, waaronder PCV20 (Prevenar20®). Dit vaccin wordt vooralsnog niet vergoed. Het pneumokokken-vaccin kan worden toegediend door de huisarts (en wordt wel vergoed).

HPV-vaccinatie

Humaan papilloma virus (HPV)-vaccinatie wordt aangeraden voor personen jonger dan 27 jaar met immuunsuppressie. HPV-vaccinatie is extra relevant voor vrouwen met IBD, gezien het hogere risico op ernstige HPV-infectie en cervicale dysplasie. De kosten voor twee vaccins bedragen circa 350 euro.

Sinds 2010 zit HPV-vaccinatie in het Rijks-vaccinatieprogramma (Cervarix®). In het jaar dat kinderen tien jaar worden krijgen ze twee keer een oproep voor het HPV-vaccin. ►

Advertentie

Herpes zoster-vaccinatie

Herpes zoster (gordelroos) is een veel voorkomend probleem. 95 procent van alle personen in Nederland heeft varicella zoster (waterpokken) doorgemaakt. 25 procent van alle personen in Nederland krijgt herpes zoster (HZ) gedurende het leven. In 7 procent van de gevallen leidt dit tot postherpetische neuralgie (PHN). Bij immuunsuppressie is er verhoogd risico op een gecompliceerd beloop, hogere kans op ziekenhuisopname en een hoger risico op herhaling. De incidentie van HZ neemt nog extra toe bij gebruik van JAK-remmers. Sinds 2020 is een recombinant geïnactiveerd vaccin (Shingrix®) beschikbaar tegen HZ. Het vaccin wordt twee keer gegeven: bij nul en twee maanden. De kosten bedragen twee keer 175 euro. Het vaccin lijkt zeer effectief in het beschermen tegen HZ en voorkomen van PHN. In de handleiding van het immunostart-project wordt vaccinatie tegen herpes zoster aangeraden voor IBD-patiënten die JAK-remmers gebruiken (bij voorkeur vóór de start), eerder HZ hebben doorgemaakt of ouder zijn dan 50 jaar. Mogelijk wordt de vergoeding voor HZ-vaccinatie binnenkort uitgebreid naar patiënten die behandeld worden (of zullen worden) met een biological (volgens een conceptrapport van het Zorginstituut Nederland).

Hepatitis B-vaccinatie

De ECCO-richtlijn adviseert om patiënten met IBD te vaccineren tegen hepatitis B. De Nederlandse richtlijn Inflammatoire darmziekten en LCI-richtlijn zijn hier minder expliciet in, en in de praktijk worden IBD-patiënten met immuunsuppressie amper gevaccineerd tegen hepatitis B. Voor risicogroepen wordt vaccinatie wel geadviseerd, met titercontrole achteraf bij gebruik immuunsuppressie.

Vergoedingen vaccinaties

Vaccins kunnen in Nederland intramuraal (in het ziekenhuis) of extramuraal (via de openbare apotheek) worden verstrekt. Bij intramurale verstrekking hangt de vergoeding af van de vraag of de kosten binnen de

Declaratiecode	Omschrijving declaratiecode	Tarief (in euro's)
190591	Medisch geïndiceerde vaccinaties tegen 1 of 2 infectieziekten (excl. bij asplenie of hematologische stamceltransplantatie, zie 190593, 190594).	695,91
190592	Medisch geïndiceerde vaccinaties tegen 3 of meer infectieziekten (excl. bij asplenie of hematologische stamceltransplantatie, zie 190593, 190594).	1141,78
190593	Medisch geïndiceerde vaccinaties bij hematologische stamceltransplantatie.	1662,89
190594	Medisch geïndiceerde vaccinaties bij een patiënt met (functionele) asplenie.	518,03

Diagnose Behandelcombinatie (DBC)- productstructuur gedekt worden. Extramuraal is de vergoeding afhankelijk van de opname van het vaccin in het geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS). Sinds 1 januari 2024 is het Overig Zorg Product (OZP) beschikbaar voor vaccinaties. Voor de kosten van vaccinatiezorg mag een extra bedrag in rekening worden gebracht naast het bijbehorende DBC-zorgproduct.

Bij IBD-patiënten gaat het meestal om code 190591 (bij bijvoorbeeld HPV- of HZ-vaccinatie). Hiermee lijkt er dus een mogelijkheid te zijn om de extra kosten voor vaccinaties vergoed te krijgen, en deze vergoeding is kostendekkend. In de praktijk blijken ziekenhuizen zelf met zorgverzekeraars afspraken te moeten maken over het gebruik van het OZP, wat vaak moeizaam verloopt. Regelmatig ontstaan er problemen door de zogeheten omzetplafonds. Dit betekent dat het totale afgesproken budget waarvoor ziekenhuizen zorg leveren ongewijzigd blijft, terwijl er ‘nieuwe’ zorg bijkomt. Vanuit de NVMDL is een reactie naar het Zorginstituut Nederland gestuurd, waarin we aangeven dat het niet moet uitmaken in welke ziekenhuis en bij welke dokter een patiënt met immuunsuppressiva (die voldoet aan de criteria voor aanvullende vaccinaties) komt en welk advies en welke vaccinaties deze krijgt. Om het goed geregeld te krijgen, moeten de kosten gedeclareerd kunnen worden (middels het OZP). Dit moet losstaan van omzetplafonds. Zowel de patiënt, behandelend arts, het ziekenhuis als de zorgverzekeraar zijn er niet bij gebaat dat dit in elk

ziekenhuis afzonderlijk onderhandeld moet worden.

Ik denk dat het verstandig is om binnen je eigen ziekenhuis actief het gesprek aan te gaan over hoe de vaccinatiezorg en vergoeding geregeld kunnen worden. In sommige regio's is er een goedlopende samenwerking met de GGD's. Overigens is vergoeding van vaccinatie ook hier een zorg (dit valt niet onder het OZP).

Samenvattend enkele adviezen:

- 1. Bij gebruik van immuunsuppressie wordt jaarlijkse influenzavaccinatie (via de huisarts) aangeraden.
- 2. Daarnaast wordt geadviseerd om te vaccineren tegen pneumokokken (dit kan via de huisarts, het OZP is niet bedoeld voor alleen pneumokokkenvaccinatie).
- 3. HPV-vaccinatie wordt aangeraden bij IBD-patiënten jonger dan 27 jaar met immuunsuppressie, die nog niet eerder zijn gevaccineerd.
- 4. HZ-vaccinatie wordt geadviseerd bij gebruik van JAK-remmers, bij eerder doorgemaakte HZ-infectie of bij een leeftijd 50 jaar en ouder, in combinatie met het gebruik van immuunsuppressie.

Kijk voor praktische informatie op immunostart.nl. De vergoeding is jammer genoeg nog niet goed geregeld.

Wout Mares, MDL-arts ziekenhuis Gelderse Vallei, lid raad kwaliteit NVMDL, commissie IBD en werkgroep lid immunostart-project.

IV IJzer-sterk verhaal

Parenteraal ijzer is bij menig MDL-arts vaste prik wanneer orale ijzer-suppletie onvoldoende werkt of niet wordt getolereerd. Afgezien van een sporadische allergische reactie worden ijzerinfusies als bijzonder effectief en veilig gezien, met een veel sneller effect dan orale suppletie. Zo ging het ook bij een 33-jarige patiënt met M. Crohn die in enkele jaren tijd zes keer een ijzerinfuus kreeg met ferricarmaltose (FCM, synoniemen: ijzer(iii)carboxymaltose, beter bekend als Ferinject®).

Na eerdere ijzerinfusies had ze kortdurend last van spierzwakte, vermoeidheid en hoofdpijn, wat werd toegeschreven aan haar anemie. Na haar laatste ijzerinfuus waren deze klachten nog heviger: ze kon niet meer op haar benen staan en had forse botpijnen. Dit bleek veroorzaakt te worden door een diepe, therapieresistente hypofosfatemie. Er waren meerdere ziekenhuisopnames en talloze fosfaatinfusies nodig gedurende enkele weken om haar voortdurende fosfaat-verlies te compenseren.

Er is veel geschreven over het mechanisme van FCM-geïnduceerde hypofosfatemie.¹ Kort samengevat leidt FCM tot langdurig verhoogde spiegels van fibroblast growth factor 23 (FGF-23), wat zorgt voor een hoge renale fosfaatexcretie en depletie van calcium en vitamine D (Figuur 1). De meest recente *randomized controlled trials* (RCT's) lieten zien dat één of twee FCM-infusies bij meer dan 50 procent van de patiënten tot hypofosfatemie leidt, waarbij er weken tot maandenlang sprake was van gestegen botturnovermarkers zoals botspecifiek alkalische fosfatase.²⁻⁴ Naast de acute verschijnselen van hypofosfatemie (botpijn, spierzwakte, hoofdpijn, malaise), wordt verondersteld dat herhaalde infusies op de lange termijn tot osteopenie en zelfs osteoporose kunnen leiden vanwege de lange duur van de deficiënties.¹ Betrouwbare langetermijn-

data om deze hypothese te ondersteunen zijn er niet, maar Lareb schrijft: *“Based on the reports, including reports from the scientific literature described in this signal, it is suggested that treatment with intravenous iron can through hypophosphatemia result in osteomalacia.”* Met name bij IBD-patiënten, die toch al een sterk verhoogd osteoporoserisico hebben⁵, zou dit problematisch kunnen zijn.

Parenterale ijzerpreparaten

Naast FCM zijn in Nederland drie alternatieve parenterale ijzerpreparaten beschikbaar, namelijk: ferriderisomaltose (FDM, synoniemen: ijzer(iii)derisomaltose & ijzer(iii)isomaltoside, bekend als Monofer® en Diafer®), ferrioxidesaccharaat (Ferracin®/ Venofer®) en ijzerdextrancomplex (Cosmofer®). De laatste twee preparaten worden nauwelijks gebruikt vanwege frequente allergische reacties en de lage maximale keerdosis.

FDM is daarmee momenteel het enige écht bruikbare alternatief voor FCM, waarbij Diafer® is geregistreerd voor dialysepatiënten en Monofer® voor overige patiënten.⁶ In dit artikel zetten we de voor- en nadelen van beide middelen op een rij, en geven we een inkijkje in de harde commerciële wereld van de farmacie.

1. Hypofosfatemie

Een zoekopdracht (Medline; 24 Okt 2024) naar beide ijzerpreparaten en hypofosfatemie leverde 134 artikelen op. Uit een recente *systematic review*⁷ en vier recente RCT's^{2-4, 8} leiden we af dat FCM bij 43 tot 75 procent tot hypofosfatemie leidt, vergeleken met 4 tot 8 procent bij FDM.

2. Allergische reacties

Een tweede zoekopdracht (d.d. 24 oktober 2024) naar allergische reacties ten gevolge van FCM en/of FDM leverde 64 artikelen

DE VOOR- EN NADELEN VAN VERSCHILLENDE IV-IJZERPREPARATEN EN DE SCHIMMIGE WERELD VAN DE IJZERHANDEL

op, waarvan één een recente meta-analyse betrof.⁹ Op basis van 17 RCT's toont deze meta-analyse dat het risico op een *serious or severe adverse drug reaction* 1,08 procent is na FCM vs. 0,14 procent na FDM (OR 0.13, p<.001).

3. Effectiviteit en overige verschillen

Qua effectiviteit bleken FCM en FDM vrijwel identiek op basis van twee recente RCT's^{2, 3} en een *systematic review* uit 2019.¹⁰ Terwijl bij FCM maximaal 1000 mg per keer kan worden gegeven, is de dosering voor FDM 20 mg/kg, waardoor bij patiënten boven de 50 kilo een hogere dosis kan worden gegeven.⁶ Aangezien de geschatte benodigde dosis bij patiënten met een ferriprive anemie doorgaans 1500-2000 mg elementair ijzer bedraagt^{6, 11}, zou het tekort met FDM vaker in één gift kunnen worden gecompenseerd, waardoor theoretisch minder (frequente) dagopnames nodig zouden zijn. Tenslotte is FCM in de zwangerschap 'waarschijnlijk veilig' in de laatste twee trimesters, terwijl het gebruik van FDM wordt ontraden vanwege onbekendheid over de veiligheid tijdens zwangerschap.¹²

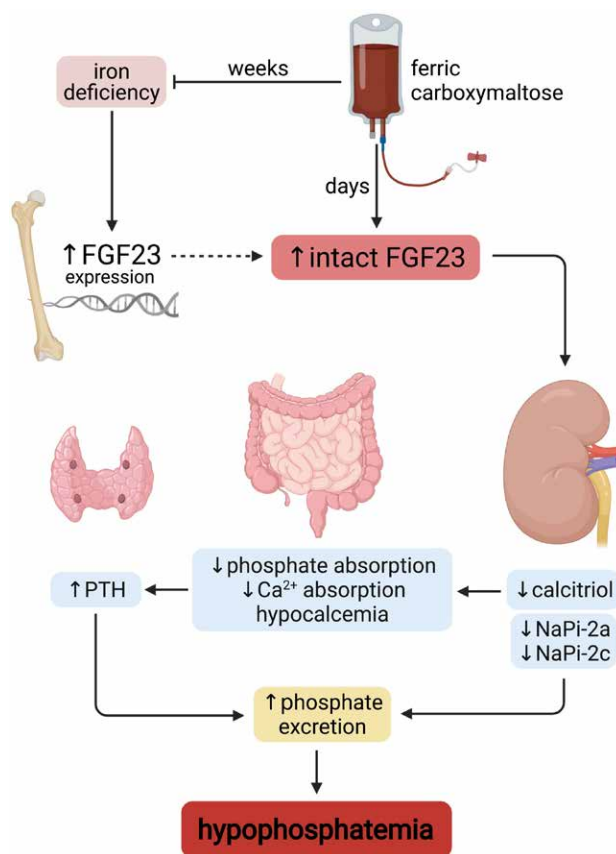
Moddergevecht in de farmaceutische ijzerhandel

Tussen Vifor Pharma (producent van FCM/Ferinject®) en Pharmacosmos (producent van FDM/Monofer®, in Nederland vertegenwoordigd door Cablon Medical) woedt de afgelopen tien jaar een juridisch en commercieel moddergevecht. De eerste zaak dateert uit 2013, toen Pharmacosmos door Vifor Pharma werd beschuldigd van het verspreiden van een vertrouwelijk en voorlopig rapport van het European Medicines Agency (EMA) waaruit zou blijken dat Monofer® veiliger was dan Ferinject®.¹³ De rechtbank Zeeland oordeelde in het voordeel van Vifor Pharma en verbood Pharmacosmos het EMA-rapport verder te verspreiden

en eiste dat er een rectificatie naar alle benaderde artsen zou worden gestuurd.

Niet lang daarna opende Pharmacosmos de tegenaanval met een klacht bij de Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) over superioriteitsclaims ten voordele van Ferinject® die volgens Pharmacosmos ongefundeerd waren.¹⁴ Pharmacosmos kreeg gelijk, en de CGR verplichtte Vifor Pharma alle vergelijkende reclame onmiddellijk te staken en binnen zeven dagen een rectificatie te sturen naar alle geadresseerde artsen en apothekers, evenals een rectificatie op hun website te plaatsen. Ondanks deze uitspraak ging Vifor Pharma door met het verspreiden van ongefundeerde claims over hun concurrent. Daarom startte de Europese Commissie in juni 2022 een onderzoek naar Vifor Pharma vanwege het jarenlang verspreiden van misleidende informatie waarin het gebruik van Monofer® werd ontmoedigd. Eurocommissaris Vestager uit Denemarken: *“The dissemination of misleading information regarding the safety of Pharmacosmos’ iron deficiency treatment, Monofer®, may have delayed its uptake. This would ultimately harm patients by stifling competition from an innovative medicine.”*¹⁵ Saillant detail is overigens dat Pharmacosmos, net als deze eurocommissaris, uit Denemarken komt.

Vifor Pharma reageerde in april 2024 op dit onderzoek, nog vóórdat er een uitspraak was, met de belofte rectificaties prominent op hun website te plaatsen en te verspreiden onder alle zorgverleners die zij eerder hadden benaderd. Wellicht heeft u de brief met deze rectificatie zelf ook ontvangen in uw postvak, of paginagroot voorbij zien komen in Medisch Contact van augustus 2024. Verder belooft Vifor Pharma geen uitspraken meer te doen over de veiligheid van Monofer® in de EU voor de komende tien jaar. Recent is ook de Britse UK Competition and Markets Authority een onderzoek gestart naar misleidende claims van Vifor Pharma over de veiligheid en effectiviteit van Monofer®.¹⁶ Vifor Pharma



Figuur 1.

Mechanisme van FCM-geïnduceerde hypofosfatemie. FCM corrigeert ijzerdeficiëntie binnen enkele weken, maar leidt vrijwel direct na infusie tot toename van FGF23. Het biochemische effect hiervan is toename van renale fosfaat-excretie, afname van fosfaatabsorptie, verminderde productie van calcitriol (actief vitamine D) en hypocalciëmie. Dit laatste leidt tot secundaire hyperparathyreoïdie, wat tot verdere toename van renale fosfaatexcretie en botresorptie leidt. Afbeelding met toestemming overgenomen.¹

FGF-23, Fibroblast Growth Factor; NaPi, Natriumafhankelijke fosfaat-transporter; PTH, Parathormoon.

heeft nog niet gereageerd op deze laatste aantijging.

Bovenstaande legt een commercieel steekspel bloot waarbij zowel Pharmacosmos als Vifor Pharma het voorschrijfgedrag van artsen met twijfelachtige marketingtactieken probeert te beïnvloeden. Dit lijkt in ieder geval voor Vifor Pharma zijn vruchten te hebben afgeworpen, die zijn dominante marktpositie in Europa heeft weten te behouden gedurende de volledige patentperiode, ondanks de komst van een aantrekkelijk alternatief (i.e. Monofer®). Interessant genoeg leerde een informele rondvraag bij collega's dat er inderdaad een wijdverspreide opvatting is dat Ferinject® tot minder allergische reacties zou leiden dan Monofer®, terwijl juist het tegendeel naar voren komt uit de hierboven beschreven meta-analyse.⁹

De weerbarstige dagelijkse praktijk en het kostenplaatje

Alle voor- en nadelen op een rij gezet kwamen we op een recente regionale onderwijsavond voor aios en opleiders (regio Noord-West Nederland) tot de breed gedragen conclusie dat er voldoende argu-

menten zijn om FDM te verkiezen boven FCM. De praktijk bleek ingewikkelder. Bij contracten en prijsonderhandelingen tussen ziekenhuisapotheken en farmaceuten wordt vaak hoge korting bedongen, met name als een middel als preferentieel wordt aangemerkt. Bij zulke afspraken committeert het ziekenhuis zich soms tot het preferentieel gebruik van één middel. Doordat voor Ferinject® in veel Nederlandse centra dergelijke afspraken zijn gemaakt, is Monofer® vaak tientallen procenten duurder en door exclusiviteitsafspraken in sommige centra zelfs überhaupt niet op voorraad. De ziekenhuisapotheker van een groot perifeer ziekenhuis waar Monofer® wél beschikbaar is, liet ons weten dat het om een verschil van tienduizenden euro's per jaar gaat in dit centrum als onder de huidige prijsafspraken overgestapt zou worden op Monofer®. Omdat de klinische relevantie en langetermijngevolgen van bovenbeschreven hypofosfatemie nooit overtuigend zijn aangetoond, zijn wij van mening dat het aanpassingen preferentiebeleid ten aanzien van IV-ijzerpreparaten in nauw overleg met de ziekenhuisapotheker moet plaatsvinden om een onevenredige stijging van zorgkosten te voorkomen. Sinds ►

Advertentie



Arne Bleijenberg



Gem Kramer



Margriet Timmer



Rosalie Mallant



Thijs Grasman

de zomer van 2024 zijn er bovendien meerdere generieke alternatieven voor Ferinject® voorhanden. Dit zal de prijs van FCM op den duur ongetwijfeld verder drukken, al is de generieke variant op dit moment (nog) niet goedkoper. Ondertussen is Pharmacosmos bezig met een kosteneffectiviteitsanalyse waarin de hogere keerdosis en daardoor het theoretisch veronderstelde lagere aantal dagopnames, wordt verdisconteerd in het totale kostenplaatje, in de hoop hun hogere kostprijs te rechtvaardigen. De jarenlange commerciële strijd lijkt daarmee nog steeds niet ten einde, maar de tijd dringt voor Pharmacosmos, aangezien ook hun patent op FDM in 2028 zal verlopen.

Conclusie

Medisch gezien zijn er voldoende argumenten om FDM te verkiezen boven FCM, maar in veel ziekenhuizen zal een ongeplande *switch* leiden tot een onwenselijke en aanzienlijke kostenstijging. Deze kostenstijging is vanwege de lage bewijskracht voor de langetermijneffecten van hypofosfatemie niet zonder meer te rechtvaardigen. De 'catalogusprijs' van beide middelen is vrijwel identiek (medicijnkosten.nl), waardoor kostenstijging met prijsonderhandelingen wellicht kan worden beperkt, al zal de komst van generiek FCM dit bemoeilijken. Theoretisch zou FDM vanwege de hogere keerdosis óók bij een hogere kostprijs tot kostenbesparing kunnen leiden door minder dagopnames.

We zien de kosteneffectiviteitsanalyses waaraan Pharmacosmos momenteel werkt dan ook met interesse tegemoet, maar uiteraard ook met een zeer kritische blik.

A.G.C. Bleijenberg, aios MDL Spaarne Gasthuis

G.M. Kramer, aios MDL Amsterdam UMC

M.R. Timmer, MDL-arts Meander Medisch Centrum

R.C. Mallant, MDL-arts Flevoziekenhuis

M.E. Grasman, MDL-arts Noordwest Ziekenhuisgroep

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2024 (p. 245 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



COLUMN
BEAU DE GRAAF

"..., hij heeft een starre manier van denken, die het gevolg moet zijn van zijn militaire opleiding. Ik zucht. Ik heb me voor niets zo laten gaan. Zijn ergste vermoeden is ongetwijfeld bevestigd, namelijk dat ik zowel onbetrouwbaar als ouderwets ben."

Uit: Wachten op barbaren.(1980) door JM Coetzee (geb. 1940)

Goedgelovig verstand

De broertjes Jussen wel eens horen pianospelen? Aanvankelijk getalenteerde jonge knaapjes die, eindeloos oefenend, van goed, naar beter en uiteindelijk best werden, overigens eerst na ruimhartige, particulier gefinancierde steun. Nu mag ik in vervoering naar hun pianoconcert in het Concertgebouw luisteren. Ik mijmer over een verdwijnende klok in Bern en zie Einstein, die ons het ultieme relateren leert. Ik hoor 'eureka' en bereken Newtoniaanse draaiing der hemellichamen, door Galilei in excentrisch perspectief geplaatst. Langzaam daal ik af van de hemelse kennis naar de praktijk van aardse darmen. Nabij zijn uitblinkers als Cock Lamers, de clinicus achter de protonpompremmers, Sander van Deventer als spil in anti-TNF toepassingen, Hans Clevers met zijn darmstamcellen en de homo universalis intestinalis Guido Tytgat. Zet die uitblinkers eens af tegen hoe armzalig zij hun wetenschappe-

lijke carrière moesten beginnen: in didactische schemering, zonder onderwijskundigen, zonder balans tussen werk en privé, zonder behulpzame ordertrajecten in Hix of EPIC, zonder Novum 2.0, zelfs zonder richtlijnen. Ja, dan is hedentendage excelleren als MDL-arts een makkie. In veel minder dan in die ouderwetse 10.000 uren. Opleiden kan korter en sneller en digitaal, zo weten we nu. Zoals een zondagspianist door nauwkeurige bestudering van (een stream van) Mozart een excellerende concertpianist zal worden, zo geven wij broksgewijs MDL-onderwijs. Partes pro toto. Zelf, onwetend van al die baanbrekende, dubbelblind bewezen onderwijskundige kennis, mis ik het gezond verstand te geloven in simpele en gemakkelijke oplossingen die zwarte gaten in hemel of kennis opvullen. Slechts de argeloze goedgelovigen zingen evangelisch dat ChatGPT ons zal verlossen uit de duisternis.

In de afgelopen dertig jaar hebben we binnen het vakgebied van de Maag-, Darm-, en Leverziekten (MDL) een reeks doorbraken en revoluties meegemaakt die de zorg en levenskwaliteit van patiënten ingrijpend hebben veranderd. Deze ontwikkelingen hebben niet alleen ons begrip van ziektes verdiept, maar ook de manier waarop we ze behandelen en benaderen, van diagnose tot herstel en nazorg.

We nemen je mee langs verschillende mijlpalen: *Helicobacter pylori*, Hepatitis C, ESD, de groei en ontwikkeling van patiëntenvereniging Crohn & Colitis NL én de rol van de verpleegkundige.

Helicobacter pylori: de grootste ontdekking in de MDL van de afgelopen 50 jaar

Slechts zelden is er een ontdekking in de geneeskunde die alles radicaal verandert. Tot ongeveer 1990 was peptisch ulcuslijden een veel voorkomende ziekte. En we wisten allemaal: het kwam van stress en te veel zuur. Patiënten moesten rusten, werden opgenomen en kregen een ‘Sippy kuur’ of melk-drip. Bij perforatie, bloeding of maaguitgangstenose werd er geopereerd: een B1 of B2 maagresectie of hoog selectieve vagotomie. Alle chirurgen konden dit goed en opereerden meerdere magen per week. Daarna zagen we motiliteitsproblemen, dumping en later de stompcarcinomen in de resectiemaag. Tegenwoordig is een *ulcus duodeni* een zeldzaamheid geworden.

De eerste verandering ontstond met de komst van maagzuurremmers: de H₂-receptor antagonist cimetidine (Tagamet®) in 1977. Snel gevolgd door ranitidine (Zantac®) in 1981. Er werd minder vaak geopereerd en patiënten kregen voortaan medicamenteuze onderhoudstherapie. Het was een hele verbetering.

Pas in 1988 kwam Omeprazol (Losec®) op de markt. Dat was de nekslag voor chirurgen die hun brood verdienden met het opereren van maagpatiënten. Maar het was natuurlijk nog altijd symptoomtherapie, want de echte oorzaak van ulcusziekte was onbekend.

Dat we te maken hadden met een infectieziekte, wist niemand. Door de lage pH, dachten men, konden bacteriën in de maag niet overleven. Bacteriën in de maagwand waren sinds 1892, toen de Italiaan Bizzozzero ze voor het eerst zag, meermaals in de literatuur beschreven, ook door de Nederlandse internist Pieter Klaesz Pel (1852-1919). Maar niemand had een relatie met ziekte gelegd.

De echte doorbraak kwam in 1981 in Perth, Australië waar patholoog Robin Warren deze bacteriën ook vond. Hij wist de jonge internist in opleiding Barry Marshall hiervoor te interesseren en die ontdekte dat 100 procent van de patiënten met *ulcus duodeni* besmet was. Dat was significant vaker dan patiënten zonder *ulcera*. Hun bacterie leek op *Campylobacter* en ze noemde hem een *campylobacter like organism* (CLO).

Pas in 1989 bleek het een nieuw genus en ontstond de naam *Helicobacter pylori*. Het kweken van deze CLO lukte pas in het paasweekend van 1982 toen er biopten, veel langer dan normaal, per ongeluk in de broedstoof waren blijven staan (*serendipity*). Maar het beroemdste aan de ontdekking van *Helicobacter* is het experiment van Marshall in 1984: hij besmette zichzelf met *Helicobacter* om aan de Koch postulaten te voldoen. Warren en Marshall publiceerden in 1983

in de Lancet. Marshall behandelde patiënten met bismut en metronidazol. Tom Borody in Sydney introduceerde ‘bismut triple therapie’ door tetracycline toe te voegen.

Slechts weinigen geloofden na 1983 dat antibiotica beter waren dan zuurremmers. Het AMC was echter een *early believer*. In 1990 publiceerden Erik Rauws en Guido Tytgat in de Lancet hun studie met 50 patiënten en in de titel spraken ze over *cure of duodenal ulcer disease*. Toen ik in 1991 mijn opleiding in het AMC afrondde en in Brabant ging werken was daar nog geen enkele maagpatiënt met antibiotica behandeld. Ik kon iedere werkdag meerdere ulcuspatiënten includeren in een behandelstudie. In 1995 publiceerde ik met mijn collega's en Guido Tytgat, wederom in de Lancet, mijn gerandomiseerde studie van bismut triple therapie met óf zonder omeprazol en we introduceerden voor het eerst de term ‘quadruple therapie’. Momenteel is bismut quadruple therapie wereldwijd de eerste keuze voor behandeling. In Nederland is bismut op dit moment niet verkrijgbaar, maar gelukkig gaat dat in 2025 veranderen, zodat ook wij dan weer bismut quadruple therapie (Pylera®) kunnen voorschrijven.

De ontdekking van *Helicobacter pylori* is een echte *gamechanger* gebleken. In 2005 ontvingen Robin Warren en Barry Marshall de nobelprijs voor geneeskunde, zeer terecht als je het mij vraagt!

Wink de Boer, MDL-arts Bernhoven



Hepatitis C:

van epidemie tot uitzicht op uitroeiing

In de zomer van 1972 ontplofte de zaak. Nederland, en in het bijzonder Amsterdam, werd overspoeld met heroïne. Het aantal verslaafden aan deze harddrug nam hand over hand toe en mondde uit in een epidemie die zeker 30 jaar lang het straatbeeld in ons land bepaalde. Met het snel toenemende intraveneuze gebruik van heroïne nam het aantal overdraagbare aandoeningen, zoals hepatitis C, toe. Hiermee was de hepatitis C-epidemie in Nederland geboren.

De huidige hepatitis C-epidemie vindt zijn oorsprong tijdens de Tweede Wereldoorlog. Veel gewonde soldaten werden destijds geïnfecteerd door toediening van bloedproducten in veldziekenhuizen. Pas in 1974 werd duidelijk dat de meeste hepatitisgevallen na transfusie geen hepatitis A of B ontwikkelden, maar besmet waren met een nieuw virus: hepatitis C. Harvey J. Alter, de latere Nobelprijswinnaar, ontdekte dat het virus via geïnfecteerd bloed kon worden overgedragen. Hierdoor kon Michael Houghton in 1989 de moleculaire structuur van hepatitis C ophelderen. Het jaar daarop kwam de eerste diagnostische test op de markt en werd duidelijk dat zo'n 0,2 procent van de Nederlandse donoren met het nieuw ontdekte virus was besmet. Bij heroïneverslaafden lag dit percentage vele malen hoger (74 procent).

Na invoering van de nieuwe test was er vanaf 1992 geen geïnfecteerd bloed meer in omloop in Nederland. Ook werd duidelijk dat er verschillende varianten (genotypen) van het hepatitis C-virus bestonden. In Nederland waren intraveneuze druggebruikers vaak besmet met genotype 1a of 3, genotype 1b werd gezien na eerdere bloedtransfusies, en genotype 4 kwam vooral voor bij patiënten afkomstig uit Egypte.

De zoektocht naar een effectieve behandeling begon met de ontdekking van interfe-

ron-alfa. Dit geneesmiddel bleek werkzaam tegen hepatitis C. In de jaren '80 werden met interferon bescheiden successen geboekt, en de toevoeging van ribavirine aan de behandeling verhoogde de slagingskans. De echte doorbraak kwam met de ontwikkeling van de gepegyleerde vorm (PEG) van interferon-alfa, die in Nederland na de eeuwwisseling beschikbaar kwam. Na één jaar behandeling met PEG-interferon en ribavirine genas ongeveer 45 procent van de patiënten met genotype 1 en na zes maanden zo'n 80 procent van de patiënten met genotype 2 en 3. De lange behandelduur en de vele bijwerkingen waren belangrijke nadelen. Daarbij was intensieve begeleiding van patiënten op de polikliniek noodzakelijk.

In 2014 brak een nieuw tijdperk aan met speciaal voor hepatitis C ontwikkelde geneesmiddelen. Met combinatie van PEG-interferon en proteaseremmers als telaprevir en boceprevir werden betere resultaten behaald. Het aantal bijwerkingen nam echter exponentieel toe en het wachten was op nieuwe middelen. Die doorbraak kwam met de combinaties sofosbuvir/velpatasvir en pibrentasvir/glecaprevir. Hiermee kunnen vrijwel alle patiënten, zonder PEG-interferon genezen worden en behoren bijwerkingen ook tot het verleden.



Is de hepatitis C epidemie nu op z'n einde?

In Nederland wel, het aantal nieuwe infecties is nog nooit zo laag geweest. In de afgelopen jaren is veel tijd gestoken in het opsporen van eerder onbehandelde patiënten. Gelukkig bleek dat het merendeel van deze opgespoorde patiënten al was behandeld (en dus genezen). Daarnaast was het mogelijk om de overige, nog onbehandelde, patiënten alsnog te genezen. Hiermee komen de doelen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om hepatitis te laten verdwijnen dichterbij. In 2030 moet 90 procent van de hepatitisinfecties gediagnostiseerd zijn, 80 procent van de geïnfecteerden zijn behandeld en moeten nieuwe hepatitis C-infecties sterk zijn teruggedrongen. In Nederland zijn we wat dat betreft goed op weg.

Joost P.H. Drenth,
MDL-arts Amsterdam UMC

Advertentie

De toekomst van ESD: van experimentele techniek naar breed ingezette behandeloptie

Endoscopische submucosale dissectie (ESD) is een endoscopische resectietechniek waarmee poliepen en vroeg-stadium kankers in het maag-darmkanaal curatief kunnen worden verwijderd. In Nederland werd rond 2010 de eerste ESD in het rectum uitgevoerd. Sindsdien heeft de techniek een vogelvlucht genomen en is deze eigenlijk niet meer weg te denken uit de huidige endoscopiepraktijk.

In tegenstelling tot endoscopische resectietechnieken als EMR of eFTR, kost het veel tijd om de ESD techniek goed in de vingers te krijgen. Dit komt vooral door de moeilijkheid in het lezen en volgen van de juiste dissectievlakken en het kunnen omgaan met eventuele complicaties zoals bloedingen en perforaties. Een ESD-leertraject start daarom meestal met het uitvoeren van ongeveer twintig ESD's in diersmodellen. Dan pas wordt de stap gezet naar procedures bij patiënten. In het rectum is een goede patiëntselectie heel belangrijk, bijvoorbeeld starten met beperkte laesies in het midden van het rectum. Hierbij is het belangrijk om de eerste tien tot vijftien procedures samen met iemand te doen die over veel ESD-ervaring beschikt. Over het algemeen zijn er ongeveer 150 procedures nodig voordat men volledig bekwaam raakt met de techniek. De Europese richtlijnen bevelen aan om jaarlijks minimaal 25 ESD's uit te voeren om de vaardigheid op peil te houden. Naarmate men verder bekwaam raakt in ESD verruimen de mogelijkheden zich steeds meer, bijvoorbeeld met het verrichten van ESD's in het rechtszijdige colon of dissecties in het diepere intermusculaire vlak (EID-techniek).

ESD is niet alleen een academische hobby. Om de zorg voor patiënten met rectumpoliepen naar een hoger niveau te tillen, is het essentieel de techniek in Nederland breder

beschikbaar te maken. Zoals in de richtlijn staat vermeld dient een *en bloc* resectietechniek te worden overwogen bij elke patiënt met een rectale poliep groter dan twee centimeter. Vanaf deze grootte stijgt namelijk de kans op een onzichtbaar focus van kanker boven de tien procent, ongeacht hoe zorgvuldig we de poliep beoordelen. Als er vervolgens geen *en bloc* maar een piecemeal resectie van zo'n poliep met kanker wordt gedaan, zijn de snijvlakken en belangrijke risicokenmerken niet meer te beoordelen en is de patiënt in principe veroordeeld tot een aanvullende behandeling (c.q. een chirurgische resectie, in het ongunstigste geval met een permanent stoma).

Oncologisch behandelaar

Dit raakt meteen een gevoelige snaar. Je hebt hier als endoscopist echt een grote verantwoordelijkheid ten opzichte van je patiënt. Wanneer zeg je dat iets écht niet endoscopisch verwijderd kan worden en wanneer wel? Met het curatieve potentieel van ESD kan je als MDL-arts opeens op de stoel van oncologisch behandelaar komen te zitten, waar tot voor kort alleen de chirurg zat. Dit maakt ook dat we de kwaliteit van door ons geleverde (oncologische) zorg inzichtelijk moeten maken. Willen we de rectumzorg in Nederland naar een hoger niveau tillen, dan zouden we ook de endoscopische uitkomsten voor alle rectumpoliepen – dus ook de uiteindelijk benigne



Jurjen Boonstra, en Richard Dang

laesies – mee moeten nemen. Om tot een landelijk, administratievriendelijk registratiesysteem te komen moeten er meerdere praktische en ICT-technische hobbels worden overwonnen. Samenwerking met chirurgische tegenhangers, zoals het DICA-instituut, kan daarbij bijvoorbeeld uitkomst bieden.

Obstakels

Het breder implementeren van de ESD techniek vergt meer dan een goede kwaliteitsregistratie. Ondanks de belangrijke stappen die de afgelopen jaren zijn gezet – zoals het laagdrempelig voorleggen van endoscopische beelden/video's aan endoscopisten die de ESD techniek beheersen – zijn er nog altijd een aantal belangrijke obstakels. Eén daarvan is het huidige Nederlandse vergoedingensysteem voor dit type zorg. Voor tijdrovende procedures zoals ESD's is de vergoeding momenteel onvoldoende. Wellicht gaat dit veranderen als we de kosteneffectiviteitsuitkomsten hebben van de gerandomiseerde TRIASSIC-studie, waarin ESD wordt vergeleken met zijn chirurgische tegenhanger, transanale microchirurgie (TAMIS). De eerste resultaten van deze studie laten zien dat onze ESD-zorg voor poliepen in het rectum groter dan twee centimeter qua oncologische uitkomsten net zo goed is als TAMIS. Dan ligt het in de lijn der verwachting dat de vergoedingen ook meer naar elkaar toe zouden moeten bewegen. Bovendien is het goed mogelijk dat ESD kosteneffectief zal uitpakken ten opzichte van het andere alternatief, namelijk een piecemeal EMR. Een recente gerandomiseerde trial uit Frankrijk liet zien dat het recidiepercentage na een adequate ESD dermate veel lager lijkt te liggen dan na een pEMR dat frequente littekencontroles

(die nu standaard zijn na pEMR) overbodig zullen worden. Het is momenteel afwachten in hoeverre deze resultaten worden gerepliceerd in de Nederlandse tegenhanger, de MATILDA-studie.

Winst te behalen

Ook op ESD-technisch als organisatorisch vlak valt nog winst te behalen. Zo zouden het opzetten van gespecialiseerde ESD-teams en het toepassen van steeds betere tractiemethodes de ESD-snelheid aanzienlijk kunnen verhogen. Daarnaast kan het doorontwikkelen van de elektrogenerator bijvoorbeeld met artificiële intelligentie ook bijdragen aan een snellere dissectie of het voorspellen van complicaties door het real-time meten van thermische schade aan de darmwand. Als laatste is het meer beschikbaar stellen

van propofol-sedatie essentieel voor bredere implementatie van ESD. Naarmate de mogelijkheden toenemen vindt er steeds meer een concurrentiestrijd plaats om deze schaarse sedatieplekken, bijvoorbeeld met geavanceerde endoscopische procedures als EUS/ERCP of andere OK-programma's. Het is dus ook van groot belang dat de anesthesie voldoende capaciteit krijgt om dergelijke programma's te kunnen faciliteren.

Steeds centralere plek

Waar de ESD enkele decennia geleden begon als experimentele techniek in een beperkt aantal centra, is het sindsdien uitgegroeid tot een effectieve techniek die een steeds centralere plek inneemt in de behandeling van (vroeg-stadium) neoplasieën in het maag-darmkanaal. De komende jaren staan

ons nog belangrijke uitdagingen te wachten. Om de kwaliteit te bewaken moeten alle ESD-procedures worden opgenomen in een kwaliteitsregistratie. Op die manier wordt *benchmarking* mogelijk en kunnen we onszelf steeds verder verbeteren. Verdere moeten meerdere drempels op financieel, technisch en organisatorisch vlak worden beslecht. Ondanks deze uitdagingen verwachten we dat ESD een steeds belangrijkere plek zal innemen in het behandelarmamentarium van de MDL-arts, en over enkele decennia zal uitgroeien tot een breed toegankelijke en kosteneffectieve behandelmodaliteit.

Jurjen Boonstra, MDL-arts LUMC

Richard Dang, postdoctoraal onderzoeker LUMC

Van oprichting tot impact 45 jaar Crohn & Colitis NL, 30 jaar partner van MAGMA

In juni 1979 verscheen de eerste editie van ons huidige magazine *Crohniek*, met een inleiding die de spanning en verwachtingen beschreef onder de leden van het Crohn-Werkcomité voorafgaand aan de oprichtingsvergadering op 21 april van dat jaar.

Een paar maanden na de oprichting telde de vereniging 470 leden. Nu, 45 jaar later, zijn dat er ongeveer 10.500.

Groei en verandering

Ook de focus en taken zijn sterk veranderd. In het begin was de vereniging vooral een zelfhulpvereniging: *"Een eerste taak voor onze vereniging is dat mensen maatschappelijke en psychisch wat op te peppen"* (september 1979). Inmiddels heeft Crohn & Colitis NL haar rol uitgebreid naar lotgenotencontact, informatievoorziening, belangenbehartiging en advisering.

Evolutie van zorg

In de afgelopen 45 jaar onderging ook de zorg voor mensen met IBD aanzienlijke veranderingen. Zoals de beschikbaarheid van effectievere medicatie, steeds meer aandacht voor het belang van leefstijl en meer oog voor de impact van de ziekte, zoals vermoeidheid en psychosociale gevolgen. Opvallend is dat voeding in de beginjaren van de vereniging al veel aandacht kreeg. Twee diëtisten hadden een vaste rubriek in *Crohniek* en beantwoordden vragen van lezers. Ook was er regelmatig aandacht voor alternatieve therapieën, wellicht vanwege

"Ten geleide

Zoals een ouderpaar de geboorte van hun kind tegemoet ziet, zo kunt u zich ongeveer de spanning bij de leden van het Crohn-Werkcomité voor de vergadering van Zaterdag 21 April 1979 voorstellen

Beste mensen op 21 april zagen we het gebeuren. Voor ons een niet te overziene zaal vol mensen Zij allen kwamen naar Den Haag om getuige te zijn van de oprichting van de Crohn Vereniging Nederland, een patiëntenvereniging voor en door Crohn-patiënten."

het beperktere aanbod van behandelingen met medicijnen.

De relatie tussen patiënten en zorgverleners is eveneens veranderd. De witte jas is er nog steeds, maar het gesprek met zorgverleners is heel anders dan vroeger. De komst van de IBD-verpleegkundige en de verpleegkundig

Cover van een Crohniek uit 1989.



Cover van de meest recente Crohniek.



specialist hebben daaraan bijgedragen. Van 'de dokter geeft aan wat goed voor mij is' naar 'gezamenlijk kijken wat de beste keuze is op grond van mijn persoonlijke situatie'. Oftewel *samen beslissen* voert steeds meer de boventoon.

De relatie tussen patiënt en zorgverlener zal de komende jaren verder veranderen dankzij eHealth. Een onontkoombare ontwikkeling om de zorg toegankelijk te houden. Het is bovendien een ontwikkeling die we goed moeten blijven volgen: eHealth kan een middel zijn om de zorg op een goed niveau te houden, maar moet geen doel op zich zijn. De combinatie van fysieke en online zorg heeft de toekomst.

Van zelfhulpvereniging naar patiëntenplatform

Crohn & Colitis NL was in de eerste decennia vooral een vereniging voor leden. Nu zijn wij een organisatie die zich inzet voor alle mensen met IBD en hun naasten. De organisatie in Nederland waar je niet omheen kunt als het gaat om (het inbrengen van) patiëntenervaring en -kennis. Of het nu gaat om voorlichting of over het behartigen van belangen. Zo speelde Crohn & Colitis NL een centrale rol – samen met de commissie IBD van de NVMDL – in de informatieverstrekking aan patiënten rond Covid, waarbij de website van Crohn & Colitis NL het belangrijkste informatiekanaal was. Verder hebben we bij de richtlijnontwikkeling voor

volwassenen thema's ingebracht, zoals vermoeidheid en de organisatie van psychosociale zorg. Ook onze rol in onderzoeken is groter geworden. Van de spreekwoordelijke handtekening bij het kruisje naar betrokkenheid bij het onderzoeksprotocol en disseminatie van het project.

Dat vraagt om snel te kunnen acteren, ervaringskennis ophalen – bijvoorbeeld via het Crohn & Colitis NL panel met circa 2500 leden – en een afgewogen oordeel dat verder gaat dan $n=1$. Dat vraagt om een patiëntenorganisatie die vanuit kracht een bijdrage levert aan de best mogelijke zorg voor mensen met IBD. Dat vraagt om een patiëntenplatform dat zelf de regie pakt, niet afwacht en haar belofte waarmaakt.

Menne Scherpenzeel,
directeur Crohn & Colitis NL



Merkwaarden Crohn & Colitis NL - Waaraan kun je ons herkennen?

Voortdurend betrokken

Als het gaat over IBD, dan zijn wij erbij. Wij luisteren, zijn aanwezig en laten de stem van mensen met IBD horen. Het welzijn van mensen met IBD is onze eerste prioriteit.

Samen krachtig

Vraagstukken en problemen pakken wij gezamenlijk op. Wij laten de stem horen van mensen met IBD. Wij zoeken actief de samenwerking op en zijn een verbindende partij.

Verskil makend

Wij willen van betekenis zijn voor mensen met IBD en het verschil maken. Dat bepaalt onze agenda en staat centraal in al onze activiteiten.

Unieke kracht - Waarin blinken wij uit?

- Wij weten wat er bij mensen met IBD speelt. Wij zijn dé partner als het gaat om patiëntenkennis en -ervaring op het gebied van IBD. En wij zijn in staat om de mening en ervaringen van mensen met IBD razendsnel te mobiliseren.
- Wij zijn het platform voor mensen met IBD en hun omgeving: waar mensen elkaar kunnen ontmoeten, ervaringen kunnen delen en van elkaar kunnen leren. Kortom, wij bieden een plek waar mensen zich herkennen en daardoor erkend voelen.
- Wij bieden betrouwbare (medische) informatie en delen ervaringen over hoe je kan leven met IBD. Wij beoordelen en toetsen informatie vanuit het perspectief van mensen met IBD.

Uit: het Identiteitspaspoort Crohn & Colitis NL (2020)

Advertentie

Taakherschikking: yes, we can!



Aan het eind van de twintigste eeuw ontstonden verschillende specialisaties binnen de verpleegkunde. Door een groeiende vraag naar medische zorg, kregen artsen steeds minder tijd voor de patiënt en ontstond een tekort aan artsen en arts-assistenten. De vraag naar verpleegkundigen met geavanceerde kennis en vaardigheden nam toe, vooral met de opkomst van complexe medische technologieën en behandelingen.

Naar een hoger niveau

In de jaren '90 hebben verschillende ontwikkelingen in de zorg ook in Nederland geleid tot de introductie van diverse beroepsgroepen, zoals de Verpleegkundig Specialist (VS), de Physician Assistant (PA) en de gespecialiseerd verpleegkundige. Men wilde de positie van verpleegkundigen versterken en er werd gepleit voor een onderscheid tussen basisberoepsbeoefenaren en specialistische beroepsbeoefenaren. Op deze manier werd de mogelijkheid geboden om het verpleegkundig beroep naar een hoger niveau te tillen. In de loop van de tijd zijn de opleidingen en de verantwoordelijkheden binnen het werk uitgebreid. Het samenwerkingslandschap binnen de MDL is de afgelopen jaren drastisch veranderd.

In het huidige zorgsysteem nemen de physician assistants, verpleegkundig specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen steeds meer zorg van de arts over. Maar hoe verhouden deze functies zich eigenlijk ten opzichte van elkaar? En bij wie kom je terecht als patiënt? In de praktijk blijkt dit soms nog verwarrend en de functienamen

worden dan ook regelmatig door elkaar gebruikt.

Wie doet wat?

Het grootste verschil in de dagelijkse praktijk tussen een physician assistant en een verpleegkundige specialist ligt in hun rol, verantwoordelijkheden en opleidingsachtergrond. Een *physician assistant* werkt als professional in het medisch domein, terwijl de *verpleegkundig specialist* een geïntegreerde geneeskundige en verpleegkundige behandeling biedt. Beiden hebben een zelfstandige behandelbevoegdheid en mogen daardoor diagnoses stellen op hun expertisegebied, recepten uitschrijven en routinematige medische handelingen uitvoeren. Inmenging van een arts is dus niet noodzakelijk. Om dit te bereiken hebben deze beroepsgroepen hiervoor een masteropleiding gevolgd (Master Physician Assistant en Master Advanced Nursing Practice)

Gespecialiseerd verpleegkundigen zijn deskundig en bieden laagdrempelige zorg gericht op kwaliteit van leven. Zij hebben geen zelfstandige behandelbevoegdheid en werken onder supervisie van een arts.

Van links naar rechts: Martine van Workum¹, Marthe Verwey¹, Mirjam Severs², Dirk de Jong², Marjolijn Duijvestein², Willemijn van Dop², Malena Schlotter¹.

¹ Verpleegkundig specialist, ² MDL-arts

De rol van de verschillende zorgprofessionals blijft groeien, vooral met de verschuiving naar meer patiëntgerichte zorg en het streven naar efficiëntie binnen de gezondheidszorg. Allen hebben als doel het zelfstandig functioneren van de patiënt te bevorderen, de patiënt de regie over zijn of haar leven te laten behouden en de kwaliteit van leven van de patiënt zo hoog mogelijk te houden.

Vast gezicht

De ontwikkeling van de verpleegkundig specialist weerspiegelt niet alleen de veranderingen in de gezondheidszorg, maar ook de erkenning van de waarde van verpleegkundige kennis en vaardigheden. Dit hangt samen met de toenemende vergrijzing en de daarbij horende veranderende zorgvraag. Door gestandaardiseerde medische zorg van de arts over te nemen en deze te combineren met verpleegkundige zorg, ziet de patiënt een vast gezicht in de gehele zorgketen. Daarmee worden de kwaliteit en continuïteit van zorg voor onze patiënten bevorderd. Op deze manier kan, hopelijk, optimale zorg ook voor de toekomst, gegarandeerd blijven.

Marthe Verwey, Malena Schlotter en Martine van Workum werken als verpleegkundig specialisten in het Radboudumc te Nijmegen. Zij hebben de Master Advanced Nursing Practice afgerond en sindsdien richten zij zich op zorg voor IBD patiënten. Zij hebben werkervaring opgedaan in verschillende ziekenhuizen, zowel academisch als perifeer. Tot op de dag van vandaag is er geen ander leuker specialisme dan IBD waar zij zich mee bezig willen blijven houden. Binnen het Radboud werken zij nauw samen met onder andere MDL-artsen, a(n)iossen, physician assistants en gespecialiseerd verpleegkundigen.

Advertentie

Wisselvallig najaar: verschuivingen in alle regio's

Noorden

Per 1 november 2024 heeft Hedwig van der Sluis het Isala in Zwolle verlaten. Hendrik van Dullemen zal het UMCG per 1 februari 2025 gaan verlaten vanwege zijn pensionering. Robert Mousset (nu nog aios MDL) zal, na het afronden van zijn promotieonderzoek en opleiding, per 1 juli 2026 toetreden tot de MDL-staf in het UMCG, met als aandachtsgebied IBD. Hij zal dan de zestiende MDL-arts zijn.

Westen

Per 1 december 2024 start Rowan van Golen (opleiding LUMC) als *chef de clinique* hepatologie in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Hij wordt daar de negende MDL-arts. Per 1 juni 2024 is Ilhame Ben Larbi toegetreden in de maatschap MSNW van de Noord West Ziekenhuisgroep, met als aandachtsgebied IBD. Zij werkte al ruim anderhalf jaar als tijdelijke MDL-arts in de NWZ. Ook in de Noord West Ziekenhuisgroep: per 1 september 2024 is jonge klare Yvette van Beurden begonnen als *chef de clinique*. Zij is daarmee de dertiende MDL-arts en heeft als aandachtsgebied oncologie en grote poliepen. Sinds 1 september 2024 vertegenwoordigt Desiree Leemreis-van Noord zowel Franciscus als Erasmus MC in het Maag darm Ischemie Centrum Rotterdam. Meike Hirdes verruult het UMC Utrecht voor het Franciscus Gasthuis & Vlietland, waar zij op 1 december start als MDL-arts met als aandachtsgebied IBD.

Oosten

Per 1 maart 2025 vertrekt Yvo Kortmann uit het JBZ in Den Bosch voor een privéverhuizing naar Doetinchem, hij zal daar eerst een tijd als huisvader aan de slag gaan.

Midden

Nadine de Waard, jonge klare vanuit het LUMC, is per 1 oktober 2024 gestart als vierde MDL-arts in het Beatrix Ziekenhuis in Gorinchem. John Groen gaat het St Jansdal per 1 januari 2025 verlaten en mag gaan genieten van zijn welverdiende pensioen.

Zuiden

Per 1 augustus 2024 is Steven Jeuring (voorheen Sint Anna Geldrop) begonnen in het MUMC+ als veertiende MDL-arts, met als aandachtsgebied IBD. Rianne Beckers (opleiding MUMC+) is per 1 november 2024 gestart als vijftiende MDL-arts in het MUMC+, met als aandachtsgebied neurogastroenterologie. Roel Bogie (opleiding MUMC+) is in juli gestart als *chef de clinique* in VieCuri MC, als vervanger voor iemand die met zwangerschapsverlof is. Vanaf januari zal hij hier tijdelijk als achtste MDL-arts gaan werken. Per 1 januari 2025 keert Joris van Gulick *back to the roots* als MDL-arts in ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen. Hij zal dus het Amphibia Ziekenhuis gaan verlaten.

De aantallen per 11 november 2024

686 MDL-artsen in Nederland (waarvan 6 niet-leden van de NVMDL), 22 pensionado's (die nog werkzaam zijn), 198 aios MDL (waarvan 168 reeds lid van de NVMDL).

Vacatures

- Admiraal de Ruijterziekenhuis, Goes/Vlissingen/Zierikzee: MDL-arts (0,9-1,0 fte)
- Amphibia Ziekenhuis, Breda: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
- Anna Ziekenhuis, Geldrop: MDL-arts (0,6-0,9 fte)
- Bergman Clinics, Amsterdam/Bilthoven: MDL-arts (0,4-0,8 fte)
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen: MDL-arts *Chef de Clinique* (0,7-0,8 fte)
- Curacao Medical Center, Curacao: MDL-arts
- DC Klinieken Amsterdam (Lairesse), Rotterdam, Schiedam, Voorschoten, Almere en Groningen: MDL-arts invalpool
- Deventer Ziekenhuis, Deventer: anios MDL (1,0 fte)
- Deventer Ziekenhuis, Deventer: MDL-arts (1,0 fte)
- Diaconessenhuis, Utrecht: MDL-arts *Chef de Clinique* (per begin 2025 voor een periode van 2 jaar)
- Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn: *Chef de Clinique* met interesse in EUS en ERCP

- Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag: MDL-arts *Chef de Clinique* (1,0 fte)
- HagaZiekenhuis, Den Haag: MDL-arts *Chef de Clinique* (0,8 fte)
- Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch: anios MDL (0,8 fte)
- Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch: MDL-arts
- Laurentius Ziekenhuis, Roermond: MDL-arts *Chef de Clinique* (0,6-0,9 fte)
- MDL Friesland, Heerenveen/Sneek/Leeuwarden: MDL-arts (tijdelijk, 0,8-1,0 fte)
- MDL Friesland, Heerenveen/Sneek/Leeuwarden: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
- Medisch Spectrum Twente, Enschede: anios MDL (1,0 fte)
- MSB Alrijne, Leiden/Leiderdorp: MDL-arts (0,8 fte)
- MSNW/Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar: anios MDL (0,8-0,9 fte)
- Medisch Spectrum Twente/Streekziekenhuis
- Koningin Beatrix, Hardenberg en Winterswijk: MDL-arts (1,0 fte)
- Nij Smellinghe, Drachten: twee MDL-artsen (1,6 fte)
- Ommelander Ziekenhuis, Groningen: MDL-arts (0,6-1,0 fte)
- PoliDirect, Alkmaar/Nieuwegein: MDL-arts
- PoliDirect, Alkmaar/Amsterdam/Nieuwegein: MDL-arts
- PoliDirect, Amsterdam: MDL-arts
- PoliDirect, Eindhoven/Ravenstein: MDL-arts
- PoliDirect, Eindhoven/Ravenstein/Tilburg/Breda: MDL-arts
- PoliDirect, Goor: MDL-arts
- PoliDirect, Tilburg: MDL-arts
- Radboudumc, Nijmegen: anios MDL (1,0 fte)
- Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem: MDL-arts *Chef de Clinique* (0,6-0,8 fte)
- St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein: MDL-arts met aandachtsgebied IBD en BVO (2 x 0,9 fte)
- St Jansdal, Harderwijk: MDL-arts (0,6-0,8 fte)
- Tergooi MC, Hilversum: anios MDL (1,0 fte)
- Ziekenhuis Groep Twente, Almelo/Hengelo: anios MDL (0,6-1,0 fte)

Waar laten beloftes nog op zich wachten?

“In de afgelopen decennia is het aantal medicamenteuze behandelopties voor IBD spectaculair toegenomen, maar waarom is individuele respons op medicatie zo moeilijk te voorspellen?”



De behandeling van de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa kent tegenwoordig een toenemend aantal medicamenteuze opties, maar het blijft vaak een uitdaging om voor iedere patiënt (direct) de juiste behandeling te selecteren. Voor een aanzienlijk deel van de patiënten wordt nog altijd een trial-and-error-benadering gehanteerd. Daarbij lijkt er een ‘therapeutisch plafond’ te bestaan; de zogenaamde maximale effectiviteit die met de beschikbare behandelingen kan worden bereikt. Er is hierdoor niet alleen nog steeds te weinig inzicht in welke behandeling voor welke patiënt effectief zal zijn maar ook voor wie chirurgie wellicht een betere optie zou zijn. Precisiegeneeskunde en immunofenotypering lijken veelbelovende strategieën om effectieve, gepersonaliseerde behandelstrategie te ontwikkelen. De diversiteit van de ziektebeelden geduid als de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa is groot. Veel klinische trials includeren een beperkt en relatief homogeen patiëntprofiel. Hierdoor zijn voor patiënten met minder prevalentie IBD-subtypes, zoals die met primaire scleroserende cholangitis (PSC), een ileostoma, pouchitis of proctitis ulcerosa, weinig evidence-based behandelstrategieën beschikbaar. Meer klinische studies met behandeling afgestemd op unieke kenmerken van elke patiënt en fenotype van de ziekte zijn noodzakelijk. Zo beoogt de Nederlandse CEASE-trial een klinisch predictiemodel te valideren, om op basis van een individueel risico veilige stop criteria te

identificeren voor het staken van anti-TNF bij patiënten met de ziekte van Crohn.^{1,2} Bij immunofenotypering worden de eigenschappen van de immuuncellen in de intestinale mucosa of bloed geïdentificeerd en gecategoriseerd. Hoewel dit door de ontwikkeling van een verscheidenheid aan (geavanceerde) moleculaire technieken mogelijk is, is de vertaalslag naar de kliniek nog niet gemaakt. Illustratief voor dit gebrek om kennis van karakterisering van de immunologische verstoring bij IBD om te zetten naar klinische toepassing, is de publicatie van de PROFILE-trial.³ Bij de deelnemers van deze trial werd bloed afgenomen om te testen op een prognostische biomarker afgeleid van T-cel transcriptie signaturen. De trial toonde dat top-down behandeling met de combinatie infliximab plus immunomodulator na één jaar substantieel betere resultaten op leveren dan versnelde *step-up*-behandeling voor patiënten met een nieuwe diagnose van de ziekte van Crohn. Maar teleurstellend vertoonde de biomarker geen klinisch nut, gezien geen associatie met het effect van de behandelstrategie werd gezien.

In veel Nederlandse ziekenhuizen en regio's bestaan overleg momenten met verschillende behandelaren voor de keuze van behandeling van een IBD-patiënt. Door het ontbreken van bovenstaande selectie strategieën lijkt dit aan te moedigen, gezien dit uitwisseling van klinische ervaring bevordert. Een behandelbeslissing op basis van eerder opgedane kennis, onder meer vanuit medische literatuur, en klinische ervaring, vormt voorlopig nog steeds de basis voor de selectie van IBD-medicatie voor een nieuwe patiënt. De behoefte aan een meer wetenschappelijk geneeskundige benadering van deze geneeskunst blijft groot.

Annemarie de Vries, Erasmus MC

Hoewel de MDL-zorg volop in ontwikkeling is, blijven op verschillende gebieden beloofde verbeteringen en innovaties uit, waardoor zowel zorgverleners als patiënten nog steeds met belangrijke uitdagingen worden geconfronteerd.

“Waarom is NOTES ondanks de indrukwekkende ontwikkelingen in endoscopische devices nooit doorgebroken, en heeft het nog een toekomst of moeten we operaties aan chirurgen overlaten?”



Nadat diverse endoscopische mucosale resectie technieken (EMR/ESD) geïntroduceerd waren, leek het rond 2010 een logische volgende stap in de endoscopie om met een gastroscoop transmuraal de buikhole binnen te gaan. Met ‘NOTES’ wilden we bewust de peritoneaal holte binnen te gaan om bijvoorbeeld een diagnostische laparoscopie of een cholecystectomie uit te voeren. De afkorting NOTES stond voor ‘Natural Orifices Transluminal Endoscopic Surgery’ en had het grote voordeel dat we geen incisies meer in de huid hoefden te maken en dus nog ‘minimaal invasiever’ zouden worden. Samen met laparoscopisch chirurgen startten we met het ontwikkelen van instrumentarium en technieken voor een goede sluiting van de eerder, met opzet gemaakte, perforatie. De fabrikanten van chirurgische en endoscopische apparatuur waren enthousiast en zagen een mogelijk interessante nieuwe markt en ondersteunden enthousiast de eerste experimenten. Zo werd onder andere nagedacht over flexibele staplers en andere noodzakelijke instrumenten voor sluiting van de gemaakte perforatie. Een van de lastige problemen was dat alle instrumenten parallel uit de endoscoop tevoorschijn kwamen en we niet konden ‘trianguleren’ (het onder verschillende hoeken manoeuvreren van twee instrumenten). Zonder triangulatie konden we geen knopen leggen of bijvoorbeeld twee structureren van elkaar wegtrekken. In Amsterdam UMC legden we een protocol

voor een NOTES-laparoscopie voor aan de METC. En enigszins tot onze verrassing volgde al snel toestemming. Echter na uitgebreid onderling overleg en met veel voortschrijdend inzicht, besloten we de studie niet te starten omdat we bang waren dat er toch lekkages zouden ontstaan met als gevolg een fulminante bacteriële peritonitis. En zo starten én stopten we met NOTES

omdat we onvoldoende overtuigd waren van de veiligheid. Een tweede argument was het feit dat het de biomedische industrie niet snel genoeg lukte om speciaal instrumentarium te ontwikkelen.

Alhoewel de NOTES-laparoscopie de klinische praktijk nooit gehaald heeft, zijn er wel succesvolle spin-offs het indirecte gevolg van deze ontwikkeling, zoals derde

ruimte endoscopie, endoscopisch hecht- en sluitinstrumentaria voor perforaties, en EUS geleide transluminale drainages en anastomosen. Wie weet wat de toekomst ons verder gaat brengen.

Paul Fockens & Rogier Voermans,
Amsterdam UMC

"De MDL-arts heeft nu de beschikking over hoog-resolutie EUS, de mogelijkheid om weefsel te verkrijgen middels fine needle biopsy/aspiration en er zijn EUS-geleide ablatiemethodes ontwikkeld. Waarom heeft de endoscopie desondanks niet kunnen bijdragen aan het verbeteren van de overleving van pancreascarcinoom?"



Het adenocarcinoom van het pancreas is een formidabele tegenstander voor zorgverleners als het gaat om het verbeteren van de prognose. Het NL PACAP project (N=5580) heeft weer laten zien hoe moeilijk het is om overleving en kwaliteit van leven te verbeteren. Mediane overleving was 3,7 maanden na diagnose.

Het is een systemische ziekte, en om als endoscopist impact te hebben op 'overleving' als eindpunt is niet makkelijk. Toch is de impact van ons als scopisten voor onze patiënten de afgelopen jaren groot geweest. We komen sneller en met minder diagnostiek tot een diagnose voor onze patiënten. EUS FNB is echt superieur aan FNA. Kwaliteitsinitiatieven rondom EUS laten zien dat we hierin kunnen verbeteren en dit ook doen. Gecombineerde EUS + ERCP in één sessie onder propofol geeft diagnostiek en behandeling (soms palliatie) met een veel kortere tijd tot starten van oncologisch behandeltraject. Metalen stents geven noodzaak tot minder re-ERCP's. Bij gefaalde ERCP geeft een EUS geleide galwegdrainage echt een ongelooflijk vlote en goede drainage en is in vergelijking met een PTC in zowel curatieve als palliatieve setting een verbetering. Aan

een evidence based plaatsbepaling van EUS geleide drainage wordt hard gewerkt. Bij post-operatieve collecties kunnen we de chirurg helpen door EUS geleid te draineren. Voor de patiënt betekent dit het verschil tussen geen externe drain, en een aanzienlijke kans op een externe pancreasfistel. Het functioneel herstel na EUS geleide gastrojejunostomie is bijna magisch te noemen. We zijn er nog niet, het is 'werk in uitvoering'. Maar de landelijk PORSCHE-studie bij chirurgie heeft laten zien dat kwaliteitsinitiatieven daadwerkelijk impact kunnen hebben op overleving. Alleen als team komen we vooruit. Laten we zorgen dat wij als scopisten ons plekje in dat team in blijven nemen! Ons past zowel bescheidenheid als ambitie.

Robert Verdonk, St. Antonius Ziekenhuis

"Waar blijft de gouden pil voor IBS?"



IBS (Irritable Bowel Syndrome) werd voor het eerst beschreven door Osler in 1892. Hij gaf het toen nog de naam 'muceuze colitis' en meende dat dit gekenmerkt werd door passage buisvormige afgietsels van de dikke darm, bestaande uit slijm, celresten en 'darmzand'.

De term 'irritable colon' verscheen voor het eerst in 1929, toen Jordan en Kiefer deze gebruikten om een 'musculo-neurale' stoornis van het colon te beschrijven. Zij waren toen ook al redelijk ongelukkig met het woord 'irritable' omdat dit de vermeende diversiteit aan mogelijke onderliggende

mechanismen onvoldoende weerspiegelde. De term 'IBS' komt uit 1944.

Inmiddels zijn we 80 jaar verder. In deze periode zijn grote ontdekkingen gedaan in de geneeskunde, zoals DNA (1953), computertomografie (1971) en Helicobacter (1982). We weten ook veel meer over andere microbiota en het enterisch zenuwstelsel. En toch begrijpen we nog steeds niet waar IBS precies vandaan komt. Sterker nog, de terminologie is in 100 jaar nauwelijks veranderd en de formele definitie van IBS is nog steeds enkel op symptomen gebaseerd. Hoewel er wel diverse veranderingen op darmniveau zijn beschreven in de context van IBS, zoals barrièredysfunctie, vertonen geen van deze afwijkingen een goede correlatie met symptomen, en vormen

ze derhalve geen adequate basis voor behandeling.

Misschien komt dit doordat we al die tijd op de verkeerde plek hebben gezocht: in de darm zelf. Dit terwijl de subjectieve perceptie van darmklachten ontstaat door een complexe interactie tussen de darm en het zenuwstelsel. De verstoring hiervan is lastig te onderzoeken met het standaard diagnostisch instrumentarium. Als we bereid zijn om de focus te verleggen (en te verbreden), en accepteren dat we de oorzaak van IBS niet kunnen reduceren tot één molecuul of mechanisme, creëren we een setting waarin we doeltreffender op zoek kunnen gaan naar effectieve behandelingen.

Daniel Keszthelyi, MUMC+

MAGMA BESTAAT 30 JAAR

“Ik zie een hechte symbiose tussen de ontwikkeling van ons vak en het blad”

MAGMA bestaat 30 jaar en is inmiddels volwassen geworden. Het vaktijdschrift begon ooit als ‘het geboortekaartje van de MDL-arts’ en is sindsdien gegroeid in zowel volume als professionaliteit. De grootste bevestiging van dat laatste was dat de voormalige minister van Volksgezondheid Els Borst aangaf het kwartaaltijdschrift graag te willen ontvangen. Nu heeft het blad een schare aan lezers, ook buiten de MDL-sector. Een terugblik met (oud-)hoofredacteurs en (eind)redactieleden op het blad en hoe het de tijdgeest weerspiegelt.

Het ontstaan van het tijdschrift MAGMA, waarvan het eerste nummer uitkwam in december 1995, liep bijna synchroon met de verankering van de naam ‘MDL-arts bij de notaris. “De oerknal”, noemt MDL-arts, redactielid en een van de moderators van het rondetafelgesprek, Govert Veldhuijzen, het gekscherend. Aan die naamgeving MDL-arts ging inderdaad heel wat turbulentie vooraf, in de tijd dat de internisten nog de lever claimden. Emeritus hoogleraar Maag-Darm-Leverziekten (VU) en MDL-arts Chris Mulder, die vanaf de start van MAGMA zo’n twintig jaar, van 1995 tot 2018, hoofredacteur was van het blad, heeft volop de strijd met de internisten meegemaakt. “Toen we in 1994 de naam MDL-arts hadden bedacht, kregen we gezeik met de internisten die vonden dat de L er niet bij mocht. We hebben toen een kort geding met de vereniging van internisten gehad. De rechter besloot vervolgens dat internisten zich ook internist/leverarts mochten noemen. Nou, dat begrijp je, dat vonden ze zelf ook bezopen. We hebben er daarna geen last meer van gehad. We hebben toen de naam MDL-artsen (historie naamgeving, zie kader) bij de notaris vastgelegd en binnen twee maanden zijn we met MAGMA begonnen, vooral om de naam ‘MDL’ erin te pluggen en de Lever binnenboord te houden.”

Strijd

Bij de naamsverandering van de Lever Darm Stichting in 1996 laaide de strijd opnieuw op. Chris Mulder: “In 1995, na onze naamsverandering van maag-darmarts tot MDL-arts, belde Schalm, oud-hoogleraar hepatologie aan het Erasmus MC, mij op. Hij was redelijk opgewonden voor een heer van stand en zei ‘Je denkt toch niet bij je volle verstand dat ik ooit MDL-arts zal heten?’ Bij de geplande naamsverandering van de Lever Darm Stichting kreeg ik hem weer aan de lijn, waarin hij zei het onacceptabel te vinden dat de L pas als derde letter in de naamgeving voorkwam. De L moest naar voren. Hij heeft dat toen in transitie gebracht bij de stichting en door hem is het de Maag Lever Darm Stichting (MLDS) geworden.” Mulder kan er nu smakelijk om lachen. Joep Bartelsman, gepensioneerd MDL-arts en redactielid van het eerste uur, zag het onder zijn neus gebeuren. “Ik zat destijds in het bestuur van de MLDS. Op een gegeven moment hebben de hepatologen zich afgesplitst tot een hepatologievereniging, zoals die vroeger ook bestaan had. Bijzonder hoogleraar hepatologie Jan van Hattem heeft toen zelfs de vlag van de MLDS in zijn tuin verbrand. Ik heb daarna een aantal gesprekken met hen gevoerd om hen weer terug te krijgen in het kamp van de MLDS. Dat is uiteindelijk ook gebeurd.”

Profilering beroepsgroep

MAGMA was volgens de oudgedienden in ieder geval de bestendiging van het ontstaan van de beroepsgroep MDL. Joep Bartelsman: “We wilden ons profileren ten opzichte van de interne geneeskunde en vonden onszelf groot genoeg om een eigen blad te hebben.” Hij schreef er vijftien jaar lang, van 1998 tot 2011, een column voor, onder het pseudoniem Bart Elsmann. “De eerste uitgave was echt een hoogtepunt voor mij, omdat het vaktijdschrift er inderdaad gekomen is. Het gaf ons als MDL-artsen meer cachet.” Chris Mulder: “We begonnen met twaalf pagina’s. Dat lijkt weinig, maar niemand wilde aanvankelijk iets zeggen in het blad. Dus we begonnen met een interview met Kees Huijbregtse (*later de eerste hoogleraar in de gastro-intestinale endoscopie aan de UvA, red.*) en Guido Tytgat (*hoogleraar gastroenterologie aan de UvA, red.*) om wat vulling te krijgen. We vulden het blad verder op met hele grote foto’s van ongeveer een pagina. Gaandeweg wilden steeds meer mensen voor MAGMA schrijven en geïnterviewd worden en werd het blad steeds dikker.”

Professionalisering

Aan de professionalisering van MAGMA heeft communicatiebureau Van Luyken flink bijgedragen. Oud-journalist en later vennoot bij Van Luyken, Frans van den

Mosselaar, was vanaf de start betrokken als adviseur bij de productie van het blad. Toen Nycomed (voorheen Byk Nederland) in 2008 als hoofdsponsor de stekker eruit trok, nam het bureau ook de advertentiewerking op zich. Sindsdien heeft het blad meer slagkracht om – naast de talrijke bijdragen vanuit de beroepsgroep – ook professionele fotografen en journalisten in te schakelen, “en daar profiteert MAGMA ook weer van”, vertelt Mieke Witteveen, die van 2001 tot haar pensioen halverwege 2023, intensief bij het blad betrokken was. Eerst als ondersteuning van de activiteiten van Van den Mosselaar; na zijn overlijden nam ze het stokje over als coördinator en eindredacteur. Als voorbereiding van het rondetafelgesprek heeft ze veel oude edities doorgenomen,

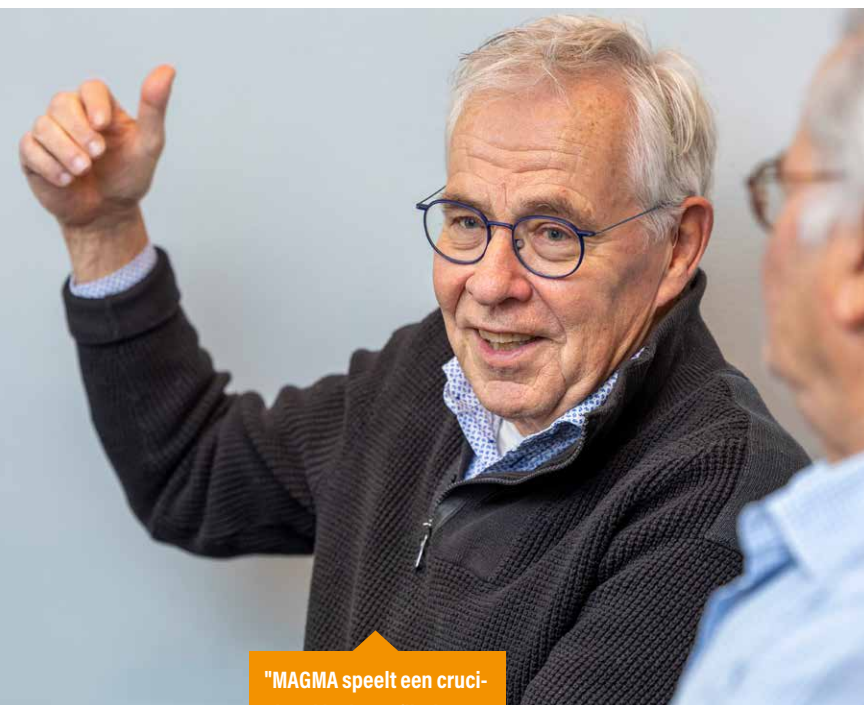
vertelt ze. “De herinnering aan hoe leuk ik het vond, kwam weer helemaal terug. Ik heb het altijd met ongelooflijk veel plezier gedaan.” Dat werkplezier kenmerkt de hele redactie. Vijfdejaars aios in het Erasmus MC en redactielid Fanny Vuik: “Ik wilde vooral in de redactie, omdat ik nieuwsgierig was naar hoe de rest van Nederland er op MDL-gebied uitzag. Waar zijn ze in Groningen of Amsterdam bijvoorbeeld goed in? Het leuke vind ik dat alle regio’s aan bod komen in het blad.” Govert Veldhuijzen: “Toen ik als geneeskundestudent interesse kreeg in MDL en daarop wat zat te googelen, kwam ik al vrij snel de MAGMA tegen. Het aardige vond ik altijd de journalistieke en openlijk politieke discussies die daarin te lezen waren. Geen enkel ander specialisme

had dat op die manier.” MDL-arts in het LUMC Kirill Basiliya, mede-moderator van het rondetafelgesprek en jongste aanwinst van de redactie herkent dat: “Wat mij aanspreekt aan het blad is dat we best wel wat mogen zeggen. En dat mag dan ook een beetje scherp zijn. Ik denk dat dat juist leuk is. En daarin onderscheiden we ons inderdaad van bladen van andere specialismen, zoals Govert zegt. We begeven ons op een relatief jong vakgebied, een dynamisch vakgebied ook. Daarover mag best wat worden gezegd, inhoudelijk of opiniërend. Ik denk dat MAGMA, naast een verbindende factor, ▷

“MAGMA geeft ons een platform om als MDL-artsen ons vak smool te geven.”

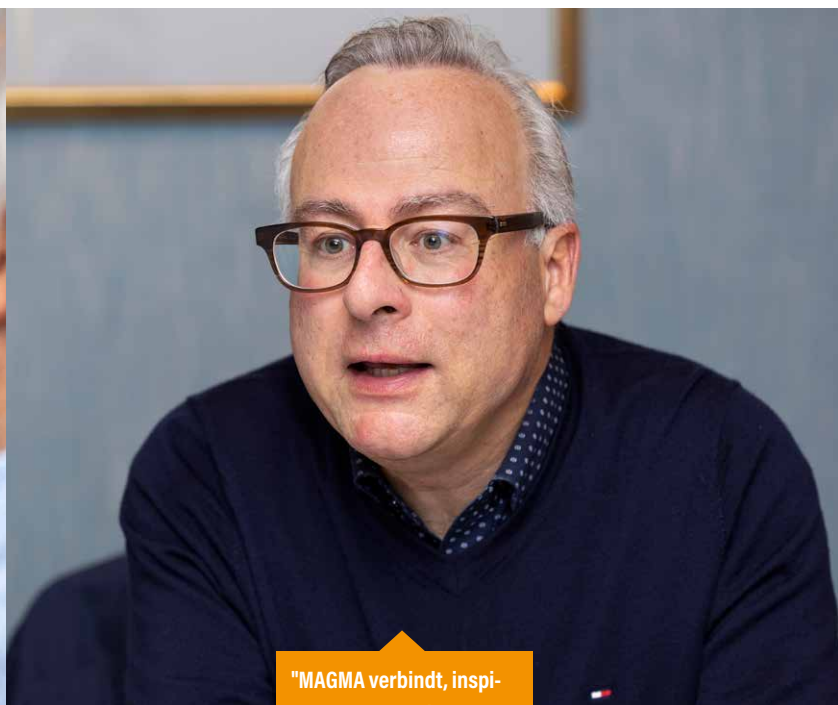


FOTO'S 215-219: ©NFP



Chris Mulder

"MAGMA speelt een cruciale rol in de profilering van ons vak, zelfs buiten onze eigen beroepsgroep."



Rob de Knecht

"MAGMA verbindt, inspireert en versterkt onze positie, van specialist tot maatschappelijke speler."

een mooi podium is om onszelf smoel te geven."

Dat enthousiasme komt over. Het blad wordt goed gelezen, weet iedereen, zowel toen als nu. Chris Mulder: "Peter Jansen, destijds hoogleraar hepatologie in het AMC, zei op een goed moment: 'De impactfactor van *The New England* is torenhoog en dat leest niemand. De impactfactor van MAGMA is niks en dat leest iedereen.'"

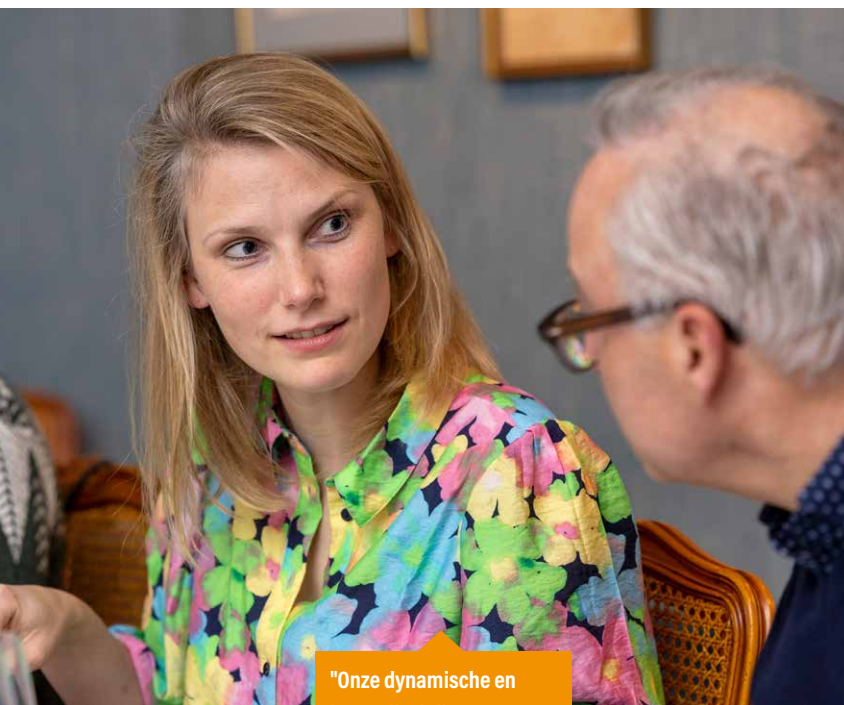
Tijdscapsule

In dertig jaar tijd veranderden het MDL-vak én de tijdgeest, en MAGMA groeide mee. De moderators zijn voor dit jubileumnummer in het archief van het blad gedoken en hebben her en der wat citaten opgevist. Over onderwerpen die nog steeds actueel blijken – zoals de regeldruk –, het taboe destijds op 'parttimen' en de achterstelling van (zwangere) vrouwelijke artsen. Van ondergeschoven kindjes als de alvleesklier tot de ongelijke honorering tussen de periferie en de academie. "We stappen even in een tijdscapsule", zegt Govert Veldhuijzen.

Het geeft een mooi tijdsbeeld. Want soms krijgt een oud citaat van dertig jaar geleden toch weer een nieuwe (actuele) dimensie, blijkt uit het rondetafelgesprek. Zo zei D66-Kamerlid Roger van Boxtel in het eerste nummer van MAGMA (december 1995) *'We moeten niet toe naar een MDL-arts in elk ziekenhuis, want te veel superspecialisatie gaat zijn eigen vraag creëren.'* Chris Mulder: "We hadden hem per ongeluk geïnterviewd, omdat MDL-arts Karin van Nieuwkerk met hem bevriend was en Guido Tytgat hem ergens een hand had gegeven. Het doet nog steeds pijn als ik eraan denk hoe het interview eerst was, voordat we het hadden aangepast." Voor Fanny Vuik bewijst het citaat hoe snel de tijd gaat. "Blijkbaar werd je dertig jaar geleden als algemene MDL-arts gezien als een superspecialist, terwijl we nu veel superspecialisten binnen de MDL hebben." Hoofdredacteur Rob de Knecht: "Binnen de maag-, darm- en leverziekten hebben we de afgelopen dertig jaar zo ontzettend veel vooruitgang gezien. Maar je hebt ook specifieke kennis nodig om

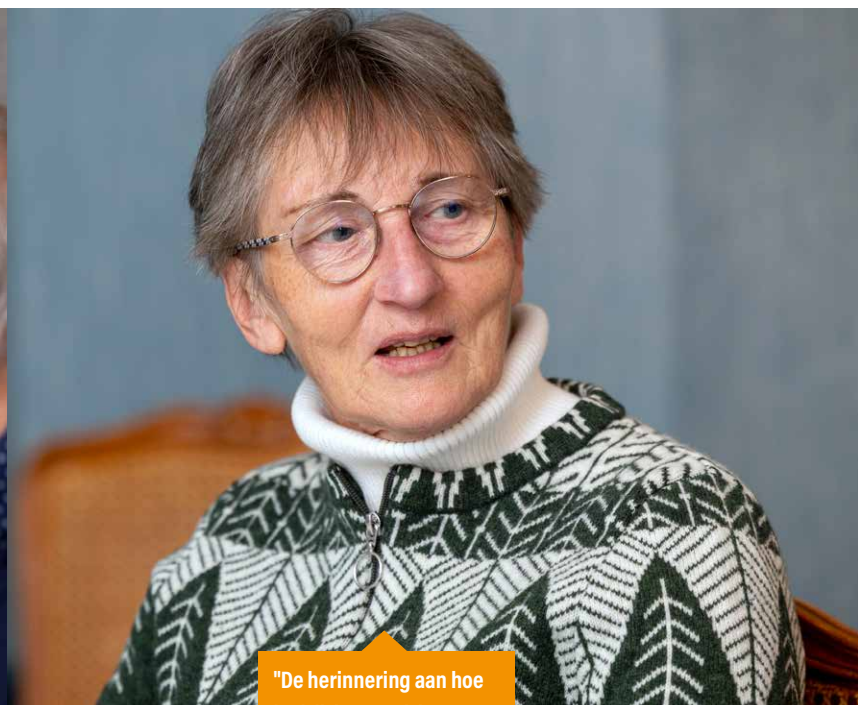
patiënten met een MDL-probleem te kunnen behandelen." Het aantal MDL-artsen in ziekenhuizen in Nederland is sindsdien alleen maar gegroeid, ook wereldwijd, vertelt Chris Mulder. "Als je bijvoorbeeld naar India kijkt: daar waren twintig jaar terug zo'n vijfhonderd MDL-artsen. Nu proberen ze er vierhonderd per jaar op te leiden. Dat zie je overal gebeuren."

Decennia later gaat de discussie dus niet meer over de vraag of er in ieder ziekenhuis een MDL-arts aanwezig moet zijn, maar eerder over de vraag of er in elk ziekenhuis een generalistische MDL-arts aanwezig moet zijn. Joep Bartelsman: "Er zijn te weinig mensen, zeker in de universitaire ziekenhuizen, die een diagnostisch probleem kunnen oplossen. Dat was vroeger een van onze kernactiviteiten. Tegenwoordig bestaat dat eigenlijk niet meer, omdat er te weinig mensen zijn die dat kunnen." Voor vooral de oudgedienden is dat een zorgelijke ontwikkeling. Chris Mulder: "Ik heb bij mijn afscheid gezegd dat ik het langzamerhand idioot vind dat – even



Fanny Vuik

"Onze dynamische en jonge discipline vraagt om een scherp en inhoudelijk podium zoals MAGMA."



Mieke Witteveen

"De herinnering aan hoe leuk ik het vond, kwam weer helemaal terug."

gechargeerd – ongeveer elke universiteit een professor Barrett heeft voor 2-3 centimeter van het maag-darmkanaal, terwijl het aantal mensen dat wil nadenken over een complex probleem van de buik aan 't uitsterven is. Daardoor verdwijnt er overzicht. En mensen willen het ook niet meer doen." Rob de Knecht: "Ik denk dat de hepatoloog nog de grootste generalist is binnen de MDL. In Rotterdam behandelen we zuurbranden, diarree en vage buikpijn, maar ook hypertensie en osteoporose (vanuit de levertransplantatie)." MAGMA heeft deze discussie 'generalisten versus (super)specialisten overigens diverse keren opgepikt (zie onder meer MAGMA 1-2024).

Diversiteit

"Een andere verschuiving die ons vak heeft gekleurd, is de verschuiving in *gender balance*", vervolgt een van de gespreksleiders, Kirill Basiliya. "Op een gegeven moment zijn er themanummers in MAGMA geweest, en best vroeg ook, over vrouw en MDL-arts zijn." Heeft MAGMA daarin mis-

schien een voortrekkersrol in gespeeld?", vraagt hij zich af. Er volgt een citaat uit de (populaire en meest gelezen) rubriek MDL Transfers (2007) dat opnieuw tot een (actuele) discussie leidt: *'Vrouwen die solliciteren, lijken het opvallend moeilijker te hebben dan mannen. Vooral als ze potentieel zwanger zijn en/of willen parttimen.'* Joep Bartelsman: "Ik heb vroeger zelfs meegemaakt dat vrouwelijke assistenten verzwegen dat ze kinderen hadden en dat in vertrouwen aan mij mededeelden. Het was niet bekend bij de opleiders, omdat de vrouwelijke assistenten bang waren niet voor vol te worden aangezien." Fanny Vuik: "Daaraan hoeven we in MAGMA, denk ik, geen themanummer meer te wijden. Het grootste deel van mijn collega's in opleiding is vrouw. Ook heel veel geneeskundestudenten zijn vrouw. Ik heb het gevoel dat er nu de ruimte is om eigen keuzes te maken. Wél denk ik dat er nog meer aandacht mag zijn voor de doorgroei van vrouwen naar de top. In besturen van organisaties zie je toch dat mannen de overhand hebben." Chris Mulder

reageert fel: "Mag ik daarop reageren?" Volgens houdt hij een gloedvol betoog over de omgekeerde diversiteitsgedachte die nu gaande is, waarin mannen van hoog kaliber het loodje leggen in de race naar de top in Nederland, omdat ze 'man' zijn, en om die reden uit Nederland vertrekken. "Ik vind dat vrouwen nog meer moeten doorstoten, en volgens mij gebeurt dat nu al aardig, maar het omgekeerde is ook niet goed."

Taboes

Er zijn ook citaten die tijdloos blijken, en citaten die – nog steeds – qua onderwerp wat lastig liggen binnen de beroepsgroep. Zo stelde Guido Tytgat in de MAGMA in 2002 al de regeldruk in de zorg aan de orde: *'Bijna de helft van onze tijd zijn we bezig – ik zou bijna zeggen kwijt – om zaken te organiseren. In Amerika is dat anders. Daar wordt artsen veel regelwerk uit handen genomen. We zouden een en ander een stuk efficiënter kunnen aanpakken.'* Mieke Witteveen wijst op het thema 'werkplezier' dat onlangs in het blad heeft gestaan. "Toen



Advertentie



"De eerste uitgave was echt een hoogtepunt voor mij, omdat het vaktijdschrift er inderdaad is gekomen."

Joep Bartelsman

dacht ik: twintig jaar geleden was de keuze voor dit thema onmogelijk geweest. Dat speelde toen helemaal niet, terwijl het nu heel actueel is."

Een citaat over inkomens ligt qua onderwerp wat gevoeliger binnen de beroepsgroep: '[...] *Het lukt niet om aan een niet-medicus uit te leggen waarom er een flink verschil zit in de honorering van een specialist in het medisch centrum te Almere en het AMC in Amsterdam. Vrijwel iedereen denkt dan dat je in het academisch ziekenhuis aanzienlijk beter verdient dan in het niet-academisch ziekenhuis*' (Paul Fockens, 2003). Rob de Knegt: "Zo'n tien à vijftien jaar geleden werd dit problematisch, omdat de verschillen tussen academie en periferie verder opliepen. Op een gegeven moment is besloten de academische salarissen te verhogen om te voorkomen dat de meeste mensen na hun opleiding naar de periferie zouden vertrekken. Toch bestaan die verschillen nog steeds." Het heikele onderwerp van de inkomensverschillen werd opnieuw actueel bij de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC's) in 2005. Chris Mulder: "Marten Otten (*oud-redactielid van MAGMA, red.*) waarschuwde toen voor de regeldruk en administratie die daarmee samenhang. Maar een groot deel van de beroepsgroep

wilde daar niet over praten, want met de invoering van de DBC's gingen de inkomens van de perifere maatschappen fors omhoog." De kwestie laaide in 2021 opnieuw op door de toename van het aantal werkloze jonge klaren, waaraan in MAGMA, onder meer in 2021, volop aandacht werd besteed. Govert Veldhuijzen: "In het kader van de arbeidsmarkt schreven we toen een stuk waarin een financieel expert (*Steven Drevers, technisch bedrijfskundige en adviseur Medisch Specialistische Bedrijven, red.*) uitlegde hoeveel een volledig maat verdient en hoeveel jonge klaren je voor dat bedrag zou kunnen aannemen als zo'n maat vroegtijdig met pensioen zou gaan of maten serieel een sabbatical zouden nemen. Wat bleek? Eén maat eruit, leverde 2,5 parttime banen voor jonge klaren op." Het inkomen binnen de beroepsgroep in de periferie was en is een lastig onderwerp, bevestigen de (oud-)hoofdredacteurs. Chris Mulder: "Het is absoluut een taboeonderwerp. Altijd al geweest!"

Ondergeschoven kindjes

En zijn er nog ondergeschoven kindjes binnen de MAGMA in de afgelopen dertig jaar? Jazeker. Een uitspraak uit 2003 in het blad: '*In de negen jaargangen zijn de artikelen over de alvleesklier op vingers van*

één hand te tellen. Het ondergeschoven MDL-kindje verdient beter, want pancreascarcinomen, en acute en chronische pancreatitis zijn ernstige aandoeningen die iedere MDL-arts regelmatig tegenkomt.' Kirill Basiliya trekt het nog breder. "Is het aandachtsgebied van het vakgebied in de afgelopen jaar verschoven? Zijn er bijvoorbeeld organen of aandoeningen die we nu belangrijker vinden dan in de afgelopen decennia, of vice versa?" Joep Bartelsman: "De interesse voor proctologie zijn we volledig kwijtgeraakt, terwijl men in mijn opleidingstijd vond dat je als assistent honderd proctoscopieën per jaar moest doen met inclusieve aambeibehandelingen. Dat is helemaal naar de chirurgie gegaan in de afgelopen twintig, dertig jaar." Rob de Knegt: "Misschien gaat dat wat terugkomen. We hebben recent de introductie van de darmechografie bij de inflammatoire darmziekten. Dat bestaat natuurlijk al langer, maar neemt nu toe in populariteit. En wat je nu ziet bij de darmechografisten, allemaal MDL-artsen, is dat de interesse groeit voor de perineale echografie, wat heel patiëntvriendelijk is. Dit betekent dat dit stukje van het rectum toch weer enigszins terugkomt." Er zijn meer organen die wat in de schemer liggen. Kirill Basiliya: "Om nog even de letters van de MDL erbij te halen: ▷

Advertentie

het viel mij op dat de letter M die zo fier en pontificaal vooraan onze afkorting staat, in de vroegere MAGMA's nog wel eens aan bod kwam, maar later niet of nauwelijks meer." Mieke Witteveen: "Dat klopt. Met het loslaten van de orgaanthema's heeft de maag het onderspit gedolven." Chris Mulder beaamt dat sommige organen in het blad worden verwaarloosd, en wijst op de hernieuwde urgentie van de maag. "Als ik de cijfers goed interpreteer, dan blijkt dat ongeveer de helft van de maagcarcinomen bij de nieuwe Nederlanders zit. Daar zit dus een probleem met de proximale intestinale metaplasie, die niet onder controle wordt gehouden." Kirill Basiliya: "We moeten in MAGMA dus niet alleen aandacht geven aan het veranderende vakgebied, maar ook aan de veranderende patiëntenpopulatie." Chris Mulder: "Dat zou heel goed zijn! Bij een aantal ziektes – denk bijvoorbeeld aan schistosomiasis bij migrantenpopulaties – moeten we collega-assistenten en endoscopieverpleegkundigen weer trainen welke aandoeningen je bij deze nieuwe populaties kunt zien bij coloscopie."

Minister Borst

We stappen uit de tijdscape en zijn weer terug in de tijd anno 2024. Kirill Basiliya vraagt de gespreksdeelnemers: "Als MAGMA dertig jaar geleden ons geboortekaartje was, wat is het blad dan nu voor ons, voor ons vakgebied?" Rob de Knegt: "Ik denk dat MAGMA nog steeds een belangrijke nieuwsbron is voor onze collega's, zowel vakinhoudelijk als maatschappelijk, bijvoorbeeld over de impact van veranderende wetgeving. Daarnaast vormt het blad een verbindende factor tussen alle MDL-artsen, die meestal op hun eigen eilandje bezig zijn. Je blijft door MAGMA bovendien op de hoogte van wat er speelt in de rest van het land." Chris Mulder: "De MAGMA vervult nog een andere belangrijke functie. Van den Mosselaar en ik waren op een goed moment helemaal door het dulle heen, toen we een briefje kregen van mevrouw Borst, destijds minister van Volksgezondheid, met de vraag of zij het tijdschrift vier keer per jaar mocht ontvangen, omdat het belangrijk was voor haar en haar ministerie. Daarmee

is MAGMA ook een rol gaan spelen in de profilering van ons vak buiten ons eigen vakgebied, ook bij zorgverzekeraars bijvoorbeeld. Ik denk dat we die rol niet moeten onderschatten." Govert Veldhuijzen heeft die groeiende impact van het blad aan den lijve meegemaakt. "Toen we ons als aios via MAGMA hard maakten voor de positie van jonge klaren op de steeds krappere wordende arbeidsmarkt – in soms best wel pinnige columns dan wel verdiepende stukken over het overschot aan MDL-artsen en de noodzaak van een betere organisatie van de arbeidsmarkt – werd ik gewaarschuwd door Ernst Kuipers. Hij zei 'Als jij nu stelt dat er teveel aios zijn en te weinig banen, leest iedereen mee en wordt de kraan voor de instroom naar beneden afgesteld. Dat vinden andere mensen niet leuk'. We hebben het toen natuurlijk wel opgeschreven, maar het is wel waar, denk ik." Rob de Knegt: "Inmiddels gaat MAGMA naar een heel breed publiek, van het ministerie, zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland tot aan allerlei gezondheidsinstanties, zoals patiëntenverenigingen." Mieke Witteveen vult aan: "En andere specialismen. Bij het turven van de ingezonden brieven viel mij op dat zeker de helft afkomstig was van vakgenoten uit andere specialismen, zoals huisartsen of internisten, die reageerden op iets wat ze in MAGMA hadden gelezen." Fanny Vuik: "Ook steeds meer zorgverleners, zoals verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten lezen het blad." Govert Veldhuijzen: "We verspreiden de artikelen van MAGMA nu ook via LinkedIn, wat opnieuw een groot bereik en soms ook aardige online discussies oplevert."

Toekomst

Het gesprek is bijna ten einde als Kirill Basiliya nog een belangrijke vraag opwerpt. "Als ik het gesprek van het afgelopen anderhalf uur voor mijzelf samenvat valt mij op dat er altijd een sterke symbiose is geweest tussen de ontwikkeling van ons vak als MDL-artsen en de MAGMA. Hoe zorgen we ervoor dat we ook in de komende dertig jaar relevant blijven?" Govert Veldhuijzen: "We hebben de afgelopen jaren de redactie verbreed met

andere disciplines, zoals PhD-kandidaten, aios, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Deze verbreding maakt dat je als redactie je ogen wijder openhoudt voor wat er speelt. Wat zijn hun belangen? Hoe zien zij de toekomst? Ik denk dat je daarmee relevant blijft." Rob de Knegt: "Ik denk dat we moeten vasthouden aan de huidige formule: zowel medisch-inhoudelijke artikelen als relevante overkoepelende thema's. En zowel medisch-inhoudelijk als maatschappelijk actueel blijven: ik denk dat dat belangrijk is." En de hepatologen? Rob de Knegt: "In de beginfase van de MDL-artsen circuleerden de begrippen 'denkers' en 'doeners'. Met name vanuit de hepatologie werd toen gezegd: je hebt denkers en doeners. De hepatologen kwalificeerden zichzelf als de denkers binnen de MDL en de scopisten waren in hun optiek de doeners. Daartussen zat een groot intellectueel verschil. Maar dat is inmiddels verleden tijd. Ik denk dat we ons nu wel één familie voelen."

De historie van de naam MDL-arts

Sinds 1972 was de beroepsvereniging van maag-darmartsen een 'commissie' van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (NVGE). In 1995 besluit zij haar naam officieel te veranderen in Nederlands Genootschap van artsen voor Maag-, Darm- en Leverziekten. Chris Mulder: "We waren in 1994 met zo'n 60-70 MD-artsen. De lever deed nog niet echt mee. Levertransplantaties werden al wel gedaan, maar door internisten. De hepatologen waren begonnen met interferon. Tijdens de vergaderingen als aparte commissie van de NVGE werd echter wel steeds duidelijker dat we als MD-artsen de lever bij ons vakgebied wilden betrekken."

Bron: MAGMA 4-2014 'MDL-artsen hebben echt moeten vechten voor hun bestaansrecht'

De toekomst van de MDL-zorg

Vier aios MDL geven hun visie op de toekomst van de maag-darm-leverzorg. Hoe ziet de zorg er volgens hen over dertig jaar uit, en welke veranderingen mogen we verwachten? Van baanbrekende technologieën en digitalisering tot een grotere focus op preventie en zorg aan huis. Deze aios filosoferen over de kansen en uitdagingen die de komende decennia de MDL-zorg zullen vormen.



Marti Borkent
aios MDL
Radboudumc

In de jaren '60 was een 'computer' een mens die goed kon rekenen (zie de film 'Hidden Figures'). Nu is de computer *ondersteunend* aan ons denken. Ik denk dat over 30 jaar, ons brein als 'computer' secundair is geworden aan het *denken door* de machine. De dokter blijft de schakel tussen de patiënt en de techniek, maar de diagnoses en behandelvoorstellen worden een product

van de computer. Nu is een Crohnse ileitis een voor het doktersbrein goed te hanteren combinatie van buikpijn, calprotectine, ulcus bij scopie en wandverdikking op een MRI. In 2054 geven we de computer een aantal datasets (MRI-beelden, bloedsample, feces sample, immuunprofiel, opname van de anamnese) en definieert de computer een veel preciezere subcategorie van Crohn met bijbehorende prognose en geïndiceerde behandeling die 99 procent zeker gaat aanslaan. Onze baan wordt dan het aanleveren van data, het beoordelen van de waarde van de computeranalyse en diens beperkingen, en vooral het begeleiden van de patiënt. De komende 30 jaar worden veel meer

mensen ziek door leefstijl en vervuiling. We moeten hen met minder personeel helpen, terwijl we zelf veel minder vervuilen. Daarom wordt iedereen, van politicus tot productontwerper, verplicht de computer te vragen wat de korte- en vooral langetermijn effecten zijn van hun handelen op de gezondheid van de bevolking en hun leefomgeving. De supercomputers kunnen dat tegen die tijd berekenen zonder zelf te veel energie te slurpen.

Tot slot eten we alleen nog kweekvlees, dat zodanig gemodificeerd is dat een kweekvlees-specifiek enzymdrankje alle voedselbrokken kan verhelpen.



Fanny Vuik
aios MDL
Erasmus MC

De gezondheidsverschillen in Nederland zijn pijnlijk groot: mensen met een lager inkomen leven gemiddeld vijf jaar korter en missen tot wel 24 gezonde levensjaren in vergelijking met hun rijkere landgenoten. De oorzaken stapelen zich vaak al vroeg in het leven op: kinderen zonder toegang tot gezonde voeding en sport, en gezinnen die wonen in wijken vol schimmelwoningen en roetwolken. Niet alleen hebben deze mensen vaker en eerder gezondheidsklachten, maar dit leidt ook tot een lagere

arbeidsdeelname, wat de samenleving veel geld kost.

In 2050 echter, zouden deze gezondheidsverschillen verleden tijd kunnen zijn. De oplossingen zijn innovatieve technologieën en een preventiegerichte samenleving. Steden waar gebouwen zelf CO₂ afvangen en de lucht reinigen, huizen die duurzaam en schimmelvrij zijn, en energiebronnen die geen fijnstof meer uitstoten.

Ook binnen de zorg zal preventie een veel bredere rol spelen, niet langer afhankelijk van het individuele gedrag van de mens. Slimme technieken detecteren gezondheidsrisico's vroegtijdig, en gepersonaliseerd 3D-geprint voedsel maakt gezond blijven eenvoudiger. Preventieve zorg is niet alleen effectief, maar ook onderdeel van het dage-

lijks leven, waardoor de druk op ziekenhuizen daalt.

De piek van de vergrijzing in 2040 zal dan ook geen probleem zijn. Robots en AI-ondersteuning zullen een (groot) deel van de basiszorg overnemen, waardoor menselijke zorgverleners zich kunnen richten op de complexere en menselijke aspecten. Het idee lijkt een ver-van-je-bedshow, maar als je bedenkt dat de hologrammen van ABBA nu al avond aan avond concertzalen uitverkopen, klinkt het eigenlijk best logisch. In deze toekomst verplaatst de zorg zich naar de patiënt thuis, waardoor de werkdruk van zorgverleners beheersbaar blijft en zij beter voor hun patiënten én zichzelf kunnen zorgen.



Fleur de Rijk
aios MDL
St. Antonius
Ziekenhuis

Stel je eens voor: het is 2054, en als MDL-arts stap je een ziekenhuis binnen dat nauwelijks meer lijkt op dat van nu. De spreekkamer is nagenoeg leeg. Dankzij thuismonitoring met geavanceerde AI-algoritmes is vroegtijdig ingrijpen mogelijk, waardoor

het aantal polibezoeken en opnames sterk is afgenomen. Ook in de endoscopiekamer speelt AI een belangrijke rol in het opsporen van poliepen en tumoren, met een grotere nauwkeurigheid en consistentie dan ooit tevoren.

De zorg van de toekomst draait om preventie en autonomie. Digitale coaches begeleiden patiënten met chronische maagdarmaandoeningen, zodat zij hun gezondheid optimaal kunnen *managen*. Het resultaat? Effectievere, duurzame zorg met minder druk op de ziekenhuizen, flexibelere werktijden, en meer mogelijkheden voor thuiswerken.

Hierdoor ontstaat meer ruimte om je als arts te richten op de complexe, hoogwaardige en specialistische zorg, en bovendien een optimalere werk-privébalans. Toch blijft de rol van de MDL-arts in de dagelijkse praktijk onmisbaar. Het blijft aan ons als artsen om het menselijke perspectief te bewaken en te beslissen wat echt het beste is voor de patiënt. Precies dat maakt het vak zo bijzonder en is iets wat geen algoritme kan vervangen. Een glazen bol heb ik niet, misschien wel een roze bril. Maar één ding is zeker: de technologie gaat ons werk onherkenbaar veranderen, maar de essentie blijft.



Jamie S. Chua
aios MDL
LUMC

Begin jaren '90 navigeerden we nog met papieren landkaarten; GPS bestond niet voor dagelijks gebruik en het internet stond nog in de kinderschoenen. Toch waren er grootse toekomstbeelden voor 2020: telemedicine, elektronische patiëntendossiers en slimme *wearables* zouden ons werk radicaal veranderen. Tijdens de covid-pandemie werden veel van deze dromen werkelijkheid, maar sommige voorspellingen bleven sciencefiction. Wat is de toekomst van de MDL-zorg?

Met de opkomst van kunstmatige intelligentie, quantumcomputers en 6G-internet verwacht ik dat onze diagnostiek en therapieën over dertig jaar ongekennde precisie en efficiëntie zullen hebben. AI zal patronen herkennen die zelfs voor de beste arts onzichtbaar zijn en complexe biologische data in seconden verwerken. We krijgen *realtime*, gepersonaliseerde diagnostische profielen en behandelopties, terwijl technologie automatisch administratieve taken overneemt. Nooit meer een scopieverslag typen! De gedachte dat ik over dertig jaar nog dage-

lijks colonoscopieën uitvoer, voelt verouderd aan. Misschien sturen we dan wel robots aan, zoals een mini-BB-8 van Star Wars die zelfstandig door de darmen navigeert en afwijkingen detecteert. Of kleine nanotechnosensoren die problemen vroegtijdig oplossen. Endoscopieën zoals we die nu kennen, zullen over dertig jaar niet meer bestaan, omdat er betere, en minder invasieve methoden zijn. Die toekomst is namelijk nu al niet ver weg. Op afstand bestuurbare videocapsules bestaan al. Recent voerden artsen in Zürich met een *Playstation*-controller een gastroscopie uit op een varken vanuit, bijna 10.000 km verderop, Hong Kong. Een voorproefje van een wereld waarin afstand geen belemmering meer vormt voor specialistische zorg en onze interventies draadloos en robotgestuurd zijn.

Ons arsenaal aan behandelingen zal onherkenbaar zijn. Innovaties zoals monoklonale antilichamen en immuuntherapie stellen ons in staat gericht in te grijpen. Gen- en celtherapie zullen zelfs erfelijke aandoeningen genezen voordat deze klachten veroorzaken. Over dertig jaar beschikken we over een schat aan nieuwe middelen om ziekten niet alleen te behandelen, maar misschien ook volledig uit te bannen.

Ik hoop dat we meer nadruk hebben gelegd op preventie en genezing. Hoe kunnen we mensen helpen om zo lang mogelijk echt

gezond te blijven? Gezondheid, leefstijl en onze omgang met de planeet zullen sterk met elkaar verweven zijn. Net zoals we nu verbaasd zijn over het rookgedrag van artsen in het verleden, zullen we over dertig jaar waarschijnlijk met verwondering terugkijken op onze huidige alcohol- en eetgewoonten. Zorgteams zullen leefstijl-experts bevatten die risicofactoren holistisch benaderen – fysiek, mentaal en sociaal.

Toch zien we nu al dat technische hoogstandjes niet optimaal worden benut. De overdracht start later omdat het scherm of de microfoon het niet doen. Terwijl ik videobellend in bed haarscherp beeld krijg van een vulkaan aan de andere kant van de wereld, ziet een MDO met ziekenhuizen een paar kilometer verderop er soms uit als een Monet-schilderij. Ruimte voor verbetering! De vraag is hoe we innovatieve zorg toegankelijk en betaalbaar houden en wie verantwoordelijk is bij een falend AI-systeem of als er met iemands DNA wordt geknoeid. De druk op zorgsystemen blijft toenemen, en ons vak moet balanceren tussen technologische vooruitgang en de waarden die we als artsen nastreven. Hoe ver technologie ook gaat, patiënten zullen altijd behoefte houden aan een arts die hen ziet, luistert en echt begrijpt.

MDL over dertig jaar? De technologie is cool, en onze harten zijn warm.

Advertentie

Medisch Tuchtrect: juichen of joelen?

OVER RECHTVAARDIGHEID, KWALITEITSVERHOOGING EN DEFENSIEVE GENEESKUNDE

Het medisch tuchtrect komt met regelmaat in de publiciteit en roept vaak tegenstrijdige en emotionele reacties op. Het tuchtrect is in de wet vastgelegd als een instrument om de kwaliteit van zorg te waarborgen en patiënten een laagdrempelige mogelijkheid te bieden om klachten in te dienen over zorgverleners, zoals ook over maag-darm-leverartsen. De wetgever stelt in een tweede herziening van de wet BIG (2017) om voldoende aansluiting te krijgen bij de ontwikkelingen in de zorg en de samenleving: *"Het tuchtrect heeft tot doel de kwaliteit van de beroepsbeoefening op peil te houden. Het kent twee functies. Ten eerste het bevorderen van het lerend vermogen van de sector. Door het tuchtrect worden de normen van het professionele handelen verduidelijkt en aangescherpt. Ten tweede de functie om disfunctionerende beroepsbeoefenaren te corrigeren en zo nodig van de beroepsuitoefening uit te sluiten."*

Het tuchtrect is dus bedoeld om een positieve bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de zorg. Maar toch wordt het met wantrouwen bekeken. Zorgverleners zou de hand boven het hoofd worden gehouden en het zou leiden tot defensief gedrag van artsen. In dit artikel worden de voor- en nadelen van het tuchtrect belicht vanuit de verschillende perspectieven van maatschappij, patiënten en beroepsgroep. Moet het worden opgeheven of onderdeel blijven van de beroepspraktijk?

Voordelen van het tuchtrect

In de basis draagt het tuchtrect bij aan de kwaliteitsbewaking binnen de zorg. Het stelt artsen en andere zorgverleners verantwoordelijk voor hun handelen en maakt het mogelijk om zorg naar een hoger niveau te tillen. Het tuchtcollege, bestaande uit juristen en beroepsgenoten beoordeelt, zonder persoonlijk belang of gewin, of een arts heeft gehandeld volgens professionele

normen en standaarden, en legt, indien nodig, passende maatregelen op. Dit kan bijvoorbeeld een waarschuwing of schorsing zijn. Tuchtrect is voor iedereen, ongeacht opleidingsniveau of inkomen, toegankelijk. Klagers en beklaagden kunnen zich eventueel juridisch laten bijstaan. Tuchtcolleges zijn specifiek gericht op en deskundig in het medische domein, waardoor zij relatief snel procedures kunnen doorlopen. Ten opzichte van civiele of strafrechtelijke procedures is tuchtrect goedkoper en eenvoudiger zodat patiënten laagdrempelig gelegenheid krijgen om gehoord te worden en hun roep om rechtvaardigheid beantwoord te krijgen. Het tuchtrect heeft ook een preventieve werking. Doordat artsen zich bewust zijn van de mogelijkheid van een klacht, zullen ze zorgvuldiger handelen en meer aandacht besteden aan het informeren en begeleiden van patiënten, zoals dat in richtlijnen gezamenlijk is vastgesteld. Dit voorkomt fouten en draagt bij aan het vertrouwen van

patiënten in hun arts. Uitspraken worden besproken in vakgroepen, ziekenhuizen en media, zoals Medisch Contact, om er lering uit te trekken, verbeteringen door te voeren en ook discussies over verschil van inzichten te voeren. Door deze structuur blijft de kwaliteit van de zorg in Nederland gewaarborgd en kunnen patiënten vertrouwen houden in de gezondheidszorg. Een voorbeeld van kwaliteitsverbetering als doel van tuchtrect is een uitspraak uit 2022, waarbij het gedrag en handelen van een arts een berisping waardig werd geacht. Omdat de arts zich de klacht zichtbaar had aange trokken en een grondig verbetertraject had doorlopen, werd de klacht gegrond, maar is afgezien van een maatregel.

Nadelen van tuchtrect

In een evaluatie van ZonMw in 2013 werd bericht dat 41 procent van de bevolking vindt dat de tuchtcolleges de beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd houden. Dit schrikbarende percentage lijkt niet zozeer gebaseerd op werkelijke ervaringen, maar vooral op gevoel, beeldvorming en onbekendheid. Het advies was om meer bekendheid te genereren via publiciteit en lezingen voor patiëntenverenigingen, om het beeld bij te stellen.

Er zijn verschillende redenen waarom het tuchtrect kan leiden tot defensief gedrag van artsen. Een tuchtklacht kan een zware psychische belasting vormen voor de betrokken arts. Zelfs als de klacht ongegrond blijkt, kan het proces van onderzoek, ver-



Advertentie

antwoording en de mogelijkheid van negatieve publiciteit de arts sterk beïnvloeden. Ook is er het risico van reputatieschade. Uitspraken worden openbaar uitgesproken en een dag later geanonimiseerd gepubliceerd op de website van het tuchtcollege. Beperkingen van bevoegdheid worden in het BIG register geregistreerd. Hoewel het tuchtrecht in principe anoniem verloopt, bereiken sommige zaken toch de media. Dit kan reputatieschade veroorzaken, zelfs als een arts vrijgesproken wordt van verwijtbaar handelen.

Ook wordt wel gesuggereerd dat het toenevende gebruik van richtlijnen een rol speelt in defensief gedrag. Daarvoor is echter geen bewijs. Richtlijnen kunnen wellicht beknelend werken en de vrijheid in handelen voor de individuele patiënt belemmeren. Anderzijds bieden richtlijnen juist een leidraad voor alle betrokkenen bij het bepalen van beleid voor de individuele patiënt.

Onderzoek naar defensief gedrag in relatie tot tuchtrecht is lastig en uitspraken zijn vaak gebaseerd op aannames. Een onderzoek van de VVAA uit 2016 naar defensieve zorgverlening stelt dat 46 procent van de medisch specialisten weleens anders handelt dan volgens het eigen medisch professioneel inzicht om financiële en/of juridische claims te voorkomen. Laarman et al. (2019) zien in een studie onder met tuchtrecht geconfronteerde artsen defensieve veranderingen in hun manier van werken: 43 procent vermijdt risicovolle patiënten, 41 procent doet eerder aanvullend onderzoek en 35 procent gaat meer mee in de wens van de patiënt. Ook voor MDL-artsen, die vaak met complexe en soms risicovolle behandelingen te maken hebben, kan dit een reëel probleem zijn. Defensief gedrag kan leiden tot het vermijden van risicovolle maar wel noodzakelijke ingrepen, maar ook tot extra diagnostische tests of behandelingen die medisch gezien niet noodzakelijk zijn en mogelijk zelfs schadelijk voor patiënten. Defensief gedrag kan dus niet alleen zorgkosten opjagen, maar ook de patiëntveiligheid en het vertrouwen tussen patiënt en

arts ondermijnen. Ook patiënten willen immers een arts die beslissingen neemt op basis van hun gezondheid en niet om zichzelf te beschermen.

De vraag is of het tuchtrecht specifiek verantwoordelijk is voor dit defensieve gedrag, of dat iedere dreiging van juridische aansprakelijkheid voor het gedrag en handelen van zorgverleners spanning oproept.

Juichen of joelen?

Afschaffen van het medisch tuchtrecht zou ingrijpende en nadelige gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening, de patiëntveiligheid en het vertrouwen in de medische sector. Juist het afschaffen van een transparant en laagdrempelig systeem om medische professionals verantwoordelijk te houden voor hun handelen, nalatigheden te beoordelen en eventueel sancties op te leggen kan het vertrouwen van patiënten in de medische sector verlagen. Daarbij verliezen de zorgverleners en het zorgsysteem de mogelijkheid om op basis van uitspraken van het tuchtcollege leermomenten te creëren, kwaliteitsverbetering te stimuleren en de discussie over kwaliteit van zorg aan te jagen. Een alternatief zou zijn dat patiënten zich tot civiele of strafrechtelijke procedures wenden om klachten in te dienen. In tegenstelling tot medische tuchtcolleges zijn algemene rechtbanken niet specifiek gericht op het medische domein en hebben zij niet de kennis en ervaring voorhanden om klachten te behandelen. De procedures vereisen bovendien vaak meer formele stappen en bewijslast. Dat zou kunnen leiden tot langere procedures, hogere kosten en overbelaste rechtbanken. Bovendien is het niet ondenkbaar dat in het algemeen rechtelijke systeem meer ruimte komt voor financieel gedreven juristen en medisch adviseurs en een grotere rol voor letselschadebureaus. Naast de ongelijkwaardigheid tussen meer en minder gefortuneerde patiënten, zou dat zeker ook de dreiging en psychische belasting voor de beroepsgroep, en daarmee defensief gedrag onder zorgverleners, juist alleen maar kunnen doen toenemen.

Verantwoording afleggen voor het medisch handelen is zonder twijfel van groot belang voor alle betrokkenen, zowel patiënten als zorgverleners en moet hoe dan ook, in een of andere vorm blijven bestaan. In de wet is het tuchtrecht ook na een tweede evaluatie vastgelegd. Het systeem van tuchtrecht biedt een goede toegankelijkheid, deskundige betrokkenheid van juristen en beroepsgroep en beantwoordt zowel de vraag om rechtvaardigheid als naar verbetering van zorgverlener en zorgsysteem. De basis van zorgverlening blijft een heldere communicatie en samenspraak tussen patiënt en zorgverlener, zorgvuldige verslaglegging en weloverwogen, gedocumenteerd afwijken van richtlijnen. Misschien moeten we als beroepsgroep leren minder kwetsbaar te zijn als we ter verantwoording worden geroepen. En beter bekend zijn met tuchtrechtprocedures en hoe we hiermee om kunnen gaan en ervan kunnen leren. Het bespreken van tuchtrechtelijke casuïstiek in ziekenhuizen en vakgroepen en het agenderen van tuchtrecht in (postdoc-)onderwijs helpt hierbij. Het tuchtrecht is niet statisch, maar voortdurend onderwerp van vaak felle discussie. Het moet daarvoor open staan en zelf ook streven naar voortdurende verbetering. Als het al afgeschaft zou moeten worden, dan graag in ieder geval met een beter alternatief.

Peter Wahab, MDL-arts Rijnstate en lid medisch tuchtcollege Zwolle

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2024 (p. 245 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



Obesity first

Obesitas is overal zichtbaar, in tegenstelling tot een hoge bloeddruk, en gaat vaak gepaard met stigma van 'eigen schuld, dikke bult' en schaamte. Obesitas is echter een chronische, terugkerende ziekte zoals diabetes, hypertensie et cetera (WHO). Onze manier van leven maakt ons ongezond. Big Macs zijn overal, vruchtensap met een scheutje melk noemen we zuivel, een pizza is 1000 kcal en snacks lijken altijd in de aanbieding, terwijl veel volkoren producten in de supermarkt dat niet zijn. We zijn verslaafd aan nicotine, alcohol, cocaïne en nog veel meer aan eten.

In 1984 moesten we in het AMC een ERCP doen bij iemand van 140 kilogram. Dat was heel zwaar. Ik moest overleggen met de technische dienst of onze röntgenafdeling dat aankon. Bij telefonische intakes voor het BVO zeggen veel patiënten 100 of 110 kg te wegen, in werkelijkheid wegen ze 104 of 114 kg. Ook zijn ze altijd korter dan ze van tevoren aangeven. Steeds vaker zien we patiënten van 140 kg. De BMI's in de statistieken kloppen niet, het probleem is veel groter. Het tragische is dat als je de kilo's eenmaal aan boord hebt, je lichaam ze niet meer kwijt wil. Onze hormonen en metabole systemen zullen er alles aan doen om jouw dieet te doen falen. Hoe halen we deze angel eruit?

In de jaren '70-'90 hadden we fenfluramine (Ponderal®) als eetlustremmer, totdat het helaas van de markt verdween vanwege de ontwikkeling van pulmonale hypertensie. Ons rechts-populistische kabinet schrapt ongeveer alle subsidie voor Partnerschap Overgewicht Nederland. Maar dankzij de farmaceutische industrie is er met de GLP-1-agonisten een ware revolutie gaande. De nieuwe richtlijn 'Overgewicht en obe-

sitas' uit 2023 is eigenlijk al achterhaald. *Gamechangers* van medicijnen, zoals liraglutide (Saxenda®), semaglutide (Ozempic®) en tirzepatide (Mounjaro®), bootsen dunne darmhormonen na, waardoor het gevoel van trek en 'honger' wordt gedempt, de maagontlediging vertraagd en men snel substantieel gewicht verliest. Initiële bijwerkingen zijn misselijkheid (28-44 procent), diarree (21-30 procent) en constipatie (11-24 procent). Sinds november is Mounjaro® ook geregistreerd in Nederland. Deze nieuwe middelen worden vooralsnog vrijwel alleen vergoed voor moeilijk instelbare of gecompliceerde diabetes mellitus type 2, DM2 in combinatie met een traject gezonde leefstijl (GLI). Het kost de hoofdprijs, NovoNordisk en Eli Lilly pakken nu het hoog hangend fruit. De huidige prijsstelling maakt het onbetaalbaar voor onze zorg.

Realiteit 2025

Onze rijke bovenlaag wacht niet, die koopt het zelf wel. Sommigen bestellen via websites (bijvoorbeeld uit India) semaglutide in de vorm van tabletten (Rybelsus®) van 7 mg (4 euro d.d.). Anderen laten injectiepenen semaglutide meenemen uit Dubai, of gaan naar obesitasklinieken die een traject gezonde leefstijl aanbieden met GLP-1 medicatie. Kosten? Inschrijven voor 1000 euro en vervolgens 200 euro per maand. In het Verenigd Koninkrijk kun je de medicatie bij wijze van spreken ook zelf ophalen bij privéklinieken.

Kortom, degenen met voldoende geld wachten niet op een vergoeding: ze hebben meestal geen DM2, hebben veelal een BMI van rond de 28-30 en zelden een BMI boven de 35. Ze willen er gewoon beter uitzien. Cijfers over dit parallelle gebruik zijn nog niet beschikbaar. Sommigen leggen mij uit dat 200 euro per maand geen probleem is. Met de medicatie hebben ze geen zin uit eten te gaan, hun trek verdampt, hun dure wijn en champagne blijft staan: ze houden nu zelfs geld over. Als je calorierijke dagen



overleeft neem je een maand lang van maandag tot vrijdag Rybelsus®, en eet je op zaterdag. In de publieke ruimte herken ik bekende mensen zonder DM2 die wel erg snel afvallen. Ik zag recent bij een BVO-follow up 'een type 2-diabeet' die in vier jaar 40 kilo was afgevallen met Ozempic®. *Obesity first* komt er nu bij.

Tirzepatide versus semaglutide en gewichtsverlies

Een recente studie onder meer dan 40.000 patiënten laat zien dat tirzepatide significant meer gewichtsverlies veroorzaakt dan semaglutide. Op korte termijn goed nieuws voor Eli Lilly (Rodriguez PJ, JAMA Internal Medicine 2024;184:1056-1064). De komende jaren zullen er meer vergelijkingsstudies verschijnen. Een recente review laat zien dat tirzepatide bij DM2 een sterker effect had op HbA1c en gewichtsvermindering dan semaglutide. Beide middelen veroorzaken in hogere doseringen meer intestinale bijwerkingen (Karagiannis T, Diabetologia 2024;67:1206-1222).

Bariatrische chirurgie 2025-2030

Kostenvergelijking tussen GLP-1 receptor agonisten en bariatrische chirurgie verschijnen: wat wordt het *break even point* (Docimo S, Surgical Endoscopy 2024;38:6560-6565)? De kosteneffectiviteit van bariatrische chirurgie is aangetoond, maar de impact van GLP-1-medicatie op de bariatrische industrie in de Golfstaten is al voelbaar. Patiënten met falende bypass-chirurgie starten met GLP-1-medicatie, terwijl gebruikers van GLP-1 die na een of twee jaar een terugval ervaren alsnog een operatie willen onder-



gaan. Onderzoek gericht op *Obesity first* zal antwoorden geven op vragen als: hoe en wat? Combi-behandeling voor of na operaties? Levenslang GLP-1 voorschrijven? GLP-1 medicatie lijkt in eerste instantie goedkoper, maar tijdens de behandeling lopen de kosten snel op. Medicamenteuze behandeling wordt binnen twee jaar duurder dan chirurgie, afhankelijk van het medicament en de operatiekosten. De gewichtstoename na het stoppen met de medicatie maakt deze middelen op termijn minder kosteneffectief bij de huidige prijsstellingen.

Clinical trials in MDL

Het lijkt belangrijk dat we als MDL in Nederland niet afwachten, maar nadenken en overleggen over welke onderzoeksvragen we moeten beantwoorden voordat we dit ook gaan voorschrijven, al dan niet met vergoeding van de zorgverzekeraars. De kosten zijn nu onbetaalbaar, maar dat zal op termijn veranderen. De nieuwe EASL-richtlijn meldt voorzichtig, maar voor de goede verstaander duidelijk, dat GLP-1 een rol heeft bij *Metabolic dysfunction-associated Steatotic Liver Disease* (MASLD) (J Hepatol 2024;81:492-542). Het metabool syndroom vraagt om adequaat onderzoek. In het Verenigd Koninkrijk onderzoekt men of alcoholisten er baat bij hebben. Maarten Tushuizen (LUMC) publiceerde al in 2006 een casus waaruit bleek dat exenatide, een eerste GLP-1-agonist, nuttig was bij steatose (Liver International 2006;26:1015-1017). We hebben al veel tijd verloren.

Bijwerkingen

Verminderde eetlust, dyspepsie en oprispingen worden genoemd op de bijsluiter, maar deze zijn *part of the deal*. Door de vertraagde maagontleding kunnen forse refluxklachten ontstaan, een adequate dosering van PPI's, zou ik zeggen. Door de veranderde darmmotoriek kunnen forse verstoringen van de INR optreden. Recent werd beschreven dat het thiopurine metabolisme verstoord kan raken (Klein JA, Case Rep J 2024;11:e01544). Bij obstipatie moeten we op tijd macrogol en voldoende vochtinname voorschrijven. Droog beton komt tenslotte ook niet uit een betonmolen. Een latente diverticulitis kan opvlammen en hier moeten we attent op reageren. Cholelithiasis en cholecystitis, al dan niet gepaard gaand met pancreatitis, kunnen op ons pad komen. De effecten van deze medicatie op IPMN van het pancreas zijn nog onduidelijk, maar denkbaar. Volgens casuïstiek lijkt het aantal miskramen toe te nemen, wat erop wijst dat patiënten deze medicatie zelfs al blijven gebruiken in een zwangerschap, ondanks gebrek aan data. We mogen verwachten dat er nieuwe GLP-1-medicatie komt die op meer punten aangrijpt en meer of minder bijwerkingen zal geven.

Conclusie

Paradigma's in de zorg veranderen razend-snel. Hoge bloeddruk, hypercholesterolemie, hartziekten, chronisch nierlijden, MASLD, DM2, knie- en rugklachten bij overgewicht, refluxklachten, slaapapneu, verzakken van de vrouwelijke bekkenbodem, de kern van onze zorg zal veranderen met deze *gamechangers*. In de jaren zeventig en tachtig verdampte de refluxchirurgie dankzij de PPI's. Aanvankelijk te duur, nu vrijwel gratis. Statines veranderden de behandeling van hart- en vaatziekten en kosten nu ook vrijwel niets. Endocrinologie voor obesitas wordt eerstelijns zorg. Nu is GLP-1-medicatie onbetaalbaar voor onze zorg. *Obesity first* zal op langere termijn implicaties hebben voor overgewicht gerelateerde maligniteiten. Momenteel behandelen we slechts de gevolgen van obesitas. Leefstijlverandering lukt niet, de *happy few*

uitgezonderd: we worden steeds dikker, orthopeden vervangen heupen en knieën aan de lopende band. Of GLP-1-medicatie levenslang moet worden gegeven, weten we binnen tien jaar.

Bariatrische chirurgie blijft een dramatische stap. Wij behandelen nu alleen complicaties in plaats van *Obesity first*. Bariatrische chirurgie is nu nog goedkoper, maar GLP-1-medicatie, wat de farmaceutische industrie linksom of rechtsom verder zal ontwikkelen, zal dit veranderen, net zoals dat de refluxchirurgie is verdwenen is. Tirzepatide van Eli Lilly heeft wat mij betreft de komende jaren de meeste potentie, met meer gewichtsverlies dan semaglutide in het eerste jaar. Hoe andere spelers met of zonder combinatietherapie hierop gaan inspelen, kan ik niet voorspellen, maar we moeten fatsoenlijk onderzoek starten naar complicaties zoals reflux en mogelijk ook diverticulose, en naar de rol van bariatrische chirurgie in dit geheel. De jaarlijkse kosten per verzekerde patiënt zijn momenteel onbetaalbaar en zouden ons medicatiebudget verdampen. Dat gaat echter veranderen, net zoals de gehele refluxchirurgie verdween toen de PPI's spotgoedkoop werden. Op uw poli's zult u bij de anamnese ook moeten vragen of GLP-1 al wordt gebruikt, met name bij patiënten voor wie 200-300 euro zelf betalen geen probleem is. In hoeverre mensen deze medicatie levenslang willen en zullen gebruiken, wordt op termijn duidelijk. Als beroepsgroep moeten wij nadenken over een flankerend beleid met voldoende kennis van zaken. Dit gaat hoe dan ook gebeuren en met een stortvloed aan soortgelijke medicatie en verwachte prijsdaling, moeten we er klaar voor zijn. Wordt het comboth therapie? Wordt het echt *Obesity first*? Of blijven we de gevolgen één voor één behandelen?

Obesity first van Leana Wen in de Washington Post (1 oktober 2024) moet u lezen.

Chris Mulder, MDL-arts en emeritus hoogleraar Amsterdam UMC

Advertentie

IMPLEMENTATIE KENNISAGENDA MDL

Stoppen met zorg, gewoon doen

In MAGMA 1 van dit jaar (pag. 35-39) gaven Jacques Bergman (AmsterdamUMC) en Thijs Schwartz (Meander Medisch Centrum, Amersfoort) een update over de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van de Kennisagenda 2023. Hierin wordt gefocust op het stoppen met niet-zinnige zorg. Tijdens de DDD van afgelopen voorjaar was er een druk bezocht symposium over de kennisagenda en zinnig zorg. Het thema leeft en er is veel enthousiasme binnen onze beroepsgroep om hiermee verder te gaan.

Om onze zorg doelmatiger en duurzamer te maken is een onderverdeling gemaakt in drie categorieën:

1. Zorg die direct wordt gestopt, waarbij de bewijslast volgt middels onderzoek achteraf (het 'ijsbreker project' met betrekking tot Barrett surveillance);
2. Zorg die direct kan worden gestopt zonder nieuwe bewijslast;
3. Zorg die wij binnen de MDL zouden willen verminderen, maar die niet zomaar gestopt kan worden omdat de zorgbehoefte blijft bestaan (zoals bijvoorbeeld bij functionele buikklachten).

Ten aanzien van categorie 2, 'stoppen met zorg zonder nieuwe bewijslast', hebben wij als CIKA (Commissie Implementatie Kennisagenda) een projectaanvraag gedaan bij Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist (SKMS). Deze aanvraag is onlangs goedgekeurd. Ten eerste willen we met dit project komen tot een lijst van onderwerpen binnen de MDL-zorg waarmee, zonder bewijslast, direct gestopt kan worden omdat ze niet voldoen aan de criteria voor passende zorg. Ten tweede willen we een route ontwerpen om dergelijke onderwerpen op een efficiënte manier te kunnen de-implementeren, zodat dit proces ook in de toekomst en eventueel binnen andere

specialismen gebruikt kan worden. Wij zijn als beroepsgroep landelijk voorlopers op dit gebied en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialist wil dit proces graag met ons ontwikkelen. Dit zal voornamelijk betrekking hebben op het aanpassen van richtlijnen, maar kan ook een handvat bieden voor zaken die niet in richtlijnen genoemd worden.

En dus hebben we uw input nodig!

We weten allemaal vanuit onze dagelijkse praktijk dat in de routine van diagnostiek en behandelingen zaken zijn die niet bijdragen aan het welzijn van de patiënt. Laboratoriumcontrole elke drie maanden, controle endoscopie voor de zekerheid, een jaarlijkse MRI waarvoor weinig *evidence* is et cetera. De meeste richtlijnen zijn nog extreem defensief en met de toenemende zorgvraag en de beperkt beschikbare capaciteit verschuift de balans voor zorg met een hoog *number needed to treat* meer naar de kant van niet meer doen. Wij dagen u dan ook uit te komen met ideeën, zorg waarvan u denkt dat we die kunnen laten, zonder dat daar

nieuwe bewijslast voor nodig is. Denk bijvoorbeeld aan 'standaard' periodieke controles bij chronische ziekte, surveillance met beeldvorming of endoscopie of het uitsluiten van ziekte bij lage voorafkans op pathologie. Voor veel van deze zorg is de *evidence* mager of alleen gebaseerd op *expert opinion*.

We zullen alle ideeën verzamelen en op basis van vooraf vastgestelde criteria prioriteren om uiteindelijk tot een 'niet-meer-doen-lijst' te komen, die het werk van onszelf, het leven van onze patiënten en de duurzaamheid van ons zorgsysteem ten goede zal komen!

U kunt uw voorstel(len) indienen via het webformulier dat u vindt op:

<https://mdl-congressen.nl/commissie-implementatie-kennisagenda-cika>

Robert Verdonk, MDL-arts Antonius Ziekenhuis (r.verdonk@antoniusziekenhuis.nl)
Koen van Hee, MDL-arts Jeroen Bosch Ziekenhuis (k.v.hee@JBZ.nl)



Koen van Hee



Robert Verdonk

Sponsoring: de onmisbare sleutel tot gelijke loopbaankansen in de medische discipline

In de academische geneeskunde wordt loopbaansucces traditioneel gezien als een resultaat van persoonlijke inzet, talent en harde arbeid. Hoewel deze factoren van groot belang zijn, is er een essentieel, maar vaak over het hoofd gezien element dat een sleutelrol speelt in het vormgeven van professionele loopbanen: sponsoring. In tegenstelling tot mentoring, waarbij advies en begeleiding centraal staan, gaat sponsoring veel verder door invloedrijke personen in staat te stellen deuren te openen voor hun protégés. Dit artikel bespreekt de cruciale rol van sponsoring in carrièreontwikkeling binnen de academische geneeskunde. We richten ons op hoe sponsoring werkt, hoe het kansen creëert en waarom het onzichtbaar houden van sponsoring gender- en diversiteitsongelijkheid in stand houdt.

Wat is sponsoring en waarom is het belangrijk?

Sponsoring is een proces waarbij een invloedrijke persoon – de sponsor – actief de loopbaan van een junior collega ondersteunt. Dit gaat verder dan adviseren of begeleiden; sponsoren gebruiken hun eigen reputatie, netwerk en invloed om hun protégés vooruit te helpen in hun loopbaan. Dit kan betekenen dat ze hen aanbevelen voor promoties, hen introduceren bij invloedrijke netwerken of hen de mogelijkheid bieden om deel te nemen aan prestigieuze projecten.

Het belang van sponsoring in carrièreontwikkeling kan niet genoeg worden benadrukt. Zoals verschillende wetenschappelijke onderzoeken aantonen, kan sponsoring het verschil maken tussen het bevorderen of stagneren van een loopbaan. In de aca-

demische geneeskunde, waar succes vaak afhankelijk is van zichtbaarheid en toegang tot kansen, zoals publicaties, onderzoeksgelden en internationale samenwerkingen, is het hebben van een sponsor van onschatbare waarde. Voor veel professionals is sponsoring een onmisbare stap naar hogere functies.

Het verschil tussen sponsoring en mentoring

Hoewel zowel mentoring als sponsoring gericht zijn op het bevorderen van professionele ontwikkeling, zijn er belangrijke verschillen tussen de twee. *Mentoring* draait om het bieden van advies, begeleiding en ondersteuning zonder actieve inmenging. Een mentor kan bijvoorbeeld helpen bij het ontwikkelen van vaardigheden of geeft advies over carrièrekeuzes, maar laat de verdere stappen aan de *mentee* over.

Sponsoring, daarentegen, vereist een actieve rol van de sponsor. Een sponsor zet zijn of haar invloed, macht en netwerk in om directe loopbaankansen voor de gesponsorde te creëren. Dit kan betekenen dat de sponsor de protégé persoonlijk introduceert bij invloedrijke figuren of hen aanbeveelt voor een prestigieuze positie. Mentoring is passief, sponsoring is actief.

Het is belangrijk te erkennen dat deze actieve betrokkenheid van sponsors een groot verschil kan maken in de loopbaantrajecten van hun protégés. Zonder sponsoring kunnen getalenteerde individuen onopgemerkt blijven, vooral in omgevingen waar informele netwerken en persoonlijke aanbevelingen vaak de doorslag geven.

De genderkloof in sponsoring

Een van de grootste uitdagingen in de academische geneeskunde is de aanhoudende ondervertegenwoordiging van vrouwen in hogere functies, ondanks hun sterke aanwezigheid in de sector. Uit onderzoek blijkt dat hoewel vrouwen ongeveer 65 procent van de gezondheidszorgmedewerkers uitmaken, ze nog steeds aanzienlijk ondervertegenwoordigd zijn in leidinggevende functies. Een belangrijke reden voor deze genderongelijkheid is het gebrek aan toegang tot sponsoring. Een recente review onderzocht de gendereffecten van sponsoring in de medische wetenschappen en kwam tot gemengde resultaten. Twee van de vier kwantitatieve studies vonden dat mannen vaker rapporteerden dat zij sponsorschap hadden ontvangen dan vrouwen. Een trend die aansluit bij onderzoek in het bedrijfsleven waaruit bleek dat mannen vaker gesponsord worden. De overige studies vonden geen significante verschillen, hoewel zij vaak te maken hadden met een tekort aan deelnemers om sluitende conclusies te trekken. In de kwalitatieve bevindingen gaven vrouwen consequent aan dat ze minder toegang hadden tot sponsorschap dan mannen, die zowel vaker als eerder in hun carrière werden gesponsord. Mannen sponsoren vaker andere mannen, terwijl vrouwen minder snel worden geïdentificeerd voor sponsorschap of zelf actief op zoek gaan naar een sponsor. Dit illustreert het patroon van genderongelijkheid in sponsorschapsrelaties, dat diep verankerd is in culturele en organisatorische structuren.

De rol van onbewuste vooroordelen

Onbewuste vooroordelen spelen een grote rol in het proces van sponsoring. Omdat

sponsoring vaak een informeel proces is, zonder duidelijke richtlijnen of verantwoordelijkheden, zijn sponsors vrij om hun eigen keuzes te maken over wie ze willen ondersteunen. Dit betekent dat beslissingen vaak worden beïnvloed door vooroordelen en voorkeuren die niet altijd expliciet worden erkend.

Zoals wetenschappelijk onderzoek aantoont, zijn beslissingen over wie wordt gesponsord vaak gebaseerd op onbewuste vooroordelen die bepaalde groepen bevoordelen en andere uitsluiten. In veel gevallen worden mensen die sterk lijken op de sponsor – wat betreft geslacht, achtergrond of persoonlijkheid – eerder gesponsord, terwijl anderen worden buitengesloten. Een fenomeen dat bekendstaat als *affiniteitsbias*. Dit betekent dat mannelijke collega's vaker profiteren van sponsoring en de daarbij behorende loopbaankansen, terwijl vrouwen en minderheidsgroepen deze kansen vaak missen. Het gevolg hiervan is dat vrouwen minder snel opklimmen naar hogere functies, wat bijdraagt aan de genderkloof in de academische geneeskunde.

Het onzichtbare netwerk van sponsoring

Sponsoring is vaak een onzichtbare praktijk, vooral omdat het niet altijd openlijk wordt erkend. Veel mensen geloven dat hun succes volledig te danken is aan hun eigen inspanningen, zonder zich bewust te zijn van de steun en kansen die hen door sponsors zijn geboden. Dit leidt tot een 'mythe van zelfgemaakte carrières', waarin wordt aangenomen dat loopbaansucces uitsluitend is gebaseerd op individuele verdiensten. In werkelijkheid profiteren veel succesvolle professionals van onzichtbare netwerken en steun van invloedrijke collega's. Het probleem is dat niet iedereen gelijke toegang heeft tot deze netwerken. Vrouwen en minderheidsgroepen, die vaak buiten deze informele structuren vallen, missen belangrijke kansen om vooruit te komen in hun loopbaan. Het onzichtbaar houden van sponsoring verergert deze ongelijkheid en maakt het moeilijk om de kloof te dichten ►

Kansen creëren – hoe een goede sponsor te zijn?

Er zijn veel manieren waarop individuen kansen voor anderen kunnen creëren, van kleine dagelijkse handelingen tot substantiële aanbevelingen. Een sponsorsysteem werkt het beste wanneer verschillende activiteiten elkaar versterken en ondersteunen.

Activeer je netwerken en connecties

- Introduceer mensen op een zinvolle manier aan belangrijke figuren – benoem specifieke talenten en help hen relaties op te bouwen.
- Faciliteer toegang tot en inclusie in bredere netwerken die professionele of carrière-groei kunnen bevorderen.
- Betrek mensen bij werkprocessen waar ze normaal gesproken geen toegang tot hebben, zoals deelname aan het beoordelen van wetenschappelijke artikelen of het ontwerpen van onderzoeksprojecten.

Pleiten binnen de eigen omgeving

- Pleit voor bevorderingen, salarisverhogingen en bonussen wanneer dit relevant is.
- Ondersteun een eerlijke verdeling van projecten die de carrière van een collega kunnen definiëren en hen zichtbaarheid bieden binnen de academische gemeenschap.
- Bied ruimte voor mensen om hun expertise verder te ontwikkelen of nieuwe onderzoeksrichtingen te verkennen binnen hun huidige functies.
- Ontwerp, waar mogelijk en gepast, rollen die aansluiten bij de sterke punten van een individu.

Deel kennis en inzichten

- Bied inzicht in de academische en organisatorische structuren en leg uit wat de verwachtingen zijn in hogere functies zoals afdelingshoofd of hoogleraar.
- Geef strategisch advies over mogelijke carrièrepaden en toekomstige ontwikkelingsmogelijkheden.

Deel kansen voor professionele groei

- Draag anderen voor bij rollen die jou worden aangeboden, met name die welke hen zichtbaarheid bieden of hun vaardigheden verder ontwikkelen – zoals lidmaatschappen van commissies, beoordelingspanelen, professionele organisaties of uitnodigingen voor wetenschappelijke presentaties.
- Moedig mensen aan om deze rollen op te pakken en bied hen tijd en ondersteuning om dit te doen.
- Zorg voor platforms waar het talent van een protégé zichtbaar kan worden gemaakt voor anderen.

Bied erkenning en ondersteuning

- Geef krediet voor geleverd werk en bespreek dit in de juiste omgevingen, zoals conferenties of wetenschappelijke publicaties.
- Vermeld het team expliciet in de credits van projecten.
- Erken en waardeer expertise en ervaring publiekelijk, bijvoorbeeld tijdens congressen of in vakpublicaties.
- Schrijf aanbevelingsbrieven voor fellowships, prijzen en beurzen.
- Draag mensen voor professionele onderscheidingen, prijzen en erkenningen binnen hun vakgebied.

tussen degenen die wel en degenen die geen toegang hebben tot sponsoring.

Een ander veelvoorkomend probleem bij sponsorschap is de neiging van sommige sponsors om loyale klonen van zichzelf te creëren. Deze protegés zijn vaak afhankelijk van hun sponsors vanwege machtsverschillen en de invloed die de sponsor heeft op hun carrière. Onderzoek wijst uit dat dit kan leiden tot een cultuur van homosocialiteit, waarin machtige individuen exclusieve kringen creëren van gelijkgestemde volgers. Deze netwerken kunnen een ongezonde werkcultuur in stand houden, waar intimidatie en discriminatie worden getolereerd omdat degenen binnen de kring elkaar beschermen.

In zulke dynamieken hebben werknemers buiten deze kringen vaak het gevoel dat ze buitengesloten en gemarginaliseerd worden. Ze durven vaak niet openlijk te spreken over wangedrag, omdat ze vrezen dat hun carrière geschaad zal worden. Deze cultuur van exclusiviteit en machtsmisbruik kan de organisatie destabiliseren en bijdragen aan een cyclus van intimidatie en uitsluiting.

Sponsoring zichtbaar maken: een essentiële stap naar gelijkheid

Om genderongelijkheid in sponsoring aan te pakken, is het van cruciaal belang om sponsoring zichtbaar te maken. Dit betekent dat organisaties formele structuren moeten creëren die ervoor zorgen dat sponsoring eerlijk en transparant wordt verdeeld. Een informeel systeem zonder *checks and balances* maakt het gemakkelijk voor vooroordelen om te gedijen en houdt de kansen ongelijk verdeeld. Door sponsoring zichtbaarder te maken, kunnen organisaties beginnen met het aanpakken van de onrechtvaardigheden die inherent zijn aan het huidige systeem.

In de academische geneeskunde, waar succes vaak afhankelijk is van vroege publicaties, onderzoeksprojecten en beurzen, kan het ontbreken van sponsoring in een vroeg stadium een carrière ernstig

'Like me'-bias

'Like me'-bias verwijst naar de natuurlijke neiging van mensen om zich aangetrokken te voelen tot en samen te werken met anderen die op hen lijken. Deze overeenkomsten kunnen betrekking hebben op achtergrond, geslacht, etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau, of zelfs interesses en waarden. In de context van ontwikkelingsrelaties betekent dit dat senioren vaker geneigd zijn om zich als mentor of sponsor op te stellen voor junioren die hen op een bepaalde manier weerspiegelen.

Effect op ontwikkelingsrelaties: Wanneer de meeste leidinggevendenden in een organisatie bijvoorbeeld witte mannen zijn, zullen zij vaak onbewust andere witte mannen kiezen om te begeleiden en te sponsoren, simpelweg omdat ze meer overeenkomsten met hen zien. Dit leidt ertoe dat vrouwen en minderheden minder vaak dezelfde kansen krijgen om zulke krachtige relaties aan te gaan. Deze bias kan ervoor zorgen dat ondervertegenwoordigde groepen moeilijker toegang krijgen tot netwerken, kansen en promoties, omdat ze niet 'passen' bij de mensen die aan de macht zijn.

Oplossing: Om 'like me'-bias te overwinnen, moeten zowel senioren als junioren tijd en moeite investeren in het leren kennen van elkaars achtergrond en interesses, om zo voorbij oppervlakkige verschillen te kijken en diepere overeenkomsten te vinden. Dit vereist bewuste inspanningen en bereidheid van beide partijen om open te staan voor andere perspectieven.

Genderbias

Genderbias verwijst naar de vooroordelen en stereotypen die mensen hebben over geslachtsrollen en hoe deze verwachtingen invloed hebben op hun perceptie van competentie, leiderschap en promotiekansen. In veel organisaties, vooral in mannelijke culturen, kunnen vrouwen worden gezien als minder geschikt voor leiderschapsrollen omdat ze niet voldoen aan de traditionele, vaak door mannen gedefinieerde normen van leiderschap.

Effect op ontwikkelingsrelaties: Genderbias kan ervoor zorgen dat vrouwen minder vaak worden gesponsord of dat de ondersteuning die ze krijgen anders van aard is. Terwijl mannelijke protegés bijvoorbeeld vaker strategisch advies krijgen over hoe ze naar hogere functies kunnen stijgen, krijgen vrouwelijke protegés vaker feedback over hoe ze zichzelf kunnen verbeteren of hoe ze zich moeten aanpassen aan bestaande structuren. Dit kan vrouwen beperken in hun carrièreontwikkeling, omdat ze vaker in ondersteunende rollen blijven hangen en minder vaak naar leiderschapsrollen worden geleid.

Voorbeeld van genderbias: Een klassiek voorbeeld van genderbias is de dubbele standaard voor assertiviteit. Gedrag dat als krachtig en ambitieus wordt gezien bij mannen, wordt bij vrouwen soms als te agressief of ongepast ervaren. Dit creëert een "double bind" voor vrouwen: als ze te voorzichtig zijn, worden ze als zwak gezien; als ze te assertief zijn, worden ze als bedreigend ervaren.

Oplossing: Om genderbias tegen te gaan, moeten senioren bewust worden gemaakt van hun eigen vooroordelen en getraind worden om vrouwen op dezelfde manier te behandelen als mannen wanneer het gaat om sponsorschap en promoties. Het is belangrijk dat senioren vrouwen actief betrekken bij kansen en hen dezelfde mate van strategische begeleiding geven die mannen vaak ontvangen.

belemmeren. Jonge onderzoekers die geen toegang hebben tot sponsoring, missen vaak cruciale kansen om hun carrière op te bouwen en hun reputatie te vestigen. Dit

creëert een vicieuze cirkel: zonder vroege sponsoring hebben deze onderzoekers minder kans om zich te bewijzen, waardoor ze ook in latere stadia van hun carrière

minder snel gesponsord worden. Dit draagt bij aan de aanhoudende ondervetgenwoordiging van vrouwen en minderheden in hogere academische functies.

Organisatorische verantwoordelijkheid

Het is belangrijk dat sponsoring niet alleen wordt overgelaten aan individuele leiders, maar dat het wordt geïntegreerd in de bredere organisatorische strategie. Organisaties kunnen beleid en structuren invoeren die leiders stimuleren en verantwoordelijk houden voor het bevorderen van diversiteit in sponsoring. Dit kan onder andere inhouden dat er meetbare doelen worden gesteld voor de diversiteit onder gesponsorde collega's, en dat sponsoring wordt opgenomen in prestatiebeoordelingen van leiders.

Daarnaast moeten organisaties actief werken aan het ontwikkelen van bewustwording over onbewuste vooroordelen in sponsoringbeslissingen. Trainingen en workshops over gender- en diversiteitskwesties kunnen helpen om leiders bewust te maken van hun vooroordelen en hen aanmoedigen om inclusievere beslissingen te nemen. Dit kan de effectiviteit van sponsoringprogramma's vergroten door ervoor te zorgen dat een bredere groep mensen

toegang krijgt tot cruciale loopbaankansen.

Een succesvol voorbeeld hiervan is het bevorderen van gelijke toegang tot netwerkmogelijkheden en leiderschapontwikkeling. Programma's die specifiek gericht zijn op het ondersteunen van vrouwen en minderheden, zoals genderinclusieve sponsorprogramma's, kunnen aanzienlijk bijdragen aan het dichten van de kloof in carrièreontwikkeling.

Conclusie

Sponsoring is een onmisbaar instrument in de academische geneeskunde en andere sectoren. Het speelt een beslissende rol in het creëren van loopbaankansen en het bevorderen van succes, maar de informele en vaak onzichtbare aard ervan kan ongelijkheid in stand houden. Door sponsoring zichtbaar te maken en gelijke toegang te bevorderen, kunnen organisaties genderongelijkheid en andere vormen van uitsluiting aanpakken.

Het is van cruciaal belang dat medische instellingen en academische organisaties bewuste stappen ondernemen om sponsoring eerlijker en inclusiever te maken. Dit betekent niet alleen het ondersteunen van formele sponsoringprogramma's, maar ook



Marieke van den Brink

het aanpakken van onbewuste vooroordelen en het stimuleren van leiders om een diverse groep protégés te ondersteunen. Door sponsoring op een meer gestructureerde en inclusieve manier te integreren, kunnen we ervoor zorgen dat talent, ongeacht geslacht of achtergrond, ten volle benut wordt in de academische geneeskunde.

Marieke van den Brink, Professor Gender & Diversity Radboud Universiteit Nijmegen
<https://orcid.org/0000-0001-6731-7887>

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2024 (p. 245 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

LEVER

Komt een patiënt met cirrose op de IC?

Patiënten met acute decompensatie of acuut-op-chronisch leverfalen (ACLF) hebben vaak een IC-opname nodig voor orgaanondersteuning. Ongeveer 2-3 procent van de niet-geplande IC-opnames betreft patiënten met een voorgeschiedenis van levercirrose, waarbij hun korte-termijnsterfte varieert van 36 tot 89 procent, afhankelijk van de ernst van het orgaanfalen. Hoe-

wel eerder onderzoek zich vooral richtte op de korte-termijn-uitkomsten van deze patiënten, wordt de lange-termijn-overleving na ontslag uit het ziekenhuis vaak onderbelicht. Daarnaast zijn de meeste studies uitgevoerd in gespecialiseerde levertransplantatiecentra, terwijl een groot deel van deze patiënten buiten deze centra wordt behandeld. Daarom richtte ons onderzoek

zich op de sterfte tijdens de ziekenhuisopname en de transplantatievrije overleving tot één jaar na ontslag van patiënten met cirrose en ACLF op alle Intensive Care afdelingen in Nederland.

Onze nationale cohortstudie¹ includeerde patiënten die tussen 2012 en 2020 op de Nederlandse IC's werden opgenomen. We

UITKOMSTEN VAN
PATIËNTEN MET ACLF
OP DE INTENSIVE CARE:
EEN NEDERLANDS
PERSPECTIEF

Advertentie



Caroline den Hoed



Jubi de Haan

richtten ons specifiek op de invloed van de ernst van ACLF op het moment van IC-opname op de overleving van patiënten die het ziekenhuis overleefden.

Van de 3.035 patiënten had bijna 60 procent ACLF-3, de ernstigste vorm van dit syndroom, op het moment van IC-opname. In totaal overleefde 46,8 procent van de patiënten de ziekenhuisopname. Binnen deze groep nam de kans op transplantatie-vrije overleving één jaar na ontslag af naarmate de ACLF ernstiger was bij IC-opname: 71 procent bij patiënten zonder ACLF, en tot 53 procent bij ACLF-3. Na correctie voor baselinefactoren bleek de ernst van ACLF bij opname geen onafhankelijke voorspeller te zijn voor het risico op overlijden of levertransplantatie binnen één jaar na ontslag uit het ziekenhuis. Andere factoren, zoals hogere leeftijd, kanker en de ernst van de leverziekte, hadden een grotere invloed op de lange-termijn-overleving. Tot slot viel op dat slechts 1,2 procent van de patiënten

binnen één jaar na IC-opname een levertransplantatie onderging.

Met onze studie tonen we aan dat, hoewel de ernst van ACLF op het moment van opname invloed heeft op de korte-termijn-overleving, andere factoren waarschijnlijk een grotere rol spelen bij het voorspellen van de overleving op de langere termijn. Deze inzichten zijn belangrijk voor het nemen van beslissingen rond de behandeling en prognose van deze patiënten. Daarnaast kunnen onze resultaten bijdragen aan het verbeteren van protocollen voor de selectie van patiënten voor levertransplantatie en het optimaliseren van de zorg na ziekenhuisontslag.

Jubi de Haan, internist-intensivist
Erasmus MC

Caroline den Hoed, MDL-arts Erasmus MC

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2024 (p. 245 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

We hebben uw hulp nodig!

Wilt u bijdragen aan betere zorg voor patiënten met levercirrose en ACLF op de Intensive Care? Doe dan mee aan onze online enquête!

Met deze enquête willen we inzicht krijgen in de huidige praktijk en opvattingen van MDL-artsen en intensivisten. We richten ons specifiek op de beslissing tot IC-opname, het voortzetten van orgaan-ondersteunende behandelingen, en de doorverwijzing naar tertiaire centra bij patiënten met ACLF. Uw deelname helpt ons waardevolle gegevens te verzamelen om de zorg voor deze kwetsbare patiëntengroep te verbeteren.

- Voor wie?** MDL-artsen en intensivisten
- Tijdsinvestering?** Slechts 10 minuten
- Privacy?** Volledig anoniem en niet te herleiden tot kliniek of persoon
- Hoe meedoen?** Scan de QR-code of ga naar ACLF.nl/enquete.



Definitie orgaanfalen bij ACLF



Encefalopathie graad III-IV



Respiratoir falen of beademing



Gebruik vasopressor



Bilirubine ≥ 205 $\mu\text{mol/L}$



INR ≥ 2.5

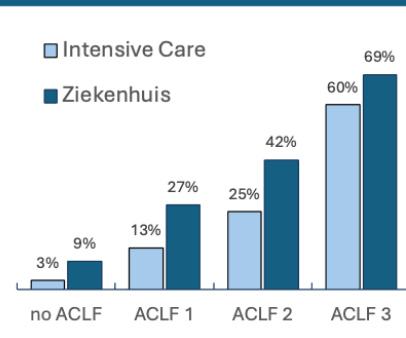


Kreatinine ≥ 177 $\mu\text{mol/L}$ of dialyse

Criteria ACLF gradering

Geen ACLF	Geen orgaanfalen
ACLF - 1	1 falend orgaan
ACLF - 2	2 falende organen
ACLF - 3	3 of meer falende organen

Mortaliteit naar ACLF graad



Figuur 1.

Boven: De EASL-CLIF-definities van orgaanfalen voor de zes belangrijkste orgaansystemen: hersenen, longen, circulatie, lever, stolling en nieren.²

Midden: De aanwezigheid en ernst van ACLF worden bepaald op basis van het aantal falende orgaansystemen.

Onder: Mortaliteit naar ACLF-graad ten tijde van IC opname, zoals vastgesteld in deze studie.¹

- De Haan J, Termorshuizen F, de Keizer N, et al. One-year transplant-free survival following hospital discharge after ICU admission for ACLF in the Netherlands. *J Hepatol* 2024;81:238-247.
- European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, European Association for the Study of the L. EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. *J Hepatol* 2023;79:461-491.

TREATMENT MANAGEMENT AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN AUTOIMMUNE HEPATITIS

Romée Snijders, Radboud Universiteit Nijmegen, 24 september 2024 (Cum Laude)



Het proefschrift bespreekt de behandeling en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL) bij patiënten met auto-immune hepatitis (AIH). Er werd een Delphi-proces opgezet waarbij internationale experts consensus bereikten over vijf gestandaardiseerde responscriteria en eind-

punten voor de behandeling van AIH, waaronder response na vier weken, volledige biochemische response of onvoldoende response binnen zes maanden, remissie en intolerantie. In een gerandomiseerde, open-label, multicenter trial werd de standaardbehandeling (azathioprine in combinatie met prednisolon) vergeleken met mycofenolaatmofetil (MMF) in combinatie met prednisolon bij nieuw gediagnosticeerde patiënten met AIH. Na 24 weken had een significant hoger percentage patiënten in de MMF-groep biochemische remissie bereikt in vergelijking met de azathioprine-groep (56,4% vs. 29,0%). Een kwart van de patiënten in de azathioprine-groep staaakte de behandeling vanwege intolerantie of bijwerkingen, zoals misselijkheid en braken, wat het belang van verder onderzoek naar behandelingsopties onderstreept, waarbij HRQoL een centrale rol moet spelen. Daarnaast werd in een multicenter cross-sectionele studie gekeken naar zowel de fysieke als mentale aspecten van kwa-

liteit van leven bij patiënten met AIH. Psychosociale en somatische symptomen werden geïdentificeerd als belangrijke factoren die hierop van invloed zijn.

Curriculum vitae

Romée Snijders (1992) studeerde Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam en promoveerde onder begeleiding van prof. dr. Joost P.H. Drenth en dr. Tom J.G. Gevers. Ze coördineerde de CAMARO-trial naar eerstelijnsbehandeling van AIH en zette een groot internationaal onderzoek op naar de kwaliteit van leven bij AIH-patiënten. Tijdens haar promotie was ze actief binnen commissies van het European Reference Network (ERN) RARE-LIVER en drie jaar redacteur van de DDD-nieuwsbrief. Daarnaast zit ze in het bestuur van 'Dokters op hakken', bleef ze actief als initiatiefnemer en redacteur van de boekenreeks Compendium Geneeskunde, en is ze co-secretaris van de Nederlandse AIH-werkgroep. Voor haar inzet voor het ERN-netwerk ontving ze in 2022 een fellowship award, in 2023 de Best abstract prijs van de NVGE, en in 2024 kreeg ze met Compendium Geneeskunde een Inclusivity Award voor haar bijdrage aan diversiteit. In januari 2025 start ze de opleiding tot MDL-arts in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Bijsluiters

THERAPEUTIC DRUG MONITORING IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: ESTABLISHED DRUGS REVISITED

Maartje van de Meeberg, Vrije Universiteit Amsterdam, 1 oktober 2024



De effectiviteit van medicatie voor inflammatoire darmziekten (IBD) is vaak teleurstellend. *Therapeutic drug monitoring* (TDM) biedt een mogelijkheid om medicatie aan te passen op basis van medicijnconcentraties, met als doel toxiciteit te verlagen of effectiviteit te verhogen. Dit proefschrift onderzoekt de mogelijkheid van TDM voor mesalazine bij

colitis ulcerosa (CU) en methotrexaat bij de ziekte van Crohn (ZvC). Een belangrijke vereiste voor TDM is dat er een duidelijke relatie is tussen de medicijnconcentratie en het effect. Wij vonden voor mesalazine geen duidelijke relatie tussen medicijnconcentratie (5-ASA en N-Acetyl-5-ASA gemeten in mucosa, feces en urine) en de mate van inflammatie bij CU-patiënten die mesalazine oraal gebruikten. Hierdoor lijkt TDM niet haalbaar.

Bij methotrexaat, tonen we middels een meta-analyse de relatie aan tussen de methotrexaat-polyglutamaat (MTX-PG) concentratie en de effectiviteit in patiënten met artritis en psoriasis. In een prospectief cohortonderzoek bij ZvC-patiënten zien we dat slechts 26 procent (21/80) na een jaar methotrexaat continueert, wat de noodzaak voor

optimalisatie onderstreept. Er is in dit cohort een significante relatie tussen een hogere MTX-PG₃-concentratie en een langere gebruiksduur, lager fecaal calprotectine en mogelijk minder gastro-intestinale intolerantie. Dit suggereert dat optimalisatie van methotrexaat middels TDM mogelijk lijkt.

Curriculum vitae

Maartje van de Meeberg (Woudenberg, 1990) studeerde geneeskunde in Nijmegen. Nadien werkte zij als anios MDL in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. In 2016 startte ze de opleiding tot MDL-arts in Utrecht. Na de vooropleiding volgde ze de certificering tot klinisch farmacoloog (Utrecht) en begon ze aan haar promotietraject in het Amsterdam UMC in samenwerking met het UMC Utrecht, onder begeleiding van prof. dr. Gerd Bouma, prof. dr. Robert de Jonge, dr. Herma Fidder en dr. Maja Bulatović-Ćalasan. In de jaren die volgden werd de opleiding afgewisseld met het promotie onderzoek. Momenteel is ze werkzaam als zesdejaars anios MDL in het UMC Utrecht.

Het proefschrift is te lezen via: https://www.globalacademicpress.com/ebooks/maartje_van_de_meeberg/

OPTIMISING COLORECTAL CANCER SURVEILLANCE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Anouk Wijnands, Universiteit Utrecht, 8 november 2024 (Cum Laude)



Patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) bij wie het colon is aangedaan, hebben een verhoogd risico op colorectaal carcinoom (CRC) en komen daarom in aanmerking voor CRC-surveillance.

Het doel van het in dit proefschrift beschreven onderzoek is om CRC-surveillance in IBD te optimaliseren. In een meta-analyse zijn risicofactoren en beschermende factoren voor de ontwikkeling van gevorderde colorectaal neoplasie (hooggradige dysplasie en CRC) bij patiënten met IBD geïdentificeerd. Deze kennis is gebruikt bij het ontwikkelen van een nieuw, dynamisch voorspelmodel voor het risico op gevorderde CRN. In toekomstig onderzoek kunnen deze voorspelde risico's worden gerelateerd aan surveillance-intervallen en in praktijk worden gebracht.

Daarnaast zijn voor het uitvoeren van surveillance drie technieken vergeleken ten aanzien van de colorectaal neoplasie detectiegraad.

Hoge-definitie (HD) wit licht endoscopie met een tweede inspectie van ieder darm segment (HD-WLE met SR) is niet-inferieur aan HD chromo-endoscopie. HD-WLE met SR is niet beter dan een conventioneel darmonderzoek. Deze resultaten suggereren dat de meerwaarde van HD-CE mogelijk wordt verklaard door de langere terugtrektijd, en niet het gebruik van contrast.

Curriculum vitae

Anouk Wijnands (Veldhoven, 1992) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. In 2019 startte zij met promotieonderzoek in het UMC Utrecht onder begeleiding van Bas Oldenburg, Sjoerd Elias en Maurice Lutgens. Het promotieonderzoek is mede mogelijk gemaakt door het *Initiative on Crohn and Colitis* (ICC) in Nederland. In november 2024 verdedigt zij haar proefschrift.

Op dit moment werkt zij als AIOS MDL in regio Utrecht en rond haar vooropleiding interne geneeskunde in september 2024 af.

Bijsluiters

No nonsense en focus op taakherschikking en digitalisering

Twee locaties (Apeldoorn-Zutphen), één team, een *no nonsense* mentaliteit en platte organisatiestructuur. Zie daar in een notendop de karakteristieken van de MDL-afdeling in Gelre ziekenhuizen. Waar de afdeling zich in onderscheidt? “Wij maken veel werk van taakherschikking en digitalisering”, zegt medisch manager (één dag per week) Eva Kouw. “Dankzij die aanpak bleek de afdeling tijdens corona flexibel en gemotiveerd in het bieden van zorg.” Haar collega MDL-arts Govert Veldhuijzen: “Met taakherschikking en digitalisering bieden we perspectief aan mensen die anders misschien wel jaren hetzelfde werk zouden doen. De aanpak past bij de *no nonsense* mentaliteit van onze afdeling.”

Hoe werkt de taakherschikking? De medisch manager: “We kijken waar iedereen, van arts tot ondersteuner, het beste tot z’n recht komt en floreert als het gaat om werkplezier en persoonlijke ontwikkeling. Bij taakherschikking heb je een duidelijk beeld nodig van wat je allemaal in huis hebt. Voorbeelden? We beleggen laagcomplex zorgpaden vooral bij verpleegkundigen en doktersassistenten, ondersteund door eHealth-oplossingen, die aangeven dat werk te willen doen. En we laten verpleegkundigen desgewenst switchen tussen endoscopie en poli. Het maakt hun werk afwisselend. En het management kan zien waar iemand wel of juist niet in z’n kracht staat. De mensen ervaren deze aanpak als plezierig. Natuurlijk gaat het ook wel mis. Dan matchen persoonlijke ambities niet met wat we in de praktijk zien. Maar dat mag.”

Waar de *no nonsense* mentaliteit uit blijkt, licht Govert Veldhuijzen toe. “De afdeling is plat georganiseerd, iedereen is elkaars gelijke. In de structuur zitten onze vier

physician assistants in opleiding en de *chef de clinique* op dezelfde plek als de MDL-artsen. Zij wonen de vakgroepvergaderingen volledig bij, want ook zij hebben scherp inzicht in hoe het op de afdeling gaat en kunnen daar waardevolle input op geven. No nonsense is ook dat als er iets op de afdeling gebeurt, hierover meteen communicatie op gang komt. Van eindeloze interne veenbrandjes hebben we gelukkig nauwelijks last. En wat in die cultuur ook heel goed past, en daar word ik persoonlijk blij van, is dat er geen heilige huisjes zijn. Alles mag op tafel.”

Volgens Eva Kouw vond de *no nonsense* mentaliteit een voedingsbodem nadat de afdeling in 2010 was ontploft en alle MDL-artsen hun biezen hadden gepakt. “Ik kwam hier eind 2015. Er was inmiddels een en ander opgebouwd. Maar het adagium van destijds, geldt nu nog steeds: je mag hier komen, doen en ontwikkelen waar je zin in hebt. In de zin van: je krijgt alle ruimte om

aan de afdeling te bouwen. Nou dat blijkt. Ik startte als zesde MDL-arts en we tellen er nu elf. We zijn gaan differentiëren binnen MDL en maken zowel organisatorisch als kwalitatief nog steeds een enorme groei door.”

Een van de groeibriljanten is die van de interventie-endoscopie. Govert Veldhuijzen: “Daar zoeken we de verdieping en dat is best ambitieus binnen een groot perifere ziekenhuis. Eva deed onlangs haar eerste EUS geleide gastro-jejunostomie, geleerd in het UMC Utrecht. Het is leuk en uitdagend om collega’s in het team nieuwe technieken te laten leren als EUS geleide galblaas/galgwegdrainages en gastro-jejunostomieën, maar ook de percutane endoscopische colostomie. Dit levert bovendien direct meerwaarde op voor onze patiënten. We werken op het vlak van HPB, IBD en colorectale pathologie, zoals complexe poliepen, veelal samen met het UMC Utrecht. Deze samenwerking verloopt heel prettig en smaakt naar meer.”



Staand (v.l.n.r.): Aura van Esch¹, Nicoline van Heel¹, Karin Koopman¹, Nina Beekmans¹, Daan de Koning¹, Boudewijn Kessing¹, Laura Leicher¹, Femke Boersma¹, Eva Kouw¹, Tim Froger², Luuk Mom².

Zittend (v.l.n.r.): Willemien Erkelens¹, Hidde War³, Suzanne Hessels², Govert Veldhuijzen¹.

¹ MDL-arts, ² Physician Assistant, ³ Physician Assistant i.o.

Bijsluiters

Advertentie

Advertentie

Referenties MAGMA 4-2024

CHOLEDOCHOLITHIASIS The Dutch-TIMELINESS Project – p. 191-192

1. Loozen M, Boerma D. Behandeling van cholecystitis acuta. 2017.
2. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, Anderloni A, Arvanitakis M, Domagk D, et al. Endoscopic management of common bile duct stones. 2019.
3. Richtlijndatabase. Gecompliceerde symptomatische galstenen: behandeling gecompliceerde galstenen. Beschikbaar op:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/galsteenlijden/gecompliceerde_symptomatische_galstenen/behandeling_gecompliceerde_galstenen.html
4. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YC, Janssen IM, Bolwerk CJ, Timmer R, et al. Wait-and-see policy or laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for bile duct stones: a randomised trial. *Lancet*. 2002;360(9335):761–5.
5. McCarty TR, Rustagi T. Role of Prophylactic Cholecystectomy After Endoscopic Sphincterotomy for Biliary Stone Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg*. 2021;273(4):677–86.
6. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YC, Janssen IM, Bolwerk CJ, Timmer R, et al. Timing of cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones. *Surg Endosc*. 2008;22(10):2046–50.
7. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YC, Janssen IM, Bolwerk CJ, Timmer R, et al. Early laparoscopic cholecystectomy improves outcomes after endoscopic sphincterotomy for choledochocystolithiasis. *Gastroenterology*. 2010;138(6):2315–20.
8. Li J, Zhang J, Huang Z, Liu Y, Wang Y, Zhao C, et al. Meta-analysis of the timing of laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with cholecystolithiasis and choledocholithiasis. 2023.
9. Dutch Snapshot Research Group. Snapshot Research. Beschikbaar op:
<https://snapshotresearch.nl/about/snapshot-research/>.
10. Hamid S, Park C, Anand SK, Ahmed S, Khan M, Rafiq E, et al. Paradigm shift towards emergency cholecystectomy: one site experience of the Chole-QuiC process. 2023.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. Appendix J, Full Health Economics Report. 2014.

GENEESMIDDELEN IV IJzer-sterk verhaal – p. 198-201

1. Schaefer B, Tobiasch M, Wagner S, et al. Hypophosphatemia after intravenous iron therapy: Comprehensive review of clinical findings and recommendations for management. *Bone* 2022;154:116202.
2. Wolf M, Rubin J, Achebe M, et al. Effects of Iron Isomaltoside vs Ferric Carboxymaltose on Hypophosphatemia in Iron-Deficiency Anemia: Two Randomized Clinical Trials. *Jama* 2020;323:432-443.



3. Zoller H, Wolf M, Blumenstein I, et al. Hypophosphataemia following ferric derisomaltose and ferric carboxymaltose in patients with iron deficiency anaemia due to inflammatory bowel disease (PHOSPHARE-IBD): a randomised clinical trial. *Gut* 2023;72:644-653.
4. Nouhravesh N, Garg J, Rockhold FW, et al. Characterization of serum phosphate levels over time with intravenous ferric carboxymaltose versus placebo as treatment for heart failure with reduced ejection fraction and iron deficiency: An exploratory prospective substudy from HEART-FID. *Eur J Heart Fail* 2024.
5. Schoon EJ, van Nunen AB, Wouters RS, et al. Osteopenia and osteoporosis in Crohn's disease: prevalence in a Dutch population-based cohort. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2000:43-7.
6. Farmacotherapeutisch Kompas.
7. Schaefer B, Tobiasch M, Viveiros A, et al. Hypophosphataemia after treatment of iron deficiency with intravenous ferric carboxymaltose or iron isomaltoside-a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2021;87:2256-2273.
8. Tabish M, Agarwal S, Gopi S, et al. Randomized Controlled Trial of Intravenous Ferric Carboxymaltose vs Oral Iron to Treat Iron Deficiency Anemia After Variceal Bleed in Patients With Cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 2024;119:2061-2069.
9. Kennedy NA, Achebe MM, Biggar P, et al. A systematic literature review and meta-analysis of the incidence of serious or severe hypersensitivity reactions after administration of ferric derisomaltose or ferric carboxymaltose. *Int J Clin Pharm* 2023;45:604-612.
10. Pollock RF, Muduma G. A systematic literature review and indirect comparison of iron isomaltoside and ferric carboxymaltose in iron deficiency anemia after failure or intolerance of oral iron treatment. *Expert Rev Hematol* 2019;12:129-136.
11. Torres J, Bonovas S, Doherty G, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *J Crohns Colitis* 2020;14:4-22.
12. Bijwerkingencentrum Lareb - Middelen bij bloedarmoede tijdens de zwangerschap.
13. Confidentieel rapport misbruikt voor reclaimedoeleinden - <https://www.lsenr.nl/artikelen/confidentieel-rapport-misbruikt-voor-reclamedoeleinden>.
14. Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) - <https://www.cgr.nl/Klachten/Klachten/2013/K13-002-Pharmacosmos-en-Cablon-Vifor>, 2013.
15. Mahase E. Drug company Vifor is investigated for allegedly spreading misinformation about competitor. *BMJ* 2022;377:o1536.
16. Competition and Markets Authority (CMA) - <https://www.gov.uk/government/news/cma-investigates-vifor-pharma-to-safeguard-essential-anaemia-treatment>, 2024.

KWALITEIT Medisch Tuchtrect: juichen of joelen? – p. 225-227

1. [Kamerstuk 34629, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#). Wijziging van de wet BIG (2017)
2. KNMG. (2017). *Tuchtrect en klachtrect in de zorg: Handleiding voor artsen*. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. [KNMG.nl](#)
3. Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. (2023). *Jaarverslag 2022, 2023*. [tuchtcollege-gezondheidszorg.nl](#)



4. *Tweede evaluatie. Wet op de beroepen in individuele gezondheidszorg*. Onderzoeksrapport ZonMw, oktober 2013.
5. Stichting Beheer en VVAA. *Defensieve zorgverlening*. Een onderzoek naar de stand van zaken anno 2016. Utrecht 2016.
6. Laarman B, et al. How do doctors in the Netherlands perceive the impact of disciplinary procedures and disclosure of disciplinary measures on their professional practice, health and career opportunities? A questionnaire among medical doctors who received a disciplinary measure. *BMJ Open* 2019;9:e023576.
7. Wiznitzer S.N.P.(proefschrift 2021) *Defensieve dokters? Een juridisch-empirisch onderzoek naar de invloed van het medisch aansprakelijkheidsrecht op het professionele handelen van zorgverleners*. ISBN13 9789462909571
8. Raaijmakers, C., & Duijm, L. (2020). *Afschaffing van het tuchtrecht: Risico's en gevolgen*. *Medisch Contact*, 75(4), 456-463.
9. www.turecht.nl: platform artsen en patiëntvertegenwoordigers

LOOPBAANONTWIKKELING Sponsoring: de onmisbare sleutel tot gelijke loopbaankansen in de medische discipline – p. 232-236

Ayyala, M. S., Skarupski, K., Bodurtha, J. N., González-Fernández, M., Ishii, L. E., Fivush, B., & Levine, R. B. (2019). Mentorship is not enough: exploring sponsorship and its role in career advancement in academic medicine. *Academic Medicine*, 94(1), 94-100.

Brink, van den M. (2025). Change towards more gender equality: the role of formal sponsorship programs in a Dutch professional service firm. In S. Williamson, J. Parker, N. Donnelly, S. Ressler and M. Gavin (Eds). *Research Handbook on Gender, Work and Employment Relations*. Cheltenham: Edgar Elgar Publishing.

De Vries, J., & Binns, J. (2018). *Sponsorship: Creating Career Opportunities for Women in Higher Education*. Canberra, ACT, Australia: Universities Australia Executive Women (UAEW).
<https://www.universitiesaustralia.edu.au/UAEW/SponsorGuide>

Ibarra, H., Carter, N. M., & Silva, C. (2010). Why Men Still Get More Promotions Than Women. *Harvard Business Review*, 88(9), 80-85. <https://hbr.org/2010/09/why-men-still-get-more-promotions-than-women>

Levine, R. B., Ayyala, M. S., Skarupski, K. A., Bodurtha, J. N., Fernández, M. G., Ishii, L. E., & Fivush, B. (2021). “It’s a little different for men”—sponsorship and gender in academic medicine: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 1-8.

Rubulotta, F. (2024). Advancing careers in critical care medicine: the power of sponsorship and mentorship. *The Lancet Respiratory Medicine*, 12(2), 99-101.

LEVER Komt een patiënt met cirrose op de IC? – p. 235-237

1. De Haan J, Termorshuizen F, de Keizer N, et al. One-year transplant-free survival following hospital discharge after ICU admission for ACLF in the Netherlands. J Hepatol 2024;81:238-247.
2. European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, European Association for the Study of the L. EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. J Hepatol 2023;79:461-491.