

AMSTERDAM UMC NA FUSIE: MULTIDISCIPLINAIRE TEAMS RONDOM ÉÉN ZIEKTEBEELD

‘We hebben straks één van de gaafste MDL-afdelingen van Europa’

In 2018 is de bestuurlijke fusie tussen het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het VU medisch centrum (VUmc) beklonken onder de nieuwe naam: Amsterdam UMC. In datzelfde jaar startte de herverdeling van zorg op beide locaties. “Dat zijn geweldig grote verhuizingen.” *MAGMA* sprak met een (HPB)-chirurg en een MDL-arts uit het Amsterdam UMC over de stand van zaken, de gevolgen, de voordelen en de uitdagingen van de fusie.

Twee UMC’s samenvoegen: dat doe je niet zomaar. “Maar het was natuurlijk van de zotte dat op tien kilometer afstand van elkaar twee universitair medische centra zaten die allebei op deelgebieden tot de top van Europa behoren. Terwijl je, als je samengaat, tot de top van de wereld kunt behoren”, zegt Marc Besselink, hoogleraar Chirurgie, gespecialiseerd in pancreas- en hepatobiliaire (HPB)-chirurgie, en voorheen werkzaam in het AMC. “Ik wilde dit al tien jaar en ben dolgelukkig dat het is gelukt.” Ook voor MDL-arts Roy van Wanrooij, gespecialiseerd in de behandeling van ziekten aan de alvleesklier en galwegen en hoofd Endoscopie van het Amsterdam UMC locatie VUmc, kwam de fusie niet als een verrassing. “Toen ik in 2018 in het VUmc begon, was al duidelijk dat de fusie eraan kwam. Ik zag ook meteen de voordelen ervan. Mijn aandachtsgebied is het ontwikkelen van nieuwe endoscopische technieken. Dat deden ze in het AMC ook, dus ik vind het logisch dat je niet in beide huizen het wiel opnieuw gaat uitvinden.”

Krachten bundelen

Met de fusie wilden de bestuurders van beide ziekenhuizen de kwaliteit van de patiëntenzorg voor huidige en komende generaties een nieuwe impuls geven. Onderdeel daarvan is het samenbrengen van specifieke patiëntgroepen op één van beide locaties om de duurzame beschikbaarheid van complexe patiëntenzorg te garanderen.

Amsterdam UMC kent na de fusie bovendien acht geïntegreerde onderzoeksinstituten. Door deze bundeling van krachten kunnen deze onderzoeksinstituten hun wetenschappelijk onderzoek doelmatiger organiseren en worden ze wereldwijd een aantrekkelijkere partner voor grootschalige, internationale en langjarige studies. Dit is ook interessant voor studenten en onderzoekers uit binnen- en buitenland, is de visie.

Risico en logica

“Een fusie is natuurlijk altijd een risico”, zegt HPB-chirurg Besselink. “De goede samenwerking die wij onderling in zowel het AMC als VUmc hadden, zou verstoord kunnen worden. Normaal gesproken groeit een maatschap of staf organisch. Maar inhoudelijk vond ik het zo logisch als wat.” Voor de MDL(-gerelateerde) vakgroepen betekende de fusie dat alle HPB-ziekten sinds juni 2021 op locatie VUmc zijn ondergebracht, inclusief de HPB-chirurgie. De IBD-zorg is in z’n geheel naar locatie AMC gegaan. Dit laatste is tijdelijk. Van Wanrooij: “We bouwen op dit moment een nieuwe endoscopie-afdeling op locatie VUmc. In de zomer van 2023 is die klaar; daarna komt alle MDL deze kant op. Op locatie AMC blijven dan nog twee MDL-artsen voor consult en spoed.” Besselink: “Bij ons gaat de GE-chirurgie helemaal naar locatie VUmc, dus alle gastro-intestinale en oncologische chirurgie; de vaat- en traumachirurgie zit straks alleen op locatie AMC. Wij blijven

daarmee met een overdracht tussen twee locaties zitten, en dat blijft natuurlijk een nadeel. Aan de andere kant: als ik nu ’s avonds of midden in de nacht een spoed-buikoperatie moet doen, kan ik meestal op locatie VUmc binnen één uur starten, omdat alle hart-, hersen-, trauma- en vaat-spoedoperaties én de bevallingen plaatsvinden op locatie AMC.”

Multidisciplinaire teams

De verhuizingen van en naar de twee locaties vinden plaats in verschillende ‘waves’. Besselink: “Traumachirurgie verhuist in maart 2023 van locatie VUmc naar locatie AMC; IBD verhuist medio 2023 van locatie AMC naar locatie VUmc. Van Wanrooij: “Voor de MDL en GE-chirurgie zijn we in december 2023 in locatie VUmc waarschijnlijk helemaal klaar met in totaal vier verpleegafdelingen MDL en GE-chirurgie, negen endoscopiekamers, vier nieuwe operatiekamers voor minimaal-invasieve chirurgie, twee operatie-robots, en twee nieuwe gebouwen: het Imaging Center en het ADORE-researchgebouw. Het zijn geweldig grote verhuizingen en natuurlijk een hoop gedoe waar iedereen tegenop zag.” Behoor je tot ‘de verhuizers’, dan voel je je bovendien kwetsbaar, vertelt hij. “Maar tijdens de voorbereidingen van de verplaatsing heb je zoveel met elkaar gepraat – ik denk dat we wel tachtig vergaderingen hebben gehad, waarin je samen zorgpaden ontwikkelt, het poli-plan uitdoktert, over en weer van elkaar leert – dat je je al één team voelt voordat je daadwerkelijk verhuist naar de andere locatie. En als je samen zo’n blauwdruk ontwikkelt binnen multidisciplinaire teams met hoogwaardig geschoold personeel rondom specifieke ziektebeelden, word je daar als medisch specialist alleen maar enthousiast van.”



Links: Roy van Wanrooij, rechts: Marc Besselink

Besselink geeft een voorbeeld: “We hebben bijvoorbeeld nu twee teams – een Pancreas-team en een Leverteam – die elk op een specifieke dag in de week polikliniek houden. Op maandag draaien we 21 spreekuren Lever van alle specialismen en op donderdag draaien we 24 spreekuren Pancreas van alle specialismen. Dit betekent een multidisciplinair team op één lange gang, in ons geval de donderdag, van specialisten die niets anders doen dan pancreasproblemen.” Besselink herinnert zich een patiënt die in het afgelopen jaar vanuit een academisch ziekenhuis buiten de regio de pancreasafdeling in het Amsterdam UMC bezocht. “Die moest elders voor dezelfde behandeling drie weken wachten en vier aparte afspraken maken verspreid over twee ziekenhuizen, terwijl wij alle afspraken voor die patiënt binnen twee uur konden uitvoeren. Deze patiënt was helemaal *flabbergasted* dat dit allemaal zo soepeltjes liep. En daar word ik blij van. Ik houd ervan als een organisatie laagdrempelig, vlot, en strak georganiseerd is.”

Persoonlijke zorg

Bovendien wordt de zorg op deze manier persoonlijker, betoogt Van Wanrooij.

“Vroeger kwam je met een pancreasziekte bij een oncoloog terecht die drie kankersoorten behandelde, en een MDL-arts die vier MDL-ziekten behandelde, en verpleegkundigen moesten soms wel acht soorten kanker doen. Nu kom je als patiënt bij een multidisciplinair team met onder meer oncologen, chirurgen, MDL-artsen, interventieradiologen en verpleegkundigen. De patiënten die op donderdag over onze gang lopen, zien iedere keer dezelfde zorgverleners. De angst dat het Amsterdam UMC een megazorgfabriek zou worden en daarmee onpersoonlijker, blijkt dus ongegrond. Het klinkt misschien tegenstrijdig, maar onze werkwijze heeft het persoonlijke van het streekziekenhuis dat we van vroeger kennen, maar nu binnen een supergespecialiseerd onderdeel van een academisch centrum.”

Risico's schaalvergroting

Toch ziet Besselink ook de gevaren van de huidige trend van schaalvergroting van ziekenhuizen, zoals bij het Amsterdam UMC. “Alle ziekenhuizen in Nederland werken nu geweldig goed samen in wetenschappelijk onderzoek. Denk bijvoorbeeld aan de Pancreatitis Werkgroep Nederland

(PWN), de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG), de Dutch Liver Surgery Group, en de Dutch Hepatocellular & Cholangiocarcinoma Group (DHCG) – die groepen zijn wereldberoemd, omdat ze allemaal op basis van gelijkwaardigheid met elkaar samenwerken. In Amerika en andere landen gebeurt dat niet. Wat ik als bedreiging zie, is dat Nederlandse academische centra als Amsterdam UMC, Erasmus MC en UMC Utrecht zichzelf zo groot vinden dat ze denken ‘we hebben het oude Nederlandse poldermodel van gezamenlijk nadenken over wetenschappelijk onderzoek – allemaal een beetje inschikken en gezamenlijk een goed protocol maken – niet meer nodig. We zijn nu beter en belangrijker dan de rest, dus we doen het wel alleen’. Nederland is op dit moment – ik heb daar ook onderzoek naar gedaan – wereldkampioen in bijvoorbeeld chirurgische gerandomiseerde *trials*.

Wij zijn zover gekomen, omdat we weten hoe je moet samenwerken. Maar je moet die samenwerking absoluut vasthouden, hoe groot en onafhankelijk je ook wordt. Want anders ben je als academisch ziekenhuis, en uiteindelijk ook als patiënt, slechter af dan voorheen.”

High-end-technologie

Ondanks alle rompslomp en risico's van zo'n enorme fusie zien de beide artsen vooral voordelen en kansen. Van Wanrooij: "We hebben straks één van de gaafste MDL-afdelingen van Europa. We kunnen de endoscopiekamers vanaf de grond toe uittekenen en opbouwen, en nemen daarin alle *high-end-technologie* mee. Daarvan word ik wel enthousiast. En omdat de HPB-poot in het Amsterdam UMC zo groot is, hebben we ook twee volwaardige röntgenkamers: dat is echt wel uniek, in ieder geval in Nederland en ik denk ook in Europa."

Besselink: "Multidisciplinaire teams rondom ziektebeelden zijn goed voor de zorg én voor wetenschappelijk onderzoek. Door de schaalvergroting kun je sneller patronen herkennen en meer operaties doen, waardoor je technieken sneller onder de knie krijgt en je kennis sneller groeit. Bijvoorbeeld het gebruik van intra-operatieve pancreaticoscopie bij intraductale papillair-mucineuze neoplasma (IPMN): we hadden deze techniek als MDL en HPB-chirurgie door het hoge operatievolume snel onder de knie binnen een internationale studie. Terwijl we als laatste begonnen, includeerden we de meeste patiënten, en als enige centrum deden we bijna alle scopiën tijdens robotpancreasoperaties." Hij vervolgt: "Nu we ruim een jaar draaien, is er echt helemaal niemand die het niet ziet als een kwaliteitsverbetering voor de patiënten. Van patiënten, verpleegkundigen, chirurgen, MDL-artsen en oncologen tot OK-personeel en interventieradiologen: iedereen ziet dat dit gewoon werkt!"

Supertrots

"Maar we zijn er nog niet", betoogt Besselink. "Zoals het nu bij ons binnen in het ziekenhuis werkt: ik zou vanaf de tekentafel echt niet weten hoe ik het nog beter kan doen. We zijn er allemaal supertrots op. Maar de laatste fase is, naar mijn idee, dat je echt integraal, dus ook met de verwijzende ziekenhuizen, net nog één niveauje hoger volledig als één team samenwerkt voor onderzoek en zorg, op die manier gezamenlijk blijft innoveren en de zorg steeds beter

maakt. Wij hebben dertien verwijzende ziekenhuizen in onze regio Noord-Holland/Flevoland. Voor pancreas en lever hebben we nu al een regionaal zorgpad, waarin bijvoorbeeld staat beschreven welke patiënt je verwijst, wanneer die patiënt weer terugkomt, wat voor soort scan je moet maken als je de patiënt verwijst, en wat er gebeurt

in zowel het academisch ziekenhuis als in het verwijzend ziekenhuis. Dus we zijn er bijna." Hij vervolgt: "Waar we in 2035 staan? Dan staan we op dezelfde plek waar we nu al zijn, als één van de leidende centra binnen Nederland, Europa én wereldwijd op het gebied van klinische zorg, wetenschappelijk onderzoek en opleiding."

AGENDA

SAVE THE DATE **GastrOlympics 2023, zaterdag 1 juli 2023**

Na een eerste succesvolle editie in Amsterdam (zie: *MAGMA 3-2019*), vindt komende zomer de tweede editie plaats van hét sportevenement voor alle stafleden, A(N)IOS en arts-onderzoekers van MDL Nederland. Regio Rotterdam nodigt u met trots uit voor de **GastrOlympics 2023 op zaterdag 1 juli 2023** op het Sportcomplex Olympia, onder de rook van de Kuip. Met een goede dosis rivaliteit zullen alle opleidingsregio's onderling strijden om de felbegeerde titel. De dag wordt afgesloten met een borrel, barbecue en feest.

Inschrijving geopend

Samen met uw collega's kunt u zich vanaf heden inschrijven via www.gastrolympics.com.

Vragen? Mail naar gastrolympics@gmail.com.



Organiserend comité GastrOlympics 2023

(v.l.n.r.): Stella Nieuwenburg, Koen van der Ploeg, Maria van Hooff, Michiel Bak, Pauline Zellenrath, Ellis Eikenboom en Cynthia Verloop. *Ontbrekend op de foto:* Nicolien Schepers en Anouk Huberts.