

STAND VAN ZAKEN 58 / RONDETAfelGESPREK:
TAAKHerschIKKING 60-65 / GROENE MDL 66
ANDERHALVELIJNSZORG 68 / KWALITEIT ENDOSCOPIE 69-71
THEMA: OPLEIDING 73-93 / COLUMN 77 / MDL-TRANSFERS 79
INTERVIEW: ALCOHOLVRIJ 94 / KENNISAGENDA 97
POCKET MDL 98 / LEVER 101 / PANDORA-STUDIE 104
PROEFSCHRIFTEN 106 / DE AFDELING 109

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 29 / NUMMER 2 / JUNI 2023





RdK

STAND VAN ZAKEN

Is gratis online informatie net zo goed als betaalde gedrukte informatie?

Als ik college geef aan medisch studenten, probeer ik de actualiteit erbij te betrekken. Dat is relatief eenvoudig, want er gebeurt veel in de wereld en in de geneeskunde. Ook geef ik graag interactieve colleges. Een van de eerste vragen die ik de studenten stel, is: “Welke krant lezen jullie?”. Helaas zijn er anno 2023 geen of nauwelijks studenten die nog een kwaliteitskrant als het *NRC* of *de Volkskrant* lezen. Nieuws komt binnen via sociale media (Twitter, Instagram, Facebook) of gratis nieuwssites van kranten en/of tijdschriften. Dan vraag ik: “Wie leest *Medisch Contact?*” of “Wie leest het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde?*”. Helaas, een enkeling kijkt wel eens op de website van de KNMG, maar verder blijft het stil. Ook een tijdschrift als *New England Journal of Medicine* wordt niet gelezen en is zelfs grotendeels onbekend.

Recent werd in de landelijke dagbladen melding gemaakt van de enorme vooruitgang in de behandeling van hemofilie, waaraan ook de afdeling hematologie van het Erasmus MC een belangrijke bijdrage heeft geleverd. Dit was de vierdejaars studenten volledig ontgaan. In mijn tijd – lang geleden – had je of enkele eigen abonnementen, of je ging met regelmaat naar de medische bibliotheek. De wekelijkse patiëntencasus uit het General Massachusetts Hospital was in de pauzes regelmatig onderwerp van gesprek.

Studenten zoeken anno 2023 vooral gericht naar informatie, zo blijkt. Betekent dit dat hun gemiddelde kennisniveau daardoor afneemt? Voor zover ik weet is daarnaar nog geen onderzoek gedaan. Ik twijfel echter wel eens aan de algemene medische en maatschappelijke kennis van medisch studenten als zij kranten en tijdschriften niet meer als belangrijke bron van informatie zien. Studenten geneeskunde zijn de hoogst opgeleiden van morgen. Van hen mag je niet alleen een zekere betrokkenheid verwachten bij de ontwikkelingen in en rondom hun vakgebied, maar ook bij maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.

De informatie die studenten zoeken, is vrijwel altijd ‘gratis’. Er is geen bereidheid tot het betalen voor informatie. Aan de andere kant zijn uitgeverijen niet bereid om lesmateriaal samengesteld door professionals gratis beschikbaar te stellen. Toch blijven wij als docenten boeken en tijdschriften opgeven als verplicht lesmateriaal. Daar zit een tegenstelling tussen docenten en studenten die vooralsnog niet overbrugbaar is.

Het inschatten van het kennisniveau van medisch studenten is voor de individuele docent onmogelijk. Ik vrees dat die afneemt. Is dit slechts een angst die wordt ingegeven door de generatiekloof, waarbij artsen zoals ik denken dat de ‘oude vertrouwde’ boeken en tijdschriften essentieel zijn voor kennisontwikkeling en onafhankelijk nadenken? Natuurlijk is het van belang medisch studenten kritisch én empathisch te begeleiden. Wellicht moet ik mijn vragen over welke kranten en tijdschriften worden gelezen achterwege gelaten. Maar ik zou het toejuichen als deze vraag zou worden onderzocht!

Rob de Knegt

► **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 113.

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

Geert Bulte
Sietske Corporaal
Mirjam van der Ende
Marina Grubben
Clasine de Klerk
Rob de Knegt
Ger Koek
Lieke Koggel
Susanne Korsse
Govert Veldhuijzen
Fanny Vuik

Interviews

Monique Koudijs
Charlotte Piers

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

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

Abonnementen

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

Vormgeving

M.Art, Haarlem
grafische vormgeving

Druk

Deltabach Grafimedia BV
Nieuw-Vennep
ISSN: 1384-5012

MAGMA

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

COVERFOTO

Joost van Lierop

REDACTIE MAGMA

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

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

Nieuwe NVMDL Kennisagenda: *less is more*

In maart dit jaar werd de nieuwe (tweede) Kennisagenda van de NVMDL, in samenwerking met de NVGE en NVH, gepubliceerd. Met deze Kennisagenda gooien we het over een andere boeg. Voorheen werden tien min of meer los van elkaar bestaande kennishiaten geprioriteerd voor verdere wetenschappelijke onderbouwing. Nu is gekozen voor een overkoepelend thema, ingegeven door de maatschappelijke realiteit dat er grenzen zijn aan de personele en financiële capaciteit van de Nederlandse gezondheidszorg.

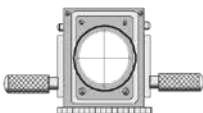
De tweede Kennisagenda staat daarom volledig in het teken van reductie van in potentie minder effectieve MDL-zorg om daarmee ruimte te houden voor MDL-zorg die meer impact heeft. Reductie is het sleutelwoord in alle nieuwe kennishiaten. Minder zorg bij aandoeningen zoals kleine colonpoliepen, IBD in remissie, functionele MDL-problemen, pancreascysten, hepatocellulair carcinoom- en Barrett-screening, maar ook minder CO₂-afgifte, minder opvlammingen van IBD en minder ERCP-ingrepen bij verdenking op choledocholithiasis.

Een ander bekend probleem van kennisagenda's is dat de doorlooptijd van wetenschappelijk onderzoek naar uiteindelijk breed gedragen richtlijnen, die ook nog in de dagelijkse praktijk worden uitgevoerd, enorm lang is. Nadenken over een onderzoeksopzet – protocol schrijven – subsidieaanvraag schrijven en meestal afgewezen worden – uitvoeren, analyseren en publiceren van het onderzoek – vertalen naar een richtlijn – beleid volgens de richtlijn implementeren: een dergelijke cyclus duurt zonder overdrijven meer dan tien jaar.

Deze tijd hebben we niet. Maatschappelijke ontwikkelingen gaan vaak veel sneller. Daarom moeten we dit anders gaan benaderen. Door kritisch naar ons eigen zorgaanbod te kijken, kunnen we direct stoppen met mogelijk ineffectieve zorg waarvan de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt of schamel is. Hiermee creëren we financiële ruimte om evaluatie-onderzoek te doen naar deze vorm van zorg. Als het wel effectief blijkt te zijn, voeren we het weer in, zo niet, dan stoppen we er definitief mee. Dit hoeft dus niet ten koste te gaan van de kwaliteit van zorg die we aan alle MDL-patiënten willen geven.

Neem s.v.p. kennis van de Kennisagenda (www.mdl.nl) en laat u inspireren tot baanbrekend zorgevaluatie-onderzoek!

Was getekend,
Frank Vleggaar
-voorzitter-



Opleiding

De maatschappij verandert snel en ingrijpend en de opleiding tot MDL-arts moet daarop worden afgestemd. Uitdagingen komen van alle kanten: de zorgkosten moeten worden beteugeld, het Integraal Zorgakkoord verlangt een andere inrichting van het zorglandschap, de jonge generatie artsen wil een andere werk-privébalans en medisch specialist zijn beperkt zich niet meer tot klinisch werk. Ook inhoudelijk is het vak van MDL-arts voortdurend in beweging.

In deze editie van *MAGMA* halen we de opleiding voor het voetlicht. Hoe beweegt deze mee met bovengenoemde ontwikkelingen? We blikken terug op het verleden en kijken vooruit naar de toekomst. Zo vond er een rondetafelgesprek plaats waarin 'oude rotten' en 'jonge honden' met elkaar in gesprekken gingen over generatieverschillen: wat is er veranderd? Wat kunnen we van elkaar leren? Wat gaat de toekomst brengen?

Paetrick Netten, voorzitter van de FMS-werkgroep Opleidingsstructuur, schetst het profiel van de medisch specialist van de toekomst. Bas Oldenburg en Michael Klemt-Kropp vertellen in die lijn over het compleet nieuwe opleidingsplan NOVUM 2.0, waarin onder andere de schotten tussen de traditionele uitstrooprofielen verdwijnen. Rob de Knecht heeft in Denemarken gekeken hoe MDL-artsen werken en reflecteert op wat we daarvan kunnen leren. Ook vertelt hij over de transabdominale echografie, waarvan besloten is dat het een onderdeel wordt van de opleiding tot MDL-arts. En wat te denken van het teruglopende aantal airos? Hoe leveren we de MDL-zorg in de toekomst? Wordt de rol van de anios, verpleegkundig specialist of PA essentieel voor de kliniek?

Dit, en nog veel meer, vinden jullie in het thema 'Opleiding' van deze *MAGMA*. Wij wensen jullie veel leesplezier!

Xavier Smeets & Clasine de Klerk
Bestuursleden NVMDL i.o.

VS, PA EN GESPECIALISEERD VERPLEEGKUNDIGEN WILLEN NIET AAN ZIJLIJN STAAN

“Meepraten over beleid is voor mij net zo belangrijk als voor MDL-arts”

Zowel een physician assistant als een verpleegkundig specialist zijn bevoegd om zonder supervisie medische taken uit te voeren (taakherschikking); de gespecialiseerd verpleegkundigen doen dat onder supervisie (taakdelegatie). Maar rollen, bekwaamheden en (zelfstandige) bevoegdheden blijken binnen MDL-vakgroepen vaak onduidelijk te zijn. Ze zijn niet goed omschreven. Wat gaat wel goed, wat kan beter en wat is echt nodig voor de kwaliteit van werken en zorg?

“**T**aakdelegatie en taakherschikking zijn voor de kwaliteit van zorg, maar ook vakinhoudelijk zeker van toegevoegde waarde”, vindt Michael Klemt-Kropp, MDL-arts binnen de Noordwest Ziekenhuisgroep in de regio Noord-Holland. “Het aantal artsen is immers beperkt en ook de animo onder de jonge garde om medisch specialist te worden, neemt af, terwijl het aantal patiënten toeneemt. Veel zorg kan ook prima worden uitbesteed aan andere beroepsgroepen, als de physician assistant (PA), de verpleegkundig specialist (VS) en de gespecialiseerd MDL-verpleegkundige, waarbij de laatste natuurlijk onder supervisie werkt. Ook voor onder meer de continuïteit, de bereikbaarheid en de uniformiteit van de zorg is de inzet van deze zorgprofessionals belangrijk.” Maar om taakherschikking adequaat in te zetten, moet je wel begrijpen hoe het werkt, zegt Klemt-Kropp. “Je moet je realiseren dat het niet alleen klusjes zijn onder supervisie, maar dat de VS en PA zelfstandige beroepsgroepen zijn met een eigen AGB-code en op termijn een eigen facturering. Dat heeft tijd nodig. Je

moet gaan inzien dat het voor een enorme ontlasting zorgt en dat het werk op allerlei vlakken ook gewoon beter gaat. Voordien waren we als MDL-artsen prima ballerina’s die vonden dat we alles zelf het beste konden oplossen. Dat is verleden tijd. Nu is een culturomslag nodig.”

Onwetendheid

Binnen de MDL-praktijk zijn steeds meer

physician assistants, verpleegkundig specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen werkzaam. Zo kennen veel ziekenhuizen inmiddels de MDL-verpleegkundige, de voedingsverpleegkundige, de endoscopieverpleegkundige en -assistent en de verpleegkundig endoscopist. Wat hen kenmerkt is dat zij werken onder supervisie van een MDL-arts. MDL-verpleegkundige in het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan



Michael Klemt-Kropp:
“Nu is een culturomslag nodig.”

Gespreksdeelnemers:

Michael Klemt-Kropp

(MDL-arts Noordwest Ziekenhuisgroep en opleider verpleegkundig endoscopisten)

Thea Korpershoek

(verpleegkundig specialist MDL Albert Schweitzer ziekenhuis en lid landelijke werkgroep Taakherschikking MDL)

Ebelien Brons

(physician assistant MDL Rijnstate en lid landelijke werkgroep Taakherschikking MDL) en

Marieke Zwijnenburg

(MDL-verpleegkundige IJsselland Ziekenhuis).

den IJssel, Marieke Zwijnenburg: “Alles wat ik doe en inplan, gaat in overleg. Als ik een patiënt zie en er zijn bijzonderheden,

dan maak ik zelf een plan, maar koppel dat vervolgens altijd terug naar mijn supervisor. Samen gaan we dan in conclaaf. Heb je meer ervaring, dan kun je alvast wat voorbereidende werkzaamheden verrichten bij patiënten met klachten, bijvoorbeeld bloed laten prikken. Mijn functie is in feite een soort ‘verlengde arm van de MDL-arts’, al mag je dat volgens mij niet meer zo noemen.” Klemt-Kropp, vanaf de start in 2012 betrokken bij de opleiding Verpleegkundig Endoscopisten (VE): “In Alkmaar werken we nu met vier VE. Zij hebben een extra opleiding gevolgd om coloscopieën te doen en ontlasten de MDL-vakgroep bij de zogenaamde *low risk*-coloscopie, zoals de controle-coloscopie na eerdere poliepectomie of na een operatie van colonkanker. De klassiek geplande controle-coloscopieën

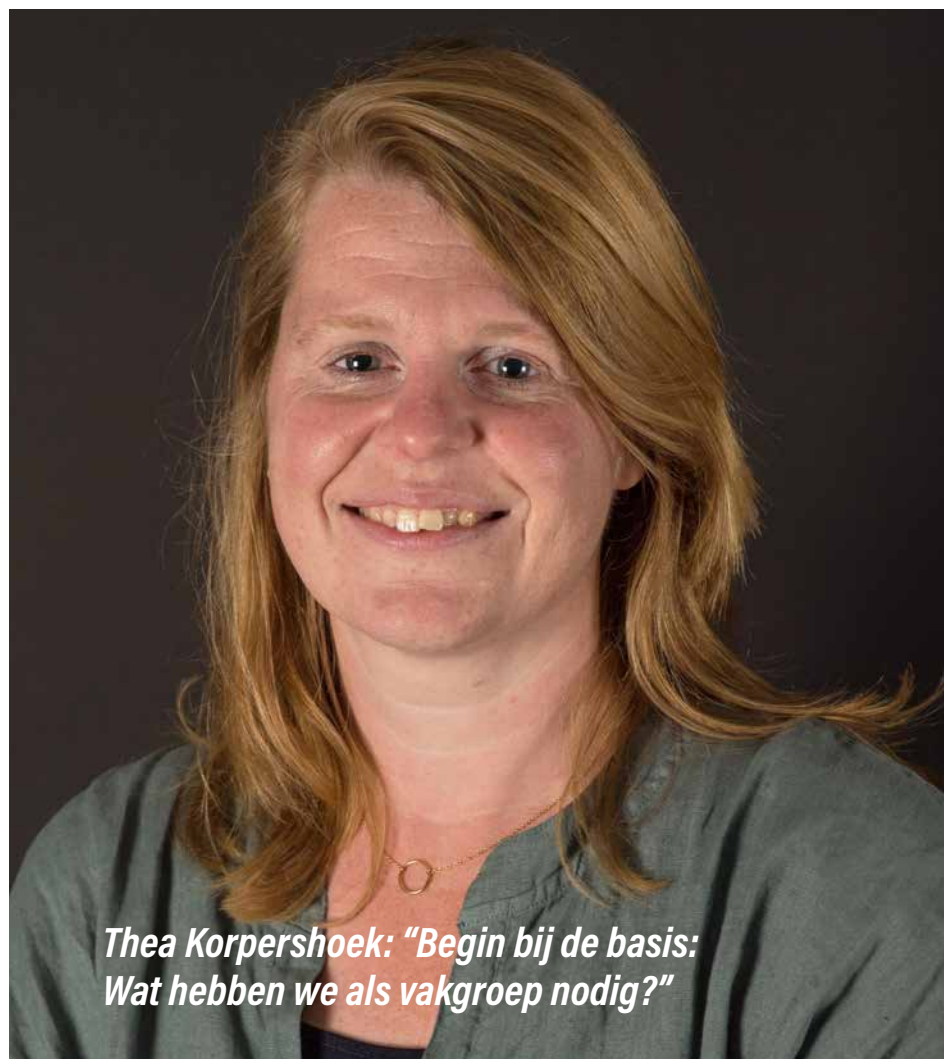
dus. Dat zijn er best veel. Ze kunnen ook poliepen verwijderen. Zij doen dit onder supervisie, maar het is nooit zo’n ‘verlengde arm-constructie’ geweest; dat mochten we inderdaad nooit zeggen, maar dat willen we ook echt vermijden. Wij als MDL-artsen kunnen daarmee de focus leggen op de wat complexere procedures.”

De bevoegdheden – en dus ook de rollen – van de PA en de VS zijn veel minder bekend dan die van de gespecialiseerd verpleegkundigen, constateren de gespreksdeelnemers. Thea Korpershoek, verpleegkundig specialist MDL in het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht en actief binnen de landelijke werkgroep Taakherschikking MDL: “Als ik bij ons in het ziekenhuis alle MDL-artsen een-voor-een zou vragen wat het verschil is tussen een VS en een gespecialiseerd verpleegkundige, denk ik dat ik verschillende antwoorden krijg. De ene MDL-arts heeft daarvan meer kennis dan de andere. Onze MDL-artsen hebben inmiddels wel een goed beeld, denk ik, maar dat is niet overal zo; dat hoor ik ook van collega’s in andere ziekenhuizen. Er ontbreekt vaak achtergrondinformatie over onze taken en bevoegdheden.”

Ook Ebelien Brons, PA MDL in ziekenhuis Rijnstate in Arnhem – en ook actief in de landelijke werkgroep Taakherschikking – merkt en hoort van haar collega’s in andere ziekenhuizen, dat onder MDL-artsen nog veel onwetendheid is over de bevoegd- en bekwaamheden van een PA. Maar zelfs de taakomschrijvingen van gespecialiseerd verpleegkundigen zijn binnen de vakgroepen niet altijd duidelijk, weet Klemt-Kropp. “We hebben bijvoorbeeld meegemaakt dat bij ons opeens een IBD-verpleegkundige uit de lucht kwam vallen zonder dat we er onderling over hadden gesproken wat dat betekende en wat de werkzaamheden waren. Zo kan het natuurlijk niet.”

Toegevoegde waarde

In Nederland zijn taakdelegatie en taakherschikking (het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepsgroepen) in



Thea Korpershoek: “Begin bij de basis: Wat hebben we als vakgroep nodig?”



ADVERTENTIE

de zorg in volle gang. Dit om zowel de efficiëntie in de zorg als de patiëntgerichtheid te verbeteren. Achterliggende gedachte is om met de toenemende zorgvraag de kwaliteit van zorg op peil te houden zonder dat het duurder wordt. Daarnaast moet het de loopbaanmogelijkheden voor zorgprofessionals vergroten om hen te behouden voor het werken in de zorg. Maar ook voor (MDL-)artsen heeft het voordelen de zorg anders te organiseren. MDL-verpleegkundige Zwijnenburg: “Ik zie vooral IBD-patiënten en heb meer tijd dan de MDL-arts om vragen van patiënten te beantwoorden, uitleg te geven over medicatie en spuitinstructies te geven.” Korpershoek vult aan: “De gespecialiseerd verpleegkundigen hebben ook een grote

rol in e-health.” Klemt-Kropp: “E-health is inderdaad een goed voorbeeld. Er bestaat inmiddels *Mijn IBD-coach* en binnenkort komt *Mijn Levercoach*. Het klinkt allemaal leuk, maar er moet natuurlijk wel iemand achter de knoppen zitten om die enorme hoeveelheid informatie die binnenkomt goed te verwerken. Dat kán helemaal niet zonder de gespecialiseerd MDL-verpleegkundigen, VS en/of PA.”

VS Korpershoek ontlast de MDL-artsen weer op een andere manier. “Wat ik vooral als meerwaarde zie, is dat ik medische en verpleegkundige taken kan combineren. Ik ben de regiebehandelaar van groepen patiënten, in mijn geval bijvoorbeeld patiënten met

levercirrose Child Pugh stadium A, hepatitis B en C, PDS en bepaalde IBD-zorg. Ik zie ook patiënten met levertestafwijkingen vanuit de triage, die gelijk vanaf de huisarts komen. Ik mag zelf diagnoses stellen en behandelen, dus er is volledige overname van laag complexe zorg en deels overname van hoog complexe zorg. Daarbij doe ik ook poliklinische consulten, die anders bij een MDL-arts terecht zouden komen. Een plus – waar de MDL-artsen in ons ziekenhuis heel blij mee zijn – is dat ik kartrekker ben van kwaliteitsprojecten, zoals de ontwikkeling van zorgpaden voor PDS, IBD en leverziekten waaronder recent ook voor NASH.”

Voor PA Brons ligt de focus van haar werk op zaal, consulten en poli. “De meerwaarde van een PA is dat we bijvoorbeeld voor continuïteit zorgen, met name in onze zaalartsfunctie. De zaalartsen in ons opleidingsziekenhuis – veelal aios of anios – zijn maar tijdelijk en voor een kortere (stage)tijd op de afdeling aanwezig en moeten regelmatig weg voor onderwijs. Wij als PA weten hoe het werkt op de afdeling, kennen de protocollen en ook de chronische patiënten die je regelmatig terugziet, waardoor de continuïteit is gegarandeerd en ook de visites soepeler verlopen. Dankzij deze continuïteit wordt er ook aandacht besteed aan kwaliteitsverbetering op de verpleegafdeling of in werkprocessen. Wij nemen als PA die als zaalarts of consultant werkt dus niet zozeer werk van MDL-artsen over, maar van a(n)ios. Door onze ervaring en kennis hebben de MDL-artsen minder tijd nodig voor intercollegiaal overleg. Poliklinisch kun je de lager complexe zorg aan de PA overlaten, waardoor de MDL-artsen meer tijd hebben voor de meer complexe poliklinische zorgvragen.”

Klemt-Kropp onderschrijft de toegevoegde waarde van gespecialiseerd verpleegkundigen en zelfstandige functies als de VS en PA. “Naast ons opleidingsziekenhuis in Alkmaar werken we ook in een kleiner, perifeer ziekenhuis in Den Helder. Daar werken al jaren VS op de zaal, in de rol van ‘zaalartsen’ in plaats van aios of anios die er inderdaad altijd maar tijdelijk zijn. Een aantal zaken



Ebelen Brons: “Dankzij continuïteit wordt er ook aandacht besteed aan kwaliteitsverbetering en het werkproces.”

loopt daar nu veel beter, zoals het volgen van protocollen voor betere medicatieverificatie bij opname en ontslag.” Voor chronische patiënten op de polikliniek ziet hij ook een duidelijke toegevoegde waarde. “Voor deze patiënten is vaak intensievere – en ook psychosociale – begeleiding nodig. Door de inzet van deze zorgprofessionals is de zorg voor chronische patiënten laagdrempeliger bereikbaar. Deze patiënten willen bijvoorbeeld graag snel geholpen worden als er iets aan de hand is. Dat is op onze spreekuren toch wat lastig te organiseren; we zijn al maanden van tevoren volgeboekt.”

Samen beslissen

Om optimaal profijt te hebben van de voordelen van taakdelegatie en taakherschik-

king, is het wel belangrijk om het goed te organiseren, benadrukken de gespreksdeelnemers. Zo is het van belang dat iedereen in de vakgroep op de hoogte is wat precies de bekwaamheden en bevoegdheden zijn van de diverse ondersteunende en zelfstandige functies. Ook is het relevant dat taakomschrijvingen helder zijn en dat duidelijk is waar ieders verantwoordelijkheid ligt. Korpershoek: “Begin bij de basis: wat hebben we als vakgroep nodig? Ik ben bang dat dit vaak al niet met elkaar wordt bedacht. Vervolgens onderzoek je wie dat het beste kan doen: een PA, een VS of een gespecialiseerd MDL-verpleegkundige. Je hebt verschillende keuzemogelijkheden, maar ook financieel heeft dat weer een andere lading. Want een gespecialiseerd

verpleegkundige wordt door een ziekenhuis betaald en voor een PA of VS moet een MSB meebetalen. Dus daarin moet je toch samen als vakgroep beslissen wat je nodig hebt, wat het oplevert en welke functie daarvoor het meest geschikt is.” Klemt-Kropp: “Thea heeft helemaal gelijk: je moet eerst een plan maken waar je naartoe wilt. Bij ons heeft een interne, ziekenhuisbrede commissie met stakeholders eerst een grondige analyse gedaan en een visiedocument geschreven. Deze commissie heeft onderzocht wat het betekent als er minder arts-assistenten instromen en ook minder beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt en hoe je het werk met dezelfde kwaliteit toch kunt blijven doen. We hebben daarin ook heel intensief naar taakherschikking gekeken: welke functies zijn bij welke vakgroep nodig om het werk te kunnen blijven doen? Waar willen we naartoe? Maar ook: waar zien de gespecialiseerd MDL-verpleegkundigen, VS en PA zichzelf in de organisatie? Dat scherp hebben, is enorm belangrijk. Hieruit volgt dan een strategische langetermijnplanning.”

Zijn er eenmaal gespecialiseerd MDL-verpleegkundigen, VS en PA aangenomen, dan is het zaak om hun rol binnen de vakgroep goed te definiëren, benadrukt Klemt-Kropp. “Wat is de rol van een gespecialiseerd verpleegkundige, VS of PA en wat zijn haar of zijn bevoegdheden? Welke medicijnen mogen ze bijvoorbeeld voorschrijven en hoe groot is de poliep die ze mogen verwijderen? Dat moet allemaal duidelijk op schrift staan en geaccordeerd worden door iedereen.” Brons vult aan: “Vanuit de werkgroep Taakherschikking van de NVMDL hebben we daar mooie documenten voor, specifiek gericht op MDL. Op deze werkformulieren kan individueel, met de vakgroep, duidelijk worden vastgelegd wat afspraken zijn met betrekking tot de bevoegdheden en bekwaamheden van de zorgverlener. Je kunt ze vinden op de website van de vereniging.”¹ Korpershoek vult aan: “We hebben het met die werkformulieren eigenlijk zó makkelijk gemaakt voor iedereen. Met die werkformulieren krijg je als VS'er de afstemming met de MDL-artsen veel beter. Je taken en



Marieke Zwijnenburg:
“Verbinding, het gezien worden en onderling vertrouwen doet ook veel met je werkplezier.”

Taken en bevoegdheden

Physician assistant (PA): biedt zelfstandig geneeskundige zorg aan patiënten binnen een medisch specialisme. Dit doet de PA in samenwerking met een medisch specialist. De PA wordt breed medisch opgeleid en verdiept zich in de gehele breedte van het specialisme waarin hij/zij werkzaam is. De werkzaamheden van een PA lopen uiteen van eenvoudige basiszorg tot medisch-specialistische zorg, inclusief het uitvoeren van een aantal voorbehouden handelingen en het indiceren en voorschrijven van medicatie.

Verpleegkundig specialist (VS): combineert zelfstandig verpleegkundige en medische taken. De VS wordt ingezet als zelfstandig (regie)behandelaar, is bevoegd voor het stellen van een diagnose, het inzetten van de behandeling en aanvullende diagnostiek. Tot de kerntaken behoren ook het verbeteren van zorgprocessen, kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering. Een verpleegkundig specialist heeft dezelfde bevoegdheden als een PA.

Gespecialiseerd verpleegkundige: een verpleegkundige (meestal met een aantal jaren werkervaring) met een vakgerichte vervolopleiding. Werkt onder supervisie.

verantwoordelijkheid bij specifieke patiëntengroepen staan dan bovendien duidelijk op schrift.” Klemt-Kropp: “Die documenten moet je vervolgens dynamisch aanpassen. Niet één keer standaard opschrijven, maar telkens weer herbeoordelen, kijken of het allemaal nog klopt op de manier zoals je het aanvankelijk hebt afgesproken met elkaar.”

Sterker staan

De taakdelegatie loopt volgens de gespreksdeelnemers inmiddels redelijk goed, maar de taakherschikking is duidelijk andere koek. Klemt-Kropp: “Taakdelegatie doen we

natuurlijk al een tijdje en dat gaat hartstikke goed. Maar taakherschikking, dat een heel andere beroepsgroep echt taken overneemt met volledig eigen verantwoordelijkheid, dat is een heel ander punt. Het duurt even voordat iedereen begrijpt hoe het in elkaar zit. Voor de oudere arts is het misschien lastiger dan voor de jongere arts, die met deze systeemverandering opgroeit. Maar een bepaalde flexibiliteit is wel nodig. Het is niet meer vrijblijvend. De overheid zal het ooit een keer gaan afdwingen.”

Korpershoek heeft haar plek als verpleegkundig specialist wel gevonden: “Wij hebben het best goed ingericht. Maar ik geef toe: dat komt ook omdat ik daarin goed kon sturen en er zelf achteraan ben gegaan. Maar in het ziekenhuis (buiten de vakgroep) is het best nog wel een strijd om duidelijkheid te hebben over wat je wel en niet mag. Bijvoorbeeld dat ik ook gewoon patiënten mag doorverwijzen. De regelgeving – hoe het is vastgelegd in het patiëntensysteem – is daarin vaak onduidelijk. Het is nog zoeken.” En er is meer. “Behalve goede onderlinge afspraken over taken en verantwoordelijkheden, vind ik het persoonlijk heel belangrijk om ook echt betrokken te worden bij het beleid van de vakgroep MDL. Dus participeren bij vergaderingen, meedenken over de toekomst. Het beleidsplan van wat we de komende vijf jaar gaan doen, is voor mij nét zo belangrijk als voor een MDL-arts. Maar ik hoor veel van andere VS verspreid over Nederland dat verpleegkundig specialisten niet betrokken worden bij de beleidsvergaderingen van MDL-artsen en dus ook niet meedenken over beleid. Bij ons hebben wij het wel zo kunnen inrichten: ik ben aanwezig bij de vergaderingen, heb daarin ook een rol, mag meedenken en word betrokken bij de beleidsdagen. Ik denk dat je daardoor ook veel sterker staat met elkaar.” Brons (PA) onderschrijft dat. “Wij hebben een soort tussenfunctie en zien dus veel meer de kleinere problemen op de werkvloer. Niet per se wat betreft de patiëntenzorg, maar bijvoorbeeld qua logistiek, protocollen, en dergelijke. Omdat wij dicht bij de werkvloer staan, horen wij vaker en eerder waar behoefte aan is. Alleen

daarom zou het al goed zijn als wij meer betrokken zouden worden bij visie en beleid van de vakgroep. Ik denk dat dat zeker meerwaarde zou hebben.” Ook Zwijnenburg (gespecialiseerd MDL-verpleegkundige) zou meer betrokken willen worden. “Ik hoef niet zozeer iedere keer bij de vergadering van de vakgroep te zitten, maar zou wel meer over het beleid willen meepraten, meer willen worden meegenomen in beslissingen. Dat mis ik bij ons wel een beetje. Dat je meer het gevoel hebt dat je het met elkáár doet, sámen zorgdraagt voor die patiënt. Ik denk dat die verbinding, het gezien worden en dat onderlinge vertrouwen ook veel doet met je werkplezier.”

Assertiviteit

“Je opmerking is genoteerd, Marieke. Terwijl je dit vertelt, vraag ik mij meteen af ‘Waarom doen we dat eigenlijk niet?’, reageert Klemt-Kropp op de wens van Zwijnenburg om als MDL-verpleegkundige meer betrokken te worden. Ook de inbreng van Korpershoek (VS) stemt hem tot nadenken. “Binnen onze maatschap wordt de IBD-groep vertegenwoordigd door MDL-artsen, niet door de VS. Die zie je dus ook niet op maatschapsniveau, schuift daar niet aan, terwijl die inderdaad wel belangrijk is voor het langetermijnbeleid van een aantal zaken, zoals de poli en waar we naartoe willen als maatschap. Voor een VS wordt dan ook duidelijker hoe je je eigen rol daarin kunt ontwikkelen. Nu je het zo zegt, Thea, moeten we dat inderdaad veranderen.” Ten slotte zou de integratie van de PA binnen de maatschap nog beter kunnen, beseft Klemt-Kropp: “Wat de PA op onze afdeling betreft: die is zodanig in de groep artsen geïntegreerd dat er eigenlijk geen verschil zichtbaar is tijdens bijvoorbeeld de overdracht of nascholingen. Bij andere disciplines – bij de cardiologen bijvoorbeeld – zitten de PA echt in belangrijke commissies, ook op ziekenhuisniveau.” Tegelijkertijd doet hij ook een oproep aan alle verpleegkundigen, VS en PA: “Jullie moeten je plek echt actiever gaan claimen. Treed actiever naar buiten, wees assertiever. Jullie worden zeker niet bewust tegengehouden.”



Even voorstellen: de commissie Groene MDL

We weten het inmiddels: (1) de huidige klimaatverandering heeft negatieve effecten op de gezondheid van de mens – met andere woorden: klimaatverandering is ziekmakend – en (2) klimaatverandering wordt met name veroorzaakt door de toegenomen uitstoot van broeikasgassen (zoals CO₂) in onze atmosfeer. Ten minste 7 procent (!) van de Nederlandse CO₂-uitstoot komt vanuit de gezondheidssector [1]. Onze sector produceert grote hoeveelheden afval, gebruikt grote hoeveelheden grondstoffen en is een belangrijke vervuiler van het grondwater. Ja, u leest het goed, de gezondheidszorg draagt paradoxaal genoeg dus ook bij aan een ongezonde maatschappij. Wanneer we op deze manier doorgaan, zal door de toenemende zorgbehoefte de houdbaarheid van de gezondheidszorg in het geding komen. Verduurzaming is om die reden essentieel om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

Gelukkig is er de afgelopen jaren meer en meer aandacht voor het verduurzamen van zorg en voelt een steeds grotere groep zorgprofessionals ook de verantwoordelijkheid zich hiervoor in te zetten. Zo ook binnen de MDL.

Groene MDL: doel en activiteiten

Om de verduurzaming van de MDL-zorg te vergemakkelijken, bespoedigen en verbeteren is in maart jongstleden de *Groene MDL* opgericht, een subcommissie van de NVMDL-raad Wetenschap en Innovatie. Op dit moment bestaat de commissie uit twaalf leden (vier endoscopie-verpleegkundigen, twee arts-onderzoekers/a(n)ios en zes MDL-artsen).

Wij werken met verschillende subcommissies aan een online document dat als naslag kan worden gebruikt voor (beginnende) MDL-greenteams, het delen van successen en *best practices*, plus een dataset met hierin alle lopende en afgeronde duurzaamheidsprojecten, inclusief uitkomsten en contactgegevens van de projectleider. Op onze LinkedIn-pagina¹ delen we geregeld groene weetjes en tips en verder worden tijdens de aankomende DDD's groene symposia

georganiseerd. Op naar Groene MDL-zorg. Met elkaar gaat het lukken!

Subcommissie 'De groene endoscopiekamer'

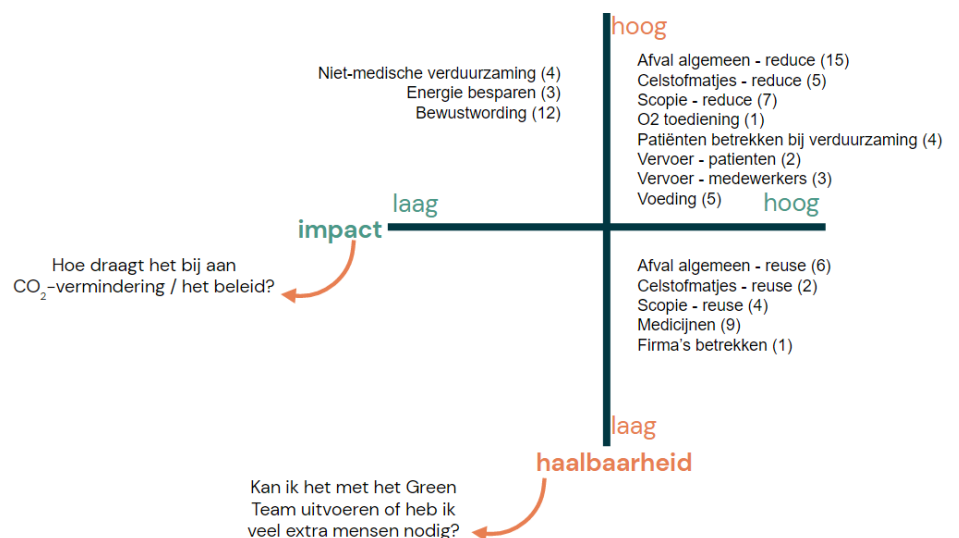
Al die driedubbel verpakte dopjes, de wegwerp-Savary's, de berg plastic die wij dagelijks produceren is veel MDL-artsen en

-verpleegkundigen al lang een doorn in het oog. Sinds 2021 is er dan ook een actieve Groene MDL-appgroep waarin vragen, tips en adviezen actief worden gedeeld om de MDL-zorg groener te maken. Inmiddels heeft de appgroep 141 deelnemers. Vraagstukken die aan bod komen: is het wel nodig om steriel water te gebruiken, hoe kunnen we het gebruik van celstofmatjes reduceren en kan er niet meer hergebruikt worden?

Het doel van de subcommissie 'De groene endoscopiekamer' is om online een dynamisch document te publiceren, waarin we op basis van literatuur en overleg met infectiepreventie en eventueel met de industrie een antwoord op deze vraagstukken kunnen geven. Deze adviezen kunnen vervolgens landelijk worden geïmplementeerd, zodat niet iedereen opnieuw het wiel hoeft uit te vinden.

We staan te popelen om aan de slag te gaan.

Figuur 1. Impact en haalbaarheid genoemde projecten landelijke duurzaamheidsenquête.



Heeft u tips of adviezen? Dan ontvangen wij dit graag via ons mailadres groenemdl@gmail.com.

Subcommissie 'Zinnige zorg'

Een efficiënte manier van verduurzaming is het leveren van zinnige zorg. Hierbij wordt kritisch gekeken naar de indicatie en bijbehorende opbrengst van endoscopische procedures of behandelingen. Reductie van minder effectieve en ineffectieve zorg leidt immers niet alleen tot een kostenbesparing en lastenverlichting voor de zorg, maar ook tot een verkleining van de MDL-voetafdruk op het milieu. Hiernaar wordt in Nederland al actief onderzoek gedaan, met onder meer studies naar de doelmatigheid van gastroscopieën bij dyspepsie en het gebruik van PPI's zonder *evidence-based*-indicatie in de eerste lijn. De Groene MDL steunt dit soort initiatieven en wil hieraan in de toekomst een actieve bijdrage leveren binnen het beleidskader van de nieuwe NVMDL Kennisagenda met als meta-thema *Less is More*.

Subcommissie 'Voeding en mobiliteit'

Voor de productie van vlees, eieren en zuivel wordt wereldwijd ruim driekwart van het landbouwooppervlak gebruikt voor begrazing en productie van voedsel voor vee, terwijl dit voor slechts 37 procent bijdraagt aan geconsumeerde eiwitten en 18 procent van onze calorie-inname [2]. In Nederland komt ruim een kwart van de uitstoot van broeikasgassen uit de landbouw, het overgrote deel daarvan komt uit de veeteelt [3]. Een plantaardig dieet is niet alleen 'goed voor de wereld', het heeft ook gezondheidsvoordelen. Het eten van bewerkt of rood vlees (vlees van rund, varken, schaap en geit) draagt bij aan het ontstaan van kanker, chronische ziektes en darmontsteking [4, 5]. Daarom zijn wij van mening dat we van plantaardig voedsel de standaard moeten maken in het ziekenhuis en op congressen.

Mobiliteit veroorzaakt zo'n 17 tot 22 procent van de CO₂-uitstoot in de Nederlandse zorg. Dit komt voor ongeveer driekwart voort uit reisd bewegingen van zorgmedewerkers,

de rest van patiënten [6, 7]. De commissie Groene MDL stuurt aan op het reizen naar het ziekenhuis met OV of de fiets en bezoek van congressen of symposia per trein of online. Plan afspraken met patiënten zoveel mogelijk op één dag en verricht waar mogelijk consulten middels videobellen of telefonisch.

Uitslag landelijke duurzaamheidsenquête

In het kader van de ZonMw Implementatie- en opschalingscoaching duurzaamheid bij de Maag-Darm-Leverziekten is eind 2022 een enquête uitgezet onder ziekenhuizen. Tijdens de DDD in maart 2023 heeft Else de Ridder tijdens een 'Green Team workshop' de eerste resultaten gepresenteerd.

Er zijn 27 reacties ontvangen uit 24 ziekenhuizen, verspreid over het hele land. Uit de enquête blijkt dat 70,4 procent van de respondenten bezig is met een verduurzamingsproject, 25,9 procent is dit van plan en slechts 3,7 procent geeft aan dit niet te gaan doen vanwege een gebrek aan tijd en/of steun van collega's. De projecten gaan voornamelijk over afval/materialen (100 procent) en bewustwording (89,5 procent), maar ook over energie (36,8 procent), medicijnen (26,3 procent), vervoer en voeding (beide 10,5 procent).

80 procent van de ondervraagden geeft aan veel steun te krijgen van collega's om projecten op te starten. Het gebrek aan tijd (65,4 procent) en kennis (38,5 procent) wordt als een belemmerende factor genoemd. Twee derde van de respondenten geeft aan dat reeds een 'Green Team MDL' is opgericht, 22,2 procent is dit van plan in de nabije toekomst. Deze teams bestaan grotendeels uit medisch specialisten (100 procent) en verpleegkundigen (80 procent), a(n)ios en arts-onderzoekers (45 procent), maar ook uit zorgmanagers en administratieve medewerkers.

Er zijn maar liefst 87 (ideeën voor) projecten genoemd in de enquête, gegroepeerd in zestien thema's en grafisch samengevat in *figuur 1*. De figuur geeft aan hoe groot de

impact ten aanzien van CO₂-vermindering zou kunnen zijn, in relatie tot haalbaarheid. Voorbeelden van niet-medisch verduurzamen zijn: het afmelden voor reclame, vervangen van koffiebekertjes door mokken en hergebruiken van afgedankte dienstkleeding (bijvoorbeeld als tasje). Ten aanzien van energiebesparing worden het uitzetten van lampen, PC's en apparaten wanneer niet in gebruik genoemd, evenals het sluiten van deuren van bijvoorbeeld de onderzoekskamer.

Het merendeel van de onderwerpen ging over endoscopie en zal de komende maanden door de commissie Groene MDL verder worden uitgewerkt.

Femme Dirksmeier-Harinck, MDL-arts
Franciscus Gasthuis&Vlietland (voorzitter)
Esmerij van der Zanden, MDL-arts
Amstelland ziekenhuis (secretaris)
Adriaan Volkers, anios MDL
Noordwest Ziekenhuis
Maarten te Groen, PhD/anios Radboudumc
Marjolijn Duijvestein, MDL-arts
Radboudumc

Kijk voor een overzicht van de leden van de commissie Groene MDL en de referenties in de pdf van MAGMA 2-2023 (p. 113) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Commissie Groene MDL

LinkedIn: Groene MDL

E-mailadres: groenemdl@gmail.com



Groene MDL

Initiatief van de subcommissie duurzaamheid van de Nederlandse Vereniging voor Maag-Dar...



Buiten de muren van de tweede lijn

Het aanpassen van tweedelijnszorg en ontwikkelen van alternatief zorgaanbod is een manier om zorgkosten te verlagen. In 2021 waren de kosten voor zorg en welzijn bijna 125 miljard euro [1]. Er zijn essentiële aanpassingen nodig om de jaarlijks stijgende kosten voor de gezondheidszorg af te remmen. Dit geldt voor de meeste specialismen, waaronder MDL, en doet een beroep op het versterken van de eerste lijn.

Tijdens de coronapandemie werd het fysieke contact voor niet-urgente problemen omgezet in een online sessie via beeldbellen. De wachtkamers waren nagenoeg leeg; de spreekkamers gevuld met camera's, in of boven de beeldschermen bevestigd. Het bleek een efficiënte manier om eenvoudige vragen te beantwoorden en informatie te verstrekken en wordt nu ook post-pandemie gecontinueerd.

De KNMG heeft een uitgebreide *KNMG-handreiking videoconsulten* [2] ontwikkeld en deze wordt in vele gezondheidsinstellingen gebruikt als uitgangspunt van dit type zorg. Videoconsultatie is een goede aanvulling en heeft duidelijk meerwaarde ten opzichte van het telefonisch consult. Daarnaast heeft het ook gevolgen voor de infrastructuur in de praktijk en poliklinieken doordat de patiëntenstroom wordt verminderd en administratieve ondersteuning moet worden geleverd.

Het beeldoverleg is al langer een manier om in multidisciplinair overleg (MDO) casus te bespreken met externe partners. Collegiaal overleg is op deze manier efficiënter en sneller, omdat alle relevante gegevens gezamenlijk kunnen worden

besproken en ondersteund door radiologische en pathologische beelden. Deze vorm van overleg met de eerste lijn is in ontwikkeling. Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft op haar website een uitgebreide informatiepagina over beeldbellen en videoconsultatie [3]. Hierbij ligt de focus op patiëntencontact en niet op intercollegiaal overleg. De zorgverzekeraar vergoedt deze vorm van patiëntencontact. Veel patiënten zijn echter nog onwennig met dit type contact en vinden het geen goede substitutie voor het fysieke contact met hun zorgverlener. Daarnaast wordt kritischer nagedacht over verwijzing naar de tweede lijn en worden nieuwe vormen uitgetoet.

Stadspoli's

Vanuit de intramurale, tweede- en derde lijnscentra wordt al enkele jaren geëxperimenteerd met alternatieve manieren om zorg aan te bieden. Zo startte het MUMC+ bijvoorbeeld een polikliniek buiten het ziekenhuis waar verschillende specialismen laagcomplex specialistische zorg leveren, de zogenoemde anderhalvelijnszorg [4]. Het fysieke contact met de patiënt vindt plaats in een kleinschalige omgeving, met korte lijnen en op een centraal gelegen locatie. Het werken op een dergelijke externe locatie betekent voor de clinicus een stap buiten de muren en vergt wat aanpassingen (zoals de verplaatsing naar deze locatie). Maar in het algemeen wordt deze nieuwe manier van werken als positief ervaren, vooral omdat het continu gestoord worden is 'uitgeschakeld'. De focus ligt nu op de poliklinische zorg zelf: dit geeft de rust die nodig is om de zorg goed uit te voeren.

De stadspoli's bevinden zich op twee locaties in Maastricht en de huisarts voert de

regie. Deze vraagt om specialistisch advies in een kort consult op een van de twee locaties. Meestal gaat het om een eenmalig consult. De huisartsen hebben in samenspraak met het MUMC+ gekozen voor een aantal specialismen, zoals reumatologie, neurologie en MDL-geneeskunde. De meeste patiënten die op de MDL-stadspoli worden gezien, zijn patiënten met functionele maag-darmaandoeningen, zoals functionele dyspepsie en prikkelbare darmsyndroom.

De grote voordelen van deze aanpak zijn korte wachttijden en het verkrijgen van specialistische expertise in een poliklinische setting waarbij de huisartsen de regie voeren. Het verplaatsen van de specialist vanuit de klinische setting naar de eerste lijn is een manier om de stijgende gezondheidskosten te beperken.

Huisartsencarroussel

De vakgroep MDL in het MUMC+ participeert ook in de zogeheten huisartsencarroussel. Hierbij wordt in een beperkt aantal huisartspraktijken eenmaal per maand de MDL gevraagd om samen met de huisarts een aantal complexe patiënten met specifieke problemen te zien. De bedoeling is om in de huisartsenpraktijk gezamenlijk de klachten te evalueren en een plan te maken, zodat de patiënt niet verwezen hoeft te worden.

FibroScan

Als verdere stap in de doorontwikkeling van de anderhalvelijnszorg werd vanuit de MDL in samenspraak met het bestuur Zorg in Ontwikkeling (ZIO), de koepelorganisatie voor eerstelijnszorg in de regio Maastricht, een pilot gestart op de stadspoli voor patiënten met metabole leverziekten, zoals niet-alcoholische leverver-

vetting (NAFLD). Tijdens het consult wordt een FibroScan gemaakt, de uitslag wordt direct aan de patiënt gecommuniceerd en een advies wordt in de brief aan de huisarts medegedeeld. Hiermee wordt vormgegeven aan preventieve zorg, waardoor toekomstige zorgconsumptie als gevolg van chronische leverschade voorkomen kan worden.

In een ander project, dat sinds meer dan twee jaar in studieverband loopt, wordt in een aantal praktijken in Zuid-Limburg patiënten de mogelijkheid geboden om hun levergezondheid te laten onderzoeken. Het project, met een parallel in Belgisch Limburg, omvat – naast vragenlijsten – bloed- en urineonderzoek en een FibroScan met bepaling van leverstijfheid en -vet. De huisarts en de patiënt krijgen de gegevens met een eventueel advies binnen twee weken na het onderzoek.

Opvallend is de onwennigheid van de huisarts en praktijkondersteuners om actief de patiënten te adviseren hun leverrisico te laten bepalen. Preventieve zorg lijkt dus nog onvoldoende te zijn opgenomen in het zorgstelsel, dat primair een curatieve insteek heeft.

Buiten de muren

Hoewel in de toekomst ook voor de poliklinische MDL-zorg meer en meer een verschuiving zal plaatsvinden, zal het endoscopische onderzoek voornamelijk een tweedelijns- of specialistische kliniek-activiteit blijven. De vraag is of met

het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg de MDL-arts deel wordt van de eerstelijnspraktijk of dat er ook MDL-kaderhuisartsen zullen komen, zoals bestaat voor bijvoorbeeld longziekten.

De toekomst zal uitwijzen of de MDL zich meer buiten de tweedelijns muren zal manifesteren. Het is een uitdaging voor de komende generatie om creatieve MDL-zorg in te bedden in een zorglandschap dat voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is.

Daniel Keszthelyi, MDL-arts MUMC+
Ger Koek, MDL-arts MUMC+

Referenties

1. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/27/zorguitgaven-stegen-in-2021-met-7-6-procent>
2. <https://icthealth.nl/wp-content/uploads/2021/05/Handreiking-videoconsulten-in-de-zorg.pdf>
3. <https://www.lhv.nl/thema/patientengegevens-en-ict/beelddellen-en-videoconsult/>
4. <https://www.mumc.nl/actueel/nieuws/anderhalvelijnszorg-werpt-zijn-vruchten-af>

KWALITEIT

Structurering en monitoring dragen bij aan transparantie in kwaliteit endoscopische zorg

Het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg voor patiënten met aandoeningen in het maag-, darm- en leverstelsel is de belangrijkste doelstelling van de NVMDL. Daar endoscopieën een belangrijk deel beslaan van de dagelijkse werkzaamheden van MDL-artsen, zijn binnen de NVMDL in de afgelopen jaren initiatieven gestart om de kwaliteit van de endoscopische zorg in Nederland beter te kunnen monitoren en te kunnen optimaliseren

Kwaliteitsindicatoren: DGEA en DRCE

In 2016 zijn twee endoscopische kwaliteitsregistraties gestart. In de *Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit* (DGEA) worden kwaliteitsindicatoren voor verschillende soorten

endoscopieën geregistreerd. Voor coloscopie zijn dit bijvoorbeeld coecum-intubatie-ratio, percentage patiënten met adequate darmvoorbereiding en *adenoma detection rate*. In de *Dutch Registration of Complications*

in Endoscopy (DRCE) worden alle endoscopie-gerelateerde complicaties geregistreerd. Aan de hand van (gecombineerde) data uit DGEA en DRCE kunnen endoscopie-gerelateerde kwaliteitsparameters en complicatieratio's gemakkelijk op grote schaal in kaart worden gebracht. Op deze manier kunnen de kwaliteitsregistraties helpen om inzicht te krijgen in kwaliteit van endoscopische zorg en dienen als uitgangspunt voor verbeterinitiatieven. Om de administratielast zo laag mogelijk te houden is er voor DGEA, in samenwerking met de verschillende

softwareleveranciers, een geautomatiseerde data-aanleveringsstructuur opgezet.

Naar aanleiding van het rapport van Hugo Keuzekamp¹ zullen DGEA en DRCE op korte termijn getoetst worden op kwaliteitseisen voor Nederlandse kwaliteitsregistraties. Indien wordt voldaan aan de kwaliteitseisen, zullen de registraties landelijk verplicht worden. Daarnaast zal, analoog aan andere landelijke kwaliteitsregistraties, op termijn gewerkt gaan worden aan externe rapportages van geregistreerde data. Dit sluit aan bij de transparantie van de kwaliteit van zorg die vanuit het maatschappelijk veld in toenemende mate wordt verwacht.

Templates voor endoscopieverslaglegging

Naast kwaliteitsindicatoren, worden binnen de NVMDL templates (richtlijnen) ontwikkeld voor gestandaardiseerde verslaglegging van endoscopieën. Deze templates zijn van klinisch belang, omdat in de praktijk met regelmaat blijkt dat bevindingen bij endoscopische procedures onduidelijk of onvolledig worden vastgelegd, hetgeen tot onnodige extra procedures kan leiden. In tegenstelling tot de kwaliteitsindicatoren,

die voor alle endoscopieën moeten worden geregistreerd, zijn deze templates vooral bedoeld als leidraad. Het gebruik van de templates bij het opstellen van endoscopieverslagen is dan ook niet verplicht.

Ontwikkelen en implementeren

Het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsindicatoren en templates voor endoscopieverslaglegging gebeurt onder toezicht van de Raad Kwaliteit en vergt betrokkenheid van meerdere partijen (figuur 1). De ontwikkeling van een gestandaardiseerde route voor deze ontwikkel- en implementatieprocessen is afgelopen jaar in een stroomversnelling geraakt en zal in de komende periode nog verder vorm gaan krijgen.

Ontwikkeling

De Commissie Endoscopie is verantwoordelijk voor de totstandkoming van (A) kwaliteitsindicatoren en (B) templates voor gestandaardiseerde verslaglegging. Zij wordt hierin bijgestaan door verschillende werkgroepen (gastroscopie, sigmo- en coloscopie, ERCP, EUS en enteroscopie). Deze werkgroepen worden voorgezeten

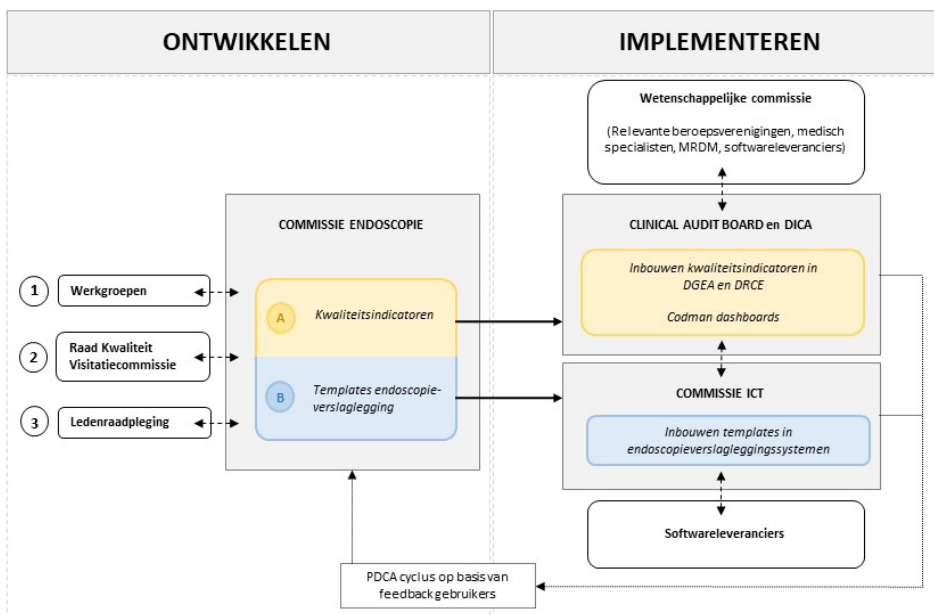
door een lid van de Commissie Endoscopie, aangevuld met twee tot vier NVMDL-leden met expertise passend bij het deelgebied waarop de werkgroep zich focust.

De werkgroepen doen een voorstel voor één tot drie kwaliteitsindicatoren (voor DGEA) en een beperkte lijst met complicaties (voor DRCE). Daarnaast doen zij aanbevelingen voor minimaal vast te leggen (maar niet-verplichte) items voor een goed endoscopieverslag. Hierbij wordt gestreefd naar gebruik van bestaande, geaccepteerde classificaties. Concepten vanuit de werkgroepen worden voorgelegd aan de Raad Kwaliteit en de Visitatiecommissie. Zij zullen toetsen of de kwaliteitsindicatoren en templates bruikbaar zijn voor de (toekomstige) evaluatie en verbetering van kwaliteit van endoscopische zorg. Als laatste worden, conform de richtlijnsystematiek van de vereniging, de concepten voorgelegd aan de NVMDL-leden.

Implementatie

Nadat de voorstellen van de werkgroep zijn geaccordeerd, dienen de kwaliteitsindicatoren en verslagleggingstemplates geïmplementeerd te worden in de verscheidene endoscopieverslagleggingssystemen. Dit implementatieproces is echter verschillend voor de (verplichte) kwaliteitsindicatoren en (niet verplichte) verslagleggingstemplates.

Figuur 1. Processen aangaande ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren en verslagleggingstemplates.

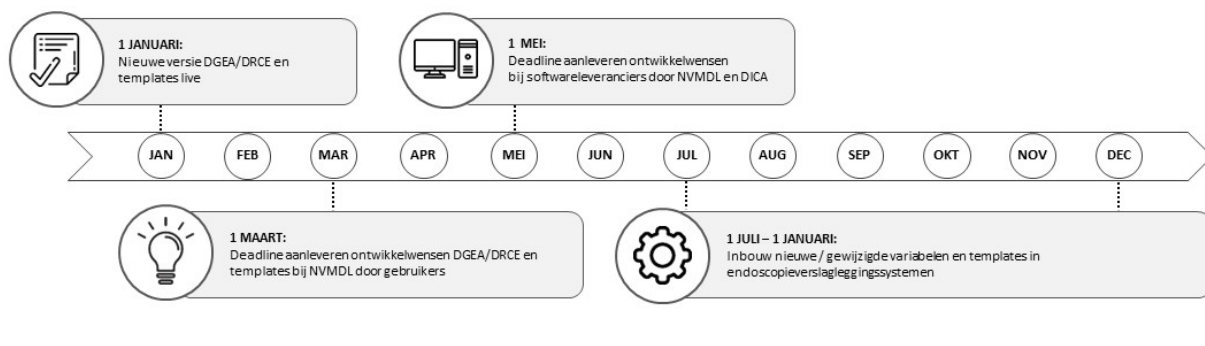


Kwaliteitsindicatoren

Het implementeren van kwaliteitsindicatoren binnen DGEA en DRCE is nu belegd bij het *Dutch Institute for Clinical Auditing* (DICA). DICA is verantwoordelijk voor het beheer en de doorontwikkeling van de kwaliteitsregistraties. Deze processen worden aangestuurd door de *Clinical Audit Board* (CAB), bestaand uit MDL-artsen gemandateerd door de NVMDL. Onder andere afgevaardigden vanuit de Commissie Endoscopie en Raad Kwaliteit hebben zitting in de CAB.

De CAB ziet met name toe op de haalbaarheid van het implementeren van (nieuwe) kwaliteitsindicatoren en andere ontwikkelwensen die worden aangedragen vanuit de

¹Een programma voor regie op kwaliteitsregistraties en verbetering van datagovernance. Hugo Keuzenkamp (2020). Te raadplegen via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-bd19f42e-2b2d-4b2d-8a5a-096c2a58df72/pdf>



Figuur 2. Jaarcyclus voor (door)ontwikkelen kwaliteitsregistraties en templates endoscopieverslaglegging.

NVMDL. De CAB wordt daarbij ondersteund door een Wetenschappelijke Commissie. In de Wetenschappelijke Commissie hebben afgevaardigden vanuit relevante beroepsverenigingen (onder andere NVVP, NIV en NVK) en medisch specialisten met een specifieke rol binnen andere landelijke registraties (bijvoorbeeld registraties bevolkingsonderzoek) zitting. Daarnaast zijn de verschillende softwareleveranciers (RVC, Olympus en Chipsoft) en MRDM lid van de Wetenschappelijke Commissie. MRDM is de *trusted third party* die de data vanuit de instellingen via de softwareleveranciers ontvangt, structureert, anonimiseert en beheert.

Aangeleverde data van instellingen die in de kwaliteitsregistraties participeren, komen uiteindelijk via MRDM geanonimiseerd bij DICA terecht. Een overzicht van de aangeleverde data wordt aan de instellingen teruggekoppeld via de Codman dashboards. Op deze dashboards wordt kwaliteitsinformatie aangaande endoscopieën inzichtelijk gemaakt op persoonlijk niveau en op instellingsniveau. Hierbij kunnen filters worden toegepast met betrekking tot verschillende patiënt- en endoscopiefactoren. Ook kunnen kwaliteitsparameters gemakkelijk worden vergeleken met het landelijke gemiddelde en specifieke andere centra (indien hiervoor onderling akkoord).

Toegang tot Codman-dashboards voor het inzien van uw eigen data?
Meer informatie over toegang tot de Codman-dashboards kunt u vinden op <https://dica.nl/dica/codmandashboard>

Templates verslaglegging

Voor implementatie van de verslagleggingstemplates dient nog een systematische aanpak met vaste aanspreekpunten en structurele overlegmomenten te worden gerealiseerd. Recent is de Commissie ICT opgericht, die hierbij een rol zal gaan spelen. Het streven is dat de deze commissie in de toekomst als het gewenste aanspreekpunt gaat fungeren voor (vertegenwoordigers van) gebruikersgroepen en de softwareleveranciers.

Jaarcyclus

Het (door)ontwikkelen van de kwaliteitsregistraties gebeurt volgens de PDCA systematiek in een vaste jaarcyclus. De templates voor richtlijnen endoscopieverslaglegging zullen in dezelfde PDCA cyclus worden opgenomen (figuur 2).

Toekomst

In de DGEA/DRCE worden momenteel kwaliteitsindicatoren voor coloscopie, ERCP en EUS structureel vastgelegd. De komende jaren zullen hieraan kwaliteitsindicatoren worden toegevoegd, zodat de kwaliteit van endoscopische zorg in Nederland gestructureerd en over de gehele breedte gemonitord kan worden. Daarbij streven de Raad Kwaliteit en de Visitatiecommissie ernaar om vanaf dit jaar actief te gaan toetsen op participatie in de kwaliteitsregistraties en de manier waarop aangeleverde data door instellingen wordt gebruikt voor verbeterinitiatieven.

Heeft u naar aanleiding van dit artikel vragen en/of opmerkingen? Dan kunt u contact opnemen met Querijn van Bokhorst

(q.vanbokhorst@dica.nl) of Peter van der Schaar (p.van.der.schaar@antoniuziekenhuis.nl).

Querijn van Bokhorst,
coördinator DGEA en DRCE (DICA), arts-onderzoeker MDL (Amsterdam UMC)
Peter van der Schaar,
lid Clinical Audit Board DGEA en DRCE, lid Commissie Endoscopie NVMDL, MDL-arts (Antonius Ziekenhuis)
Willem Moolenaar, voorzitter Raad Kwaliteit NVMDL, MDL-arts
Marcel Groenen,
lid Wetenschappelijke Commissie DGEA en DRCE, voorzitter Commissie Endoscopie NVMDL, MDL-arts (Rijnstate Ziekenhuis)
Pauline Arends,
voorzitter Commissie ICT NVMDL, MDL-arts (Meander Medisch Centrum)
Philip Friederich,
voorzitter Visitatiecommissie NVMDL, MDL-arts (Meander Medisch Centrum)

Wij vernemen graag uw mening met betrekking tot kwaliteitsregistraties en gestandaardiseerde verslaglegging. Daarom ons verzoek om een korte (circa drie minuten) vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is anoniem en te openen door bijgaande QR-code te scannen. Bij voorbaat hartelijk dank.





ADVERTENTIE

Wat is van belang voor de opleiding van de toekomstige specialist?

De werkomgeving van de medisch specialist is snel, dynamisch en continu in transitie. Vele rapporten zijn geschreven over de specialist van de toekomst en de veranderingen die nodig zijn in de medisch-specialistische vervolgoledingen (MSVO) om deze toekomstbestendig te maken. In 2010 werd de modernisering van de MSVO afgerond, waarbij onder andere de CanMEDS-competenties werden geïntroduceerd in de landelijke opleidingsplannen. Daarna volgden de CanBetter-thema's (een praktische vertaling van de algemene CanMEDS-competenties) en de introductie van EPA's. Steeds meer thema's dienden aan bod te komen in de MSVO, die bij voorkeur ook nog in een kortere tijd doorlopen moet worden.

Dit alles was voor de Raad Opleiding van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) reden om na te denken over structurele doorontwikkeling van de MSVO, middels het project 'Opleiden 2025'. De werkgroep Opleidingsstructuur houdt zich binnen dit project bezig met de herstructurering van de MSVO. Om specialisten beter voor te bereiden op de veranderingen in het zorglandschap, moet de opleiding nu al inspelen op het beroep in de toekomst. Daarvoor werd een toekomstig beroepsprofiel van de medisch specialist gedefinieerd. Vele rapporten, waaronder het Integraal Zorgakkoord, werden doorgenomen, er vond overleg plaats met stakeholders en er werd gediscussieerd met de direct betrokkenen. Op basis van de verkregen informatie en de gevoerde gesprekken werd een aantal uitgangspunten gedefinieerd die aan bod dienen te komen tijdens de MSVO van de toekomst. Hieronder worden deze uitgangspunten toegelicht.

Een betere balans tussen werk en privé. Arbeidsomstandigheden die meer rekening houden met individuele mogelijkheden en wensen van de zorgverlener.

Van de basisartsen start 27 procent geen vervolgoleding of maakt deze niet af. Belangrijke reden hiervoor is de ongewenste werk-privébalans. Daarbij komt dat 26 procent (in 2018 was dit 19 procent) overweegt te stoppen met de opleiding wegens de te grote werklust (35 procent) en een slecht

banenperspectief. Ongeveer 9 procent van de medisch specialisten in opleiding stopt daadwerkelijk met de opleiding en zoekt een weg buiten het ziekenhuis. De uitval verschilt sterk per specialisme (in 2021 voor MDL-geneeskunde: 6,8 procent). Daarbij komt dat de mogelijkheden voor vervolgoledingen beperkt zijn, al melden diverse MSVO dat er minder belangstelling is voor een opleidingsplaats. Het duurt gemiddeld 42 maanden voordat men daadwerkelijk in opleiding komt. Deze periode wordt overbrugd met een anioschap of promotieonderzoek. Dit alles vraagt om meer invloed van de a(n)ios op werkprocessen en werktijden, maar bovenal om een cultuuromslag in de medisch-specialistische zorg.

De huidige bekostigingsstructuur is veelal gericht op betalen van verrichtingen. Dit werkt voor 'standaard'-behandelingen goed, maar heeft ook belangrijke nadelen bij het bevorderen van passende (netwerk)zorg. Dat werkt ook door in de organisatie van de opleiding en in de ruimte voor de individuele behoeften van de aios.

Voor netwerkzorg zijn zowel generalisten als subspecialisten noodzakelijk, evenals een structurele samenwerking met het eerste (eerste lijn) en derde (sociale geneeskunde) opleidingscluster.

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de maatschappij vragen om een andere kijk op de organisatie van de zorg en de beroeps-

uitoefening van zorgprofessionals. De focus ligt steeds meer op het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Die zorg wordt geleverd door samenwerkende zorgprofessionals in een netwerk rondom de patiënt. Het gaat hierbij om de onderlinge samenwerking tussen zorgverleners in het ziekenhuis en interprofessionele samenwerking met de eerste lijn en de publieke gezondheidszorg. Van belang voor deze werkwijze is inzicht krijgen in de cultuurverschillen tussen disciplines, inzicht in de *power dynamics* en reflecteren op de vooroordelen over collega's uit de andere lijnen. Door middel van interprofessioneel opleiden moet dit ook in de MSVO aan bod komen.

De medisch specialist is expert op het gebied van medisch handelen. Bij de steeds complexere zorg zijn subspecialisten noodzakelijk. Maar voor de veelal oudere patiënt met multimorbiditeit en voor de samenwerking met andere zorgverleners zijn meer generalistisch werkende collega's zeer gewenst en verdient een gerichtheid op generalistisch blijven werken herwaardering.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor preventie en de-escaleren van zorg, zodat de zorg betaalbaar blijft.

Om de zorg betaalbaar te houden is een aantal zaken van belang. Zoals het afremmen van medicalisering: niet elke hulpvraag is een zorgvraag en niet bij elke zorgvraag past een medisch antwoord. Niet alles



ADVERTENTIE

wat kan, moet. Voor al deze zaken is het van belang met de patiënt in overleg te gaan, om de klacht goed te kunnen duiden en om de voor- en nadelen van een behandeling te bespreken.

Een gezonde leefstijl moet onderdeel uitmaken van het dagelijks leven van iedere burger. De medisch specialist kan hieraan bijdragen door geïndiceerde preventie (bij mensen met verhoogd risico op ziekte), zorggerelateerde preventie, het versterken van gezondheidsvaardigheden, en zelfzorg en leefstijl als (onderdeel van de) behandeling.

De ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling gaan snel; het is van belang om de kennis en expertise van zorg verder vorm te geven, meer te differentiëren en te concentreren, evenals de samenwerking in netwerken te bevorderen. Door verdere concentratie zal de kwaliteit van zorg toenemen en wordt de toegankelijkheid van zorg geborgd door schaars personeel en het optimaal inzetten van dure infrastructuur. Dit heeft consequenties voor de mogelijkheden voor de aios om ervaring op te doen met specifieke diagnostiek en behandeling.

Loopbaanontwikkeling, waarbij naast vakinhoudelijke ontwikkelingen ook gekozen kan worden voor andere rollen die bijdragen aan een breed profiel, zoals onderwijs & opleiden, bestuur & management en kwaliteit & patiëntveiligheid.

In de afgelopen 25 jaar is het aantal promoties op medisch gebied met 256 procent gestegen. Veelal vindt de promotie plaats voor aanvang van de opleiding, om zo de kans op een opleidingsplaats te vergroten. Voor de ontwikkeling van de medisch-specialistische zorg is wetenschappelijk onderzoek van belang. Maar voor de medisch specialist van de toekomst is het ook van belang dat de aios de kans krijgt zich op meerdere gebieden te ontwikkelen. Dit dient aandacht te krijgen tijdens de MSVO, maar ook daarna. Naast bovengenoemde zaken zien we met name onder de jonge generatie toenemende zorgen om het milieu. Aandacht wordt gevraagd voor zorg met de laagst mogelijke impact op klimaat, milieu

en leefomgeving. Dat vraagt om 'groene en klimaatneutrale zorg' met minimale uitstoot van broeikasgassen en impact op de leefomgeving, met oog voor spaarzaam en circulair gebruik van grondstoffen en materialen.

Inzetten van e-health en efficiënt omgaan met technologische innovaties, zoals Artificial Intelligence (AI), robotica en gebruik van data.

Het aantal werknemers in de zorg zal de komende jaren niet stijgen, er is nu al sprake van schaarste. Gericht ondersteunen of vervangen van zorgmedewerkers door technologische toepassingen (e-health) wordt dan ook gezien als mogelijke oplossing voor de schaarse capaciteit. Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren, waardoor mensen zelf meer regie hebben over hun gezondheid, moet een plaats te krijgen in de MSVO. Tijdens de coronacrisis is het digitaal vergaderen, consulteren, monitoren, overleggen en volgen van onderwijs in een stroomversnelling geraakt, vaak zonder duidelijke instructies en evaluaties.

Van groot belang is dat de zorgverlener in *the lead* komt en blijft. Het hoort bij de rol van zorgprofessional om een probleem in het zorgproces kritisch te beoordelen en met deskundigen te bespreken in hoeverre technologische hulpmiddelen hier een oplossing kunnen bieden. Basiskennis over de (on-)mogelijkheden van bepaalde technologieën

moet worden ontwikkeld en beschikbaar zijn. Hierbij is het van belang de aios te stimuleren als vrijdenker en hem/haar ruimte te geven te experimenteren met innovaties. Interprofessionele samenwerking met technici, ethici en juristen/beveiligingsdeskundigen is hiervoor noodzakelijk. Voor de zorgverlener is het van belang dat hij/zij de juiste probleemstelling formuleert en kritisch kijkt naar aangeboden technische oplossingen en zich niet laat overspoelen met alles wat wordt aangeboden.

Reageren en meepraten?

De werkgroep Opleidingsstructuur zoekt samen met de wetenschappelijke verenigingen, die zijn vertegenwoordigd in de Raad Opleiding van de FMS, naar een nieuwe opleidingsstructuur die zoveel mogelijk inspeelt op maatschappelijke en zorggerelateerde ontwikkelingen.

Op www.demedischspecialist.nl is een schets van deze nieuwe opleidingsstructuur beschikbaar, inclusief de mogelijkheid voor geïnteresseerden te reageren en mee te praten over de invulling. Dat zal leiden tot een structuur die niet alleen toekomstbestendig en werkbaar is, maar ook de bevoegdheid van specialisten in opleiding borgt door in te spelen op een betere balans tussen werk en privé.

Paetrick Netten, voorzitter werkgroep Opleidingsstructuur FMS

Angelique van Bijsterveld, projectleider werkgroep Opleidingsstructuur FMS



Het nieuwe NOVUM

Met de introductie van NOVUM in 2019 kregen *entrustable professional activities* (EPA's) een centrale plaats in de opleiding van MDL-artsen. In combinatie met het CANMED-competentiesysteem en het inbouwen van meer flexibiliteit vormde dit een doorwrocht bouwplan, dat het gemoderniseerde opleidingsplan zijn fundament gaf.

Na de introductie werd het EPA-concept omarmd en werden verschillende componenten, zoals de gestructureerde OOG-besprekingen (oordeel opleidingsgroep), bijzonder gewaardeerd. NOVUM bleek echter bewerkelijk, niet in de laatste plaats omdat het aantal EPA's simpelweg te groot was. Daarnaast is geobserveerd dat het hoge aantal EPA's tot verlichting van de inhoud en verlies aan specificiteit heeft geleid, met als gevolg dat het tijdens de nominale opleidingsduur bijvoorbeeld mogelijk is met relatief weinig inspanning ook alle EPA's van de aandachtsgebieden te verzamelen. Dit is onwenselijk. Een jaar na introductie werd om deze reden door het Concilium besloten om NOVUM aan te passen. Dit gebeurde op basis van het belangrijkste commentaar van gebruikers van het opleidingsplan, namelijk de aios en opleiders. De volgende thema's spelen bij de aanpassing een hoofdrol.

Invoering van generieke EPA's

EPA's worden niet meer te gebaseerd op een inhoudelijk onderdeel van ons vak, zoals eerder vastgelegd in domeinen (bijvoorbeeld oncologie, hepatologie, IBD, zuurgerelateerde klachten), maar er worden generieke EPA's geïntroduceerd. Deze beschrijven beroepsspecifieke activiteiten, zoals het verrichten van consulten op afdelingen en op de SEH, het verrichten van poliklinische zorg of zaalwerk.

Omdat het huidige kaderbesluit dergelijke grote aanpassingen niet toestaat, is ervoor gekozen om als eerste stap het aantal EPA's te reduceren door samenvoeging van EPA's binnen één domein. Dit is inmiddels vastgelegd in NOVUM 1.1. Na aanpassing van het kaderbesluit, worden in een tweede fase (NOVUM 2.0) de generieke EPA's doorgevoerd.

Klinische presentaties

Blootstelling aan voldoende en gevarieerde pathologie (klinisch en poliklinisch) is cruciaal. Om dit te waarborgen wordt de beschikbare patiëntenmix getoetst aan de zogenaamde klinische presentatielijst. Voor-

alsnog is het niet de bedoeling om de toetsing op aiosniveau te laten plaatsvinden. Dit zal tijdens visitaties worden gecontroleerd.

Vooropleiding

De vooropleiding interne geneeskunde duurt twintig maanden. Een recente enquête laat zien dat het merendeel van de aios tevreden is over de tijdsduur en zich kan vinden in de huidige verplichte stages. Men heeft echter meer behoefte aan flexibiliteit en zou bijvoorbeeld de mogelijkheid willen hebben om in deze periode stages te lopen bij chirurgie of radiologie.

Profilering

De perceptie van de rol van profilering (aandachts- of uitstroomgebied) is in de loop van de jaren veranderd, zowel bij MDL-artsen als bij aios. Een gedetailleerd beschreven uitstroomprofiel brengt duidelijkheid, maakt het mogelijk om diepgang te bereiken en brengt lijn in de opleiding. De inherente beperkingen – verlies in de breedte, minder flexibiliteit – worden echter gezien als belangrijke nadelen. NOVUM 2.0 biedt om die reden meer ruimte aan een geïndividualiseerde profilering van uitstromende MDL-artsen.

Al met al wordt NOVUM 2.0 gebruiksvriendelijker en flexibeler. Er is echter nog wel wat werk te verzetten. De actualisatiecommissie verwacht rond het einde van 2023 NOVUM 2.0 te kunnen voorleggen aan het Concilium en de ledenvergadering. Wij hopen dat het nieuwe opleidingsplan, na aanpassing en goedkeuring van het kaderbesluit, in 2024 in werking kan treden.

Namens de commissie NOVUM 2.0,

Bas Oldenburg, UMC Utrecht (voorzitter commissie NOVUM 2.0)

Michael Klemt-Kropp, Noordwest Ziekenhuis

EPA's

1. Afdeling/zaalstage
2. Opvang bedreigde patient/SEH
3. Consulten
4. Polikliniek
5. Supervisie

Klinische presentaties

- Anemie
- Buikpijn
- Icterus
- Diarree
- Obstipatie
- Gewichtsverlies
- Voedingsproblematiek
- Passageklachten
- Braken
- Hematemesis
- Pyrosis
- Leverenzymstoornissen
- Palliatieve zorg
- Proctologische klachten
- Rectaal bloedverlies
- Preventieve geneeskunde

NIEUWE CAO 2022-2023

Dienstbelasting en nieuwe dienstroosters UMC's

In 2022 is de nieuwe CAO universitair medische centra (UMC) in werking getreden. Hierin zijn de rusttijden na diensttijd gewijzigd. Wat betekent dat in de praktijk?

In artikel 6.2.4. staat het volgende:

“Na afloop van een bereikbaarheids- of aanwezigheidsdienst in de nacht heeft de medewerker altijd recht op ten minste 8 uur rust, als de medewerker in de uren die liggen tussen 00.00 uur en 06.00 uur ten minste twee keer gevolg heeft gegeven aan een oproep of meer dan twee uren arbeid heeft verricht.”

Na contact met juristen houdt dit in dat een aios MDL (werkzaam in een UMC) die tijdens een bereikbaarheidsdienst twee of meer keer is gebeld na 00.00 uur, de volgende dag niet mag werken. Deze nieuwe regelgeving heeft grote invloed op de dienstroosters van de aios, omdat zij tot voor kort ‘gewoon’ werkten op de dag na een bereikbaarheidsdienst. Om te kunnen voldoen aan de nieuwe CAO moeten de dienstroosters van de aios in de UMC's worden aangepast. Vanuit de NVMDL i.o. hebben wij nagevraagd bij de aios die momenteel in een UMC werken, hoe wordt geacteerd op de



nieuwe CAO. In vier van de zeven academische ziekenhuizen is het dienstrooster inmiddels aangepast. In dit artikel willen wij graag deze dienstroosters met u delen. Het doel is openheid en bewustzijn creëren. Later dit jaar wordt geëvalueerd hoe de nieuwe roosters bevallen en zullen we even-



COLUMN
BEAU DE GRAAF

And yet, to me, what is this quintessence of dust?
Shakespeare (1564-1616). Uit: Hamlet, Act 2 (~1600)

Preventieakkoord

De levensverwachting van een boreling in Nederland bedraagt tachtig jaar en met geluk ben je vrouw, wat drie jaar extra oplevert. Ben je in 1960 geboren, dan verlies je er weer acht. Een verkeerde ‘Vogelaar’-postcode kost nog eens zeven levensjaren in tijd, of zelfs negentien in kwaliteit. Zo ben je snel bij je laatste levensjaar. En dat vindt onze minister niet leuk, dat is namelijk hartstikke duur. Dus, zoals ook klinkt in zorgverzekeringsland, is preventie het onvermijdelijke wondermiddel tegen dat dure doodgaan.

Als arts heb je twee taken, een kwantitatieve en een kwalitatieve. Dat zijn: een voortijdige dood voorkomen en onderwijl zorgen voor wat gezonde levensvreugde. De ene specialist richt zich meer op kwantiteit, zoals een oncoloog, de andere vooral op kwaliteit, bijvoorbeeld de psychiater (die dan vooral niet zo moet talmen met euthanasieren, aldus, alweer, onze minister).

Zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord focussen we nu op kwantiteit: de dood uitstellen met preventie. Gecombineerde levensstijlinterventie is het wondermiddel. Een zout-, cholesterol-, vet- en suikerbeperkt dieet, met ruwe vezels verrijkt. Bij voorkeur veganistisch, in ieder geval vegetarisch. Vanzelfsprekend moet alcohol, net als roken, volledig aan banden. Karig eten, vooral niet dik worden. Nooit meer zitten, weinig schermuren en sporten natuurlijk, minimaal 10.000 dagelijkse stappen. Maar geen onbeschermd, laat staan promiscue seks.

We verkondigen de begeerlijke blijde boodschap van eeuwig leven. Halleluja!

Wie het doel – dat laatste levensjaar voorkomen – uiteindelijk toch niet bereikt, wacht helaas de hel. Er is geen verpleegkundige meer over in het niet-bestaande verpleeghuis. Ons rest euthanasie, dan wel kreupel en krom thuis creperen achter de sanseveria.

tuele *best practices* delen. In *Tabel 1* staat een overzicht van de aangepaste roosters. Er werd in alle ziekenhuizen voor gekozen om de aios geen doordeweekse nachtdiensten meer te laten doen. Hiermee wordt voorkomen dat doordeweekse dagtaken van een aios moeten worden overgenomen op het moment dat de aios na 00.00 uur heeft moeten werken. Dat is roostertechnisch gezien lastig te organiseren. Daarnaast wordt voorkomen dat er (te) veel afbreuk wordt gedaan aan het leermoment voor de aios overdag. Avond-/nachtdiensten in het weekend worden meestal nog wel door de aios gedaan.

Spagaat

In alle roosters doen aios simpelweg minder dienst. Dit leidt tot een nieuw vraagstuk,

namelijk of aios nog voldoende blootstelling krijgen aan spoedeisende problematiek en voldoende ervaring opbouwen met bereikbaarheidsdienst. Er ontstaat nu een spagaat waarbij een leermoment in de nacht ten koste gaat van een leermoment overdag. En een rooster opstellen waarin dagtaken worden overgenomen als je 's nachts te lang hebt gewerkt, is in de praktijk niet haalbaar. Hierin moet een nieuwe balans worden gevonden in samenspraak met opleiders en aios. Deze vraagstukken komen ook aan bod in de nieuwe aios-enquête die door de NVMDL i.o. in januari 2023 is verstuurd. Hierin werd onder andere gevraagd wat aios het minimale aantal avond-/nachtdiensten per maand vinden om voldoende exposure aan spoedscopieën en achterwachtfunctie te hebben. Van de 97 aios die deze vraag

hebben beantwoord, vond 51,5 procent dat één tot twee diensten per maand voldoende zijn, 34 procent vond dat dit drie tot vier diensten per maand zouden moeten zijn. Ook werd gevraagd wat aios het maximale aantal avond-/nachtdiensten per maand vinden. Van de 95 aios die deze vraag hebben beantwoord, vond 73,6 procent dat dit er maximaal vier per maand moeten zijn.

Niet meer houdbaar

Op de achtergrond speelt daarnaast de vraag of een dekkend dienstrooster houdbaar is met het teruglopende aantal aios. Volgens ons is dit met de nieuwe CAO vrijwel niet meer het geval. Een volledige dekking door aios (in de nacht) heeft te veel consequenties voor het leerrendement overdag. Ook hierop moet worden geacteerd.

Tabel 1. Overzicht van de aangepaste dienstroosters.

	Maandag t/m vrijdag	Weekenddienst	Dekkend dienstrooster door aios
UMCG	<ul style="list-style-type: none"> aios van 17.00-00.00 en 06.00-08.00 dienst supervisor-achterwacht 00.00-06.00 	<ul style="list-style-type: none"> 1 aios vrijdagavond/-nacht + zondag 24 uur; maandag compensatie 1 aios zaterdag 24 uur 	Ja*
AUMC	<ul style="list-style-type: none"> aios van 17.30-00.00 dienst supervisor achterwacht 00.00-08.00 	<ul style="list-style-type: none"> 1 aios zaterdag 12 uur (08.00-20.00) + zondag 24 uur; maandag compensatie 1 aios zaterdagavond/nacht 	Ja
Radboudumc	<ul style="list-style-type: none"> Ma-do: aios van 17.30-23.00 dienst. Supervisor-achterwacht 23.00-08.00 Vr: aios vanaf 17.30 tot zaterdagochtend 08.00 	<ul style="list-style-type: none"> 1 aios zaterdag 08.00-17.00 en zondag 08.00-17.00 	Dekkend tijdens weekenden, niet doordeweeks
UMCU	<ul style="list-style-type: none"> aios van 17.00-08.00 dienst Echter, als tussen 00.00-06.00 uur 1x gebeld, dan verdere achterwacht door supervisor 	<ul style="list-style-type: none"> 1 aios zaterdag en zondag dienst, waarna maandag compensatie Echter, als zaterdagnacht tussen 00.00-06.00 uur 1x gebeld, dan verdere achterwacht door supervisor 	Ja

* Vanwege krapte/uitval in de dienstpool worden momenteel enkele diensten door de MDL-artsen gedaan. Dit is vooralsnog een tijdelijke situatie.

In het Radboudumc heeft het nieuwe dienstrooster inmiddels geleid tot een onvolledige dienstroosterbezetting door aios. Hierbij moet worden opgemerkt dat er altijd een arts-assistent in huis is vanuit een gezamenlijke pool met onder andere de internisten en longartsen. In deze pool participeren anios MDL, geen aios MDL. De verwachting is dat onvolledige dienstroosterbezetting in de toekomst ook voor de andere UMC's gaat gelden. Zoals eerder gezegd: later dit jaar wordt

geëvalueerd hoe de nieuwe roosters bevalen en zullen we eventuele *best practices* delen. Dan komen we ook terug op de vraag of aios met bovenstaande roostering voldoende *exposure* (denken te) krijgen tot spoedeisende problematiek.

Jolanda Strebus, aios MDL Amsterdam UMC en bestuurslid NVMDL i.o.

Froukje van Hoeij, aios MDL UMC Utrecht en bestuurslid NVMDL i.o.



Jolanda Strebus



Froukje van Hoeij

MDL TRANSFERS

Nog altijd stilte binnen de MDL

Noorden

Geen transfers.

Oosten

Steven Jeuring (MUMC+) start per 1 april 2023 als MDL-arts (*chef de clinique*) in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem. Sybrand de Boer van het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem gaat op 1 juni 2023 met pensioen. Hij wordt vervangen door Irene Vegting; zij was al werkzaam in het Slingeland Ziekenhuis, maar treedt nu toe tot de maatschap.

Westen

Per 14 april 2023 is Bart van Hoek van het LUMC met emeritaat gegaan. Christine Vos van het Alrijne Ziekenhuis was *chef de clinique* en is sinds 1 januari 2023 lid van de vakgroep. Op 1 juni 2023 gaat Hans Brouwer, werkzaam in het Reinier de Graaf Gasthuis, met pensioen. Hij zal nog enkele dagen per week endoscopisch werk doen bij ZBC's. Joost Drenth wordt per 1 september 2023 kernhoogleraar hepatologie bij het Amsterdam UMC. Hij was afdelingshoofd en hoogleraar MDL in in het Radboudumc.

Zuiden

Vanaf 1 mei 2023 gaat Hao Ran Cheng (MUMC+) aan de slag in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis Tilburg. Per 1 juni 2023 start Bas Verhaegh (MUMC+) in het Laurentius Ziekenhuis Roermond als aspirant-maat met aandachtsgebied algemene MDL en ERCP. Jan Salemans van het Máxima Medisch Centrum gaat per 1 oktober 2023 met pensioen. Bouke Salden (MUMC+) start op 1 oktober 2023 als MDL-arts met aandachtsgebied IBD in Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

Aantallen

De aantallen per 1 juni 2023: 644 MDL-artsen in Nederland (waarvan

7 niet-leden van de NVMDL), 17 pensionado's (*die nog werkzaam zijn*), 211 aios MDL.

Vacatures

Ziekenhuis Groep Twente, Almelo: anios MDL
DC Klinieken, Apeldoorn: MDL-arts (minimaal 0,2 fte)
Wilhelmina Ziekenhuis, Assen: MDL-artsen (2 x 0,6-1,0 fte)
IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel: *chef de clinique* MDL (0,8 fte)
Treant, Drenthe: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
Catharina Ziekenhuis, Eindhoven: anios MDL (1,0 fte)
PoliDirect, Breda: MDL-arts (0,2 fte)
PoliDirect, Goor: MDL-arts scopie (0,2-0,4 fte)
PoliDirect, Goor: MDL-arts poli (0,2-0,4 fte)
PoliDirect, Zuid Nederland: MDL-arts
Beatrix Ziekenhuis, Gorinchem: MDL-arts (0,3-0,6 fte)
Martini Ziekenhuis, Groningen: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
St. Jansdal Ziekenhuis, Harderwijk/Lelystad: MDL-arts (1,0 fte)
DC Klinieken, Hengelo: MDL-arts (0,2 fte)
DC Klinieken, Rotterdam: MDL-arts (0,6 fte)
DC Klinieken, Voorschoten: MDL-arts (0,2 fte)
Alrijne Ziekenhuis, Leiden/Leiderdorp/Alphen aan den Rijn: *chef de clinique* MDL (0,6 fte)
Kroon Kliniek, Lelystad: MDL-arts
Medisch Spectrum Twente/Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Enschede en Winterswijk: MDL-arts (1,0 fte)
MSB Tjongerschans, Heerenveen: MDL-arts (0,8 fte)
MC Leeuwarden: MDL-arts (0,8-1,0 fte)
Radboudumc, Nijmegen: MDL arts met aandachtsgebied *advanced endoscopy* (1,0 fte)
Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam: MDL-arts (1,0 fte)
Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam: anios MDL (1,0 fte)
Ziekenhuis Rivierenland, Tiel/Culemborg: MDL-arts (0,8 fte)
Bernhoven, Uden: MDL-arts



ADVERTENTIE

Best practices voor opleidingskwaliteit ten tijde van 'aios-schaarste'

Het aantal aios neemt af en dat zorgt voor druk op de roosters. Aios vrezen dat een toenemend aantal algemene taken, zoals algemene poli, consulten en zaal, ten koste gaat van hun scopieprogramma's en stagespecifieke werkzaamheden. In januari 2022 werd dit onderwerp uitgevraagd onder alle aios MDL via de jaarlijkse NVMDL i.o. aios-enquête.¹

Hoewel de tijd voor stagespecifieke werkzaamheden binnen de zaal- en consultenstage ruim op orde was (respectievelijk 83 en 74 procent), bleek dit voor de andere specifieke stages, zoals oncologie (50 procent), hepatologie (36 procent) en IBD (27 procent) een stuk lager. Slechts 57 procent van de ondervraagde aios vond de tijd voor deze stagespecifieke werkzaamheden voldoende. Het aantal scopieën en spoedscopieën bleek voor respectievelijk 47 en 36 procent van de aios voldoende. De tijd voor verdieping bleek het meest onder druk te staan: slechts 26 procent van de aios was daarover tevreden.

Om meer inzicht te krijgen in dit probleem per ziekenhuis en eventuele lokale *best practices* te destilleren, werden in 18 opleidingsziekenhuizen (11 perifeer, 7 academisch) gestandaardiseerde gesprekken gevoerd tussen aios en opleiders. De belangrijkste bevindingen worden hieronder toegelicht, waarbij ook de relevante resultaten uit de nieuwe aios-enquête van 2023 worden meegenomen.²

Stagespecifieke werkzaamheden

Het ideale aandeel stagespecifieke werkzaamheden lag volgens de aios en opleiders tussen de 50 en 80 procent, met de kanttekening dat dit ideale percentage kan verschillen per aios en per stage en dat

niet-specifieke werkzaamheden ook leermomenten bevatten. In de praktijk blijkt dat de meeste aios een tot twee dagdelen per week invallen of ingedeeld zijn op zaal en/of consulten, terwijl ze een andere specifieke stage hebben. Hierbij valt te denken aan losse dagdelen, maar ook bijvoorbeeld consultenweken. Als positieve uitschieter blijken in twee ziekenhuizen enkel stage-specifieke taken door aios te worden uitgevoerd. De discrepantie tussen gewenste en reële stagespecifieke tijd blijkt in enkele (met name perifere) centra te berusten op een gebrek aan stagespecifieke patiënten of scopieën. Maar deze discrepantie wordt voornamelijk veroorzaakt door een tekort aan personeel voor de werkzaamheden op zaal of consulten. Een gebrek aan budget voor en een beperkt aanbod van voldoende anios, semi-artsen en/of PA-ers blijken een simpele oplossing in de weg te staan.

Best practices

- Bij uitval/afwezigheid van een aios de vrijgekomen taken onder de gehele MDL-groep verdelen, dus zowel stafleden als aios en eventuele ANIOS/PA-ers.
- Het rooster niet meer 'aios-dekkend' maken, waarbij bijvoorbeeld bovengenoemde werknemers ook al standaard worden ingezet voor taken van aios bij roosterproblemen.
- De positie van anios aantrekkelijker maken voor basisartsen door bijvoorbeeld het salaris te verhogen, het vak meer te promoten of door promovendi een tijd als MDL-anios te laten werken voor de start van hun opleiding.
- Nachtdiensten doordeweeks zonder aios-voorwacht, zodat de aios de volgende dag niet hoeft te compenseren (conform de nieuwe academische CAO) en geen stagespecifieke werkzaamheden mist.
- Huidige problemen/uitdagingen aankaar-

ten binnen de lokale instanties/organisaties, zodat de noodzaak voor aangepaste budgettering duidelijk wordt.

Endoscopie

In de meeste, met name perifere, ziekenhuizen bestaan geen stagespecifieke scopieprogramma's. In de centra die dit wel aanbieden, zijn het veelal programma's met IBD-surveillance, ERCP/EUS, Barrett of grote poliepen.

Het aantal algemene scopieprogramma's per aios varieert van een tot vijf per week. Volgens de aios en opleiders zou dit idealiter drie tot vier moeten zijn, mede afhankelijk van de vaardigheden van de aios. Als redenen voor een lage scopie-exposure werden gegeven dat programma's steeds vaker dicht zijn door een tekort aan verpleegkundigen, dat de scopievaardigheden van de aios (met name in academische setting) niet altijd overeenkomen met de nodige vaardigheden voor de 'tertiaire scopieën' en dat bij uitval van een collega vaak als eerste een aios van het scopieprogramma wordt gehaald omdat daarop veelal



Definities

Specifieke stages:

IBD, hepatologie, HPB, NGM, oncologie, voeding, dunne darm.

Stagespecifieke activiteiten:

Alle werkzaamheden die in het kader van een stage worden verricht, bijvoorbeeld poli met stagespecifieke patiënten, stage-specifieke scopieprogramma's, MDO's, meekijken met stagespecifieke ingrepen of specialisten, de voorbereiding van deze activiteiten en de verdiepingstijd voor dat specifieke onderwerp.

¹ <https://www.mdl.nl/files/files/Eindrapport%20Aios%20enquete%202021.pdf>

² <https://www.mdl.nl/aios/enquetes/jaarlijkse-aios-enqu%C3%A4te>



ADVERTENTIE

ook een stafid is ingedeeld.

Ook het aantal spoedscopieën dat door aios wordt gedaan, is volgens de meeste ziekenhuizen beperkt. Dat komt in sommige centra door een laag aanbod of omdat de aios op het moment van een spoedscopie andere taken heeft. Mogelijkerwijs zal door de nieuwe CAO in een groot deel van de academische ziekenhuizen het aanbod voor de aios nog verder slinken door reductie in nachtdiensten.

Best practices

- Samenwerking tussen academische ziekenhuizen en regionale scopiecentra met laagcomplex zorg (zoals Bergman Clinics, PoliDirect of DC Klinieken).
- Eén-op-één supervisie om het leerrendement per scopie te vergroten.
- ‘Spoedsein’ voor de aios die tijd heeft om in te vallen op de scopiekamer (bijvoorbeeld tijdens administratietijd).
- Aios indelen op speciale spoedscopieprogramma’s indien het patiëntaanbod zich daarvoor leent.
- Actievere rol supervisors in het betrekken/opzoeken van aios ten tijde van een spoedscopie.

Verdieping

Het in de aios-enquête gerapporteerde tekort aan tijd voor verdieping werd in de gesprekken met opleiders minder herkend. Vrijwel in alle ziekenhuizen is onderwijs structureel ingeroosterd en mogen aios deelnemen aan verdiepende activiteiten buiten het ziekenhuis, zoals symposia, onderwijsdagen en congressen. Aios gaven echter aan dat – ondanks beschikbaarheid van financiële middelen – roosterproblemen het inplannen hiervan beperken. De meeste ziekenhuizen roosteren ten minste één dagdeel per week in voor administratie. Door onder andere de hoeveelheid administratie en benodigde tijd voor supervisie wordt dit dagdeel in de praktijk meestal niet besteed aan verdieping. Ook blijkt dit administratiedagdeel als eerste te worden opgeofferd indien ad hoc een andere taak uitgevoerd moet worden.

Best practices

- Ten minste één ‘heilig’ dagdeel administratie.
- Een maximum aantal polipatiënten (bijvoorbeeld tien) per dagdeel, zodat poliadministratie en supervisie in dat dagdeel afgerond kunnen worden en meer voorbereidings-/verdiepingstijd beschikbaar is per patiënt.
- Wensen voor verdieping periodiek bespreken met opleiders en de gewenste activiteiten vooruit plannen.
- Consultensein loskoppelen van andere taken.
- Geen overlap tussen programma’s en onderwijsmomenten om aanwezigheid van aios te garanderen.
- Ad hoc toetsing van aios tijdens supervisiemomenten om zo verdieping te stimuleren.

Conclusie

Om de kwaliteit van de opleiding in de volle breedte te kunnen blijven garanderen nu het aantal aios afneemt, is een aios-dekkend rooster voor alle (poli)klinische taken niet

langer houdbaar. Het vervangen van een aios-positie door een anios of PA'er lijkt een toekomstbestendige en ogenschijnlijk eenvoudige oplossing, maar blijkt in de praktijk nog niet overal mogelijk. De beschreven oplossingen die door verschillende ziekenhuizen zijn gevonden om het opleidingsrendement van aios zoveel mogelijk te beschermen, kunnen daarom in de tussentijd als voorbeeld dienen voor elk MDL-opleidingsziekenhuis dat tegen dit probleem aanloopt.

Clasine de Klerk, AIOS MDL Amsterdam UMC en bestuurslid NVMDL i.o.

Dion Wintjens, AIOS MDL Maastricht UMC+ en bestuurslid NVMDL i.o.



Volg **MAGMA** nu ook op LinkedIn

MAGMA is vanaf nu ook te volgen via LinkedIn. Naast de papieren editie van het tijdschrift, die vier keer per jaar op de mat ligt, deelt de redactie middels dit platform wekelijks artikelen uit het meest recente nummer. Deze artikelen kunt u reposten, doorsturen of u kunt reageren. Op deze manier wordt het nog makkelijker om artikelen te delen met collega's en anderen in uw persoonlijke netwerk.

Oproep

Ook zal de redactie via deze pagina om input voor komende nummers vragen. Op dit moment staat er een oproep voor **MAGMA 3-2023**. Het thema van dat nummer is ‘werkplezier’ en om elkaar te inspireren willen we graag van u horen welke afdelingsuitjes of teambuildingsactiviteiten u met uw collega's heeft ondernomen.

Laat het ons weten.

Scan de QR-code of ga naar
www.linkedin.com/company/magma-tijdschrift-nvmdl



GENERATIEVERSCHILLEN OP DE WERKVLOER

‘Misschien beschouwen wij het doktersvak anders dan vroeger’

Op iedere werkvloer komen verschillende generaties samen. Ook in het ziekenhuis. Is dat lastig of juist een verrijking? Is er wederzijds begrip of worden er regelmatig wenkbrauwen opgetrokken? En wat zijn de achterliggende oorzaken van die veranderende wensen en drijfveren? Maar vooral: wat is de waarde van de combinatie babyboomers en millennials, en alles daartussenin, voor de kwaliteit van werken in een ziekenhuis?

De artsen (in opleiding) van nu zijn duidelijk anders dan de artsen in de jaren vijftig. Of lijkt dat maar zo en zijn alleen de omstandigheden veranderd? De oudste van de gespreksdeelnemers, gepensioneerd hoogleraar MDL aan de UvA en voormalig MDL-arts in DC Klinieken, Joep Bartelsman (1946): “De dokter in de jaren vijftig werkte 60-80 uur per week. De meesten hadden een vrouw die elke ochtend een halfuur eerder opstond om koffie te zetten en zijn tas te dragen. De rest van de dag deed zij het huishouden en zorgde ze voor de kinderen. De dokters hadden dus alle tijd om fulltime met hun werk bezig te zijn en werden niet afgeleid door ‘aardse dingen’. Ik was indertijd de enige met een werkende vrouw.” MDL-arts in het Radboudumc Geert Wanten (1962): “In mijn studietijd in de jaren tachtig had ik de luxe om twee studies tegelijk te doen, biologie en geneeskunde, puur uit interesse. De keuzes die je maakte, berustten op enthousiasme en niet omdat je moest. Ik heb ook nooit last gehad van prestatiedruk.” Beide artsen werden bovendien gevraagd voor vacante MDL-functies in het ziekenhuis en hoefden dus niet te concurreren.

Prestatiedruk

Hoe schril is het contrast met de generaties daarna. MDL-arts in het Amsterdam UMC Thijs Wielenga (1982): “Halverwege de middelbare school zit je al in een fuik, ben je bezig met wat je wilt bereiken, door welke

hoepels je moet springen en aan welke vinkjes je moet voldoen om ervoor te zorgen dat je je onderscheidt, dat je beter bent dan je studiegenoten om te komen waar je wilt.

Op een gegeven moment zit je in een traject dat een bepaalde kant op gaat. De druk om te presteren wordt dan nog hoger, want dan kán je en mág je daarin van jezelf niet



Joep Bartelsman: “Ik was indertijd de enige met een werkende vrouw.”

Gespreksdeelnemers:

Joep Bartelsman

(gepensioneerd hoogleraar MDL aan de UvA en voormalig MDL-arts DC Klinieken)

Geert Wanten

(MDL-arts Radboudumc)

Marjolijn Duijvestein

(MDL-arts Radboudumc)

Thijs Wielenga

(MDL-arts Amsterdam UMC)

Toer Stevens

(aios MDL Amsterdam UMC)

falen. Als je erachter komt dat je eigenlijk iets anders wilt doen, had je dat eerder moeten beslissen." Toer Stevens (aios MDL, 1990) deelt die ervaring: "Van jongs af aan

word je gestimuleerd en gepusht. Toen ik mijn PhD deed in het AMC waren er zoveel goede arts-onderzoekers, die het allemaal superleuk vonden en een sterke intrinsieke motivatie hadden. Je drijft jezelf dan tot het uiterste om je te onderscheiden. Dat gaf veel stress, want je weet niet of jij wordt uitgekozen, terwijl je het wel graag wilt." Wanten: "Ik heb het idee dat studenten tegenwoordig veel langer van tevoren allerlei keuzes moeten maken, die ze tegelijkertijd niet kunnen overzien. Je moet tijdens de opleiding tot MDL-arts al vroeg over ik-weet-niet-hoeveel uitstroomprofielen nadenken en die keuzes worden ook snel gedetailleerder."

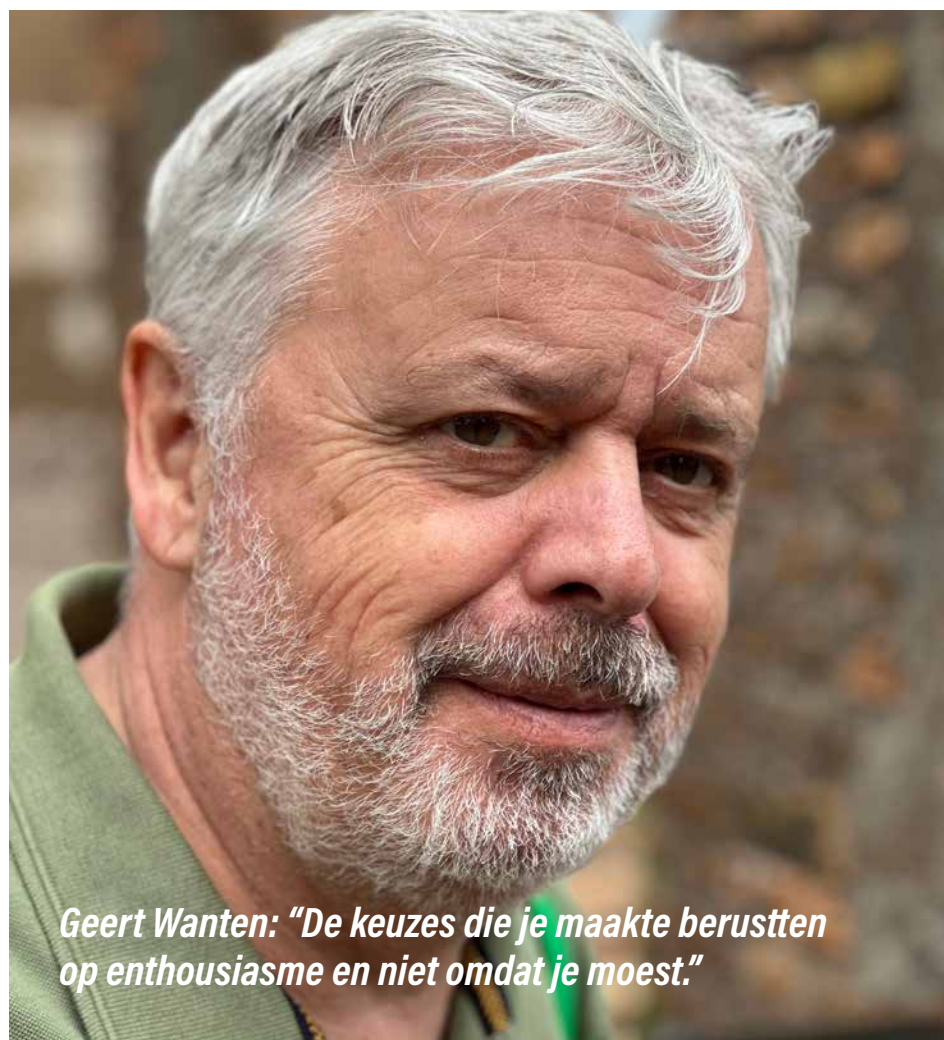
Burn-outs

Werken die verschillen in generatieachtergronden door op de werkvloer? Bartelsman: "Je merkt wel dat er grote verschillen zijn

als je kijkt naar het groeiend aantal jonge artsen (in opleiding) met een burn-out. Dat is iets wat wij vroeger nooit kenden." Stevens verwijst naar een recent onderzoek van De Jonge Specialist (2022)¹ dat uitwees dat een kwart van de jonge dokters burn-outklachten heeft ten opzichte van 14 procent twee jaar eerder en dat één op de vier jonge artsen-in-opleiding (aios) overweegt te stoppen. "Die getallen vond ik best wel schokkend." Bartelsman heeft er meerdere discussies met oudere collega's over gehad, vertelt hij. "Wij vroegen ons af: komt de toename aan burn-outs onder jonge artsen (in opleiding) doordat jongeren niet veel aankunnen of is de werkbelasting anders? Ik denk dat zowel de werkbelasting als de belasting in het privéleven veel groter is. Vroeger had je het veel rustiger: er was geen e-mail, geen Whatsapp, dus die berichten hoefde je ook niet allemaal te beantwoorden. Vroeger stuurde je iemand eenmaal per jaar een brief. Nu word je door die sociale media overal bij betrokken en weet je precies waar iedereen zit. Het speelt allemaal mee met wat er van het hoofd van mensen wordt gevraagd."

De andere generaties kunnen dat ronduit beamen. MDL-arts Marjolijn Duijvestein (1982): "Ik denk dat onze generatie - en zeker de generaties na mij - de focus, het 'in het nu wat doen', weer moet leren. Er zijn niet voor niets allemaal mindfulness-projecten. De hele dag houd je allemaal ballen in de lucht: zo ervaar ik het dagelijkse bestaan toch wel. Niet alleen tijdens je werk, maar ook in combinatie met je privéleven. Ik heb bijvoorbeeld drie kleine schoolgaande kinderen samen met mijn ook werkende partner."

Wielenga vult aan: "Het zijn ook de eisen die je aan jezelf stelt. Kijk naar de generatie boven mij: die gingen op een gegeven moment werken in een ziekenhuis waar plek was. Je verhuisde vervolgens naar je nieuwe werkomgeving en maakte er daar het beste van. Nu zijn jonge mensen volgens mij veel kritischer over waar ze willen werken, maar ook wat ze van zichzelf verwachten, wat ze willen bereiken. Ze leggen de lat heel hoog. Op het moment dat je een aantal jaren op



Geert Wanten: "De keuzes die je maakte berustten op enthousiasme en niet omdat je moest."

¹ <https://dejongespecialist.nl/2022/nationale-aios-enquete-gezond-en-veilig-werken-2022/>



ADVERTENTIE

dezelfde plek zit, wordt onze generatie veel sneller onrustig en denkt: 'ik moet iets anders, ik moet iets nieuws doen'. Dat wordt ook een beetje aangewakkerd door alles wat je via sociale media meekrijgt."

Werk-privébalans

Stevens ziet een cocktail aan mogelijke oorzaken voor de groeiende uitval van jonge artsen. Naast de gevoelde prestatiedruk en het perspectief op de banenmarkt "dat ook niet echt helemaal top is", wijt Stevens de burn-outgetallen onder jonge artsen ook aan de overdaad aan prikkels die de hele dag op je afkomen tijdens het werk. "Je moet de hele dag van alles registreren en bijhouden, maar je moet ook de hele dag bereikbaar zijn. Patiënten sturen je e-mails, maar ook de berichten van het patiënt- en ziekenhuisinformatiesysteem geven je de hele dag prikkels." Wanten merkt duidelijk dat hij wat dat betreft tussen de oudste en jongere gespreksdeelnemers in zit. "Ik kom uit het pre-digitale tijdperk en heb de stapsgewijze overgang naar de digitalisering meegemaakt. Onze generatie kon dus geleidelijk aan leren om daarin keuzes te maken. Je ziet nu dat het tempo waarin mensen informatie binnenkrijgen, verwerken en opslaan, plus de vluchtigheid ervan, steeds meer omhoog gaat. In combinatie met de toegenomen regelgeving maakt dat het leven steeds ingewikkelder voor veel mensen; niet iedereen kan daar even goed mee omgaan. Ik kan mij voorstellen dat als je niet rustig de kans krijgt om daaraan te wennen en daarin je eigen pad te kiezen, je daarin kunt vastlopen."

Maar er is meer. Stevens: "Ik denk dat onze generatie ook meer behoefte heeft om zich op verschillende manieren te ontplooiën. Jonge mensen zijn, denk ik, onveranderd ambitieus in hun vak en willen veel bereiken, maar tegelijkertijd hebben jongeren ook interesses buiten hun werk waaraan ze tijd willen besteden. Misschien is dat wel het probleem van onze generatie. Als ik het op mijzelf betrek: ik maak medische podcasts. Dat vind ik superleuk, maar dat kost ook weer tijd. Ik probeer mijn tijd dus te

verdelen, waardoor er iets minder tijd gaat naar alleen het dokter-zijn." Bartelsman werpt op: "Het heeft, denk ik, ook te maken met de bereidheid om je volledig in te zetten voor een vak. Dat bestaat niet meer zozeer tegenwoordig." Duijvestein refereert naar aanleiding van een interview met gepromoveerd huisarts Pieter Barnhoorn naar een blog van een basisarts dat zij eerder las.

Zij schreef: 'Ik ben geen dokter, ik werk als dokter.' De huisarts van vroeger in het dorp kon je natuurlijk altijd bellen. Toer, ik weet niet of jij je met deze jonge generatie artsen identificeert?" Stevens: "Ik zie dokter-zijn als meer dan alleen mijn werk. Ik denk dat arts-zijn ook nog steeds een dienstbaar beroep is, maar dat de generatie van nu gewoon anders is."



Marjolijn Duijvestein: "Over die standaard patronen en roosters mogen we echt wel een keer nadenken."

Autonomie

Stevens verwijst opnieuw naar het recente onderzoek van De Jonge Specialist: “Dat één op de vier artsen in opleiding overweegt om te stoppen: dat vond ik ook wel een generatieding. Als een van de redenen werd aangegeven dat de aios een gebrek aan autonomie ervaren tijdens de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis; ze kunnen zelf maar moeilijk invloed uitoefenen op hoe hun dag eruitziet. Dat is iets waaraan onze generatie misschien wel meer behoefte heeft dan de oudere generaties.” Hijzelf herkent dat wel. “Het probleem is vooral, denk ik, dat je een groot deel van je dag bezig bent met dingen waar je niet de meeste energie van krijgt. Denk aan de registratiedrift binnen het ziekenhuis.” Duijvestein herkent dat: “Het gaat inderdaad niet om het aantal uren dat je werkt, maar om wat je allemaal ‘moet’. Als je zoveel met regeltjes bezig moet zijn, zorgt dat wel eens voor minder lol in het werk. Soms vergeten we daardoor – en dat

geldt zeker voor de jongere generatie, denk ik – dat ons vak echt onwijs leuk is.” Wielenga: “Ik ben daar ambivalent in. De hele dag komen, buiten je reguliere programma om, allerlei dingen op je af. Die patiënt is ziek, die moet je bellen, dat gaat niet goed, er moet meteen iets op de OK gebeuren... Aan de ene kant is het superirritant dat je zelf helemaal geen invloed op je agenda-planning hebt. Ik kan wat dat betreft wel eens jaloers zijn op mensen die als zzp’er werken en volledige autonomie hebben. Dan gaan ze bijvoorbeeld drie maanden in Kaapstad werken of een jaar in Japan; dat is echt een beetje de nieuwe generatie. Aan de andere kant is het ook wel weer lekker om een beetje geleefd te worden en zijn het – behalve de administratieve zaken – ook allemaal leuke dingen die op je afkomen. Bovendien is het mooie én wezenlijke aan ons vak de samenwerking binnen je eigen team en het menselijk contact met patiënten, maar ook de voldoening die je voelt om als team een positieve bijdrage

te leveren aan de behandeling van iemands ziektebeeld.”

Passie voor het vak

Er zijn dus zeker verschillen tussen generaties op de werkvloer – in achtergrond, wensen en behoeftes – wat soms zorgt voor wat wrijving of onbegrip. Tegelijkertijd zijn ze voor elkaar onmisbaar, weten de gespreksdeelnemers. Wielenga: “De oudere generatie heb je absoluut nodig, want die hebben zoveel meer ervaring, kennis en technische vaardigheden. Als ik een ingewikkelde procedure doe, dan vraag ik altijd of een ervaren arts kan meekijken of stand-by is.” De jongere generaties brengen volgens hem enthousiasme op de werkvloer, wat weer aanstekelijk kan werken voor oudere generaties. Hij vervolgt: “Maar je hebt jonge mensen ook nodig om een organisatie gezond te houden, omdat de jonge generatie nog die verwondering heeft en vraagtekens zet bij de gang van zaken, wat weer kan leiden tot verandering en verbetering.” De anderen onderschrijven dat. Wanten ziet duidelijk een tweerichtingsverkeer: “Als je met jonge mensen omgaat, zie je het enthousiasme en de onbevangenheid. Omgekeerd kun je – door de fouten die jijzelf ooit hebt gemaakt – de jongere generatie wijzen op valkuilen.” Als voorbeeld noemt hij de hang naar autonomie. “Ik heb er zelf altijd heel erg bovenop gezeten dat ik mijn agenda mede kon bepalen, zodat je er grip op hebt. Dat betekent dus in een aantal gevallen dat je moet zeggen ‘dat doe ik niet’ of je neemt meer tijd voor zaken die essentieel voor je zijn, omdat ze bijdragen aan je levensgeluk.” Duijvestein haakt daar meteen op in: “Daarom heb ik op een gegeven moment ook de keuze gemaakt om op maandagochtend mijn kinderen naar school te brengen, en daarna pas aan mijn (halve) werkdag te beginnen. Daar geniet ik intens van. Maar dit betekende wel dat de overdracht digitaal moet plaatsvinden, en dat ik mijn ‘blokje’ – waarin ik meestal administratie doe – dus op de dag verplaats, en dus gewoon mijn uren maak. Daar voelde ik mij aanvankelijk heel lullig over, ik moest dat gevoel echt leren loslaten.”



Thijs Wielenga:
**“Jonge mensen
 leggen de lat heel
 hoog.”**

Vanuit de organisatie zouden de jongere generaties wat dat betreft wel wat hulp en flexibiliteit kunnen gebruiken. Duijvestein: “Over die standaard (oude) patronen en roosters mogen we echt wel een keer nadenken, vind ik.” Wielenga: “De standaard is nog steeds: ’s avonds vergaderen. Oudere generaties hadden daar wellicht geen problemen mee, omdat de partner voor de kinderen zorgde. Maar voor onze generatie is dat bijna niet te doen. Ik heb zowel een kindje als een werkende partner. Aan de ene kant snap ik dat het overdag niet kan, want iedereen heeft dan een overvolle agenda, maar over die vanzelfsprekendheid mag wat mij betreft wel iets meer worden nagedacht.”

Maar jongere generaties kunnen ook overdrijven, vinden de gespreksdeelnemers. Duijvestein: “Als jonge arts-onderzoeker was ik dag en nacht met mijn onderzoek bezig. Ik telde mijn uren niet en had geen idee dat er een urencontract was. Het was soms ook wel lekker om wat naïviteit te hebben. Het geeft namelijk ook ruimte in je hoofd om wat aan te modderen en niet steeds bezig te zijn of je wel de juiste taken op je neemt, of je geen neventaken in de schoot geworpen krijgt die niet bij jouw werkbeschrijving passen of je vrije middag wel doorgaat... Als ik die controledrift van jonge generaties zie, denk ik wel eens: ‘laat het toch lekker een beetje gebeuren.’”

Bevlogen dokters

De ideale samenwerking tussen generaties? Bartelsman: “Ik ben al elf jaar met pensioen, dus ik zit niet meer in de positie om die vraag te beantwoorden. Wat mij wel verdriet doet – en dan heb ik het niet alleen over mijzelf, maar ook over een aantal andere oudere artsen die ik daarover geregeld spreek –, is dat er bijna niemand meer generalist is in ons vak. Zelf denk ik dat je altijd mensen nodig hebt die de volle breedte van het vak kunnen overzien. Denk alleen al aan de patiënten die met een onbekend probleem de polikliniek binnenkomen.” Wielenga: “Als ik generalisten moet aanwijzen bij ons op de afdeling, zijn

dat inderdaad allemaal artsen uit de oude generatie.”

Stevens: “Naar mijn idee gaat de samenwerking tussen generaties heel goed. Ik ervaar het eigenlijk bijna altijd als heel prettig. Je moet het toch als team doen. Je kunt als jongere generatie met ideeën komen over wat jij vindt dat anders moet, maar je moet het wel als team eens worden of dat haalbaar is. Wel is het zo dat de jongere generatie het iets minder normaal vindt om eindeloos over te werken en ’s avonds nog te vergaderen na een drukke dag. Ik hoop dat de oudere generatie daarvoor toch begrip, of misschien nóg meer begrip kan opbrengen. Maar worden wij minder goede artsen dan de artsen van vroeger die zestig tot tachtig uur aan hun vak spendeerden? Daar denk ik wel eens over na. Zelf denk ik dat wij als jongere generatie nog steeds even bevlogen dokters zijn, maar dat we het vak misschien iets anders beschouwen dan vroeger.” Wanten reageert: “Ik denk

dat ‘een goede arts zijn’ inderdaad niet recht evenredig zal zijn met het aantal uren dat je eraan besteedt. In bijvoorbeeld Japan – waar mensen belachelijk lange werkweken maken – zie je dat ze voor een gedeelte ook minder efficiënt zijn. Dus er zal ergens een knik in de curve komen naarmate je meer uren gaat maken en je minder efficiënt wordt. Aan de andere kant: ik ben van de generatie die als internist is opgeleid en we deden cardiologie, longziekten, intensive care en gingen dan pas de MDL in. Ik denk dat je ook niet kunt ontkennen dat dat absolute meerwaarde heeft voor het begrip van je vak. Maar van de andere kant weet ik ook niet hoe realistisch het is om dit nog van mensen te vragen die ook veel meer tijd moeten stoppen in allerlei procedures die ze technisch onder de knie moeten krijgen. Dus daarin zul je ergens keuzes moeten maken en dat zullen we moeten respecteren.”





MDL-opleiding in Denemarken en België: voorbeelden om na te volgen?

Door ontwikkelingen in de geneeskunde en veranderingen in de maatschappij zijn ook medisch-specialistische vervolgoopleidingen aan continue verandering onderhevig. In het huidige tijdsgewricht zien we een toename van het aantal aios dat vroegtijdig stopt met de opleiding of na de opleiding voor een geheel andere toekomst kiest. In vergelijking met andere specialismen doet de MDL het redelijk goed. Vorig jaar (2022) was (toevallig) een slecht jaar met elf aios en jonge klaren die geen toekomst meer zagen binnen de MDL; in het algemeen zijn het er jaarlijks slechts enkelen.

De laatste jaren wordt bij alle specialisten een toename van het aantal *burn-outs* gezien.¹ Aios spreken nog steeds hoge waardering uit voor hun vak, maar geven vaker aan problemen te ondervinden met de werk-privébalans. Niet verwonderlijk: de specialist-in-opleiding heeft een complex leven met opleiding, een jong gezin, een partner met ambities en de wens om een leven naast de ziekenhuiswerkzaamheden te leiden. In vergelijking met veel andere beroepen is de werkdruk voor een aios heel hoog. Omdat verlies in werkplezier of een *burn-out* niet alleen door hard werken worden veroorzaakt maar ook andere factoren een rol spelen, gingen wij in gesprek met collega's uit Denemarken (Hvidovre Ziekenhuis, Kettegård-Kopenhagen: MDL-artsen Flemming Bendtsen en Trine Boysen en aios Nina Kimmer en August Pilegaard Prahm) en België (Eva Hufkes en Anne van Eldere, beiden fellow hepatologie en werkzaam in het Erasmus MC). Op basis daarvan volgen hier onze bevindingen.

Denemarken

Na de studie geneeskunde en voor de start van de MDL-opleiding gaat de jonge Deense arts een jaar als anios aan de slag op een afdeling interne geneeskunde. In de grotere ziekenhuizen mag een begin worden gemaakt met oesofago-gastro-duodenoscopie. De MDL-opleiding duurt vervolgens vijf jaar; werkzaamheden worden verricht

op drie afdelingen, namelijk interne geneeskunde, MDL en endoscopie. Alle grote en belangrijke 'interne' ziektebeelden worden daardoor gezien. De aios moet bijhouden wat wordt gezien om te kunnen beoordelen of met alle relevante ziektebeelden ervaring wordt opgedaan. Met deze zaalstages wordt de basis voor de MDL gelegd en wordt de essentiële kennis van de interne geneeskunde opgedaan. Daarnaast wordt direct gestart met endoscopieën en later met polikliniek. Met >150 gastro's op jaarbasis kunnen de meeste aios deze procedure na een jaar efficiënt uitvoeren. Sigmoidoscopieën en colonoscopieën worden vanaf het tweede jaar gedaan, >100 procedures per jaar. Een minderheid van de aios gaat ook endo-echografie, ERCP's en interventies doen; dit hangt af van persoonlijke interesse en talent.

37 uur

De werkweek van artsen in een ziekenhuis in Denemarken omvat 37 uur, inclusief diensten en administratie. En daar houden ze zich aan. De MDL-artsen die wij spraken, beginnen om 7.45 uur met de overdracht. Meestal duurt dat een kwartier, waarna een kwartier overblijft voor onderwijs. Vervolgens gaat iedereen aan de slag. Vanaf 15.15 uur worden de werkzaamheden afgerond; uiterlijk om 16.00 uur is iedereen naar huis. Als de werkzaamheden het toelaten, wordt tussen 12 en 13 uur een half uur gepau-

zeerd om te eten; omdat iedereen gewoon 'oproepbaar' blijft, geldt de lunchpauze als werktijd.

De aios heeft in het algemeen, naast de klinische stages, één keer per week een poliklinisch spreekuur met 30 tot 40 minuten voor een nieuwe patiënt en 15 tot 20 minuten voor een controle. Het betreft een algemene MDL-poli met 'eigen' patiënten; deze poli is ruim vier jaar van de desbetreffende aios en wordt gesloten bij afwezigheid door bijvoorbeeld vakantie of nascholing.

Een jongerejaars aios (tot en met het derde jaar) wordt zowel op de poli als tijdens de dienst gesuperviseerd door een senior aios (jaar vier en vijf); de senior aios wordt gesuperviseerd door een stafid. Poliklinische spreekuren worden niet standaard vooraf besproken, maar supervisie of advies is altijd in de buurt. Voor de dagelijkse werkzaamheden is er een vaste supervisor gedurende een langere tijd. Voor de diensten rouleert de supervisie.

Diensten

Bij een avond- en nachtdienst is de jongerejaars aios vanaf 15.15 uur in het ziekenhuis, de daadwerkelijke dienst begint om 16.00 uur. De volgende ochtend om 9.00 uur gaat de aios weer naar huis. De dag waarop de dienst ingaat en de dag na de dienst zijn vrij, ongeacht het aantal uur dat je tijdens de dienst hebt gewerkt. Jongerejaars aios zijn tijdens de dienst in huis, senior aios fungeren als achterwacht. De tijdens de dienst gewerkte uren worden geregistreerd en deze gaan van de 37 uur per week af; dat leidt tot extra vrije of compensatiedagen. Stafleden hebben deze compensatiedagen ook, maar werken voorafgaand aan de (bereikbaarheids)dienst en de dag erna wel. Iedereen heeft per jaar 30 vakantiedagen. Verplicht cursorisch onderwijs valt onder werktijd.

Onderzoek

Alle onderwistaken van de staf vallen onder de uren van de reguliere werkweek. Onderzoek daarentegen niet; de werkzaamheden zijn voornamelijk gericht op productie. Als iemand onderzoek wil doen, dan kan dat in 'eigen' tijd, 's avonds en/of in het week-einde. Of op de vrije dagen ter compensatie van gewerkte diensturen. Onderzoekstijd kan ook worden gekocht: bijvoorbeeld door het binnenhalen van een beurs.

Ouderschapsverlof en kinderopvang

Verlof na zwangerschap is langer dan in Nederland: ouderschapsverlof is twaalf maanden, waarvan twee maanden voorafgaand aan de bevalling. Zes maanden na de bevalling neemt de financiële uitkering drastisch af. Jonge vaders hebben in totaal vier maanden verlof. Kinderopvang lijkt perfect geregeld: er is altijd plaats en het is altijd open. De staat betaalt het grootste gedeelte: ouders betalen circa € 500 voor het eerste kind (voor vijf dagen in de week). Opvang voor het tweede en derde kind is goedkoper; vanaf het vierde kind is de opvang zelfs gratis.

Bovenstaande bevindingen resumerend zijn we onder de indruk van de Deense situatie. Maar is het voor jonge aanstaande artsen verstandig om nu meteen een cursus Deens te gaan volgen? Met een vaste werkweek van

37 uur lijkt uitval te vermijden; het komt in Denemarken nauwelijks voor en het woord burn-out kent men eigenlijk niet. Daar staat tegenover dat we geen goed beeld kregen van het aantal verrichtingen. Met drie scopieprogramma's per maand moet dat haast wel lager liggen dan in Nederland. Is de kwaliteit van een Deense MDL-arts dan wel net zo hoog als die van een Nederlandse? Het Deense systeem kent zeker voordelen, maar absoluut ook nadelen. Er zijn meer mensen nodig voor dezelfde hoeveelheid werk, met meer wisselingen en meer overdrachtsmomenten. De salarissen van aios in Denemarken zijn iets hoger, echter de salarissen van medisch specialisten liggen ongeveer 30 procent lager dan in Nederland.

België

De situatie in België is volstrekt anders. De vooropleiding interne geneeskunde duurt drie jaar, zodat er een stevige brede basis is. Voor de MDL zijn de opleidingseisen grotendeels vergelijkbaar met die in Nederland, maar er ligt geen opleidingsschema vast. De MDL-opleiding duurt ook drie jaar. Er worden behoorlijk wat uren gemaakt, zo'n 60 in de week. Compensatie na een dienst of extra vrije dagen nadat vele uren gewerkt zijn, kent men niet. De aios heeft bovendien geen officiële aanstelling in het ziekenhuis en ontvangt geen salaris, premies voor sociale verzekeringen en pensioen. De aios

is aangesteld als een stagiair en krijgt daarvoor een financiële vergoeding. Bij ziekte is er geen financieel vangnet; gedurende de opleiding wordt geen pensioen opgebouwd. De maandelijkse vergoeding is ongeveer gelijk aan het aios-salaris in Nederland, met het verschil dat vakantiegeld en een eindejaarsuitkering niet bestaan.

De eenmaal gevestigde MDL-arts verdient echter wel een riant salaris, dat beduidend hoger ligt dan in Nederland. De Vlaamse aios moet harder werken dan de Nederlandse collega's, maar heeft waarschijnlijk aan het einde van de rit bredere kennis.

Conclusie

Is het gras bij de burens daadwerkelijk groener? Dat durven we niet met zekerheid te zeggen. Wel hebben deze gesprekken inzicht gegeven in hoe de MDL-opleiding en het werkrooster in twee andere EU-landen zijn georganiseerd. Daarmee kunnen wij wellicht onze MDL-opleiding verbeteren met oog op werkplezier en burn-outpreventie.

Rob de Knecht¹, Lydi van Driel¹, Esmée Grobbee², Naomi van der Sligte², Nicolien Schepers², Eva Hufkes³ en Anne Van Eldere³, allen Erasmus MC

¹ MDL-arts

² aios

³ MDL-arts en fellow hepatologie

Transabdominale echografie in de opleiding

De meeste medisch specialisten verrichten echografie van de 'eigen' organen zelf, zoals gynaecologen en cardiologen. Ook vele internisten doen dit inmiddels zelf. Moeten wij MDL-artsen ons ook bekwamen in de echografie?

In 2015 besloten de internisten in Nederland echografie onderdeel van de opleiding tot internist te maken. Echografie is immers het verlengde van het lichamenlijk

onderzoek en met steeds betere en alsmear kleinere echoapparatuur – zelfs aan te sluiten op smartphones – kan het een belangrijk hulpmiddel zijn naast bloeddrukmeter en stethoscoop. Er worden drie vormen van echografisch onderzoek onderscheiden: spoedechografie (bijvoorbeeld: is er sprake van pericarditis of een aneurysma van de aorta), echografie als verlengde van het lichamenlijk onderzoek (zoals: miltgrootte meten in cm in plaats van percuteren) en interventionele echografie (ascites- en

pleurapuncties of het inbrengen van centraalveneuze katheters). Net als bij de radiologie dienen beelden opgeslagen te worden en moet een (standaard)verslag worden gemaakt.

Bij voorkeur heeft ieder opleidingsziekenhuis een echo-expert onder wiens begeleiding internisten (inclusief aios) ervaring kunnen opdoen na het volgen van een basale cursus.

Vorig jaar heeft het Concilium MDL eveneens de wens uitgesproken om de abdo-





ADVERTENTIE

minale echografie zelf te gaan uitvoeren. Ook binnen de MDL kunnen de drie bovengenoemde echografietypes worden onderscheiden. De voornaamste indicatiegebieden zijn de lever (ascites, *vena portae*-trombose, galstenen et cetera) en de darm (inflammatoire darmziekten). Op dit moment zijn er twee MDL-afdelingen waar een groot MDL-echografieprogramma wordt uitgevoerd: Amsterdam UMC met vooral IBD-echografie en Erasmus MC met zowel lever als darmen (vooral bij cirrose- en levertransplantatiepatiënten en ook IBD).

Bestaat er interesse onder MDL-artsen?

Vorig jaar werd een vragenlijst gestuurd naar alle MDL-artsen, al of niet in opleiding: 212 collega's vulden de enquête in, waarvan de helft jonger dan 40 jaar. 85 procent vindt dat er sowieso een goede cursus echografie gevolgd moet worden: 57 procent kiest voor een cursus van de gehele buik, 28 procent kiest voor alleen IBD-echografie of lever. Zo'n 40 procent

van de respondenten heeft interesse om echografie zelf uit te voeren, met een min of meer gelijke verdeling tussen 'gehele buik', 'alleen lever' en 'alleen IBD'.

Een voorzichtige conclusie kan zijn dat vooral onder jongere MDL-artsen/aios interesse bestaat voor echografie-onderwijs. Daarna zullen ongetwijfeld velen de stap wagen naar de praktijk: een goed echo-apparaatje voor aansluiting op een smartphone is er al voor circa 3000 euro.

Cursussen

Op dit moment biedt Amsterdam UMC een cursus IBD-echografie aan, als onderdeel van IBUS (International Bowel Ultrasound Group). In maximaal twee jaar moeten drie modules worden gevolgd: een introductiecursus van twee tot drie dagen, een praktisch gedeelte gedurende vier weken waarin vrijwel dagelijks geoefend wordt binnen een IBD-echo-programma en ten slotte een gehele dag met een workshop en een examen. Bij goed gevolg wordt een certificaat uitgereikt.

De Nederlandse Vereniging voor Hepatologie heeft een jaarlijkse ééndaagse cursus leverechografie tijdens de *Dutch Liver Week*. De docenten komen uit het Amsterdam UMC, het Erasmus MC en uit Vlaanderen. De IBD/IBUS-cursus en de NVH-cursus moeten we wellicht bundelen en vaker aanbieden, gezien de grote interesse.

Extra dimensie voor MDL-vak?

Vervolgens moeten er collega's zijn die zich verder in de echografie willen verdiepen, opdat iedere MDL-afdeling in een UMC een of twee experts krijgt om de kennis weer over te dragen. Er moeten richtlijnen komen en de echoprogramma's moeten onderdeel worden van de visitatie. Dat is een lange weg. Maar het is absoluut de moeite waard. Echografie biedt de MDL-arts een extra dimensie: het is patiëntvriendelijk, het resultaat is direct beschikbaar en kan met de patiënt worden besproken. Er kunnen vele CT's, MRI's en endoscopieën mee worden voorkomen.

Rob de Knegt, Erasmus MC





MDL-arts met leverprofiel geeft passie door aan dochters

MDL-arts Gerrit de Groot heeft naar eigen zeggen een 'dokters-gen' en als oprichter van de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK), ook een 'ondernemers-gen'. Elk 'gen' is aan een van zijn dochters doorgegeven. Dochter Nicolette (*links*) is, evenals haar vader, MDL-arts; dochter Frederike (*rechts*) is ondernemer en mede-eigenaar van de eerste alcoholvrije slijterij in Nederland. Een familiegesprek over alcohol(vrij): MDL-artsen versus ondernemer of zitten ze alle drie op één lijn?

M MDL-artsen ondervinden dagelijks de negatieve gevolgen van alcohol in hun praktijk. Een artikel in *MAGMA 4-2022* (pag. 176-78) beschreef al de schade die dat kan aanrichten. De cijfers: 20 tot 30 procent van de poliklinische en klinisch opgenomen patiënten hebben klach-

ten die mogelijk (in)direct te relateren zijn aan (overmatig) alcoholgebruik. De vader van Gerrit de Groot ging er zelf aan ten onder.

Dochter Nicolette, sinds drie jaar als MDL-arts werkzaam in het Rode Kruis Ziekenhuis

in Beverwijk: "We komen er steeds meer achter hoe breed alcohol schade toebrengt aan het lichaam. De meest bekende in de MDL-praktijk zijn natuurlijk levercirrose, en alveesklierontstekingen. Maar er is ook indirecte schade, zoals een verhoogd risico op kanker; denk aan de darm- en

slokdamkanker die we in onze MDL-praktijk zien. Overmatig alcoholgebruik kan bovendien voor vetzucht zorgen, wat ook weer kan leiden tot leverziekten. Bij ons in het ziekenhuis hebben we een zogenoemde Rookstop-poli, maar soms denk ik wel eens: moeten we niet ook een Alcoholstop-poli gaan starten.”

Alcoholvrije sterkedranken

Is alcoholvrij een oplossing voor dit probleem? Het jaarlijkse bieronderzoek van Nederlandse Brouwers eind 2022 laat een gestage groei zien, al staat de verkoop van alcoholvrije drank nog niet in verhouding tot de alcoholconsumptie in ons land. In 2022 werd in Nederland voor zo'n 140 miljoen euro aan alcoholvrije drank verkocht tegenover 3,6 miljard euro alcoholhoudende drank, blijkt uit cijfers van marktonderzoeksbureau IRI.

Ook is er inmiddels een gevarieerd palet aan alcoholvrije drank op de markt: van alcoholvrije sterkedranken als 'whisky's' en 'wodka's' tot alcoholvrije wijnen, bieren, bubbels en elixers. En de smaken worden volgens dochter Frederike steeds beter. "Wat we nu zien, is dat er een hele nieuwe categorie dranken ontstaat van kleine, opkomende ambachtelijke merken, die vanuit een missie een goed en smaakvol product willen maken. Dat zijn dan met name de elixers op basis van botanische kruiden, maar ook de categorie kombucha's (gefermenteerde drank van thee) of theeën met een bubbel."

Sociale inclusie

Als mede-eigenaar van de eerste alcoholvrije slijterij in Nederland (juli 2021) ziet Frederike haar klantenbestand flink groeien. "Onze klanten (30-60+) willen heel graag hun leefstijl veranderen en minder drinken – soms op doktersadvies –, maar ze willen niet inboeten op iets lekkers of feestelijks. Ze willen bewust leven, maar evengoed blijven genieten en onderdeel zijn van het sociale gebeuren. Uit diverse onderzoeken blijkt dat mensen alcoholvrij kiezen als vervanger van alcohol en hierdoor minder alcohol drinken. Alcoholvrij bevat bovendien 80 procent minder calorieën dan de

alcoholvariant." Met haar compagnon opent ze steeds meer filialen en de groeiambities zijn groot. "Mensen krijgen nog steeds te horen: 'Hè, waarom drink je niet; doe niet zo ongezellig'. Een feestelijke alcoholvrije cocktail helpt daarbij. Onze boodschap is: je kunt net zo goed onderdeel zijn van het feestje zonder alcohol. Sociale inclusie, noemen we het zelf."

Critici alcoholvrij

Niet iedereen is even enthousiast over de ontwikkelingen op het gebied van alcoholvrije dranken. Zo merkte Rob Bovens, alcoholonderzoeker aan de universiteit van Tilburg, in een artikel op de NOS-website enkele maanden geleden op dat je met alcoholvrije dranken ook het risico loopt dat je alcohol normaliseert. Hij denkt dan met name aan de jeugd. En MDL-arts Bart Takkenberg betoogde tijdens het Symposium Alcoholpreventie op 22 maart jongstleden dat alcoholvrij (0,0) de weg opent naar alcohol. Wat vinden de gespreksdeelnemers daarvan?

Nicolette: "Alcoholvrij is natuurlijk geen oplossing voor een alcoholverslaving, want die mensen moeten helemaal wegblijven van het concept alcohol, ook al is het alcoholvrij. Maar ik vind het wel een goede optie voor mensen zonder verslaving die minder willen drinken en daarvoor alternatieven zoeken." Gerrit: "Ik moet sterk denken aan de inzichten rond obesitas. In 1993 richtte ik de eerste Nederlandse Obesitas Kliniek op voor mensen met ernstig overgewicht. Wij hebben toen gezien dat 10 procent gewichtsreductie bij obese patiënten al een enorme gezondheidswinst oplevert. Het risico op ziekte neemt drastisch af. Datzelfde geldt voor alcoholgebruik. Als iedereen de alcoholconsumptie beperkt tot één glas per dag, dan zou dat al veel gezondheidswinst opleveren. Het lijkt mij prettig dat je als MDL-arts in zo'n geval over een alternatief kunt spreken. Het is niet zaligmakend, maar het is wel een bijdrage." MDL-arts Nicolette: "Alcohol doet niets goeds voor je. Het is alleen maar schadelijk. Maar een wereld zonder alcohol is naar mijn idee een utopie. Het zit allemaal tussen de

oren, maar je wilt bij een feestje of diner graag iets bijzonders drinken. En als je zo'n apart alcoholvrij drankje krijgt gepresenteerd in een feestelijk cocktailglas, doet dat iets met je."

Volwaardig alternatief

Frederike: "Wij keren het om: als iemand minder wil drinken, geef dan in elk geval een goed alternatief als puzzelstukje in de hele leefstijlverandering. Je helpt mensen vooral met minder te drinken door ze iets te bieden wat ze lekker vinden. Het blijkt te werken, horen we vaak. Bovendien laten de nieuwe marktontwikkelingen zien dat vooral kleine brouwers een eigen weg inslaan en dranken brouwen die niet per se meer een kopie zijn van alcoholhoudende dranken, maar wel een uniek, pittig en volwaardig alternatief kunnen zijn voor alcohol. Dat lijkt mij een interessante ontwikkeling."

RECTIFICATIE

Rondetafelgesprek bevolkingsonderzoek darmkanker

In *MAGMA 1-2023* plaatsten we het rondetafelgesprek 'Bevolkingsonderzoek darmkanker is uiteindelijk kostenbesparend'. Hierin staan abusievelijk enkele onduidelijkheden:

- Iris Lansdorp (hoogleraar Modelleren van Vroegopsporing ErasmusMC) vertelt op pagina 8 over de PERFECT-FIT-studie. Hier wordt gezegd dat mensen waarbij tussen de 0 en 15 microgram bloed in de ontlasting is gevonden na drie jaar weer worden uitgenodigd. Dit moet echter twee jaar zijn. Mensen met 0 microgram bloed in de ontlasting worden na drie jaar opnieuw uitgenodigd.
- Op pagina 9 staat 'het BVO-BK', dat moet uiteraard zijn: 'het BVO-DK'.

¹ Alcoholchange UK (2020): <https://bit.ly/3B8XejQ> en Club Soda UK (2023): <https://bit.ly/3B98soE>



ADVERTENTIE

NVMDL Kennisagenda gepresenteerd

Op woensdag 22 maart is de Kennisagenda NVMDL 2023 gepresenteerd tijdens het symposium 'Zinnige Zorg en Zinnige Kennisagenda's'. De Kennisagenda werd aan het begin van het symposium door Thijs Schwartz (MDL-arts, Meander MC, Amersfoort) aangeboden aan Ernst Kuipers, minister van Volksgezondheid.

In deze tweede Kennisagenda – de eerste werd gepresenteerd in 2016 – worden de voornaamste kennishiaten in de verschillende MDL-deelgebieden beschreven aan de hand van vragen en signaleringen die allemaal tot doel hebben de MDL-zorg zinniger te maken. Zoals: wat is eigenlijk de effectiviteit van endoscopische surveillance van Barrett-oesofagus op overleving? En: is echografische surveillance van cirrose op hepatocellulair carcinoom bij alle cirrosepatiënten zinvol?

De nieuwe Kennisagenda wil niet alleen signaleren maar ook aanpakken: waar mogelijk

wordt onmiddellijke de-implementation voorgesteld, die vervolgens meteen wordt onderzocht. Bijvoorbeeld: direct stoppen van endoscopische surveillance Barrett-oesofagus bij de groep patiënten met de laagste risico's en tegelijkertijd hiervan de effecten onderzoeken. Van groot belang is dat dit wordt uitgevoerd in samenwerking met de patiëntenverenigingen. Binnen vijf jaar moeten zo de gunstige effecten al merkbaar zijn.

De minister bleek buitengewoon onder de indruk: hij noemde de samenstelling van de Kennisagenda zeer zorgvuldig en voorziet dat deze een substantiële impact zal hebben op grote groepen patiënten en zal leiden tot een significante zorgreductie. De minister wil de NVMDL Kennisagenda daarom binnen VWS als voorbeeld gaan hanteren voor andere specialismen, zo vertelde hij de aanwezigen. Met de uitvoering van dergelijke Kennisagenda's ontstaat meer ruimte voor 'zinniger zorg', één van de beleidsdoelen van de minister.

De Kennisagenda is een initiatief van de NVMDL, in samenwerking met de NVGE en NVH, met ondersteuning van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten. De financiering geschiedt door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten.



FOTOGRAF: XANDER REMKES

Thijs Schwartz (voorzitter MDL-raad Wetenschap en Innovatie) overhandigt de Kennisagenda NVMDL 2023 aan minister Ernst Kuipers.

Landelijke richtlijnen levertransplantatie op NTV-website

Alle nationale richtlijnen met betrekking tot levertransplantatie zijn vanaf nu te vinden op de website van de Nederlandse Transplantatie Vereniging (NTV). Hiermee wordt gezorgd voor een centraal punt waar de meest recente versies van alle richtlijnen/ richtsnoeren van het Landelijke Overleg Levertransplantaties (LOL) beschikbaar zijn.

Het betreft het algemene protocol 'indicatie en selectie voor levertransplantatie' en de protocollen voor levertransplantatie voor patiënten met hepatocellulair carcinoom, perihilaire cholangiocarcinoom, en levermetastasen van neuro-endocriene tumoren of colo-

rectaal carcinoom. De richtlijnen zijn te vinden op het openbare deel van de NTV website: www.transplantatievereniging.nl/richtlijnen en dus voor alle patiënten en zorgverleners in te zien.

Bij aanvullende vragen of onduidelijkheden kunt u laagdrempelig terecht voor overleg bij één van de specialisten van het levertransplantatiecentrum uit uw regio:

Caroline den Hoed, Wojtek Polak (Erasmus MC)

Minneke Coenraad, Ian Alwayn (LUMC)

Hans Blokzijl, Vincent de Meijer (UMCG)

Pocket Maag-, Darm- en Leverziekten voor in de kliniek



Onlangs is de *Pocket Maag-, Darm- en Leverziekten* van Compendium Geneeskunde verschenen; hierin lees je alles wat je als coassistent, semi-arts en arts-assistent moet weten van ons vakgebied.

Dit naslagwerk is geschreven door vier auteurs die ten tijde van het schrijfproces allen coassistent waren: Linde Verburch, Jessica van der Weijden, Veronique Goudberg en Niels Broekman. Onder het motto *You learn best about what you teach* schrijven geneeskundestudenten de teksten, waarna deze gecontroleerd worden door arts-assistenten en medisch specialisten.

Multidisciplinair team

In totaal hebben 51 zorgverleners meegewerkt aan de totstandkoming van de pocket. Het team bestaat onder andere uit aios en specialisten van de MDL, interne geneeskunde, chirurgie, medische microbiologie, ziekenhuisfarmacie en radiologie, wat een

mooie weerspiegeling is van het belang van samenwerking en multidisciplinaire benadering bij de MDL. De uiteindelijke kwaliteitswaarborging is verricht door MDL-artsen uit heel Nederland en België. Dit multidisciplinaire team is aangestuurd door de redactie, Romée Snijders en Suzanne Anjie, beiden werkzaam als PhD-student MDL.

Compleet en compact zakboek

De Pocket MDL, die in de witte jas past, biedt een handig naslagwerk met alle benodigde informatie voor in de kliniek. In het hoofdstuk *Aandoeningen* worden alle klinisch relevante ziektebeelden compact weergegeven, waarbij in het hoofdstuk *De benadering van een patiënt* dieper wordt ingegaan op spoedeisende MDL-gerelateerde problemen. Voorbeelden zijn een hoge tractus digestivusbloeding of acuut leverfalen. Het hoofdstuk *Behandeling* biedt naast informatie over veelvuldig gebruikte medicijnen, ook een overzicht van stoma's en verschillende sondes. Interpre-

tatie van lab, (microbieel) fecesonderzoek en MDL-gerelateerde radiologie worden behandeld in het hoofdstuk *Aanvullend onderzoek*. Tot slot bevat de pocket bijlages met onder andere een overzicht over het interpreteren van ascites en het diagnostisch en therapeutisch pad bij hepatorenale syndroom.

Verbinding door illustraties

Rijkelijk gevuld met afbeeldingen en (endoscopie)foto's biedt deze illustratieve pocket genoeg beeldmateriaal om informatie te doorzien. De Pocket MDL is het eerste boek van Compendium Geneeskunde waarbij de redactie heeft geprobeerd afbeeldingen en illustraties representatief te maken voor de diverse patiëntengroep die wij als artsen in Nederland en België behandelen. Een groot deel van de zorgverleners en patiënten herkent zichzelf namelijk niet in de standaard afbeeldingen in medische boeken. Terwijl goede representatie voor zowel studenten als artsen onmisbaar is om goede zorg te



kunnen leveren. Dit sluit aan bij ons doel: de zorg verbeteren door samenwerking.

Suzanne Anjie, redactie Pocket MDL en PhD-student MDL, Amsterdam UMC
Romée Snijders, redactie Pocket MDL en PhD-student MDL, Radboudumc

Kijk voor een volledig overzicht van de medewerkers aan de Pocket Maag-, Darm- en Leverziekten in de pdf van MAGMA 2-2023 (p. 113 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

De redactie en auteurs van de Pocket Maag-, Darm- en Leverziekten.



Suzanne Anjie



Romée Snijders

Redactie

Romée Snijders, Radboudumc
Suzanne Anjie, Amsterdam UMC

Auteurs

Niels Broekman,
 Universiteit Leiden
Veronique Goudberg,
 Universiteit Leiden
Linde Verburgh,
 Universiteit van Amsterdam
Jessica van der Weijden,
 Rijksuniversiteit Groningen

Kwaliteitswaarborging

Dr. R.C.J. Beckers,
 aios MDL, Maastricht UMC+
Dr. F.A.C. Berden,
 aios MDL, Radboudumc
Dr. L.H.P. Bernts,
 aios microbiologie, Radboudumc
Dr. S. Bos, MDL-arts,
 Treant Zorggroep

Prof. dr. D. De Looze,

MDL-arts, Universitair
 Ziekenhuis Gent

Prof. dr. J.P.H. Drenth,
 MDL-arts, Radboudumc

Dr. T. van Gils,
 AIOS MDL, Amsterdam UMC

Dr. I.E.G. van Hellemond,
 Internist-oncoloog, Catharina
 Ziekenhuis

Dr. M. Klemt-Kropp, MDL-arts,
 Noordwest Ziekenhuisgroep

Dr. M.P. Lamberts,
 MDL-arts, VieCuri, Venlo

Dr. B.W.M. Spanier, MDL-arts,
 Rijnstate

Dr. S.E.M. van de Ven,
 aios MDL, Erasmus MC

Dr. A.L.J. Verhulst,
 aios interne geneeskunde,
 Amsterdam UMC

Dr. M.C. Visschedijk,
 MDL-arts, UMC Groningen



ADVERTENTIE

MDL-ARTS HARRY JANSSEN EN LEVERCHIRURG ROBERT PORTE MAKEN CIRKEL ROND IN ROTTERDAM

Erasmus MC Transplantatie Instituut straks 'Mayo Clinic aan de Maas'



HPB- en transplantatiechirurg prof. Robert Porte en MDL-arts prof. Harry Janssen zijn terug in het Erasmus MC Transplantatie Instituut. Met hun schat aan – buitenlandse – kennis en ervaring willen beide mannen de sectie leverziekten- en transplantaties verder opstuwten naar een excellent niveau.

Robert Porte (60) en Harry Janssen (58) kennen elkaar al tientallen jaren. Ze promoveerden beiden in het Erasmus MC en werden opgeleid in het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag en het LUMC in Leiden. Daarna vlogen ze uit en scheidten hun wegen: Janssen werkte jarenlang als hepatoloog in het Erasmus MC en Canada, Porte belandde als chirurg eerst een tijdje in de VS en settelde zich vervolgens in het UMC Groningen.

En nu zijn ze terug op het oude nest. Herenigd in Rotterdam vertellen ze over hun

ambitieuze plannen. Maar eerst terug naar 1986, toen het Erasmus MC zijn eerste levertransplantatie uitvoerde. Robert Porte: "Ik was erbij in 1986. Ik stond als jonge MD-PhD-student op de operatiekamer en deed onderzoek naar bloedstolling. Hoe mooi is het om hier terug te zijn en leiding te mogen geven aan de transplantatie chirurgie."

Janssen: "Wij hebben het levertransplantatieprogramma geboren zien worden. De hepatologen Solko Schalm, Herold Metseelaar, en de chirurgen Onno Terpstra, Jan

IJzermans en Huug Tilanus. Grote namen bereidden de weg voor de complexe hepatologie en levertransplantaties. Zij hebben de levertransplantatie in Rotterdam naar de grote hoogte getild waar het nu staat."

Canada en VS

Na hun promotieonderzoek en opleiding lonkte het buitenland. Porte vertrok naar de VS, waar hij de vervolgopleiding tot transplantatiechirurg volgde in het Duke University Medical Center in Durham, Noord-Carolina. Janssen vertrok na een fellowship in de Mayo Clinic en enkele leidinggevende functies in het Erasmus MC naar Canada.

Hij voegde daar de drie verschillende levercentra die Toronto telde, samen tot het Toronto Centre for Liver Diseases. "Dat werd gevestigd in het Toronto General Hospital. Hiermee was het grootste levercentrum van Noord-Amerika geboren. Jaarlijks worden daar 220 levertransplantaties uitgevoerd, meer dan in heel Nederland (figuur 1)."

Die ervaring aan de overkant van de oceaan heeft hen verrijkt als arts, zeggen ze. "De artsen in topinstituten daar zijn buitengewoon ambitieus. Je wordt daarin meegezogen", vertelt Janssen. "Je gaat klinisch en wetenschappelijk beter presteren als iedereen om je heen op alle niveaus de beste wil zijn."

Excellente zorg

Die honger naar excellentie hebben beide artsen meegenomen naar Rotterdam. Van het Erasmus MC Transplantatie Instituut wil het duo de 'Mayo Clinic aan de Maas' maken. "We willen binnen Europa hét toonaangevende centrum zijn voor leverziekten en levertransplantatie." ▶



ADVERTENTIE

Daarvoor is een ambitieuze en zeer kundige staf nodig, verduidelijkt Porte. “Die hebben we, zowel aan de kant van de chirurgie als aan de kant van de hepatologie. Er zijn goede gezamenlijke researchprogramma’s, waardoor we continu innoveren, onder andere met nieuwe indicaties, nieuwe preservatietechnieken en betere langetermijnzorg na de transplantatie.”

Leverziekte is een klein specialisme, legt Janssen uit. “Maag- en darmziekten komen veel vaker voor. Er zijn in Nederland zo’n dertig fulltime hepatologen. Van die dertig werken er elf in het Erasmus MC. Zij behandelen het hele spectrum van leverziekten.”

Volumes

De combinatie van een grote medische staf en een groot adherentiegebied biedt de potentie om grote volumes te maken. En als je grote volumes maakt, kun je ook veel onderzoek doen en innoveren, redeneren Porte en Janssen, die gezamenlijk goed zijn voor meer dan duizend wetenschappelijke publicaties.

Concentratie van zorg

“Transplantatie is bij uitstek laagvolumezorg, maar wel hoogcomplex”, voegt Porte daaraan toe. “Er bestaan geen complexere patiënten dan transplantatiepatiënten en zeker patiënten die een levertransplantatie moeten ondergaan.”

“De nier- en levertransplantatiechirurgie zijn in het Erasmus MC ingebed in de oncologische HPB- en leverchirurgie”, licht hij toe. “Onze groep chirurgen is volledig gespecialiseerd in operaties in de

rechter bovenbuik en in orgaantransplantaties. Binnen die gebieden kunnen wij alle bestaande chirurgische technieken toepassen. We doen nu al ruim negentig levertransplantaties per jaar. Maar om écht excellent te zijn, zouden we dat volume nog wat omhoog willen krijgen.”

Concentratie van de leverziekten- en -transplantatiezorg mag wat Porte en Janssen betreft nader worden onderzocht. “Dat is ook wat het Integraal Zorgakkoord laat zien: verdere concentratie van hoogcomplex zorg. Want door veel te doen, veel te zien, word je beter. Daar geloven wij beiden sterk in.”

Levende donor

Waar het tweetal ook mee verder wil, is het levende-donorlevertransplantatieprogramma. Levende-donorlevertransplantaties worden alleen in Rotterdam en Groningen uitgevoerd. UMC Groningen doet die ingrepen met name bij kinderen.

Levende donatie is om verschillende redenen een waardevolle aanvulling op postmortale donatie. Ten eerste is er het probleem van *size mismatch*. “Bij mensen die klein van stuk zijn, past de lever van een overleden donor vaak domweg niet. Ze blijven daardoor te lang op de wachtlijst staan. Het voordeel van een levende donor is dat de ontvanger een klein deel van de lever krijgt, bijvoorbeeld van een broer of zus.”

Metabool

Porte: “Daar komt bij dat een transplantatie met een levende donor goed te plannen is.

Mensen die vanwege een metabole ziekte een nieuwe lever nodig hebben, kun je beter voorbereiden op de operatie, waardoor die dan ook weer grotere kans van slagen heeft.’

Janssen en Porte zien de indicaties voor levertransplantatie verschuiven van de klassieke leverziekten – zoals virale infecties – naar oncologische indicaties. Janssen: “Niet alleen primaire levertumoren, zoals hepatocellulair carcinoom en perihilair cholangiocarcinoom, maar ook colorectale levermetastasen en neuro-endocriene tumormetastasen zijn nu een erkende indicatie voor levertransplantatie.”

Transplantatie-oncologie

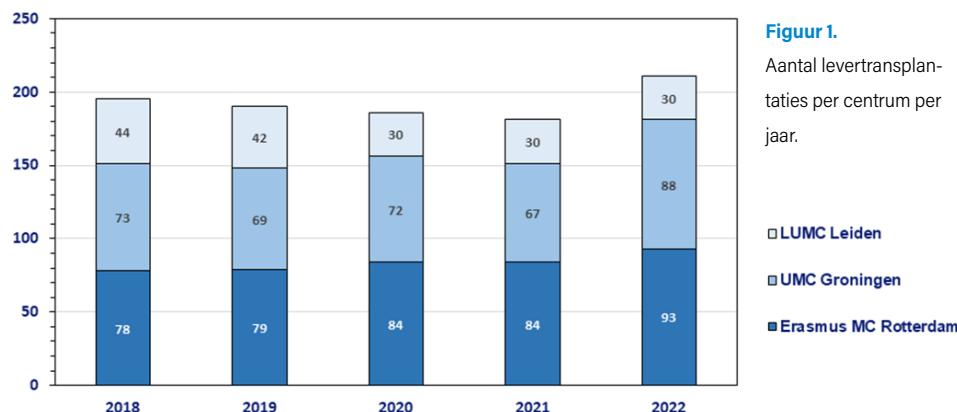
Patiënten met dergelijke oncologische indicaties hebben baat bij een planbare operatie gelet op (neo-)adjuvante behandelingen. Porte: “Door de sterke verwevenheid van de transplantatiechirurgie en oncologische HPB-chirurgie in het Erasmus MC kunnen wij op het gebied van deze transplantatie-oncologie verder innoveren en een leidende positie innemen.”

Machineperfusie

Tot slot zal het duo veel energie steken in orgaanperfusie, waarmee een groter aantal postmortale donorlevers geschikt moet worden gemaakt voor transplantatie. Porte stond in Groningen aan de wieg van de eerste machineperfusies, waarmee de kwaliteit van donorlevers zo goed mogelijk wordt bewaard.

Niet alleen op het gebied van patiëntenzorg en onderzoek willen de mannen een leidende rol spelen, ook in de opleiding van toekomstige generaties onderzoekers en medisch specialisten.

Porte: “Ik stond in 1986 in de operatiekamer bij de eerste levertransplantatie in het Erasmus MC en ik hoop er over een paar jaar bij de 2000^{ste} weer te staan. Maar ik wil ook dat we straks misbaar zijn, dat de sectie leverziekten en -transplantatie in het Erasmus MC ook na ons pensioen doorgroeit en bloeit. Dan is de cirkel écht rond.”



Verbeterde risicovoorspelling maligne gedrag neuro-endocriene pancreastumoren

De moleculaire pathologie zoekt naar biomarkers die accuraat maligne ontaarding van neuro-endocriene pancreastumoren (pNET) kunnen voorspellen. In een grote retrospectieve cohortstudie van 561 niet-functionele pNETs hebben we laten zien dat immunohistochemisch verlies van de eiwitten ATRX en/of DAXX en Alternative Lengthening of Telomeres (ALT) goede prognostische markers zijn voor het ontstaan van metastasen [1]. Dit werd ook gezien in een subgroep van 196 kleine (≤ 2 cm) tumoren (figuur 1) [1]. Om deze markers prospectief te valideren, ontving Lodewijk Brosens met zijn onderzoeksgroep in december 2022 een subsidie van de Maag Lever Darm Stichting.

Met name kleine pNETs vertonen indolent gedrag. Zonder chirurgisch ingrijpen is de vijfjaarsoverleving 85 procent [2]. Vanwege het hoge complicatierisico van pancreaschirurgie in combinatie met het lage risico op maligne ontaarding, wordt sinds 2016 door de European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) een *watchful waiting*-beleid geadviseerd voor pNETs van 2 cm of kleiner [3]. Belangrijk is echter wel dat een kleine pNET een lage World Health Organization (WHO)-gradering moet hebben. Helaas is deze gradering niet altijd betrouwbaar te bepalen op endo-

sonografisch (EUS) verkregen weefsel, zogeheten *fine needle aspiration* (FNA) of *biopsy* (FNB). Het verbeteren van de diagnostiek op FNA/FNB materiaal met als doel het gedrag van kleine pNETs beter te voorspellen, kan helpen om preoperatief een meer geïndividualiseerde behandelstrategie in te zetten. Op de lange termijn zal dit *follow-up* van patiënten kunnen versoepelen of zelfs voorkomen.

PANDORA-trial

Tussen 2016 en 2020 werden in Nederland patiënten met een kleine (≤ 2 cm) niet-func-

tionele pNET prospectief vervolgd in de PANDORA-trial middels een *watchful waiting*-protocol dat in lijn was met de Europese richtlijn [1]. Deze richtlijn raadt dertien controlemomenten aan, verspreid over tien jaar. In de PANDORA-trial werd bij 89 procent van de deelnemers geen tumorgroei vastgesteld. Inmiddels is het PANDORA-protocol aangepast op basis van deze geruststellende uitkomst en zijn er in de vervolgstudie, de PANDORA-2, minder controlemomenten. Daarnaast wordt in het PANDORA-2-cohort prospectief onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van de moleculaire diagnostiek. Hiervoor wordt in het PANDORA-2-cohort eenmalig een EUS met FNB verricht.

Noodzaak PANDORA-biomarkerstudie

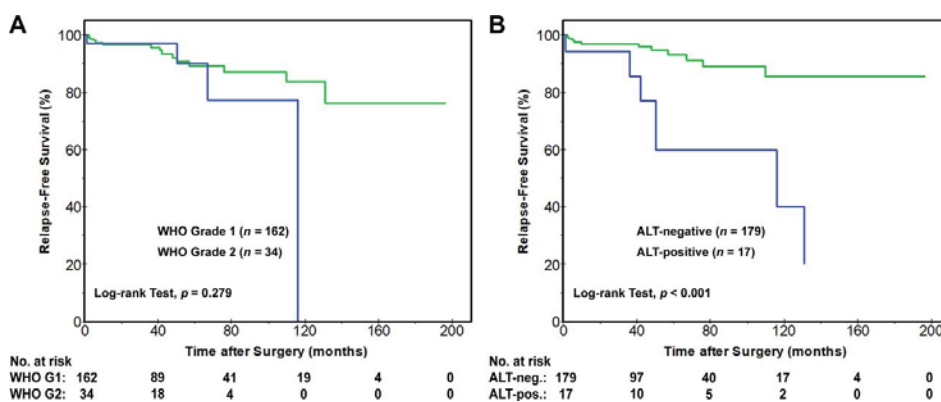
Het PANDORA-cohort heeft laten zien dat voor het merendeel van de kleine, niet-functionele pNETs *watchful waiting* een veilig alternatief is. Deze studie heeft ook laten zien dat tumorgrootte geen geschikte marker is voor het voorspellen van maligne ontaarding. Binnen twee jaar tijd vertoonde 11 procent van de kleine niet-functionele pNETs wel tumorgroei tijdens follow-up. Ook internationale studies lieten zien dat een tumorgrootte van ≤ 2 cm geen goede voorspeller is van het gedrag van kleine pNETs [3-6].

Immunohistochemisch verlies van de eiwitten ATRX en/of DAXX, surrogaat voor ATRX- en/of DAXX-mutaties, komt voor bij 40 procent van niet-functionele pNETs. Verlies van functie van een van deze twee eiwitten leidt in 85 procent tot telomeerdisfunctie, wat resulteert in algemene genomische instabiliteit en ALT. Naast ATRX/DAXX en ALT kunnen *Copy Number Variations* (CNV) en methylering mogelijk van prognostische waarde zijn bij patiënten met een kleine niet-functionele pNET [7].

Daarom gaat de PANDORA-biomarkerstudie

Figuur 1. Kaplan-Meier curves voor metastase-vrije overleving (RFS) van niet-functionele pNETs ≤ 2.0 cm zonder lymfeklier metastasen (n=196). Op basis van het WHO-beoordelingssysteem van 2017/2019 voor niet-functionele pNETs, (A) werd geen statistisch significant verschil in RFS vastgesteld; echter (B) de aanwezigheid van ALT was geassocieerd met kortere RFS. Overgenomen uit Hackeng et al. 2022 [1].

ALT: alternatieve verlenging van telomeren; pNETs neuro-endocriene pancreastumoren; RFS: terugval en metastase-vrije overleving.



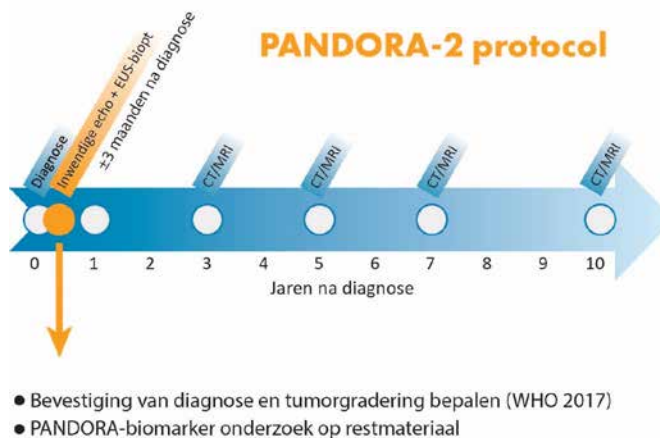
enerzijds in een groot internationaal retrospectief cohort van kleine niet-functionele pNETs onderzoeken of methylerings- en/of CNV-profielen kunnen dienen als prognostische marker voor het risico op metastase in niet-functionele pNETs. Daarnaast gaat de studie immunohistochemisch ATRX/DAXX-verlies, ALT en de eventuele nieuwe biomarkers prospectief valideren. Dit wordt gedaan door aan te haken bij het huidige PANDORA-2-cohort. Uit het restmateriaal van de EUS-FNB die in de PANDORA-2 drie maanden na diagnose wordt afgenomen, zullen bovengenoemde biomarkers worden bepaald. Technische haalbaarheid van het bepalen van deze biomarkers is reeds aangetoond in zowel cytologisch (FNA) als histologisch (FNB) materiaal [9].

Belang van biopsie

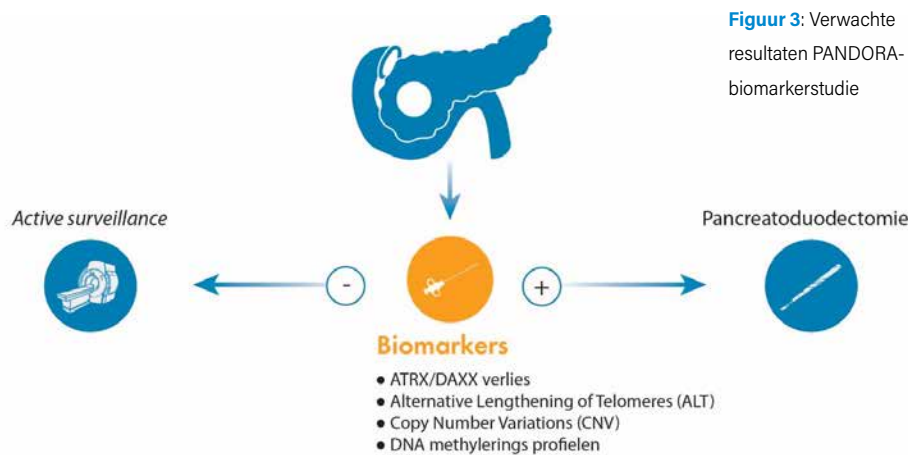
Biomarkerbepalingen op preoperatief verkregen materiaal bieden de mogelijkheid om de preoperatieve besluitvorming te verbeteren, met name bij kleine niet-functionele pNETs. De waarde van EUS-FNA/B in deze patiëntengroep blijkt echter nog onderbelicht. Gezien de goede radiologische modaliteiten om een pNET aan te tonen, lijkt het bevestigen van een pNET middels pathologische analyse van weinig toegevoegde waarde. Met de FNB kan echter histologisch materiaal worden verkregen, wat de kans vergroot op het correct bepalen van de diagnose en tumorgradering, vergeleken met cytologisch materiaal verkregen middels FNA. Het risico op complicaties, zoals acute pancreatitis of bloedingen, lijkt bij de twee naaldtypes nagenoeg gelijk [10, 11]. Entmetastasen na FNA/B zijn uiterst zeldzaam en worden niet beschreven bij pNET in de literatuur [8, 9].

Toekomstperspectieven

Dit is de eerste studie die de veelbelovende biomarkers ATRX/DAXX en ALT prospectief gaat valideren. Hiermee wordt gehoor gegeven aan de vraag naar nieuwe en meer accurate biomarkers voor kleine niet-functionele pNETs [14, 15]. Met de resultaten van deze observationele studie kan in de toekomst mogelijk een meer geïndivida-



Figuur 2. Studieprotocol PANDORA-2 met inbedding PANDORA-biomarkerstudie



Figuur 3: Verwachte resultaten PANDORA-biomarkerstudie

liseerde behandeling worden aangeboden (figuur 3). Mogelijk kan de kennis die wordt opgedaan bij kleine tumoren ook worden gebruikt voor tumoren >2 cm. Tot slot kunnen de resultaten van deze studie mogelijk helpen om het follow-upprogramma nog verder in te krimpen waardoor het minder belastend is voor de patiënt en bovendien kan leiden tot reductie van zorgkosten.

Oproep tot deelname aan PANDORA(-biomarker)-studie

Twaalf centra verbonden aan de Dutch Pancreatic Cancer Group nemen al deel aan de PANDORA-2 (PI Els Nieveen van Dijkum) en PANDORA-biomarker (PI Lodewijk Brosens) studie. Het gaat om een ziektebeeld dat weinig voorkomt, dus meer deelname is gewenst! Mocht uw centrum nog geen onderdeel zijn van deze studie, maar ziet u wel patiënten met kleine niet-functionele pNETs en zou u willen deelnemen? Neem dan contact op via pandora@dpcg.nl.

Anna Vera Verschuur, arts-onderzoeker¹
 Jeffrey Chen, arts-onderzoeker²
 Koen Dreijerink, endocrinoloog²
 Frank Vleggaar, MDL-arts¹
 Roy van Wanrooij, MDL-arts¹
 Els Nieveen van Dijkum, endocrien chirurg²
 Lodewijk Brosens, patholoog¹

¹ UMC Utrecht; ² Amsterdam UMC

Kijk voor de referenties in de pdf van *MAGMA 2-2023* (p.113 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities



Els Nieveen van Dijkum



Lodewijk Brosens

FOTOGRAFIE: KAREN VELDKAMP

BIOMARKER SIGNATURES IN PATHOPHYSIOLOGY AND THERAPEUTIC INTERVENTIONS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES – A MULTIMODAL APPROACH

Arno Bourgonje, Rijksuniversiteit Groningen, 1 februari 2023



Inflammatoire darmziekten (IBD) worden gekenmerkt door een afwisselend ziektebeloop dat moeilijk is te voorspellen en te behandelen. Gezien de complexe, ongelijksoortige en onvoorspelbare aard van de ziekte bestaat een grote behoefte aan biomarkers. Deze kunnen helpen bij de vroege opsporing van ziekte, de beoordeling van ziekteactiviteit en ziektecomplicaties en bij het voorspellen van de effectiviteit van behandeling. Daarmee kunnen biomarkers helpen in het verbeteren van de zorg voor patiënten met IBD en deze onder andere efficiënter en patiëntvriendelijker maken.

Het doel van dit onderzoek was om biomarkers te identificeren en toe te passen bij patiënten met IBD, waarbij speciale aandacht uitging naar de onderliggende ziektemechanismen die hierbij betrokken zijn. De voorspellende waarde van biomarkers werd onderzocht in relatie tot meerdere ziekte-uitkomsten. Daarbij werden ook de effecten van specifieke voedingsinterventies en medische behandelingen bestudeerd. Biomarkers werden gezocht vanuit verschillende ziektemechanismen en biologische systemen, waaronder het immuunsysteem, het microbioom, ontsteking, oxidatieve stress en fibrose. Daarnaast werden complexe interacties tussen deze factoren, die ten grondslag kunnen liggen aan de ziekte, nader onderzocht. Tot slot werd aandacht geschonken aan de wetenschappelijke en klinische gevolgen van het coronavirus (SARS-CoV-2), de

veroorzaker van COVID-19, voor patiënten met IBD. Hierbij werden de onderliggende ziektemechanismen van COVID-19 bestudeerd, de rol van biomarkers en de klinische consequenties van de pandemie voor patiënten met IBD. In dit proefschrift werd getracht om een bijdrage te leveren aan de ontrafeling van ziektemechanismen en de identificatie van innovatieve biomarkers voor IBD. Hierbij werd een 'systeemgeneeskundige' benadering gevolgd door zowel klinisch-, laboratorium-, als data-gedreven onderzoek te verrichten.

Curriculum vitae

Arno Bourgonje (Leeuwarden, 1996) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) (*summa cum laude*). In juni 2018 startte hij met promotieonderzoek binnen het MD/PhD-programma in het Universitair Medisch Centrum Groningen onder begeleiding van promotors prof. dr. Gerard Dijkstra, prof. dr. Klaas Nico Faber, prof. dr. Harry van Goor en prof. dr. Rinse Weersma. Arno promoveerde *cum laude*. Inmiddels is hij werkzaam als postdoctoraal arts-onderzoeker in het UMCG en per juli 2023 start hij met een postdoctoraal fellowship aan de Icahn School of Medicine at Mount Sinai in New York, de Verenigde Staten, onder begeleiding van prof. dr. Jean-Frédéric Colombel en prof. dr. Saurabh Mehandru.

Het proefschrift van Arno Bourgonje is te verkrijgen via:
a.r.bourgonje@umcg.nl.

OPTIMIZING ENDOSCOPIC THERAPY FOR EARLY ESOPHAGEAL NEOPLASIA

Anouk Overwater, Universiteit Utrecht, 30 maart 2023



Patiënten met vroege Barrett-neoplasie met een laag risico op lymfekliermetastasen kunnen effectief worden behandeld door middel van endoscopische resectie en radiofrequente ablatie. In deel één van dit proefschrift is onderzocht of cryoballoon-ablatie een goed alternatief is voor radiofrequente ablatie. Cryoballoon-ablatie wordt toegepast door het opblazen van een ballon in de slokdarm, waarin via een centraal gelegen spraykatheter stikstofoxide gericht wordt aangebracht om afwijkend slokdarmweefsel oppervlakkig te bevriezen. De onderzoeken in dit proefschrift, met verschillende apparaten en doseringen, laten zien dat cryoballoon-ablatie een technisch haalbare, effectieve en veilige behandelingsmethode is, met als belangrijkste voordeel minder pijn na behandeling dan na radiofrequente ablatie. Deze studies zijn echter verricht met een klein aantal patiënten en daarom wordt op dit moment een grote Europese studie gedaan om deze resultaten te bevestigen. Het tweede deel is gericht op minimaal invasieve behandeling van vroege vormen van slokdarmkanker. Zo hebben we laten zien dat endoscopische resectie en cryoballoon-ablatie in één behandelingsessie gecombineerd kunnen worden. Ook hebben we laten zien dat een schildwachtklierprocedure technisch haalbaar en veilig

is bij patiënten met vroege Barrett-neoplasie met een hoog risico op lymfekliermetastasen. Dit kan mogelijk een deel van deze patiënten een slokdarmresectie besparen. Tot slot is aangetoond dat patiënten met hoofd-hals plaveiselcelneoplasie een verhoogd risico hebben op slokdarmneoplasie en dat daarom endoscopische screening wellicht nuttig kan zijn voor een geselecteerde populatie om slokdarmneoplasie in een vroeg, endoscopisch nog behandelbaar stadium op te sporen.

Curriculum vitae

Anouk Overwater (Oosterbeek, 1990) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na gewerkt te hebben als arts-assistent interne geneeskunde/MDL, begon zij met haar promotietraject in het St. Antonius Ziekenhuis en UMC Utrecht onder begeleiding van prof. dr. Bas Weusten en dr. Lodewijk Brosens en combineerde dit met een postgraduate master epidemiologie. Momenteel is zij bezig met haar opleiding tot MDL-arts in het St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein. Anouk Overwater is bereikbaar via a.overwater@antoniuziekenhuis.nl.

Haar proefschrift vind je hier: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/427224>

ADVANCED NEOPLASIA IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: PREDICTION, SURVEILLANCE AND MANAGEMENT

Maarten te Groen, Radboud Universiteit Nijmegen, 4 april 2023



Enkele van de meest ernstige complicaties van inflammatoire darmziekten (IBD) zijn hooggradige dysplasie en colorectaal carcinoom, samen gevorderde neoplasie (*advanced neoplasia*, AN) genoemd. Het doel van dit proefschrift was om de voorspelling, diagnostiek en behandeling van AN bij IBD te verbeteren.

Het eerste deel van dit proefschrift toont aan dat twee fecale bacteriële *oncotraits* (colibactin en FadA) geassocieerd waren met dysplasie. Dit kan in de toekomst bijdragen aan een betere voorspelling van AN. In deel twee wordt aangetoond dat compliance met endoscopische kwaliteitsindicatoren essentieel is om het risico op AN te verkleinen. Inflammatie tijdens een surveillance-coloscopie is een onafhankelijke risicofactor voor het missen van voorloper laesies van AN. Middels een *discrete choice experiment* werd gezien dat de bereidheid tot deelname aan endoscopische surveillance het meest wordt beïnvloed door het type darmvoorbereiding ten opzichte van risicoreductie op AN en surveillance-interval.

In deel drie werd aangetoond dat histopathologische revisie en

expert patholoog consensus voor hooggradige dysplasie resulteert in frequente wijziging van de diagnose naar laaggradige dysplasie of colorectaal carcinoom. Deze strategie kan leiden tot meer zekere diagnoses en betere behandeling. Tot slot werd aangetoond dat partiële colectomie een vergelijkbaar risico heeft op metachrone neoplasie ten opzichte van (sub)totale colectomie bij AN, maar dat dit risico bij endoscopische resectie hoger ligt.

Curriculum vitae

Maarten te Groen (Rheden, 1993) studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Nadien werkte hij als arts-assistent MDL in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het Radboudumc, beide te Nijmegen. In 2019 startte hij met zijn promotieonderzoek onder begeleiding van prof. dr. Joost Drenth, prof. dr. Iris Nagtegaal, dr. Frank Hoentjen en dr. Lauranne Derikx in het Radboudumc te Nijmegen. In april 2023 is hij begonnen met zijn opleiding tot MDL-arts in het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem.

Het proefschrift van Maarten te Groen is te verkrijgen via: maarten.tegroen@radboudumc.nl.

QUALITY OF LIFE IN COELIAC DISEASE

Jordy P.W. Burger, Radboud Universiteit, 11 april 2023



Coeliakie en de behandeling hiervan, het glutenvrije dieet, hebben veel impact op het dagelijks leven van patiënten. Een deel van de patiënten ervaart, ondanks de behandeling, een verlaagde kwaliteit van leven (KvL). In dit proefschrift hebben wij ons gericht op de factoren die KvL beïnvloeden en gezocht naar mogelijkheden om de last van de ziekte te verlagen en meer regie bij de patiënt te leggen.

Uit een *systematic review* en meta-analyse blijkt dat behandeling met een glutenvrij dieet leidt tot een hogere, maar nog niet genormaliseerde KvL. Verder onderzoek middels algemene en coeliakie-specifieke KvL-vragenlijsten, waaronder de samen met patiënten ontwikkelde en gevalideerde (CeliacQ), toonde aan dat vijftien procent van de patiënten een lagere KvL ervaart. Verdere analyse liet zien dat lagere zelfgerapporteerde dieetrouw en daaraan gerelateerde klachten de belangrijkste voorspellers van lagere KvL zijn.

De Richtlijn coeliakie adviseerde frequente periodieke controles van bloedwaardes om mogelijke tekorten die zouden kunnen ontstaan in het kader van de ziekte alsook het glutenvrije dieet, op te sporen. In de dagelijkse praktijk leek dit weinig voor te komen bij patiënten met normale waardes ten tijde van de diagnose. Retrospectief onder-

zoek in een groot cohort ondersteunde deze observatie en adviseerde om bloedcontroles alleen op indicatie te verrichten.

Patiënten geven aan zich aan sociale activiteiten zoals restaurantbezoek te onttrekken vanwege de angst om aan gluten te worden blootgesteld. In het kader hiervan werd de bruikbaarheid van een test om gluten-immunogene peptides (GIP) in de urine aan te tonen onderzocht. GIP blijken na inname van kleine hoeveelheden (50 mg) soms al aantoonbaar in de urine, echter niet altijd. Verder blijkt de relatie tussen klachten en de inname van gluten tot 500 mg onduidelijk. Dit maakt de test vooralsnog niet bruikbaar voor het eerdergenoemde doel.

Curriculum vitae

Jordy Burger (Amsterdam, 1982) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit. Tijdens zijn opleiding tot MDL-arts in de regio Nijmegen startte hij zijn promotietraject gericht op kwaliteit van leven bij patiënten met coeliakie, onder begeleiding van promotor prof. dr. Joost Drenth en copromotor dr. Peter Wahab. Sinds 2014 is hij werkzaam als MDL-arts in het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem.

Het proefschrift van Jordy Burger is te verkrijgen via: jburger@rijnstate.nl.

ADVERTENTIE-bijsluiters

Laagdrempelig en met korte lijnen

In de vestiging van PoliDirect in Alkmaar werken onder andere vijf MDL-artsen in een klein en dynamisch team. "De korte lijnen maken het makkelijk om met elkaar te overleggen", vertelt MDL-arts Edmée Sikkens. "We doen het echt samen. Als er een probleem is, lopen we bij elkaar binnen en bedenken we met elkaar een manier om alles zo goed mogelijk te laten verlopen voor de patiënt."

PoliDirect Alkmaar is in 2016 geopend. Patiënten kunnen hier terecht voor zowel een poliklinisch consult met een MDL-arts, als een endoscopisch onderzoek (inclusief BVO). Sinds kort wordt in de regio Alkmaar/Amsterdam ook IBD-zorg aangeboden, met een verpleegkundig specialist IBD.

MDL-arts Anna Dahele: "Op dit moment zijn wij een stabiele, jonge groep. We zijn goed op elkaar ingespeeld, dat is heel prettig."

Flexibiliteit

Edmée en Anna kozen beiden voor een baan in een ZBC, vanwege de flexibiliteit die het hen geeft. "Toen ik klaar was met de opleiding, was het moeilijk voor jonge klaren om een baan te vinden. Toen hadden wij net zoals nu, te maken met verkapte werkloosheid, doordat bijna alleen tijdelijke contracten worden aangeboden. Op een gegeven moment wil je je ergens settelen. Ik denk dat dit voor sommige artsen een prikkel is om verder te kijken, zo ook voor mij", licht Edmée toe. "Toen ik iets later in een ziekenhuis werkte, kwam ik erachter, dat een ZBC op dit moment voor mij een fijne, flexibele werkplek is, die mij vrijheid geeft." Anna heeft een partner die ook arts is. "Voor ons jonge gezin is het op dit moment de ideale situatie. Ik kan flexibel werken en mijn eigen werkdagen bepalen."

Missen

Wat de MDL-artsen missen, nu ze niet in een ziekenhuis werken? "De collega's en de MDO's", reageert Edmée. Anna beaamt dat, "en de acute zorg en bepaalde endoscopische verrichtingen, die niet mogelijk zijn bij PoliDirect. Wij zien vrij brede MDL-zorg

op de poli, maar minder chronische ziekten. Soms mis ik die volledige breedte van de MDL-zorg.

Samenwerking met omgeving

PoliDirect werkt nauw samen met huisartsen en de ziekenhuizen in de omgeving, waardoor de lijnen kort zijn. Anna: "Voor huisartsen is een indicatie voor verwijzingen

opgesteld. Deze staan in ZorgDomein en geeft aan welke patiënten naar ons kunnen worden doorverwezen. Met de ziekenhuizen heeft PoliDirect vaste verwijso routes voor patiënten. Bij oncologische patiënten loopt dit heel soepel", vertelt Anna.

PoliDirect ontlast het ziekenhuis door zo veel mogelijk van de vereiste behandeling zelf te doen. Edmée: "Als ik denk: 'deze patiënt hoort niet meer in een ZBC thuis, maar in het ziekenhuis', dan verwijst ik direct door. We kunnen niet alle zorg geven, maar een heleboel wel. Op die manier kunnen we bijdragen aan het beperken van de wachtlijsten én van de zorgkosten."



Staan van links naar rechts: Maaïke van der Meer¹, Yvonne Dekker¹, Jorien Stoffers², Ellen Boekel³ en Simon Sevenhuijsen¹. Zittend van links naar rechts: Anna Dahele⁴, Joyce Houtenbos² en Edmée Sikkens⁴.

¹ Verpleegkundige, ² Endoscopieverpleegkundige, ³ Baliemedewerkster, ⁴ MDL-arts

ADVERTENTIE-bijsluiters



ADVERTENTIE



ADVERTENTIE

Referenties MAGMA 2-2023

DUURZAAMHEID Even voorstellen: de commissie Groene MDL – p. 66-67

1. Steenmeijer et al, The Environmental Footprint of the Dutch Healthcare Sector: Beyond Climate Impact. - *Lancet* 2022; 6; 12; e949-e957. doi: [10.1016/S2542-5196\(22\)00244-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00244-3)
2. Poore et al., Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. *Science* 2018; 360, 987–992. doi: [10.1126/science.aag0216](https://doi.org/10.1126/science.aag0216)
3. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Welke sectoren stoten broeikasgassen uit?* <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-broeikasgassen/welke-sectoren-stoten-broeikasgassen-uit> - geraadpleegd 9 mei 2023.
4. Voedingscentrum, *Waarom is minder vlees eten beter voor je gezondheid en het milieu? En hoe doe je dat?* <https://www.voedingscentrum.nl/nl/duurzaam-eten/waarom-is-minder-vlees-eten-beter-voor-gezondheid-en-milieu.aspx> - geraadpleegd 9 mei 2023.
5. Bolte LA, et al., Long-term dietary patterns are associated with pro-inflammatory and anti-inflammatory features of the gut microbiome. *Gut* 2021;70:1287–1298. Pdf via: <https://gut.bmj.com/content/70/7/1287.info>
6. Gupta Strategists, *Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg.* –2019. Pdf via: <https://gupta-strategists.nl/studies/een-stuur-voor-de-transitie-naar-duurzame-gezondheidszorg>.
7. CE Delft, *Impactanalyse MVI UMC Utrecht.* –2018. Pdf via: <https://ce.nl/publicaties/impactanalyse-mvi-umc-utrecht/>

Leden commissie Groene MDL



Charlotte Sens
Endoscopie verpleegkundige
Spaarne Gasthuis Haarlem



Nicolette van Kooten
Endoscopie verpleegkundige
Amstelland ziekenhuis



Marjolijn Duijvestein
MDL-arts
Radboudumc



Maarten te Groen
PhD/ANIOS
Radboudumc



Donja Schiereck
Endoscopie verpleegkundige
Flevoziekenhuis



Peter Siersema
Hoogleraar duurzaamheid en
Innovatie- Erasmus MC



Femme Dirksmeier-Harinck
MDL-arts
Franciscus Gasthuis&Vlietland
Voorzitter



Leontine Roeleveld-Smit
Endoscopie verpleegkundige
Lange Land Ziekenhuis



Esmerij van der Zanden
MDL-arts
Amstelland ziekenhuis
Secretaris



Wouter Curvers
MDL-arts
Catharina ziekenhuis



Paul Stadhouders
MDL-arts
St Antonius Nieuwegein



Adriaan Volkers
ANIOS MDL
NWZ Alkmaar

KWALITEIT Pocket Maag-, Darm- en Leverziekten voor in de kliniek – p. 98-99

Lijst medewerkers

Redactie Pocket

Romée Snijders, Radboudumc
Suzanne Anjie, Amsterdam UMC

Redactie 2.0

Carlijn Veldman
Veerle Smit
Romée Snijders

Auteurs Pocket

Niels Broekman, Universiteit Leiden
Veronique Goudberg, Universiteit Leiden
Linde Verburgh, Universiteit van Amsterdam
Jessica van der Weijden, Rijksuniversiteit Groningen

Auteurs 2.0

Ina Thijs, Radboud Universiteit Nijmegen
Charlotte Verburgt, Universiteit Leiden
Astrid Machielsen, Universiteit Maastricht

Auteurs 1.0

Diederik van Beuningen, Radboud Universiteit Nijmegen
Jantine Röttgering, Vrije Universiteit Amsterdam

Kwaliteitswaarborging

Dr. R.C.J. Beckers, AIOS MDL, Maastricht UMC+
Dr. F.A.C. Berden, AIOS MDL, Radboudumc
Dr. L.H.P. Bernts, AIOS microbiologie, Radboudumc
Dr. S. Bos, MDL-arts, Treant Zorggroep
Prof. dr. D. De Looze, MDL-arts, Universitair Ziekenhuis Gent
Prof. dr. J.P.H. Drenth, MDL-arts, Radboudumc
Dr. T. van Gils, AIOS MDL, Amsterdam UMC
Dr. I.E.G. van Hellemond, Internist-oncoloog, Catharina Ziekenhuis
Dr. M. Klemt-Kropp, MDL-arts, Noordwest Ziekenhuisgroep
Dr. M.P. Lamberts, MDL-arts, VieCuri, Venlo
Dr. B.W.M. Spanier, MDL-arts, Rijnstate
Dr. S.E.M. van de Ven, AIOS MDL, Erasmus MC
Drs. A.L.J. Verhulst, AIOS interne geneeskunde, Amsterdam UMC
Dr. M.C. Visschedijk, MDL-arts, UMC Groningen
Dr. R.P. Voermans, MDL-arts, Amsterdam UMC
Dr. G. Vuurberg, AIOS radiologie, Rijnstate
Dr. R.A. Weersink, AIOS ziekenhuisfarmacie, Deventer Ziekenhuis
Dr. E.P.M. van der Zanden, MDL-arts, Ziekenhuis Amstelland

Met dank aan

Melanie Goedegebure, Projectmanager
Vereniging Arts en Leefstijl

Illustraties

Yente Beentjes
Hebe Boerhout
Dagmar Bouwer
Cas van Cruchten
Susan Deelstra
Maria van Doorn
Lotte Dupuis
Jasmijn van Es (Afbeeldingsmanager)
Astrid Feikema
Iza Hogenelst
Jasmin Kaur
Koen Ketelaars
Rosalie Krijl
Juliëtte Linskens
Kim van den Nobelen
Carlijn Sturm
Isabel Vermissen
Linda Xie

Opmaak

Maria van Doorn
Ivana Kinkel

NL-team

Eva Brunner
Nathasja van Leeuwen
Merit Maas

**WETENSCHAP Verbeterde risicovoorspelling maligne gedrag neuro-endocriene
pancreastumoren, p. 104-105**

1. Hackeng WM, Brosens LAA, Kim JY, O'Sullivan R, Sung YN, Liu TC, et al. Non-functional pancreatic neuroendocrine tumours: ATRX/DAXX and alternative lengthening of telomeres (ALT) are prognostically independent from ARX/PDX1 expression and tumour size. *Gut* 2022; 71(5):961-73. doi: [10.1136/gutjnl-2020-322595](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-322595)
2. Assi HA, Mukherjee S, Kunz PL, Machiorlatti M, Vesely S, Pareek V, et al. Surgery Versus Surveillance for Well-Differentiated, Nonfunctional Pancreatic Neuroendocrine Tumors: An 11-Year Analysis of the National Cancer Database. *Oncologist* 2020; 25(2):e276-e83. doi: [10.1634/theoncologist.2019-0466](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0466)



3. Partelli S, Bartsch DK, Capdevila J, Chen J, Knigge U, Niederle B, et al. ENETS Consensus Guidelines for Standard of Care in Neuroendocrine Tumours: Surgery for Small Intestinal and Pancreatic Neuroendocrine Tumours. *Neuroendocrinology* 2017; 105(3):255-65. doi: [10.1159/000464292](https://doi.org/10.1159/000464292)
4. Heidsma CM, Nieveen van Dijkum EJ. Author response to: Watchful waiting for small non-functional pancreatic neuroendocrine tumours: Nationwide prospective cohort study (PANDORA). *Br J Surg* 2022; 109(8):e98. doi: [10.1093/bjs/znac145](https://doi.org/10.1093/bjs/znac145)
5. Bettini R, Partelli S, Boninsegna L, Capelli P, Crippa S, Pederzoli P, et al. Tumor size correlates with malignancy in nonfunctioning pancreatic endocrine tumor. *Surgery* 2011; 150(1):75-82. doi: [10.1016/j.surg.2011.02.022](https://doi.org/10.1016/j.surg.2011.02.022)
6. Haynes AB, Deshpande V, Ingkakul T, Vagefi PA, Szymonifka J, Thayer SP, et al. Implications of incidentally discovered, nonfunctioning pancreatic endocrine tumors: short-term and long-term patient outcomes. *Arch Surg* 2011; 146(5):534-8. doi: [10.1001/archsurg.2011.102](https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.102)
7. Toste PA, Kadera BE, Tatishchev SF, Dawson DW, Clerkin BM, Muthusamy R, et al. Nonfunctional pancreatic neuroendocrine tumors <2 cm on preoperative imaging are associated with a low incidence of nodal metastasis and an excellent overall survival. *J Gastrointest Surg* 2013; 17(12):2105-13. doi: [10.1007/s11605-013-2360-9](https://doi.org/10.1007/s11605-013-2360-9)
8. Dreijerink KM, Hackeng WM, Singhi AD, Heaphy CM, Brosens LA. Clinical implications of cell-of-origin epigenetic characteristics in non-functional pancreatic neuroendocrine tumors. *J Pathol* 2022; 256(2):143-8. doi: [10.1002/path.5834](https://doi.org/10.1002/path.5834)
9. Hackeng WM, Morsink FHM, Moons LMG, Heaphy CM, Offerhaus GJA, Dreijerink KMA, et al. Assessment of ARX expression, a novel biomarker for metastatic risk in pancreatic neuroendocrine tumors, in endoscopic ultrasound fine-needle aspiration. *Diagn Cytopathol* 2020; 48(4):308-15. doi: [10.1002/dc.24368](https://doi.org/10.1002/dc.24368)
10. Crino SF, Ammendola S, Meneghetti A, Bernardoni L, Conti Bellocchi MC, Gabbrielli A, et al. Comparison between EUS-guided fine-needle aspiration cytology and EUS-guided fine-needle biopsy histology for the evaluation of pancreatic neuroendocrine tumors. *Pancreatology* 2021;21(2):443-50. doi: [10.1016/j.pan.2020.12.015](https://doi.org/10.1016/j.pan.2020.12.015)
11. Eusebi LH, Thorburn D, Toumpanakis C, Frazzoni L, Johnson G, Vessal S, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration vs fine-needle biopsy for the diagnosis of pancreatic neuroendocrine tumors. *Endosc Int Open* 2019; 7(11):E1393-E9. doi: [10.1055/a-0967-4684](https://doi.org/10.1055/a-0967-4684)
12. Gao RY, Wu BH, Shen XY, Peng TL, Li DF, Wei C, et al. Overlooked risk for needle tract seeding following endoscopic ultrasound-guided minimally invasive tissue acquisition. *World J Gastroenterol* 2020; 26(40):6182-94. doi: [10.3748/wjg.v26.i40.6182](https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i40.6182)
13. Facciorusso A, Crino SF, Gkolfakis P, Ramai D, Mangiavillano B, Londono Castillo J, et al. Needle Tract Seeding after Endoscopic Ultrasound Tissue Acquisition of Pancreatic Lesions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Diagnostics (Basel)* 2022; 12(9). doi: [10.3390/diagnostics12092113](https://doi.org/10.3390/diagnostics12092113)
14. Marinoni I. Prognostic value of DAXX/ATRX loss of expression and ALT activation in PanNETs: is it time for clinical implementation? *Gut* 2022; 71(5):847-8. doi: [10.1136/gutjnl-2020-322595](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-322595)
15. Luchini C, Lawlor RT, Bersani S, Vicentini C, Paolino G, Mattiolo P, et al. Alternative Lengthening of Telomeres (ALT) in Pancreatic Neuroendocrine Tumors: Ready for Prime-Time in Clinical Practice? *Curr Oncol Rep* 2021; 23(9):106. doi: [10.1016/j.jamcollsurg.2014.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.01.001)