

STAND VAN ZAKEN 2 / KWALITEIT: RICHTLIJNEN 4
COLUMN 5 / ERGONOMIE 6 / DUURZAAMHEID 10-13
MDL-TRANSFERS 15 / THEMA: DE JUISTE ZORG OP DE
JUISTE PLEK 16-39 / BUITENLAND 40-45 / MLDS 47-49
PROEFSCHRIFTEN 49-51 / DE AFDELING 53

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 30 / NUMMER 1 / MAART 2024

DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK

Taboes en belangen in de zorg



Dagelijkse verleidingen

Je hebt vast wel collega's die minstens eens per dag naar een van de restaurants of winkels in het ziekenhuis lopen voor koffie of een maaltijd. Misschien doe je dat zelf ook wel. De drempel is laag om er koffie, al dan niet met een flinke scheut melk, mee te nemen. Zoals dat ook geldt voor een kaasbroodje of broodje bal. De keuze is reuze.

In ons ziekenhuis, het Erasmus MC, begint het al in het metrostation met de bakker die er werk van maakt. Op de hoek, even verderop, zit het 'groene' Amerikaanse koffiemark en eenmaal in huis heb je vervolgens keuze uit zes aanbieders van al dat lekkers, inclusief een supermarkt op de OK. Voor velen bieden deze verleidingen werk en inkomen, voor vele anderen het ontwikkelen van obesitas en metabool syndroom klachten. Het hoogcalorische gehalte van dit aanbod (groenten en fruit zijn er wel, maar je betaalt er de hoofdprijs voor), is niet het enige nadeel. Alles voor de lekkere trek is individueel verpakt. En ook al kun je nu je eigen beker meenemen, uiteindelijk leiden de verleidingen tot een obesitas aan afval.

En bij het nemen van een slok of hap staan we niet stil bij de grote economische nadelen die aan dit eet- en drinkgedrag kleven. De salarissen in de horeca zijn nou niet bepaald een vetpot. Het rendement voor de uitbaters, inclusief grote beursgenoteerde ondernemingen, is daarentegen gigantisch. Reken maar eens mee: een café latte bevat 20 gram gemalen koffie en 200 ml melk. Voor 25 koppen heb je dus een pond koffie en 5 liter melk nodig. Inkoop 11 euro, verkoop 75 euro! De eigenaar wordt heel rijk. En de collega -ik soms ook- die de dagelijkse verleiding niet weerstaat? Die drinkt gedurende haar of zijn loopbaan voor een bedrag van 20.000 euro aan koffie. Dat bedrag gaat verloren aan goederen die verre van duurzaam zijn.

Deze dagelijkse gewoonte, die nog niet eens zo lang in ons leefpatroon is geslopen, geeft uiteindelijk nog meer obesitas en metabool syndroom klachten, vergroot de afvalberg, leidt tot meer rijkdom voor de rijken en weerhoudt consumenten van de afweging om hun centen aan duurzamere goederen te besteden.

Wat is er mis met een zelf gezet kopje koffie van thuis en het aloude boterhammentrommeltje? Simpel, gezond, goedkoop en met heel veel positieve effecten.

Rob de Knegt

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.

► **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 57.

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.

Opplage

2700 exemplaren

Redactie

Kirill Basiliya
Geert Bulte
Sietske Corporaal
Renée Duijzer
Mirjam van der Ende
Marina Grubben
Clasine de Klerk
Rob de Knegt
Ger Koek
Lieke Koggel
Govert Veldhuijzen
Fanny Vuik
Rachel West

Interviews

Monique Koudijs
Erik Visser

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

Van de kliniek naar de rechtbank en terug

De zorg is gedurende een tijdperk continu in ontwikkeling, maar nu staan we voor een transformatie van tijdperken. We weten dat verandering van de zorg nodig is en we weten ook hoe die nieuwe zorg eruit kan zien, maar de weg ernaar toe kennen we niet. Dit geeft ons een gevoel van onzekerheid en verlies van controle.

Door de dubbele vergrijzing en de toenemende medische mogelijkheden zal de vraag naar steeds complexer wordende zorg de komende jaren alleen maar stijgen. Tegelijkertijd ervaren we de krapte op de arbeidsmarkt. Velen van ons vinden de huidige werkdruk te hoog, terwijl deze alleen maar verder wordt versterkt door een hoog ziekteverzuim. Daarnaast staan de beschikbare middelen onder druk.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken zorguitgaven te beperken. Dit vraagt om een grote transformatie door enerzijds te voorkomen dat mensen ziek worden, anderzijds door ervoor te zorgen dat patiënten snel op de juiste plek terecht komen. De zorg moeten we daardoor anders organiseren en daarbij moet veel aandacht zijn voor het boeien en binden van personeel. Implementatie van op onderzoek gebaseerde innovaties kan hierbij helpen.

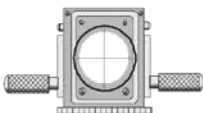
Maar wie gaat deze transformatie coördineren en wie heeft uiteindelijk het mandaat om beslissingen te nemen? Is de rechter tegenwoordig nog de enige die besluiten kan nemen (*lees: terugdraaien*) over de transformatie van de zorg? Ons stelsel is zo complex dat niemand volgens mij weet wie wat doet. Twee recente voorbeelden springen hierbij in het oog. De ene minister besluit dat de kinderhartchirurgie naar Utrecht en Rotterdam gaat, zijn opvolger centraliseert het naar Groningen en Rotterdam. De rechter zet vervolgens een dikke streep door dit 'besluit'. Het tweede voorbeeld betreft de verdeling van opleidingsplekken voor medisch specialisten door het ministerie. De rechter oordeelt dat het ministerie de bevoegdheid helemaal niet heeft om dit besluit te nemen.

Als dit ons voorland is voor wat betreft de uitwerking en implementatie van het IZA, bijvoorbeeld de centralisatie van kankerzorg, dan stemt mij dat niet gerust. Als elke keer de gang naar de rechter nodig is, draait dit elk enthousiasme voor aanpassing de nek om.

Binnen de door de politiek vastgestelde kaders kan de zorg zelf als enige wezenlijke stappen nemen. Iedereen zal soms over zijn eigen schaduw heen moeten stappen. Dit gaat alleen lukken als we elkaar erkennen en zowel geven als nemen.

Was getekend,

Frank Vleggaar -voorzitter-



De juiste zorg op de juiste plek

Het thema van deze editie van MAGMA klinkt logisch, maar wordt steeds belangrijker én uitdagender. Genoeg reden om daar een MAGMA aan te wijden.

De bekende ontwikkelingen van vergrijzing, de afname van het aantal aiOS en complexere zorg met een mondigere patiënt terwijl financieel geen zorguitbreiding mogelijk is, vragen om het maken van keuzes in het zorgaanbod. Welke zorg is echt nodig en welke zorg kan minder of anders vormgegeven worden? Wat moet in het ziekenhuis en wat kan in de eerste lijn? Zijn specialisatie en centralisatie nodig om de kwaliteit te optimaliseren? Welke zorg kan voorkomen worden door preventieve maatregelen? En als we de antwoorden op al dit soort vragen hebben, hoe kunnen we die aanpassingen dan implementeren?

Een eerste aanzet tot het beantwoorden van deze vragen wordt in dit nummer gegeven. Zo is er een rondetafelgesprek over de behoefte tot gegeneraliseerde versus superspecialistische MDL-artsen, ook komt de wenselijkheid van centralisatie van ERCPs, zoals voorgesteld in het integraal zorgakkoord, aan bod. Het Radboudumc schrijft over zijn succesvolle Leefstijlzorgloket en de mogelijkheden zorg te voorkomen. Van de initiatiefnemers van het 'ijsbrekerproject' horen we hoe ze de reductie van 'minder effectieve' zorg kunnen voortzetten en de Coeliakievereniging laat prachtig zien dat ook patiënten daar voorstander van kunnen zijn. Wouter Bos hebben we gevraagd wat er allemaal meespeelt rondom de 'deugende dokters die niet-deugende zorg verlenen', die hij in een eerder betoog in het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde omschreef.

Kortom, ons vak is in beweging, laten we meedoen en beginnen met het lezen van deze MAGMA.

Lieke Koggel en Clasine de Klerk

Raad Kwaliteit: toelichting vanuit de commissie richtlijnen

In de huidige klinische MDL praktijk werken we zoveel mogelijk *evidence based*. Om op alle fronten van ons vakgebied kwalitatief goede zorg te kunnen bieden, zijn er vele richtlijnen. In dit artikel geven we u als leden een korte toelichting over hoe richtlijnen tot stand komen en als hulpmiddel worden gebruikt om de kwaliteit van MDL-zorg te optimaliseren.

Richtlijnen zijn bedoeld om de medisch specialist te ondersteunen in zo expliciet en praktisch mogelijke adviezen. Ze dragen in de klinische besluitvorming bij om betere zorg/meer transparantie te kunnen bieden en om praktijkvariatie te verminderen. Tegelijkertijd moeten richtlijnen zorgverleners de ruimte geven om hier op individuele basis van af te wijken. Met behulp van richtlijnen is er een continue kwaliteitscyclus van:

- het beschrijven van goede zorg (uitgaande van nieuwe evidentie);
- het implementeren van de geüpdatete richtlijn;
- (waar mogelijk) meten en evalueren of de zorg ook juist kan worden toegepast (denk hierbij ook aan kwaliteitsregistratie en kwaliteitsvisitatie), zie figuur 1 voor de kennis-kwaliteitscyclus zoals beschreven door de Federatie Medisch Specialististen (FMS).

De FMS is de afgelopen jaren actief geweest om richtlijnen beter te laten aansluiten op de praktijk. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot modulair onderhoud van richtlijnen: eens in de één tot twee jaar worden specifieke modules van een richtlijn geactualiseerd om zo nieuw bewijs sneller te kunnen implementeren in een richtlijn.

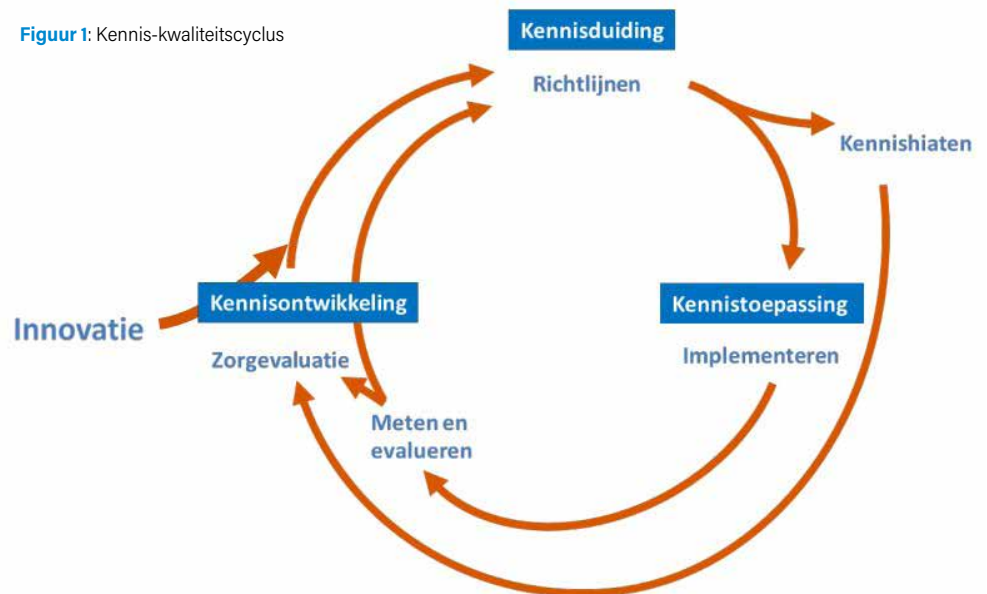
De introductie van modulair onderhoud betekent in eerste instantie het doen van een inhaalslag. De bestaande richtlijnen moeten worden beoordeeld of ze nog actueel zijn en of zij al dan niet moeten vervallen. Binnen elke module wordt op basis van een klinisch relevante uitgangsvraag wetenschappelijk bewijs gezocht en een antwoord als aanbeveling gegeven. Om tot de aanbeveling te komen, wordt niet alleen naar de bewijskracht van beschikbare studies gekeken. Ook andere aspecten wegen mee: ervaringen uit de praktijk, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen, voorkeur van patiënten en ook duurzaamheid. Het is goed te weten dat in dit proces ook patiëntvertegenwoordigers betrokken zijn om op die manier de aansluiting tussen arts en patiënt te versterken. De precieze invulling van de patiëntvertegenwoordiging kan binnen een richtlijn verschillen.

Veel deelgebieden van de MDL (en dus ook richtlijnen) zijn multidisciplinair van aard; we werken samen met onder andere internisten, chirurgen en radiologen. Richtlijnen worden tegenwoordig ingedeeld in clustergroepen. Deze multidisciplinaire clustergroepen maken het voor alle betrokken wetenschappelijke verenigingen mogelijk:

- overzicht op onderwerpen te creëren;
- gezamenlijk de actualiteit te beoordelen;
- te prioriteren welke modules moeten worden onderhouden;
- het modulair onderhoud uit te voeren.

De praktische vertaling (aanbeveling) en de correctheid van de inhoud zijn twee belangrijke aspecten die bepalen of een richtlijn ook daadwerkelijk de informatie biedt waar een zorgverlener iets mee kan. Leden van de NVMDL hebben op verschillende momenten in het proces van richtlijnontwikkeling de

Figuur 1: Kennis-kwaliteitscyclus



Bron: Medisch specialistische richtlijnen 3.0, Federatie Medisch Specialististen

mogelijkheid om input te leveren. Ten eerste kunnen ze knelpunten voor praktische vraagstellingen aanleveren, ten tweede horen we in de commentaarfase graag hun reactie op een conceptrichtlijn en ten derde roepen we ze op de richtlijn in de autorisatiefase te lezen voordat de richtlijn definitief wordt.

De richtlijn is er door en voor de MDL-arts. Om ervoor te zorgen dat de richtlijn voldoet aan onze verwachtingen, is input vanuit MDL-artsen cruciaal. De beste kans voor het aanleveren van ieders input is de commentaarfase. Als deze fase voorbij is, kan er geen inhoudelijk commentaar meer worden gegeven.

Door de multidisciplinaire samenwerking zijn we bij veel richtlijnen betrokken. Het is van essentieel belang dat we ons deel van de richtlijn kritisch beoordelen om voor het

moment van autorisatie eventuele onvolkomenheden of onjuistheden uit een richtlijn te halen. Dit kost vaak maar minimale inspanning (1-2 modules met beoordelen van de aanbevelingen) als we met een gefocuste blik naar de nieuwe richtlijn kijken.

We nodigen leden graag uit voor een beperkte beoordeling van enkele specifieke pagina's en onderdelen zodat er een adequate beoordeling en een kritische blik is geweest. Alle conceptrichtlijnen waar commentaar op gegeven kan worden, staan op het besloten deel van de website van de NVMDL. Bovendien worden deze conceptrichtlijnen per e-mail onder de aandacht van de leden gebracht. Binnenkort sturen we een uitnodiging aan de leden om zich aan te melden voor het doornemen van specifieke onderdelen van een richtlijn ter beoordeling of er geen onoverkomelijkheden in staan.

Wie hiervoor interesse heeft, kan zich bij de commissie aanmelden.

Er zijn meer aspecten die binnen de kwaliteit van zorg passen dan alleen richtlijnen. Ook kwaliteitsregistraties van endoscopieën, uitkomstparameters van zorg, implementatie van instrumenten in de zorg om kwaliteit te verbeteren, behoren hiertoe. Het ontwikkelen van dit soort projecten, die als primair doel hebben de klinische zorg te verbeteren, komen in aanmerking voor financiële ondersteuning vanuit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. We hopen in de toekomst ook hier meer gebruik van te kunnen maken.

Namens de richtlijnencommissie van de Raad Kwaliteit NVMDL,

Gwen Masclee, MDL-arts Amsterdam UMC



"Macht is mijn minnares"

Napoleone Bonaparte (1769-1821), de Franse keizer in brief aan zijn echtgenote Joséphine, ofwel Marie Joséphe Rose vicomtesse de Beauharnais.

Bestuurlijke missie en zorgbeleid

Het dagelijkse (sic!) digitale krantje voor het zorgmanagement, SKIPR, bracht eind 2023 breaking news, Erasmus MC zou al in 2015 hebben voorgesteld het LUMC over te nemen. Diepgravende onderzoeksjournalistiek, zoveel is duidelijk. Machtswellust als zorgelijke academische missie. OK, het was kennelijk het enig juiste antwoord op de Amsterdamse fusie tot AUW-mc. 'Het kan niet zo zijn dat Amsterdam de grootste wordt', zo wordt de toenmalig Rotterdamse bestuursvoorzitter geciteerd. De grootste zijn, een eigenaardige zorgmissie. Ook zonder Freud ontwaren we laagstaande motieven.

De zorg weet zich al jaren ongelooflijk gezegend met bestuurlijke missies en -beleid. Hosanna in bestuurskamers van departementen en ziekenhuizen. Een onstuitbare rij mantra's, waaronder gereguleerde marktwerking met transparante, waardegedreven initiatieven. De zorgklant aan wie een veilige, doelmatige, gedigitaliseerde omgeving wordt geopenbaard. Het liefst zonder fysiek contact.

Afgevinkt in de nieuwe medische heiland, het EPD: de statusloze, onbetaalbare IT-zegen, het failliet van de menselijke maat. Vergeef ze, ze weten niet beter. In praktische zin is het holle, waardeloze en troebele terminologie. Transparantie, waarde, doelmatigheid, ze betekenen niets zonder definities wat er precies mee wordt bedoeld, nog eens los vanuit wiens perspectief.

Dan prijzen we de grootse, impotente Rotterdamse kinnesinne als zorgmissie. Dan leest het sluiten van kindercardiochirurgie in LUMC, met teloorgang van academische statuut -dixit Zorgautoriteit- als de kleine tegen de grote. Dan doet het aanbod van de advocaat van VWS (sic) om met hulp vanuit het Erasmus de Leidse academische status te behouden dubbelzinnig aan. Niet alleen omdat het een Leids-Rotterdamse fusievoorstel schijnt, maar ook vanwege het giftig mengen van wetgevende (minister) en controlerende macht (Zorgautoriteit).

Ergonomie in de endoscopie: geen luxe maar noodzaak

Donderdag einde van de middag. Je sloft moe maar voldaan terug naar je kamer. Negen colo's, een pEMR van een drie centimeter grote, sappige LST mooi gelukt. Je bent tevreden, maar je rug en nek wat minder. De monitor stond net iets te hoog, jijzelf gebogen over de patiënt in rechterzijligging. Maar ach: alleen nog vrijdag doorbikkelen en dan bijkomen in het weekend. Nog maar 25 jaar te gaan.

Herkenbaar? Vast, je bent zeker niet de enige. MDL-artsen, maar ook endoscopieverpleegkundigen blijken kwetsbaar voor beroepsgerelateerde blessures, in de endoscopisch-ergonomische literatuur ook wel Endoscopic Related Injuries (ERI) genoemd. In de Verenigde Staten heeft men de noodzaak van het inventariseren van onder meer incidentie, typering en man-vrouwverschillen van ERI's al lang geleden ingezien. Zoals ook de winst van preventieve maatregelen en reduceren van ERI-gerelateerd verzuim. Zeer recent heeft de American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) een nieuwe richtlijn gepubliceerd over ergonomie in de endoscopie. De Amerikaanse professor Aman-deep Shergill richt zich als MDL-arts vooral op endoscopisch-ergonomisch onderzoek.¹ Vanuit het Europese continent blijft het op dit gebied vooralsnog relatief stil.

Is ergonomie in Europa geen issue? Hebben Nederlandse MDL-artsen minder scopie-gerelateerde blessures? Of hebben we meer oog voor ergonomie dan onze overzeese collega's? In 2022 publiceerde de groep van professor Benjamin Walter van de univer-



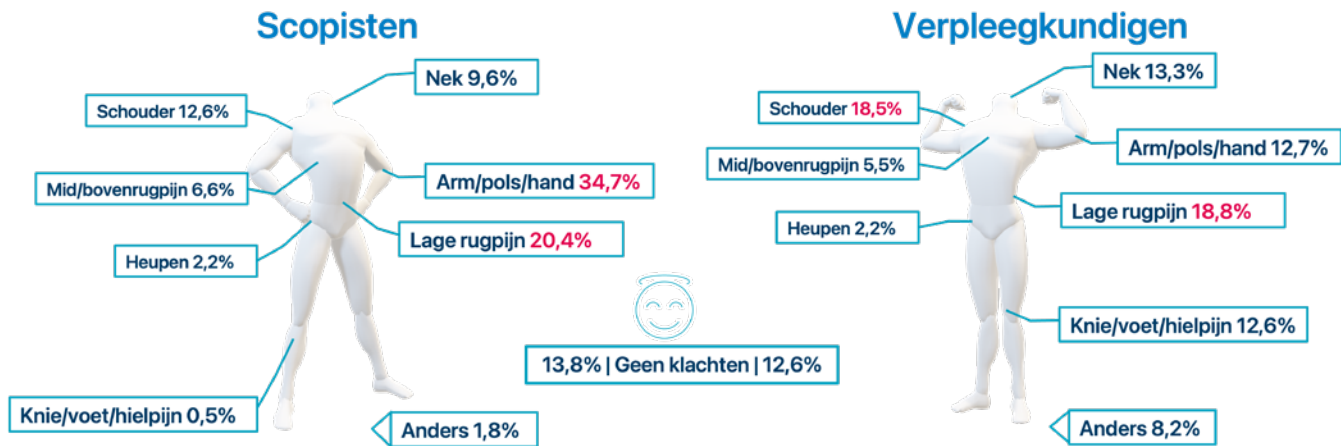
One scope fits all? Verschil in handgrootte tussen vrouwelijke aios en mannelijke MDL-arts.

siteit van Ulm de resultaten van een onderzoek onder Duitse MDL-artsen (n=151) in 'hoog-volume' centra. Hieruit bleek dat 76,8 procent van de respondenten last had van endoscopiegerelateerde ERI's.² ERCP'isten bleken relatief vaak ERI's te ontwikkelen (91 procent, van wie 32 procent gerelateerd aan het uitvoeren van ERCP), evenals coloscopisten die lange of zeer veel procedures verrichtten.³ In Nederland zijn scopie-gerelateerde ERI's nooit in kaart gebracht. Voor endoscopieverpleegkundigen zijn al helemaal weinig data over het vóórkomen van ERI's. Tot nu.

Begin 2023 is in groten getale meegedaan aan een onderzoek dat het voorkomen van ERI's onder Nederlandse endoscopisten en

endoscopieverpleegkundigen inventariseerde. 190 scopisten (23 procent van de Nederlandse MDL-artsen) en 336 verpleegkundigen reageerden. 43 procent van de scopisten is vrouw, bij de verpleegkundigen 93 procent. In beide groepen blijkt ongeveer 75 procent in een algemeen ziekenhuis te werken, 15 procent academisch en 10 procent in een diagnostisch centrum/ZBC.

Demografisch komen twee opvallende verschillen naar voren: de gemiddelde leeftijd van de scopist (MDL-artsen en aios) is 37 jaar, die van scopieverpleegkundigen 47 jaar, met een mediaan van 50 jaar. Naast toenemende, leeftijdsgerelateerde blessu-



regevoeligheid, ligt ook een grote uitstroom door pensionering in het verschiet. Ook opvallend: het lengteverschil tussen een mannelijke scopist en vrouwelijke verpleegkundige is 18 centimeter, wat weer implicaties heeft voor de werkhouding en -belasting die beide beroepsgroepen ervaren. Ter illustratie: een scopieverpleegkundige die continu omhoog moet kijken of een tafel die te laag staat omdat de verpleegkundige compressie moet kunnen geven. Verderop komen wij hierop terug.

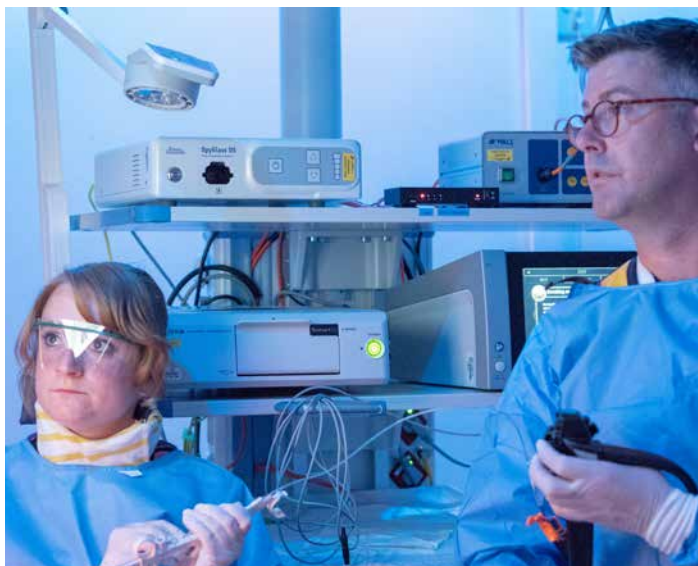
Als MDL-arts voer je gemiddeld 26 procedures per week uit. De verpleegkundig scopisten trekken dit gemiddelde omhoog. Tijdens een scopieprogramma houdt slechts 23 procent van de scopisten een micro-

pauze (20 seconden) om de spieren en gewrichten te ontspannen en strekken. 65 procent pauzeert tussen procedures door. 10 procent van de *die hard* scopisten pauzeert zelden. Op de kernvraag in het onderzoek: 'Ervaart u Muskulo-skeletale klachten?' beantwoordde 86 procent van de scopisten en verpleegkundigen met 'ja'. 78 procent van de scopisten en 87 procent van de verpleegkundigen relateerden deze klachten aan het uitvoeren van endoscopieën.

Deze percentages liggen in lijn met de Amerikaanse onderzoekdata (39-89 procent). Ondanks de extra draaglast van het loodschort en lang staan, lag het percentage ERI's bij ERCP'isten niet hoger dan bij niet-ERCP'isten. Zoals in de figuur wordt

aangegeven, zijn scopisten kwetsbaar voor het ontwikkelen van hand-/armklachten en lage rugklachten. Eerstgenoemde klacht is geassocieerd met verkeerde houding en te veel torquen, of krampachtig vasthouden van de schacht. Laatstgenoemde met over de patiënt heen hangen en passief 'hangen' aan een zijde van de heupen.

26 procent van de scopisten en 54 procent van de verpleegkundigen gaven aan dat zij door lichamelijke klachten gedurende een periode endoscopisch minder inzetbaar waren geweest, in 9 respectievelijk 5 procent van de gevallen zelfs structureel minder. ERI-gerelateerde uitval heeft dus niet alleen consequenties voor het persoonlijk functioneren, maar ook financiële impact. Scopieprogramma's moeten worden overgenomen of vallen uit door onvoldoende beschikbare endoscopieverpleegkundigen. Reden temeer om ergonomie aandacht te geven in de opleiding en terugkerend onderwijs voor zowel scopisten als verpleegkundigen. Momenteel hebben we dat nog niet op orde: slechts 25 procent van de scopisten gaf aan onderwijs over ergonomie te hebben gehad in de opleiding. 98 procent van de respondenten antwoordde negatief op de vraag of er op de afdeling een gestructureerd programma is ter voorkoming van blessures en of er ergonomische principes in de dagelijkse werkzaamheden zijn ingebouwd. Gelukkig gaf 92 procent aan geïnteresseerd te zijn om meer te leren over preventieve strategieën. Dus hoe nu verder? ▷



gemiddeld verschillen de een mannelijke scopist en vrouwelijke endoscopieverpleegkundige 18 centimeter in lengte. Steeds omhoog kijken leidt tot nekklachten.

Adviezen, de richtlijn en de toepasbaarheid: de ergonomist aan het woord

Op basis van de data die beschikbaar zijn en data die we hebben verkregen door het onderzoek dat begin 2023 is uitgevoerd is er voldoende reden om een aantal basisprincipes toe te passen in het dagelijks handelen.

Deze basisprincipes zijn:

- Het aannemen van een dynamische houding;
- Het toepassen van microbreaks;
- Juiste hantering van tools.

Aanpassing van werkhouding en optimale inrichting van de werkplek liggen voor de hand, maar gebeuren lang niet altijd. Zoals gezegd: maar liefst 98 procent van de scopisten gaf aan géén structurele ergonomische principes te hebben ingebouwd tijdens de werkzaamheden.

Werken vanuit een neutrale positie in de gewrichten (extremiteiten en wervelkolom) laat de minste belasting zien van de core spiersystemen en gewrichten. Daarnaast draagt een dynamische houding bij aan het spierpompvermogen en aan betere afvoer van afvalstoffen. Een dynamische houding hou je ook langer vol dan een statische houding.⁴

Studies bij de snijdende specialismen lieten eerder al het positieve effect van (micro) pauzes zien. Neem gedurende de dag steeds een micropauze (elke 20 minuten zo'n 10-20 seconden), ook tijdens een ingreep. Eenvoudige fysieke oefeningen zijn voldoende voor een boost van de circulatie. Deze micropauzes hebben, zoals vaak gedacht, geen negatieve invloed op de productiviteit. Een kortere pauze (elk uur) of een langere pauze na een aantal ingrepen (lees: weg van de werkplek, uitvoeren van fysieke andere taken, mentale reset) draagt eveneens bij dat je vermindering van fysieke belasting ervaart.

Duurzaam veranderen van gedrag van mensen in de zorg is een uitdaging. Als

iets nieuws is aangeleerd, moet hiervoor steeds aandacht worden gevraagd (ASGE guideline). Zorg dat tijdens de dagstart de scopisten en verpleegkundigen er weer even op worden gewezen. Blijven herhalen van het belang van endoscopische ergonomie,

het aanbieden van educatie hierover, zorgdragen voor veilige en gelijkwaardige communicatie en positief ingezette *peer to peer* feedback, helpen het (beweeg)gedrag op de scopiekamer duurzaam te veranderen.

Enkele praktische adviezen

ASGE Guideline Ergonomics Recommendations

- 1 The ASGE recommends ergonomic education to reduce the risk of ERI. (Strong recommendation, low quality of evidence).
- 2 The ASGE recommends a neutral monitor position during endoscopies to reduce the risk of ERI. (Strong recommendation, low quality of evidence).
- 3 The ASGE recommends the use of neutral bed height to reduce the risk of ERI. (Strong recommendation, very low quality of evidence).
- 4 The ASGE suggests the use of anti-fatigue mats to reduce the risk of ERI. (Conditional recommendation, very low quality of evidence).
- 5 The ASGE suggests that GI endoscopists take micro breaks and scheduled macro breaks to reduce the risk of ERI. (Conditional recommendation, very low quality of evidence).

Ideale inrichting van de werkplek in het kort

- Het bed staat op heuphoogte van degene die scopieert. Afhankelijk van de lengte van de scopist is dit tussen 85 tot 120 centimeter. Een ezelsbruggetje om de optimale hoogte te bepalen, is 90 graden flexie van de ellebogen met bovenarmen langs het lichaam en schouders ontspannen. De ruimte tussen het bed en uw vingertoppen is maximaal 10 centimeter. Als de scopist een stuk kleiner is dan de ondersteuners, kan het gebruik van een verhoging worden overwogen als deze het handelen niet in de weg staat.
- Zorg ervoor dat de monitoren voor alle betrokkenen goed zijn gepositioneerd. Zorg ervoor dat de monitor voor de scopist op neutrale kijkhoogte staat. Afhankelijk van de lengte van de scopist is dit 93 tot 162cm. De hoek waarin naar het scherm wordt gekeken is tot 15-25° neerwaarts, of wel de bovenrand

- van het scherm is ongeveer op ooghoogte). Probeer de monitoren ook voor verpleegkundigen op een voor hen zo neutraal mogelijke kijkpositie in te stellen. De monitor met vitale functies is idealiter op ooghoogte gepositioneerd voor degene die patiënt monitort.
- Streef naar optimale beweegruimte rondom het bed. Probeer snoeren en kabels zoveel mogelijk via het plafond te leiden. Zo niet, bundel de kabels en bedek deze kabels met een kabelgoot (of handdoek) om het risico op een val te beperken.
- Zet karren dichtbij, zodat zo min mogelijk hoeft te worden bereikt. Reiken en over patiënten heen buigen, geeft zware lumbale belasting.
- Zorg voor voldoende verlichting op de werkplekken in de scopiekamer.

Ideale houding en adviezen tijdens het werk

- Sta rechtop, trek de navel iets in (span de coremusculatuur aan), houd de schouders ontspannen en hoofd licht in retractie met kruin uitgestrekt, houd de knieën uit het slot en sta op de hele voet; met andere woorden: werk in een dynamische houding. Voorkom de heup aan één kant op slot te zetten. Dit lijkt ontspannen, maar leidt tot onderrugklachten.
- Sta dicht bij het bed en de patiënt om de druk op de rug en belasting van extremiteiten zo klein mogelijk te houden. Wie verder dan 30 graden vooroverbuigt, zorgt voor een toename van de druk op de lumbale wervelkolom van een natuurlijke 25 kilogram die kan oplopen tot 150 kilogram!
- Houd de handen (met instrumentaria) zo dicht mogelijk bij de romp, voor een zo neutraal mogelijke houding van de bovenste extremiteiten.
- Zorg ervoor dat alle extremiteiten steun vinden (op de vloer, bed, of patiënt).
- Houd altijd de neus en de neuzen van de schoenen dezelfde kant op en zorg dat die elkaar over en weer volgen; dit voorkomt rotaties in wervelkolom en extremiteiten.
- Wissel met regelmaat van houding indien mogelijk.
- Wees creatief in het zoeken naar alternatieve houdingen.
- Wat betreft compressie, zorg dat het lichaam helpt bij tillen en draaien; werk niet met de handen en armen alleen.



Riding the endoscopic carpet bij patiënt in rechter zijligging: als het maar ergonomisch is



Akin Inderson

is MDL-arts met aandachtgebied HPB en interventie endoscopist aan het Leids Universitair Medisch Centrum. Ook is hij, na een doorgemaakte lumbale hernia, ervaringsdeskundige en pleitbezorger van ergonomie in de endoscopie, zowel in de opleiding als op de werkvloer.



Clair van Baal, MSc.

is directeur van Arbo Fysiocare dat trainingen en advies geeft op het gebied van preventie en inzetbaarheid in het kader van Arbeid en Gezondheid (ergonomics, onderzoek naar ervaren werkbelasting, re-integratie) in de zorg (eerste en tweede lijn). Als interventionist met een ervaren multidisciplinair team adviseert Arbo Fysiocare onder meer het St. Antonius Ziekenhuis. Het inspireren van (individuele) zorgverleners en het implementeren van nieuwe strategieën in de soms stugge wereld van zorgorganisaties zijn uitdagingen die Arbo Fysiocare graag voor opdrachtgevers aangaat. Daarnaast is Clair praktijkhoudend manueel therapeut bij Manueel-Fysiocare (drie paramedische centra in Nieuwegein). Met haar twintig jaar ervaring is zij binnen het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) betrokken bij verschillende projecten op het gebied van zorginnovatie en implementatie in de paramedische zorg.

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 1-2024 (p. 57 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Adviezen instrumentaria, kleding, schoeisel

- Verschillende mensen, verschillende handgrootten (zie foto op pagina 6 van twee handen, één scoopheft). Het is raadzaam om instrumentaria aan te schaffen die aan te passen zijn op lichaamsgrootte. Denk bijvoorbeeld aan het opzetstuk voor de kleine knop van de Olympus coloscoop.
- Werk, indien nodig, met een opstapje om op ideale hoogte te kunnen werken.
- Zorg voor goed schoeisel met voldoende steun van het voetbed; er is geen one size fits all. Investeer in verschillende schoeisel-mogelijkheden.
- Draag zo nodig compressiekousen (al dan niet bij langer durende ingrepen).
- Draag, indien mogelijk een eigen, goed passend, loodschort.
- In de richtlijn van de ASGE wordt een anti-vermoeidheidsmat aangeraden. Op basis van de uitkomsten van het Nederlandse onderzoek, de eigen klinische expertise en bovenstaande alternatieven houden wij dit bij een optie in plaats van een aanbeveling.

10 TIPS

om wetenschappelijk onderzoek te verduurzamen: voor onderzoekers, door onderzoekers

De zorgsector is verantwoordelijk voor zo'n 7 procent van de uitstoot van de broeikasgassen in Nederland.¹ Hiermee is de uitstoot van de zorgsector vergelijkbaar met de uitstoot van de luchtvaartsector.² Verduurzaming is dan ook noodzakelijk om de Nederlandse zorg toekomstbestendig te maken. Als het gaat om verduurzamen wordt in de zorgsector de focus vaak gelegd op bewuster scheiden van afval, reduceren van gebruik van (wegwerp)plastic en hergebruik van materialen. Echter, er is ook op andere fronten veel winst te behalen. Het verduurzamen van het medisch wetenschappelijk onderzoek is er hier één van.

Tijdens de afgelopen najaarseditie van de Digestive Disease Days (DDD) organiseerde het PhD Netwerk van de Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie (NVGE) een symposium over duurzaam onderzoek. Het doel van dit symposium was het doen van duurzaam onderzoek breder onder de aandacht te brengen. Postdoctoraal onderzoeker Tim Stoberneck en MDL-arts Marjolijn Duijvestein (beiden werkzaam in Radboudumc) schetsten de milieupact van de MDL-zorg en MDL-gerelateerd wetenschappelijk onderzoek, en gaven de deelnemers inzicht in hoe deze impact kan worden verminderd door verduurzaming.

Vervolgens verzorgde Green Care Academy, een educatief platform dat zich inzet voor het verduurzamen van de zorg, een interactieve *meet the expert* sessie. In deze sessie stelde Green Care Academy met de aanwezige onderzoekers uit verschillende ziekenhuizen een lijst met interventies voor het verduurzamen van wetenschappelijk onderzoek op. De focus lag hierbij op haalbare interventies met een zo hoog mogelijke impact.

Aan de hand van de input van de aanwezige onderzoekers zijn tien tips opgesteld over hoe we gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek kunnen verduurzamen. Deze presenteren wij, in navolging op een eerder verschenen artikel in MAGMA over tips voor de ideale duurzame endoscopiekamer.³





Evalueer kritisch het nut van een onderzoek

Onderzoek is van essentieel belang om de medische zorg te verbeteren. Toch is niet elk onderzoek altijd even zinvol. Voorkomen van het uitvoeren van overbodig of irrelevant onderzoek is de meest efficiënte manier om onderzoek te verduurzamen. Een kritische afweging van de zin van een onderzoek, op basis van de beschikbare literatuur en statistische onderbouwing, is hiervoor essentieel. In dit licht is het publiceren van negatieve resultaten van een wetenschappelijk onderzoek ook heel belangrijk. Het voorkomt dat een ander eenzelfde onderzoek onnodig herhaalt.



Neem duurzaamheid op als onderdeel van het studieprotocol

Duurzaamheid opnemen als onderdeel van een studieprotocol zet aan tot kritische evaluatie van zaken zoals studie-gerelateerde diagnostiek, logistiek en inkoop van materialen. Het motiveren van noodzakelijkheid van bepaalde diagnostiek, benodigdheden voor fysieke studie-visites (met bijbehorende reizenbewegingen) en gebruik van specifieke (wegwerp)materialen helpen om duurzame keuzes te maken waar mogelijk. Een concreet voorbeeld: ziekenhuizen maken voor bloedonderzoek veelal gebruik van standaardpakketten met bepalingen. Niet alle bepalingen binnen deze standaardpakketten zijn altijd geïndiceerd, zeker niet voor wetenschappelijk onderzoek. Hier bewust bij stilstaan reduceert milieu-impact en zorgkosten. Online is een verscheidenheid aan bronnen te vinden die handvatten bieden voor het evalueren van de duurzaamheid van onderzoek en onderzoeksprotocollen.^{4,5}



Verminder energieverbruik op de werkplek

Energieverbruik is naar schatting verantwoordelijk voor 38 procent van de uitstoot van de broeikasgassen in de Nederlandse zorgsector.¹ Het uitzetten van verwarming, computers en verlichting bij vertrek van de werkplek, alsmede het reduceren van onnodig e-mailverkeer, uitschrijven voor (ongewenste) nieuwsbrieven en het leegmaken van de inbox reduceren het energieverbruik op de werkplek significant. De som van dergelijke kleine interventies op persoonlijk niveau zorgt voor een grote gezamenlijke impact.



Beperk reizenbewegingen van (studie) patiënten

Reizenbewegingen van patiënten en zorgverleners zorgen voor zo'n 22 procent van de zorg-gerelateerde CO₂-uitstoot.¹ Het beperken van reizenbewegingen van patiënten voor onderzoek gerelateerde activiteiten kan bijdragen aan een aanzienlijke reductie van deze uitstoot. Streef er daarom naar zoveel mogelijk onderzoeksactiviteiten op één dag te plannen en waar mogelijk studievacatures op afstand te doen.



Beperk (de impact van) woon-werkverkeer van zorgmedewerkers

Gezien de significante impact van reizenbewegingen op de CO₂-voetafdruk van de zorgsector¹ is het belangrijk dat werkgevers het reizen van medewerkers per fiets of het openbaar vervoer stimuleren. Naast verduurzaming van de manier van reizen, draagt ook het reduceren van woon-werkverkeer door thuiswerken bij aan het verminderen van de CO₂-voetafdruk. In dit kader doen werkgevers er goed aan adequate thuiswerkplekken te faciliteren en (incidenteel) thuiswerken aan te moedigen.



Stimuleer treinreizen naar congressen

Een vliegreis zorgt voor gemiddeld 30 tot 50 keer zoveel CO₂-uitstoot als een treinreis. Om die reden zouden treinreizen - waar mogelijk - de nieuwe standaard moeten worden voor het bezoeken van internationale bijeenkomsten. Het vliegen van businessclass moet sowieso worden vermeden. Businessclass stoelen nemen immers meer ruimte in, waardoor er minder passagiers in één vliegtuig passen en de CO₂-uitstoot per passagier hoger is. Lege Businessclass stoelen zullen hopelijk in de toekomst leiden tot efficiëntere inrichting van vliegtuigen door luchtvaartmaatschappijen. Om het reizen per trein te stimuleren, stellen onder meer Erasmus MC en Universiteit Twente kaarten beschikbaar om gemakkelijk na te gaan welke locaties in Europa goed per trein te bereiken zijn.^{6,7} Voor werknemers van sommige Nederlandse zorginstellingen geldt inmiddels al dat als een bestemming binnen 8 uur per trein bereikbaar is, een vliegticket niet langer meer wordt vergoed. Meer in het algemeen geldt dat je als zorgprofessional ook kritisch bij jezelf te rade gaat of een fysiek congresbezoek daadwerkelijk nodig is.

Advertentie



Stel plantaardige catering in als standaard bij (onderzoeks)bijeenkomsten

Onderzoek van de Wageningen Universiteit laat zien dat het vervangen van vlees door bijvoorbeeld vegetarische burgers of peulvruchten voor één dag al leidt tot 26 procent minder CO₂-uitstoot en een besparing van ongeveer 19 liter water (ca. een halve douchebeurt).⁸ Met de grote variatie aan goede plantaardige opties kan plantaardig voedsel als standaard norm voor catering bij bijeenkomsten dus een aanzienlijke impact maken. Plantaardig eten zorgt overigens niet alleen voor minder milieuschade, het draagt ook bij aan een verbeterde voedselveiligheid en minder gezondheidsschade door welvaartsziekten.⁷



Gebruik digitale alternatieven voor papierwerk

Onderzoek gaat vaak gepaard met veel papierwerk. De digitale mogelijkheden voor het versturen van informatiebrieven, bijhouden van studielogs en ondertekenen van documenten zorgen ervoor dat printen steeds minder vaak nodig is. Alleen printen wanneer strikt noodzakelijk leidt tot minder verspilling van papier en gebruik van printapparatuur. Verdere versoepeling van regels vanuit Medisch Ethische Toetsingscommissies ten aanzien van verplichte papieren dossiers met 'natte handtekeningen' draagt bij aan reductie van papierverbruik. Er zijn al initiatieven die zich hier hard voor maken, zoals Ontregel het onderzoek.¹²



Verduurzaam vriezers (Freezer Challenge)

In het kader van wetenschappelijk onderzoek wordt regelmatig materiaal opgeslagen in zogenoemde ultra-lage-temperatuurvriezers. Deze vriezers staan doorgaans ingesteld op temperaturen rond de -80 °C. Hiermee verbruiken deze vriezers dagelijks evenveel energie als een geheel huishouden.¹⁰ Voor veel materialen is bewaren op -80 °C echter helemaal niet nodig en kan de vriezer in ieder geval veilig naar -70 °C. Daarnaast wordt het energieverbruik aanzienlijk verminderd door het weggooien van ongebruikte materialen en het efficiënter inrichten en regelmatig ijsvrij maken van de vriezers. Participatie in internationale initiatieven zoals de Freezer Challenge biedt goede handvatten om het energieverbruik van vriezers te verlagen.¹¹



Druk minder proefschriften en gebruik duurzame inkt- en papiersoorten

Jaarlijks promoveren er honderden onderzoekers in Nederland. Proefschriften worden vaak in onnodig hoge oplages gedrukt. Dit leidt tot grote aantallen proefschriften die uiteindelijk on-aangeraakt in de prullenbak belanden. Dus bezint eer je begint met het drukken van proefschriften. Wie vooraf inventariseert in hoeverre er behoefte is aan een fysiek exemplaar, in plaats van een digitale versie, bespaart kosten en vermindert tegelijkertijd de CO₂-uitstoot. En wie kiest voor duurzame inkt- en papiersoorten, doet daar nog een schepje bovenop.

Wij hopen dat genoemde interventies ervoor zorgen dat u wordt aangezet om na te denken over de duurzaamheid van het wetenschappelijk onderzoek van morgen. Daarnaast zijn we ervan overtuigd dat het goed is als de (MDL) Green Teams zich - naast verduurzaming van de zorg - ook ontfemen over verduurzaming van wetenschappelijk onderzoek.

Voor meer informatie over verduurzaming van de zorg en praktische tips, zie www.greencareacademy.nl.

Bestuur NVGE PhD Netwerk:

Ayla Thijssen, Querijn van Bokhorst, Elsa van Liere, Anke Onnekink, Elyke Visser (allen arts-onderzoeker)

Else de Ridder, oprichter Green Care Academy

Marjolijn Duijvestein, MDL-arts Radboudumc

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 1-2024 (p. 57 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Advertentie

Transfermarkt vertoont lentekriebels

Noorden

Jan Mark Götz is per 1 januari gestopt als MDL-arts in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen. Als een soort prepensioen werkt hij nog één dag per week in DC Klinieken Groningen en daarnaast neemt hij waar in het noorden van het land. Per 1 december 2023 heeft Roland Schröder de maatschap bij het Nij Smellinghe ziekenhuis in Drachten verlaten. Hij werkt nu als MDL-arts bij Treant Zorggroep in Emmen.

Westen

Per 1 april 2024 start Joep Ijspeert als MDL-arts bij de vaste staf in het Antoni van Leeuwenhoek, na er te hebben gewerkt als *fellow*. Clasine de Klerk (opleiding Amsterdam UMC) gaat vanaf mei 2024 in het Reinier de Graaf Gasthuis werken als *chef de clinique* en voor *advanced endoscopy* ter vervanging van twee sabbaticals. Per 1 januari is Maarten van den Berg toegetreden tot de vakgroep van het Haga Ziekenhuis als MSC-lid, na er te hebben gewerkt als *chef de clinique*. Zijn aandachtsgebied is endo-echografie. Myrthe de Jong is in januari gestart als *chef de clinique* in het Haaglanden Medisch Centrum. Zij is opgeleid in het LUMC met aandachtsgebied *advanced endoscopy*. In het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam, starten twee fellows: op 1 februari 2024 is Fraukje Ponds (opleiding Amsterdam UMC) gestart en per 1 april komt Selma Lekkerkerker (opleiding Amsterdam UMC).

Oosten

Sjoukje Nauta is vertrokken uit de vakgroep in het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem en is in september 2023 gestart als *chef de clinique* in het Deventer Ziekenhuis, voorlopig als algemeen MDL-arts. Per 1 januari is Irene Vegting toegetreden tot de maatschap in het Slingeland ziekenhuis. Haar aandachtsgebied is oncologie. Per december 2023 is Kirsten Boonstra vast staf lid geworden in het Radboud UMC in Nijmegen, zij was reeds *fellow*. Haar aandachtsgebied is HPB. Per 1 januari 2024 is Mirjam Severs (opleiding UMCU) begonnen als *fellow* IBD in het Radboudumc in Nijmegen. Ook in het Radboud: per 5 februari 2024 is Yasmijn van Herwaarden gestart als staf lid oncologie. Zij was voorheen *fellow* in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.

Midden

Per 1 januari 2024 is Daisy Walter (eerder *chef de clinique*) toegetreden tot de maatschap bij het Diaconessenhuis in Utrecht. Op 15 januari is Margriet Timmer (opleiding Amsterdam UMC) begonnen als *chef de clinique* in het Meander Medisch Centrum Amersfoort. Haar aandachtsgebieden zijn hepatologie en oncologie.

Zuiden

Sinds 1 december 2023 is Steven Jeuring (opleiding MUMC+) werkzaam als *chef de clinique* bij de Anna Zorggroep in Geldrop, met als aandachtsgebied inflammatoire darmziekten. In het MUMC+ is

Marie-Claire Stoehr-Kleinegris wegens verhuizing naar het buitenland per 1 januari vervangen door Wenke Moris (opleiding MUMC+). Wenke start als veertiende MDL-arts met als aandachtsgebied hepatologie en levertransplantatie. Angelique Huijbers heeft het het Jeroen Bosch ziekenhuis per 1 januari verlaten. Zij gaat aan de slag als *chef de clinique* in het Maxima Medisch Centrum.

Diversen

Per januari is Romy Verbeek gestopt als MDL-arts. Zij start de opleiding tot radiotherapeut in het LUMC. Ten onrechte is in MAGMA 4-2023 vermeld dat het aandachtsgebied van Mark van Avesaat van het MSB Zuyderland MC NGM is. Dit moet echter HPB en *advanced endoscopy* zijn.

Aantallen

De aantallen per 1 februari 2024: 674 MDL-artsen in Nederland (van wie 6 niet-leden van de NVMDL), 21 pensionado's (die nog werkzaam zijn), 215 aios MDL.

Vacatures

Beatrix Ziekenhuis, Gorinchem: MDL-arts (0,2 - 0,3 fte)

Bergman Clinics, Amsterdam: MDL-arts (0,2 - 0,6 fte)

Bergman Clinics, Bilthoven: MDL-arts (0,2 - 0,8 fte)

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen: twee MDL-artsen (1,4 fte)

Catharina Ziekenhuis, Eindhoven: *fellow* MDL oncologie

Catharina Ziekenhuis, Eindhoven: anios MDL (1,0 fte)

Haga Ziekenhuis, Den Haag: anios MDL (1 fte)

Haga Ziekenhuis, Den Haag en Zoetermeer: MDL-arts *chef de clinique* (0,8 fte)

Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam: algemene MDL-arts (0,6 - 0,8 fte), 1 jaar met mogelijkheid tot verlenging, aandachtsgebied in onderling overleg

Isala, Zwolle: MDL-arts met aandachtsgebied IBD

Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht: anios MDL (1,0 fte)

Maatschap MDL Friesland / regio Heerenveen, Leeuwarden en Sneek: MDL-arts (0,6 - 1,0 fte)

Meander MC, Amersfoort: twee MDL-artsen (0,8 - 1 fte)

Medisch Spectrum Twente/Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Hardenberg en Winterswijk: MDL-arts (1,0 fte)

Nij Smellinghe, Drachten: twee MDL-artsen (1,6 fte)

Noordwest Ziekenhuisgroep/MSNW, Alkmaar: anios MDL (0,8 - 0,9)

Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar/Den Helder/Schagen: MDL-arts met aandachtsgebied IBD (0,8 - 0,9 fte)

Ommelander ziekenhuis, Scheemda: MDL-arts (0,6 - 1,0 fte)

Radboudumc, Nijmegen: anios MDL (1 fte)

Radboudumc, Nijmegen: hepatoloog (0,7 fte)

GENERALIST VS. SUPERSPECIALIST

“Als specialist moet je ook de generalist in je koesteren”

De MDL-arts van nu is niet meer de MDL-arts van vroeger. De kennis, kunde en technische mogelijkheden groeien met de dag. De superspecialisten zijn in opkomst. Veel (oudere) MDL-artsen maken zich zorgen: bestaat de generalistische MDL-arts straks nog wel? En is die nog nodig? Drie MDL-artsen buigen zich over deze kwestie: Bas Oldenburg, Kristien Tytgat en Ludger Epping.

Onder jonge MDL-artsen (in wording) bestaat grote belangstelling voor superspecialisatie, merken de MDL-artsen die deelnemen aan het rondetafelgesprek voor MAGMA. Twee van hen zijn ook opleider in hun ziekenhuis. Woorden als ‘hip’ en ‘sexy’ komen voorbij. “Het is natuurlijk interessant en spannend als een superspecialist een heel complexe ingreep klaart, zwetend zijn kamer uit komt en iedereen staat te klappen. Toch heb je voor het grootste deel van ons werk geen superspecialist nodig”, zegt Bas Oldenburg, MDL-arts in UMC Utrecht met als aandachtsgebied IBD én opleider. Wat hem betreft is er een *reality check* nodig onder degenen die al MDL-arts zijn én die het willen worden. Hij vindt dat een groot deel van het werk van MDL-artsen door deze adoratie wordt veronachtzaamd. “Neem bijvoorbeeld alles wat met functionele aandoeningen te maken heeft. Dat is reuze complex en je hebt heel goede dokters nodig om mensen daarmee verder te helpen. Dat wordt dan onvoldoende op waarde geschat.”

Kristien Tytgat, MDL-arts, gespecialiseerd

in palliatieve zorg in Amsterdam UMC en tevens opleider, herkent dat de superspecialist aantrekkelijk wordt gevonden onder jonge artsen. “Ik merk als opleider dat de aios gefascineerd zijn door de superspecialist die helemaal opgaat in zijn ene celletje of deelgebiedje. Maar het is natuurlijk maar voor een paar mensen weggelegd om in één techniek de allerbeste van Nederland te zijn. Ik zeg dan op zo’n moment: ‘Jongens, het gaat echt om de hele patiënt. Als je een goede arts wilt zijn, dan moet je de hele patiënt omvatten en moet je voor die patiënt de hele zorg kunnen leveren. Je moet precies weten, en daar heb je generalistische kennis voor nodig, wanneer je je buiten je comfortzone begeeft en moet doorverwijzen.’”

Superspecialisten

Aan de andere kant heb je ook superspecialisten nodig door de toegenomen kennis en technieken, onderkennen de gespreksdeelnemers. Zeker nu de MDL zich steeds meer richting microchirurgie begeeft. Niet alleen poliepen worden verwijderd, maar ook bijvoorbeeld hele carcinomen met endoscopische submucosale dissectie. Bas Oldenburg: “Als je kijkt vanuit medisch-technisch opzicht zijn het prachtige ontwikkelingen voor zowel de MDL-artsen als de patiënt. De medicijnen en technieken die we nu als MDL-arts kunnen inzetten, maken de chirurg in feite overbodig. Het is dan onontkoombaar dat een deel van de artsen zich daarop ook gaat toeleggen.” Tegelijkertijd constateert hij risico’s. “In feite zitten we in een traject dat de interne geneeskunde vele jaren geleden ook doorlopen heeft. Je ziet

nu bij de interne geneeskunde dat de verschillende specialismen zodanig van elkaar weg dobberen dat nog weinig internisten zich werkelijk eigenaar voelen van het hele internistische speelveld. Met als gevolg dat ze patiënten aan elkaar doorverwijzen. Een patiënt wordt bijvoorbeeld opgenomen met een infectie. Op een gegeven moment is er ook iets aan de hand met z’n nierfunctie, waardoor de nefroloog erbij wordt gehaald. Als sprake is van een heel hoog trombocytengetal, komt de hematoloog ook nog even meekijken. Zo’n werkwijze is natuurlijk uitermate ineffectief en kostbaar.”

Ludger Epping, MDL-arts in het Maasziekenhuis Pantein haakt daarop in. “Als een patiënt van topspecialist naar topspecialist wordt gestuurd, wie is dan de hoofdbehandelaar die hem of haar begeleidt? Patiënten begeleiden zie ik nog steeds als een van de belangrijkste taken van een arts. En op grond van zijn taakstelling kan een generalist dat waarschijnlijk beter dan een topspecialist die bijvoorbeeld voor *high-end* endoscopie verantwoordelijk is. Patiënten begeleiden en langs al die topspecialisten loodsen wordt zelfs steeds belangrijker. Ik doe dat nog steeds met veel liefde. Soms zijn patiënten voor onderzoek langs allerlei topspecialisten en centra geweest, waarna ze uiteindelijk bij mij terugkomen en zeggen: Wat is er überhaupt gebeurd?”

Kristien Tytgat herkent de verhalen van haar collega’s. “Als een patiënt in zo’n superspecialistisch traject zit, heb je voor je het weet 23 specialisten nodig. Wie is dan de hoofdbehandelaar? En wie kan ook



Kristien Tytgat: "Als je een goede arts wilt zijn, moet je ook de generalist in je blijven koesteren."

even verder kijken dan zijn neus lang is? Ik herinner mij een oncologische patiënt met dyspneu. De behandelaar zei toen 'dat het wel hyperventilatie zou zijn door de angst'. Maar het bleek uiteindelijk een longembolie." Een ander risico dat zij ziet, is kokervisie. "In Amsterdam UMC hebben we een oncologisch centrum opgezet - het Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum

Amsterdam (GIOCA). Het risico van zo'n specialistisch oncologisch centrum is dat je bij alle klachten denkt dat het kwaadaardig is, omdat je eenvoudigweg de kennis en ervaring mist van wat het allemaal nog meer kan zijn."

Generalisten

Bas Oldenburg: "Uit enquêtes blijkt dat

rond de 70 tot 80 procent van de specialisten vindt dat er meer aandacht voor generalisten moet zijn (Jambroes, NTvG 2023;167:D7929). Dat is over de volle breedte van de geneeskunde." Ook tijdens de Opleidingsdag van de NVMDL is deze vraag aan de orde gekomen, vertelt hij. "En ook toen bleek dat zowel aios als gevestigde MDL-artsen veel waarde hechten aan de generalist." Kristien Tytgat: "Ik geloof dat iedereen er inderdaad van doordrongen is dat we niet zonder generalisten kunnen, maar tegelijkertijd denk ik dat veel collega's zich op persoonlijk niveau heel senang zouden voelen als superspecialist. Je bent dan immers de koning of koningin in je vakgebied. Bovendien heeft het een bepaalde gemakkelijheid: je kunt je richten op één ding en je hoeft niet meer het hele MDL-spectrum bij te houden. Daarom is mijn visie: als je een goede arts wilt zijn, moet je ook de generalist in je blijven koesteren." De anderen beamen dit laatste volmondig.

Bas Oldenburg constateert echter een groeiend spanningsveld. "De toename van superspecialisten brengt automatisch een verlies van generalisten met zich mee. Daar zit een spanningsveld. Het botst." De gespreksdeelnemers noemen allerlei fricties. Want hoeveel MDL-artsen laat je doorstromen naar een superspecialisme? Hoe ziet de taakverdeling er dan uit op de werkvloer? Moeten de superspecialisten bijvoorbeeld ook (evenveel) diensten doen op zaal en op de poli generalistische zorg blijven leveren? Krijg je geen a- en b-specialisten, met de superspecialist die meer standing en status heeft dan de generalist? En hoe zit het met de opleiding en nascholingen: moet iedere arts van alle (basis)kennis op de hoogte zijn én blijven? Is dat überhaupt mogelijk?

Taakverdeling

Kristien Tytgat: "Je zou een berekening kunnen loslaten op het aantal superspecialisten dat je nodig hebt. Maar wat ik relevanter vind: er moet bij iedere superspecialist - of je nu in een academisch, topklinisch of perifeer ziekenhuis werkt - een basis zijn

aan algemene kennis, zodanig dat ze in de dienst of supervisie op zaal de basiszorg kunnen leveren. Dat moet niet alleen in de opleiding worden gegarandeerd, maar ook ná de opleiding.” Bas Oldenburg is het met haar eens. “Een verdeling maken tussen generalisten en superspecialisten is lastig. Ik doe supervisie op zaal en superviseer ook over patiënten met aandoeningen die niet binnen mijn focus of interessegebied liggen. Dat moet je in principe kunnen.” Ludger Epping brengt wat nuance aan. “Een endoscopie superspecialist moet mijns inziens wel meer tijd voor endoscopieën krijgen, en zal daardoor misschien wat minder poli draaien. Het gaat immers ook om kwaliteit leveren. Wat er aan endoscopie allemaal mogelijk is, kun je niet leren als je daarvoor niet wordt vrijgesteld. Bovendien kun je alleen kwaliteit leveren op bijvoorbeeld het gebied van endoscopisch complexe procedures als je het vaak doet.” Kristien Tytgat haakt daarop in: “Chirurgen hebben heel goed uitgezocht welke leercurve je moet doorlopen voordat je succesvol bent en geen brokken maakt.”

Plannen CGS en FMS

Bas Oldenburg haalt een document van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) aan. “Daarin bepleit men dat we toe moeten naar acht kernspecialismen (volgens cijfers van Federatie Medisch Specialisten (FMS) zijn het er nu 28, red.). De kernspecialisten moeten dan de algemene laag- tot middelcomplexe zorg verrichten, wat geschat wordt op zo’n 80 procent van de klinische werkzaamheden. Voor de overige 20 procent zijn superspecialisten nodig, die zich vanuit het kernspecialisme kunnen doorontwikkelen.” Terzijde merkt hij op: “Ik zou overigens niet zo goed weten bij welk kernspecialisme de MDL-artsen zich zouden moeten scharen. Logischerwijs zou men van bovenaf kunnen zeggen: jullie vallen onder de interne, maar daar voelen we ons tegenwoordig niet meer thuis, denk ik.”

Ook de FMS speelt met de gedachte van nieuwe vormen van generalisten: een algemene medisch specialist voor de beschou-

wende vakken interne geneeskunde, reumatologie, longgeneeskunde en MDL. De opleiding voor deze algemene medische specialist zou korter moeten zijn, zo’n vier jaar. Daarnaast is er de medisch specialist zoals we die nu kennen: deze doet in feite ook de generale opleiding, maar specialiseert zich daarna, vergelijkbaar met de huidige differentiatie en uitstroomprofielen.

“Ik ben helemaal voor generalisten, maar je moet niet overdrijven”, reageert Bas Oldenburg. “En een kortere opleiding? Kom op, zeg! Ook generalist-zijn is een specialistisch vak, waarvan de status niet anders is dan die van een superspecialist die met zijn pink een superslimme ingreep kan doen in een galwegkanaaltje. Wat ik mij wel kan voorstellen is dat we meer inzetten op de ziekenhuisarts, die veel algemeen klinische taken kan overnemen samen met de SEH-arts. En dan heb ik het niet over poliklinie-

ken, want daar wordt toch meer MDL-kennis en een robuuste basis gevraagd.” Kristien Tytgat beaamt de visie van haar collega. Ook Ludger Epping vindt dat de grens is bereikt van wat je vanuit de beschouwende vakken allemaal aan kennis moet weten en waarin je up-to-date kan blijven.

(Na)scholing

Zelfs voor de generalisten blijkt het al lastig alle ontwikkelingen in het volle MDL-spectrum bij te houden, blijkt uit de verhalen tijdens het rondetafelgesprek. Ludger Epping: “Door de toegenomen medische kennis kun je als MDL-arts onmogelijk alles weten en onthouden.” Zelf heeft hij veel baat bij de jaarlijkse Duitse Gastro Update. Daar geven twaalf topspecialisten gedurende twee dagen een update van de laatste ontwikkelingen op MDL-vakgebied die relevant zijn voor zijn dagelijkse praktijk. “Denk hierbij aan bijvoorbeeld indicatieverande-

Ludger Epping: “Van topspecialist naar topspecialist: wie is dan de hoofdbehandelaar?”



ringen. Dat is informatie die generalisten dringend nodig hebben. Het vergt immers veel te veel tijd om in de breedte alle wetenschappelijke congressen van MDL af te lopen. Dat gaat niet. Bij de postgraduate cursus van het United European Gastroenterology (UEG) krijg je ook een standaard update, maar nooit een volledige update van het gehele MDL-gebied. Ook vind ik het jammer dat de Europese Gastro Update er niet meer is.”

Bas Oldenburg herkent dat. Ook over nascholingen moet goed worden nagedacht, vindt hij. “Want het is best lastig hoe we kunnen borgen dat MDL-artsen het hele vakgebied blijven beheersen.” Kristien Tytgat: “Je hoeft niet alles tot in detail te weten en het ook niet allemaal zelf te doen. Als het écht te ingewikkeld wordt, dan kun je ook doorverwijzen. Denk bijvoorbeeld aan het verwijderen van een van de groot-

ste poliepen door een Endoscopisch Submucosale Dissectie (ESD). Maar je moet wel in grote lijnen weten dat het bestaat, dat het kan, tot waar je het zelf kunt en wanneer je het moet overdragen. Ik heb als generalistische MDL-arts de mazzel dat ik in een academisch ziekenhuis werk waar ook artsen worden opgeleid, waardoor ik de nieuwste ontwikkelingen meekrijg.”

Snelle ontwikkelingen

Bas Oldenburg wijst op de snelheid van de ontwikkelingen. “Iets wat we nu bespreken, kan over tien jaar weer verouderd zijn. Het vak van geneeskunde is natuurlijk fluïde en blijft zich ontwikkelen. Neem een chirurg met als focus de buik. Toen ik startte als MDL-arts deed zo’n chirurg voornamelijk operaties vanwege zuurgerelateerde problemen, zoals maagzweren. Dat doen ze nu hooguit één keer per jaar. Omdat wij als MDL-artsen steeds invasiever worden, zijn

wij steeds meer op hun plek gaan zitten. We hebben immers de medicijnen en technieken die de chirurg op dit vlak overbodig maken. Dit betekent dat wij over tien jaar misschien onze collega’s niet meer herkennen zoals wij zelf zijn opgeleid.” Het vak zal dramatisch veranderen, vervolgt hij. “Misschien dat wij als MDL-artsen in de komende twintig jaar voor een deel overbodig raken in de diagnostiek, omdat de radiologie veel beter wordt. Het kan ook zijn dat onze therapeutische behandelingen deels overbodig worden, omdat de interventieradiologie een grotere rol gaat spelen. Er komen ongetwijfeld nieuwe technieken bij waarvan we nu nog helemaal geen weet hebben. De ontwikkelingen gaan heel snel. Denk alleen al aan de mogelijkheden van AI.”

Kristien Tytgat: “Er komen nieuwe technieken bij, maar er vallen ook weer technieken af. Ziektes komen en ziektes gaan. En alles wat de diagnostiek beter kan maken: prachtig. Maar je zal nooit de communicatie – denk aan begeleiding, palliatie, en dergelijke – uit het vak kunnen halen. Communicatie blijft *key*.” Ludger Epping: “Bij AI zie ik vooral voor de superspecialisten een gevaar. Voor generalisten zie ik die minder, omdat de emotionele relatie tussen arts en patiënt altijd zal blijven bestaan – daarvan ben ik zeker – omdat patiënten dat belangrijk vinden, ook als AI de beste diagnoses maakt.”

Hij haalt een voorbeeld aan. “Wij hebben net de casus achter de rug met een 91-jarige patiënt die weliswaar topfit was, maar wel last had van icterus door een pancreascarcinoom, waarvoor een galwegdrainage werd uitgevoerd. Vervolgens krijgen we van het MDO stereotactische radiatie als advies, terwijl wij als generalisten al lang met de patiënt hadden besproken dat we dat niet gingen doen. Ook dat heeft veel waarde: zo’n gesprek met een 91-jarige patiënt en de *shared decision making*.” Bas Oldenburg: “De generalist heeft een zeer belangrijke rol in ons vakgebied. Ik denk dat wij dat als MDL-artsen en opleiders ook moeten blijven uitstralen.”

Bas Oldenburg: “De generalist heeft een zeer belangrijke rol in ons vakgebied.”



EERSTE ERVARINGEN MET LEEFSTIJLZORGLOKET BINNEN RADBOUDUMC

Voorkomen én genezen

Zorgverleners in het ziekenhuis spelen een belangrijke rol in het signaleren en bespreekbaar maken van een ongezonde leefstijl. Zij weten dat het positief beïnvloeden van de leefstijl van een patiënt in veel gevallen de ziektelast kan verlichten, het herstel kan bespoedigen en kwaliteit van leven kan bevorderen. In de praktijk is binnen een regulier ziekenhuisconsult vaak te weinig tijd om dit goed te adresseren. Bovendien zijn passende vervolgstappen niet bij iedereen bekend. Om die redenen heeft het Radboudumc sinds 1 maart 2023 een leefstijlzorgloket. Tijdens of na hun behandeling kunnen patiënten hier terecht voor een gesprek over hun leefstijl.

Wat is het leefstijlzorgloket?

Het leefstijlzorgloket biedt medisch specialisten, basisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants de mogelijkheid patiënten er intern naar te verwijzen wanneer sprake is van roken, overmatig alcoholgebruik of (ernstig) overgewicht. Ook kunnen kwesties als slaapttekort, chronische stress of bewegingsarmoede aanleiding zijn voor een verwijzing. Fysiek gezien bestaat het leefstijlzorgloket uit drie behandelkamers, waar dagelijks gemiddeld twaalf consulten van 45 minuten plaatsvinden. Tot de komst van een DBC financiert het Radboudumc het leefstijlzorgloket zelf.

Leefstijlcoaches en laatstejaars geneeskundestudenten die het verdiepingscoschap 'leefstijlgeneskunde' lopen, houden de consulten. Dit coschap wordt sinds 1 maart 2023 aangeboden binnen de geneeskundeopleiding van het Radboudumc, dat daarmee als eerste geneeskundeopleiding een coschap wijdt aan leefstijl.

Patiënten bespreken met de leefstijlcoach of coassistent wat hun gezondheidswensen zijn en wat leefstijlverandering teweeg kan

brenge. Aan de hand van het Leefstijlroer¹ van de Vereniging Arts en Leefstijl brengen zij samen diverse leefstijlfactoren in kaart. Met behulp van *Motivational Interviewing* bespreken zij welke acties of interventies passend zijn om naar een gezonde(re) leefstijl toe te werken. Patiënten krijgen informatie over de mogelijkheden, vergoedingen en werkwijze van diverse soorten leefstijlinterventies bij hen in de buurt. Er is ook aandacht voor belemmerende factoren. *Shared decision making* (Samen Beslissen) tussen zorgverlener en patiënt vormt het uitgangspunt voor de uiteindelijke vervolgstappen.² Dit is het proces waarbij de zorgverlener en patiënt gezamenlijk bespreken welk beleid het beste bij de patiënt past, rekening houdend met voor- en nadelen, voorkeur en omstandigheden (Federatie Medisch Specialisten, 2019).

Bij 65 procent van de consulten op het leefstijlzorgloket wordt een patiënt doorverwezen naar een leefstijlinterventie bij haar of hem in de buurt, zoals een diëtist, Gecombineerde Leefstijlinterventie of een stoppen-met-roken coach. Niet alle patiënten worden dus verwezen; sommige patiënten gaan met een leefstijlplan onder de arm naar huis waar zij zelf mee aan de slag gaan. Anderen kiezen ervoor om toch (nog) niet aan de slag te gaan met leefstijlveranderingen. Het leefstijlzorgloket koppelt conclusie en beleid terug aan de interne verwijzer en aan de huisarts van de patiënt. Drie maanden later hebben patiënten nog een telefonische controleafspraak, waarmee de behandeling van het leefstijlzorgloket eindigt.

Samenwerking met MDL

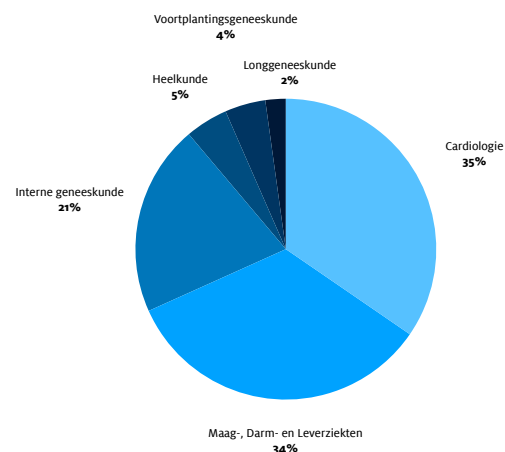
De MDL-afdeling van Radboudumc is één van actiefste verwijzers naar het leefstijlzorgloket (figuur 1). Sinds de start van de verwijzing in juni 2023 vonden meer dan

150 patiënten hun weg naar het Leefstijlzorgloket. Vooral patiënten met IBD-aandoeningen en darmfalen (short-bowel en motiliteitsproblematiek) bezochten de poli. Voordat de verwijzingen vanuit de MDL-afdeling op gang kwamen, kregen de zorgverleners voorlichting, onder meer over de werkwijze van het loket en de verwijscriteria. De adoptie van leefstijlinterventies verliep met name bij de IBD-groep voorspoedig, andere aandachtsvelden haakten later aan.

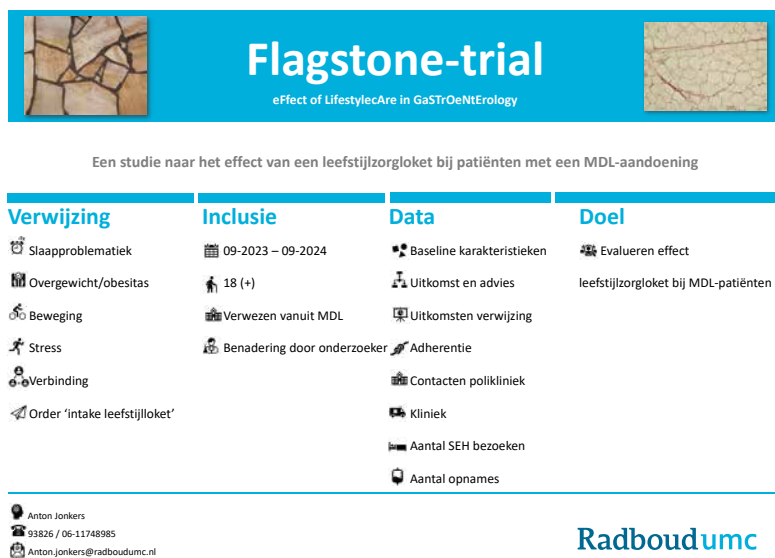
De praktijk laat zien dat verpleegkundig specialisten een hoofdrol spelen in het proces. Zij richten zich vanuit hun verpleegkundige expertise op kwesties als stoppen met roken, gewichtsreductie en kwaliteit van leven. Het leefstijlzorgloket is een welkome aanvulling op de bestaande verwijsopties en biedt, door het grote netwerk dat het loket heeft, patiënten uiteindelijk de best passende oplossing voor hun problematiek.

De eerste patiëntervaringen zijn positief. Vooral de zorg in de eigen regio wordt sterk gewaardeerd. Patiënten met bijvoorbeeld darmfalen komen uit heel Nederland en verwachten hun leefstijltraject minder goed vol

Figuur 1: Verwijzende specialismen (n=476)



Figuur 2: FLAGSTONE-trial



te houden als dit niet in de eigen regio wordt georganiseerd.

Op de verpleegafdeling zijn de anios en PA's een belangrijke groep verwijzers. Patiënten met HPB-gerelateerde problematiek, maar ook hepatologie en IBD zijn zich het sterkst van hun kwetsbare gezondheidstoestand bewust als zij opgenomen zijn. Dit blijkt een goed moment om leefstijlveranderingen te bespreken.

Onderzoek naar leefstijl en het leefstijlzorgloket

Binnen het Radboudumc wordt de rol van leefstijl en leefstijlinterventies bij verschillende aandoeningen onderzocht, zoals bij verschillende typen kanker, hart- en vaatziekten en neurologische ziekten. Prehabilitatie (fit worden voordat patiënten een behandeling ondergaan) en rehabilitatie (fit worden na een behandeling) zijn thema's die op verschillende afdelingen dichtbij de zorg staan. De onlangs opgerichte Radboudumc Preventiehub voor onderzoek en onderwijs levert aanvullende en ondersteunende expertise op het gebied van preventie in de zorg. Daar maakt leefstijl een centraal onderdeel van uit, zoals ook kennis over het betrekken van patiënten in onderzoek en gedragswetenschap.

Rondom het leefstijlzorgloket lopen verschillende onderzoeken, waaronder sinds september 2023 de FLAGSTONE-trial (figuur 2). In deze pilotstudie worden patiënten die vanuit de MDL naar het leef-

stijlzorgloket worden verwezen, gedurende een jaar prospectief vervolgd. Primaire uitkomstmaat is het effect van het leefstijlzorgloket, gemeten als uitkomst van het consult inclusief adherentie, vergelijking van aantal opnames en opnameduur voor en na leefstijlinterventie en kwaliteit van leven. Verder is er aandacht voor patiënttevredenheid.

Toekomstbeeld

Deze maand (maart 2024) bestaat het leefstijlzorgloket in het Radboudumc een jaar. De resultaten van het pilot-jaar worden geïnventariseerd en op basis daarvan volgt een stapsgewijze uitbreiding, waarbij het leefstijlzorgloket voor alle ziekenhuisafdelingen beschikbaar wordt gesteld. Daarbij wordt ook met afdelingen afgestemd in welke zorgpaden preventie een vaste plek krijgt – zo krijgt leefstijl een duidelijke en blijvende plek in de patiëntenzorg. Het Integraal Zorg-

akkoord (IZA) stelt dat de inzet op gezonde leefstijl uiterlijk 1 januari 2025 integraal onderdeel moet uitmaken van de reguliere zorg voor patiënten en mensen in risicogroepen. Samen met projecten als Beter Gezond, Fit4Surgery en Beter uit Bed geeft het Radboudumc met het leefstijlzorgloket en het coschap leefstijlgeneeskunde concrete invulling aan zijn strategische doel om preventie in te bedden in tweede en derde lijnszorg.

De ambitie van het Radboudumc is om in elk zorgpad een vast moment in te bouwen voor het bespreken van de leefstijl van een patiënt. Afhankelijk van de afdeling en in goed overleg kan hiervoor een verpleegkundig specialist of physician assistant worden aangewezen. Als de 'score' van een patiënt op diverse leefstijldomeinen hiertoe aanleiding geeft, zullen diverse vervolgstappen op het gebied van leefstijl worden besproken. Verwijzing naar het leefstijlzorgloket is dan niet de enige optie. In sommige gevallen kan een gesprek met de verpleegkundig specialist meer effect hebben. In andere gevallen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt al gemotiveerd is en weet waaraan hij of zij wil werken, ligt een route via Beter Verwijs meer voor de hand. Met behulp van dit verwijsplatform kan snel en gemakkelijk worden gezocht naar leefstijlinterventies in de woonomgeving van de patiënt. En wat ook blijkt? Soms blijkt de leefstijl geen belemmerende factor voor de patiënt: dan volstaat vaak een bemoedigend compliment!

Hidde Cusveller, leefstijlcoach en coördinator leefstijlzorgloket Radboudumc
Anton Jonkers, physician assistant & onderzoeker MDL Radboudumc



Advertentie

NVMDL MOET VOORTOUW NEMEN BIJ INRICHTING EN UITVOERING

Volumenormen voor ERCP: een onontkoombare ontwikkeling

Sinds de introductie van de flexibele endoscoop in 1957 ontwikkelt de gastro-intestinale endoscopie zich gestaag van een puur diagnostische naar een therapeutische techniek. Met name de laatste 15 jaar is deze ontwikkeling in een stroomversnelling geraakt. Van ERCP, EMR, ESD tot de nieuwste EUS geleide technieken en de ontwikkeling van de zogenaamde third space endoscopy. Vergeleken met de diagnostische endoscopie worden deze ingrepen steeds complexer en invasiever. Ze hebben een langere leercurve en kunnen eveneens gepaard gaan met ernstiger complicaties. Ook ontstaat in toenemende mate differentiatie tussen MDL-artsen. Niet iedereen beheerst meer elke MDL-interventie en is er subspecialisatie ontstaan. ERCP is een van de oudste interventie-endoscopieën, heeft een complicatierisico van ongeveer 10 procent en een mortaliteit van 0,5 procent. Daarmee behoort ERCP tot de meest risicovolle MDL-interventies.^{1/2}

De relatie tussen kwaliteit en kwantiteit in de geneeskunde is inmiddels in veel wetenschappelijk onderzoek aangetoond. Interessant - maar niet verrassend - is dat het niet alleen om de ervaring van de medisch specialist sec gaat, maar ook om de ervaring van het team om hem of haar heen. Een van de sprekende voorbeelden hiervan is hoe de mortaliteit van een Whipple operatie daalde na centralisatie. In 2004 was de mortaliteit gemiddeld 10 procent met een grote spreiding, in 2009 daalde die naar 5 procent.³ Ook voor ERCP's is aangetoond dat bij grotere volumes de slagingskans stijgt, het complicatie percentage daalt en de ingreep kosteneffectiever wordt.^{4/5/6/7}

In steeds meer landen, met het Verenigd Koninkrijk (VK) voorop, zijn volumenormen ontwikkeld en ondergaan endoscopiecentra een jaarlijkse audit op basis van door de centra zelf prospectief verzamelde kwaliteitsdata. In Nederland gebeurt dit in deze mate nu alleen voor de coloscopie en dan ook nog alleen voor de verrichtingen in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker (BVO). Op dit moment kunnen ERCP-kwaliteitsindicatoren worden geregistreerd in DGEA en DRCE. De endoscopie softwareleveranciers passen hun software aan, zodat deze zonder extra registratielast in DGEA komen. Bij visitaties wordt getoetst of registratie plaats heeft inclusief bespreking daarna.⁸

In het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) is er de opdracht een volumenorm voor ERCP's bij pancreascarcinomen te ontwikkelen. Dat is een goede ontwikkeling, al is het vreemd dat zo'n norm alleen voor ERCP's bij pancreascarcinomen zou gelden. De risico's bij andere ERCP's liggen zeker niet significant lager. Uit de eerste IZA-verkenningen lijkt een bescheiden volumenorm van 50 per endoscopist en 150 per centrum per jaar te komen. Wat ons betreft nemen de MDL-artsen de verantwoordelijkheid voor deze volumenorm. Ook zullen we als beroepsgroep moeten bepalen of we ons beperken tot de in IZA geselecteerde patiëntcategorieën of dat we deze gelegenheid aangrijpen om normering door te voeren voor alle ERCP's en daarna mogelijk ook andere risicovolle endoscopische procedures.

Best practices

Internationaal zijn al praktijkvoorbeelden bekend van kwaliteitsnormering door

(onder meer) volumenormen. In het VK bijvoorbeeld werd in 1994 vanuit de beroepsgroep zelf de JAG (Joint Advisory Group on GI Endoscopy) opgericht. Toen in 2004 een nationale audit van de kwaliteit van de coloscopie werd gedaan (als voorbereiding op de introductie van het bevolkingsonderzoek darmkanker), bleken de resultaten zeer bedroevend. Dat gaf een enorme stimulans aan het inrichten van training, accreditatie en audits in het VK.⁹ Het doel van de JAG destijds was het verhogen van de kwaliteit, enerzijds door registratie en audit van alle endoscopische verrichtingen in een landelijke database (National Endoscopy Database) en anderzijds het verlenen van accreditatie aan alle endoscopie centra. Tegelijkertijd werd een uniforme endoscoپیetraining (JETS) ontwikkeld en uitgerold. Op die manier ondergingen beginnende endoscopisten hun basistraining en kregen ervaren endoscopisten vervolgonderwijs.

Voor ERCP ging de bal rollen na een grote audit in 2004 door de British Society of Gastroenterology (BSG) onder 66 endoscopiecentra. Uit deze audit kwam naar voren dat de kwaliteit van ERCP ondermaats was, met name bij endoscopisten die minder dan 50 ERCP's per jaar verrichtten.^{10/11/12} Er volgde een rapport met kwaliteitseisen voor ERCP, zoals een minimum aantal van 100 ERCP's per endoscopist en 200 per centrum.¹³ In 2020 werd vanuit JETS ook certificering van ERCP ingevoerd.¹⁴ Dit betekent onder meer dat een startende ERCP'er een e-learning, simulatortraining en *basic* en *advanced skills course* moet hebben afgerond. Bovendien moet hij of zij een bewezen (naïeve papil) canulatiesucces hebben van meer dan 80 procent, maximaal 5 procent

Advertentie

post-ERCP pancreatitis in Schultz 1 en 2 procedures en 80 procent van de ERCP's volledig zelfstandig kunnen uitvoeren. Na certificering volgt een 'post-certificate mentoring program' waarin de vaardigheden getoetst blijven worden.

Invoering in Nederland

Invoering van een volumenorm gaat ongetwijfeld gevolgen hebben voor de praktijk. Er zal hierdoor centralisatie plaats hebben en een aantal centra en MDL-artsen die de volumenorm niet halen, zullen moeten stoppen met het aanbieden van deze zorg. Het is noodzakelijk dat we als MDL-artsen in Nederland stappen zetten om te komen tot volumenorming voor alle risicovolle ingrepen zoals ERCP's, ESD's en andere interventies. Wat ons betreft moet de NVMDL zo snel mogelijk deze lastige taak op zich nemen, omdat wij als MDL-artsen de specialisten zijn op dit gebied. Bij eerder overleg met de IGJ is dat destijds ook duidelijk gesteld: de beroepsgroep bepaalt de MDL-specifieke kwaliteitseisen, de IGJ zal zo nodig handhaven. Zoals gezegd is dat bij het BVO-darmkanker anders gegaan, bij de

IZA-normering moet dat naar onze mening worden vermeden.

Conclusie

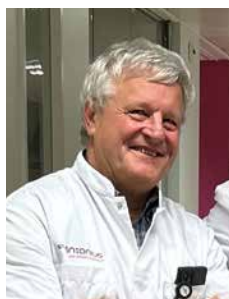
Met de introductie van complexere endoscopische ingrepen zien we de innovatie steeds verder toenemen en is centralisatie en uitgebreidere volume/kwaliteitsnormering ook in de MDL onontkoombaar. De uitdaging voor ons als beroepsgroep zal zijn om door intensieve samenwerking, en met voorbeelden uit het VK in het achterhoofd, dit momentum aan te grijpen om de kwaliteit van complexe endoscopieën zoals ERCP's daadwerkelijk naar een hoger niveau te tillen. Vaststelling van de normen en uitvoe-

ring van audits moeten voorbehouden zijn aan de NVMDL. Wij als beroepsgroep hebben zonder twijfel alle kennis en kunde over dit onderwerp in huis en zijn in de afgelopen jaren al proactief bezig geweest met het verzamelen van kwaliteitsdata in DGEA en DRCE. Het zou goed zijn als we als NVMDL het initiatief naar ons toetrekken voor verdere inrichting en uitvoering en voorkomen dat externe partijen (BVO/IZA) onze kwaliteit bepalen.

Clasine de Klerk, aios MDL Amsterdam UMC.

Peter van der Schaar, MDL-arts St Antonius Nieuwegein

Paul Fockens, MDL-arts Waikato Hospital, Hamilton, Nieuw-Zeeland en Amsterdam UMC



Peter van der Schaar



Clasine de Klerk



Paul Fockens

Referenties

1. Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, et al. Adverse events associated with ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2017 Jan;85(1):32-47. DOI: 10.1016/j.gie.2016.06.051
2. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2020 Feb;52(02):127-49. DOI: 10.1055/a-1075-4080
3. De Wilde RF, Besselink MGH, van der Tweel I, et al; Dutch Pancreatic Cancer Group. Impact of nationwide centralization of pancreaticoduodenectomy on hospital mortality. *Br J Surg*. 2012;99:404-10. DOI: 10.1002/bjs.8664
4. Ekkelenkamp V, Koch A, et al. Training and competence assessment in GI endoscopy: a systematic review. *Gut*. 2016 Apr;65(4):607-15. DOI: 10.1136/gutjnl-2014-307173
5. Campos S, Papaefthymiou A, Florou T, et al. The impact of center and endoscopist ERCP volume on ERCP outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2023 May;S0016510723025671. DOI: 10.1016/j.gie.2023.05.045
6. Sahar N, La Selva D, Gluck M, et al. The ASGE grading system for ERCP can predict success and complication rates in a tertiary referral hospital. *Surg Endosc*. 2019 Feb;33(2):448-53. DOI: 10.1007/s00464-018-6317-7
7. Campos S, Diniz P, Ferreira FC, Assessing the impact of center volume on the cost-effectiveness of centralizing ERCP, *Gastrointestinal Endoscopy* (2024). DOI: 10.1016/j.gie.2023.11.058
8. Bokhorst Q, Schaar van der P, Molenaar W, et al. Structurering en monitoring dragen bij aan transparantie in kwaliteit endoscopische zorg. *MAGMA 2-2023* pag 69-71. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/files/MAGMA%202-2023_home.pdf
9. Bowles CJA, Leicester R, Romaya C, et al. A prospective study of colonoscopy practice in the UK today: are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow? *Gut* 2004;53:277-283. DOI: 10.1136/gut.2003.016436
10. Williams EJ, Taylor S, Fairclough P et al. Risk factors for complications following ERCP; results of a large-scale, prospective multicenter study. *Endoscopy* 2007;39:793-801. DOI: 10.1055/s-2007-966723
11. Williams EJ, Taylor S, Fairclough P et al. Are we meeting the standards set for endoscopy? Results of a large-scale prospective survey of endoscopic retrograde cholangio-pancreatograph practice. *Gut* 2007;56: 821-9. DOI: 10.1136/gut.2006.097543
12. https://www.ncepod.org.uk/2004report/Full_Report_2004.pdf
13. British Society of Gastroenterology ERCP Working Party. ERCP - The Way Forward, A Standards Framework. 2014: <https://www.bsg.org.uk/asset/341DCD67-426A-44F4-910DD392C8A39606>
14. <https://www.thejag.org.uk/Downloads/JAG/JAG%20certification/ERCP%20-%20JAG%20training%20pathway%20and%20certification%20standards.pdf>

Advertentie

Reactie Raad Kwaliteit NVMDL volumenorm ERCP's

De kwaliteit van ERCP's en de rol van een eventuele volumenorm is al enkele jaren een terugkerend onderwerp van gesprek bij de NVMDL. Naar aanleiding van het recent gepresenteerde voorstel van de Integraal Zorgakkoord (IZA)-normen voor ERCP's bij patiënten met een pancreascarcinoom, is opnieuw de vraag gesteld of er al dan niet een algemene volumenormering moet komen voor complexe endoscopische interventies zoals ERCP's, ESD's en andere hoog-risico-procedures. In het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek zal de behoefte aan meer centralisatie immers blijven.

In het artikel wordt met name geput uit data en ervaringen uit het Verenigd Koninkrijk, terwijl deze gegevens voor de Nederlandse situatie ook beschikbaar zijn. Daarmee rijst de vraag of we de genomen stappen in het Verenigd Koninkrijk moeten volgen, inclusief het invoeren van een volumenorm. De kwaliteit van de Nederlandse ERCP is namelijk goed. In Nederland hebben we hier onder andere de PERK-studie voor uitgevoerd.¹ En ja, deze studie toonde een associatie tussen het jaarlijks uitgevoerde aantal ERCP's per endoscopist en de kans op een niet succesvolle ERCP. Echter liet deze studie wel een wat genuanceerder beeld zien: de totale ervaring, uitgedrukt als het totaal aantal uitgevoerde ERCP's tijdens iemands loopbaan, was minstens zo belangrijk. Daarnaast was er een significant aantal ERCP'isten met een jaarlijks volume < 50, dat uitstekend presteerde. Tot en met 2020 werden jaarlijks kwaliteits-indicatoren uitgevraagd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In 2020 werd 97,1 procent van alle ERCP's ingevoerd, was het gemiddelde succespercentage 91,9 procent van level 1 ERCP's en voldeden alle centra aan de norm van > 80 procent.² Ook de PWN-studies, uitgevoerd in een substantieel deel van de ERCP-centra, tonen een goede kwaliteit van de ERCP's in Nederland met succesvolle canulatiepercentages van > 90 procent en het

optreden van een post-ERCP pancreatitis bij minder dan 10 procent van de patiënten.³

Maar betekenen deze geruststellende cijfers dan, dat we de huidige praktijk kunnen accepteren en behouden zoals deze nu is? Dat lijkt ons onwaarschijnlijk. Het IZA toont maar weer eens aan hoe belangrijk het is dat wij als MDL-artsen zelf de regie blijven houden over welke kwaliteitseisen worden gesteld aan onze endoscopieën. Ook wij zijn van mening dat centralisatie van hoog-complexe endoscopische verrichtingen een onontkoombare ontwikkeling is. Het invoeren van een norm zoals het jaarlijkse volume voor alle ERCP's versnelt dit proces, maar heeft weinig wetenschappelijke onderbouwing en kent een beperkt draagvlak. Om te voorkomen dat we voor een voldongen feit komen te staan, moeten we wel werk maken van het inzicht geven in de kwaliteit van zorg die we als MDL-artsen leveren: het uitbreiden en implementeren van onze prospectieve kwaliteitsregistraties (DGEA en DRCE), incorporatie van deze uitkomsten binnen andere kwaliteitsinstrumenten van de NVMDL, zoals de kwaliteitsvisitatie en het invoeren van jaarlijkse audits voor hoog-risico procedures, het opzetten van regionale spiegelgesprekken over deze uitkomsten van zorg en gesprekken hebben met en hulp bieden aan vakgroepen die onderpresteren. Daar ligt ook een eigen

verantwoordelijkheid bij de vakgroepen en ziekenhuizen. Immers, veel ziekenhuizen hebben hun registratie nog niet op orde en maar weinig vakgroepen maken gebruik van de data om hun kwaliteit van zorg te toetsen. Wat dat betreft hebben we bij het faciliteren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek nog veel te winnen als we kijken naar onze collega's in het Verenigd Koninkrijk. Maar dat gaat ons niet lukken door *quick en dirty* een algemene volumenorm in te voeren en hiermee het proces van centralisatie te versnellen.

Namens de Raad Kwaliteit,

Jurriën Reijnders, MDL-arts Erasmus MC
Rachel West, MDL-arts Franciscus Gasthuis & Vlietland

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 1-2024 (p. 57 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.





WOUTER BOS, BESTUURSVoorzitter MENZIS OVER:

Taboes en belangen in de zorg

Wouter Bos, van oorsprong econoom, kent alle hoeken en gaten van de zorg. Van bestuursvoorzitter VUmc tot zijn huidige functie als bestuursvoorzitter van coöperatie Menzis. De juiste man dus voor een gesprek over onder meer wat het zorgveld van het bedrijfsleven kan leren (en wanneer dat schuurt), taboes en belangen, deugende dokters en niet-deugende zorg.

Zijn prikkelende betoog ‘De meeste dokters deugen. Denk ik’ in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)¹ raakte een gevoelige snaar in het zorgveld. Aanleiding voor zijn betoog was de verschijning van de bundel ‘Taboes en belangen’ van ‘Dappere Dokters’ in samenwerking met het NTvG. In de bundel worden taboes en belangen in de zorg aan de orde gesteld. Inspiratiebron voor zijn uitgangspunt – zie de titel van zijn betoog – is de titel van het vermaarde boek van schrijver en historicus Rutger Bregman ‘De meeste mensen deugen’. Bregman kreeg in 2019 wereldwijde aandacht toen hij als spreker tijdens het World Economic Forum in Davos stelde dat er te weinig werd gesproken over hoeveel de allerrijksten aan belasting afdragen aan de samenleving.

Taboes en belangen

Wouter Bos begint zijn betoog in het NTvG met de woorden: ‘Ik zie de manier waarop wij de zorg hebben georganiseerd als een systeem waarbinnen spelers aan allerlei prikkels blootstaan, geld vaak op de verkeerde plek terecht komt en optimalisering van uitkomsten steeds weer een buitengewoon ingewikkeld spel blijkt te zijn’. Vervolgens heeft hij het onder meer over de deugende arts, die niet-deugende zorg verleent. Wat zouden artsen volgens hem anders moeten of kunnen doen? Bos: “Mijn betoog ging over passende zorg. Ik erger mij al een tijdje aan het feit dat er in de discussie over passende zorg af en toe een geluid doorklinkt dat we vooral niets hoeven te

organiseren en regelen, maar dat ‘als iedereen weet wat passende zorg is, we het dan ook vanzelf wel gaan doen’. Het punt dat ik, onder invloed van de Dappere Dokters en hun lezingen en artikelenserie, probeerde te maken was dat het niet vanzelf gaat. Dat er onvoldoende transparante belangen spelen en dat er ook taboes zijn.”

Hij vervolgt: “Als je weet dat een specialist voor zijn inkomen afhankelijk is van bepaalde zorg die misschien niet-passend is, kun je dan van zo’n specialist verwachten dat hij of zij die zorg zomaar niet meer levert? Als je weet dat een ziekenhuis voor het kunnen betalen van alle vaste lasten ook afhankelijk is van het MSB dat ook niet-passende zorg verleent, kun je dan verwachten dat het ziekenhuis deze zorg stopt? Ik denk het allemaal niet. Dus in plaats van te doen alsof het alleen maar gaat over ‘dat we het met elkaar eens worden en dat het dan allemaal wel vanzelf gaat’, denk ik dat je er beter aan doet om dit soort zaken helder te benoemen met elkaar en daar open over te zijn. Open over financiële belangen, open over hoe dit soort zaken ons soms in de weg zit.”

Bos benadrukt dat dit niet alleen over artsen gaat. “Het gaat ook over zorgverzekeraars. Een van de redenen dat wij het moeilijk vinden om met passende zorg om te gaan, is dat als ik zeg ‘Dat is niet-passend - dat koop ik niet meer bij u in’ er een concurrerende zorgverzekeraar zegt ‘Ik vind het wel passend. Ik koop het wel in’. Dan krab ik mij toch op mijn achterhoofd of ik dan wel degene moet zijn die zegt ‘Ik koop het niet in’. Want de verzekeraar die zegt ‘Ik koop het wel in’, krijgt er waarschijnlijk extra verzekeren bij. En ik verlies ze alleen maar. Het concurrentiemodel van de zorgverzekeraars zit dan in de weg. Dus ook als het onze rol als verzekeraars raakt, kun je maar beter open en eerlijk zijn tegenover elkaar over onze eigen belangen.”

Passende zorg

In zijn betoog in het NTvG vraagt Bos zich af: stel dat de meeste artsen deugen,

waarom gebeurt er dan toch zo veel in de zorg waarvan we weten dat het niet deugt? Is dat volgens hem de individuele arts te verwijten of deugt het systeem niet waarbinnen de artsen functioneren? Bos: “Uiteindelijk is het een individuele arts die iets doet, maar hij of zij staat wel aan een heleboel prikkels en druk bloot. Een arts die een behandeling weigert aan een patiënt met het argument ‘dat is niet passend’ en die patiënt eist die zorg op hoge poten toch: wat doe je dan? Je wilt geen ruzie in de spreekkamer. Die patiënt gaat vervolgens naar een andere arts en krijgt die behandeling daar misschien wel. Moet ik het als zorgverzekeraar die arts dan kwalijk nemen dat hij niet-passende zorg verleent? Dat is ook een van de punten die wij aanvoeren in debatten over passende zorg: als je zegt dat iets niet passend is, maar voor de patiënt is het nog steeds een verzekerd recht: wat zeg je dan tegen die arts? Je moet heel voorzichtig zijn, vind ik, om de artsen te veroordelen als je niet wat breder kijkt naar het systeem waarbinnen zij functioneren.”

Er spelen meer ingewikkelde dilemma’s voor artsen. Bos krijgt de volgende casus voorgelegd. Patiënten met levercirrose hebben verhoogde kans op leverkanker. Daarvoor worden ze gescreend middels duidende echo’s, CT’s en MRI’s, terwijl voor de meeste patiënten (bijna 90 procent) het risico a priori heel klein is. Er zijn initiatieven om deze aantallen van beeldvorming te verminderen, zoals de EASL Policy Statements, waarin wordt geadviseerd enkel een MRI te maken bij een duidelijk verhoogd risico op leverkanker. Bij de patiënten met een laag risico volstaat echografie. Radiologen geven echter aan dat een MRI beter is, want een echo kan een tumor missen. Hoe kun je als arts dan volgens hem op een verantwoordelijke manier keuzes maken?

Bos: “Dat is enorm ingewikkeld. Zeker met patiënten die zelf ook uitgebreid gaan googelen en het allemaal beter weten dan de arts – dan wordt het er allemaal niet makkelijker op. De juridische aanspraken van patiënten zul je dus moeten veranderen

¹ Betoog ‘De meeste dokters deugen. Denk ik’. In het NTvG: <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-meeste-dokters-deugen>



Advertentie

als je wilt dat de dokter zijn rug recht kan houden als hij iets niet wil doen. Het Zorginstituut en de politiek hebben daar natuurlijk helemaal geen zin in, want die vinden het ook niet leuk om te zeggen dat iets niet meer wordt vergoed." Hij vervolgt: "Wat hierbij heel hard nodig is in mijn ogen, is dat de wetenschappelijke verenigingen die individuele dokter steunen. Dat deze verenigingen met iets meer afstand van de individuele casus kijken naar hoe we onze schaarse euro's en personeel het beste kunnen inzetten en hoe je dan de meeste gezondheidswinst boekt. Dat leidt uiteindelijk tot beleid en kaders waar een individuele arts weer mee vooruit kan. Daarnaast weten we vanuit de praktijk dat als een individuele arts over kwaliteit van leven praat met een patiënt - en daar ben ik wel erg voor, zeker ook in de laatste fase van het leven - dat dat heel vaak leidt tot niet-behandeling of tot palliatieve zorg of tot andere vormen van zorg die juist niet de allerduurste zijn. Dus je hoeft niet per se over kosten te praten met een patiënt om de verstandige beslissing te nemen."

Maar artsen worden niet betaald voor goede gesprekken. "Volgens mij zijn daar inmiddels voldoende mogelijkheden voor. Maar het maakt natuurlijk wel uit of je een patiënt met een chirurg laat praten of met een arts met aandachtsgebied en expertise in de palliatieve zorg. Een chirurg - en nou chargeer ik - ziet dat gesprek als niet-declarabele tijd en wil ergens mee aan de slag. Maar voor de palliatieve arts is het zijn of haar werk om dit soort gesprekken te voeren. Het belangrijkste is dat de patiënt voldoende geïnformeerd wordt, zodat deze een weloverwogen beslissing kan nemen over welke behandeling ingezet moet worden. Als daar andere bekostiging voor nodig is, dan moeten we daar naar kijken."

Financieringsstelsel

Bos haalt in zijn betoog ook aan dat niemand een antwoord heeft op wat het financieel gaat betekenen als passende zorg tot krimp leidt en daarmee tot omzetverlies. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) stuurt er immers op aan dat we meer zorg juist niet doen of

samen doen (netwerkgang). Botst het IZA volgens hem niet met de bedrijfsvoering van ziekenhuizen? Bos: "Dat is de zwakte van het huidige systeem. Zeker. Ons systeem is in hoge mate gebaseerd op een vorm van productiebekostiging. Hoe meer je doet, des te meer je verdient. Als je tegelijkertijd zegt 'we zouden met elkaar minder zorg moeten geven', dan staat dat haaks op elkaar. Dat is helder. Een zwak punt van het IZA is dat het helemaal niet gaat over deze zaken. Het staat boordevol goede intenties, maar we houden ondertussen wel een systeem in stand, waarbij we ook met elkaar moeten concurreren in plaats van samenwerken. En waar juist méér in plaats van minder productie wordt beloofd. Nou, netjes gezegd, daar zit wel enige spanning op, ja." Hij vervolgt: "Wel hebben we transformatiegelden in het IZA, die juist kunnen helpen als dit soort fricties ontstaan. Als ziekenhuizen overgaan tot passende zorg, en in die zin een aantal dingen niet meer doen, dan daalt hun omzet. En misschien hebben ze die omzet nodig om gas en licht te kunnen betalen. Met transformatiegelden kun je dat soort negatieve effecten dempen."

Maar dat smeermiddel is tijdelijk. Bos: "Ja. En dan zijn partijen misschien zodanig georganiseerd dat ze ermee kunnen omgaan. Je moet partijen natuurlijk niet eindeloos blijven betalen voor dingen die ze niet meer doen. Maar plotseling ergens mee ophouden, kan zo'n schok zijn voor de bedrijfsvoering dat er tijd nodig is om daarmee te leren omgaan. Dus een bepaalde vorm van compensatie, afbouwend misschien in de loop der tijd, vind ik logisch."

Voormalig minister van VWS, Ernst Kuipers, noemde het financieringsstelsel een van de *bottlenecks* voor het slagen van het IZA. Moet het hele financieringsstelsel op de schop? Bos: "Ik weet niet of het hele financieringssysteem op de schop moet. Echt een totale verandering van financiering en bekostiging van de zorg in gang zetten, valt onder het hoofdstukje stelselverandering. Wat mij betreft prima bespreekbaar, maar een stelselverandering heb je niet in één

"De heilige graal is tot nu toe nergens ter wereld gevonden."

of twee jaar voor elkaar. En daarmee moet je misschien ook eerst experimenteren op sommige plekken in het land om te kijken hoe het uitpakt om daar vervolgens mee verder te komen. Maar eerlijk gezegd vind ik op dit moment het belangrijkste dat de flinke pot geld die klaarstaat in het kader van het IZA, gebruikt kan worden om pijnlijke hervormingen van wat smeermiddel te voorzien om die pijn te compenseren. Tegelijkertijd is Bos zich er terdege van bewust dat de bedrijfsvoering van een ziekenhuis ingewikkelder is dan die van een bedrijf. "De problemen in de (semi-)publieke sector zijn natuurlijk veel complexer dan in het bedrijfsleven. Ik heb veel gewerkt in het bedrijfsleven. Hartstikke leuke tijd gehad. Maar uiteindelijk is het leiden van een doorsnee bedrijf eenvoudiger dan de bedrijfsvoering van een ziekenhuis, dat te maken heeft met private en publieke belangen, en met een enorme hoeveelheid stakeholders die allemaal een mening hebben over wat je doet. De gezondheidszorg is een veel complexere wereld dan die van het bedrijfsleven. Het is belangrijk dat ook zorgverzoekers zich dat realiseren."

En een ander financieringsstelsel? Bos: "Die discussie loopt in feite bijna continu en is best ingewikkeld. Moet je bijvoorbeeld ziekenhuizen een budget geven voor het geheel van hun populatie? Als je dan relatief weinig dure behandelingen doet, houd je geld over. Dus dat is misschien een positieve prikkel. Maar als je een relatief slechte populatie hebt en je moet relatief veel behandelingen doen, dan kom je geld tekort. Hoe ga je daarmee om? Je stuit al snel op de complexiteit. De heilige graal is tot nu toe nergens ter wereld gevonden."

Concurrentie

Naast de individuele arts en (de bedrijfs-



voering van) de ziekenhuizen, zijn de zorgverzekeraars een belangrijke speler in het systeem. In zijn betoog in het NTvG schrijft Bos het volgende: “In een systeem waarin verzekeraars met elkaar moeten concurreren, is het verstrekken van passende zorg misschien niet eens zo ingewikkeld, zeker niet als wetenschappelijke verenigingen dat ondersteunen. Maar het niet meer verstrekken van niet-passende zorg is wél ingewikkeld, al helemaal als verzekeraars elkaar niet volgen of als wetenschappelijke verenigingen een gaatje openlaten. Marktwerking, of preciezer: concurrentie, helpt dan juist níet, en een beleid waarin alle verzekeraars hetzelfde mogen – of zelfs moeten – handelen, lijkt dan meer op zijn plaats.”

Bos ziet wel voordelen van de onderlinge concurrentie van zorgverzekeraars in het algemeen – denk aan een gevarieerd aanbod en een scherpere premie –, maar niet bij impactvolle transitie, zoals het IZA. In een artikel in *Zorgvisie*² zegt hij daarover “De afspraak in het IZA over verzekeraars die minder concurreren en meer samenwerken, geldt in principe alleen voor grote veranderingen. Bij impactvolle transitie, waarbij vastgoedproblemen en patiëntenstromen spelen, kun je niet verschillende regisseurs hebben. Daarbij bepalen de grootste twee wat er gebeurt en volgen de andere verzekeraars. Ik zou zeer teleurgesteld zijn als andere zorgverzekeraars op het moment suprême wegduiken. Het idee is dat je dan

als zorgverzekeraar in een regio waar je zelf leidend bent, mag laten zien dat het ook anders kan, maar niet dwars gaat liggen in een regio waarin je volgt.”

Bos vindt dat er veel nadelen aan zitten als maar één partij (of dat nou een verzekeraar is of een overheidsinstantie) bepaalt wat de prijs van zorg wordt en wat het aanbod is. “Onderlinge druk en vergelijking - concurrentie zo je wilt – kunnen zeker helpen. Maar of het nu op elke plek in ons stelsel zinnig is dat de tien verzekeraars die we in Nederland hebben met elkaar concurreren en dat ziekenhuizen met tien verschillende verzekeraars zaken moeten doen, heeft volgens mij niet overal evenveel toege-

² Artikel *Zorgvisie*: ‘Wouter Bos: ‘Het grootste gevaar voor het IZA is dat we alles half doen’ (dec 2022) van Bart Kiers

Advertentie

voegde waarde.” Hij somt vervolgens wat alternatieven op. “Er zijn allerlei manieren, maar misschien moeten we toe naar minder verzekeraars. Misschien moeten we toe naar een sterkere rol voor de grootste verzekeraar in de regio. Er zijn allerlei manieren om de drukte in het veld wat te verminderen. Dat is één route. En de andere route is dat je zegt: ze hoeven niet altijd met elkaar te concurreren, maar ze mogen ook met elkaar samenwerken.”

Eye opener

Over de samenwerking tussen het zorgveld en de zorgverzekeraars is Bos stellig: zorgverzekeraars zouden zich niet moeten bemoeien met de kwaliteit van zorg en de definitie van ‘passende zorg’. “In het laatste deel van mijn loopbaan – waarvan zowel VUmc als Menzis deel uitmaakt – ben ik iets bescheidener geworden als het gaat over ‘waarvan verzekeraars verstand zouden moeten hebben’, en waarmee ze zich zouden moeten bemoeien. Ik zit in tal van discussies waarin verzekeraars gevraagd wordt zich ook te bemoeien met de kwaliteit van zorg, met daarbij de frustratie van de kant van de ziekenhuizen dat het uiteindelijk toch weer alleen maar over geld gaat. Maar ik heb dat proces nu van beide kanten meegemaakt. Je moet dan tot op zekere hoogte toegeven dat de ziekenhuizen en de artsen zelf meer verstand hebben van kwaliteit van zorg dan de verzekeraars. En dat het ook maar de vraag is of je dat ooit kunt evenaren. Maar als zorgverzekeraars hebben wij weer meer verstand van geld.”

Hij herinnert zich een voorbeeld. “Toen ik mij begon te oriënteren in de ziekenhuiswereld werkte ik als consultant bij de afdeling zorg van KPMG. Dat was de tijd dat zorgverzekeraar CZ volumennormen voor borstkankeroperaties introduceerde. Dat was een van de eerste keren dat er een verzekeraar naar buiten trad met kwaliteitsnormen van ‘dit zegt iets over de kwaliteit van borstkankeroperaties, dus ik ga wel bij dat ziekenhuis inkopen en niet bij dat ziekenhuis’. Er brak toen echt een, om het een beetje onparlementair uit te drukken, *shit-*

storm los, omdat een andere verzekeraar bijvoorbeeld een heel ander beeld had over bij welk ziekenhuis de goede operaties waren en bij welk ziekenhuis de minder goede. En de ziekenhuizen zelf hadden weer een heel ander beeld. Sindsdien zijn wij als verzekeraars toegegroeid naar het idee dat de kwaliteitsnormen uit het veld moeten komen en wij op basis van die kwaliteitsnormen kunnen inkopen. Maar dat wij zelf eenzijdig die kwaliteitsnormen zouden bepalen en opleggen: ik heb er ooit in geloofd, maar dat is voorbij.” Ooit in geloofd? Bos: “Omdat ik dacht dat het een goede manier was om het veld in beweging te brengen. Maar dat lukt niet als je geen draagvlak hebt. En draagvlak creëren is een van de belangrijkste lessen die ik heb geleerd in mijn loopbaan.”

Belangrijkste discussiepunt

Stel, hij was nu consultant van de Wouter Bos van destijds, die toen bestuursvoorzitter was van het VUmc: wat zou hij hem nu aanraden om beleidsmatig anders te doen? “Tien jaar geleden, zeker in mijn consultancy-tijd, was ik op dit soort dingen wat feller en ongenueerder dan ik nu ben. Dan zou ik wat makkelijker zeggen ‘Stop nou toch met die onzin-zorg en concentreer nou toch die zorg daar.’ Door lang in het veld te werken, zowel als bestuurder bij de ziekenhuizen aan de ene kant van de tafel als nu als bestuurder bij de zorgverzekeraars aan de andere kant van de tafel, heb ik meer begrip voor de stroperigheid van het proces. Ik begrijp beter waarom het zo langzaam gaat en waarom er zoveel taboes en belangen zijn die barrières opwerpen, en waarom het zo ingewikkeld is om zomaar te doen wat al die consultants je aanraden. Ik ben er nog steeds van overtuigd dat we de kant van passende zorg op moeten. Dat wel.”

Wat zou hij nu als belangrijkste discussiepunt zien in de bestuurskamers waarin hij heeft gezeten om de in zijn betoog geobserveerde ‘ondeugden’ te adresseren? “Eigenlijk wat ik vandaag de dag doe. Ik vraag aandacht voor ‘waarom het systeem waarin we met elkaar functioneren, individuele spelers soms belemmert om de goede

dingen te doen’. En tegelijkertijd waak ik er enorm voor dat we alleen maar met elkaar praten over het systeem. Want er zijn problemen van vandaag en gisteren, die ook opgelost moeten worden, zoals bijvoorbeeld de arbeidsmarkttekorten. Een discussie over het systeem dat je misschien over tien, twintig of dertig jaar hebt veranderd, gaat niet helpen om de actuele problemen in de zorg op te lossen. Dus dat is steeds de dubbele route die ik loop. Er zijn actuele problemen, waar al moeilijke keuzes gemaakt moeten worden. En tegelijkertijd moeten we in het oog houden of de manier waarop we het systeem met elkaar hebben ingeregeld, nog wel stand houdt op de lange termijn.”

Realisme

Ten slotte: is het realistisch dat de taboes en belangen in de zorg ooit op tafel komen te liggen? Bos: “Je ziet voorbeelden, ook wel van individuele artsen en zorgbestuurders, die daarin hun punt maken. Denk aan de Dappere Dokters, die daarmee dapper aan de weg timmeren. Een heel bekende op dit moment is emeritus-hoogleraar in de interventieradiologie Jim Rekers met zijn boek ‘De Medische Omerta’, waarin hij beschrijft hoe er binnen de medische beroepsgroep over allerlei dingen die eigenlijk niet goed zijn, wordt gezwegen. Je kunt natuurlijk heel veel vinden van de manier waarop hij het doet. Ik weet niet – door oud-collega’s te vergelijken met maffia – of dat nou de meest productieve manier is om een goede inhoudelijke discussie aan te zwengelen. Maar de geluiden zijn er wel: dat er andere belangen spelen dan de belangen die we van elkaar kennen, die de voortgang in de goede richting bemoeilijken. Ik ben er erg voor om elkaar daarop niet te veroordelen, maar gewoon te erkennen dat dat een probleem is. Ik neem het in ieder geval een specialist niet kwalijk dat hij het moeilijk vindt om tot iets te komen waardoor zijn eigen inkomen achteruit gaat. Ja, dat begrijp ik best. Dat lijkt me een vrij menselijke reactie, eerlijk gezegd. Maar laten we daar dan met elkaar iets voor verzinnen.”

Naar betere coeliakiezorg: gepersonaliseerd, beter en mogelijk minder

De follow-up bij coeliakie kan beter. En beter leidt waarschijnlijk tot minder. In de begin 2023 gereviseerde en sterk vereenvoudigde richtlijn Coeliakie staat dat een volwassen coeliakiepatiënt elke een tot twee jaar voor een controle naar de MDL-arts moet. Tijdens dat consult maakt de arts een inschatting vooral gericht op signalen van activiteit van de glutengevoelige darmziekte en eventuele geassocieerde aandoeningen. Bovendien adviseert de richtlijn standaard bloedtesten van antistoffen (anti tissue transglutaminase), TSH en vitamine D. Voor een patiënt dus een 'prikje en een praatje.' Kosten, omdat er voor deze chronische ziekte telkens een nieuwe DBC geopend wordt: rond de 300 euro.

Veel patiënten hebben hier hun vraagtekens bij, zeker als de ziekte jarenlang in remissie is, en ze (zoals de meesten) een goede kennis van ziekte en glutenvrij dieet hebben. Een kwart haakt zelfs af, zo bleek in 2019 uit een enquête onder leden van de Nederlandse Coeliakie Vereniging. Een deel van hen wordt gemonitord door bijvoorbeeld een huisarts, maar 20 procent van de patiënten geeft aan helemaal geen controles meer te hebben. Wat met een chronische auto-immuunziekte niet verstandig is.

En er zijn ook aardig wat artsen die zich een beetje generen voor de huidige systematiek: zeggen dat het goed gaat met een pittige rekening voor de patiënt in het vooruitzicht. En niet helemaal onterecht.

De *evidence* voor de follow-up frequentie is gering. En zeker voor de *one-size-fits-all* benadering die we nu hebben. Klinische

ervaring van artsen die veel coeliakiepatiënten zien, zegt dat we veel meer dan nu een persoonlijke maatvoering in begeleiding kunnen geven. Coeliakiepatiënten die stabiel zijn en goed een glutenvrij dieet volgen, kunnen wellicht prima af met een controle eens in de vijf jaar (of minder) als de arts goede instructies geeft wanneer aan de bel te trekken. Andere patiënten die klachten blijven houden, zijn absoluut gebaat bij een jaarlijkse monitoring. En alles daar tussenin. Maar welke maatvoering voor wie geldt en welke klinische parameters een arts daarvoor kan hanteren, daar weten we nog weinig van.

Eerste verkenning: *invitational*

Kortom, twijfels bij patiënten en artsen die handvatten missen om de goede zorg te verlenen. Voor de Nederlandse Coeliakie Vereniging reden om betrokkenen om tafel te brengen. Tijdens een *invitational conference* hebben we met patiënten, MDL-artsen, kinder-MDL-artsen, huisartsen, diëtisten, verpleegkundigen en gezondheidseconomen een aantal scenario's bediscussieerd.

Studievoorstel

Net als in de Richtlijncommissie Coeliakie was een belangrijke bevinding dat het op dit moment ontbreekt aan voldoende kennis om passende begeleiding van mensen met coeliakie vast te stellen. Om dat te onderzoeken, stellen we een prospectieve studie voor waarin we kijken naar een aantal klinische parameters in relatie tot het beloop van de coeliakie. Dat kan prima in de huidige klinische praktijk, in samenspraak met de patiënten.

Deze parameters kunnen in de toekomst wellicht worden gemonitord met behulp van vragenlijsten en (zelf-)bloedtesten die een inschatting geven van de situatie van

de patiënt. Ook die systematiek willen we onderzoeken, omdat het kan bijdragen aan een effectieve organisatie van de coeliakiezorg. Nu ligt die goeddeels bij een MDL-arts, maar daar kan wellicht een veel meer gepersonaliseerde aanpak worden gekozen. Op basis van de te onderzoeken parameters kunnen zorgverlener en patiënt in samenspraak bekijken wie een consult bij een diëtist, gespecialiseerd verpleegkundige of arts nodig heeft.

Moet iedereen in de tweede lijn, of zelfs specialistisch centrum begeleid worden, of kan de zorg door de huisarts worden geboden? Uiteraard is in dit licht aandacht vereist voor een goede informatievoorziening, scholing van patiënten en begeleiding op maat, gericht op competenties en beperkingen van patiënten.

Gepersonaliseerde zorg

Vanuit de klinische praktijk pleiten zowel artsen als patiënten voor meer gepersonaliseerde zorg. Op basis van *evidence based* variabelen kunnen ze bespreken welke frequentie van follow-up nuttig en prettig is. Dat zou betekenen dat een aanzienlijke groep veel minder vaak op controle hoeft. Tegelijk hebben veel patiënten zeker de behoefte om eens in de zoveel tijd hun vragen en zorgen met een arts te delen. Die mogelijkheid moet dus absoluut blijven. Maar de jaarlijkse, deels rituele dans hoeft naar alle waarschijnlijkheid door velen niet gedanst te worden. Door wie wel en wie niet? Dat willen we uitzoeken.

Wat de organisatie van coeliakiezorg betreft gaat ons denken het meest in de richting van een netwerkbenadering. In deze benadering is er een hoofdbehandelaar die samen met de patiënt de regie voert in een netwerk van zorgverleners met wie

een coeliakiepatiënt te maken kan hebben: MDL-arts, diëtist, huisarts, psycholoog en bij complicaties ook specialisten als een dermatoloog of neuroloog. In de huidige context ligt het voor de hand dat de hoofdbehandelaar een MDL-arts is, maar goed opgeleide verpleegkundig specialisten zouden dit ook prima kunnen. In de netwerkbenadering kunnen de patiënt en de hoofdbehandelaar in onderling overleg bespreken welke zorg hoe vaak nodig is.

Conclusie

Duidelijk is dat patiënten én zorgverleners, ondersteund door de maatschappelijke wens tot waardegedreven zorg, behoefte hebben aan een behoorlijke vernieuwing van de zorg voor mensen met coeliakie. De eerste verkenningen met zorgverleners en patiënten geven reeds een prachtig voorbeeld van hoe patiënten en in coeliakie gespecialiseerde zorgverleners samen kijken hoe de zorg beter kan. En, volgens onze nog te onderbouwen verwachting, ook minder intensief.

Prettig voor de zorg omdat die een slag zinniger wordt. En vooral ook prettig voor de patiënt die niet voor minder zinnige controles naar het ziekenhuis hoeft. En er ook niet meer de rekening voor gepresenteerd krijgt. Coeliakie is psychosociaal al belastend genoeg, omdat patiënten met het glutenvrij dieet verantwoordelijk zijn voor hun eigen behandeling, waarmee ze minimaal drie keer daags worden geconfronteerd.

Floris van Overveld, directeur Nederlandse Coeliakie Vereniging

Peter Wahab, MDL-arts Rijnstate



Floris van Overveld

Peter Wahab

IMPLEMENTATIE KENNISAGENDA NVMDL

“Eindelijk zegt iemand eens: laten we er gewoon mee stoppen”

In de Kennisagenda NVMDL 2023 wordt, heel vernieuwend, gefocust op het staken van vermeend zinloze zorg. Hierbij wordt gestreefd naar de omkering van het bewijs hiervoor, ofwel: eerst stoppen, dan evalueren. *Waar staan we nu? Welke projecten zijn in gang gezet? Waar lopen we tegenaan?* Thijs Schwartz en Jacques Bergman, beiden lid van de werkgroep Kennisagenda NVMDL én kartrekkers van de implementatiecommissie, praten ons bij.

“In de nieuwe versie van de Kennisagenda, die in 2023 werd gepresenteerd, zetten we volledig in op de reductie van ‘ineffectieve’ of ‘minder effectieve’ zorg”, aldus Thijs Schwartz, MDL-arts in het Meander MC en voorzitter van de werkgroep. “Daarnaast hebben we in deze kennisagenda de gebruikelijke gang van zaken, waarbij we eerst onderzoeken en daarna de behandeling aanpassen, omgedraaid. Het idee is dat we direct stoppen met onderdelen van de zorg die wij minder zinnig achten en tegelijkertijd gaan onderzoeken of dat ook goed is geweest. Daarin zijn we als NVMDL heel vernieuwend. We merken dan ook dat iedereen daar erg enthousiast van wordt. Ook andere vakverenigingen: ik heb al verschillende keren een praatje gehouden over onze kennisagenda en de reacties zijn altijd positief. Men is blij dat eindelijk eens iemand zegt: laten we er gewoon mee stoppen. Maar aan de andere kant vinden velen het ook spannend, omdat het ‘omdenken’ vergt: van doen en we stoppen pas als het bewezen niet-nuttig is, naar stoppen en bewijzen dat dat terecht was. Het gaat daarmee vaak tegen aanbevelingen uit richtlijnen in.”

“Het heeft ook best wat voeten in de aarde”, vervolgt hij, “want je kunt het niet zomaar

gaan doen. Iedereen moet overtuigd zijn en mee willen werken: patiënten, alle andere betrokkenen, want de richtlijn moet worden aangepast, en dan moet er natuurlijk ook breed draagvlak onder MDL-artsen zijn, zodat iedereen de zorgreductie ook daadwerkelijk toepast.”

Om dat te bereiken is de werkgroep gestructureerd te werk gegaan. “Omdat we van tevoren al wisten dat reductie het thema zou worden van de nieuwe versie van de kennisagenda hebben we een aantal vrije denkers gevraagd voor de werkgroep, MDL-artsen die buiten bestaande kaders durven te denken.” Vervolgens is de werkgroep bij het samenstellen van de kennisagenda gestructureerd het gesprek aangegaan met de betrokken partijen, zoals alle leden van de NVMDL maar ook de patiëntenverenigingen. “Met hen zijn we in gesprek gegaan en we hebben gezamenlijk de onderwerpen geprioriteerd. De vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen vond ik heel constructief en meedenkend. Zij waren het met ons eens dat het soms wel iets minder kan.”

Meer doen

Jacques Bergman, MDL-arts in het Amsterdam UMC en ook lid van de werkgroep, vervolgt: “Met de werkgroep hebben we vervolgens ook besloten: we willen meer doen

Advertentie

dan alleen maar onderwerpen op de Kennisagenda plaatsen en dan maar afwachten wat daar van komt. We hebben als tiende vraag toegevoegd: hoe zorgen we ervoor dat we die negen projecten waarmee we zorg kunnen reduceren ook daadwerkelijk voor elkaar krijgen?”

Als eerste stap voor de implementatie heeft de werkgroep die tiende vraag uitgewerkt door een voorstel te doen voor één van de negen andere vragen, namelijk die over reductie van de surveillance van laagrisico Barrett-patiënten. “Met dit voorstel zijn we naar het Zorginstituut gegaan, naar de werkgroep ‘Zorgevaluatie en Gepast Gebruik’ (ZE&GG)”, vertelt Jacques Bergman. “Hierin zijn alle partijen van het integraal zorgakkoord vertegenwoordigd, waaronder zorgverzekeraars, de Patiëntenfederatie, ziekenhuizen, verpleegkundigen et cetera. Tijdens onze pitch hebben we gesproken over direct stoppen met de surveillance van laag-risico Barrett-patiënten, omdat er volgens ons op dit moment onvoldoende bewijzen zijn voor die zorg. Over het aanpassen van de richtlijn, om alle MDL-artsen mandaat te geven om dit ook te kunnen doen. En over dat we de patiënten bij wie we stoppen vervolgens achter de schermen wel in de gaten moeten blijven houden, om achteraf te kunnen bewijzen: een zorgevaluatieproject dus. Direct stoppen, direct besparen, achteraf bewijzen. Alle partijen blijken enthousiast en zaten op één lijn.”

Zo’n project kost natuurlijk geld. “Maar dat is slechts een fractie van het geld dat we besparen door 4.000 patiënten per jaar niet meer te scopiëren.”

Ijsbrekerproject

Thijs Schwartz: “De verminderde surveillance van laagrisico Barrett-patiënten hebben we het ‘ijsbrekerproject’ genoemd. Met dit project willen we namelijk het ijs breken voor de andere onderwerpen van de Kennisagenda.” Een ander mooi voorbeeld van een project waarbij zorg direct gestopt kan worden en vervolgens onderzocht kan

worden middels zorgevaluatie noemt hij het stoppen met de surveillance van pancreascysten, bijvoorbeeld onder de 15 millimeter. “En we zien mogelijkheden bij functionele maag-darmaandoeningen. Er zijn interessante ideeën voor het verminderen van die bulk patiënten waarbij onderzoek wordt gedaan en waar vervolgens meestal niks uitkomt. Dan denken we bijvoorbeeld aan online-screeningstools om patiënten te selecteren voor óf verwijzing naar het ziekenhuis, óf een (online) anderhalvelijns gesprek met een MDL-arts of een e-learning. Enerzijds hopen we hiermee het aantal verwijzingen te verminderen en anderzijds toch die patiënten dan een goede behandeling te bieden.”

“Als je deze lijst aan tien MDL-artsen zou voorleggen, zouden ze het er waarschijnlijk alle tien mee eens zijn.”

De Kennisagenda is gepresenteerd, Barrett-surveillance is benoemd tot ijsbrekerproject. Hoe gaat de werkgroep nu verder? Jacques Bergman: “Toen hadden we inderdaad een ijsbrekerproject, maar vervolgens viel het een beetje stil. De taak van de werkgroep Kennisagenda zat erop. We zaten met z’n allen om de tafel en kwamen tot de conclusie dat we eigenlijk een clubje mensen nodig hadden die het ijsbrekerproject gaat doorzetten. Een ‘implementatieclub’ die vervolgens ook kijkt hoe die andere acht thema’s achter die ijsbreker aan kunnen gaan. Daarom hebben we een implementatiecommissie in het leven geroepen. Deels bestaande uit MDL-artsen uit de werkgroep kennisagenda, deels andere MDL-artsen.”

Inventarisatie

“Naast het ijsbrekerpad (direct staken in combinatie met zorgevaluatie) blijken er nog twee nadere routes. De eerste is geïnitieerd vanuit het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Koen van Hees, MDL-arts aldaar, benaderde ons met een lijst met uiteenlopende MDL-zorg, waarmee we volgens hen eigenlijk ook meteen kunnen stoppen. Zónder verder onderzoek. Als je deze lijst aan tien MDL-artsen zou voorleggen, zouden ze het er waarschijnlijk alle tien mee eens zijn. Maar het is van belang dit gezamenlijk op te pakken. Je kunt namelijk niet zomaar op eigen houtje besluiten om lokaal anders met een richtlijn om te gaan. Dat mag wel op individueel patiëntniveau, maar als je dat consistent doet krijg je heterogeniteit van zorg.”

“Zo ontstond het idee om binnen MDL Nederland een inventarisatie te doen. En voor deze losse items, die dus niet op de kennisagenda staan en die zijn verspreid over verschillende richtlijnen óf niet eens een richtlijn hebben, hebben we een apart thema gemaakt. Als je veel van deze items opzoekt, kom je er al snel achter dat bijna nergens bewijs voor is. Samen met het Kennisinstituut onderzoeken we nu of we deze potpourri van items die we willen staken zonder verder onderzoek, in een formeel richtlijntraject kunnen laten toetsen. Om dit te rechtvaardigen moet er namelijk een via het Kennisinstituut geborgde onderbouwing zijn. Hiermee vegen we veel onnodige zorg van tafel.”

Niet zomaar stoppen

Ten slotte is er ook nog MDL-zorg die men graag wil verminderen, maar die niet zomaar gestopt kan worden, ook al is daar bewijs voor. Jacques Bergman: “Er is bijvoorbeeld voldoende bewijs dat als je een jong persoon met functionele darmklachten naar een MDL-arts verwijst, deze persoon daar niks mee opschiet en er alleen maar kosten worden gemaakt. Maar als dat wordt geschrapt is er nog wel een zorgbehoefte: de patiënt is niet geholpen, huisartsen kunnen hun patiënten niet kwijt. Er is dus iets nodig wat beter (en waarschijnlijk ook vele malen goedkoper) is dan een verwijzing naar de MDL-arts. Thijs noemde al

Advertentie

de anderhalve-lijnsinitiatieven met online modules waarover patiënten en huisartsen in pilotprojecten heel erg tevreden over zijn. We hebben hier wel ideeën over, maar daar is nog onvoldoende bewijs voor. Daar zijn we nu mee bezig.”

“Ondertussen realiseren we ons ook dat de neurologen, cardiologen, orthopeden et cetera allemaal hun functionele klachten-spectrum hebben, die net als bij ons een heel groot deel van kosten en zinloze zorg voor die beroepsgroep betekent. Dus als wij dat gaan oplossen op onze manier, gaan anderen dat ook doen. Daarnaast raakt dit veel andere zaken en is de discussie eigenlijk veel groter. Want stel dit werkt heel goed, dan betekent het ook volumereductie van het werk voor MDL-artsen. Dan hebben we dus wel nagedacht over wat we *less* doen, maar vervolgens moeten we ook gaan nadenken over wat we dan *more* gaan doen. Hoe gebruiken we de ruimte die dan vrijkomt? Wat is dan wel zinvol om te doen? Er wordt een nieuwe vraag gecreëerd, daar kwamen we achter tijdens de discussies die we hierover voerden.”

“In sommige vakgroepen kan reductie ook wel tot onrust leiden”, denkt Thijs Schwartz. “We hebben bij de MDL de luxe dat we voorlopig heel veel dingen kunnen bedenken die we in plaats van de geschrapte zorg gaan doen. Maar bij andere vakverenigingen zag ik ook weleens gefronste wenkbrauwen in de zaal als ik hierover vertelde.” Grinnikend: “En niet iedereen zit te wachten op meer vrije tijd. Maar uiteindelijk is het natuurlijk alleen maar goed als kosten kunnen worden gereduceerd en er minder medisch specialistische zorg nodig is.” Jacques Bergman: “Reductie van medisch specialistische zorg is natuurlijk geen doel op zich, we zijn op zoek naar reductie van ineffektieve zorg. Als een zorgstelsel daarvoor geschikt is, is dat de Nederlandse, want in de Verenigde Staten bijvoorbeeld zou dit onmogelijk zijn omdat de zorg daar volledig wordt gedreven door een verdienmodel. En

als één specialisme het kan, is dat de MDL, daar ben ik ook van overtuigd. Als er brandjes zijn in het ziekenhuis, heeft de MDL iets in de fik gestoken óf is de MDL het aan het blussen. Wij kunnen de zorg veranderen in ons land.”

Less is more

Ook andere vakverenigingen zijn zeer geïnteresseerd in de aanpak van de NVMDL. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) wil bijvoorbeeld een FMS-brede ‘reductie kennisagenda’ samenstellen op basis van de belangrijkste reductievragen van verschillende specialisaties, zoals KNO, chirurgie, orthopedie, gynaecologie. ZE&GG financiert nu het zorgevaluatieproject rond Barrett, maar om dit breder op te kunnen pakken heeft ZE&GG het ministerie voorgesteld een ‘*Less is more* zorgevaluatieprogramma’ op te zetten, waarbij grootschaliger geld wordt vrijgemaakt voor projecten als het Barrett-ijsbrekerproject. Dat programma gaat er komen.

Suggesties voor zorgreductie?

MDL-artsen die ideeën hebben voor zorgre-

ductie en deze nog niet hebben aangemeld tijdens de inventarisatie van de NVMDL, kunnen dat doorgeven aan de implementatiecommissie. Thijs Schwartz benadrukt dat ook echt te doen: “We willen voorkomen dat ieder ziekenhuis op zijn eigen manier zorg gaat reduceren, dat zou gek overkomen op patiënten. Het is van belang dat we dit landelijk organiseren, in samenwerking met het Kennisinstituut en dat het voldoet aan de criteria: het moet veilig zijn, het moet onbewezen zorg zijn, er moet op een of andere manier gemonitord kunnen worden. Kortom, er moet een bepaalde regie achter zitten.” Jacques Bergman: “Het moet transparant zijn en breed worden gedragen. We gaan op de voorjaarsvergadering in een aparte sessie hierover met onze leden in gesprek en zullen ook een aantal webinars organiseren om de input bij de leden van de NVMDL op te halen.”

De implementatiecommissie is bereikbaar via de mailadressen van Thijs Schwartz en Jacques Bergman:

MP.Schwartz@meandermc.nl

j.j.bergman@amsterdamumc.nl



Jacques Bergman



Thijs Schwartz

VERBETERING VAN GEZONDHEIDSZORG IN MALAWI, *THE WARM HEART OF AFRICA*

Zwols initiatief zet endoscopie-programma in een van armste landen ter wereld in beweging

Martine Dijkstra, endoscopieverpleegkundige in Isala Zwolle, raakte in 2012 als vrijwilliger betrokken bij de bouw van een nieuwe kinderafdeling van het Nkhoma Mission Hospital in Centraal-Malawi. Tijdens haar verblijf daar ontstond bij Martine het idee om een endoscopieafdeling op te zetten in Nkhoma. In het ziekenhuis werkte op dat moment een Malawiaanse chirurg met beperkte endoscopische vaardigheden, maar het ontbrak er aan endoscopen en andere materialen.

Van haar werkgever kreeg Martine in 2017 economisch afgeschreven endoscopen inclusief schermen en processoren van de Olympus 160-serie. Isala wereldbreed, het fonds van de Isala klinieken dat ziekenhuismedewerkers steunt die hulp verlenen in ontwikkelingslanden, sprong financieel bij om het project verder in beweging te krijgen. Een medisch technicus reviseerde de endoscopen tegen kostprijs. Een jaar later zetten Martine en Ed Schenk, inmiddels gepensioneerd MDL-arts, de eerste trainingssessie (*endoscopy camp*) in Nkhoma op. Naast het opleiden van arts-assistenten en chirurgen in basis gastroscopieën was hun focus ook gericht op het opleiden van operatieassistenten tot endoscopieverpleegkundigen.

Tertiair verwijscentrum voor geheel Malawi

Op dit moment telt de endoscopieafdeling van Nkhoma inmiddels twee ervaren endoscopisten en twee ervaren endoscopieverpleegkundigen. Er worden wekelijks diagnostische en therapeutische gastro- en coloscopieën uitgevoerd. Nkhoma is nu het best uitgeruste endoscopiecentrum van Malawi en fungeert als tertiair verwijscen-

trum. Patiënten uit het hele land en soms ook uit de buurlanden komen naar Nkhoma voor endoscopische zorg.

Hiermee is de afdeling endoscopie waardevol voor de patiëntenzorg in geheel Malawi. Ook de opleiding in endoscopie heeft hierdoor een impuls gekregen. De verwachting is dat arts-assistenten na het afronden van hun opleiding in andere ziekenhuizen endoscopische zorg kunnen bieden. Dat de afdeling endoscopie ook betalende patiënten uit de wat rijkere middenklasse trekt, is waardevol voor de bedrijfsvoering van het ziekenhuis. Door behandeling van deze betalende patiënten kunnen ook armere patiënten die niet in staat zijn om hun eigen endoscopie te bekostigen, worden geholpen.

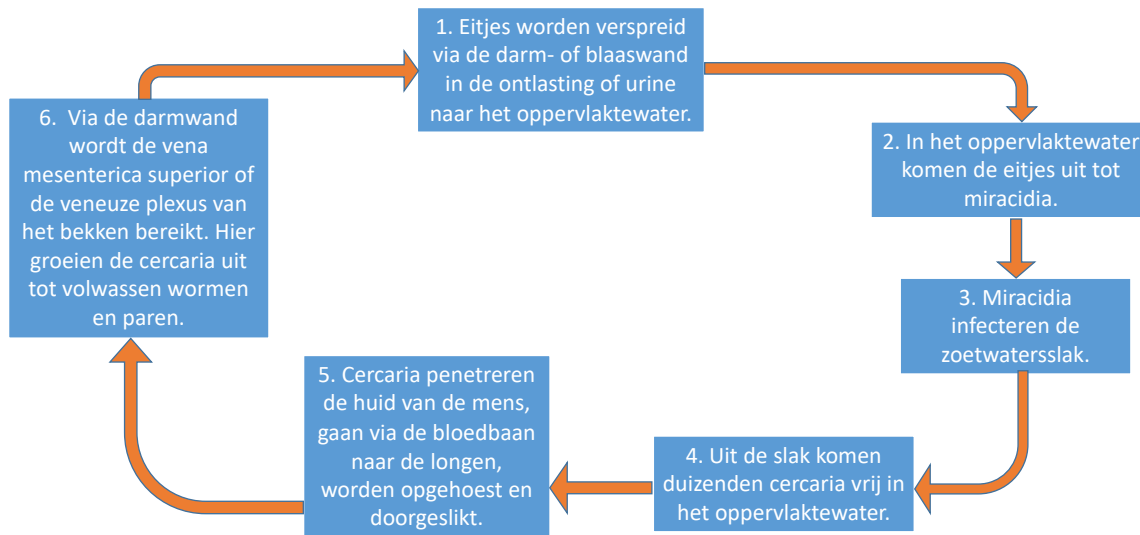
Endoscopische zorg in Malawi: zinvol of niet?

Endoscopie speelt een wezenlijke rol van betekenis bij het verbeteren van de gezondheidszorg in Malawi. Ten eerste is *helicobacter pylori* er wijd verbreid en komen complicaties hiervan, zoals (bloedende) ulcera ventriculi en duodeni, maagcarcinomen en benigne peptische stenoses veel voor. Data hierover zijn echter zeer beperkt.¹



Endoscopie in Nkhoma Mission Hospital

Ten tweede is schistosomiasis een van de belangrijkste infectieziekten in sub-Sahara Afrika. De belangrijkste oorzaken voor verspreiding zijn het gebrek aan schoon (drink) water en sanitaire voorzieningen. Urinaire schistosomiasis komt het meest voor rond het Malawimeer en in het zuiden van het land. Intestinale schistosomiasis komt meer voor in Centraal- en Noord-Malawi. Geschat



Schistozomen

Schistozomen zijn intravasculair levende zuigwormen die hun eitjes verspreiden via de darm- (*S. mansoni*) of blaaswand (*S. haematobium*) en, via de ontlasting of urine, in het oppervlaktewater terechtkomen. Door infectie van hun 'tussengastheer', de zoetwaterslak, komen duizenden larven in het water vrij. Bij contact met dit besmette water penetreren deze larven de huid van de mens, gaan via de

lymfe naar de longen en worden opgehoest en doorgeslikt. Via de darmwand bereiken ze de vena mesenterica superior (*S. mansoni*) of veneuze plexus in het bekken (*S. haematobium*) om daar uit te groeien, te paren en eitjes te leggen.

Doordat de eitjes van de zuigwormen in het portale systeem vrijkomen, lopen deze ook

vast in het portale vaatbed in de lever. Rondom de eieren vormt zich granulatie- en bindweefsel. Uiteindelijk kan dit leiden tot porto-sinusoidale vasculaire ziekte met als gevolg portale hypertensie. Oesophagusvaricesbloedingen bij relatief jonge mensen met een goede leverfunctie komt dan ook veel voor.

wordt dat drie procent van de bevolking in Centraal-Malawi geïnfecteerd is met *S. mansoni*.²

Ten derde is oesofaguscarcinoom een groot probleem in Malawi. Oesofaguscarcinoom is wereldwijd de nummer acht van de meest voorkomende vormen van kanker. Bijna 80 procent van deze patiënten leeft in een ontwikkelingsland. Oost-Afrika is een van de geografische hotspots.³ Risicofactoren zijn onder meer roken, overmatig alcoholgebruik, het drinken van hete dranken, toxines, slechte orale hygiëne en een lage sociaaleconomische status.

Doordat ruim 90 procent van de patiënten zich presenteert met gevorderde ziekte, is de prognose van oesofaguscarcinoom in Oost-Afrika slecht. Te meer omdat zowel

curatieve (chirurgische slokdarmresectie) als palliatieve behandelopties (chemo- en radiotherapie) nauwelijks voorhanden zijn. In Malawi is slechts één tertiair ziekenhuis waar slokdarmresecties worden verricht bij jonge, fitte patiënten met een stabiel gewicht zonder voorafgaande staging.

Endoscopische slokdarmstentplaatsing is in Oost-Afrika een effectieve en veilige, palliatieve behandeloptie gebleken bij patiënten met dysfagie ten gevolge van obstruerend oesofaguscarcinoom. In prospectief onderzoek in Malawi ervoer een overgrote meerderheid van de patiënten met obstruerend oesofaguscarcinoom na eenmalige stentplaatsing blijvende verbetering van dysfagie klachten (mediane overleving 210 dagen).⁴ Ondanks de potentie van deze palliatieve behandeling in ontwikkelingslanden wordt

door gebrek aan stents en de afwezigheid van endoscopische vaardigheden slokdarmstentplaatsing slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen in Oost-Afrika uitgevoerd.

Nkhoma Mission Hospital

Het Nkhoma Mission Hospital is een missie-ziekenhuis met 280 bedden en gevestigd in Centraal-Malawi. Het ziekenhuis levert zorg aan 64.000 mensen binnen het directe adherentiegebied en, via twintig community health centers, aan een nog veel grotere groep Malawianen daarbuiten. In deze lokale klinieken wordt basiszorg verleend en voorlichting gegeven. Het ziekenhuis heeft een sterk christelijke signatuur en is eigendom van de kerk. In Malawi wordt circa 40 procent van de zorg en het onderwijs verzorgd door of via kerken.

Advertentie



Endoscopiekamer
in Nkhoma

Sinds 2021 is de chirurgieafdeling onderdeel geworden van de Pan African Academy of Christian Surgeons (PAACS). De afdeling bestaat uit vijf stafleden en vier arts-assistenten in opleiding. Deze arts-assistenten volgen een vijfjarig curriculum en krijgen training van de ervaren chirurgen. Aan het eind van de opleiding ontvangen zij een diploma van zowel PAACS als Loma Linda University School of Medicine uit de Verenigde Staten. Het College of Surgery of East, Central and Southern Africa (COSECSA) erkent het programma. De training omvat orthopedie, gynaecologie,

kinderchirurgie, hoofd/hals-chirurgie, plastische chirurgie, anesthesie en intensive care. Ook endoscopie is onderdeel van de training in Nkhoma.

Tweede endoscopy camp

Terug naar Martine Dijkstra en Ed Schenk die in 2019 opnieuw naar Malawi reisden en een tweede *endoscopy camp* initieerden. Het Nkhoma Mission Hospital kreeg naast diverse gastroscopen ook de beschikking over een kindergastroscop en een aantal coloscopen. Vanaf dat moment werden defect geraakte endoscopen naar Nederland

gestuurd en tegen kostprijs gerepareerd door dezelfde medisch technicus die eerder al reparatiewerkzaamheden verrichtte.

Na de COVID-19 pandemie troffen de Zwollenaren het ziekenhuis in maart 2022 in een verbeterde toestand aan. Er werkten inmiddels vier buitenlandse chirurgen en een in Afrika en Rusland opgeleide Malawiaanse chirurg. Deze laatste en een Amerikaanse chirurg beschikten over goede basale endoscopische vaardigheden, waardoor ook het plaatsen van slokdarmstents kon worden aangeleerd.⁵

Casuïstiek

Tijdens het *endoscopy camp* in 2022 zijn 53 gastroscopieën verricht en werden 15 maligne tumoren gevonden. Vijf van de betreffende patiënten waren jonger dan 45 jaar. De jongste patiënt was een man van 26 jaar met ernstige passageklachten en sterk gewichtsverlies. Hij bleek een distale slokdarmtumor te hebben. Na een gesprek met hem en zijn vrouw werd hij succesvol gepal- lieerd met een 10 cm partieel gecoverde stent die was meegenomen uit Nederland. Hij ging de volgende dag naar huis en verdroeg inmiddels weer semi-vast voedsel. Er was hoop dat hij nog enige tijd inkomen kon verwerven voor zijn vrouw en kinderen.

Verder werden drie patiënten gezien die zich presenteerden met een status na massale hematemesis. Bij de eerste patiënt konden slokdarmvarices worden behandeld met rubberbandligatie. De tweede bleek een fundusvarix te hebben met bloedingsstigma. ▶

The warm heart of Africa

Malawi ligt ingeklemd tussen de buurlanden Tanzania, Zambia en Mozambique. Het land wordt niet voor niets 'the warm heart of Africa' genoemd. Wie Malawi bezoekt, 'verliest' gegarandeerd zijn hart aan de adembenemende natuur en de uiterst vriendelijke bevolking. Helaas behoort Malawi ook tot een van de armste landen van de wereld. Van de 19 miljoen inwoners leeft 65 procent onder de armoedegrens. Deze status wordt in stand gehouden door een uiterst droog klimaat met weinig effectieve landbouw, het ontbreken van infrastructuur, een ken-

niseconomie en grondstoffen en daar bovenop een enorme corruptie. Bovendien hebben de COVID-19 pandemie, de cyclonen Idai en Freddy in 2019 en 2022 en een ernstige economische crisis de situatie in Malawi verder verslechterd.

Ook de gezondheidszorg heeft hieronder te lijden. In Malawi is een groot gebrek aan zorgverleners, de kindersterfte is hoog en de gemiddelde levensverwachting bedraagt slechts 63 jaar. De belangrijkste oorzaken van overlijden zijn nog steeds infectiezieken.

Advertentie



Reiniging, desinfectie en opslag van endoscopen in Nkhoma

Helaas was histoacryl niet beschikbaar. Een derde patiënt van 20 jaar presenteerde zich met een Hb van 3.1 mmol/L. Twee familieleden wilden bloed doneren, waarna haar

Hb steeg naar 4.1 mmol/L. Helaas waren er geen andere bloeddonoren beschikbaar. Na het bespreken van de risico's van endoscopie onder sedatie bij dit Hb besloot de vrouw af te zien van endoscopie en een traditioneel genezer te bezoeken.

Tijdens het *endoscopy camp* van vorig jaar lag de focus op het dilateren van benigne slokdarmstenoses en coloscopie.

Toekomstperspectief

In Nkhoma is in enkele jaren tijd een endoscopiecentrum opgezet met getrainde medewerkers en voldoende materiaal. Het ziekenhuis kan inmiddels op continue basis diagnostische en therapeutische endoscopieën uitvoeren. Daarnaast worden nieuwe endoscopisten opgeleid door het eigen team.

Er is veel bereikt, maar er zijn ook zorgen en onzekerheden. Malawi is en blijft een van de armste landen ter wereld. Er lijkt weinig perspectief voor verbetering. De gezondheidszorg in Malawi is grotendeels afhankelijk van buitenlandse donoren en zorgverleners. Deze afhankelijkheid zal voorlopig niet veranderen. Hoewel een gastroscopie minder dan honderd dollar kost, is dit bedrag voor veel mensen onbetaalbaar. Door een donatie (10.000 euro)

van een Nederlands fonds te combineren met kleine bijdragen van arme mensen en betalende rijkere patiënten kon in Nkhoma gedurende meer dan een half jaar wekelijks endoscopische zorg worden verricht.

Er is een groot gebrek aan slokdarmstents om alle patiënten met een tumor te kunnen palliëren. Een project om aan Afrikaanse landen stents te leveren tegen een gereduceerd tarief lijkt gestrand.⁶ Ook bandligatiesystemen zijn kostbaar en worden, tegen de richtlijn in, gebruikt bij meerdere patiënten.

Op verzoek van het team in Nkhoma proberen de Zwolse initiatiefnemers deze zomer opnieuw een *endoscopy camp* te houden. Dan zal de focus liggen op het gebruik van doorlichting bij slokdarmdilataties en stenting en de behandeling van slokdarmvarices door middel van rubberbandligatie. Tot slot zijn er plannen om in 2025 een summerschool te houden in Nkhoma. Enerzijds om artsen uit andere ziekenhuizen in Malawi te kunnen opleiden in endoscopie en anderzijds om het centrum nog meer bekendheid te geven.

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 1-2024 (p. 57 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Het huidige vrijwilligersteam van Nkhoma bestaat uit:



Martine Dijkstra-Meeske, endoscopieverpleegkundige
Isala klinieken, Zwolle,
m.j.dijkstra@isala.nl



Robert Mousset, aios MDL,
UMCG, Groningen,
r.a.mousset@umcg.nl



Antoine Flierman, MDL-arts,
Isala klinieken, Zwolle,
a.flierman@isala.nl



Egbert-Jan van der Wouden,
MDL-arts, Isala klinieken, Zwolle,
e.j.van.der.wouden@isala.nl

Advertentie



MDL-leed en vergezichten

Mariël Croon startte op 1 januari 2024 als directeur-bestuurder van de Maag Lever Darm Stichting (MLDS). Dankzij haar medische achtergrond en haar vorige functie als directeur Communicatie van het Erasmus MC is zij bekend met de verschillende MDL-deelgebieden. In onderstaande bijdrage stelt zij zich voor en laat zij onder meer haar licht schijnen over haar MDL-ervaring ('uit het jaar nul') en het belang van vroege opsporing.

Van een vertraagde peristaltiek door progesteron – met de u welbekende kleine kwalen tot gevolg – tot een pylorus-hypertrofie of erger, een Hirschsprung, bij de pasgeborene. Het MDL-leed binnen de verloskunde – mijn oorspronkelijke vakgebied – is aanzienlijk en niet altijd onschuldig. Het fulminante verloop van een HELLP-syndroom is het schrikbeeld van elke verloskundige. En ik leerde (pas jaren na mijn opleiding – ik geef toe, die was honderd jaar geleden) dat een zwangerschapscholestase voor het kind letaal kon zijn en niet altijd als hinderlijke jeuk met wat mentholtalk kon worden afgedaan.

Een hyperemesis 'behandelden' we door de zwangere in absolute afzondering van haar

familie (sic!) te verplegen en ruimschoots appelsap aan te bieden opdat haar kalium op peil bleef. Sondevoeding of een infuus kwam er niet aan te pas. Dit dateert van vóór de *evidence based medicine*. Sinds de WGBO zal deze methode ongetwijfeld obsoleet zijn, maar zij werkte uitstekend. Ik heb nooit anders meegemaakt dan dat het braken binnen een dag was gestopt in een van de schaarse, spierwitte eenpersoonskamertjes in het perifere ziekenhuis waar ik mijn opleiding tot verloskundige genoot.

Voor zwangeren met Crohn en colitis hadden we destijds niks in de aanbieding, zij meldden zich gewoon in de eerste lijn. We hoopten er het beste van. Gelukkig is de

natuur doorgaans mild en had de zwangerschap vaak een dempend effect.

Durante partu gaven we klyasma's. Ik herinner me de blauwgroene emmers-metuinslang waarin we met een kloppertje en een flinke klont groene zeep een lekker vet sopje maakten, dat we vervolgens rectaal toedienden aan de barenden. Die durfden niet te protesteren, het hoorde erbij. Of het nuttig en ethisch verantwoord was, laat ik aan de lezer.

U hoort, mijn MDL-ervaring stamt uit het jaar nul. Niettemin heb ik grote affiniteit met uw vakgebied, wellicht toch aangewakkerd doordat MDL in de verloskunde zo alomtegenwoordig is. Ik ben dan ook blij en vereerd dat ik sinds 1 januari van dit jaar als directeur-bestuurder van de Maag Lever Darm Stichting ben aangetreden en samen met een team bevlogen collega's de gastro-enterologie mag ondersteunen. Door fondsen te werven voor uw onderzoek. En door het belang van een gezonde spijsvertering aan het algemeen publiek kenbaar te maken. Want voorkomen is nog altijd beter dan genezen.

Inmiddels is er zoveel moois te melden. Dit jaar gaan we zien waarin tien jaar bevolkingsonderzoek naar darmkanker heeft geresulteerd. Mijn kosmopolitische vriend Ton, die zijn halve leven in Afrika doorbracht, vindt het bvo 'een groot cadeau van de Nederlandse overheid' dat al twee van zijn vrienden 'het leven heeft gered'. Hij is dus niet een van die mannen – want het zijn vooral mannen – die afzien van de poeptest omdat ze denken dat ze de statistieken wel verslaan.

We zijn nog in afwachting van de mortaliteitscijfers van de afgelopen tien jaar, maar de IKNL-statistieken laten vanaf 2015 een dalende incidentie zien van darmkanker. Daarbij hebben stadium 1 en 4 stuivertje gewisseld: de tumoren worden sinds het bvo dus sneller gediagnosticeerd. Dat de darmkankersterfte is gedaald, lijkt me dus een no-brainer en een eclatant succes voor deze vorm van vroege opsporing. Dat laatste is

Advertentie

niet toevallig een van de strategische speerpunten van de Maag Lever Darm Stichting. Voor een oproep tot vroege opsporing van het oesofaguscarcinoom is het volgens mij nog net iets te vroeg, maar wellicht vindt u de komende jaren een panacee of tenminste iets waarmee u die Barretts niet al te invasief kunt monitoren. Een e-nose met een heel hoge sensitiviteit en vooral specificiteit lijkt mij persoonlijk ideaal – ik zie niet uit naar zo'n scopie.

Voor IBD-patiënten is, zo begrijp ik, de kwaliteit van leven veel beter geworden sinds er goede medicatie op de markt is. Maar het blijft een akelig ziektebeeld waarvan de pathofysiologie nog niet geheel is opgehelderd en dat nog altijd grote invloed heeft op het welbevinden. Dat vraagt om meer geld voor fundamenteel en translationeel onderzoek, zoals ook voor studies naar het effect van leefstijlinterventies. In onze impact-route Kwaliteit van leven kijken we hoe we als MLDS daaraan kunnen bijdragen.

Laten we bij dit alles de lever niet vergeten. Ik leerde bij mijn vorige werkgever,

het Erasmus MC in Rotterdam, dat het een regeneratief orgaan is dat gewoon weer aangroeit als je bij leven tweederde ervan doneert. Ik viel van mijn stoel, dát leer je dan weer niet in de verloskunde. Ik zag hoe (alweer!) een goede vriend, behept met PSC, zijn leven terugkreeg door een levertransplantatie. Hij rent weer marathons – over QALY's gesproken. Toch is het niet enkel rozengeur en maneschijn. Door ischemie van de donorlever rond de transplantatie zijn de galwegen aangetast en wacht hem met regelmaat een opname vanwege een cholangitis. Laten we hopen dat de regeneratieve geneeskunde daar in de toekomst een antwoord op vindt.

De pancreas – ik ben bang dat daarin de afgelopen jaren weinig voortgang is geboekt. Toen mijn moeder vijf jaar geleden de diagnose pancreascarcinoom kreeg, was de prognose niet anders dan toen haar broer diezelfde diagnose veertig jaar eerder kreeg: infaust. Des te meer reden om te blijven zoeken naar een therapie voor deze sluipmoordenaar. En om hiervoor als MLDS aandacht te blijven vragen en fondsen te werven.

Alle innovatie en vooruitgang ten spijt lopen we met ons zorgstelsel tegen grenzen aan. Domweg omdat de mensen op zijn. En de aanwas van zorgprofessionals wordt er, gezien de demografische ontwikkelingen, de komende jaren niet beter op. Hoe kunnen we als MLDS, in de geest van het Integraal Zorgakkoord, hier iets aan bijdragen? We gaan onderzoeken of het professionaliseren van het lotgenotencontact patiënten kan helpen en u als zorgverlener kan ontlasten. In de psychiatrie schijnt het goed te werken.

Kortom, beste MDL-artsen, ik ga graag met veel energie samen met mijn collega's aan de slag om u te faciliteren. Daar zie ik naar uit, de vergezichten zijn legio. Zo hebben we de ambitie om de MLDS niet tot de kleine, maar op zijn minst tot de middelgrote fondsen te laten behoren. Ik heb uw hulp daarbij hard nodig. Om ons als MLDS van ideeën te voorzien en scherp te houden. Om als klankbord te dienen wanneer we een reality check willen doen om ons beleid te toetsen. En als *critical friend*, om ons bij de les te houden.

INNOVATIONS IN DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PANCREATOBILIARY DISEASES

Myrte Gorris, Universiteit van Amsterdam, 31 maart 2023



Pancreatobiliaire ziekten vormen een heterogene groep van aandoeningen, variërend van benigne tot maligne. In de dagelijkse praktijk blijft het diagnosticeren en behandelen van deze aandoeningen een uitdaging. Het doel van dit proefschrift is om de diagnose en behandeling

van patiënten met pancreatobiliaire ziekten te verbeteren, met een specifieke focus op neoplastische pancreascysten (PCN), waaronder het intraductaal papillair mucineus neoplasma (IPMN).

We verrichtten een internationale studie naar de uitkomsten van miltsparende distale pancreatectomie (DP) in 700 patiënten met IPMN en zagen dat slechts 4 procent van de patiënten zonder preoperatieve verdenking op maligniteit, lymfekliermetastasen heeft. Een miltsparende DP lijkt derhalve voor deze groep oncologisch veilig met betere korte-termijn uitkomsten.

Daarnaast verrichtten wij een landelijke databasebase studie waaruit bleek dat 12 procent van de geresecteerde pancreascarcinomen geassocieerd was met een PCN. Deze patiënten hadden een betere geschatte mediane overleving dan patiënten met een primair

pancreascarcinoom. De gerandomiseerde BRIX-studie, waarin we de sensitiviteit van een conventionele brush vergeleken met die van een brush met grotere dichtheid bij patiënten met maligne galwegobstructie die een ERCP ondergingen, toonde geen verschil aan. De studie werd voortijdig gestaakt wegens futiliteit.

Curriculum vitae

Myrte Gorris (Diemen, 1994) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Na verscheidene coschappen in het buitenland en haar semi-arts stage bij de MDL in het Sint Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein), startte zij met haar promotietraject binnen de hepato-pancreatico-biliaire ziekten bij het Amsterdam UMC onder begeleiding van prof. dr. Jeanin van Hooft, prof. dr. Marc Besselink, dr. Rogier Voermans en dr. Frederike Dijk. Naast haar promotietraject was zij als projectleider voor het Citrienfonds betrokken bij het vormgeven van regionale zorgpaden voor GE-tumoren in de regio Noord-Holland/Flevoland. Momenteel werkt Myrte als anios Interne Geneeskunde in het OLVG in Amsterdam.

Bijsluiters

BACTERIAL CONTAMINATION OF COMPLEX GASTROINTESTINAL ENDOSCOPES

Arjan Rauwers, Erasmus Universiteit Rotterdam, 27 oktober 2023



In toenemende mate worden wereldwijd uitbraken met resistente bacteriën beschreven waarbij de transmissie via duodenoscopen verliep. Duodenoscopen worden gebruikt voor ERCP-onderzoeken. Om uitbraken te voorkomen, is het noodzakelijk om risicofactoren te vinden die bijdragen aan uitbraken en gecontamineerde complexe duodenoscopen en echo-endoscopen (DLE's).

Het proefschrift bestaat uit drie onderdelen. In het eerste onderdeel wordt beschreven welke partijen bij het reinigings- en desinfectieproces van DLE's zijn betrokken. Bovendien zijn in dit deel de mogelijke oorzaken van een uitbraak van een multiresistente bacterie via twee duodenoscopen in een Nederlands academisch ziekenhuis in 2015 bestudeerd. In deze casus kunnen verschillende factoren een rol hebben gespeeld, zoals het duodenoscoopontwerp, inadequate reparaties, onjuiste reiniging, miscommunicatie over reinigingsprotocollen en een gebrek aan microbiologische surveillance.

In het tweede deel van het proefschrift is de omvang van het onderliggende probleem beschreven. In Nederlandse ziekenhuizen is een aanhoudend hoge prevalentie (15 procent) van DLE's gecontamineerd met gastro-intestinale bacteriën gevonden. Het voorkomen van contaminatie stond los van de leeftijd of het aantal gebruiksprou-

cedures van de endoscoop. In het derde deel van de thesis worden de resultaten getoond van een studie waarin is onderzocht is of de adenosinetrifosfaat (ATP)-test als marker voor organisch residu na het reinigen, zorgt voor een lager aantal gecontamineerde DLE's. De inzet van ATP-testen voorkwam niet dat DLE's werden gebruikt die gecontamineerd waren met darmflora. Het aantal gecontamineerde DLE's verminderde evenmin. Verdere analyse liet zien dat ATP-testen na desinfectie van DLE's niet de aan- of afwezigheid van micro-organismen kunnen voorspellen.

Curriculum vitae

Arjan Rauwers (Malden, 1989) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. Nadat hij als anios Interne Geneeskunde had gewerkt in het OLVG begon hij zijn promotietraject onder begeleiding van prof. dr. Marco Bruno en prof. dr. Margreet Vos in het Erasmus MC in Rotterdam. In 2020 startte hij met de opleiding tot MDL-arts met de vooropleiding Interne in het Franciscus Gasthuis. Na het Deventer Ziekenhuis volgt hij momenteel de opleiding in het Erasmus MC.

Het proefschrift van Arjan Rauwers is in te zien via:

<https://pure.eur.nl/en/publications/bacterial-contamination-of-complex-gastrointestinal-endoscopes>.

TRANSITION TO ADULTHOOD: INTERVENTIONS FOR YOUNG ADULTS WITH CHRONIC PHYSICAL CONDITIONS TO SUPPORT SELF-MANAGEMENT EN WORK PARTICIPATION

Marjolijn Bal, Erasmus Universiteit Rotterdam, 19 december 2023



Door verbeterde zorg en medicatie bereiken steeds meer kinderen met chronisch lichamelijke aandoeningen de volwassenheid. De psychosociale ontwikkeling van jongvolwassenen met chronische aandoeningen loopt vaak achter ten opzichte van leeftijdsgenoten. Het vinden en behouden van werk is één van de uitdagingen in de transitie naar volwassenheid. Het is belangrijk hen te ondersteunen in het ontwikkelen van vaardigheden om met de gevolgen van de aandoening om te gaan. In het proefschrift zijn de kenmerken en effectiviteit van zelfmanagementinterventies geïnventariseerd. Bovendien zijn de effecten onderzocht van een nieuwe arbeidsinterventie ('Aan het werk') voor deze doelgroep.

Zelfmanagementinterventies beschreven in de literatuur zijn voornamelijk gericht op medisch management, zoals het meten van bloedwaarden. Het is belangrijk dat transitiezorg zich ook richt op de emotionele aspecten en psychosociale gevolgen van het leven met een chronische aandoening. De aanbeveling aan zorgteams voor adolescenten en jongvolwassenen is om de psychosociale ontwikkeling te monitoren, zodat bij vertraging in de ontwikkeling tijdig passende interventies kunnen worden aangeboden.

De interventie 'Aan het werk' is een veelbelovend programma om

jongvolwassenen met chronische aandoeningen na afronding van hun opleiding naar regulier werk te begeleiden. Het combineert een groepsinterventie bij de polikliniek Revalidatie met individuele coaching door een re-integratiebedrijf. Het onderzoek laat zien dat de arbeidsparticipatie van deelnemers na de interventie toeneemt van 10 naar 42 procent. Oud-deelnemers waarderen de sollicitatietraining, de gecreëerde authentieke leersituaties en het lotgenotencontact in de interventie. Volgens hen dragen deze onderdelen bij aan de ontwikkeling van *life skills* en meer zelfvertrouwen voor werk.

Curriculum vitae

Marjolijn Bal studeerde Sociale en Organisatie psychologie aan de Universiteit Leiden. Sinds 2011 werkt zij als onderzoeker bij Kenniscentrum Zorginnovatie en als docent bij de opleiding Ergotherapie van de Hogeschool Rotterdam. Zij is recent gepromoveerd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; promotor: dr. M.E. Roebroek, Afdeling Revalidatiegeneeskunde Erasmus MC, co-promotor: dr. H.S. Miedema, Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam. Haar onderzoek richt zich op het verbeteren van de arbeidsparticipatie van jongvolwassenen met chronisch lichamelijke aandoeningen en de effectiviteit van een interventie bij Rijndam Revalidatie ter ondersteuning daarvan.

Bijsluiters

Alle MDL-zorg op de mooiste plek

“Vanuit medisch oogpunt is centralisatie van de ziekenhuiszorg op één locatie ideaal voor de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Je hebt de klinische bedden bij elkaar, binnen de afdeling werk je met z'n allen fysiek samen, er is meer verbinding en de lijnen zijn kort. Ook de multidisciplinaire samenwerking verloopt makkelijker. Kijk je er met een sociaalmaatschappelijke bril naar, dan roept de ambitie ‘zorg dichtbij de patiënt’ een andere emotie op. Als je 35 jaar lang een ziekenhuis in je woonplaats had en nu naar een andere plaats moet, dan doet dat wat met een patiënt. Heel begrijpelijk. We hebben ons goed voorbereid op dat sentiment. Wat we merken is dat deze weerstand snel verdwijnt als de patiënt hier eenmaal binnen is. Wat is het een prachtig ziekenhuis, hoor je dan. Zo schoon, fris en wat een mooie ligging.”

MDL-artsen Evelyn van Vliet en Gijs de Bruin zijn enthousiast over hun nieuwe onderkomen. Nog niet eens een half jaar geleden opende Koning Willem-Alexander het Tergooi MC in Hilversum, dat meteen het predicaat mooiste zorggebouw van Nederland kreeg.

IBD-coach

Welke bijdrage levert de afdeling om MDL-zorg buiten het Tergooi MC te verplaatsen? “Voor ons is de IBD-coach een belangrijk instrument. We zijn daar aan het begin van het project in 2019 vol ingestapt,” aldus Gijs de Bruin. “In plaats van vier keer zien wij IBD-patiënten nu nog eens per jaar als hun gezondheid stabiel blijft. Onze drie IBD-verpleegkundigen, en straks ook een verpleegkundig specialist, houden dagelijks een vinger aan de pols. Op die manier volgen we zo’n 365 patiënten. Dat zijn overigens niet al onze IBD-patiënten. Wie weet stappen zij alsnog over als het systeem nog wat patiëntvriendelijker wordt.”

Zorgpad PDS-patiënten

Een ander initiatief om zorg dicht bij de patiënt te brengen, en daarmee buiten het ziekenhuis, is het optimaliseren van het zorgpad voor patiënten met Prikkelbaar Darm Syndroom (PDS). Evelyn van Vliet over dit initiatief: “We hebben het zorgpad samen met de huisartsen in de regio Gooi- en Vechtstreek opgezet. We proberen hiermee overbodige diagnostiek en verwijzing vanuit de eerste naar de tweede lijn te voorkomen. Ook biedt het ons als tweede lijn de mogelijkheid om aan de eerste lijn aanbevelingen te doen voor mogelijke behandelingen.” Hiervoor is goede afstemming tussen de eerste en tweede lijn noodzakelijk, met een eenduidige aanpak door de verschillende behandelaren. Evelyn van Vliet: “We hebben hiervoor samen een zorgvuldig gestructureerd protocol opgesteld waarbinnen de patiënt centraal staat. Een huisarts kan door middel van een meekijkconsult te allen tijde advies bij ons inwinnen over een PDS-patiënt. Het kan nuttig zijn dat een patiënt wordt verwezen naar de polikliniek MDL, op basis van aanvullend onderzoek of als onze beoordeling gewenst is. Mochten

wij geen meerwaarde zien van beoordeling op de poli, dan sturen we de huisarts een retourbrief en volgt er geen afspraak.”

Academische samenwerking

De twee MDL-artsen zijn trots op wat er nu staat. “We zijn onderdeel van een ongelooflijk goed ziekenhuis,” stelt Gijs de Bruin. “Onze afdeling biedt de regio, laagdrempelig, alle MDL-zorg. Als het gaat om een second opinion kunnen we terugvallen op onze samenwerking met Amsterdam UMC voor onder meer hepatopancreaticobiliaire ziekten, Antoni van Leeuwenhoek voor oncologie en Utrecht MC voor onder meer grote poliepen waarvoor en bloc resectie is geïndiceerd. We hebben de zaken goed op de rit.” De niet-patiëntgebonden taken van de vakgroep zijn evenwichtig verdeeld tussen de MDL-artsen, zodat zij allemaal feeling houden met management, financiën, duurzaamheid en maatschappelijk belang. Dit schept verbondenheid en creëert een goede onderlinge verstandhouding. Samen dingen doen, met en zonder collega’s van de afdeling of de eigen partners, buiten het ziekenhuis draagt daar absoluut ook aan bij.



Staan vlnr: Emma Eshuis¹, Yark Hazewinkel¹, Erik Ras², Yvonne Besamuska^{3,4}, Jan Bart Koorstra¹, Marian Nievaard⁵, Evelyn van Vliet¹, Itta Minderhoud¹, Lian Rodijk⁶. Hurkend vlnr: Jan van den Brande¹, Marianne Smits¹, Geertruida van den Broek⁷, Gijs de Bruin¹, Eline Stikkelman⁶.

¹ MDL-arts, ² Verpleegkundig endoscopist, ³ IBD-verpleegkundige, ⁴ Verpleegkundig specialist i.o., ⁵ Beleidsmedewerker vakgroep MDL, ⁶ Anios MDL, ⁷ Verpleegkundig consulent IBD

Bijsluiters

Advertentie

Advertentie

Referenties MAGMA 1-2024

ERGONOMIE Ergonomie in de endoscopie: geen luxe maar noodzaak – p. 6-9

1. Pawa S, Kwon RS, Fishman DS, Thosani NC, Shergill A, Grover SC, Al-Haddad M, Amateau SK, Buxbaum JL, Calderwood AH, Chalhoub JM, Coelho-Prabhu N, Desai M, Elhanafi SE, Forbes N, Fujii-Lau LL, Kohli DR, Machicado JD, Marya NB, Ruan W, Sheth SG, Storm AC, Thiruvengadam NR, Qumseya BJ; (ASGE Standards of Practice Committee Chair, 2020-2023). American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of ergonomics for prevention of endoscopy-related injury: summary and recommendations. *Gastrointest Endosc.* 2023 Oct;98(4):482-491. DOI: [10.1016/j.gie.2023.05.056](https://doi.org/10.1016/j.gie.2023.05.056). Epub 2023 May 27. PMID: 37245720.
2. Sturm N, Leukert J, Perkhof L, Hann A, Wagner M, Mayer B, Seufferlein T, Mayerle J, Schulz C, Meining A, Kraft E, Walter BM. The impact of endoscopic activity on musculoskeletal disorders of high-volume endoscopists in Germany. *Sci Rep.* 2022 May 20;12(1):8538. DOI: [10.1038/s41598-022-12400-4](https://doi.org/10.1038/s41598-022-12400-4). PMID: 35595856; PMCID: PMC9123012.
3. Campbell EV 3rd, Muniraj T, Aslanian HR, Laine L, Jamidar P. Musculoskeletal Pain Symptoms and Injuries Among Endoscopists Who Perform ERCP. *Dig Dis Sci.* 2021 Jan;66(1):56-62. DOI: [10.1007/s10620-020-06163-z](https://doi.org/10.1007/s10620-020-06163-z). Epub 2020 Mar 6. PMID: 32144599.
4. International Guidelines: ISO 11226:2000 Ergonomics Evaluation of Static Working Postures. <https://www.iso.org/standard/25573.html>. Peereboom K.J., Vermeulen H. (2016). *Handboek Fysieke Belasting.* (7e Editie) Sdu Uitgevers B.V. ISBN 9789012395243. <https://metadata.isbn.nl/1316874/handboek-fysieke-belasting-7e-editie.html>

DUURZAAMHEID Tien tips om wetenschappelijk onderzoek te verduurzamen: voor onderzoekers, door onderzoekers – p. 10-13

1. M. Steenmeijer et al (2022). Rapport: “Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu”. (<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2022-0127.pdf>)
2. Natuur & Milieu, Greenpeace en Natuur en Milieufederatie Noord-Holland (2019). Rapport: “De toekomst van de luchtvaart”. (https://content1a.omroep.nl/urishieldv2/127m307dfb8872b1106a00658169b3000000.a0a9d66cdc258cfbdf24d678069dcd5c/nos/docs/rapport_milieuorganisaties_luchtvaart.pdf)
3. De Groot K, Nijenhuis M (2022). Hoe ziet de ideale duurzame endoscopiekamer eruit? *MAGMA* 28(3);121-125. (https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/files/MAGMA%203-2022_home_0.pdf)

4. Smith P. et al. (2023). Rapport: “Advancing Environmentally Sustainable Health Research”. (https://cms.wellcome.org/sites/default/files/2023-08/Research_Sustainability_Report_RAND_Europe_August_2023.pdf)
5. Ligozat A. et al. (2020). Ten simple rules to make your research more sustainable. PLoS Comput Biol, 16(9): e1008148. DOI: [10.1371/journal.pcbi.1008148](https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1008148)
6. Erasmus Universiteit Rotterdam. Website: “The train zone map”. (<https://www.eur.nl/media/100930>)
7. Universiteit Twente. Website: “Train map: Duurzaamheid op de Universiteit Twente”. (<https://www.utwente.nl/nl/duurzaamheid/duurzaamheid-op-de-campus/themas/mobiliteit/train-map/>)
8. Universiteit Wageningen. Artikel: “Eén dag vlees en zuivel vervangen bespaart ruim 40% uitstoot van broeikasgassen”. (<https://www.wur.nl/nl/nieuws/een-dag-vlees-en-zuivel-vervangen-bespaart-ruim-40-uitstoot-van-broeikasgassen.htm>)
9. Website: “Caring Doctors”. (<https://caringdoctors.org/>)
10. Radboud UMC. Document: “-80 is the new -70” (https://www.radboudumc.nl/getmedia/a63283f5-71ae-4068-991c-782830eee36c/Minus-70-is-the-new-minus-80_3.aspx?ext=.pdf)
11. Website: “My Green Lab - Freezer Challenge”. (<https://www.mygreenlab.org/freezer-challenge.html>)
12. Website: “Ontregel het Onderzoek”. (<https://ontregelhetonderzoek.nl/>)

THEMA: DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK Reactie Raad Kwaliteit NVMDL
volumenorm ERCP's – p. 27

1. Ekkelenkamp VE, de Man RA, Ter Borg F, Borg PC, Bruno MJ, Groenen MJ, et al. Prospective evaluation of ERCP performance: results of a nationwide quality registry. Endoscopy. 2015;47(6):503-7. DOI: [10.1055/s-0034-1391231](https://doi.org/10.1055/s-0034-1391231)
2. <https://magazines.igj.nl/hetresultaattelt/2021/02/spijsverteringssysteem-kwaliteitsregistratie-ercps>

3. Sperna Weiland CJ, Smeets X, Kievit W, Verdonk RC, Poen AC, Bhalla A, et al. Aggressive fluid hydration plus non-steroidal anti-inflammatory drugs versus non-steroidal anti-inflammatory drugs alone for post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis (FLUYT): a multicentre, open-label, randomised, controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(5):350-8. DOI: [10.1016/S2468-1253\(21\)00057-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00057-1)

BUITENLAND Zwols initiatief zet endoscopieprogramma in een van armste landen ter wereld in beweging – p. 40-45

1. Helicobacter pylori in Malawi Central Africa. Harries AD, Stewart M, Deegan, KM et al. *J. infect* 1992 24(#3:269-76. DOI: [10.1016/s0163-4453\(05\)80032-5](https://doi.org/10.1016/s0163-4453(05)80032-5)
2. Schistosomiasis in Malawi.a systematic review. Makaula, Sadalaki J, Muula AS et al. *Parasites & Vectors* 2014 570. DOI: [10.1186/s13071-014-0570-y](https://doi.org/10.1186/s13071-014-0570-y)
3. Cheng ML, Zhang L, Borok M, Chokunonga E, Dzamamala C, Korir A, et al. The incidence of oesophageal cancer in eastern Africa: Identification of a new geographic hot spot? *Cancer Epidemiol.* 2015;39:143-149. DOI: [10.1016/j.canep.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.canep.2015.01.001)
4. Thumbs A, Borgstein E, Vigna L, Kingham TP, Kushner AL, Hellberg K, et al. Self-expanding metal stents (SEMS) for patients with advanced esophageal cancer in Malawi: An effective palliative treatment. *J Surg Oncol.* 2012;105:410-414. DOI: [10.1002/jso.23003](https://doi.org/10.1002/jso.23003)
5. Mousset RA, Limbe YE, Lam WC, Dijkstra-Meeske MJ, Vaylann J, Van der Wouden EJ. Vaardigheidstraining in ontwikkelingslanden: 10 tips. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2022 25:166:D6912.
6. Mushi BP, Mwachiro MM, Buckle G, Kaimila BN, Mulima G, Kayamba V, et al. Improving access to self-expanding metal stents for patients with esophageal cancer in Eastern Africa: a stepwise implementation strategy *JCO Glob Oncol* 2021;7:118-126. DOI: [10.1200/go.20.00318](https://doi.org/10.1200/go.20.00318)