

STAND VAN ZAKEN **150** / INTERVIEW: SCHAARSTE VERPLEEG-
KUNDIGEN **152-153** / IN MEMORIAM: PETER JANSEN **155** / SLOKDARM-
EN MAAGKANKER **156-157** / DE JUNIOR **159** / IBD: HACKATON **161**
FARMACOTHERAPIE **162-163** / THEMA: MDL-WERKGELEGEN-
HEID **165-184** / MDL-TRANSFERS **185** / DE SENIOR **187** / COVID-ZORG
IN SURINAME **188-189** / FECESTRANSPLANTATIE BIJ COLITITS
ULCEROSA **191** / E-HEALTH: STOMA-APP **192** / KWALITEIT
PEG-ZORG **193-194** / SACRALE NEUROSTIMULATIE **195-197**
MDL-PODCAST **198** / PROEFSCHRIFTEN **198-199** / DE AFDELING **201**



NVMDL

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 27 / NUMMER 4 / DECEMBER 2021



MDL-WERKGELEGENHEID
**De jonge specialist
en de arbeidsmarkt**



Doen we als hepatologen iets fout?

Marcel Levi zei laatst: “Universitair medisch specialisten verrichten topsport”, waarop als reactie volgde: “Ja, maar gericht op de overwinning van één individu, met als gevolg veel verliezers.” Hoewel niet specifiek gehint werd op het specialisme MDL, weet ik uit ervaring dat daarbinnen hepatologen in elk geval niet de winnaars zijn.

De academische carrière bereikt met de benoeming tot hoogleraar voor sommigen een beginpunt en voor anderen een eindpunt. De hoogleraar leverziekten heeft echter een marginaal bestaan. Dat lijkt tegenstrijdig, omdat de kwaliteit van zowel zorg als onderzoek hoog is. Wat doen we fout?

Het is lang geleden dat er een hoogleraar Leverziekten in Nederland werd benoemd. Het UMCG ‘doet en ademt lever’, maar de laatste hoogleraar vertrok in 2004 naar Amsterdam. Er werd geen opvolger gezocht. Bijna twintig jaar later heeft het UMCG – met één van de grootste leverklinieken van het land – nog steeds geen hoogleraar Hepatologie. Wel: hoogleraren Leverchirurgie. Was er in Groningen of St. Elsewhere echt geen geschikte kandidaat?

De hand moet ook in mijn Rotterdamse boezem: recent ging een van de twee hoogleraren met emeritaat, de andere is 64 jaar. In de verste verte is er geen opvolging vanuit eigen gelederen in zicht. Dan de andere UMC’s. De laatste benoeming in Nijmegen vond plaats in 2006 (nu afdelingshoofd), in Amsterdam en Leiden respectievelijk 2007 en 2009. In Amsterdam kijkt men vanwege een naderende pensionering krachtig naar Duitsland. Ook in Leiden komt er een pensionado aan, maar of er een profiel wordt opgesteld, is duister. Utrecht heeft kortstondig een hoogleraar gehad, inmiddels al meer dan vijftien jaar niet. Maastricht had nog nooit een hoogleraar hepatologie.

Hoe komt dat toch? Is het angst voor ‘machtige’ leverdokters? Génant dat binnen de universitaire MDL-afdelingen zo weinig belangstelling bestaat voor de hepatologische collega’s! Afdelingshoofden – maar ook reeds benoemde hoogleraren – hebben onder andere als taak de academische carrière van hun (meestal jongere) collega’s te waarborgen. Blijkbaar verdampst dat bij de hepatologie. Ook de raden van bestuur van de UMC’s laten hier een belangrijke taak liggen, zij behoren immers alle vakgebieden en deelgebieden te bewaken. Onze Nederlandse Vereniging voor Hepatologie (NVH) zou dit dringend op de agenda moeten zetten. Waar willen we in 2025–2030 zijn?

Het wordt hoog tijd om (via de NVH?) objectieve benoemingscriteria op te stellen, zodat hepatologen net als hun MD-collega’s binnen de academie carrière kunnen maken. Chris Mulder gaf dat al aan in *MAGMA 3-2017*, waarin hij afscheid nam als hoogleraar in Amsterdam. We hebben genoeg talent! In een tijd dat een perifeer ziekenhuis een professoraat lijkt te kunnen kopen, is onze academische hepatologie marginaal. Het wordt tijd dat hepatologen binnen academisch MDL hun vak op professoraal niveau kunnen uitoefenen. Dat is zowel in het belang van de MDL-zorg als voor de mogelijkheid tot identificatie die het onze MDL-aio's biedt.

Rob de Knecht, hepatoloog Erasmus MC

► **REFERENTIES** bij artikelen vindt u in de **DIGITALE** editie. Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/ alle-edities en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 205.

COLOFON

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

Oplage

2750 exemplaren

Redactie

Geert Bulte
Sietske Corporaal
Mirjam van der Ende
Marina Grubben
Marloes van Ierland
Rob de Knecht
Ger Koek
Lieke Koggel
Susanne Korsse
Xavier Smeets
Govert Veldhuijzen
Fanny Vuik

Interviews

Monique Koudijs

Eindredactie

Van Luyken

Redactieadres

Dr. R.J. de Knecht,
hoofdredacteur MAGMA
Erasmus MC
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM
E: r.deknecht@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

Shutterstock

REDACTIE MAGMA

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

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

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

Kiezen voor houdbare zorg

Velen van ons (artsen, verpleegkundigen en managers/bestuurders in de zorg) zien dat de houdbaarheid van onze gezondheidszorg op het spel staat. Zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit komen in de nabije toekomst nog meer onder druk te staan, doordat we steeds meer zorg vragen door vergrijzing, toenemende welvaart plus technologische ontwikkelingen en verwachtingen van de samenleving over wat de zorg moet bieden. De prognose is dat de zorguitgaven in 2060 naar meer dan 20% (nu 12%) van ons bruto binnenlands product (BBP) gaan stijgen, een verdrievoudiging van zorguitgaven per Nederlander. Bovendien zou dan één op de drie Nederlanders in de zorg werkzaam moeten zijn!

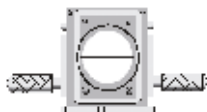
De Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) kwam recent met een rapport met meerdere aanbevelingen om dit tijt te keren (www.wrr.nl). De Raad laat zien dat alleen maar inzetten op doelmatigheid, hoe nuttig en blijvend nodig ook, en uitbreiding van personeel onvoldoende zullen zijn. Ik kan iedereen aanraden kennis te nemen van dit rapport. Gezien ieders beperkte tijd: er is een samenvatting gemaakt.

Er moeten maatschappelijk gedragen keuzes worden gemaakt wáár we de schaarse middelen en mensen gaan inzetten. Hoe gaan we om met dure geneesmiddelen die voor het individu heel waardevol kunnen zijn, maar *overall* beperkte gezondheidswinst opleveren en andere zorg verdringen? Deze vraag geldt ook voor het gehele portfolio aan zorg, waaraan wij als MDL-artsen ons aandeel leveren. Moeten we vrijwel alles blijven vergoeden uit gemeenschappelijke middelen?

De politiek zal voor de langere termijn (langer dan vier jaar!) scherpe keuzes moeten maken. Dit betekent: vooraf de effecten op personeel, financiën en maatschappij inschatten en hierover open en transparant communiceren. Onze beroepsgroep van medisch specialisten heeft hierin ook een belangrijke rol. Zorgevaluatie om die vormen van zorg te identificeren, die naar de huidige maatstaven als niet-gepaste zorg worden gezien, is een zeer belangrijk instrument. Elk specialisme levert deze zorg in meer of mindere mate. Het is onze verantwoordelijkheid afscheid te nemen van deze oude zorg.

Was getekend,

Frank Vleggaar
-voorzitter-



MDL-werkgelegenheid

Na de vele berichten in het afgelopen jaar over het gebrek aan banen voor jonge klaren werd het hoog tijd voor een MAGMA met als thema MDL-werkgelegenheid.

Allereerst laten 78 jonge klaren (de meerderheid van alle afgestudeerde MDL-artsen vanaf 2016 tot nu) hun stem horen in de oproep: "Denk alstublieft actief met ons mee!" (p. 165)

De analyse van de huidige banenmarkt (p. 167) laat duidelijk de trend zien naar minder vast en meer flexwerk. Gelukkig is er sinds kort wel weer iets te kiezen. We kunnen leren van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) die middels een transparant fellowshipregister nog meer vacatures wisten te scheppen (p. 168). De nieuw opgerichte NVMDL Arbeidsmarktcommissie (p. 169) gaat ook hiermee aan de slag. En er zijn *best practices* te noemen die dit jaar tot meer vacatures hebben geleid. Ad Masclee zette ze voor ons op een rij (p. 171).

De financiële achtergronden rondom aanstellingen worden in deze MAGMA uitgebreid onder de loep genomen (p. 173-175). Hoeveel kost het om een nieuwe collega aan te nemen, in loondienst of vrijgevestigd? En om als vakgroep fte in te leveren? We besteden ook aandacht aan de gevolgen van eerder met pensioen gaan (p. 181).

Een relatief nieuwe werkgever voor MDL-artsen is het zelfstandig behandelcentrum (ZBC). De rondetafeldiscussie met collega's Jeroen Jansen, Frank ter Borg en Angela Tjon, en Steven Dreviers als financieel specialist zet de dynamiek hieromtrent goed weer (p. 176-179).

En als ondanks de oproep van Marcel Levi ('Als ik minister van VWS zou zijn', p. 181) het niet lukt iedereen in Nederland aan het werk te krijgen, is er altijd nog het buitenland. Met een overzicht over werken in onze buurlanden inclusief het verhaal van Marijn Radersma in Noorwegen (p. 183-185) sluiten we dit thema af.

Ik hoop dat de huidige aijs na het lezen van deze MAGMA hun toekomst weer positief tegemoet gaan!

Namens de MAGMA-redactie,
Govert Veldhuijzen

U kunt MAGMA 4-2021 te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

Schaarste aan verpleegkundigen: hoe vind én behoud je ze?

Volgens de laatste prognoses van het ministerie van VWS (najaar 2020) is het tekort aan verpleegkundigen in 2022 opgelopen tot meer dan 15.000. In 2030 kan dit zelfs groeien tot 26.000. Werk aan de winkel dus! Een gesprek met Patricia Terpstra, Teamhoofd Ambulante Zorg MDL en Endoscopie in het St. Antonius Ziekenhuis en bestuurslid van de V&VN, over hoe je verpleegkundigen kunt boeien en behouden.

Tijdens haar aanvullende studie Management in de Zorg schreef Patricia Terpstra in 2017 een afstudeerpaper getiteld *Binden en boeien in de zorg*. Zij was op dat moment teamhoofd van de afdeling MDL/GE in het St. Antonius Ziekenhuis en gaf leiding aan 80 mbo- en hbo-verpleegkundigen. Sinds 2019 tot april van dit jaar was zij teamhoofd Functieafdeling Endoscopie en gaf daar leiding aan 46 endoscopieverpleegkundigen. Een van de conclusies van haar onderzoek luidde: ‘middenmanagers’ kunnen het verschil maken om verpleegkundigen te behouden voor de zorg. In haar huidige functie als Teamhoofd Ambulante Zorg MDL en Endoscopie zet ze daar vol op in. Hard nodig, want de schaarste aan verpleegkundigen is overal te voelen. “Als we een vacature uitzetten, krijgen we nauwelijks meer een volledig afgestudeerd endoscopieverpleegkundige binnen. Gelukkig hebben wij nu geen tekorten, maar andere ziekenhuizen hebben die wel, weet ik vanuit ons landelijk netwerk.” Concrete cijfers over de totale omvang van het tekort heeft de V&VN op dit moment niet. Binnen het St. Antonius Ziekenhuis werken nu ruim 40 endoscopieverpleegkundigen. Het ziekenhuis behandelt jaarlijks zo’n 20.000 patiënten op de poli en voert ongeveer 15.000 endoscopieën uit. Terpstra: “Poliklinisch werken wij nagenoeg alleen maar met endoscopieverpleegkundigen. Ze zijn voor onze afdeling absoluut belang-

rijk om onze endoscopische onderzoeken goed te kunnen doen. Ze zijn het goud van mijn afdeling, zeg ik altijd.” Daarom vindt Terpstra het zo belangrijk dat er binnen ziekenhuizen meer aandacht komt voor de verpleegkundigen. “In tijden van schaarste wordt vaak geroepen: geef maar een zak geld. En dat zou dan de oplossing moeten zijn om mensen te behouden. Maar geld went snel; het doet niets met je werkplezier en dát blijkt toch het allerbelangrijkste.”

Magneetziekenhuizen

Ze vervolgt: “Om verpleegkundigen te behouden, is het belangrijk dat ze inbreng hebben en zeggenschap krijgen over (de kwaliteit van) hun werk. Je moet ze zien, waarderen, inspireren en de ruimte geven zich te ontwikkelen.” Maar hoe doe je dat? En waar moet je beginnen? Terpstra: “In Amerika is daarnaar onderzoek gedaan, wat resulteerde in zogenoemde Magnet Hospitals. Dat zijn ziekenhuizen waar niet alleen goede zorg wordt geleverd, maar waar zorgpersoneel ook graag wil werken. Waarom? Omdat ze input kunnen leveren, beslissingsbevoegdheid hebben bij het maken van beleid, er volop naar hen wordt geluisterd. De verpleegkundigen voelen zich gewaardeerd en gezien. Daarmee zet je ze in hun kracht. Ik ben ervan overtuigd dat dit heel belangrijk is. Als je mensen laat doen waar ze goed in zijn, intrinsiek motiveert en eigen regie geeft binnen hun werk, worden

ze blij. En als je werkplezier hebt, dan blijf je. Dat blijkt ook uit de literatuurstudies die ik heb gedaan.”

Expertteams

Wat betekent dit concreet binnen het St. Antonius Ziekenhuis? Terpstra: “Wij zetten onder meer in op Expertteams. Vier jaar geleden zijn we daarmee begonnen in het kader van de functiedifferentiatie. Aanvankelijk deden mbo-verpleegkundigen en hbo-verpleegkundigen allemaal hetzelfde werk. Zonde natuurlijk, want hbo-verpleegkundigen hebben bijvoorbeeld ook geleerd om onderzoek te doen en klinisch te redeneren. Ze hebben daarin kwaliteiten die je moet benutten. In de Expertteams gaan de endoscopieverpleegkundigen nu zelf met elkaar sparren en onderzoek doen. Ze maken daarmee een verdiepingsslag naar kwaliteitsverbetering. En het mooie is: ze nemen hun collega’s daarin mee.” Terpstra geeft een voorbeeld. “Wij gaan nu beginnen met een Expertteam ERCP. Endoscopieverpleegkundigen die graag zo’n onderzoek willen doen, beginnen met een literatuurstudie: wat is volgens deskundigen de beste methodiek? Hoe doen wij het nu? Hoe zouden we het beter kunnen doen? Uiteindelijk plannen ze een scholingsmiddag en brengen hun collega’s op de hoogte van wat ze hebben ontdekt.”

Intrinsieke motivatie

Hoe reageren de verpleegkundigen op de nieuwe initiatieven binnen het St. Antonius Ziekenhuis? Terpstra (enthousiast): “Ze vinden het ontzettend leuk. We waren er vóór de coronacrisis al mee begonnen, maar door corona werd het *on hold* gezet. Nu de corona-ontwikkelingen in een wat rustiger vaarwater komen, komen ze naar mij toe en



'Het is belangrijk dat verpleegkundigen zeggenschap krijgen over (de kwaliteit van) hun werk'

Patricia Terpstra,
Teamhoofd Ambulante
Zorg MDL en
Endoscopie in het
St. Antonius Ziekenhuis
en bestuurslid van de
V&VN.

vragen: 'Wanneer gaan we er weer mee aan de slag?' Recent hebben we met het team overlegd hoe we de concrete uitwerking daarvan voor ons zien en wat we ermee zouden kunnen. Hoe het daadwerkelijk vorm gaat krijgen, ligt bij de verpleegkundigen zelf. Ik kan het wel gaan verzinnen, maar zij moeten er heil in zien, anders heeft het geen enkel effect. Het moet van hen uitgaan."

Nieuw leiderschap

Het beleid van de zogenoemde 'magneet-ziekenhuizen' vergt een nieuwe manier van leidinggeven, weet Terpstra. "Om mensen te binden, boeien en behouden, is een nieuwe manier van aansturing nodig. Wat voor soort leidinggevende ben je dan? In mijn onderzoek *Binden en boeien in de zorg* kom ik tot de conclusie dat er meerdere vormen van leiderschap mogelijk zijn. Maar een hiërarchische *top-down*-manier van leidinggeven past hier niet bij. Ik probeer zelf in te zetten op 'transformationeel leiderschap': anderen aanzetten om creatief en innovatief te zijn en nieuwe oplossingen en andere methoden te bedenken. Dat proberen we te

bereiken met de opzet van die Expertteams. De Raad van Bestuur wil deze manier van aansturing doorvoeren in alle lagen van de organisatie. Dat is belangrijk, want als alleen ik dit ga doen, werkt het niet. Het moet op alle niveaus in het DNA van het ziekenhuis gaan zitten."

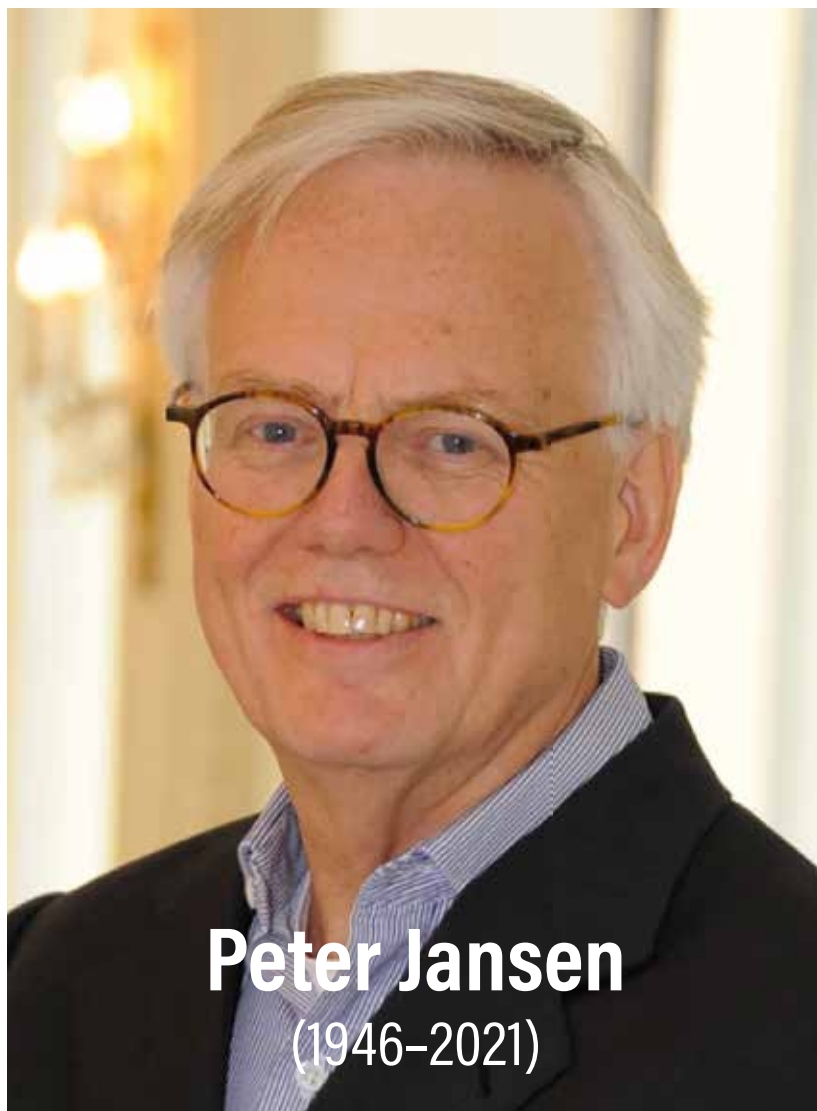
Wat betekent deze manier van leidinggeven concreet? Terpstra: "Wat ik heel belangrijk vind, is de individuele betrokkenheid en zichtbaarheid binnen de teams. Dus je bent als leidinggevende op de vloer, bent laagdrempelig bereikbaar, spart met verpleegkundigen over ideeën en daagt hen uit daarover na te denken. Zorg er dan ook voor dat die verpleegkundige daarvoor de tijd krijgt. Faciliteer ze, geef ze de ruimte, bevraag hen, zo van: 'heb je daar al aan gedacht?' Laat ze meedenken in beleid. Ook belangrijk: je moet verpleegkundigen echt zien en waarderen. Daarvan heb ik een recent voorbeeld. Onze MDL-artsen kennen de endoscopieverpleegkundigen inmiddels heel goed, ze werken intensief met hen samen. We hebben recent een nieuw soort

scoop, de PowerSpiral, die het bedrijf Olympus samen met een van onze MDL-artsen heeft ontwikkeld. Deze MDL-arts heeft twee endoscopieverpleegkundigen uit het team gevraagd om daarmee te gaan werken. Natuurlijk voelen zij zich hierdoor extra 'gezien'."

Ambulante zorg

Toch loopt Terpstra ook tegen belemmeringen aan. "Functiedifferentiatie is beslist een *hot item* binnen ziekenhuizen. Op de verpleegafdelingen is de functiedifferentiatie op dit moment echter beter georganiseerd dan op de ambulante afdelingen. Binnen ons landelijk netwerk zijn we nu flink bezig hoe we dit laatste kunnen vormgeven. Maar als ambulante zorg hebben we op dit moment nauwelijks ruimte en formatie om onderzoeksprojecten op te starten en te verbeteren. Door personeelstekorten en het onwijs hoge ziekteverzuim valt dit als eerste af. Ik plan nu mensen op eigen initiatief uit, omdat ik dat belangrijk vind. Maar in feite kan het niet."

ADVERTENTIE



Peter Jansen
(1946–2021)

Op 14 september 2021 is professor dr. Peter Jansen overleden.

Peter Jansen werd in 1946 te 's-Hertogenbosch geboren. Hij studeerde farmacologie en geneeskunde aan de Universiteit van Nijmegen. Als student kwam hij voor het eerst in aanraking met experimenteel hepatologisch onderzoek toen hij deelnam aan een zomerschool bij Saranac Lake in het landelijke deel van de staat New York. Dit en ander werk was aanleiding voor zijn promotie in de farmacologie bij de Universiteit van Nijmegen in 1975. Peters diepe interesse in experimenteel medisch onderzoek had al in 1973 geleid tot start van een vierjarig onderzoekstraject aan het Albert Einstein College in New York onder de leiding van

Irwin Arias. Hij bleef daar met zijn familie tot 1976.

Na terugkomst in Nederland beëindigde Peter Jansen zijn medische opleiding en specialisatie tot internist en werkte vervolgens tot 1986 als internist aan het Radboud Universitair Medisch Centrum in Nijmegen. Daarna stapte hij over naar het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, waar hij zich binnen de afdeling Maag-Darm-Leverziekten vooral richtte op de hepatologie. In 1993 werd hij benoemd tot professor en hoofd van de afdeling Maag-Darm-Leverziekten aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. In 2003 ging hij terug naar Amsterdam als hoogleraar Hepatologie.

Gedurende de laatste tien jaar, als emeritus hoogleraar, bleef hij actief in Amsterdam, Maastricht en als directeur van een innovatief multidisciplinair Duits wetenschapsnetwerk op het gebied van leveronderzoek.

Peter Jansen was voor velen van ons in Nederland en elders een zeer gerespecteerde leraar en coach op het gebied van de hepatologie. Hij was zeer betrokken bij zijn patiënten, enorm gedreven door wetenschappelijke nieuwsgierigheid en gefascineerd door nieuwe ontwikkelingen in het medisch onderzoek. Hij was zes jaar voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en werd hiervan ook erelid. Hij was Secretary en later Educational Councilor van de European Association for the Study of the Liver (EASL). In 2012 ontving hij als waardering voor zijn buitengewoon succesvolle werk op het gebied van de hepatologie de EASL International Achievement Award. Zijn wetenschappelijk werk concentreerde zich op de pathofysiologie van cholestatische ziekten, en hierbinnen vooral ook zeldzame genetische ziekten. Hij was onder andere ook zeer geïnteresseerd in de hepatocarcinogenese en de pathofysiologie van de non-alcoholische leververvetting.

Met Peter Jansen hebben wij een grote persoonlijkheid op het gebied van de hepatologie verloren, een buitengewoon scherpe denker en steeds kritische luisteraar. Zo legde hij vrijwel altijd de vinger op een mogelijke zwakke plek in een betoog en hield hiermee menig onderzoeker en behandelaar bij de les. Buiten de geneeskunde ontwikkelde hij een diepe interesse in en een uitzonderlijke kennis van de muziek (klassiek zowel als jazz), literatuur, kunst en politiek (vaak uitlokker van leerzame en ook controversiële discussies). Als laatste boodschap voor zijn familie en vrienden liet hij achter: "Ik heb een prachtig leven gehad." Onze condoleances gaan naar Peters vrouw Tineke, zijn drie kinderen en zeven kleinkinderen.

Ulrich Beuers en Ronald Oude Elferink
Amsterdam

PREDICTIEMODELLEN NAAR DE SPREEKKAMER:

Passende informatievoorziening voor slokdarm- en maagkankerpatiënten

Met de SOURCE-studie willen we de informatievoorziening over uitkomsten van behandeling verbeteren, middels informatie die precies (in maat en getal), gepersonaliseerd en passend bij de informatiebehoefte van de patiënt is. Om dit te bereiken hebben we een predictietool voor in de spreekkamer en een communicatietraining voor artsen ontwikkeld. Via een multicenter Stepped Wedge-trial zijn we het effect hiervan op de informatievoorziening en de besluitvorming

Slokdarm- en maagkanker zijn respectievelijk de nummer acht en vijf van de meest voorkomende soorten kanker wereldwijd, en hebben beide een slechte prognose [1]. Bij het behandelgesprek moeten slokdarm- en maagkankerpatiënten een afweging maken tussen verschillende behandelingen en daarover goed worden

geïnformeerd door hun zorgverleners. Het is echter vaak lastig voor zorgverleners om informatie over de uitkomsten van de behandelopties goed over te brengen aan patiënten. Getallen, in het bijzonder percentages en kansen, kunnen immers voor patiënten zowel moeilijk te begrijpen zijn als ook veel emoties oproepen [2,3]. Daarnaast zijn er op dit moment meestal alleen data beschikbaar uit trials, waarbij enkel een selecte patiëntengroep is meegenomen. Daardoor is het lastig om deze informatie te vertalen naar de individuele patiënt die niet zomaar 'past' in die selecte patiëntengroep. Uit eerder onderzoek blijkt dat patiënten zelden volledig worden geïnformeerd over de kansen op overleving, bijwerkingen en kwaliteit van leven [4,5].

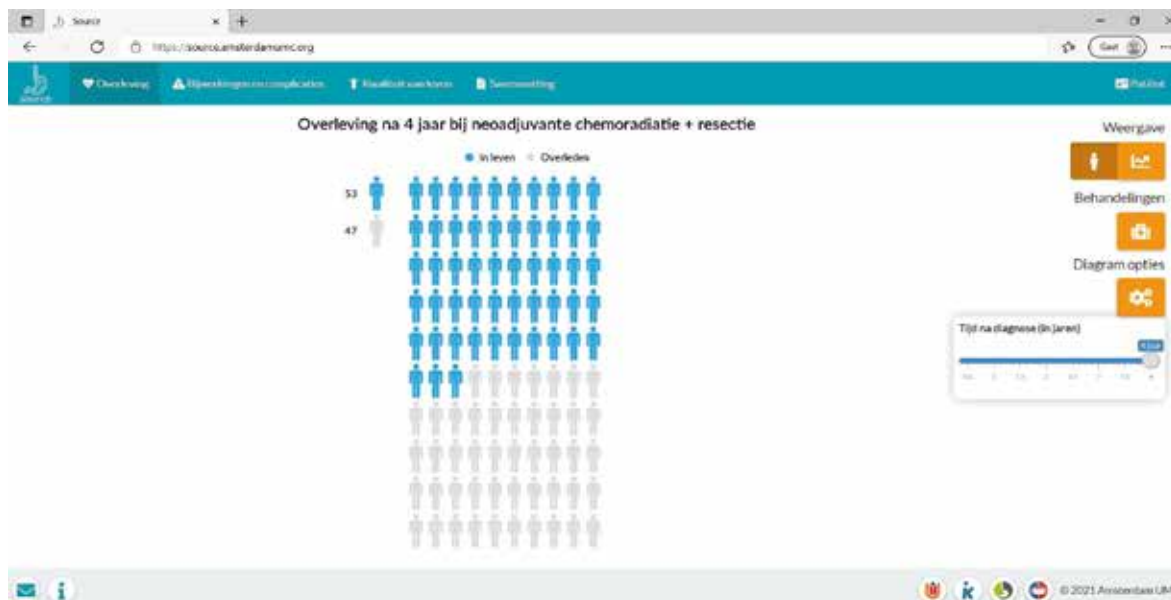
Uit onderzoek weten we echter ook, dat slokdarm- en maagkankerpatiënten juist deze informatie van belang vinden en dit uitgebreid en precies willen horen in het gesprek met de zorgverlener [6,7].

SOURCE

Om de communicatie over uitkomsten van behandelingen van slokdarm- en maagkanker aan patiënten te verbeteren, zijn wij de SOURCE studie gestart. Hiertoe hebben we een online predictietool en een training voor zorgverleners ontworpen [8]. Het doel van deze tool en training is om zorgverleners te helpen patiënten te informeren over uitkomsten van behandeling en hiermee een weloverwogen behandelbeslissing te faciliteren. Specifiek streven wij hierbij naar informatie die *evidence based* is, precies is (in maat en getal uit te drukken), gepersonaliseerd is op basis van de patiënt- en tumorkarakteristieken en aansluit bij de informatiebehoefte van de patiënt.

Online tool

De Source-tool is een website met predictiemodellen voor verschillende uitkomsten van behandelingen voor slokdarm- en maagkanker, namelijk: overleving, bijwerkingen en complicaties, en kwaliteit van leven. De



Figuur 1.

Voorbeeld Source-tool: de overlevingskansen na vier jaar van een curatieve patiënt wanneer deze voor neo-adjuvante chemoradiatie en resectie zou kiezen.

tool bevat predictiemodellen voor zowel de palliatieve setting als curatieve setting, die zijn gebaseerd op de database van de Nederlandse Kanker Registratie (NKR) en de POCOP kwaliteit van leven-registratie (www.pocop.nl) [9].

De zorgverlener kan de Source-tool gebruiken in gesprek met de patiënt. Verschillende karakteristieken van de patiënt en tumor, zoals onder andere TNM-stadium (tumor-classificatie), WHO-status (niveau van functioneren), leeftijd en geslacht, worden dan door de zorgverlener in de tool ingevuld om met behulp van de predictiemodellen een gepersonaliseerde voorspelling te maken van de uitkomsten. De website bevat heldere visualisaties van deze voorspelling, die de patiënten kunnen helpen de complexe informatie beter te begrijpen en tegen elkaar af te wegen (zie figuur 1). De tool is wat dat betreft te vergelijken met de *Predict*- en *Adjuvant*-tools, die op dit moment worden gebruikt bij patiënten met onder andere borst-, darm- en longkanker, waarbij met behulp van predictiemodellen een gepersonaliseerde voorspelling wordt gemaakt van de overleving [10,11]. In tegenstelling tot deze tools bevat de Source-tool naast overlevingsmodellen ook data over bijwerkingen, complicaties en kwaliteit van leven met als doel completer te kunnen informeren over de uitkomsten in het gesprek (voor voorbeelden: zie figuur 2 en 3 in de pdf van *MAGMA 4-2021*).

Communicatietraining

Behorend bij de tool, hebben we een communicatietraining ontwikkeld voor zorgverleners. Deze is gericht op het geven van informatie aan patiënten in de context van een behandelbeslissing. Hierbij ligt de nadruk op het communiceren van uitkomsten van behandelingen met de Source-tool. In de training worden verschillende aspecten behandeld, waaronder het aanpassen van de informatie aan de behoefte van de patiënt, het informeren over kansen en risico's, zodat patiënten de getallen begrijpen maar niet de hoop verliezen, en het bevorderen van een weloverwogen besluit aan de hand van deze informatie.

MijnIBDcoach nu ook als app beschikbaar

De vernieuwde mijnIBDcoach (versie 5.0) geeft nog meer en makkelijker inzicht in hoe de patiënt zich voelt.

Middels wetenschappelijk ontwikkelde vragenlijsten is er meer kijk op risicofactoren bij IBD. En met de ontwikkeling van de *mijnIBDcoach*-app kunnen patiënten nog gemakkelijker en op elke plek die ze wensen informatie uitwisselen met hun zorgverlener. Ook is er een *avatar* geïntroduceerd die als een soort virtuele IBD-verpleegkundige de gebruikers door het programma loodst.

Het vernieuwde dashboard laat behandelars in één oogopslag de stand van zaken in de behandeling zien. Dit geeft direct zicht op de dagelijkse gang van zaken 'aan de keukentafel' van de patiënt. MijnIBD-

coach biedt daarmee deelnemende artsen de mogelijkheid om in samenwerking met andere ziekenhuizen wetenschappelijk onderzoek te doen naar de invloed van omgevingsfactoren en leefstijl op IBD. Patiënten kunnen zo te weten komen welke factoren bij hen een belangrijke rol spelen bij hun ziekte. Behandelaars en patiënten kunnen dit vervolgens via mijnIBDcoach samen oppakken.

Veilig instrument

MijnIBDcoach wordt inmiddels gebruikt in meer dan 25 ziekenhuizen en door meer dan 7.500 patiënten. MijnIBDcoach voldoet aan alle eisen van online communiceren met zorgverleners. Op de site van mijnIBDcoach vindt u meer achtergrondinformatie plus contactgegevens.

Multicenter-effectstudie

Om het effect van de tool en training te onderzoeken, zijn we een multicenter StepWedged-trial gestart, de SOURCE-studie. In deze studie maken we, zowel voor als na het introduceren van de tool en training, audio-opnames van behandelgesprekken en simulatiegesprekken met een acteur. Intussen loopt de SOURCE-studie al bijna twee jaar in elf verschillende ziekenhuizen in Nederland. We hebben inmiddels al 120 gesprekken bij meer dan 36 verschillende artsen opgenomen, onder wie oncologen, radiotherapeuten, chirurgen, verpleegkundige specialisten en *physician assistants*. Het primaire doel van de studie is te onderzoeken wat het effect is van de Source-tool en -training op de communicatie van uitkomstmaten tijdens het behandelgesprek. Daarnaast onderzoeken we onder andere ook het effect dat de interventie heeft op de tevredenheid, kwaliteit van leven, kennis van de uitkomsten en de besluitvorming van de patiënt. Over één à twee jaar hopen wij de

studie te kunnen afronden en de Source-tool en training in Nederland te implementeren. Wanneer ook dit succesvol blijkt, streven we ernaar dit concept uiteindelijk ook te kunnen vertalen naar andere vormen van kanker waarbij de besluitvorming ingewikkeld is en nog geen predictietool of keuzehulp voorhanden is.

Gillian Scholten, Loïs van de Water, Ellen Smets, Hanneke van Laarhoven
Amsterdam UMC

Meer informatie

Voor vragen kunt u terecht bij Gillian Scholten, onderzoeksassistent/coördinator: g.c.scholten@amsterdamumc.nl en/of promovendus Loïs van de Water, te bereiken via l.f.vandewater@amsterdamumc.nl of (020) 566 8737.

Kijk voor de referenties en figuur 2&3 in de pdf van *MAGMA 4-2021* (p. 205-207) op www.mdl.nl/alle-edities.

ADVERTENTIE

OPZETTEN NIET-WMO-PLICHTIG ONDERZOEK

Leuker kunnen we het niet maken, misschien wel makkelijker?

Als jonge arts-onderzoeker heb je een belangrijk doel voor ogen, namelijk: binnen een paar jaar een mooi proefschrift publiceren. Het uiteindelijke boekje bevat over het algemeen een mix aan verschillende type onderzoeken: klinische studies, retrospectieve cohortstudies en systematische reviews. Vol goede moed begin je met het opzetten en uitvoeren van deze studies. Maar al snel raak je verstrikt in een jungle aan regels en papierwerk.

De meeste onderzoeken betreffen studies waarbij proefpersonen niet aan handelingen worden onderworpen noch hen gedragsregels worden opgelegd. Om dit type studies te kunnen uitvoeren, moet er bij een aangesloten medisch-ethische toetsingscommissie (METC) wel eerst een verklaring worden verkregen dat de betreffende studie niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) valt (de zogenoemde niet-WMO-verklaring). Aangezien er vaak een voorkeur bestaat voor multicenterstudies, moet bovendien bij alle deelnemende centra een ‘verklaring van geen bezwaar’ worden verkregen van het lokale wetenschapsbureau. Dit laatste is vaak een moeizaam en tijdrovend proces.

Toetsingsprocedures

In tegenstelling tot WMO-plichtige studies ontbreekt het bij niet-WMO-plichtige studies aan landelijke regelgeving wat betreft de opzet, toetsing en uitvoering van deze onderzoeken. De wetenschapsbureaus van ziekenhuizen hanteren hiervoor dan ook elk hun eigen procedures. In 2019 werd in *Medisch Contact* al eens een onderzoek gepresenteerd met ontmoedigende (en helaas herkenbare) bevindingen [1]. Hierin werden de toetsingsprocedures onderzocht in achttien centra. Deze bleken zeer sterk te variëren: van ‘geen toetsingsprocedure’ tot procedures waarbij een veelvoud aan studiedocumenten moest worden aangeleverd. Bovendien verschilden het aantal en type documenten sterk per centrum. Vervolgens moest men, nadat alle documenten waren aangeleverd, meestal nog een hele poos wachten op de uitspraak van de toetsingscommissie [1].

De procedures blijken niet alleen tijdrovend, maar de grote variatie in de wijze van toetsing leidt ook tot variatie in de uitvoering van het betreffende onderzoek. En dat is ethisch en wetenschappelijk gezien onwenselijk.

AVG

Bovendien heeft de invoering van de wet Algemene Verorde-

ning Gegevensbescherming (AVG) de toetsingsprocedure er niet eenduidiger (en eenvoudiger) op gemaakt. De interpretatie van de AVG verschilt veelal tussen individuele juristen, waardoor de variatie in de uitvoering nog groter wordt. Uiteraard is het belangrijk om de privacy van patiënten te respecteren. Echter, de huidige wetgeving schiet in bepaalde opzichten zijn doel voorbij. Zo is nu het uitgangspunt van de AVG om uitsluitend gegevens van patiënten te verzamelen die daarvoor vooraf expliciet schriftelijke toestemming hebben verleend. Dit is nauwelijks uitvoerbaar bij grote patiëntcohorten, geeft risico op een selectiebias, en is tot slot zeer tijdrovend.

Oplossing

Een mogelijke oplossing zou zijn om landelijke afspraken te maken over de toetsing en uitvoering van niet-WMO-plichtige onderzoeken, bijvoorbeeld met een (proportionele) WMO-toets door de METC. De lokale toetsing kan vervolgens vervallen of worden gereduceerd tot een landelijk vastgelegde procedure [2].

Ook zouden er duidelijke landelijke afspraken moeten worden gemaakt over de privacyaspecten met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld door herinvoering van de *opt-out*-procedure (gegevens mogen worden verzameld tenzij patiënten hiertegen bezwaar hebben ingediend). Tenslotte bevatten veel EPD's al de mogelijkheid om eventuele toestemming (of bezwaar) van patiënten actief te registreren. Hiervan wordt echter nog minimaal gebruikgemaakt. Dit is een gemiste kans, en zou in de toekomst op de poli of bij patiëntenregistratie actief moeten worden gevraagd en geregistreerd.

Conclusie

Het verkrijgen van lokale goedkeuring voor niet-WMO-plichtige studies is veelal inefficiënt en tijdrovend. Dit is ontmoedigend en frustrerend voor onderzoekers en zorgt niet voor kwalitatief betere onderzoeken. Daarnaast veroorzaakt het onnodige uitloop van promotietrajecten. Laten we ons niet ontmoedigen bij het opzetten van multicenterstudies, maar laten we er wel naar streven dit in de toekomst een stuk eenvoudiger te maken en daarmee (wellicht) toch ook een stukje leuker.

1. Jasmijn Smits, Quitus Molenaar, Marc Besselink en Hjalmar van Santvoort. Bureaucratie hindert veel onderzoek. *Medisch Contact*, april 2019.
2. Federatie Medisch Specialististen. *Knelpunten oplossen bij opstarten van wetenschappelijk onderzoek door medisch specialisten*. Adviesrapport, maart 2019.

ADVERTENTIE

Hackathon brengt ziektebeloop inflammatoire darmziekten in kaart

In augustus 2021 werd met patiëntengegevens van het Haaglanden Medisch Centrum en het Universitair Medisch Centrum Utrecht een zogenaamde 'hackathon' uitgevoerd. Binnen een week werd door datawetenschappers en artsen in sneltreinvaart een retrospectieve analyse uitgevoerd. Het doel was om het ziektebeloop van IBD in kaart te brengen en te voorspellen.

Hackathon voor IBD: deelnemers

Bij een *hackathon* (samentrekking van hacken en marathon) komen experts van verschillende disciplines gedurende een korte, onafgebroken tijd bij elkaar om zo gezamenlijk een vraagstuk op te lossen. In augustus 2021 namen datawetenschappers en artsen van MEDxAI, UMC Utrecht en Haaglanden Medisch Centrum middels een hackathon van één week de vraagstelling van het Nederlandse Initiative on Crohn's and Colitis (ICC) onder de loep: *Kunnen we het ziektebeloop van inflammatoire darmziekten (IBD) in kaart brengen en voorspellen?*

Programmeren in plaats van overschrijven. Ter voorbereiding werden alle medische gegevens van patiënten met IBD verzameld en ge-anonimiseerd in één grote dataset. Groot betekent hier: meer dan 7.000 patiënten, een miljoen decursus-notities, 200.000 bloedafnames en 100.000 endoscopie- en radiologieverslagen. Voor de Utrechtse patiënten waren bovendien hematologische

flowcytometrische gegevens beschikbaar, die standaard bepaald worden bij het bloedbeeld in ieder diagnostisch laboratorium. Doorgaans worden deze gegevens echter niet opgeslagen of gerapporteerd.

In plaats van de gebruikelijke handmatige dataverzameling werden de gegevens uit de vrije tekst verwerkt met behulp van algoritmes. Deze algoritmes zijn niet alleen in staat medische termen te herkennen, maar kunnen ook worden gebruikt om complexe zinstructuren en ontkenningen te ontfaan. In een voorbeeldzin als 'geen ulcera of aanwijzingen voor actieve ontsteking bij ileocolonoscopie' wordt herkend dat er juist geen sprake is van ontsteking. Op deze manier werd per drie maanden voor alle patiënten bepaald of er aanwijzingen waren voor ziekteactiviteit en werden mogelijke voorspellers geïdentificeerd. Tot slot werd een *machine learning*-model ontwikkeld om ziekteactiviteit te voorspellen, met een snelheid waarvan de meeste medische promovendi alleen maar kunnen dromen.

Ziekteactiviteit voorspellen

Met de eerste snelle analyses was het al mogelijk om ziekteactiviteit te voorspellen met een *area under the curve* van 0,82. Naast de bekende voorspellers, zoals het CRP, bleken ook de flowcytometrische gegevens en (verrassenderwijs) het serum ureum van belang. Uit de flowcytometrie kwam onder andere de *side scatter* van de neutrofielen

naar voren, wat een maat voor de activatie van deze cellen kan zijn. Dit zou een eenvoudig te bepalen *biomarker* kunnen zijn en behoeft verder onderzoek. Met de hackathon is bovendien een basis gelegd om patronen te onderzoeken in het verloop van de ziekteactiviteit en remissie over de tijd. Een vervolgstudie zou kunnen trachten zo vroeg mogelijk na de diagnose IBD die patiënten te identificeren die uiteindelijk het moeilijkst te behandelen zijn. Het ultieme doel hiervan zou zijn om met vroege interventie te voorkomen dat patiënten meerdere operaties voor IBD ondergaan, of falen op meerdere biologicals.

Terugblik

In de zorg krijgen we steeds meer te maken met *big data* en *artificial intelligence*. Dit biedt grote mogelijkheden om de diagnostiek en behandeling voor onze patiënten te verbeteren en te personaliseren. Hiervoor moet de expertise van datawetenschappers en medici worden gecombineerd. Een nauwe samenwerking is daarbij cruciaal om elkaar goed te begrijpen en het project te laten slagen. Zoals ook te zien in onze *aftermovie*¹ is er geen betere en leukere manier om dit te doen dan met een hackathon.

*Remi Mahmoud*¹, *Bram van Es*^{1,2}, *Sander van der Mare*³, *Elizaveta Bakaeva*², *Angeline van Gasteren*³, *Mark de Groot*¹, *Sebastiaan Jong*², *Michael Niemantsverdriet*¹, *Tjebbe Tauber*², *Evgeny Tskhaurebau*², *Jan-Hendrik Venhuizen*¹, *Bas Oldenburg*¹, *Saskia Haitjema*¹

- (1) UMC Utrecht
- (2) MEDxAI
- (3) Haaglanden MC

Deze hackathon werd financieel mogelijk gemaakt door Galapagos. Galapagos is op geen enkele wijze betrokken bij de uitvoering van de hackathon en de publicaties die daaruit voortvloeien.



Artsen en datawetenschappers bijeen voor hun dagelijkse afstemming tijdens de hackathon in Utrecht.

Rifaximine- α blijkt kostenbesparend, maar wordt te voorzichtig ingezet

Uit recent onderzoek blijkt toevoeging van rifaximine- α aan lactulose ter voorkoming van de derde en volgende episodes van hepatische encefalopathie (HE) kostenbesparend ten opzichte van lactulose-monotherapie. Ondanks de hogere geneesmiddelkosten kan per patiënt in totaal 4.487 euro aan ziekenhuiskosten worden bespaard door het voorkomen en verkorten van ziekenhuisopnames. Uit het onderzoek bleek ook dat rifaximine- α in de dagelijkse praktijk nog niet optimaal wordt ingezet: huidige voorschrijfcijfers laten zien dat slechts 38% van de patiënten die volgens de vergoedingsvoorwaarden in aanmerking komen voor een behandeling met rifaximine- α , ook daadwerkelijk met het middel wordt behandeld.

Hepatische encefalopathie

HE is een ernstige complicatie van cirrose waarbij de lever niet in staat is om ammoniak uit het bloed te filteren, wat in de hersenen veranderingen veroorzaakt. De symptomen van HE variëren van milde klachten tot coma [1]. Milde klachten zijn: concentratieproblemen, een verminderd reactievermogen, een verstoring van het slaapritme of verlies van de fijne motoriek [2]. In een later stadium komen er meer symptomen bij, worden de symptomen van verwardheid en motorische verschijnselen duidelijker en kan zelfs bewustzijnsverlies optreden. Manifeste HE kan ook worden herkend door het specifieke symptoom *flapping tremor*, dat wordt gekarakteriseerd door plotseling tonusverlies in handen en

polsen bij het uitstrekken van de armen en overstrekken van de polsen. De symptomen hebben een significante impact op de kwaliteit van leven en zijn geassocieerd met een verhoogde mortaliteit [3]. Bij minimale en subklinische episodes van HE zijn bij psychometrische testen tekenen van hersendysfunctie aanwezig, maar deze leiden niet tot desoriëntatie en asterixis. Bij manifeste HE zijn symptomen duidelijk aanwezig en is er een verhoogd risico op ziekenhuisopnames en mortaliteit [4]. HE is in principe een reversibel proces, maar de kans op recidieven is groot.

Behandeling

De behandeling van HE richt zich op het verlagen van de aanmaak en opname van ammoniak in de darmen, waarmee recidieven kunnen worden voorkomen. Lactulose is de standaardbehandeling ter preventie van terugkerende episodes van HE na een eerste episode [1]. Hoewel lactulose de kans op recidieven verlaagt ten opzichte van geen behandeling, is de therapietrouw vaak laag in verband met bijwerkingen (met name buikpijn, flatulentie en diarree) en de relatief frequente dosering [5]. Van de met lactulose behandelde patiënten krijgt 64% een tweede episode van manifeste HE [5]. Rifaximine- α , een niet-absorbeerbaar antibioticum, kan na een tweede episode van manifeste HE aan lactulose therapie worden toegevoegd [1]. De combinatietherapie kan remissie van HE beter behouden, waardoor het risico op HE-gerelateerde ziekenhuisopnames en mortaliteit significant wordt verlaagd ten opzichte van lactulose monotherapie [6,7]. De profylactische behandeling wordt gecontinueerd tot het risico op HE wordt weggenomen door verbeterde leverfunctie, veelal door levertransplantatie. Rifaximine- α wordt in Nederland vergoed

bij volwassen patiënten toegevoegd aan lactulose ter preventie van de derde en volgende episodes van manifeste HE [8].

Kosteneffectiviteit

In recent onderzoek [9, *in press*] zijn de klinische en economische consequenties van de optimalisatie van het rifaximine- α gebruik in Nederland in kaart gebracht middels een budgetimpact-analyse (BIA). Een BIA heeft als resultaat het verschil in verwachte uitgaven (de budgetimpact) tussen enerzijds een scenario waarin een geoptimaliseerde interventie is geaccepteerd en verspreid (optimale inzet van rifaximine- α) en anderzijds een referentiescenario waarin dat niet het geval is (huidige inzet van rifaximine- α). De onderzoekspopulatie betrof alle Nederlandse patiënten die volgens de vergoedingsvoorwaarden in aanmerking komen voor een behandeling met rifaximine- α , maar die nog niet worden behandeld. Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor een behandeling met rifaximine- α werd op basis van de prevalentie van cirrose en het percentage cirrosepatiënten die een tweede episode van HE doormaakt, geschat op 2.567 patiënten. Volgens gegevens van de GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project)-databank worden 1.598 (62%) patiënten die in aanmerking komen, nog niet met rifaximine- α behandeld. Toevoeging van rifaximine- α aan lactulose bij alle in aanmerking komende HE-patiënten zou in totaal over vijf jaar tijd 14.859 opnamedagen en 3.083 ziekenhuisopnames kunnen voorkomen. Daarnaast

Recent onderzoek met budgetimpact-analyse

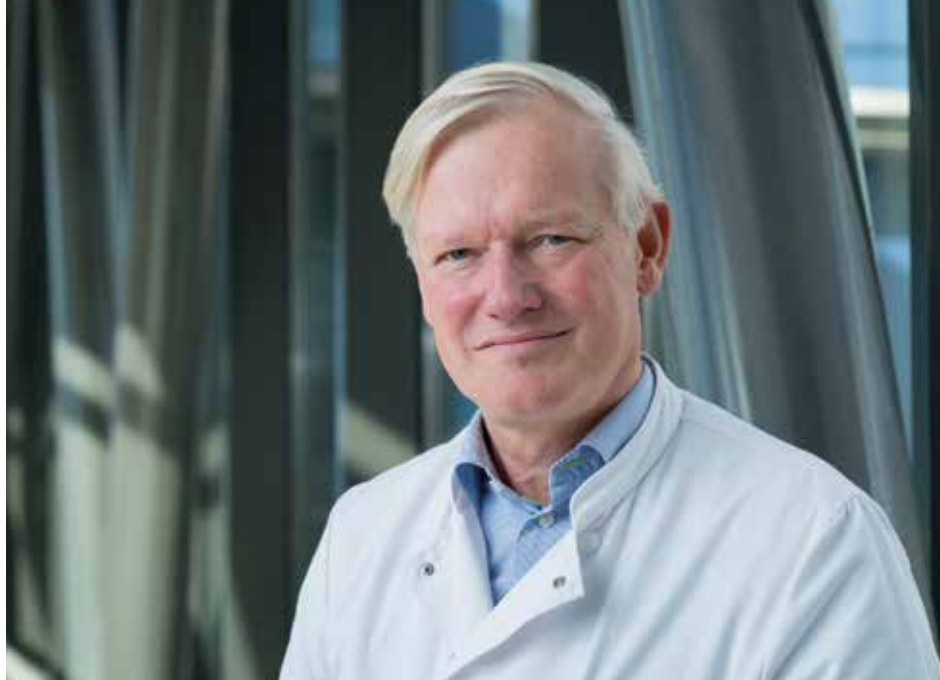
kan de mortaliteit in deze vijf jaar hiermee volgens onze berekening worden verlaagd met 300 patiënten (31%, van 960 naar 660 patiënten).

De economische consequenties van de optimalisatie van het rifaximine- α -gebruik in Nederland werden zowel vanuit het ziekenhuis- als het verzekeraarsperspectief bekeken. Vanuit beide perspectieven blijkt een investering in extra inzet van rifaximine- α als toevoeging aan lactulose ter preventie van de derde en latere HE-episoden kosteneffectief door de besparingen ten gevolge van het voorkomen van HE-gerelateerde ziekenhuisopnames. Over een periode van vijf jaar kan zo 4.487 euro per patiënt in het ziekenhuis worden bespaard. Dit komt overeen met een budgetbesparing voor alle 1.598 patiënten van 7,2 miljoen euro vanuit het ziekenhuisperspectief.

Vanuit het verzekeraarsperspectief leidt toevoeging van rifaximine- α wel tot een geringe stijging in de kosten per patiënt (249 euro), wat resulteert in totale budgetkosten van 397.770 euro over een periode van vijf jaar. Het verschil tussen beide perspectieven kan worden verklaard door het feit dat het ziekenhuis alleen geneesmiddelenkosten tijdens de opname financiert, waar de verzekeraar de geneesmiddelenkosten in de gehele periode na opname dekt. Daarnaast dekt de verzekeraar ook het extra aantal levertransplantaties dat kan plaatsvinden dankzij de verlaagde mortaliteit door meer gebruik van rifaximine- α . Deze extra kosten zijn in onze ogen meer dan te rechtvaardigen gezien de kans op een langer en gezonder leven na levertransplantatie.

Inzet rifaximine- α

Slechts 38% van de patiënten, die volgens de vergoedingsvoorwaarden in aanmerking komen voor een behandeling met rifaximine- α , wordt ook daadwerkelijk met het middel behandeld. Een van de mogelijke verklaringen hiervoor zijn de hogere geneesmiddelenkosten. Echter, op grond van bovenstaande kunnen we concluderen dat behandeling met rifaximine- α dankzij het



voorkomen of verkorten van ziekenhuisopnames besparingen en gezondheidswinst meebrengt die de hogere medicatiekosten ruimschoots compenseren. De hogere medicatiekosten hoeven dus geen barrière te zijn voor het voorschrijven van rifaximine- α .

Een andere mogelijke reden waarom niet iedere patiënt die in aanmerking komt voor rifaximine- α hiermee wordt behandeld, is de lastige herkenning van (manifeste) HE-episoden en de interpretatie van de vergoedingsvoorwaarden. Rifaximine- α wordt in Nederland uitsluitend vergoed onder de vergoedingsvoorwaarden: bij een verzekerde van achttien jaar of ouder en toegevoegd aan lactulose, voor de preventie van de derde en volgende episoden van manifeste HE [8]. Toevoegen van rifaximine- α aan lactulose biedt ook de mogelijkheid om in geval van ernstige sociaal-invaliderende bijwerkingen door lactulose – die vaak gepaard gaan met een verlaagde kwaliteit van leven – de dosering van lactulose iets te verlagen. Manifeste HE wordt gedefinieerd als patiënten met graad 2 of meer op basis van de West Haven Criteria [1]. Hoewel de definitie van manifeste HE duidelijk is, blijft de herkenning van episoden lastig, voornamelijk in de thuissituatie. Immers, niet iedere episode van manifeste HE hoeft tot een ziekenhuisopname te leiden. Het is dus belangrijk de patiënt of diens mantelzorgers te vragen naar eventuele eerdere episoden van HE in de thuissituatie. Het kan dus vóórkomen dat de patiënt niet eerder

opgenomen is geweest voor HE en toch in aanmerking komt voor behandeling met rifaximine- α . Er zijn tegenwoordig initiatieven om de monitoring van HE in de thuissituatie te verbeteren, zoals de Liversync- en Strooptest-app waarmee gemakkelijk psychometrische testen kunnen worden uitgevoerd [2,10].

Conclusie

Niet alleen vanwege vermindering van morbiditeit en mortaliteit maar ook vanwege de kostenbesparing kunnen zowel de patiënt als het ziekenhuis baat hebben bij een bredere inzet van rifaximine- α als toevoeging aan lactulose voor de preventie van de derde of volgende episoden van manifeste HE. Het is daarbij belangrijk om zich ervan bewust te zijn dat episoden van HE ook in de thuissituatie kunnen plaatsvinden en dat een patiënt bij een eerste ziekenhuisopname voor HE mogelijk dus ook al in aanmerking kan komen voor behandeling met rifaximine- α .

*Bart van Hoek, MDL-arts LUMC
Hoogleraar Hepatologie, Universiteit Leiden*

Het originele onderzoek waaraan wordt gerefereerd, werd financieel ondersteund door Norgine.

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2021 (p. 208) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

ADVERTENTIE

Beste collega's,

Wij zijn allemaal op een zeker moment verliefd geworden op ons prachtige vak. En hoewel het per persoon kan verschillen welk aspect van het beroep Maag-Darm-Leverarts dit betreft, een ieder van ons zet zich dagelijks in met enthousiasme en passie. Ons beroep vraagt veel van ons, maar geeft ook veel terug.

Er gaat een lang traject vooraf aan het uiteindelijk kunnen uitoefenen van het beroep MDL-arts. We hebben ons vol overgave laten inspireren en motiveren door onze opleiders. Helaas is het zo dat, nu we eenmaal volwaardig MDL-arts zijn, er een groeiend gebrek aan perspectief is. In *MAGMA 2* en *3* van dit jaar is te lezen dat er een toename is van het aantal tijdelijke aanstellingen zonder uitzicht op een vaste plek. De verwachting is dat de komende jaren de problemen op de arbeidsmarkt alleen maar groter zullen worden.

In een eerdere *MAGMA*-editie vroeg een senior collega zich openlijk af waar de actie rondom de dreigende werkloosheid van jonge MDL-artsen bleef. Omdat deze dreiging door een combinatie van factoren is ontstaan, is de oplossing waarschijnlijk ook niet in één enkele maatregel te vinden. Met deze brief hopen we nogmaals de aandacht op dit probleem te vestigen, maar vooral: de wens uit te spreken gezamenlijk tot een passende oplossing te komen. Wij pakken de handschoen op en vragen: denk alstublieft actief met ons mee, geef uw mening en deel ideeën. We hopen dat we samen tot constructieve oplossingen kunnen komen. Wij zijn door jullie jarenlang opgeleid en geïnspireerd en gaan ervan uit dit op dezelfde wijze te mogen doen voor de volgende generatie MDL-artsen.

Jullie collega's,

Peter Oosterwijk, Govert Veldhuijzen, Christine Vos, Pauline Arends, Vivian Ekkelenkamp, Marijn Radersma, Lotte van Vlerken, Geert Nibourg, Robert Roomer, Robin Krol, Judith Honing, anoniem, Nynke Siegersma, Elmer Hoekstra, Maarten van den Berg, Daniel Keszthelyi, Femme Dirksmeier-Harinck, Serge Zweers, Tom Gevers, anoniem, Dominique Clement, Pauline Arends, Mariëlle Bouwens, Govert Veldhuijzen, Sjoerd Bakker, Charlotte Peters, Nadine Phoa, Marius Munneke, Susanne Korsse, Suzan Nikkessen, anoniem, Corinne Spooren, Lydi van Driel, Ilse Molendijk, Janne van Rooij, Vera Valkhoff, Sarah Mutsaers, Edmée Sikkens, Jorie Buijs, Bjorn van Heumen, David Boerwinkel, anoniem, Geert Bulte, Michael van der Voorn, Yentl Haan, Arjan Visscher, Mark Lamberts, Wendy Boertien, Inge van Rongen, Emma Eshuis, Roeland Zoutendijk, anoniem, Thomas de Wijkerstooth, Caroline den Hoed, Rian Nijmeijer, Willemijn Van Dop, anoniem, Sarah Mutsaers, Sophie van Asselt, Vincent de Jonge, Wouter den Hollander, Tsjitske Toering, Bram Zuur, Moniek Gorter, Jildou Hoekstra, Margot van Lier, Wieke Verbeek, Lisanne Plompen, anoniem, Vincent Rijckborst, Daphne Hotho, Fleur Indemans, Ludi Koning, Sanne Rosekrans, Noortje Rossen, Wytske Westra, Wim Lammers, Petula Nijeboer, Pim Weijenborg

Reacties graag naar: jongeklaren.mdl@gmail.com



ADVERTENTIE



Willem Pieter Brouwer

Toename in aantal vacatures, maar terugloop in vaste banen

Middels de thema-artikelen in deze MAGMA zal duidelijk zijn dat de banenmarktproblematiek voor jonge MDL-artsen toeneemt. In een eerdere editie (*MAGMA 2-2021*, p. 56) hebben wij geanalyseerd in welk tijdsbestek jonge klaren in de huidige tijd aan een vaste baan komen. Hieronder analyseren we trends in de vacatures van 2019–2021.

We includeerden alle vacatures die vanaf 2019 via de NVMDL zijn uitgezet. Vacatures voor zelfstandige behandelcentra zijn buiten beschouwing gelaten. We hebben de vacatures op basis van een interpretatie van de vacaturetekst ingedeeld in drie categorieën: ‘vaste baan’, ‘tijdelijke baan’ of ‘tijdelijk naar vaste baan’. Twee voorbeelden. Een vacaturetekst in de trant van ‘eerst voor een half jaar, gevolgd door toetreding tot de maatschap’ hebben wij gescoord als ‘vast’, omdat dit imponeert als een proeftijd. Echter, een tekst als ‘aanstelling voor een jaar waarna bij gebleken geschiktheid in principe toetreding tot de maatschap zal volgen’ hebben wij gescoord als ‘tijdelijk naar vast’. Intern vervulde vaca-

tures die niet zijn gemeld bij de NVMDL, zijn buiten ons blikveld gebleven. Aan de andere kant kunnen we niet uitsluiten dat een vacature opnieuw is uitgezet, door bijvoorbeeld uitval van de kandidaat.

Toename aantal vacatures

Het positieve nieuws is dat het aantal vacatures dit jaar sterk is gegroeid. Waren er in 2019 in totaal 20 vacatures, in 2021 waren dit er 30 (*figuur 1*). Het gaat alleen om een groei van tijdelijke banen: van 45% (9/20 vacatures) in 2019 naar 63% (19/30) in 2021. Het percentage vacatures met (uitzicht op) een vaste baan is afgenomen: van 55% (11/20 vacatures) in 2019 naar 37% (11/30) in 2021.

Het gemiddelde fte dat werd gevraagd, is licht gedaald: van 0,97 fte in 2019 naar 0,94 fte in 2020, tot 0,89 fte in 2021.

Een andere duidelijke trend is de vraag naar een specifieke differentiatie. Werd er in 2019 in 16 vacatures (80%) een allround MDL-arts gevraagd, in 2021 was dat het geval in 15 vacatures (50%). Er was vooral belangstelling voor HPB (n=10), oncologie (n=9) en IBD (n=8). Motiliteit (n=4) en hepatologie (n=2) waren minder in trek.

Een BVO-certificering strekte in de meeste vacatures tot aanbeveling.

De getallen waren te klein om vast te stellen of er regionale verschillen zijn in vacatures.

Oorzaak vacaturestijging?

Wij kunnen slechts speculeren over de achterliggende oorzaken voor de vacaturestijging. De vacaturegroei zou kunnen voortkomen uit bewustwording dat de banenmarkt een serieus en gezamenlijk probleem is. Echter, de groei in tijdelijke vacatures zou ook geassocieerd kunnen zijn met achterstallige zorg die moet worden weggewerkt als gevolg van de COVID-pandemie. Onze analyse kan dergelijke uitspraken echter niet onderbouwen.

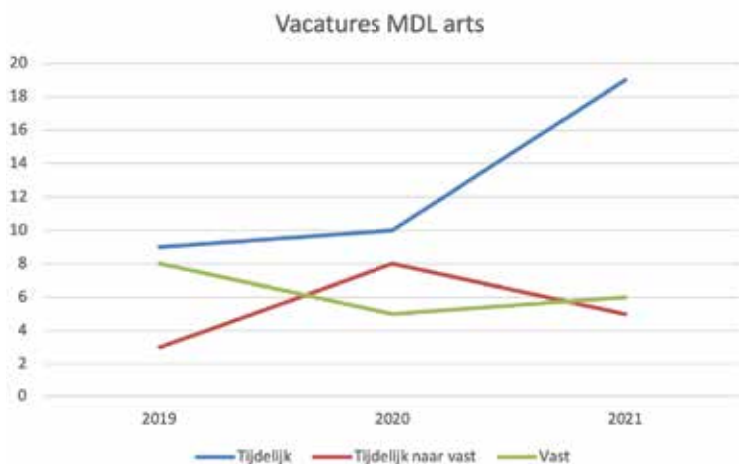
De toename in tijdelijke banen onderstreept hoe dan ook dat we goede afspraken moeten maken over de invulling van zo'n contract. Het *kan* jonge klaren een mooie kans bieden om zich te verdiepen in een bepaalde differentiatie, maar dat hoeft natuurlijk niet. De recent opgerichte Arbeidsmarktcommissie (*zie p. 169 in deze MAGMA*) zal zich onder andere hierover gaan buigen.

Conclusie

Wij zijn voorzichtig positief over de vacatureontwikkelingen. Het betekent in ieder geval dat minder jonge klaren werkeloos thuis hoeven te zitten. Wel is het nodig dat zij ook uitzicht krijgen op een vaste baan en geen veredelde flexwerkers worden. We moedigen aan dat vakgroepen hun tijdelijke werkkraacht een duidelijk leertraject aanbieden (*zie pag. 168 in deze MAGMA*).

Namens het bestuur van de NVMDL i.o.,

Willem Pieter Brouwer, aios Erasmus MC
Clasine de Klerk, aios AUMC, locatie AMC
Xavier Smeets, aios Jeroen Bosch ziekenhuis



Figuur 1.

Vacaturetrends in vaste en tijdelijke contracten.

WAT DE NVMDL KAN LEREN VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ORTHOPEDIE

‘Dankzij landelijke aanpak fellowships 60 extra vacatures voor orthopeden erbij’

In 2014 ging de banenmarkt voor jonge klaren Orthopedie een moeizame fase in. Tegelijkertijd werd een bezuinigingsmaatregel – verpakt als competentiegericht opleiden – door Schippers ingevoerd, waardoor de opleiding tot orthopeed van zes naar vijfenhalf jaar werd verkort. Als een vakgebied met veel (gespecialiseerde) verrichtingen werd ervaring opdoen binnen de opleidingsduur een probleem. Een landelijke aanpak *fellowships*, gemodelleerd naar de EPA's binnen het opleidingsplan, werd opgezet om beide problemen (gekrompen arbeidsmarkt en verkorte arbeidsduur) te adresseren. Centrale regie werd genomen door het Concilium Orthopaedicum. Voor *MAGMA* sprak ik met Peter Nolte, lid van het Concilium Orthopaedicum en huidig portefeuillehouder *fellowships*, over deze aanpak.

De procedure binnen de orthopedie werkt als volgt. Een instelling vraagt een *fellowship*-erkenning voor een aandachtsgebied voor drie jaar aan. Binnen de orthopedie zijn er elf aandachtsgebieden, van knie en heup tot oncologie en kinderorthopedie. Deze aanvraag wordt beoordeeld door het Conciliumlid met de portefeuille *fellowships*, hierna wordt de aanvraag voorgelegd aan de secretaris van de betreffende werkgroep in het aandachtsgebied. De werkgroep adviseert het Concilium en het Concilium erkent vervolgens het *fellowship*. De instelling en *fellow* vullen afzonderlijk online een evaluatieformulier na de duur van het *fellowship* in. Na tweeënhalf jaar ontvangt de instelling een *reminder* voor verlen-

ging, men komt alleen in aanmerking voor verlenging indien de evaluaties van de afgelopen drie jaar zijn ingevuld en aangeleverd. De verlenging wordt beoordeeld door het Concilium en indien nodig opnieuw voorgelegd aan de werkgroep.

Peter Nolte: “Sinds 2019 is het proces gedigitaliseerd, hiervoor gebruiken wij GAIA/PE-online. Daarnaast is ook in 2019 het reglement aangepast aan de huidige situatie, de *fellows* dienen voldoende tijd voor het aandachtsgebied en de nascholing te krijgen. Ten minste twintig van de jaarlijkse veertig punten moeten binnen het aandachtsgebied gevolgd worden. En ook aan de *fellowship*-opleiders/opleidingsgroep worden strenge eisen gesteld. Niet alleen dient de opleider ten minste tien van de jaarlijkse veertig punten binnen het aandachtsgebied volgen, ook moet deze ten minste vijf recente publicaties binnen het aandachtsgebied hebben.” “Deze aanpak heeft ons veel gebracht als beroepsvereniging” zegt Nolte. “Zo zijn er sinds 2014 ongeveer zestig vacatures bijgekomen bovenop het bestaande aanbod aan vacatures. Idealerweise worden de kosten voor een *fellowship* door drie partijen opgebracht: de vakgroep, het ziekenhuis en de industrie, veelal leveranciers van prothesen. Om de laatste geldstroom goed te organiseren, is de Orthopedie Academy opgericht, waaraan landelijk door de industrie wordt bijgedragen.”

Heeft een jonge klare daadwerkelijk iets aan een *fellowship* op zijn cv? “Het is werkervaring met een gouden randje”, aldus Nolte. “Naast de *fellowships* bestaan de *chef de clinique*-banen uiteraard ook nog altijd, maar met een *fellowship* op het cv is het binnen Nederland veel duidelijker welke meerwaarde een kandidaat heeft.

En aanvullend voordeel is dat ook vakgroepen zonder opleiding een *fellowship* kunnen aanbieden, mits zij aan alle voorwaarden voldoen. Zo wordt zelfs het patiëntenaanbod binnen sommige ZBC's ontsloten aan de orthopeed die bepaalde operaties wil leren. Het register is transparant en online te raadplegen. Oneigenlijk voeren van de titel *fellowship* hebben wij sinds 2014 dan ook niet meer gezien.”

“Een tweede initiatief dat goed is te benoemen, is de database *Match-maker*”, vult Nolte aan. “Hierin kan een senior orthopeed met nog vijf à tien jaar te gaan zijn profiel invullen, met aandachtsgebieden en verwachte pensioendatum. Dit biedt aiOS en jonge klaren de mogelijkheid een ‘match’ te worden, door zich op bepaalde gebieden te richten die een senior heeft. Op deze manier kan de continuïteit van zorg maximaal worden gewaarborgd.”

De NVMDL Arbeidsmarktcommissie (zie hiernaast) gaat met het zeer overzichtelijk geschreven *fellowship*-reglement van het Concilium Orthopaedicum aan de slag om te kijken hoe deze geleerde lessen binnen ons vakgebied kunnen worden toegepast.

Wordt vervolgd!

Govert Veldhuijzen

Lid NVMDL Arbeidsmarktcommissie



NIEUWE NVMDL-COMMISSIE

Arbeidsmarkt, werkomstandigheden en duurzame inzetbaarheid

Gegeven alle ontwikkelingen op de MDL-arbeidsmarkt is er een nieuwe commissie opgericht onder de vlag van de beroepsvereniging NVMDL en de Beroepsbelangencommissie (BBC). Deze *Arbeidsmarktcommissie* zal zich richten op vraagstukken met betrekking tot de arbeidsmarkt in de breedste zin, met ook aandacht voor werkplezier, werkomstandigheden en duurzame inzetbaarheid. Met nadruk laten we weten dat dit geen 'jonge klaren-commissie' wordt, al is op dit moment de grootste uitdaging gelegen in het jonge klaren-probleem.

Echter, de accenten zullen anders worden gelegd wanneer zich nieuwe vraagstukken aandienen.

Doelen Arbeidsmarktcommissie

1. Gezamenlijk optrekken met het Capaciteitsorgaan bij het in kaart brengen en continu monitoren van de arbeidsmarkt, zodat we tijdig kunnen anticiperen bij eventuele tekorten of overschotten. Dit doen we onder andere door cijfers bij te houden over de instroom van aiOS richting de opleiding, uitstroom van jonge

klaren als specialist plus uitstroom van specialisten richting pensioen.

2. Het verzamelen van *best practices* op de arbeidsmarkt (zie ook p. 171 in deze *MAGMA*). Zo nodig zal advies worden ingewonnen bij andere specialismen met dezelfde problematiek of bij externe adviseurs/bedrijfskundigen. Deze voorbeelden zullen worden gedeeld met de beroepsgroep.
3. Inzetten op duurzame inzetbaarheid en werkplezier plus continuïteit versus flexibiliteit.



COLUMN
BEAU DE GRAAF

Oogverblindende details door cryo-electro-tomografie

Indien op den weg, waarop men zich vindt, het goede doel te bereiken is, moet men niet omkeeren, noch tijd verliezen met het zoeken van een beteren of den besten weg.

(over het aanleggen van de Nieuwe Waterweg en het Noordzeekanaal. Uit: Parlementaire Redevoeringen, J.W.R. Thorbecke, 1862)

Nederland verzandt zoals in 1862. Zandbankvorming voor de kusten, we lopen vast, we liggen voor Pampus. Aldus de klaagliederen vanuit de academische (sic!) IC-afdelingen met hun ongekend staaltje van fair share-solidariteit. Er is een zoveelste golf COVID-patiënten. Outbreak Management Team of kapje-op-kapje-af Van Dissel roeptoetert dat het uitdragen van gedetailleerde virus- en vaccinkennis iedereen zal overhalen tot 'Het Enig Juiste'. Evidence based medicine als wapen tegen vaccinwanen en paranoia, precieze ethici dan wel anarchistisch of boreaal politiek gedachtengoed. Alsof de taal der wetenschap, het Esperanto van de Waarheid, de opgeroepen emoties kan indammen. Alsof moleculaire kennis, oogstrelend verbeeld door detaillistisch Cryo-ET, ons tot de kern van de zaak brengt. In elk detail schuilt een duiveltje. Adherentie is namelijk gebaat bij eenduidige

simpelheid, ofwel door Ockhams scheermes te zetten in epidemische problematiek.

Momenteel krijgen (vrijwel) alleen ongevaccineerden, mensen met haperende immuunrespons op de basisvaccinatieset en mensen die te zwak zijn om een milde (SARS)infectie te weerstaan, ziekenhuisbehoefte COVID-19. Omdat deze groepen lastig in vaccinatieprogramma's passen, zijn zij vooral gebaat bij minder kans op coronabesmetting. De meer of minder invoelbaar 'vaccin-onwilligen' het rechte pad wijzen, is dan een typisch voorbeeld van zinloze zorg, al reserveren de bestuurders die term voor anderen.

Het moge een pokkenvoorbeeld zijn, maar iedere leeftijdscategorie vaccineren, in het bijzonder de jeugdige poel waarin het coronavirus zich thuis voelt, voorkomt meer besmettingen dan dwang of boosters zullen oplossen.

De kunst is ons medisch geploeter in de juiste schaalgrootte te bezien. Politici en bestuurders zullen moediger moeten zijn. Met een (Thorbeckiaanse) visie die niet alle meesters van het stemlokaal dient.

ADVERTENTIE

4. Kaders c.q. definities ontwikkelen voor *fellowships* en *chef de clinique*-plekken, zodat een verder leertraject kan worden gewaarborgd.
5. Het informeren en/of adviseren van de wetenschappelijke vereniging via de officiële kanalen teneinde de leden op de hoogte te houden van de ontwikkelingen.

De commissie bestaat momenteel uit twee anios (Marin de Jong en Willem Pieter Brouwer, NVMDL i.o.), twee jonge klaren (Vivian Ekkelenkamp, tevens voorzitter en Govert Veldhuijzen) en drie specialisten

(Leonieke Wolters, BBC; Mariëtte van Kouwen, Concilium en Ad Masclee, oud-voorzitter NVMDL).

Op korte termijn

Om een volledig en juist beeld te krijgen van de huidige banenmarktproblematiek kunnen de jonge klaren (gedefinieerd als: iedere specialist ≤5 jaar na behalen van het C-formulier) op korte termijn een uitgebreide enquête verwachten over hun ervaringen op de huidige arbeidsmarkt. We hopen en vragen met klem om de enquête in te vullen als je deze ontvangt.

Verder zal het ontwikkelen van kaders voor *chef de clinique*-/*fellow*-plekken het volgende actiepunt van de Arbeidsmarktcommissie zijn. Indien gefinaliseerd zullen deze worden voorgelegd aan het NVMDL-bestuur.

Bij vragen, commentaar of ideeën moedigen we iedereen graag aan om contact met (één van) ons op te nemen!

Namens de Arbeidsmarktcommissie,
Marin de Jong en Willem Pieter Brouwer

Best practices in huidige MDL-arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt voor MDL-artsen is in korte tijd radicaal veranderd. Voorheen was sprake van een grote vraag naar MDL-artsen met tegelijkertijd een zeer beperkt aanbod – een comfortabele situatie voor instromende MDL-artsen.

De MDL-arbeidsmarkt gedraagt zich inmiddels zoals bij andere specialisten, denk daarbij aan heelkunde, orthopedie en cardiologie. We hebben als MDL-beroepsgroep nog weinig ervaring met overschot op de arbeidsmarkt. Daarom is het goed te leren van de aanpak van deze specialismen met arbeidsmarktproblematiek en daarin gezamenlijk op te trekken met de Federatie Medisch Specialististen (FMS).

Best practices

Hieronder een paar mooie voorbeelden van lokale initiatieven van MDL-collegae in reactie op het ‘jonge klaren-probleem’.

In het *Laurentius Ziekenhuis* Roermond werkte de groep MDL-artsen met een anios

die werd ingezet voor de klinische MDL-zorg. De MDL-groep besloot deze plaats niet langer in te vullen op het niveau van een basisarts maar op specialistenniveau. De klinische taken berusten nu niet langer bij één persoon, maar zijn verdeeld over alle MDL-artsen en de nieuw ingestroomde MDL-arts doet naast haar/zijn aandeel in klinisch taken ook spreekuren en endoscopieprogramma's. Om ervaring op te doen met dit model is de aanstelling vooralsnog tijdelijk. Het verschil in salaris tussen specialist en anios wordt door de MDL-groep aangevuld. Er zijn voordelen ten aanzien van dienstbelasting, reductie in poliklinische en endoscopietaken van de MDL-artsen en de regeling geeft bij toerbeurt meer klinische exposure, met daarbij wel veel regeltaken. Chapeau dat onze collega's hiermee een extra MDL-plaats hebben gecreëerd!

In het *IJsselland Ziekenhuis* in Capelle aan de IJssel kwam afgelopen zomer 1,1 fte aan uren voor een MDL-arts beschikbaar. De sollicitatieprocedure werd gestart met het

idee hiermee maximaal één fulltimer aan te stellen. Vanuit de MDL-groep was men echter bereid om 0,3 fte in te leveren, zodat er 1,4 fte beschikbaar kwam. De sollicitanten in de procedure stonden ervoor open een beoogde fulltime aanstelling om te zetten naar parttime, met een 0,7 fte aanstelling voor twee MDL-artsen. Dat vraagt a) aanpassingen in de praktijkvoering om continuïteit van zorg te bieden en b) herverdeling van taken. De bereidheid van zittende MDL-artsen was ook hier de drijfveer om deze stap te kunnen maken.

Uitbreiding

Vanwege de sterke groei van MDL-zorgvraag en het oplopen van wachttijden besluiten raden van bestuur en medisch-specialistische bedrijven in afstemming met verzekeraars soms om de MDL-zorgvraag deels te accommoderen met beperkte uitbreiding, bijvoorbeeld met 0,2–0,4 fte. Ook voor inhaalzorg ten gevolge van COVID wordt tijdelijk extra inzet van MDL-artsen gevraagd. Waar een beperkte deeltijdaanstelling niet interessant is voor sollicitanten, kan regio-

ADVERTENTIE

nale coördinatie helpen om bijvoorbeeld twee deeltijdinstellingen te combineren, zodat een meer substantiële aanstelling kan worden geboden aan startende MDL-ers.

Een concreet voorbeeld: in het St. Jans Gasthuis te Weert werken sinds anderhalf jaar twee MDL-artsen. Op korte termijn is er een mogelijkheid om beperkt uit te breiden. De MDL-groep van het Maastricht UMC+ kijkt nu naar mogelijkheden om laagcomplex MDL-zorg te *outsourcen*, bijvoorbeeld naar anderhalvelijnszorg. Bundelen van meerdere deeltijd-fte's in één regio kan leiden tot een meer substantiële invulling van een MDL-werkplek.

Reductie

In de analyse voor MDL-capaciteitsplanning die in 2014 door het NIVEL is verricht in opdracht van Capaciteitsorgaan en NVMDL, kwam naar voren dat de gemiddelde deeltijdwerkfactor bij MDL-artsen zo'n 0,05 fte hoger lag dan bij andere specialismen, dit als gevolg van krapte in de arbeidsmarkt. Ten aanzien van individuele wensen en van duurzame inzetbaarheid zijn er nu mogelijkheden om die fte-werkfactor te reduceren. Wanneer dit in maatschapsverband of regionaal verband wordt afgestemd, kan bundeling van die gewenste fte-reducties tot een extra MDL-arbeitsplaats leiden. Van belang is lokale en regionale coördinatie, bijvoorbeeld vanuit opleidingsregio's.

Nogmaals onze waardering voor de toewijding van de zittende MDL-artsen om hun startende MDL-collega's met lokale initiatieven op weg te helpen. Hebben jullie goede voorbeelden, plannen of ideeën om het arbeidsmarktprobleem aan te pakken, laat het ons dan weten, zodat we *best practices* met jullie kunnen blijven delen.

Namens de Arbeidsmarktcommissie,
Ad Masclee

De jonge medisch specialist en de arbeidsmarkt

Hoewel het overgrote deel van de jonge specialisten nu nog een betrekking vindt, is op termijn een aanzienlijk overschot aan MDL-artsen te verwachten. Een uitdaging die een aanpak vraagt vanuit diverse invalshoeken.

Voor dit artikel zijn gesprekken en interviews gehouden met diverse besturen en bureaumedewerkers van MSB's én managers en bestuurders van ziekenhuizen. Zo is ook vanuit de praktijk een beeld verkregen van de mogelijkheden en haalbaarheid van oplossingen. Hierbij dank voor de geleverde input en in het bijzonder voor de berekeningen die Mieke Houben (MSB Laurentius Ziekenhuis Roermond) maakte rondom de werkgeverslasten voor een specialist in loondienst.

In dit artikel geef ik eerst algemene overwegingen bij een arbeidstekort of -overschot bezien vanuit het bedrijfsperspectief. Daarna ga ik in op mogelijkheden om vanuit het medisch-specialistisch bedrijf (MSB, vrije vestiging) en/of ziekenhuis meer jonge specialisten aan het werk te krijgen. Dat alleen zal niet voldoende zijn. Daarom bespreek ik ook andere mogelijkheden die voor de jonge specialist zelf of in combinatie met een vakgroep een oplossing kunnen bieden.

Arbeidstekort en -overschot vanuit perspectief ziekenhuis en MSB

Nog maar enkele jaren geleden was er voor veel specialismen een tekort aan medisch specialisten. Dit was zeker te merken bij de ziekenhuizen verder van de Randstad gelegen. Zij moesten zich tot het uiterste inspannen om voldoende artsen aan hun ziekenhuis of MSB te verbinden. Bureaus deden hun best om medisch specialisten vanuit andere landen (zoals Duitsland, Spanje, België en Zuid-Afrika) naar Nederlandse ziekenhuizen te halen. Zeker voor specialismen met grote schaarste werd 'alles' in het werk gesteld: arbeidsmarkt-

toelagen, 'tekenbonus' en/of een korting op de *goodwill*/inverdienregeling. Soms bleven ziekenhuizen en vakgroepen verstoken van een adequate bezetting MDL-artsen en/of was er voor langere tijd sprake van niet-ingevulde vacatures en onderbezetting. Voor specialisten op zoek naar een (nieuwe) werkomgeving vormde dit alles een uitgelezen situatie, waarbij keuzes konden worden gemaakt op basis van geografische locatie, mogelijkheid tot specialisatie, dienstfrequentie, bijdrage in onderwijs en onderzoek et cetera. Artsen in opleiding hadden de ziekenhuizen voor het uitkiezen en hadden vóór of bij het afronden van de opleiding veelal hun plek gevonden.

Dit beeld is in enkele jaren omgeslagen naar een arbeidsoverschot. Het maakt dat er meer MDL-artsen zijn dan arbeidsplaatsen, laat staan vaste plekken.

Voor de specialist die moeilijk aan een baan kan komen, is een overschot op de markt een vervelend fenomeen. Voor de ziekenhuizen en MSB's brengt het echter ook voordelen met zich mee die we niet uit het oog moeten verliezen:

- ook ziekenhuizen verder van de Randstad en niet-STZ¹ kunnen hun vacatures nu goed invullen.
- er kan beter worden geselecteerd op basis van kwaliteit, inhoudelijk profiel en persoonlijkheidsprofiel passend bij vakgroep en medische staf.
- voor tijdelijke functies c.q. waarneming is weer invulling te vinden.
- de gelijkheid tussen specialisten binnen MSB of ziekenhuis herstelt zich (geen toeslagen, kortingen of andere bijzondere voorwaarden).

¹ STZ = Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen

Behoeftte aan balans

Alles overwegend is er behoefte aan balans. Een balans waarbij voldoende plek is om in te stromen en voldoende aanbod om in de benodigde inzet van MDL-artsen in ziekenhuizen en overige instellingen voor medisch-specialistische zorg te kunnen voorzien.

Meer MDL-artsen aan het werk

De meest eenvoudige ingreep zou zijn dat er door ziekenhuizen (loondienst) en MSB's (vrije vestiging) meer MDL-artsen worden aangesteld. Los van de vraag of er voldoende werk is, zorgt dit ook voor uitdagingen in de financiële huishouding van MSB of ziekenhuis. Meer MDL-productie leidt niet direct tot meer omzet voor het ziekenhuis en/of MSB. De contracten met zorgverzekeraars en het Hoofdlijnenakkoord laten geen groei toe. De groeirimte die er is, wordt bovendien in grote mate ingenomen door de toenemende inzet van dure medicatie en weesgeneesmiddelen.

Bij gelijkblijvende productie en omzet van het ziekenhuis zal een groei in formatie betekenen dat een ander specialisme zal moeten krimpen, het ziekenhuis genoeg zal moeten nemen met een lager resultaat of het MSB met minder inkomsten per lid. Dit is niet onmogelijk, maar makkelijk zal het niet zijn om deze bewegingen te kunnen realiseren. In specifieke situaties kan hier echter wel sprake van zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- bovenmatige prestaties van de huidige vakgroep
- lange wachttijden (niet door corona) waardoor ziekenhuis en zorgverzekeraar moeten investeren in de beschikbaarheid van voldoende zorg (treeknormen).

Eerder en meer kansrijk zijn de mogelijkheden waarbij binnen de vakgroep wordt gezocht naar mogelijkheden waarbij de uitgaven aan geld gelijk blijven c.q. het winstdeel voor geleverd werk gelijk blijft. Enkele opties die hierbij bestaan zijn:

1. formatieruimte maken: vakgroepleden leveren (elk?) een stukje formatie in;
2. als arts met pensioen in zicht (levensfase-

Vrije vestiging	AMS-6, 1,0 fte, 7% inconveniënten
Winstdeel € 273.162 ³ (excl. pensioen en AOV)	Loonkosten en premies € 219.693 Functiegebonden kosten € 6.305 Reiskosten € 3.192
Totaal € 273.162	Totaal: € 229.190

AMS-0, 0,8 FTE en 7% inconveniënten	AMS-2 - 0,8 FTE en 7% inconveniënten
Loonkosten en premies: € 103.572 Functiegebonden kosten: € 6.30 Reiskosten € 3.192	Loonkosten en premies: € 123.876 Functiegebonden kosten € 6.305 5 Reiskosten € 3.192
Totaal € 113.069	Totaal € 133.373

1 fte = x fteAMS	AMS-0, 0,8 fte, 7% inconveniënten	AMS-0, 0,8 fte, 7% inconveniënten
Vrije vestiging	2,4	2,0
Loondienst AMS-6, 1,0 fte 7% inconveniënten	2,0	1,7

- beleid): verminderen/stoppen van diensten, verminderen van de omvang van het dienstverband;
3. ruimte voor *sabbaticals* binnen de vakgroep;
 4. op MSB-niveau tijdelijk met een groter aandeel specialisten in loondienst gaan werken;
 5. verwerven van omzet in derde-geldstromen (ZBC's, waar vaak wel groei mogelijk is van lager complexe zorg)
 6. verminderde inzet op taakdifferentiatie naar (endoscopie)verpleegkundigen.

Bovengenoemde opties, met uitzondering van de laatste, zetten in op het beschikbaar maken van formatie of geld. Waarbij de formatie ook een financiële waarde vertegenwoordigt, namelijk van het loondienstverband en/of de vrije vestiging. Op dit laatste is ook nog een prijsvoordeel te realiseren. Dit komt voort uit het prijsverschil tussen AMS² 6 en een lagere schaal alsook tussen een winstdeel van een vrijevestigde en een specialist in loondienst.

In *schema 1* is weergegeven wat de 'kosten' zijn van drie voorbeeldspecialisten:

Deze middelen kunnen worden ingezet om jonge specialisten een plek te geven. De kosten van deze specialisten bedragen op hoofdlijn als volgt: (*zie schema 2*) Dit maakt dat ten opzichte van één medisch specialist er als volgt een jonge specialist kan worden ingezet: (*zie schema 3*)

Impact op pensioenopbouw en eventuele doorlopende kosten AOV zijn in dezen buiten beschouwing gelaten.

Mogelijkheden

Kortom, bij een beperkte formatiereductie kan er een veelvoud aan medisch-specialistische inzet plaatsvinden. Zo is het mogelijk een werkplek te creëren zonder dat voor de overgebleven tijd sprake is van een lager verdienvermogen (MSB) of lagere winst c.q. overschrijding van het afdelingsbudget (ziekenhuis).

Bij twee *sabbaticals* van drie maanden in de vakgroep van vrijevestigde specialisten kan er een 0,8 FTE AMS (0) plek worden vrijgespeeld. In de zes maanden dat er 'zonder verlies' een hogere inzet is, kan de vakgroep eveneens werken aan verdere professionalisering, ondernemerschap, onderzoek,

² AMS: Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten

Diensten + 2 dagdelen, vervangen AMS 0, 0,8 fte	Diensten + 3 dagdelen, vervangen AMS 0 0,8 fte
107% = € 273.162 7% voor diensten = € 17.870 22% voor 2 dd / 9dd = € 56.164 Vakgroep/MSB-bijdrage = € 40.000	107% = € 273.162 7% voor diensten = € 17.870 33% voor 3 dd / 9dd = € 84.246 Vakgroep/MSB-bijdrage = € 10.000 Vakgroep heeft ook voordeel bij meer dagen dan teruggang collega (+5 dd). Dit kan bijvoorbeeld ingezet worden voor wachtlijsten, vitaliteit vakgroepsleden, etc.
Diensten + 2 dagdelen, vervangen AMS 0, 0,8 fte	Diensten + 3 dagdelen, vervangen AMS 0 0,8 fte
107% = € 273.162 7% voor diensten = € 17.870 22% voor 2 dd / 9dd = € 56.164 Vakgroep/MSB-bijdrage = € 60.000	107% = € 273.162 7% voor diensten = € 17.870 33% voor 3 dd / 9dd = € 84.246 Vakgroep/MSB-bijdrage = € 30.000

onderwijs, et cetera. Zaken waaraan men – in de waan van de dag en de noodzaak om directe patiëntenzorg (productie) te leveren – vaak niet toekwam. Het uitgangspunt is dan wel, dat er gedurende deze *sabbaticals* geen inkomen genoten wordt door de betreffende specialisten... er wordt in die periode immers ook geen arbeid geleverd.

Voor een specialist met het pensioen in zicht zou het een optie kunnen zijn om de eigen werklust te verminderen. Zo kan de dienst zwaar vallen, de wens tot minder werken en/of het ontplooiën van andere initiatieven bestaan. Een combinatie van inleveren van de diensten en het inleveren van één arbeidsdag kan ruimte scheppen voor een nieuwe specialist (*zie schema 4*).

In deze berekening is als uitgangspunt genomen dat het inconveniëntenpercentage in de AMS een redelijke afspiegeling zal zijn van de waarde van de diensten. Het gemiddelde tarief bij MDL is 7%. Het is duidelijk dat bij het inleveren van *2 dagdelen en 3 dagdelen + vergoeding* voor de diensten de rekensom nog niet volledig sluitend is. Er is nog een bijdrage van de vakgroep of

MSB nodig. Deze loopt op van € 10.000 tot € 60.000 voor één jaar. De vakgroep heeft dan wel een jaar lang drie dagen additionele inzet van een specialist. Voor de arts die afziet van diensten en een deel van het werk (1 dag/2 dagdelen), komt een arts voor 8 dagdelen (4 dagen) terug. Dit vertegenwoordigt ook een waarde voor de vakgroep. Deze extra inzet kan worden gebruikt voor:

- wegwerken van wachtlijsten
- kwaliteitstrajecten
- werkdrukvermindering
- vergroten aantal afwezigheidsdagen
- een mix van bovenstaande of overige opties.

Het uitwerken van een oplossing voor een vakgroep, MSB en/of ziekenhuis blijft maatwerk en vraagt om rekenen met specifieke omstandigheden in het betreffende ziekenhuis.

Macroniveau

Naast de mogelijkheden binnen de ziekenhuizen zijn er natuurlijk opties denkbaar als: de opleiding verlengen met één jaar of een *fellowship*, verminderen van de instroom in de opleiding, werk weghalen bij scopiërende internisten. De Nederlandse

overheid zou een impuls kunnen geven aan de MDL-zorg in de overzeese gebieden van het Nederlands Koninkrijk en/of voormalige koloniale gebieden als Suriname. Vanuit ontwikkelingsgeldten zouden de NVMDL en MDL-artsen de zorg in deze landen een kwaliteitsimpuls kunnen geven. Allemaal opties met veel stof voor discussie!

Overige externe oplossingen

Naast oplossingen met medewerking van het ziekenhuis of van overheid en/of opleidingsinstellingen kan ook met een bredere blik naar de zorgarbeidsmarkt worden gekeken. Binnen Nederland betreft dit de markt van de ZBC's, waar het vak van MDL-arts in meer of mindere mate kan worden uitgevoerd. Daarnaast zijn er ook mogelijkheden om als arts, zeker jonge arts met frisse blik, op andere wijze zorg te leveren. Zo zijn er artsen die in een deel van het vakgebied een andere wijze van aanbieden zijn gaan verzorgen. Voor de OSAS/Apneu-problematiek wordt er bijvoorbeeld gewerkt aan initiatieven buiten het ziekenhuis. Ook voor de MDL-zorg is dit voor delen mogelijk. Veelal zijn deze klinieken in staat om tegen lagere kosten én goede patiënttevredenheid zorg te leveren. Daarmee blijft de belasting op het ziekenhuis beheersbaar (JZOJP).

Conclusie

Met één enkele maatregel zal het probleem van de verstoorde arbeidsmarkt niet worden opgelost. De kans dat dit door de overheid zal worden opgepakt en betaald met extra middelen om plekken voor MDL-artsen te maken, wordt – gegeven het Hoofddlijnenakkoord – zeer klein ingeschat. Binnen de vakgroepen zelf is de mogelijkheid om oplossingen te creëren zeker aanwezig. Het vraagt wel: anders denken en bereidheid om te delen (tijd, geld et cetera). Zeker in de combinatie tussen loondienst en vrije vestiging zijn concrete oplossingen te realiseren, waarmee meer MDL-artsen aan het werk kunnen komen.

Steven Dreviers
 Technisch bedrijfskundige en adviseur MSB
steven.dreviers@gzicht.nl

³ Op basis van onderzoek Deloitte: gemiddeld winstdeel € 260.000 bij prijspeil 2019, 2 x 2,5% inflatiecorrectie om prijspeil 2021 te bereiken

'TOEN WE HET EERSTE ZBC OPRICHTTEN, WAS IEDEREEN BOOS'

ZBC's: dé oplossing voor werkloze jonge klaren MDL?

ZBC's zijn niet meer weg te denken uit het zorglandschap in Nederland. De meningen verschillen of dat een goede ontwikkeling is of niet. Maar zouden de ZBC's een substantiële bijdrage kunnen leveren aan de werkgelegenheid voor jonge klaren? Drie MDL-artsen en één technisch financieel deskundige gaan voor MAGMA met elkaar in gesprek over de stelling: 'Het ZBC is de oplossing voor de huidige banenmarktproblematiek onder jonge klaren MDL'

De deelnemers aan deze (digitale) ronde tafel zijn: Frank ter Borg (MDL-arts in het Deventer Ziekenhuis), Jeroen Jansen (MDL-arts in het OLVG en mede-oprichter van de ZBC-keten PoliDirect), Steven Dreviers (technisch bedrijfskundige en adviseur Medisch Specialistische Bedrijven) en Angela Tjon (jonge klare en sinds kort als MDL-arts werkzaam bij PoliDirect).

Eind jaren tachtig vestigde zich het eerste ZBC in Nederland, Bergman Clinics. Plastisch chirurg Robert Bergman wilde hiermee de cosmetische chirurgie bereikbaar maken voor het grote publiek. Sindsdien is zijn imperium hard gegroeid naar 59 vestigingen en biedt deze keten ook andere medisch specialismen aan, waaronder MDL-gerelateerde zorg. Meer ondernemende medisch specialisten zaten in de afgelopen decennia niet stil: de leden die bij de branchevereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) zijn aangesloten (132), hebben samen 425 vestigingen. Volgens de woordvoerder van ZKN, Herman Nieuwenhuis, bestrijken de ZKN-leden meer dan 95 procent van de markt van klinieken die in ons land verzekerde medisch-specialistische zorg aanbieden, de zogenoemde focusklinieken (zie kader). In het afgelopen jaar zijn er in de klinieken die lid zijn van ZKN bijna één miljoen patiënten behandeld (14,5 procent van het totaal aantal patiënten

dat medisch-specialistische zorg krijgt). Daarmee is grofweg één miljard euro gemoeid. Zeven ZKN-leden bieden MDL-gerelateerde zorg. PoliDirect is er daar één van. Negen van de veertien vestigingen van PoliDirect hebben een scopiecentrum – daaraan zijn nu bijna 40 MDL-artsen (12 fte) verbonden (van wie 5 jonge klaren) – en dat aantal zal de komende jaren groeien.

Cherry picking

De meeste medisch specialisten in de ziekenhuizen bekeken de groei van het aantal ZBC's aanvankelijk met argusogen. Zelfs bij de oprichting van het eerste ZBC van PoliDirect in 2012 stonden artsen nog op hun

achterste benen. Jeroen Jansen, MDL-arts in het OLVG in Amsterdam en medeoprichter van PoliDirect, herinnert het zich nog goed: "Iedereen was boos." Frank ter Borg, MDL-arts in het Deventer Ziekenhuis beaamt dat. "In het begin werd het als *cherry picking* gezien, ten koste van de ziekenhuizen." Vanwaar dan dit initiatief? Jansen: "Door het bevolkingsonderzoek darmkanker (BVO) ontstonden er enorme capaciteitsproblemen in de ziekenhuizen. Toen dacht ik: als je een behandeling vrij geprotocolleerd moet uitvoeren, kun je dat het beste in een eenvoudige, 'platte' setting doen. In een ziekenhuis bepaalt toch vaak het proces hoe een patiënt erdoorheen gaat, in plaats van dat je echt die zorg om die patiënt heen kunt plannen. Bovendien gaat het in een ziekenhuis om dure vierkante meters (tweemaal zo hoog), dure overhead (driemaal zo hoog). Een ziekenhuis is eigenlijk te duur voor scopieën en poliklinische planbare laagcomplexe zorg. De prijs van een scopie is bij ons een derde minder dan in een ziekenhuis."

Jonge klare in ZBC

Jonge klare MDL-arts Angela Tjon koos enkele weken geleden bewust voor werken bij PoliDirect, ondanks de keuze uit drie (tijdelijke) banen in ziekenhuizen. "Toen ik klaar was met mijn opleiding, was ik twintig weken zwanger. Vanwege mijn zwangerschap had ik één sterke wens: flexibiliteit in mijn werk. En het ZBC bood dat: ik kan zelf mijn werktijden en programma's bepalen. En wat ik ook belangrijk vond: ik hoef op deze manier geen collega's te belasten als ik vanwege mijn zwangerschap geen diensten kan draaien. Het is voor mij op dit moment dus de ideale plek." Tjon kent zelfs jonge klaren die niet anders willen. "Ik ken een

Wat is een ZBC?

Een Zelfstandige Behandelcentrum (ZBC) is een samenwerking van twee of meer medisch specialisten, die (veelal verzekerde) planbare laagcomplexe zorg aanbieden en zich daarbij richten op enkele behandelingen die efficiënt kunnen worden uitgevoerd. Het worden daarom ook wel focusziekenhuizen genoemd. Er zijn inmiddels ook ziekenhuizen die zelf ZBC's oprichten, zoals bijvoorbeeld het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem.



Steven Dreviers:

"Een vakgroep moet zo'n 1.300 euro per dag omzetten om één full-time medisch specialist (1 fte) te kunnen aannemen."

collega die tijdens haar opleiding al wist dat ze niet de ambitie had om in een maatschap te treden vanwege het feit dat ze veel waarde hecht aan een goede werk/privé-balans met een jong gezin. Ik ken ook collega's die vanwege gezondheidsargumenten in een ZBC blijven werken."

Zelf denkt Tjon het werk in een ziekenhuis uiteindelijk te zullen gaan missen. "Aanvankelijk zag ik deze keuze als tijdelijk, als opstapje naar werk in een ziekenhuis, zodat ik in ieder geval voldoende vliegrepen kon maken en aantallen kon halen voor het BVO. Maar op den duur zal ik de acute zorg en hoogcomplex casuïstiek gaan missen, denk ik. Vanuit de opleiding heb ik veel subspecialistische kennis opgedaan en ik wil niet dat deze op de achtergrond raakt. Acute zorg vind ik bovendien een heel leuk aspect van dit vak. Bij PoliDirect doe ik zowel polikliniek als scapieën: ik vind dat tot nu toe hartstikke leuk. In een ZBC heb je meer tijd voor een patiënt, juist omdat het veelal geen ingewikkelde casussen zijn, en dat zie je terug in de hoge patiënttevredenheid. Mijn ambitie is om op termijn het klinische werk, waarbij je ook acute zorg hebt, en hoog-complexe patiëntenzorg te combineren met

werk in een ZBC, waar je in een ontspannen sfeer werkt in een klein hecht team en waar je ook meer ondernemerschap kunt laten zien."

Samenwerking ZBC's en ziekenhuizen

Ook de ziekenhuizen zoeken steeds meer naar samenwerking met de ZBC's. Niet alleen voor het wegwerken van het stuwmeer aan laagcomplex inhaalzorg, maar ook in hun zoektocht naar banencreatie voor jonge klaren in de MSB's. Jansen: "Door het Hoofdlijnenakkoord zitten we nu in een soort Catch-22¹: de ziekenhuizen mogen niet meer groeien in productie, waardoor de MSB's de aanname van nieuwe dokters tegenhouden. Maar het aanbod van MDL-patiënten is gigantisch, zeker met het bevolkingsonderzoek darmkanker dat nu als een trein loopt. Er zijn lange wachtlijsten. Dan is het natuurlijk ideaal om met z'n allen als vakgroep te zeggen: wij gaan één tot een aantal dagen per week in een ZBC werken en van de opbrengsten kunnen we een jonge klare aanstellen in de vakgroep. Er zijn al verschillende ziekenhuizen waarmee we op die manier samenwerken, zoals met het Medisch Spectrum Twente, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het St. Antonius

Ziekenhuis Nieuwegein. De laatste vijf jaar lopen die gesprekken met ziekenhuizen heel prettig."

Worstelen met logistiek

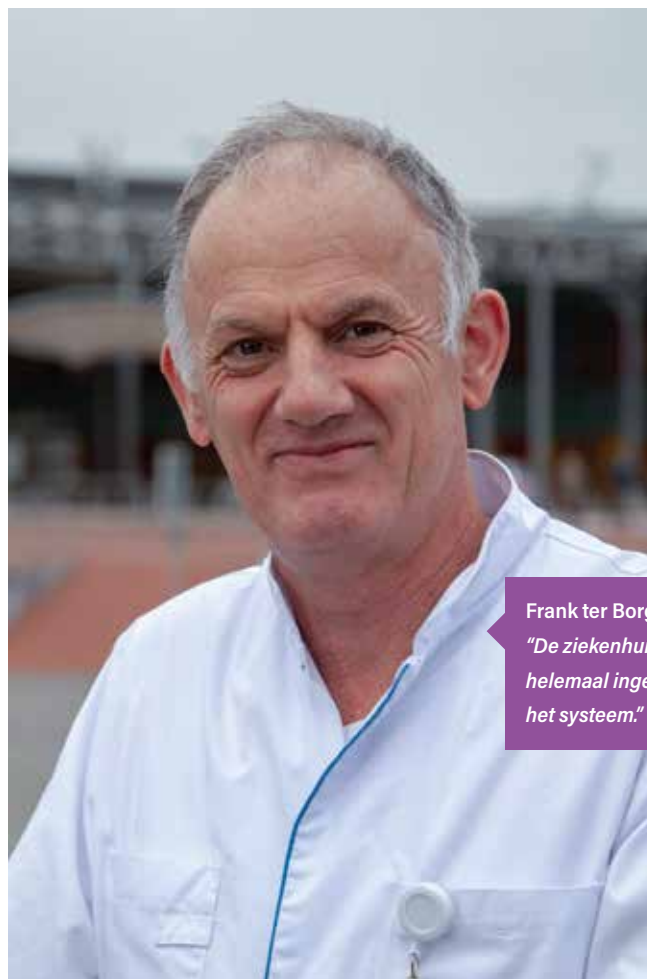
Het Deventer Ziekenhuis is nog in onderhandeling met PoliDirect in Goor en Zwolle. Ter Borg: "We zitten midden in het proces. Met de logistiek zijn we nog flink aan het worstelen. Als we op vijf dagen in de week in het ZBC een dokter neerzetten, heeft dat nogal wat versnippering tot gevolg. Het kost dus tijd om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen." Volgens Steven Dreviers, technisch bedrijfskundige en adviseur Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's), moet een vakgroep zo'n 1.300 euro per dag omzetten om één fulltime medisch specialist (1 fte) te kunnen aannemen. "Mét diensten", benadrukt Dreviers. "Dit komt op jaarbasis ongeveer overeen met 260.000 tot 270.000 euro." Ter Borg vult aan: "Het is niet helemaal kostendekkend voor het ziekenhuis. Als je in het ziekenhuis een volledige fte aanstelt, kost dat meer dan wanneer iemand vijf dagen in de week in een ZBC werkt. Dus om dat mogelijk te maken moet iedereen in het MSB er iets op toelagen." Ook op andere manieren kunnen ZBC's

¹ Catch-22: een paradoxale situatie waarin het onmogelijk is om een gewenste uitkomst te bereiken, doordat de 'regels' dit vanwege tegenstrijdigheden niet toelaten.



Jeroen Jansen:

"De prijs van een scapie is bij ons een derde minder dan in een ziekenhuis."



Frank ter Borg:

"De ziekenhuizen zitten helemaal ingekapseld in het systeem."

indirect jonge klaren aan een baan helpen, betoogt Drevers. "Een ZBC kan een goed alternatief zijn voor een oudere arts die in het ziekenhuis op z'n tandvlees loopt en zijn werk op die manier behapbaar houdt." Jansen vult aan: "Dat hebben wij binnen PoliDirect ook weleens gezien: oudere dokters die in het ZBC helemaal opbloeien. Het behoud van de dokter: daar geloof ik wel in."

Ondermijning zorglandschap

Maar is de komst van de ZBC's niet een dusdanige ondermijning van het huidige zorglandschap dat deze ontwikkeling op den duur juist meer banen zal kosten dan opleveren, omdat ziekenhuizen omvallen als alle planbare laagcomplexen zorg verdwijnt? Drevers: "Er zitten twee kanten aan het verhaal. Als Jeroen zegt: 'Ik kan het goedkoper, sneller én klantvriendelijker', dan denk ik dat hij daar stiekem helemaal gelijk in heeft,

hoewel we dat niet zo heel hard willen zeggen met elkaar. En dat kan hij aan de zorgverzekeraar ook met een hele grote glimlach uitleggen. Maar als je kijkt naar de ziekenhuizen... Die zijn samengesteld uit een aantal functies: beschikbaarheidsfuncties, dure vierkante meters, 24 uur per dag open, poortbezettingen, SEH's die vaak niet uit kunnen, IC's die klagen dat er bedden leegstaan (tijdens de pandemie nu even niet), et cetera. Daar zijn ooit tarieven voor verzonden. Relatief eenvoudige behandelingen moeten daarin bijdragen aan de dekking van dure behandelingen die eigenlijk niet uit kunnen. Dus daar zit het ondermijnende in, daar staat inderdaad spanning op."

Moet het verdienmodel van de ziekenhuizen dan niet worden veranderd? Drevers: "Dat willen ze wel, maar dat kunnen ze niet. Want de afspraken tussen de zieken-

huizen en de zorgverzekeraars zijn als het ware gemaakt op de achterkant van een sigarendoos. Het gaat niet over prijzen per DBC, maar loopt voor het grootste deel via vastgestelde aanneemsommen of plafondafspraken met zorgverzekeraars. Het is voor ziekenhuizen bovendien heel moeilijk om substantieel met geld te schuiven, bijvoorbeeld van het ene specialisme waarnaar op dat moment minder vraag is, naar meer financiële ruimte voor een extra MDL-arts: dan kijkt de Raad van Bestuur heel moeilijk, is de vakgroep die wil uitbreiden boos omdat de ruimte er niet is, en is de vakgroep waar mogelijk krimp zou moeten plaatsvinden, boos als gevolg van deze (be)dreiging."

ZBC's bieden kansen

Alle gesprekspartners van het rondetafelgesprek zijn het erover eens dat de ZBC's niet meer weg te denken zijn in Nederland, en



Angela Tjon:
"Op den duur zal ik de acute zorg en hoogcomplexere casuïstiek gaan missen."

dat hun aanwezigheid zelfs kansen biedt. Ter Borg: "De ziekenhuizen zitten helemaal ingekapseld in het systeem, en kunnen niet verder zo. Als je tegemoet wilt komen aan de groeiende zorg, zul je dat op die manier in samenwerking met de ZBC's kunnen oplossen, denk ik. Dat is helemaal geen slechte gedachte." Hij denkt ook dat het bezwaar van te veel *cherry picking* door ZBC's voor de MDL-afdelingen niet zo relevant is. "Het is inderdaad zo: de ziekenhuizen hebben die laagcomplexere zorg nodig om kostenneutraal te blijven. Maar het aanbod is nu zo groot dat het helemaal geen issue is wat mij betreft. Ik denk dat de samenwerking uiteindelijk de oplossing wordt, dat je een meer geïntegreerd regionaal plaatje krijgt met een reële verdeling, en dat het als een soort *package deal* met de zorgverzekeraar wordt besproken." Beide werelden kunnen wellicht ook van

elkaar leren, betoogt Ter Borg: "Het triëren van indicaties en een geoliede samenwerking rond complexere zorg, omdat die indicaties toch ook in de ZBC's worden gevonden: dat zouden de ZBC's van de ziekenhuizen kunnen leren. Het ziekenhuis zou misschien kunnen leren van de efficiëntie en slagvaardigheid van een ZBC. Ik denk dat het sowieso belangrijk is om expertise te delen en samenwerkingsprocessen onder de loep te nemen en waar mogelijk te verbeteren." Tjon voegt toe: "Ik denk dat een goede samenwerking tussen ziekenhuizen en ZBC's ook het vertrouwen van de patiënt in een ZBC kan verhogen. Nu merk ik nogal eens in privé sfeer dat er wel wat argwaan is over de kwaliteit van de zorg in een ZBC."

Oplossing werkloosheid

Is het ZBC dan wellicht ook de oplossing voor de huidige banenmarktproblematiek

onder jonge klaren MDL? Dreviers: "Ja, het draagt bij, maar het is niet de enige oplossing waarmee we het gaan redden. Het is één van de oplossingen waarmee je een grote hap uit het probleem kunt halen." Ter Borg en Jansen knikken instemmend. Tjon: "Ik was best geschrokken toen ik in de vorige editie van *MAGMA*² las dat er blijkbaar al jonge klaren zijn die zich gratis aanbieden bij de ziekenhuizen om vliegreuen te kunnen maken. Ik vind dat echt niet kunnen: dat je na jarenlang investeren uiteindelijk gratis moet werken om je *skills* te behouden. Ook al omdat de jonge klaren vaak in een levensfase zitten waarin ze een jong gezin moeten onderhouden en een hypotheek moeten betalen. En dan vind ik een ZBC daar zeker een goede oplossing voor."

² *MAGMA* 3-2021, p. 104-109: "Iedere jonge specialist heeft recht op een eerlijke start"

ADVERTENTIE

'Als ik minister was...'

We komen om in het werk, we hebben genoeg dokters en we hebben genoeg geld. Waar blijven die banen voor nieuwe jonge specialisten dan?

Het huidige overschot aan jonge medisch specialisten die geen goede baan kunnen vinden, is onbegrijpelijk. Er is meer dan genoeg werk, we hebben wachtlijsten voor van alles en nog wat, iedereen wil meer tijd voor zijn of haar patiënt en velen willen een betere werk/sociaal leven-balans. En dan zijn er gelukkig meer dan genoeg uitstekend opgeleide jonge specialisten die staan te popelen actief te worden. En ja: er is meer dan genoeg geld. In de eerste plaats bij de MSB's. Een specialist erbij betekent daar (eventueel) iets min-



der inkomen voor de zittende groep, en daar wordt dan onmiddellijk hartstochtelijk over gejammerd. Maar heb je dat wel eens uitgerekend? Zelfs 10% minder werken (bijvoorbeeld voor een halve dag in de week vrij) geeft netto maar een tamelijk geringe daling van de inkomsten per maand. En als ik kijk naar de jaarrekeningen van grote ziekenhuizen en academische centra waar specialisten in loondienst zijn, dan zie ik alleen maar positieve resultaten van vele miljoenen. Die vervolgens op de bank worden gezet om maar aan de ratio's van de banken te kun-

nen voldoen. Want al die ziekenhuizen hebben zwaar geleend om hun veel te dure paleizen en kathedralen te financieren. Waarom worden die positieve resultaten van grote ziekenhuizen en MSB's niet voor een beetje aangewend om te investeren in verjonging en verbetering van de medisch-specialistische beroepsgroep en om te anticiperen op de onherroepelijke groei van de zorg in de komende jaren? Zo dapper en ondernemend hoef je daar toch niet voor te zijn?

Marcel Levi

Werktijdverkorting of eerder met pensioen

Zittende MDL-artsen kunnen werkloze collega's helpen door minder te gaan werken en/of eerder met pensioen te gaan. Met als bonus: meer vrije tijd. Een veelgehoorde vraag is: 'Wat gaat mij dat kosten en wat is de invloed op mijn pensioen?' Onderstaand antwoord gaat uit van een academische werkomgeving.

Bij werktijdverkorting naar bijvoorbeeld 0,9 fte lever je iets minder dan 10% van het salaris in. Omdat de TVO (overwerkvergoeding) niet verandert, is het verschil kleiner dan je op het eerste gezicht denkt. Het bruto-jaarsalaris daalt met € 18.963, ofwel € 790 netto per maand. Er is geen invloed op het pensioen, omdat het salaris waarover pensioen wordt gespaard, gemaximeerd is (in 2021: € 112.189). Omdat interesse in werkreductie meestal een aantal jaren na indiensttreding een wens wordt, is het aannemen van jongere collega's eenvoudig uit te rekenen: als 9 MDL-artsen 0,1 fte inleveren kan er inderdaad een jongere collega voor 0,9 fte worden aangeworven, en houdt het ziekenhuis zelfs een beetje geld over.

Eerder stoppen met werken is ook een mogelijkheid. Per jaar bouw je in de schaal UMS8, € 1831 pensioen op. Ofwel: ieder jaar dat je

eerder stopt met werken dan de huidige 67 jaar, kost je € 1831 per jaar. Rekening houdend met belastingen komt dat neer op circa € 100 netto per maand minder voor ieder jaar dat je eerder met pensioen gaat.

Omdat financiën zeer persoonlijk zijn, is het verstandig om bij de overweging minder te gaan werken of eerder te stoppen met werken een gesprek aan te gaan met de HR-afdeling. De HR-medewerkers kunnen een persoonlijk financieel plan opstellen. Het maakt namelijk nogal wat uit of je een (hoge) hypotheek hebt, studerende kinderen of anderszins. HR helpt echter ook bij het berekenen van wat je uiteindelijk nodig hebt.

De moraal van dit verhaal: iets minder werken en/of iets eerder stoppen met werken kost netto over het algemeen niet zoveel. Het blijft natuurlijk een persoonlijke afweging of een wat lager besteedbaar inkomen opweegt ten opzichte van meer vrije tijd.

Rob de Knegt

ADVERTENTIE

Emigreren naar Noorwegen: het overwegen waard!

Na onze reis van negen maanden in Afrika (tussen de vooropleiding Interne Geneeskunde en de MDL-opleiding in OLVG-West en VUmc) wisten Arjan en ik één ding zeker: dit was niet ons laatste avontuur. We hebben lang uitgekeken naar het einde van mijn opleiding en verschillende scenario's de revue laten passeren: terug naar Afrika om er te gaan werken, fellowships in onder andere Australië of... gewoon weer een lange reis maken naar een nieuw continent.

Flexibel

De veranderende werkgelegenheid voor jonge klaren maakte het echter steeds duidelijker dat opnieuw op reis gaan 'cv-technisch' niet handig zou zijn. Gelukkig is Arjan (huisarts) heel flexibel. Exact een maand voor de eerste lockdown zijn we naar de Emigratiebeurs in Houten gegaan. Daar hebben we contact gelegd met een ziekenhuis in Noorwegen, dat op zoek was naar een MDL-arts. Noorwegen was al eens eerder in onze plannen opgedoken. Maar nu werd het wel heel concreet.

We planden een kennismakingsbezoek en gingen op zoek naar een Noorse docent.



Helaas werd door alle coronabeperkingen al snel duidelijk dat een kennismaking in Noorwegen heel lastig en misschien zelfs wel onmogelijk zou worden. Na lang en stevig nadenken besloten we het avontuur aan te gaan: ook zonder het ziekenhuis of de stad te hebben gezien.

Skype

Heel veel Skype-gesprekken volgden: met het hoofd van de interne geneeskunde, de nieuwe huisbaas, onze nieuwe Noorse juf. Zo werd het een enorm druk (afronden van de opleiding, verkopen van ons huis, online regelen van een nieuw huis, wekelijkse Noorse lessen) maar ook spannend jaar. Vanwege corona was het afscheid van vrienden en familie niet helemaal zoals we van tevoren hadden bedacht. Met alle inreisbeperkingen bleek het daadwerkelijk fysiek verplaatsen naar Noorwegen echter nog het allergrootste vraagstuk. Toen we uiteindelijk met al onze eigen spullen in ons nieuwe huis in Haugesund in quarantaine zaten, begonnen we langzaam te beseffen dat we inderdaad die grote stap genomen hadden. We werden, nog tijdens onze thuisquarantaine, getraakteerd op verse sneeuw (in april) wat voor goed vermaak zorgde tijdens tien dagen 'binnenzitten'!

Nieuwe leven

En toen begon het 'gewone' leven. Arjan had de eerste maanden gelukkig wat extra tijd om te zorgen dat de overgang voor de kinderen zo goed mogelijk zou verlopen. Ik moet eerlijk zeggen dat ik tijdens de eerste ochtendoverdracht wel even dacht: 'Waar zijn we in vredesnaam aan begonnen?' Het in het Noors kunnen vertellen hoe ik heet en waar ik woon, is toch echt van een heel ander niveau dan een medisch-inhoudelijke overdracht, waarbij er ook nog eens verschillende dialecten door elkaar heen gesproken worden. Gelukkig kan ik zeggen



dat het nu, een kleine zes maanden later, veel beter gaat.

Inmiddels heb ik mijn eerste poli's erop zitten en ook de eerste weken zaalsupervisie zijn achter de rug. Ik werk als vierde MDL-arts in een groot regionaal opleidingsziekenhuis waar alle gebruikelijke MDL-zorg wordt aangeboden, van VCE tot ERCP. Zelfs de *spyglass* wordt binnenkort verwacht. Er is veel en goed overleg met de universiteitsziekenhuizen in Bergen en Stavanger.

Werk-leefbalans

De zorg in Noorwegen verschilt op veel punten van Nederland, maar er zijn minstens zo veel overeenkomsten. Iedereen werkt hier fulltime, wat de continuïteit van zorg echt enorm verbeterd. Daar staat tegenover dat het werk hier om 16.00 uur ophoudt. De avonddienst begint om 15.30 uur en om 16.00 uur gaat echt iedereen naar huis. Er is dus nog een heel stuk dag over na je werk. Waar het leven met twee jonge kinderen voor ons in Nederland altijd gehaast en druk was, hebben we hier ook na het werk nog

tijd om leuke dingen met elkaar te doen. Het klinkt misschien saai, maar de werk-leefbaars is hier heel aangenaam. Met als bonus natuurlijk een enorme hoeveelheid natuur waarvan we elk weekend kunnen genieten! Na een prachtige zomer (hoezo: alleen maar regen in Noorwegen?) kijken we nu uit naar een heerlijke winter, met hopelijk elk

weekend skiën, langlaufen, sleeën én meegebrachte wijn uit Nederland (want alcohol is hier echt niet te betalen).

Vooralsnog zijn we heel erg tevreden met onze keuze!

Marijn Radersma

Emigratiebeurs 2022

Wil je ook naar Noorwegen? Haugesund Zykehus presenteert zich op de Emigratiebeurs in Houten (12-22 februari 2022).

Marijn Radersma zal daar ook aanwezig zijn.

Aan het werk bij de burens

Als je in Nederland geen baan kunt vinden, moet je wellicht over de grenzen kijken. In België, Duitsland en Frankrijk zijn zeker nog mogelijkheden.

België

Ook in België dreigt de markt voor MDL verzadigd te raken, maar er zijn nog steeds ziekenhuizen met vacatures. Net als in Nederland in de minder populaire gebieden, zoals de grensregio's. De provincies Oost-Vlaanderen en Antwerpen zijn helemaal verzadigd. In Brussel komt er af en toe een plekje vrij. In de provincies West-Vlaanderen, Limburg en Wallonië zijn nog regelmatig vacatures. Informatie is te krijgen bij de Vlaamse Vereniging voor Gastro-Enterologie (VVG, www.vvge.be), maar ook op de websites van ziekenhuizen.

Duitsland

Bij onze oosterburen zijn er voor alle specia-

lismen grote tekorten, dus ook voor de MDL. Ook hier geldt dat de meeste vacatures in de gebieden zijn die bij de Duitse collega's eveneens minder populair zijn: denk aan het Saarland of aan de oostelijke Bondslanden. Maar de salarissen zijn vergelijkbaar en de woon- en leefkwaliteit is misschien wel hoger dan in Nederland. In de grensregio's kun je er ook voor kiezen om in Nederland te blijven wonen.

In Duitsland is het opleidingssysteem volstrekt anders dan in Nederland. Je wordt geen MDL-arts Nederlandse stijl, maar je wordt 'medisch specialist met modules'. Iedereen doet vier jaar interne geneeskunde, en daarna bijvoorbeeld vier tot acht maanden endoscopie, vier maanden echografie en vier maanden ERCP. Dan ben je internist met bevoegdheid voor de genoemde onderdelen. Maar vier maanden endocrinologie is bijvoorbeeld ook mogelijk. Op die manier ben je als internist+ zeer

breed inzetbaar. Als jonge klare MDL-arts zijn er absoluut mogelijkheden, maar omdat wij de brede interne achtergrond missen, zullen niet alle vacatures passen. Zeker als je de ambitie hebt om afdelingshoofd te worden (kan ook perifeer), moet je 'alles' kunnen. De meeste kans op een baan heb je als je de opleiding in Duitsland doet. En dat geeft ook de beste kansen indien je academisch wilt werken. Informatie is verkrijgbaar bij de Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS, www.dgvs.de) en op de websites van ziekenhuizen.

Frankrijk

Geen buurland, maar wel een land met mogelijkheden! De MDL-opleidingscapaciteit is nooit aangepast met de introductie van het landelijke CRC-screeningsprogramma, waardoor er in het gehele land een tekort is aan MDL-artsen. Met name in de perifere ziekenhuizen – in de meer landelijke regio's – kun je bij wijze van spreken morgen al aan de slag. Vanzelfsprekend moet je de Franse taal beheersen. Informatie is te krijgen bij: www.korint.org.

Rob de Knecht

Bovenstaande is tot stand gekomen dankzij overleg met:

Jeoffrey Schouten (AZ Sint Nikolaas),

Toon Steinhauer (UZ Antwerpen),

Jürgen Fritsch (Treant Zorggroep Emmen)

en Christian Trautwein (UK Aachen).

VACATURE

IBD-fellowship in Londen

Queens and King George Hospital in Noordoost-Londen zoekt een junior MDL-arts met belangstelling voor IBD. Het ziekenhuis maakt deel uit van de St Barts and Royal London Group en heeft een adherentie van één miljoen inwoners. De IBD-groep bestaat uit zes MDL-artsen en vier IBD-verpleegkundigen. Gezamenlijk geven ze zorg aan meer dan 5.000 IBD-patiënten van wie ongeveer 1.000 op *injectables* staan. Daarnaast zijn er acht endoscopiekamers die fulltime worden gebruikt. De aanstelling is in principe voor een jaar, maar langer is bespreekbaar. Er is een nauwe samenwerking met Kings College.

Heb je belangstelling? Neem dan contact op met Azhar Ansari, azharansari@hotmail.com.

Redelijk aantal transfers en vacatures, maar helft is tijdelijk

Noorden

Sarah Bos (UMCG) startte op 1 december in het Treant Ziekenhuis Emmen als 9^e MDL-arts. Haar aandachtsgebieden zijn IBD, hepatologie en ERCP. Yentl Haan (Erasmus MC) startte op 1 december in het Medisch Centrum Leeuwarden waar Ric Jebbink per 1 november met pensioen ging. Zij heeft als aandachtsgebied neurogastro-enterologie.

Oosten

Op 1 januari 2022 neemt Dirk Jan Bac afscheid in Gelderse Vallei Ede en wordt direct opgevolgd door Lalini Mahabiersing (Radboudumc, aandachtsgebied Neurogastro-enterologie en motiliteit (NGM)). Zij gaat aldaar aan de slag als 9^e MDL-arts.

Per 1 augustus is Marjolein Duijvestein (Amsterdam UMC, locatie AMC, aandachtsgebied IBD) begonnen als stafid in het Radboudumc. Zij volgt Frank Hoentjen op.

Saba Popal (UMCG) start per 1 januari als *chef de clinique* in MST Enschede.

Zuiden

Daniel Kesztheleyi is sinds 1 november het nieuwe Hoofd onderafdeling Maag-, Darm- en Leverziekten in het MUMC+. Hij volgt daarmee Ad Masclee op, die met pensioen is gegaan. Ankie Reumkens (MUMC+) werkt sinds 1 december als *chef de clinique* in het Laurentius Ziekenhuis te Roermond. Zij neemt tijdelijk de praktijk van Eric de Goede waar, omdat hij van een *sabbatical* gaat genieten. Jan Werner Poley ging op 1 oktober van het Erasmus MC naar het MUMC+.

Per 1 januari 2022 start Mitchell Lie (Erasmus MC) als 5^e MDL-arts in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes.

Westen

Vanaf 1 maart 2022 zal Tassili Weehuizen (Amsterdam UMC, locatie AMC) als *fellow* MDL-oncologie het team van het AVL Amsterdam versterken voor de periode van een jaar. Ilse Molendijk (LUMC) werkt sinds 15 november als *chef de clinique* in het Haaglanden MC. Wim Lammers (Erasmus MC) werd per 1 oktober stafid in het Erasmus MC, zijn aandachtsgebieden zijn HPB en interventie-endoscopie.

In het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam is Gwen Masclee (Erasmus MC) per 1 oktober *chef de clinique*. Wouter den Hollander (LUMC), eerder *chef de clinique*, is per 1 september toegetreden tot de MDL-vakgroep in Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp. Zijn aandachtsgebieden zijn hepatologie en ERCP. In totaal werken daar nu 10 MDL-artsen. Sinds 1 november 2021 werkt Ilhame Ben Larbi (Amsterdam UMC, locatie VUMC) in de Bergman Kliniek Bilthoven (na een periode als

chef de clinique in de Noordwest Ziekenhuisgroep).

Angela Tjon (Erasmus MC) startte per 1 oktober als allround MDL-arts (endoscopie en MDL-polikliniek) bij PoliDirect.

Lisanne Plompen (Erasmus MC, aandachtsgebied Oncologie) werkt vanaf 1 december in het IJsselland Ziekenhuis als 8^e MDL-arts. Ook Tim Belderbos (UMC Utrecht, aandachtsgebied Oncologie) gaat hier (na enkele maanden in het Meander Ziekenhuis) vanaf 1 januari 2022 aan de slag. Hij is daar dan de 9^e MDL-arts.

Suriname

Ragni Chauti (Erasmus MC) gaat na haar opleiding terug naar Suriname om daar te werken als MDL-arts in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo.

Aantallen

De aantallen per 1 december 2021: 626 MDL-artsen in Nederland, 19 pensionado's (die nog werkzaam zijn), 219 aios MDL.

Vacatures

Er worden negen MDL-artsen gezocht (één waarneming). Daarnaast staan er tien vacatures uit voor een *chef de clinique* MDL.

- Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes): MDL-arts, in 2022 wordt nog een vacature verwacht
- Catharina Ziekenhuis (Eindhoven): *chef de clinique* MDL (1,0 fte), tijdelijk (met optie tot verlenging)
- Flevoziekenhuis (Almere): *chef de clinique* MDL
- Gelderse Vallei (Ede): MDL-arts (0,8-1,0 fte)
- Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen): 9^e MDL-arts (0,9 fte) en *chef de clinique* MDL (0,8 fte)
- Isala Ziekenhuis (Zwolle): MDL-arts met aandachtsgebied hepatologie, en een *chef de clinique* MDL
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch): *chef de clinique* MDL
- Meander MC (Amersfoort): 2 x *chef de clinique* MDL
- Rijnstate Ziekenhuis (Arnhem): *chef de clinique* MDL (0,8-1,0 fte)
- Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk): *chef de clinique* MDL
- Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem): *chef de clinique* MDL
- St. Jansdal (Harderwijk): MDL-arts
- Tergooi Ziekenhuis (Hilversum): 2 MDL-artsen
- Treant Zorggroep (Emmen): MDL-arts
- RIVM Bevolkingsonderzoek Zuid: Toetsingscoördinator Maag-Darm-Leverarts (3,5 uur per week)
- PoliDirect Overijssel (Goor): waarnemend MDL-arts (met BVO).

ADVERTENTIE

Veiligheid en vertrouwen

Afscheid nemen na bijna dertig jaar MDL-arts te zijn geweest, betekent: tijd om terug te blikken. Ik neem afscheid van patiënten die ik jaren onder mijn hoede heb gehad en met wie ik samen oud ben geworden. Niet telefonisch of digitaal, maar analoog ofwel ‘oog in oog’. En zij bedanken mij. Niet voor de door mij voorgeschreven pillen of voor de scopie, wel voor de tijd die ik voor hen nam, voor de veilige en betrouwbare omgeving waar ze van op aan konden.

Mede dankzij de pandemie waren telefonische consulten een uitkomst. Maar niet voor alle patiënten. Wat blijkt (niet erg verrassend): een patiënt bespreekt problemen eerder en beter in de spreekkamer tegenover de dokter. Een stem door de telefoon doet soms een betere gezondheid vermoeden dan overeenstemt met de werkelijkheid. Een telefonisch consult met iemand die in de auto zit of boodschappen aan het doen is, werkt ook niet. Bovendien blijft lichamelijk onderzoek een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. Kortom, het teleconsult is geen panacee.

Net zo min als de digitalisering in de zorg. Bij een bezoek aan het ziekenhuis gaat de al onzekere patiënt, na scannen van een QR-code via een apparaat aan de muur, in de wachtkamer zitten kijken naar een scherm met informatie over het ziekenhuis. Dit doet mij soms denken aan het jongetje dat tegen de intercom zegt: “Muur, ik moet plassen.” Geen warme ontvangst meer door de doktersassistente, die de patiënt kent, zegt dat de dokter wat uitloopt en een kopje koffie aanbiedt. Na afloop van het consult wordt de patiënt met digitale orders de deur gewezen, in plaats van dat de doktersassistente vraagt of alles duidelijk is en de afspraken met hem of haar nog even doorloopt.

ICT en digitalisering zijn (door commercie gedreven?) in de zorg ingevoerd zonder dat voldoende is onderzocht wat de consequenties zijn voor de werkvloer. Met als gevolg: juist slechtere zorg. Hoe koud en zakelijk willen wij dat onze zorg nog wordt?

In de huidige wereld, en dus ook in het ziekenhuis, is de

patiënt toenemend onzeker en angstig, mede door het ontbreken van een veilige en betrouwbare omgeving. Dit voedt wantrouwen én resulteert in onzinnige zorg. Inzage in het eigen medisch dossier leidt tot vele vragen en googelende patiënten. Zij verwachten op elk gewenst moment (eventueel digitaal) te kunnen overleggen en discussiëren met de dokter. Een spreekuur met veertig consulten haal ik dan ook al jaren niet meer.

Hoe gaan we de toenemende zorgvraag aankunnen als de secretariële ondersteuning wordt wegbezuinigd, we in toenemende mate moeten administreren en registreren en de patiënt op ieder gewenst moment moeten ‘dienen’?

Ik ben zeker niet tegen ICT. Maar het moet voor patiënt en dokter een hulpmiddel zijn om tot efficiëntere en vooral betere zorg te komen. Laten we het werk voor de zorgverleners vereenvoudigen tot waar we ooit voor hebben gekozen: het leveren van zorg. En al het andere overlaten aan anderen. Zodat de patiënt na het consult kennis over en vertrouwen in het vervolgtraject heeft. Laten we de mens achter de patiënt niet vergeten en het hart in de zorg koesteren.



Werkbezoek Suriname

Terwijl de COVID-19-situatie in Nederland wat stabiliseerde, speelde zich medio 2021 in Suriname het gevreesde scenario af: 'code zwart' werd afgekondigd. Snel werd de medische COVID-hulp vanuit Nederland, die in januari 2021 gestopt was, hervat. Wij, Fenna en Lieke, konden als basisartsen met klinische COVID-ervaring (huidige baan: promotie-onderzoek binnen de MDL) twee weken mee op deze medische missie.

COVID in Suriname

Suriname telt zo'n zeshonderdduizend inwoners, veel hiervan woonachtig in en rondom Paramaribo. Suriname heeft de afgelopen decennia veel economische en daarmee ook maatschappelijke verliezen geleden, ook in de gezondheidszorg. Het huidige kwetsbare evenwicht werd tijdens de COVID-pandemie al snel verstoord: tekorten aan personeel, kennis en materiaal maakten het lastig om de toestroom van patiënten nog enige kwaliteit van zorg te bieden. Vanuit Nederland is er veel steun geweest, waaronder acute noodhulp, medische apparatuur, medicatie

en natuurlijk: vaccins. Toen wij in Suriname werkten, was de vaccinatiecampagne nog volop bezig. Ongeveer 30% was één keer en 15% volledig gevaccineerd.

Werkomgeving

Wij hebben gewerkt in het Regionaal Ziekenhuis Wanica, op zo'n 25 km buiten Paramaribo. Dit ziekenhuis werd net opgeleverd toen COVID-19 opkwam en transformeerde daardoor tot hét COVID-ziekenhuis van Suriname. Reguliere zorg werd er (nog) niet geleverd, er was (en is) echter ook geen Intensive Care. Er waren alleen een paar

ADVERTENTIE



(V.l.n.r.) Fenna Jansen
(arts-onderzoeker MDL
Radboudumc),
Fleur Franken
(verpleegkundige
Radboudumc),
Lieke Koggel
(arts-onderzoeker MDL
Radboudumc) in het
Wanica ziekenhuis.

wij ze vrijwel zelfstandig moeten functioneren onder een hoge werkdruk met veel zieke patiënten.

Ervaringen uitwisselen

Verder leerden we veel van elkaar, door openlijk te praten over wat opvalt en door te vragen. Soms bleek een voorbeeld uit Nederland voor de Surinaamse collega's een welkome suggestie, soms precies andersom. Waar de zorg in Suriname is verbeterd door meer geprotocolleerd te werken, kan de Nederlandse zorg juist leren van de minder geprotocolleerde aanpak van Suriname. Want al die gestandaardiseerde processen maken dat de Nederlandse arts heel druk kan zijn met de 'gewenste' stappen, zonder écht de tijd te nemen om naar de patiënt te luisteren en de eigen klinische blik te laten spreken.

Al met al beseffen we nu nog sterker hoe bevoorrecht wij zijn met onze goed georganiseerde en altijd beschikbare zorg in Nederland. Met ontzettend veel respect voor alle Surinaamse collega's kijken wij terug op een bijzondere tijd. We hopen dat Suriname goed uit deze situatie komt, zodat het kan werken aan verdere opbouw en investeringen in de gezondheidszorg.

Fenna Jansen en Lieke Koggel,
arts-onderzoekers MDL, Radboudumc

afdelingen voor COVID-zorg. Het laboratorium was elke dag bemand voor basisbepalingen en doordeweeks hadden we een röntgenapparaat tot onze beschikking. Los van de beperkte(re) mogelijkheden voor aanvullend onderzoek, was het voor ons wennen aan de papieren statussen. Eén map per patiënt bevatte zowel uitgeprinte lab-uitslagen als alle zelfgeschreven verslagen (met verschillende leesbaarheid).

Wanica ligt redelijk afgelegen. Voor overplaatsing van een patiënt naar een andere afdeling (IC of neurologie) of voor aanvullend onderzoek (CT-scan) was de ambulance veertig minuten onderweg. Ofwel: je moest tijdig inschatten of patiënten achteruit zouden gaan, en of ze vervoer naar de IC nog zouden aankunnen. Het betekende ook dat je pragmatisch te werk moest gaan. Soms kon je een aandoening niet 'echt' bewijzen met beeldvorming of ingewikkelde bloedonderzoeken en moest je gewoon starten met behandelen. Wij leerden zowel te vertrouwen op onze klinische blik als tijdig te anticiperen op mogelijke achteruitgang. En dat laatste is nu juist zo precair bij het COVID-ziektebeloop...

Surinaamse patiënten

De afdelingen in Wanica waren onderverdeeld van zeer zieke naar minder zieke

patiënten. Wij rouleerden op deze afdelingen en hebben ook kunnen praten met patiënten die weer opknapt van een (soms ernstige) COVID-infectie. Surinaamse patiënten zijn over het algemeen minder mondig dan in Nederland. Ze stellen niet uit zichzelf vragen en laten de opname over zich heen komen in plaats van dat ze de behandeling en opname in detail willen weten. Maar als wij ruimte gaven om eigen vragen te stellen, kwamen deze wel degelijk.

Het team

We zijn ontzettend warm ontvangen door onze Surinaamse collega's en voelden ons in korte tijd echt deel van het team. De groep artsen bestond voornamelijk uit net afgestudeerde artsen met nog weinig klinische ervaring. Het team van verpleegkundigen bestond vooral uit ziekenverzoekers, met wel vaak één verpleegkundige die taken zoals medicatie uitdelen en infusen prikken op zich kon nemen. De verpleegkundigen in Suriname houden zich meer op de achtergrond, vergeleken met de vaker proactieve, mondige Nederlandse verpleegkundigen. Dit berust grotendeels op verschil in cultuur, maar komt uiteraard ook door opleiding en gewenning. We vonden het bewonderingswaardig om te zien dat onze collega-artsen in Suriname zich zo vroeg in hun carrière staande weten te houden, ter-



Fenna Jansen bij een patiënt.

ADVERTENTIE

Fecestransplantatie bij colitis ulcerosa

Sinds 2014 is *fecal microbiota transplantation* (FMT) opgenomen in de Nederlandse SWAB-richtlijn voor de behandeling van recidiverende *Clostridioides difficile* (*C. diff*)-infecties [1]. Door de hoge eradicationpercentages bij deze indicatie, tot wel 80-90%, kreeg FMT veel belangstelling en is sindsdien onderzocht in het kader van vele andere uiteenlopende ziektebeelden [2, 3]. De gedachte is simpel: wanneer FMT succesvol is in het herstellen van een verstoorde darmflora bij *C. diff*, heeft deze therapie mogelijk ook effect in andere ziekten waar een veranderd darmmicrobioom gevonden wordt. Eén van die gegadigde indicaties is IBD.

Verschillen

Inmiddels is duidelijk dat het darmmicrobioom bij patiënten met IBD anders is dan bij de gezonde populatie. Er worden verschillen gevonden zowel tijdens actieve ziekte als ook gedurende tijden van remissie [4, 5]. De causaliteit van ziekteactiviteit en een veranderd darmmicrobioom, het beroemde kip-en-ei-vraagstuk, is vooralsnog niet geheel opgehelderd. Recent Nederlands IBD-tweelingonderzoek toont aan dat het darmmicrobioom ook bij de gezonde tweelinghelpt microbiële veranderingen vertoont [6]. Fundamenteel onderzoek naar *germ-free mice*, die zonder microben in hun tractus digestivus nauwelijks geïnduceerde colitis kunnen krijgen, lijkt te wijzen naar een causale factor van het microbioom [7].

Tot voor kort waren er vier RCTs gepubliceerd over FMT als inductietherapie bij colitis ulcerosa. Een meta-analyse van deze studies toonde een *overall* effectiviteit van 28% van donor-FMT tegenover 9% bij de placebogroepen [8]. Recent is daar een *single-blinded* gerandomiseerde studie bij gekomen, waarbij de onderzoekers FMT niet vergelijken met een placebogroep maar met het 'colitis ulcerosa exclusiedieet', de laatstgenoemde studie komt hierbij succesvol uit de bus [9].



TURN-trial

Eerder onderzoek van onze onderzoeksgroep, de TURN [10], liet geen significant

hogere klinische en endoscopische remissie zien bij patiënten die tweemaal donor-FMT hadden gekregen via duodenale infusies vergeleken met patiënten die autologe FMT ontvingen. Microbioom-analyses toonden daarentegen wel een significant verschil tussen *responders* en *non-responders*. Responders hadden na FMT een profiel dat meer leek op hun gekoppelde donor, wijzend op een succesvolle *engraftment* [11]. Ook bleken alleen de responders een stijging te hebben in de alfa-diversiteit, de hoeveelheid verschillende bacteriële *species* in de darmflora. Daarnaast werd een associatie gevonden tussen respons en bepaalde donorspecies en de korteketenvezelbutyraat. Butyraat, voornamelijk geproduceerd door anaerobe bacteriën, is een voedingsbron voor colonepitheel en is bekend om zijn anti-inflammatoire eigenschappen [12]. Wist u dat >90% van het colonmicrobioom uit anaeroben bestaat? [13]

Vervolgstudie TURN 2

In onze vervolgstudie, de TURN 2, onderzoeken wij het effect van anaeroob bereide donor-FMT tegenover anaerobe autologe FMT, met een mogelijkheid tot *open-label*-extensie. Het behandelingschema is uitgebreid van twee naar vier behandelmomenten en de infusies worden nu zowel via de bovenste als onderste tractus geïnfundeed. De donoren worden naast de uitgebreide veiligheidsanalyse ook geselecteerd op hun microbioom.

Oproep

Patiënten kunnen worden geïncludeerd bij actieve ziekte colitis ulcerosa en de behan-

Belangrijkste inclusiecriteria

- Leeftijd ≥ 18 en < 70 jaar
- Colitis ulcerosa
- Fecaal calprotectine > 250
- Stabiele dosering van 5-ASA en/of thiopurines in de voorgaande 8 weken
- Endoscopische Mayo ≥ 2 in het rectum en/of sigmoid bij de screeningssigmoidoscopie (verricht in het AMC)

Belangrijkste exclusiecriteria

- Recent biologicals gebruik (< 8 weken)
- Prednison > 15 mg/dag (< 2 weken)

delingen kunnen worden uitgevoerd in het AMC of in het UMCG (*zie kader voor de belangrijkste in- en exclusiecriteria*).

We zoeken in totaal 79 patiënten. Heeft u een patiënt met een exacerbatie van colitis ulcerosa die geen biologicals gebruikt?

U kunt dan de optie van fecestransplantatie in trialverband voorleggen.

Binnen de studie wordt ook naar een subgroep van patiënten gekeken met actieve colitis en primaire scleroserende cholangitis (PSC), en dan met name of herstel van een gezonde darmflora naast remissie van de colitisactiviteit ook leidt tot minder inflammatie van en rond de galwegen.

Tot slot

Hopelijk kunnen we met de toekomstige resultaten van ons onderzoek meer duidelijkheid scheppen in de (on)mogelijkheden van gezonde feces als behandeling bij colitis ulcerosa. Alleen al vanwege het milde bijwerkingspatroon en het gunstigere prijs-

kaartje in vergelijking tot biologicals, is dit meer dan de moeite waard.

Melanie Bénard, arts-onderzoeker MDL en coördinator TURN 2, m.v.benard@amsterdamumc.nl, info_turn2@amsterdamumc.nl

Tim Middelburg, arts-onderzoeker MDL en coördinator PSC-substudie, t.e.middelburg@amsterdamumc.nl
Cyriel Ponsioen, MDL-arts en principal investigator, c.y.ponsioen@amsterdamumc.nl

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2021 (p. 209) op www.mdl.nl/MAGMA alle-edities.



Mélanie Bénard

E-HEALTH

Stoma App helpt patiënten beter om te gaan met stoma



Het krijgen van een stoma is ontzettend ingrijpend. Goede voorlichting en begeleiding is essentieel om patiënten te leren omgaan met hun stoma. Een app kan daarbij goed helpen.

Jaarlijks krijgen zo'n 7.000 patiënten in Nederland een stoma [1], voor hen een ingrijpende gebeurtenis met een serieuze impact op de kwaliteit van leven [2]. Met name in de eerste periode na de operatie moet men wennen aan de nieuwe situatie. Bekend is dat men zich hierover erg onzeker kan voelen, wat kan leiden tot een scala aan psychosociale problemen zoals somberheid, stress, angst, sociale participatie en seksuele problemen [3-4]. Deze problemen beperken de zelfredzaamheid van de patiënt en kunnen leiden tot een minder adequate stomazorg en een hogere incidentie van stomagerelateerde morbiditeit.

Begeleiding is onmisbaar

Goede voorlichting en begeleiding is van cruciaal belang om patiënten zo snel en goed mogelijk met een stoma leren om te gaan. In de afgelopen twee decennia zijn er verschillende educatieve programma's ontwikkeld die een hogere zelfredzaamheid en kwaliteit van leven hebben gerapporteerd [5]. Echter, slechts 40% van de patiënten geeft aan dat zij voldoende begeleiding hebben ontvangen. Voor spoedpatiënten komen dergelijke interventies vaak te laat. Het aanbieden van aanvullende informatie en begeleiding via een gepersonaliseerde applicatie op de eigen smartphone kan mogelijk in belangrijke mate bijdragen aan adequate stomazorg. Stomapatiënten kunnen ambulant worden begeleid wanneer zij daaraan behoefte hebben en wanneer het hen uitkomt.

Stoma App

De Stoma App is ontwikkeld als volwaardig medisch hulpmiddel en de inhoud is gebaseerd op de Nederlandse richtlijn Stomazorg. De app biedt naast betrouwbare informatie ook *tips & tricks*, geschikte buikspieroefeningen, instructievideo's én een Stoma Reispasspoort in negentien talen. Bovendien faciliteert de app een platform voor lotgenotencontact. De Stoma App is voor iedereen gratis te downloaden en te gebruiken.

Stoma APPtimalisatie-trial

De Stoma App wordt momenteel klinisch

geëvalueerd in een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek in twaalf ziekenhuizen. In deze studie worden twee versies van de app gebruikt: de 'interventieversie' beschikt over gepersonaliseerde en getimedede begeleiding en lotgenotencontact, de 'controleversie' biedt alleen meer algemeen geldende informatie. Wij verwachten dat patiënten met de aanvullende, 'op maat'-begeleiding zich beter geïnformeerd en ondersteund voelen en zelfredzamer zijn. Dit zou kunnen leiden tot minder psychosociale problemen en een betere kwaliteit van leven. Naar verwachting zal het onderzoek medio 2023 zijn afgerond.

Sebastiaan van der Storm, arts-onderzoeker E-health en chirurgie, Amsterdam UMC
Marlies Schijven, gastro-intestinaal chirurg Amsterdam UMC en NFU-programmaleider E-health

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2021 (p. 210) op www.mdl.nl/MAGMA alle-edities.



Sebastiaan van der Storm

Enquête PEG-zorg in Nederland laat grote verschillen zien

Bij het opstellen van de Richtlijn Enterale Toegang vielen de betrokken MDL-artsen grote verschillen op in de zorg rond PEG-plaatsingen. Ook bleken er – ondanks de 40^{ste} verjaardag van PEG-sondes (1980) – meerdere kennislacunes te bestaan door gebrek aan vergelijkend onderzoek. Besloten werd een enquête naar de Nederlandse MDL-afdelingen te sturen om de lokale gewoonten en verschillen in PEG-zorg in kaart te brengen. De auteurs beseffen dat een enquête geen sterk wetenschappelijk instrument is, maar menen dat deze een interessante eerste oriënterende peiling vormt.

Enquête

De digitale enquête werd naar één MDL-arts en het afdelingshoofd van iedere endoscopie-afdeling gestuurd. De looptijd was van 20 december 2020 tot 20 maart 2021. Achtenveertig (69%) van de ongeveer zeventig afdelingen reageerden, waaronder

zeven van de acht universitaire centra. Van de respondenten was 85% MDL-arts, 8% PEG-verpleegkundige en 6% endoscopie-verpleegkundige (tabel 1 en 2).

Het blijkt dat 78% van de MDL-artsen uit de responderende centra PEG-plaatsingen uitvoert. Gemiddeld plaatst een Nederlandse MDL-arts 4,8 PEG-sondes (pull-methode) per jaar.

Organisatie PEG-zorg

Twee derde van de centra heeft een PEG-team, met daarin altijd een MDL-arts, een PEG-verpleegkundige (75%), endoscopie-verpleegkundige(n) (50%), diëtiste (75%) en transfer- en/of afdelingsverpleegkundige (<20%). Nagenoeg alle centra (98%) beoordelen patiënten vooraf, 2% accepteert plaatsing zonder intake. 90% van de plaatsingen gebeurt op de endoscopieafdeling, de overige 10% op de operatiekamer. Bijzondere patiëntgroepen die worden gefaciliteerd, zijn: ALS-patiënten (52%

Nationale richtlijnen-commissie Gastrostomie/PEG

Ingrid Gisbertz, voorzitter, MDL-arts
Bernhoven, Uden

Lennard Gilissen, MDL-arts

Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Jan Monkelbaan, MDL-arts UMC Utrecht

Aafke van Roon, MDL-arts

Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

Denise Strijbos, aios MDL

Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

van de centra), Parkinsonpatiënten (Duodopasonde) (82%), kinderen (21%), hoofdhalstumoren (30%), patiënten uit verpleeghuis (78%) of instelling gehandicaptenzorg (67%).

Uitvoering

- Het *uitvoerend team* verschilt sterk tussen centra: twee MDL-artsen samen (één doet gastroscopie, de ander puncteert) bij 74% van de PEG-plaatsingen; één MDL-arts doet endoscopie en punctie tegelijk (16%); 10% meldt plaatsing door één MDL-arts samen met een PEG-verpleegkundige/aios/VS.
- Wat betreft *antiseptisch werken* geeft 67% aan steriele handschoenen te gebruiken, 51% een gatdoek, 2% een steriel schort, 26% zegt niet steriel te werken. Alle respondenten ontsmetten het punctiegebied, echter op verschillende momenten: 56% doet dit twee maal (vooraf en bij punctie), dan wel eenmalig vooraf (14%) of vlak voor de punctie (28%) en het gebruikte desinfectans varieert van chloorhexidine (74%), alcohol (16%) tot jodium (10%).
- Ook qua *antibioticaprofylaxe* zijn er verschillen: 98% geeft antibiotica peri-procedureel en één centrum plaatst enkel een bactericide gaas na de plaatsing op de huid. De centra die vooraf antibiotica geven, doen dat alle intraveneus: cefazoline 1 g (46%), amoxicilline-clavulaanzuur (29%), amoxicilline (2%), ceftriaxon 2 g (12%), cefuroxim 1,5 g (2%) en piperacilline/tazobactam (2%). Eén centrum geeft cotrimoxazol via de zojuist geplaatste PEG-sonde. Toediening varieert van 1 uur

Tabel 1.	PEG PULL-methode	PEG PUSH-methode	PEG-J (o.a. Duodopa)	PEJ	PRG (radiologisch)	PEC (colostomie)
Totaal gemeld door respondenten	1677	382	485	127	353	6
Gemiddelde per centrum	37,3	8,7	10,8	3,0	9,3	0,15
Range per centrum	0-100	0-150	0-50	0-25	0-110	0-2

Tabel 2.	Aantal MDL-artsen aangesteld per afdeling	Aantal MDL-artsen dat PEG-plaatsingen uitvoert per afdeling
Totaal gemeld door respondenten	452	352
Gemiddelde per centrum	9,6	7,5
Range per centrum	1-16	1-14

voordien (55%), 30 minuten vooraf (36%), <15 min vooraf (2%), tijdens (2%) tot direct na plaatsing (5%).

- **Sedatie** vindt meestal plaats met midazolam (monotherapie 26%, gecombineerd met fentanyl bij 54%) en in 42% met propofol. Bij ALS-patiënten geeft 21% van de centra geen sedatie, 7% midazolam, 42% propofol, 5% algehele anesthesie. Een aantal centra die veel PEGs bij ALS-patiënten plaatsen, geeft aan bij 95% wel sedatie te geven.
- Als **pijnstilling** wordt bij 88% lokale verdoving toegepast, 5% geeft daarnaast paracetamol vooraf/bij plaatsing, fentanyl wordt bij 44% gebruikt en alfentanyl in 9% bij gebruik van propofol sedatie. Na PEG-plaatsing geeft 71% van de respondenten paracetamol per os en 43% een suppositorium.

Observatie

Er zijn interessante verschillen in observatie na PEG-plaatsing: 58% monitort op de dagbehandeling, 44% middels een opname. De observatieduur varieert van 1 uur (26%), 2 uur (39%), een dagdeel (30%) tot één nacht (5%).

Nazorg

Ook de nazorg is op diverse manieren georganiseerd. Een derde van de centra voert een fysieke nacontrole uit, een derde telefonisch en bij de resterende groep vindt geen nacontrole plaats. Het antwoord op deze vraag werd mogelijk verschillend geïnterpreteerd, omdat het moment van controle nogal verschilt: 11% doet deze al na één dag, 32% na één week, 27% na twee weken. Centra die niet nacontroleren, laten dat over aan de verwijzer, of doen deze alleen op indicatie. Meestal voert de PEG-verpleegkundige de nacontrole uit (58%), de MDL-arts doet dit in 16%, een endoscopieverpleegkundige in 5% van de PEG-plaatsingen. Als er zich problemen met de sonde voordoen, komt de patiënt in 55% van de centra bij de PEG-verpleegkundige, 28% bij de MDL-arts en 5% bij de MDL-verpleegkundige.

Aanpak specifieke problemen na PEG-plaatsing

- Bij een **rode huid** wordt geadviseerd om

deze droog te verbinden (62%), sudocrème (64%) of PPI (36%) te proberen en 28% verwijst naar de stomaverpleegkundige om bijvoorbeeld een beschermende huidplak te laten aanmeten.

- Een **ontstoken** PEG-insteek wordt door 70% van de centra gekweekt, eenzelfde deel geeft antibiotica (oraal/via sonde), 23% plaatst een uitwendige bactericidegaas, 40% past verschillende middelen toe zoals fusidine, bactroban, terracortil en 8% verwijst met enige regelmaat naar een dermatoloog.
- Als er problemen zijn door vorming van **wildvlees** ter plaatse van de insteekopening, behandelt 83% deze met zilvernitraat, 43% met terracortil, 18% met triamcinolon en 3% met fluticason. Daarnaast adviseert 25% de huid aan de lucht te laten drogen zonder gazen erop, zodat

wildvlees schrompelt, alvorens tot andere behandeling over te gaan.

- Bij **aanhoudende pijn** ter plaatse van de insteekopening wisselt 46% naar een ballonsonde, een kwart behandelt de insteek met een lidocaïne-injectie en 15% met een SSRI/TCA (antidepressivum). Echografie en/of endoscopie wordt in 36% van de centra wel eens gedaan voor deze indicatie. Bij pijn in geval van een ballonsonde wordt geadviseerd deze met minder water te vullen (31%).
- Een **buried bumper** wordt door 18% nooit gezien (een deel van de centra plaatst vooral radiologische sondes!), 75% van de centra ziet dit 1-5 maal per jaar en 8% 6-10 maal per jaar. Het overgrote deel (83%) lost dit zelf endoscopisch op (30%) met een Flamingo-, precut-, papillotomie-catheter, middels tractie, dan wel door dilatatie van het kanaal. Chirurgische resectie vindt plaats bij 18%, en 8% verwijst naar een ander centrum om dit probleem op te lossen.

Belangrijkste bevindingen

Algemeen

1. 78% van de MDL-artsen plaatst PEG-sondes.
2. De meest bekende endoscopische techniek (PEG-pull) wordt gemiddeld minder dan vijf keer per jaar per MDL-arts uitgevoerd.
3. Een derde van de centra heeft geen PEG-team.

Specifieke verschillen

1. Antiseptische voorzorgsmaatregelen: van alleen huid-ontsmetting tot (streven naar) volledige steriliteit.
2. Profylactische antibiotica: divers ingezet qua toedieningsmoment en -vorm.
3. Twee MDL-artsen die plaatsing doen (75%) versus één MDL-arts die gastroscopie én punctie uitvoert
4. Observatieduur na plaatsing: enkele uren dagverpleging tot één nacht observatie.
5. ALS-patiënten krijgen in 20% van centra geen sedatie, terwijl er ook expertcentra zijn die 95% van de ALS-patiënten sedatie geven.
6. Endoscopische verwijdering van de sonde heeft in de meeste centra de voorkeur boven afknippen.

Verwijdering

Als er een indicatie is om de PEG-sonde te verwijderen (wissel of definitieve verwijdering), doet 90% van de respondenten dit endoscopisch, 8% knipt de sonde af.

Conclusie en toekomstperspectief

Er bestaat een grote praktijkvariatie rond PEG-zorg die vermoedelijk grote invloed heeft op patiëntwaarde, maar ook op zinnige en financieel verantwoorde zorg. Denk aan een plaatsing met of zonder sedatie, of aantal ingeplande artsen voor PEG-plaatsing, observatieduur, gebruik van medicatie en hulpmiddelen. Het ontbreekt daarnaast aan goed uitgevoerd vergelijkend onderzoek met kennislacunes. Dit blijkt ook uit de binnenkort verschijnende Nederlandse PEG-richtlijn. Redenen genoeg om multicenter onderzoek te starten. Gelukkig wil 87% van de respondenten hieraan bijdragen. We hopen hiervoor snel een initiatief te kunnen starten.

Namens de nationale richtlijnencommissie Gastrostomie/PEG,
Lennard Gilissen

EEN GERANDOMISEERD KLINISCH ONDERZOEK

Sacrale neuromodulatie voor patiënten met therapieresistente idiopathische slow-transit-obstipatie

Slow-transit-obstipatie (STC) is een subtype van idiopathische obstipatie en wordt gekenmerkt door een vertraagde darmassage van de ontlasting en een afwezigheid van outletobstructie [1]. STC komt voor in 15 tot 42% van de patiënten met idiopathische obstipatie en gaat gepaard met een verminderde (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en beperkingen in het functioneren op school of werk en het uitvoeren van dagelijkse activiteiten [1-5].

Huidige behandel mogelijkheden

Conservatieve behandeling bestaat uit (een combinatie van) leefstijladviezen, orale en/of rectale laxantia, klysmas en retrograde darmspoeling [6]. Voor patiënten die geen baat hebben bij conservatieve behandeling, resteren invasieve chirurgische ingrepen, zoals een (sub)totale colectomie en/of het aanleggen van een stoma. Deze ingrepen zijn echter niet altijd effectief in het verminderen van (functionele) klachten en worden daarnaast geassocieerd met een risico op (langdurige) morbiditeit [7].

Sacrale neuromodulatie

Sacrale neuromodulatie (SNM) is een minimaal-invasieve chirurgische ingreep waarbij de sacrale zenuwen elektrisch worden gestimuleerd. SNM wordt in Nederland niet vergoed voor idiopathische STC: de internationale literatuur laat conflicterende resultaten zien en is van suboptimale methodologische kwaliteit. Om inzicht te krijgen in de (kosten)effectiviteit van SNM-zorg voor therapieresistente patiënten met idiopathische STC, werd SNM – in studieverband – voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket van 1 oktober 2016 tot en met 31 december 2021. Hierna zal het

Zorginstituut Nederland een advies uitbrengen over de toelating van SNM-zorg tot het basispakket verzekerde zorg voor deze patiëntengroep.

No.2-Trial

Wij voerden deze multicenter, open-label, pragmatische, gerandomiseerde klinische studie (RCT) uit bij patiënten met therapieresistente idiopathische STC [8]. Patiënten waren 14 tot 80 jaar en werden geïncludeerd indien STC was aangetoond middels een colon-markerstudie, ze voldeden aan de Rome IV-criteria, waaronder een defecatiefrequentie <3 per week, en ze refractair waren voor conservatieve behandeling. De belangrijkste exclusiecriteria: outletobstructie, congenitale of organische darmpathologie, rectumprolaps, en eerdere colorectale operaties.

Patiënten werden gerandomiseerd (3:2) tussen SNM of gepersonaliseerde conservatieve behandeling (PCT). SNM-patiënten ondergingen twee ingrepen. Tijdens de eerste ingreep werd een elektrode geplaatst ter hoogte van het foramen S3, waarna deze elektrisch werd gestimuleerd door een externe stimulator voor een testperiode van vier weken. Na een succesvolle testperiode (lees: defecatiefrequentie ≥ 3 per week) werd de externe stimulator vervangen door een permanente pacemaker die werd geïmplanterd in de bil van de patiënt (figuur 1). Wanneer niet succesvol werd de elektrode verwijderd. In de PCT-groep volgden patiënten hun gepersonaliseerde behandelalgoritme in overleg met de behandelend arts.

De primaire uitkomstmaat was behandel-succes (lees: defecatiefrequentie ≥ 3 per week) na zes maanden follow-up, gemeten met een defecatedagboek. Secundaire uitkomstmaten waren obstipatie-ernst (Wexner

Obstipatie Score), vermoeidheid (Verkorte Vermoeidheidsvragenlijst), (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven (PAC-QOL, EQ-5D-5L, ICECAP-A in volwassenen, KIDSCREEN-27 in adolescenten), en *adverse events*. Uitkomsten werden gemeten op baseline en respectievelijk één, drie en zes maanden follow-up. Lineaire en logistische regressiemodellen, gecorrigeerd voor randomisatie, minimalisatiefactoren en ongebalancheerde baselinevariabelen, werden gebruikt om verschillen tussen de groepen na zes maanden te analyseren. Een subgroep van SNM-patiënten met een permanente pacemaker na zes maanden follow-up werd twaalf maanden opgevolgd. Voor deze groep werden zes en twaalf maanden-uitkomsten vergeleken middels een gepaarde t-test. Een steekproef van 64 patiënten, met een geschatte uitval van 5%, was nodig om een klinisch relevant verschil van 30% in de primaire uitkomst (35% succes in SNM versus 5% succes in PCT) aan te tonen.

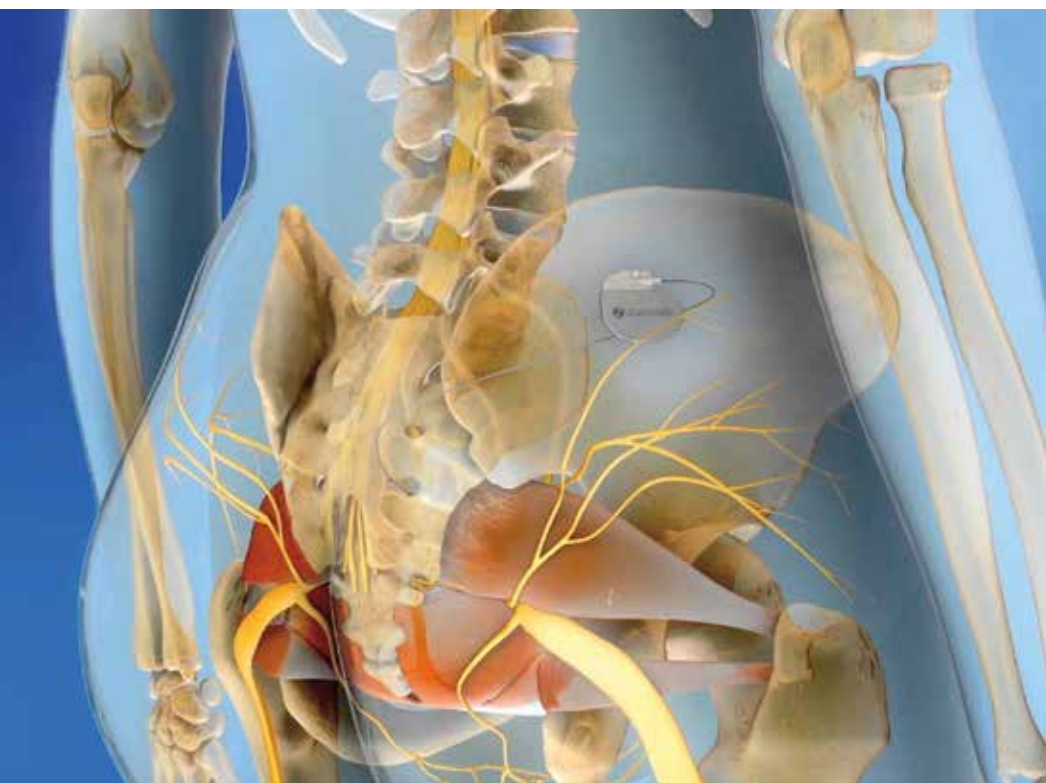
Resultaten

In totaal werden 67 patiënten geïncludeerd en gerandomiseerd: 41 in de SNM-groep en 26 in de PCT-groep. Baselinekarakteristieken waren gebalanceerd tussen de groepen, met uitzondering van de EQ-5D-5L-uitlijtsscore. Alle 41 patiënten in de SNM-groep ondergingen een testperiode van vier weken: in 31 (75,6%) patiënten was deze testperiode succesvol en werd een permanente pacemaker geïmplanterd.

De primaire analyse liet een verschil in behandelingsucces van 49,9% zien tussen beide groepen na zes maanden follow-up: 53,7% succes in de SNM-groep ten opzichte van 3,8% succes in de PCT-groep ($p=0.003$). *Figuur 2* geeft de defecatiefrequentie over de tijd weer.

ADVERTENTIE

Figuur 1. SNM: permanente implantatie van de pacemaker in de bil.



N.B. Dit figuur illustreert de implantatie van de pacemaker in de bil van de patiënt. De indicatie idiopathische slow-transit-obstipatie valt echter niet onder het huidige CE-label van sacrale neuromodulatie.

Er was een klinisch relevant en statistisch significant verschil tussen beide groepen in obstipatie-ernst, vermoeidheid, en obstipatie-specifieke en generieke (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven na zes maanden follow-up, ten gunste van SNM (figuur 3). De (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven in volwassenen verschilde daarnaast ook significant tussen beide groepen. Bij adolescenten werd geen verschil geobserveerd.

In de subgroep van SNM patiënten die tot twaalf maanden werd opgevolgd waren 14 van de 30 (46,7%) patiënten succesvol behandeld na twaalf maanden follow-up. Er werden geen verschillen gevonden in obstipatie-ernst en generieke (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven tussen zes en twaalf maanden follow-up.

In totaal werden acht *serious adverse events* gerapporteerd in zeven patiënten: zes ziekenhuisopnames ten gevolge van ernstige

obstipatieklachten (4 SNM; 2 PCT), een ziekenhuisopname na een geperforeerde blinde darm en COVID-19 infectie (SNM), en een laryngospasme resulterend in desaturatie (SNM). Daarnaast vonden er 78 *adverse events* plaats (68 SNM; 10 PCT) in 41 patiënten.

De meest gerapporteerde *adverse events* in de SNM-groep waren: pijn/ongemak op de plek van de pacemaker (n=10) en een pijnlijk/tintelend gevoel in been of schaamstreek (n=7). In zeven patiënten leidden de *adverse events* tot negen heroperaties: zes pacemakers werden herpositioneerd in vier patiënten en drie elektrodes werden gereviseerd in drie patiënten.

De meest gerapporteerde *adverse events* in de PCT-groep waren electieve ziekenhuisopname voor klinische laxeren (n=3), het aanleggen van een stoma (n=2), en vasovagale klachten (n=2).

Discussie

Na zes maanden follow-up was er een kli-

nisch relevant en statistisch significant verschil van 49,9% in behandelingsucces, ten gunste van SNM. Dit resultaat komt niet overeen met de drie overige beschikbare RCT's naar SNM voor idiopathische obstipatie. Deze studies observeerden geen verschil in effect tussen sub-sensorische SNM en *sham*-stimulatie in patiënten met idiopathische STC (n=55) (9) en in populaties met een mix van verschillende idiopathische obstipatiesubtypes (n=20 en n=45) (10,11). De heterogeniteit in studieopzet (cross-over RCT's), populatie (mix van idiopathische obstipatiesubtypes en verschillende definities), technieken (implanteren SNM bij negatief testresultaat), en uitkomsten (verschillende definities van behandelrespons) compliceert de onderlinge vergelijking tussen de studies.

Wij concluderen dat SNM een veelbelovende behandeling is voor een selecte groep therapieresistente patiënten met idiopathische STC. Onze strikte patiëntselectie draagt mogelijk bij aan dit positieve resultaat, dat in contrast is met voorgaande studies.

Toekomst SNM voor idiopathische STC in Nederland

Tijdens de looptijd van deze studie is de CE-markering van SNM voor idiopathische STC vervallen. Door deze situatie is het nog onduidelijk of de SNM-behandeling in deze patiëntenpopulatie kan worden voortgezet.

Stella Heemskerck¹, Carmen Dirksen¹, Sander van Kuijk¹, Marc Benninga², Coen Baeten², Ad Masclee¹, Jarno Melenhorst¹, Stéphanie Breukink¹

Een samenwerking tussen Maastricht UMC⁺, Amsterdam UMC/Emma Kinderziekenhuis² en Groene Hart Ziekenhuis³

De zorgkosten van dit onderzoek werden gefinancierd door het ministerie van VWS; de studiekosten (10% van de totale kosten) werden gefinancierd door Medtronic.

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 4-2021 (p. 211-213) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

NIEUW: Door het oog van de scoop

Reis mee door het maag-darm-leverstelsel in de MDL-podcast *Door het oog van de scoop*.

Nog dit jaar bespreken wij in tien podcast-afleveringen interessante casuïstiek én nieuwe wetenschappelijke inzichten binnen ons prachtige vakgebied. Iedere aflevering start vanuit het perspectief van de patiënt, aansluitend volgt inhoudelijke verdieping door een MDL-arts.

Benieuwd naar de laatste inzichten omtrent het prikkelbare-darmsyndroom, een nieuwe endoscopische behandeling bij diabetes mellitus, of: hoe is het voor donor én ontvanger om bij leven een levertransplantatie te ondergaan? Luister dan (via Spotify) naar dé enige echte MDL-podcast van Nederland: *Door het oog van de scoop*!

Suggesties voor leuke en interessante onderwerpen en/of overige reacties zijn van harte welkom: mail naar doorhetoogvandescoop@gmail.com.

Toer Stevens (aios MDL), *Vincent Joustra* (arts-onderzoeker MDL) en *Floris de Voogd* (arts-onderzoeker MDL), allen Amsterdam UMC



VARIOUS ASPECTS OF QUALITY AND SAFETY OF COLONOSCOPY

Ankie Reumkens, Universiteit Maastricht, 2 september 2021



iteit (deel 1) en veiligheid (deel 2) van coloscopie.

In deel 1 worden de epidemiologie, klinische en endoscopische kenmerken van 85 goed en slecht gedifferentieerde colorectale neuro-endocriene neoplasma's (NEN) beschreven in een uniek cohort (vijftien jaar, regio Zuid-Limburg).

Ondanks de toename in het aantal coloscopiën

met de invoering van het bevolkingsonderzoek darmkanker bleef de incidentie van NEN gedurende vijftien jaar stabiel. Kwaliteit van coloscopie valt of staat met de kwaliteit van darmvoorbereiding. Onderzocht werd hoe een gepersonaliseerde smartphone-applicatie met darmvoorbereidingsinstructies resulteert in significant hogere Boston Bowel Preparation Scale (BBPS)-scores in vergelijking met alleen mondelinge en schriftelijke uitleg.

Deel 2 begint met een systematische review en meta-analyse over complicaties (perforaties, bloedingen en mortaliteit). De prevalentie van bloedingen gedurende vijftien jaar is afgenomen, ondanks dat we vaker (geavanceerde) poliepectomieën uitvoeren, ook bij patiënten met comorbiditeit. Twee patiënten met een fatale afloop door ernstige hypokaliëmie na PEG-asc-darmvoorbereiding werden beschreven. Aan de hand hiervan onderzochten we de prevalentie van hypokaliëmie in hoogrisicogroepen (opgenomen patiënten en diureticagebruikers). In deze hoogrisicogroepen bleek dat 4,2% vóór en 23,6% na PEG-asc-darmvoorbereiding een hypokaliëmie ontwikkelde. Hierna rees de vraag hoe vaak hypokaliëmie zou optreden in de algemene coloscopiepopulatie. Deze prevalenties waren 0,8% vóór en 5,4% na PEG-asc-darmvoorbereiding. Vrouwen, thiazidediureticagebruikers en patiënten gediagnosticeerd met colorectaal carcinoom hadden significant vaker hypokaliëmie na darmvoorbereiding. Er traden geen complicaties op, waarschijnlijk door het tijdig suppleren van de hypokaliëmie. Relevant is wel dat 1% van de initiële coloscopiepopulatie een hoog cardiaal risico heeft en dat deze groep, bij het ontstaan van hypokaliëmie, een hoger risico heeft om aritmieën te ontwikkelen. Men moet erop bedacht zijn dat patiënten met een hoog cardiaal risico en/of thiazidegebruik een klinisch relevante hypokaliëmie kunnen ontwikkelen.

Curriculum vitae

Ankie Reumkens (Heerlen, 1988) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht. Na afstuderen in 2012 werkte zij als anios en aios interne geneeskunde in het Atrium MC Heerlen. Sinds 2014 volgde zij een gecombineerd MDL-opleidings-/promotietraject onder begeleiding van promotor prof. dr. Ad Masclee (MDL) en copromotoren dr. Silvia Sanduleanu (MDL) en dr. Minke Bakker (MDL). Haar opleiding tot MDL-arts in het Zuyderland MC en het Maastricht UMC+ rondde Ankie op 30 november 2021 af. Sinds 1 december werkt zij als *chef de clinique* MDL in het Laurentius Ziekenhuis Roermond.

Het proefschrift van Ankie Reumkens is te verkrijgen via ankie.reumkens@lzm.nl.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN VROEGCARCINOMEN IN DE SLOKDARM EN TWEDE PRIMAIRE TUMOREN IN DE LUCHTWEGEN EN HET BOVENSTE DEEL VAN HET SPIJSVERTERINGSKANAAL

Steffi E.M. van de Ven, Erasmus Universiteit Rotterdam, 13 oktober 2021



Van studies uit Aziatische landen weten we dat patiënten met een plaveiselcelcarcinoom van de slokdarm of hoofd-halsregio een verhoogd risico hebben om een tweede primaire tumor te ontwikkelen in de luchtwegen en het bovenste deel van het spijsverteringskanaal (*upper aerodigestive tract*). Voor de westerse populatie is dit echter nog niet goed onderzocht. Onze landelijke cohortstudie met data van de Nederlandse Kankerregistratie liet zien dat patiënten met een plaveiselcelcarcinoom van de slokdarm een elf maal zo grote kans hebben op een tweede primaire tumor in de *upper aerodigestive tract*. Deze tumoren waren met name gelokaliseerd in het hoofd-halsgebied en in de longen. In een prospectieve screeningstudie vonden we *vice versa* met gastroscopie in 9,4% van de patiënten met hoofd-halskanker ook slokdarmkanker of een voorstadium daarvan. In het tweede deel van dit proefschrift lieten we zien dat endoscopische herbeoordeling door een ervaren interventie-endoscopist resulteerde in het downstagen van cT2N0M0-adenocarcinomen naar T1-carcinomen in 48% van de gevallen. Bij 40% van de patiënten werd invasieve aanvullende behandeling zoals chirurgie en neo-adjuvante chemoradiatie voorkomen.

Ook beschreven we dat slokdarmstricturen na endoscopische submucosale dissectie (ESD) minder vaak voorkwamen na een behandeling met topicale budesonide. Tot slot ontwikkelden we een individueel predictiemodel dat het risico op metastasen kan voorspellen op basis van histologische kenmerken van T1b-adenocarcinomen in de slokdarm.

Curriculum vitae

Steffi E.M. van de Ven (Beek en Donk, 1991) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht. Na haar studie werkte ze als arts-assistent bij interne geneeskunde in het Zuyderland MC en bij de afdeling MDL in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Hierna startte ze met haar promotietraject in het Erasmus MC, onder begeleiding van promotor prof. dr. Marco Bruno en copromotor dr. Arjun Koch. In mei 2021 is Steffi gestart met de opleiding tot MDL-arts in het Erasmus MC. Momenteel doet ze haar vooropleiding interne geneeskunde in het Franciscus Gasthuis & Vlietland.

Het proefschrift van Steffi van de Ven is te verkrijgen via <https://repub.eur.nl/pub/135723/>

IgG4-RELATED DISEASE OF THE BILIARY TRACT AND PANCREAS: CATCHING A GREAT MIMICKER

Lowiek Hubers, Universiteit van Amsterdam, 22 oktober 2021



Immunoglobuline G4-gerelateerde ziekte (IgG4-RD) is een recent beschreven ontstekingsziekte, die zich voornamelijk manifesteert in de galwegen en alveesklier. De pathogenese is nog grotendeels onbegrepen. In de dagelijkse praktijk is IgG4-RD moeilijk te onderscheiden van andere ziekten van de galwegen en alveesklier, waaronder primaire scleroserende cholangitis en *maligne* galweg- en alveeskiertumoren. Daardoor komen misdiagnoses en foutieve behandelingen regelmatig voor.

Het eerste gedeelte van dit proefschrift richt zich op het diagnostische dilemma van IgG4-RD. Allereerst vonden wij dat maar liefst 15% van de patiënten die de afgelopen dertig jaar in het Amsterdam UMC (locatie AMC) een operatie ondergingen vanwege een vermeende galwegmaligniteit, postoperatief een goedaardige ziekte bleek te hebben en geen maligniteit. Van deze groep vertoonde bijna de helft van de patiënten kenmerken van IgG4-RD. Daarnaast onderzochten wij de accuratesse van de bloed-IgG4/IgG RNA-ratio in een prospectief onderzoek onder patiënten met een verdenking op een galweg- of alveeskiertumormaligniteit.

De IgG4/IgG RNA-ratio kon patiënten met IgG4-RD echter niet onderscheiden van patiënten met maligniteiten.

Het tweede deel van dit proefschrift behandelt de pathogenese van IgG4-RD. Wij identificeerden Annexine A11 als het eerste IgG1/IgG4-doeleiwit in IgG4-RD. Wij toonden aan dat IgG4 de binding van IgG1 aan het eiwit blokkeert, hetgeen een mogelijke dempende rol voor IgG4 in IgG4-RD ondersteunt. Tot slot bevestigden wij onze hypothese dat *blue-collar work* een onafhankelijke risicofactor is voor het ontwikkelen van IgG4-RD en mogelijk een verklaring is voor het hoge percentage mannen onder patiënten met IgG4-RD van de galwegen en alveesklier.

Curriculum vitae

Lowiek Hubers (Amsterdam, 1986) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Tijdens zijn co-schappen werd zijn interesse in de MDL gewekt. Na zijn studie startte Lowiek zijn promotie-onderzoek onder begeleiding van prof.dr. Ulrich Beuers en prof.dr. K.F.J. van de Graaf. Inmiddels is hij in opleiding tot MDL-arts in het Amsterdam UMC (locatie AMC). Hij verwacht begin 2024 zijn opleiding af te ronden.

Het proefschrift is te verkrijgen via l.m.hubers@amsterdamumc.nl.

ADVERTENTIE-bijsluiters

OMMELANDER ZIEKENHUIS

Twee jonge klaren bestieren MDL-vakgroep

Op slechts 20 kilometer van de Duitse grens ligt het Ommelander Ziekenhuis, een gloednieuwe zorglocatie in Scheemda met een regio-functie op het platteland van Noordoost-Groningen. Twee jonge klaren zetten er sinds 2021 een zelfstandige MDL-afdeling in de steigers, van poli en ERCP's tot spoedzorg en klinische zorg.

Wendy Boertien werd eind 2020 aangenomen en startte in april 2021 met haar eerste baan als MDL-arts in het Ommelander Ziekenhuis. Aan haar de opdracht een zelfstandige MDL-afdeling op te zetten. "Enorm spannend, maar ook heel erg leuk." Tot dan toe hielden drie gepensioneerde MDL-artsen in deze regio de MDL-zorg op peil, samen met drie internisten die, tot op de dag van vandaag, vooral de klinische zorg voor hun rekening nemen en ook scopiëren. Maar een zelfstandige MDL-afdeling bestond nog niet.

Aanpakken

Al vrij snel kreeg Boertien een collega, Lisette van Dam, ook MDL-arts en jonge

klare. Beiden hielden wel van de uitdaging die ze voor hun kiezen kregen. Boertien: "Ik denk dat wij allebei van aanpakken weten en organisatorisch sterk zijn. Dat is, denk ik, voor ons allebei een reden om dit aan te durven." En werken in het Noorden van Nederland? Dat was voor beiden geen enkel probleem. Van Dam: "Ik heb hier mijn studie gedaan en vrienden wonen." Boertien is er opgegroeid en verlangde terug naar de noordelijke regio.

Jonge klaren

Het ziekenhuis is blij met de nieuwe jonge aanwas. Van de gepensioneerde MDL-artsen is alleen Frans Peters nog over. Hij scopieert één tot twee dagen per week, en biedt advies

en assistentie waar nodig. Zeer waardevol, vinden Boertien en Van Dam. Niet alleen voor de ondersteuning bij technieken zoals het uitvoeren van ERCP's, maar ook voor praktische adviezen over bijvoorbeeld de inkoop van materialen.

Uitbreiding MDL-zorg

Bij het opzetten van een zelfstandige MDL-afdeling komt namelijk heel wat kijken. "Er bestond al wel iets natuurlijk", zegt Boertien. "We hebben de werkzaamheden van de gepensioneerden grotendeels overgenomen. Stapje voor stapje breiden we nu het aanbod van MDL-zorg uit. Denk bijvoorbeeld aan poli en spoedzorg, en op den duur endo-echo's en fibroscans. Ik heb als eerste de ERCP's opgezet; dat was een uitdrukkelijk wens van de raad van bestuur en mijzelf."

Opzet zorgstromen

"Ook zijn we hard bezig met het creëren van protocollen en zorgstromen, om de organisatie zo soepel en efficiënt mogelijk te laten verlopen en onze tijd zo veel mogelijk aan patiëntenzorg te kunnen besteden", vult Van Dam aan. "Dit betekent veel overleg met collega's, zowel intern als extern met zorgaanbieders in de regio. Daarnaast hebben we met het Universitair Medisch Centrum Groningen laagdrempelig overleg, zodat we ook aan patiënten met complexere aandoeningen – bijvoorbeeld binnen de hepatologie, complexere IBD of patiënten die richting transplantatie gaan – de zorg in de regio kunnen leveren die nodig is."

Trots

Waar ze het meest trots op zijn? Het is even stil. Boertien: "We zijn nu ruim een half jaar bezig, en als MDL-vakgroep zeker al zichtbaar in de regio." Van Dam: "Het is af en toe in het diepe springen en kijken of je kunt zwemmen. Het is een proces-in-wording, maar de basis staat er!"



Van links naar rechts: Jacqueline de Vries, IBD-verpleegkundige; Mischa Bos, verpleegkundig specialist MDL; Lisette van Dam, Frans Peters en Wendy Boertien, alle drie MDL-arts.

ADVERTENTIE-bijsluiters

ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

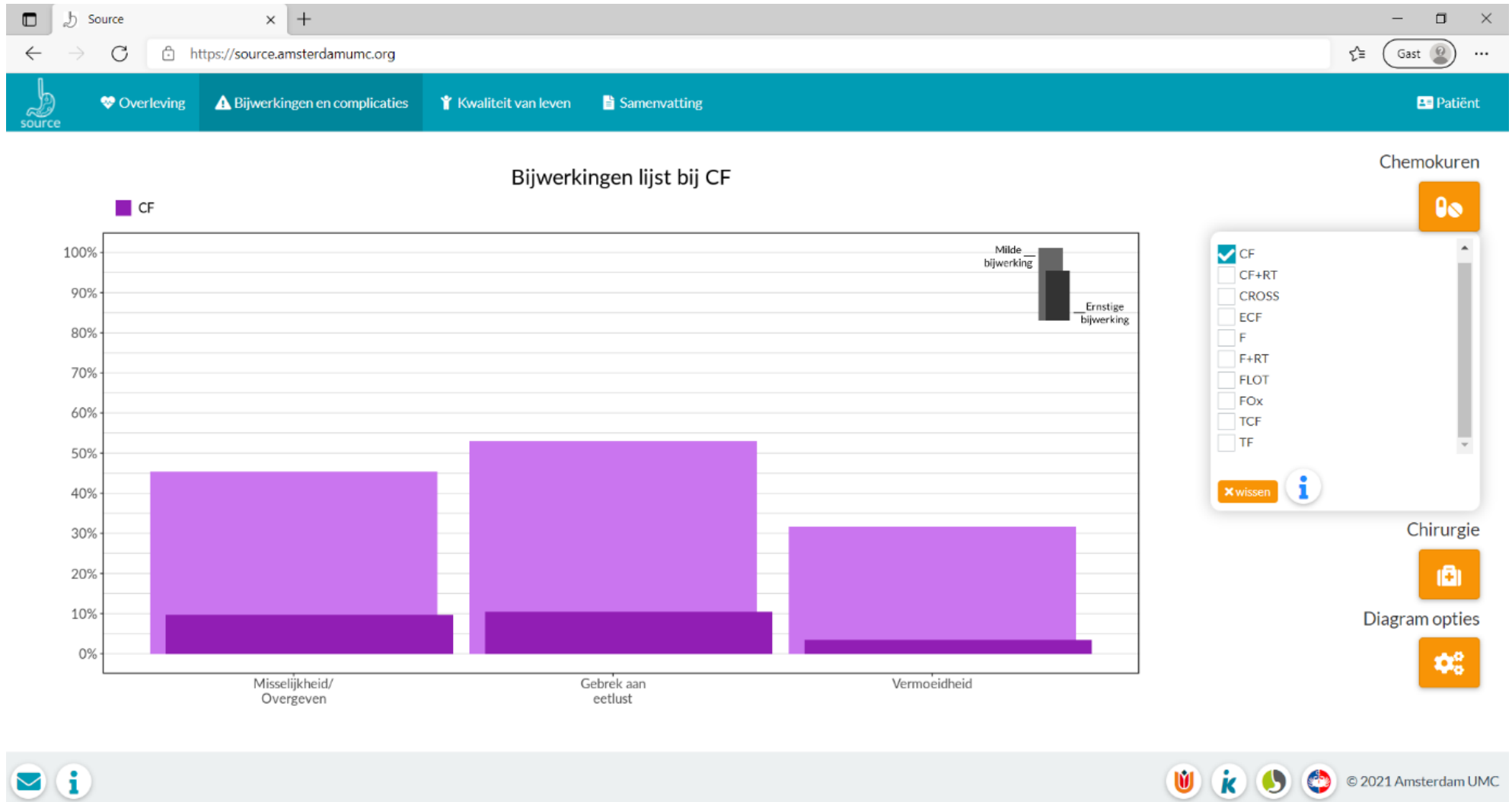
Referenties MAGMA 4-2021

WETENSCHAP Predictiemodellen naar de spreekkamer: een passende informatievoorziening voor slokdarm- en maagkankerpatiënten – p. 156-157

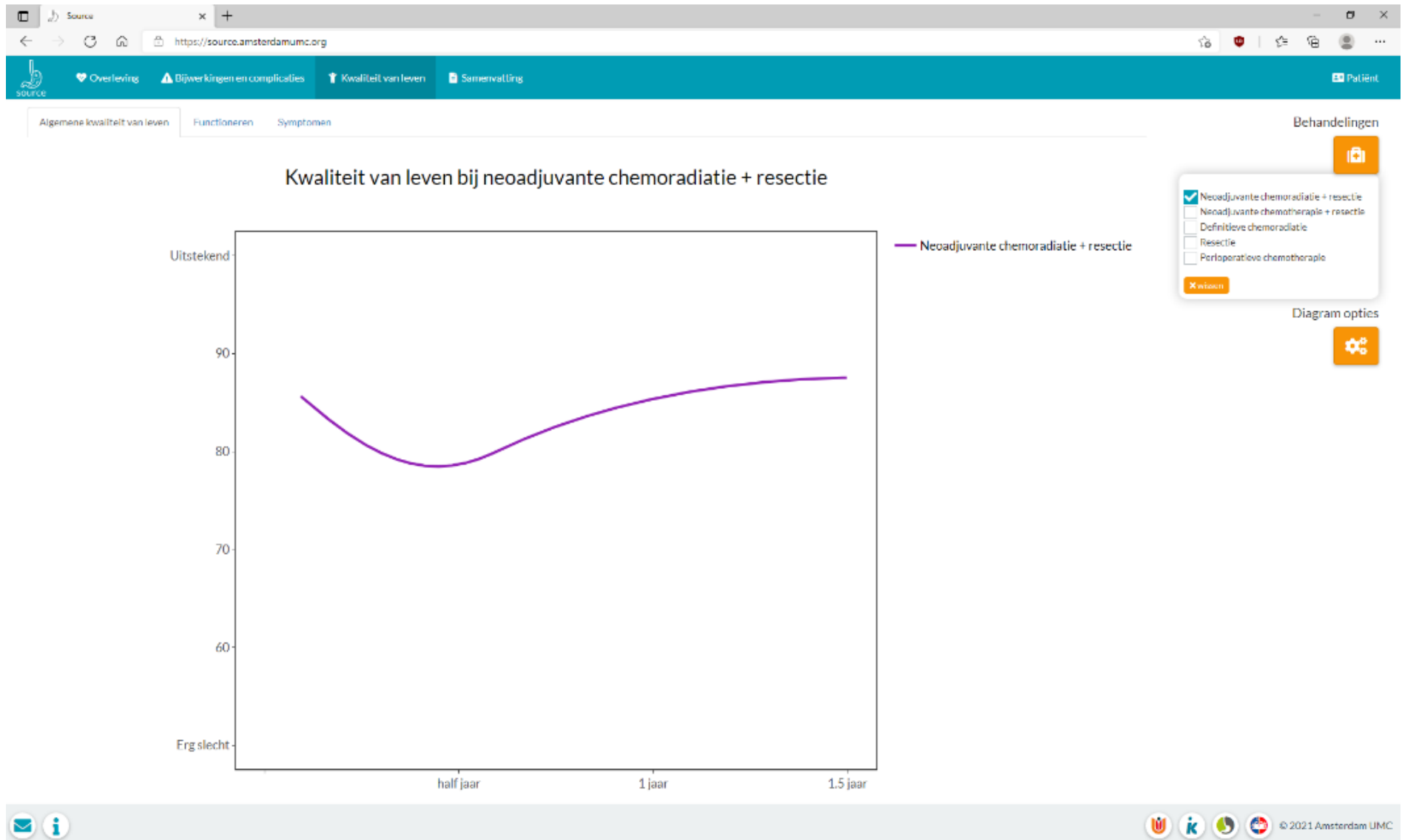
Referenties

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer* 2015; 136(5):E359-E86.
2. Politi MC, Han PK, Col NF. Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Medical Decision Making* 2007;27(5):681-95.
3. Clayton JM, Adler JL, O'Callaghan A, Martin P, Hynson J, Butow PN, et al. Intensive communication skills teaching for specialist training in palliative medicine: development and evaluation of an experiential workshop. *Journal of palliative medicine* 2012; 15(5):585-91.
4. Koedoot C, Oort F, De Haan R, Bakker P, De Graeff A, De Haes J. The content and amount of information given by medical oncologists when telling patients with advanced cancer what their treatment options are: palliative chemotherapy and watchful-waiting. *European Journal of Cancer* 2004; 40(2):225-35.
5. Henselmans I, Jacobs M, van Berge Henegouwen MI, de Haes HC, Sprangers MA, Smets EM. Postoperative information needs and communication barriers of esophageal cancer patients. *Patient Education and Counseling* 2012; 88(1):138-46.
6. Henselmans I, Smets E, Han P, de Haes H, Van Laarhoven H. How long do I have? Observational study on communication about life expectancy with advanced cancer patients. *Patient education and counseling* 2017; 100(10):1820-7.
7. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, De Haes HC. Satisfaction with the outpatient encounter. *Journal of general internal medicine* 2004; 19(11):1088-95.
8. van de Water LF, van den Boorn HG, Hoxha F, Henselmans I, Calff MM, Sprangers MA, et al. Informing Patients With Esophagogastric Cancer About Treatment Outcomes by Using a Web-Based Tool and Training: Development and Evaluation Study. *Journal of medical Internet research* 2021; 23(8):e27824.
9. van den Boorn HG, Abu-Hanna A, Haj Mohammad N, Hulshof MC, Gisbertz SS, Klarenbeek BR, et al. SOURCE: Prediction models for overall survival in patients with metastatic and potentially curable esophageal and gastric cancer. *American Society of Clinical Oncology*; 2020.
10. Ravdin PM, Siminoff LA, Davis GJ, Mercer MB, Hewlett J, Gerson N, et al. Computer program to assist in making decisions about adjuvant therapy for women with early breast cancer. *Journal of clinical oncology* 2001; 19(4):980-91.
11. Wishart GC, Azzato EM, Greenberg DC, Rashbass J, Kearins O, Lawrence G, et al. PREDICT: a new UK prognostic model that predicts survival following surgery for invasive breast cancer. *Breast Cancer Research* 2010; 12(1):1-10.

Figuur 2. Voorbeeld SOURCE-tool met de drie meest voorkomende bijwerkingen na toediening chemokuur (CF) (data afkomstig uit meta-analyses).



Figuur 3. Voorbeeld SOURCE-tool met de kwaliteit van leven over de tijd bij neo-adjuvante chemoradiatie + resectie (data afkomstig uit POCOP).



FARMACOTHERAPIE *Hepatische encefalopathie*: Rifaximine- α blijkt kostenbesparend, maar wordt te voorzichtig ingezet – p. 162-163

1. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, Cordoba J, Ferenci P, Mullen KD, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study Of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology* 2014; Aug 1;60(2):715–35. doi: [10.1002/hep.27210](https://doi.org/10.1002/hep.27210)
2. Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV). *Hepatische Encefalopathie (HE)*. Geciteerd op 12 July 2021. URL: <https://www.leverpatientenvereniging.nl/he>
3. Kerbert AJC, Reverter E, Verbruggen L, Tieleman M, Navasa M, Mertens BJA, et al. Impact of hepatic encephalopathy on liver transplant waiting list mortality in regions with different transplantation rates. *Clin Transplant* 2018; Nov 1;32(11):e13412. doi: [10.1111/ctr.13412](https://doi.org/10.1111/ctr.13412)
4. Bajaj JS, Wade JB, Gibson DP, Heuman DM, Thacker LR, Sterling RK, et al. The multi-dimensional burden of cirrhosis and hepatic encephalopathy on patients and caregivers. *Am J Gastroenterol* 2011; Sep;106(9):1646–53. doi: [10.1038/ajg.2011.157](https://doi.org/10.1038/ajg.2011.157)
5. Bajaj JS, Sanyal AJ, Bell D, Gilles H, Heuman DM. Predictors of the recurrence of hepatic encephalopathy in lactulose-treated patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; [cited 2021 Apr 8];31(9):1012–7. doi: [10.1111/j.1365-2036.2010.04257.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04257.x)
6. Bass NM, Mullen KD, Sanyal A, Poordad F, Neff G, Leevy CB, et al. Rifaximin Treatment in Hepatic Encephalopathy. *N Engl J Med* 2010; Mar 25;362(12):1071–81. doi: [10.1056/NEJMoa0907893](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0907893)
7. Mullen KD, Sanyal AJ, Bass NM, Poordad FF, Sheikh MY, Frederick RT, et al. Rifaximin Is Safe and Well Tolerated for Long-term Maintenance of Remission From Overt Hepatic Encephalopathy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12(8):1390-7.e2. doi: [10.1016/j.cgh.2013.12.021](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.12.021)
8. Zorginstituut Nederland. *Herbeoordeling rifaximine (Xifaxan) bij manifeste hepatische encefalopathie* | Diemen; 2016 Geciteerd op 19 juli 2021. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/04/14/herbeoordeling-rifaximine-xifaxan-bij-manifeste-hepatische-encefalopathie>
9. De Jong LA, van Schoonhoven AV, Hofstra HS, Postma MJ, Van Hoek B. Budget Impact of Optimizing Rifaximin- α Use for the Prevention of Recurrent Hepatic Encephalopathy in the Netherlands. *J Med Econ* 2021; Volume24, Issue 1. [10.1080/13696998.2021.1983291](https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1983291)
10. Norgine. Patiënt organisaties - LiverSync. Geciteerd op 19 juli 2021. https://norgine.com/page_content/patient-organisations-support-detection/

WETENSCHAP Fecustransplantatie bij colitis ulcerosa – p. 191-192

1. Stichting werkgroep antibiotica beleid. Optimaliseren van het antibioticabeleid in Nederland XVIII 2014 [Available from: <https://swab.nl/nl/acute-infectieuze-diarree>].
2. Quraishi MN, Widlak M, Bhala N, Moore D, Price M, Sharma N, et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of faecal microbiota transplantation for the treatment of recurrent and refractory *Clostridium difficile* infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017; 46(5):479-93.
3. Cohen NA, Maharshak N. Novel Indications for Fecal Microbial Transplantation: Update and Review of the Literature. *Dig Dis Sci.* 2017; 62(5):1131-45.
4. Aldars-Garcia L, Chaparro M, Gisbert JP. Systematic Review: The Gut Microbiome and Its Potential Clinical Application in Inflammatory Bowel Disease. *Microorganisms* 2021; 9(5).
5. Pittayanon R, Lau JT, Leontiadis GI, Tse F, Yuan Y, Surette M, et al. Differences in Gut Microbiota in Patients With vs Without Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review. *Gastroenterology* 2020; 158(4):930-46 e1.
6. Brand EC, Klaassen MAY, Gacesa R, Vich Vila A, Ghosh H, de Zoete MR, et al. Healthy Cotwins Share Gut Microbiome Signatures With Their Inflammatory Bowel Disease Twins and Unrelated Patients. *Gastroenterology* 2021; 160(6):1970-85.
7. Hernandez-Chirlaque C, Aranda CJ, Ocon B, Capitan-Canadas F, Ortega-Gonzalez M, Carrero JJ, et al. Germ-free and Antibiotic-treated Mice are Highly Susceptible to Epithelial Injury in DSS Colitis. *J Crohns Colitis* 2016; 10(11):1324-35.
8. Costello SP, Soo W, Bryant RV, Jairath V, Hart AL, Andrews JM. Systematic review with meta-analysis: faecal microbiota transplantation for the induction of remission for active ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017; 46(3):213-24.
9. Sarbagili Shabat C, Scaldaferrri F, Zittan E, Hirsch A, Mentella MC, Musca T, et al. Use of Fecal transplantation with a novel diet for mild to moderate active ulcerative colitis: The CRAFT UC randomized controlled trial. *J Crohns Colitis* 2021.
10. Rossen NG, Fuentes S, van der Spek MJ, Tijssen JG, Hartman JH, Duflou A, et al. Findings From a Randomized Controlled Trial of Fecal Transplantation for Patients With Ulcerative Colitis. *Gastroenterology* 2015;149(1):110-8 e4.
11. Fuentes S, Rossen NG, van der Spek MJ, Hartman JH, Huuskonen L, Korpela K, et al. Microbial shifts and signatures of long-term remission in ulcerative colitis after faecal microbiota transplantation. *ISME J.* 2017; 11(8):1877-89.
12. Canani RB, Costanzo MD, Leone L, Pedata M, Meli R, Calignano A. Potential beneficial effects of butyrate in intestinal and extraintestinal diseases. *World J Gastroenterol.* 2011; 17(12):1519-28.
13. Roediger WE. Anaerobic bacteria, the colon and colitis. *Aust N Z J Surg.* 1980; 50(1):73-5.

E-HEALTH Stoma App helpt patiënten beter om te gaan met stoma – p. 192

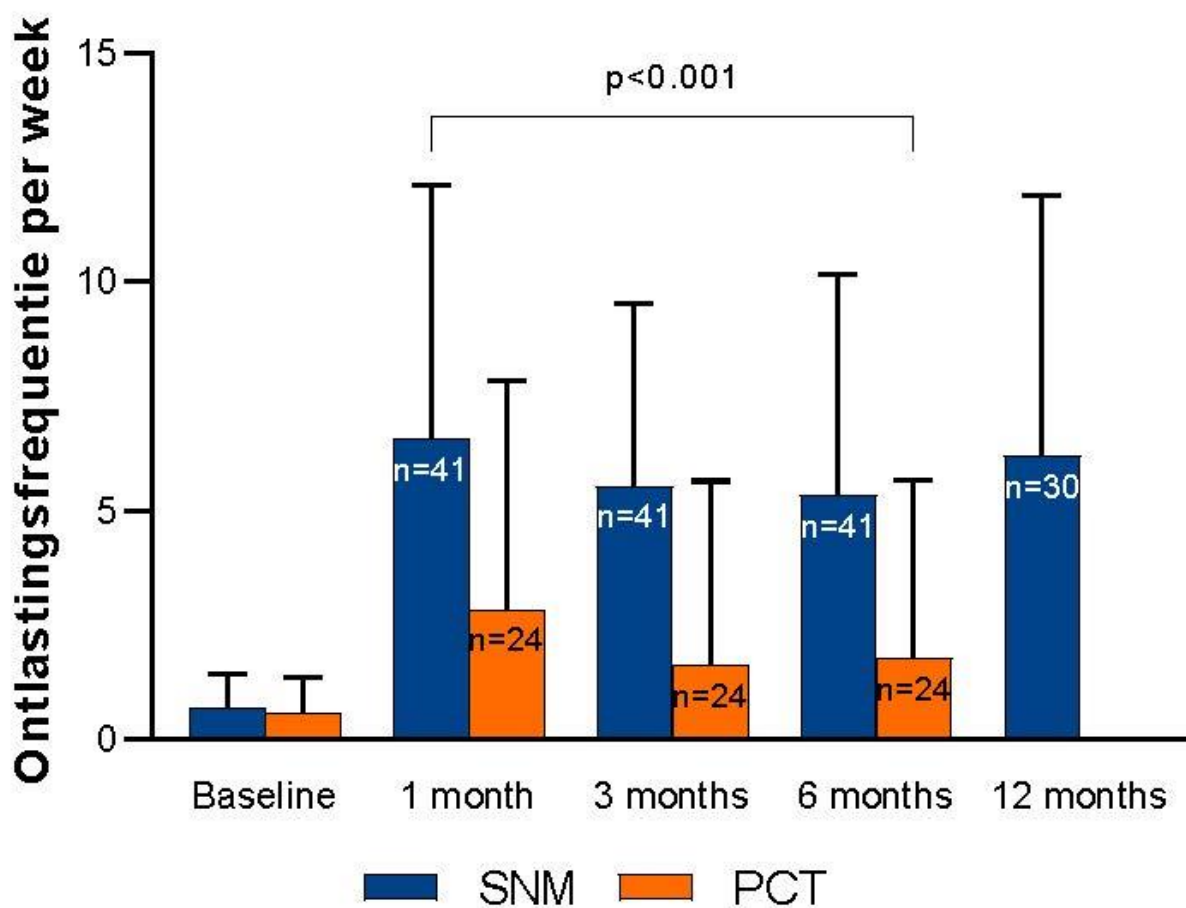
1. V&VN. *Evidence-based Richtlijn stomazorg Nederland*.
<https://stoma.venvn.nl/Portals/23/Evidencebased%20Richtlijn%20Stomazorg%20Nederland%202015.pdf>. Geraadpleegd op 30-10-2021
2. Schiergens TS, Hoffmann V, Schobel TN, Englert GH, Kreis ME, Thasler WE, Werner J, Kasperek MS. Long-term Quality of Life of Patients With Permanent End Ileostomy: Results of a Nationwide Cross-Sectional Survey.
Dis. Colon rectum 2017; jan 60(1): 51-60.
3. Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van den Borne HW, Poen H, Bergsma J, van BergeHenegouwen GP. Psychosocial adaptation to stoma surgery: a review.
J Behav Med. 1995; 18:1–31
4. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *International Wound Journal.* 2019;16 (1):243-249
5. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2013; 15:e276–e28316.



WETENSCHAP Sacrale neuromodulatie voor therapieresistente patiënten met idiopathische slow-transit obstipatie: een gerandomiseerd klinisch onderzoek – p. 195-197

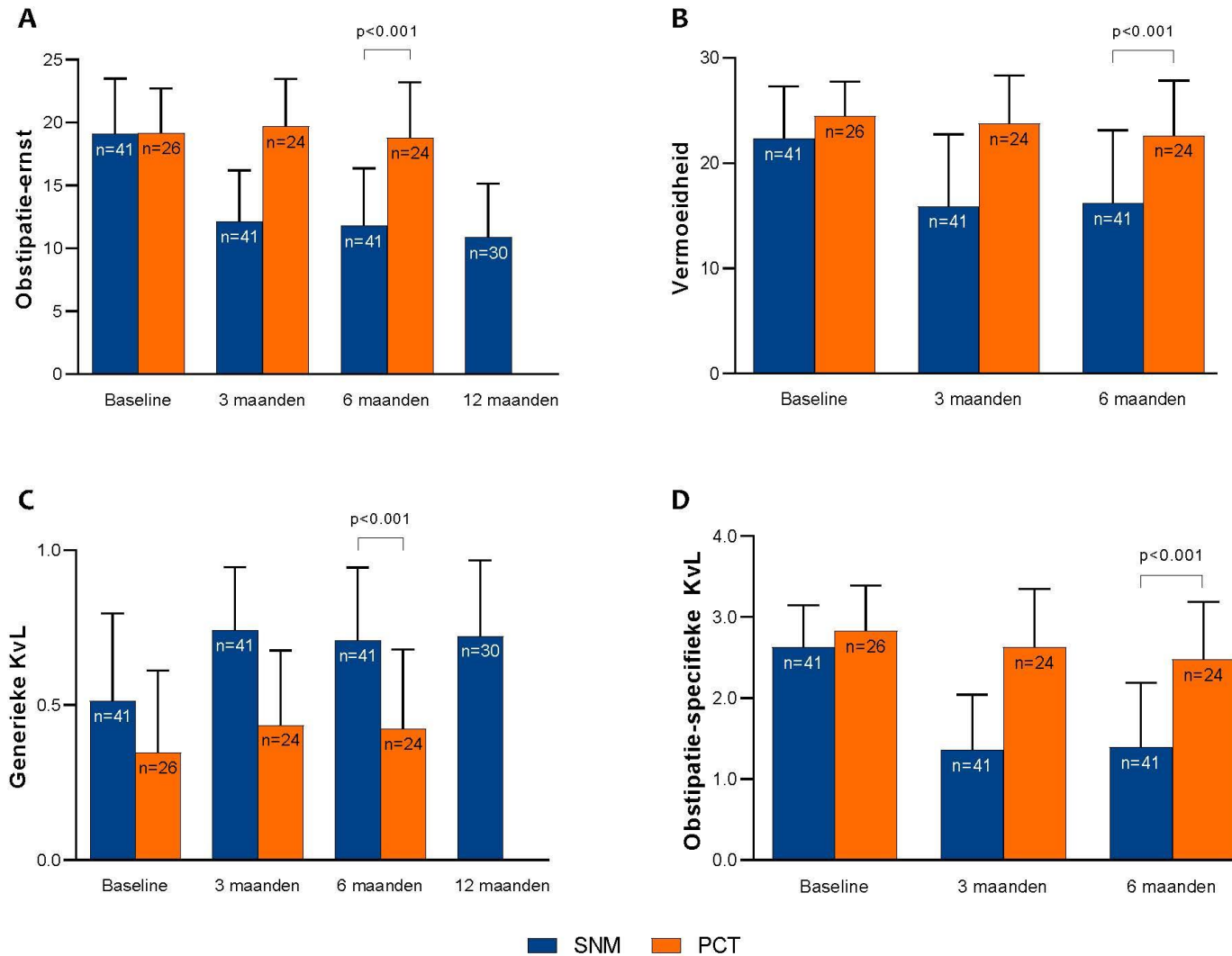
1. Bassotti G, Roberto GD, Sediari L, Morelli A. Toward a definition of colonic inertia. *World J Gastroenterol.* 2004; 10(17):2465-7.
2. Shahid S, Ramzan Z, Maurer AH, Parkman HP, Fisher RS. Chronic idiopathic constipation: more than a simple colonic transit disorder. *J Clin Gastroenterol.* 2012; 46(2):150-4.
3. Chaichanavichkij P, Vollebregt PF, Tee SZY, Scott SM, Knowles CH. Slow-transit constipation and criteria for colectomy: a cross-sectional study of 1568 patients. *BJS Open* 2021; 5(3).
4. Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31(9):938-49.
5. Neri L, Basilisco G, Corazziari E, Stanghellini V, Bassotti G, Bellini M, et al. Constipation severity is associated with productivity losses and healthcare utilization in patients with chronic constipation. *United European Gastroenterol J.* 2014; 2(2):138-47.
6. Vriesman MH, Koppen IJN, Camilleri M, Di Lorenzo C, Benninga MA. Management of functional constipation in children and adults. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology* 2020; 17(1):21-39.
7. Serra J, Pohl D, Azpiroz F, Chiarioni G, Ducrotte P, Gourcerol G, et al. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. *Neurogastroenterol Motil.* 2020; 32(2):e13762.
8. Heemskerk SCM, Rotteveel AH, Benninga MA, Baeten CIM, Masclee AAM, Melenhorst J, et al. Sacral neuromodulation versus personalized conservative treatment in patients with idiopathic slow-transit constipation: study protocol of the No.2-trial, a multicenter open-label randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2018; 33(4):493-501.
9. Dinning PG, Hunt L, Patton V, Zhang T, Szczesniak M, Gebiski V, et al. Treatment efficacy of sacral nerve stimulation in slow transit constipation: a two-phase, double-blind randomized controlled crossover study. *Am J Gastroenterol.* 2015; 110(5):733-40.
10. Zerbib F, Siproudhis L, Lehur PA, Germain C, Mion F, Leroi AM, et al. Randomized clinical trial of sacral nerve stimulation for refractory constipation. *Br J Surg.* 2017; 104(3):205-13.
11. Yiannakou Y, Etherson K, Close H, Kasim A, Mercer-Jones M, Plusa S, et al. A randomized double-blinded sham-controlled cross-over trial of tined-lead sacral nerve stimulation testing for chronic constipation. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2019; 31(6):653-60.

Figuur 2. Veranderingen in gemiddelde defecatiefrequentie per week.



Onderschrift figuur 2: Waardes zijn gemiddelden (SD). Er is een significante trend over tijd in de geschatte gemiddelde defecatiefrequentie per week tussen beide groepen ten gunste van SNM.

Figuur 3. Functionele en (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven uitkomsten.



Onderschrift figuur 3: Waardes zijn gemiddelden (SD). 3A: Wexner obstipatie score 0 (best) tot 30 (slechtst).

3B: Verkorte Vermoeidheids-score 4 (best) tot 28 (slechtst). 3C: EQ-5D-5L utiliteitscore aan de hand van NL-tarieven -0.446 (slechtst) tot 1.000 (best).

3D: Patient Assessment of Constipation-Quality of Life (PAC-QOL) score 0 (best) tot 4 (slechtst).