

STAND VAN ZAKEN 90 / BRANDBRIEF 92-95
INTERVIEW HUISARTSEN 96-99 / HOOFDLIJNENAKKOORD 100
COLUMN 101 / INGEZONDEN BRIEF: ZBC'S 103 / OPLEIDING 105
NACHTDIENSTEN 106 / THEMA: (POST-)COVID-19 109-123
DE SENIOR 125 / KWALITEITSREGISTRATIES 127
ENDO-ECHOGRAFIE 129 / CASUÏSTIEK 130 / MDL-TRANSFERS 131
PROEFSCHRIFT 131 / DE AFDELING 133



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 26 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2020

(POST)COVID-19

'Toekomstige zorgvraag is
langzame epidemie'



RdK

STAND VAN ZAKEN

Een bonus vervliegt: structurele salarisstijging is beter

Naar aanleiding van de overbelasting van ons zorgsysteem tijdens de COVID-epidemie heeft het kabinet bedacht om 'zorgmedewerkers' een bonus van € 1000 te geven. Deze moet door de werkgever worden aangevraagd en een medewerker komt alleen in aanmerking indien COVID-gerelateerd werk is verricht. Dat is lastig te definiëren, maar dat niet alleen: het is vooral niet rechtvaardig om COVID-gerelateerde zorg meer te waarderen dan andere zorg.

Wat is COVID-gerelateerde zorg? Over werkzaamheden op een COVID-afdeling kan niet worden getwijfeld. Maar hoe moet de plaatsing van méér voedingssondes op een endoscopie-afdeling worden beschouwd? Hoe zit het met HR-medewerkers die heel veel contracten hebben moeten wijzigen? Het kabinet stuurt de zorg met de COVID-bonus het moeras in.

De som geld die beschikbaar is gesteld, bedraagt circa € 800 miljoen, een fiks bedrag. Geld dat beter structureel zou kunnen worden ingezet.

Al vele malen is de vraag gesteld of verpleegkundigen genoeg verdienen. In vergelijking met de ons omringende landen neemt Nederland een middenpositie in: salarissen liggen in Spanje en Finland hoger, in het Verenigd Koninkrijk, België en Duitsland lager.

Lastiger is het om de koopkracht in deze landen te vergelijken.

Medisch specialisten in loondienst zitten internationaal in de middenmoot, terwijl vrij gevestigde medisch specialisten een hoog inkomen hebben. In de Verenigde Staten zijn de inkomens het hoogst. Echter, deze gegevens dateren uit 2010 en zijn wellicht achterhaald.

Het gemeenschappelijke is dat artsen en verpleegkundigen allemaal meer willen verdienen, maar dat de wens om de arbeidsvoorwaarden te verbeteren nog veel groter is. Het bekende rijtje 'minder werkdruk, minder regelgeving, minder administratie' staat bij allen hoog op de verlanglijst.

In Frankrijk ziet men ook in dat zorgmedewerkers een goed salaris 'verdienen', dit staat daar na de eerste COVID-golf nog scherper op het netvlies. De Franse regering gaat € 8 miljard extra besteden aan een verhoging van de salarissen en verbetering van de arbeidsomstandigheden. Gecorrigeerd naar inwoneraantal zou de Nederlandse regering € 2 miljard beschikbaar moeten stellen! KLM met 33.000 medewerkers krijgt € 3,5 miljard. Ook al gaat de vergelijking niet helemaal op: in de zorg werken circa 1,2 miljoen mensen. In het regeerakkoord is afgesproken dat de jaarlijkse zorgkosten slechts beperkt mogen stijgen. Hier wrikt het: door de onverwachte economische neergang is er geen ruimte voor een extra investering in de zorg. Bovendien, met de verder toenevende pensioenproblemen is er eveneens nauwelijks ruimte voor een salarisstijging. Het kabinet heeft echter de publieke opinie tegen: *iedereen* vindt dat zorgmedewerkers beter betaald moeten worden. Het kabinet en de coalitiepartijen kunnen dan ook beter eerlijk zijn (in plaats van weglopen uit de Kamer). Uiteindelijk is een structurele extra investering vele malen beter dan een onduidelijke eenmalige bonus in combinatie met nauwelijks loonruimte de komende jaren. Deze bonus is daarmee uiteindelijk niets meer dan een sigaar uit eigen doos.

Rob de Knegt

► **REFERENTIES** bij artikelen vindt u in de DIGITALE editie. Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 137.

COLOFON

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

Oplage

2750 exemplaren

Redactie

Geert Bulte
Sietske Corporaal
Marina Grubben
Marloes van Ierland
Rob de Knegt
Ger Koek
Susanne Korsse
Govert Veldhuijzen

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

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

Abonnementen

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

Vormgeving

M.Art, Haarlem
grafische vormgeving

Druk

Deltabach Grafimedia BV
Nieuw-Vennep
ISSN: 1384-5012

MAGMA

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

COVERFOTO

iStock

REDACTIE MAGMA

De inhoud van MAGMA wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 8 à 10 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o. Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in MAGMA niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven.

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

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

Werkloosheid bij jonge MDL-artsen: een gruwelscenario

Het is nog maar kortgeleden dat je als aiOS MDL-ziekten al in je één na laatste opleidingsjaar werd gevraagd toe te treden tot je toekomstige vakgroep. Verder waren er veel vacatures die onvervuld bleven, met name in delen van Nederland die wat verder van de randstad liggen. In mei 2019 publiceerde het NIVEL een rapport (*Regionale balans in vraag en aanbod medisch specialisten*) waarin stond dat ziekenhuizen in de provincies Zeeland, Drenthe, Noord-Brabant en Limburg vaak wervingsproblemen rond MDL-artsen hadden.

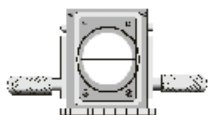
Hoe snel dit kan omslaan, met een dreigende werkloosheid van tientallen MDL-artsen eind volgend jaar, wordt nu pijnlijk duidelijk. Hebben we met zijn allen zitten slapen? Misschien, maar het maakt duidelijk dat capaciteitsplanning met een horizon van zes jaar (de duur van de opleiding) kansloos is. Een 0% groei zoals overeengekomen in het *Hoofdlijnenakkoord Medisch-specialistische zorg 2019-2022* en een COVID-19-pandemie waren niet voorzien.

De aiOS zelf merkten de verslechterende arbeidsmarkt als eersten op. In de laatste *MAGMA* van 2019 vroeg 'De Junior' hiervoor al aandacht en hij/zij kwam met meerdere heldere voorstellen om de jonge klaren meer perspectief te bieden. De komende jaren zal de uitstroom van zittende MDL-artsen veel lager zijn dan de instroom van beginnende MDL-artsen. Het bestuur van de NVMDL heeft daarom begin juli samen met de aiOS een brainstormsessie gehouden om te komen tot concrete acties. Met klem vraag ik u mee te denken en actief ideeën te delen.

Enkele al genoemde voorstellen spreken mij in het bijzonder aan. Kunnen we binnen bestaande netwerken van academische en perifere ziekenhuizen kleine vacatureruimtes bij elkaar brengen om een aanstaande collega een volledige baan te bieden? Dit geeft meteen ook handen en voeten aan het verwezenlijken van netwerk-geneeskunde. Verder zijn er nog ziekenhuizen waar (vrijwel) geen MDL-artsen werkzaam zijn. Kunnen we de bestuurders en MSB's van deze klinieken niet verleiden tot het aanbieden van een *offer you can't refuse*: "Kom met een aantal jonge klaren naar onze kliniek om de MDL-zorg naar eigen inzicht op te zetten"?

We zullen snel met meer concrete plannen moeten komen, jong én oud!

Was getekend,
Frank Vleggaar
-voorzitter-



MDL in (post-)COVID-tijd

Op het hoogtepunt van de COVID-epidemie dit voorjaar bepaalde de redactie dat na *MAGMA 2* ook de september-editie gewijd moest zijn aan de gevolgen van deze epidemie voor de MDL-zorg. Werktitel: 'MDL in post-COVID-tijd'. Ten tijde van het verschijnen van deze uitgave kan de toevoeging 'post' helaas grotendeels worden geschrapt: COVID-19 is duidelijk onder ons en zal dat nog lang blijven. Per dag zijn er inmiddels alweer circa 600 nieuwe besmettingen. Het is te hopen dat de gevreesde 'tweede golf' op afstand kan worden gehouden. Het belang van kennis van de rol van MDL bij COVID-infecties wordt er niet kleiner op.

Middenin de vakantieperiode kijken we eerst samen met Ernst Kuipers, Piet-Hein Buiting en Caroline Wientjes terug én vooruit: hoe moet de zorg een mogelijke tweede golf het hoofd bieden én de reguliere zorg oppakken (p. 112 e.v.)? Daarnaast besteden we in *MAGMA 3* aandacht aan een aantal effecten van COVID-19 op maag, darm en lever. Het virus geeft maag-darmbezwaren inclusief diarree; een fecaal-orale besmettingsroute is niet uit te sluiten (p. 121). Naast een hepatitis-beeld speelt de lever met name bij het metabool syndroom mogelijk een rol: de galwegen bevatten veel ACE-2-receptoren en NAFLD is een van de verschijningsvormen van het metabool syndroom, naast hypertensie en diabetes mellitus (p. 119). Ook gaan we in op aspecten van de behandeling van COVID-19-patiënten waarbij de MDL een voornamelijk faciliterende rol heeft, zoals het voedingsbeleid (p. 110-111) en endoscopische procedures als het plaatsen van voedingssondes (p. 117). Onze kennis neemt in rap tempo toe. De prognose van ernstig verlopende infecties is ten opzichte van februari 2020 daardoor al sterk verbeterd.

Ondertussen is onze werkwijze op vele fronten veranderd. In de scopiekamers dragen we vaak een mond-neus-masker, overdrachtmomenten en vergaderingen gaan veelal online. Geen van ons heeft nog een nationaal of internationaal congres bezocht en zal dat zeker de komende één-twee (?) jaar niet doen. Voorlopig zijn de congressen online. Ook 'Veldhoven' gaat niet door. Het cursorisch MDL-onderwijs verloopt sinds dit voorjaar via een livestream, met overigens opvallend veel positieve reacties (p. 109). Helaas ontmoeten we elkaar nauwelijks meer. Laten we hopen op betere tijden!

Marloes van Ierland en Geert Bulte

U kunt *MAGMA 3-2020* te allen tijde raadplegen
via www.mdl.nl/MAGMA.

Werkloze MDL-artsen: dat wil niemand... toch?

Ondanks de wachtlijsten voor de MDL-zorg en de hoge werkdruk onder medisch specialisten is het aantal vacatures voor MDL-artsen de laatste jaren gestaag afgenomen. Daarnaast is er een continue en – als gevolg van het verkorten van de MDL-opleiding – in 2021 zelfs versnelde instroom van jonge klaren. De ervaring leert dat deze nieuwe generatie MDL-artsen steeds moeilijker aan een baan komt en steeds vaker een tijdelijk dienstverband aangaat. Werkloosheid onder jonge klaren wordt zo op zeer korte termijn een serieus probleem. Middels deze brandbrief willen wij MDL-Nederland wakker schudden en het NVMDL-bestuur dringend verzoeken dit probleem hoog op de agenda te zetten. Gezamenlijk kunnen we passende oplossingen bedenken.

De tijd dat je als vijfdejaars aios MDL zeker was van een plek in een maatschap naar keuze ligt definitief achter ons. De meeste vakgroepen zijn in voorgaande jaren uitgebreid en verjongd. Uitbreiding van fte's wordt vaak onmogelijk geacht vanwege de structuur van het medisch-specialistisch bedrijf (MSB). Ook het groeiplafond, opgelegd door zorgverzekeraars en overheid, verhindert vakgroepen verder te groeien. Tot slot worden ziekenhuizen logistiek en financieel beperkt door de onzekerheid van de coronapandemie. Dit alles heeft een negatief effect op het aantal vacatures voor MDL-artsen. Hoewel hiervoor al eerder aandacht is gevraagd in *MAGMA 4-2019* (DE JUNIOR, p. 155), lijkt dit onderwerp nog niet te leven onder de gevestigde MDL-artsen in ons land.

Cijfers juni 2020

Om te illustreren hoe groot het probleem

al is en hoe nijpend dit in 2021 zal worden, hebben we in *Tabel 1 t/m 3* een aantal getallen op een rijtje gezet.

Dit jaar stromen 39 aios uit. Van hen hebben er 14 (36%) nog geen baan en degenen die wel een baan hebben gevonden, zullen grotendeels tijdelijke dienstverbanden aangaan (variërend van vier maanden tot een jaar). Eén jonge klare vertrekt naar het buitenland.

Voor 2021 zijn de getallen schokkender. Volgens de officiële registratie van Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ronden 60 aios dan hun opleiding af. Samen met de jonge klaren die in 2020 een tijdelijk dienstverband zijn aangegaan, loopt het aantal werkzoekende MDL-artsen in 2021 daarmee op tot 89 (als deze tijdelijke dienstverbanden niet worden omgezet naar een vast contract). Het is onafwendbaar dat een deel van hen werkloos thuis komt te zitten. Een grove berekening levert zo een

werkloosheidspercentage van 15% op.

Dat mogen we niet laten gebeuren! Het is niet uit te leggen dat jonge klaren na een intensieve, langdurige en kostbare opleiding niet aan het werk kunnen en dreigen hun licentie als specialist te verliezen, terwijl er een overschot aan werk is. Laten we met elkaar verantwoordelijkheid nemen en werken aan effectieve oplossingen voor alle partijen.

Voor oplossingen op de korte termijn hoeven we niet het wiel opnieuw uit te vinden. Andere specialismen hebben met succes een aantal strategieën toegepast, die ook bij de MDL geïmplementeerd kunnen worden. We lichten er vijf toe.

1. Circa 15 fte kan worden gecreëerd als werkzame pensionado's bereid zijn hun scoop daadwerkelijk aan de wilgen te hangen.
2. We vragen MDL-artsen om daadwerkelijk

	Totaal	Vast	Chef	Fellow	Inval	Werkzoekend
AUMC (VU)	4	0	0	0	0	4
AUMC (AMC)	8	2	2	1	0	3
EMC	11	5	0	4	1	1
LUMC	5	1	0	2	1	1
Radboudumc	1	0	0	0	0	1
MUMC	4	2	0	0	0	2
UMCG	4	0	3	0	0	1
UMCU	2	0	1	0	0	1

Tabel 1. Uitstroom aios 2020 per UMC

Uitstroom aios 2020	39
<i>van wie reeds vast dienstverband</i>	<i>10 (1 in het buitenland)</i>
Uitstromende pensionado's	5-6 per jaar tot 2024, daarna 15 per jaar
Aantal vacatures MDL-arts	6
Uitstroom aios 2021 (cijfers RGS)	60
Verwachting aantal werkzoekenden in 2021	29 (uitstroom 2020 zonder vaste plek) + 60 (uitstroom 2021) = 89
Percentage werkloze MDL-artsen in 2021	89/597 = 15%

Tabel 2. Uitstroom aios en verwachte werkloosheid MDL-artsen in 2021

Tabel 3. MDL-artsen werkzaam in Nederland (juni 2020)

Werkzaam in MDL-polikliniek in Nederland	
MDL-artsen	569
Aios	256
Pensionado's	28 (~15 fte)

fte in te leveren als zij al met die gedachte speelden. Dit kan in de vorm van een parttime dag, sequentiële *sabbaticals* voor de staf of meer vakantieweken per jaar. Zo komt er ruimte voor een extra staf lid en daarnaast zorgt het voor een betere werk-privé balans en meer tijd voor wetenschaps- of managementtaken.

3. Waardevolle klinische fellowships kunnen worden gecreëerd om kennis en vaardigheden in een gekozen aandachtsgebied te verdiepen. Bijkomend voordeel: hiermee investeren we in kwaliteit van zorg.
4. Dit is niet het moment om te kiezen voor verdere taakdifferentiatie naar verpleegkundig specialisten of physician assistants, ondanks het waardevolle werk dat zij verrichten.
5. Duobanen (waarbij twee jonge klaren samen 1 fte vervullen) leveren werkgelegenheid op voor twee in plaats van één nieuwe collega.

Zo zijn er meer mogelijkheden die de moeite waard zijn om te exploreren.

Uiteraard moeten we ook nadenken over duurzame oplossingen voor de langere termijn, zoals verminderen van het aantal opleidingsplaatsen. Dit is reeds geadviseerd vanuit het Capaciteitsorgaan. Een afname van het aantal aios levert automatisch meer werk op voor MDL-artsen in opleidingsklinieken. Ligt hier bij uitstek niet een kans voor een jonge klare? Ook moeten we vraagtekens zetten bij de houdbaarheid van de MSB-structuur en marktwerking in de zorg.

Wij danken de Commissie Beroepsbelangen en de opleiders, die hierover recent met ons in gesprek gegaan zijn. Naar aanleiding daarvan zullen alle vakgroepen een 'menukaart' (zie hiernaast) ontvangen met handelingsopties. Een verdere inventarisatie van de mogelijke stappen zal in het najaar volgen.

Hierbij roepen wij heel MDL-Nederland op mee te denken over oplossingen! Niets doen is geen optie. Agendeer daarom dit punt op uw eerstvolgende vakgroep- en opleidingsvergadering en bespreek het met behulp van de toegezonden menukaart.

Susanne Korsse, 6e-jaars aios MDL LUMC
Xavier Smeets, 3e-jaars aios MDL Jeroen Bosch Ziekenhuis, bestuurslid NVMDL i.o.
Govert Veldhuijzen, 6e-jaars aios MDL Radboud UMC, bestuurslid NVMDL i.o.
Christine Vos, jonge klare, waarnemend MDL-arts Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk

Opties voor uw vakgroep om vacatures te creëren

- Als vakgroep verdunnen (allen 0.1 fte inleveren op 8 vakgroepleden = 1 vacature)
- Sequentieel sabbaticals opnemen per MDL-arts
- Extra weken vrij nemen per jaar per MDL-arts
- Parttime werken
- Nieuwe vacatures splitsen (1 fte invullen door 2 jonge klaren)
- Gedeelde aanstelling met ZBC's creëren ter financiering nieuwe vacature

Voor opleidingsziekenhuizen met aios MDL:

- Krimp aios opvangen door jonge klaren aan te nemen i.p.v. anios (voordelen: minder dienstbelasting en meer productie)

Op verzoek van MAGMA reageren drie MDL-artsen op bovenstaande brandbrief.

Pensionado

1 De hartenkreet van collega Korsse *et al* trof mij zeer. Dat de actuele, en in de nabije toekomst alleen maar grotere, werkloosheid onder jonge klaren niet lijkt te leven onder gevestigde MDL-artsen lijkt me echter een boude uitspraak. Wat in ieder geval voor mij (en mogelijk voor velen) geldt, is dat de onheilspellende omvang van het geschetste scenario domweg nog onvoldoende bekend is. We zijn nu evenwel helemaal bij de les en ongetwijfeld zal de noodkreet om met elkaar op korte termijn oplossingen te zoeken algemene weerklank vinden.

Ik ben één van de 28 pensionado's die nog (tot voor kort) doorwerkte als MDL-arts en daarmee debet aan het probleem. Deze pensionado's worden nu opgeroepen om 'hun scoop daadwerkelijk aan de wilgen te hangen'. Daarbij moet worden aangetekend dat een flink deel van de pensionado's actief is in centra en regio's waarvoor – in ieder geval tot voor kort! – domweg geen andere MDL-artsen gevonden konden worden. Daarnaast zijn pensionado's parttimers, zodat het van groot optimisme getuigt dat het staken van hun activiteiten zou leiden tot het beschikbaar komen van de benodigde banen. Laten we hopen dat dit waar is! En

laten we vooral hopen dat de uren die nu worden gemaakt door pensionado's inderdaad omgezet zullen worden in structurele uitbreiding van het aantal fte's en daarmee (vaste) banen voor MDL-artsen. Dit alles gezegd hebbende lijkt het niet minder dan logisch dat alle pensionado's op korte termijn stoppen met werken, mits aan bovengenoemde voorwaarde wordt voldaan, en er netto geen MDL-zorgcapaciteit verloren gaat. Dat zal nog een hele zware dobber worden...

Henk van Buuren,
MDL-arts, pensionado

Niets doen is zeker geen optie

2 De jonge klare MDL-artsen en aios MDL maken zich, heel begrijpelijk, al enige tijd zorgen over hun kansen op de arbeidsmarkt. Maar mijns inziens is het onderwerp lastiger dan door hen beschreven.

Er is door de jaren heen altijd een fluctuatie geweest van de beschikbaarheid van banen, zowel voor basisartsen als (startende) specialisten. Deze zogenaamde varkenscyclus doet zich ook voor in andere vakgebieden (onderwijs, sommige technische vakken). Een betere langetermijnplanning zou inderdaad veel ellende voorkomen. Een carrière stapsgewijs opbouwen, is een oplossing. Een *chef de clinique*-schap of een aanvullend *fellowship* zou hierin kunnen passen. De brief noemt als kortetermijnmaatregel

dat de pensionado's hun werk als MDL-arts neerleggen. Maar pensionado's werken op plekken en in functies die nu niet door oude of jonge specialisten worden gedaan. Gezien de arbeidswetgeving is het ook vrijwel onmogelijk dat een werkgever een baan geeft aan een AOW-gerechtigde ten koste van een jonge (werkzoekende) collega.

Nog een paar kanttekeningen:

- Een gecombineerde aanstelling in een perifeer en een academisch ziekenhuis is voor sommigen ongetwijfeld een welkome mogelijkheid. Maar creëert dat extra werkplekken?
- In deeltijd werken kan ruimte creëren; veel oudere en jongere collega's doen dat al als vrije keus. Een van hogerhand opgelegde arbeidsduur- of arbeidstijd-

verkorting bestaat helaas ook, zoals jaren geleden verscheidene van de toenmalige assistent-artsen hebben gemerkt.

- Tijdelijk werken in het buitenland kan natuurlijk: eigen keus of uitgezonden op instigatie van de leiding, met of zonder behoud van loon.
- Klinische fellowships? Prima! Maar de opleiding is wel net ingekort en verder vormgegeven in NOVUM. Was dat dan (medisch inhoudelijk en didactisch) onterecht en onverstandig? Van overheidswege ging het om het bezuinigingseffect, een vestzak-broekzaklogica waarbij de verschillende ministeries niet in elkaars 'diepe zakken' kunnen/mogen kijken?
- Wetenschappelijke fellowships? Prima, een nuttige en leerzame periode, maar wetenschappelijke activiteiten geven je

ADVERTENTIE

ook weer korting op je opleidingsduur! Is dat wel terecht? Handig? Wie betaalt het?

- Wat betreft de zittende staf: meer managementtaken en wetenschapsbeoefening creëren mogelijk ruimte voor klinische werkplekken voor jonge klaren, maar de maatschap of het ziekenhuis moet dat wel kunnen/willen betalen. In de brandbrief wordt het groeiplafond ook genoemd. Als je naar de ons omringende landen kijkt, dan is in Nederland de dichtheid van dokters zeker niet opvallend groot. Vaak krijg ik het idee dat Nederland gaat voor het noodzakelijke minimum en niet voor het optimale: piekbelastingen vormen dan een probleem.
- Er waren destijds goede redenen om verpleegkundig specialisten en *physician assistants* op te leiden en aan te stellen!
- Duobanen kennen voor- en nadelen, zowel voor de twee dokters als voor de werkgever. 'Twee voor de prijs van één' is misschien iets te simplistisch gedacht.

Niets doen is zeker geen optie. Maar wie is er aan zet? Hoe zit het met maatschappen van wie de collega's naast hun reguliere ziekenhuiswerk ook in een ZBC werken? De brandbrief benoemt de hoge werkdruk onder medisch specialisten. In *MAGMA 2-2020* (p.59-60) schrijft Wink de Boer over onacceptabel lange toegangstijden. Op een burn-out zit niemand te wachten. Is daar dan ruimte voor een jonge klare?

In hoeverre wil de jonge klare zijn/haar verouwerde omgeving verlaten en de periferie (inhoudelijk en geografisch) versterken? En is er dan ook geschikt werk voor de partner? De pensionado's houden zoals eerder gezegd mijns inziens geen plekken structureel bezet. Bovendien denk ik dat in een beginnende kleine maatschap, bij gebrek aan een ervaren collega, een pensionado erbij wel degelijk handig kan zijn in de opstartfase. Ik zie bovendien een praktisch probleem: de pensionado's vullen nu veelal

kleine parttime werkplekken die versnipperd zijn over het hele land. Hoe passen we daar een mouw aan, zodat de werkplekken op een realistische manier gevuld kunnen worden door kersverse MDL-dokters?

Met instemming citeer ik de brandbrief van mijn jonge collega's: gezamenlijk kunnen we passende oplossingen bedenken. Een belangrijk, zo niet essentieel aspect daarbij is, dat we de discussie met een positieve instelling starten. *Ja, mits en nee, tenzij* verdienen de voorkeur boven *ja, maar en nee, want*. De NVMDL, of eigenlijk: alle MDL-artsen en aios-MDL moeten zich hierover serieus beraden. Dan worden veel meer MDL-artsen, om Ilse Ganzeboom te parafrazeren, een gelukkiger dokter.

Frans Peters, MDL-arts, Scheemda

REACTIE OP BRANDBRIEF

Brainstorm aios en NVMDL

3 In juli hebben we als NVMDL samen met mensen van de beroepsbelangencommissie en aios een brainstormavond gehad. Wat bij iedereen leeft, is dat het werk er wel is: er zijn nog steeds wachtlijsten. Maar soms worden vacatures tegengehouden door een MSB, daarnaast is in het Hoofdlijnenakkoord 'geen groei' afgesproken.

Het is zeker zo dat een deel van de MDL-zorg in Nederland nog geleverd wordt door reeds gepensioneerde MDL-artsen. En dat komt doordat we jarenlang een tekort hebben gehad aan MDL-artsen. Heel fijn dat zij toen in dat gat zijn gesprongen. Maar nu is de situatie totaal omgekeerd en zou het heel mooi zijn als je die werkzaamheden bij jonge klaren zou kunnen onderbrengen.

We hebben binnen de NVMDL en als Concilium één à twee jaar geleden deze tendens, die uitmondt in de dreiging van een werkloosheidspercentage van bijna 14%, al besproken en er in gremia aandacht voor gevraagd. Er is ook naar gehandeld: we gaan al vier jaar terug in instroom. Maar flink wat mensen met wie ik deze dreiging besprak, zeiden: 'dat is helemaal niet waar, want we kunnen helemaal geen collega's vinden'. De groep van zittende MDL-artsen – zeg: de vijftigplussers – hebben een praktijkverleden van twintig jaar waarin ze achttien jaar lang geen MDL-collega's konden vinden. En er zijn nog altijd bepaalde randjes van Nederland waar lastig collega's te vinden zijn. Overigens zijn wij lang niet het enige specialisme waarbij dit speelt. Laten we daarom

ook kijken naar de specialismen die hiermee al eerder werden geconfronteerd en hoe zij dit probleem hebben aangepakt.

Het allerbelangrijkste is nu dat we bewustzijn creëren: dat dit probleem speelt en dat het urgent is. Hier ligt ook een taak voor de opleiders.

Het gesprek moet op gang komen, zodat pensionado's gaan denken: 'oh, nou, dan ga ik toch maar eens van mijn pensioen genieten'. En een ander: 'zo'n drie maanden *sabbatical*, dat lijkt me wel wat'. Als NVMDL willen we iedereen ondersteunen die met oplossingen komt.

Mariëtte van Kouwen, MDL-arts, Nijmegen
voorzitter Concilium NVMDL

SAMENWERKEN GAAT NIET VANZELF

Bij de huisarts klotst het werk tegen de plinten op

Dat het beroep 'huisarts' een wezenlijk andere invulling kent dan pakweg twintig, dertig jaar geleden behoeft geen verdere uitleg. Dat door deze en gene misschien af en toe met weemoed wordt teruggedacht aan hoe de huisarts 'vroeger' werkte, verklaart wellicht het succes van de tv-serie Dokter Tinus. Zes seizoenen lang heeft de kijker wekelijks kunnen genieten van de perikelen in en rondom zijn huisartsenpraktijk. Als enig praktiserend huisarts is Dokter Tinus werkzaam in het idyllische plattelandsdorp Wourkem. Hoe anders is dit nu bij de huisartsen die *MAGMA* spreekt.

Jan Frans Mutsaerts is huisarts in Etten-Leur en directeur van Het Huisartsteam, een zorggroep bestaande uit 21 huisartsenpraktijken in West-Brabant. In één van deze praktijken werkt collega-huisarts Robert Zegers. Sinds 2017 combineert Zegers het huisarts-zijn met z'n werk als huisartsdocent en coördinator opleiders aan het Erasmus MC. Beiden zijn al meer dan twintig jaar werkzaam als huisarts.

Die ene huisarts

"In de tweeëntwintig jaar dat ik nu als huisarts werk, is er ontzettend veel veranderd. Er zijn disciplines bij gekomen, samenwerking binnen één praktijk, samenwerking met zorggroepen: het hele zorgveld in de eerste lijn is enorm veranderd. Dat heeft zeker voordelen. Maar het kleinschalige voor de patiënt, de continue factor van die ene huisarts die 24/7 beschikbaar is, dat is voor een groot deel weg", vertelt Zegers.

Geen slecht idee

Jan Frans Mutsaerts: "Ik vind wel dat het vak ten goede is geëvolueerd. Wat ik heel plezierig vind aan het huisartsenvak, is dat je een beetje je eigen winkel hebt. Die je naar eigen inzicht met je patiënten kan inrichten. Een huisartsenpraktijk is eigenlijk gewoon een MKB. Toen ik begon, zag je dat huisartsen met drie of vier bij elkaar

gingen zitten. Ik was van mening dat dit te weinig was om profijt van te hebben. Je zou met minstens twintig à vijfentwintig huisartsen een groep moeten vormen. Daar kwam destijds veel commentaar op, want dat was zeer ongebruikelijk. Het Huisartsteam was één van de eerste zorggroepen in Nederland. Inmiddels zijn er ongeveer 110 van dit soort clubs. Zo slecht was het idee dus ook weer niet."

Huisarts van de toekomst

Branchevereniging *InEen* heeft een toekomstverkenning geschreven. Eén van de beschreven trends voorspelt dat in 2030 de patiënt zelf de diagnostiek doet, gebruikmaakt van beslisondersteunende systemen, virtueel een zorgprofessional consulteert op het moment dat het hem past, en op verzoek hulp krijgt van de zorgprofessional bij het interpreteren van de data. Mutsaerts was bestuurslid en vice-voorzitter van *InEen*.

Hoe blij moeten wij als patiënt hiervan worden?

"Heel blij (*lacht*). Ik denk dat dit kan. Huisartsenzorg zal voor een belangrijk deel fysieke contactzorg blijven. Met de patiënt samen. Maar er zijn een heleboel zaken die de patiënt heel goed zelf zou kunnen en willen. Als je het maar goed organiseert. Wanneer je goede ondersteuning biedt,

waardoor zaken begrijpelijk worden en de patiënt daardoor goed zicht op zijn aandoening heeft, dan is dit voor een grote groep mensen buitengewoon interessant en goed. Al zal het in alle eerlijkheid voor een kleinere groep minder goed zijn."

Wat betekent dit toekomstbeeld inhoudelijk voor de huisartsenopleiding?

Robert Zegers: "Ik denk dat ICT-tools een vast onderdeel worden van ons werk. De meningen verschillen echter over hoe je ICT inzet. Ik vind dat het gebruik hiervan vooral ondersteund zou moeten worden vanuit de huisartsenpraktijk. Dit geeft herkenbaarheid voor de patiënt. Als je het als los element náást de huisartsenpraktijk aanbiedt of zelfs ter vervanging daarvan, zoals in Zweden, creëer je alleen maar verwarring en onrust onder patiënten. En dat vergroot juist de zorgbehoefte. Nieuwe huisartsen moeten we bewust maken van het feit dat dit eraan zit te komen. Zodat ze alvast gaan nadenken over: wat wil ik er straks mee in m'n eigen praktijk?"

Dreigend huisartsentekort

Zegers: "Er zijn krimpggebieden waarover we ons zorgen maken. Met name Zeeland, maar ook het noorden van het land. Er zijn daar verschillende huisartspraktijken waarvoor straks geen opvolger is. Zeeland zijn we nu aantrekkelijker aan het maken door ter plekke een opleiding op maat aan te bieden: alle stages vinden plaats in Zeeland. Een aantal Zeeuwse huisartsen heeft zich

Zorg verplaatsen betekent ook: budget verplaatsen



Robert Zegers:
"Het gebruik van ICT-
tools door de patiënt zou
vooral ondersteund
moeten worden vanuit
de huisartsenpraktijk."

verenigd en biedt baangarantie met daarbij ondersteuning bij overname van een praktijk en daadwerkelijke vestiging in Zeeland. Binnen de opleiding proberen we meer huisartsen op te leiden. Maar daar zit wel een plafond aan. Wat ook speelt, zijn de veranderingen die wij zien in het vak. Beginnende huisartsen willen vaker in deeltijd werken en ook vaak liever in loondienst, in een groepspraktijk. Die overgang van het 'ouderwetse' praktijkhouderschap naar groepspraktijken, dat moet op elkaar gaan aansluiten. Juist in de krimpgelieden zie je nog veel solistisch werkende huisartsen. We moeten dus goed blijven opletten, zaken faciliteren en zorgen dat we de gewenste werkomstandigheden creëren. Ook hierbij kunnen slimme ICT-oplossingen en ondersteuning op afstand mogelijk een rol spelen."

Corona

Robert Zegers: "Wat mij trof in die eerste weken, is alle slagvaardigheid, georganiseerdheid en creativiteit van ons als huisartsen met elkaar. Onze NHG die binnen recordtijd een aantal handvatten en richt-

lijnen heeft geproduceerd. Dat gaf energie." Mutsaerts vult aan: "Ineens kon er heel veel op elkaar worden afgestemd: met verschillende stakeholders, huisartsen onderling." Met de kennis en ervaring van nu zijn de voorbereidingen in volle gang om een eventuele tweede coronagolf op te vangen. "Het grootste probleem bij het uitbreken van de coronacrisis was de enorme dip in de reguliere zorg. In onze regio, en ik denk in veel meer regio's, zijn we met de specialisten en de ziekenhuizen bezig om te kijken: hoe kun je die twee patiëntenstromen (corona en regulier) straks goed faciliteren? De uitdaging ligt in het nog beter scheiden van beide stromen om de reguliere zorg zoveel mogelijk aan de gang te houden", zegt Mutsaerts. Zegers vult aan: "De samenwerking met de tweede lijn was helemaal verdwenen. We konden geen patiënt meer doorverwijzen. Dat moet een volgende keer echt anders. Het testbeleid is gelukkig enorm veranderd. We kunnen veel meer en sneller testen."

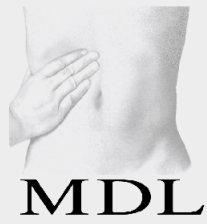
Juiste zorg op de juiste plaats

De overheid wil de eerstelijnszorg een grotere rol geven. De huisarts, de tandarts en

de fysiotherapeut moeten zo veel mogelijk mensen helpen. Dat is goedkoper dan ziekenhuiszorg. Wil de huisarts deze opgave in de praktijk realiseren, dan speelt samenwerken met diverse andere zorgverleners hierin volgens het kabinet een cruciale rol. Jan Frans Mutsaerts: "De kern van ons verhaal is: er ligt al heel veel druk op de huisartsen. Al je nu een willekeurige huisarts zou vragen wat hij nodig heeft, dan zal hij zeggen: ik wil meer tijd hebben voor mijn patiënt. Als de overheid zegt dat wij meer taken moeten gaan doen, dan komt dát onder druk te staan. En dat is iets wat echt niet past. Die samenwerkingen moeten er niet alleen toe leiden dat het de zorg voor de patiënt beter maakt. Maar ook dat de organisatie daaromheen beter wordt. Met als resultaat dat het meer tijd creëert voor jou als huisarts. Bijvoorbeeld: ik heb eenmaal per zes weken in mijn praktijk een overleg met een specialist ouderengeneeskunde en een gespecialiseerd wijkverpleegkundige. Als ik daardoor een oudere beter in kaart heb, kan ik wellicht een crisissituatie of een acute opname voorkomen. Dat is niet alleen winst voor de oudere, maar ook scheelt het mij als huisarts enorm veel tijd in die acute situatie. Zo moet je het zien. Als samenwerken alleen maar tijd kost, dan is het ten dode opgeschreven."

Kunnen we dit waarmaken?

Naast het feit dat de overheid zegt dat er meer zorg van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk moet, staat in het Hoofddlijvenakkoord Medisch-specialistische zorg dat hun zorgaandeel niet mag groeien. Terwijl de zorgvraag blijft toenemen. Robert Zegers: "Ik maak me hier zorgen om. Ons takenpakket is al fors toegenomen en zit behoorlijk vol. Als ik kijk naar wat er op ons afkomt, dan vind ik de ouderenzorg daarbij een goed voorbeeld. Op dit gebied zijn al veel zorgtaken naar de huisarts overgeheveld. Binnen de Wet langdurige zorg zijn er nu bijvoorbeeld kleinschalige woonvoorzieningen voor dementerende ouderen gecreëerd. Dit is allemaal zó bedacht en ingericht dat de specialist ouderengenees-



ADVERTENTIE

kunde hierin een grote rol speelt. Maar die zijn er te weinig waardoor deze hele intensieve zorg, met veel overlegsituaties, meestal neerkomt op de huisartsenpraktijk. Als er dan ook vanuit de tweede lijn nog meer patiënten met complexe zorgbehoeften richting de huisarts komen, dan denk ik dat wij dit beroep op ons niet kunnen waarmaken.

Daarbij wordt dan gezegd dat wij als huisartsen meer taken moeten delegeren, bijvoorbeeld naar praktijkondersteuners. Dat is natuurlijk een belangrijk onderdeel, maar uiteindelijk vindt de patiënt het toch wel uitermate prettig om de huisarts te spreken. Dus ook daar zit een grens aan.”

“De vraag is of alle groeiremming ertoe moet leiden dat er meer zorg naar de eerste lijn gaat. Je kunt ook kijken of je met minder groei toe kan door zaken in de tweede lijn anders te organiseren. Ik zeg het maar even. Dat hebben wij in de eerste lijn ook gedaan. Deze opgave gaat niet lukken als we alles blijven doen zoals we het nu doen. Maar ongetwijfeld zal voor een deel zorg naar de eerste lijn worden verplaatst. En dan gebeurt precies wat Robert zegt: dan klotst het bij de huisartsen echt tegen de plinten op. Uiteindelijk krijg je zo slechte zorg. En dat willen we niet. Kortom, als er een verplaatsing van zorg komt in een tijd waarin de huisarts het al erg druk heeft, dan kan dit alleen als er zorg teruggaat naar de patiënt en diens omgeving (nulde lijn) óf als we het slimmer organiseren met z’n allen”, aldus Mutsaerts.

Zegers vult aan: “Wat naar mijn mening in de maatschappelijke discussie ook zou moeten meespelen, is hoe mensen zorg consumeren. En dat daarmee best zorgvuldig omgegaan mag worden. Wellicht is dat iets voor de politiek? Want het is soms wel een beetje van: ‘u vraagt, wij draaien.’”

Drijfveer bij samenwerken moet zijn: betere zorg



Jan-Frans Mutsaerts:
“Samenwerking die aan het eind van de streep tijd kóst, is ten dode opgeschreven.”

Organisatie

Mutsaerts vervolgt: “Samenwerken gaat niet vanzelf. Daarvoor moet je dingen organiseren en als huisarts moet je de mogelijkheid krijgen om daar mensen op te zetten. Dat is in een ziekenhuis niet anders. Een individuele huisarts kan het niet allemaal georganiseerd krijgen. Voor hen heb je regio-organisaties nodig. Kortom, de eerste lijn verdient meer ondersteuning om aan de opgave van de overheid te kunnen voldoen. In het Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg zijn afspraken gemaakt over de financiering van deze extra ondersteuning en inzet van huisartsen. Helaas wordt daarvan ruim € 150 miljoen niet benut. Er zijn daarvoor door de zorgverzekeraars geen contracten aangegaan. Laten we deze financiële ruimte daadwerkelijk voor dit doel gaan inzetten, dan zijn we al een hele stap verder.”

Samenwerking met MDL-arts

“Als je het zó kan inrichten dat de MDL-arts eens in de zoveel tijd in de huisartsenpraktijk komt om mee te kijken bij bepaalde patiënten, dan is dat winst. Je bespreekt met elkaar: dit is wat we hebben gedaan en wat

we tot nu toe hebben gevonden. Zijn aanvullingen in de behandeling nodig of extra diagnostische trajecten om het voor die patiënt beter te krijgen? Missen we iets? Als je zo’n samenwerking kan creëren, levert dat enorm veel op. Voor de patiënt, voor de huisarts én voor de medisch-specialist”, aldus Zegers.

Mutsaerts: “Wat ik graag zou willen zien, is dat we met de MDL-artsen veel betere afspraken maken over het terugverwijs- en diagnostiekbeleid. Als bijvoorbeeld patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) bij de MDL-arts komen, hebben zij over het algemeen al een buitengewoon ruim traject in de huisartsenpraktijk doorgemaakt. Wat heeft de MDL-arts van de huisarts nodig om in één of twee consulten, met wellicht extra diagnostiek, die patiënt in kaart te brengen en te kunnen concluderen: dit is inderdaad IBS. Zo kun je voorkomen dat zo’n patiënt tien of vijftien keer bij de MDL-arts hoeft te komen. Dan heb je in principe niet aan platte substitutie gedaan, maar je hebt wél het proces veel efficiënter gemaakt.”

Bijdrage MDL aan hoofdlijnenakkoord zinvol én haalbaar?

In het *Hoofdlijnenakkoord Medisch-specialistische zorg 2019-2022*¹ is afgesproken dat de medisch-specialistische zorg op korte termijn niet meer mag groeien. Dit akkoord speelt een belangrijke rol in de jaarlijkse onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De zorgvraag zal echter vrijwel zeker wél blijven groeien. Dit impliceert dat zorg voorkomen zal moeten worden dan wel vanuit het ziekenhuis naar de al overbelaste eerste lijn moet worden verplaatst. Hiervoor is een mooie omschrijving bedacht: de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP). De onderliggende argumenten zijn vooral financieel van aard.

(MDL-)artsen willen zoveel mogelijk zinvolle zorg leveren en bovendien voorkomen dat hun patiënten onnodig het eigen risico moeten betalen. Ook wij hebben dus een belang – maar dan niet-financieel – om bij te dragen aan reductie van zorg(kosten). Als MDL-artsen kunnen we zorgkosten reduceren door te proberen zoveel mogelijk zorg (verwijzingen, controles) te voorkomen en zo vaak mogelijk zorg (met behoud van kwaliteit en met respect naar de huisarts) naar de eerste lijn te verplaatsen.

Voorkomen van zorgkosten

De goedkoopste zorg is zorg die niet wordt geleverd. Zo hoort niet-medisch-specialistische zorg niet thuis in het ziekenhuis. Gelukkig komt deze vorm van zorg binnen de MDL nauwelijks voor.

Een deel van de naar ons verwezen patiënten heeft functionele klachten. Bij een deel van deze patiënten lijkt onze specialistische beoordeling van meerwaarde. Dit zijn patiënten met complexe klachten (niet reagerend op effectieve behandelingen) of waarbij de huisarts twijfelt over de diagnose. Bij andere patiënten is de meerwaarde

van een specialistische beoordeling minder duidelijk, zodat we toch niet-medisch-specialistische zorg dreigen te verlenen.

Onnodige verwijzing kan soms worden voorkomen door medisch-specialistische kennis laagdrempelig openbaar te maken (www.mzh.nl/pds)². En aan de poort kan worden gestuurd door bij triage een drempel op te werpen onder verwijzing naar deze informatiebron. Het is echter een illusie te denken dat hiermee al deze verwijzingen voorkomen zullen worden. Patiënten kunnen soms flinke druk uitoefenen op de huisarts om verwezen te worden, mede omdat ze vinden dat ze daar recht op hebben. Om dit te veranderen is een meer fundamentele attitudeverandering in Nederland noodzakelijk.

Een andere manier om zorg te voorkomen is om kritisch te kijken naar controleafspraken (termijnen). Een controle die over >120 dagen plaatsvindt, levert (kost) een vervolgzorgproduct. Dit geldt ook voor patiënten die worden gezien door verpleegkundig specialisten (VS) en *physician assistants* (PA). De vraag is: voegen we bij elke controle waarde toe voor een patiënt? Is 'neem contact op als u klachten heeft' kwalitatief echt veel slechter dan 'ik zie u over vier maanden'? Is het noodzakelijk een controle af te spreken na elk labonderzoek? Is controle na twee jaar ook een optie? Moeten we alle patiënten met bepaalde aandoeningen – coeliakie, zeer rustige IBD, exocriene pancreasinsufficiëntie – altijd onder controle houden? Ik ga er hierbij van uit dat patiënten met functionele klachten alleen bij hoge uitzondering onder controle worden gehouden. Veel controles worden verricht op basis van nationale richtlijnen die zijn opgesteld onder verantwoordelijkheid van de NVMDL en vaak zijn gebaseerd op internationale richtlijnen. Het zou mijns inziens goed zijn als ons NVMDL-bestuur een vooruitstrevend

en moedig standpunt zou innemen over controletermijnen van diverse aandoeningen!

Ten slotte is het niet verrichten van onderzoek ook een manier om kosten te reduceren. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan een jonge PDS-patiënt die zich zorgen maakt over de oorzaak van haar/zijn klachten. Het lukt gelukkig regelmatig om samen met de patiënt te beslissen géén coloscopie te doen. Dit kost echter meer tijd en het gebeurt regelmatig dat de coloscopie in een latere fase alsnog wordt verricht.

Kortom, er liggen verschillende acties op ons bordje. Belangrijk is wel om op te merken dat de relatief goedkope controlebezoeken op dit moment van belang zijn voor de financiering van de overhead van een ziekenhuis en voor het honorarium van de medisch specialist. Controlebezoeken leveren immers in euro's evenveel op – terwijl ze veel minder tijd (10 min) kosten – als het bezoek van een nieuwe patiënt die één keer teruggezien wordt (40 min). De noodzaak tot aanpassing van de onderliggende financieringsmodellen dringt zich direct op.

Waarvan wordt de zorg níet goedkoper?

In mijn ervaring wordt JZOJP door managers/beleidsmakers/politici als een (te) gemakkelijke oplossing gezien om zorgkosten te reduceren. De meeste kosten die samenhangen met medisch-specialistische zorg zijn zonder aanpassing van controletermijnen en protocollen niet te reduceren. Zoals hierboven beschreven verrichten MDL-artsen vrijwel alleen medisch-specialistische zorg. Ook als deze zorg wordt verplaatst naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een anderhalvelijnsconstructie wordt uitgevoerd, blijft het medisch-specialistische zorg. De kosten

voor de gezondheidszorg zullen niet dalen door een dergelijke reallocatie. De kostprijs van een zorgproduct is namelijk een optelsom van werkelijke kosten: lab, echo, scopie, personeel, honorarium/salaris et cetera, in combinatie met kosten die samenhangen met management, vloeroppervlak, afschrijving, 24/7 (verpleegkundigen, SEH, IC), ICT en dergelijke. Een groot deel van deze kosten hebben ZBC's ook. Een kleiner deel, zoals kosten samenhangend met de 24/7-zorg, niet: ZBC's kunnen hun zorg daarom wat goedkoper leveren. Echter, de kosten voor de 24/7-zorg blijven achter in het ziekenhuis, met als gevolg dat het ziekenhuis de prijs van de overige zorgproducten zal moeten verhogen om niet in financiële problemen te komen.

De zorg wordt ook niet substantieel goedkoper van taakherschikking, wat de verdere voordelen ook zijn. De meeste VS/PA-ers nemen meer tijd voor een patiënt dan een

MDL-arts, waardoor het verschil in de tijdsvergoeding per contact kleiner is dan op het eerste gezicht lijkt. Ook hebben zij supervisie nodig, wat extra tijd vergt. Door de langere patiëntcontacten leggen zij meer beslag op dure ziekenhuisinfrastructuur, wat bijkomende kosten veroorzaakt.

Ten slotte zal de zorg ook niet goedkoper worden van het omzetten van een fysiek poliklinisch contact naar een telefonisch/video-contact, een manier van communiceren waarvoor ons vakgebied zich redelijk goed leent. Het effect zal een rustigere wachtkamer zijn. De overige kosten (secretarissen, diagnostiek, honorarium) blijven echter onveranderd. De drempel om een controleafspraak te maken wordt echter verlaagd, omdat de patiënt hiervoor niet naar het ziekenhuis hoeft te komen. Het effect op de zorgkosten zal daarom gering zijn.



Conclusie

Het is van belang dat we als MDL-artsen onze maatschappelijke bijdrage leveren aan de reductie in zorgkosten. Triage, het aanpassen van controletermijnen en protocollen en het voorkómen van diagnostiek kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Taakherschikking, zorg in ZBC's en telefonische spreekuren niet. Aanpassing van de onderliggende financieringsmodellen is noodzakelijk.

*Laurens van der Waaij, MDL-arts
Martini Ziekenhuis, Groningen*

¹ <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/hoofdlijnenakkoord> ² Laurens van der Waaij, Website ziekenhuis voorkomt ondoelmatige zorg bij PDS. MAGMA 2-2018, p. 58



Zin

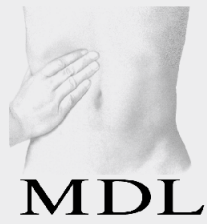
De restaurants weer open. Genoeglijk een lunch: zeebaars met asperges, sprankelend water, een glas witte wijn en een plezierige bediening. Een paar weken lockdown en de waarde van het gewone wordt herijkt. Zo ook weer museumbezoek, een concert als levendige accenten aan het eenzame, opgesloten bestaan. Zinloze interactie en contact. Nutteloos een normaal mens zijn.

Natuurlijk, dit zijn Zinloze Feiten in de heroïsche strijd tegen corona, of tegen economisch verval. Terzijde van Zinnige Zorgen over te weinig kapjes, eenzaam sterven in verpleeghuizen van bewaring, te weinig handen aan het ziekbed, werkeloosheid en sluitende bedrijven. Miljarden subsidie voor Booking.com en KLM, om maar weg te kunnen vliegen van die ellende. En een grijpstuiver voor cultuur. Hoofd- en bijzaken moet je immers rationeel scheiden. Herijking dus.

Ternauwernood is het applaus voor de onbaatzuchtige initiatieven van de corona-zorgverleners verklonken of Bestuurlijk Nederland spreekt vol bravoure over herijking van die zorg. Onvoorbereid op een virus door hun falende beleid voordien, zit het beschaamd zwijgen niet in hun

bloed. Nooit meer met de bestuursmond vol tanden zitten! Een gladdetong spreekt van 'leren van de crisis'. En: 'Zo snel waren veranderingen nooit mogelijk in de zorg'. Digitale 06-geneeskunde, weghalen van productieprikkels bij graaiende ziekenhuisbestuurders en artsen, of, nog beter: centrale (Haags-Rotterdamse) aansturing. Centraal wegsnijden van onzinnige zorg. Alleen nog maar zinnige handelingen. Zinnige zorg gedefinieerd door deze succesvolle, utilistische bestuurders, wel te verstaan. Net als in al die andere landen waar centraal bestuur zo voorbeeldig is. Achteloos vergetend dat als een virusje, die verderfelijke productieprikkels, rondwaart, geneeskundige zorg gewenst wordt. Flexibel, zonder productieafspraken vooraf en ondanks chaotische centrale regels en 'aansturing'.

Hoe gebrekkig ook, wij zijn er voor de noden van onze patiënten. Of, in parafraze uit Brief in een fles gevonden (Gerard Reve, 1961): voor mij, intussen, blijven de Zinloze Feiten, in duizendvoudige vermommelingen, die mijn geneeskundig werk geldig of ongeldig maken. Naar ik hoop, een meestal net op het nippertje gewonnen worsteling.



ADVERTENTIE

Onacceptabele wachttijden? Steek de hand in eigen boezem

Vol verwachting las ik het artikel van Wink de Boer in MAGMA 2-2020 over het experiment met zorgsturing in ziekenhuis Bernhoven met als titel Onacceptabel lange toegangstijden voor MDL-zorg: wat kunnen we eraan doen? De titel insinueert een alles verklarende duiding van deze macroproblematiek en hint naar een kwetsbare opstelling van de schrijver ten opzichte van het onderwerp in kwestie. Het artikel lost deze belofte echter niet in.

Verre van zelfs. U als typische ziekenhuis-man benadert het onderwerp vanuit de invalshoek dat MDL-artsen in ziekenhuizen primair verantwoordelijk zijn voor het oplossen van de idioot lange wachttijden voor MDL-zorg. Dat snap ik. Maar dat u ZBC's reduceert tot profiteurs die goede oplossingen in de weg zouden zitten, doet deze sterk groeiende zorgvorm ernstig tekort. Mag ik u eraan herinneren dat u met uw ziekenhuis decennialang heeft geprobeerd de steeds langer wordende wachttijden op MDL-zorg te beteugelen, maar dat dit pas lukte toen er een onafhankelijk en zelfstandig coloscopiecentrum in de regio haar deuren opende? En, eerlijk is eerlijk, doordat u met een zak geld van verzekeraar VGZ een extra blik (tijdelijke) dokters kon opentrekken.

Het is misschien niet erg zakelijk van mij, maar ik voel me toch persoonlijk aangesproken. Samen met mijn partners zijn we in 2012 PoliDirect gestart, omdat we ervan overtuigd zijn dat de maakbaarheid van het ondernemerschap de beste weg is om veranderingen en innovaties in de tweedelijnszorg te bewerkstelligen. Niet om rijk te worden (dan ligt een onderneming in de ICT, denk ik, meer voor de hand) maar wel om direct invloed te hebben op de organisatie van onder andere MDL-zorg. Ik ben het helemaal met u eens, dat het Ministerie van VWS niet zo non-existent zou moeten zijn en haar verantwoordelijkheid zou moeten nemen om toe te zien op de kerntaak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): niet alleen het belang van de zorgverzekeraar maar ook die van de patiënt en de zorgaanbieder behartigen. Als de NZa als goede marktmeester zorgverzekeraars middels prikkels zou stimuleren om in te kopen op zorgproductniveau in plaats van op ziekenhuisniveau in de vorm van lumpsums, dan zouden we wel dichtbij een oplossing zijn. Maar wij hebben besloten hierop niet te gaan wachten. Door heel veel patiënten naar volledig eigen inzicht op een zo prettig en efficiënt mogelijke

manier zorg te leveren, 'keert de wal uiteindelijk het schip'.

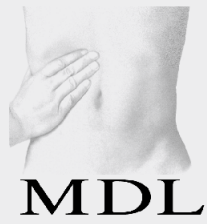
Als we voornemens zijn ergens een nieuwe ZBC-vestiging te starten, dan leggen we dit standaard voor aan het bestuur van het lokale ziekenhuis. Niet om toestemming te vragen, maar om te laten weten dat we te goeder trouw zijn. Dat we willen samenwerken en bij het ziekenhuis willen inkopen. De keren dat ons in het verleden te kennen is gegeven 'dat we kapot gemaakt zouden worden' en 'dat ziekenhuizen zelf wel ZBC's zouden gaan starten', zijn door de jaren heen ontelbaar gebleken. Gelukkig zien we deze opstelling veranderen. Steeds meer ziekenhuisbesturen en MSB's kiezen ervoor om elkaar niet tegen te werken, maar juist van elkaars sterke punten gebruik te maken. De geest is namelijk allang uit de fles. De toegevoegde waarde van gespecialiseerde centra is door grote aantallen tevreden patiënten (en huisartsen) aangetoond. We hebben inmiddels ook geleerd dat ondernemers niet ziekenhuizen moeten gaan runnen, net zoals ziekenhuizen en specialisten geen ondernemertje moeten gaan spelen.

Dit is onze gedachte: planbaar en routine in een ZBC-omgeving en complex en acuut in het ziekenhuis in één logisch zorgpad voor de patiënt. Dokter De Boer, waar wachten we nog op?

Auke van der Wal
directeur PoliDirect Klinieken

Reactie Wink de Boer

Een zorglandschap met ziekenhuizen en ZBC's is niet ontstaan uit efficiëntie of kwaliteitsoverwegingen, maar is gecreëerd door ineffektieve financieringssystemen die bovendien een eerlijk *level playing field* verhinderen. De zorg moet beter en goedkoper. Van der Wal wil nog meer zorg verplaatsen naar ZBC's. Feit is dat ZBC's de zorg macro-economisch duurder maken. Als we context en financiering kunnen transformeren, kunnen de Nederlandse MDL-artsen alle scopieën binnen de bestaande infrastructuur uitvoeren en zijn extra gebouwen (extra ZBC's) onnodig. Dan ben je als patiënt ook nog eens beter af als er onverhoopt een complicatie optreedt.



ADVERTENTIE

OPLEIDINGSVISITATIES NIEUWE STIJL:

Meer aandacht voor regionale samenwerking

Het toezicht op de opleiding is grondig veranderd. Natuurlijk zijn er in de afgelopen maanden belangrijker dingen aan de orde geweest, maar inmiddels lijken alle normale activiteiten weer redelijk hervat te zijn. Omdat ook de opleidingsvisitaties – tijdens de lockdown uitgesteld – vanaf 1 september weer mogen worden uitgevoerd, is het tijd om even stil te staan bij de nieuwe wijze van toezicht houden.

Erkenning voor onbepaalde tijd

In een tijd waarin regelgeving en administratieve lasten alleen maar lijken toe te nemen, is er nu goed nieuws: het centrale toezicht op de medische vervolgopleidingen wordt minder en veel regels worden versoepeld. Door introductie van Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cycli op alle niveaus zijn de vervolgopleidingen zichzelf continu verbeterende ‘intelligente’ systemen geworden. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) – de toezichthouder op de kwaliteit van de opleiding – vertrouwt op deze zelfverbetering en heeft de teugels laten vieren. Door meer vertrouwen is minder centrale controle nodig.

Alle afdelingen worden nog eenmaal op de klassieke manier gevisiteerd. De RGS verleent daarbij aan de opleider, plaatsvervangende opleider en de afdeling een erkenning voor onbepaalde tijd. In plaats van visitaties zullen er voortaan alleen nog zogenaamde evaluatiebezoeken worden gedaan: met minder papierwerk, minder van ‘altijd hetzelfde’ en meer gericht op individuele aandachtspunten. Als bij een evaluatiebezoek – of tussentijds door een melding bij de RGS – blijkt dat er problemen zijn, wordt overgegaan op intensiever toezicht. Er moet dan worden gerapporteerd over ingestelde verbeteringen. En wellicht vinden ook vaker evaluatiebezoeken plaats, maar dan met het focus op het gesignaleerd probleem.

Instellingsvisitatie

Alvorens een probleem bij/door de RGS wordt gesignaleerd, zou dit eigenlijk al

eerder moeten zijn opgevallen. Niet alleen de opleidingsafdeling is immers zelfverbeterend, ook het ziekenhuis (de opleidingsinstelling) is een ‘intelligente’ organisatie met een eigen PDCA-cyclus. Het adequaat functioneren van kwaliteitsmonitoring en verbetering in een ziekenhuis wordt tegenwoordig tijdens een instellingsvisitatie beoordeeld. Hierbij wordt de hele structuur rond alle opleidingen eenmaal geëvalueerd en aan de instelling in zijn geheel opleidingserkenning voor onbepaalde tijd verleend. De centrale opleidingscommissie krijgt een belangrijke controlerende functie, want zij zorgt intern voor goed functioneren van alle individuele opleidingen en rapporteert elke twee jaar aan de RGS. Inmiddels hebben bijna 80% van de ziekenhuizen succesvol de instellingsvisitatie doorlopen.

Regionale visitatie

Geen enkele afdeling is in staat de volledige inhoud van de opleiding aan te bieden. Opgeleid wordt in de regio. Het probleem van de voormalige visitatiestructuur was dat hiermee eigenlijk nooit rekening kon worden gehouden, want gevisiteerd werd maar één afdeling. Een uitspraak over de regionale samenwerking of instellingsoverschrijdende stages kon nooit worden gedaan. Dit wordt nu mogelijk door de regionale visitatie. Alle opleidingsafdelingen van één specialisme in één regio worden tegelijkertijd gevisiteerd met focus zowel op individueel functioneren alsook de regionale samenhang, de regionale kwaliteitscyclus en organisatiestructuur. Erkenning wordt voor onbepaalde tijd verleend



met regionale evaluatiebezoeken eenmaal in de vijf jaar. Deelname aan de regionale visitatie is vrijwillig. Nog in 2020 zullen de eerste regionale visitaties gaan plaatsvinden.

De toezichthouder vertrouwt op de goede functie van alle structuren die in de laatste jaren rond de medische vervolgopleidingen zijn opgebouwd. Dit geeft ons de controle terug en de kans nog meer te vonken... want gelukkig hoeven wij minder te vinken.

Michael Klemt-Kropp

Secretaris Concilium MDL en lid Raad Opleiding MDL-arts Noordwest Ziekenhuis

Nieuwe test meet effect nachtdiensten op eigen prestaties

Patiëntenzorg gaat 24 uur per dag door. In een ideale wereld is de zorg continu op hetzelfde hoge niveau, ook als 's nachts belangrijke beslissingen worden genomen en risicovolle verrichtingen worden gedaan. Beide worden echter beïnvloed door vermoeidheid, die onherroepelijk toeneemt tijdens een nachtdienst. De vraag is wanneer deze vermoeidheid nog acceptabel is en wanneer dit leidt tot gevaar voor de patiëntenzorg. Dit vraagstuk is ook relevant wanneer het gaat om doorwerken ná de nachtdienst; iets wat a(n)ios al niet meer doen, maar onder specialisten nog aan de orde van de dag is.

Vermindering van prestatie is bij jezelf lastig in te schatten, omdat slaapdeprivatie leidt tot een dissociatie tussen objectief en subjectief presteren [1]. Om te voorkomen dat de arts zelf die afweging moet maken én om de patiëntveiligheid te garanderen, zijn er in de Verenigde Staten en Europa de laatste jaren strengere regels omtrent maximale duur van een werkweek en van diensten bepaald. Gek genoeg verschillen deze regels sterk: van maximaal 80-urige werkweken in de VS tot 48-urige werkweken in Europa, terwijl dit gebaseerd zou moeten zijn op dezelfde literatuur. De invloed van alle maatregelen op de patiëntveiligheid is evenmin duidelijk, met zorgen over continuïteit van zorg, toenemende dienstwissels met mogelijk informatieverlies tijdens overdrachten en de afname van ervaring. Recent is zelfs gesuggereerd dat er tijdens kortere diensten meer fouten worden gemaakt dan tijdens 24-uursdiensten [2, 3]. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) beschrijft in 2011 in een veiligheidsrapport dat slaapgebrek, vermoeidheid en verminderde alertheid in nacht- en weekenduren belangrijke risicofactoren zijn voor een verminderde patiëntveiligheid [4]. Ook kan men een hoger risico op kleine chirurgische fouten in de nacht ontdekken [5]. De associatie tussen vermoeidheid en patiëntuitkomsten is echter lastig te stellen

en niet eenduidig, vaak door methodologische beperkingen [6].

Fit to Perform test-tool

Om te voorkomen dat er vanuit externe partijen onwerkbare regels ten aanzien van werktijden worden gesteld, is het van belang dat specialisten zelf het voortouw te nemen in deze discussie. De Nederlandse Vereniging van Heelkunde heeft dit aanvankelijk gedaan, samen met de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie, de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie en het Centre for Human Drug Research, middels het project *Fit to Perform*. In de literatuur was geen consensus over het effect van diensten op de prestatie van de arts, voornamelijk door een inadequate manier van testen, incorrect gebruik van controlegroepen en een onduidelijke definitie van vermoeidheid [7]. Om die reden is de *Fit to Perform* (FTOP)-test ontwikkeld.

De FTOP-test bestaat uit een objectief (*adaptive tracker*) en subjectief deel (VAS-scores over alertheid, kalmte en tevredenheid), die samen een surrogaatmaat vormen voor *fit to perform*. Belangrijk hierin is dat de resultaten van de test geplaatst kunnen worden in relevante referentiekaders. Derhalve is de test uitgebreid gevalideerd in het laboratorium ten opzichte van de

legale alcohollimiet in het verkeer (0.06% ethanolconcentratie), van de prestaties op een laparoscopiesimulator, en in een klinische setting tijdens nachtdiensten [8]. Het grote voordeel van de acht minuten durende FTOP-zelftest, is dat hij gemakkelijk gebruikt kan worden in een klinische setting. Zodoende werd er een klinische studie verricht onder specialisten en arts-assistenten van 24/7-specialismen. Deelnemers testten voor en na de nachtdienst, waarmee zij niet alleen zichzelf controleren, maar waardoor hun scores ook vergeleken kunnen worden met die van collega's. Op die manier is per nachtdienst de invloed te zien op de unieke prestaties van de deelnemer.

Klinische resultaten

De resultaten onder chirurgen lieten zien dat arts-assistenten tijdens de dienst gemiddeld vier uur minder slapen dan specialisten. De dienst van specialisten duurde gemiddeld negen uur langer, ze brachten een kwart van hun tijd door op de operatiekamer en hadden de helft van de tijd rust. Arts-assistenten daarentegen besteedden de helft van hun tijd op de SEH en hadden maar een kwart van de tijd rust. Arts-assistenten zijn als groep significant vermoeider na de nachtdienst, waarvan bijna de helft de grens van de alcohollimiet overschrijdt. Bij specialisten zien we als groep geen verschil voor en na de dienst, maar overschrijdt alsnog 20% de alcohollimiet, van wie een klein deel moest doorwerken. Daarnaast blijkt het inschatten van de eigen prestatie lastig: artsen vinden zichzelf vaak fit genoeg om te opereren, maar zouden desgevraagd op dat moment toch liever een operatie afzeggen als dit mogelijk zou zijn [9].

Implementatie op de werkvloer

Arts-assistenten zijn duidelijk vermoeid na



Figuur 1.

De Fit to Perform (FOTP)-studie onderzoekt of de prestaties afnemen tijdens een nachtdienst, of deze afname een kritiek punt bereikt en welke factoren hierop van invloed zijn.

een twaalfurige dienst, maar werken vaak in dienstblokken en zijn voor en na de dienst overdag vrij. Op die manier werken ze niet door in een vermoeide staat. De huidige studie geeft echter nog onvoldoende handvatten om de maximale lengte van de dienst te kunnen bepalen. Wel kan men zich afvragen of het verstandig is om als vermoeide arts-assistent met de auto terug naar huis te rijden. Eerder liet een studie zien dat vermoeidheid bij arts-assistenten geassocieerd was met meer verkeersongelukken [10]. Het aantal uren slaap was voor arts-assistenten een voorspeller voor de afname in performance, wat uitkwam op een afname voorbij de alcohollimiet na minder dan vier uur slaap.

Voor medisch specialisten zijn er in Nederland geen eenduidige regels. In de FOTP-studie moet 75% van de chirurgen overdag doorwerken na een dienst. Dit zou kunnen betekenen dat een deel van de specialisten doorwerkt terwijl ze erg vermoeid zijn. Doordat bezigheden tijdens de dienst onvoorspelbaar zijn, kan vooraf niet worden bepaald wanneer een vrije dag na afloop nodig is. Een oplossing hiervoor zouden flexibele taken na afloop van de nachtdienst

kunnen zijn. Op die manier kunnen taken worden overgedragen aan een collega na een veeleisende nachtdienst, bijvoorbeeld bij minder dan 4 à 5 uur slaap [11]. Taken die minder aan een bepaald tijdstip zijn gebonden (belsprekuren, administratieve taken), zouden hiervoor ook in aanmerking komen. Daarnaast toonde de studie dat onder specialisten de afname van *performance* duidelijk toenam indien er meerdere nachtdiensten achter elkaar moesten worden gedaan, met een afkapwaarde van maximaal twee opeenvolgende diensten.

Tot slot

Het doel van de FOTP-studie is om de effecten van nachtdiensten op de prestaties van arts-assistenten en medisch specialisten binnen de huidige situatie in de diverse Nederlandse ziekenhuizen in kaart te brengen, meer bewustzijn daarover te creëren en een methodologie te ontwikkelen om de rol van vermoeidheid op patiëntveiligheid te bepalen. De resultaten laten zien dat de test hiervoor geschikt is en inzicht geeft in de alertheid en het presteren van de artsen opzichte van zichzelf, collega's en ten opzichte van maatschappelijk relevante kaders. Zo kunnen er op lokaal niveau

gepaste maatregelen worden getroffen, aangezien een eenduidig reglement niet past bij de huidige praktijkvariatie in Nederland.

Meer informatie

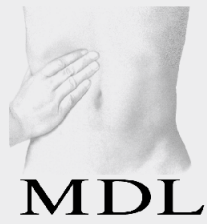
Kijk voor meer informatie over de Fit to Perform-studie op <https://vimeo.com/54153946> of stuur een e-mail naar: k.e.a.van_der_bogt@lumc.nl.

Fokkediën Tummers, arts-onderzoeker gynaecologie LUMC

Koen van der Bogt, chirurg LUMC en Haaglanden Medisch Centrum

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 3-2020* (p. 137) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.





ADVERTENTIE

CURSORISCH ONDERWIJS TIJDENS CORONA

75% deelnemers geeft voorkeur aan livestream

Op 8 juni vond de eerste virtuele versie van het cursorisch MDL-onderwijs plaats. De opnames werden verricht in een professionele studio in de Utrechtse prachtwijk Overvecht. Enigszins onzeker over de stiptheid van de sprekers, de kwaliteit van de verbinding en onze presentatiecompetenties traptten wij om 12 uur af. Dankzij alle professionele ondersteuning – mede door bureau Van Gijtenbeek – surfden we in deze eerste live streaming onderwijs-marathon min of meer als vanzelf naar de finale rond 18 uur.

Ontegengesteld heeft COVID-19 een aantal nieuwe ontwikkelingen in gang gezet dan wel versneld: *videoconsulting*, thuiswerken, overdrachten en vergaderingen via *Teams* of *Webex*. Lenen virtuele bijeenkomsten zich ook voor zoiets als ons cursorisch onderwijs? Is het mogelijk betekenisvolle dis-

cussies te voeren? Kunnen toehoorders de aandacht vasthouden? Met een afsluitende enquête, ingevuld door 125 participanten, zochten we naar antwoorden. Drie deelnemers hebben we nadien gebeld. Hun reacties zijn hierbij geplaatst.

Wilt u zelf ook oordelen? U kunt het resultaat in zijn geheel of in onderdelen terugzien via <https://www.mdl.nl/onderwijs/cursorisch-onderwijs>.

Resultaten enquête

De kwaliteit van de livestream, de inhoud en de uitvoering van het programma werden gewaardeerd met cijfers tussen 8,5 en 9. De mogelijkheden tot interactie kregen gemiddeld een 8,1. De pauzes vond men voldoende, de lengte van het programma oogstte iets minder waardering (7,2).

Opmerkelijk: slechts een minderheid van de respondenten prefereerde het cursorisch

onderwijs oude stijl (in Veldhoven): drie kwart gaf aan de volgende keer het liefst weer onderwijs te krijgen via *live streaming*. Ook de sprekers reageerden veelal enthousiast.

Hoe nu verder

Voorlopig is COVID-19 onder ons. Daarom zal ook de volgende cyclus van het cursorisch onderwijs (28 oktober, thema: IBD) via een *livestream* plaatsvinden. Het programma wordt iets ingekort. Het gemis van sociale interactie kan wellicht worden ondervangen door de livestream gezamenlijk – op ziekenhuislocatie – te volgen.

Namens de commissie Cursorisch Onderwijs,
Bas Oldenburg, MDL-arts UMCU, Utrecht
Jorie Buijs, aios MDL Erasmus MC, Rotterdam

Floor Berden, aios MDL, Jeroen Bosch Ziekenhuis

“Fijn dat het onderwijs kon doorgaan! Ik vond het heel prettig. En onderwijs met veel presentaties leent zich goed voor een livestream. Ik heb thuis gekeken. Wel miste ik op momenten wat diepgang. Je kon natuurlijk digitaal vragen stellen, maar in een zaal kan iemand uit het publiek soms dat andere perspectief goed verwoorden. Er was wel discussie, goed ondersteund door de voorzitters.

Het was toch ook een lange zit. Normaal gesproken praat je in de pauzes even bij met collega's van andere centra, dat heb ik gemist. Al met al: voor herhaling vatbaar, een verrijking van het onderwijs, maar ik zou het niet altijd zo willen.”

Paul Bus, MDL-arts, Laurentius Ziekenhuis, Roermond

“Een goede sessie! Inhoudelijk bijdragend, technisch gezien zat het goed in elkaar. We hebben met de vakgroep samen de hele livestream gevolgd, zodat we konden discussiëren en zeggen: ‘goh, wat vind jij er nou van?’ Of: ‘doen wij dat nou altijd zo?’ Het was eigenlijk nóg interactiever dan normaal.

Het grote voordeel is ook dat je niet hoeft te reizen. Het is veel relaxter. En qua kennisoverdracht exact hetzelfde, vonden wij. Als je de voorjaars- en najaarsvergadering steeds op deze manier zou doen, dan zie je elkaar op den duur natuurlijk nooit meer. Maar voor het cursorisch onderwijs vindt onze vakgroep dit een hele mooie oplossing.”

Teaco Kuiper, MDL-arts, Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen

“Ik vond het hartstikke goed gedaan: uitstekend programma, vlotte sprekers, prima slides, efficiënt geleid. De lengte was prima, ook al ben ik niet zo'n schermtijger.

Je kon zelf vragen insturen, die de voorzitter dan voorlegde aan de sprekers. Er was misschien niet zo'n levendige discussie als je live zou hebben. Maar soms verzanden die ook een beetje. Nu kon je het heel inhoudelijk houden. “Ik heb net zo veel geleerd als bij andere vergaderingen. Kijk, ik vind het gewoon leuker in het echt, vanwege het sociale aspect. Maar zolang die corona bij ons blijft, vind ik dit echt een heel goed alternatief.”

Diëtetiek in Bernhoven in (post) COVID-19-tijd

Afgelopen maart transformeerde Bernhoven, dat zich in het epicentrum van de COVID-19 uitbraak bevond, in zeer korte tijd van een perifere ziekenhuis naar een acute zorginstelling met uitsluitend COVID-19-zorg. Ook de afdeling diëtetiek moest snel schakelen naar een nieuwe werkwijze. Gaandeweg hebben we geleerd, kennis en ervaring die we direct kunnen inzetten bij een eventuele tweede golf.

In de eerste weken was het bijna niet te bevatten wat er gebeurde. Onze gebruikelijke werkwijze in de kliniek was absoluut onvoldoende om de zorg voor alle patiënten te kunnen leveren. Vanaf het begin van de uitbraak is daarom samen met de voedingscommissie een nieuwe werkwijze bepaald, die steeds is bijgesteld naar de situatie van het moment. Naast de individuele dieetbehandeling is de afdeling diëtetiek samen met de voedingscommissie verantwoordelijk voor het algehele voedingsbeleid binnen Bernhoven. Hieronder een korte schets van voedingsbeleid en werkwijze tijdens de eerste COVID-golf.

Generiek voedingsbeleid

Alle patiënten die werden opgenomen met (verdenking) COVID-19, kregen een energie- en eiwitverrijkt dieet met drie tussenmaaltijden (drinkvoeding en verrijkte zuivelproducten). Uiteraard werd er rekening gehouden met eventuele andere dieetbeperkingen. Bovendien werd bij alle patiënten met een bewezen infectie een diëtist betrokken, en werd de inname van voeding en vocht bijgehouden middels digitale voedings- en vochtlijsten. Ook op de intensive care werd gedurende de eerste vier dagen gestart met een generiek opklimschema voor sondevoeding. Na de vierde dag werd een persoonlijk voorschrift

gemaakt, rekening houdend met energieleverende substraten zoals propofol en citraat (bij CVVH).

Scoresysteem

Door het stopzetten van de standaard kwaliteitsscores, zoals de SNAQ-screening, hadden we geen zicht op het (risico) op ondervoeding bij de opgenomen patiënten. Daarom zijn we gestart met een vereenvoudigd scoresysteem. In ons dagelijks overleg met de gastvrouwen werd van elke patiënt bepaald of deze groen, oranje of rood scoorde. Dit werd tevens op papier overgedragen door de late dienst. Zo hadden we twee screeningsmomenten per dag, waarmee we laagdrempelig onze behandeling opstartten. Aandachtspunt hierbij was de wisselende samenstelling van verpleegkundige teams op de afdelingen, met daardoor zeer uiteenlopende kennis en expertise ten aanzien van klinische depletie. Om dit te ondervangen is gebruikgemaakt van posters, periodiek overleg met regieverpleegkundigen en bijdragen in het digitale zorgplan. Het voedingsteam bezocht drie keer per week de afdelingen om problemen te bespreken, beleid te maken en snel de stap te kunnen maken naar sondevoeding of TPV.

Waar staan we nu?

Tijdens de crisis is ons team gesplitst, waarbij enkele collega's volledig thuis werkten om de reguliere poli's telefonisch over te nemen. Hierdoor werden de andere collega's vrijgemaakt om de kliniek te dekken. Inmiddels zijn we allemaal weer werkzaam in ons eigen aandachtsgebied, waarbij een deel van het werk nog steeds telefonisch vanuit huis wordt gedaan. Om de fysieke toeloop te beperken, wordt ook nu veel poliklinisch werk digitaal gedaan, maar gelukkig worden de eerste patiënten weer 'live' gezien.

Meer lezen?

Angelique van Empel schreef in de eerste periode van de COVID-19-uitbraak een bijdrage voor het *Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek*, die in korte tijd duizenden keren werd gelezen. Half mei volgde een nieuwe bijdrage.

Op ntvd.media kunt u beide artikelen vinden evenals het dossier COVID-19 met meer informatie over de voedingsbehandeling van COVID-19-patiënten:

<https://ntvd.media/artikelen/werken-in-een-onwerkelijke-situatie/>

<https://ntvd.media/artikelen/ho-is-het-nu-in-bernhoven/>

<https://ntvd.media/dossiers/covid-19/>

Binnen de kliniek loopt ons werk zoals voorheen, waarbij er momenteel nauwelijks COVID-19 patiënten zijn.

Een groot deel van de post-COVID-19-zorg vindt plaats in de eerste lijn. Wel begeleiden we mensen post-COVID-19 in de kliniek. Hier valt de grote vermoeidheid op en passen we het voedingsbeleid aan bij complicaties van COVID-19, zoals nierfalen, herseninfarct (slikproblemen) en decubitus.

Samengevat

In korte tijd hebben we ons voedingsbeleid in de COVID-19-crisis gereorganiseerd. Vanuit alle notities en schema's hebben we inmiddels een draaiboek gemaakt voor een eventuele herhaling van deze situatie. Hierin zijn beschrijvingen gemaakt van personeelsbeleid, poli-planning, klinisch voedingsbeleid, materialen (voorraden drink- en sondevoeding, voedingspompen, et cetera) en voedingsbeleid in de regio. Er is aangegeven aan welke voorwaarden moet worden voldaan, met wie in de eerste, tweede en derde lijn moet worden gecommuniceerd en wie waarvoor verantwoordelijk is. Voorop staat opnieuw de noodzaak tot flexibiliteit, snel schakelen en saamhorigheid.



Angelique van Empel, diëtist Bernhoven, Uden

Voedt de hongerigen: pleidooi voor gestructureerd voedingsbeleid bij COVID-19

Het eerste teken van de coronacrisis in Zuyderland MC was het vorderen van de ruimte waar het wekelijks Voedingsoverleg plaatsvindt. Door het COVID-crisisteam. Dat was ongeveer tegelijkertijd met het terugsturen naar China van een vliegtuig vol met hier overbodig geachte mondkapjes.

Met het instellen van een klinisch COVID-team, ziekenhuis- en MSB-breed, werd ons Zuyderland MC ingericht op de stroom aan COVID-patiënten. Om met gerichte taken voor eenieder onder inhoudelijke leiding van een medisch stafteam en een protocolaire, dagelijks geëvalueerde strategie de ziekte te lijf te gaan. Dat omvatte alles van beschermende kleding en diagnosestelling tot therapie met steroïden en tocilizumab. Uiteindelijk hebben we in het Zuyderland MC zo de meeste coronagevallen behandeld van heel Nederland.

Zoals niet ongebruikelijk in de Nederlandse ziekenhuizen ontbrak aanvankelijk een gestructureerd voedingsbeleid. De therapeutisch gunstige rol van voeding bij bestrijding van een virale pneumonie zit niet in de medische genen. Met een team diëtisten, die digitaal en niet aan het bed werkten, hebben we als ziekenhuiscommissie Klinische Voeding ons sterk gemaakt voor een gestructureerd beleid. Dat gaat natuurlijk uit van benaderingen van de individuele voedingsbehoefte van patiënten. Het berekenen van de calorische behoefte bij zieke patiënten met een algoritme of formule is immers een matige schatting. Indirecte calorimetrie met beloop van RQ kan nauwkeurige waarden opleveren, maar dat is bij ons (en elders) niet – als routine – beschikbaar. Op een reguliere afdeling wordt ongeveer 40–60% van de aangeboden voeding daadwerkelijk gegeten. Omdat het COVID-patiënten

betreft, is de respiratoire arbeid toegenomen die extra calorische intake vergt. Daarom is gekozen voor 30 kcal/kg lichaamsgewicht. Door het gebruikelijke startschema van voeding hebben we op tekorten in de eerste dagen gerekend, passend bij het concept van *permissive underfeeding*. Potentiële overvoeding bij deze berekening lijkt klinisch irrelevant.

De discussie over eiwitbehoefte is nog complexer, met over de laatste 10–20 jaar wel honderd verschillende adviezen over de hoeveelheid benodigde eiwit bij obligate katabolie. De stelligheid of dit één, anderhalf of twee gram eiwit/kg lichaamsgewicht moet zijn, is niet gebaseerd op goed eindpuntenonderzoek. Gezien het longlijden en de ernstig zieke patiënt leek een ruimere hoeveelheid minder bedreigend dan een tekort, reden waarom wij startten met 1,5 gram eiwit/kg.

Van micronutriënten is betrekkelijk weinig bekend, behalve dat tekorten gemakkelijk optreden in ernstig zieken. Verder hebben allerlei micronutriënten effecten op de immunologische lichaamsfuncties.¹ Uitgaande van de gedachte dat geïsoleerde tekorten nooit goed zijn voor het ziektebeleid, is gekozen voor een multisupplement dat vervolgens door de apotheker ‘bestelbaar’ gemaakt is in het elektronisch medicatiesysteem.

We vooronderstelden dat met deze voorgestelde (voeding)strategie de COVID-patiënt een betere prognose zou hebben dan zonder, in lijn met internationale aanbevelingen en conform beschikbare literatuur, in het bijzonder bij veel longarbeid (COPD/multiorgaanfalen).

Dit voedingsbeleid is – na discussie over

uitvoerbaarheid en EBM – in het protocol opgenomen. Digitaal gecoördineerd door het diëtistische team en voorgeschreven en bewaakt door de behandelende zaalarts. Waar nodig met neusmaagsondes ondersteund. Later is een vergelijkbare strategie toegepast in het (eerstelijns) Zorgcentrum COVID in Urmond.

Er is zeker een tijd van gewenning nodig geweest. Immers, ineens moesten de dokters niet alleen het infuusbeleid, de medicatie en het DNR-beleid afspreken, maar ook het voedingsbeleid (als zodanig ons stokpaardje, een *blessing in disguise*). Na een gewenningsperiode is dit beleid naast het overige medische beleid gewoon geworden. En met dit beleid hebben de meeste mensen met COVID ons ziekenhuis weer kunnen verlaten. Overigens met een – eveneens op de situatie toegesneden – schriftelijk dieetadvies om het herstel na de acute fase van COVID te bevorderen.

We hopen in de studie COVOED, uitgewerkt door diëtisten van de afdeling diëtetiek van het Amsterdam UMC, locatie VU, te kunnen rapporteren (EBM) in hoeverre dit beleid bijdraagt aan de goede behandeling van COVID.

Zuyderland MC, Heerlen & Sittard-Geleen
Ad van Bodegraven, MDL-arts
Karin van de Kerkhof, diëtiste



¹Gombart et al. *Nutrients* 2020, 12, 236; doi:10.3390/nu12010236

De eerste coronagolf is achter de rug, ziekenhuizen werken hard aan het opstarten van de reguliere zorg, tegelijk bereiden ze zich voor op een eventuele tweede golf. Midden in de vakantieperiode (juli) kijkt MAGMA terug én vooruit met Caroline Wientjes (MDL-arts en voorzitter MDL-unit, OLVG), Piet-Hein Buiting (bestuursvoorzitter Jeroen Bosch Ziekenhuis) en Ernst Kuipers (bestuursvoorzitter Erasmus MC en voorzitter Landelijk Netwerk Acute Zorg).

‘Toekomstige zorgvraag is langzame epidemie’

Ieder ziekenhuis houdt rekening met scenario's die de zorg plotseling kunnen verstoren. Deze scenario's worden met regelmaat geoefend, zo ook in het najaar van 2019. Het Erasmus MC en het Jeroen Bosch Ziekenhuis houden elk in hun regio een grote crisisoefening. Het scenario? Een pandemie. Dat dit scenario binnen een paar maanden werkelijkheid zou worden, kan niemand op dat moment verzinnen. Maar het COVID-19-virus zet de wereld op zijn kop en ontregelt de zorg compleet.

“We hebben natuurlijk veel van die oefening geleerd. Maar dat het hele systeem door zo'n ziekte wordt ondermijnd, en je op korte termijn zó veel beslissingen moet nemen... We konden ons niet voorstellen hoe zwaar dat zou zijn. Die oefening was, achteraf gezien, té makkelijk”, begint Piet-Hein Buiting. Ernst Kuipers bevestigt dit: “Eén van de grote dingen om altijd rekening mee te houden, is een epidemie. Maar als het dan gebeurt, is het op zodanige wijze dat het niet een crisis wordt van een paar dagen of weken, maar van máanden. En niet een lokale crisis in Rotterdam, maar een landelijke, waar we bovendien de hulp van Duitse ziekenhuizen bij nodig hadden.”

Crisismanagement in collegebanken

Kuipers vervolgt: “Op dat moment pak je als ziekenhuisbestuurder gewoon je rol. Intern zet je in een crisisteam heel snel alle lijnen uit. Dat doe je ook in jouw regio. En in mijn geval ook landelijk, vanuit mijn bestuurdersrol bij het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). In de studie geneeskunde komen dit soort crisisscenario's te weinig aan bod.

In de colleges die ik nog steeds geef, heb ik ‘besturen in de zorg’ als thema toegevoegd. Want wat we ons als medisch specialisten te weinig realiseren, is dat we er gratis en voor niets een ongelooflijke hoeveelheid kennis bij krijgen. Psychologie, gesprekstechniek, analyseren van complexe problemen, snel handelen onder stress en daarover goed communiceren: allemaal dingen die je impliciet bijleert. Die combinatie van praten, nadenken over korte en langere termijn en acute interventies doen, maakt medisch specialisten – en niet in de laatste plaats MDL-artsen, gezien het multidisciplinaire werk en brede vakgebied – heel geschikt voor bestuurlijke taken in de zorg. En zoals is gebleken: ook voor crisismanagement tijdens een pandemie.

Waar ik heel trots op ben, is dat wij het de afgelopen maanden voor elkaar hebben gekregen om die plotselinge, enorme stroom aan patiënten op te vangen.”

Zorgenkindje

Ook in het OLVG in Amsterdam was het ‘alle hens aan dek’. Caroline Wientjes: “Ik vind dat we het goed hebben gedaan. Tegelijkertijd heb ik aan die periode een dubbel gevoel overgehouden. Op de MDL-afdeling probeerden we met roosters en het inrichten van *pools* te anticiperen op mogelijk uitvallen van zorgmedewerkers. Alleen de spoedzorg en poliklinische zorg op afstand gingen gewoon door. Daardoor waren er dokters en verpleegkundigen die, los van nascholing en administratie, geen taken hadden: zij hielden zich beschikbaar voor hulp op de COVID-afdeling of IC. Tot hun frustratie werden ze niet altijd ingezet. Net als alle

ziekenhuizen in Nederland hadden we nog geen ervaring met hoe je zo'n grote pool aan medewerkers verdeelt. De deels weggevalven semi-spoedzorg was echt mijn ‘zorgenkindje’, daar heb ik wakker van gelegen.”

Tropenartsen

Piet-Hein Buiting: “We hebben op de toppen van ons kunnen geacteerd in een voor ons volkomen onbekende situatie. Ik vroeg mij af: waar zouden we ervaringskennis vandaan kunnen halen? Tijdens het hardlopen samen met mijn zoon is het idee ontstaan om advies te vragen aan tropenartsen. Zij kijken op een hele andere manier tegen een gezondheidssysteem aan. Veel meer: wat kan nog wél? Hoe kun je bijvoorbeeld uitstel van behandeling gebruiken om patiënten hun eigen voorbereiding te laten doen? Of: hoe schakel je vangnetten in tussen de eerste- en tweedelijnszorg? Die andere manier van kijken heeft ons heel erg geholpen. We hebben er een kort-cyclische manier van problemen analyseren en beslissen aan overgehouden.”

Olietanker

Kuipers: “Er liggen nu in Nederland 562 non-COVID-patiënten op de IC. Normaal zijn dat er ongeveer 900. De reguliere zorg komt als een zeer langzame olietanker op gang. Bij een mogelijke tweede golf moeten we een bevolkingsonderzoek darmkanker dan ook niet meer stopzetten. Tegelijkertijd moeten we onderdelen van de zorg tegen het licht houden. Zo hebben we de afgelopen periode digitale zorg ingezet. Dat blijkt veel beter mogelijk dan we kort geleden nog hadden gedacht. En het helpt dat daar plotseling een betaaltitel voor is.

Daarnaast heeft ieder vakgebied, ook de MDL, onderdelen waarvan men diep in het hart weet dat de impact van die diagnostiek of die zorg minimaal is. Ook al is deze niet voor elke individuele patiënt 'onzinnig'. In het verleden hebben de FMS en de NFU de 'Beter-niet-doen-lijst' gemaakt, waarop 1.366 niet-effectieve medische handelingen staan. Het kan geen kwaad als de beroepsverenigingen daar weer eens goed naar kijken."

Reset reguliere zorg

Caroline Wientjes vult aan: "Eigenlijk is een soort *reset* van de reguliere zorg nodig. Vóór de coronacrisis was er namelijk al schaarste in capaciteit. Door de bulk aan reguliere zorg en de anderhalve-meterregel is de druk op het zorgsysteem alleen maar toegenomen. Op mijn eigen afdeling merk ik dat we letterlijk tegen de muren op lopen. Veel scopieën doen we onder sedatie en voor de uitslaapfaciliteiten zitten wij aan een beperkte ruimte vast.

We zitten in het OLVG nu op een scopiecapaciteit van zo'n 70%. Natuurlijk bedenken we oplossingen. Zo hebben we al een aantal keren op zaterdag en buiten kantooruren gewerkt. De noodzaak voor verandering in de zorg is door COVID-19 nog actueler geworden. Zorg buiten ziekenhuizen houden door meer zorg op afstand: Ernst noemde al de digitalisering. Maar ook: beter en slimmer samenwerken met huisartsen en zorg organiseren in ZBC's en focusklinieken.

Andere ervaring

Piet-Hein Buiting: "Sinds eind mei draaien wij weer op 100% van onze capaciteit, dus die langzame olietanker herken ik niet zo. Wel de uitgestelde zorg en de beperkingen van de anderhalve meter. Ik zie ook dat we moeilijk, soms letterlijk, de patiënten kunnen terugvinden voor wie we de zorg hebben moeten uitstellen. Sommige patiënten hebben een angst om in het ziekenhuis te komen. Het verwijzingskanaal tussen de eerste en tweede lijn werkt nog niet zoals voorheen. Het kost veel extra werk om dat weer op orde te krijgen."

Wientjes: "Dus jullie zijn erin geslaagd om de operatiekamers en dagbehandelingen al ►



Ernst Kuipers:
**"Medisch specialisten zijn
heel goede crisismanagers"**

¹Het Jeroen Bosch Ziekenhuis besloot coronazorgcentra in onze regio op te zetten. Zie ook: "Beter af thuis dan in het ziekenhuis", NRC, 2 april 2020.

Caroline Wientjes:
*“Vóór coronacrisis was er al
 schaarste in capaciteit”*



helemaal op het oude niveau te krijgen?”
 Buiting: “Ja, het totaal van het ziekenhuis zit weer op 100%, al geldt dit misschien niet exact voor iedere afdeling.”

Wientjes: “Wow, dan moet ik eens even bij jullie langskomen (*lacht*).”

Opschalingsplan COVID-19

Als voorbereiding op een eventuele tweede coronagolf heeft Ernst Kuipers op 30 juni het Opschalingsplan COVID-19 overhandigd aan minister Van Rijn. Het plan is binnen zeer korte tijd geschreven door meerdere organisaties. Kuipers: “Toen de minister de opdracht gaf, heb ik gezegd: dit is vrij onmogelijk. In een maand tijd een gedegen plan leveren voor hoe wij landelijk gecoördineerd tot 50% meer IC-capaciteit, meer vervoerscapaciteit en extra klinische bedden kunnen creëren. En dat in samenwerking en afstemming met een lange lijst aan organisaties². En allemaal hebben zij aan het begin gezegd: ‘Het is ondoenlijk.’ Maar het is ons gelukt: er ligt een solide plan waarmee de regio’s nu aan het schakelen zijn.”

Aantal IC-bedden

Het plan beschrijft drie fases met daarbij het aantal beschikbare IC-bedden:

- structureel: 1.350 IC-bedden (in het najaar) met volledige reguliere zorg. Nederland heeft momenteel 1.150 IC-bedden.
- flexibel: 1.700 IC-bedden met ten minste 80% reguliere zorg
- bij crisis: >1.700 IC-bedden en afschalen reguliere zorg

Daarnaast gaat het plan ook uitgebreid in op benodigde klinische capaciteit, het belang van ketenzorg, de noodzaak tot continue regionale en landelijke monitoring, vervoer van patiënten per ambulance, MICU en helikopter, en de noodzaak tot inrichting van een blijvend landelijk coördinatiecentrum voor patiëntenspreiding. De opstellers geven ook aan dat hiertoe een landelijk dekkend IT-systeem nodig is dat realtime inzicht geeft in beschikbare capaciteit per ziekenhuis.

Minister Van Rijn schrijft in zijn begeleidende brief aan de Tweede Kamer dat hij zich realiseert dat dit ambitieuze cijfers zijn.

Maar ook dat hij het LNAZ heeft gevraagd om in september een plan op te leveren voor verdere opschaling naar 3.000 IC-bedden.

Hoe realistisch is dat?

Kuipers: “En toen was hij even de draad kwijt... (*lacht*). Dit is het vervolgplan waar we op het ogenblik mee bezig zijn. De afgelopen periode hebben we grote aantallen COVID-patiënten opgevangen, hebben we een stukje acute zorg gedaan en hebben we de reguliere zorg eigenlijk volledig afgeschaald. Deze situatie bleef drie maanden zo. Dit moet een volgende keer niet weer gebeuren. Maar wanneer het weer crisis wordt zoals we in Brabant en Limburg hebben gezien, zijn 1.700 IC-bedden niet voldoende. Op 1 april hadden we in Nederland 2.400 IC-bedden beschikbaar. Als we dat toen konden, moet dat in december ook lukken. Of we daar nog bovenuit kunnen komen? Dat weet ik op dit moment niet.”

Piet Hein, op 28 maart zei jij in het tv-programma Op1 dat we erg gefocust zijn op de IC. Je vindt dat goede COVID-zorg meer is dan alleen beademen. Verzorging en ondersteuning thuis in de nabijheid van geliefden is net zo belangrijk. Hoe kijk jij naar dit Opschalingsplan?

Buiting: “Voor coronapatiënten die op de IC terecht komen, is het een goed plan. Maar daarnaast zou er een tweede plan moeten komen, dat kijkt naar de totale zorg voor COVID-19-patiënten. In onze regio zijn we het erover eens dat overleg met de huisartsen wellicht meer impact heeft dan overleg over IC-bedden. Dit tweede plan zou heel lokaal gemaakt moeten worden door bijvoorbeeld de huisartsen, VVT-organisaties³ en ziekenhuizen.”

Zorg is arbeidsintensief

Er zijn grenzen aan hoeveel er opgeschaald kan worden, staat in het plan te lezen. Bij een te grote mate van opschaling zal de kwaliteit van de zorg negatief worden beïnvloed: dan is er substandaardzorg voor iedereen.

Wat betekent dit?

Ernst Kuipers: “Dat je zorg moet bieden op een onconventionele manier en afstapt van

² Onder meer: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, de Federatie Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit en Ambulancezorg Nederland.

je standaardpraktijk. Dit wil niet zeggen dat het daarmee onveilig wordt. Wel nogmaals, dat dit het juiste moment is om alles eens goed tegen het licht te houden. In de zorg zijn we en blijven we ontzettend arbeidsintensief. Op dit moment werkt in Nederland één op de zeven mensen in de zorg. Desalniettemin hebben we altijd mensen tekort. Als we in dit tempo doorgaan, dan werkt over twintig jaar één op de vier mensen in de zorg. Dat kun je niet volhouden. Ook niet omdat de zorgvraag de komende jaren alleen maar gaat toenemen.”

Samenwerking cruciaal

Om daarop aan te sluiten: in deze MAGMA staat een interview met twee huisartsen uit West-Brabant over de grotere rol die de eerste lijnszorg moet krijgen van de overheid. Terwijl de druk op huisartsen al erg groot is. Kan de huisarts meer doen?

Caroline Wientjes: “Ja, dat denk ik wel. Maar of anderhalvelijnszorg, de specialist in de huisartsenpraktijk, de oplossing is? Ik zie veel meer kansen in het optimaliseren en faciliteren van de communicatie tussen huisarts en specialist. Denk aan teleconsulten waarbij de huisarts via een mailsysteem een zorgvraag m kan neerleggen. Bijvoorbeeld: ‘Wat kan ik binnen de eerstelijnspraktijk aan diagnostiek doen? Is dit iemand die moet worden doorverwezen? Wat kan ik de patiënt adviseren?’ Maar het kan beslist niet zo zijn dat wij de deur dichtdoen en zeggen: ‘Succes met die patiënt, wij zien ’m niet meer, het is nu jullie pakkie an’. Pingpongen met patiënten zal de zorg niet ten goede komen. Iemand van ons moet de patiënten zien, want ze verdwijnen niet.”

Kuipers: “Een MDL-arts in de huisartsenpraktijk kan ik me volledig voorstellen. Maar hier zitten twee kanten aan. Je kunt hiermee een belangrijke impact hebben in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg met vermindering van het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis. Belangrijke winst aan alle kanten. Maar aan de voorkant zit er wel degelijk een risico in. Wij organiseren steeds meer, met meer zorgverleners voor één patiënt. Een huisarts is niet klaar met alleen een MDL-arts. Hij wil ook graag een

reumatoloog, orthopeed of kinderarts laten meekijken. Als je dat doet, moet je goed bedenken: hoe organiseren we dit? En wordt het dan niet zodanig arbeidsintensief dat het voor de huisarts gewoon niet meer te bemensen is?

Piet-Hein Buiting vult aan: “Waar het om gaat is: wie kan wat leveren en van wie heb je wat nodig? Wij werken met een digitaal meekijkconsult. Huisarts en patiënt zitten in de huisartsenpraktijk en kunnen een vraag stellen aan de dienstdoende medisch specialist. Samen beoordelen zij de situatie. Op deze manier heb je met minimale tijdsbesteding het maximale resultaat in de samenwerking. Dat is best moeilijk en vereist goede afspraken, maar levert veel op.”

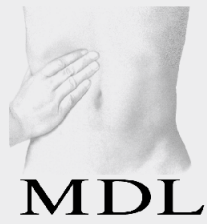
Langzame epidemie

Wientjes: “We hebben inderdaad met een toenemende zorgvraag te maken. En wij merken in het OLVG ook de tendens dat de derde lijn steeds meer zorgtaken neerlegt bij ons, de tweede lijn. Hierover moeten we op regionaal niveau goed met elkaar blijven praten. In het *Hoofdlijnenakkoord Medisch-specialistische zorg* wordt gezegd: we mogen niet meer groeien en niet méér gaan doen. Maar op een gegeven moment zit er natuurlijk wel een maximum aan wat wij kunnen met de huidige capaciteit.”

Buiting: “Ik denk dat dit hét onderwerp wordt voor de komende jaren. De zorgvraag stijgt autonoom door. Het is een langzame epidemie die stapje voor stapje op ons afkomt. De kern is: hoe kunnen we ons zorgsysteem laten meebewegen met die ontwikkeling? Hierbij moeten we steeds goed kijken naar de toegevoegde waarde van zowel medisch specialist, huisarts als verpleegkundige. Het is zaak om ieder jaar 2% slimmer te worden, 2% effectievere e-healthmogelijkheden te bedenken, administratieve onzin eruit te slopen. Om zo die jaarlijkse 2% groei in de zorgvraag het hoofd te blijven bieden. Ik ben het helemaal eens met wat Caroline zei over het niet verdwijnen van patiënten: op het moment dat je als mens een ziekte ervaart, moet de zorg er gewoon zijn.”

Piet-Hein Buiting:
**“Het is zaak ieder jaar
2% slimmer te worden”**





ADVERTENTIE

Cortraksonde blijkt van toegevoegde waarde

Sinds 2017 maken we in het CWZ Nijmegen met regelmaat gebruik van de Cortraksonde: een naso-enterale voedingssonde, die zonder gebruik van endoscopie of röntgendoorlichting kan worden ingebracht in het duodenum.

Na inbrengen via de neus wordt de sonde ter hoogte van het epigastrium afgebeeld via een elektromagnetische receiver die op de buik van de patiënt wordt gelegd. Door het elektromagnetisch signaal dat de tip van de voerdraad uitzendt, is de route die de sonde aflegt visueel te volgen op het beeldscherm; de route wordt grafisch weergegeven. Het inbrengen gebeurt door een voedingsverpleegkundige en een getrainde allround-verpleegkundige, en duurt in het algemeen 15 tot 45 minuten. Inmiddels plaatsen wij er gemiddeld 230 per jaar en ligt ons *overall* slagingspercentage rond de 88%.

Voordelen

In principe zijn de indicaties voor een Cortraksonde dezelfde als voor iedere andere duodenumsonde. Ofwel: maagontledingsstoornissen, verhoogd aspiratierisico, misselijkheid/braken bij bijvoorbeeld chemotherapie, slokdarmtumoren met nog voldoende ruimte voor de sonde

en pancreastumoren waarbij het duodenum nog bereikbaar is.

Er zijn meerdere voordelen van deze sonde boven andere technieken. Zo hoeft de patiënt niet nuchter te zijn, kan de sonde worden ingebracht op iedere locatie – zoals polikliniek, verpleegafdeling of in het verpleeghuis – en is dus geen transport nodig naar een andere afdeling. Er is ook geen sedatie nodig en daarmee geen nabewaking. Door de zekere positie kan na plaatsing direct worden gestart met sondevoeding (en indien nodig kan de positie direct nogmaals worden gecontroleerd). Dankzij deze voordelen is het gebruik van de Cortraksonde goedkoper dan andere methoden.

Cortraksonde en COVID-19

Tijdens de corona-uitbraak dit voorjaar hebben wij bij COVID-19-klachten als misselijkheid en braken veel gebruikgemaakt van postpylorische voeding. Voor de plaatsing van de Cortraksonde werd wel extra tijd genomen vanwege de angstige, dyspnoeïsche en hoestende patiënten. Ondanks deze problemen bleek het succespercentage van de plaatsingen bij niet-gesedeerde COVID-19-patiënten 83%.

Ook op de intensive care (IC) is gebruikgemaakt van de Cortraksonde, waarbij deze via de mond werd geplaatst om het risico op drukplekken in het gezicht te verminderen.



Dit ging over het algemeen prima, alleen is bij buikligging controle van de positie niet goed mogelijk, deze kon pas na het draaien naar de rug worden gedaan. Ten behoeve van de logistiek werden de sondeplaatsingen bij op de IC opgenomen COVID-19-patiënten gebundeld. Het succespercentage op de IC kwam uit op 87%.

Vooral bij patiënten met een ernstige gastroparese is het soms lastig om de sonde voorbij de pylorus te schuiven. Als dit niet lukt, gebruiken wij bij het ontbreken van contra-indicaties erythromycine i.v. om dit alsnog te proberen.

Conclusie

Alles overziende blijkt de Cortraksonde een waardevolle toevoeging in ons behandelarsenaal. Patiënten zijn zeer tevreden over deze manier van inbrengen. Zeker tijdens de COVID-19-periode was de Cortraksonde van extra waarde. Het is een snelle en gemakkelijke manier van sonderen, waarbij niet een heel endoscopieteam hoeft te worden blootgesteld aan COVID-19.

Marjo Langeveld-Hubers,
voedingsverpleegkundige

Kosten voedingssondes

De prijs van een Cortraksonde is met een stuksprijs ruim boven de honderd euro enkele malen hoger dan die van een reguliere sonde. Personeel moet worden getraind, en ook de proceduretijd moet worden gewogen. Het systeem zelf kan gekocht of gehuurd worden. Ook deze (aanzienlijke) prijs moet worden meegewogen in de kostenafweging. In het CWZ Nijmegen is deze berekening gunstig uitgevallen. Van enkele centra weten wij dat hun kostenanalyse een andere uitkomst liet zien; om die reden zien zij af van het gebruik van Cortraksondes.

Redactie MAGMA

Gastro-intestinale betrokkenheid bij COVID-19-infectie

De pandemische gevolgen van *coronavirus disease 2019* (COVID-19) ondervindt iedereen in meer of mindere mate. Dit zeer infectieuze RNA-virus, waarschijnlijk van vleermuizen via schubdieren op de mens overgedragen, heeft inmiddels een globale verspreiding die zijn weerga niet kent. Of toch wel? De Spaanse griep aan het einde van de Eerste Wereldoorlog was een pandemische influenzavirusinfectie die tussen 50-100 miljoen slachtoffers maakte. Nog verder terug in de tijd, in het jaar 1349, raasde de builen- en longpest door de Lage Landen en elimineerde een derde van de bevolking. De *Yersinia pestis*-bacterie, overgedragen door de rattenvlo op de mens, veranderde in korte tijd het sociaaleconomisch bestel van Europa. Opvallend was dat in Noord-Italië circa 50% van de bevolking stierf, waarschijnlijk door de intensieve contacten en grote bevolkingsdichtheid.

Gastro-intestinale effecten

Ofschoon de mortaliteit voornamelijk door de pulmonale complicaties wordt veroorzaakt, is de multi-orgaanbetrokkenheid evident en bepaalt dit de prognose en duur van de revalidatie. De gastro-intestinale *tractus*, als grootste interactief orgaanstelsel, vertoont infectie-gerelateerde spijsverterings-symptomen zoals anorexia, misselijkheid, braken en diarree. Ook worden frequent levertestafwijkingen gevonden.

Klinisch-wetenschappelijke vragen en onzekerheden

Veel klinische en praktische vragen zijn gesteld door MDL-artsen, zoals: speelt de *tractus digestivus* een rol bij het ontstaan van de infectie? Wordt het virus in de feces uitgescheiden? Kan iemand een asymptomatische verspreider zijn? Speelt de lever een rol in de ontsteking? Hebben pre-existente

gastro-intestinale aandoeningen, zoals IBD en leverziekten, een slechtere prognose? Kunnen endoscopische diagnostiek en interventies veilig worden uitgevoerd? Zijn er asymptomatische virusdragers die bij onderzoek het virus kunnen overdragen?

Defect gastro-intestinale barrière

Patiënten die bovenste luchtwegsymptomen hebben zoals hoesten, slikken slijm door waarin zich het virus bevindt. Zuursecretie is een belangrijk onderdeel van de natuurlijke barrière en heeft naar alle waarschijnlijkheid effect op de mate waarin een gastro-intestinale betrokkenheid ontstaat, want niet alle patiënten hebben klachten zoals diarree. Waarschijnlijk speelt het remmen van de zuurproductie een rol, zoals werd aangetoond in een populatiestudie. In een onderzoek onder 53.130 personen werd bij 6,4% een positieve COVID-19-test gevonden. Patiënten die eenmaal daags (1dd) een protonpompremmer (PPI) gebruikten, hadden 2,15 keer meer kans op een positieve test en zij die 2dd gebruikten, zelfs 3,67 keer [1]. Of deze patiënten een ernstiger beloop of hogere mortaliteit hadden, werd in deze studie niet vermeld. Alcoholconsumptie speelt waarschijnlijk ook een rol bij afname van de natuurlijke barrière door verandering van de mucosale integriteit. Virusdeeltjes die in de portale circulatie komen, kunnen door de lever worden uitgefilterd. De vraag is of het virus ook een leverontsteking kan veroorzaken.

Leverbetrokkenheid

Leverbeschadiging is bij ongeveer de helft van de COVID-patiënten (30-60%) gerapporteerd met verhoogde transaminasen en hyperbilirubinemie [4]. Het is nog niet duidelijk of de schade wordt veroorzaakt door het virus zelf, de behandeling met

hepatotoxische medicatie, de inflammatoire respons, hypoxemie door *acute respiratory distress syndrome* (ARDS) of kadert in multi-orgaanfalen. Meerdere onderzoeken beschrijven verschillende mate van leverbeschade bij COVID-patiënten, waarbij abnormale leverwaarden bij bloedonderzoek vaker worden geobserveerd bij patiënten met ernstige manifestaties van COVID-19. Een interessante vraag is of de overleving van een ernstige SARS-CoV-2-infectie mede bepaald wordt door de mate van de leverbeschadiging.

Mechanisme leverbeschadiging bij SARS-CoV-2

De leverbeschadiging kan meerdere oorzaken hebben. Enerzijds door het directe virale effect en anderzijds door bijvoorbeeld hepatotoxische medicatie tijdens de behandeling. Leverschade als gevolg van directe virus-geïnduceerde cytopathische effecten is gepostuleerd als onderliggend mechanisme [3]. De cholangiocyten hebben een hoger percentage *angiotensine-converting-enzyme-2* (ACE-2)-receptoren in vergelijking tot hepatocyten. SARS-CoV-2 kan direct met een hoge affiniteit binden aan cholangiocyten en mogelijk op deze manier schade toebrengen aan de galwegen [4]. Dit zou theoretisch kunnen betekenen dat de levertestafwijkingen de schade van cholangiocyten weergeven en niet zozeer die van het leverparenchym [5].

Comorbiditeiten

Risicofactoren voor een ernstiger beloop van de COVID-infectie en een hogere mortaliteit zijn het metabool syndroom, en dan vooral hypertensie, diabetes, en cardiovasculaire aandoeningen [6]. Deze aandoeningen komen vaker voor in personen met overgewicht en obesitas, wat tezamen aanwezig is



Het COVID-19 researchteam van het MUMC+ (v.l.n.r.): Fauve van Veen, Bas van Bussel, Puck Hoitinga en Ger Koek. *Niet op de foto: Jeanette Tas en Rob van Gassel.*

in 50% van de volwassen Nederlandse bevolking. Onderzoek toonde dat oudere leeftijd en mannen, in combinatie met de genoemde comorbiditeiten, meer kans hebben om een gecompliceerd beloop met hoge mortaliteit te ontwikkelen.

Is NAFLD een risicofactor?

De vraag is of de aanwezigheid van *non-alcoholic fatty liver disease* (NAFLD) leidt tot een slechtere prognose. Leververvetting wordt gevonden bij ongeveer 25% van de wereldbevolking en is sterk geassocieerd met overgewicht en obesitas. NAFLD wordt gezien als de levervariant van het metabool syndroom en patiënten met de inflammatoire vorm (niet-alcoholische steatohepatitis, NASH) hebben vaak verhoogde cytokinelevels door de chronische laaggradige systemische inflammatie, waardoor ze waarschijnlijk kwetsbaarder zijn voor COVID- c.q. COVID-gerelateerde complicaties. NAFLD is waarschijnlijk nog een onderschatte comorbiditeit; mogelijk speelt NASH een rol in prognose en ernst van het beloop van de infectie. Een interessante vraag is of de aanwezigheid van NAFLD tijdens een ernstige SARS-CoV-2-infectie het ontstaan van multi-orgaanfalen beïnvloedt.

Conclusie

SARS-CoV-2 is een – voornamelijk – pulmonale aandoening met duidelijke betrokkenheid van de *tractus digestivus*. In hoeverre de overleving wordt bepaald door de gastro-intestinale complicaties is nog onduidelijk. Verder onderzoek in grote cohorten zal dit moeten uitwijzen en daarmee de vele MDL-vragen beantwoorden. Totdat er een efficiënt vaccin is, zal grote voorzichtigheid noodzakelijk zijn om verspreiding in het ziekenhuis te voorkomen, met name door het creëren van een veilige werkomgeving.

Fauve van Veen, Puck Hoitinga, Bas van Bussel, Jeanette Tas, Rob van Gassel en Ger Koek
COVID-19 researchteam MUMC+

Referenties

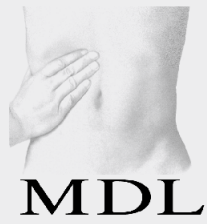
1. Almarino CV et al. Increased risk of COVID-19 among users of proton-pump inhibitors. *Am J Gastroenterol* 2020; preprint, posted online July, 2020: https://www.newswise.com/coronavirus/increased-risk-of-covid-19-among-users-of-proton-pump-inhibitors-ppis/?article_id=734293
2. Cai Q, Huang D, Yu H, et al. COVID-19: Abnormal liver function tests [published

online ahead of print, 2020 Apr 13].

J Hepatol 2020; S0168-8278(20)30218-X.

[doi:10.1016/j.jhep.2020.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.04.006)

3. Alqahtani SA, Schattenberg JM. Liver injury in COVID-19: The current evidence. *United European Gastroenterol J* 2020; 8(5):509-519. [doi:2050640620924157](https://doi.org/10.1002/path.5471).
4. Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens W, et al. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19) [published online ahead of print, 2020 May 17]. *J Pathol* 2020; 10.1002/path.5471. [doi:10.1002/path.5471](https://doi.org/10.1002/path.5471).
5. Zhao B, Ni C, Gao R, et al. Recapitulation of SARS-CoV-2 infection and cholangiocyte damage with human liver ductal organoids [published online ahead of print, 2020 Apr 17]. *Protein Cell* 2020;1-5. [doi:10.1007/s13238-020-00718-6](https://doi.org/10.1007/s13238-020-00718-6)
6. Fang X, Li S, Yu H, et al. Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Aging (Albany NY)* 2020; 12(13):12493-12503. [doi:10.18632/aging.103579](https://doi.org/10.18632/aging.103579).



ADVERTENTIE

Mogelijke verspreiding COVID-19 via fecaal-orale route

Eind 2019 werd in de stad Wuhan, China, voor het eerst melding gemaakt van het SARS-CoV-2, ook wel *novel coronavirus* of COVID-19 genoemd. In Nederland werd op 26 februari 2020 in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) te Tilburg voor het eerst een patiënt opgenomen en op 27 februari positief getest op COVID-19 [1]. Na deze melding van de eerste patiënt liep het aantal infecties in Nederland snel op, met als resultaat een fors aantal ziekenhuis- en intensive care (IC)-opnames, en sterfte ten gevolge van het virus. De Nederlandse regering reageerde met een lockdown om verdere verspreiding van het virus en daarmee ook oplopende belasting van de ziekenhuizen en met name de IC-units te voorkomen. Inmiddels zijn we enkele maanden verder en zijn in Nederland op 21 juli 2020 volgens cijfers van het RIVM inmiddels 52.073 besmettingen vastgesteld, werden 11.902 patiënten opgenomen in het ziekenhuis en zijn 6.136 mensen aan het virus overleden [2].

Pathofysiologie SARS-CoV-2

Het COVID-19-RNA kan rechtstreeks, maar ook via de lucht door middel van aerosolen, van mens op mens worden overgedragen tijdens of na bijvoorbeeld hoesten. Het virus dringt het menselijk lichaam binnen via *angiotensin converting enzym 2* (ACE2)-receptoren die zich onder andere bevinden op het longepitheel. Het virus veroorzaakt dan ook met name een bilaterale pneumonie. Maar het is ook bekend dat op het epitheel van de slokdarm, maag, dunne en dikke darm zich ACE2-receptoren bevinden [3]. Waarschijnlijk ontstaan gastro-intestinale symptomen nadat het virus zich aan deze receptoren hecht.

De meest voorkomende symptomen van een COVID-19-infectie zijn kortademigheid,

hoesten en koorts. Echter, veel patiënten rapporteren ook gastro-intestinale klachten waaronder misselijkheid, braken en diarree. Een belangrijke vraag is dan ook of het virus zich via de fecaal-orale route kan verspreiden en zo ja, of er daarom gerichte maatregelen op de endoscopie-afdeling moeten worden genomen om verdere verspreiding van het virus te voorkomen.

Transmissie via fecaal-orale route mogelijk?

Hoewel een deel van de patiënten gastro-intestinale symptomen heeft, is er tot op heden nog weinig concreet bewijs dat het virus zich via de fecaal-orale route verspreidt. In een meta-analyse waarin totaal 60 studies zijn geïncludeerd met een totaal van 4243 patiënten [4], rapporteerde 17,6% van de patiënten gastro-intestinale symptomen. De spreiding in voorkomen van gastro-intestinale klachten is enorm, prevalenties van 5 tot 50% [3] zijn gerapporteerd en hebben te maken met onder andere de gehanteerde definities van de klachten.

Verder bleek dat bij 48,1% van de COVID-19-geïnfecteerde patiënten, het RNA van COVID-19 aantoonbaar is in de feces. De aanwezigheid van gastro-intestinale symptomen was echter niet geassocieerd met een positieve fecetest [5]. Uit de eerder genoemde meta-analyse [4] blijkt verder dat de *virus load* van COVID-19 hoger is bij patiënten met diarreeklachten dan bij patiënten zonder diarreeklachten.

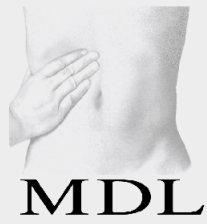
Daarnaast wordt gesuggereerd dat de aanwezigheid van gastro-intestinale symptomen een voorspeller zou kunnen zijn van de ernst van de COVID-19-infectie. Patiënten met gastro-intestinale symptomen zouden vaker opgenomen worden op de intensive

care voor beademing en zouden sneller een *acute respiratory distress syndrome* (ARDS) ontwikkelen (6,7% versus 2,1% respectievelijk patiënten met en zonder gastro-intestinale klachten) [3]. Daarnaast blijkt dat de prevalentie van een ernstig verloopende COVID-19-infectie hoger is bij patiënten met gastro-intestinale klachten vergeleken met patiënten zonder gastro-intestinale klachten (17,1% versus 11,8%). De definitie van een ernstige COVID-19-infectie is gedefinieerd op basis van de American Thoracic Society Criteria for Defining Severe Community-acquired Pneumonia [6]. Deze resultaten worden echter niet door alle studies bevestigd. Verder onderzoek moet dan ook uitwijzen of er daadwerkelijk een relatie bestaat tussen gastro-intestinale symptomen en het verloop en ernst van de ziekte.

Uit de literatuur blijkt verder dat het virus langer aanwezig blijft in de ontlasting dan dat het aantoonbaar is in de neus/luchtwegen [3, 5]. Uit een studie waarin 98 patiënten werden geïncludeerd met bewezen COVID-19-infectie [5], werd iedere 1 á 2 dagen ontlasting onderzocht op COVID-19-RNA. Uit deze studie bleek dat het virus na optreden van de eerste symptomen gemiddeld 28 dagen aantoonbaar is in de ontlasting, dit is zo'n 11 dagen langer dan in de keel of luchtwegen. In een enkel geval werd het virus zelfs tot 33 dagen na het negatief worden van de *nasopharynx swab* gedetecteerd in de ontlasting [5].

Endoscopieafdeling en COVID-19

Tot op heden zijn er nog geen besmettingen met het COVID-19-virus via de endoscopieafdeling beschreven. Desondanks wordt er door de diverse beroepsgroepen geadviseerd om voorzorgsmaatregelen te nemen. Deze maatregelen variëren van extra bescher-



ADVERTENTIE

ming voor de endoscopist of verpleegkundige tot het extra reinigen van endoscopen. Dit brengt de vraag met zich mee hoe groot het risico is op besmetting gedurende endoscopische procedures. Endoscopische procedures zijn aërosol-genererende procedures, waardoor deze een bron van infectie kunnen zijn. Bij een gastroscopie komt het vaak voor dat patiënten moeten hoesten, kokhalzen of braken en bij colonoscopie kan de verspreiding van feces een rol spelen in de transmissie van COVID-19. Onduidelijk is of het virus ook daadwerkelijk wordt verspreid via de fecaal-orale route. Op dit moment gebruiken endoscopisten bij laagrisicopatiënten een chirurgisch mondmasker en bij hoogrisicopatiënten een FFP-2-masker om verspreiding te voorkomen [7]. Bij voorkeur wordt een endoscopische procedure bij patiënten met een actieve COVID-19-infectie uitgesteld, tenzij dit een spoedprocedure betreft.

Conclusie

Bijna 1 op de 5 patiënten ervaart naast longklachten ook gastro-intestinale symptomen bij een COVID-19-infectie. Bij ongeveer de helft van de COVID-19-patiënten is het virus aantoonbaar in de ontlasting. Helaas is er nog onvoldoende onderzoek gedaan naar transmissie via de fecaal-

orale route. Daarom is het van belang dat deze hypothese beter wordt onderzocht, zodat er in de toekomst gerichtere *evidence based*-maatregelen kunnen worden genomen om een mogelijke verspreiding van het virus fecaal-oraal tegen te gaan. Belangrijke vragen daarbij zijn of de hoeveelheid infectieus virus in de ontlasting hoog genoeg is om een infectie überhaupt bij de mens te kunnen veroorzaken en hoe lang er na een COVID-19-infectie maatregelen op de endoscopieafdeling dienen te worden genomen. Het advies is om de huidige maatregelen zoals beschreven in de laatste richtlijn van de NVMDL te handhaven totdat er meer duidelijkheid is over hoe groot de kans is dat het virus zich verspreidt via de fecaal-orale route.

Inès van de Kimmenade, arts-assistent MDL
Jean-Luc Murk, microbioloog
Robert Laheij, MDL-arts
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg

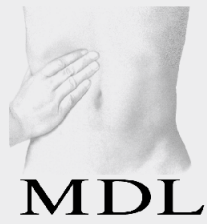
Referenties

1. Alderweireld CEA, Buiting AGM, Murk JAN, et al. COVID-19: patiënt nul in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020; 164:D4962.
2. Epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland. RIVM - 21 juli 2020 10:00 uur.

3. D'amico F, Baumgart DC, Danese G, et al. Diarrhea during covid-19 infection: pathogenesis, epidemiology, prevention and management. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2020; 18:1663-1672.
4. Cheung KS, Hung IFN, Chan PPY, et al. Gastrointestinal manifestations of SARS-COV-2 infection and virus load in fecal samples from a hong kong cohort: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2020; 159:81-95.
5. Yongjian Wu, Cheng Guo, Lantian Tang, et al. Prolonged presence of SARS-COV-2 viral RNA in faecal samples. Center for Infection and Immunity, Fifth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 19 maart 2020, geraadpleegd via [doi:1016/S2468-1253\(20\)30083-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2).
6. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* 2019; 200(7): e45-e67.
7. Coronaprotocol Endoscopieafdeling; advies Commissie endoscopie NVMDL, <https://www.mdl.nl/adviezen-en-protocollen-covid-19>



In het Elisabeth-Twee-Steden Ziekenhuis (v.l.n.r.):
Inès van de Kimmenade,
Robert Laheij en
Jean-Luc Murk.



ADVERTENTIE

Privacy

Heel even had ik een tweeslachtig gevoel bij het woord ‘senior’, toen mij gevraagd werd of ik iets voor deze rubriek wilde schrijven. Op mijn tennisclub laat ik het kampioenschap voor senioren en voordelige aanbiedingen voor lessen voor 60-plussers ook altijd aan mij voorbijgaan. Maar een onderwerp was gelukkig snel gevonden: alle belemmeringen die de privacywetgeving in Nederland opwerpt voor ons functioneren. Privacy is natuurlijk een groot goed, maar de rigide (interpretatie van de) Nederlandse privacywetgeving (Algemene Verordening Gegevensbescherming, ofwel AVG) blijkt in de medische zorg voor senior én junior steeds meer een knellende handicap.

In de strijd tegen het gevaarlijke SARS-CoV-2-virus werd een tijdelijke regeling afgekondigd die het artsen op een huisartsenpost of eerste hulp toestaat zonder toestemming van een coronapatiënt in diens huisartsendossier te kijken. De Autoriteit Persoonsgegevens waarschuwde echter dat dit niet zomaar mag (*NRC*, 16 april 2020). Enthousiaste instemming was hier in mijn ogen meer op zijn plaats geweest: je houdt de anamnese immers het liefst zo kort mogelijk bij de naar lucht happende coronapatiënt. Bovendien kan je als patiënt zelf altijd achteraf (via [volgezorg.nl](https://www.volgezorg.nl)) nagaan wie in je dossier heeft gekeken. Een ander voorbeeld: de gemeente Rotterdam moest in april twee splinternieuwe camera-auto's voor handhaving van de coronamaatregelen en *social distancing* na enkele dagen al weer van de weg halen. Aanleiding waren kritische vragen van de Autoriteit Persoonsgegevens over mogelijke privacy-schending (*NRC*, 13 mei 2020). In het publieke debat bespeur ik vaak eenzelfde dogmatische reactie op de plannen om – geheel op basis van vrijwilligheid en met waarborgen tegen hacken – een corona-app in te voeren. En dit terwijl we wel allemaal klakkeloos met ons mobieltje betalen. De discussie zou mijns inziens moeten gaan over de effectiviteit van zo'n corona-app. Daarover houd ik vooralsnog mijn twijfels, zeker gezien de overhaaste manier waarop dit in aanvankelijk in ons land werd aangepakt.

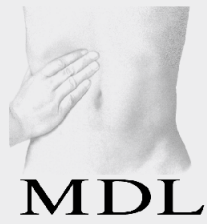
Het nadeel van al te rigide privacybescherming voor het goed functioneren van de gezondheidszorg werd dankzij COVID-19 weliswaar op pijnlijke wijze zichtbaar, maar is niet nieuw. Op onze afdeling speelt bijvoorbeeld sinds vorig jaar de discussie of de naam van de patiënt wel op de

naambordjes bij de deur mag staan. Geen naam is nogal lastig en *prone for accidents*, vooral in acute situaties zoals reanimaties. Er is hierover echter nog steeds geen definitief besluit genomen. En vorig jaar werd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG) serieus de vraag opgeworpen of tijdens niet-geanonimiseerde patiëntenbesprekingen alleen die zorgverleners aanwezig mogen zijn die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg voor de individuele patiënt (*clean room policy*: NTvG 2019;163:D4431). Uiteindelijk was de conclusie dat dit toch toegestaan was, mits de medelusteraar een beroepsgeheim had of een geheimhoudingsverklaring had ondertekend (maar hoe zit dit dan met co-assistenten en semi-artsen?).

Ook over privacy en klinisch wetenschappelijk onderzoek valt het nodige te zeggen. Onlangs sprak ik een jonge collega die een al decennia bestaande, succesvolle landelijke database met geanonimiseerde patiëntengegevens nieuw leven wilde inblazen. Hij was er enthousiast aan begonnen, maar de moed zakte hem steeds meer in de schoenen. Hij moest namelijk akkoord krijgen van de medisch-ethische toetsingscommissies (METC's) in alle deelnemende ziekenhuizen. Vorige week stak de jurist van mijn eigen ziekenhuis een nieuw spaakje in het wiel: was getekende toestemming van de patiënt hier niet vereist? De bureaucratie en 'vinkjescultuur' ten top!

Intussen worden echt belangrijke zaken vaak niet goed geadresseerd. Bijvoorbeeld: eerlijke informatie voor de patiënt die overweegt deel te nemen aan mogelijk riskant onderzoek met een nieuw geneesmiddel. Dan wordt er weliswaar een proefpersonenverzekering afgesloten voor het onderzoek, maar die keert bij schade vrijwel nooit iets uit. Verergering van de oorspronkelijke ziekte – ook als dat door het onderzochte geneesmiddel veroorzaakt zou kunnen zijn –, schade die je redelijkerwijs had kunnen verwachten en veel andere zaken zijn namelijk in de kleine lettertjes uitgesloten van dekking. Uitermate belangrijk voor al die proefpersonen die gaan deelnemen aan therapeutische en vaccinatietrials voor COVID-19!

Ik hoop van harte dat bij de evaluatie van alles wat goed en fout ging, die ongetwijfeld na afloop van de COVID-19-pandemie gaat komen, ook zin en onzin van onze privacywetgeving niet wordt vergeten.



ADVERTENTIE

LANDELIJKE KWALITEITS- EN COMPLICATIETREGISTRATIES DGEA EN DRCE

Codman Dashboard zorgt voor betere terugkoppeling

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

Momenteel bevat de DGEA data van ruim 430.000 coloscopieën. In de DRCE zijn ruim 8100 complicaties geregistreerd, waarvan 4300 complicaties bij coloscopieën zijn opgetreden. Naar schatting is de dekking van de DGEA en DRCE nu respectievelijk 80% en 96% van het totale aantal endoscopiecentra in Nederland. De gezamenlijke wetenschappelijke commissie van beide registraties heeft zich de afgelopen tijd ingezet om het belang van de registraties voor de kwaliteit van endoscopie in Nederland bij een breder publiek onder de aandacht te brengen. De belangrijkste recente ontwikkeling is de totstandkoming van het zogenaamde Codman Dashboard, waar de geregistreerde data op verschillende wijzen kunnen worden teruggekoppeld naar de individuele centra en artsen.

Codman Dashboard

Het dashboard is vernoemd naar Ernest Amory Codman (1869-1940), een Amerikaanse chirurg die wordt gezien als de grondlegger van het concept van *clinical auditing*. Het Codman Dashboard bestaat uit drie onderdelen: Codman Descriptives, Exploratief en Indicatoren.

Het Codman Descriptives toont beschrijvende data per indicatie voor de DGEA en per type endoscopie voor de DRCE. Met Codman Exploratief kan specifieke informatie over resultaten inzichtelijk worden gemaakt door het toepassen van filters met patiënt- en endoscopiefactoren. Op deze manier kunnen patiëntengroepen

Account activeren en/of meer informatie

Activeer uw account als DGEA- en/of DRCE-gebruiker via onderstaande stappen:

- ga naar <https://dgea-drce-codman.valuebase.nl>
- klik op 'Wachtwoord vergeten'
- u ontvangt vervolgens een e-mail met een link waarmee u het wachtwoord kunt wijzigen.

Voor opmerkingen of vragen over beide registraties of het Codman Dashboard, kunt u contact opnemen met de DICA servicedesk: dica-servicedesk@mrdr.nl of (088) 5700010.

Veel gestelde vragen over het Codman Dashboard kunt u vinden op: <https://value2health.com/nl/veelgestelde-vragen/faq-codman/> en <https://dica.nl/dica/codmandashboard>.

worden geselecteerd en vergeleken met het gemiddelde in Nederland. Voor coloscopieën zijn de data uit de DGEA gekoppeld met de DRCE op het niveau van de zorginstelling, waardoor complicatiepercentages worden weergegeven.

Via Codman Indicatoren wordt inzicht gegeven in verschillende interne indicatoren met hierbij de Nederlandse benchmark. Voorbeelden van indicatoren die per centrum worden teruggekoppeld, zijn het percentage coloscopieën uitgevoerd met adequate darmvoorbereiding en het percentage colo-

scopieën waar het coecum is bereikt. Naast *funnel-plots* met deze indicatoren worden de rekenregels voor de achterliggende berekeningen getoond. De verschillende dashboards brengen potentiële aandachtsgebieden aan het licht waarop gericht verbeterprojecten kunnen worden geïnitieerd.

Toekomst

In nauwe samenwerking met de commissie Endoscopie en de Raad Kwaliteit van de NVMDL worden de beide registraties de komende jaren verder ontwikkeld. De focus ligt hierbij op registratielastvermindering én het uitbreiden van de DGEA voor meerdere typen endoscopie (ERCP, EUS, gastro- en sigmoidoscopie), zodat deze data in de toekomst ook kunnen worden gekoppeld aan de DRCE. Dit moet complicatiepercentages voor meerdere typen endoscopie inzichtelijk maken. Uiteindelijk willen we beide registraties integreren tot één landelijke registratie.

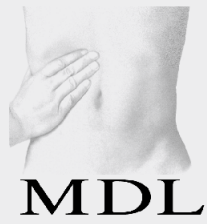
Namens de wetenschappelijke commissies van de DGEA en DRCE,

Karlijn Nass (foto), arts-onderzoeker MDL, DICA en Amsterdam UMC

Michiel Ledeboer, voorzitter DGEA, MDL-arts Deventer ziekenhuis

Paul Fockens, voorzitter DRCE, MDL-arts Amsterdam UMC





ADVERTENTIE

Endo-echografie in regionaal verband verbeteren: dat werkt!

Sinds het najaar van 2014 wordt er in de Rotterdamse regio op het gebied van endo-echografie nauw samengewerkt. In dat jaar kwamen op initiatief van MDL-arts Rutger Quispel uit Delft, met hulp van toenmalig arts-assistent Lydi van Driel, endo-echografisten uit Sint Franciscus, Maasstad, Ikazia, IJssel land, Albert Schweitzer, Erasmus MC en Reinier de Graaf Gasthuis voor het eerst samen. Met als resultaat de oprichting van QUEST ofwel het QQuality in EndoSonography Team.



Tijdens die eerste samenkomst werden de resultaten besproken van een evaluatie van de laatste 20 EUS-geleide puncties van solide pancreaslesies uit de genoemde ziekenhuizen. Die bleken niet allemaal even goed te zijn en bovendien fors van elkaar te verschillen. Geen van de ziekenhuizen voldeed op dat moment aan de door de ASGE in 2010 geformuleerde kwaliteitscriteria (Rate of adequate sample >85%, Diagnostic Yield of Malignancy >7% en Sensitivity of Malignancy >85%). Daarnaast bleek er sprake van een enorme praktijkvariatie, waarbij ook niet iedereen zich hield aan de op dat moment geldende richtlijn die onder andere adviseerde suctie te gebruiken en ten minste drie passes te verrichten. Besloten werd dat elke lokale EUS-groep zich zou gaan beraden op de eigen protocollen en contact zou opnemen met de lokale pathologie-afdeling. Daarnaast werd afgesproken per januari 2015 te starten met een prospectieve registratie van alle puncties van solide pancreaslaesies met als doel de kwaliteit te monitoren en te verbeteren.

Sinds 2015 komt de groep drie keer per jaar samen en ten minste één keer per jaar krijgt elk centrum feedback op de behaalde resultaten in vergelijking met de hele groep en met de kwaliteitscriteria uit de literatuur. Vervolgens wordt in de groep besproken welke stappen kunnen worden genomen om de opbrengst te verbeteren.

Een belangrijke verbetering is de nauwere samenwerking met de patholoog. Het succesvolle QUEST-symposium in 2017 waarbij onder anderen MDL-artsen, pathologen, cytopathologisch laboranten en endoscopie-verpleegkundigen in groten getale aanwezig zijn, is daarvan een mooi voorbeeld.

In 2019 volgt een publicatie die aantoont dat deze werkwijze zijn vruchten afwerpt. We kunnen een substantiële vermindering van praktijkvariatie laten zien plus een significante verbetering van onze kwaliteit op alle ASGE-criteria¹.

Met de komst van arts-onderzoeker Hannah Schutz, aangesteld met behulp van lokale *funding*, krijgt de groep substantiële ondersteuning en worden er serieuze stappen gezet. Inmiddels zijn er andere kwaliteitsverbeterprojecten opgestart waarover u in de toekomst meer zult horen.



Conclusie

Dit jaar viert QUEST zijn eerste lustrum. De groep staat als een huis, er is groot onderling vertrouwen en respect, en steeds meer ziekenhuizen uit de regio sluiten zich aan. Dit perifere initiatief is hard nodig in een wereld gedomineerd door academische getallen.

Door op deze manier samen te werken in de regio, georganiseerd rondom academische centra, kun je efficiënt samen meten en verbeteren! Wil je zo'n initiatief in jouw regio ook starten, neem dan contact met ons op via r.quispel@rdgg.nl en/of l.m.j.w.vandriel@erasmusmc.nl.

Rutger Quispel, MDL-arts
Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

Lydi van Driel, MDL-arts
Erasmus MC, Rotterdam

¹ Quispel R, van Driel LMJW, et al. Collaboration of community hospital endosonographers improves diagnostic yield of endoscopic ultrasonography guided tissue acquisition of solid pancreatic lesions. *Endosc Int Open* 2019. Jun;7(6):E800-E807.

Auto-brouwerijsyndroom: hoeveel Willems zijn er in Nederland?

Het auto-brouwerijsyndroom of darmfermentatiesyndroom is een aandoening waarbij ethanol wordt geproduceerd door endogene fermentatie door schimmels of bacteriën in het maagdarmkanaal. Patiënten met het auto-brouwerijsyndroom hebben klachten en symptomen van alcohol-intoxicatie, terwijl ze inname van alcohol ontkennen.

In juni jongstleden werd ik benaderd door Slachtofferhulp Nederland (SOH), bureau Arnhem. Willem, veroorzaker van een ongeval met – naar later bleek – een alcoholpromillage van 2.34 in zijn bloed, ontkende alcohol tot zich genomen te hebben. Hij had álle schijn tegen, zijn rijbewijs werd ingenomen en hij raakte zijn baan kwijt. Omdat – toevalligerwijs – de bloedsuitslagen laat binnenkwamen, werd deze zaak abusievelijk doorgezet naar SOH. Verdachten van een verkeersmisdrijf zijn normaal gesproken geen doelgroep van de SOH. Willem werd bezocht door een SOH-medewerker. Na haar aanvankelijke scepsis nam zij de tijd om naar zijn verhaal te luisteren en gaandeweg, groeide bij haar de overtuiging dat Willem mogelijk de waarheid sprak. Uitgaande van haar anamnese ‘er moet iets mis zijn in zijn lichaam’ sloeg zij aan het googelen, met als resultaat het *AutoBrewery syndrome*. En Willem bleek zich hierin te herkennen.

Het auto-brouwerijsyndroom wordt vrijwel nooit herkend en is waarschijnlijk ondergediagnosticeerd. Recent had ik met Maarten Tushuizen (LUMC) gebrainstormd hoeveel van dit soort endogene alcoholslachtoffers er in Nederland zouden kunnen rondlopen. Hoe zouden we ze gaan behandelen, met fecestransplantaties? En toen werd ik benaderd via een collega. Hij had Willem gesproken en vond zijn verhaal geloofwaardig. Zou nu net die ene patiënt op ons pad komen? Dat zou wel erg toevallig zijn...

Omdat Willem een rijverbod heeft en mogelijk bij herhaling geïntoxiceerd rondloopt, willen wij de diagnostiek op bacteriën en gisten, die dit kunnen veroorzaken, graag lokaal en snel doen. Informeel overleg met ziekenhuizen in Arnhem en Nijmegen stuit echter op ongeloof en de vraag ‘hoe ik alle diagnostiek dan wel wil betalen’. Kortom, ik bel weer met Maarten Tushuizen, die immers ook gelooft in de mogelijke rol van endogene alcohol bij NASH en NAFLD. Inmiddels is Willem in Leiden geweest, is er een alcohol-producerende *Klebsiella pneumoniae* geïsoleerd en reageerde Willem op een glucosebelastingproef met een alcoholpromillage tot 1,2 promille. Op de terugweg in de trein was hij redelijk onder invloed, de MDL

van Rijnstate was zo vriendelijk nog een extra alcoholspiegel op de spoedeisende hulp af te nemen.

De volgende vraag is nu: hoe moet Willem worden behandeld? Als eerste met een koolhydraatarm dieet. Welke antibiotica gaan we geven? Gaan we over tot een fecestransplantatie volgens het NASH-protocol van het LUMC? Hij past eventueel in het *compassionate use* FMT-protocol. Daarnaast doemen er veel juridisch consequenties op. Welke bewijsvorming accepteert het Openbaar Ministerie, de rechterlijke macht? Krijgt Willem zijn rijbewijs terug? Hoeveel Willems zijn er eigenlijk in Nederland? Gaat elke man of vrouw die van de weg wordt gehaald, nu zeggen dat er geen alcohol in het spel is? De jurisprudentie moet nog worden opgebouwd.

Oproep

Willem is in Nederland onze pilot, zowel medisch als juridisch voor zover we weten, met meer dan respect en dank aan de SOH. We vragen jullie om het probleem mede op de kaart te zetten. Maarten Tushuizen is bereid meer mogelijke auto-brouwerijpatiënten diagnostisch en therapeutisch te evalueren (m.e.tushuizen@lumc.nl). Prospectief onderzoek lonkt.

Samenvattend

De productie van endogene ethanol vindt plaats in minieme hoeveelheden als onderdeel van de normale spijsvertering, maar wanneer fermenterende gist of bacteriën pathogenen worden, kunnen extreme alcoholniveaus in het bloed ontstaan. Het auto-brouwerijsyndroom komt vaker voor bij patiënten met diabetes en/of obesitas, maar ook bij de ziekte van Crohn. Het kan verder optreden bij gezonde individuen met een hoog suiker/koolhydraatrijk dieet. Mogelijk speelt het een relevante rol bij NASH. Laagdrempeliger een glucosebelastingproef doen, zou al helpen.

Chris Mulder

MDL-arts, Arnhem

Duidelijk minder vacatures: zomerstilte?

Noorden

In het Wilhelmina Ziekenhuis Assen zijn Marco Oudkerk Pool (voorheen: MC De Veluwe, aandachtsgebied IBD) en Tim Schreuder (voorheen: MC De Veluwe, aandachtsgebied hepatologie) gestart als 3^e en 4^e MDL-arts. De maatschap gaat samen met die van Nij Smellinghe Drachten een regiomaatschap vormen. De groep wordt hiermee tot 9 MDL-artsen opgeschaald en kan zo het gehele palet aan MDL-zorg bieden.

Per 1 oktober starten Tsjitske Toering (opleiding UMCG, aandachtsgebied IBD) en Vincent Dik (opleiding UMCU; aandachtsgebieden IBD, oncologie en EUS) in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL). Per 1 november start daar ook Susanne Korsse als 10^e MDL-arts (opleiding LUMC, aandachtsgebied motiliteit). Casper Noomen heeft het MCL verlaten en werkt nu bij PoliDirect.

Oosten en Midden

Roland Schröder gaat vanuit Gelre ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen) naar Vancouver, waarbij een vacature ontstaat. Hier is veel belangstelling voor. Per 1 maart is Eric Mooiweer (opleiding UMCU) in het Sint Jansdal Harderwijk begonnen als 10^e MDL-arts. Suzanne Jeurink (opleiding UMCU) gaat eind dit jaar starten als 8^e MDL-arts in het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist met aandachtsgebied neurogastro-enterologie. In de periode mei-november 2020 neemt Geert Nibourg (voorheen: *chef de clinique* Maasstad Ziekenhuis) waar in het Elkerliek (Helmond) naar aanleiding van een zwangerschapsverlof.

Westen

In Gouda neemt vanaf 1 juli Ludi Koning (opleiding Erasmus MC, aandachtsgebied hepatologie) waar, naar aanleiding van een zwangerschapsverlof. Vanuit het Erasmus MC gaat per 1 september 2020 Wim Lammers voor een jaar *Advanced Endoscopy* naar het Gold Coast University Hospital in Australië.

Zuiden

In het Elizabeth-TweeSteden ziekenhuis te Tilburg is Sjoerd Bakker (opleiding VUmc) gestart als 10^e MDL-arts met hepatologie en oncologie (*lower-GE*) als aandachtsgebied.

Vacatures

Het Admiraal de Ruyterziekenhuis heeft één vacature. Nij Smellinghe Drachten zoekt een 6^e MDL-arts. Het Máxima MC Veldhoven verwacht begin 2021 een vacature. In het Ommelander Ziekenhuis Groningen in Scheemda zijn nog altijd 2 vacatures. Bergman Clinics Bilthoven en Treant Zorggroep Drenthe hebben beide een vacature voor een MDL-arts.

Algemeen

De aantallen per 1 september 2020: er zijn 579 MDL-artsen en 27 pensionado's werkzaam in Nederland (van wie er 6 geen lid zijn van de NVMDL). In totaal zijn er 251 aios.

MOLECULAR INSIGHT INTO THE BILE ACID TRANSPORTER NTCP

Monique D. Appelman, Universiteit van Amsterdam, 7 mei 2020



Galzouten hebben naast hun emulgerende rol in de dunne darm een hormoonachtige signaalfunctie die energieverbruik, vet- en suikermetabolisme reguleert. De galzouttransporter NTCP

(natriumtaurocholaat co-transporterende polypeptide) is essentieel voor de opname van galzouten in de lever. Het remmen of ontbreken van NTCP zorgt voor een verhoogde galzoutconcentratie in het bloed. Tijdens cholestase stapelen giftige galzouten in de lever en gaat de expressie van NTCP omlaag. Wij hebben gekeken hoe dit wordt gereguleerd. Dit proefschrift beschrijft nieuwe interactiepartners van NTCP en nieuwe posttranslationele modificaties op NTCP, die invloed hebben op de galzoutopnamefunctie en/of de eiwitexpressie van NTCP tijdens cholestase.

NTCP fungeert niet alleen als transporteiwit maar ook als de receptor voor hepatitis type B- en D-virussen. In dit proefschrift heb ik onderzocht hoe moleculaire aanpassingen op NTCP effect hebben op virale infectie. Ook hebben we de interactie onderzocht tussen NTCP en de preklinische drug Myrcludex B, wat een effectief middel lijkt bij hepatitis B/D-infecties.

Inzicht in de complexe regulatie van NTCP kan bijdragen aan inzicht in de mechanismen die de lever schade beperken bij cholestase of aan de exploitatie van NTCP als therapeutisch doelwit in de virologie of in metabole ziekten.

Curriculum vitae

Monique Appelman (1990, Beemster) studeerde biomedische wetenschappen aan zowel de VU als UvA in Amsterdam. Na haar afstuderen startte zij haar promotietraject bij het Amsterdam UMC, locatie AMC, onder leiding van prof. dr. Ronald Oude Elferink en dr. Stan van de Graaf. Ze begint op 1 september aan een nieuwe uitdaging in de groep van prof. dr. Frank Kuppeveld aan de Universiteit van Utrecht.

Het proefschrift is te verkrijgen via moniqueappelman@gmail.com.

Samen lunchen, ook al is het druk

De basis van het Elkerliek Ziekenhuis ligt in 1838. Toen vestigden de Zusters van Liefde van onze Lieve Vrouw Moeder van Barmhartigheid zich in Helmond voor de zorg voor zieken en bejaarden. Anno 2020 heeft het Elkerliek ziekenhuis een hoofdlocatie en drie buitenklinieken. Op de hoofdlocatie in Helmond bouwt een jong MDL-team iedere dag op de fundamenten van dit verleden.

“In Helmond niks voor jou? Je kunt hier iets nieuws opzetten.” Deze vraag kreeg MDL-arts Jos Ramaker voorgelegd door MDL-arts prof. dr. Jan Jansen. Jansen runde in zijn eentje de MDL-afdeling van het Elkerliek en zijn pensionering naderde. Ramaker werkte in Eindhoven. “Het was natuurlijk veilig om in het Catharina Ziekenhuis te blijven, maar ik vond dit een leuke uitdaging. Zodoende startte ik in mei 2017 in het Elkerliek ziekenhuis. Jan Jansen is ongeveer nog een jaar samen met mij gebleven. In 2018 kwamen Maarten en Marije erbij. En Stephan in 2019. Toen heeft Jansen afscheid genomen”, vertelt Ramaker.

Tijd als kracht

“We kunnen gewoon heel goed met elkaar opschieten. Ik denk dat dat één van de krachten van ons team is. Ook doen we veel samen: casussen doornemen, kijken waar we elkaar kunnen helpen, maar ook: simpelweg een bakkie koffie tussendoor drinken. En ook al is het druk, we proberen om samen te lunchen. In andere ziekenhuizen is dat helemaal geen vanzelfsprekendheid, zijn het toch vaak losse eilandjes. We kennen elkaar bovendien al vanuit onze opleidingstijd, dat blijkt echt een meerwaarde. Zo weet je precies wat je aan elkaar hebt. Je weet bijvoorbeeld hoe iemand werkt bij stress”, zegt MDL-arts Stephan van Stiphout.

Verpleegkundigen

Stiphout vervolgt: “Ik vind ook dat we goed en nauw contact hebben met onze verpleegkundigen. Zij hebben enorm veel

ervaring. En echt hart voor de zaak. Ze willen zichzelf continu verbeteren, stellen vragen, proberen bij de patiënt hun aandoening en achterliggende gedachten duidelijk te krijgen waardoor ze nog meer zorg op maat kunnen leveren. Ramaker: “Dat is het stukje ‘de mens achter de kwaal’ om het zo maar te zeggen. We willen niet als een machine werken, een nummertje en hup de volgende patiënt.” Stiphout gaat verder: “De communicatielijntjes zijn kort. Zeker met onze twee physician assistants. Zij zijn ons verlengstuk en voelspriet op de afdeling.”

1-2-3-lijn

“Over samenwerken met de ons omringende ziekenhuizen en huisartsen hebben we niks te klagen. In het Catharina doen we bijvoorbeeld onze endo-echografieën. Met het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven

hebben we ook goed contact. Die jongens hebben ons geholpen in de tijd dat we nog een beetje krap zaten. En met het Maastricht UMC+ kunnen we laagdrempelig overleggen. Daarnaast verzorgt het Elkerliek onderwijsavonden voor huisartsen. De huisartsen organiseren op hun beurt zogenaamde *Grande* en *Petit conférences*. Een systeem van ontmoetingen van huisartsen en medisch specialisten. De *Grande conférence* is altijd in het buitenland (alleen nu even niet). Je leert zo de huisartsen op een informele manier kennen, dat maakt het contact sterker”, vertelt Ramaker.

Verder professionaliseren

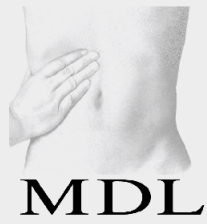
Stephan van Stiphout: “Binnenkort starten we met MijnIBDcoach. We hebben veel IBD-patiënten. Met e-health proberen we richting de toekomst te kijken hoe we dit het beste kunnen stroomlijnen. Ook willen we weer een hepatitiscentrum worden en de hepatologische zorg optimaliseren met een fibroscan.” Ramaker vult aan: “Daarnaast kijken we of er mogelijkheid is tot uitbreiding naar zes MDL-artsen. Daarmee zouden we alle pilaren van de MDL hier goed kunnen vertegenwoordigen. En dan ben ik een blij mens.”



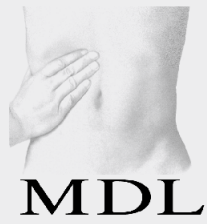
Team MDL Elkerliek (v.l.n.r.): Marije Hazen, Maarten van Dijk, Stephan van Stiphout en Jos Ramaker¹

Niet op de foto: Elske Kortekaas en Mayke Lassche², Nancy Slegers³, Anita de Jong en Linda van Gestel⁴.

¹MDL-arts, ²physician assistant MDL, ³verpleegkundig specialist IBD, ⁴verpleegkundig endoscopist



ADVERTENTIE



ADVERTENTIE

Referenties MAGMA 3-2020

KWALITEIT Nieuwe test meet effect nachtdiensten op eigen prestaties – p. 106-107

1. Van Dongen, H.P., et al., The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep* 2003. **26**(2): p. 117-26.
2. Bailit, J.L. and M.H. Blanchard, The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. *Obstet Gynecol* 2004. **103**(4): p. 613-6.
3. Landrigan, C.P., et al., Effect on Patient Safety of a Resident Physician Schedule without 24-Hour Shifts. *N Engl J Med* 2020. **382**(26): p. 2514-2523.
4. Inspectie van de Gezondheidszorg, [RIVM], and [TNO], *Risico's ziekenhuiszorg in avond, nacht en weekend moeten beter afgedekt*. 2011.
5. de Boer, J.D., et al., Surgical quality in organ procurement during day and night: an analysis of quality forms. *BMJ Open* 2018. **8**(11): p. e022182.
6. Gates, M., et al., Impact of fatigue and insufficient sleep on physician and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Open* 2018. **8**(9): p. e021967.
7. Huizinga, C.R.H., et al., A review of current approaches for evaluating impaired performance in around-the-clock medical professionals. *Sleep Med Rev* 2019. **46**: p. 97-107.
8. Huizinga, C.R.H., et al., Evaluating Fitness to Perform in Surgical Residents after Night Shifts and Alcohol Intoxication: The development of a "Fit-to-Perform" test. *J Surg Educ* 2018. **75**(4): p. 968-977.
9. Tummers, F., et al., Objective Assessment of Fitness to Perform (FTOP) After Surgical Night Shifts in the Netherlands: An Observational Study Using the Validated FTOP Self-test in Daily Surgical Practice. *Ann Surg* 2019. **270**(5): p. 930-936.
10. West, C.P., A.D. Tan, and T.D. Shanafelt, Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents. *Mayo Clin Proc* 2012. **87**(12): p. 1138-44.
11. St Hilaire, M.A., et al., Brief (<4 hour) sleep episodes are insufficient for restoring performance in first-year resident physicians working overnight extended-duration work shifts. *Sleep* 2019.