

STAND VAN ZAKEN 170 / KINDER MDL 172-175 / DARM 177
TRANSPARANTIE 178-181 / MDL-TRANSFERS 181 / THEMA:
DE PERIFERIE 182-207 / COLUMN 189 / IN MEMORIAM:
BERT DEN HARTOG 207 / LEVER 209-211 / EXPEDITIE IBD 212
WETENSCHAP 214 / PROEFSCHRIFTEN 215-219 / DE AFDELING 221



NVMDL

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 29 / NUMMER 4 / DECEMBER 2023

DE PERIFERIE

**“Onderzoek vanuit de periferie of de academie:
het kan elkaar versterken”**



Na ons de zondvloed

Net als de meeste Nederlanders gaan wij MDL-artsen door met het leven dat we gewend zijn. Met kennis van een gezonde levensstijl en het besef dat we in een milieubelastende instelling werken, houden we vast aan ‘verworven rechten’ en negeren we ook tijdens de DDD in Veldhoven de drie grote thema’s: alcohol, voeding en klimaat.

Het motto van vooral de hepatologen onder ons is ‘iedere druppel alcohol is er een te veel’ en ‘alcohol is verantwoordelijk voor wel zeven vormen van kanker’. Maar aan het einde van een congresdag vloeit de alcohol rijkelijk en drinken we al snel te veel glazen achter elkaar, in de vorm van bubbels, wit, rood en bier. In de spreekkamer noemen we dit ‘bingedrinken’, maar wij MDL-artsen zijn slechts ‘echte Bourgondiërs’! Tijdens het diner eten we vlees. Een vegetarisch menu kan, maar dat moet van tevoren worden doorgegeven. Ook de bavette behoort tot onze bourgondische levensstijl. De CO₂-afdruk van rood vlees zijn we bij de DDD even vergeten.

Het wetenschappelijk programma bevat als vanouds vele interessante voordrachten, waarvan enkele door buitenlandse sprekers. Zij reizen dit jaar vanuit Barcelona en Calgary naar Veldhoven, voor een praatje van 30 minuten of een middagsessie van een paar uur. Onze uitnodigingen leiden ongetwijfeld ook weer tot uitnodigingen van hen. En zo zit de lucht vol met reizende MDL-artsen naar San Francisco, Seoel, Beijing en Buenos Aires, tegen zo’n 27.000 liter kerosine per vlucht. Dat er inmiddels uitstekende middelen bestaan, zoals Teams en Zoom, zijn we weer even vergeten. Als je een dergelijke uitnodiging anno 2023 nog accepteert, lijd je dan niet gewoon aan enorme zelfoverschatting? Terwijl we langzaam opwarmen en ver van ons vandaan miljoenen mensen door droogte steeds minder te eten hebben of juist hun huizen verliezen door overstromingen, gaan wij rustig door met ons leventje alsof er niets aan de hand is.

Ik stel voor dat we met een aantal collega’s het Himalayagebied bezoeken, per trein. Dan kunnen we met onze eigen ogen zien of er na al die overstromingen nog wel endoscopische Barrett-surveillanceprogramma’s zijn, of leefstijlpoli’s voor obesitas en MASLD.

Onze tak van geneeskunde heeft de grootste CO₂-afdruk, maar is mondiaal slechts gerommel in de marge. Willen we anderen, ver van ons vandaan, maar ook onszelf en onze kinderen beschermen, dan zullen we drastisch moeten innoveren. En we moeten stoppen met het preserveren van onze gewoontes. Doen we dat niet, dan gaan degenen die na ons komen als eerste kopje onder. *Na ons de zondvloed*. Het wrange is, die komt.

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 225.

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
Celine Spithoven

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

Dr. R.J. de Knegt,
hoofdredacteur 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

iStock

REDACTIE MAGMA

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

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

Ski-uitje

“Een echte arts skiet”, hoorde ik laatst op een trailer voor (weer) een nieuwe medische TV-serie uit de mond van een karikaturale medisch specialist. Daarnaast ging het zeer verrassend over relaties op de werkvloer en de ‘kuttentpoli’. Kosten noch moeite worden gespaard om ons aan het kijken te krijgen. U begrijpt dat ik me bijna niet kon beheersen deze verrijking van het medisch romantische genre op de TV te aanschouwen.

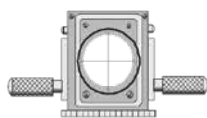
Toch heb ik dat niet gedaan. Geen tijd, onder andere omdat ik deze column wilde schrijven. Met dat skiën raakte men, waarschijnlijk onbedoeld, toch een actueel thema. Is een ski-uitje met de afdeling nog wel van deze tijd? Zelf ben ik in de afgelopen jaren bijna jaarlijks met zeer veel plezier meegegaan met de afdeling naar de Alpen. De combinatie van een sportieve activiteit met een gezellige après-ski werkt fantastisch voor de teamspirit.

Althans, dat gaat op voor de collega's die mee gaan. De populariteit van skiën daalt al jaren, met name bij jongeren. Slechts 7% van de Nederlanders gaat op wintersportvakantie. Het is een understatement om te zeggen dat een skitrip niet de meest inclusieve groepsactiviteit is. Daarnaast is skiën een dure en weinig duurzame bezigheid. De reis met meerdere auto's of het vliegtuig vormt een forse belasting voor ons klimaat. Het resultaat zien we inmiddels terug in de groene weides die onderbroken worden door witte strookjes kunstsneeuw.

De vraag is of een skitrip met de afdeling het doel bereikt dat we wensen. Binnen mijn eigen afdeling hebben we hierover dit najaar de discussie gevoerd en uiteindelijk hebben we besloten te gaan zoeken naar een inclusiever en duurzamer alternatief. We hopen hiermee meer collega's de kans te geven mee te doen en de vruchten te plukken van de spin-off van een groepsreis. Ik ben benieuwd hoe uw afdeling hiermee omgaat!

Was getekend,

Frank Vleggaar -voorzitter-



VACATURE

Vacature directeur verenigingsbureau

Op 15 november jl. hebben de ledenvergaderingen van de NVH, NVGE en NVMDL het voorstel gefiatteerd om vanaf 2024 over te gaan tot gezamenlijke voortzetting van het secretariaat te Haarlem. Vanwege de pensionering van Marie José van Gijtenbeek zijn we voor ons verenigingsbureau op zoek naar een directeur. Meer informatie over de vacature is te vinden via www.mdl.nl. Geïnteresseerden kunnen reageren tot 15 december 2023.

De periferie

In deze MAGMA zetten we de werkplek van meer dan 75 procent van onze lezers in de schijnwerpers; 'de periferie'. Wonderlijke term eigenlijk, want juist deze ziekenhuizen vormen het centrale motorblok in ons zorgstelsel. De 61 algemene en topklinische ziekenhuisorganisaties in ons land leveren verreweg het grootste volume van zorg, hebben een leidende rol in optimalisatie van zorgprocessen en zijn tegelijkertijd de huizen waar je een patiënt of een collega specialist nog persoonlijk kent. Graag uw aandacht voor een aantal interessante aspecten van dit 'uithoekje'.

Allereerst natuurlijk de klinische zorg. Al generaties lang wordt bijna elke MDL-arts mede-opgeleid in de periferie; we delen dan ook graag enkele opleidingsparels waar aiOS graag voor omrijden. Maar wetenschap is zeker geen ondergeschoven kindje in de perifere ziekenhuizen. Geriater Van Marum zet het speelveld uiteen waar je 'gewoon van achter je bureau' in de periferie aan mee kan doen. Daarnaast laten we een aantal perifeer werkende MDL-professoren aan het woord over hoe zij vanuit hun maatschap onderzoek bedrijven. Belangrijkste credo: 'ambitieuze mensen om je heen verzamelen'. En we spraken drie MDL-artsen die, reeds werkzaam in de periferie, recent alsnog de sleutels van de ivoren academische toren aangereikt kregen. Hun overwegingen bij deze overstap maken de verschillen maar ook de overeenkomsten tussen beide ziekenhuiswerelden fraai inzichtelijk.

Wij wensen eenieder veel leesplezier toe. En voor de aiOS die zijn of haar stiel nog moet kiezen: *de periferie, zo slecht nog nie?*

Susanne Korsse, Govert Veldhuijzen, Mirjam van der Ende en Fanny Vuik

Onderzoeksagenda voor kinderen en jongvolwassenen met inflammatoire darmziekte

Welke vragen hebben kinderen en jongvolwassenen, maar ook hun ouders en zorgverleners, op het gebied van inflammatoire darmziekten (IBD)? Wat zijn volgens hen de 10 belangrijkste vragen waar zo snel mogelijk een antwoord op moet komen? Om deze onderzoeksprioriteiten te bepalen, werd een 'priority setting partnership' opgezet in samenwerking met onderzoekers uit het Amsterdam UMC, de patiëntenorganisatie Crohn & Colitis NL, de James Lind Alliance en de Kids with Crohn's, Colitis (KiCC) werkgroep. Volgens de methode van de James Lind Alliance, is stapsgewijs de top 10 onderzoeksprioriteiten vastgesteld. Kinderen en jongvolwassenen met IBD, ouders en zorgverleners hadden hierbij ieder een gelijke stem.

Circa 8% van de patiënten met IBD krijgt deze diagnose al op kindereleeftijd.^{1,2} De diagnose IBD op kindereleeftijd kenmerkt zich door een uitgebreidere ziekte lokalisatie bij diagnose en een snellere ziekteprogressie ten opzichte van volwassenen met IBD.³ Daarnaast heeft IBD bij kinderen en jongvolwassenen effect op de groei, de puberteitsontwikkeling en het psychosociaal functioneren.⁴ Dit laat zien dat onderzoek bij volwassenen met IBD niet 1:1 vertaald kan worden naar kinderen en jongvolwassenen met IBD. Tot op heden blijft onderzoek naar kinderen met IBD achter bij dat naar volwassenen met IBD. Meer onderzoek is daarom nodig.

Een onderzoeksagenda kan helpen om toekomstige thema's voor deze doelgroep te prioriteren. Deze agenda's worden normaliter bepaald door academici, subsidieverleners en de farmaceutische industrie. Echter, een eerder artikel uit The Lancet ('How to increase value and reduce waste when research priorities are set') liet zien dat er een mismatch kan bestaan tussen het huidige medisch wetenschappelijke onderzoek en de behoeften van gebruikers van onderzoek

zoals patiënten en zorgverleners.⁵ Daarom is het van uiterst belang om patiënten (en hun familie) en zorgverleners te betrekken bij het opstellen van onderzoeksprioriteiten. Op die manier wordt de maatschappelijke relevantie van medisch wetenschappelijk onderzoek vergroot. In 2016 is in samenwerking met de James Lind Alliance een onderzoeksagenda voor volwassenen met IBD opgesteld.⁶ Echter, deze ontbrak nog voor kinderen en jongvolwassenen met IBD.

James Lind Alliance

De James Lind Alliance is een Britse non-profit organisatie, die in 2004 mede werd opgericht door Iain Chalmers, auteur van het eerdergenoemde Lancet-artikel.⁵ Zij ontwikkelden een methode waarmee patiënten, hun ouders/verzorgers en zorgverleners samen een onderzoeksagenda kunnen opstellen voor een ziekte of een vorm van zorg.⁷ In samenwerking met deze organisatie, de patiëntenorganisatie Crohn & Colitis NL en de KiCC-werkgroep, hebben wij een zogenoemde *priority setting partnership* opgezet om de tien belangrijkste onderzoeksvragen op het gebied van IBD bij kinderen en jongvolwassenen (tot en

met twintig jaar oud) te bepalen.

Het project ging in het voorjaar van 2021 van start. De eerste stap in dit proces was het samenbrengen van een stuurgroep die bestond uit vier kinderen en jongvolwassenen met IBD, vier ouders en acht zorgverleners (kinderverpleegkundig specialisten, een diëtist, kinder-MDL-artsen, een MDL-arts en kinderpsychologen). De stuurgroep was gedurende het hele project betrokken bij het maken van beslissingen en zorgde ervoor dat overzicht werd gehouden. Ongeveer eens per twee maanden kwamen we samen. Dat gebeurde online vanwege de coronapandemie. Gelukkig hebben we ook een keer fysiek kunnen vergaderen onder het genot van pizza's en een drankje. Samen met de stuurgroep besloten we dat we een breed scala aan onderzoeksthema's wilden betrekken in dit project: van oorzaak tot behandeling, maar ook vragen over psychosociaal functioneren en de toekomst. Vervolgens hebben we de volgende stappen uit de James Lind Alliance-methode doorlopen om tot de uiteindelijke top 10 onderzoeksvragen te komen: (1) het verzamelen van onderzoeksvragen; (2) categoriseren en samenvatten van de vragen, gevolgd door een literatuurcheck; (3) het prioriteren van de onderzoeksvragen; en (4) de eindworkshop. De uitkomsten van deze stappen worden hieronder besproken.

Stap 1:

verzamelen van onderzoeksvragen

Middels een (online en fysieke) vragenlijst vroegen wij aan kinderen en jongvolwassenen met IBD, hun ouders en zorgverleners op welke onderzoeksvragen volgens hen als eerste een antwoord moest komen. Deze

vragenlijst werd breed verspreid in Nederland: via de patiëntenvereniging Crohn & Colitis NL, via diverse beroepsverenigingen (zoals voor diëtisten, MDL-artsen en verpleegkundig specialisten), via sociale media en via leden van KiCC (werkzaam in tien verschillende ziekenhuizen). De vragenlijst, die werd uitgezet van november 2021 tot februari 2022, werd ingevuld door 222 deelnemers (74 patiënten, 89 ouders/verzorgers en 59 zorgverleners). Zij stelden samen 763 onderzoeksvragen (!) op, op het gebied van IBD bij kinderen en jongvolwassenen. Om te zorgen dat de groep deelnemers representatief was voor de kinderen en jongvolwassenen met IBD, hun ouders en zorgverleners in Nederland, bevatte de vragenlijst ook vragen over demografische en ziekte-specifieke gegevens (zoals leeftijd, type IBD en type zorgverlener).

Stap 2:

vragen categoriseren, samenvatten en checken in de literatuur

Nadat alle onderzoeksvragen waren verzameld, beoordeelden we eerst of deze binnen de reikwijdte van de studie vielen. In totaal

zijn 103 vragen verwijderd omdat deze niet door onderzoek konden worden beantwoord. Denk hierbij aan adviesvragen over bijvoorbeeld de zorgverzekering of hypotheek, maar ook aan persoonlijke ervaringen die niet waren om te vormen naar onderzoeksvragen. Er bleven 660 onderzoeksvragen over die werden gecategoriseerd in 13 verschillende thema's, zoals oorzaak, (psychische) klachten, (psychosociale) behandeling, voeding, de invloed op het dagelijks leven en zelfmanagement. Vervolgens werden vragen die overlap vertoonden samengevat. Dit resulteerde in 64 samenvattende vragen. Om er zeker van te zijn dat deze vragen nog onbeantwoord waren, werd een literatuurcheck uitgevoerd. Uit deze literatuurcheck kwam naar voren dat vijf vragen al beantwoord konden worden op basis van de beschikbare literatuur. Dat waren bijvoorbeeld de vragen 'hoe kan het onderscheid gemaakt worden tussen de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa?' en 'komt IBD nu vaker voor dan vroeger?'. Na het doorlopen van deze stap bleef er een lijst met 59 onbeantwoorde onderzoeksvragen over.

Stap 3:

het prioriteren van de onderzoeksvragen

Via een tweede online vragenlijst, die werd uitgezet via dezelfde kanalen als de eerste vragenlijst, werd aan deelnemers gevraagd om de voor hen 10 belangrijkste vragen te kiezen uit de lijst met de 59 onbeantwoorde onderzoeksvragen. Deze tweede vragenlijst (uitgezet van oktober 2022 tot januari 2023) werd ingevuld door 263 deelnemers (70 patiënten, 127 ouders/verzorgers en 66 zorgverleners). Vervolgens werd voor iedere doelgroep (patiënten, ouders/verzorgers en zorgverleners) apart gescoord welke 12 vragen het meest waren geselecteerd voor de persoonlijke top 10. Twee vragen verschenen bij alle doelgroepen in de top 12, namelijk 'wat is de oorzaak en behandeling van vermoeidheid?' en 'welke voeding(stoffen) zijn goed voor het verloop van IBD?'. Echter, er werden ook grote verschillen gezien in de rankings van de verschillende doelgroepen, met name tussen de zorgverleners en de patiënten. De belangrijkste vraag voor zorgverleners ging over het voorspellen



De deelnemers van de eindworkshop.

Advertentie

van therapierespons, terwijl deze niet voorkwam in de top 12 van patiënten en ouders/verzorgers. Aan de andere kant hadden patiënten meer vragen geselecteerd in de categorie ‘invloed op het dagelijks leven’, zoals vragen over het missen van school en het omgaan met de ziekte.

Stap 4:

eindworkshop voor vaststellen top 10 onderzoeksvragen

In maart 2023 vond de eindworkshop plaats. Het langverwachte moment was daar: we gingen de tien belangrijkste onderzoeksvragen op het gebied van kinderen en jongvolwassenen met IBD bepalen! Deze workshop werd bijgewoond door 10 kinderen/jongvolwassenen met IBD, 12 ouders/verzorgers en 8 zorgverleners. Middels drie verschillende rondes gingen we uit 25 onderzoeksvragen (met de hoogste prioritering in stap 3) de top 10 samenstellen. Het doel van deze workshop was om echt met elkaar in gesprek te gaan en persoonlijke ervaringen te delen waarom onderzoeksvragen voor jou belangrijk waren. Dit was een bijzonder proces waarbij gedurende de dag langzaam consensus werd bereikt over de tien belangrijkste onderzoeksvragen. Ieder had een gelijke stem, die door de anderen werd gehoord. De kinderen en jongvolwassenen moesten nog wel een pleidooi houden om de vraag ‘is er een prettiger onderzoek voor kinderen/jongeren met IBD dan de endoscopie?’ in de top 10 te krijgen en dit was met succes! De vraag over de oorzaak en behandeling van vermoeidheid sprong eruit met een eerste plaats in de top 10. Dit laat zien hoe belangrijk dit onderwerp is voor alle doelgroepen.

Bekendmaking van de onderzoekagenda

Nadat de belangrijkste tien onderzoeksvragen voor kinderen en jongvolwassenen met IBD waren bepaald, was het streven om deze zo breed mogelijk te verspreiden. Wij hebben, samen met de betrokken kinderen en jongvolwassenen, de top 10 onderzoeksvragen overgedragen aan de directeur van ZonMw en de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Daarnaast is deze top 10 ook gepubliceerd in The Lancet Gastroenterology & Hepatology.⁸ Door de onderzoeksvragen zo breed mogelijk te verspreiden over de IBD onderzoekswereld, hopen we dat deze worden vertaald naar wetenschappelijke studies. De antwoorden op deze vragen kunnen namelijk daadwerkelijk het verschil gaan maken voor kinderen en jongvolwassenen met IBD en hun familieleden. Daarnaast moedigen we ook aan om, middels deze transparante James Lind Alliance-methode, breed gedragen onderzoeksaandachtslijsten op te stellen voor andere MDL-gerelateerde aandoeningen.

Jasmijn Z. Jagt¹

Nanne K.H. de Boer²

Daniëlle van der Horst³

Menne Scherpenzeel³

Tim G.J. de Meij¹

¹ Afdeling Kinder Maag-, Darm- en Leverziekten, Amsterdam UMC

² Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten, Amsterdam UMC

³ Patiëntenorganisatie Crohn & Colitis NL

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2023 (p. 225 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

De 10 belangrijkste onderzoeksvragen voor kinderen en jongvolwassenen met IBD

1. Wat zijn de oorzaken van vermoeidheid bij kinderen/jongeren met IBD en wat kunnen ze doen om zich minder moe te voelen?
2. Hoe kunnen zorgverleners het verloop (opvlammingen, uitbreiding/complicaties ziekte) van IBD bij kinderen/jongeren beter voorspellen, en kunnen ze hiermee een ernstig ziekteverloop voorkomen?
3. Welke factoren van buitenaf zoals voeding, infecties, medicatie, en leefomgeving spelen een rol bij het ontstaan van IBD bij kinderen/jongeren?
4. Wat zijn de gevolgen op latere leeftijd van medicijnen bij kinderen/jongeren met IBD?
5. Wanneer en hoe kun je medicijnen bij kinderen/jongeren met IBD het beste afbouwen?
6. Welke rol speelt de darmflora (microbiom) bij het ontwikkelen van IBD bij kinderen/jongeren?
7. Welke voeding/voedingstoffen/eetgewoonten zijn goed voor het verloop van IBD bij kinderen/jongeren?
8. Is per persoon te voorspellen welke medicijnen het beste werken?
9. Hoe kunnen kinderen en jongeren met IBD worden geholpen om beter om te gaan met hun ziekte?
10. Is er een prettiger onderzoek voor kinderen/jongeren met IBD dan de endoscopie (kijkonderzoek)?



Jasmijn Z. Jagt



Nanne K.H. de Boer



Daniëlle van der Horst



Menne Scherpenzeel



Tim G.J. de Meij

Advertentie

Onverwacht afscheid spiraal enteroscoop

PowerSpiral Enteroscopie (PSE) van de firma Olympus werd in 2020 in Nederland geïntroduceerd als nieuwe techniek van dunne darm-endoscopie. Het PSE-systeem heeft een door de gebruiker te bedienen ingebouwde motor waarmee de endoscoop gecontroleerd door de dunne darm kan worden voortbewogen. De rotatie van een *overtube* met zachte spiraalvormige 'vinnen' plooit de dunne darm over de endoscoop. In vergelijking met andere enteroscopietechnieken als single- en dubbelballon-scopie is PSE sneller, gemakkelijker en kunnen reguliere accessoires worden gebruikt.

Het aantal centra in Nederland waar de techniek wordt gebruikt is in de loop der jaren uitgebreid naar negentien. Artsen en verpleegkundigen werden eerst centraal getraind. Het aantal verrichte procedures in Nederland is vermoedelijk meer dan duizend en omvat dunne darm-enteroscopieën, coloscopieën (bij eerdere onvolledige coloscopie) en ERCP's (bij veranderde anatomie).

Enquête

Door complicaties stopten recent twee centra in Nederland met spiraal enteroscopie. Deze events verliepen gelukkig zonder significante schade voor de patiënten. De NVMDL voerde naar aanleiding van deze complicaties een landelijke enquête uit. Uit deze enquête bleek dat alle spiraal endoscopisten waren getraind. Tussen verschillende centra waren echter flinke verschillen in aantallen procedures (4-300) en complicaties.

De meest genoemde complicaties waren oppervlakkige laceraties van slokdarm maar ook van pylorus en sigmoid, enkele perforaties, het tijdelijk vastzitten in met name de slokdarm en/of blokkeren van de motor door weerstand, meestal zonder klinische consequenties voor de patiënten. Hierop werd aan het bestuur van de NVMDL

geadviseerd om een werkgroep op te zetten voor de PowerSpiral-techniek, waaraan ook Olympus kon deelnemen. Daarnaast werd het bestuur dringend aangeraden de betrokken centra te sturen op verdere training.

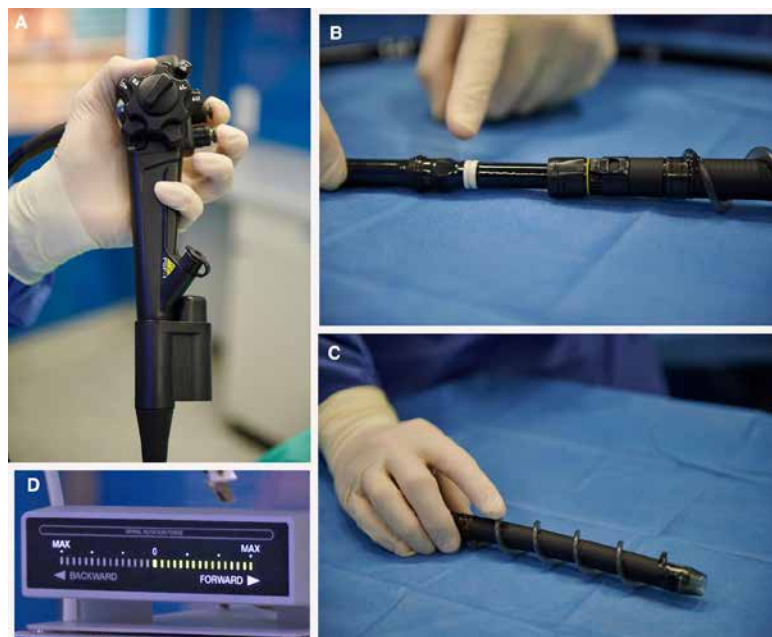
Van de markt

Onlangs heeft Olympus besloten het PowerSpiral-systeem wereldwijd van de markt te halen en verder gebruik te stoppen. De aanleiding hiervoor was een ernstige complicatie in het buitenland, waarbij de scoop niet goed kon worden teruggetrokken. Dit tamelijk onverwachte besluit heeft een grote impact op onze zorg. Het systeem voorzag duidelijk in een behoefte en voor patiënten die een enteroscopie nodig hebben zullen alternatieve technieken, zoals ballon-geassisteerde scopie, geregeld moeten worden.

Er moet worden nagedacht over welke maatregelen in de toekomst genomen kunnen worden voor een eventuele herintroductie van het systeem. Hierbij kan worden gedacht aan:

- Het aanvullen van de gebruikershandleiding met adviezen voor het omgaan met veronderstelde technische tekortkomingen.
- Training volgens een uniform, nader vast te stellen curriculum.
- Centralisatie van centra waar het systeem gebruikt wordt.
- Organisatie van regelmatige gebruikersbijeenkomsten zodat ervaringen gedeeld kunnen worden en complicaties kunnen worden verzameld en besproken.
- Prospectieve registratie van alle adverse events.

Abdul Al-Toma,
MDL-arts St Antonius Ziekenhuis
Akin Inderson,
MDL-arts LUMC
Hanneke Beaumont,
MDL-arts Amsterdam UMC
Jan Jacob Koornstra,
MDL-arts UMC Groningen
Maarten Jacobs,
MDL-arts Amsterdam UMC



De verschillende onderdelen van het PowerSpiral enteroscopie-systeem.

Het Transparantieregister Zorg, een gedeelde verantwoordelijkheid

Een hoogleraar cardiologie krijgt een vergoeding voor deelname aan een adviesraad, een webinar en een podcast van een geneesmiddelenbedrijf. Een leverancier van medische hulpmiddelen schakelt een MDL-arts in voor het geven van workshops over de toepassing van een nieuwe scoop of betaalt een zorgprofessional voor de ontwikkeling van trainingsmaterialen. Een geneesmiddelenbedrijf draagt bij aan de opzet van een register voor een bepaalde aandoening bij ziekenhuizen en ontvangt daarvoor geaggregeerde data of sponsort een project van een ziekenhuis voor thuismonitoring van kwetsbare patiënten. Een leverancier van medische hulpmiddelen verleent *educational grants* aan een orthopedische zorgkliniek voor een onderwijsprogramma voor fellows.

Dit zijn zomaar wat voorbeelden van de dagelijkse samenwerking tussen zorgprofessionals en geneesmiddelen- en medische hulpmiddelenbedrijven. Meer in het algemeen gaat het om het delen van expertise, het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek en het sponsoren van projecten en medische opleidingen. Dergelijke vormen van samenwerking staan, als het goed is, in het teken van verbetering van patiëntenzorg en van innovatie van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Normering vergoedingen

Voor de inzet van zorgprofessionals mag onder voorwaarden worden betaald. Gunstbetoon, het met financiële vergoedingen gunstig stemmen van een zorgprofessional, is echter wettelijk verboden. De *Geneesmiddelenwet* en de *Wet medische hulpmiddelen* voorzien in specifieke uitzonderingen waarbij financiële vergoedingen zijn toegestaan. Het gaat daarbij om de volgende vier uitzonderingen:

- vergoeding van strikt noodzakelijke deelnamekosten aan bijeenkomsten;

- dienstverleningsrelaties, waarbij de professional een redelijke vergoeding krijgt voor verrichte diensten;
- geschenken van geringe waarde, bruikbaar in de beroepsuitoefening;
- kortingen en bonussen die betrekking hebben op de inkoop van genees- en hulpmiddelen.

De wettelijke regels met betrekking tot het aangaan van financiële relaties zijn nader uitgewerkt in de gedragscodes van de CGR (Code Geneesmiddelenreclame) en GMH (Gedragscode Medische Hulpmiddelen). De codes worden beheerd door de koepels van zorgaanbieders (professionals en instellingen) en leveranciers van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Voldoen aan de regels inzake gunstbetoon is een gedeelde verantwoordelijkheid: wat een bedrijf niet mag geven, mag door een zorgprofessional ook niet worden gevraagd of ontvangen. Voor de zorgprofessionals zijn de regels verder uitgelegd op de website www.hoeblijfikonafhankelijk.nl.

Transparantieregister Zorg

Om te voorkomen dat geoorloofde financiële transacties toch worden ingezet om het medisch handelen van professionals te beïnvloeden, wordt transparantie over deze transacties noodzakelijk geacht. Daarvoor dient het Transparantieregister Zorg, opgezet door de CGR en GMH. De gedragscodes bepalen dat bedrijven en zorgprofessionals een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben om transparant te zijn over hun financiële relaties. Door transparant te zijn over zijn financiële belangen, voorkomt de zorgprofessional belangenverstrengeling die de patiënt of het vertrouwen in de gezondheidszorg kan schaden.

Het Transparantieregister Zorg is een openbaar register waarin staat wie welk bedrag aan wie en waarvoor heeft betaald. In het

register kunnen medische professionals, bestuurders en toezichhouders, maar ook burgers en journalisten, nagaan of er aanwijzingen zijn voor ongewenste beïnvloeding. Hoe belangrijk dit is, hebben we afgelopen najaar gezien in de berichtgeving over de financiële relaties tussen een aantal cardiologen en bepaalde medische hulpmiddelenbedrijven.

Wat staat er in het Transparantieregister?

Het Transparantieregister bevat informatie over de volgende financiële transacties:

- transacties vanaf een waarde (cumulatief) van 500 euro per jaar. Vanuit het oogpunt van proportionaliteit wordt een zorgprofessional alleen in het Transparantieregister Zorg opgenomen als de relatie met een geneesmiddelen- of medisch hulpmiddelenbedrijf van enig financieel belang is;
- vergoedingen aan zorgprofessionals voor de deelname aan een wetenschappelijk congres voor zover dit de vergoeding van reis-, verblijf- of inschrijfkosten betreft;
- honoraria voor geleverde adviesdiensten, zoals de deelname aan een adviesraad of *steering committee*, het optreden als spreker of het schrijven van een wetenschappelijk artikel;
- betaalde onkosten in relatie tot geleverde diensten, bijvoorbeeld vergoede reiskosten of de dinerkosten (genoten in natura) tijdens een adviesraad;
- sponsoring van projecten, bijvoorbeeld een patiëntondersteuningsprogramma dat binnen een ziekenhuis wordt uitgevoerd;
- sponsoring van bijeenkomsten, zoals een wetenschappelijk congres waarbij het bedrijf ook een standruimte krijgt toegewezen.

Bij sponsoring ligt het initiatief voor het uitvoeren van het zorgproject of het organiseren van een nascholing bij de gespon-

sorde, die per definitie een rechtspersoon moet zijn (zoals een ziekenhuis of een wetenschappelijke vereniging). Sponsoring van een individuele zorgprofessional is niet toegestaan.

In 2022 hebben 197 bedrijven financiële relaties gerapporteerd, met een gezamenlijke waarde van 86 miljoen euro. Het aantal relaties was 14.000, waarvan bijna 9000 met individuele zorgverleners (voornamelijk artsen). Zo'n 90 procent van die 86 miljoen ging naar zorginstellingen en samenwerkingsverbanden van zorgverleners (MSB-en, maatschappen, bv's van medisch specialisten) de gemiddelde waarde per relatie was 849 euro. Bijna 8 procent ging naar individuele zorgverleners, gemiddeld 2.631 euro per persoon.

Wat staat niet in het Transparantieregister Zorg?

Het Transparantieregister bevat *geen* informatie over:

- betalingen van een bedrijf aan een zorgprofessional die cumulatief lager zijn dan 500 euro per jaar;
- betalingen door geneesmiddelen- of medische hulpmiddelenbedrijven die niet kunnen worden toegekend aan specifieke zorgprofessionals, bijvoorbeeld de sponsoring door meerdere bedrijven aan een onafhankelijk congresbureau die met deze gelden zorgprofessionals betaalt om lezingen te geven;
- financiële transacties rond wetenschappelijk onderzoek dat is getoetst door een medisch-ethische commissie (of een toetsingscommissie voor nWMO geneesmiddelenstudies). Voor wetenschappelijk onderzoek gelden andere regels rond openbaarmaking;
- geschenken van geringe waarde;
- eten en drinken dat in natura tijdens een nascholingsbijeenkomst is verstrekt;
- kortingen en bonussen op de aankoop van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen;
- (dividend op) aandelen in een geneesmiddelen- of medisch hulpmiddelenbedrijf;
- een licentievergoeding voor een intellectueel eigendomsrecht van een zorgprofessional;
- de verkoop van aandelen in een bedrijf dat

door een geneesmiddelen- of medische hulpmiddelenbedrijf wordt gekocht.

Kan het Transparantieregister Zorg beter?

Jazeker.

De toegankelijkheid en inzichtelijkheid kunnen en moeten beter. Het is laveren tussen het realiseren van zoveel mogelijk transparantie en het beschermen van de privacy van betrokkenen. Zo zal per 1 januari 2024 het zoeken op naam (weer) mogelijk en vooral ook makkelijker zijn. Ook zal het Transparantieregister onderzoek doen naar de achtergrond van rechtspersonen die in het register zijn opgenomen, maar waarvan de naam geen inzicht geeft waar de rechtspersoon voor staat (zoals bv's van medisch specialisten) en aan welk ziekenhuis deze is verbonden of welke zorgprofessionals achter de rechtspersoon schuilgaan. Op basis van dit inzicht kunnen gerichter maatregelen worden getroffen hoe de openbaarmaking van deze relaties meer inzicht verschaft in de wijze waarop gelden zijn besteed.

Vorig jaar bleek uit onderzoek van *Nieuwsuur* dat ook de meeste ziekenhuizen zelf onvoldoende zicht hebben op de financiële relaties die binnen het ziekenhuis door zorgprofessionals of onderzoekstichtingen worden aangegaan. Dit inzicht wordt wel van de ziekenhuizen verlangd. Het Transparantieregister kan daarbij ter controle worden geraadpleegd. Recent hebben de NVZ, NFU en FMS een handreiking gepubliceerd hoe binnen het ziekenhuis het zicht op het aangaan van financiële relaties kan worden vormgegeven, door een verplichte medeondertekening namens de raad van bestuur van het betrokken ziekenhuis.¹ Het Transparantieregister is niet volledig als de arts als *key opinion leader* zich rechtstreeks laat betalen door een buitenlands hoofdkantoor zonder vestiging in Nederland of waarvan de lokale vestiging van het bedrijf niets weet. Dat moet beter. Multinationals met een vestiging in Nederland werken met internationale registratiesystemen om deze relaties ook voor de lokale vestiging bekend te maken, zodat deze aan het Transparantieregister kunnen worden gemeld. Maar het betreft ook een verant-

woordelijkheid van de zorgprofessional zelf om zijn relaties in het Transparantieregister openbaar te maken. De verplichting dat de raad van bestuur van het ziekenhuis de overeenkomst moet medeondertekenen, zal bijdragen aan de volledigheid dat deze relaties ook terechtkomen in het Transparantieregister.

Wettelijke(r) regeling?

Ondertussen heeft ook minister Kuipers aangegeven dat het tijd is voor een volgende stap in het wetgevingsproces, waarbij de overheid een grotere rol krijgt in regulering, toezicht en handhaving op het gebied ongewenste beïnvloeding, waaronder gunstbetoon. Wanneer (financiële) belangen strijdig kunnen zijn met het belang van de patiënt of premiebetaler, past volgens de minister een steviger wettelijk kader dan nu het geval is, met minder ruimte voor zelfregulering. Een wettelijke verplichting tot registratie van financiële transacties tussen bedrijven en beroepsbeoefenaren in een (overheids) register hoort daar in ieder geval bij. Het Transparantieregister Zorg ziet de meerwaarde van wetgeving als stok achter de deur, maar wil ook waken voor een verdere complexiteit van registratieverplichtingen die leidt tot grote administratieve lasten voor bedrijven en zorgprofessionals, en waarbij zorgprofessionals in een register worden opgenomen waarbij onvoldoende rekening is gehouden met hun privacybelangen.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Sinds 2012 gelden de transparantieplichtingen vanuit de zelfregulering als gedeelde verantwoordelijkheid voor zowel bedrijven als zorgprofessionals. Het is waarschijnlijk dat dit ook onder een wettelijke verankering een gedeelde verantwoordelijkheid blijft. De verantwoordelijkheid die zorgprofessionals dragen om te zorgen dat relaties zo nodig aan het register worden gemeld, lijkt tot voor kort onderbelicht te zijn geweest, met name voor zorgprofessionals zelf. Eén van de verbeterpunten die de CGR, GMH en Transparantieregister Zorg zichzelf hebben gesteld is dan ook om zorgprofessionals hier pro-actiever over te informeren en te trainen. Zeker gezien de meld- en toestem-

¹Zie <https://nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/handreiking-governance-financiele-relaties-zorgprofessionals-en-industrie>



Advertentie

mingsvereisten door de raad van bestuur van ziekenhuizen die per 1 januari 2024 zullen gelden.

Bij trainingen over de gedragscodes is al een (bescheiden) toename van vertegenwoordigers van zorginstellingen waar te nemen. De website www.hoeblijfikonafhankelijk.nl biedt een handvat voor zorgprofessionals die financiële relaties aangaan met bedrijven. De KNMG voert campagnes om zorgprofessionals te wijzen op het feit dat de relaties die zij zijn aangegaan, mogelijk zijn gemeld

aan het Transparantieregister Zorg met de oproep aan zorgprofessionals om deze te controleren. Maar het kan altijd beter. We horen dan ook graag waar u behoefte aan heeft en of u suggesties heeft. Stuur ons uw ideeën op transparantieregister@transparantieregister.nl onder vermelding van dit artikel.

Em. prof. dr. Gerrit van der Wal

Voorzitter Stichting Transparantieregister Zorg



MDL TRANSFERS

Verschuivingen in het hele land

Noorden

Per 1 december verlaat Roland Schröder de maatschap van het Nij Smellinghe Ziekenhuis in Drachten en zal hij in Emmen gaan werken. Jolanda Strebus (opleiding Amsterdam UMC) is op 1 oktober begonnen in het Isala Ziekenhuis in Zwolle als *chef de clinique*, met als aandachtsgebied algemene MDL en oncologie.

Westen

Half september is Berrie Meijer (opleiding Amsterdam UMC) gestart als *chef de clinique* in het Dijklander Ziekenhuis in Hoorn. Per 1 januari 2024 gaat Thomas Boerlage (opleiding UMCU) aan de slag in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda als achtste MDL-arts. Ragni Chauthie was tot voor kort *chef* in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk en is op 1 oktober gestart in het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel.

Per 1 januari 2024 begint Xavier Smeets (opleiding Radboudumc) in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht als negende MDL-arts, met motiliteit en IBD als aandachtsgebieden. Joyce Alderliesten verlaat per 1 december het Albert Schweitzer Ziekenhuis; zij beraadt zich nog op haar volgende stap.

Jurriën Reijnders is na acht jaar in het Haga Ziekenhuis te hebben gewerkt, per 1 september begonnen als MDL-arts in het Erasmus MC, met HPB inclusief (interventie)endoscopie als aandachtsgebied. Vincent Rijckborst heeft ook per 1 september de stap gezet van periferie naar academie, en wel van het Ikazia Ziekenhuis naar het Erasmus MC. Ook zijn aandachtsgebied is advanced endoscopy.

Oosten

Kirsten van de Beek (opleiding MUMC+) is op 1 november gestart in het Radboud UMC, met als aandachtsgebied hepatologie. Nina Beekmans was *chef de clinique* in het Gelre Ziekenhuis, maar sinds afgelopen zomer is zij in vaste dienst als tiende MDL-arts in het Gelre Ziekenhuis (Apeldoorn en Zutphen), met HPB (inclusief EUS en ERCP) als aandachtsgebied.

Zuiden

Per 1 oktober is Mark van Avesaat in vaste dienst getreden van het MSB Zuyderland MC als dertiende MDL-arts, met NGM als aandachtsgebied. Irma Noordzij (opleidingsregio van MUMC+) is sinds medio november als MDL-arts gaan werken in Maxima Medisch Centrum Veldhoven, met IBD als aandachtsgebied.

Per 15 januari 2024 start Angela Bureo Gonzalez (opleiding Radboudumc) als dertiende algemeen MDL-arts in Bernhoven in Uden, met als aandachtsgebied NGM.

Aantallen

De aantallen per 1 december 2023: 671 MDL-artsen in Nederland (waarvan 6 niet leden van de NVMDL), 21 pensionado's (die nog werkzaam zijn), 206 anios MDL.

Vacatures

Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam: MDL-arts (0,7 fte),
Haga Ziekenhuis, Zoetermeer/Den Haag: twee MDL-artsen (*chef de clinique*, 0,8 fte) + anios MDL (1 fte)
Radboudumc, Nijmegen: anios MDL (1 fte)
Ommelander ziekenhuis, Scheemda: MDL-arts (0,6-1,0 fte)
Van Weel Bethesda Ziekenhuis (CuraMare), Dirksland/Brielle/
Hellevoetsluis: MDL-arts (0,6-0,8 fte)
MSNW/Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar: anios MDL (0,8-0,9 fte)
Bergman Clinics, Amsterdam: MDL-arts (0,2-0,6 fte)
Bergman Clinics, Bilthoven: MDL-arts (0,2-0,8 fte)
Wilhelmina ziekenhuis, Assen: twee MDL-artsen (2x 0,6-1,0 fte)
Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten: MDL-arts (1,0 fte)
Medisch Spectrum Twente/Streekziekenhuis Koningin Beatrix,
Enschede en Winterswijk: MDL-arts (1,0 fte)
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden: *fellow* MDL (1,0 fte)
Maatschap MDL Friesland/regio Heerenveen, Leeuwarden en Sneek:
MDL-arts (0,8 – 1,0 fte)
Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht: MDL-arts met
uitstroomprofiel hepatologie (32 uur) + anios MDL (1,0 fte)
Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam: anios MDL (1,0 fte)

Parels in de Periferie

In de periferie worden diverse mooie opleidingsstages voor aios aangeboden. We delen drie van deze 'parels': de Ischemiestage in het Franciscus Gasthuis & Vlietland, de HPB-stage in het St. Antonius Ziekenhuis en de Motiliteitsstage in het Alrijne Ziekenhuis.

Ischemie in Franciscus Gasthuis & Vlietland

In Franciscus Gasthuis & Vlietland werken dertien MDL-artsen met een gedifferentieerd profiel. Wij zijn onder andere gespecialiseerd in de zorg voor patiënten met chronische mesenteriaal ischemie. Deze zorg is ondergebracht in het Maagdarm Ischemie Centrum Rotterdam, dat wordt gedragen door het Erasmus MC en Franciscus Gasthuis & Vlietland. Als één van de twee nationale expertisecentra bestrijken we de zorg voor patiënten met chronische mesenteriaal ischemie voor de westelijke helft van Nederland. Het betreft een multidisciplinaire samenwerking tussen de afdelingen MDL, Radiologie, Chirurgie, Interne Geneeskunde en Klinische Fysica van beide ziekenhuizen, met een gezamenlijk zorgpad en multidisciplinair overleg. De diagnostiek en behandeling van patiënten met (een verdenking op) ischemie wordt ondersteund door een gespecialiseerde ischemieverpleegkundige.

Onder begeleiding van prof. dr. Marco Bruno en dr. Desirée Leemreis-van Noord bestaat er een goed lopende onderzoekslijn naar ischemie met meerdere promovendi. Luke Terlouw, aios MDL, zal begin 2024 promoveren op de CoBaGI, een gerandomiseerde multicenter studie waarbij een *bare metal stent* wordt vergeleken met een *gecoverde stent*. En binnenkort neemt Eva Bocharowicz het stokje over van Duygu Harmankaya die onderzoek heeft gedaan



naar een ademtest, een nieuwe veelbelovende functionele test voor chronische mesenteriaal ischemie. Eva zal de ademtest prospectief onderzoeken in het kader van de PROMISE-studie. Hiervoor hebben we een grote subsidie 'Right on Time' van de Maag Lever Darm Stichting (MLDS) gekregen.

Naast patiëntenzorg kunnen aios zich, in het kader van de opleiding MDL, in de ischemie bekwamen in Franciscus. De vakgroep MDL zal namelijk aansluiten bij de

MDL-opleidersgroep van het Erasmus MC. In die hoedanigheid kunnen aios een deel van de opleiding doen in Franciscus, een perifere MDL-stage met het accent op ischemie. Tijdens deze stage is, naast exposure aan patiënten met chronische mesenteriaal ischemie, ruimte om ervaring op te doen met MDL-patiënten op de polikliniek en om (verder) bekwaam te raken in de endoscopie onder de intensieve en enthousiaste begeleiding van ons opleidersteam. Er bestaat ook een vruchtbare samenwerking met de Technische Universiteit Delft, waarbij studenten Technische Geneeskunde in Franciscus Gasthuis & Vlietland onderzoek doen naar chronische mesenteriaal ischemie. Laatstejaars studenten verrichten hun masterstage in ons ziekenhuis, waarbij zij onder andere een *in vitro* model hebben ontwikkeld waarmee de toepassing van cardiale drukmetingen kan worden onderzocht in de mesenteriaal vaten.

De combinatie van topklinische zorg, onderwijs en wetenschap op het gebied van chronische mesenteriaal ischemie heeft geleid tot de erkenning als STZ Expertisecentrum en de erkenning als Expertisecentrum Zeldzame Aandoeningen (ECZA) door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. En daar zijn we trots op!

Namens de opleidingsgroep MDL, Franciscus Gasthuis & Vlietland,

Desirée Leemreis-van Noord, MDL-arts

HPB-stage in het St. Antonius Ziekenhuis

Hepato-pancreato-biliaire (HPB) pathologie is een belangrijk onderdeel van de MDL-zorg. De zorg voor HPB-patiënten kan complex en technisch uitdagend zijn en vraagt vaak om een multidisciplinaire aanpak. Het St. Antonius Ziekenhuis is een STZ-erkend topklinisch centrum en een van de grootste pancreascentra van Nederland, met een groot aanbod van benigne en maligne HPB-pathologie. Er is veel aandacht voor wetenschappelijk onderzoek en de Pancreatitis Werkgroep Nederland (PWN) is hier deels gehuisd.

De vakgroep MDL in het St. Antonius Ziekenhuis is van oudsher een groep met veel interesse en expertise in HPB-problematiek. Binnen de vakgroep hebben Peter van der Schaar, Robert Verdonk en Roeland Zoutendijk zich specifiek toegelegd op de HPB-zorg. Er worden jaarlijks circa 500 ERCP's en 500 diagnostische EUS verricht. Daarnaast wordt in toenemende mate therapeutische EUS verricht. Er is een nauwe samenwerking met onder andere chirurgie en (interventie)radiologie. De klinische HPB-zorg van chirurgie en MDL is geconcentreerd op een gezamenlijke verpleegunit. Door de korte lijnen is er laagdrempelig overleg tussen de verschillende specialismen over klinische en poliklinische casuïstiek. In midden Nederland vindt de zorg voor patiënten met maligne HPB-pathologie plaats in regionaal samenwerkingsverband (RAKU, Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht). Alle pancreaschirurgie voor de regio midden Nederland vindt plaats in het St. Antonius Ziekenhuis.

Vanwege het grote aanbod en interesse in HPB-pathologie in het St. Antonius Ziekenhuis ontstond in 2020 het idee om een etalagestage HPB op te zetten. Gedurende deze stage kan de aios zich gedurende zes maanden onderdompelen in het gehele spectrum pancreatobiliaire aandoeningen, zowel de (poli)klinische als de endoscopische zorg. Aios in het laatste jaar van de

opleiding komen in aanmerking voor de stage, voorwaarde is dat zij al basis ervaring hebben in ERCP. Het weekprogramma bestaat uit drie tot vier dagdelen ERCP, een dagdeel EUS, een dagdeel HPB polikliniek, een dagdeel RAKU (locatie UMC Utrecht) en een dagdeel grote visite van de HPB-afdeling. Er wordt actief deelgenomen aan het lokale MDO HPB dat twee keer per week plaatsvindt met de betrokken specialisten van MDL, chirurgie en interventieradiologie. Gedurende de stage kan worden meegekeken met de interventieradiologie, polikliniek oncologie en pancreatobiliaire operaties. De HPB-stagist geeft onderwijs en neemt deel aan een (wetenschappelijk) project.

Deze opzet, waarin de aios zich gedurende zes maanden volledig kan toelagen op HPB-zorg in al zijn facetten, maakt dat er veel ruimte is voor verdieping van kennis en (technische) expertise. Vanuit de zaalartsen en de vakgroep MDL wordt de HPB-stagist gezien als (een van de) aanspreekpunten voor (poli)klinische HPB-problematiek. Hierdoor kan kennis worden gemaakt met

de verantwoordelijkheden waarmee je als MDL-arts binnen dit uitstroomgebied te maken krijgt na afronding van de opleiding. Tijdens de stage worden ten minste 50 EUS en 100 ERCP's verricht. De meerderheid van de ERCP's hebben moeilijkheidsgraad Schultz 1/2, wat wenselijk is als beginnend ERCP-ist voor de ontwikkeling van technische vaardigheden. Daarnaast is er ook ruim aanbod aan complexe ERCP's (biliaire en pancreasinterventies). Inmiddels zijn we een paar jaar verder en is er veel animo en enthousiasme voor deze stage, zowel van aios als van de vakgroep MDL.

Meer informatie?

Neem contact op met Roeland Zoutendijk via: r.zoutendijk@antoniusziekenhuis.nl Of kijk op Opleidingsetalage.nl.

Selma Lekkerkerker, aios MDL Amsterdam UMC

Peter van der Schaar, Robert Verdonk en Roeland Zoutendijk, MDL-artsen, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein



Selma Lekkerkerker



Van links naar rechts: Peter van der Schaar, Robert Verdonk en Roeland Zoutendijk

Advertentie

Motiliteitsstage in het Alrijne Ziekenhuis

Al jaren worden in het Alrijne Ziekenhuis in Leiden (voorheen Diaconessenhuis Leiden) functie-onderzoeken gedaan voor de hele regio. Sinds 2017 is er voor aios MDL een ‘motiliteitsstage’ in het Alrijne Ziekenhuis.

Iedere zes maanden komt er een nieuwe aios uit (tot op heden) het LUMC stage bij ons lopen voor verdere verdieping in de neurogastro-enterologie en motiliteit. Praktisch gezien houdt dit in dat de aios twee tot drie dagdelen per week in ons ziekenhuis aanwezig is.

Iedere maandagmiddag worden de functie-onderzoeken die de week daarvoor zijn verricht beoordeeld door de MDL-arts samen met de aios. Dit betreft de pH-impedantimetingen, oesofagusmanometrieën en anale manometrieën, die door vier van onze endoscopie verpleegkundigen zelfstandig worden verricht. Het gaat hierbij om patiënten uit ons eigen ziekenhuis, die worden verwezen voor deze onderzoeken; ook patiënten uit de regio kunnen naar ons motiliteitslab worden verwezen.

Naast het beoordelen van de functie-onderzoeken is er op de maandagmiddag tijd om de poliklinische patiënten voor te bespreken die op de woensdagmiddagpoli van de aios worden gezien. Aan het eind van de poli op woensdag is er vervolgens ruimte voor het nabespreken van patiënten. Het gaat dan om nieuwe patiënten en controle-patiënten met (therapieresistente) reflux, bekkenbodempromblematiek, PDS, functionele dyspepsie en obstipatie.

Verder dient de aios aan twee MDO's deel te nemen: op de dinsdag is er één keer per twee weken tussen de middag een bekkenbodemp-MDO met de gynaecologen, urologen, chirurgen, bekkenbodempfysiotherapeuten en continentie verpleegkundigen. En op woensdag vindt één keer per twee weken het HD/reflux-MDO samen met de chirurg en de radioloog plaats, waarbij patiënten worden besproken die in aanmerking (willen) komen voor operatieve therapie bij refluxklachten met een funduplicatie. Ook de patiënten die een intrathoracale maag hebben worden hier besproken vooraf

aan een eventuele operatieve correctie. Bij dit overleg worden indicaties en contra-indicaties afgewogen en er wordt gezamenlijk besloten tot conservatief of chirurgisch beleid.

Naast deze vaste wekelijkse momenten kijkt de aios tijdens de stage ook mee bij het verrichten van de functie-onderzoeken door de endoscopie verpleegkundigen, loopt hij/zij een ochtend mee met het gezamenlijke spreekuur van de gynaecoloog en uroloog en is er de mogelijkheid om op de OK mee te kijken bij de anti-refluxoperaties.

Mocht je meer willen weten over deze stage of zelf interesse hebben om deze stage te volgen, neem dan gerust contact met ons op!

Hilde Slingerland, MDL-arts
Alrijne Ziekenhuis
hslingerland@alrijne.nl

Cees Clemens, MDL-arts Alrijne Ziekenhuis
chmclemens@alrijne.nl



Van links naar rechts: Hilde Slingerland¹, Cees Clemens¹, Margo Randsdorp², Nadine de Waard³ en Lilian Beek². ¹MDL-arts, ²endoscopie verpleegkundige, ³aios MDL

Het belang van wetenschap in een niet-academisch ziekenhuis

Wetenschap en medische zorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Maar wetenschap is niet enkel voorbehouden aan academische ziekenhuizen. Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) hebben bijvoorbeeld samen 125 eigen hoogleraren. De publicaties van STZ ziekenhuizen verschijnen veelal in tijdschriften met een impactwaarde die hoger is dan het wereldgemiddelde en 17% van hun publicaties behoort tot de bovenste 10% van de meest geciteerde artikelen wereldwijd.¹ Wetenschap kan dus ook bloeien in niet-academische, perifere ziekenhuizen.

Evidence-Based Medicine

Nog te vaak wordt gedacht dat gerandomiseerde dubbelblinde studies de basis zijn voor *evidence-based* werken. Dat is onjuist.² *Evidence-Based Medicine* (EBM) is een benadering van medische praktijk en besluitvorming die streeft naar het gebruik van het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs om de zorg voor individuele patiënten te optimaliseren. Het is gebaseerd op het integreren van klinische expertise, patiëntvoorkeuren en waarden en het best beschikbare wetenschappelijke bewijs om weloverwogen beslissingen te nemen in de gezondheidszorg. Dit

bewijs kan afkomstig zijn uit gecontroleerd klinisch onderzoek, maar ook uit observationeel onderzoek en *case reports*. EBM plaatst verschillende vormen van bewijs wel in een hiërarchische volgorde, waarbij gerandomiseerd onderzoeken met controlegroep (*randomized controlled trials*, RCT's) vaak als het hoogste niveau van bewijs worden beschouwd. RCT's leveren zonder twijfel belangrijke inzichten op, maar er is een groeiend besef dat wetenschappelijke vooruitgang niet enkel berust op dit type onderzoek. De in RCT's onderzochte patiëntpopulaties wijken vaak sterk af van de patiën-

Advertentie

tenpopulaties die in de dagelijkse praktijk worden behandeld. Het standaardiseren van behandeling en patiëntpopulatie maakt de externe validiteit van RCT's soms discutabel.³ Voor goede zorg is dus meer nodig.

De patiënten van niet-academische ziekenhuizen

De kracht van niet-academische ziekenhuizen ligt met name in de karakteristieken van de patiëntenpopulatie:

- **Diversiteit:** niet-academische ziekenhuizen bedienen vaak een brede en diverse populatie. Dit kan leiden tot interessante inzichten in gezondheidsverschillen tussen verschillende etnische groepen, sociaaleconomische achtergronden en levensstijlen. Onderzoek dat zich richt op deze diversiteit kan waardevolle informatie opleveren voor de ontwikkeling van gepersonaliseerde zorg.
- **Comorbiditeit:** patiënten in niet-academische ziekenhuizen hebben vaak meerdere gezondheidsproblemen tegelijkertijd. Dit biedt kansen voor onderzoek naar de interacties tussen verschillende aandoeningen en de effectiviteit van behandelingsstrategieën die rekening houden met deze complexiteit.
- **Chronische ziekten:** in niet-academische ziekenhuizen worden vaak patiënten met chronische ziekten behandeld, zoals diabetes, hypertensie en obesitas. Onderzoek naar langetermijnbeheer en preventie van deze aandoeningen is van groot belang gezien de prevalentie ervan.

Welk onderzoek met name in niet-academische ziekenhuizen

Voorbeelden van onderzoek dat zeer goed in niet-academische ziekenhuizen zelf geïnitieerd kan worden (zodat arts-assistenten hier eigen publicaties uit kunnen halen) zijn bijvoorbeeld:

- **Case reports** en **case series:** ook niet-academische ziekenhuizen zien vaak patiënten met zeldzame aandoeningen of ongebruikelijke presentaties van ziekten. Het delen van dergelijke casus kan helpen bij het begrijpen van nieuwe ziekten of behandelmethoden.

- **Systematische reviews:** we vragen vaak aan arts-assistenten om in kaart te brengen wat het bewijs is voor een bepaalde behandeling. Een *critical appraisal topic* kan een goede opstap zijn naar het doen van een systematische review. Goede systematische reviews zijn van onschatbare waarde voor de praktijk en worden veel geciteerd.
- **Descriptieve studies en observationele studies:** het verzamelen van gegevens over de patiëntenpopulatie in niet-academische ziekenhuizen kan leiden tot waardevolle inzichten. Het uitvoeren van observationeel onderzoek naar demografische en klinische kenmerken van deze populatie kan helpen bij het identificeren van gezondheidstrends en het verbeteren van de zorg.
- **Kwalitatief onderzoek:** juist omdat goede zorg en EBM alleen maar kan plaatsvinden wanneer de patiënt een belangrijke rol heeft, is het doen van kwalitatieve studies naar de mening van patiënten over wat relevant is voor hen cruciaal. Onderzoek naar patiëntgerichte uitkomsten kan zeer goed plaats vinden in de periferie. Focusgroepen of interviewstudies met patiënten of zorgverleners naar bijvoorbeeld barrières en facilitators voor het leveren van bepaalde zorgkosten, vergeleken met gerandomiseerde kwantitatief gerichte studies, weinig tijd. Kwalitatief onderzoek is echter niet altijd even eenvoudig van opzet en vereist een goede kennis van dit onderzoeksveld. Veel niet-academische ziekenhuizen hebben echter wel personeel in dienst dat hierbij kan helpen. En ook hier kan heel goed worden samengewerkt met academische instituten waar deze expertise zeker aanwezig is.

Het opzetten en uitvoeren van RCT's, zeker rondom geneesmiddelen, vereist veel expertise, tijd en menskracht. Deze expertise is veelal wel aanwezig in de academische instellingen, maar veel minder in de perifere ziekenhuizen. Daarnaast is het verkrijgen van financiering voor deze, veelal erg dure, studies in niet-academische ziekenhuizen lastig. Daarmee is niet gezegd



Rob van Marum

dat deze instellingen geen rol hebben. Hier past samenwerking. Deelname aan door de universitaire centra gecoördineerde multicenter studies is juist zeer wenselijk om de externe validiteit van RCT's te optimaliseren.

Conclusie

Niet-academische ziekenhuizen bieden een vruchtbare omgeving voor wetenschappelijk onderzoek, vooral op de lagere niveaus van de evidentiepiramide. De karakteristieken van de patiëntenpopulatie in deze ziekenhuizen, waaronder diversiteit, comorbiditeit en toegang tot zorg, maken het mogelijk om waardevolle bijdragen te leveren aan de medische kennis. Het is belangrijk dat er meer erkenning komt voor het belang van onderzoek in niet-academische ziekenhuizen en dat er middelen beschikbaar worden gesteld om dit soort onderzoek te ondersteunen. Een belangrijke voorwaarde voor succes is dat niet-academische ziekenhuizen hun eigen kracht zien en niet in de valkuil trappen om 'academisch ziekenhuisje te gaan spelen'. Samenwerking met academische centra is echter cruciaal. De citatiescore van onderzoek door STZ-ziekenhuizen in samenwerking met een UMC is hoog, terwijl onderzoek dat los van een UMC wordt verricht een veel lagere score heeft.⁴

Prof. dr. *Rob van Marum*, klinisch geriatr-klinisch farmacoloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis en bijzonder hoogleraar farmacotherapie bij ouderen, AmsterdamUMC

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2023 (p. 225 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



Wetenschappelijk onderzoek en perifeer werken

Wetenschappelijk onderzoek en perifeer werken gaan niet altijd samen. Maureen Guichelaar werkt sinds 2010 in Medisch Spectrum Twente in Enschede als MDL-arts met aandachtsgebied hepatologie en heeft meerdere onderzoekslijnen lopen met ondersteuning van subsidies. Wat zijn haar drijfveren? En hoe heeft ze dit vorm kunnen geven?

Het doen van wetenschappelijk onderzoek is bij mij onlosmakelijk verbonden met de klinische dilemma's die we tegenkomen in het dagelijks werk als arts. Daarnaast biedt het mij mogelijkheden om op een andere manier met de medische zorg bezig te zijn en te werken in teams van mensen met verschillende achtergronden, zoals statistiek, epidemiologie, kunstmatige intelligentie en e-health. Ook het begeleiden van jonge studenten en onderzoekers en de mogelijkheid om zelf te blijven leren door nieuwe inzichten en door het onderzoeken van nieuwe vraagstukken zijn hierbij belangrijk.

Aan de huidige onderzoeksprojecten zijn trajecten voorafgegaan van pilot studies

en ontmoetingen met verschillende wetenschappers om te onderzoeken of er een basis is om samen verder te werken. Het succes van onderzoeksprojecten hangt namelijk mede af van het succes van het onderzoeksteam en de onderlinge samenwerking. Mijn manier van werken en verrichten van wetenschappelijk onderzoek is gevormd tijdens mijn promotieonderzoek en research fellowship in Mayo Clinic in Rochester, Minnesota (Verenigde Staten) en vervolgens research collaborator op hun afdeling hepatologie. Daar kon ik lessen over statistiek en epidemiologie volgen van onderzoekers die deze, voor mij eerst saaie vakken, tot leven brachten. Tevens was voor mij het volgen van lessen op gebied van lean, project management, leadership en team work aan de Mayo Clinic Quality Academy erg leerzaam. Die lessen zijn van waarde gebleken bij het doen van onderzoeksprojecten. Ik ben mijn mentoren dan ook erg dankbaar dat ik deze basis heb mogen leggen.

Onderzoeksprojecten

De huidige onderzoeksprojecten bevinden zich op het raakvlak van technische innovatie en klinische zorg. Hierbij maken we onder andere gebruik van e-health ter

verbetering van de zorg. Zo richten we ons momenteel op MASLD (metabool geassocieerde leververvetting). De zorg voor de MASLD-patiënten staat onder druk, mede door het ontbreken van goede medicamenteuze opties en het regelmatig uitblijven van resultaten van leefstijlaanpassingen. MASLD-patiënten geven in studies echter aan dat gebrek aan informatievoorziening een van de belangrijkste factoren is voor het niet kunnen aanpassen van hun leefstijl. In samenwerking met Game Lab Oost hebben we met studenten gekeken naar de inzet van een 'serious game' voor MASLD-patiënten. Serious games hebben als doelstelling de gebruiker te onderwijzen, te trainen en/of zijn/haar gedrag te veranderen, en bieden een boeiende (game) omgeving die aangepast kan worden aan de persoonseigenschappen en interesse van de gebruiker. Met een subsidie van de MLDS hebben we de mogelijkheid gekregen om een serious game voor MASLD patiënten te ontwikkelen en te testen. Dit proces gaat volgens het Double Diamond-principe waarbij op verschillende momenten in het ontwikkelingsproces de input van de doelgroep wordt gevraagd, om zo tot een product te komen dat bij hun wensen en behoeften aansluit.

Voor het onderzoeksgedeelte werk ik samen met onderzoekers van de hogeschool Saxion en de Universiteit Twente. We hebben, dankzij een subsidie van de NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek), een promovendus aan kunnen stellen op dit project. Belangrijke input voor de game en interessante nieuwe inzichten zijn onder andere gekomen uit een grote survey die is verricht onder MASLD-patiënten. In 2024 zal de game worden getest op klinische relevantie. Het uiteindelijk doel van de serious game is inzet in de dagelijkse praktijk van de MASLD-patiënten ter bevordering van de informatievoorziening en *patient empowerment* om te komen tot een gezonde leefstijl.

Een ander onderzoekstraject loopt op gebied van MRI- en HCC-surveillance bij patiënten met levercirrose. Dit onderzoek heeft twee aspecten, zowel een klinische (inzet van MRI's bij vroege diagnose HCC), als technische ('Radiomics'; big data-analyse van de MRI-beelden). Het onderzoek is mede mogelijk door de innovatieve radiologie-afdeling

in het MST. Ons Radiomics-onderzoeksteam bestaat verder uit wetenschappers van de Universiteit Twente, met aandachtsgebied kunstmatige intelligentie en big data-analyse. Daarnaast werken we samen met Erasmus MC en University of Chicago. Dankzij een subsidie van de Pioneers in Healthcare hebben we een junior onderzoeker kunnen aanstellen die momenteel bezig is met de eerste analyses. We hopen met dit onderzoek meer inzicht te krijgen in het gebruik van de MRI en bepaalde MRI-parameters bij HCC-surveillance. Ook werken we aan een predictief HCC-model op basis van MRI- en klinische parameters, mede ter bevordering van HCC-surveillance op maat.

Momenteel bevinden zich enkele onderzoeksprojecten in een vroeger stadium, oftewel het exploreren van samenwerking en verrichten van pilot studies. Deze projecten vinden plaats in samenwerking met onder andere de Universiteit Twente en TNO en begeven zich ook op het grensvlak van technische innovatie en klinische zorg.

Verder werken we mee aan reeds bestaande projecten van andere onderzoekers.

De praktijk

Hoewel ons vakgebied zich uitstekend leent voor het doen van onderzoek, is het vaak niet mogelijk om wetenschappelijk onderzoek te combineren met klinisch werk in perifere ziekenhuizen. Vaak is dan de enige mogelijkheid om onderzoek te doen in eigen tijd of een eigen tijdsinvestering te doen om het mogelijk te maken. Dat geldt ook voor mijn situatie. Wel merk ik dat het belang van het doen van wetenschappelijk onderzoek ook door grote perifere ziekenhuizen steeds meer wordt gezien. Ik hoop dan ook dat het in de toekomst makkelijker wordt voor onderzoekers uit perifere ziekenhuizen om eigen onderzoekslijnen te starten en samenwerking met andere instituten aan te gaan.

Maureen Guichelaar,
MDL-arts Medisch Spectrum Twente



COLUMN
BEAU DE GRAAF

'He gave alternative facts'

Kellyanne Conway, U.S. Counselor van president Donald Trump (22 januari 2017)

Alternatieve oplossingen

In het heelal is een tekort aan massa en energie vastgesteld, verhoud als onzichtbare, donkere materie. Op zoek daarnaar heb ik even zitten puzzelen. Als arts weet je dat leven een kwestie van timing is, waar natuurkundigen denken dat Tijd er gewoon is.

Maar op het verkeerde moment op de spoorrails staan... Zoiets geldt ook voor hemellichamen. Zonder tijd is de oerknal nog aanstaande. Simpel dus, het tikken van Tijd is die onvindbare, donkere energie.

In de zorg hebben we ook te maken met tekorten, zoals aan geld en personeel. Dus even prakkiseren en huppakee, de ambitieuze bestuurder maakt een Fabeltjeskrant waarin wordt verhaald hoe minder behandelingen en minder geld meer mensen beter maakt.

Met uitsluitend digitale middelen en A.I., ai, ai...

Met gericht kiezen voor gepaste netwerkzorg zoals zinnige, oncologische behandelingen, waardoor betere prognoses de laatste decennia voor de gemiddelde MDL-kanker. Weliswaar in de realiteit onopge-

merkt, maar dat is slechts een tegenvaller veroorzaakt door veronachtzaming van preventiemaatregelen...

Met het in dienst nemen van alle medisch specialisten, want ambtenaren zijn zwijgzaam en voeren van alles monddood uit, prospectief bewezen door het toeslagenschandaal.

Een uitzondering geldt voor de vrijgevestigde huisarts. Daar stal je de zogeheten 'onzinnige zorg', waarbij de concentratie van perverse productieprikkelers snel tot entropische chaos leidt. De eerstelijns, patiënt-gecentreerde zorg als afvalputje. Overgelaten aan commerciële opkoopbedrijven, die naar eigen gelieven van alles digitaal 'afschalen', dus sluiten. "Och, schande", maar probleem opgelost...

Er blijft een evident verschil tussen alternatieve oplossingen voor natuurkundige of zorgtekorten. De één wordt door mensen met gezond verstand met homerisch gelach ontvangen, de ander wordt geestdriftig het Integraal Zorg Akkoord genoemd.

Advertentie

Promoveren in de periferie

Promoveren doe je niet alleen in een academisch centrum, maar ook in een perifere ziekenhuis. PhD-onderzoekers Elyke Visser en Stijn Lathouwers houden zich beiden bezig met onderzoek naar inflammatoire darmziekten (IBD). In de periferie.

Elyke richt zich voornamelijk op het optimaliseren van de zorg voor patiënten met IBD, terwijl Stijn onderzoekt of zorg en controles ook op afstand kunnen plaatsvinden. Het bijzondere van hun trajecten is dat zij dit primair vanuit een perifere ziekenhuis doen. Elyke vanuit het Franciscus Gasthuis & Vlietland, met als co-promotoren Desiree Leemreis en Rachel West, en Stijn vanuit het Franciscus Gasthuis & Vlietland en het Jeroen Bosch Ziekenhuis, met als co-promotoren Rachel West en Tessa Römken. Om echter een doctoraatstitel te kunnen behalen, moeten zij verbonden zijn aan een universiteit. Daarom zijn hun promotoren afkomstig uit academische ziekenhuizen, met Janneke van der Woude van het Erasmus MC en Joost Drenth van het Radboudumc als hun begeleiders.

Ervaringen

Elyke: “In januari 2023 ben ik begonnen met mijn promotietraject in een perifere ziekenhuis en tot nu toe bevalt me dat heel erg goed! Doordat ik ben aangesloten bij het Erasmus MC en bij het Franciscus Gasthuis & Vlietland heb ik twee plekken om te werken. Op maandagen zit ik met mijn collega’s van de MDL in het Erasmus MC en op de andere dagen zit ik in het Franciscus met onder andere mijn collega’s van Long, Kind, Cardio, de Apotheek en de IC. Dat laatste is denk ik het grootste verschil, en mijns inziens het grootste voordeel van promoveren in de periferie, de vele collega’s die je hebt. Door de kleinschaligheid van de periferie is iedereen laagdrempelig te benaderen, leer je de gehele MDL-afdeling én de andere afdelingen kennen, en voel



je je snel op je gemak en thuis. Daarnaast heb je een dubbele hoeveelheid aan activiteiten waaraan je kan deelnemen, zoals de Gastrolympics met het Erasmus MC, het kerstdiner van de PhD’ers in het Franciscus en de skireis van beide ziekenhuizen! Eén van de nadelen van het promoveren in de periferie is dat alle informatie vanuit de universiteit is gericht op promoveren in een academisch centrum. Een voorbeeld hiervan zijn cursussen die worden georganiseerd vanuit een perifere centrum, daarvoor krijg

je niet altijd studiepunten. Wanneer je eenzelfde soort cursus via de universiteit volgt, krijg je vervolgens wel studiepunten. Wel handig om je daar bewust van te zijn voordat je bepaalde cursussen gaat volgen.”

Stijn: “Mijn promotietraject kent een ander begin dan dat van Elyke. Ik rondde mijn bachelor af in juli 2022 en begon vervolgens in september aan de wetenschappelijke stage van de master geneeskunde, vanwege een jaar wachttijd. Deze ervaring beviel me buitengewoon goed, en ik was erg enthousiast over het doen van onderzoek. In maart 2023 kreeg ik de kans om te starten met mijn promotietraject in de periferie en ik besloot deze kans met beide handen aan te pakken. Mijn coschappen heb ik hierdoor tijdelijk uitgesteld. Mijn promotietraject voer ik uit in twee perifere ziekenhuizen, namelijk het Franciscus en het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Bovendien heb ik een promotor vanuit zowel het Erasmus MC als het Radboud UMC, wat betekent dat ik actief ben in alle vier de ziekenhuizen. Hoewel dit soms als een soort rondreizend circus aanvoelt, zorgt het wel voor een buitengewone variatie in mijn werk. De wekelijkse bijeenkomsten met mijn co-promotoren verlopen meestal online, maar het contact is altijd toegankelijk en laagdrempelig. Ik kan vrijuit vragen stellen en zaken bespreken. Een nadeel van deze aanpak is dat ik te maken heb met vier afzonderlijke onderzoeksgroepen, wat soms complex kan zijn. Desalniettemin biedt dit me de kans om met een breed scala aan mensen te werken en altijd ondersteuning te kunnen vragen wanneer dat nodig is.”

Advertentie

Elyke en Stijn: “Nu we beiden bijna het eerste jaar van ons traject afgerond hebben, durven we te zeggen dat het tot nu toe allemaal soepel verloopt en dat we onderdeel zijn van gape projecten.”

Waardering

Elyke: “Het eerste jaar is echt voorbijgevlogen. In dit jaar heb ik onder andere een aanvraag gedaan voor een subsidie van Stichting BeterKeten. Ik heb gemerkt hoe iedereen bereid is om te helpen om het project naar een hoger niveau te brengen. Elke donderdagochtend spreek ik een uur met mijn co-promotoren, waar mijn promotor regelmatig ook bij aansluit. Een afspraak met de epidemioloog van het Franciscus was snel gemaakt en zij bleef actief betrokken bij het project. Door de wetenschapsweek die het Franciscus Gasthuis & Vlietland organiseert is er waardering voor alle onderzoekers en de projecten die worden uitgevoerd, wat leidt tot nieuwe inzichten en motivatie.”

Stijn: “Mijn eerste jaar zit er bijna op, en momenteel werk ik aan twee onderzoeken waarvan het protocol bijna gereed is en heb ik twee subsidie-aanvragen afgerond. Als ik terugkijk op het afgelopen jaar, kan ik met tevredenheid zeggen dat het promotietraject in de periferie me zeer goed bevalt. Hier krijg ik de kans om nauw samen te werken met andere promovendi van diverse afdelingen, maar ook met promovendi binnen hetzelfde onderzoeksveld. Dit biedt me een brede kijk en toegang tot specifieke kennis. Bovendien wordt onderzoek in het Franciscus en het Jeroen Bosch Ziekenhuis, beide STZ-ziekenhuizen, sterk gestimuleerd, wat resulteert in uitstekende onderzoeksfaciliteiten. Al met al kan ik met tevredenheid terugkijken op een mooi onderzoeksjaar.”

Kenmerken van de periferie

Een van de voordelen van het promoveren in de periferie is het bestaan van het Wetenschapsbureau en de laagdrempeligheid waarmee zij te benaderen zijn. Zij assisteren bij het opzetten van studies volgens de juiste



Stijn Lathouwers

richtlijnen, adviseren op epidemiologisch gebied, maar zorgen er ook voor dat er ziekenhuis breed aandacht is voor onderzoekers. Dat wordt gedaan middels het organiseren van een wetenschapsweek, jaarlijkse subsidierondes en het wetenschappelijke tijdschrift van het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Daarnaast wordt elke maand een wetenschapslunch georganiseerd voor alle onderzoekers en begeleiders in het ziekenhuis, waardoor Elyke en Stijn de kans krijgen om kennis uit te wisselen en samen te werken.

In de periferie, zoals STZ-ziekenhuizen, speelt financiering een cruciale rol. Het verkrijgen van financiële middelen voor onderzoek kan uitdagender zijn dan in grotere, academische centra. Gezien de academie grootschaliger is, hebben zij meer zicht op de verschillende subsidies en aan welke eisen/verwachtingen een aanvraag moet

voldoen. Ook kom je soms in de periferie niet in aanmerking voor een subsidie, omdat de subsidie dan specifiek voor een universitair centrum is.

Een ander kenmerk is de samenwerking met collega's van verschillende afdelingen. Zo werken Elyke en Stijn niet alleen samen met het IBD-team in het Erasmus MC, maar met het hele MDL-team én PhD-studenten van verschillende specialismes in het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Deze interdisciplinaire benadering kan de diversiteit van expertise vergroten.

De periferie biedt vaak de mogelijkheid voor laagdrempelig contact met co-promotoren, wat leidt tot een efficiëntere samenwerking en communicatie. Elyke en Stijn: “Onze ervaring is dat door de kleinschaligheid van de periferie, collega's gemakkelijker te benaderen zijn en dingen vlotter geregeld zijn. Je kan gemakkelijk langslopen bij collega's op de poli of de scopie. Toch is het belangrijk om te beseffen dat de periferie over het algemeen minder middelen en resources tot haar beschikking heeft, wat een uitdaging kan zijn bij het uitvoeren van onderzoek. Het aanvragen en opzetten leidt echter niet tot belemmeringen, voor de periferie gelden geen andere regels dan in een academisch centrum.”

Conclusie

Promoveren vanuit de periferie biedt buitengewone kansen, maar heeft net als elk promotietraject zijn eigen uitdagingen. Het vereist het vermogen om te navigeren tussen verschillende onderzoeksculturen en om de voordelen van zowel de klinische praktijk als de academie te omarmen. “We hopen dat ons verhaal anderen motiveert om ook buiten de academie te kijken naar een promotietraject!”

Elyke Visser, arts-onderzoeker Franciscus Gasthuis & Vlietland en Erasmus MC
Stijn Lathouwers, onderzoeker Franciscus Gasthuis & Vlietland/Erasmus MC en Jeroen Bosch Ziekenhuis/Radboudumc

Advertentie

“Hoe houd je wetenschappelijk onderzoek interessant voor een breed publiek?”

'De Periferie', ik heb dat altijd een interessante en ietwat denigrerende beeldspraak gevonden voor een van de belangrijkste structuren van onze gezondheidszorg. Het overgrote deel van alle ziekenhuiszorg in Nederland wordt hier geleverd. Voor vele enthousiaste, ambitieuze collega's is dit een prachtige werkplek om naast basale en complexe patiëntenzorg ook bezig te kunnen zijn met opleiden en wetenschap.

In toenemende mate is er echter in de periferie, net als in veel andere onderdelen van de gezondheidszorg, een groot spanningsveld aan het ontstaan tussen de enorme werklust aan patiëntenzorg enerzijds, en tijd en middelen vinden voor onder andere wetenschap en verdieping anderzijds. Daarnaast is de financiering van de gezondheidszorg, zeker in periferie, niet ingericht om wetenschappelijk onderzoek onvoorwaardelijk te stimuleren. Desondanks is er bij veel MDL-artsen een grote drive om vanuit de niet-academische centra een belangrijke bijdrage te leveren aan opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Vanuit deze centra vinden veel patiënt-inclusies plaats in grote nationale en internationale multicenter studies. Daarnaast zien we een groei in zelf-geïnitieerd onderzoek. De samenwerking tussen academie en periferie wordt steeds krachtiger en steeds meer multidisciplinair.

Een van de vragen die ik mij zelf al langer stel is: hoe houd je wetenschappelijk onderzoek interessant voor een breed publiek? De NVGE probeert van oudsher als dé wetenschappelijke vereniging van MDL-Nederland hier een belangrijke bijdrage aan te leveren.

In het visie document 2019-2024 van de NVGE hebben we uitgesproken dat MDL-Nederland in 2024 nog meer internationale impact heeft door innovatie, in nauwe samenspraak met onze patiënten en door multidisciplinaire samenwerking. De NVGE wil daar het beoogde wetenschapsplatform

en orgaan voor blijven en dit verder versterken.

Als kersverse secretaris van de NVGE kan ik alvast voortborduren op een prachtige structuur en visie die er ligt. Een van de belangrijkste functies van de NVGE is het ondersteunen van jonge onderzoekers en het delen van kennis over MDL-onderzoek in Nederland. De Digestive Disease Days (DDD) in maart en september van het jaar zijn de uitgelezen momenten om deze kennisoverdracht te realiseren. Elke editie weer wordt keihard gewerkt om de DDD aantrekkelijk en boeiend te houden voor een breed publiek.

Het is een ambitie voor de komende jaren om de DDD hét platform voor jonge onderzoekers te laten zijn. We stimuleren dat alle onderzoek van eigen bodem eerst op de DDD gepresenteerd wordt, alvorens het als abstract naar een buitenlands congres gaat. Het is nu waarschijnlijk zo dat een belangrijk deel van het MDL-onderzoek in Nederland aan de DDD voorbijgaat. Het zou een extra stimulans voor onze jonge onderzoekers zijn als zij bij hun presentaties worden gesteund door een groter en divers geïnteresseerd publiek, en niet alleen door een kleine kring van collega-onderzoekers.

Een van de mogelijkheden die verkend gaan worden op de DDD is meer integratie van 'pure' wetenschapssessies en het delen van kennis via state of the art symposia. Een ander leuk experiment in de programmering zou plannen rondom een bepaald topic



kunnen zijn, waar review van bestaande wetenschappelijke data wordt gekoppeld aan nieuw onderzoek. Daarnaast zullen we sessies steeds meer vanuit een multidisciplinaire benadering plannen. Van oudsher vaak met de chirurgen, maar ook samenwerking met andere partners wordt gezocht zoals bijvoorbeeld radiologie, pathologie, kindergeneeskunde en diëtetiek. Maatschappelijke thema's krijgen ook een podium, maar het wetenschappelijke karakter van de organisatie zal voorop blijven staan.

Kortom, het voelt als een eer om als perifere MDL-arts en nieuw lid van het NVGE-bestuur de organisatie mede vorm te geven en te kunnen bijdragen aan een hopelijk nog lange florerende toekomst.

Alexander Bodelier, MDL-arts Amphia Ziekenhuis en bestuurslid NVGE

MDL-ARTSEN IN DE PERIFERIE MET EEN LEERSTOEL

“Onderzoek vanuit de periferie of de academie: ik denk dat het elkaar kan versterken”

In de periferie hebben vier MDL-artsen een leerstoel. Magma sprak met drie van hen over onder meer de voor- en nadelen van wetenschappelijk onderzoek vanuit de periferie, prestatiedruk, financiering en de gunfactor binnen de maatschap. “In de periferie heb je meer vrijheid om te switchen van onderzoekslijn en je eigen aandachtsgebied te kiezen.”

Een leerstoel aanvaarden als MDL-arts in de periferie betekent nogal wat.

“Als je de taak aanneemt om hoogleraar te worden, heb je een commitment om te presenteren. Je moet wel laten zien wat je waard bent natuurlijk, want ze hebben in jou geïnvesteerd. Maar dat weet je als je eraan begint. Ik wist dat ik mijn weekenden en avonden voor een belangrijk deel moest opofferen. Het is hard werken, maar ik heb er veel plezier aan beleefd”, zegt Ben Witteman, MDL-arts in Ziekenhuis Gelderse Vallei en (emeritus) buitengewoon hoogleraar ‘Voeding en Darmgezondheid in Transmurale Zorg’ aan de Wageningen University & Research (WUR). “Je moet het wetenschappelijk onderzoek inderdaad echt leuk vinden”, zegt Bas Weusten, MDL-arts in het St. Antonius Ziekenhuis en aanvankelijk bijzonder hoogleraar ‘Innovatieve Gastro-intestinale Endoscopie’ aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (UvA-AMC) en (later) hoogleraar ‘Gastro-intestinale Endoscopie’ aan de Universiteit Utrecht (UU-UMCU). “In de periferie is het heel makkelijk om verdwaald te raken in de patiëntenzorg, want er is altijd wat te doen. Ga je een leerstoel aan, dan moet je je leven er structureel op inrichten, anders gaat het niet lukken. Het werkt ook alleen maar als je er echt plezier aan beleeft. Ik zou het voor geen goud willen

missen en ben er ontzettend blij en tevreden mee.” Erik Schoon, MDL-arts in het Catharina Ziekenhuis en hoogleraar ‘Nieuwe Technologie ten behoeve van Diagnostiek en Behandeling in de Endoscopische Oncologie’ aan de Universiteit Maastricht-Maastricht UMC+ herkent de verhalen van zijn collega’s. “Je zet veelal een onderzoekslijn op om diepgang te vinden en kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen op basis van klinische vragen die je tegenkomt. Dat doe je uit gedrevenheid, maar ook omdat je het leuk vindt, want in een perifeer ziekenhuis word je geacht om patiënten te zien, in mijn geval is dat vijftig procent endoscopie en vijftig procent polikliniek. Voor mijn leerstoel heb ik een aanstelling van 0,1 fte aan de Universiteit Maastricht; de andere halve dag lever ik zelf aan. Als ik bijvoorbeeld naar een oppositie ga, dan moet ik daar een vrije dag voor inleveren. Het is best wel wat wringen af en toe. In de academie wordt zoiets gezien als werk; in de periferie niet, want je bent er niet. Tegelijkertijd is het natuurlijk een hele eer. Het aanbod van een leerstoel betekent dat je klinische werk wordt gewaardeerd.” De anderen beamen dat hartgrondig.

Aanbod leerstoel

Geen van drieën hebben primair een leerstoel geambieerd. “Als ik een hoogleraar-

schap had geambieerd, was ik wel in de academie gebleven. Maar het komt op je pad”, zegt Bas Weusten. De andere drie knikken instemmend. Erik Schoon: “Op een gegeven moment ben je zo succesvol of heb je takken van sport gevonden die interessant zijn voor een universiteit – in mijn geval het onderzoek naar de mogelijkheden van vooral AI (Artificial Intelligence) bij het ontdekken van kanker tijdens endoscopie – dat je een leerstoel krijgt aangeboden. Je moet wel iets meebrengen wat voor de universiteit een toevoeging is en dat is vanuit de periferie vaak lastiger. Er zijn natuurlijk veel mensen die al jaren in een academisch ziekenhuis werken en ook die ambitie hebben, en die willen ze beslist niet voor het hoofd stoten, denk ik. Dus de lat ligt hoog. Vervolgens zijn er nog veel administratieve stappen te gaan, waarbij je op allerlei criteria langs een meetlat wordt gelegd, zoals onder meer het aantal publicaties, de H-index, (Hirsch-index, een vakafhankelijke index die de ‘carrière-impact’ van de publicaties van een wetenschappelijk onderzoeker meet, red.), en de mogelijkheid om fondsen te genereren.” Ben Witteman: “Wat Erik zegt, is helemaal waar. Je moet als universiteit natuurlijk oppassen dat je geen mensen van buiten aantrekt die op een lager niveau presteren dan de mensen die – in mijn geval – in de WUR werken, want dan krijg je jaloezie en ellende. Dat moet je niet hebben. Je moet als hoogleraar vanuit de periferie wel kunnen laten zien dat je wat in je mars hebt, dat je op een bepaald niveau presteert. Je bent hoogleraar of je bent het niet. Je kunt als universiteit natuurlijk geen onderscheid

maken.” Bij hem verliep het traject naar een hoogleraarschap anders dan bij zijn collega uit het zuiden. “Ik was altijd geïnteresseerd in voeding, en deed er steeds meer onderzoek naar. De Wageningen Universiteit ligt, vanuit Ziekenhuis Gelderse Vallei bezien, in onze achtertuin, dus op een gegeven moment zijn we met elkaar in gesprek geraakt en hebben we in 2007 een samenwerking opgezet: de Alliantie Voeding in de Zorg. Die samenwerking was zeer succesvol, maar om de volgende stappen te kunnen zetten, moest er een hoogleraar bij komen, vonden we. Alle ogen werden toen ineens op mij gericht. Ik heb nooit die ambitie gehad en ik dacht ‘dat kan ik ook helemaal niet; daar heb ik niet genoeg papieren voor’. Maar ik bleek prima aan de H-index te voldoen om hoogleraar te worden – destijds had je een H-index van 16 nodig en ik zat op 20. Ik heb er toen wel even goed over nagedacht, want ik was al meer dan honderd procent bezig met mijn klinische werk. Maar ik was ook ambitieus én ik kon geen nee zeggen én ik was natuurlijk vereerd. Ik heb toegezegd en er nooit spijt van gehad, integendeel.” Bas Weusten is het met zijn collega’s eens. “De procedure naar het hoogleraarschap verliep bij mij precies hetzelfde als voor collega’s die rechtstreeks vanuit het UMCU hier komen. Een goede studie is een goede studie. Verder is het een win-winsituatie. Een universiteit of academisch ziekenhuis is natuurlijk ook niet gek. Ze bieden je een leerstoel aan als ze er zelf ook baat bij hebben.”

Win-winsituatie

Ook het ziekenhuis heeft baat bij een hoogleraar in huis, meent Bas Weusten. “Mijn onderzoek liep al sterk vanuit het St. Antonius Ziekenhuis, en werd daar dus ook belangrijk gevonden. Er zit bovendien veel meer aan vast dan het onderzoek en de wetenschappelijke publicaties: het is ook een verankering van de regionale samenwerking.” Erik Schoon herkent dat: “Wij hebben een regionaal verband met de oncologie: OncoZON, en zijn toevallig degenen die veel aan de behandeling van vroeg-carcinomen doen. Het is onze functie in de regio, ▷



Ben Witteman:
“In de periferie heb je een andere en meer ‘gewone’ patiëntenpopulatie en dat kan voordelen hebben.”

Advertentie



Bas Weusten:
“In de periferie is het heel makkelijk om verdwaald te raken in de patiëntenzorg, want er is altijd wat te doen.”

want juist vroege slokdarm- en maagkanker worden niet behandeld in het academisch ziekenhuis in Maastricht, omdat ze in het verleden andere keuzes hebben gemaakt. In dat opzicht zijn wij dus complementair.” Ben Witteman: “Ons ziekenhuis heeft als speerpunt ‘Voedingsziekenhuis Nederland’, dus de voeding staat hoog in het vaandel. Als je dan een hoogleraar Voeding hebt, scoor je daarmee. Bovendien: wetenschappelijk willen ze de kwaliteit van het ziekenhuis verbeteren, en omdat ze een voedingsziekenhuis zijn, willen ze dat wetenschappelijk onderbouwen. Het ziekenhuis heeft nu drie hoogleraren op het gebied van voeding en

leefstijl. Daarmee kun je dat ook waarmaken, denk ik.” De WUR heeft eveneens baat bij zijn hoogleraarschap, vertelt hij. “De WUR is een universiteit die geen klinische zorg doet. De afspraak is altijd geweest dat de universiteiten die geen klinische zorg doen, ook geen klinische voeding doen. Zij focusten zich meer op de optimale algemene voeding. Hoe lang kun je mensen gezond houden met goede voeding? Dus de universiteit vond het interessant om mij als clinicus binnen te halen om ook onderzoek te doen naar mensen met een chronische onderliggende (darm-)ziekte.. Het was dus een win-win: ik kon hen adviseren op het gebied van

klinische voeding, omdat ik daar veel van afweet, en zij konden mij weer bijscholen in andere vormen van voeding. Dus ja, iedereen heeft er voordeel aan.”

Gunfactor maatschap

De beslissing om een leerstoel te aanvaarden, heeft niet alleen consequenties voor de MDL-artsen zelf – denk aan prestatiedruk en tijdsinvestering – maar ook voor de maatschap. Ben Witteman: “Ik heb meteen gezegd: als ik het ga doen, wil ik wel één dag per week tijd hebben om meer onderzoek te doen – en zelfs dat is nog vrij weinig; eigenlijk heb je als bijzonder





Erik Schoon:
"Ik denk dat er tegenwoordig meer waardering is voor het onderzoekswerk dat in de periferie wordt gedaan."

hoogleraar uit de periferie minimaal twee dagen nodig om een onderzoek echt goed op te zetten. Mijn maatschap zei meteen: "Ben, wij regelen dat voor jou. Jij gaat gewoon bij de WUR werken en wij zorgen wel dat het werk van jou wordt gedaan. Ik heb wat dat betreft echt een fantastisch maatschap." Ook Bas Weusten kreeg alle ondersteuning van zijn maatschap. "Zowel mijn maatschap als het St. Antonius Ziekenhuis zijn best wel ambitieus. Het ziekenhuis heeft topklinische zorg hoog in het vaandel staan, omdat we denken dat dat voor dit ziekenhuis een van de bestaansrechten is in een best wel dichtbevolkt gebied. Vooral het ziekenhuis zocht naar mensen om aanstellingen als hoogleraar verankerd te krijgen in een academisch ziekenhuis. En dan zijn er niet zo heel veel artsen die hun sporen verdiend hebben in een perifere ziekenhuis met echte onderzoekslijnen en - net zoals Ben zegt - een H-index om daaraan te voldoen. Ik had destijds al onderzoeksrelaties met het AMC, dus lag het voor de hand om daar een aanstelling als hoogleraar te krijgen. Ik ben toen jarenlang één dag in de week op kosten van mijn maatschap vrijgespeeld. Dat vond ik fantastisch. Ik denk ook dat dat ontzettend bijzonder is, want ik ken verschillende collega's in de periferie met fantastische cv's en onderzoekslijnen die dat helemaal niet voor elkaar krijgen in hun vakgroep, omdat het gewoon geld kost. Maar zowel door het ziekenhuis als mijn maatschap wordt de leerstoel gewaardeerd en gefaciliteerd. Mijn maatschap heeft de filosofie dat het ook belangrijk is voor onze groep. Het schept een klimaat van onderzoek-minded zijn, het geeft uitstraling en zichtbaarheid binnen je vakgebied. Bovendien: het feit dat je onderzoek doet, kan de kwaliteit van de zorg in de periferie in het algemeen omhoog stuwen." De financiering blijft altijd lastig in de periferie, vindt Erik Schoon. "De gunfactor van je maatschap is belangrijk en inderdaad nodig, maar tegelijkertijd geldt 'als het maar niet te veel geld kost'. Omdat ons ziekenhuis groot voorstander is dat artsen op deze manier hun hoofd boven het maaiveld uitsteken, is er, naast de 0,1 fte-aanstelling van de universiteit, ook een

vergoeding vanuit het ziekenhuis aan het MSB. Verder lever ik zelf een halve dag aan. Maar zoals Ben ook al zei: één dag per week is krap voor het opzetten van onderzoek.” Bas Weusten: “Sinds het onderzoek vanuit UvA-AMC is verplaatst naar het UMCU – omdat de regionale samenwerking veel sterker werd en ik voor het UMCU echt wat te bieden had, zowel wat specifieke patiëntenzorg als wat onderzoek betreft – leaset het UMCU mij van onze maatschap voor twee dagen per week. Mijn twee UMCU-dagen worden dus volledig betaald door het UMCU, en daar ben ik erg blij mee.”

Switch onderzoek

Een groot voordeel van een leerstoel vanuit de periferie is dat je van onderzoekslijn kunt switchen en je eigen aandachtsgebied kunt kiezen, meent Erik Schoon. Bij geen van de drie gesprekspartners ligt de leerstelling in het verlengde van hun promotieonderzoek. Erik Schoon: “Ik ben gepromoveerd op IBD (2001). Vijf jaar later kwamen er ineens mogelijkheden voor endoscopische chirurgie, die niet alleen geweldig interessant waren, maar ook zeer belangrijk voor de patiënt. Met deze nieuwe ontwikkeling konden we in één keer orgaan-sparende resecties doen. Ik heb mij daar toen verder in bekwaamd in het AMC bij Jacques Bergman, samen met Bas Weusten. Toen er vervolgens endo-echografie gedaan moest worden, heb ik dat opgepakt en ben ik op die manier de oncologie ingerold. Die switch is in een perifeer ziekenhuis makkelijker, denk ik.” De andere twee gesprekspartners zijn eveneens van onderzoekslijn geswitcht na hun promotieonderzoek. Ben Witteman: “Ik ben gepromoveerd op de fysiologie van Nervus Vagus (1998): *Vagal Nerve Integrity* en hoe je dat kunt aantonen. Ik ben weliswaar met fysiologisch onderzoek doorgegaan, maar nu met name gericht op leefstijl. Hoe kun je de fysiologie in het lichaam optimaliseren met voeding, zodat je een gezond lichaam krijgt? Iets wat natuurlijk belangrijk is bij mensen die chronisch ziek zijn; denk aan de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en vele andere. Juist die doelgroep heb ik op een gegeven moment

opgepakt: wat kun je doen met voeding en leefstijl om die darmintegriteit en ook de hersen-darm-as te verbeteren, zodat deze mensen een betere kwaliteit van leven hebben en sneller herstellen.” Bas Weusten is weliswaar bij hetzelfde orgaan – de slokdarm – gebleven, maar het onderzoeksgebied waarop hij promoveerde was compleet anders, vertelt hij. “Ik promoveerde op nieuwe ontwikkelingen in de beoordeling van gastro-oesofageale reflux en slokdarm-perceptie (1995), wat meer thuishoort bij de neurogastro-enterologie en de gastro-intestinale motiliteit. Wat ik nu doe is interventie-endoscopie. Die switch werd veroorzaakt door toeval: ik werd op een gegeven moment benaderd door een firma van maagzuurremmers die mijn onderzoek wilde financieren, terwijl ik zelf mocht bepalen waarover het ging. Ik ontwikkelde mijzelf op dat moment als interventie-endoscopist en heb mij toen aangesloten bij de onderzoeksgroep van Jacques Bergman in het AMC – die ik daarvoor nog steeds zeer dankbaar ben.”

Erik Schoon merkt wel op dat de vrijheid die hij destijds voelde binnen de periferie aan het veranderen is. “Die vrijheid was destijds voor mij de belangrijkste reden om in de periferie te werken, maar ook in een perifeer ziekenhuis zie je steeds meer bureaucratie. Ons ziekenhuis begint in dat opzicht steeds meer op een academisch ziekenhuis te lijken. Het *freewheelen* is er wel een beetje af. Dat komt omdat er duidelijke portfolio-keuzes worden gemaakt op welke profielen en vakken het ziekenhuis wil excelleren, wat in een academisch ziekenhuis ook wordt gedaan. De aard van het ziekenhuis verandert daardoor, het evolueert.”

Erkenning

Wordt het onderzoek in de periferie onderschat? Ben Witteman heeft daar niets van gemerkt. “Als je goed wetenschappelijk onderzoek doet op hetzelfde niveau en een goed artikel schrijft, dan wordt er niet gekeken waar je vandaan komt. Tenminste, ik herken dat niet zo.” Hij vervolgt: “In de periferie heb je een andere en meer ‘gewone’ patiëntenpopulatie en dat kan

voordelen hebben. Zeker voor ‘mijn’ onderzoek over voeding. Wij hebben in Ede een grote patiëntenpopulatie. Als we bijvoorbeeld praten over galsteenpatiënten, hebben wij de ‘gewone’ galsteenpatiënten. Als Bas in het Antonius of Erik in Catharina kijken naar hun galsteenpatiënten, zijn die al veel ingewikkelder, omdat het bij beide om een STZ (Stichting Topklinische Ziekenhuizen) gaat. Het is soms ook goed om onderzoek te doen bij de ‘gewone’ patiënten, in mijn geval dus bij patiënten met IBD of IBS.” Bas Weusten beaamt dat: “Er zijn in een perifeer ziekenhuis fantastische onderzoeken gedaan die je alleen maar in een perifeer onderzoek kunt doen, denk bijvoorbeeld aan de associatie tussen trombosebenen en maligniteit van destijds. In een perifeer ziekenhuis heb je bovendien vaker grote aantallen en kortere lijntjes, waardoor je sneller zaken voor elkaar kunt krijgen, zoals innovaties doorvoeren en werkprocessen aanpassen.” Erik Schoon: “In de periferie zie je inderdaad veel patiënten. Dagelijks loop je tegen allerlei klinische vraagstellingen op. Die kunnen dan minder basaal wetenschappelijk of revolutionair zijn, maar uiteindelijk toch leuk of interessant om te onderzoeken, omdat ze óf direct belang hebben voor de patiënt óf voor de kwaliteit van je praktijkvoering. In ons ziekenhuis is bijvoorbeeld nu een ondersteunende groep AI ingericht en is de infrastructuur die wij op onze afdeling hebben op het gebied van AI in de endoscopie uitgebreid naar andere afdelingen, zoals radiologie en chirurgie.” Hij vervolgt: “Ik denk dat er tegenwoordig meer waardering is voor het onderzoekswerk dat in de periferie wordt gedaan.” Ben Witteman reageert: “Een mooi voorbeeld is de Pancreatitis Werkgroep Nederland. Ik heb dat altijd een hele prettige samenwerking gevonden.” Bas Weusten: “Ik denk dat onderzoek vanuit de periferie en vanuit academisch elkaar kan versterken. Je moet niet als perifeer ziekenhuis proberen een of ander ingewikkeld moleculair onderzoek op te starten, want daar ben je niet voor. En dat gaat je ook niet lukken. Je moet de rol van de academie erkennen, en omarmen waarin zij sterker zijn, en vice versa.”

Advertentie

DE OVERSTAP: VAN PERIFERIE NAAR ACADEMISCH

“Voor medisch specialisten is het heel nuttig om vaker van ziekenhuis te veranderen”

Sommige specialisten zweren bij werken in de periferie, anderen dromen van werken in een academisch ziekenhuis of zien de overstap van periferie naar academisch als een mooie lijn in hun ontwikkeling. Magma sprak met drie MDL-artsen die recent de overstap maakten van periferie naar academisch. Wat waren hun drijfveren, wat zijn de verschillen tussen periferie en academisch, en wat levert de overstap hen op?

Alle drie zijn ze er bij toeval ingerold. Daphne Hotho werkte in het regionale Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk en Lelystad toen ze werd gepolst door het UMC Groningen (UMCG); Jurriën Reijnders en Vincent Rijckborst werkten in respectievelijk het topklinische Haga Ziekenhuis in Den Haag en het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam toen ze beiden werden gepolst voor een plek in het Erasmus MC.

Keuze periferie

“Terug naar academisch was nooit mijn hogere einddoel”, vertelt Daphne. “Na mijn opleiding was ik er nog niet helemaal uit wat het ging worden. Ik wilde vooral mijzelf ontwikkelen, veel leren en ervaring opdoen. Dat kan zowel in de periferie als in een academisch ziekenhuis.” Na haar opleiding en promotieonderzoek in het Erasmus MC werkte ze ruim een jaar als *chef de clinique* in het STZ-ziekenhuis Franciscus Gasthuis

& Vlietland in Rotterdam en Schiedam en vervolgens vijf jaar als MDL-arts in Ziekenhuis St Jansdal. “Ik had het daar reuze naar mijn zin. Fijne groep, fijne plek, veel leren. Ik vond het heerlijk.” Wel zocht ze gaandeweg steeds weer naar nieuwe uitdagingen. Ze volgde onder meer een leergang Zorgmanagement aan de Nyenrode Business Universiteit, werd vakgroepvoorzitter, volgde een post-hbo-opleiding Coaching en nam plaats in de raad Kwaliteit van de NVMDL. Toen ze werd gepolst door het UMCG, zei ze aanvankelijk nee. “Ik voelde mij te schuldig naar de vakgroep die ik zou achterlaten.” Het jaar daarop polst het academisch ziekenhuis haar opnieuw, omdat er weer een plek vrijkwam. “Ik schrok hoe blij ik ervan werd. Toen dacht ik: het is nu of nooit.”

Vincent Rijckborst had het eveneens erg naar zijn zin in de periferie, het Ikazia Ziekenhuis, op het moment dat hij de kans kreeg over te stappen naar het academisch ziekenhuis in Rotterdam. “Maar het had net zo goed kunnen zijn dat ik er tot aan mijn pensioen had gewerkt.” Na de afronding van zijn opleiding in 2017, die hij deels in het Erasmus MC en deels in het Ikazia Ziekenhuis had gedaan, trok het Ikazia. “Het is een middelgroot ziekenhuis met heel veel MDL-pathologie en talrijke mogelijkheden qua behandeling en diagnostiek. Het had ook een klein, hecht team MDL-artsen, dat ik al goed kende. Dat waren destijds de overwegingen om daar te blijven.” Waarom dan toch nu de overstap? “Wat mij vooral

trekt in de academie zijn de opleiding van assistenten en de mogelijkheid tot specialiseren. In het Ikazia hadden we altijd wel opleidingsassistenten, maar het aantal nam de afgelopen jaren af. Ik merkte dat ik dat miste op de werkvloer. Ook heb ik veel zin om weer de diepte in te gaan, in mijn geval op het vlak van endoscopische interventies in de darm.”

Academische kriebel

Bij Jurriën Reijnders is de academische kriebel nooit weggeweest. “Ik had altijd wel in mijn achterhoofd dat ik die stap naar academisch ooit een keer zou maken. Ik had alleen niet precies uitgestippeld wanneer.” Hij overwoog na zijn opleiding in het Erasmus MC serieus om daar te blijven. Maar niet kunnen scopiëren was, en is, voor Jurriën een no-go. “Mijn toenmalige aandachtsgebied was hepatologie en dan moet je in het Erasmus stoppen met scopiëren; alleen MD-artsen scopiëren daar. En juist dát vond ik een heel leuk onderdeel van MDL-arts zijn. Ik vond mijzelf destijds ook nog veel te jong om te stoppen met scopiëren. Toen ik vervolgens in het Haga Ziekenhuis een dag meeliep, waren ze super enthousiast. Al mijn wensen werden gefaciliteerd en er zat een fijn team. Toen ook een andere aios waarmee ik veel samenwerkte naar het Haga ging, is het snel gegaan. Het is altijd prettig als je met z’n tweeën kunt starten.” Hij werkte er vervolgens acht jaar en heeft daar geen seconde spijt van gehad. “In een perifere ziekenhuis word je toch



een beetje volwassen als MDL-arts. Je ziet de volle breedte van het spectrum en maakt veel meters, want je dagen zijn tot het nokje gevuld met patiëntenzorg. Ik denk dat dat als startend MDL-arts zeker een groot voordeel is. Als je in een academisch centrum blijft, kom je toch al vrij snel in een subspecialisme terecht.”

Toen hij dit jaar werd gepolst of hij interesse had om naar het Erasmus MC te komen, werd de academische kriebel sterker. “Mijn grootste twijfel was de leuke vakgroep die ik achterliet, waarmee ik nog zeker twintig jaar vooruit kon. Maar op een gegeven moment bereik je een bepaald plateau, dan merk je dat je ontwikkelingsmogelijkheden beperkter worden. Net als Daphne ging ik die uitdaging zoeken in het management binnen het ziekenhuis of in de raad Kwiteit of de richtlijnwerkgroepen binnen de beroepsvereniging. Bij een terugkeer naar academisch weet je dat je je weer kunt ontwikkelen binnen een bepaald subspecialisme, dat je andere patiëntengroepen ziet en nieuwe technieken leert. Ik kom bovendien met een ander profiel nu in het Erasmus, waardoor ik ‘mag’ blijven scopiëren; het is zelfs een van mijn hoofdtaken.”

Afscheid nemen

Afscheid nemen van een ziekenhuis in de periferie – die doorgaans bekendstaan om hun harmonieuze MDL-vakgroepen – viel hen alle drie zwaar. Daphne: “Ik vond het afschuwelijk om het aan mijn vakgroep te vertellen. We waren net bezig met uitbreidingsplannen: waar gaan we naartoe met de groep, hoe gaan we uitbreiden? Ik was in loondienst, dus ik wilde het eerst aan mijn baas vertellen, maar die was op dat moment ziek. Ik zat als clustermanager de gesprekken voor en voelde mij echt een verrader. Ik zat er met beton in mijn maag. Toen ik het eenmaal vertelde, dacht mijn baas dat ik een grapje maakte. Ook voor de rest van het team was het een grote verrassing. Ik mis de mensen met wie ik werkte nog steeds.” Ook Vincent heeft zijn besluit tot de overstap “met lood in zijn schoenen” verteld. “Maar aan de andere kant: niemand is onmisbaar.

*Daphne Hotho:
“Ik schrok hoe blij ik
ervan werd toen ik
werd gepolst.”*



Het is een beslissing die ik in volle overtuiging heb genomen, maar je weet ook dat je iets moois achterlaat.” Jurriën houdt nog een lijntje met zijn vorige vakgroep. “Ik heb met hen afgesproken dat als zij een skiweekend hebben ik die dagen waarneem. Ik kan op die manier toch nog een beetje tegen de groep aan blijven schuren en betrokken blijven. Dat vind ik heel prettig.”

Academie versus periferie

Behalve de opleiding, het verder speci-

aliseren, andere patiëntengroepen zien en nieuwe technieken leren, zijn er meer voordelen aan de overstap. Jurriën: “In een perifere ziekenhuis is het belangrijk dat een vakgroep zijn productieafspraken nakomt. Het ziekenhuis maakt daarvoor afspraken met de zorgverzekeraar. Dit betekent dat de inrichting van je week flink gefocust is op het halen van deze productie. Mijn programma’s waren daardoor overvol, waardoor er weinig tijd was voor andere activiteiten. Goede patiëntenbesprekingen, nadenken



*Jurrien Reijnders:
"In een perifere
ziekenhuis word je
toch een beetje vol-
wassen als MDL-arts."*

over complexere diagnostiek, verdieping (bijvoorbeeld in de vorm van wetenschappelijk onderzoek), administratie: het kwam er altijd bij in de avonduren of weekenden. Ik denk dat het in een perifere ziekenhuis dus wat lastiger is om een goede werk-privé-balans te vinden." Daphne herkent dat. "Ik weet nog dat ik een keer na een hele drukke dag neerplofte bij een dinertje van de raad voor Kwaliteit van de beroepsvereniging en er zoiets uitblafte als 'Ik ga echt niet de rest van mijn leven van die 10-minutenconsulten

doen, hoor'. Ik had even mijn buik vol van die productiedrive."

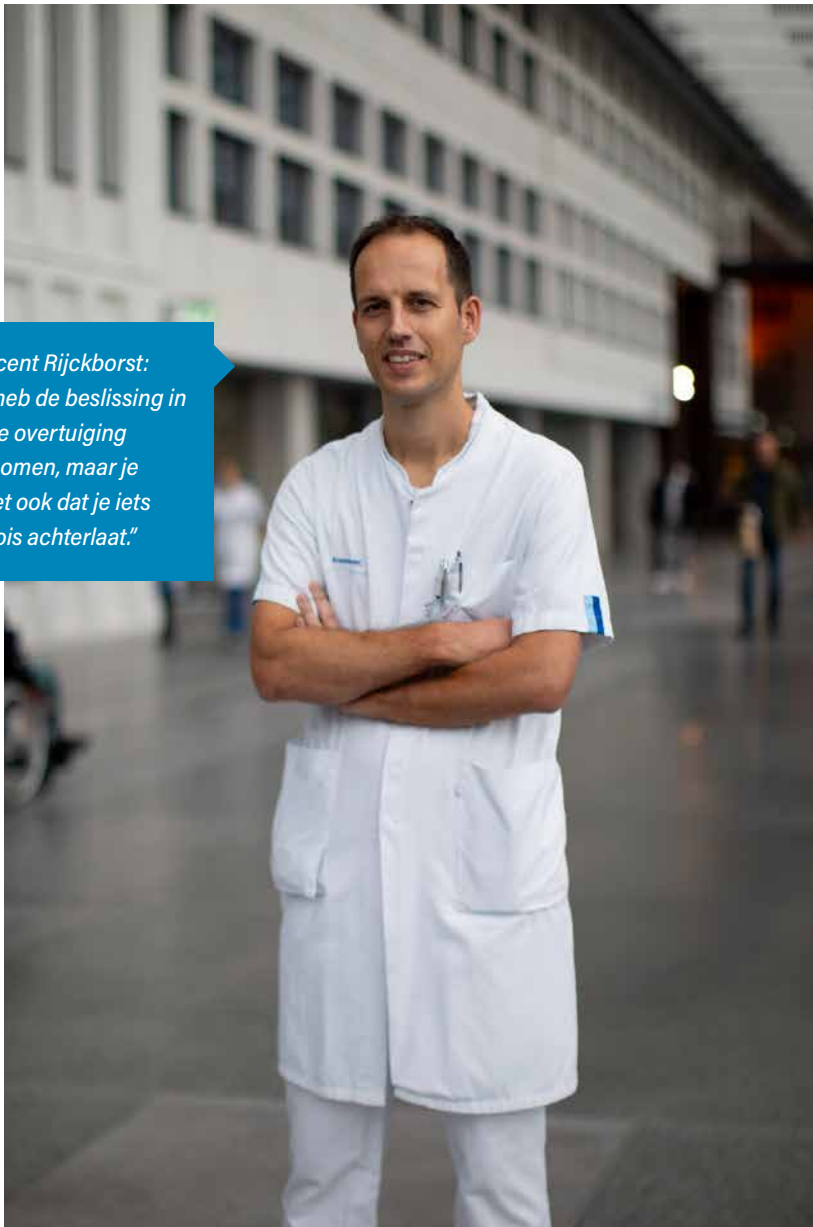
Topspecialisten

In het academisch voelen de artsen weer meer tijd en rust voor onderzoek en beschouwing. Jurriën: "Je hebt weer tijd om je te verdiepen in de literatuur en je goed voor te bereiden op de patiëntengroepen die je daar ziet. En je weet ook dat áls er nieuwe technieken gaan komen, die als eerste starten in de academische ziekenhuizen."

Daphne: "Het mooie van de academie is puzzelen op van die hele ingewikkelde casussen, vaak samen met een multidisciplinaire groep of assistent. Ik vind dat samenwerken heerlijk. Vertel mij maar wat mijn blinde vlek is."

In een academisch ziekenhuis zit bovendien veel expertise. Ook dat bevat de artsen.

Jurriën: "Als je iets niet weet, weet je dat er topexperts zitten die die specifieke kennis wel hebben en je kunnen helpen." Maar daar zitten ook weer nadelen aan, realiseert hij zich. "De nadelen van een academisch ziekenhuis – die ik ook wel ken van toen ik daar in opleiding was – is dat het wel echt superspecialisten zijn. Ik zat tijdens mijn opleiding bij een pancreasbespreking. De patiënt had een afwijking in zijn pancreas, die verder geanalyseerd moest worden, maar er waren ook leverafwijkingen. Voor het levergedeelte wordt dan de hepatoloog om advies in consult gevraagd, omdat de MD-artsen in het academisch die bredere MDL-kennis niet meer voldoende hebben." Hij vervolgt: "Als je binnen een academisch ziekenhuis zo orgaan-specifiek bezig bent, kun je soms ook weleens vergeten dat er nog een lichaam aan zo'n patiënt vastzit. Bij een patiënt met comorbiditeit vroeg ik mij dan wel eens af: we zijn nu zo superspecialistisch bezig – dragen we nog wel iets bij aan de algehele kwaliteit van leven in plaats van alleen de kwaliteit van dat specifieke orgaan? Ik denk juist daarom dat dokters als Vincent, Daphne en ik van toegevoegde waarde zijn in zo'n universitair ziekenhuis, omdat wij door onze ervaring als algemeen MDL-arts in die perifere ziekenhuizen toch met een andere blik kijken naar de patiëntengroepen die in de academie rondlopen, en dat wij het voordeel hebben van die bredere MDL-kennis." Vincent denkt daarbij met genoeg terug aan hun opleider in het Erasmus, algemeen MDL-arts Wilco Lesterhuis. "Die had ook jarenlang als opleider in het Albert Schweitzer ziekenhuis gewerkt. Hij was fantastisch." Jurriën beaamt dat: "Je had daar als beginnend assistent ontzettend veel aan, omdat hij kennis had van het brede pallet en soms ook wat realiteitszin



*Vincent Rijkborst:
"Ik heb de beslissing in
volle overtuiging
genomen, maar je
weet ook dat je iets
moois achterlaat."*

aanbracht in alle academische adviezen die je kreeg."

Zijn er meer verschillen tussen een perifeer en academisch ziekenhuis? Jurriën: "De saamhorigheid binnen de vakgroep is in een perifeer ziekenhuis groter dan in een academisch, ook omdat het ziekenhuis kleiner is en je allemaal een gedeeld belang hebt. Je merkt dat als je een grotere groep MDL-artsen hebt – in het Erasmus MC zijn er bijna dertig – de binding tussen die

verschillende subgroepen minder is. De hepatologie-groep is een afzonderlijke groep binnen de MDL, en binnen de MD-groep heb je weer subspecialismen, zoals een IBD-subgroep en een HPB-subgroep. Je komt dan te snel misschien op eilandjes te zitten. Die kans is er." Vincent: "En dat is wel weer het mooie van de periferie: je bekijkt de patiënten wat breder en je hebt korte lijnen met de specialisten om je heen. Eigenlijk heb je de hele dag door ongevraagd multidisciplinair overleg. Soms voel je je in een perifeer

ziekenhuis ook een soort huisarts, je hebt complete families om je heen. Dat maakt het werk daar ook wel heel mooi."

Financiële consequenties

Terug naar de academie betekent vaak ook een daling in inkomen. Daphne zat in loondienst; Vincent en Jurriën waren vrijgevestigd. Is dat nog een overweging of beletsel geweest? Jurriën: "Het financiële gat tussen loondienst en vrijgevestigd is nu kleiner dan vroeger, denk ik. Als medisch specialist heb je sowieso een goed salaris. Ik ga weliswaar iets terug in salaris bij deze overstap, maar daar wordt mijn leven zeker niet minder van. Ik vind het veel belangrijker dat ik plezier blijf houden in mijn werk, ook in de toekomst." Daphne en Vincent onderschrijven dat. Bovendien zijn de voormalig vrijgevestigden de *goodwill* – de inleg bij toetreding tot een maatschap of coöperatie – niet kwijt. Jurriën: "Ik zat bij een medisch-specialistische coöperatie, waarbij je de eerste vijf jaar inverdiende. Elk jaar kreeg ik een bedrag minder binnen dan een medisch-specialist die volledig was inverdiend. Na vijf jaar was ik volledig inverdiend en ging mijn inkomen weer omhoog. In de komende drie jaar wordt datgene wat ik heb inverdiend weer terugbetaald." Vincent: "Het is in het Ikazia Ziekenhuis niet met een inverdienden uitverdienregeling gegaan, maar met een binnen de maatschap vrij uniforme berekening waarbij de opvolger op dezelfde manier weer intreedt. Dus je bent het niet kwijt."

Academische focus

Inmiddels werken Jurriën en Daphne vijf weken in hun nieuwe werkomgeving, en Vincent ruim een week, dus de overstap is nog vers. Daphne merkt duidelijk dat ze "blijver" wordt. "Het is best zwaar hoor om op je 40ste te verhuizen, qua werk én woning. Niks is in je comfortzone, alles is nieuw. Het heeft veel impact. Ik heb echt een aantal keren gedacht: wat heb ik mijzelf aangedaan? Ik miste mijn oude collega's en mijn oude werkplek. Maar nu word ik iedere dag blij van wat er nieuw voorbij is gekomen." Daphne gaat vooral levertransplantaties doen. "Dat wordt mijn focus. Maar ik blijf

er ook bij scopiëren, zodat ik mijn vaardigheden onderhoud. Dat is ook een vereiste binnen het UMCG.” Het aandachtspunt van Vincent is de algemene MD-kant. “Met daarbij als aandachtspunt de colorectale ziektes, inclusief het bevolkingsonderzoek darmkanker en de *advanced* endoscopie van de colonpoliepen.” Hij heeft er zin in. “Ik heb in de eerste week al wat programma’s gezien met technieken waarin ik mij graag wil verdiepen, zoals een endoscopische Full-thickness Resectie (eFTR) en ESD.”

Jurriën komt vooral aan de HPB-kant te zitten. “Met name de onderzoeken van de galwegen en de alvleesklier: dat wordt mijn hoofdjob.” Hij herkent wat Daphne zegt over het verlaten van je comfortzone. “Het is onder dokters niet gebruikelijk om van ziekenhuis te veranderen tijdens je loopbaan. Tegenwoordig zie je het misschien iets meer, maar vroeger gebeurde dat helemaal niet, zeker niet als je vrijgevestigd ergens gaat werken. Je zit gaandeweg natuurlijk ontzettend comfortabel in je eigen zieken-

huis, en verlaat je dat, dan kom je buiten je comfortzone. Maar in zo’n nieuwe omgeving ontwikkel je je weer, je leert en ziet weer nieuwe dingen, bijvoorbeeld ook dat er meerdere wegen naar Rome leiden. Zelfs de logistiek is anders. Ik denk dat het voor medisch specialisten daarom heel nuttig is om vaker van ziekenhuis en ook van regio te veranderen. Bij mij werd mijn keuze in de eerste weken daardoor al bevestigd, zo van ‘hé, dit is een goede stap’.”

IN MEMORIAM

In Memoriam Bert den Hartog

Onlangs overleed onze zeer gewaardeerde voormalig vakgroepgenoot Bert den Hartog. Hij is 71 jaar geworden.

Bert stond aan de basis van onze prachtige vakgroep MDL in Arnhem. Zes jaar geleden is hij met pensioen gegaan, maar ook daarna was hij nog actief binnen de regionale BVO-organisatie en als lid van de klachtencommissie van ziekenhuis Rijnstate. Bovenal genoot hij volop van zijn vrijheid met zijn vrouw, kinderen, kleinkinderen en vrienden.

Hij was een gevoelsmens, breed geïnteresseerd, sportief en ogenschijnlijk in een puike conditie, zoals ook recent nog te zien was op de DDD in Veldhoven. We zijn geschokt en verdrietig door zijn onverwachte overlijden.

Bert was vooraleer een volbloed Zeeuw. Hij studeerde Geneeskunde in Utrecht, werd aanvankelijk opgeleid tot internist en later tot MDL-arts in Leiden (LUMC). Hij promoveerde in 1989 bij prof. dr. C.B.H.W. (Cock) Lamers (LUMC) op het proefschrift getiteld: *Plasma gastrin response to bombesin*

in (pre)cancerous conditions of the stomach.

Hij werkte als internist/MDL-arts in Goes (1989-1993) en van 1993 tot 2017 als MDL-arts in Rijnstate te Arnhem. Hij was een betrokken dokter voor zijn patiënten en kreeg daarvoor veel waardering. In de kliniek was hij actief bij kwaliteitsontwikkeling in algemene zin en bij endoscopie in het bijzonder. Zijn grote klinische liefde lag bij de functionele gastro-enterologie, met name de bekkenbodempromblematiek. Hij was dan ook medeoprichter van het succesvolle multidisciplinaire bekkenbodemteam in Rijnstate (1993).

Naast zijn werk als clinicus heeft hij zich verdienstelijk gemaakt binnen en buiten Rijnstate. In 1994 was hij mede-initiator van de Commissie Kwaliteitsvisite van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Binnen die commissie was hij eerst als lid actief en later als voorzitter. Van 2002 tot 2004 was Bert lid van het hoofdbestuur van de NVMDL en in 2010 was hij betrokken bij de landelijke voorbereidingsfase van het nationale bevolkingsonderzoek darmkanker, waarbij hij later actief bleef als regionaal coördinator van de regio Oost-Nederland.

Wij herinneren hem als een zeer gewaardeerd collega, rolmodel en deel uitmakend van een generatie die de MDL op de kaart gezet heeft, of zoals hij zelf zei: “smoel heeft gegeven”.

Namens de vakgroep MDL-artsen ziekenhuis Rijnstate,

Marcel Spanier en Peter Wahab



Advertentie



DE WEG NAAR GENEZING VAN EEN MONOGENETISCHE AANDOENING

Gentherapie voor het Crigler-Najjar syndroom blijkt effectief

FOTO GRAAF MARIËKE DE LORIJN

In juni 2015 beschreven we in MAGMA (p. 58-59) de plannen voor gentherapie als behandeling van het Crigler-Najjar syndroom, een zeldzame erfelijke ernstige ongeconjugeerde hyperbilirubinemie. Destijds was de vraag of genezing van deze mono-genetische aandoening mogelijk zou zijn. Recent gepubliceerde resultaten tonen aan dat dit inderdaad mogelijk is.¹ Na eenmalige toediening van gentherapie daalde het niveau van ongeconjugerd bilirubine in serum voldoende om de dagelijkse acht uur durende vrijheid beperkende fotherapie te

kunnen stoppen. Deze positieve resultaten zijn een belangrijke eerste stap richting registratie van dit geneesmiddel, waarmee deze nieuwe behandeling voor patiënten met het Crigler-Najjar syndroom beschikbaar wordt.

Ongeconjugerd bilirubine is het gele afbraakproduct van heem. Deze hydrofobe neurotoxische metaboliet wordt door het UGT1A1-enzym omgezet in water oplosbare bilirubine-glucuroniden waardoor eliminatie via gal en urine mogelijk wordt. Een bili-

rubine productie die hoger is dan de UGT1A1-capaciteit, zoals tijdelijk optreedt bij vrijwel alle pasgeborenen, resulteert in ongeconjugeerde hyperbilirubinemie. Bij mensen met het onschadelijke Gilbert syndroom, circa tien procent van de populatie, is de UGT1A1-expressie verlaagd door een polymorfisme in de promotor van het gen en is het serum niveau iets verhoogd.² Complete of vrijwel complete UGT1A1-deficiëntie, zoals bij patiënten met Crigler-Najjar syndroom, veroorzaakt accumulatie van ongeconjugerd bilirubine tot neurotoxische



Advertentie

en zelfs lethale niveaus^{3,4} Hersenschade wordt voorkomen door deze patiënten levenslang dagelijks acht tot zelfs veertien uur te behandelen met fotherapie, die ongeconjugerd bilirubine omzet in wateroplosbare foto-isomeren die kunnen worden uitgescheiden via gal en urine. Deze intensieve behandeling beperkt de sociale vrijheid en wordt na verloop van tijd minder effectief, waardoor een levertransplantatie onvermijdelijk is, tot voor kort de enige curatieve behandeling. Vanwege de risico's verbonden aan de ingreep, de noodzaak voor levenslange immuunsuppressie en een substantieel tekort aan leverdonoren was het ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden noodzakelijk.

AAV-gentherapie

Sinds de opheldering van de erfelijke basis van het Crigler-Najjar syndroom is gewerkt aan de ontwikkeling van gentherapie als curatieve behandeling met verschillende methoden. De meest succesvolle vorm van gentherapie voor erfelijke leverziekten is het naar binnen brengen van een functionele kopie van het gen in de hepatocyten. Voor een therapeutische correctie zal de functie in een voldoende groot percentage van de levercellen hersteld moeten worden. Op dit moment is de meest effectieve methode om een gen in de levercel naar binnen te brengen met behulp van een Adeno Associated Viral Vector (AAV). Na intraveneuze toediening komt meer dan 90 procent van deze virale vector in de hepatocyten terecht en in een deel van deze cellen bereikt het therapeutische gen de celkern, essentieel voor de functie. Bij gebruik van AAV treedt geen actieve integratie op in het genoom van de levercellen, het gen blijft in episomale vorm aanwezig. Gen-additietherapie met behulp van AAV vectoren wordt inmiddels succesvol toegepast bij hemofilie A en B en inmiddels hebben deze behandelingen marktregistratie gekregen van de EMA en de FDA.

Veelbelovend

Ook voor Crigler-Najjar syndroom blijkt AAV-gentherapie een veelbelovende behandeling. In cohort 1 van de klinische studie werden de patiënten behandeld met een

dosis die te laag bleek voor een blijvend effect. Hoewel bij een van de twee patiënten in dit cohort het effect voldoende lang duurde om tijdelijk te stoppen met fotherapie, steeg na het stoppen van de fotherapie het ongeconjugerde bilirubine weer tot een gevaarlijk niveau en was herstarten van de fotherapie nodig om hersenschade te voorkomen. De vector dosis in cohort 2 was hoger en bleek voldoende om blijvend te kunnen stoppen met fotherapie. Wel steeg het bilirubineniveau in serum geleidelijk, maar bij alle drie de patiënten was een jaar na de behandeling het bilirubine nog ruim beneden de 300 $\mu\text{mol/L}$, en hoefde fotherapie niet te worden herstart. Hoewel de geleidelijke stijging suggereert dat de correctie mogelijk niet blijvend is, werd bij hemofiliepatiënten na een initiële afname van de effectiviteit een stabilisatie van factor IX gezien en een blijvende therapeutische correctie. Op basis van de therapeutische effectiviteit in cohort 2 is inmiddels gestart met cohort 3. In dit laatste cohort zal de AAV dosis niet verder verhoogd worden, maar zal het therapeutische eindpunt een jaar na behandeling worden geëvalueerd in plaats van na vier maanden. Ook kunnen in dit cohort vanwege de effectieve correctie gezien in cohort 2, patiënten vanaf tien jaar worden geïnccludeerd. Indien dit cohort de effectiviteit van deze behandeling bevestigt, zal gestart worden met de registratie voor markttoelating.

Uitdagingen

Hoewel de gepubliceerde resultaten de effectiviteit van de behandeling aantonen zijn er ook uitdagingen die moeten worden overwonnen om alle patiënten met het Crigler-Najjar syndroom te kunnen behandelen. Een belangrijk nadeel van het gebruik van een virale vector zoals AAV is de immunreactie tegen het virale capsid. Deze reactie resulteert in zeer hoge titers van neutraliserende antilichamen in serum die effectieve herbehandeling met de huidige vector onmogelijk maakt, bijvoorbeeld van de patiënten die onvoldoende profijt hebben gehad van de lagere dosis gentherapie in cohort 1. In ongeveer een derde van de volwassen Crigler-Najjar patiënten is zelfs voorafgaand aan de behandeling de antilichaamtiter te

hoog omdat ze gedurende hun leven in aanwezig zijn geweest met het natuurlijk voorkomende adeno-geassocieerd virus.⁵ Verschillende strategieën worden ontwikkeld om de vorming van deze antilichamen rondom de behandeling te voorkomen door de humorale immuunrespons te onderdrukken of de antilichamen uit het serum te verwijderen voorafgaand aan gentherapie door IgG klieving of plasmaferese. Deze strategieën worden al toegepast bij orgaantransplantatie, maar moeten hun waarde nog bewijzen in de context van gentherapie. Een andere limitatie om rekening mee te houden is dat bij de behandeling van jonge kinderen met een groeiende lever het effect van de gentherapie tijdelijk is, aangezien de functionele kopie van het gen niet wordt doorgegeven bij celdeling. Bij kinderen van tien jaar of ouder is de lever grotendeels volgroeid, al is de effectiviteit van gentherapie op langere termijn bij deze groep patiënten nog onzeker. Een belangrijke reden om toch ook juist deze groep te behandelen is dat met name in de adolescentie de dagelijks langdurige fotherapie als een zware last wordt ervaren. Tot op heden is onderzoek naar de kwaliteit van leven van patiënten met het Crigler-Najjar syndroom ontoereikend, echter is hier wel meer aandacht voor gekomen in het kader van de wereldwijde patiëntenregistratie die parallel aan de studie naar gentherapie is opgezet.

In conclusie, tonen de tussentijdse resultaten van de eerste klinische studie naar gentherapie als behandeling van het Crigler-Najjar syndroom dat deze effectief is bij gebruik van de hogere dosering en resulteert in het veilig staken van fotherapie tot tenminste een jaar na eenmalige toediening. Om dit in een grote groep patiënten te bevestigen wordt de studie gecontinueerd waarbij ook de eerste kinderen zullen worden behandeld.

Sem Aronson, Ulrich Beuers en Piter Bosma, Tytgat Instituut/Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten Amsterdam UMC

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2023 (p. 225 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

IBD-patiënten halen eigen top met Expeditie IBD

De hoogste berg van Oostenrijk beklimmen. Kan dat als je IBD hebt? Eind juni gingen dertien patiënten de fysieke en mentale uitdaging aan tijdens Expeditie IBD. “Wat was ik trots, daar boven op de top, na alle tegenslagen van de afgelopen jaren. We hebben laten zien dat mensen met een chronische ziekte nog steeds hun grenzen kunnen opzoeken én verleggen.”

MDL-arts Vincent de Jonge en Menne Scherpenzeel, directeur van Crohn & Colitis NL, besloten in 2022 de uitdaging aan te gaan. Met een groep IBD-patiënten de 3789 meter van de Grossglockner beklimmen. De oproep in *Crohniek* leverde ruim 100 aanmeldingen op.

Meer vertrouwen in lichaam

Marleen was een van de gelukkigen die werden geselecteerd: “Expeditie IBD kwam op het moment dat ik vaak terugverlangde naar een actiever leven. Naar sporten zoals vóór mijn diagnose colitis ulcerosa, twaalf jaar geleden. Naar het rondtrekken met mijn rugzak in de bergen en vooral naar het gevoel van weer fit zijn. Iets wat ik niet meer voor elkaar kreeg door vermoeidheid en rugproblemen vanwege artrose.”

De deelnemers bereidden zich een jaar lang voor op de tocht. “Het trainen heeft ongelooflijk veel effect gehad. Lichamelijk en mentaal. Ik heb nu meer vertrouwen in mijn lichaam en ik herstel sneller na een flinke inspanning. Mijn algehele belastbaarheid is groter geworden”, aldus Marleen.

Omgaan met tegenslagen

Marleen kreeg vlak voor de expeditie een opvlamming. “Wat een openbaring om te ervaren dat de mensen met wie je op pad

bent het snappen als je naarstig op zoek bent naar een toilet, of als je praat over de impact die het hebben van weinig energie heeft op je leven. Ik heb een enorme verbondenheid ervaren met de andere deelnemers.”

De eerste uitdaging van de expeditie was de beklimming van de Grossvenediger, de derde hoogste berg van Oostenrijk. Op papier niet de moeilijkste beklimming, maar de omstandigheden maakten dit een echte alpiene ervaring. Voor Rajiv was dit meteen zijn slechtste dag van de week. “Het stormde en we kwamen in een *white-out* terecht: alles was wit, waardoor we sneeuw en mist niet van elkaar konden onderscheiden. We zagen niet waar we naartoe liepen en hadden geen idee hoe lang het nog zou duren.” Rajiv kreeg in 2011 de diagnose colitis ulcerosa en in 2014 een stoma. “Na mijn operatie zocht ik steeds de fysieke uitdagingen op, maar hier in Oostenrijk bereikte ik wel een grens. Het was een uitputtingsslag, met zware hoofdpijn tot gevolg. Ik voelde me zwak en was voortdurend buiten adem. Gelukkig zorgde mijn doorzettingsvermogen ervoor dat ik de top haalde. Wilde ik de top van de Grossglockner halen, dan moest ik echt beter voor mezelf zorgen die week.”

Iedereen een eigen top

Na een dag bijkomen stond de Grossglockner op het programma. Inmiddels was duidelijk dat die top behalen, niet voor iedereen mogelijk zou zijn. De onderlinge steun maakte het accepteren hiervan makkelijker. Iedereen ging deze week zijn eigen ‘top’ bereiken. Net als het leven met IBD: het gaat gepaard met bergen en dalen en gaandeweg moet je soms verwachtingen aanpassen.

Dankzij Expeditie IBD durft Marleen weer te dromen. “Ik heb de afgelopen jaren veel dingen onbewust gelaten, om maar niet weer het gevoel van totale uitputting te krijgen. Natuurlijk is mijn vermoeidheid

nu niet opeens weg, maar het is wel beter te hanteren, net als mijn rugpijn.” Marleen stelde haar eigen top op een rotsplateau op ruim 3300 meter hoogte. “Het bereiken van dit doel, veel buiten sporten en het delen van mijn verhaal hebben ertoe geleid dat mijn waakvlammetje weer een echt vuurtje is geworden. Bewegen is zo goed voor mijn lichaam. Ondanks dat ik door snurkers nauwelijks sliep in de berghutten, voelde ik de energie door mijn lichaam stromen.”

Top bereikt

Na de zware eerste dagen ging Rajiv beter voor zichzelf zorgen. “Net als na mijn stoma-operatie verlegde ik stap voor stap mijn grenzen. Samen met zes andere IBD-patiënten bereikten we de top van de Grossglockner op 3798 meter. Daar op de top, het was prachtig. Onder een strakblauwe lucht, turend in de verte, voelde ik me zo trots. Negen jaar geleden, na mijn operatie, kon ik amper honderd meter lopen. Nu stond ik bovenop de hoogste berg van Oostenrijk. We hebben laten zien dat je met IBD nog steeds je grenzen kunt opzoeken en verleggen. Dat is niet makkelijk, maar met het nodige geduld kan iedereen zijn eigen denkbeeldige berg beklimmen.”

Leefstijlevents

De expeditie-deelnemers hebben met de beklimming van de Grossglockner 12.345 euro opgehaald. Met deze opbrengst zal Crohn & Colitis NL drie leefstijlevents organiseren. Op die manier wil de patiëntenorganisatie meer mensen met IBD laten kennismaken met de voordelen van een gezonde leefstijl.

Namens de organisatie van Expeditie IBD,

Vincent de Jonge, MDL-arts Albert Schweitzer ziekenhuis



De top van de Grossvenediger in alpiene omstandigheden.



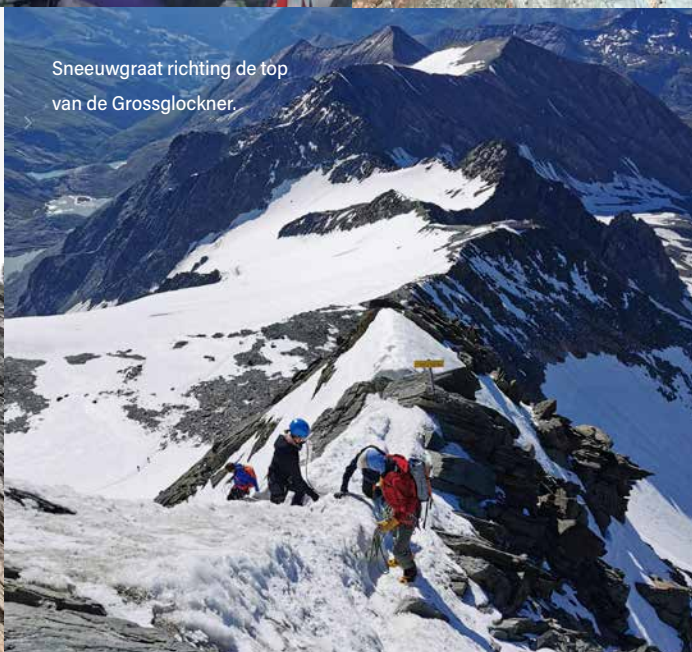
Laatste rotsgraat richting de top van de Grossglockner.



Over de gletsjer 's morgens vroeg bij zonsopgang richting de top van de Grossvenediger.



Oefenen met rotsklimmen.



Sneeuwgraat richting de top van de Grossglockner.



De top van de Grossglockner.



De deelnemers aan de Expeditie IBD 2023.

Aftermovie

Benieuwd naar de voorbereidingen en de week in Oostenrijk? Ga mee met de deelnemers naar de top van de Grossglockner: bekijk de film door de QR-code te scannen (of ga naar <https://vimeo.com/863487782>).



Hepatitis C: het einde van een tijdperk?

Hepatitis C heeft van alle hepatitisvirussen misschien wel de grootste/snelste ontwikkeling doorgemaakt in de afgelopen +/- 50 jaar. Van de ontdekking in de jaren '70 als non-A non-B, naar hepatitis C begin jaren '90; naar de eerste behandelingen met (peg)interferon in de jaren '90, tot uiteindelijk de ultra-effectieve en goed verdragen behandelmogelijkheden in 2014 en het opstellen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hepatitis eliminatiedoelen in 2016. Het passeren van deze laatste horde heeft de Nederlandse hepatitisbehandelaren aangespoord om een landelijk hepatitis C eliminatieproject op te starten, genaamd CELINE. Er werden drie arts-onderzoekers (zie kader) aangenomen om dit project in goede banen te leiden, als onderdeel van een promotietraject. Graag neem ik jullie mee in een beknopte samenvatting van één van deze proefschriften, namelijk mijn eigen proefschrift.

Door de komst van de *direct acting antivirals* (DAA's) ontstond de mogelijkheid, en daarmee de wens, om alle ooit gediagnosticeerden te behandelen voor hun hepatitis C-infectie. Door de jaren heen waren stuwmeren aan patiënten ontstaan die of niet behandeld wilden of konden worden, of bij wie behandeling niet aansloeg. Het eerder ontbreken van (goede) behandelopties had echter door de jaren heen ook geleid tot *loss to follow-up* (LTFU). Het doel van CELINE was dan ook om deze uit zorg geraakte mensen op te sporen en terug in zorg te brengen.

Protocol

Bij het op poten zetten van CELINE kwamen enkele belangrijke ethische en wettelijke vraagstukken naar voren, onder andere over de informatie-uitwisseling tussen microbioloog en infectioloog/hepatoloog. We beargumenteren dat de mogelijke voordelen van heropsporing opwegen tegen de mogelijke nadelen, maar dat heropsporing

nooit verplicht moet worden voor zorginstellingen. Samen met een jurist werd een protocol opgesteld waarin werd voldaan aan alle wettelijke en privacy-gerelateerde eisen die in Nederland worden gesteld. Met behulp van lab- en dossiergegevens werden patiënten geïdentificeerd bij wie de laatste hepatitis C-test positief was, maar nooit succesvol waren behandeld en niet meer in zorg waren. Patiënten werden per brief en telefonisch contact benaderd en uitgenodigd om terug in zorg te komen.

Resultaten

In totaal werden 45 behandelcentra geïnccludeerd. Het merendeel van de ooit-gediagnosticeerden bleek genezen of elders in zorg (65%). Slechts 8 procent (n=1.537) was LTFU en geschikt voor heropsporing. Er kon contact worden gelegd met 58 procent van de uitgenodigde mensen, van wie 42 procent genezen of elders in zorg bleek te zijn. In totaal 219 mensen werden succesvol opnieuw in zorg gebracht.

Vergevorderde leverfibrose of cirrose werd vastgesteld bij 27 procent van de HCV-RNA-positieve mensen. Bijna alle viremische patiënten startten met DAA. Patiënt-gerelateerde factoren zoals meermaals niet op komen dagen, weigeren van therapie, verslaving of uitzitten van een gevangenisstraf waren de meest voorkomende redenen van LTFU (44%). Alhoewel heropsporing mogelijk bleek en redelijk succesvol was, was het zeer arbeidsintensief. Dit proces kan verbeterd worden door het aspect van dataverzameling in het kader van medisch wetenschappelijk onderzoek weg te laten en door heropsporing een jaarlijks terugkomend aspect van de patiëntenzorg te laten zijn.

CELINE bracht ook andere interessante resultaten naar voren, zoals 1) het aantal overleden ooit-gediagnosticeerde mensen en 2) de patiëntgerelateerde redenen voor LTFU. Om verder op deze resultaten in te

gaan koppelden we een gedeelte van de CELINE-patiënten aan demografische, sociaaleconomische en gezondheidsgerelateerde data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De selectie van LTFU mensen werd vergeleken met een controlegroep bestaande uit DAA-behandelde mensen, geselecteerd aan de hand van CBS geneesmiddelen data.

Woonachtig zijn in een instelling, laag huishoudinkomen, het krijgen van een uitkering en het hebben van psychiatrische comorbiditeit waren geassocieerd met LTFU raken. Het uitzitten van een gevangenisstraf en laag huishoudinkomen waren geassocieerd met het falen van heropsporing. Sterftecijfers in verschillende periodes waren hoger bij de LTFU-groep vergeleken met de DAA-behandelde groep. Alhoewel levergerelateerd overlijden de meest voorkomende doodsoorzaak was in beide groepen, overleden LTFU mensen vaker aan psychiatrische

Cas Isfordink promoveerde op donderdag 15 december 2022 aan de Universiteit Utrecht met zijn proefschrift, getiteld 'Remaining challenges for hepatitis C virus elimination in the era of direct-acting antiviral agents'.

Marleen van Dijk promoveerde op woensdag 17 mei 2023 aan de Radboud Universiteit Nijmegen met haar proefschrift, getiteld 'Micro-elimination of chronic hepatitis C in lost to follow-up patients'.

Sylvia Brakenhoff promoveerde op dinsdag 24 oktober 2023 aan de Erasmus Universiteit Rotterdam met haar proefschrift, getiteld 'Optimising care for patients with chronic hepatitis B and C'.

stoornissen en middelenmisbruik. Deze studie toont kwetsbaarheden in het zorgpad van mensen met een lage sociaal-economische status, met name mensen die woonachtig zijn in een instelling of gevangenis. Het voorkomen van LTFU en het verbeteren van het zorgpad voor deze mensen zou meer prioriteit moeten krijgen.

Scenario's

Uiteindelijk gaan we van micro- naar macro-eliminatie door te voorspellen hoe snel Nederland de WHO hepatitis C-eliminatie-doelen zal halen. Een wiskundig Markov-model wordt gebruikt om twee scenario's te schetsen. In het *Status quo*-scenario blijven toekomstige diagnose- en behandelcijfers gelijk aan de cijfers uit 2020. De eliminatie-doelen zouden worden behaald in 2027, terwijl lever-gerelateerd overlijden zou dalen met 97 procent.

In het *Gradual Decline*-scenario zou er een jaarlijkse afname zijn van 10 procent van de diagnose- en behandelcijfers van 2020. De eliminatie-doelen zouden worden behaald in 2032, terwijl lever-gerelateerd overlijden

zou dalen met 93 procent. Er zouden echter meer gevallen zijn van gedecompenseerde cirrose, hepatocellulair carcinoom en lever-gerelateerd overlijden vergeleken met het *Status quo*-scenario.

Aanpassingen in beide scenario's ten gevolge van COVID-19 hadden geen significante gevolgen, aangezien de eliminatie-doelen behaald zouden worden in respectievelijk 2028 en 2030. We concludeerden dat Nederland op schema ligt om de eliminatie-doelen in 2030 te behalen, mits de diagnose- en behandelcijfers op peil kunnen worden gehouden. Dit is gelijk de grootste uitdaging die ons de komende jaren te wachten staat.

De toekomst

Alhoewel hepatitis C dus al een stormachtige ontwikkeling heeft doorgemaakt, laat dit proefschrift nog enkele verbeterpunten voor de toekomst zien. Ik zou dus niet willen zeggen dat hepatitis C verleden tijd is, maar je zou wel kunnen spreken van het begin van een nieuw tijdperk. Door de uitstekende behandelmogelijkheden gaan we steeds minder hepatitis C zien. Onze taak

is te zorgen dat de zorg voor de resterende patiënten zo goed mogelijk ingericht wordt, waarbij we buiten onze eigen muren en hokjes moeten kijken en denken. Het verkorten van het zorgpad, het personaliseren van zorg in het kader van risico op LTFU en het decentraliseren van zorg buiten het ziekenhuis bieden interessante mogelijkheden om dit nieuwe tijdperk vorm te geven.

Marleen van Dijk, aios MDL Jeroen Bosch Ziekenhuis



OPTIMISING CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C

Sylvia Brakenhoff, Erasmus Universiteit, 24 oktober 2023



Chronische hepatitis B en C worden gezien als een wereldwijde bedreiging voor de volksgezondheid. Dit proefschrift onderzocht hoe de zorg van patiënten met chronische hepatitis B en C zou kunnen worden geoptimaliseerd.

Allereerst toonden we aan dat serum biomarkers

HBV RNA, HBsAg en/of HBcrAg kunnen worden ingezet om de response op antivirale therapie te voorspellen bij chronische hepatitis B patiënten. Hoge spiegels aan het einde van behandeling waren geassocieerd met een lage kans op duurzame response, maar juist met een hoger risico op ALAT *flares*. Tevens vonden we dat nucleos(t)ide analogen kunnen worden gestaakt bij een selecte groep patiënten. Een aanzienlijk deel van deze patiënten behaalde HBsAg-verlies, echter liepen patiënten ook risico om een ernstige hepatische opvlaming door te maken.

Daarnaast toonden we aan dat micro-eliminatie middels heropsporing van uit zorg verdwenen patiënten zou kunnen bijdragen aan de eliminatie van hepatitis C.

Bovendien onderzocht dit proefschrift de naleving van huidige richtlijnen. We toonden dat de screening op hepatitis B bij patiënten behandeld met rituximab suboptimaal was, alsmede de surveillance van patiënten met virale hepatitis in de eerste lijn. De richtlijn werd wel goed nageleefd in een gespecialiseerd centrum, met name indien patiënten onder behandeling waren bij een hepatitis-specialist. Tot slot, toonden we aan dat klinische besluitvorming zou kunnen worden geoptimaliseerd door gebruik te maken van een *add-on* richtlijn, zoals de HCV TherapySelector.

Curriculum vitae

Sylvia Brakenhoff (Hilversum, 1992) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na haar afstuderen startte zij haar promotieonderzoek onder begeleiding van prof. dr. De Man (promotor) en dr. De Knecht (copromotor) in het Erasmus MC te Rotterdam. In maart 2023 startte zij met de opleiding tot MDL-arts in de regio Rotterdam. **Het proefschrift van Sylvia Brakenhoff is te verkrijgen via: s.brakenhoff@erasmusmc.nl.**

Advertentie

TOWARDS A FUNCTIONAL CURE FOR CHRONIC HEPATITIS B

Robin Erken, Universiteit van Amsterdam, 30 juni 2023



Besmetting met het hepatitis B-virus kan leiden tot een chronische infectie. Patiënten die leven met chronische hepatitis B (CHB) hebben kans op het ontwikkelen van levercirrose en een hepatocellulair carcinoom (HCC). Heden zijn nucleot(s)ide analogen beschikbaar die de virusreplicatie onderdrukken en zo het risico op cirrose en HCC verminderen. Deze medicatie leidt echter niet tot klaring van het virus en moet door patiënten vaak levenslang worden gebruikt. De zoektocht naar een therapie die tot een vorm van genezing van de infectie leidt is derhalve nog in volle gang.

In dit proefschrift wordt aandacht besteed aan verschillende aspecten die bijdragen aan het ontwikkelen van een functionele genezing van CHB. In het eerste deel wordt gekeken naar de immunologische respons van patiënten tijdens een nieuwe infectie om zo meer inzicht te krijgen in het proces van spontane virale klaring, dan wel het uitblijven daarvan.

In deel 2 van het proefschrift wordt de waarde van verschillende nieuwe markers voor CHB geëvalueerd waaronder het *hepatitis B core related antigen* (HBcrAg) en het viraal RNA. Ook wordt nader gekeken naar de eigenschap van het hepatitis B-virus om viraal DNA te integreren in het humaan genoom. De mate waarin het virus integreert blijkt te verschillen tussen patiënten in verschillende fasen van hun chronische infectie.

Het derde deel van dit proefschrift beschrijft het effect van verschillende behandelingen tegen CHB op het gebied van veiligheid en werkzaamheid. Het lange termijneffect van een combinatietherapie van de bestaande middelen PEG-interferon en adefovir/tenofovir wordt beschreven. Het percentage patiënten dat vijf jaar na deze combinatiebehandeling een functionele genezing heeft bereikt, blijkt niet hoger of lager te liggen dan dat van onbehandelde patiënten. Tot slot beschrijft een eerste studie naar het gebruik van een FXR-agonist voor de behandeling van CHB dat deze redelijk tot goed wordt verdragen door patiënten en dat het veilig is om deze nieuwe therapie verder te ontwikkelen in fase 2 studies.

Curriculum vitae

Robin Erken (Arnhem, 1990) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Haar interesse in virale hepatitis werd gewekt tijdens haar bachelor toen zij onderzoek deed naar het hepatitis E-virus. Na het afronden van haar studie is zij begonnen met het promotieonderzoek naar chronische hepatitis B onder begeleiding van dr. Neeltje Kootstra, prof. dr. Ulrich Beuers, dr. Henk Reesink en dr. Sophie Willemse. Robin is momenteel werkzaam als arts-assistent in het Medisch Spectrum Twente te Enschede alwaar zij binnenkort zal starten met de opleiding tot MDL-arts.

Het proefschrift van Robin Erken is in te zien via: <https://hdl.handle.net/11245.1/50fa1736-3045-4ab2-befd-32d63c6c0a70>

MIRNAS IN CHRONIC HEPATITIS B: FROM POTENTIAL BIOMARKERS TO THERAPEUTIC TARGETS

Vladimir Loukachov, Universiteit van Amsterdam, 13 september 2023



In dit proefschrift laten we zien dat HBsAg-negatieve patiënten met chronische hepatitis B (CHB) en lage virale *load* geen baat hebben bij combinatietherapie met PEG-IFN en nucleot(s)ide analogen (NA). Daarom hebben we geprobeerd om microRNA's (miRNA's) te identificeren in plasma en leverweefsel van CHB-patiënten, welke zouden kunnen dienen als biomarkers of als potentiële aangrijpingspunten voor nieuwe therapieën.

Meerdere van deze miRNA's waren geassocieerd met HBsAg, HBV-DNA of leverweefselschade. Tevens had de overexpressie van twee miRNA's effect op de virale replicatie. Enkele miRNA's in plasma waren gecorreleerd met hepatische cccDNA spiegels of HBV-transcriptionele activiteit. Geïntegreerde HBV-sequenties en hiervan afgeleide mRNA-transcripten, die wij in hepatocyten van CHB-patiënten gekwantificeerd hebben, correleerden met virale

activiteit en leverschade. Zij waren onafhankelijk geassocieerd met het verlies van HBsAg na PEG-IFN/NA combinatietherapie. Een HBV-gecodeerde miRNA werd in het leverweefsel van CHB-patiënten geïdentificeerd, welke een rol zou kunnen spelen in het virale excretie proces of deeltjesvorming.

Curriculum Vitae

Vladimir Loukachov (Zjoekovski, Sovjet-Unie, 1989) begon in 2018, na het behalen van zowel de master Biomedische Wetenschappen als Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, aan zijn promotietraject. Dit deed hij onder begeleiding van dr. N.A. Kootstra, prof. dr. U.H.W. Beuers (promotoren) en dr. H.W. Reesink (copromotor) in het Amsterdam UMC, locatie AMC. In 2022 begon hij als anios Interne Geneeskunde bij het Antoni van Leeuwenhoek (AVL). Momenteel is hij werkzaam als anios MDL in het Haga Ziekenhuis.

Advertentie

RISICO OP HART- EN VAATZIEKTEN BIJ INFLAMMATOIRE DARMZIEKTEN: MEER DAN EEN ONDERBUIKGEVOEL

Jasmijn Sleutjes, Erasmus Universiteit, 11 oktober 2023



Patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) hebben in vergelijking met de algemene populatie een verhoogd risico op zowel veneuze trombo-embolieën, ischemische hartziekten alsook cerebrovasculaire aandoeningen. Verbeterde screenings- en managementstrategieën zijn belangrijk om deze kwetsbare patiëntenpopulatie te beschermen. In dit proefschrift wordt aangetoond dat IBD-patiënten wel degelijk een nadelig cardiovasculair risicoprofiel hebben, dat een link vertoont met het metabool syndroom. Daarnaast blijken chronische inflammatie en IBD-medicatie van invloed te zijn op het cholesterolprofiel. Dit ondersteunt de aanbeveling om routinematig het cholesterolprofiel te controleren bij IBD-patiënten die behandeling met prednison of tofacitinib starten. Uitdagingen bij het cardiovasculair risicomanagement van IBD-patiënten zijn de beperkte sturing door richtlijnen en het inadequaats inschatten van het daadwerkelijke langetermijnsrisico op cardiovasculaire aandoeningen door standaard risicomodellen. Door dit proefschrift te publiceren, hopen wij collega-onderzoekers ertoe te motiveren om IBD-specifieke risicomodellen te ontwikkelen en een gestandaardiseerd cardiovasculair screeningsprogramma

te integreren in de dagelijkse praktijk. Onderwijl verdienen alle IBD-patiënten voorlichting over leefstijl en zo nodig behandeling van cardiovasculaire risicofactoren. Voor een juiste begeleiding wordt een multidisciplinaire aanpak aangemoedigd, met wellicht een centrale rol voor de behandeld IBD-specialist om hoog-risico patiënten te identificeren en gelijktijdig de IBD-behandeling te optimaliseren.

Curriculum vitae

Jasmijn Sleutjes ('s-Hertogenbosch, 1994) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht, met als hoogtepunt haar coschappen in Italië en India. Interesse in de MDL ontstond tijdens haar wetenschapsstage bij het IBD-team in het Rotterdamse Erasmus MC, waarna ze in 2018 begon met haar PhD-traject onder begeleiding van prof. dr. van der Woude, dr. de Vries en dr. Roeters van Lennep. Daarnaast was ze bestuurslid bij the *Young Initiative of Crohn's and Colitis* en co-founder van het *Genderful Research World*-platform en behaalde ze haar Basis Kwalificatie Onderwijs (BKO) certificaat. Vanaf 2022 werkte ze als anios Interne Geneeskunde in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht en anios MDL in het Erasmus MC. In 2024 start zij hier met de opleiding tot MDL-arts.

PATIENT-CENTRED HAEMORRHOIDAL DISEASE MANAGEMENT

Sara Kuiper, Universiteit Maastricht, 13 oktober 2023



Hemorroïdenklachten zijn de meest voorkomende anale aandoening in Nederland. Ondanks dat veel mensen last hebben van deze klachten is er relatief weinig gedegen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Bij beginnende klachten is een behandeling door de huisarts door middel van laxeren en een vezelrijk dieet voldoende. Bij blijvende klachten worden hemorroïden in het ziekenhuis behandeld met behulp van een rubberen bandje (rubberband ligatie) dat de bloedtoevoer naar de hemorroïden afknijpt. Echter, bij een derde van de patiënten (ca. 15.000 per jaar) is dit niet afdoende en keren de klachten terug. Zowel het opnieuw uitvoeren van rubberband ligatie als een operatieve ingreep kan uitkomst bieden. Bij een operatieve ingreep kan worden gekozen voor het wegsnijden van de hemorroïden (hemorroïdectomie) of het ophangen van de hemorroïden aan het omliggend weefsel (mucopexie). In dit proefschrift wordt het studieprotocol beschreven voor een gerandomiseerde studie naar de meest (kosten)effectieve behandelstrategie voor terugkerende hemorroïden. Hierbij worden de rubberband ligatie, de hemorroïdectomie en de mucopexie met elkaar vergeleken. De meest voorkomende symptomen van hemorroïden zijn bloedverlies, prolaps, pijn, jeuk en vochtverlies. Deze klachten kunnen een

negatieve impact hebben op de kwaliteit van leven van patiënten. De ernst van de klachten en de belasting op het leven van een patiënt kan worden gemeten aan de hand van een *Patient-Reported Outcome Measure* (PROM). Om de symptoomlast van klachten van hemorroïden te toetsen hebben wij de *PROM-Haemorrhoidal Impact and Satisfaction Score* (PROM-HISS) ontwikkeld. In dit proefschrift wordt de opzet, de validatie en de vertaling van dit instrument naar het Engels beschreven. De PROM-HISS kan worden gebruikt voor zowel wetenschappelijke doeleinden, als in de dagelijkse klinische praktijk.

Curriculum vitae

Sara Kuiper (Maastricht, 1995) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Tijdens haar studie schreef zij een ZonMw-doelmatigheidsaanvraag naar de (kosten)effectiviteit van de rubberband ligatie versus de mucopexie versus de hemorroïdectomie in de behandeling van terugkerende hemorroïdenklachten. Dit multicentrum-onderzoek legde de basis voor haar promotietraject onder begeleiding van prof. Carmen Dirksen, dr. Stéphanie Breukink en dr. Merel Kimman aan de Universiteit Maastricht. Momenteel is Sara werkzaam als anios urologie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard/Heerlen.

Het proefschrift van Sara Kuiper is terug te vinden via: <http://doi.org/10.26481/dis.20231013sk>

Bijsluiters

Bescheiden, maar ontzettend bevlogen

Het grootste medisch centrum in Limburg? Dat is Zuyderland! Op vrijwel alle terreinen binnen de MDL is binnen dit STZ-ziekenhuis expertise aanwezig. En dat niet alleen. Het hechte team levert dagelijks de allerbeste zorg, maar verbetert deze ook nog eens continu. Innovatie staat hoog op de agenda en vooruitstrevendheid zit nu eenmaal in de genen.

Zuyderland komt voort uit een fusie in 2015 van Atrium Medisch Centrum Parkstad (Heerlen) en Orbis Medisch en Zorgconcern Sittard-Geleen. Op dit moment bestaat de vakgroep uit dertien MDL-artsen, zes IBD-verpleegkundig specialisten (waarvan twee in opleiding), één hepatologie verpleegkundig specialist, één IBS-verpleegkundig specialist en endoscopist, vier MDL-oncologie verpleegkundig specialisten én vijf verpleegkundig endoscopisten.

1+1=3

“Ja ja, het is volle bak bij ons. En toch zijn we een hele hechte groep”, vertelt MDL-arts Renske Deutz. “Mijn collega’s die de fusie meemaakten, vergelijken dit met de rekensom 1+1=3. We versterken elkaar. Er

ontstond nog meer ruimte voor verdieping en diversiteit en zowel in Sittard als Heerlen bieden we allemaal zorg in de volle breedte.” MDL-arts Khalida Soufidi: “Ook weten we elkaar – ondanks de groeps grootte – goed te vinden. Zo ondernemen we regelmatig activiteiten buiten het werk om, zonder of met partners, kinderen en zelfs honden. En hoe druk het ook is, we lunchen zo vaak mogelijk samen. Al is het maar een kwartiertje even lekker spuien en babbelen.”

Pittige discussies

Renske: “Kenmerkend voor ons is dat we oog hebben voor de mens achter de collega, maar tegelijkertijd graag pittig discussiëren. We verschillen zo van elkaar. Toch laat iedereen de ander in zijn of haar waarde en

voelt het als één grote familie. Dat is geen mooi praatje, het is echt zo.”

Khalida: “Inderdaad, daarom zitten we ook zo goed bij vooruitstrevend Zuyderland. Zo zijn we onder andere STZ-gecertificeerd voor IBD en maag- en slokdarmcentrum en actief bezig met e-health. Onze expertise is breed; EUS-geleide diagnostiek en therapie, ERCP inclusief cholangioscopie en laparoscopisch geassisteerde ERCP, grote poliepen inclusief EFTR, gastro-intestinale stents, endoscopische vacuümtherapie inclusief VAC-stent en meer.

Daarnaast werken we nauw samen met andere specialismen, zoals de interne geneeskunde en heelkunde. En doen we de endoscopieën voor het zelfstandig behandelcentrum DC Klinieken in Maastricht.”

Energiegevers

Er wordt overwogen om de locatie in Heerlen te veranderen in een dagbehandelcentrum, maar er ligt nog geen definitief besluit. Khalida: “Wat de beslissing ook wordt, mijn werkplezier is groot. Ik koos voor dit vak vanwege de diversiteit. Als MDL-arts toon ik tijdens de begeleiding van patiënten mijn zachte kant, maar kan ik ook snel handelen bij urgente situaties en mijn hersenen laten kraken!”

Renske: “Helemaal mee eens! Dagen zijn nooit hetzelfde en de uiteenlopende patiënten maken het extra uitdagend. We zijn een groot perifeer opleidingsziekenhuis waar ‘sleur’ simpelweg niet voorkomt. Wel profiteren we van korte lijnen en een gemoedelijke sfeer.

Ook zijn we actief bezig met wetenschap en nemen we deel aan landelijke onderzoeken. Verder organiseren we twee keer per maand een onderwijsmiddag en voeren we live endoscopie in zodat we met elkaar kunnen meekijken. Oftewel; genoeg om energie van te krijgen!”



Van links naar rechts: Kim Gubbels¹, Fritz Russ², Tom Weerts¹, Ilona Bronnenberg², Laurence Duijsens², Sarah Stork³, Paul Bours⁴, Jürgen Emontsbots⁴, Renske Deutz⁴, Khalida Soufidi⁴, Yolande Keulemans⁴, Jennifer Wilbrink⁴, Marielle Romberg-Camps⁴, Ad van Bodegraven⁴, Astrid Robroek⁵, Mirjam de Lange⁶.

Niet op de foto: Eveline Rondagh⁴, Eric Keulen⁴, Mark van Avesaat⁴, Liekele Oostenbrug⁴, Annick van Nunen⁴, Ilse Stohr¹, Imane Daher¹, Vera Giepmans², Dimphy Slot³.

¹Verpleegkundig specialist MDL oncologie, ²Verpleegkundig specialist IBD, ³Verpleegkundig specialist IBD i.o.

⁴MDL-arts, ⁵Verpleegkundig specialist hepatologie, ⁶Verpleegkundig specialist IBS/endoscopist

Bijsluiters

Advertentie

Advertentie

Referenties MAGMA 4-2023

KINDER-MDL Onderzoekagenda voor kinderen en jongvolwassenen met inflammatoire darmziekte – p. 172-175

1. Ghione S, Sarter H, Fumery M, et al. Dramatic Increase in Incidence of Ulcerative Colitis and Crohn's Disease (1988-2011): A Population-Based Study of French Adolescents. *Am J Gastroenterol* 2018; **113**(2): 265-72. [DOI: 10.1038/ajg.2017.228](https://doi.org/10.1038/ajg.2017.228)
2. Dorn-Rasmussen M, Lo B, Zhao M, Kaplan GG, Malham M, Wewer V, Burisch J. The Incidence and Prevalence of Paediatric- and Adult-Onset Inflammatory Bowel Disease in Denmark During a 37-Year Period: A Nationwide Cohort Study (1980-2017). *J Crohns Colitis* 2023; **17**(2): 259-68. [DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjac138](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjac138)
3. Van Limbergen J, Russell RK, Drummond HE, et al. Definition of phenotypic characteristics of childhood-onset inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2008; **135**(4): 1114-22. [DOI: 10.1053/j.gastro.2008.06.081](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2008.06.081)
4. Carroll MW, Kuenzig ME, Mack DR, et al. The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: Children and Adolescents with IBD. *J Can Assoc Gastroenterol* 2019; **2**(Suppl 1): S49-s67. [DOI: 10.1093/jcag/gwy056](https://doi.org/10.1093/jcag/gwy056)
5. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet (London, England)* 2014; **383**(9912): 156-65. [DOI: 10.1016/S0140-6736\(13\)62229-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62229-1)
6. Hart AL, Lomer M, Verjee A, et al. What Are the Top 10 Research Questions in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease? A Priority Setting Partnership with the James Lind Alliance. *Journal of Crohn's and Colitis* 2016; **11**(2): 204-11. [DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjw144](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw144)
7. Partridge N, Scadding J. The James Lind Alliance: patients and clinicians should jointly identify their priorities for clinical trials. *Lancet* 2004; **364**(9449): 1923-4. [DOI: 10.1016/S0140-6736\(04\)17494-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17494-1)
8. Jagt JZ, van Rheenen PF, Thoma SMA, et al. The top 10 research priorities for inflammatory bowel disease in children and young adults: results of a James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023; **8**(8): 690-1. [DOI: 10.1016/S2468-1253\(23\)00140-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00140-1)

THEMA: DE PERIFERIE Het belang van wetenschap in een niet-academisch ziekenhuis – p. 186-187

1. CWTS bibliometric report. Research performance analysis for the STZ hospitals 2009-2018. Leiden: Centrum voor Wetenschap en Technologie Studies; 2020. <https://www.stz.nl/kennisbank/?filter=cwts-analyse>
2. Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2017). Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: RVS. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>
3. Kostis JB, Dobrzynski JM. Limitations of Randomized Clinical Trials. *Am J Cardiol*. 2020 Aug 15;129:109-115. DOI: [10.1016/j.amjcard.2020.05.011](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2020.05.011)



4. Levi M, Sluiter HE, van Leeuwen T, Rook M, Peeters G. Medisch-wetenschappelijk onderzoek in Nederland: hoge kwaliteit door samenwerking UMC's en opleidingsziekenhuizen Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157(26):A6081.

LEVER Getherapie voor het Crigler-Najjar syndroom blijkt effectief – p. 209-211

1. D'Antiga L, Beuers U, Ronzitti G, Brunetti-Pierri N, Baumann U, Di Giorgio A, et al. Gene Therapy in Patients with the Crigler-Najjar Syndrome. N Engl J Med 2023;389:620-631.
[DOI: 10.1056/NEJMoa2214084](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214084)
2. Bosma PJ, Chowdhury JR, Bakker C, Gantla S, de Boer A, Oostra BA, et al. The genetic basis of the reduced expression of bilirubin UDP-glucuronosyltransferase 1 in Gilbert's syndrome. N Engl J Med 1995;333:1171-1175.
[DOI: 10.1056/NEJM199511023331802](https://doi.org/10.1056/NEJM199511023331802)
3. Crigler JF, Jr., Najjar VA. Congenital familial nonhemolytic jaundice with kernicterus. Pediatrics 1952;10:169-180.
4. Aronson SJ, Junge N, Trabelsi M, Kelmami W, Hubert A, Brigatti KW, et al. Disease burden and management of Crigler-Najjar syndrome: Report of a world registry. Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver 2022;42:1593-1604.
[DOI: 10.1111/liv.15239](https://doi.org/10.1111/liv.15239)
5. Aronson SJ, Veron P, Collaud F, Hubert A, Delahais V, Honnet G, et al. Prevalence and Relevance of Pre-Existing Anti-Adeno-Associated Virus Immunity in the Context of Gene Therapy for Crigler-Najjar Syndrome. Hum Gene Ther 2019;30:1297-1305.
[DOI: 10.1089/hum.2019.143](https://doi.org/10.1089/hum.2019.143)