

STAND VAN ZAKEN 114 / OPINIE 116 / INTERVIEW: OPLEIDING MDL-
VERPLEEGKUNDIGE 118 / REACTIE 121 / DARM 121-123 / COLUMN 123
E-HEALTH 124 / LEVER 127-129 / DUURZAAMHEID 130 / THEMA:
WERKPLEZIER 133-149 / ARBEIDSMARKT 151 / MDL EN DIER 152
MDL-TRANSFERS 155 / MAAG 157 / CASUÏSTIEK 159-161
AFSCHEID 161 / PROEFSCHRIFTEN 162-163 / DE AFDELING 165

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 29 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2023



WERKPLEZIER
Blijven werken met plezier



RdK

STAND VAN ZAKEN

Generatie Z: ook de Z van Zorg?

Bij *Generatie Z*, denken we vaak aan: kortetermijndenken, weinig sociale interactie buiten sociale media, concentratieproblemen door afhankelijkheid van de smartphone, leven in een irreële wereld met een perfecte digitale persoonlijkheid op sociale media, behoefte aan bevestiging en validatie door middel van likes, ongeduld en een gebrek aan ambitie. Kortom, Generatie Z en zorg gaan lastig samen.

Niets is echter minder waar! De laatste Randstad Workmonitor 2023 laat zien dat tussen de verscheidene generaties helemaal geen grote verschillen bestaan. De meeste mensen -jong en oud- zijn ambitieus, zoeken veiligheid en respect en willen een gezonde balans tussen werk en privé. Oudere generaties durven dit echter nooit aan te kaarten; zij zochten een baan in een tijd dat er keuze tussen hen en tien anderen was. De jongere generatie weet dat er op vele terreinen tekorten zijn en eist gewoon wat ouderen eigenlijk ook zouden willen. Krijgen zij niet waar zij behoefte aan hebben, dan wordt een andere werkplek gezocht of zelfs naar heel ander werk.

Het werk van de medisch specialist leent zich volgens velen niet goed voor parttime werken; een 0,8 aanstelling is te doen, met z'n tweeën één fte invullen wordt al een stuk lastiger. De diensten worden als het meest belastend ervaren, maar patiënten melden zich nu eenmaal niet alleen tijdens kantooruren. In sommige branches speelt de zogenaamde *vijf uur revolutie* zich af, maar dokters zullen altijd 24 uur per dag en zeven dagen per week paraat moeten staan.

Een andere beroepsgroep welke te maken heeft met meer hectische pieken dan kalme dalen, is de IT-sector; dat varieert van grote overheidsinstellingen zoals de Belastingdienst tot de grote IT-bedrijven die we allemaal kennen. Daar worden nu regelmatig flexibele contracten aangeboden, bijvoorbeeld een vierdaagse werkweek met de reguliere vakantiedagen en daar boven op elk jaar een extra maand vrij. Vertaald naar de medisch specialist zou je kunnen denken aan een 0,9 aanstelling zoals aios die veelal hebben: een halve dag per week 'vrij' en een halve dag per week 'compensatie voor de diensten'. De extra maand 'vrij', bovenop de gebruikelijke 25 vakantiedagen, kan dan aansluitend ergens in het jaar worden opgenomen. De facto betekent dat een 0,8 fte aanstelling.

Ook daarmee blijft het vak van de medisch specialist, al dan niet in opleiding, een prachtige, ambitieuze baan. De medisch specialist zal altijd hard blijven werken. Maar met zo nu en dan een weekje vrij om even tot rust te komen. En éénmaal per jaar een maand om je te richten op andere dingen en even helemaal 'jezelf te zijn'.

Reageren?

Reacties op deze Stand van zaken van harte welkom via de redactie of onze LinkedIn-pagina: www.linkedin.com/company/magma-tijdschrift-nvmdl.

Rob de Knegt

► **REFERENTIES bij artikelen vind je in de DIGITALE editie.**

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities en download de pdf.

De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 169.

COLOFON

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

Oplage

2700 exemplaren

Redactie

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

Interviews

Monique Koudijs
Celine Spithoven

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

Dr. R.J. de Knegt,
hoofdreducteur 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

Committee
GastrOlympics 2023

REDACTIE MAGMA

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

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

AI, ai, ai

“In het medisch specialisme MDL-ziekten (Maag-, Darm-, Leverziekten) speelt kunstmatige intelligentie (AI) een groeiende rol bij diagnostiek, behandeling en beheer van patiënten. AI wordt ingezet om grote hoeveelheden medische gegevens, zoals beeldvorming, laboratoriumresultaten en patiëntendossiers, snel te analyseren en te interpreteren. Dit helpt bij het vroegtijdig opsporen van aandoeningen, het stellen van nauwkeurige diagnoses en het voorspellen van ziekteverloop.

In de MDL-praktijk kan AI helpen bij het identificeren van afwijkingen op medische beelden, zoals poliepen of tumoren op endoscopische opnamen. Het kan ook helpen bij het personaliseren van behandelplannen door rekening te houden met individuele patiëntgegevens en behoeften. AI-gestuurde systemen kunnen trends en patronen herkennen in grote datasets, wat bijdraagt aan het beter begrijpen van ziektepatronen en epidemiologische trends binnen de MDL-geneeskunde.

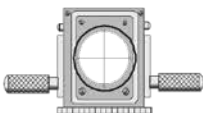
Daarnaast kunnen AI-toepassingen helpen bij het verbeteren van de patiëntenzorg door het automatiseren van administratieve taken en het optimaliseren van ziekenhuisbeheer. Dit vermindert de werklast van zorgverleners, zodat ze zich meer kunnen concentreren op directe patiëntenzorg en complexe besluitvorming. Kortom, AI heeft het potentieel om de MDL-geneeskunde te versterken door het versnellen van diagnostiek, het verbeteren van behandelingen en het efficiënter maken van klinische processen.”

Aldus ChatGPT zonder enige tekstuele aanpassing van mij, toen ik vroeg de rol van AI in het medisch specialisme MDL-ziekten in 200 woorden te beschrijven. Tot mijn grote verrassing best een aardig tekstje, politiek correct, maar op endoscopische beelden na wel erg generiek. Als ik MDL vervang door KNO komt er een vrijwel identieke tekst uit. Wellicht is dat ook wel terecht. Verder is ChatGPT erg positief over zijn/haar eigen rol. Tellen is blijkbaar wel moeilijk, want ik kreeg 187 woorden in plaats van de gevraagde 200.

Met technologische innovaties loopt het vaak anders dan aanvankelijk gedacht. Denk aan alle innovaties om coloscopie beter te maken. Ik ben heel benieuwd hoe AI en ChatGPT-achtige toepassingen onze manier van werken kunnen verbeteren en vergemakkelijken. Het schrijven van een column wordt appeltje-eitje, maar verrassender wordt het er niet van.

Was getekend,

Frank Vleggaar -voorzitter- in samenwerking met ChatGPT



Werkplezier

Werk hoeft in principe niet leuk te zijn, dat is min of meer zelfs bewezen. Werkplezier hangt van vele factoren af, waarvan de inhoud van het werk er slechts één is.

Allereerst moet het werk inhoudelijk zinvol zijn: dat is in een ziekenhuis en binnen de MDL vanzelfsprekend altijd het geval. Daarnaast moet je een gevoel van autonomie hebben; het grotendeels zelf kunnen indelen van je werkzaamheden of van je dag is ook een belangrijk onderdeel van werkplezier. Daarna komen aspecten zoals: de hoeveelheid werk is te behappen, het niveau van de werkzaamheden past bij je en de aard van de werkzaamheden spreken je het meeste aan. Minstens zo belangrijk zijn de collega's om je heen: help je elkaar en steun je elkaar? Voel je je gewaardeerd op de werkvloer? Om elkaar te kunnen waarderen moet je elkaar een beetje kennen en daarvoor kun je het beste gezamenlijke activiteiten ontplooiën. Die activiteiten kunnen werkgerelateerd zijn, zoals het houden van brainstormsessies om de koers van de afdeling of maatschap te bepalen. Maar ze kunnen ook geheel buiten het werk plaatsvinden: een etentje met z'n allen, variërend van een Kerstdiner tot een zomerbarbecue. Omdat juist niet-werkgerelateerde dingen zo bepalend zijn voor plezier op en in het werk, hebben we het thema van het zomernummer van MAGMA hieraan gewijd. De thema-artikelen zijn zeer gevarieerd geworden, van 'behoud van werkplezier door coaching' tot de 'GastrOlympics'. Misschien heel veel open deuren, maar zo belangrijk dat het goed is als we er allemaal weer even bij stil staan.

Ger Koek, Fanny Vuik en Rob de Knecht

Zeggenschap en opleiding voor behoud van 'onze' verpleegkundigen

Hooggekwalificeerde en goed opgeleide verpleegkundigen spelen een essentiële rol bij het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg aan patiënten. Maar welke kwaliteitseisen of normen stellen we (lees: MDL-artsen en -verpleegkundigen) aan de verpleegkundige zorg die wordt geleverd binnen MDL-klinieken in Nederlandse ziekenhuizen?

Momenteel is de meerderheid van de verpleegkundigen die werkzaam zijn op een MDL-afdeling niet opgeleid als specialistisch MDL-verpleegkundige. Daarnaast is er een groot verloop van verpleegkundigen naar andere specialisaties buiten ons prachtige vakgebied. Omdat we de komende jaren meer zorg met minder middelen moeten leveren, is het mijns inziens tijd om de handen ineen te slaan en in actie te komen.

Zeggenschap

Op 1 juli is de wet 'Zeggenschap in de zorg' ingegaan. Deze wet betekent dat zorgverleners een gegarandeerde stem krijgen binnen een zorgorganisatie, op de werkvloer en op bestuurlijk niveau. Sinds 1 juli 2023 hebben zorgverleners een plek aan tafel bij hun werkgever en kunnen zij meepraten over besluiten die hun werk aangaan.¹

Naar aanleiding van deze nieuwe wet heeft de V&VN het actieplan 'Zeggenschap' opgesteld. Dit plan beschrijft vijf kernelementen: professionaliseren en positioneren van het beroep, zeggenschap inrichten, in gesprek (durven) gaan, eigenaarschap bevorderen en sturen op kwaliteit van zorg en leven.²

Zeggenschap is geen doel op zich, maar een middel om toekomstbestendige zorg, betere zorg en tevredener zorgprofessionals te

bereiken. Zorgprofessionals die verantwoordelijkheid krijgen en nemen voor de verbetering van de beroepsuitoefening, beroepsontwikkeling, werkomgeving en organisatie. Onderzoek laat zien dat het ervaren van meer professionele zeggenschap de kwaliteit van zorg én de tevredenheid over het werk verbetert.^{3 4} Door vergroting van zeggenschap komen zorgprofessionals meer *in the lead* over hun beroepsuitoefening, beroepsontwikkeling en werkomgeving. Daardoor voelen zij zich gehoord en gewaardeerd, wat leidt tot belangrijke resultaten. Dit draagt weer bij aan zaken zoals een positieve werkomgeving met minder verzuim en een lager verloop. Onvoldoende betrokkenheid van zorgprofessionals, leidt tot een gevoel van onderwaardering en een verminderd gevoel van invloed op de eigen werkomstandigheden. Eerder onderzoek laat zien dat er een sterk verband is tussen een als positief ervaren werkomgeving en het behoud van verpleegkundigen.^{5 6 7 8} Een positieve werkomgeving draagt bij aan een hogere tevredenheid en motivatie bij zorgprofessionals, wat leidt tot een lager verloop en minder ziekteverzuim.^{9 10}

Momenteel ervaren zorgprofessionals echter het tegenovergestelde: door personeelsschaarste en verminderde veerkracht ontstaat ontevredenheid over arbeidsvoorwaarden, het gevoel onvoldoende tijd te hebben voor professionalisering en onvoldoende carrière- en ontwikkelingsmogelijkheden.

Opleiding

Binnen de MDL bestaat al jaren een prettige samenwerking tussen de V&VN MDL en de NVMDL en de NVGE. Denk hierbij aan de werkgroep taakherschikking en de participatie bij het ontwikkelen van richtlijnen. De verpleegkundigen die deelnemen aan deze

werkgroepen en/of ontwikkeling van richtlijnen zijn veelal verpleegkundig specialist of MDL-verpleegkundige. Om een zinvolle bijdrage te kunnen leveren is het namelijk essentieel om over voldoende kennis en expertise te beschikken.

Voor verpleegkundigen werkzaam binnen de MDL-kliniek is scholing in het vakgebied MDL essentieel om het vertrouwen en de middelen te krijgen om een volwaardige gesprekspartner te kunnen zijn. Het begrijpen van de complexiteit van de MDL-aandoeningen vereist gespecialiseerde kennis en vaardigheden, niet alleen van artsen, maar ook van verpleegkundigen. Een gespecialiseerde scholing in MDL-ziekten stelt verpleegkundigen in staat om hun kennis en begrip van de anatomie, fysiologie en pathologie van het maag-darm-leverstelsel te verdiepen. Door deze geavanceerde kennis kunnen verpleegkundigen een actievere rol spelen in het multidisciplinaire behandelteam en beter samenwerken met artsen en andere zorgprofessionals.

Gespecialiseerde scholing stelt verpleegkundigen in staat hun kennis te vergroten op het gebied van diagnostische procedures, behandelingsmogelijkheden en het monitoren van de voortgang van patiënten. Door hen de mogelijkheid te bieden om zich te specialiseren in MDL-ziekten, kunnen verpleegkundigen een grotere rol spelen in het geven van gerichte zorg aan patiënten met deze aandoeningen. Ze kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan het verbeteren van de algehele kwaliteit van zorg, het verminderen van complicaties en het vergroten van de patiënttevredenheid.

Bovendien biedt het aanbieden van scholing in MDL, verpleegkundigen de kans om zich te ontwikkelen en een volgende stap te zetten in hun carrière. Door zich te spe-



Mirjam van der Ende, voorzitter V&VN MDL: "Voor verpleegkundigen werkzaam binnen de MDL-kliniek is scholing in het vakgebied MDL essentieel om het vertrouwen en de middelen te krijgen om een volwaardige gesprekspartner te kunnen zijn."

cialiseren, kunnen verpleegkundigen meer verantwoordelijkheden op zich nemen. Dit kan hen motiveren om in het vakgebied te blijven. Het vergroten van de loopbaanperspectieven van verpleegkundigen draagt bij aan het aantrekken en behouden van hooggekwalificeerde professionals, wat uiteindelijk de patiëntenzorg ten goede komt. Daarnaast kan het aanbieden van scholing in MDL-ziekten de betrokkenheid van verpleegkundigen vergroten. Verpleegkundigen die zich gewaardeerd voelen en de mogelijkheid krijgen om zich te specialiseren, zullen waarschijnlijk meer tevreden zijn met hun werk en een hogere kwaliteit van zorg leveren.

Met dit opiniestuk wil ik MDL-artsen, de NVMDL, management en patiëntenver-

enigingen graag uitdagen om samen met de V&VN MDL de handen ineen te slaan en te werken aan het formuleren van een normeringrapport voor de verpleegkundige zorg binnen de MDL. Professionaliseren en positioneren van het beroep van MDL-verpleegkundige zal daarin centraal staan. Wat kunnen we leren van de oncologie waar al jaren wordt gewerkt volgens de 'SONCOS normering'. Deze normering beschrijft (rand)voorwaarden waar goede oncologische zorg aan zou moeten voldoen. Normen zijn natuurlijk geen doel op zich, maar gebaseerd op het streven om de zorg voor patiënten voortdurend te verbeteren. Hoe mooi zou het zijn als net als binnen de oncologie minimaal de helft van het verpleegkundig personeel binnen de kliniek een gespecialiseerd MDL-verpleegkundige zou zijn.

Na het lezen van dit opiniestuk hoop ik dat u (MDL-arts) morgen naar uw collega MDL-artsen, verpleegkundigen en de afdelingsmanager stapt om de vraag te stellen: wat doen wij om een hoogwaardige verpleegkundige zorg te waarborgen, op welke manier bieden we zeggenschap en bieden we onze verpleegkundigen de mogelijkheid tot het volgen van de MDL-opleiding? Ik hoor graag uw bevindingen via voorzitter.mdl@venvn.nl.

Mirjam van der Ende, voorzitter V&VN MDL

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 2-2023 (p. 169 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Hoe behoud je verpleegkundigen op de MDL-afdeling?

De omvang en complexiteit van MDL-aandoeningen groeit. Daartegenover staat een tekort aan zorgpersoneel. Zaak is dus om de verpleegkundigen die op de MDL-afdelingen werken, te behouden. Hoe doe je dat? Volgens de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) is 'zeggenschap' het toverwoord, en professionalisering een middel om die te vergroten. Voor de afdelingen MDL komt dan de vervolgopleiding Maag Darm Lever (MDL) verpleegkundige in beeld. "Je ziet ze echt hongerig worden naar kennis."

Volgens V&VN is op dit moment de meerderheid van de verpleegkundigen die werkzaam zijn op de MDL-afdelingen niet opgeleid tot specialistisch MDL-verpleegkundige. Terwijl dat volgens de beroepsvereniging niet alleen een mooi bindmiddel kan zijn om zorgpersoneel op de afdelingen te behouden, maar voldoende vakinhoudelijke kennis en expertise is ook nuttig om aan de toegenomen zorgvraag te voldoen én de kwaliteit van (patiënten)zorg op peil te houden. De ambitie? Minimaal 50 procent gediplomeerde specialistisch opgeleide verpleegkundigen op de MDL-afdelingen (zie de SONCOS-normen bij oncologie).¹ MDL-artsen zouden in de toename van deze professionaliseringsslag een stimulerende rol kunnen spelen.

Prominente rol

V&VN en opleidingsinstituut HAN *University of Applied Sciences* hebben in deze ambitie de handen ineengeslagen om de bekendheid van de opleiding tot MDL-verpleegkundige te vergroten. Dat bleek nodig. Bij nader onderzoek door de HAN bleek recent nog dat er ziekenhuizen (en MDL-artsen) zijn bij wie de opleiding onvoldoende bekend is, terwijl er steeds meer vraag is naar verpleegkundigen met specifieke MDL-kennis. Mirjam Voerman, opleidingscoördinator

van de opleiding en tevens leercoach van de jaarlijkse studiegroep wijst bijvoorbeeld op de groei van IBD-poli's in het land: "De MDL-verpleegkundigen krijgen in deze poli's een prominente rol. Dat is een mooie ontwikkeling voor de profilering en professionalisering van deze groep verpleegkundigen."

Klinisch redeneren

De opleiding tot MDL-verpleegkundige biedt jaarlijks plek aan 22 cursisten. Tijdens 20 lesdagen (120 contacturen) krijgen zij door deskundige gastdocenten onder meer vakinhoudelijke kennis aangereikt (denk aan MDL-ziektebeelden, symptomen en behandelingen, laatste inzichten, farmacologie, diëetiek). Ook leren ze klinisch redeneren – hoe beredeneer je welke zorg de patiënt op een bepaald moment nodig heeft, wat heeft deze patiënt morgen nodig en hoe werk je toe naar ontslag – en motiverende gesprekstechnieken over bijvoorbeeld leefstijl- en gedragsverandering.

Zorgnetwerken

Binnen een tweede cluster – in vakjargon heet zo'n cluster 'Eenheden van Leeruitkomsten' (EVL's) – leren de cursisten meer over het maatschappelijke veld waarin zij opereren. Marloes van Sloten, medecoördinator van de opleiding en tevens leercoach van de

jaarlijkse studiegroep: "We brengen binnen dit cluster onder meer (in)formele zorgnetwerken op micro-, meso- en macroniveau in kaart en maken cursisten bewust van maatschappelijke ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Wat speelt er landelijk, hoe zien ze dat terug op hun poli of afdeling en wat doen ze ermee?"

Leiderschap

Het derde cluster binnen de opleiding tot MDL-verpleegkundige heet professionaliteit. Voerman: "Binnen deze leereenheid leren de cursisten onder meer werken aan hun persoonlijke en professionele leiderschapscompetenties, zoals positie innemen. Laat jezelf zien, bijvoorbeeld aan de MDL-arts of binnen de organisatie als geheel dat je medisch-inhoudelijke kennis hebt en dat



Marloes van Sloten

ze taken aan jou kunnen overlaten. Daarnaast werken de cursisten aan een kwaliteitsverbetering, waarbij ze aan de slag gaan met een vraagstuk uit de praktijk.”

Hongerig naar kennis

Casussen uit de praktijk staan tijdens de opleiding centraal, zodat de aangereikte kennis ook direct toepasbaar is. “De verpleegkundigen leren daarbij ook veel van elkaar”, vertelt Voerman. “Ze komen er bijvoorbeeld achter dat hoe in Zeeland een endoscopie wordt voorbereid niet altijd hetzelfde is als in een ziekenhuis in Limburg of Friesland. Tijdens de opleiding wordt geleerd om kritisch te denken: wie heeft er nou gelijk? In onder meer PubMed wordt onderzocht wat de laatste inzichten zijn.” Van Sloten vult aan: “Als je al jaren op dezelfde manier werkt, denk je snel dat dát de juiste manier is. Als ze horen dat het elders anders gaat, zie je ze echt hongerig worden naar kennis. Ze stellen elkaar vragen en kunnen bij elkaar op werkbezoek gaan. Zo stimuleren en inspireren ze elkaar.”

Zelfvertrouwen

De nadruk op persoonlijk en professioneel leiderschap binnen de opleiding heeft ver-

pleegkundige Linda Koemeester, naast de medisch-inhoudelijk vakken en de informatie over kwaliteitszorg en zorgnetwerken, veel gebracht, vertelt ze. “Je wordt gestimuleerd om in het hele studiejaar de rol van student weer aan te nemen. Ik merk dat ik tijdens mijn werk nu veel sneller dingen ga nazoeken en uitzoeken, protocollen erbij pak en daarvoor ook de tijd neem. Je moet die momenten overigens wel pakken, want in het ziekenhuis is het altijd druk. Ik voelde mij daar tijdens de opleidingsperiode soms wel schuldig over.”

Koemeester heeft bijna de opleiding tot MDL-verpleegkundige afgerond. Vanuit haar baan op de poli MDL in Gelre ziekenhuizen, waarin ze met name IBD-patiënten begeleidt, werd dat ook verwacht. “Tijdens mijn sollicitatie werd gevraagd of ik bereid was deze opleiding te volgen.” Ze werkt als (bijna) MDL-verpleegkundige nu zelfstandiger. “Ik kan door mijn vakinhoudelijke kennis meer voor de patiënt betekenen, maar ook meer die autonoom verplegende rol pakken. Door de opleiding heb ik meer zelfvertrouwen om dat te doen. Dat geeft veel voldoening. Ik merk bovendien dat ik assertiever ben geworden binnen het team en dat ik ook veel meer de samenwerking zoek binnen het ziekenhuis.”

Toelatingseisen

Opleiding MDL of HBO Verpleegkunde + minimaal 1 jaar werkervaring als verpleegkundige binnen de MDL of IBD.

Studiebelasting

402 uur. Cursisten moeten onder meer een portfolio van hun vorderingen bijhouden, een kwaliteitsverbeterproject uitvoeren en de lessen voorbereiden. Stages zijn niet verplicht, maar worden wel aangeraden.

Certificatie

Certificaat MDL-verpleegkundige van de HAN + een NLQF6-accreditatie + 120 punten voor het kwaliteitsregister V&V.

Competent

Leercoaches Voerman en Van Sloten herkennen het verhaal van Koemeester. “Tijdens de recente presentaties van de opdracht kwaliteit en innovatie van de studiegroep, riepen de cursisten trots uit ‘Moet je eens zien waar we nu staan!’ Ze zijn zich bewust van hun groei op het gebied van leiderschap. Ze voelen zich zekerder in hun werk, omdat ze meer kennis en vaardigheden hebben. Hun communicatieve vaardigheden hebben ze weer even opgefrist, aangescherpt en aangevuld. Ze weten meer hoe ze projectmatig kunnen werken aan kwaliteit en innovatie en hoe ze daarin kartrekker kunnen zijn. De een durft dat natuurlijk wat meer dan de ander en binnen het team én het ziekenhuis moet natuurlijk wel de ruimte geboden worden om aan de slag te gaan met kwaliteit van zorg en innovatie toe te passen en door te ontwikkelen op een afdeling. Maar áls ze de ruimte krijgen en iedereen ook meekrijgen, en je ontmoet ze later als werkbegeleider van nieuwe cursisten binnen de HAN of op een congres, dan zie je: ze zijn competent en dat stralen ze ook uit.”



Mirjam Voerman



Linda Koemeester

Advertentie

“Onze ASOs genieten een bijzonder statuut, met wel degelijk een aantal sociale rechten en beschermingspunten”

Als verantwoordelijken van de MDL-opleiding in Leuven hebben we enkele opmerkingen bij jullie interessante artikel “MDL-opleiding in Denemarken en België: voorbeelden om na te volgen?” in MAGMA 2-2023 (pag. 90-91).

In België is er voor specialisten in opleiding (ASOs) een opleidingsovereenkomst (geen arbeidscontract) met basisloon en bijkomende vergoeding voor wachtdiensten alsook vakantiedagen en een aantal sociale rechten (moederschapsbescherming, geboorteverlof, palliatief verlof, adoptieverlof etc.). De overeenkomst wordt gesloten tussen de ASO, de stagemeester en het ziekenhuis; echter wie de betaling uitvoert moet tussen stagemeester en ziekenhuis afgesproken worden. Alle drie de partijen hebben een verantwoordelijkheid.

In tegenstelling tot wat jullie beweren in het artikel, is er is wel degelijk recht op ziekte- en invaliditeitsverzekering, kinderbijslag, beroepsziekten, arbeidsongevallen, maar inderdaad geen recht op pensioen en werkloosheid. Het niet opbouwen van pensioenrechten houdt voor een belangrijk deel verband met het gegeven dat specialisten later overwegend in een zelfstandig statuut werken en dus een ander type pensioenopbouw uitbouwen.

De wet op arbeidsduur bepaalt de begrenzing van de werkuren: gemiddeld 48 uur (over een referentieperiode van 13 weken) met maximum 60 uur per week. Een *opting out clause* verlengt deze limieten tot gemiddeld 60 uur (over een referentieperiode van 13 weken) met maximum 72 uur per week. Deze *opting out clause* is vrijwillig (en betaald), maar wordt door de overgrote meerderheid van de ASOs

toch aanvaard. Er dient steeds een rustperiode van 12 uur voorzien te worden wanneer een ASO minstens 12 uur aaneensluitend gewerkt heeft en een ASO mag maximum 24 uur aaneensluitend werken.

In de arbeidstijd is ook de academische opleiding vervat, met zowel casusbesprekingen, colleges als vaardigheidstrainingen. De driejarige MDL-opleiding bestaat uit een professioneel deel ('werkplekleren') en een academische deel (masterdiploma, met afsluitende masterproef), die door een landelijke erkenningscommissie worden beoordeeld.

Onze ASOs genieten dus een bijzonder statuut, met wel degelijk een aantal sociale rechten en beschermingspunten. Zestig uur werken per week met zelfs een mogelijke uitloop naar 72 uur indien de situatie daarom vraagt, is natuurlijk anno 2023 veel, maar wordt door de overgrote meerderheid van de ASOs aanvaard. Er ligt nog werk op de plank qua statuutsverbetering, zeker in internationale (Europese) context bekeken. We kijken vooral naar de overheid voor structurele aanpassingen van het financieringsmodel van de zorg en opleiding; ondertussen moeten we - net als in Nederland - in moeilijke omstandigheden kwaliteitsvolle zorg leveren, en ondertussen nieuwe collega's blijven opleiden.

Met vriendelijke groeten,

Prof. Dr. Chris Verslype, stagemeester MDL UZ Leuven

Prof. Dr. Jan Tack, diensthoofd MDL UZ Leuven

DARM

Cardiale decompensatie na gebruik Pleinvue® en andere macrogol/elektrolyten preparaten voor colonlavage bij patiënten met hartfalen

Ondanks de isotone samenstelling van macrogol/elektrolyten preparaten bestaat het risico op cardiale decompensatie bij patiënten met hartfalen. Bijwerkingencentrum Lareb heeft recent een melding ontvangen van cardiale decompensatie die binnen één dag na behandeling met macro-

gol/elektrolyten (Pleinvue®) voor colonlavage ontstond bij een patiënt die al bekend was met hartfalen. De patiënt is behandeld met furosemide waarna herstel optrad. Bijwerkingencentrum Lareb heeft eerder enkele vergelijkbare meldingen ontvangen bij andere macrogol/elektrolyten prepara-

ten, waaronder Kleanprep®. Daarbij is Kleanprep® gestaakt en is de medicatie voor hartfalen uitgebreid met digoxine en spironolacton waarna herstel optrad.

Verergering van hartfalen kan het gevolg zijn van het vasthouden van vocht door



Advertentie

opname van natrium uit de macrogol/elektrolyten oplossing. In theorie is een verstoring in de water- en elektrolytenbalans niet te verwachten vanwege de isotone samenstelling van deze laxerende producten in combinatie met de grote hoeveelheid vochtinname waardoor er nauwelijks uitwisseling van elektrolyten tussen darmwand en het bloed zou zijn [1]. Toch worden ook in de literatuur enkele casus beschreven van (decompensatie van) hartfalen bij preparaten met macrogol/elektrolyten ter voorbereiding op darmonderzoek [1, 2].

In de officiële productinformatie van Pleinvue® wordt hartfalen niet als

contra-indicatie of als bijwerking genoemd [3]. De productinformatie van Pleinvue® en de andere macrogol/elektrolyten preparaten voor colonlavage beschrijven wel voorzichtig te zijn met het gebruik van dit middel bij patiënten met hartfalen [4-6]. Het risico op decompensatie bij patiënten met hartfalen NYHA klasse III of IV is naar aanleiding van de melding bij Lareb in het farmacotherapeutisch Kompas opgenomen voor macrogol/elektrolyten preparaten in de waarschuwingen en voorzorgen sectie onder het kopje 'bij colonlavage'. Het is belangrijk er bewust van te zijn dat alle macrogol/elektrolyten preparaten ter voorbereiding op een colonoscopie poten-

tiel overvulling en hartfalen kunnen uitlokken. Alertheid op symptomen van veranderingen in de vocht en elektrolytenbalans tijdens of na behandeling is belangrijk zodat deze patiënten tijdig behandeld kunnen worden.

Jette van Lint,
apotheker Lareb

Linda Davidson,
internist-infectioloog Lareb

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 2-2023 (p. 169 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



There are three kinds of lies: lies, damned lies, and statistics (ofwel: Je hebt Kleine leugenaars, Grote leugenaars en Statistici)
Benjamin Disraeli, Engels politicus (1804-1881)

Onwaarschijnlijk bewijs

In de vakantieperiode lees ik in plaats van een richtlijn nog wel eens een boek. Atavistisch inderdaad, zoals de starheid van mijn opvattingen ook een prelude op de rigor mortis is. Zo las ik Het proces en Het slot van Kafka. En Rationality van Pinker. Waarin het ging over onduidelijke tenlastelegging, waarbij tegenspreken onweerlegbaar bewijs van schuld is¹, over ongedefinieerde taakstelling te midden van een vijandig landsvolk² en over fatsoenlijk rationeel denken³. Voor alledaags gebruik in de medische praktijk allemaal opmerkelijk toepasbaar, want, zo interpreteer ik het, waarschuwingen tegen modieus, zij het tegelijkertijd argeloos richtlijnfetisjisme. Hoe dom is schamperen op richtlijnen. Doodsbenauwd als we zijn voor zinloze feiten of daden, zijn deze richtlijnen gepast en zinnig, want evidence-based. Door geleerde mensen in consensus geformuleerd. Uitgaande van de onnozele stelling dat de juiste wetenschappelijke weg een democratische is.

Als ouderwetse bèta meen ik dat medisch bewijs evident rammelt. Je kunt bewijzen dat voor rechthoekige driehoeken $a^2+b^2=c^2$ geldt. Zo is ook zwaartekracht onweerlegbaar. Al toets je een miljard keer deze stelling of laat je proefondervindelijk een steen vallen, de uitkomst is altijd hetzelfde.

Dat is andere koek dan in 'onze' klinische studies waarbij a in 40 procent werkt en b in 20 procent, waarbij je voor 90 procent mag aannemen dat dat dan reëel verschillend is. Dat lijkt niet eens op bewijs, zouden Pythagoras en Newton zeggen.

Op zoek naar evident bewijs wordt niets anders dan onbewezen onwaarschijnlijkheid gevonden. QED. Kortom, niet ijl in evidentie zweven, maar voeten op de vloer, de zwaartekracht werkt altijd.

¹ Het proces, ² Het slot, ³ Rationality

MijnLEVERcoach ondersteunt patiënt en zorgverlener

In het afgelopen decennium, en specifiek in de afgelopen twee jaar, zijn in de Nederlandse ziekenhuizen veel e-health initiatieven ontwikkeld en geïmplementeerd. Zo ook binnen het MDL-vakgebied. De financiering is per 2023 structureel ingebed door aanpassingen van de Nederlandse Zorgautoriteit. De zorgprestatie 'telemonitoring' is namelijk overgezet in 'overig zorgproduct' (add-on overig) met een maximumtarief [1]. Ons initiatief sluit hier naadloos op aan: mijnLEVERcoach, een platform voor coaching en telemonitoring bij levercirrose.

E-health bij levercirrose

Veel spelers in de zorg zijn inmiddels bekend met de multipale voordelen van e-health in de vorm van digitale coaching van de patiënt. Het heeft een positief effect op ziekte uitkomsten, kwaliteit van leven, leefstijl en een anticiperende benadering door zelfmanagement en snellere communicatie met de zorgverlener [2, 3]. De groeiende noodzaak voor meer proactieve zorg werd vorig jaar uitgebreid benadrukt in een verklaring van de European Association for the Study of the Liver (EASL) [4]. Toch was het nog wachten op een dergelijk e-health initiatief voor de levercirrosepopulatie. Het hoge aantal heropnames van rond de 50 procent binnen drie maanden en stijgende zorg- en maatschappijkosten in de leverzorg zijn in onze ogen reden genoeg om met enige inspanning maximale ziekteverbetering te behalen voor mensen met eindstadium levercirrose [4, 5]. E-health is met name in kleine monocenter studies bij eindstadium levercirrosepatiënten haalbaar en van waarde gebleken [6-9]. Daarnaast lijkt alleen al het vroegtijdig opsporen van



MLDS-subsidie uitreiking. V.l.n.r.: Britt van Ruijven, Tom Gevers, Govert Veldhuijzen.

ascites met telemonitoring kosteneffectief [10]. Echter, voor preventie van escalatie van ziektestadium Child-Pugh A naar C middels voeding, beweging en coaching is in de spreekkamer nu vaak weinig tijd of aandacht. Toch zijn voor deze patiëntengroep nog geen zorg op afstand toepassingen beschikbaar.

Doelen

Het overkoepelende doel van mijnLEVERcoach is verbetering van de gezondheid van levercirrosepatiënten. Dit vertaalt zich in drie pijlers: 1) Vroegtijdige opsporing van complicaties, 2) Adviezen en handvatten omtrent leefstijl en omgaan met levercirrose en 3) In kaart brengen en bespreken van subjectief en sociaal welbevinden. Kortom, mijnLEVERcoach werkt niet alleen als monitoringssysteem, maar moet vanuit een integrale aanpak een ondersteunende rol innemen voor patiënt, mantelzorgers en zorgverlener.

Uitdagingen

Hepatische encefalopathie, lagere cognitieve (e-health) vaardigheden of beperkte sociale steun zijn voorbeelden van kenmerken in de levercirrosepopulatie die toepassing van e-health mogelijk lastiger maken. Daarom dient mijnLEVERcoach niet als vervanging, maar als aanvulling op huidige zorg(verlener) en worden mantelzorgers ook actief betrokken. Door implementatie van dit zorgplatform in de kliniek verandert het zorgpad voor patiënten met levercirrose: contact vindt plaats wanneer resultaten uit mijnLEVERcoach drempelwaarden overschrijden of een patiënt een bericht stuurt. Zo wordt op een duurzame manier escalatie voorkomen en worden onnodige poliklinische bezoeken afgewend. Hiervoor is wel een taakherdistributie noodzakelijk, waarbij de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants van groot belang is als spil in het web van controles op afstand (zie

ook het artikel 'Rondetafelgesprek: taakher-schikking' in *MAGMA 2-2023*, pag. 60-65).

Ontwikkeling

In 2021 hebben wij ons idee voor mijn-LEVERcoach gepresenteerd in *MAGMA*. Nadien is de bal voortvarend gaan rollen. We zijn de samenwerking aangegaan met het team achter de succesvolle mijnIBD-coach, stichting mijnCOACH, de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV) en de Maag-, Lever- en Darmstichting (MLDS). Tijdens deze stormachtige ontwikkeling is onze contentcommissie een onmisbare hulpbron gebleken. De multidisciplinaire contentcommissie kent nu meerdere disciplines, zie tabel 1.

Vanaf mei 2023 is in samenwerking met Sananet de pilotversie live gegaan welke op dit moment in een haalbaarheidsstudie wordt onderzocht in Maastricht UMC+ en Gelre Ziekenhuizen. Inclusie verloopt boven verwachting; de patiënt met levercirrose is er duidelijk klaar voor! De eerste resultaten van de pilotversie worden half 2024 verwacht. Ondertussen blijven we mijnLEVERcoach optimaliseren en zijn wij in gesprek met meerdere geïnteresseerde ziekenhuizen.

Metingen en vragenlijsten

De huidige pilotversie wordt middels een haalbaarheidsstudie bij 50 patiënten onderzocht. De primaire uitkomstmaat is tevredenheid van patiënten, mantelzorgers en zorgverleners. In vervolgstudies zal de

(kosten)effectiviteit worden beoordeeld. Uiteraard nemen we ziekte-uitkomsten ook mee in de haalbaarheidsstudie, evenals extra zorgcontacten.

Afhankelijk van ziektestadium worden in wisselende frequenties metingen en vragenlijsten ingezet. De bovengenoemde drie pijlers in combinatie met *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) vormen hierbij de basis. Bij een recent gedecompenseerde patiënt is meer aandacht voor vroegtijdige opsporing van complicaties via een frequente, korte meting. Bij een gecompenseerde patiënt is de frequentie daarentegen lager en ligt er relatief meer focus op zaken waar op de polikliniek niet altijd tijd voor is. Een belangrijk onderdeel van mijn-LEVERcoach is de Stroop Test app, waarmee men minimale hepatische encefalopathie op een betrouwbare manier kan opsporen voor tijdige interventie [11-13].

Betere beschikbaarheid door meerdere platforms

Iedereen met levercirrose moet de kans hebben gebruik te maken van een platform ter optimalisatie van algemene gezondheid. Gezien het pluriforme landschap van softwarebedrijven en idem contracten bij ziekenhuizen, hebben wij ervoor gekozen mijnLEVERcoach niet exclusief via één leverancier aan te bieden. Ook via andere platforms, zoals bijvoorbeeld Luscii, zal mijnLEVERcoach op korte termijn beschikbaar komen, mogelijk met initieel aangepaste functionaliteit, maar met dezelfde kernitems. Tevens wordt directe uitvoering

in het EPD geëxploreerd, zodat volledige integratie van het platform in de kliniek plaats kan vinden.

Klinisch en wetenschappelijk consortium

Parallel aan ontwikkeling en implementatie van mijnLEVERcoach maakt e-health in algemene MDL-zorg een enorme ontwikkeling door. Zo is recent de commissie digitalisering opgericht binnen de NVMDL. Voor optimale klinische en financiële impact is een sterke samenwerking essentieel [14]. Zo blijft het mogelijk overal gelijkwaardige levercirrosezorg aan te bieden en hoeft het wiel niet opnieuw te worden uitgevonden. Niet alleen zal de levercirrosepatiënt meer aangeboden worden; ons platform ondersteunt ook elke (algemeen) MDL-arts en verpleegkundig specialist of physician assistant om een completere behandelaar van levercirrose te worden. Ook voor wetenschappelijke doeleinden is het waardevol de handen digitaal ineen te slaan. Zo is ons project ook recent aangesloten bij de landelijke portaalhypertensie werkgroep.

Wij blijven contact zoeken met u als MDL-arts of verpleegkundig specialist om samen op te trekken in uw centrum. Neem voor vragen, opmerkingen of een afspraak laagdrempelig contact met ons op. We zien u graag bij onze presentatie op de komende lustrumeditie van de Digestive Disease Days op 13 en 14 september, donderdagochtend om 11:30 uur in zaal 81.

Tom Gevers, MDL-arts Maastricht UMC+
tom.gevers@mumc.nl

Govert Veldhuijzen, MDL-arts, aandachtsgebied HPB, Gelre Ziekenhuizen/
Radboudumc

govert.veldhuijzen@radboudumc.nl

Britt van Ruijven, PhD-kandidaat Universiteit Maastricht/Gelre Ziekenhuizen

britt.vanruijven@maastrichtuniversity.nl

Kijk voor de referenties in de pdf van *MAGMA 2-2023* (p. 169 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Tabel 1. Contentcommissie mijnLEVERcoach.

Contentcommissie mijnLEVERcoach	
Dr. F.J.C. Cuperus	MDL-arts, UMCG
Dr. M. J. de Jong	Bestuurslid en oprichter mijnIBDcoach; AIOS MDL, LUMC
S. Kooij-Olthof	Klinisch diëtist, Radboudumc
T. A. Korpershoek	Verpleegkundig specialist, Albert Schweitzer Ziekenhuis
L. Mom	Physician assistant MDL, Gelre Ziekenhuizen; tevens fysiotherapeut
M.B. Mulder	Ziekenhuisapotheker, Erasmus MC
Dr. A.M. Spijkerboer	Ervaringsdeskundige
Drs. J.A. Willemsse	Directeur Nederlandse Leverpatiënten Vereniging

Advertentie

Steatotische leverziekte (SLD): de nieuwe benaming voor vetleveraandoeningen

Leververvetting, de nummer één leveraandoening, kent verschillende oorzaken en heeft invloed op veel andere organen. Over de nomenclatuur is al vele jaren discussie. De recente consensus is om leververvetting onder te verdelen onder de algemene noemer Steatotische leverziekten (*Steatotic Liver Disease*, SLD).

Van NAFLD naar MAFLD naar MASLD

Alcoholische leververvetting en -ontsteking waren eeuwenlang een belangrijke oorzaak voor chronisch leverlijden. Het drinken van alcohol was lange tijd ‘gezonder’ dan de consumptie van water. Door verbetering van de hygiëne in het begin van de twintigste eeuw veranderde dit en werden alcoholische dranken vervangen door kiemvrij water en frisdranken. Het was de patholoog Ludwig die als eerste beschreef dat ook personen zonder alcoholconsumptie het microscopisch beeld hadden van een alcoholische vervetting en ontsteking. De term niet-alcoholische steatohepatitis (NASH) was geboren.¹ Het criterium ‘niet-alcohol’ werd gedefinieerd als maximaal één tot twee eenheden alcohol *intake* per dag voor vrouwen en twee tot drie per dag voor mannen. NASH was het histologisch bewijs van leververvetting met ontsteking, de *driver* voor fibrogenese. Het spectrum, onder de benaming *non-alcoholic fatty liver disease* (NAFLD), omvatte eenvoudige leververvetting (NAFL), NASH, fibrose, cirrose en een verhoogde kans op het ontwikkelen van hepatocellulair carcinoom. De belangrijkste oorzaak voor de meest prevalentie leverziekte is de westerse leefstijl, gekenmerkt door een hoog calorische intake en sedentaire leefgewoonten. Uitgebreid basaal en klinisch onderzoek leverde bewijs voor een multifactoriële etiologie met insuline resistentie als belangrijke *driver*. De metabole veranderingen geassocieerd met NAFLD worden voornamelijk gevonden bij patiënten met overgewicht,

obesitas, diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten en verschillende maligniteiten (extrahepatische gevolgen). Daarmee is leververvetting eigenlijk een deel van een systeemziekte; de diagnose NAFLD wordt door velen als stigmatiserend ervaren.

Stigma

In de huidige tijd is het hebben of krijgen van een stigma een belangrijk issue in discussies rondom naamgeving. Dit geldt ook voor NAFLD/NASH. Verschillende internationale patiëntenverenigingen drongen al geruime tijd aan op een naamswijziging waarin zowel alcohol als vet niet prominent zouden worden opgenomen. Destigmatiseren van NAFLD was een belangrijk issue in de discussie over de terminologie waarbij er een spanningsveld was tussen de medische en niet-medische groepen. De visie van de niet-medicus speelde een belangrijke rol in de consensusbespreking, waarbij de Delphi-methode werd gebruikt.

Multi-society Delphi consensus: van NAFLD naar MASLD

Tijdens het recente EASL-congres in Wenen (21-24 juni 2023) is de *multi-society* Delphi-consensus besproken en de nieuwe nomenclatuur voor SLD gepresenteerd.² Ruim een jaar voorafgaand aan deze presentatie vonden verschillende Delphi-rondes plaats om tot de juiste benaming en indeling van leververvetting te komen. Dit werd gecoördineerd door een panel van internationale experts uit het klinische en onder-

zoeksveld. De stem van de patiënt speelde een belangrijke rol in de nieuwe benaming. De oorzakelijke factoren zijn genuanceerder beschreven. De overkoepelende naam steatotische leverziekte (*Steatotic Liver Disease*: SLD) omvat vijf categorieën, zoals weergegeven in *figuur 1*: metabole disfunctie geassocieerde steatotische leverziekte (MASLD) als vervanger voor NAFLD. De oorzaak metabool is niet gerelateerd aan alcoholconsumptie maar aan cardiometabole risicofactoren. Deze zijn voor kinderen en volwassenen gedefinieerd en komen in grote mate overeen met de criteria van het metabool syndroom.

Voor de combinatie metabole factoren en beperkte alcoholconsumptie, zoals in *figuur 1* aangegeven, wordt de term ‘MetALD’ gebruikt. Alcoholische leverziekte (ALD) als oorzaak voor steatotische leverziekte is de derde, aparte, categorie. SLD met specifieke etiologie omvat de groepen medicatie-geïnduceerde SLD (*Drug Induced Liver Injury*, DILI), zeldzame monogenetische aandoeningen en varia zoals hepatitis C, coeliakie en malnutritie. De laatste groep is SLD met onduidelijke etiologie: cryptogene SLD.

De Nederlandse richtlijn

Binnenkort komt de eerste multidisciplinaire Nederlandse richtlijn voor MASLD uit. Met ondersteuning van SKMS, NVMDL, NIV en NHG wordt een op wetenschappelijke data gefundeerd advies geformuleerd betreffende de onderdelen: identificatie

Advertentie

LEVER

MASLD-fibrose, leefstijlinterventies, medicamenteuze behandeling, bariatrische chirurgie, cardiovasculair risicomangement, monitoren progressie van leverfibrose, HCC-surveillance en organisatie van zorg, inclusief diagnostisch algoritme en zorgpad-stroomschema. Hiermee proberen we een richting te geven aan identificatie, diagnostiek en behandeling van steatotische leverziekte om daarmee een halt te roepen aan de progressie van deze leefstijlaandoening. Multidisciplinaire samenwerking en aanpak heeft de

toekomst. De lever is het orgaan bij uitstek voor een integrale veelzijdige samenwerking, waardoor een optimale levergezondheid wordt verkregen en MASLD wordt gestopt.

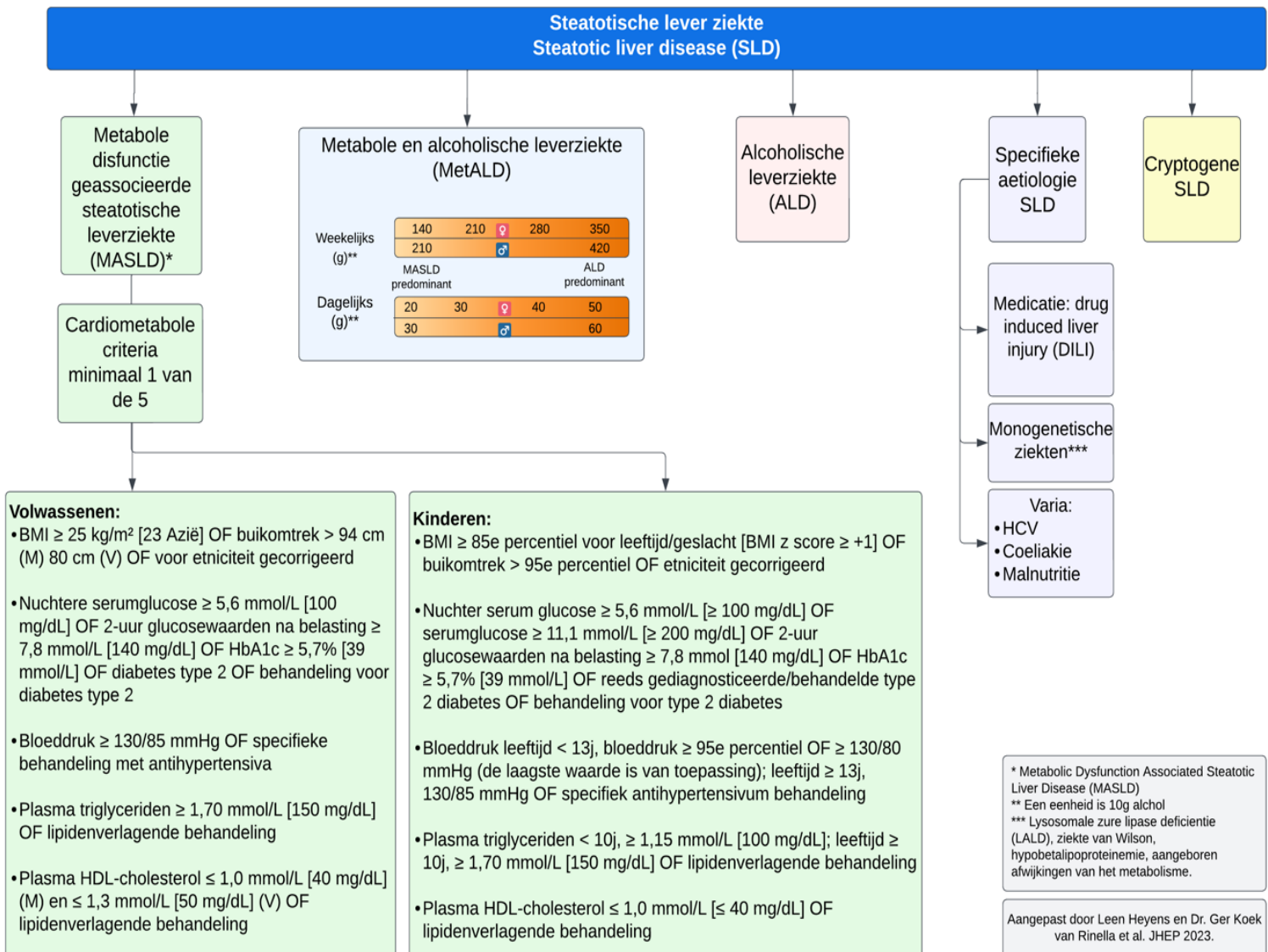
Namens MLDS richtlijn SLD werkgroep, *M. Tushuizen* (voorzitter), *O. Holleboom*, *H. Blokzijl*, *M. Guichelaar*, *A. Nhi Nguyen*, *L. te Nijenhuis-Noort*, *J. Willemse*, *J. Reijnders*, *M. Numans*, *J. Verheij*, *S. Simsek*, *T. Korpershoek* en *B. Koot*.

Ger Koek, MDL-arts MUMC+

Referenties

- Ludwig, J., et al., Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. *Mayo Clin Proc*, 1980. 55 (7): 434-8.
- Rinella, ME et al. A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Journal of hepatology*, 2023. DOI: 10.1016/j.jhep.2023.06.003

Figuur 1. De vijf categorieën van steatotische leverziekte (SLD).



Voeding en duurzaamheid

Met een brede glimlach zet mijn favoriete barista twee perfect geschuimde cappuccino's voor mijn collega en mij neer. Ik reken af: twee cappuccino en een 'shotje'. Denk nu niet dat ik op het werk een borrel achterover sla: dit zijn de extra kosten (25 cent!) die ik moet betalen omdat ik voor haver-melk heb gekozen. Gelukkig lijd ik niet aan IBS, maar hoop ik zo mijn dagelijkse steentje bij te dragen aan het beperken van mijn CO2-voetafdruk.

Wat Nederland eet

Eten doen we elke dag. Volgens het RIVM consumeert de gemiddelde Nederlander per dag 3,1 kg aan eten en drinken [1]. Daar waar we eind vorige eeuw steeds minder groente en fruit bleken te nuttigen, terwijl de inname van bijvoorbeeld graanproducten, snacks en frisdranken steeg, lijken we nu iets gezonder te zijn gaan eten. Voor de periode 2012-2016 rapporteert het RIVM een toename van fruitconsumptie en afname van vlees- en zuivelconsumptie. Per dag eten we gemiddeld 100 gram vlees (waarvan de helft bewerkt vlees) en heeft de gemiddelde Nederlander zes dagen per week vlees op zijn bord. We consumeren ongeveer 350 gram zuivelproducten per dag, volwassenen vrijwel evenveel als kinderen. Schrikbarend is de constatering dat

kinderen meer dan een halve liter suikerhoudende dranken per dag drinken (595 ml!). Het is sowieso teleurstellend gesteld met onze voedselinname en gezondheid: volgens hetzelfde RIVM-rapport eet vrijwel *niemand* in Nederland volledig volgens de Richtlijn Goede Voeding en is meer dan de helft van de Nederlanders te zwaar (2015: 50,3% BMI > 25 kg/m²). Een ongezond voedingspatroon wordt nog meer gezien bij lagere sociaal-econo-

mische groepen en wordt niet alleen geassocieerd met hart- en vaatandoeningen, kanker en diabetes, maar ook met NAFLD/NASH, IBD en verschillende gastro-intestinale maligniteiten. In Nederland draagt ongezonde voeding naar schatting met 8,1% bij aan de ziektelast, en leidt het tot 12.900 doden en 6 miljard euro aan zorguitgaven per jaar [2]. En dan hebben we nog niet eens de milieu-impact van ons huidige voedingspatroon besproken.

Tabel 1. Vier stappen naar een duurzamer voedingspatroon volgens RIVM [11]

Type	Definitie	Eetpatroon
Traditionele burger	Moralistisch, plichtsgetrouw en status-quo gericht	Meer aardappelen, fruit en zuivel. Eten duurzaam doordat zij zuinig in het leven staan en weinig verspillen
Moderne burger	Conformistische, statusgevoelige burgerij die het evenwicht zoekt tussen traditie en moderne waarden als consumeren en genieten	Veel aardappelen en vlees en drinken frisdrank
Opwaartse mobielen	Zij willen carrière maken, sociale status verwerven en vrij zijn van traditie	Relatief hoge consumptie van snacks, frisdrank en fastfood
Maatschappijkritische idealisten	Aandacht voor immateriële waarden en zelfontplooiing	Minder vlees en meer groenten en fruit

Duurzaam dieet

Wereldwijd zijn voedselproductie en -consumptie verantwoordelijk voor 24% van de totale uitstoot van broeikasgassen, 60% van het verlies aan biodiversiteit en 33% van de bodemuitputting ten gevolge van erosie, uitputting van nutriënten, verzuring, verzilting, verdichting en chemische vervuiling [3]. In 2019 heeft de EAT-Lancet Commission een rapport uitgebracht waarin zij ingaan op de noodzaak om een groeiende wereldbevolking een gezond voedingspatroon te geven en tegelijkertijd duurzame voedselsystemen te definiëren die schade aan onze planeet minimaliseren. Hiervoor beschrijven zij een universeel gezond referentiedieet, gebaseerd op een toename van de consumptie van gezond voedsel (zoals groenten, fruit, volle granen, peulvruchten en noten), en een afname van het gebruik van ongezond voedsel (zoals rood vlees, suiker en geraffineerde granen). Het EAT-Lancet-dieet bestaat voor meer dan de helft uit groente en fruit, daarnaast voor een groot deel uit volkoren granen, eiwit uit planten (denk aan soja en erwten), een klein deel zetmeelrijke groente zoals aardappelen, en een heel klein deel kaas en vlees, onverzadigd vet en toegevoegde suiker. Dit grotendeels plantaardige dieet zou niet alleen gezondheid bevorderen maar ook ecologische duurzaamheid ondersteunen [4].

Inmiddels blijkt uit vervolgstudies inderdaad dat het EAT-Lancet-dieet positieve uitkomsten heeft op diabetes, hart- en vaatziekten, herseninfarct en -bloeding en mortaliteit [5-8]. Daarnaast blijkt dat als we in de 54 hoogste inkomenslanden (dus ook Nederland) wat vaker vlees en zuivel laten staan en in plaats daarvan meer plantaardig eten, dit bijna twee derde van de CO₂-uitstoot in de landbouw scheelt. Hiermee zouden de 54 rijkste landen in één klap aan de voorwaarden van het Parijs-akkoord om de opwarming onder 1,5 graad te houden, kunnen voldoen. Los daarvan komt er een landbouwareaal groter dan de gehele Europese Unie vrij, waar de natuur gewoon zijn gang kan gaan en kan bijdragen aan verdere opname van CO₂ [9]. In 2024 wordt een

update verwacht; de EAT-Lancet 2.0 zal een nog grotere nadruk leggen op diversiteit en aanpassing van regionale en lokale diëten, versterkte diversiteit in de samenstelling van de commissie en focussen op voedselrechtvaardigheid en sociale doelen in voedselsystemen.[10]

Uitdagingen en oplossingen

Kortom, de grootste uitdagingen op gebied van gezondheid en klimaat zijn met elkaar verbonden en de oplossing is op papier vrij eenvoudig: eet meer plantaardig, lokaal en van het seizoen, drink kraanwater, voorkom overconsumptie en verspilling (Tabel 1). [11, 12]

Tijdens bijeenkomsten en feesten van de gemeente Amsterdam wordt voornamelijk vegetarisch gegeten (Parool, 2019). Voor het Huisartsencongres van verleden jaar werd er gekozen voor vegetarische catering en tijdens het congres van het KNMG stonden er vegetarische hapjes op het menu (Trouw, 8 oktober 2021). Ik ben benieuwd naar de vegetarische mogelijkheden in Veldhoven...

Tot slot

Inmiddels heb ik onderzocht wat de werkelijke prijs is van een shotje haveremelk. Na

enig zoekwerk leerde ik dat een liter haveremelk ongeveer 60 eurocent meer kost dan een liter (zwaar gesubsidieerde) koemelk en dat je voor 'de perfecte cappuccino' 30 ml (plantaardige) melk nodig hebt. Een snelle berekening wijst daarbij uit dat mijn shotje slechts 1,8 cent extra hoeft te kosten (voor de werkelijke prijs van plantaardige zuivel verwijs ik graag naar de aflevering van De Keuringsdienst van Waarde van 28 april 2022).

Het is duidelijk dat er grote sociale en maatschappelijke stappen gezet moeten worden om gezonde en duurzame voeding betaalbaar te maken voor iedere Nederlander en niet alleen voor 'maatschappijkritische idealisten' met een ruime portemonnee (Tabel 2). [13] Daarop kunnen we echter niet wachten. Kortom, wat ligt er vandaag eigenlijk op uw bord? [14, 15]

Marjolijn Duijvestein,
MDL-arts Radboudumc
Namens de subcommissie 'voeding en mobiliteit' Groene MDL

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 2-2023 (p. 169 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Tabel 2. Normen en waarden hangen samen met voedselkeuze – welke 'type' bent u? [13]

Kies voor meer **plantaardige voedingsmiddelen in plaats van dierlijke voedingsmiddelen**. Vlees, zuivel en kaas zorgen voor hoge emissies van broeikasgassen. Een meer plantaardige voedselconsumptie draagt bij aan een gezonder en duurzamer voedingspatroon.

Verminder waterschaarste en waterverbruik wereldwijd door te kiezen voor **seizoensproducten**. Kies bijvoorbeeld voor Nederlands seizoensfruit, zoals appels en peren, in plaats van geïmporteerd fruit.

Kies om het waterverbruik van het voedingspatroon te verminderen voor **kraanwater**, thee en koffie in plaats van (niet-)alcoholische dranken zoals frisdrank en sappen. Dit draagt ook bij aan het verminderen van broeikasgasemissies.

Kies voor een gevarieerde voedselinname en **verminder overconsumptie**. Overconsumptie zorgt voor een hogere belasting op het milieu en energie inname.

En vergeet niet: **voorkom voedselverspilling** (er wordt per Nederlander 114 tot 157 kg per persoon per jaar verspild) [12, 14].

Advertentie

“Juist door onderhoud te plegen kan het werkplezier worden verbeterd”

In de huidige (zorg-)maatschappij is veel aandacht voor werkplezier. Er zijn allereerste coaches, cursussen en instanties die hier aandacht aan besteden. Men zoekt naar voldoening, uitdaging en plezier in een baan en wil de dag met een voldaan gevoel afsluiten. Ook in de medische literatuur wordt hier steeds meer aandacht aan besteed. Sinds 1948 is er een exponentiële groei van het aantal artikelen dat gaat over *job satisfaction*: 33.115 resultaten op PubMed, waar bij opvalt dat hier sinds de COVID-pandemie nog meer aandacht voor is.

Werkgeluk in de zorg wordt volgens experts bepaald door verscheidene factoren, zoals drukte op het werk, het gevoel in controle te zijn, onzekerheid, samenwerking met andere (zorg-)professionals en patiënten. Wat houdt ‘werkgeluk’ voor ons als a(n)ios in?

Afwisselende werkdag

Ten eerste een afwisselende werkdag. Niets is zo vermoeiend als dag in, dag uit exact dezelfde handeling uitvoeren. Hét grote voordeel van ons vakgebied is dat er afwisseling is tussen poliklinisch, klinisch en interventioneel - zijnde endoscopisch - werk. Dit aspect wordt ook vaak in sollicitatiebrieven benoemd, men beschouwt deze afwisseling als een aangename bijkomstigheid. Daarbij is er een grote variatie in patiëntenpopulatie en probleemzaken, wat maakt dat een dag vaak voorbijvliegt.

Uitdaging

Van groot belang is ook het hebben van voldoende uitdaging. Ons vakgebied is er bij uitstek een die ruimte biedt voor uitdaging zowel op intellectueel als op praktisch gebied. Gezien de vele aandoeningen die ons vakgebied betreffen en de patiëntenpopulatie die steeds complexer wordt, wordt

“Met je hakken in het zand is het lastig lopen”

Loesje

er ook meer van ons gevraagd op dit gebied. In de praktijk betekent dit dat we vaak op creatievere manieren moeten zoeken naar de juiste oplossing, per individuele patiënt bepaald.

Samenwerking

We slijten het grootste deel van de week op de werkvloer, daarom is ook de samenwerking met collega's een factor die ons werkgeluk beïnvloedt. Onderzoek laat zien dat men op dit gebied drie psychologische basisbehoeften heeft (*Self Determination Theory*, Deci & Ryan, 1985, 2000). Dit zijn de behoeften om (1) onderdeel te zijn van een groep mensen, (2) je competent te voelen en (3) de behoefte aan autonomie. Een fijne samenwerking door een saamhorigheidsgevoel en een positieve (doch terecht kritische) werksfeer zorgt ervoor dat aan deze drie behoeften wordt voldaan. Het gevoel dat je op je collega's kan rekenen en zij je helpen indien noodzakelijk, draagt bij aan een fijne samenwerking. In ons ziekenhuis proberen we dagelijks samen te gaan lunchen en elkaar met enige regelmaat ook buiten het werk om te spreken, om zo ook oog voor elkaar te hebben en de mens achter je collega te leren kennen.

Ruimte tot verbetering

Helaas slokt (onnodige) administratie een groot deel van onze tijd op. Administratieve rompslomp, onnodige telefoontjes of oneigenlijk werk, zorgen ervoor dat een deel van ons werkplezier ons wordt ontnomen. Op dit vlak is genoeg ruimte voor verbetering.

Door meer gestructureerde paden te creëren, kan een deel van dit oneigenlijke werk voorkomen worden. Spraakgestuurd brieven genereren is wellicht sneller, maar ook foutgevoelig, waardoor documenten alsnog gecontroleerd moeten worden. Verbetering van de software van EPD's kan de administratieve last verminderen. Bijvoorbeeld door het zoeken naar relevante informatie in patiëntendossiers makkelijker te maken of het toevoegen van een generator voor het schrijven van brieven. Hoewel we als artsen (in opleiding) invloed hebben op de meeste van bovengenoemde factoren, zijn wij voor administratieve zaken echter afhankelijk van anderen.

Het is goed dat er steeds meer aandacht is voor werkplezier. Om terug te komen op de quote waar we dit stuk mee begonnen, vergt het ook initiatief van ons als artsen (in opleiding), wij zijn grotendeels zelf verantwoordelijk voor ons werkgeluk. Echter, wordt in de huidige consumptiemaatschappij wellicht soms iets te radicaal gehandeld: als iets stuk is moet het worden vervangen, in plaats van onderhoud te plegen. Maar als het werk even iets minder leuk is, moet eigenlijk niet meteen worden gezocht naar een andere baan. Juist door onderhoud te plegen kan het werkplezier worden verbeterd. Dan zijn al die coaches en cursussen wellicht toch zo gek nog niet...

Lotte Laurijssen, anios MUMC+

Jessica de Bruyn, aios MUMC+



Lotte Laurijssen



Jessica de Bruyn

Op 1 juli 2023 vond in Rotterdam de tweede editie van de GastrOlympics plaats. Na een spetterende primeur in 2019 in Amsterdam was het eindelijk weer zo ver! Alle zeven opleidingsregio's stonden dit jaar te trappelen om van start te gaan.

GastrOlympics 2023: nog even nagenieten

Foto 4. Stormbaan.

Vanuit het hele land kwamen de MDL-ers bijeen op sportpark Olympia in Rotterdam. Uiteraard waren de deelnemers uit Groningen en Maastricht het eerst en in grote getalen aanwezig. Na een heerlijke versnapering en het binnendruppelen van de laatste Randstedelingen, werden de GastrOlympics 2023 geopend door Harry Janssen (afdelingshoofd Maag- Darm- en Leverziekten, Erasmus MC) en maakten we een groepsfoto (foto 1). Vol adrenaline stonden de teams daarna klaar om de eer van hun regio te verdedigen. Voordat de strijd losbarstte werd een warming up verzorgd op het nummer 'Call on Me' van Eric Prydz (foto 2 en 3). Er vonden vijf speelronden plaats waarbij de verschillende regio's oog in oog met elkaar

stonden. Leiden ging voortreffelijk uit de startblokken met een eerste overwinning op het voetbalveld. Ook Rotterdam opende met ruime scores de middag. De toon was gezet, maar de rest van de middag was het op dit onderdeel stuivertje wisselen tussen de regio's. Er werden geen kaarten getrokken door de ervaren voetbalscheidsrechters, al was dit met de aanwezigheid van een VAR (*Video Assistant Referee*) waarschijnlijk wel het geval geweest. Tijdens de speelrondes werd het uithoudingsvermogen getest en waren al snel veel oververhitte koppen te zien. Bij de stormbaan duelleerde Amsterdam opnieuw tegen de thuisploeg, waarbij de emoties hoog opliepen (foto 4). Het was een nek-aan-nek race met een 4-4 eindstand. Op het beachvolleybalveld pakte

Utrecht de winst met uitstekend samenspel en bij de biatlon werd het ene na het andere record verbroken (foto 5). In de laatste rondes bereikte deze sportieve middag een climax: Maastricht wist knap punten te pakken tegen de koploper, de fanatieke Groningse voetballers. Nadat Maastricht alles had gegeven, moesten zij op het hockeyveld toegeven aan Rotterdam. De gebroederlijke band werd versterkt door de onderlinge ruil van hesjes in het laatste kwart.

Gedurende de dag presteerde Groningen ijzersterk: na het voltooien van alle rondes, stonden de noorderlingen bovenaan. Alleen het finalespel stond nog te wachten en ieder team kon de felbegeerde GastrOlympics beker nog winnen. Na een uitgebreide



Foto 1. Alle zeven opleidingsregio's.



Foto 5. Records verbreken tijdens de biatlon.



Foto 2. Gezamenlijke warming up.



Foto 6. Rotterdam, winnaar GastrOlympics 2023.



Foto 3. Warming-up onder leiding van Stella en Maria op 'Call on me'.



Foto 7. Organiserend Committee GastrOlympics 2023.

uitleg, gingen de teams van start. Het was een adembenemende eindstrijd waarbij alle teams onder luide aanmoediging tot het gaatje gingen. Maar dankzij een letterlijke eindsprint is het Rotterdam eindelijk gelukt: de winnaar van de tweede GastrOlympics (foto 6)!

Manon Spaander, teamcaptain van Rotterdam, mocht de trofee in ontvangst nemen. Uiteraard werd deze bij de maandagochtendoverdracht pontificaal op tafel geplaatst, terwijl werd gememoreerd aan de zwaarbevochten overwinning.

Na de prijsuitreiking werd bekend gemaakt dat Groningen de eer heeft de GastrOlympics in 2024 te organiseren. Dat er niets

boven Groningen gaat, bleek wel door het *Grönnens Laid* dat direct werd ingezet en uit volle borst werd meegezongen. Door de andere regio's werden direct plannen gesmeed om met bussen naar Groningen af te reizen en een Olympisch dorp op te richten. De GastrOlympics 2023 werden afgesloten met verrukkelijk Afghaans eten, buiten in het zonnetje, waarna onder het genot van een drankje en muziek nog lang werd nagepraat.

Het organiserend comité van GastrOlympics 2023 kijkt terug op een zeer geslaagde dag. Hartelijk dank voor jullie inzet, gezelligheid en sportiviteit! Graag bedanken wij de opleidingsregio's en de NVMDL voor hun financiële bijdrage.

Op naar de GastrOlympics 2024 in Groningen!

Organiserend Committee GastrOlympics 2023:

Michiel Bak, Maria van Hooff, Stella Nieuwenburg, Koen van der Ploeg, Nicolien Schepers, Cynthia Verloop en Pauline Zellenrath (foto 7).



Advertentie

In balans blijven met *lifelong learning*

Hoe halen wij het beste uit onszelf? Hoe maken wij bewuste keuzes in onze loopbaan? En hoe behouden we onze bevoegdheid waarmee we begonnen zijn? Professionele en persoonlijke ontwikkeling heeft de laatste jaren steeds meer de aandacht van Maag-, Darm- en Leverartsen en MDL-artsen in opleiding. Zowel persoonlijk, als met het team kijken we hoe wij onszelf levenslang kunnen ontwikkelen en verbeteren.

Aios worden sinds enkele jaren officieel opgeleid volgens het opleidingsplan NOVUM. In dit opleidingsplan is ruim aandacht voor persoonlijke en professionele ontwikkeling, waarbij beide termen gelijkwaardig moeten zijn.

Echter, het belang van leren en jezelf ontwikkelen stopt niet na de opleiding. Het is een levenslang proces waarbij de opleiding het begin van onze carrière is. Hoe behouden we als medisch specialist die *mindset* van *lifelong learning* gedurende onze hele loopbaan? Hoe zorgen we ervoor dat we tijd maken om te reflecteren en onszelf de juiste vragen stellen tijdens onze carrière? En hoe blijven wij in balans?

Een aantal jaren geleden is het programma *Challenge & Support* opgericht, met als motto 'Bevlogen zijn, bevlogen blijven'. Gestoeld op gedegen onderzoek en advies van specialisten biedt dit programma medisch specialisten (in opleiding) een *awareness* programma om aandacht te besteden aan onderwerpen op het gebied van professionele ontwikkeling, 'in balans zijn', zelfsturend leren en omgaan met tegenslagen door middel van individuele coaching. Het programma is destijds geïnitieerd vanuit de kindergeneeskunde in het LUMC en het Erasmus MC. Inmiddels doen in diverse ziekenhuizen vele afdelingen mee.

Belangrijk instrument

Bij alle medische specialismen spelen dezelfde factoren. In het LUMC wordt coaching als een belangrijk instrument gezien: "In het ziekenhuis hebben we de neiging om door te lopen. We pakken alles

op. Niks doen zit niet in ons systeem. Maar wanneer nemen we nu echt de tijd om na te denken over onszelf, onze rol in het team en onze loopbaan? Terwijl het juist van belang is om aandacht te hebben voor dit soort dingen" licht Marieke Sueters, gynaecoloog en opleider in het LUMC, toe.

Optimaliseren

Deelnemers aan coaching zien het binnen de opleiding en het vakgebied als een aanvulling op andere instrumenten. Nicolien Schepers, tot voor kort nog in opleiding tot MDL-arts in het Erasmus MC in Rotterdam, herkent zich in deze woorden: "Challenge & Support heeft mij het belang van coaching laten inzien: ook al is er geen groot probleem of dilemma waar je begeleiding in zoekt, er is altijd wel wat te optimaliseren. Allereerst biedt het de mogelijkheid om te reflecteren, even los te komen van lopende projecten, dagelijkse besommingen en je opleidingsplan. Even uitzoomen bij mijn coach werkte heel verhelderend: wil ik dit? Hoe ervaar ik het? Een bevestiging dat je op de goede weg bent is fijn, maar ook heeft het mij inzicht gegeven in een aantal aspecten van mijn opleiding en privéleven die echt nog te verbeteren zijn. Door hier open en eerlijk met een onafhankelijke coach over te praten, realiseer je welke keuzes je zou kunnen maken en welke keuzes het dichtst bij jou als persoon liggen. Dit werkt verhelderend en maakt je weerbaarder in je professionele ontwikkeling. En hoe fijn is het om regie over je eigen leven te ervaren?!"

Vrijwillig

Challenge & Support is als beweging verder

uitgebreid tot een stichting en het programma is momenteel beschikbaar in meer dan 150 vakgroepen van meer dan 20 ziekenhuizen in Nederland. Ook zijn gelieerde programma's voor masterstudenten geneeskunde, PhD-studenten en verpleegkundigen ontwikkeld, waarbij steeds de wetenschappelijke kwaliteitsevaluatie centraal staat. Het is een programma van artsen, voor artsen en voor aios en artsen één van de mogelijkheden om een coachingstraject te starten. Het programma wordt vakgroep-breed aangeboden om zo professionele ontwikkeling bespreekbaar te maken en in een veilige setting hierover met staf en aios van gedachten te wisselen. Daarna melden aios en stafleden zich vervolgens individueel vrijwillig aan. Deze vrijwilligheid is belangrijk. Coaching verplicht stellen werkt niet: aios Obstetrie en Gynaecologie in Leiden gaven dit als advies aan in een onderzoek van de werkgroep 'Persoonlijke groei en ontwikkeling binnen de herziening van BOEG' in 2019.[1] In ditzelfde onderzoek kwam naar voren dat 40 procent van de aios ooit met een coach en/of psycholoog had gesproken. Doordat de coaching in hetzelfde timeframe plaatsvindt, wordt synergie gestimuleerd en komt dit het leer en ontwikkelingsklimaat in het team ten goede.

Wetenschappelijk onderzoek

Challenge & Support verbindt onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek aan coaching. Recent zijn de conclusies van de pilotstudie [2] gepubliceerd. Tevens is een *randomized controlled trial* (RCT) gestart naast het longitudinale onderzoek. Promovenda en psycholoog Lara Solms van de Universiteit van Amsterdam kwam tot de volgende conclusies: na de coaching gaven de gecoachte artsen een significante verbetering in werk-privébalans en welzijn aan. Ze ervoeren meer autonomie in het werk en minder uitputtingsklachten. Bovendien versterkte

Advertentie

de coaching persoonlijke hulpbronnen. Hulpbronnen zoals zelfcompassie en veerkracht versterken de bevologenheid voor het werk en stellen artsen in staat om met hun veeleisende en verantwoordelijke werk om te gaan.

Vanzelfsprekendheid

De conclusies uit het onderzoek sluiten aan bij het thema van Challenge & Support, 'Bevlogen zijn, Bevlogen blijven': bevlogen werknemers zijn betrokken en energiek, halen het beste uit zichzelf en maken minder fouten. Hiermee is bevlogenheid een eigenschap die in belangrijke mate de kwaliteit van patiëntenzorg kan beïnvloeden. Bevlogenheid is belangrijk om een leven lang op een plezierige manier te kunnen werken. [3] Een amplitieve werkwijze leidt tot deze bevlogenheid en zorgt ervoor dat we onze potentie versterken en vergroten. Dit maakt professionele en persoonlijke ontwikkeling essentieel voor alle zorg-professionals.

"Een coach kan van waarde zijn in elke fase van je leven.", aldus Nicolien Schepers, die binnenkort aan de slag gaat in het Franciscus Gasthuis & Vlietland. "In elke fase zijn er weer nieuwe uitdagingen waarbij je steeds weer wordt 'verleid' om mee te gaan

met de dagelijkse gang van zaken, maar waarbij het waardevol is om bij jezelf te controleren of dit is wat je wilt, hoe je ermee omgaat en wat je eraan kunt veranderen of bijdragen. Door coaching in persoonlijk leiderschap ervaar ik autonomie. Coaching zorgt bij mij echt voor dat ik – als het ware – dichterbij mijzelf blijf, waarbij zowel mijn professionele ontwikkeling als productiviteit alleen maar zal welvaren."

Vraagstukken en inzichten

Ook al maakt coaching een opmars binnen de ziekenhuizen, artsen ervaren ook drempels, om naar een coach te gaan, zoals tijd en geld. Daarnaast heeft coaching bij sommige artsen een zweverig imago.

Misschien moeten we inmiddels de vraag omkeren: "Waarom zou je jezelf geen coachtraject gunnen ter ondersteuning van je professionele persoonlijke ontwikkeling? Je werkt tijdens zo'n traject aan jouw ontwikkelvraagstuk. En natuurlijk komt het niet altijd uit: je hebt tijd nodig om het gesprek voor te bereiden, je hebt reistijd en dan heb je een sessie van een uur of anderhalf. Deelnemers concluderen echter dat het de investering meer dan waard is. Het geeft energie en inzicht. Na een coachsessie doe je dingen bewuster. Je staat stil bij de dingen

waar je tegenaan loopt", aldus gynaecoloog Sueters.

Sommige aios en stafleden geven aan geen ontwikkelingsvraagstuk te hebben om aan een coach voor te leggen. Je kunt een coachingstraject echter ook starten zonder specifieke ontwikkelvraag. Vragen als 'Wat heb ik tot nu toe gedaan als arts? Wie ben ik als arts? Welke kant wil ik op?' zijn voor iedereen van groot belang. Hoe ga je om met de uitdagingen die op je pad komen? Hoe draag je het nemen van verantwoordelijkheden en het continu besluiten moeten nemen? Hoe ga je om met de verhoudingen in een team? Er zijn zoveel ontwikkelvragen te stellen waarbij de antwoorden je veel kunnen opleveren. Niet alleen voor jezelf, maar ook voor het team en de kwaliteit van MDL-zorg!

Dr. *Anne de Pagter*, kinderarts Erasmus MC en LUMC, mede namens Challenge & Support (p.depagter@erasmusmc.nl)

Dr. *Robert J. de Knecht*, MDL-arts Erasmus MC
Drs. *Nicolien Schepers*, MDL-arts Franciscus Gasthuis & Vlietland

Dr. *Marieke Sueters*, gynaecoloog LUMC

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 2-2023 (p. 169 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.



Anne de Pagter



Robert J. de Knecht



Nicolien Schepers

Blijven werken met plezier

De keuze voor een vak is vaak gebaseerd op interesses en kwaliteiten of soms door toeval ergens inrollen wat goed bevalt. Plezier hebben in je werk is belangrijk om het vol te houden. Wat is dan werkplezier en hoe behoud je dat als het bijvoorbeeld schuurt met andere levensgebieden? Angela Koolmees is arbeids- en organisatiepsycholoog en vertelt in dit artikel over hoe zij naar werkplezier kijkt.

Wat is werkplezier?

Werkplezier is een gevoel van voldoening en geluk dat je ervaart op je werk. Het is het vermogen om met plezier te doen wat je moet doen en dat wat je doet je meer

“Geef me werk wat bij me past en ik hoef nooit meer te werken”

*Confucius Chinees filosoof
551 v.C. - 479 v.C. Confucius*

energie geeft dan dat het je kost. Werkplezier bestaat uit verschillende aspecten die samen een optelsom vormen en zo de mate van werkplezier vormen.

Drijfveren

Een eerste aspect van werkplezier zijn je drijfveren om te werken. Waarvoor kom je iedere ochtend je bed uit? Een belangrijke

drijfveer om te werken is financieel. Het salaris wat je ontvangt voor het geleverde werk financiert het leven en zonder dat zou er veel minder mogelijk zijn.

Geld is niet de enige drijfveer om te werken. Ook ontwikkeling op persoonlijk of professioneel vlak is er één. Het steeds beter worden in wat je doet, daarin groeien en jezelf ontwikkelen kan je veel voldoening geven. En ook sociale contacten met collega's en cliënten zijn belangrijk voor werkplezier. Net als waardering voor het werk wat je doet. Dit alles kan een gevoel van zingeving brengen en vergroot het gevoel ertoe te doen of mee te tellen.

Voor iedereen kan motivatie om te werken anders zijn. Hoe meer werk voldoet aan jouw drijfveren, hoe prettiger het werk is.



Maastricht UMC+: team Maastricht tijdens GastrOlympics 2023.



Medisch Centrum Leeuwarden: Klaas van der Linde (MDL-arts), Michiel de Boer (internist) en Susanne Korsse (MDL-arts) tijdens optreden als gelegenheidsband tijdens het personeelsfeest interne/MDL, april 2023.

Tegelijkertijd kan bij een niet of niet voldoende aanwezig zijn van deze betekenisvolle aspecten het plezier minder zijn. Dat kan zorgen voor het gevoel vast te zitten in een baan, wat weer kan leiden tot onvrede en een verlangen naar bijvoorbeeld meer voldoening of waardering. Een voorbeeld hiervan is dat een goed salaris en arbeidsvoorwaarden je gegijzeld kunnen houden in een baan die inhoudelijk weinig te bieden heeft. Vooral als ontwikkeling en groei belangrijk voor je zijn.

Goede collega's

Een ander aspect van werkplezier is fijne collega's. Collega's zijn belangrijk voor je werkplezier omdat ze een sociaal netwerk (kunnen) bieden waar je terecht kunt voor steun en advies. Ook kunnen collega's je helpen in je ontwikkeling; door je bijvoorbeeld in de samenwerking nieuwe dingen te leren en zo te groeien in je carrière. Bovendien kunnen de informele contacten met collega's een bron van humor en plezier

zijn, wat momenten van ontspanning kunnen zijn in je werkdag.

Hoe houd je goed contact met je collega's?

Zoals iedere relatie, is ook die met collega's er een die inzet en investering van je vraagt als je die goed wilt houden. Een risico bij drukte en onregelmatigheid in het werk is dat je de connectie met collega's in meer of mindere mate kwijtraakt. Hoe je een goede band kunt houden, is in principe gelijk aan zaken die in iedere relatie belangrijk zijn en zou je algemene omgangsvormen kunnen noemen.

Hieronder staan een aantal van deze punten die belangrijk zijn om de band tussen jou en je collega's zo goed mogelijk te houden:

- Kom je afspraken na;
- Als collega's hulp nodig hebben, toon je bereid/wees dan bereid om te helpen. Deel ook je vaardigheden en kennis;

- Wees open-minded en respectvol naar elkaar. Sta ook zelf open voor feedback en nieuwe ideeën;
- Wees jezelf. Probeer niet iemand te zijn die je niet bent. Je collega's zullen je waarderen om wie jij bent.

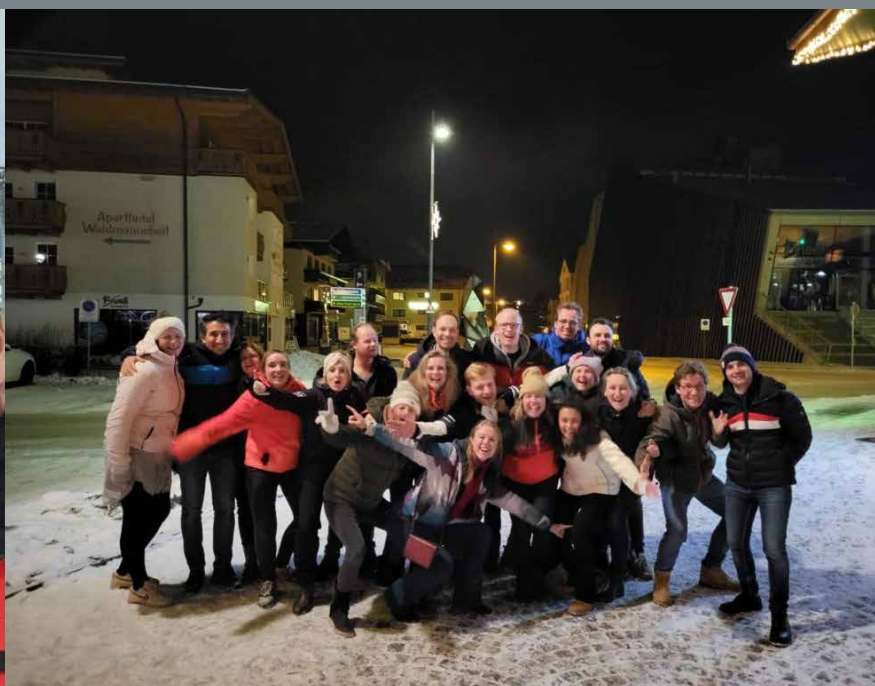
Daarnaast is het ook belangrijk om regelmatig samen met je collega's iets te ondernemen. Dit kan een teamdag zijn of een kortere activiteit, zoals samen lunchen. Dit zorgt ervoor dat je minder afgeleid wordt door het werk en er ook andere onderwerpen besproken kunnen worden. Het belangrijkste is dat er regelmatig communicatie is met elkaar, los van het werk. Aandacht voor de (privé) mens achter de collega, maakt het werk in drukte beter vol te houden. Dan kan je elkaar opvangen en *supporten*.

Leidinggevende

Een leidinggevende is belangrijk voor werkplezier omdat hij of zij een grote invloed heeft op de werkomgeving. Een goede lei-



Gelre ziekenhuizen: de vakgroep MDL tijdens de skitrip naar Kaprun (Oostenrijk) in maart 2023.



Regio Groningen: samen op wintersport.

Advertentie

dinggevende kan een positieve werkomgeving creëren die medewerkers gemotiveerd en betrokken houdt. Een leidinggevende is ook bepalend voor ontwikkeling en groei in je carrière. De invloed van een leidinggevende is niet te onderschatten en is van grote invloed op werkplezier. Een goede leidinggevende is te herkennen aan een aantal punten.

Een goede leidinggevende:

- stelt doelen en geeft feedback;
- biedt ondersteuning en begeleiding;
- creëert een positieve werkomgeving waarin mensen zich veilig voelen;
- geeft kansen voor ontwikkeling.

De ideale baan

Als je op zoek bent naar een baan met veel werkplezier, is het belangrijk om te zoeken naar een organisatie met een cultuur waar jij je prettig in voelt. Daarbij zijn fijne collega's en een goede leidinggevende van belang. Uiteraard moet ook de inhoud van de functie aanspreken. Als je deze aspecten in een baan hebt, is de kans groter dat je op je werk gelukkig en tevreden bent.

In balans

Werkplezier is meer dan functie-inhoud, collega's en bedrijfscultuur. Een ander belangrijk aspect van werkplezier is een goede balans tussen werk en privé (werk-privé balans). Daarmee wordt bedoeld dat de verhouding tussen de tijd die besteed wordt aan werk en de tijd die besteed wordt aan andere zaken in je privéleven, in de voor jou juiste verhouding zijn. Wat een juiste verhouding is, kan voor iedereen anders zijn en kan ook wisselen in de tijd. Ook hier weer, is bepalend wat belangrijk voor je is. Als je veel tijd met familie en vrienden wilt doorbrengen, is voldoende tijd met hen essentieel voor een goede balans. Activiteiten en interesses buiten je werk kunnen een goede bijdrage leveren aan een gezonde balans, omdat ze de tijd die je aan werk kunt besteden, begrenzen en je op die manier ook nieuwe energie kunnen geven/'opladen'. Een goede werk-privé balans houdt je mentaal en lichamelijk fit. Na een werkdag is het belangrijk



Radboudumc: MDL-zomeruitje (staf, aios/anios, vs/pa'ers, verpleging, scopieverpleegkundigen, secretariaten, ondersteuning en diëtetiek), waarbij het team ging waterskiën/wakeboarden, suppen, beachvolleyballen en kanoën met bbq nadien.

om te herstellen en zo de volgende dag echt weer fris aan het werk te kunnen. Ditzelfde geldt ook tijdens je werkdag. Regelmatig pauzes nemen zorgt ervoor dat je stressniveau minder snel stijgt. Daarbij krijg je de beste ideeën, inspiratie en oplossingen voor problemen als je even iets anders doet.

Vakantie

Een langere periode van echt even afschakelen van werk, is belangrijk voor je werkplezier. Vakantie is daar de meest gebruikelijke vorm voor. Vakantie geeft ruimte om andere en meer ontspannende dingen te doen zonder druk, zodat je kunt uitrusten en

nieuwe ideeën kunt opdoen. Te lang achter elkaar doorwerken geeft een mate van vermoeidheid waar je moeilijker van herstelt. Het effect hiervan is dat je motivatie kan dalen en dat werken meer moeite kost.

Hoe houd je het leuk?

De werk-privé balans is niet statisch en dat betekent ook meebewegen met wat er in je leven gebeurt. Soms (of misschien vaker), is het nodig om een stap harder te lopen. Echter, te lang te hard lopen, kan de balans verstoren, wat stressklachten kan geven. In het algemeen is te stellen dat stress ontstaat als je iets moet doen wat je niet wilt of kunt doen. Er komt dan te veel druk. Voor een korte periode is dat te hanteren, maar als het langer duurt wordt het meer chronische stress en dat kan behoorlijke klachten geven. Als dit te lang duurt, kan het tot uitputting of burn-out leiden.

Proces

Het proces naar uitputting is lang en er is gelukkig veel in te doen om het niet zover te laten komen. Eerste signalen in dit proces kunnen bijvoorbeeld zijn het gevoel niet

meer uit te rusten, dat het weekend te kort is. Slechter slapen en/of piekeren over werk als je 's nachts wakker wordt. Maar ook het schrappen van ontspannende activiteiten vanwege werk, het vermijden van sociale contacten en een korter lontje zijn signalen. Fysiek kunnen je zwakke plekken opspelen, net als een verminderde weerstand. Met oplopende stress, neemt ook het werkplezier af. Ook dat kan een signaal zijn. Vaak is er twijfel aan het eigen functioneren en kost het checken en eventueel corrigeren van werk veel tijd.

Voorkomen

Zoals eerder aangegeven, is er gelukkig het nodige wat je zelf kunt doen om dit te voorkomen. Het begint met weten wat voor jou signalen zijn van stress. Het liefst zo vroeg mogelijk, dus al bij de eerste subtiele signalen. Dan is het makkelijker om bij te sturen dan als de druk al te hoog is opgelopen. Het lastige kan zijn dat het verloop hiervan vaak geleidelijk is, waardoor het besef dat de druk te hoog is opgelopen er niet altijd is. Het is namelijk moeilijk te zien als je er zelf middenin zit en kunnen signalen uit je

omgeving je hiervan bewust maken. Daarnaast is het ook weten wat jou helpt om te ontspannen. Sport, cultuur en sociale contacten zijn belangrijk om los te komen van werk en om op te laden. Een gezonde leefstijl helpt om veerkracht te houden. Daar valt onder voldoende slapen, gezonde voeding en genoeg beweging. Deze aspecten dragen bij aan langdurig werkplezier. Hoe beter je je voelt, hoe meer plezier je kunt ervaren.

Leuk vak

Ook kan het goed zijn om regelmatig vakinhoudelijk te evalueren hoeveel voldoening de inhoud je geeft. Te veel uitdaging geeft stress, maar te weinig ook. Het kan dan als monotoon ervaren worden. Verveling en sleur liggen dan op de loer. Tijd maken voor je professionele ontwikkeling kan haaks staan op de hoge werkdruk, maar kan tegelijkertijd wel het werkplezier verhogen. Daarbij is het onmogelijk om al het werk af te krijgen. Hoe leuker je het voor jezelf maakt, hoe beter je het volhoudt.



Medisch Spectrum Twente: MDL-delegatie tijdens het benefietdiner.



Erasmus MC: een van de twee tafels tijdens de traditionele Rotterdamavond tijdens het EASL-ILC Congres 2023 in Wenen.

Presence

Echt aanwezig zijn in waar je mee bezig bent, wordt *presence* genoemd. Het is te vergelijken met het gevoel van *flow*. De tijd vliegt en je geniet van wat je doet. *Presence* is een staat van zijn die veel positieve effecten heeft, zoals meer creativiteit, minder stress en angst en betere contacten. Het is iets wat je kunt ontwikkelen door bijvoorbeeld *mindfulness*, yoga of wandelen in de natuur. Activiteiten waar je ook je zintuigen bij gebruikt. Door dit regelmatig te oefenen, zul je verschil merken. Je aandacht dwaalt dan veel minder af.

Samenvattend

De tips om je werkplezier zo hoog mogelijk te brengen of te houden op een rij:

- Weet wat je drijfveren zijn;
- Niet alleen functie-inhoud is belangrijk, maar ook bedrijfscultuur, collega's en je leidinggevende;
- Herken stresssignalen en weet waarvan je ontspant;
- Zorg voor pauzes, ontspanning en neem regelmatig vakantie;

- Besteed aandacht aan je professionele ontwikkeling;
- Besef dat het werk nooit af is en sta ook eens stil bij wat er wél gedaan is;
- Wees aanwezig in het moment.

Hoef je inderdaad nooit meer te werken als je werk bij je past zoals in bovenstaande quote genoemd is? Zoals bij alles, zitten er leuke en minder leuke aspecten aan. Met dit artikel heb je handvatten om werken voor jezelf zo leuk mogelijk te maken en kom je aardig in de richting.

Angela Koolmees, arbeids- en organisatiepsycholoog en mindfulness- en compassie-trainer, NIP.

Wat doen de verschillende MDL-afdelingen in Nederland om elkaar buiten de werkvloer te leren kennen en het werkplezier te behouden? Het beeld bij dit artikel bestaat uit foto's die zijn ingestuurd n.a.v. de oproep van de redactie van MAGMA om foto's van afdelingsuitjes of teambuildingsactiviteiten te delen.



Amsterdam UMC: aios-BBQ bij opleider dr. Kristien Tytgat thuis.

*“Niks doen en op de bank
zitten, werkt niet bij mij”*

Een academische topcarrière: wat moet je ervoor doen en laten?

Een academische topcarrière is volgens Jeanin van Hooft hard werken. Meer dan gemiddeld. Naast haar hoofdbanen als hoogleraar MDL-ziekten en hoofd van de MDL-afdeling in het LUMC bekleedt ze talrijke nevenfuncties, hield 400 lezingen en schreef meer dan 200 publicaties. Haar drijfveer? "Ik ben echt gezelliger als ik het druk heb."

“Werk en privé scheiden, is tegenwoordig echt een topic. Ik heb het wel eens geprobeerd – even relaxen, niks doen en op de bank zitten –, maar bij mij werkt dat niet. Ik word er niet blij van. Bij mij lopen werk en privé dus door elkaar heen. Ik heb daardoor ook niet het idee dat ik voor mijn werk iets heb moeten laten. Ik zie ‘werk’ namelijk niet echt als werk. Ik vind het ontzettend leuk en krijg er energie van.” Ook doelen stellen, doet zij niet. “Mijn carrière verliep organisch. Ik ben overall heerlijk doorheen gemeanderd. Dat vind ik fijn. Het bereiken van een academische carrière is natuurlijk hard werken, meer dan gemiddeld, maar je hoeft het van tevoren niet allemaal precies uit te stippen. Natuurlijk heb ik wel ambitie – ik wil mij altijd blijven ontwikkelen, blijven leren en continu een uitdaging hebben – maar de richting waarin, had ik van tevoren niet gedefinieerd.”

Hoogtepunten

De hoogtepunten in haar carrière? “Mijn promotie. Dat vind ik toch wel bijzonder. Ik had dat nooit van mijzelf gedacht, vooral ook omdat ik een pragmaticus ben. Maar ook hier rolde ik organisch in. Eerst was het ‘wil je even helpen?’, toen werd het ‘wil je het overnemen?’ Toen ik eenmaal in de materie zat – ik deed onderzoek naar endoscopische

behandeling van gastro-intestinale vernauwingen – vond ik het ook leuk.” In 2010 promoveerde zij aan de Universiteit van Amsterdam. Als tweede hoogtepunt noemt Van Hooft de afronding van haar Master of Business Administration (MBA) in Healthcare Management in 2016. “Toen ik na de middelbare school een studie moest kiezen, twijfelde ik tussen geneeskunde en bedrijfskunde. Ik houd van dynamiek, en in zowel het vak van arts als econoom/ondernemer vind je dat terug. Door deze master af te ronden, heb ik beide richtingen uiteindelijk toch weten te integreren. Voor artsen is management soms een vies woord, maar als je de zorg goed wilt inrichten, zul je daarvan, denk ik, toch wat kennis moeten hebben.”

Passie en focus

Na haar studies volgde de benoeming tot hoogleraar van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in december 2020, met interventie-endoscopie, in het bijzonder van de galwegen en pancreas, als focus. Scopiëren zou je haar passie kunnen noemen. Zelfs nu ze hoofd is van de afdeling MDL in het LUMC (sinds mei 2020) blijft ze het doen. “Het is een beeldvormende techniek en ik ben visueel ingesteld. Ook houd ik van dat kleine fröbelwerk: door zo’n scoop kunnen alleen maar hele kleine

instrumenten. Bovendien vind ik teamwork ontzettend leuk. Een scopie kun je niet in je eentje doen; je werkt samen met een verpleegkundige, een sedatiespecialist en in sommige ziekenhuizen ook nog met een radioloog. Daarnaast vind ik de combinatie van afdelingshoofd-zijn en ‘op de vloer staan’ een superleuke combinatie, omdat je dan ziet hoe andere afdelingen met je omgaan. Zo werd ik een keer door een ok-assistente terechtgewezen, omdat ik mijn steriele schort niet goed had aangedaan.” Passie en focus helpen bij een academische carrière, volgens Van Hooft. “Als je een academische carrière wilt, kun je het vak niet in de breedte doen. Het is wenselijk dat je een focus hebt. Maar je moet wel echt iets doen wat je intrigeert, waarvoor je passie hebt, want je moet wel je uren maken.”

Zichtbaar zijn

Een topcarrière nastreven, betekent voor Van Hooft ook zichtbaar durven zijn. In een interview in het European Medical Journal antwoordde ze op de vraag wat tot nu toe haar grootste prestatie was als hoofd van de MDL-afdeling in het LUMC ‘Ik heb geprobeerd de zichtbaarheid van het team te vergroten. We hebben hier veel getalenteerde mensen, maar ze zijn allemaal vrij bescheiden. Ik geef ze echt de kracht om op het podium te komen en te laten zien

¹ <https://nos.nl/artikel/2428133-voor-het-eerst-promoveren-meer-vrouwen-dan-mannen-aan-nederlandse-universiteit>



Advertentie

hoe goed ze zijn, en dat begint zijn vruchten af te werpen.’ Is die bescheidenheid eigen aan MDL-artsen? “Oei, dat is een strikvraag. Ik vind MDL-artsen over het algemeen bourgondisch en ondernemend, ook in de periferie. Ik heb in Enschede en in Deventer gewerkt en het waren daar zeker geen muurbloempjes. Maar in Leiden vond ik dat ze in verhouding tot wat ze kunnen heel bescheiden waren. Bovendien deden ze álles. En door álles te doen, spring je er nergens uit en dat is jammer. Vooral als je carrière wilt maken, moet je echt een keuze maken, op het podium gaan staan, een gefundeerd verhaal houden en ook laten zien dat je er zelf in gelooft. Dan gaat het wel vliegen.” Van Hooft heeft zelf altijd een soort onbevangenheid gehad, vertelt ze. “Het enige wat weleens lastig was: ik ben knater dyslect. In een talige maatschappij zoals in Nederland word je daar op afgerekend. Als je iets niet goed schrijft of uitspreekt, vinden mensen je meteen dom. Ik denk dat dat mij extra heeft gemotiveerd om te laten zien dat ik echt wel wat kan.”

Netwerk

Ook een netwerk helpt om je zichtbaarheid te vergroten. Vrouwen hebben daarin een achterstand, weet Van Hooft. Om die reden richtte ze samen met andere vrouwelijke MDL-artsen in 2015 de internationale netwerkorganisatie Women in Endoscopy (WIE) op. “Mannen hebben al een sterk netwerk, en dat is goed. In de Aziatische wereld bestond destijds al een vrouwen netwerk. Dat heeft ons geïnspireerd. We hebben de organisatie vooral opgezet om elkaar te promoten en elkaars aanspreekpunt te zijn.” In positieve discriminatie gelooft zij niet. In capabele vrouwen wel. “Als je naar de statistieken¹ kijkt, is sinds 2021 meer dan de helft van het aantal academici dat promoveert inmiddels vrouw (bij medische academici zelfs meer dan 60%). Van alle hoogleraren in Nederland is echter slechts 25% vrouw. In het LUMC zijn er van de 35 afdelingshoofden slechts 4 vrouw. Er is dus nog

Wie is Jeanin van Hooft

Jeanin E. van Hooft is hoogleraar Maag-, Darm en Leverziekten en tevens hoofd van de LUMC-afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten. Zij heeft zitting in de wetenschapsraad van de Dutch Pancreatic Cancer Group, is bestuurslid van de Pancreatitis Werkgroep Nederland en secretaris van de United European Gastroenterology (UEG). Daarnaast is ze mede-oprichtster en lid van de internationale organisatie Vrouwen in Endoscopie.

Bron: Universiteit Leiden

wat werk aan de winkel. Ik denk ook dat het de kwaliteit van zorg ten goede komt als er een balans is tussen vrouwen en mannen in een team. Vrouwen zijn toch vaak wat terughoudender (‘moeten we dit nou wel doen?’). Mannen zijn meer natuurlijk van ‘het kan, laten we ervoor gaan’. Beide generieke eigenschappen hebben waarde. Daarom vind ik echt dat in de interventie-endoscopie meer vrouwen moeten komen; met name in de interventie-endoscopie zijn vrouwen helaas nog ondervertegenwoordigd.” Heeft Van Hooft – als vrouw – harder moeten knokken tot waar ze nu is? “Ik denk dat ik vooral meer vasthoudend heb moeten zijn. En het blijft vermoeiend, ook nu nog, dat mensen bij bepaalde taken aan mij vragen ‘of ik dat wel kan’. Vragen jullie dat ook aan mijn mannelijke evenknie, denk ik dan? Maar daarover klagen en in een hoekje gaan zitten, gaat je niet helpen.”

Drive

De drijfveer en overtuiging van Van Hooft heeft in al die jaren nog niets in kracht ingeboet. Naast haar twee hoofdbanen, heeft ze zitting in de wetenschapsraad van de Dutch Pancreatic Cancer Group en tot voor kort zat

zij in de Raad Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm en Leverziekten. Ze is bestuurslid van de Pancreatitis Werkgroep Nederland en secretaris van de United European Gastroenterology (UEG). Maar ook van het vakwerk scopiëren en van haar baan als afdelingshoofd kan ze mateeloos genieten. “Als afdelingshoofd vind ik het heel leuk om te zien hoe het team zich ontwikkelt.” Ze probeert in haar leidinggevende rol een coach te zijn. “Ik denk dat ik benaderbaar ben en ik vind het in mijn rol ook belangrijk om met iedereen te blijven *connecten*, ook persoonlijk. Oog hebben voor elkaar: ik denk dat dat belangrijk is voor het werkplezier binnen het team. Maar ik weet ook dat ik af en toe kort door de bocht ben. Dan schakel ik te snel en vergeet dan achterom te kijken of iedereen nog is aangehaakt. Je komt jezelf in die rol zeker tegen. Dan denk ik ‘ik was toch niet dominant?’ En dan krijg je dat toch terug uit feedback. Dan denk ik ‘oh ja, dan moet ik dat in die setting misschien anders aanvliegen.” Maar de baan heeft zeker ook minder leuke kanten, vindt ze. Ze wijst bijvoorbeeld op de rompslomp van het personeelsmanagement. “Een bonnetje aftekenen, een extra uur werken fiatteren, de administratie rond promoties: het komt allemaal bij je terecht. Iedereen zegt dan dat je dat bij je management-assistent of secretaresse kunt neerleggen, maar daar zijn er maar twee van op een afdeling met tachtig mensen.”

Dooft de innerlijke drive, dan zoekt ze weer nieuwe uitdagingen. “Ik zit nu drie jaar in Leiden en dat is superleuk. Maar mijn team realiseert zich ook wel dat de kans dat ik op een bepaald moment weer iets anders ga doen, aanwezig is. Ik moet wel continu die uitdaging hebben, dingen doen waarin ik mij kan ontwikkelen, dat ik denk ‘hier ga ik iets van leren’. Wat ik dan ga doen? We gaan het zien. Wordt het een Raad van Bestuur, een andere grotere afdeling of ga ik Schiphol managen? Dat laatste lijkt mij ook heel leuk!”

Advertentie

Enquête: hoe groot is het a(n)ios-tekort?

In de lijn van de maatschappelijke ontwikkelingen waarin voor de toekomst grote tekorten aan zorgpersoneel worden voorzien, lijken de schaduwen zich vooruit te werpen. Zie ook het stuk dat recent is verschenen over het a(n)ios-tekort in het NTvG (nummer 22, jaargang 167, 1 juni 2023).

In de regio Rotterdam worden we het laatste jaar in meerdere ziekenhuizen in meer of mindere mate geconfronteerd met een voorloper van deze problematiek. Er is een objectieerbare en voelbare afname van a(n)ios interne geneeskunde. Deze artsen vervullen van oudsher een belangrijke rol in het draaiende houden van de patiëntenzorg op de afdeling en nemen een groot deel van de avond-, nacht- en weekenddiensten voor hun rekening. Zij dragen dan ook zorg voor andere beschouwende specialismen (cardiologie, longgeneeskunde, MDL en geriatrie). Hierdoor worden de MDL-praktijken direct geraakt. Om die reden hebben wij recent met een aantal ziekenhuizen in en rondom Rotterdam (Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland, IJsselland Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis en Albert Schweitzer ziekenhuis) besloten de handen ineen te slaan en met elkaar te analyseren hoe groot het probleem is, wat de oorzaak is, en belangrijker nog, hoe we hier een oplossing voor kunnen vinden.

Hoe wordt het tot op heden opgelost?

Het blijkt dat het probleem op dit moment in alle ziekenhuizen bestaat, maar dat de vervanging van de a(n)ios op lokaal niveau op verschillende manieren wordt aangepakt. In bepaalde centra worden de diensten (avond, weekend en soms ook nacht) opgevangen door aanwezigheid van de MDL-arts in huis. Hierop volgt wel een compensatie

op een ander moment in die week (en dus in plaats van directe MDL-patiëntenzorg). In een ander centrum wordt de MDL-arts ingezet in een coördinerende rol op de SEH. In een van de centra dreigt inzet van de MDL-arts voor directe zorg voor de patiënten van andere beschouwende specialismen.

Onder druk gezet

Het probleem lijkt te kunnen worden opgesplitst in twee facetten: het grootste betreft het inzetten van MDL-artsen voor arts-assistent-taken, wat vrijwel altijd leidt tot afname van de capaciteit op de polikliniek en/of endoscopie. Dit heeft logischerwijs een negatief effect op de reeds bestaande wachtlijsten in de regio (in de regio Rotterdam soms wel tot meer dan zes maanden voor niet urgente zorg). Daarnaast worden MDL-artsen in sommige praktijken onder druk gezet door het MSB om naast de MDL-zorg in diensten ook zorg te leveren voor de andere beschouwers (o.a. longziekten, cardiologie en interne geneeskunde).

Dit leidt direct tot de volgende vraag, namelijk: mag een MDL-arts verantwoordelijk worden gehouden voor zorg die hij levert aan patiënten met ziektebeelden die buiten zijn vakgebied vallen? Hierbij gaat het over de begrippen *bevoegd* en *bekwaam*. Elke arts is bevoegd om gesuperviseerd door een specialist ('voorwacht') van een betreffende discipline zorg te leveren. Echter, als wij als MDL-artsen ons niet bekwaam voelen tot leveren van dergelijke zorg, kunnen wij hier volgens de Federatie Medisch Specialisten (FMS) niet toe worden gedwongen. In juridische zin kan worden gesteld dat MDL-artsen geen leerling-meester relatie hebben, dus iedere specialist is en blijft verantwoordelijk voor zijn eigen medisch handelen: noteren in

overleg/opdracht van bijvoorbeeld cardioloog ontslaat je niet van juridische aansprakelijkheid.

Enquête

De oorzaak van het probleem is weerbarstig en wordt al voor een belangrijk deel beschreven in het eerder aangehaalde stuk in het NTvG. Het is echter onduidelijk hoe groot dit probleem landelijk is. Door middel van een korte enquête willen wij dit graag inzichtelijk maken. Daarom verzoeken wij u vriendelijk om (voor 1 oktober 2023) deze enquête in te vullen. Om de resultaten goed te kunnen verwerken, verzoeken we u dat door **één persoon per centrum** te laten doen. U vindt de vragenlijst via <https://bit.ly/EnqueteAIOStekort> of door de QR-code te scannen.



De oplossing zal niet simpel zijn, maar wij willen toch proberen op een later moment hier een voorzet voor te doen.

Alvast hartelijk dank voor u medewerking!

Frank Bekkering, MDL-arts
IJsselland Ziekenhuis
Ivonne Leeuwenburgh, MDL-arts
Franciscus Gasthuis & Vlietland
Lieke Brouwer-Hol, MDL-arts
Maasstad Ziekenhuis
Claudia Verveer, MDL-arts
Ikazia Ziekenhuis
Manon Spaander, MDL-arts Erasmus MC
Leonieke Wolters, MDL-arts
Albert Schweitzer ziekenhuis



Een bijzondere patiënt: zilverrug Bao Bao

Patiënten zijn er in alle soorten en maten. Nou wordt dat vaker gezegd, maar op de ochtend van 9 maart '22 was het toch een iets andere soort dan er normaal op onze onderzoekstafel ligt. Met een team van twee endoscopie-verpleegkundigen en een radioloog melden we ons bij Apenheul voor een bijzondere patiënt. De zilverruggorilla is namelijk ziek. Hij valt af, eet slecht en de algehele malaise is niet op te lossen binnen de mogelijkheden van dierenarts Marloes van Elderen. Dus, grof geschut! Wij, samen met een scopiërend veterinaire internist, videocapsule specialist, gespecialiseerd *Wildlife*-dierenarts en de vaste verzorger van deze imposante kerel staan paraat om een diagnose te stellen waarmee Bao Bao weer de apenrots op kan.

We horen wat meer van zijn levensverhaal: als baby is hij in beslag genomen door de autoriteiten en daarna ondergebracht in Taipei Zoo (Taiwan). Alleen. Gelukkig is hij nu al een aantal jaren in Apenheul waar hij een harem heeft opgebouwd en zelfs een zoon heeft gekregen. Omdat hij uit het wild komt, heeft hij unieke

genen binnen het internationale fokprogramma. Apenheul werkt hier zeer actief aan mee, dus het is van groot belang dat Bao Bao fit genoeg is om voor genetisch gezond nageslacht te zorgen.

Er wordt een uitgebreide briefing gedaan waarbij de risico's en acties van de dag

worden doorlopen. Er moet efficiënt gewerkt worden, intuberen, echo's, puncties, scopiëën, videocapsule, bloedafname... Het doel is zo snel mogelijk alles uit te voeren zodat de narcose zo kort mogelijk duurt. Bao Bao heeft moeten laxeren, wat inhield dat hij geen eten meer kreeg maar enkel laxeremiddel. Al gauw kwam hij er achter dat dat spul



niet erg goed smaakt, dus stopte hij er mee en deed zich te goed aan zijn eigen ontlasting. Hierna is hij, toch wel begrijpelijk, niet in een opperbste stemming. Hij ziet de bui hangen en weigert naar het hek van zijn verblijf te komen om zich te laten sederen. Er wordt een set klaargemaakt met een verdoovingsgeweer; een laatste redmiddel want de onderzoeken moeten doorgaan. Uiteindelijk komt de patiënt aan bij het behandelcentrum van Apenheul en wordt hij op tafel gelegd. Nou ja, tafel, het is een werkbank van zeker 30 cm dik hout. Het eerste wat opvalt is de overweldigende geur in de ruimte. Ondanks de FFP-maskers is deze zo doordringend dat het tranen in menig oog bezorgde. Alleen de dierenartsen gaan

naar binnen om te intuberen. Van achter het raam verbazen we ons over zijn postuur, een bodybuilder van bijna twee meter ligt daar gestrekt op de tafel te wachten tot wij aan de slag kunnen. Zijn enorme handen en voeten verbonden in verband voor het geval hij plots bijkomt en iemand vast wil grijpen. Na een vrij soepele intubatie gaan we aan de slag. Als een geoliede machine verdelen we ons over de krappe ruimte en starten we met de voorbereidingen. De borst, stukken van de flanken en armen worden geschoren voor de elektroden van de videocapsule, bloedafname en de echo. Intussen doet de veterinaire internist een poging de videocapsule in de maag te brengen, maar door alle ontlasting die Bao Bao heeft gegeten,

is er nauwelijks zicht. Het lukt ons uiteindelijk wel, op gevoel (anatomisch gezien lijkt hij gelukkig gewoon op een mens) om de capsule in de maag te krijgen, maar de dunne darm in lukt echt niet, de scoop is te kort. Er worden klyasma's ingebracht om het zicht in het colon te verbeteren. Het laxeren is niet helemaal goed gegaan: mede door het dieet van vezelrijke planten, het feit dat Bao Bao zijn ontlasting weer opat en de lange tractus digestivus, zit zowel de maag als het colon nog vol met voedingsresten. De leen-endoscoop is niet zo geavanceerd als de materialen die wij dagelijks gebruiken, dit is een leenscoop van een dierenpark zonder spoelfunctie, de spuiten water zijn niet aan te slepen om de mucosa enigszins in beeld





te krijgen. Ondanks het slechte zicht biopteren we rijkelijk uit het colon en de maag. De videocapsule geeft vrijwel geen nuttig beeld door de verontreiniging. Terwijl wij bezig zijn met de scopieën wordt Bao Bao ook met de echo onder handen genomen. Door veel lucht in zijn darmen en een uitermate goed ontwikkeld *sixpack*, is het lastig goed zicht te krijgen. Veel duwen, trekken en tillen helpt om toch de urineblaas goed in beeld te krijgen waar direct een steriele punctie wordt verricht. Ook zijn hart, nieren en abdomen worden zo goed als mogelijk is bekeken.

En dan. Gerochel. Gehoest. Beweging. Iedereen kijkt elkaar aan. De tube is geluxeerd en dierenartsen springen in actie om opnieuw te intuberen. Een vies hoestje vult de kamer, mogelijk aspiratie, dus uitzuigen en razendsnel de tube er weer in. Van de schrik bekomen gaat het team weer aan de slag. Als laatste moet er nog bloed worden afgenomen. Dit blijkt de lastigste klus van de dag. Vaten zijn goed te zien en palperen, maar de huid is zo stevig en dik dat er met geen naald doorheen te prikken is. Uiteindelijk krijgen we met veel pijn en moeite een vlindernaaldje in de vena femoralis (lies) en

kunnen er wat buisjes bloed worden afgenomen.

Tegen het einde van alle onderzoeken, zo'n uur later, is de adrenaline gezakt. Bao Bao's voet is uit het verband geraakt en we verbazen ons over het enorme formaat. Deze machtige gorilla is helaas erg mager voor zijn leeftijd vertelt Marloes ons; hij weegt 30-40 kg minder dan het strefgewicht. Normaal weegt een zilverrug rond de 180 kilo en is de borstkas nog veel breder en gespierder.

Het team is klaar en we ronden af met een debriefing. Iedereen is moe en warm, maar voldaan. Zulke werkdagen zijn er zelden maar we zijn allemaal apetrots om hieraan te hebben meegewerkt!

Uit de bipten kwam een eosinofiele gastritis, enteritis en colitis. Er zijn geen para-

sieten gevonden, dus ze (we) denken aan een allergische/auto-immuun ontsteking. Hij reageerde goed op Sulfasalazine afgelopen winter en kwam niet in een winterdip.

Inmiddels gaat het weer een stuk beter met Bao Bao en is hij weer de koning van de Apenheul.

Eva Kouw, MDL-arts Gelre ziekenhuizen

Sophie Rosevink, Endoscopie-verpleegkundige Gelre ziekenhuizen

Inge Peersman, Endoscopie-verpleegkundige Gelre ziekenhuizen

MDL TRANSFERS

De MDL vernieuwt van noord naar zuid en van oost naar west

Noorden

Per 1 december start Arjan Visscher als elfde MDL-arts in het Martini Ziekenhuis Groningen, met aandachtsgebied motiliteit. Hij werkt momenteel bij zorgorganisatie Treant (Emmen) en heeft zijn opleiding gedaan in Amsterdam. Per 1 februari 2024 zal ook Sanne van Erp in het Martini Ziekenhuis starten, als de twaalfde MDL-arts en met aandachtsgebied IBD. Van Erp heeft haar opleiding gedaan in Leiden. Het Martini Ziekenhuis breidt het aantal MDL-artsen uit van tien naar twaalf. Boudewijn de Vries en Daphne Hotho beginnen op 1 september als nieuwe MDL-artsen in het UMC Groningen. De Vries wordt de zesde MDL-arts, met aandachtsgebied HPB, en Hotho de zevende, met aandachtsgebied hepatologie en (*living-related*) levertransplantatie. Aad van den Berg uit het UMC Groningen gaat op 1 december a.s. met pensioen.

Westen

Sinds 1 juli is Lalini Mahabiersing-Raghoebir werkzaam als zevende MDL-arts in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda, met aandachtsgebied neurogastroenterologie en motiliteit. Romy Verbeek was tot 1 juli MDL-arts in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. Daar is zij weggegaan. Haar vervolgstap komt in de volgende MAGMA.

Sinds 1 juli 2023 werkt Esmée Grobbee vanuit het Erasmus MC als MDL-arts in het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft. Daarnaast start zij in september met de opleiding *Business Analytics & Data Science* (BADs) aan de VU Amsterdam. Marloes Swets gaat vanaf 15 september gaat in het Ikazia Ziekenhuis Rotterdam werken. Haar opleiding volgde zij in het LUMC.

Oosten

Myrte Neijenhuis versterkt vanaf 1 september het team van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen als *chef de clinique*. Zij heeft haar opleiding gevolgd in het Radboudumc en Rijnstate.

Midden

Christel Pennings is sinds 1 augustus werkzaam in het St. Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk, opnieuw als *chef de clinique*. Wouter van Kapelle is ook op 1 augustus gestart in het St. Jansdal, als elfde

MDL-arts met aandachtsgebied hepatologie en dunne darm. Hij heeft zijn opleiding gedaan in UMCU en St. Antonius Nieuwegein. In het Meander Medisch Centrum Amersfoort zal Wytse Niemeijer-Westra het MDL-team versterken als negende MDL-arts.

Zuiden

Mark Lamberts is al werkzaam als *chef de clinique* in VieCuri Medisch Centrum Venlo. Per 1 juli treedt hij toe tot de maatschap als zevende MDL-arts, met aandachtsgebied geavanceerde endoscopische technieken/hpb. Arnold Stronkhorst, werkzaam in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, is per 1 juli met pensioen gegaan. Dr. Bouke Salden volgt hem op. Zij is opgeleid in het MUMC+.

Aantallen

De aantallen per 1 september 2023: 657 MDL-artsen in Nederland (waarvan 8 niet leden van de NVMdL), 21 pensionado's (*die nog werkzaam zijn*), 223 aios MDL.

Vacatures

Maatschap MDL Friesland, Heerenveen, Leeuwarden en Sneek: 2 MDL-artsen (1,6 – 2,0 fte)

Treant zorggroep Drenthe, Emmen/Hoogeveen/Stadskanaal: MDL-arts (0,8-1 fte)

Isala Zwolle: *chef de clinique* MDL (0,9-1,0 fte)

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

Deventer Ziekenhuis, Deventer: MDL-arts (1,0 fte)

Radboud UMC, Nijmegen: anios MDL (1 fte)

Radboud UMC, Nijmegen: afdelingshoofd MDL

CMSB Rivierenland, Tiel/Culemborg: MDL-arts (0,8 fte)

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

Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht/Zwijndrecht: MDL-arts (0,8-1,0 fte)

Van Weel Bethesda Ziekenhuis (Cunamare), Dirksland/Brielle/Hellevoetsluis: MDL-arts (0,6-0,8 fte)

Bernhoven, Uden: MDL-arts (1,0 fte)

Maxima Medisch Centrum, Veldhoven: *chef de clinique* MDL (0,8-0,9 fte)

Advertentie

De PEG-app is vanaf nu beschikbaar!

Patiënten met PEG-sondes worden regelmatig geconfronteerd met dagelijkse ongemakken van hun sonde of fistel. Een deel hiervan kan gemakkelijk door hen zelf worden opgelost, mits zij de juiste informatie bij de hand hebben. Om deze groep patiënten zelfredzamer te maken hebben MDL-artsen Linda Wanders en Lennard Gilissen de *PEG-app* ontwikkeld.

Tijdens haar opleiding tot MDL-arts aan het Amsterdam UMC viel het Linda Wanders op dat er relatief veel patiënten met PEG-sondes, of hun mantelzorgers, contact zochten met het ziekenhuis in verband met problemen die gemakkelijk in de thuissituatie opgelost kunnen worden. Dit zorgde ervoor dat deze patiënten vaak onnodig naar het ziekenhuis, en zelfs de spoedeisende hulp, kwamen, wat een grote belasting is voor de patiënt en bovendien een extra druk geeft op ons zorgstelsel.

Zij nam daarom contact op met Lennard Gilissen die namens de voedingscommissie van de NVMDL meewerkte aan de in september 2022 gepubliceerde Nederlandse richtlijn Enterale toegang. De inhoud van de

app voldoet daarmee aan de meest recente richtlijnen. Binnen de PEG-zorg was tot op heden weinig uniformiteit ten aanzien van de dagelijkse verzorging of wat te doen bij problemen en er werden met name lokale richtlijnen gevolgd. De PEG-verpleegkundigen vanuit het Amsterdam UMC en Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Fokje Rienstra, Monique de Jager en Arlinda Baars, werden nauw betrokken bij de ontwikkeling van de app. Zij weten natuurlijk als geen ander met welke problemen patiënten vaak worstelen. Na het plaatsen van een PEG-sonde krijgen patiënten meestal wel een folder mee, maar die verdwijnt vaak weer ergens op een stapel. Doordat er nu een app is ontwikkeld hebben patiënten de gegevens altijd bij de hand, toegespitst op hun eigen type PEG of afgeleide. Daarnaast hebben zij de gegevens van hun zorgverleners bij de hand en is inzichtelijk wanneer hun volgende controle plaatsvindt.

De app geeft informatie over de dagelijkse verzorging van de sonde zodat deze niet vastgroeit (*buried bumper*), hoe de huid verzorgd moet worden, hoe en welke medicijnen door de sonde mogen enzovoort. Dit wordt ondersteund met informatieve filmpjes. Voorts komen problemen met de

sonde uitgebreid aan bod. Deze zijn opgedeeld in vroege problemen (binnen twee weken na plaatsing) en late problemen (na twee weken). Hierin komen de geïrriteerde en ontstoken huid aan bod, de lekkende sonde, granulatieweefsel ('wild vlees'). Alles wordt ondersteund met plaatjes. Daarnaast worden tips gegeven hoe te handelen bij een uitgevallen of verstopte sonde.

Aanvankelijk was de app ontwikkeld voor de traditionele PEG-voedingssondes, maar deze is ook van toepassing op PEG-J, PEJ en PEC (percutane endoscopische colostomie, die mensen krijgen in verband met hardnekkige obstipatie of bijvoorbeeld terugkerende volvulus) en sondes die geplaatst worden om parkinson-medicatie toe te dienen in het jejunum.

De app is de komende vijf jaar gratis te downloaden in de App Store voor zowel Apple als Android, dankzij de hulp van enkele sponsors.

Linda Wanders,
MDL-arts OLVG
Lennard Gilissen,
MDL-arts Catharina Ziekenhuis

Download de PEG-app voor iOS via onderstaande QR-code:



Download de PEG-app voor Android via onderstaande QR-code:



Advertentie

Fatale afloop: staken van nucleotide analoog bij hepatitis B-patiënt

Een 68-jarige man presenteerde zich op de spoedeisende hulp (SEH) van het verwijzende centrum met icterus en tekenen van encefalopathie. In de voorgeschiedenis was hij bekend met Morbus Crohn (waarvoor geen medicatie) en een stabiele chronische HBeAg-positieve hepatitis B-infectie zonder tekenen van cirrose (vijf jaar terug toonde de Fibroscan® 8.8 kPa, passend bij F2 fibrose). Twee maanden voorafgaand aan de SEH presentatie was hij, na een behandelduur van vier jaar, in overleg met zijn behandelaar gestopt met zijn tenofovir disoproxil (TDF). De vervolfgafpraak stond gepland na drie maanden.

Op de SEH klaagde hij over sufheid, geelzucht en algehele malaise. Aanvullende diagnostiek toonde verhoogde leverwaarden (ALAT 3500 IU/l en bilirubine 190 μ mol/l), coagulopathie (INR 2.7) en verhoogde serum HBV DNA-spiegels (7.1E8 IU/mL). Bij een verdenking op acuut leverfalen op basis van een hepatitis B-reativatie werd de TDF herstart. Tijdens de opname was sprake van klinische achteruitgang, met verslechtering van de leverfunctie en een oplopend INR.

Drie dagen later werd hij overgeplaatst naar een levertransplantatiecentrum. De patiënt voldeed zowel aan de King's College als de Clichy criteria en werd op de wachtlijst voor levertransplantatie geplaatst met een hoog urgente (HU) status. De volgende dag werd een donorlever aangeboden en onderging de patiënt een levertransplantatie. Het lever-explantaat toonde tekenen van acuut leverfalen door hepatitis B-reativatie zonder tekenen van leverfibrose of cirrose.

Helaas was er postoperatief sprake van een zeer gecompliceerd beloop met onder andere een acute pancreatitis. Zeventien dagen na de levertransplantatie werd de patiënt hemodynamisch instabiel ten gevolge van een intra-abdominale bloeding veroorzaakt door een opgeloste hechting in de vena cava ten gevolge van de pancreatitis. De patiënt overleed aan de gevolgen van multi-organafalen.

Beschouwing

Nucleos(t)ide analogen (NUCs) zijn momenteel de eerstelijns behandeling voor patiënten met chronische hepatitis B. Dit is effectief in het onderdrukken van virale replicatie, maar functionele klaring van het virus (HBsAg-verlies) is zeldzaam gedurende de behandeling.¹ Daarom werd altijd aangenomen dat deze behandeling levenslang zou zijn. Echter, in de afgelopen jaren is er toenemend bewijs gevonden dat NUCs kunnen worden gestaakt na langdurige virale suppressie voordat HBsAg-verlies is bereikt. Studies tonen aan dat de

kans op HBsAg-verlies hoger is bij patiënten die hun NUCs stoppen, ten opzichte van patiënten onder NUC-behandeling.²

Daarom suggereert de huidige Europese richtlijn voor hepatitis B dat het stoppen van NUCs bij een selecte groep patiënten kan worden overwogen indien strikte *follow-up* kan worden gegarandeerd. Het betreft patiënten met een negatieve serum HBeAg, zonder levercirrose, die langdurige virale suppressie hebben bereikt onder NUC-behandeling (tenminste twaalf maanden na stabiele HBeAg-seroconversie versus tenminste drie jaar bij respectievelijk HBeAg-positieve en HBeAg-negatieve patiënten bij start van de NUC).¹ Echter, doet de richtlijn geen uitspraken over de overige selectiecriteria en de *follow-up*.

Eerdere NUC-stopstudies tonen een typisch klinisch beloop: na het staken van NUCs treedt na enkele weken tot maanden bij bijna alle patiënten een reactivatie op (stijging in HBV-DNA *load*). Dit resulteert in stijging van ALAT bij een groot deel van de patiënten, waarbij sommige een ernstige hepatitis ontwikkelen.³ Gezien het risico op leverfalen bij deze laatste groep, behoeven zij onmiddellijke herstart van de behandeling met NUCs. In de literatuur zijn enkele casus beschreven van leverdecompensatie en overlijden, voornamelijk (maar niet uitsluitend) bij patiënten met levercirrose. Momenteel zijn er (nog) geen goede voorspellers voor het (moment van) optreden van virale reactivatie en/of ernstige hepatitis. Om die reden is zeer strikte *follow-up* van belang.

Het kan worden bediscussieerd dat het plaatvinden van een eerste vervolfgafpraak drie maanden na het staken van de NUC te terughoudend is geweest. HBV-reativatie kan immers al na enkele weken optreden. Een veiliger *follow-up* schema zou zijn om patiënten gedurende de eerste maand elke twee weken te evalueren, tot drie maanden elke vier weken, vervolgens elke drie maanden gedurende het eerste jaar en daarna elke zes maanden. ▷

Advertentie

In dit specifieke geval was de patiënt bovendien HBeAg-positief op het moment van staken van zijn NUC. Het wordt bij deze groep patiënten afgeraden te stoppen met antivirale therapie. Voorafgaand aan staken van NUCs is het noodzakelijk om de betreffende patiënt opnieuw volledig in kaart te brengen. Onder andere, HBeAg, HBV DNA, de leverfunctie en indien mogelijk de HBsAg-spiegels dienen te worden bepaald. Dit is bij deze casus niet volledig gedaan. Een oudere HBeAg-uitslag is gemist en het HBeAg is niet opnieuw bepaald.

Concluderend illustreert deze casus dat het staken van NUCs niet zonder risico is. Patiënten lopen het risico op een ernstige hepatitis, met in zeldzame gevallen leverfalen en overlijden tot gevolg. Strikte patiëntselectie en monitoring is van belang. Momenteel is er in Nederland weinig ervaring met het staken van NUCs buiten studie verband om. Derhalve valt het aan te raden om in deze fase NUCs alleen te staken in (of na overleg met) expertise centra.

Sylvia Brakenhoff, aios MDL, Erasmus MC

Heng Chi, aios MDL, Erasmus MC

Rob de Knegt, MDL-arts, Erasmus MC

Caroline den Hoed, MDL-arts, Erasmus MC

Rob de Man, MDL-arts, Erasmus MC

Referenties

1. European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol.* 2017;67(2):370-398. DOI: 10.1016/j.jhep.2017.03.021
2. Berg T, Simon KG, Mauss S, et al. Long-term response after stopping tenofovir disoproxil fumarate in non-cirrhotic HBeAg-negative patients - FINITE study. *J Hepatol.* 2017;67(5):918-924. DOI: 10.1016/j.jhep.2017.07.012
3. Lampertico P, Berg T. Less can be more: A finite treatment approach for HBeAg-negative chronic hepatitis B. *Hepatology.* 2018;68(2):397-400. DOI: 10.1002/hep.29821



Sylvia Brakenhoff

AFSCHIED

Afscheid Mieke Witteveen



Op 5 juni jl. nam Mieke Witteveen, vanwege haar naderende pensioen, afscheid van MAGMA. Tijdens de redactievergadering in Utrecht hebben we hier bescheiden bij stilgestaan met een korte toespraak, bloemen en een cadeau.

Van de 28 jaargangen, was Mieke 22 jaar eindredacteur. Redactieleden heeft ze zien komen en gaan en in die lange periode werkte zij nauw samen met twee hoofdredacteurs: ondergetekende en de grondlegger van MAGMA, Chris Mulder.

Mieke is een perfectionist, zegt ze. Dat heeft absoluut bijgedragen aan de steeds hoger wordende kwaliteit van MAGMA. Inhoudelijk en taalkundig bewaakte zij het tijdschrift. Telkens zorgde ze voor actualiteit en diepgang. Ze hield scherp in de gaten of de verdeling tussen de verschillende ziekenhuizen juist was: UMC-perifeer, noord-zuid, oost-west etc. Daarnaast was zij nauw betrokken bij de vormgeving, en wat een mooie exemplaren hebben we voorbij zien komen!

De cover is standaard een *eyecatcher*. Het was buitengewoon plezierig samenwerken. "Mieke we zullen je missen!"

Natuurlijk gaan we op dezelfde voet verder, gelukkig is er een geweldige opvolger gevonden (Charlotte Piers). Mieke zou Mieke niet zijn: de zaak is perfect achtergelaten.

Rob de Knegt, hoofdredacteur MAGMA

EARLY DETECTION OF ESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA AND ITS PRECURSOR BARRETT'S ESOPHAGUS

Yonne Peters, Radboud Universiteit Nijmegen, 11 mei 2023



De afgelopen jaren is het aantal mensen met slokdarmadenocarcinoom (EAC) sterk toegenomen in Nederland. Omdat EAC meestal pas in een laat stadium wordt ontdekt, is de prognose slecht. Barrett-slokdarm (BE) is een premaligne aandoening die, indien gediagnosticeerd, vroege detectie en curatieve behandeling van neoplasie mogelijk maakt. Ondanks dat de richtlijnen Barrett-surveillance en screening in hoog-risico groepen aanbevelen, is slechts één op de tien EAC-patiënten bekend met een BE-diagnose. Dit betekent dat de huidige richtlijnen ontoereikend zijn.

Allereerst focust het proefschrift zich op het vinden van een acceptabele en accurate screeningstest voor BE en EAC. Geen van de huidige screeningstests voldoet aan de criteria om te worden geïmplementeerd in de praktijk. Uit onze onderzoeken blijkt dat de Nederlandse populatie voorkeur heeft voor niet-belastende screeningsmethoden, maar alleen als de test-nauwkeurigheid hoog is (>80%). Tevens hebben we een eerste bewijs geleverd voor het onderscheid dat een ademtest kan maken tussen gezonde personen en BE-patiënten. Toekomstige studies moeten deze test verder ontwikkelen en valideren.

Het tweede deel van het proefschrift laat zien dat individuen met een aangedaan eerstegraads familielid een verhoogd risico hebben op BE en EAC. Wij raden laagdrempelige screening aan voor familieleden van BE-patiënten met zuur-gerelateerde klachten of in families met meerdere aangedane personen.

Deel drie betreft onderzoek naar endoscopische surveillance bij alle in Nederland gediagnosticeerde Barrett-patiënten. We vonden dat het risico op maligne progressie in BE zeer laag is. Dit risico neemt af naarmate patiënten meer negatieve surveillance endoscopieën hebben gehad. Deze bevindingen zijn een eerste stap naar een gepersonaliseerde aanpak voor BE-surveillance en onthullen een strategie om onnodige gastroscopieën te voorkomen.

Curriculum vitae

Yonne Peters (Groesbeek, 1992) studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. In 2017 startte zij haar promotieonderzoek onder begeleiding van prof. dr. Peter Siersema en later ook prof. dr. Mireille Broeders aan dezelfde universiteit. Yonne promoveerde *cum laude*. Tijdens haar promotieonderzoek heeft Yonne een ZonMw- en MLDS-subsidie binnengehaald. In 2022 startte zij met de opleiding tot MDL-arts in de regio Nijmegen. Ook begeleidt Yonne als copromotor twee promovendi in het onderzoek naar de vroege opsporing van slokdarmkanker.

Yonne Peters is bereikbaar via

y.peters@radboudumc.nl

Haar proefschrift vind je hier:

<https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/292270>.

Of scan de QR-code.



PANCREATIC CANCER SURVEILLANCE

Kasper Overbeek, Erasmus Universiteit Rotterdam, 26 mei 2023



Dit proefschrift beschrijft verschillende aspecten van surveillance voor het pancreascarcinoom, wat als doel heeft de ziekte in een vroeg stadium of als hooggradige voorloperlaesie te detecteren. Het proefschrift bestaat uit tien studies die zijn verdeeld over drie delen.

Het eerste deel richt zich op het identificeren van geschikte populaties, waaronder patiënten met diabetes mellitus, patiënten met een neoplastische pancreascyste en individuen met een hereditaire aanleg voor het familiair pancreascarcinoom. Er wordt beschreven dat een groot deel van type 2 diabetes mellitus patiënten een pancreascyste heeft en derhalve surveillance dient te ondergaan. Er is een model ontwikkeld en gevalideerd dat voorspelt welke pancreascyste-patiënten een laag risico hebben op het ontwikkelen van secundaire kenmerken van maligniteit en die dus mogelijk minder surveillance nodig hebben. Verder is een consensusrichtlijn opgesteld die adviseert welke mensen met hereditaire aanleg in aanmerking komen voor surveillance, waaronder individuen met een specifieke variant van het CDKN2A gen, dat in een aantal families in Nederland is gevonden.

In het tweede deel staat de psychologische belasting van surveillance en de mogelijk nadelige gevolgen op deelnemers centraal. Samenvattend vinden deelnemers de belasting laag en niet opwegen tegen de voordelen van surveillance. Zelfs deelnemers die nadelige gevolgen ondervonden, hadden een onveranderd positieve mening over surveillance.

Het laatste deel van het proefschrift richt zich op de uitkomsten op lange termijn. Na dertien jaar was de opbrengst aanzienlijk voor dragers van hoog-risico genetische varianten, maar verwaarloosbaar voor jonge familiair pancreascarcinoom verwanten zonder deze varianten. Helaas bevond het grootste deel van de carcinomen zich bij diagnose in een gevorderd stadium, ondanks de surveillance. Bijna de helft presenteerde zich zelfs als een nieuwe afwijking na een goede controle elf maanden daarvoor. De andere helft leek te zijn ontstaan uit een pancreascyste die zich snel had ontwikkeld. Vergeleken met patiënten uit de algemene populatie met een pancreascyste, leken de cysten bij hoog-risico individuen een grotere kans te hebben om een hoge groeisnelheid of andere secundaire kenmerken van maligniteit te ontwikkelen.

Curriculum vitae

Kasper Overbeek (Nieuwegein, 1990), studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. In 2016 begon hij met zijn promotietraject onder begeleiding van prof. dr. Marco Bruno en dr. Djuna Cahen in het Erasmus MC in Rotterdam. Hij promoveerde *cum laude*. Sinds december 2019 volgt hij de opleiding tot MDL-arts in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft.

Het proefschrift van Kasper Overbeek is vindbaar op:

https://pure.eur.nl/ws/portalfiles/portal/90646943/proefschrift_kasper_overbeek_645d3156ae87a.pdf, dan wel via k.overbeek@erasmusmc.nl.

QUANTITATIVE MOLECULAR FLUORESCENCE ENDOSCOPY: A MULTIDIMENSIONAL APPROACH FOR CANCER DETECTION

Iris Schmidt, Rijksuniversiteit Groningen, 31 mei 2023



Moleculaire fluorescentie endoscopie combineert tumorspecifieke tracers met speciale fluorescentie beeldvormings- en kwantificatiesystemen voor de detectie van tumoren, het monitoren van het effect van behandelingen, of het beter in beeld brengen van de distributie van medicatie. Echter, voordat deze techniek kan worden toegepast in de kliniek, is standaardisatie van het systeem en kwantificatie van het fluorescentiesignaal essentieel. Het fluorescentiesignaal dat wordt gemeten is niet alleen afhankelijk van de hoeveelheid tracer, maar ook van de optische eigenschappen (absorptie en verstrooiing) van het weefsel. Objectieve en kwantitatieve metingen zijn niet mogelijk, waardoor bijna altijd een over- of onderschatting wordt gemaakt van het aanwezige fluorescentiesignaal. Kwantitatieve moleculaire fluorescentie-endoscopie (qFME) combineert moleculaire fluorescentie-endoscopie met kwantitatieve reflectiespectroscopie. Hierbij zorgt de fluorescente beeldvorming voor een algemeen overzicht van het signaal en de reflectie spectroscopie voor de kwantificatie. Er zijn twee typen reflectie spectroscopie: *multi-diameter single fiber reflectance/single fiber fluorescence* (MDSFR/SFF) en *ultrasound-guided needle biopsy/single fiber fluorescence* (USNB/SFF) reflectiespectroscopie. MDSFR/SFF spectroscopie meet het fluorescentiesignaal in de mucosa. De UNSB/SFF fiber kan echter door een 19-gauge naald

worden opgevoerd en op die manier ook de fluorescentie meten in de diepere lagen van de (slok)darmwand en direct in de lymfeklieren. In dit proefschrift wordt de optimalisatie en implementatie van kwantitatieve moleculaire fluorescentie-endoscopie onderzocht voor de standaard klinische zorg. Het bestaat uit twee delen: deel I beschrijft de standaardisatie van zowel moleculaire fluorescentie-endoscopie als van reflectiespectroscopie. Deel II evalueert de klinische toepassing van de technieken binnen vier verschillende ziektebeelden: alvelesklierkanker, Barrett slokdarm, slokdarmkanker en hypofysetumoren.

Curriculum vitae

Iris Schmidt studeerde Technische Geneeskunde aan de Universiteit Twente waar zij in 2018 afstudeerde in de richting *Medical Imaging and Intervention*. Hierna startte zij haar promotietraject binnen de *Optical Molecular Imaging Groningen* (OMIG) onderzoeksgroep in het UMCG onder leiding van Wouter Nagengast. Momenteel vervolgt zij haar onderzoek binnen de OMIG-onderzoeksgroep als postdoctoraal onderzoeker.

Je leest het proefschrift van Iris Schmidt hier: <https://research.rug.nl/en/publications/quantitative-fluorescence-molecular-endoscopy-a-multidimensional->

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN OLDER PATIENTS FROM GUT FEELING TOWARDS EVIDENCE-BASED MEDICINE

Vera Asscher, Universiteit Leiden, 6 juni 2023



Het aandeel oudere patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) wordt steeds groter en het behandelen van deze groep is een uitdaging, onder andere door comorbiditeit en kwetsbaarheid. Het doel van dit proefschrift is de huidige literatuur en behandeloverwegingen in kaart brengen en vervolgens bewijs creëren voor het gebruiken van comorbiditeit en kwetsbaarheid bij de behandeling van oudere patiënten met IBD.

Allereerst laat dit proefschrift door middel van een kwalitatief onderzoek zien dat oudere patiënten vaak anders worden behandeld vanwege hun leeftijd, aspecten van kwetsbaarheid en terughoudendheid bij artsen bij het voorschrijven van medicijnen. Kwetsbaarheid wordt echter niet gestandaardiseerd gemeten en naar aanleiding van een *systematic review* oordeelden wij dat bewijs naar het gebruik van kwetsbaarheid bij IBD schaars is.

Daarnaast wordt in dit proefschrift het verband onderzocht tussen comorbiditeit enerzijds en veiligheid en effectiviteit van biologicals anderzijds. Zowel tijdens behandeling met anti-TNF therapie, als bij vedolizumab en ustekinumab, geeft comorbiditeit, met name een *Charlson Comorbidity Index* van drie of hoger en cardiovasculaire ziekten, een hoger risico op bijwerkingen (infecties en ziekenhuisopnames), maar niet op effectiviteit. Leeftijd zelf geeft geen verhoogd risico op nadelige uitkomsten.

Tenslotte wordt de prevalentie van kwetsbaarheid in een Nederlands

cohort van oudere patiënten met IBD onderzocht door middel van geriatrische screening en assessment. Het cohort laat zien dat de helft van de patiënten kwetsbaar is. Hoe kwetsbaarder patiënten zijn, hoe meer IBD-ziekteactiviteit en IBD-ziektebelasting zij hebben. Het risico op kwetsbaarheid (gemeten met de G8 vragenlijst) is onafhankelijk van leeftijd en IBD-ziekteactiviteit geassocieerd met ongeplande ziekenhuisopnames en infecties, en met achteruitgang in functionele status en kwaliteit van leven. Zo laat dit proefschrift zien dat kwetsbaarheid en comorbiditeit belangrijke parameters zijn in de behandeling van oudere patiënten met IBD.

Curriculum vitae

Vera Asscher (Amsterdam, 1993) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Tijdens haar studie begon zij met haar onderzoek naar inflammatoire darmziekten bij oudere patiënten onder begeleiding van dr. Jeroen Maljaars en prof. dr. Simon Mooijaart in het LUMC. Dit onderzoek zette zij na haar afstuderen voort als arts-onderzoeker. Daarnaast nam zij plaats in het bestuur van de Young Initiative on Crohn and Colitis (Y-ICC). Na haar aanstelling als arts-onderzoeker werkte zij als anios MDL in het HagaZiekenhuis. In mei 2022 begon Vera aan de MDL-opleiding in de regio Leiden.

Het proefschrift van Vera Asscher is te verkrijgen via v.e.r.asscher@lumc.nl.

Advertentie - Bijsluiters

o

Vooruitstrevende regiomaatschap

Locatie-overstijgend denken? Dat gebeurt dagelijks bij Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), Antonius Ziekenhuis Sneek (AZS) en Tjongerschans ziekenhuis Heerenveen (TSH). Per 1 januari 2023 sloegen zij de handen ineen als regiomaatschap. “Samenwerken was geen noodzaak, maar een wens”, vertelt voorzitter van de regiomaatschap en MDL-arts Hans Lubbinge. “Alle leden van de vakgroep zagen de voordelen ervan in.”

De regiomaatschap MDL Friesland bestaat momenteel uit twaalf MDL-artsen en één internist met MDL als aandachtsgebied. “Samen willen we de zorgkwaliteit waarborgen in de hele regio; goede algemene en complexe topklinische zorg”, legt MDL-arts Paul van Putten uit. “Hiervoor kunnen we elkaars expertise goed gebruiken.”

Kennismaken

De samenwerking begon met een uitgebreide oriëntatie. Hans: “We namen een kijkje in elkaars keuken, ontdekten wat we van elkaar konden leren en bespraken ieders kwaliteiten en ambities. Vervolgens knoopten we dit organisatorisch én financieel aan elkaar vast.”

Het MCL is een regionaal verwijscentrum voor de complexe zorg in Friesland op het gebied van inflammatoire darmziekten, oncologie, voeding, neurogastroenterologie, hepatologie en *advanced endoscopy*. Het

IBD Centrum en Bekkenbodemb Expertisecentrum zijn STZ-gecertificeerd. AZS en TSH zijn regionale ziekenhuizen waar basis MDL-zorg in de volle breedte wordt geboden.”

Samenwerken

Paul: “Natuurlijk heeft ieder ziekenhuis bepaalde aandachtsgebieden. Zo is het MCL bijvoorbeeld specialist op het gebied van Endoscopische Full-Thickness Resectie (EFTR) en Submucosale Dissecties (ESD) en komen patiënten juist weer naar Heerenveen voor een ballon enteroscopie. De gemiddelde Fries vindt het gelukkig geen probleem om iets verder te reizen voor de juiste expertise.”

Hans vult aan: “Tegelijkertijd willen we dat patiënten op elke locatie dezelfde zorgkwaliteit ervaren. De regiomaatschap bevordert dit. Zo had het MCL relatief veel last van wachttijden, die dankzij de andere locaties

omlaag konden worden gebracht. Bovendien zijn de diensten locatie-overstijgend verdeeld.”

Ook bij de aanschaf van nieuwe apparatuur trekken de ziekenhuizen met elkaar op. Net als rondom de inzet van innovaties, e-health, wetenschap en duurzaamheid.

Werkplezier

Sinds de oprichting weten de leden elkaar een stuk makkelijker te vinden. Hans: “We verwijzen patiënten sneller door en hebben oog voor ieders wensen en ambities, die we bij de start al inventariseerden. Door elkaar de ruimte te geven voor persoonlijke ontwikkeling vergroten we ons werkplezier enorm. Alles is mogelijk en we kunnen altijd bij elkaar terecht.”

Paul: “Zowel regionaal als landelijk hebben we overigens contacten. Er zijn goede lijnen met de UMC's. De chirurgen zijn ook regionaal georganiseerd en hebben een aanbod in de breedte inclusief slokdarm, maag, pancreas, rectumchirurgie en bariatric. We hebben diverse interessante samenwerkingsverbanden. Onder andere met de bariatric (Centrum Obesitas Noord-Nederland) en het levertransplantatiecentrum van het UMCG. Ook hebben we goed contact met de eerstelijns, waaronder op de stadspoli.”

Beleef Friesland

De artsen vertellen dat het in Friesland soms lastig is om nieuwe collega's te vinden. “Terwijl deze regio juist zo ontzettend veel biedt! Binnen ons jonge, dynamische en bovenal enthousiaste team liggen de ontwikkelingsmogelijkheden voor het oprapen. En vergeet onze feestcommissie niet. Met enige regelmaat plannen we een gezellige borrel of activiteit en regiovergaderingen combineren we graag met een diner.

Ook in je vrije tijd is hier genoeg te doen. Geniet van de ruimte, ga het water op en rijd eventueel binnen één uur naar de Randstad. Kom gerust eens bij ons kijken, er staan op dit moment nog vacatures open. *Oant gau!*”



Achterste rij (v.l.n.r.): Hans Lubbinge, Vincent Dik, Hilbert Sloterdijk, Greetje Tack, Fia Voogd, Bram zuur.

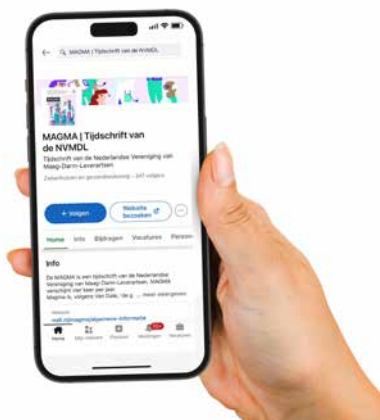
Voorste rij (v.l.n.r.): Paul van Putten, Sietske Corporaal, Janne van Rooij, Klaas van der Linde, Yentl Haan, Susanne Korsse, Tsjitske Toering. Allen MDL arts. Niet op de foto: Frits van der Neut, internist met aandachtsgebied MDL.

Volg MAGMA op LinkedIn

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

Scan de QR-code of ga naar:

www.linkedin.com/company/magma-tijdschrift-nvmdl.



Advertentie - Bijsluiters

Advertentie

Advertentie

Referenties MAGMA 3-2023

OPINIE Zeggenschap en opleiding voor behoud van ‘onze’ verpleegkundigen – p. 116-117

1. V&VN (2022) Wet ‘zeggenschap in de zorg aangenomen’. <https://www.venvn.nl/nieuws/video-wet-zeggenschap-in-de-zorg-aangenomen/>. Geraadpleegd op 27 juni 2023.
2. V&VN (2023) Landelijk Actieplan Zeggenschap en Veerkracht April 2023. <https://zeggenschapindezorg.nl/wp-content/uploads/2023/04/LAZ-Visie-en-roadmap-april-2023.pdf>. Geraadpleegd op 21 juni 2023.
3. Aiken, L.H., Clark, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38, 223-229. DOI: [10.1097/NNA.0b013e3181aeb4cf](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181aeb4cf)
4. Lake, E.T., & Friese, C.R. (2006). Variations in nurse practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55, 1-9. DOI: [10.1097/00006199-200601000-00001](https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00001)
5. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2002). Essentials of magnetism. In M. McClure & A. S. Hinshaw (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (pp. 25-59). Kansas City, MO: American Academy of Nurses.
6. Brown, J., Smith, A., Jones, B., et al. (2018). The impact of nursing leadership on patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 26(2), 111-118.
7. Cicolini, J., Smith, D., Jones, M., et al. (2014). The role of nursing staff in the management of chronic diseases. *Journal of Chronic Disease Management*, 12(1), 45-52.
8. Gellasch, J. (2015). The role of nursing staff in the implementation of evidence- based practice. *Journal of Nursing Research*, 23(4), 315-321.
9. Brewer, C., Smith, R., Jones, K., et al. (2012). The role of nursing staff in the delivery of primary healthcare. *Journal of Primary Health Care*, 4(1), 15-22.
10. Nantsupawat, A., Smith, J., Jones, T., et al. (2017). The impact of nursing staff on patient satisfaction in acute care settings. *Journal of Patient Experience*, 6(3), 123- 130.

DARM Cardiale decompensatie na gebruik Pleinvue® en andere macrogol/elektrolyten preparaten voor colonlavage bij patiënten met hartfalen – p. 121-122

1. Parikh K, Weitz H. Can a bowel preparation exacerbate heart failure? *Cleve Clin J Med*. 2011 Mar;78(3):157-60. DOI: [10.3949/ccjm.77a.10025](https://doi.org/10.3949/ccjm.77a.10025)
2. Ashraf S, Singh M, Singh M, Afonso L. Polyethylene Glycol Preparation for Colonoscopy Associated With Heart Failure Exacerbation. *Am J Ther*. 2018 Jul/Aug;25(4):e495-e496. DOI: [10.1097/MJT.0000000000000582](https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000000582)
3. Summary of Product Characteristics Pleinvue https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h120195_smpc.pdf
4. Summary of Product Characteristics Colofort. https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h22626_smpc.pdf
5. Summary of Product Characteristics Klean-Prep. https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h15354_smpc.pdf

6. Summary of Product Characteristics Moviprep.
https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h34072_smpc.pdf
https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h34072_smpc.pdf

E-HEALTH MijNLEVERcoach ondersteunt patiënt en zorgverlener – p. 124-125

1. Zorgautoriteit, N., *Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2023*, N. Zorgautoriteit, Editor. 2023.
2. Kruse, C.S., et al., Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *Bmj Open*, 2017. **7**(8). DOI: [10.1136/bmjopen-2017-016242](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242)
3. Lee, J.A., et al., Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2018. **18**(1): p. 12. DOI: [10.1186/s12911-018-0591-0](https://doi.org/10.1186/s12911-018-0591-0)
4. Karlsen, T.H., et al., The EASL-Lancet Liver Commission: protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality. *Lancet*, 2022. **399**(10319): p. 61-116. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)01701-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01701-3)
5. Bajaj, J.S., et al., The 3-month readmission rate remains unacceptably high in a large North American cohort of patients with cirrhosis. *Hepatology*, 2016. **64**(1): p. 200-8. DOI: [10.1002/hep.28414](https://doi.org/10.1002/hep.28414)
6. Kazankov, K., et al., Evaluation of CirrhoCare(R) - A digital-health solution for home management of patients with cirrhosis. *J Hepatol*, 2022. DOI: [10.1016/j.jhep.2022.08.034](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.08.034)
7. Stotts, M.J., J.A. Grischkan, and V. Khungar, Improving cirrhosis care: The potential for telemedicine and mobile health technologies. *World J Gastroenterol*, 2019. **25**(29): p. 3849-3856. DOI: [10.3748/wjg.v25.i29.3849](https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i29.3849)
8. Khungar, V., et al., Use of an Innovative Telehealth Platform to Reduce Readmissions and Enable Patient-Centered Care in Cirrhotic Patients. *Hepatology*, 2017. **66**: p. 94a-95a. DOI: [10.3748/wjg.v25.i29.3849](https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i29.3849)
9. Ganapathy, D., et al., The patient buddy app can potentially prevent hepatic encephalopathy-related readmissions. *Liver Int*, 2017. **37**(12): p. 1843-1851. DOI: [10.1111/liv.13494](https://doi.org/10.1111/liv.13494)
10. Bloom, P.P., et al., A Telemonitoring Intervention for Cirrhotic Ascites Management Is Cost-Saving. *Dig Dis Sci*, 2022. **67**(3): p. 854-862. DOI: [10.1007/s10620-021-07013-2](https://doi.org/10.1007/s10620-021-07013-2)
11. Acharya, C., et al., QuickStroop, a Shortened Version of EncephalApp, Detects Covert Hepatic Encephalopathy With Similar Accuracy Within One Minute. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2022. DOI: [10.1016/j.cgh.2021.12.047](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.12.047)
12. Bajaj, J.S., et al., Validation of EncephalApp, Smartphone-Based Stroop Test, for the Diagnosis of Covert Hepatic Encephalopathy. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2015. **13**(10): p. 1828-1835 e1. DOI: [10.1016/j.cgh.2014.05.011](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2014.05.011)
13. Bajaj, J.S., et al., The Stroop smartphone application is a short and valid method to screen for minimal hepatic encephalopathy. *Hepatology*, 2013. **58**(3): p. 1122-32. DOI: [10.1002/hep.26309](https://doi.org/10.1002/hep.26309)
14. Peters, G.M., C.J.M. Doggen, and W.H. van Harten, Budget impact analysis of providing hospital inpatient care at home virtually, starting with two specific surgical patient groups. *BMJ Open*, 2022. **12**(8): p. e051833. DOI: [10.1136/bmjopen-2021-051833](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051833)

DUURZAAMHEID Voeding en duurzaamheid – p. 130-131

1. RIVM Voedselconsumptiepeiling 2012-2016 | *Conclusies*. Te raadplegen via: wateetnederland.nl/conclusies
2. Hilderink H, Verschuuren M. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht*. RIVM 2018. [Download](#)
3. Westhoek, H, Ingram J, Van Berkum, S, Özay, L, and Hajer M. Food Systems and Natural Resources. A Report of the Working Group on Food Systems of the International Resource Panel/UNEP 2016. [Download](#)
4. Willett et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet* 2019; Feb 2;393(10170):447-492. DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)
5. Tepper et al. The Environmental Footprint Associated With the Mediterranean Diet, EAT-Lancet Diet, and the Sustainable Healthy Diet Index: A Population-Based Study. *Front Nutr*. 2022 May 19;9:870883. DOI: [10.3389/fnut.2022.870883](https://doi.org/10.3389/fnut.2022.870883)
6. Knuppel A, Papier K, Key TJ, Travis RC. EAT-Lancet score and major health outcomes: the EPIC-Oxford study. *Lancet* 2019; 394:213–4. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)31236-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31236-X)
7. Ibsen et al. Adherence to the EAT-Lancet Diet and Risk of Stroke and Stroke Subtypes: A Cohort Study. *Stroke* 2022; Jan;53(1):154-163. DOI: [10.1161/STROKEAHA.121.036738](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.036738)
8. Springmann et al. The healthiness and sustainability of national and global food based dietary guidelines: modelling study. *BMJ* 2020; Jul 15;370:m2322. DOI: [10.1136/bmj.m2322](https://doi.org/10.1136/bmj.m2322)
9. Behrens et al. Dietary change in high-income nations alone can lead to substantial double climate dividend. *Nature Food* 2022; 3:29–37.
10. [About EAT-Lancet 2.0 - EAT \(eatforum.org\)](#)
11. <https://www.rivm.nl/voedsel-en-voeding/duurzaam-voedsel>
12. Soethoudt, HV, van der Burgh, M. Monitor Voedselverspilling.Update 2009-2018. Wageningen UR. [Download](#)
13. Toxopeus, B et al. *Wat ligt er op ons bord? Methodologisch achtergrondrapport bij 'Veilig, gezond en duurzaam eten in Nederland'*. RIVM 2018. DOI: [10.21945/RIVM-2017-0064](https://doi.org/10.21945/RIVM-2017-0064)
14. Keuchenius, C. en van der Lelij, B. (2015). Quicksan 2015: eetpatronen van verschillende sociale milieus, duurzaamheid en voedselverspilling. Voedingscentrum, Amsterdam. [Download](#)
15. [Doe de Voedselafdruk | Voedingscentrum](#)

THEMA: WERKPLEZIER In balans blijven met *lifelong learning* – p. 137-139

1. Sandberg, E.M. en H.S. van Meurs, Landelijke enquête onder aios: Aandacht in opleiding voor persoonlijke ontwikkeling, Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie vol. 132, oktober 2019.
2. Solms, Lara, Annelies van Vianen, Jessie Koen, Tim Theeboom, Anne PJ de Pagter, Matthijs De Hoog, On behalf of the Challenge & Support Research Network ‘Turning the tide: a quasi-experimental study on a coaching intervention to reduce burn-out symptoms and foster personal resources among medical residents and specialists in the Netherlands’ *BMJ Open* 2021;11:e041708. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-041708](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041708)



NVMDL

3. www.arboned.nl/nieuws/om-deze-redenen-is-het-belangrijk-dat-uw-werknemers-bevlogen-zijn