

OPLEIDINGSSTRUCTUUR: INTERVIEW 5 / ZORGDOMEINEN 8  
VACATURENOOD BIJ MDL-ARTSEN 10 / CCUVN-PETITIE 13  
HET IDEAAL VAN AIOS 14 / TWINTIG JAAR STENTS 15  
DIGESTIEVE ONCOLOGIE IN VLAANDEREN 17 / BIJWERKINGEN  
GENEESMIDDELEN 19 / EUROPEAN JOURNAL OF  
GASTROENTEROLOGY 21 / PROEFSCHRIFTEN 23 / DE AFDELING 27



# MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP  
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 15 / NUMMER 1 / APRIL 2009



## CHINA AAN DE MAAS

Vergoeding maagzuurremmers:  
brief naar minister Klink

## Westen

**H**et lijkt erop dat Hoorn leegloopt na het vertrek van Michael Klemm (oktober 2008) naar Alkmaar. Tim Grool is vertrokken naar het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp om daar de 4<sup>e</sup> MDL-arts te worden. Hoorn heeft nu 3 MDL-vacatures. Tessa Uiterwaal (VUmc) start in Hoofddorp als 5<sup>e</sup> MDL-arts. Gerd Bouma blijft in het VUmc als 8<sup>e</sup> MDL-arts, er resteert minimaal 1 vacature.

Totaal onverwachts vertrok Martin Wagtmans, 1 van de 4 MDL-artsen in Almere, als 3<sup>e</sup> MDL-arts naar het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. Job Peters (VUmc) start 1 augustus als 4<sup>e</sup> MDL-arts in Beverwijk. Beverwijk is hiermee weer op volle sterkte.

Almere had zo 2 vacatures, die ze voor hun opleidingsplannen graag willen opvullen. Gelukkig gaat dat lukken. Marco Oudkerk Pool verlaat Lelystad en wordt 4<sup>e</sup> MDL-arts in Almere. De HLK in Almere is inmiddels al een speerpunt voor het AMC. Lelystad heeft 1 fte MDL-vacature.

Ellert van Soest verlaat het Tergooi Ziekenhuis en start medio dit jaar als 6<sup>e</sup> MDL-arts in het Kennemer Gasthuis in Haarlem. Het Tergooi Ziekenhuis zoekt nu 1 à 2 MDL-artsen.

De maatschap MDL/Interne in het SLAZ (Amsterdam) mag een 5<sup>e</sup> MDL-arts aantrekken en zoekt voor 2011 een nieuwe opleider MDL.

Josbert Keller (AMC) gaat medio 2009 als 4<sup>e</sup> MDL-arts naar het Haga Ziekenhuis (voorheen Leyenburg), een MDL-opleidingsziekenhuis; er resterende 2 vacatures. Max Schrijver stopt rond 1 september als gastro-enterologisch internist in het Bronovo Ziekenhuis. In Den Haag loopt de wachttijd voor MDL-zorg op en daarmee staat de kwaliteit van zorg onder druk. VIP's worden nog steeds snel geholpen. Dirk van Leeuwen lijkt terug te keren uit de VS (Alabama, New Jersey) en neemt waar in het OLVG in Amsterdam. Ruud van Hogezaand, VUT-ter op Schouwen-Duiveland, helpt de nood in het Ikazia Ziekenhuis Rotterdam te lenigen.

## Midden

Peter van de Schaar verlaat Heerlen voor het Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein en wordt daar de 8<sup>e</sup> MDL-arts. Piet van Hees gaat er dit jaar met pensioen. Rogier ten Hove verlaat Gouda en wordt 4<sup>e</sup> MDL-arts in het Diaconessenhuis in Leiden. Gouda zoekt minimaal 1 MDL-arts. Omdat Josbert Keller niet komt, zoekt het UMCU een allround MDL-arts.

## Oosten

De MDL-groep van Enschede, een sterk opleidingsziekenhuis, zoekt dringend 2 à 3 MDL-artsen en was in gesprek met een Zuid-Afrikaanse

MDL-arts, werkzaam in Canada. Hij wilde graag voor één à twee jaar naar Nederland alvorens terug te gaan naar Kaapstad. De papieren rompslomp gooide echter roet in het eten. Nu zoekt men oostwaarts.

Tim Schreuder, sinds 1 jaar actief als stafid MDL in het VUmc, vertrok 1 maart naar Apeldoorn als 2<sup>e</sup> MDL-arts in een zelfstandige MDL-maatschap met Halil Akol.

## Zuiden

Karin Kok blijft langer in het Radboud Ziekenhuis en kijkt rond. De Arnhemse vacaturestelling van 3 MDL-artsen heeft ertoe geleid dat Jan Sindram (Hoogeveen) en Jan-Maarten Vrolijk (EMC) als MDL-artsen in Arnhem starten.

Als opvolgers van Egbert Hoek en Henk Festen starten in Den Bosch Anneke De Schryver (nog in 2009) en Bob Scheffer (in 2010) uit Utrecht. Manon IJzendoorn uit het Radboud start eind 2010 ook in Den Bosch als 7<sup>e</sup> MDL-arts.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht adverteerde officieel voor een 6<sup>e</sup> MDL-arts. Eind 2010 zal Joyce Alderlieste (EMC) hier starten.

De MDL-groep van Venlo zoekt dringend een 5<sup>e</sup> MDL-arts na de pensionering van een scopiërende internist.

Het Maasziekenhuis in Boxmeer helpt 128.000 inwoners van het Land van Cuijk bij het vaststellen en behandelen van tweedelijnszorg. Zij zoeken een MDL-arts/internist voor 0,5/1,0 fte. Het mag helaas duidelijk zijn dat bij het huidige tekort de MDL-zorg in Boxmeer in de komende jaren niet door een MDL-arts zal worden verricht.

José Conchillo (ex-AZU/EMC) is in 2008 in Maastricht gestart als 9<sup>e</sup> MDL-arts; zijn aandachtsgebied is de lever. Erik Keulen verlaat Helmond als 4<sup>e</sup> MDL-arts in Sittard. Helmond zoekt dringend een 2<sup>e</sup> MDL-arts. Eric de Goede (België) keert terug naar Nederland (Roermond) als 3<sup>e</sup> MDL-arts.

## Noorden

Emmen adverteerde in Duitsland: Olaf Weinhardt, en in juni Mohamed Al Aswad, starten er als MDL-artsen. Mogelijk volgt een 3<sup>e</sup> Duitse collega. Vanuit het UMCG lijkt niemand dit en volgend jaar te willen uitstromen in de noordelijke provincies. Hoogeveen heeft een probleem.

C.M.



**COLOFON** MAGMA IS EEN UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. **OPLAGE** 2500 EXEMPLAREN **REDACTIE** CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN JOEP BARTELSMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN **EINDREDACTIE** VAN LUYKEN COMMUNICATIE ADVISEURS **REDACTIEADRES** PROF. DR. CHRIS J.J. MULDER VU MEDISCH CENTRUM POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020) 444 05 54 E-MAIL: CJMULDER@VUMC.NL **ABONNEMENTEN ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN:** SECRETARIAAT NVMDL POSTBUS 657 2003 RR HAARLEM E-MAIL: SECRETARIAAT@MDL.NL **VORMGEVING** M.ART HAARLEM **DRUK** THIEME MEDIA SERVICES DELFT 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** ROB DE WIJN.

## MAGMA komt (er)uit

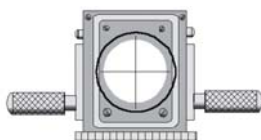
Een interview met het jonge Kamerlid Roger van Bortel waarin hij zich onder meer afvraagt of er in elk ziekenhuis een gastro-enteroloog moet komen. De bespreking van het proefschrift van Marco Bruno. Een interview met Guido Tytgat: "Wat dit werkterrein zo aantrekkelijk maakt, is de breedte. Je moet interesse hebben voor alle mogelijke wetenschappelijke richtingen."

Ik blader door het eerste nummer van MAGMA, uitgegeven in december 1995. Voorin een interview met Kees Huibregtse, voorzitter van het Nederlands Genootschap van Artsen voor Maag, Darm en Leverziekten, de nieuwe naam van de Commissie Nederlandse Maag-darmartsen. Redactieadres: Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem.

Ruim twaalf jaar verder heeft het genootschap zijn naam veranderd in Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, is het aantal MDL-artsen gegroeid naar meer dan 300, en is MAGMA uitgegroeid tot een blad van naam. Niet meer weg te denken uit de Nederlandse MDL-wereld. Dat het zover is gekomen, dankt onze vereniging aan de redactie, in het bijzonder aan Chris Mulder en aan Nycomed, voorheen Altana en Byk Nederland. Zonder de financiële steun van deze onderneming zou MAGMA niet zijn geworden wat het nu is.

Ondertussen zijn we in een nieuwe fase gekomen: MAGMA is nu een zelfstandige uitgave van de NVMDL, waarbij de kosten moeten worden gedekt door meerdere adverteerders. Deze slag is gemaakt mede door forse inspanning van Marco Bruno, penningmeester van de NVMDL. Het vergt een extra inspanning van het redactieteam, maar garandeert tegelijkertijd het voortbestaan en de onafhankelijkheid van deze breed gewaardeerde uitgave. Daarbij is de redactie gebleven en het blad vier pagina's dikker geworden. Namens alle leden dank aan degenen die zich hiervoor in de afgelopen periode hebben ingezet. En namens de redactie veel leesplezier met deze vernieuwde MAGMA!

Was getekend,  
*Ernst Kuipers*  
- voorzitter -



## Dick Schreuder (1921–2009)

**B**egin dertig moet Dick Schreuder zijn geweest, toen hij zich als arts voor maag-, darm- en stofwisselingsziekten in 1952 vestigde in de Nederlandse Hervormde Diakonessen Inrichting aan de Overtoom in Amsterdam. Vervolgens verhuisde hij eind jaren zestig naar het Andreas Ziekenhuis, waar hij in zijn eentje zijn praktijk voortzette, op de huid gezeten door internisten die graag de gastro-enterologie wilden inlijven. Dat lukte niet. Dick bleef zijn praktijk alleen uitvoeren en dacht aan uitbreiding in 1978: een telefoontje naar Guido Tytgat en... ik had mijn stek. Daar ben ik hem tot op de dag van vandaag heel dankbaar voor. De vijf jaren met Dick waren een verademing. Totale vrijheid, groeiende praktijk, liefelijk ziekenhuis en heel veel lol. Eten op het terras, prachtige tuinen met de fraaie Ome Dick Prunus voor het raam van onze poli. Hij kon soms flink wat brommen en mopperen, maar doorgaans was hij goed geluimd. Actief in de Rotary Amsterdam; schaken en roken waren zijn passie. In 1984 vond hij het genoeg geweest en trok zich met zijn Robien terug in het rustieke Lochem, waar hij direct een schaakclub oprichtte.



*Dick Schreuder eind jaren zestig in het Andreas Ziekenhuis*

Dick Schreuder kan worden beschouwd als één van de pioniers van ons specialisme, zeer actief in verschillende commissies, met name in de Commissie Nederlandse Maagdarmartsen, later Genootschap, later Nederlandse Vereniging. Met generatiegenoten als Haex, Ten Thije en Hellemans zorgde hij dat ons specialisme steeds meer een eigen gezicht kreeg. We hebben een oude MDL-arts verloren, die wij dankbaar moeten zijn voor al zijn werk en inzet in het verleden voor ons mooie specialisme.

*Eric Wesdorp, MDL-arts*  
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam

# China aan de Maas: hepatitis-B-campagne in Rotterdam

Op woensdag 28 januari heeft de Rotterdamse wethouder van Volksgezondheid, Jantine Kriens, het startsein gegeven voor een hepatitis-B-campagne gericht op de Chinezen in Rotterdam-Rijnmond. Tijdens een bijeenkomst van Chinese ouderen in de Chinese Kerk in verband met het Chinees Nieuwjaar, werd de Chinese gemeenschap in Rotterdam-Rijnmond voor het eerst op grote schaal geïnformeerd over hepatitis B en werden gratis bloedtesten aangeboden.

**W**ereldwijd zijn ongeveer 400 miljoen mensen chronisch geïnfecteerd met het hepatitis-B-virus (HBV), en jaarlijks sterven meer dan 500.000 mensen aan een HBV-geassocieerde leverziekte, voornamelijk door gedecompenseerde levercirrose of hepatocellulair carcinoom. China is een hoog-endemisch land met een

geschatte prevalentie van 8–10%. De Chinese gemeenschap in Nederland, in Rotterdam-Rijnmond geschat op 10.000–15.000 mensen, vormt daarom een belangrijke risicogroep voor HBV-dragerschap. Aangezien een chronische hepatitis-B-infectie in de regel asymptomatisch is tot aan het moment dat ernstige complicaties zich ontwikkelen, is het waarschijnlijk dat een groot aantal Chinese mensen onbewust drager is van HBV. Door de snelle ontwikkeling op het gebied van antivirale therapie is het des te belangrijker deze mensen in een vroeg stadium op te sporen en – indien nodig – te behandelen, teneinde uiteindelijk het ontstaan van levercirrose en hepatocellulair carcinoom te voorkomen.

De campagne is een initiatief van GGD Rotterdam-Rijnmond, Erasmus MC, Nationaal Hepatitis Centrum, deelgemeente Feijenoord en de Stichting Welzijnsbehartiging Chinezen in Rotterdam Wah Fook Wui. Het doel is om de Chinezen te informeren over hepatitis B, de gevolgen ervan en hoe de ziekte te voorkomen en te behandelen. Daarnaast worden Chinezen opgeroepen zich te laten testen. Tijdens de campagneperiode (tot 1 mei 2009) worden op verscheidene Chinese (informatie)bijeenkomsten in mobiele testbussen op locatie gratis bloedtesten afgenomen. Campagnefolders en -posters, zowel in het Chinees als in het Nederlands, worden verspreid via diverse Chinese verenigingen. Er is ook een speciale campagnewebsite: [www.zegneetegenhepatitisB.nl](http://www.zegneetegenhepatitisB.nl). HBV-dragers zullen worden uitgenodigd voor verdere evaluatie bij de GGD en het Erasmus MC. Daarnaast zal vaccinatie worden aangeboden aan mensen bij wie uit de test bleek dat ze (nog) geen HBV-drager zijn.

Na de campagneperiode blijft de GGD Rotterdam-Rijnmond tot 31 december 2009 spreekuren en gratis bloedtesten aanbieden.

*Jurrien Reijnders*, arts-onderzoeker  
*Harry Janssen*, MDL-arts  
 Erasmus MC, Rotterdam



Thjon Tang, AIOS MDL, bij de startbijeenkomst van 'China aan de Maas' in de Chinese Kerk te Rotterdam.

AIOS Marleen de Leest is vol lof over de nieuwe opleidingsstructuur voor MDL-artsen, zoals gedefinieerd in het HOM-rapport. Die schept duidelijkheid en draagt veel bij aan de professionaliteit van het beroep. Samen met de plaatsvervangend opleider van het VU medisch centrum in Amsterdam heeft zij de uitvoering voor het ziekenhuis uitgewerkt. Dat lukte goed waar het ging om het algemene gedeelte, maar het maakte ook een aantal hindernissen zichtbaar. Wat goed is op papier, past niet altijd in de weerbarstige praktijk van alledag.

## IMPLEMENTATIE HOMS

# Een goede opleiding en de weerbarstige MDL-praktijk

**M**arleen de Leest: “De wil is aanwezig om de nieuwe opleidingsstructuur goed toe te passen. Het VUmc is altijd een opleidingsziekenhuis geweest. Ik heb met Ad van Bodegraven (plaatsvervangend opleider) alle ruimte gekregen om het HOM-rapport om te zetten naar het opleidingsmodel, met daarin de verschillende stages van het VUmc en perifere opleidingsklinieken, zoals het Kennemer Gasthuis in Haarlem, Medisch Centrum Alkmaar en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam. Gebleken is dat we het over het algemeen helemaal niet slecht doen. Natuurlijk is op bepaalde punten verbetering mogelijk, zoals bijvoorbeeld het herdefiniëren en plannen van bepaalde besprekingen. De nieuwe structuur hebben we aan de staf van het VUmc, de AIOS-groep en de perifere klinieken binnen onze opleidingsregio gepresenteerd. Hoe we de nieuwe opleidingsstructuur zouden moeten toepassen, staat nu goed op papier, maar of we dit in de praktijk ook zo uitgevoerd krijgen, moet nog blijken.”

Marleen de Leest vindt het beslist de moeite waard om zich sterk te maken voor de uitvoering. “Structuur brengen in de opleiding is goed voor de ontwikkeling van het MDL-specialisme. Het staat nu zwart-op-wit wat je allemaal moet doen om MDL-arts te worden. Dat geeft niet alleen richting, ik zie het ook een beetje als een stok achter de deur: je kunt aan de bel trekken als je vindt dat je te weinig leert of geen goede stages krijgt. Degenen die jou moeten begeleiden, coachen en beoordelen weten nu precies wat AIOS van hen verwachten en vice versa.”

### Je leert het meest van feedback

Het HOM-rapport geeft concreet aan welke competenties de aankomend specialist goed moet beheersen, maar ook hoeveel uren poli hij moet draaien, welke medische handelingen hij moet verrichten en hoe vaak; welke patiënten hij behandeld moet hebben en hoeveel.

Doen wat je geacht wordt te doen, is maar een deel van je ontwikkeling als specialist.

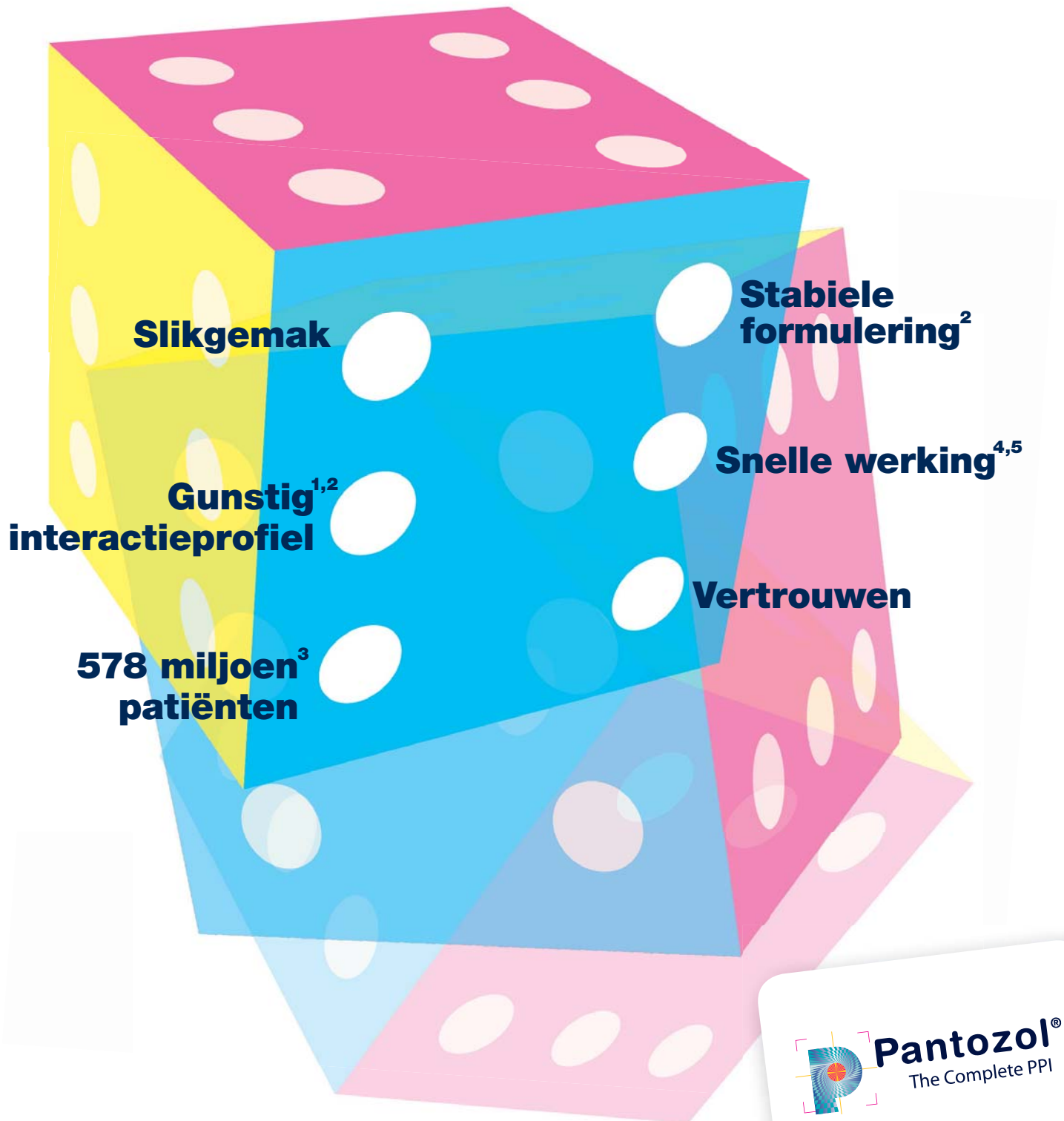
Marleen de Leest: “Je leert het meeste van de feedback die je krijgt. Daaraan besteedt het HOM-rapport alle aandacht. Dat gedeelte is goed gestructureerd in de vorm van beoordelings- en begeleidingsgesprekken. Het brengt wel veel administratief werk met zich mee door het invullen van alle formulieren. Ik ben benieuwd hoe dat in de praktijk uitpakt, omdat er weinig animo is voor nog meer papierwerk. Het vraagt om een mentaliteitsverandering, investering in tijd, een strakke organisatie en discipline. Neem je tijdens een drukke poli de tijd om een formulier in te vullen?”

Iedereen heeft het druk, zowel AIOS als de staf (alle stafleden die AIOS superviseren, zijn deel van het opleidingsteam). Omdat je de situatie zo goed kent, heb je er begrip voor als je te horen krijgt: ‘je hebt gelijk, dat moeten we echt doen; help me even onthouden dat we straks...’ Een mogelijke oplossing is in het poli- of endoscopie-schema van de supervisor en de AIOS in plaats van een patiënt een kwartier te plannen voor beoordeling. Op dat moment moeten de formulieren klaarliggen. Gewoon doen dus.... Het is, denk ik, wel goed om vaker expliciete evaluatiemomenten per AIOS te krijgen, ook voor de niet-medische competenties. Het is belangrijk dat het hele opleidingsteam deze zo objectief mogelijk vastlegt.”

### De vier aandachtsgebieden

Marleen de Leest zit in het vijfde jaar van haar MDL-opleiding. Volgens de nieuwe structuur zou zij bijna moeten kiezen voor één van de vier aandachtsgebieden (hepatologie, oncologische gastro-enterologie, neurogastro-enterologie en motiliteit of geavanceerde endoscopie). Daar wringt één van de schoenen, want “ik kan op dit moment voor geen van de aandachtsgebieden volledig in het VUmc

# De 6 sterke punten van Pantozol<sup>®</sup>



#### Referenties

1. Blume H, Donath F, Warnke A, et al. Pharmacokinetic drug interaction profiles of proton pump inhibitors. Drug Safety 2006;29:769-784. 2. SmpC Pantozol<sup>®</sup>20, Pantozol<sup>®</sup>40, Pantozol<sup>®</sup>i.v. 3. Data on file (Nycomed bv). 4. Scholten T, Gatz G, Hole U. Once-daily pantoprazole 40 mg and esomeprazole 40 mg have equivalent overall efficacy in relieving GERD-related symptoms. Aliment Pharmacol Ther 2003;18:587-594. 5. Mönnikes H, Pfaffenberger B, Gatz G, et al. Novel measurement of rapid treatment success with ReQuest<sup>™</sup>: first and sustained symptom relief as outcome parameters in patients with endoscopy-negative GERD receiving 20 mg pantoprazole or 20 mg esomeprazole. Digestion 2005;71:152-158.



Marleen de Leest

▷ terecht. De ervaring opdoen in een ander ziekenhuis lijkt een logische oplossing, maar in de praktijk is die niet altijd haalbaar door de werkdruk. Enkele AIOS hebben een stage in het buitenland kunnen doen om hun interessegebied verder uit te diepen. Tot nu heeft één AIOS van het VUmc een certificaat voor een aandachtsgebied bemachtigd.

Volgens het HOM-rapport is het kiezen van een aandachtsgebied niet verplicht, maar ik vraag me dan af: hoe zal de markt op die vrijblijvendheid reageren? Ben je als MDL-arts met of zonder aandachtsgebied evenveel waard voor de markt? Op basis waarvan zijn de huidige aandachtsgebieden gekozen? Wie bepaalt welke AIOS wel of niet een bepaald aandachtsgebied zou mogen doen? Zou een ander aandachtsgebied een oplossing bieden? We hebben nu eenmaal te maken met deze keuze, maar er zijn volgens mij meer aandachtsgebieden denkbaar, zoals bijvoorbeeld IBD.”

### ‘Concurrentie’ met algemene opleiding

Een ander punt is dat de thema’s van de aandachtsgebieden ook deel zijn van de algemene opleiding die elke AIOS moet doorlopen. Zo zou ‘concurrentie’ kunnen ontstaan met de algemene opleiding, doordat de AIOS bijvoorbeeld aantallen moet halen voor bepaalde verrichtingen of met het thema poliklinieken. “Dat mag mijn inziens in geen geval gebeuren”, vindt Marleen de Leest.

Zij constateert nog een praktisch probleem voor de uitvoering van de aandachtsgebieden: deze zijn, in tegenstelling tot het algemene deel van de opleiding, niet in te vullen binnen de al bestaande structuur. Ze beslaan een nieuw en groot deel van de opleiding, een kwart van het MDL-gedeelte. Het lijkt haar zinvol en leuk om stages geheel of gedeeltelijk op andere afdelingen of in andere klinieken te doen, maar daarover bestaan niet altijd afspraken, de infrastructuur moet het toelaten en “het zal tijd en moeite kosten dit in een academische omgeving uit te voeren. Bij het opstellen van het HOM-rapport is immers geen rekening gehouden met financiën, bedrijfsvoering en arbeidsmarkt. Tegelijkertijd moet het gewone werk doorgaan natuurlijk...”

De conclusie van Marleen de Leest: “Ik ben positief over de herstructurering. Zo krijg je een verbetering van de opleiding. De uitwerking laat zien dat een groot deel van de nieuwe structuur uitvoerbaar is, maar dat er nog eens kritisch gekeken moet worden naar een aantal onderdelen van het plan.”

## Opleiding met breed spectrum

**Het rapport ‘Herstructurering Opleiding Maag-Darm-Leverziekten’ geeft in bijna honderdveertig pagina’s gespecificeerd aan wat een MDL-arts moet kennen en kunnen. De kernpunten uit de opleiding.**

De nieuwe opleiding bevestigt dat MDL een belangrijk onderdeel is van de specialistische geneeskunde. Het is een basis-specialisme dat de meeste Nederlandse ziekenhuizen bieden. Het HOM-rapport onderbouwt dat met cijfers: ruim 13 procent van de mortaliteit en 17 procent van de ziekenhuisopnamen zijn het gevolg van een MDL-ziekte.

De opleiding omvat een tweejarige vooropleiding interne geneeskunde en een vierjarige vervolgopleiding in MDL-ziekten. De opzet is competentie-gericht. De AIOS moet zich een groot aantal gespecificeerde competenties eigen maken. Daarvoor zijn achttien thema’s ontwikkeld. De structuur bestaat uit een combinatie van modules en leren in de lijn.

De opleider geeft de AIOS gestructureerd aandacht in de vorm van observaties, feedback en coaching. Toetsing en beoordeling heeft plaats door:

- *Voortgangsgesprekken*: tijdens de vooropleiding gelden hiervoor de richtlijnen van de Nederlandsche Internisten Vereniging. Tijdens de vervolgopleiding MDL: vier keer in het eerste jaar van de vervolgopleiding en daarna twee keer per jaar.
- *Korte Praktijkbeoordelingen (KPB’s)* gedurende de gehele opleiding.
- *OSATS* (Objective Structured Assessment of Technical Skills) voor beoordeling van onder andere endoscopische verrichtingen gedurende de gehele opleiding.
- Dit alles dient in een *portfolio* te worden bijgehouden.
- *Schriftelijke voortgangstoetsing* wordt geadviseerd en is nog niet ingevoerd.

Communicatie en samenwerking zijn belangrijke onderdelen van de opleiding. MDL-artsen moeten in een breed teamverband kunnen werken: samenwerken binnen het eigen specialisme, met andere specialisten en andere werkers in de gezondheidszorg zoals bijvoorbeeld huisartsen, psychologen, endoscopie-assistenten, diëtisten en fysiotherapeuten. Speciaal de relatie met internisten, internistische aandachtsgebieden als medische oncologie, chirurgen, intensivisten en (interventie)radiologen is hierbij van eminent belang.

Het volledige rapport is te vinden op: [http://www.mdl.nl/uploads/240/486/HOM\\_definitieve\\_versie\\_t.b.v.\\_opleiders-bijeenkomst.pdf](http://www.mdl.nl/uploads/240/486/HOM_definitieve_versie_t.b.v._opleiders-bijeenkomst.pdf). Op [www.mdl.nl](http://www.mdl.nl) staat het rapport onder Concilium (inloggen vereist).

ZORGDOMEINEN

# ‘Wat de boer’n allang weet, doar speult de geleerd’n mooi weer van’

Patiënten gaan naar een ziekenhuis in de veronderstelling dat zij daar worden behandeld door de specialist met de meeste kennis en ervaring op het gebied van hun klachten of afwijkingen. Om dit te bewerkstelligen, zijn vele ziekenhuizen bezig met zorgdomeinprojecten, waardoor het voor verwijzers makkelijker moet worden de patiënt bij de juiste specialist te krijgen. Maar wie is de juiste specialist en komt de patiënt daar ook bij terecht?

## De juiste specialist

Zorgdomeinen die specialisten in een ziekenhuis claimen, tonen nogal eens overlap met die van andere specialismen. Het DBC-systeem werkt dit nog eens in de hand, omdat verschillende specialismen zorgkosten kunnen declareren voor eenzelfde aandoening. Voor behandeling van allerlei botbreuken mogen niet alleen rekeningen worden ingediend door orthopeden, maar ook door algemeen chirurgen. Voor zowel reumatologen en internisten geldt dat zij de kosten voor diagnostiek en behandeling van velerlei chronische en acute aandoeningen van het bewegingsapparaat mogen declareren. Binnen onze deskundigheid kunnen zowel maag-darm-leverartsen, chirurgen als internisten rekeningen indienen voor het endoscopisch verwijderen van poliepen uit de dikke darm. Voor soortgelijke DBC's bestaan zelfs verschillende tarieven. En zo zijn er nog talrijke andere voorbeelden.

Deze overlap bestaat omdat op basis van kwaliteit en effectiviteit van zorg niet eenvoudig onderscheid is te maken tussen diverse specialismen. Er bestaan namelijk nog grote hiaten in onze kennis over wat op competentiegebied acceptabel is, wat het effect is van de inzet van technische procedures op het uiteindelijke resultaat van behandeling en op welke wijze verschillende manieren van aanpak invloed hebben op het eindresultaat.

## Oefening baart kunst

Makkelijker te onderzoeken zijn items als: *tijd* die meer ervaren specialisten moeten besteden om hun minder ervaren collega's te hel-

pen, en *kwaliteit* van technische vaardigheden. Aangetoond is dat internisten vaak hulp nodig hebben bij diagnostiek en behandeling van een aantal MDL-aandoeningen. Als MDL-artsen zijn wij daar ongeveer één dag per week aan kwijt, hetgeen in feite leidt tot overbodige werkbelasting. Technische vaardigheden nemen een steeds prominentere plaats in bij diagnostiek en behandeling van vele aandoeningen en zijn in hoge mate afhankelijk van volume. Hier geldt 'oefening baart kunst': hoe vaker je iets doet, hoe beter het resultaat. Binnen de heekunde heeft dit al geleid tot keuzes. Zo mag complexe slokdarmchirurgie niet meer worden uitgevoerd in ziekenhuizen waar het aantal operaties hiervoor te gering is, met als gevolg dat deze ingrepen alleen nog in een beperkt aantal ziekenhuizen plaatsvinden. Dergelijke maatregelen zullen in de toekomst uit oogpunt van kwaliteit ook moeten worden genomen voor andere technieken, zoals endoscopieën. Het is belangrijk dergelijke gegevens te betrekken bij de discussie over zorgdomeinen.

De invloed van kennis over en ervaring met bepaalde ziektebeelden op de kwaliteit van zorg is veel moeilijker aan te tonen. Zo las ik een artikel waarin wordt beweerd dat de kwaliteit van zorg *afneemt met toenemende klinische ervaring* (*Ann Intern Med* 2005; 142:260-73). Nadere analyse leert dat het artikel beter als titel had kunnen voeren dat 'de kwaliteit van zorg afneemt met toenemende leeftijd van de zorgverlener'. Naar mijn mening geeft dit aan dat *achterstand in scholing en nieuwe kennis op oudere leeftijd* wel eens een veel belangrijkere rol kan spelen bij deze observatie dan 'klinische ervaring'. Ik ga ervan uit dat – vergelijkbaar met wat voor technische vaardigheden geldt – meer kennis en scholing een positief effect hebben op de zorgkwaliteit.\*

Wie heeft nu de meeste kennis over een bepaald ziektebeeld en schoolt zich hierover het meeste bij? Een internist die zich bezighoudt met vele aandoeningen, of een MDL-arts die zich toelegt op een beperkt aantal? Ik laat het oordeel graag aan u over en realiseer me dat het eindresultaat – goede zorg – wordt beïnvloed door talrijke andere factoren, die veelal op het gebied van organisatie en efficiëntie liggen.

## Bij wie komt de patiënt uiteindelijk terecht?

Kennis en vaardigheden – die het best worden geborgd door het niveau van opleiding, voortdurende (na)scholing en praktische oefe-



ning – zouden als uitgangspunt moeten worden genomen bij het bepalen van zorgdomeinen. Dit biedt de beste garantie om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Verwijzers zouden zich met name hierdoor moeten laten leiden bij de keuze naar welk specialisme zij hun patiënten sturen. De realiteit is echter dat zorgdomeinprojecten alleen maar aangeven hoe lang patiënten moeten wachten voor een poliklinische afspraak bij een bepaald specialisme. In veel ziekenhuizen zal de patiënt daardoor helaas niet terechtkomen bij de juiste specialist, maar bij het specialisme met de meeste capaciteit. Als VWS zich niets aantrekt van dit capaciteitsprobleem, zal dat ten koste gaan van de kwaliteit aan zorg. Het leidt bovendien tot ‘overbodige werkbelasting’: overbodig, omdat de juiste specialist zijn/

haar kennis en vaardigheden moet inzetten voor hulp aan patiënten van specialisten met minder kennis en ervaring op het betreffende zorggebied.

Jan Jansen, MDL-arts  
UMC St Radboud, Nijmegen

*\*De schrijver realiseert zich dat strikte bewijsvoering hiervoor niet eenvoudig te leveren is en baseert zich daarom deels op een oud Twents spreekwoord: “Wat de boer’n al lang weet, doar speelt de geleerd’n mooi weer van.” (prof. Smeek, afscheidscollege, Leiden)*

## MDL IN BASISSET PRESTATIE-INDICATOREN

# Aantoonbare kwaliteit is een beroepsbelang



Willem Moolenaar

**D**e dokter die geleverde kwaliteit niet in maat en getal kan uitdrukken, loopt het risico zowel adherentie als bevoegdheden te verliezen. Het aantonen van kwaliteit is derhalve een zwaarwegend beroepsbelang geworden. De NVMDL onderkent dit en werkt hard aan een solide kwaliteitsstructuur van de MDL-zorg in Nederland. Streven is te komen tot een degelijk stelsel van DBC's, richtlijnen, zorgprofielen en prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren dienen als beoordelingsinstrument bij onder meer kwaliteitsvisitaties, zorginkoop en artsenkeuze. Ook worden zij door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als zodanig gehanteerd bij het toezicht op veiligheid en effectiviteit van zorg. De *Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen van de IGZ* maakt deel uit van het wettelijk verplichte jaarverslag van het ziekenhuis. De IGZ bepaalt in samenspraak met de koepelorganisaties elk jaar welke prestatie-indicatoren in de basisset zullen worden opgenomen. De volgende MDL-prestatie-indicatoren zijn recent door de NVMDL ter beoordeling van opname in de *Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen 2010* aan de IGZ voorgelegd:

1. Mogelijkheid, in eigen ziekenhuis dan wel binnen een aantoonbaar hiertoe ingericht netwerk van ziekenhuizen, tot het verrichten van een interventie-endoscopie, 24 uur per dag en zeven dagen per week, bij patiënten die zich presenteren met een bloeding in het proximale maagdarmkanaal, door een gekwalifi-

ceerde endoscopist, met assistentie van een gekwalificeerde endoscopie-assistent in een hiertoe geschikte endoscopieruimte, voorzien van alle hiertoe benodigde apparatuur en medicatie, volgens de hiertoe door de wetenschappelijke vereniging opgestelde richtlijn.

2. Percentage van het aantal patiënten dat geregistreerd is met een acute bloeding in het proximale maagdarmkanaal, bij wie binnen 24 uur na opname in het ziekenhuis een endoscopie plaatsvond.

Prestatie-indicatoren worden behalve door de NVMDL zelf ook ontwikkeld door derden, zoals zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen, Integrale Kankercentra en CBO. Uiteraard is het van groot belang dat bij de totstandkoming van prestatie-indicatoren afstemming plaatsvindt met belanghebbenden binnen de beroepsgroep betreffende onder meer financiële, logistieke en publicitaire aspecten. Daarom roepen wij ieder die wordt uitgenodigd prestatie-indicatoren aan te leveren of te helpen ontwikkelen – voor welke instantie dan ook – op om contact te zoeken met de Commissie Kwaliteit via het secretariaat van de NVMDL ([secretariaat@mdl.nl](mailto:secretariaat@mdl.nl)).

Willem Moolenaar, MDL-arts  
Commissie Kwaliteit van de NVMDL

# Vacaturenood bij MDL-artsen

De laatste vijftien jaar is sprake van een snel groeiend aantal MDL-artsen. Daarbij is ook de MDL-opleidingscapaciteit uitgebreid. Landelijk zijn momenteel in totaal 98 AIOS bezig met de opleiding. Desondanks is het aantal vacatures de afgelopen jaren snel gestegen.<sup>[1,2]</sup> De beroepsgroep heeft – in herhaald overleg met het Nivel, Capaciteitsorgaan en het Ministerie van VWS – steeds getracht te anticiperen op deze ontwikkelingen.

De huidige situatie werd door Robert Crommentuyn in Medisch Contact omschreven als ‘dramatisch’.<sup>[3]</sup> De auteur baseerde dit op de discrepantie tussen het aantal geadverteerde vacatures en MDL-artsen. De invulling van de advertenties wordt niet bijgehouden, waardoor een correct beeld ontbreekt. Om die reden heeft de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) een enquête uitgevoerd naar de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.

## Methode van onderzoek

In november 2008 werden 94 ziekenhuizen in Nederland aangeschreven. De brief met bijgevoegde vragenlijst was gericht aan het hoofd van de MDL-afdeling dan wel de afdeling Inwendige Geneeskunde. Als eerste werd gevraagd naar het aantal MDL-artsen en internisten alsmede het aantal MDL-vacatures in 2008.<sup>[4]</sup> Expliciet werd gevraagd of deze vacatures inmiddels zijn ingevuld en wanneer de nieuwe MDL-arts (is ge)start. Ook werd gevraagd naar het verwachte aantal vacatures in 2009, 2010 en 2011. Daarnaast werd de dagindeling van MDL-artsen onderzocht. Tot slot vroegen wij de gegevens over het aantal MDL-AIOS en onderzochten welke AIOS die zich in 2008/2009 registreerden, nu reeds een (toekomstige) baan als MDL-arts hebben verkregen.

## Resultaten

Van de 94 ziekenhuizen reageerden er 83 (88%). De 11 niet-responderenden bestonden uit ziekenhuizen zonder MDL-arts (n=3), de overige (n=7) hebben minimaal één MDL-arts.

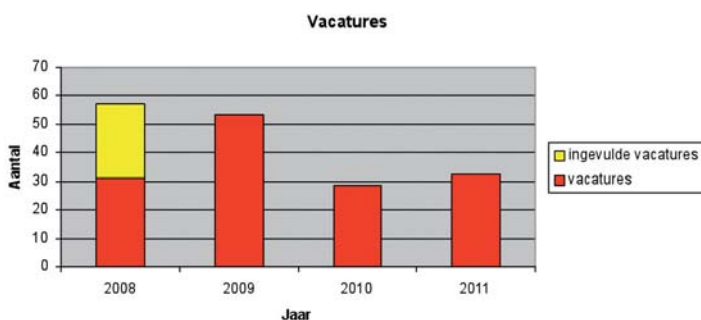
Het aantal MDL-vacatures bedroeg in 2008 57,4 fte. Voor een deel van deze 57,4 vacatures is reeds een kandidaat gecontracteerd; deze starten nadat hun opleiding is afgerond. Ondanks herhaalde wervingsactiviteiten geven ziekenhuizen aan, dat voor 31 fte (54% van de vacatures) nog geen kandidaat is. Ook melden zij dat er in 2009 53 fte extra vacatures zullen zijn, voor 2010 28,6 fte, en in 2011 reeds 32,5 fte; voor een belangrijk deel vanwege pensionering (Tabel 1). De tien MDL-artsen die zich in 2008 lieten registreren, hebben allen inmiddels een baan. Wat betreft de 21 AIOS MDL die in 2009 de opleiding zullen afronden, heeft 76% al een baan. De overigen zijn in gesprek, veelal met verschillende ziekenhuizen (Tabel 2). De vacatures zijn overal te vinden, sommige provincies zijn echter zwaarder getroffen. In Zuid-Holland worden 12,8 fte gezocht (22%), in Noord-Brabant 12 fte (22%). Ook hebben de universiteiten vacatures openstaan voor 9,1 fte (Tabel 3).

De werkbelasting van MDL-artsen in de ziekenhuizen varieert van acht tot tien dagdelen; gemiddeld drie dagdelen poli en vier dagdelen endoscopie. Voor de supervisie van de kliniek is gemiddeld minder dan één dagdeel per week gereserveerd, hetzelfde geldt voor administratieve werkzaamheden (Tabel 4).

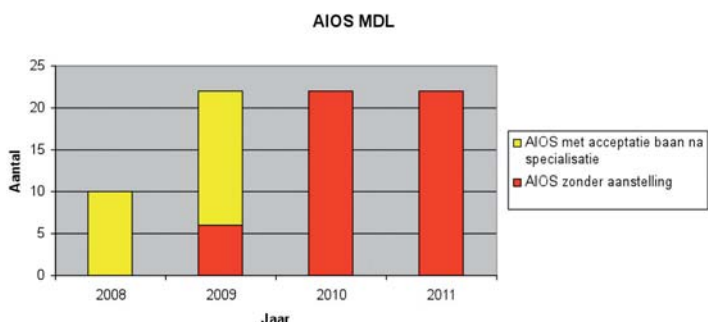
## Discussie

Deze enquête laat zien dat 22% van de behoefte (in fte's) aan MDL-artsen vacant is. Op sommige plaatsen bestaan vacatures al jaren. In

Tabel 1: Vacatures in de MDL in fte



Tabel 2: AIOS MDL die afstuderen in 2008–2011



## Kindergastro-enterologie verandert van naam

Sinds medio jaren negentig van de vorige eeuw kent de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde formeel de mogelijkheid van registratie als (en opleiding tot) subspecialist. In september 1997 werd de eerste subspecialist kindergastro-enterologie (retrograad) geregistreerd. Omdat de erkenning alleen binnen de NVK geldt en iedere subspecialist in de eerste plaats kinderarts blijft, werd de officiële naam ‘kinderarts-gastro-enteroloog’. De term ‘gastro-enterologie’ ligt voor leken echter zwaar op de maag, wordt zelden begrepen en vaak verhaspeld. Toen de gastro-enterologen zich maag-darm-leverartsen gingen noemen, dreigden de kindergastro-enterologen geïsoleerd te raken. In het afgelopen jaar gingen er binnen de sectie kindergastro-enterologie en voeding (SKGV) van de NVK en de NVGE dan ook stemmen op om de MDL-artsen te volgen. Het bestuur van de NVMDL had geen bezwaar, zodat de SKGV-leden in november 2008 de knoop konden doorhakken. De verandering, die inmiddels formeel is doorgevoerd, heeft de volgende gevolgen:

- de kinderarts-gastro-enteroloog noemt zich voortaan *kinderarts maag-darm-leverziekten*, afgekort *kinderarts MDL*;
- het subspecialisme kindergastro-enterologie heet voortaan *kindermaag-darm-leverziekten*, afgekort *kinder-MDL*;
- de SKGV heet voortaan *Sectie Kindermaag-darm-leverziekten*, afgekort *SMDL*.

Het is natuurlijk even wennen...

Namens de sectie kinder-MDL,  
*Frank Kneepkens, Elvira George en Roderick Houwen*

sommige ziekenhuizen vindt een verdere leegloop van MDL-artsen plaats; zij besluiten ‘niet alleen achter te blijven’. De ‘ingevulde’ vacatures blijken virtueel door AIOS MDL te zijn ingevuld, die zich gemiddeld pas anderhalf jaar na acceptatie van hun baan (kunnen laten) registreren. Als we alle vacatures optellen die nu reeds bekend zijn, is dit – cumulatief – 138 fte tot 2012. Met andere woorden: slechts als geen van de AIOS de opleiding onderbreekt – bijvoorbeeld vanwege zwangerschap – of een buitenlandse carrière nastreeft en geen van de specialisten eerder met pensioen gaat, zal in 2012 het tekort aan MDL-artsen ‘beperkt’ blijven tot 78 fte. In sommige provincies is de nood hoog, niet alleen zoals verwacht in de landelijke regio’s. Ook in de randstad en aan universiteiten is het aantal vacatures hoog.

De werkweek van de MDL-arts lijkt zwaar. Zorgwekkend hierbij is de mogelijk ondergeschoven zorg voor de kliniek door het opvallend grote aantal dagdelen endoscopie en polikliniek.

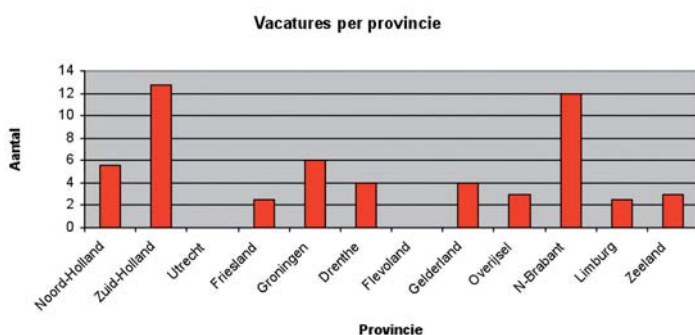
De aankomende jaren zien er somber uit voor de toegankelijkheid van MDL-zorg. Een hoge druk ligt op de MDL-artsen die richting pensioengerechtigde leeftijd gaan. Zonder hen is de kwaliteit naar alle waarschijnlijkheid niet te waarborgen.

### Auteurs

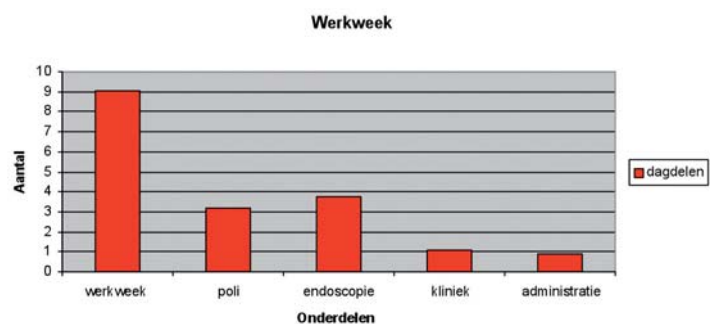
Hanna Telleman en Chris J.J. Mulder (VUmc, Amsterdam), Marie-José van Gijtenbeek (secretariaat NVMDL), Paul Fockens (AMC, Amsterdam), Daan W. Hommes (LUMC, Leiden), Jan B.M.J. Jansen (UMC St. Radboud, Nijmegen), Jan H. Kleibeuker (UMC Groningen), Ad A.M. Masclee (UMC Maastricht), Peter D. Siersema UMC Utrecht), Jan W. Sindram (Ziekenhuis Bethesda, Hoogeveen, lid capaciteitsgroep NVMDL), Ernst J. Kuipers (Erasmus MC, Rotterdam), mede namens de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)

De referenties bij dit artikel staan op de website [www.mdl.nl](http://www.mdl.nl).

Tabel 3: Vacatures MDL (fte) per provincie



Tabel 4: Werkweek in dagdelen per MDL-arts



## Gezocht: patiënten met doorgemaakte diverticulitis

**M**omenteel zijn wij bezig met een internationale, multicenter fase-3-studie. Het is een gerandomiseerde, dubbelblinde, gestratificeerde, placebogecontroleerde, dosisresponsstudie die ter preventie van terugkerende diverticulitis gedurende een periode van twee jaar de veiligheid en werkzaamheid van mesalazine versus placebo beoordeelt. Wij zouden graag patiënten met een bewezen doorgemaakte diverticulitis verwezen krijgen. U kunt contact opnemen met Tze Lam, arts-onderzoeker, of Richelle Felt, MDL-arts, VUmc Amsterdam via tel (020) 4440613. E-mail: tj.lam@vumc.nl of rjf.felt@vumc.nl.

Als u ons de gegevens van de patiënt doorgeeft na hun toestemming te hebben gevraagd, zullen wij telefonisch contact opnemen met de patiënten en nadere informatie over de studie versturen.

### Inclusiecriteria

- Minimaal één episode van diverticulitis in de afgelopen 24 maanden, aangetoond met beeldvormend onderzoek (CT, echo of endoscopie)

### Exclusiecriteria

- Operatie wegens diverticulitis
- Chronisch NSAID-gebruik (100 mg Ascal is toegestaan)
- Zwangerschap, kinderwens
- Uitgebreide andere pathologie

### Studieopzet

Na randomisatie wordt bepaald of patiënt twee jaar lang mesalazine of placebo zal innemen (kans op placebo 25%).

Vóór het starten met mesalazine wordt een sigmoidoscopie verricht en een biopsie genomen. Aan het eind van de behandeling wordt de sigmoidoscopie herhaald.

De patiënt wordt verwacht gedurende de onderzoeksperiode veertien keer naar het ziekenhuis te komen voor vragenlijst, kort lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek.

Bij klachten van diverticulitis wordt de patiënt uiteraard zoals gebruikelijk behandeld.

## Baraclude<sup>®</sup>: Helps hold back resistance year after year in nucleos(t)ide analogue (NA)-naïve patients up to Year 5<sup>1,2</sup>



Date of preparation: May 2009. UKBC-K0001\_686H09P0037(1)

### Baraclude<sup>®</sup> for NA-naïve chronic hepatitis B patients<sup>2,3</sup>

Effective viral suppression and a high genetic barrier protects against resistance long-term<sup>2,4</sup>


Undetectable viral load\* achieved in 93% of a 5-year treatment\*\* cohort† of Baraclude-treated NA-naïve patients (n=108)<sup>2</sup>

<1% virological breakthrough†† due to genotypic Baraclude resistance<sup>§</sup> in NA-naïve patients<sup>§§</sup> from a treatment† cohort†† up to Year 5<sup>1</sup>

\*HBV DNA measured using Roche COBAS Amplicor<sup>®</sup> PCR assay (LLOQ=300 copies/mL). \*\*Patients enrolling in the open-label rollover cohort Trial 901 for long-term efficacy analysis initially received a combination of Baraclude 1mg and lamivudine 100mg daily. Subsequently the protocol was amended for patients to receive monotherapy with Baraclude 1mg daily. †The Baraclude-treated NA-naïve cohort consisted of 108 patients at Week 240, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients, n=103) and 027 (HBeAg-negative patients, n=5) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901. ††Virological breakthrough defined as  $\geq 1 \log_{10}$  increase from nadir by PCR. §Calculated as the cumulative probability through 240 weeks. §§All nucleoside-naïve patients with detectable HBV DNA ( $\geq 300$  copies/mL) at Week 48, Week 96, Week 144, Week 192, Week 240 or end of treatment were monitored for resistance. †††Different dosing regimen after 96 weeks; for more information please refer to SPC. ††††The Baraclude-treated NA-naïve resistance cohort consisted of 663, 278, 149, 120 and 108 patients at Week 48, 96, 144, 192 and 240, respectively, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients) and 027 (HBeAg-negative patients) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901.

 Bristol-Myers Squibb

Please see prescribing information overleaf.

 **Baraclude**  
entecavir 0.5 mg/1 mg  
tablets

Standing strong against resistance  
in NA-naïve patients



CCUVN-voorzitter Tineke Markus-de Kwaadsteniet (links) overhandigt de petitie aan mevrouw Pauline Smeets, voorzitter van de vaste Tweede Kamercommissie (VWS).

## Petitie voor meer MDL-artsen

Het aantal mensen met de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en andere aandoeningen in het spijsverteringskanaal neemt de laatste jaren steeds meer toe. Tegelijkertijd dreigt er een tekort aan maag-, darm en lever-artsen. Reden genoeg om bij de Tweede Kamer aan te kloppen.

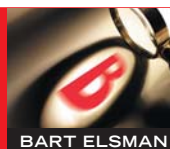
Het aantal vacatures onder MDL-artsen is nu al dertig procent en de werkdruk is hoog en zal alleen maar toenemen. Hierdoor komt de zorg voor de IBD-patiënt in gevaar door gebrek aan persoonlijke aandacht en het oplopen van wachtlijsten. De Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging (CCUVN) besloot daarom een petitie te starten, die in een paar weken al door meer dan 2500 mensen werd ondertekend. En niet alleen door eigen leden, maar ook mensen uit de omgeving van de patiënt, patiënten met andere aandoeningen in het maagdarmkanaal, artsen, verpleegkundigen en beleidsmakers.

Op 10 maart jongstleden toog een delegatie bestaande uit CCUVN-voorzitter Tineke Markus, bestuursleden en leden van de CCUVN en MDL-arts Chris Mulder naar de Tweede Kamer om de petitie te overhandigen aan de Tweede Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tineke Markus vertelde de voorzitter van de commissie, mevrouw Pauline Smeets, waarom betrokken partijen zich zorgen maken om het dreigende tekort aan MDL-artsen. Mevrouw Markus pleitte voor een verruiming van het aantal opleidingsplaatsen voor MDL-artsen. Immers, er zijn voldoende studenten die de opleiding willen volgen. Behalve mevrouw Smeets luisterden zo'n acht andere commissieleden, die de meeste partijen in de Tweede Kamer vertegenwoordigen. De Tweede Kamerleden beloofden de petitie onder de aandacht van hun achterban te brengen. De CCUVN houdt de vinger aan de pols: goede zorg voor de IBD-patiënt moet gewaarborgd blijven.

Het Diëtisten Info Netwerk Coeliakie en dermatitis herpetiformis (DINC) heeft een nieuwe website: [www.dinc-online.nl](http://www.dinc-online.nl) en e-mailadres: [info@dinc-online.nl](mailto:info@dinc-online.nl).



## COLUMN



BART ELSMAN

### TRAUMA

*Een cursus voor assistenten interne geneeskunde in het ziekenhuis te B.*

*B. was moeilijk te bereiken, omdat de A9 was afgesloten na het neerstorten van een vliegtuig, maar ik was na een omweg net op tijd. In de pauze had dr. De G. stiekem een afbeelding van een thoraxfoto mijn presentatie binnengesmokkeld: een foto, waarop de rechter thoraxhelft vrijwel geheel was ingenomen door een gigantische slokdarmdilatatatie als gevolg van een lang bestaande achalasie. Hij nodigde me uit mee te gaan naar de patiënte van de foto. Het bleek een vijftigjarige vrouw, die was opgenomen omdat ze niet meer kon eten en drinken. Ze werd gevoed via een maagsonde.*

*Toen ze mij zag, begon ze te trillen en te huilen. Ik herkende haar niet meer. In 1978 had ik haar in het WG met pneumodilatatie behandeld. De behandeling was voor vele jaren succesvol geweest, maar ze had de procedure ervaren als een grote verschrikking. Ze had sindsdien Amsterdam gemeden en was onmiddellijk uit haar doen bij elke herinnering aan die onmenselijke behandeling.*

*Met moeite konden De G. en ik haar overhalen voor een herhaling van de pneumodilatatie: het ziekenhuis van toen bestond immers niet meer. De behandeling zou heel anders verlopen.*

*En dat bleek gelukkig zo te zijn. Ik zag haar deze week terug. Ze kon weer eten en drinken na twee dilatatiesessies onder propofol. Ontspannen lachend zei ze, dat ik haar, als het over dertig jaar weer nodig was, best weer mocht oprekken.*

*De confrontatie met het leed dat ik deze patiënte had aangedaan, geeft te denken. Na 34 jaar endoscopie tel je je zegeningen en successen. Maar hoeveel patiënten lopen er nog rond die, als je ze weer tegenkomt, overstuur raken en gaan huilen?*

# Het ideaal van AIOS: een 0,8 fte-baan in de opleidingsregio

De toekomstige MDL-arts heeft een uitgesproken voorkeur voor werken in deeltijd. Het liefst vier dagen per week. Hij prefereert een vestiging in de omgeving waar hij is opgeleid, maar in bepaalde opleidingsgebieden is er een grote bereidheid om te verhuizen. Deze conclusies trekt de Nederlandse Vereniging van MDL-artsen in opleiding (NVMDL i.o.) uit een onderzoek onder haar leden naar hun opvattingen en wensen bij het zich vestigen als toekomstig MDL-arts.

**D**e aanleiding voor dit onderzoek heeft te maken met de arbeidsmarkt en de wens om de grote vraag en het schaarse aanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Daarvoor is het nuttig inzicht te hebben in wat jonge MDL-artsen belangrijk vinden bij het bepalen van hun toekomstige vestigingsplaats. De Nederlandse Vereniging van MDL-artsen in opleiding heeft tijdens de najaarsvergadering 2008 in Veldhoven een schriftelijke enquête onder haar leden gehouden. In totaal vulden 71 AIOS het formulier in (39 mannen; 32 vrouwen). In de nota 'MDL-transfers: wie, wat en waar' worden de resultaten bekendgemaakt en toegelicht.

## Parttime werken

Onder de MDL-AIOS is parttime werken (vier dagen per week) een breed gedragen wens en geen ontwikkeling die voornamelijk vrouwen betreft. Eén derde van de mannelijke MDL-artsen heeft zich hiervoor uitgesproken.

De AIOS hebben een duidelijke voorkeur voor een MDL-vestiging met minimaal drie collega MDL-artsen. Even uitgesproken is de opvatting dat zij niet zullen solliciteren als zij dienst moeten doen als voor- of achterwacht interne geneeskunde (92% van de respondenten). Een MDL-maatschap die gescheiden van interne geneeskunde functioneert, heeft de voorkeur (60%).

In de nieuwe opleidingsstructuur kunnen AIOS voor hun laatste jaar een keuze maken uit een aandachtsgebied in de opleidingsvestiging. De mogelijkheid om een aandachtsgebied te kiezen, wil de NVMDL i.o. verder uitdiepen, omdat de uitvoerbaarheid daarvan niet duidelijk is. Om die wens te kunnen realiseren, zou het bijvoorbeeld nodig kunnen zijn om in een maatschap of vakgroep de werkzaamheden opnieuw te definiëren.

## Honkvast

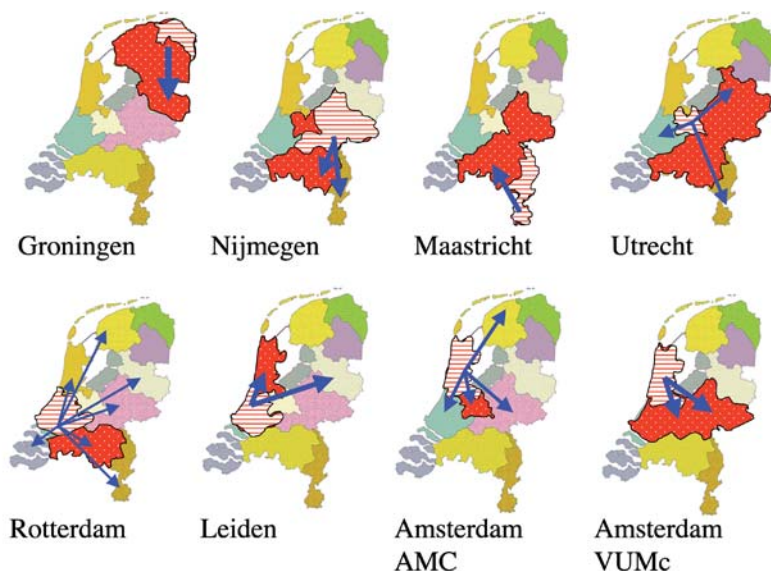
De meeste AIOS willen zich het liefst vestigen in de omgeving waar zij zijn opgeleid. Zij zijn de eerste twee jaar na hun opleiding honk-

vast. Meestal om een onderzoek of promotie af te ronden. Daarna kijken zij verder en laten zij zich leiden door de locatie, wat ziekenhuizen te bieden hebben en in hoeverre deze tegemoetkomen aan hun specifieke wensen. Zo oriënteerden AIOS uit Groningen zich in de periode 2006–2008 in de noordelijke provincies, terwijl AIOS uit Rotterdam zich in het gehele land vestigden (zie grafiek). "AIOS wachten hun vestiging in de periferie af totdat een geschikte positie vacant is. En zo te zien is dat idealiter een 0,8 fte-baan in de opleidingsregio", aldus de nota.

## Vervolg

"De nota is een inventarisatie en heeft zeker niet het kaliber om tot beleidswijzigingen te leiden", zegt Eric Tjwa, tot maart van dit jaar voorzitter van NVMDL i.o., over wat er nu verder wordt gedaan met het onderzoek. "Het biedt informatie waarmee ziekenhuizen iets kunnen doen bij hun personeelswerving. Ik weet dat collega's ervan gebruik hebben gemaakt bij hun sollicitaties. Het onderzoek is wel een signaal dat de wens om parttime te werken groot is en verder gaat dan alleen vrouwen. Dit zou erop kunnen duiden, dat het capaciteitsprobleem groter is dan we nu denken. Bij de capaciteitsberekeningen is van een veel lager percentage uitgegaan dan de 67% die wij constateren. Het is wellicht ook een signaal om nog eens te kijken naar de verdeling van de opleidingsplaatsen in de verschillende regio's."

**De nota 'MDL-transfers: wie, wat en waar' is te downloaden van de website van de NVMDL.**



# Twintig jaar stents in de tractus digestivus: van metaal naar biodegradable?

In 1989 publiceerde prof. Kees Huibregtse de eerste ervaringen met Wallstents bij maligne galwegobstructies. Dit was de eerste keer dat *self-expanding metal stents* (SEMS) werden gebruikt. Sindsdien is veel ervaring opgedaan met SEMS en zijn nieuwe indicaties voor SEMS geïntroduceerd. Wat is de stand van zaken twintig jaar later?

## Galwegen

Maligne galwegobstructies worden behandeld met stentplaatsing. Meestal gebruikt men plastic stents vanwege de effectiviteit en lage kosten. Een nadeel van plastic stents is dat deze frequent verstopt raken, waardoor een reïnterventie noodzakelijk is. Nu, twintig jaar na de eerste publicatie met SEMS, is onomstotelijk aangetoond dat deze minder snel verstopt raken dan plastic stents. Wel zijn SEMS twintig maal duurder dan plastic stents. In de meeste studies werden *uncovered* SEMS (uSEMS) gebruikt. Sinds kort zijn ook *covered* SEMS (cSEMS) beschikbaar om weefselingroei te voorkomen. De kosteneffectiviteit van SEMS staat echter nog niet vast. Ook ontbreken criteria wanneer men het beste voor een plastic stent of voor SEMS kan kiezen. De door ZonMW ondersteunde PLAMET-studie, die nu in 25 Nederlandse ziekenhuizen wordt verricht, zal hierover waarschijnlijk over twee jaar uitsluitsel geven. Ook voor benigne galwegobstructies worden sinds kort cSEMS gebruikt, echter de ervaring is (nog) beperkt.

## Oesofagus

Plaatsing van cSEMS in de oesofagus is de meest gebruikte palliatieve behandeling voor maligne voedselpassageklachten. Een persistent probleem met SEMS in de oesofagus is dat bijna een derde van de patiënten nieuwe passageklachten ontwikkelt door stentmigratie of door weefselgroei door de stentmazen. De afgelopen jaren zijn verschillende stenttypes ontwikkeld om dit te voorkomen. De laatste vijf jaar worden cSEMS ook toenemend gebruikt voor benigne stricturen en het afdekken van benigne lekkages in de slokdarm. Hiervoor zijn ook niet-metalen stents geïntroduceerd, gemaakt van silicone en polyester. Na 4–8 weken dienen stents, die voor een benigne indicatie zijn geplaatst, te worden verwijderd vanwege het risico op recidiverende obstructie door weefselhyperplasie. De resultaten voor benigne stricturen zijn niet onverdeeld gunstig, echter voor lekkages is het nu de standaardbehandeling.

## Duodenum

uSEMS zijn ook bewezen effectief voor de behandeling van maligne obstructies van het duodenum. De recent afgeronde SUSTENT-studie

heeft echter laten zien dat voor patiënten met een overleving van twee maanden of langer wellicht beter voor een gastrojejunostomie kan worden gekozen, omdat uSEMS nog regelmatig verstopten door weefselgroei door de stentmazen. Wellicht dat de introductie van cSEMS in het duodenum de balans in het voordeel van stentplaatsing kan laten slaan bij 'langere overlevers' met een maligne obstructie.

## Colon

In de jaren negentig van de vorige eeuw werden uSEMS geïntroduceerd als palliatieve behandeling voor een maligne obstructie of ter overbrugging naar (curatieve) chirurgie. Enkele jaren geleden is gesuggereerd dat bepaalde stenttypes meer complicaties gaven, met name perforatie. Dit kon in meer recente studies niet worden bevestigd. Voor de palliatieve behandeling zijn de resultaten redelijk, maar migratie en weefselingroei worden in een relatief hoog percentage gezien. Om die reden wordt nog vaak voor een chirurgisch aangelegde stoma gekozen. Mogelijk is de optie van stentplaatsing ter overbrugging naar chirurgie in de toekomst belangrijker. Dit is momenteel onderwerp van de STENT-IN 2-studie. De gegevens over het gebruik in benigne obstructies zijn nog schaars, vooral omdat de huidige uSEMS hiervoor niet optimaal zijn.

## Conclusie

Sinds de introductie van stents, nu twintig jaar geleden, is de basisgedachte van stents maar weinig veranderd. Ook de indicatie voor maligne stricturen in de tractus digestivus is gelijk gebleven. Nieuwe toepassingen betreffen het plaatsen van stents als overbrugging naar chirurgie of tijdens behandeling met chemo- en/of radiotherapie. Daarnaast is er een rol bij de behandeling van benigne stricturen en lekkages. Voor deze laatste indicaties wordt veel verwacht van (*covered*) *biodegradable* stents.

Petra G.A. van Boeckel, arts-onderzoeker PLAMET-studie  
Peter D. Siersema, MDL-arts UMC Utrecht



Ontwikkeling van oesofagus stents door de jaren heen: (van links naar rechts) Celestin-tube, Z-stent, Ultraflex-stent, Niti-S-stent, Polyflex-stent en Ella BD-stent.

NIEUW voor de behandeling van  
volwassenen met gecompenseerde  
chronische hepatitis B

Eén lever.  Eén leven.  
Eénmaal daags één tablet VIREAD.

Uitgebreide productinformatie verkrijgbaar bij GILEAD  
Telefoon: 020 718 3650 Email: [gileadnl@gilead.com](mailto:gileadnl@gilead.com)

 GILEAD

**viread**<sup>™</sup>  
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg



# Brandbrief naar minister over vergoeding maagzuurremmers

**M**inister Klink bewijst de gezondheidszorg geen goede dienst als hij de vergoeding van maagzuurremmers grotendeels stopzet. Deze voorgenomen bezuiniging benadeelt niet alleen een grote groep patiënten die echt last heeft van maagzuur, maar pakt ook nadelig uit voor het voorkomen van de complicaties veroorzaakt door onder andere NSAID's en lage doses aspirine. Van de bezuiniging gaat de suggestie uit dat maagzuurremmers minder belangrijke medicijnen zijn. Het werkt in de hand dat patiënten met vitale indicaties makkelijk stoppen met maagzuurremmers als zij die zelf moeten betalen, met als gevolg een groter aantal consulten en maagonderzoeken, meer ziekenhuisopnamen vanwege complicaties en een toegenomen sterfte. Daardoor zullen de kosten van de gezondheidszorg juist stijgen.

De Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE) heeft een brandbrief gestuurd naar minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zij wijst daarin op de verstrekende gevolgen van het voornemen om de vergoeding van maagzuurremmers te beëindigen of te beperken tot een lage dosering en bepaalde groepen patiënten. Het feit dat maagzuurremmers soms worden voorgeschreven zonder goede indicatie, mag niet de reden zijn om een dergelijke bezuiniging in te voeren.

De NVGE wijst er in de brief op dat reflux een frequent voorkomende aandoening is: 25% van de bevolking ervaart maandelijks klachten van zuurbranden en 5% dagelijks. Maagzuur in de slokdarm leidt niet alleen

tot klachten, maar ook tot ontsteking van het slijmvlies en uiteindelijk een verhoogde kans op slokdarmkanker. Het aantal gevallen van kanker op de overgang van slokdarm naar maag stijgt, waarbij reflux een belangrijke rol speelt. Maagzuurremmers bestrijden op een effectieve manier de klachten, zorgen voor genezing van het slijmvlies en dragen zo bij aan een vermindering van de kans op kanker.

Maagzuurremmers zijn ook belangrijk voor het bestrijden van ernstige bijverschijnselen van NSAID's, chronische pijnstillers die door drie miljoen Nederlanders worden gebruikt. Dezelfde functie vervullen maagzuurremmers bij een lage dosis aspirine of andere bloedverdunners die door meer dan één miljoen Nederlanders worden gebruikt om hart- en vaatziekten te voorkomen. Het gunstige effect van maagzuurremmers op deze bijwerkingen is wetenschappelijk onderbouwd en bewezen, aldus de NVGE. "Wij zijn van mening dat maagzuurremmers op goede indicatie dienen te worden voorgeschreven en dat niet-geïndiceerd gebruik moet worden bestreden. Er is echter een grote groep patiënten waarvoor, om diverse redenen, deze medicatie wel strikt geïndiceerd en vaak van levensbelang is en waar zeker niet van onnodig gebruik kan worden gesproken."

*Prof. dr. C.J.J. Mulder, voorzitter NVGE, mede namens dr. H.P.M. Festen (Den Bosch), dr. L.P.L. Gilissen (Eindhoven), prof. dr. A.J.P.M. Smout (Utrecht) en de Farmacotherapiecommissie van de NVMDL.*

## ONCOLOGIE

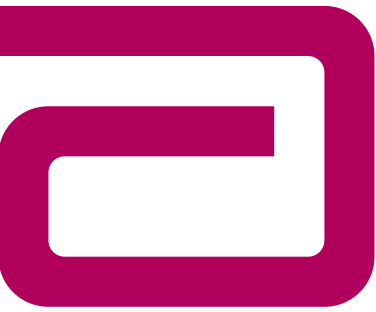
# Digestieve oncologie in Vlaanderen: opleiding en organisatie

*"Most gastroenterologists, irrespective of their practice setting, are far too busy with patient care and endoscopic activities to provide medical oncology treatment and care, unless this became their exclusive focus." "Although medical specialisation has led to a number of sophisticated options for treatment, patients can be shifted from one subspecialty to another, with no one in the driving role, overlooking an entire treatment plan throughout a patient's illness. In digestive oncology gastroenterologists must be in that driving role."*

**D**at de diagnose en de behandeling van gastro-intestinale tumoren een belangrijk deel vormen van de GE-praktijk, daarvan hoeft geen gastro-enteroloog overtuigd te worden. Hoe die digestieve oncologische zorg het beste georganiseerd wordt en in hoeverre gastro-enterologen zelf actief de behandeling met chemotherapie (en de behandeling van de nevenwerkingen ervan) ter

harte moeten nemen, daarover lopen de meningen meer uiteen. Getuige bovenstaande citaten, beide afkomstig van vooraanstaande (Amerikaanse) gastro-enterologen. In Vlaanderen (en België) werd door de wetenschappelijke en beroepsverenigingen van/in de gastro-enterologie steeds geijverd voor een actieve en coördinerende rol van de gastro-enteroloog (of MDL-arts, zoals ook in Vlaanderen stilaan de titel wordt). Van oudsher schrijven ongeveer de helft van de Vlaamse gastro-enterologen zelf chemotherapeutische behandelingen voor, een traditie die in de hand is gewerkt door het relatief beperkt aantal medisch oncologen. Aangezien deze behandelingen steeds complexer (en duurder) worden, drong enige reglementering zich op. In maart 2003 verscheen hiertoe een Koninklijk Besluit dat het kader schetst van de

*Lees verder op pagina 19.*



# Vertrouw op de Kracht van HUMIRA<sup>®</sup>

adalimumab

- Aanhoudende Remissie <sup>1</sup>
- Veiligheid <sup>1,2</sup>



 **Abbott**  
Immunology

1. Colombel JF, et al. Gastroenterology 2007; 132:52-65

2. Sandborn, W.J. et al. Gut. 2007; 56: 1232-1239

## Bijwerkingen van geneesmiddelen? Melden moet!

**H**et Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb vraagt de komende tijd aandacht voor het belang van melden van bijwerkingen van geneesmiddelen met de landelijke campagne 'Melden moet!'. Er zijn gelukkig veel goede geneesmiddelen, die levensverlengend zijn en vóór de introductie goed zijn getest. Als deze medicijnen na registratie op grote schaal worden toegepast, kunnen echter zeldzamere, soms ernstige bijwerkingen naar voren komen. Vooral de zorgverlener, dat wil zeggen: de arts of apotheker, is in staat deze bijwerkingen te signaleren en te melden. Deze meldingen worden centraal geregistreerd bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb en beoordeeld door daartoe opgeleide artsen en apothekers. Deze registratie gebeurt zowel landelijk als wereldwijd. Daarom werkt Lareb nauw samen met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en de Wereldgezondheidsorganisatie. Het melden van bijwerkingen is een kwaliteitsindicator voor goede farmacotherapie van de individuele arts. Lareb vraagt dan ook iedere arts om na te gaan hoe vaak men het afgelopen jaar heeft gemeld. Is er niet gemeld, dan is dit reden tot zelfreflectie.

### Specialisten

Lareb richt zich bij deze campagne vooral op medisch specialisten. Tijdens opname in ziekenhuizen kunnen immers ernstige bijwerkingen aan het licht komen, die buiten het zicht blijven van eerstelijns hulpverleners. Met het delen van deze ervaringen wordt nieuwe kennis over geneesmiddelen verkregen. In 2007 is in de Geneesmiddelenwet opgenomen dat artsen en apothekers verplicht zijn ernstige bijwerkingen bij Lareb te melden. De afgelopen jaren is het totaal aantal meldingen van specialisten echter achtergebleven ten opzichte van huisartsen en apothekers. Alle reden dus voor actie.

### Praktijkadvies

Kern van de campagne is het praktijkadvies 'Omgaan met bijwerkingen', waarmee Lareb vooral wil aansluiten op de klinische praktijk van de medisch specialist. Dit praktijkadvies is in februari 2009 gepresenteerd en daarna aan alle specialisten toegestuurd. Het opnemen van een geneesmiddelreactie of bijwerking in de differentiaaldiagnose kan het inzetten van overbodige, dure en vaak belastende diagnostiek voorkomen.

### Gemakkelijker melden

Bijwerkingen kunnen van oudsher bij Lareb worden gemeld via [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) of met het gele meldformulier. Tijdens de campagne wordt met het praktijkadvies gewezen op twee nieuwe mogelijkheden die het melden gemakkelijker en minder tijdrovend maken. De eerste is een meldmodule, die in elk automatiseringssysteem kan worden ingebouwd. Hiermee kunnen gegevens die al in uw systeem zitten, automatisch in de melding worden ingelezen. U hoeft alleen nog maar het 'verdachte' geneesmiddel aan te kruisen en de bijwerking te beschrijven. De andere mogelijkheid is melden door het opsturen van de ontslagbrief. Medisch specialisten die gewend zijn om uitvoerige ontslagbrieven te schrijven, kunnen een geanonimiseerde kopie naar Lareb sturen: Antwoordnummer 10670, 5200 WB 's-Hertogenbosch.

Hopelijk is deze campagne voor specialisten een aanmoediging om (meer) te melden. Immers: de bewaking van de geneesmiddelveiligheid is alleen effectief als bijwerkingen ook daadwerkelijk worden gemeld. Meer informatie is te vinden op [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl).

*Vervolg van pagina 17.*

'Oncologische zorgprogramma's'. Multidisciplinair oncologisch overleg (MOC) wordt erin aangemoedigd, zelfs verplicht gemaakt voor een aantal behandelingen; de structuren van dit MOC worden beschreven en financiële middelen worden voorzien. Daarenboven wordt in de tekst voor het eerst gesproken over gastro-enterologen met een 'bijzondere bekwaamheid in de oncologie'.

Naast de reeds bestaande beroepstitel van 'medisch oncoloog' wordt, na lang aandringen vanuit de GE-hoek, deze 'bijzondere bekwaamheid' in juni 2007 wettelijk omschreven. Elke gastro-enteroloog kan voortaan het attest van 'bijzondere bekwaamheid in de digestieve oncologie' bekomen, mits hij of zij een bijkomende oncologische opleiding van twee jaar heeft gevolgd, waarvan één jaar mag gebeuren in de basisopleiding. Deze laatste duurt in België zes jaar (drie jaar inwendige geneeskunde en drie jaar gastro-enterologie). Om de bijzondere bekwaamheid te behouden, moet om de vijf

jaar worden aangetoond dat de helft van de GE-activiteit oncologisch is.

Door felle tegenwind van sommige medisch oncologen zal dit voorgestelde opleidings- en erkenningsschema vermoedelijk pas medio 2009 in werking kunnen treden. Niettemin lijken de aanhoudende inspanningen van de wetenschappelijke en beroepsverenigingen er uiteindelijk toe te zullen leiden dat gastro-enterologen de gewenste coördinerende rol in de digestieve oncologische zorg ter harte kunnen nemen, zonder monopolies op te eisen, maar gesteund op degelijke opleidings- en erkenningscriteria. Het kan de patiënten slechts ten goede komen. Misschien ook een mooi onderwerp voor een uitwisseling van ideeën tussen de NVGE en de VVGE?

*Philippe van Hootegem*, oud-voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Gastro-enterologie, voorzitter van de Erkenningscommissie voor gastro-enterologie

LIFE CHANGING

**Remicade geeft snelle en  
aanhoudende mucosale heling  
bij de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa<sup>1,2</sup>**

**Meer dan 15 jaar ervaring bij meer dan  
1.000.000 patiënten  
een gefundeerde keuze!<sup>3</sup>**

 **Schering-Plough**

**Referenties:**

1. Rutgeerts P et al. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 433-42
  2. Rutgeerts P et al. *N Engl J Med* 2005; 353: 2462-76
  3. PSUR 16; data on file Schering-Plough
- Verkorte productinformatie elders in dit tijdschrift

 **Remicade**<sup>®</sup>  
INFLIXIMAB

REDDINGSBOEI VOOR EEN OUD-HOGLERAAR

# European Journal of Gastroenterology and Hepatology

**M**et pensioen gaan na een ‘onstuimig’ bestaan als clinicus, actieve onderzoeker, academisch leraar en *European professional* was niet makkelijk. Een additionele periode van colonkanker-schermingonderzoek in Maastricht heeft veel geholpen, *problem-based teaching* in de nieuwe woonplaats Ferrara in Italië was al lang een taak, maar de eigenlijke verlichting uit de post-pensioen-droefenis kwam pas met het aanbod *principal editor* te worden van het *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* (EJGH), in samenwerking met professor Didier Lebec, editor voor het hepatologische gedeelte.

## Werkwijze

Op 1 april 2008 nam ik het werk over van George Misiewicz, editor sinds het begin van het EJGH in 1988. Ik heb geen minuut gearzeld de taak te accepteren en er ook nog geen seconde spijt van gehad. Wat doe je als editor? Je zit achter een computer en wacht tot er manuscripten in je elektronische postbus vallen. Vervolgens selecteer je wat thematisch en/of kwalitatief aantrekkelijk lijkt voor het *Journal*. Daarna zoek je de aardbol af naar een of twee *reviewers* die bereid zijn om relatief snel, zakelijk en zonder persoonlijke *bias* een oordeel te geven. Hoe beter die zoektocht verloopt, des te eerder krijg je een bruikbaar antwoord en weten de auteurs waar ze aan toe zijn.

De afgelopen twaalf maanden heb ik veel trucjes moeten leren, de jacht begint nu redelijk goed te lopen. Veel kennissen en vrienden hebben, helpt overigens enorm. Ik ben bijzonder blij dat mijn zeventien jaren in Nederland ertoe bijdragen, dat het EJGH nu relatief veel Nederlandse inzendingen ontvangt. Ook geeft bijna iedereen die ik om een *review* vraag, een positief antwoord en stuurt vervolgens een prima beoordeling. Bedankt hiervoor!

## Inhoud

Hoe gaat het nu met het *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*? Goed, denk ik. De samenwerking met Didier Lebec is uitstekend. Wij ontvangen 840 manuscripten per jaar (twee derde gastro-enterologie, één derde hepatologie), waarvan we 30% kunnen publiceren. Helaas moeten we veel *case reports* afwijzen omdat er per issue niet meer dan vier verschijnen. EJGH is van oudsher een klinisch journaal – en zal dat blijven – maar als wij geluk hebben, krijgen wij soms ook inzendingen van basaal onderzoek die nauw betrekking hebben op de klinische praktijk van vandaag en/of de nabije toekomst. Het Europese karakter van het tijdschrift wordt weerspiegeld in de titel (en binnenkort met een abstracte platte-



Reinhold Stockbrugger

grond van ons continent op de titelbladzijde). Dit verhindert echter niet, dat wij ook uit de steeds breder wordende stroom van Aziatische inzendingen vissen – meest epidemiologische of klinische studies – ter vergelijking met Europese bevindingen. Bovendien zijn er inzendingen uit Noord- en Zuid-Amerika, Afrika en Australië, zodat wij volop kunnen doen aan globale informatie-uitwisseling.

## Toekomst

Het *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* heeft nu een impactfactor even onder 2,0. Daar willen wij overheen. Maar hoe? Eén van de dingen die ik in de *editorial board* van *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* al had geleerd, is dat een snelle doorloop van manuscripten een tijdschrift aantrekkelijk maakt. Wij zijn in het afgelopen jaar erin geslaagd de tijd van submittie tot eerste beslissing van 47 dagen naar 29 dagen te verkorten, dit met gebruik van ‘slechts’ 1800 *reviewers* vergeleken met 2900 in het voorgaande jaar. Wij hopen deze werkwijze vol te houden en nog te verbeteren. Ook wordt publicatie in de toekomst eenvoudiger: zodra een manuscript is geaccepteerd en het uitgeefproces is afgerond, wordt het artikel meteen op de website gezet en zijn de resultaten toegankelijk voor de abonnees. Wolters Kluwer en Lippincott Williams & Wilkins doen samen goede zaken.

Mijn wensen voor het EJGH? Dat dit het ‘huisjournaal’ mag worden van een toekomstige Europese Gastro-enterologie Vereniging. Het plezier ligt erin voor dit idee te werken.

Reinhold Stockbrugger

reinholdstockbrugger@gmail.com

# Expanding your range



**Discover the unique and smart generation of balloon-guided small bowel endoscopy: NaviAid™ BGE.**

Just attach the disposable add-on device to your standard GI endoscope and experience new diagnostic and therapeutic horizons with perfect handling. NaviAid™ BGE, is the first product of the innovative NaviAid™ platform.

Manufactured by

**Smart.**  
medical systems

**PENTAX Nederland B.V. - Life Care**

Lage Mosten 35, 4822 NK BREDA - Nederland

Tel: 076-531 30 31 - Fax: 076-531 30 00

E-mail: [lifecare@pentax.nl](mailto:lifecare@pentax.nl)

## THE METABOLIC PATHWAY OF (ALANYL-) GLUTAMINE INTO CITRULLINE AND ARGININE IN SURGICAL PATIENTS

*Gerdien C. Ligthart-Melis, Vrije Universiteit  
Amsterdam, 10 oktober 2008*

**G**lutamine en arginine zijn twee aminozuren die een belangrijke rol spelen bij het herstel van ernstig zieke patiënten. Uit eerder onderzoek met patiënten is gebleken, dat plasmawaardes van arginine zich herstellen wanneer glutamine wordt gegeven. Dit was de aanleiding voor een reeks metabole studies naar de relatie tussen deze aminozuren, eerst bij muizen en later bij mensen. Het humane onderzoek vond plaats tijdens grote buikchirurgie, zodat tevens het metabolisme van de betrokken aminozuren op orgaaniveau (darm, lever, nieren) kon worden bestudeerd. De experimenten hebben een aantal nieuwe inzichten opgeleverd. Zo blijkt glutamine een belangrijke precursor te zijn voor de synthese van arginine. Bovendien leidt enterale toediening van glutamine in vergelijking met intraveneuze toediening tot een hogere intestinale fractionele extractie van glutamine bij deze chirurgische patiënten. De voorkeur van de darm voor enterale glutamine heeft wellicht te maken met de belangrijke rol die het in de darm speelt: als brandstof voor enterocyten en lymfocyten, als precursor voor de anti-oxidant glutathion, als regulator van *heat shock*-proteïnes en als precursor voor arginine en daarmee ook voor stikstofmonoxide, dat de doorbloeding van de darm kan bevorderen.

### Curriculum vitae

Gerdien Ligthart-Melis rondde in 1991 haar opleiding tot diëtist af, om vervolgens een baan als diëtist te aanvaarden in de Isala Klinieken te Zwolle. In 1999 ging ze aan het werk als diëtist in het voedingsteam van het VU medisch centrum en werd ze tevens benoemd tot voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Nadat Gerdien in 2003 haar Master of Science-titel in de paramedische zorg behaalde, werd ze aangenomen als AIO bij professor P.A.M. van Leeuwen, hoogleraar experimentele chirurgie. Dit mondde uit in onderhavig proefschrift, waarop zij 10 oktober 2008 *cum laude* promoveerde. Tijdens het onderzoek won Gerdien Ligthart-Melis diverse prijzen, waaronder de prestigieuze Harry M. Vars Award, de hoogste onderscheiding voor metabool voedingsonderzoek in de VS.

Het proefschrift is te verkrijgen via: [g.ligthart-melis@vumc.nl](mailto:g.ligthart-melis@vumc.nl).

## LONG-TERM TREATMENT OF GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PRIMARY CARE

*Alike W. van der Velden, Universiteit van Utrecht,  
27 oktober 2008*

**H**et gebruik van maagzuurremmers blijft stijgen. Inmiddels gebruikt 12% van de bevolking ze (kosten: 330 miljoen euro), waarvan 25% chronisch. Het merendeel van deze patiënten heeft geen aangetoonde indicatie voor chronisch gebruik; dit ontstaat door grote therapietevredenheid en het gemakkelijk afgeven van herhaalrecepten. Dosisvermindering wordt aanbevolen om onnodig gebruik en bijwerkingen door langdurig gebruik tegen te gaan alsmede uit financiële overwegingen. In de ELISE-studie liet Alike van der Velden 203 langdurige gebruikers van maagzuurremmers voor ongecompliceerde refluxziekte de minimale dosis bepalen waarop ze hun klachten nog onder controle hadden. Dat deden patiënten 'blind': ze slikten dagelijks een placebo, en alleen om opspelende klachten te onderdrukken mocht er één tablet uit het 'zo nodig'-potje (bevatte een protonpompremmer) worden gebruikt. Dosisreductie bleek mogelijk: 19% van de patiënten stopte hun gebruik en 33% verminderde naar 2-6 tabletten/week; 48% bleef dagelijks gebruiken. Dosisvermindering ging niet gepaard met verergering van de refluxklachten. De helft van de patiënten die uiteindelijk dagelijks bleef gebruiken, ervoer tijdens de titratie verminderde symptoomcontrole.

Met patiëntkenmerken zoals bekend bij de huisarts bleek het niet mogelijk te kunnen voorspellen welke patiënten in aanmerking komen voor dosisvermindering. De switch van dagelijks naar 'zo nodig'-gebruik blijft *trial and error*, waarbij motivatie van de patiënt en begeleiding door de huisarts belangrijk zijn voor succes.

Het onderzoek werd financieel ondersteund door Nycomed.

### Curriculum vitae

Alike van der Velden studeerde biologie aan de Universiteit Utrecht, waar zij in 2000 promoveerde op een moleculair biologisch onderwerp: 'Translation initiation and control by the 5' untranslated region of the mRNA'. Na een uitstapje naar het bedrijfsleven besloot ze terug te gaan naar de universiteit om patiëntgebonden onderzoek te doen. In 2003 startte ze bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde haar tweede promotieonderzoek, onder begeleiding van prof. dr. D.E. Grobbee en dr. M.E. Numans. Alike van der Velden blijft werkzaam bij het Julius Centrum.

Het proefschrift is te verkrijgen via: [a.w.vandervelden@umcutrecht.nl](mailto:a.w.vandervelden@umcutrecht.nl).





THE IMPACT OF MICRO-ENVIRONMENT  
AND SURGERY ON COLON CARCINOMA  
METASTASIS. NEW CONCEPTS IN  
DEVELOPMENT AND THERAPY

*Gerben J. van der Bij, Vrije Universiteit Amsterdam,  
7 november 2008*

**D**e verwijdering van het primaire gezwel bij patiënten met darmkanker is noodzakelijk en potentieel genezend, maar Gerben van der Bij laat in zijn proefschrift zien dat deze ingreep ook kan leiden tot de uitzaaïing van het gezwel, waardoor het ziektebeeld mogelijk verergert.

Jaarlijks wordt in Nederland bij 10.000 mensen darmkanker vastgesteld. Ondanks een succesvolle operatie zullen er bij een groot deel van deze patiënten evengoed uitzaaïingen ontstaan. Over het algemeen hebben deze patiënten een slechte prognose. Het onderzoek van Gerben van der Bij geeft inzichten in de mechanismen die een rol zouden kunnen spelen bij de uitgroei van deze uitzaaïingen. Hij toont in een diersmodel aan, dat losse tumorcellen, die bij de meerderheid van de patiënten met kanker in het bloed voorkomen, makkelijk kunnen nestelen en uitgroeien tot uitzaaïingen in de buikholte en lever direct na een operatie. Tegelijkertijd stelt Van der Bij dat deze uitzaaïingen kunnen worden voorkomen door rondom de operatie nieuwe therapieën toe te passen. In diersmodellen laat hij onder andere zien dat antilichaamtherapie na een operatie de uitgroei van uitzaaïingen kan voorkomen.

#### Curriculum vitae

Gerben Joost van der Bij (1978) koos na het atheneum voor de studie medische biologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. In 2002 startte hij als promovendus binnen een samenwerkingsverband tussen de afdelingen Chirurgische Oncologie (prof. dr. S. Meijer) en Moleculaire Celbiologie en Immunologie (prof. dr. R.H.J. Beelen) in het VU medisch centrum. Onder de directe leiding van dr. M. van Egmond verrichtte hij onderzoek naar de rol van chirurgie en het inflammatoire micromilieu bij het ontstaan van darmkankermetastasen. Dit onderzoek heeft geleid tot publicaties in toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften zoals *Hepatology*, *Annals of Surgery* en *The Journal of Immunology*. In augustus 2008 heeft Gerben van der Bij zijn bachelor-diploma Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam behaald, momenteel is hij bezig met zijn co-schappen.

**Het proefschrift is te verkrijgen via:  
GerbenvanderBij@gmail.com.**

DNA COPY NUMBER PROFILING OF  
GASTRIC CANCER AND ITS CLINICAL  
IMPLICATIONS

*Tineke Buffart, Vrije Universiteit Amsterdam,  
16 december 2008*

**O**ndanks de dalende incidentiecijfers van maagkanker is het wereldwijd nog steeds de op één na meest frequente oorzaak van sterfte aan kanker. Kennis over de moleculaire pathogenese van maagkanker is beperkt. Meer inzicht in de biologische mechanismen die ten grondslag liggen aan het ontstaan van maagkanker, is belangrijk voor de ontwikkeling van preventieve maatregelen, voor het vinden van *markers* voor vroege opsporing van maagkanker, voor betere classificatie van maagkanker in relatie tot de therapiekeuze en voor het vinden van nieuwe aangrijpingspunten voor nieuwe geneesmiddelen met als doel de mortaliteit door maagkanker te reduceren.

Eén van de kenmerken van solide tumoren, waaronder maagkanker, is chromosomale instabiliteit, wat resulteert in verlies of toename van delen van een chromosoom of zelfs hele chromosomen in tumorcelkernen. In dit proefschrift hebben we onderzocht welke patronen van DNA-afwijkingen ten grondslag liggen aan verschillen in klinisch gedrag en overleving van de patiënt. We hebben onder andere aangetoond dat enkele relatief weinig frequent voorkomende chromosoomafwijkingen in maagkanker, zoals verlies van chromosoom 5q en 14q, geassocieerd zijn met een goede prognose. Ook de methyleringsstatus van het tumorsuppressorgen MAL bleek van prognostische waarde voor maagkankerpatiënten.

#### Curriculum vitae

Tineke Buffart (1980) studeerde medische biologie en geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam. In september 2004 begon zij haar promotieonderzoek bij de afdeling pathologie onder leiding van prof. dr. G.A. Meijer (VUmc) en prof. dr. C.J.H. van de Velde (LUMC). Sinds september 2008 volgt Tineke co-schappen.

**Het proefschrift is verkrijgbaar via: [t.buffart@vumc.nl](mailto:t.buffart@vumc.nl).**

ZICHTBARE RESULTATEN

# Ondervoeding, niet te missen!

**H**oewel de prevalentie van ondervoeding in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg langzaam daalt, blijft deze hoog. Met de huidige screeningsinstrumenten is ondervoeding eenvoudig vroegtijdig te signaleren en dus niet meer te missen. Ook is bekend wat effectieve interventies zijn. De afgelopen jaren hebben multidisciplinaire teams (met steun van het management) ervaring opgebouwd over de aanpak van ondervoeding. De Stuurgroep Ondervoeding heeft de afgelopen jaren diverse projecten 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding', geïnitieerd. Deze projecten zijn:

- het implementatieproject in ziekenhuizen
- de ontwikkeling van de toolkit voor verpleeg- en verzorgingshuizen
- het ontwikkel- en implementatieproject in de eerstelijnszorg en thuiszorg.

Het congres 'Ondervoeding, niet te missen!' gaat in op de succesfactoren om zichtbare resultaten te bereiken. De sprekers in het ochtendprogramma geven een overzicht van de stand van zaken, de middag biedt verdieping tijdens de parallelsessies. De Stuurgroep Ondervoeding nodigt u van harte uit deel te nemen aan dit congres: een congres om niet te missen!

## Praktische gegevens

**Datum en locatie** 9 juni 2009, De Reehorst te Ede  
**Doelgroep** Artsen, verpleegkundigen en diëtisten, projectteams ondervoeding, managers uit alle sectoren en beleidsmakers.  
**Aanmelden** Via [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl) of [www.pitactief.nl](http://www.pitactief.nl).  
**Secretariaat** PIT Actief; [congres@pitactief.nl](mailto:congres@pitactief.nl), T (020) 6266694/(035) 6024615.

### Verkorte productinformatie behorende bij advertentie elders in dit blad

**samenstelling** Tabletten à 10 mg en 20 mg rabeprazolnatrium. **indicaties** Behandeling van actieve ulcus duodeni (UD), actieve benigne ulcus ventriculi (UV), symptomatische, eroderende of ulceratieve gastro-oesofageale reflux (GOR), langdurige behandeling van gastro-oesofageale reflux (onderhoudsdosis t.b.v. GOR), symptomatische behandeling van matige tot zeer ernstige gastro-oesofageale reflux (symptomatische GOR), Zollinger-Ellison syndroom, eradicatorie van *H. pylori* in combinatie met geschikte antibacteriële therapie bij patiënten met peptische ulcera. **dosering en wijze van toediening** (volwassenen/ouderen) UD en UV: 20 mg, 1x daags. De meeste patiënten met een actief UD genezen binnen 4 weken; sommigen binnen 8 weken. De meeste patiënten met een actief benigne UV genezen binnen 6 weken; sommigen binnen 12 weken. GOR: 20 mg, gedurende 4-8 weken 1x daags. Onderhoudsdosis GOR: op geleide van klachten van de patiënt 10 of 20 mg eenmaal daags. Symptomatische GOR: bij patiënten zonder oesofagitis eenmaal daags 10 mg. Nadat de symptomen zijn verdwenen, alleen indien nodig, eenmaal daags 10mg. Zollinger-Ellison syndroom: Startdosis 60 mg eenmaal daags, eventueel verhoogd tot maximaal 120 mg per dag. Eradicatie: **Pariet** 20 mg tweemaal daags + claritromycine 500 mg tweemaal daags + amoxicilline 1 g tweemaal daags. **Pariet**-tabletten dienen heel te worden doorgeslikt. Nier- en leverinsufficiëntie: geen aanpassingen van de dosis vereist. Zie 'Waarschuwingen' voor aanpassing bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Kinderen: **Pariet** wordt niet aanbevolen voor gebruik bij kinderen. **contra-indicaties** Bekende overgevoeligheid voor rabeprazolnatrium of voor hulpstoffen die in de samenstelling gebruikt zijn. **Pariet** is gecontraïndiceerd tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding. **waarschuwingen** De mogelijkheid van een maligniteit in maag of slokdarm moet vóór aanvang van de behandeling worden uitgesloten. Patiënten die langdurig worden behandeld (vooral langer dan een jaar) moeten onder geregeld toezicht blijven. Een risico van kruisovergevoeligheid met andere protonpompremmers of gesubstitueerde benzimidazolen kan niet worden uitgesloten. Er zijn meldingen gedaan van bloeddyscrasieën. Afwijkingen in de leverenzymen zijn gerapporteerd. Bij patiënten met lichte tot matige leverinsufficiëntie werden geen aanwijzingen voor significante veiligheidsproblemen in verband met het geneesmiddel waargenomen. Bij de behandeling van patiënten met ernstige leverdysfunctie moet de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen. Gelijktijdige toediening van atazanavir wordt niet aanbevolen. **interacties** Rabeprazolnatrium veroorzaakt een ingrijpende en langdurige remming van de maagsapsecretie en heeft derhalve mogelijk interactie met verbindingen met een pH-afhankelijke absorptie. Gelijktijdige toediening van rabeprazolnatrium met ketoconazol of itraconazol kan leiden tot een significante vermindering van de plasmaspiegels van de antimicrobiële middelen. Bij patiënten die dergelijke geneesmiddelen gelijktijdig met **Pariet** gebruiken, moet daarom worden nagegaan of een dosisaanpassing gewenst is. Er is geen interactie met vloeibare antacida waargenomen. De absorptie van atazanavir is afhankelijk van de pH. Daarom dienen protonpompremmers niet gelijktijdig te worden toegediend met atazanavir. **bijwerkingen** De meest gemelde bijwerkingen in gecontroleerd klinisch onderzoek waren hoofdpijn, diarree, buikpijn, asthenie, flatulentie, huiduitslag en droge mond. Andere vaak voorkomende bijwerkingen waren infectie, slapeloosheid, duizeligheid, hoest, faryngitis, rhinitis, misselijkheid, braken, obstipatie, aspecifieke pijn, rugpijn, asthenie en griepachtige ziekte. **verpakkingen** Dosis met 7 of 28 tabletten. **prijzen** Volgens Z-index. **vergoeding** Volledige vergoeding. **uitgebreide productinformatie** Op verzoek beschikbaar. **datum** augustus 2008.

**JANSSEN-CILAG** b.v. Internet: [www.janssen-cilag.nl](http://www.janssen-cilag.nl)  
 E-mail: [janssen-cilag@janj.jnj.com](mailto:janssen-cilag@janj.jnj.com)  
 Telephone: 0800-242 42 42



**REMICADE (infliximab) - verkorte productinformatie**  
**Samenstelling:** Elke injectieflacon bevat 100 mg infliximab, chimerische humaan-murine IgG1 monoklonale antistof. Na reconstitutie per ml 10 mg infliximab.  
**Therapeutische indicaties:** **Reumatoïde artritis:** Remicade, in combinatie met methotrexaat, is geïndiceerd voor de vermindering van tekenen en symptomen evenals de verbetering van het fysieke functioneren bij patiënten met een actieve ziekte wanneer de respons op disease-modifying antirheumatica (DMARDs), inclusief methotrexaat, onvoldoende was. Bij patiënten met een ernstige, actieve en progressieve ziekte die niet eerder behandeld werden met methotrexaat of andere DMARDs. **Ziekte van Crohn bij volwassenen:** Remicade is geïndiceerd voor de behandeling van ernstige, actieve ziekte van Crohn bij patiënten die nog niet gereageerd ondanks een volledige en adequate therapiekuur met een conventionele therapie. **Artritis psoriatica:** Remicade is geïndiceerd voor de behandeling van actieve en progressieve artritis psoriatica bij volwassenen wanneer de respons op voorafgaande therapie met DMARDs onvoldoende was. Remicade moet worden toegediend in combinatie met methotrexaat of alleen bij patiënten die intolerant reageren op methotrexaat of bij wie methotrexaat gecontraïndiceerd is. Remicade bleek het fysieke functioneren bij patiënten met artritis psoriatica te verbeteren, en de snelheid van progressie van perifere gewrichtsbeschadiging te verminderen, gemeten met röntgenfoto's. **Psoriasis bij volwassenen:** Remicade is geïndiceerd voor de behandeling van matige/ernstige psoriasis bij volwassenen die niet gereageerd op een conventionele therapie met inbegrip van corticosteroiden en 6-MP of AZA, of die dergelijke therapieën niet verdragen of die medicatie contra-indicaties hebben voor dergelijke therapieën. **Spondylitis Ankylosans:** Remicade is geïndiceerd voor de behandeling van ernstige, actieve spondylitis ankylosans bij volwassen patiënten die onvoldoende reageren op een conventionele therapie. **Artritis psoriatica:** Remicade is geïndiceerd voor de behandeling van actieve en progressieve artritis psoriatica bij volwassenen wanneer de respons op voorafgaande therapie met DMARDs onvoldoende was. Remicade moet worden toegediend in combinatie met methotrexaat of alleen bij patiënten die intolerant reageren op methotrexaat of bij wie methotrexaat gecontraïndiceerd is. Remicade bleek het fysieke functioneren bij patiënten met artritis psoriatica te verbeteren, en de snelheid van progressie van perifere gewrichtsbeschadiging te verminderen, gemeten met röntgenfoto's. **Patiënten met polyarticulaire symmetrische subtypen van de ziekte (zie rubriek 5.1).** **Psoriasis:** Remicade is geïndiceerd voor de behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij volwassenen die niet gereageerd op een andere systemische therapie met inbegrip van cyclosporine, methotrexaat of PUVA (zie rubriek 5.1), of bij wie een dergelijke therapie gecontraïndiceerd is, of die een dergelijke therapie niet verdragen. **Contra-indicaties:** **Belangrijke waarschuwingen:** **Influsierisicotoes en overgevoeligheidsreacties:** Infliximab werd geassocieerd met acute en fulminante infecties, waaronder anafylactische shock en vertraagde overgevoeligheidsreacties (zie rubriek 4.8). **Acute inflammasies:** waarden anafylactische reacties, kunnen optreden tijdens (binnen enkele seconden) of binnen enkele uren na de infusie. Indien acute inflammasies optreden, moet de infusie onmiddellijk gestopt worden. **Neurologische effecten:** zoals adrenerge, antihistaminica, corticosteroiden en een beademingscircuit moeten beschikbaar zijn. Het is ook mogelijk dat patiënten vooraf te behandelen met bv. een antihistaminicum, hydrocortison en/of paracetamol om milde en voorbije effecten te vermijden. **Infecties:** Patiënten die TNF-blokkers gebruiken zijn meer gevoelig voor ernstige infecties. Patiënten die een nieuwe infectie ontwikkelen terwijl ze Remicade behandeld worden dienen nauwgezet te worden gecontroleerd en een volledige diagnostische evaluatie te ondergaan. **Toediening van Remicade moet gestopt worden als de patiënt een nieuwe ernstige infectie ontwikkelt en geschikte antimicrobiële of antimicrobiële behandeling moet gestart worden. Voor patiënten die gevoelig of gereisd hebben in gebieden waar invasieve schimmelinfecties voorkomen dienen de voorlichten en risico's van Remicade behandeling nauwkeurig besproken te worden. Patiënten tijdens vóór, tijdens en na de behandeling met Remicade nauwkeurig gecontroleerd te worden op infecties zoals tuberculose. Aangezien de eliminatie van infliximab tot zes maanden in beslag kan nemen, dient de controle op infecties gedurende deze periode voortgezet te worden. Wanneer een patiënt een ernstige infectie of sepsis ontwikkelt, mag de behandeling met Remicade niet voortgezet worden. **Hepatitis B reactivering:** Reactivering van hepatitis B kwam voor bij patiënten die een TNF-remmer, inclusief Remicade, kregen en chronische dragers zijn van dit virus. Sommige gevallen hadden een fatale afloop. Patiënten met een risico op HBV-infectie moeten vóór de behandeling met Remicade worden geëvalueerd op voorafgaande tekenen van HBV-infectie vóór het starten van de behandeling met Remicade. **Lever- en nalaandoeningen:** Zeer zeldzame gevallen van geelzucht en niet-infectieuze hepatitis, sommige met tekenen van auto-immune hepatitis, werden waargenomen tijdens post-marketing ervaring met Remicade. **Gelijktijdige toediening van een TNF-remmer en andere TNF-remmers:** Ernstige infecties werden waargenomen tijdens klinische onderzoeken met gelijktijdig gebruik van anakinra en een andere TNF-remmer, etanercept, dat geen bekende klinisch voordeel biedt dan wanneer etanercept alleen gebruikt wordt. **Vaccinaties:** Er zijn geen gegevens beschikbaar over de respons op een vaccinatie met levende vaccins noch over de secundaire transmissie van infecties door levende vaccins bij patiënten die anti-TNF-therapie krijgen. Het is aangeraden levende vaccins niet gelijktijdig toe te dienen. **Auto-immunoproces:** De relatieve TNF- $\alpha$ -deficiëntie ten gevolge van anti-TNF-therapie kan leiden tot het begin van een auto-immunoproces. **Neurologische effecten:** Infliximab en andere TNF-remmers werden in zeldzame gevallen geassocieerd met neuritis optica, convulsies en het nieuw optreden of verergeren van klinische symptomen en/of radiografisch aangetoonde demyeliniserende aandoeningen van het centrale zenuwstelsel, met inbegrip van multiple sclerose, en demyeliniserende aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, met inbegrip van het syndroom van Guillain-Barré. **Maligniteiten en lymphoproliferatieve aandoeningen:** In de gecontroleerde delen van klinische onderzoeken met TNF-remmers, werden meer gevallen van maligniteiten waargenomen tijdens de behandeling met Remicade dan bij patiënten die een TNF-remmer kregen in verband met controlepatiënten. Men moet ook voorzichtig zijn bij patiënten met psoriasis en een medische voorgeschiedenis van extensieve immunosuppressieve therapie of aanhoudende PUVA-behandeling. Na het in de handel brengen zijn zelden gevallen van hepatocelulair T-cellymfoom gemeld bij patiënten behandeld met TNF-remmers, inclusief Remicade. **Hartfalen:** Men moet voorzichtig zijn wanneer Remicade toegediend wordt aan patiënten met mild hartfalen (NYHA-klasse II). **Pediatrische patiënten:** Bij gebruik aan voldoende gegevens over veiligheid en werkzaamheid wordt Remicade niet aanbevolen voor gebruik bij kinderen < 17 jaar, behalve bij de ziekte van Crohn. Remicade is niet onderzocht bij patiënten met de ziekte van Crohn jonger dan 6 jaar. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen waren aan infusie gerelateerde reacties. Aan infusie gerelateerde reacties (dyspneu, urticaria en hoofdpijn) vormden de belangrijkste oorzaken voor het stopzetten van de behandeling. Aangezien post-marketing gevallen spontaan worden gemeld binnen een populatie van onbehandelde omvang, is het niet mogelijk de frequentie van voorkomen in te schatten. Daarom wordt de frequentie van deze bijwerkingen in de categorie 'niet bekend' ondergebracht. **Yakke virale herpesinfectie** (of griep, virale herpesinfectie), op serumziekte lijkende reactie, hoofdpijn, verhoogde duizeligheid, flauw, lagere luchtweginfectie (of bronchitis, pneumonie), hogere luchtweginfectie, sinusitis, dyspneu, abdominale pijn, diarree, misselijkheid, dyspepsie, verhoogde transaminasen, urticaria, uitslag, purpura, hyperhydrosie, celulitis, aan infusie gerelateerde reactie, pijn op de borst, vermoeidheid, koorts. **Sgms:** sepsis, tuberculose, abscessen, bacteriële infectie, schimmelinfectie, droogheid, candidiasis, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie, anemie, lymfopenie, myelodysplasie, lymfocytose, anafylactische reactie, lupusachtig syndroom, symptoom bij respiratoire allergie, depressie, amnesie, agilitie, verhoogd, slapeloosheid, asthenie, tachycardie, verstoord bloedsuikerspiegel, pleurale effusie, intestinale perforatie, gastro-intestinale hemorragie, abdominale steens, hepatitis, granulomateuze lesie. **Niet bekend:** opportunistische infecties (zoals atypische mycobacteriële, pneumocystose, histoplasmosis, coccidioidomycose, cryptococcosis, aspergillose en listeriose), reactivering van hepatitis B, salmonellose, hepatocelulair T-cellymfoom (vooral bij adolescenten en jonge volwassenen met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa), lymfoom (waaronder non-hodgkin lymfoom en de ziekte van Hodgkin), agranulocytose, trombotische trombocytopenische purpura, pancytopenie, hemolytische anemie, idiopathische trombocytopenische purpura, anafylactische shock, serumziekte, vasculitis, demyeliniserende aandoeningen van het perifere zenuwstelsel (zoals het syndroom van Guillain-Barré, chronische inflammatoire demyeliniserende polyneuropathie en multifocale motorische neuropathie), demyeliniserende aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (zoals neuritis optica), myelitis transversa, convulsies, neuropathie, hypo-esthesie, paresthesie, hartfalen, pericarditis, interstitiële longziekte (inclusief snel progressieve ziekte, longfibrose en pneumonie), pancreatitis, leverfalen, auto-immune hepatitis, haemofiliaire aandoening, geelzucht, toxische epidermale necrolyse, syndroom van Stevens-Johnson, soriasis, inclusief eerste symptomen en pustulosa (hoofdzakelijk handpalm en voetzolen), erythema multiforme. **Voor verdere informatie over aan infusie gerelateerde reacties, vertraagde overgevoeligheid, immunogeniteit, infecties, maligniteiten en lymphoproliferatieve aandoeningen, hartfalen, lever- en gasaandoeningen, antinucleaire antilichamen, dubbelstreng DNA antilichamen, patiënten met Juvenile Reumatoïde Artritis en pediatrische patiënten met de ziekte van Crohn verwijzen wij naar de SPC. **Farmaco-therapeutische groep:** selectieve immunosuppressieve agentia, ATC-code: L04A A12. **Afleveringswijze:** Receptplichtig. **Houder van de vergunning voor het in de handel brengen:** Centocor B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Nederland. **Nummer(s) van de vergunning voor het in de handel brengen:** EU/1/99/116/001, EU/1/99/116/002, EU/1/99/116/003, EU/1/99/116/004, EU/1/99/116/005. **Uitbreiding van de vergunning voor het in de handel brengen:** voor volledige productinformatie verwijzen wij naar de huidige goedgekeurde Samenstelling van de Productkenmerken.****



# MDL in het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

**H**et Franciscus Ziekenhuis Roosendaal is een middelgroot ziekenhuis in West-Brabant. Als MDL-artsen zijn werkzaam Harry van Roermund (sedert 1991) en Liza Lindenburg (sedert 2005). De MDL-artsen en internisten (8) vormen tezamen een maatschap. Onze eerste doelstelling is uiteraard het leveren van goede MDL-zorg, waarbij de meest gangbare diagnostische en therapeutische endoscopieën worden uitgevoerd. Om aan de toenemende vraag van MDL-zorg en endoscopieën te blijven voldoen en continuïteit te kunnen waarborgen, worden ook door een drietal internisten (Piet Biemond, Ton Noordzij en Harmen Krepel) gastro- en colonscopieën verricht. De adherentie voor de MDL-artsen is zowel poliklinisch als klinisch ± 200.000. De verwachting is dat deze met de opening van de polikliniek Etten-Leur in juni 2009 verder zal toenemen.

## Samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis

Belangrijk kenmerk van het Franciscus Ziekenhuis is de goede relatie tussen de specialisten onderling. De lijnen zijn kort en ten behoeve van de patiënt kan onderzoek en/of behandeling doorgaans snel worden geregeld. De samenwerking met de radiologen is eveneens uitstekend. Binnen deze groep is een drietal radiologen geïnteresseerd in gastro-enterologische diagnostiek (MRCP, MR-enteroclyse, en geprotocolleerd MR-onderzoek van focale leverlaesies). Daarnaast werken we samen met de gastro-intestinale chirurgen, met extra expertise in de TEM-procedure bij anorectale tumoren. Graag zouden wij deze procedure willen ondersteunen met endosonografie, maar tot op heden is het nog niet gelukt dit te implementeren.

Binnen onze regio bestaat overleg met en zonodig doorverwijzing naar de afdeling MDL en gastro-intestinale chirurgie van het Erasmus Medisch Centrum. Ook wordt binnen de regio (Zeeland, West-Brabant) vier tot zes keer per jaar casuïstiek besproken, doorgaans met ondersteuning van één van de MDL-artsen uit het Erasmus MC te Rotterdam.

In het kader van het zogenaamde 'Roosendaals verwijzen' zijn met de huisartsen afspraken gemaakt over verwijzing naar de MDL-poli en het aanvragen van endoscopische procedures. We zijn bovendien intensief betrokken bij GE-nascholing van huisartsen uit de regio.

## Ondersteunend personeel

De endoscopie-afdeling is goed geoutilleerd en wordt ondersteund vanuit de ziekenhuisorganisatie. Wellicht nog veel belangrijker dan

de fraaie scopen is ons team enthousiaste scopie-assistenten met in totaal zes teamleden (waarvan er vier samen meer dan honderd jaar ervaring hebben!). Inmiddels zijn de voorbereidingen voor een nieuwe endoscopie-afdeling (gepland voor 2012) in volle gang. Vanwege het toenemend aantal scopieën onder sedatie zal daarbij worden gestreefd naar een dagbehandeling in eigen beheer.

## Toekomst

Natuurlijk blijven wij ambitieus als MDL Roosendaal. Vanwege de hoeveelheid werk en de relatieve onderbezetting past ons echter enige bescheidenheid, bijvoorbeeld in het doen van uitspraken over eventueel nieuw te ontwikkelen onderzoekstechnieken. Wij zoeken naar versterking, ook al verkeren wij in de gelukkige omstandigheid dat wij uitzicht hebben op uitbreiding van de MDL met 1 fte in 2010.



De scopie-afdeling van het Franciscus Ziekenhuis te Roosendaal: (van links naar rechts) Marriet Caniels-Blommerde, Liza Lindenburg, Annemiek Hopstaken, Rita van Tilburg, Jeannine de Beer, Pieterneel Mattheeuwse, Ria Bakker, Harry van Roermund.

# Maagzuur?

**Pariet werkt direct!**

- *Stabiele en betrouwbare maagzuurremmer*
- *Snelle en effectieve werking* <sup>1,2</sup>
- *Geen metabole interacties* <sup>3</sup>
- *Kleine, patiëntvriendelijke tablet*
- *Volledige vergoeding*



Voor meer informatie, kijk op:  
[www.pariet.nl](http://www.pariet.nl)