

STAND VAN ZAKEN 62 / iFOBT INZETTEN BIJ DARMKANKER-
SCREENING 64 / DECODE-PROJECT 67 / DUTCH LIVER WEEK 68
KLEUR BEKENNEN IN OPLEIDING MDL-ARTS 69 / VERGOEDING
MAAGZUURREMMERS 70 / KWALITEIT 73-81 / TWEDELIJNS-
BEHANDELING EATL 83 / ZIEKTE VAN WHIPPLE 84
CASUÏSTIEK 85 / TEKORT AAN MDL-ARTSEN 87 / CONTRAST-
ECHOGRAFIE 88 / PROEFSCHRIFT 89 / DE AFDELING 91



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 15 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2009



MDL-ARTS HOEDER VAN KWALITEIT

Guido Tytgat ontvangt UEGF Lifetime Achievement Award

Klink en klaar

Het rookverbod is een nagel aan Klinks doodskist, meldde de Volkskrant recentelijk. En niet alleen dat, ook het EPD is zo'n spijker, aldus diezelfde krant. Zijn ambtenaren hebben het druk. Maar niet alleen met dat rookverbod of het EPD, ook met ons. Want de reden dat MDL-artsen extra opleidingsplaatsen krijgen, is dat ambtenaren van VWS willen 'voorkomen' dat Kamerleden over die opleidingsplaatsen vragen gaan stellen.

Klinks capaciteitsbeleid voor specialisten moet namelijk uit de wind blijven. We moeten blijven geloven dat het opleiden van medisch specialisten één miljard euro per jaar kost. Klinkklare onzin. Omdat VWS stelt dat AGIO's geen werk verzetten, kost hun opleiding 'een goudstaaf'. Houd je rekening met de werkelijkheid, dan weet je dat AGIO's hard werken en ook in financiële zin deel uitmaken van ons zorgstelsel.

De groei van het aantal MDL-maatschappen gaat niet zonder horten of stoten. Nieuwe interpretaties van gemengde maatschappen over opleidingseisen van MDL-artsen zorgen voor vertraging. Ik heb al gehoord dat MDL-artsen geen gebruik meer mogen maken van assistenten-interne-opleiding en zelf voor voorwachten moeten zorgen indien zij zich afsplitsen. Erg vervelend voor de sfeer in een ziekenhuis, koren op de molen voor hen die de maatschapsvorm onder specialisten volledig om zeep willen helpen en budgettaire problemen voor de MDL-maatschap in spé. De patiënt wordt er in ieder geval niet beter van.

Transfers

Het aantal MDL-artsen loopt gestaag op. Van 316 in juni tot 321 per 1 oktober, waarvan 313 lid zijn van onze vereniging. Vierhonderd is haalbaar begin 2013, mede door de huidige instroom van buitenlandse collegae.

Westen

Bronovo heeft z'n 2^e MDL-arts en praat met derde kandidaat. Alkmaar heeft in *Medisch Contact* en *NTvG* geadverteerd voor een 6^e MDL-arts. Het Westeinde Ziekenhuis (Medisch Centrum Haaglanden) zoekt een 6^e MDL-arts, omdat Sjoerd van der Werf eind 2010 met pensioen gaat. Het VUmc spreekt met een Canadese kandidate voor één jaar; op 1 december start Gerd Bouma als 8^e MDL-arts.

Vanwege pensionering Elly Klinkenberg, najaar 2010, en natuurlijke groei zijn nog eens 3 MDL-artsen nodig. Hoorn heeft Elmar Schnikenburger uit Baden-Wurtemberg sinds 1 augustus als 2^e MDL-arts; daarnaast praten ze met een Belg. Per 1 februari 2010 verruult Nancy van Ooteghem het St. Lucas Andreas Ziekenhuis voor Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen waardoor het SLAZ (met opleiding MDL) met spoed een 5^e MDL-arts zoekt. Bovendien wordt een opvolger gezocht voor de begin 2011 vertrekende Erik Wesdorp. David Hirsch verlaat het AMC en wordt de 4^e MDL-arts in Ziekenhuis Amstelland. Frank Hoentjen (VUmc) start voorjaar 2010 als MDL-arts bij de IBD-groep van Stephen Hanauer in Chicago voor minimaal één jaar.

Midden

In het Diaconessen Ziekenhuis in Utrecht start 1 januari 2010 Ardy Oberndorf (AZM) als 6^e MDL-arts met specifieke IBS-interesse. Tergooi blijft dringend zijn 6^e MDL-arts zoeken. Harderwijk zoekt weer een 4^e MDL-arts.

Oosten

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen slaat een grote slag met de komst dit najaar van Conny van Enckevort (UMCG) en Karin Kok (UMCN) als 4^e en 5^e MDL-arts. De dramatiek in Apeldoorn duurt voort nu Halil Akol en Tim Schreuder hebben opgezegd. Ik weet van gekkigheid niet meer wat ik hierover moet zeggen. Faiq Lall Mohammed verlaat Doetinchem en start als 1^e MDL-arts in het Academisch Ziekenhuis te Paramaribo. We wensen hem veel succes. Doetinchem zoekt nu weer een 4^e MDL-arts. Enschede praat met mensen die per 1 januari 2011 beschikbaar komen.

Zuiden

Naar aanleiding van de advertentie start in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg Geert Dodemont (Harderwijk) als opvolger van collega Stuifbergen. Heerlen is vrijwel rond met een 6^e MDL-arts als opvolger van Peter van de Schaar. Het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven praat met de raad van bestuur over het aantrekken van een 5^e MDL-arts.

Noorden

Het blijft veel te stil in Drenthe, Groningen en Friesland.

Iets op de lever hebben

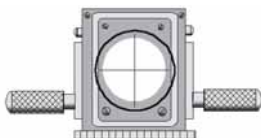
Het verzoek om naamsverandering van *gastro-enteroloog* naar *MDL-arts* stuitte destijds op weerstand bij de NIV met als argument, dat wij hiermee ‘de lever claimden’. Dat klopt! Wij vonden en vinden dat leverziekten een integraal onderdeel uitmaken van onze praktijk en onze AIOS bij uitstek worden opgeleid voor de behandeling ervan. Met goede argumentatie is de naamsverandering een feit geworden, maar dat schept wel een verplichting: MDL-artsen zullen meer aandacht moeten besteden aan leverpatiënten; die schiet er soms bij in. Ik hoor velen nu denken: “Waar moeten we in hemelsnaam de tijd vandaan halen?” Volledig juist. Het is geen onwil. Tijd, of liever gezegd: het ontbreken ervan, breekt ons hier op.

Toch gloort er hoop aan de horizon en natuurlijk vooral voor de leverpatiënten. De uitbreiding van het aantal AIOS kan ons namelijk in staat stellen aan hen meer adequate zorg te leveren. Ik zeg met nadruk ‘kan’, want elke maatschap of ziekenhuis is natuurlijk geheel vrij in het inzetten van specialisten-in-opleiding. Bijvoorbeeld om iets te doen aan die lange wachtlijsten voor endoscopie. Begrijpelijk, maar toch wil ik hier een lans breken voor de leverpatiënt. Laat deze binnen de MDL-praktijk niet bungelen.

Een bijkomend voordeel is dat AIOS additionele vaardigheden als abdominale echografie en interventiehepatologie kunnen worden geleerd, waardoor de jonge MDL-arts al in een zeer vroeg stadium met deze aandachtsgebieden binnen de hepatologie te maken krijgt. Dat daarvan een zekere aantrekkingskracht uitgaat, zal duidelijk zijn. Als vanzelf krijgt de lever op deze manier de aandacht die zij verdient op de MDL-afdeling. En gezien de sterke uitbreiding binnen ons vakgebied van diagnostische en therapeutische mogelijkheden is aandacht voor de hepatologie in feite volstrekt logisch.

Meer heb ik dit keer niet op mijn lever.

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



Waterleiding en riolering

In 1993 meldde Betsy Lehman, 38 jaar, moeder van twee dochters en chief medical columnist bij de *Boston Globe*, zich met mammapcarcinoom bij het Dana-Farber Cancer Institute. Zij overleed daar in 1994 aan de chemotherapie door een doseringsfout. Boston vond het schandalig dat zo iets in “one of Man’s Best Hospitals” kon gebeuren. Marktwerking in de gezondheidszorg zou, zo dacht men, de efficiëntie verbeteren, de uitgaven beperken en de kwaliteit verhogen. Toepassing ervan in de gezondheidszorg leert nu dat de productiviteit verschuift naar winstgevendende activiteiten, de kwaliteit daalt en de kosten exploderen. De premisse dat geld de belangrijkste incentive moet zijn, is achterhaald.

In 2001 verscheen het rapport *Crossing the Quality Chasm* over de Amerikaanse gezondheidszorg, ofwel over het overbruggen van het gapende ravijn tussen beeld (‘s werelds beste gezondheidszorg) en werkelijkheid (100.000 doden per jaar door vermijdbare fouten). Het Institute for Healthcare Improvement (www.ihl.org) en de ‘100.000-lives campaign’ waren geboren met als motto “Some is not a Number, Soon is not a Time”. Dit bracht een krachtige wereldwijde Quality Movement¹ op gang die ook door onze NVMDL niet onopgemerkt bleef, zo blijkt ook weer uit deze MAGMA.

Complicatieregistratie, richtlijnen, prestatie-indicatoren en veiligheidsprojecten zijn de eerste stappen. Nog meer wordt verwacht van in ziekenhuis- en huisarts-informatiesystemen geïncorporeerde zorgpaden, die automatisch prestatie-indicatoren genereren en zichzelf op die manier bijsturen. De nieuwe regering in de VS wil door het aanleggen van dit type zorgpaden geld besparen en tegelijk kwaliteit en toegankelijkheid verhogen: door betere logistiek, vermijden van overbodig onderzoek, inzichtelijke prijsvorming en voorkomen van claims. In de gehele westerse wereld staat men nu in meerdere of mindere mate voor deze uitdaging: een levensvatbaar systeem van adequate gezondheidszorg voor iedereen. Het betekent een revolutie in ons denken over gezondheidszorg dat niet kan worden overgelaten aan politici. Clinici moeten voorop lopen om de politiek te overtuigen hen te volgen. Zij dragen verantwoordelijkheid voor een aantoonbaar effectief systeem. Dat moet de basis zijn van besluitvorming met betrekking tot financiering en toegankelijkheid. Preventie van volksziektes en zorgpaden zouden waterleiding en riolering van die nieuwe tijd kunnen zijn. Aandeelhouders en beursnoteringen zijn dat zeker niet.

Willem Moolenaar, namens de commissie Kwaliteit van de NVMDL

¹ Kenney, Charles. *The Best Practice – How The Quality Movement is Transforming Medicine*. 2008 Public Affairs – Perseus Books Group, New York

PROEFSCHRIFT LEO VAN ROSSUM EVALUEERT PROEFBEVOLKINGSONDERZOEK

iFOBT inzetten bij darmkankerscreening

In 2003 adviseerde de Europese Commissie haar lidstaten om met darmkankerscreening te starten. In juni 2006 besteedde MAGMA ruim aandacht aan het proefbevolkingsonderzoek naar darmkanker in Nederland. Op 9 juli 2009 promoveerde Leo van Rossum op basis van dit onderzoek aan de Radboud Universiteit in Nijmegen.

Zijn conclusie? Nú starten met darmkankerscreening in Nederland en wel met een immunologische fecaal occult bloed test (iFOBT).

Het Ministerie van VWS besluit binnenkort waarschijnlijk positief over landelijke darmkankerscreening. De interne discussie draait vooral om de keuze van de screeningstest. Momenteel komen globaal drie alternatieven in aanmerking: endoscopie, CT-colografie en FOBT, in de toekomst wellicht ook moleculaire testmethoden.

Endoscopie

Als primaire screening is de positief voorspellende waarde (PVW) van coloscopie 7–8% (0,8% darmkanker en <7% gevorderde adenomen). Meer dan 90% ondergaat dan onnodig dit risicovolle onderzoek. Er zijn geen direct vergelijkende studies die superioriteit van coloscopie aantonen. Het is duur, tijdrovend, de opkomst is laag, er is onvoldoende capaciteit en zowel de coloscopie als de darmvoorbereiding worden als belastend ervaren.

Alle nadelen van coloscopie gelden in mindere mate ook voor sigmoïdoscopie. Ook hieraan nam in de regio Rotterdam slechts 27% deel. Bij 10% bleek de darmvoorbereiding niet toereikend. De sensitiviteit van sigmoïdoscopie is maximaal 60% en dan alleen als bij adenomateuze afwijkingen binnen bereik van de sigmoïdoscoop alsnog coloscopie wordt aangeboden, wat dan binnen korte tijd twee endoscopieën betekent.

CT-colografie

CT-colografie, ook wel virtuele coloscopie, bereikt 90% sensitiviteit voor poliepen

>10 mm en darmkanker. De ingreep zou minder belastend zijn, maar beperkte darmvoorbereiding is noodzakelijk en tijdens de ingreep wordt kooldioxide in de darm geblazen, wat onprettig is en complicaties met zich kan meebrengen. De deelnamebereidheid is onbekend, maar vooralsnog nauwelijks hoger dan voor endoscopie-screening. CT-colografie is evenals endoscopie-screening kostbaar, kent capaciteitsproblemen en is tijdrovend. Belangrijke bijkomende problemen zijn de stralingsbelasting en de betekenis van afwijkingen die buiten het colon worden aangetroffen.

Moleculaire diagnostiek

Er is veel belangstelling voor moleculaire diagnostiek van darmkanker. De sensitiviteit van dergelijke panels is beperkt tot ongeveer 52% en de specificiteit is relatief laag. Betere en goedkopere moleculaire testen moeten worden ontwikkeld met aandacht voor cumulatieve sensitiviteit. Het kan nog wel tien tot vijftien jaar duren voordat de eerste moleculaire test klaar is en voldoende onderzocht.

FOBT

Met de klassieke guajak-test (gFOBT), wordt sinds de jaren zeventig bevolkingsonderzoek uitgevoerd. Alleen voor deze screeningstest is darmkankersterfthereductie aangetoond (11–18%). Eén enkele gFOBT kent een sensitiviteit van ~20% en een deelnamebereidheid die zelden hoger is dan

50%. Voor een cumulatieve sensitiviteit van 60–70% zal men vijf à zes keer moeten deelnemen. Een enkele immunologische FOBT, de OCSensor®-test, heeft 65% sensitiviteit voor darmkanker en 27% voor gevorderde adenomen. Cumulatief stijgt de sensitiviteit voor darmkanker snel met elke ronde. In een gerandomiseerd onderzoek in de Nijmeegs-Amsterdamse regio is aangetoond dat deelname met iFOBT veel hoger is dan met gFOBT evenals de opbrengst van de iFOBT. In totaal is de iFOBT bijna drie keer beter dan de gFOBT. Bovendien wordt met iFOBT darmkanker gemiddeld in vroegere stadia ontdekt met gemiddeld >80% vijfjaarsoverleving. Bij 20–30% van de darmkankerpatiënten is zelfs chirurgie niet nodig. Al met één keer iFOBT worden in ons land 25.200 levensjaren gewonnen en 220 miljoen euro bespaard. Vergelijkbare resultaten zijn ook gevonden in de regio Rijnmond.

Met geleidelijke invoering van iFOBT-screening over een periode van ongeveer vijf jaar zal het aantal coloscopieën in ons land (momenteel ongeveer 120.000 per jaar) met ongeveer 40.000 per jaar stijgen. Door verwachte vermindering van opportunistische screening, coloscopieën op indicatie en door aanpassing van de CBO-richtlijn 'Surveillance na poliepectomie' kan het aantal coloscopieën met iFOBT-screening na een paar jaar zelfs dalen in plaats van stijgen ten opzichte van niet screenen. Hiervoor is slechts een beperkt aantal extra endoscopisten nodig en is investering in opleiding van *nurse practioners* waarschijnlijk onnodig.

Volgens voorstanders van endoscopie-screening zou iFOBT-screening minder patiënten met adenomen opsporen en daarom tot minder incidentiedaling van darmkanker kunnen leiden. Echter ook met endoscopie-screening is zelfs na jaren nog geen



Promotor prof. dr. Jan Jansen feliciteert Leo van Rossum met het behalen van zijn doctorstitel.

incidentiedaling aangetoond. Dat komt, omdat maar een klein deel van alle adenomen ooit kanker wordt. De detectie en verwijdering daarvan is hoofdzakelijk overdiagnostiek en overbehandeling. Het is zelfs heel goed mogelijk dat met iFOBT opgespoorde adenomen een groter risico hadden om uit te groeien tot kanker, omdat vooral verwijdering van grote adenomen de incidentie van darmkanker lijkt te doen dalen. Ruim 80% van de personen met gevorderde adenomen bij iFOBT-screening heeft grote adenomen, aanzienlijk meer dan bij endoscopie-screening.

Conclusie

Dat darmkankerscreening met iFOBT kan worden gestart, is goed onderbouwd. Kwaliteitsbewaking is essentieel en daarom moeten coloscopieën in elk geval plaatsvinden onder voldoende supervisie van MDL-artsen. Het is aan te raden structureel budget voor doorlopend onderzoek op te nemen in de screening. In de landelijke screening moeten goede registratie, voortgaand onderzoek en kwaliteitsbewaking plaatsvinden en er moet ruimte zijn om het programma eenvoudig aan te passen aan nieuwe inzichten. Alleen de toekomst zal leren in welke mate de darmkankersterfte wordt teruggedrongen met iFOBT-screening.

dr. Leo G.M. van Rossum (epidemioloog)

dr. Robert J.F. Labeij (MDL-arts i.o.)

prof. dr. Jan B.M.J. Jansen (MDL-arts)

Het proefschrift *Colorectal Cancer: To Screen or Not To Screen? That Is the Question* is te verkrijgen via:
l.vanrossum@mdl.umcn.nl.

WETENSCHAP

TREND-STUDIE

Behandeling grote rectumadenomen

Vroege opsporing en verwijdering van rectumadenomen kan het ontstaan van rectumkanker voorkomen. Bij zeer grote rectumadenomen voldoen standaard-endoscopische poliepectomietechnieken als eenvoudige snaarpoliepectomie echter niet. Resectie van deze adenomen kan chirurgisch of met behulp van uitgebreidere endoscopische technieken worden verricht. Transanale endoscopische microchirurgie (TEM) is in gespecialiseerde centra een veel toegepaste therapie voor grote rectumadenomen. Onder algehele narcose wordt via een rectoscoop een *en bloc*-transmurale resectie van de rectumwand verricht.

Endoscopische mucosaresectie (EMR) is een endoscopische poliepectomietechniek, waarbij, onder milde sedatie, na submucosale opspuiting met een endoscopische snaar een *piecemeal*-mucosaresectie plaatsvindt.

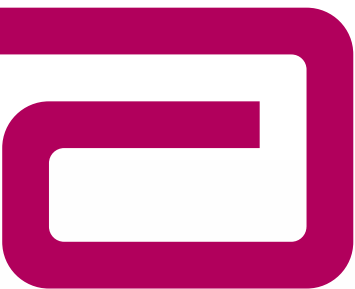
Uit beschikbare literatuur lijkt de effectiviteit van EMR en TEM vergelijkbaar voor de resectie van grote rectumadenomen. Aangezien voor EMR geen dure materialen, algehele anesthesie of ziekenhuisopname nodig zijn, zou deze strategie kosteneffectiever kunnen zijn. Daarnaast lijkt EMR gepaard te gaan met minder complicaties. Prospectief vergelijkende studies ontbreken echter.

Oproep

De door ZonMW gesponsorde TREND-studie – Transanale endoscopische microchirurgie versus Endoscopische mucosaresectie – wil de kosteneffectiviteit en kostenutiliteit van TEM en EMR vergelijken voor de resectie van grote rectumadenomen. Inclusie van patiënten vindt plaats sinds januari 2009. Daarom vragen we Nederlandse artsen vragen om alle voor deelname geschikte patiënten bij ons aan te melden. U kunt zich wenden tot *Renée Barendse*, arts-onderzoeker (020-5669111, sein 59507; r.m.barendse@amc.nl) of *Evelien Dekker en Paul Fockens*, MDL-artsen in het AMC (e.dekker@amc.nl, p.fockens@amc.nl, 020-5663534). Kijk voor meer gedetailleerde informatie op www.trend-studie.nl.



Deelnemende ziekenhuizen en medische centra in augustus 2009.



HUMIRA[®]

adalimumab

- **Betrouwbaarheid^{1,2}**
- **Veiligheid³**
- **Vrijheid**



 **Abbott**
Immunology

1. Colombel JF, et al. The CHARM trial, Gastroenterology 2007

2. Colombel JF, et al Adalimumab for the treatment of fistulas, GUT 2009

3. Burmester et al, Adalimumab safety and mortality rates, Ann Rheum Dis 2009

DECREASE COLORECTAL CANCER DEATH (DECODE)-PROJECT

Moleculaire vroegdiagnostiek en behandeling-op-maat van darmkanker

Vroege opsporing van darmkanker en het kiezen van de juiste chemotherapie zijn cruciaal om de hoge sterfte en stijgende kosten door darmkanker een halt toe te roepen. Een consortium onder leiding van het VUmc kreeg een subsidie van € 18,5 miljoen van het Center for Translational Molecular Medicine (CTMM) voor de ontwikkeling van nieuwe moleculaire technieken voor vroegdiagnostiek en diagnostische testen. Deze moeten maatwerk in chemotherapie mogelijk maken.

Het consortium onder leiding van patholoog prof. dr. G.A. Meijer bestaat uit onderzoekers van VUmc, AZM/ Universiteit Maastricht, LUMC, AMC en Erasmus MC, alsmede de bedrijven Oncomethylome Sciences, Philips, MRC Holland, Percuros, NIPED, BV Cyclotron, ServiceXS en Dionex.

Vroegdiagnostiek

Het onderzoek richt zich op het ontwikkelen van nieuwe tests voor vroege ontdekking van darmkanker. Daarmee is uiteindelijk een bevolkingsonderzoek naar darmkanker mogelijk door het opsporen van tumor-DNA in ontlasting en tumoreiwitten in bloed. Recent werk van de groep van Manon van Engeland in Maastricht heeft hiervoor *proof of principle* geleverd.¹ Een belangrijke poot is de validatie van DNA- en eiwitmarkers in bloed en ontlasting van de participanten in de COCOS-studie. Deze wordt gecoördineerd door Evelien Dekker en Ernst Kuipers en is mede mogelijk gemaakt door het DeCoDe-project. Daarnaast wordt in Maastricht en VUmc in samenwerking met Ad Masclee en Chris Mulder materiaal verzameld van hoogrisico-populaties.

Een ander onderdeel betreft het ontwikkelen van moleculaire beeldvorming, ofwel tumorspecifieke MRI-scans. Daarmee worden tumoren zichtbaar gemaakt en de biologische kenmerken al bepaald voordat er

tumorweefsel in het laboratorium is onderzocht. Jaap Stoker is hierbij belangrijk.

Behandeling

Ook het kiezen van de juiste behandeling voor iedere patiënt op basis van de biologische kenmerken van de tumor wordt onderzocht. Bijvoorbeeld door het ontwerpen van nieuwe moleculaire testen, waardoor beter is te bepalen of patiënten met dikkedarmkanker wel of geen baat zullen hebben bij bestraling vóór de operatie (bij endeldarmkanker) of chemotherapie na de operatie. Verder wordt onderzoek gedaan naar diagnostische testen om bij patiënten met uitgezaaide dikkedarmkanker te bepalen van welke vorm van chemotherapie het meeste effect kan worden verwacht. Hierbij wordt tumorweefsel uit de CAIRO-studies geanalyseerd met behulp van *micro arrays*. Tot slot wordt gewerkt aan speciale technieken (zogenaaamde biologische tumormarkers) waarmee preciezer kan worden gepeerd, omdat tumorhaarden en tumorgrenzen beter zichtbaar zijn. Cock van de Velde speelt hierin een belangrijke rol.

Toekomst

Verwacht wordt dat het onderzoek leidt tot kostenreductie van behandeling. Daarom is *medical technology assessment*² onder leiding van Carin Uyl-de Groot, Hans Sevens en Marjolein van Ballegooijen een belangrijk onderdeel van het project.

Het project heeft een looptijd van vijf jaar. Dankzij de uitstekende samenwerking tussen de deelnemende centra en vele anderen in het land moet het zeker lukken met dit project een belangrijke stap voorwaarts te maken in het terugdringen van sterfte aan darmkanker.

Kijk voor meer informatie op www.ctmm.nl of mail naar ga.meijer@vumc.nl.

De referenties bij dit artikel staan op de website www.mdl.nl.

LEVER

Landelijke Hepatitis Week 2010

De zesde Landelijke Hepatitisweek vindt plaats in Congrescentrum Regardz Eenhoorn te Amersfoort van 19 t/m 23 januari 2010. Het congres wordt georganiseerd door het Nationaal Hepatitis Centrum. Het overkoepelende thema luidt: 'Medische en sociale gevolgen van hepatitis'.

Denkt u mee?

Voor de concrete invulling van de verschillende congresdagen:

- Eerste- en tweedelijnszorg – di 19/01
 - Arbozorg – do 21/01
 - Patiënten en hun omgeving – za 23/01
- vragen wij u suggesties, stellingen of subthema's aan te dragen. Mail uw inbreng naar LHW@hepatitis.nl.

De Programmacommissie Landelijke Hepatitisweek 2010 gebruikt deze bij de uitwerking van het programma.

U kunt ook bellen: (033) 422 0980.

Kijk voor actuele informatie op www.hepatitis.nl.

In juni vond de eerste Nederlandse Leverweek plaats, ofwel Dutch Liver Week (DLW) 2009. Compleet met een cursus abdominale echografie, post-EASL/post-DDW-symposium en een cursus klinische hepatologie, naast de vele voordrachten over leverziektebeelden.

Instapcursus abdominale echografie tijdens Dutch Liver Week

Steeds meer MDL-artsen, internisten en chirurgen willen abdominale echografieën zelf verrichten. De Dutch Liver Week – een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en de Werkgroep Leverchirurgie, in samenwerking met Care Cure More – ging daarom van start met een tweedaagse cursus abdominale echografie, gegeven in samenwerking met de Medizinische Hochschule uit Hannover. Na een gedegen theoretische introductie kon het geleerde op proefpersonen in praktijk worden gebracht.

Werden bij de proefpersonen normale organen in beeld gebracht, aan de simulator konden kennismaken met de meest voorkomende pathologie. Met behulp van een computer, een echokop en een plastic buik werd illustratieve pathologie naar voren gebracht: eenvoudige galstenen, levertumoren, splenomegalie met andere tekenen van portale hypertensie en zelfs voorbeelden van ileitis terminalis. In de praktijk kan het wellicht weken duren voordat dit alles voorbijkomt. Moderne computertechnieken maken het nu mogelijk om abdominale echografie *realtime* op te nemen en zodanig ‘op’ een kunstbuik te projecteren, dat op deze kunstbuik een heuse echo kan worden uitgevoerd.

Tijdens de week werd ook het inmiddels traditionele post-EASL/post-DDW-symposium gehouden. Een aantal experts – die daartoe allen de DDW of de EASL hadden bezocht – bracht de belangrijkste nieuwe wetenswaardigheden van beide congressen naar voren. Oncologie, endoscopie, inflammatoire darmziekten, virale hepatitis en

niet-infectieuze leverziekten kwamen voor het voetlicht.

Op woensdag startte de cursus Klinische hepatologie met metabole leverziekten, verzorgd door diverse kinderartsen. Zeldzame en vaak lastige ziektebeelden werden kort en bondig uitgelegd. Daarna hadden de kinderartsen een eigen symposium over obesitas en NASH op kinderleeftijd.

De DLW vervolgde met een practicum leverpathologie. Ingescande leverbiopten werden gecorreleerd aan radiologische afbeeldingstechnieken en heuse macroscopische preparaten. Van fibrose tot cirrose en van adenoom tot carcinoom; het kwam allemaal aan de orde. Met als uiteindelijk doel dat de aanvragende arts van een leverbiopsie de uitkomst samen met de patholoog kan beoordelen. Ondanks de beschikbaarheid van allerlei radiologische technieken heeft de histopathologie nog niets aan kracht ingeboet.

Op donderdag en vrijdag kwamen alle grote belangrijke ziektebeelden van de lever aan

de orde. Vanzelfsprekende onderwerpen als PBC, PSC en auto-immunhepatitis werden afgewisseld met minder voor de hand liggende maar even zo belangrijke onderwerpen als ‘reisadviezen voor immunogecompromitteerden’ en osteoporose. Ruim aandacht was er ook voor de beeldvorming van focale leverlaesies, het hepatocellulair carcinoom en levertransplantatie.

Ook vond op donderdag een symposium plaats voor leverchirurgen. Na een historisch overzicht van de leverchirurgie in Nederland was er ruim aandacht voor nieuwe chirurgische technieken, partiële leverresecties en hoogrisico-leverchirurgie.

De eerste DLW leverde een buitengewoon boeiende week op met een bijzonder programma, dankzij de uitgebreide leverexpertise die in Nederland voorhanden is.

Noteer daarom alvast in uw agenda: Dutch Liver Week, 7 t/m 11 juni 2010.

Rob de Knegt, MDL-arts, Erasmus MC



Cursisten oefenen in kleine groepjes onder leiding van een ervaren echografist.

MEER AANDACHT VOOR DE LEVER VIA STAGE EN AANDACHTSGEBIED HEPATOLOGIE

Kleur bekennen in opleiding MDL-arts

In het verleden zijn veel MDL-artsen opgeleid met een zwaar accent op maag en darm, inclusief endoscopie, en beperkte hepatologische bagage. Met de komst van de vierjarige opleiding is daarin gelukkig verandering gekomen. Dit komt de zorg voor leverpatiënten duidelijk ten goede.

In de meeste MDL-opleidingen is de leverstage tegenwoordig een vast onderdeel van de opleiding, al zijn er zeker inhoudelijke verschillen tussen centra. De leverstage moet in ieder geval voldoende zijn om kennis te maken met de meest voorkomende hepatologische problemen en aandoeningen en om basale kennis te verkrijgen omtrent de daarbij gangbare diagnostiek en therapie. De jaarlijkse cursus klinische hepatologie van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en het leveronderwijs in Lunteren en Veldhoven zijn al enige tijd verplichte onderdelen van de opleiding tot MDL-arts en zorgen voor ontwikkeling van theoretische hepatologische kennis bij de AIOS. Het aandachtsgebied hepatologie beslaat één jaar van de opleiding en omvat verdere verdieping van de algemene hepatologie, onderzoek en het opdoen van ervaring met levertransplantatie-

patiënten. De drie Nederlandse levertransplantatiecentra hebben toestemming van het Concilium om het aandachtsgebied hepatologie in het laatste jaar van de MDL-opleiding te verzorgen. Schoorvoetend komen er meer AIOS die dit gaan doen. In ieder geval vier maanden van dit opleidingsjaar moeten in een levertransplantatiecentrum worden doorgebracht. Het aandachtsgebied geeft MDL-artsen-in-opleiding de kans om zich te bekwalen in het hele spectrum van de hepatologie.

Niet alleen voor academische centra maar ook voor grotere maatschappen is een collega met uitgebreide kennis van de hepatologie van grote waarde. In een aantal MDL-maatschappen zien we gelukkig MDL-artsen verschijnen die zich in belangrijke mate met de lever bezighouden. Toch zijn er door het tekort aan MDL-artsen ook klinieken waar men moet roeien met de riemen die men heeft. Dit betekent meestal dat de hepatologie in competitie raakt met de wachtlijst voor colonoscopie. Soms betekent het ook dat men de zorg voor leverpatiënten voor een groot deel aan andere specialisten overlaat.

Het is duidelijk dat de patiëntenzorg onder dit alles kan lijden indien de benodigde specialistische kennis niet in een adequate

opleidingsstructuur is ingebed.

Het is essentieel voor een goede MDL-zorg in de breedte van ons vak dat in iedere kliniek duidelijk is wie de hepatologische zorg verleent én dat dit alleen gebeurt door voldoende gekwalificeerde collegae, zoals beschreven in ons opleidingsplan. Op dit moment is wat dit betreft de kwaliteit binnen de MDL-opleiding ruim voldoende gewaarborgd. Een praktijkorganisatie van de MDL-arts met slimme inzet van bijvoorbeeld *nurse practitioners* en *physician assistants* moet het vervolgens mogelijk maken om met name de patiënt met een chronische leverziekte een hoogwaardig zorgpad te bieden binnen de maag-darm-leverziekten.

Binnenkort houdt de Beroepsbelangen Commissie van de NVMDL onder leiding van Pieter Honkoop een enquête onder haar leden, met daarin ook enkele vragen betreffende de hepatologie in Nederland. We hopen u hierover in een volgend nummer van MAGMA te kunnen informeren. Tijdens de komende najaarsvergadering van de NVMDL zullen we het leerboek *Leverziekten* presenteren, een extra stimulans voor de hepatologie in ons taalgebied.

Bart van Hoek, LUMC en Rob de Man, Erasmus MC

OPROEP

Werkgroep IBD in oprichting: leden gevraagd

Binnen het dynamische veld van de MDL is Inflammatory Bowel Disease een wel zeer uitgesproken en bewegelijke libero waar het gaat om ontwikkelingen in het basaal maar ook klinisch georiënteerde onderzoek. De snel over elkaar heen buitelandse nieuwe wetenschappelijke data (genoom, microbiom, proteoom) en natuurlijk ook de nieuwe medicamenten zijn nauwelijks bij te houden. Over de volle breedte levert MDL Nederland een flinke bijdrage. Niet voor niets staan meerdere Nederlandse universiteitsziekenhuizen in de Europese top 20 waar het gaat om het verrichten van klinisch onderzoek (Erasmus op 1!). Een consequentie van de snelle ontwikkelingen is dat er ook

nieuwe therapieën ter beschikking komen. Dit is prettig voor alle partijen, maar resulteert wel in een toegenomen complexiteit. Wij achten de tijd rijp voor een actieve werkgroep IBD die, onder de vleugels van de NVMDL, een breed platform vormt voor alle MDL-artsen (in opleiding), onderzoekers en chirurgen die een bijdrage willen leveren aan wetenschap of klinische zorg voor deze patiëntencategorie. Tijdens de najaarsvergadering van de vereniging zal de eerste bijeenkomst plaatsvinden (exacte tijd en locatie volgen). Wij nodigen alle geïnteresseerden van harte uit!

Bas Oldenburg, UMCU en Dirk de Jong, St. Radboud/UMCN

UEGF LIFETIME ACHIEVEMENT AWARD

Guido Tytgat ontvangt internationale prijs voor levenswerk

Tijdens de GASTRO 2009 UEGW/ WCOG in Londen ontvangt professor Guido N.J. Tytgat als eerste de zeer prestigieuze UEGF Lifetime Achievement Award. Een beloning voor en erkenning van het levenslang met grote inzet ontwikkelen van de MDL: niet alleen in Nederland en België, maar juist ook in Europa en de rest van de wereld.

De initiatieven van Guido Tytgat op het gebied van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg waren een voorbeeld voor zeer velen in de

wereld. Daarnaast heeft professor Tytgat de UEGW vormgegeven en mede op poten gezet door in 1989 de Holland Digestive Disease Week in Amsterdam te organiseren. In 2001 was hij voorzitter van de negende UEGW. Guido Tytgat is ook de stuwende kracht geweest achter de trainingscentra van de World Gastroenterology Organisation (WGO) die op dit moment in Chili, Marokko, Zuid-Afrika en vele andere plekken actief is. In deze centra worden lokale dokters verder opgeleid in de MDL-ziekten. Illustratief voor Guido is dat hij niet

slechts de instituten opzette en opende, maar daarna actief betrokken bleef bij het onderwijs dat er wordt gegeven.

De toekenning van de UEGF Lifetime Achievement Award is een grote eer voor Guido Tytgat, maar zeker ook voor Nederland. Wij hopen dat u met zeer velen aanwezig zult zijn op 23 november om 8.30 uur in het Excel Centre London.

Chris Mulder, VUmc en Paul Fockens, AMC

Baraclude®: Helps hold back resistance year after year in nucleos(t)ide analogue (NA)-naïve patients up to Year 5^{1,2}

Baraclude® for NA-naïve chronic hepatitis B patients^{2,3}

Effective viral suppression and a high genetic barrier protects against resistance long-term^{2,4}

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

<1% virological breakthrough†† due to genotypic Baraclude resistance^{§§} in NA-naïve patients^{§§} from a treatment† cohort†† up to Year 5¹

*HBV DNA measured using Roche COBAS Amplicor® 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 (≥ 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/10 mg
tablets

Standing strong against resistance
in NA-naïve patients

VERGOEDING MAAGZUURREMMERS

Laatste woord nog niet gezegd

T erwijl Nederland grotendeels met vakantie was en de thuisblijvers zich opmaakten voor de Mexicaanse griep, dacht minister Klink waarschijnlijk aan de hem opgelegde 300 miljoen euro bezuinigingen in 2010. Het leek aanvankelijk heel eenvoudig: PPI's behoren grotendeels tot de lifestyle drugs, zodat ze eigenlijk niet meer thuishoren in het basispakket van de ziektekostenverzekering. Van alle kanten kwam echter protest. Ook MDL-Nederland liet van zich horen. De NVGE stuurde een brandbrief naar de minister (zie *MAGMA 1-2009*, p. 17). In *de Volkskrant* van 30 april 2009 werd door het bestuur van de NVGE en door de Farmacotherapie Commissie van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen nogmaals helder uitgelegd waarom PPI's sinds meer dan tien jaar een essentiële groep medicamenten vormen voor de behandeling van refluxziekte en maagulcera.

Er volgde een stilte. En het leek erop dat voor ons de lucht was opgeklaard toen de maatregel officieel werd teruggedraaid en de minister liet weten behoefte te hebben aan extra overleg met zijn medewerkers op het departement.

Maar de 300 miljoen euro vormen zeker een molensteen om zijn nek. Minister Klink kwam dan ook met een nieuw plan, ditmaal echter niet

richting MDL-artsen, maar richting huisartsen. De Landelijke Huisartsen Vereniging denkt na over zijn voorstel dat huisartsen zo veel mogelijk generieke PPI's gaan voorschrijven; in ruil daarvoor vervalt een andere bezuinigingsmaatregel en kan het huisartseninkomen op peil blijven. De vraag is echter hoe een en ander in de praktijk zal moeten worden uitgevoerd. Huisartsen schrijven al zo veel mogelijk generieke geneesmiddelen voor, zodat daar voor de PPI's geen of niet veel winst meer zal zijn te behalen. Het zijn de patiënten die PPI's op voorschrift van de medisch specialist gebruiken, die meestal een specialité hebben. Om aan de maatregel te kunnen voldoen, zullen huisartsen juist die patiënten moeten omzetten naar generiek gebruik. Specialisten én patiënten zullen daar niet blij mee zijn. Bovendien zou een dergelijke omzetting zijn gedreven door financieel eigenbelang. Dat laatste ziet de LHV ook. Het plan van minister Klink is voorgelegd aan de LHV-leden, een stemming volgt na de zomer. Het is echter maar de vraag of de huisartsen tijd hebben om over PPI's en bezuinigingen na te denken: de Mexicaanse griep komt er immers aan. En wie weet hoeveel ziektekosten dat met zich meebrengt. Daarom wordt het PPI-verhaal vast en zeker vervolgd.

Rob J. de Knecht

Namens de Farmacotherapiecommissie
van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen

OPROEP

Lichtbronnen, kabels en andere endoscopische apparatuur

S inds 1992 hebben we met uw hulp een grote hoeveelheid apparatuur (>150 scopen) verzameld en gedistribueerd. Lag de nadruk tot 2002 voornamelijk op Oost-Europa (Hradeckralove, Praag, later Cluj Napoca, Plovdiv, Sofia en Timisoara), de laatste vijf jaar hebben we complete endoscopie-inrichtingen (één lichtbron, kabels et cetera met vijf tot tien scopen) kunnen samenstellen en afdelingen versterkt in Johannesburg (Jo'burg Central), Soweto (Chris Hani) en Kaapstad (Groote Schuur). Daarnaast hebben we het academisch ziekenhuis van Yaounde (vanuit Enschede) en Douala in Kameroen voorzien van lichtbronnen met elk zes à zeven scopen.

Drie complete units

Op dit moment hebben wij vijftien gereviseerde video-endoscopen (type 100, 120, 140) verzameld (Goes, Zwolle, Gouda). We zoeken nu dringend lichtbronnen om weer een unit te

kunnen samenstellen. We hopen een complete unit te kunnen vershippen naar Mauricio Fodjo van het Centre St. Marie in Douala, het tweede academisch ziekenhuis in Cluj Napoca en naar Paramaribo (dr. Lall Mohamed). Het probleem spitst zich steeds meer toe op lichtbronnen en ringkabels tussen lichtbron en 'video 100'-processor. We blijven geïnteresseerd in fiberendoscopen, omdat deze werkpaarden door u niet meer worden gebruikt en over het algemeen nog een tweede jeugd tegemoet kunnen gaan in landen als Afghanistan (Kabul) en Kenia.

Oproep

Heeft u nog ongebruikte kabels, lichtbronnen en/of fiberendoscopen? Wij zijn en blijven geïnteresseerd in uw hulp!

Chris Mulder
cjmulder@vumc.nl



Groene Hart Ziekenhuis Gouda stelt vijf Olympus videoscopen beschikbaar voor het MDL Centre Medicine dr Fodjo Douala in Kameroen.



 Remicade[®]
INFLIXIMAB

**SINDS 1999 LOPEN WE VOOROP OM IEDERE DAG OPNIEUW
HET VERSCHIL TE MAKEN IN HET LEVEN VAN IBD PATIËNTEN**

We hebben al veel bereikt en onze ambitie gaat verder!



REMICADE
10
JAAR
GASTRO ENTEROLOGIE

VERANTWOORDE ZORG IN ELK ZIEKENHUIS, 24 UUR PER DAG, 7 DAGEN PER WEEK

‘In alle omstandigheden je werk goed doen’

Ziekenhuizen worden in 2010 voor het eerst beoordeeld op hun spoedeisende hulp voor patiënten met een bloeding in het proximale maagdarmkanaal. Zijn zij – zelfstandig of in samenwerking met andere ziekenhuizen – in staat vierentwintig uur per dag en zeven dagen per week een gekwalificeerde interventie-endoscopie uit te voeren? Met een gekwalificeerde endoscopist, een endoscopie-assistent, in een geschikte endoscopieruimte en volgens de richtlijn? Tijd voor een gesprek met Jan Maarten van den Berg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Wat was de aanleiding om het systeem van een ‘Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen’ in te voeren en wat leert vijf jaar ervaring hiermee?

De IGZ werkt op basis van vertrouwen in wat ziekenhuizen doen om verantwoorde zorg te bieden

‘**V**oor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg.’ Dit motto van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is de drijfveer om in 2003 met de eerste set prestatie-indicatoren aan de slag te gaan. Ziekenhuizen die met publiek geld werken, moeten verantwoording afleggen voor de zorg die zij bieden en de kwaliteit die zij leveren. “Alle patiënten in Nederland moeten naar alle ziekenhuizen kunnen gaan zonder te hoeven twijfelen aan de kwaliteit en de veiligheid van de zorg”, is de praktische vertaling van Jan Maarten van den Berg, één van de vijftien inspecteurs van de IGZ.

“Je beoordeelt het functioneren van een ziekenhuis op twee onderdelen: de kwaliteit en veiligheid van de zorg en de bedrijfsmatige kant. Hebben zij alle processen en procedures goed onder controle? We richten ons in het bijzonder op incidenten en de gevolgen daarvan. Om die zo veel mogelijk te voorkomen, heb je heel veel informatie nodig over hoe incidenten kunnen ontstaan en hoe zij zich ontwikkelen. Daarin voorzag ons oude systeem niet. We beoordeelden ziekenhuizen één keer in de vijf jaar. Dat was een grove en daardoor niet zo betrouwbare beoordeling. Bovendien vaak op basis van data die achterhaald waren en een momentopname van een beperkte observatie. Als IGZ waren we gewend om in actie te komen na de melding van een incident. Dat is per definitie ad hoc werken. Wij willen het incident veel eerder in het proces laten onderkennen. We moeten ernaartoe dat een incident wordt gesignaleerd vóórdat het zich voltrekt en schade kan aanrichten. Zover zijn we nog niet.”

Amerikaanse toestanden

Voor de IGZ stond vast dat het beoordelen van ziekenhuizen niet met ingewikkelde rapportages moest geschieden, maar vooral

praktisch. Het is natuurlijk onmogelijk om met vijftien inspecteurs een complexe bedrijfstak op de hielen te zitten, waar 250.000 mensen dagelijks met zorg bezig zijn en waar 15.000 producten worden ‘geleverd’.

“We wilden geen Amerikaanse toestanden.” Jan Maarten van den Berg spreekt vanuit zijn ervaring als arts in een ziekenhuis in Idoha. “In de Verenigde Staten heeft een gemiddeld ziekenhuis tien mensen over de vloer die permanent meekijken en controle uitoefenen. In Idoha bestond de kwaliteitsafdeling uit honderdtwintig personen die niet alleen bezig waren met het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. De helft van hun tijd besteden zij aan het beantwoorden van vragen van controleurs en het verzamelen van de informatie waar deze om vragen. Zo’n systeem van totale controle past niet in onze cultuur. Bovendien kun je niet van alles op de hoogte zijn. Ziekenhuizen in Amerika zijn niet veiliger dan onze ziekenhuizen.

Wij werken op basis van vertrouwen. Vertrouwen in wat ziekenhuizen doen om verantwoorde zorg te bieden en wat zij ons daarover rapporteren. Geen blind vertrouwen, want wij gaan altijd op bezoek bij ziekenhuizen om door te vragen op wat de prestatie-indicatoren hebben opgeleverd.”

Het werken met prestatie-indicatoren is een totaal andere manier van denken en kijken dan artsen – door hun wetenschappelijke achtergrond – gewend zijn. Conclusies worden pas getrokken en geaccepteerd na uitputtend onderzoek: als alles van alle kanten is bekeken en twijfels nog eens extra zijn onderzocht. Het systeem van prestatie-indicatoren moet juist snelle signalen opleveren: wat is pluis en waarover bestaat twijfel? Wat gaat goed en kan de IGZ laten rusten en wat verdient bijzondere aandacht?



***Herder en herdershond
zorgen er samen voor dat de
kudde niet in een ravijn
terecht komt***

zorg. Wij ook, maar vanuit een andere verantwoordelijkheid. Zie het als een schaapskudde. De herder en de herdershond zorgen er samen voor dat de kudde niet in een ravijn terecht komt. De specialist is de herder. IGZ de herdershond.

Door ziekenhuizen jaar-in-jaar-uit te volgen, hebben we meer inzicht gekregen in de processen die zich daar afspelen. We zien patronen ontstaan en binnen die patronen verschuivingen optreden. Het lukt ons ook steeds beter te ontdekken wat aan die verschuivingen ten grondslag ligt en de informatie te vertalen naar een meer preventiegericht werkwijze. Het afgelopen jaar hebben we voor het eerst een overzicht gemaakt van alle publieke data die van een ziekenhuis beschikbaar zijn. We worden ook steeds beter in het combineren van informatie. Het is een dynamisch proces dat zich op verschillende niveaus en in verschillende onderdelen van de zorg afspeelt. Je hebt al die data nodig om steeds beter preventief te kunnen werken.”

▷ “MDL-artsen werken voor een grote stroom patiënten met uiteenlopende ziekten en verschillende gradaties van ernst. Uit die brede stroom moeten we die ervaring selecteren die iets zegt over het functioneren, de kwaliteit van de zorg en het onder controle hebben van het proces. Een handeling van een uur die maar één keer per week wordt verricht, kan daarvoor een heel goede indicatie zijn.

Het leerproces houdt in: afstand nemen van het traditionele denken in meten en maten en het leren denken vanuit indicaties. De manier waarop een ziekenhuis invulling geeft aan 24-uurszorg bij bloeding in het proximale maagdkanaal, kan ook iets zeggen over het omgaan met risico's buiten de spoedeisende functies. Bijvoorbeeld over het werk van de polikliniek of het behandelen van de ziekte van Crohn.”

Winst halen

De ervaring leert dat specialisten – uit onbekendheid met de systematiek – vooral in het begin geneigd zijn de methode en de resultaten van prestatie-indicatoren ter discussie te stellen, omdat zij gewend zijn met veel exactere methodes te werken. “Ik begrijp die reactie, maar het is zonde van de tijd om daaraan veel aandacht te besteden. De neiging bestaat om de verklaring voor onze bevindingen te zoeken in omstandigheden, zoals veel openstaande vacatures, leegloop

in ziekenhuizen, werkdruk. Onze reactie daarop is: in alle omstandigheden moet je je werk goed doen. Wij beoordelen altijd vanuit onze doelstelling: verantwoorde zorg bieden aan alle patiënten in welk ziekenhuis dan ook. Van een patiënt die met spoed moet worden opgenomen, mag je niet verwachten dat hij zich eerst oriënteert op de omstandigheden. Artsen kunnen zich beter afvragen wat onze bevindingen betekenen voor hen als specialist, voor de afdeling of het ziekenhuis. Kunnen zij winst halen uit wat de IGZ constateert?”

“De resultaten van een prestatie-indicatie vormen een veel krachtiger middel dan alle argumenten om een bepaald doel te bereiken. De NVMDL wil een goede 24-uurs-

Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen

De ‘Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen’ is een lijvig boek met alle vragen die aan de ziekenhuizen worden gesteld.

In fase 1 analyseert de IGZ de informatie die de prestatie-indicatoren hebben opgeleverd en rapporteert over de kwaliteit van elk ziekenhuis in de reeks ‘Het resultaat telt’. Fase 2 houdt in: een jaarlijks bezoek aan alle ziekenhuizen door IGZ-inspecteurs. Op basis van dit bezoek en informatie uit de prestatie-indicatoren kan de inspectie een ziekenhuis vragen in een plan van aanpak aan te geven hoe het een probleem gaat oplossen. Zij kan ook een verscherpt toezicht instellen.

Blijft het ziekenhuis in gebreke, dan volgt in fase 3 een handhavingmaatregel. De minister wordt gevraagd een aanwijzing te geven of een bevel. De IGZ maakt deze maatregel bekend in de pers en op de eigen website (www.igz.nl).

Nederland loopt voorop met complicatieregistratie voor MDL-artsen

In juni ontvingen alle MDL-artsen een uitnodiging voor deelname aan een nieuw nationaal registratiesysteem voor endoscopie-gerelateerde complicaties via internet. Het systeem stelt maatschappen en vakgroepen in staat hun complicatie-incidenties te vergelijken met de gemiddelde cijfers in Nederland. Daarmee loopt de beroepsgroep voorop in Europa.



De registratie en vergelijking op basis van landelijke spiegeldata uit een nationale database moeten het lokale overleg over complicaties ondersteunen. Dit kan leiden tot aanpassing van de werkwijze in het betreffende ziekenhuis en daarmee tot kwaliteitsverhoging. Op internationale schaal wordt het complicatiepercentage bij de meest risicovolle ingrepen (ERCP's) geschat op 3–5%. Het percentage is sterk afhankelijk van de definitie die aan een complicatie wordt gegeven. Dit bemoeilijkt vergelijking met de internationale literatuur. Bij veilige onderzoeken als een gastroscopie ligt het geschatte percentage op 0,01%. Nederlandse cijfers zijn tot nu toe beperkt voorhanden.

Elektronisch formulier

Het nieuwe systeem is op initiatief van de NVMDL ontwikkeld door Kristien Tytgat, MDL-arts en opleidingscoördinator in het AMC, en Laurens van der Waaij, MDL-arts in het Martini Ziekenhuis Groningen. Op 25 juni jongstleden presenteerden zij het systeem tijdens het eerste congres voor endoscopische complicaties in Hannover. “We zijn het eerste land in Europa dat een landelijke registratie heeft ontwikkeld. MDL-artsen kunnen sinds juni terecht op de website van de NVMDL”, aldus Van der Waaij. “Daar staat het samen met Ewise ontwikkelde elektronische complicatieregistratieformulier. In samenspraak met diverse

maatschappen en ziekenhuizen hebben we eerst vastgesteld welke complicaties zouden moeten worden geregistreerd. En ook op welke wijze de ernst van een complicatie moet worden gedefinieerd. Consensus daarover was snel bereikt. Ook hebben we gekeken naar de al gebruikte formulieren in academische en regionale ziekenhuizen. Uiteindelijk hebben we het formulier getest in vier verschillende ziekenhuizen en op enkele kleine details aangepast.”

Spiegeldata

Het formulier biedt ruimte voor het registreren van endoscopiegerelateerde complicaties die leiden tot extra opnamedagen, extra endoscopieën, operaties, bloedtransfusies, IC-opname of overlijden. De complicaties waarom het gaat, zijn perforatie, pancreatitis, bloedingen, infecties of ‘andere’ en kunnen worden gescoord op een schaal van mild, gering, matig tot ernstig. Onder milde complicaties vallen klachten die niet tot opname, bloedtransfusie of een extra ingreep leiden. In de categorie ernstige complicaties vallen de complicaties die leiden tot meer dan tien dagen extra ziekenhuisopname en/of meer dan 4 EH bloedtransfusie en/of angiografische of chirurgische interventie en/of IC-opname en/of overlijden.

Jaarlijks wordt elke maatschap/vakgroep gevraagd om de totale aantallen van de verschillende scopieën in het afgelopen jaar en

het aantal fte MDL-artsen te verstrekken. Hiermee worden de complicatiepercentages berekend. De registraties gebeuren per ziekenhuis en worden anoniem (zowel ziekenhuis als dokter) bewerkt en opgeslagen in een centrale database. Elk ziekenhuis ontvangt deze spiegeldata om ze te vergelijken met de eigen data voor interne *review*. Met deze registratie voldoet elk ziekenhuis aan de eis van het hebben van een complicatieregistratie. In tegenstelling tot een lokale complicatieregistratie is de landelijke registratie niet in te zien door de ziekenhuisdirectie.

Kristien Tytgat: “Eind van dit jaar volgt de eerste evaluatie. We hopen dat alle ziekenhuizen per 1 januari 2010 meedoen. Begin 2011 hebben we de eerste cijfers over een heel jaar (2010). We zullen dan proberen de cijfers te vergelijken met de gegevens uit de rest van de wereld. Lastig, gezien de uiteenlopende definities die worden gehanteerd. Lage complicatiepercentages in een ziekenhuis hoeven ook geen garantie te zijn voor excellente zorg. Zo kan sprake zijn van onderrapportage. Of: meer risicovolle ingrepen worden niet verricht en patiënten worden verwezen naar een ander centrum of naar de chirurg. Voor hoge complicatiepercentages geldt een vergelijkbare omgekeerde relativering. Als de registratie bij de MDL-artsen goed loopt, zal het systeem wellicht ook worden aangeboden aan de andere scopieërende specialismen.”

KLINISCH PAD IBS GEEFT PATIËNT MEER CONTROLE OVER ZIJN BEHANDELING

Met tevreden patiënten betere resultaten

Het Irritable Bowel Syndroom IBS (prikkelbare-darmsyndroom of PDS) is een veel voorkomende diagnose die nu vaak *per exclusionem* wordt gesteld. Met kans op overdiagnostiek en onnodig gebruik van beperkte beschikbare diagnostische (coloscopie) capaciteit. Een klinisch pad zou hierin verandering kunnen brengen. Het CBO inventariseert nu in Nederland de initiatieven die mogelijk samen kunnen leiden tot een landelijk project. Zo werkt Het Medisch Centrum Alkmaar al aan een klinisch pad voor IBS, waarbij gebruik wordt gemaakt van ICT-voorzieningen. De uitvoering is begonnen met een nulmeting. De eerste reacties van de MDL-artsen en medewerkers in Alkmaar op de plannen van Dimitri Heine waren positief. Maar het verschil tussen theorie en praktijk bleek al tijdens de nulmeting.

Bij de ontwikkeling van zijn plannen – naar het voorbeeld van de Universiteit van Leuven – heeft Dimitri Heine zich niet uit het veld laten slaan door onverwachte hindernissen. Integendeel. Het wakkerde alleen maar de gedrevenheid aan waarmee de MDL-arts nu zijn initiatief samen met anderen uitvoert. Doel is immers een grotere efficiency en patiënttevredenheid en -veiligheid. Efficiency door vermindering van overdiagnostiek en groepsvoorlichting, patiëntveiligheid door vermijden van complicaties van onnodig onderzoek en uniforme, meer *evidence based* behandeling.

Nulmeting

Een nulmeting is nodig om straks te kunnen beoordelen of één van de aannames van de nieuwe werkwijze – daling van het aantal colonoscopieën – juist was. Het moet inzicht geven in het percentage colonoscopieën, het aantal herhalingen ervan en het percentage beeldvormend onderzoek (echo of CT). Uit de nulmeting moet ook blijken in hoeverre diagnoses worden gesteld door uitsluiting van andere mogelijkheden en hoeveel tijd daarmee is gemoeid. Dit is een onderdeel van de analyse van de huidige werkwijze die duidelijk moet maken wat de kritische factoren zijn voor het klinisch pad. Dimitri Heine wilde die nulmeting doen bij lopende onderzoeken onder patiënten met IBS, maar het bleek toch noodzakelijk de informatie uit statussen te halen. “Je verliest even de moed als zoets simpels als het registreren van enkele gegevens niet lukt. Ook al ken ik de omstandigheden en de gevolgen van de werkdruk. Dat is juist één van de redenen om te kiezen voor een klinisch pad. Anderen hebben mij ervan overtuigd dat ik er dan ook niet te zwaar aan moet tillen.”

Het klinisch pad is de ideale route voor de diagnose en de behandeling van patiënten

met klachten die duiden op IBS. In de route zijn de beslismomenten, *evidence based*, vastgelegd. Door de inzet van ICT kunnen alle betrokkenen in het ziekenhuis het gehele verloop *real time* volgen en zo nodig bijstellen. Op elk moment in het proces kan een link worden gelegd naar actuele informatie en vakliteratuur over het desbetreffende onderdeel. Er is een verpleegkundige speciaal belast met het bijhouden van de databank en als patiënten of familieleden vragen hebben over de behandeling, hoeft deze niet meer te wachten op de arts, maar kan men hun direct duidelijkheid verschaffen.

Eén van de essentiële veranderingen in de behandeling is dat de diagnose IBS niet meer wordt gesteld door uitsluiting van alle andere mogelijkheden, maar op basis van de *Rome III-Criteria IBS*. Daarop is de verwachting gebaseerd dat het aantal colonoscopieën zal dalen.

Tevreden patiënten

Een uniform en gereguleerd proces heeft veel voordelen. De einduitkomst is een kwalitatief goede diagnose en behandeling, tevreden patiënten en een efficiëntere besteding van de tijd en de middelen van het ziekenhuis.

“Onderdeel van het systeem is een patiënttevredenheidsonderzoek. Je moet daarbij bedenken dat je betere resultaten behaalt met patiënten die tevreden zijn. Door het klinisch pad weten zij precies wat hen te wachten staat en wanneer. Je geeft ze daar-

.....
‘Opeens zit je aan een bed de spijsvertering uit te tekenen’

mee ook controle over hun behandeling. Ze kunnen aan de bel trekken als een onderdeel geen aandacht krijgt. Ik zal het voorbeeld niet gauw vergeten. Twee patiënten op één kamer hebben hetzelfde ziektebeeld. De één maakt zich grote zorgen over de behandeling, omdat hij geen CT-scan heeft gehad, en zijn buurman wel. De reden bleek niet méér te zijn dan twee verschillende artsen. De ene vond een CT-scan noodzakelijk, de andere niet. Uniformiteit neemt dus onrust weg. Dankzij het klinisch pad weet je dat je wel of geen CT-scan krijgt, op welk moment en wanneer je de uitslag kunt verwachten”

Het moet toch te denken geven, betoogt Heine, dat anno 2009 de verpleging wel het gemopper van patiënten hoort en artsen niet. Of alleen in anonieme onderzoeken. “Dat beeld van die arts op dat voetstuk, die niet wil worden geconfronteerd met ontevredenheid of fouten, is toch niet meer van deze tijd.”

Heine geeft toe dat goede voorlichting niet alleen een verplichting is, maar ook de effi-

ciency bevordert en tijdswinst oplevert. Het voorkomt dat artsen en verpleegkundigen steeds maar weer dezelfde toelichting moeten geven. “Het klinisch pad is ook een omslag in het denken over kwaliteit. In ons denken is kwaliteit een medisch-technische aangelegenheid. Als we de pleister recht hebben geplakt, hebben we ons werk goed gedaan. Vinden wij. We staan er niet bij stil dat patiënten een heel andere beleving van kwaliteit hebben. Als bij een patiënt complicaties optreden, ga je met hem of haar praten. Je vertelt wat er aan de hand is, je geeft uitleg over de oorzaak, de consequenties voor de behandeling. Opeens zit je aan een bed uit te tekenen hoe de spijsvertering werkt. Die patiënt ervaart veel meer kwaliteit en is vaak veel meer tevreden dan de patiënt die probleemloos een behandeling heeft ondergaan.”

Uitgebreide geheugensteun

Heine heeft ervaren dat MDL-artsen het klinisch pad als een keurslijf beschouwen dat voorschrijft hoe zij moeten handelen en voorkauwt welke beslissingen zij moeten

‘Het klinisch pad is een omslag in ons denken over kwaliteit. Als we de pleister recht hebben geplakt, hebben we ons werk goed gedaan. Vinden wij. We staan er niet bij stil dat patiënten een heel andere beleving van kwaliteit hebben.’

nemen. ‘Ik laat mij de les niet lezen door een systeem’, was één van de kritische reacties in Alkmaar. ‘Ik moet als arts autonoom beslissingen kunnen nemen.’

“Het is helemaal geen keurslijf, maar een uitgebreide geheugensteun die je dwingt om aan alles te denken. Of je daadwerkelijk profylactische antistolling toedient, dat is de beslissing van de arts. Je verliest je autonomie niet. Je beperkt wel de risico’s van je handelen. Als je met dit systeem een beslissing neemt, dan doe je dat op grond van heldere informatie, gestructureerd en gedocumenteerd. We werken met duidelijke criteria die de kans op een foute beslissing verminderen. Hetzelfde geldt voor de handelingen die we moeten verrichten: door die goed vast te leggen, voorkom je dat procedures verkeerd worden uitgevoerd.”

Dimitri Heine staat open om anderen te laten delen in de kennis en ervaring die het Medisch Centrum Alkmaar opdoet met het klinisch pad voor het prikkelbare-darmsyndroom. Hij is intussen al bezig met de volgende stap, een klinisch pad voor chronische pancreatitis. “Ik krijg al verzoeken van ziekenhuizen om ons klinisch pad voor IBS te mailen. Dat kan. Maar wat wij hebben gemaakt, is niet geschreven voor alle klinieken. Het is gebaseerd op knelpunten en kritische factoren die zich in onze praktijk voordoen. Belangrijk is dat je het klinisch pad met elkaar ontwikkelt en inhoud geeft. Zo maar een systeem van een ander kopiëren, levert geen draagvlak op.”



TIME OUT KAN LEIDEN TOT AANZIENLIJKE DALING FOUTEN

Vergissen is menselijk, maar liever niet

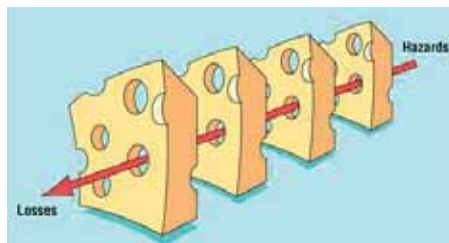
Het doel komt overeen met wat een coach wil als hij een time out vraagt. Hij legt de wedstrijd stil om met het team het spel te bespreken en vast te stellen hoe het verder moet. “Het verschil is dat wij de time out vóór de behandeling willen houden en niet als we bezig zijn”, zegt Erik Schoon.

Anne-Katrien Depla, MDL-arts Slotervaart Ziekenhuis Amsterdam, en Erik Schoon, MDL-arts Catharina-ziekenhuis Eindhoven, onderzoeken of een time out-procedure voor MDL-behandelingen tot een verbetering van de patiëntveiligheid leidt. Zij doen dit als onderdeel van de commissie Kwaliteit en zijn hiermee net gestart. Hun toelichting op het fenomeen time out en het ongemak van ‘een vergissing is menselijk’.

“De veiligheid van patiënten is heel belangrijk als het gaat om de kwaliteit van ons vak. Een van de uitgangspunten voor ons als subcommissie is, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2010 de opvang van patiënten met hoge GI-bloeding opneemt in de *Basisset prestatie-indicatoren Ziekenhuizen*. Dat is niet verwonderlijk: de acute GI-bloeding is een van de meest voorkomende spoedgevallen in ons beroep. Het opnemen in de basisset is hopelijk een stimulans de opvang van deze categorie patiënten in het ziekenhuis verder te verbeteren.”

Een time out-procedure zou kunnen bijdragen aan deze optimalisatie. “Of dat zo is,

gaan we onderzoeken. Voor onze praktijk moet je een time out-systeem hebben dat de kans op fouten zo klein mogelijk houdt. Het moet ook de gelegenheid bieden om in te grijpen en de fout te herstellen. James Reason heeft in 2000 een model beschreven om fouten te voorkomen door het opwerpen van zo veel mogelijk barrières (*Reason’s Swiss Cheese Model*).¹ Al deze barrières hebben echter ook openingen en lacunes.



Als deze door een opeenstapeling van omstandigheden allemaal zijn gepasseerd als door de overlappende gaten in de Swiss Cheese-plakken, dan ontstaan er calamiteiten.”

Schoon: “Om een checklist te kunnen ontwikkelen en toetsen, hebben we een richtlijn nodig. Op dit moment ontwerpt een commissie een richtlijn over de acute hoge GI-bloeding (onder leiding van René van der Hulst, MDL-arts te Haarlem). Wij willen een time out-procedure ontwikkelen die niet te veel tijd kost. Het moet *een kleine moeite en een groot plezier* worden. En met plezier bedoelen we natuurlijk de veiligheid van de patiënt en de beroepsmatige satisfactie van de MDL-artsen en hun team.”

Onderdelen time out

Mogelijke barrières bij een behandeling en onderdelen van een time out-procedure:

- stabiliteit van de patiënt
- plaats van behandeling: IC of endoscopiekamer
- intubatie nodig: ja of nee
- bloedproducten besteld/aanwezig
- AB-profylaxe nodig: ja of nee
- kennis en ervaring van de specialist (simulatie of *hands on*-trainingen?)
- instructie van de specialist: duidelijk of onduidelijk
- kennis en kunde van zijn of haar assistent (opleiding/bijscholing)
- kwaliteit van de apparatuur: therapeutische endoscoop, spoelsysteem, afzuigsysteem, beeldscherm
- zijn de benodigde materialen aanwezig: bijvoorbeeld adrenaline, naalden, Goldprobe, rubberbandligatieset, maar ook het voorraadbeheer ervan
- (eventueel op te nemen in de time-out) reiniging en drogen van de endoscoop, eventuele besmettingskans en technisch onderhoud.

In Nederland passen chirurgen – bijvoorbeeld in het Catharinaziekenhuis Eindhoven – de *time out-procedure* toe in de operatiekamer. Nederlands onderzoek laat zien dat deze procedure al kan leiden tot een aanzienlijke vermindering (50%) van grotere en kleinere fouten.

Betekent het ontbreken van een check vooraf een minder veilige behandeling?

“Nee, want het is in Nederland al goed gesteld met de veiligheid van patiënten. Maar het kan altijd beter. De kwaliteit van de Nederlandse MDL-artsen is hoog. We behoren tot de beste van de wereld. We werken met moderne en goede apparatuur en ons doen en laten wordt op alle mogelijke manieren gecontroleerd, onder meer door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de praktijk zullen niet alle ziekenhuizen even ver zijn gevorderd met hun kwaliteitsbeleid. Dan is een time out-procedure een praktisch hulpmiddel.”

Fouten zijn menselijk, maar kun je die uitsluiten?

“Nee, maar je moet wel alles doen om ze tot een minimum te beperken. Dat bereik je door vooraf gestructureerd stil te staan bij wat je met elkaar gaat doen. Weten we wat van ons wordt verwacht? Zijn de juiste mensen aanwezig? Zo’n check kan ook een confrontatie zijn met de interne organisatie. Zijn de juiste spullen aanwezig en in voldoende mate beschikbaar? Zijn inkoop en voorraadbeheer goed gestructureerd en afgestemd op het aantal patiënten?”

Kan de drukbezette MDL-arts er nog een time out-procedure bij hebben?

“We houden natuurlijk rekening met de praktijk. Een check moet minutenwerk zijn met zo weinig mogelijk impact op de werkdruk van iedereen.”

Een time out-procedure bedenken is één.

Hoe denkt u te bereiken dat MDL-artsen er straks ook naar handelen?

“Het is een onderdeel van het kwaliteitsbeleid dat onze leden onderschrijven. Wij willen een breed draagvlak creëren door onze collega’s actief te betrekken bij de ontwikkeling van de time out-procedure en rekening houden met hun inbreng.”

De referenties bij dit artikel staan op de website www.mdl.nl

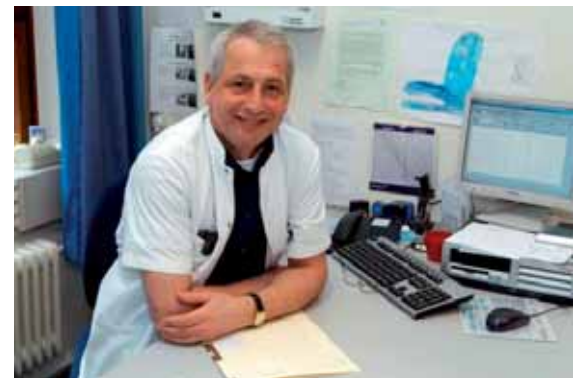
“Transparantie prima, maar wel voor intern gebruik”

In de VS wordt de kwaliteit van colonoscopie mede beoordeeld op het percentage onderzoeken waarbij het coecum wordt bereikt. Ligt de score onder de norm en de cijfers zijn openbaar, dan bestaat kans op reputatieschade. Willen we in Nederland eenzelfde openbaarheid?

Maurice Russel (Medisch Spectrum Twente), voorzitter van de commissie Kwaliteit: “Gedetailleerde registratie zoals in dit Amerikaanse voorbeeld lijkt mij uitstekend. Maar wel voor intern gebruik en voor kwaliteitsverbetering. Prestatie-indicatoren zonder nadere uitleg geven geen goed beeld van de zorg in een individueel ziekenhuis. Transparantie is prima; graag zelfs. Maar niet een situatie waarin patiënten als op de consumentenwebsite Kieskeurig.nl de prestaties van de ziekenhuizen kunnen vergelijken.”

Tijdens de algemene ledenvergadering in oktober draagt Maurice Russel na vier jaar de voorzittershamer over aan Willem Moolenaar (Medisch Centrum Alkmaar). Russel: “We zijn erin geslaagd een vage term als kwaliteit handen en voeten te geven. We hebben de stap gezet van theorie naar praktijk, van een belangrijk rapport naar richtlijnen, concrete prestatie-indicatoren en een complicatieregistratiesysteem. In het begin heerste de angst dat richtlijnen en prestatie-indicatoren betekenen dat je achteraf ‘kan worden gepakt’. Maar kwaliteit meten en wegen komt de zorg ten goede. Nu zijn we zover dat we de leden kunnen voorstellen de net ingevoerde complicatieregistratie te gebruiken als prestatie-indicator voor de kwaliteitsvisitatie.”

“Ook lokale initiatieven kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit. Een voorbeeld. Het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement onderzocht de suboptimale darmvoorbereiding vooraf-



gaand aan colonoscopie¹. Het probleem komt voor bij bijna 50% van de patiënten. In 3,3% van de gevallen wordt dan van colonoscopie afgezien. Wordt de scopie wel uitgevoerd, dan leidt dit tot verlenging van de ingreep met ruim 10%, een kostenstijging van 12–22% en het missen van poliepen. En de patiënt ondervindt extra ongemak.

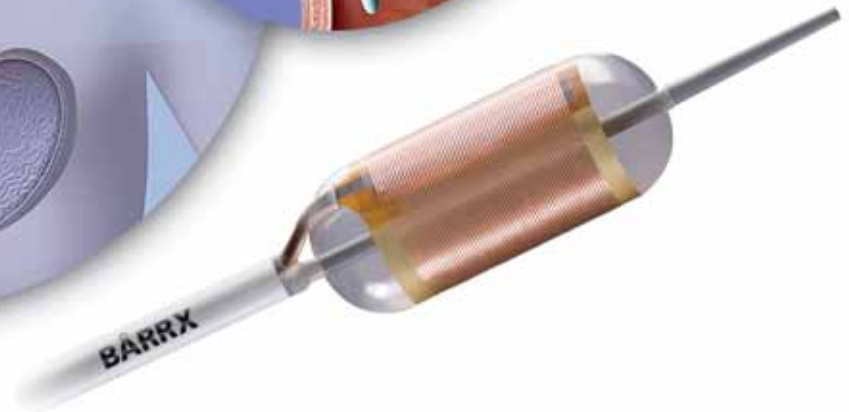
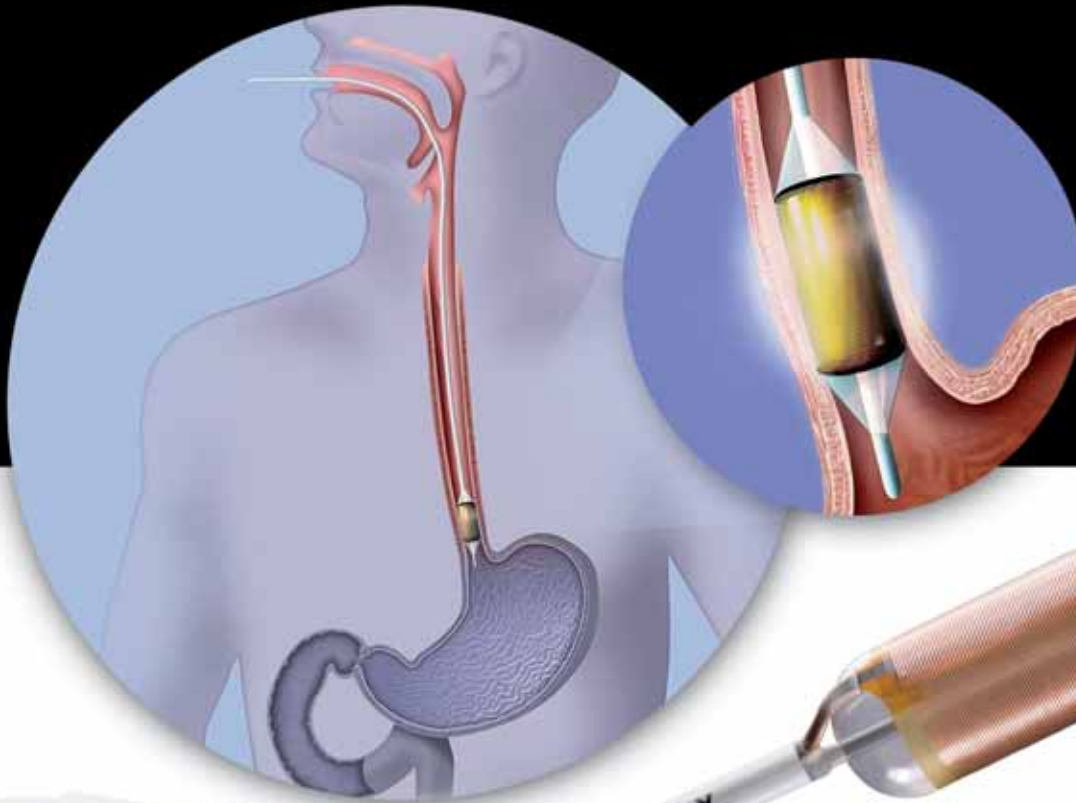
In ons ziekenhuis (met 5000 colonoscopieën per jaar) onderzoeken wij nu waar de oorzaken liggen van slechte darmvoorbereiding. Onvoldoende voorlichting? Slechte instructiefolder? Zijn patiënten van een andere afdeling goed geïnstrueerd? Is het tijdstip van inname van de vier liter lavagevloeistof van invloed?

We hopen ervan te leren hoe we de patiënten kunnen helpen zich zo goed mogelijk voor te bereiden, zodat we onnodige kosten, moeite en ongemak verder kunnen terugdringen. Decentrale initiatieven als het onze komen in heel het land voor, en dat is alleen maar toe te juichen.”

¹Zie www.mdl.nl voor meer gedetailleerde informatie



BÂRRX
MEDICAL



PENTAX Nederland B.V. en BÂRRX Medical Inc.

De ongeëvenaarde R.F.A. techniek van BÂRRX, in combinatie met de PENTAX HiLine processor en mega-pixel HD+ scopen, werpt een nieuw licht op de vroegdetectie en behandeling van Barrett's Oesophagus. Wilt u meer weten over deze toepassing? Bezoek dan onze stand tijdens het **NVGE in Veldhoven op 8 en 9 oktober** en tijdens **Amsterdam Live Endoscopy op 14 en 15 december** of neemt u even contact met ons op. Wij staan u graag te woord.

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

4822 NK BREDA – Nederland

Tel : 076-531 30 31

Fax : 076-531 30 00

E-mail : Lifecare@pentax.nl

www.pentaxlifecare.nl

PENTAX

Stuurgroep komt met kwaliteitshandboek reiniging flexibele endoscopen

Omdat endoscopen bij verschillende patiënten worden toegepast, zijn adequate reiniging, desinfectie en/of sterilisatie van groot gewicht. Naast de adviezen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vormen de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) en de NEN-richtlijnen 'Steriliseren en steriliteit' hiervoor een belangrijk uitgangspunt. De Europese richtlijn EN-ISO 15883 zorgde voor onduidelijkheid binnen het vakgebied en was in 2006 aanleiding tot de oprichting van de Stuurgroep Flexibele Endoscopen Reiniging en Desinfectie (SFERD).

SFERD kreeg van vier vakverenigingen¹ de opdracht een kwaliteitshandboek te ontwikkelen met daarin een voorstel voor verantwoorde reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen. Dit kwaliteitshandboek is op 25 juni jongstleden aan de opdrachtgevers en de IGZ gepresenteerd en vanaf heden te downloaden en vrij te gebruiken. De IGZ gaat de Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke beroepsverenigingen informeren en het handboek bovendien als leidraad hanteren bij het IGZ-toezicht op de beschreven aandachtsgebieden. De Inspectie sprak de wens uit dat de wetenschappelijke verenigingen bijdragen aan de inhoudelijke discussies die moeten leiden tot verdieping in volgende versies van het handboek. Dit heeft dan ook een dynamische status en zal binnen een jaar in een volgende versie worden uitgebracht.

Veiligheidssysteem

Het handboek geeft voor afdelingsmedewerkers tot in detail aanwijzingen voor het reinigen en desinfecteren van endoscopen. Maar daarbij blijft het niet. Een medische professional moet de garantie hebben dat de door hem/haar gebruikte endoscopen veilig kunnen worden toegepast. De profes-

sional dient zich volgens de IGZ hiervan zelf te vergewissen. Om die reden moeten de apparaten zichtbare kwaliteitskenmerken dragen, waarmee de veilige toepasbaarheid kan worden vastgesteld. Uiteraard is het ondoenlijk om vóór iedere scopie alle facetten van reiniging en desinfectie te beoordelen. Daarom is een kwaliteitssysteem noodzakelijk dat waarborgen oplevert voor een adequaat en naspeurbaar reinigings- en desinfectieproces. Het handboek levert daartoe vele handvatten en geeft voorbeelden van invulling van verantwoordelijkheidsgebieden, voordelen van centrale reiniging en desinfectie, *tracking & tracing*, handelwijzen bij en na incidenten, programma's van eisen voor aanschaf en een voorstel voor een audit.

De rol en verantwoordelijkheid van de professional worden daarmee duidelijk belicht. Deze dient zich te vergewissen van de borging van het kwaliteitssysteem om de veiligheid van zijn behandelingen voor de patiënt vast te stellen.

Tijdens de samenstelling van het handboek bleek de uitvoering van één van de aanbevelingen van de WIP en IGZ – het valideren van endoscopendesinfectoren – zich bij de leveranciers van deze diensten nog in een vroeg stadium te bevinden. Er werden uit-



eenlopende programma's met verschillende uitgangspunten bij validerende bedrijven geconstateerd. In de volgende versie van het handboek kunt u concretere voorstellen voor deze procedures tegemoet zien. Ook zal SFERD de in Europa in ontwikkeling zijnde richtlijnen voor droogkasten volgen en in de volgende versie van het handboek hierover een advies opnemen.

Oproep

De Stuurgroep roept u op bij te dragen aan verbeteringen van dit document. Hoe u dit kunt doen, leest u in het handboek zelf. Het Kwaliteitshandboek is te downloaden van de websites van de betrokken vakverenigingen en op de site: <http://www.infectiepreventieopleidingen.nl/sferd>.

Kees Ballemans, voorzitter SFERD, Deskundige Endoscopendesinfectie, UMC Utrecht, en

John van Bergen Henegouw, secretaris SFERD DSMH/Deskundige Scopenreiniging en desinfectie, HagaZiekenhuis Den Haag

Voor meer informatie:
j.vbergenhenegouw@hagaziekenhuis.nl

¹Centrale Sterilisatie Club (CSC), Sectie Endoscopie Verpleegkundigen en Assistenten (SEVA), Vereniging Deskundigen Steriele Medische Hulpmiddelen (vDSMH), Vereniging Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)

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

 GILEAD

viread[™]
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

STUDIE MET HDAC-REMMER BELINOSTAT

Tweedelijnsbehandeling EATL

Perifere T-cellymfomen (PTCL) vormen ongeveer 10% van alle non-Hodgkinlymfomen (NHL) in westerse bevolkingsgroepen en gaan gepaard met een slechte prognose. Een specifieke vorm van T-cel-NHL is enteropathiegeassocieerd T-cel-NHL (EATL). Eerstelijnsbehandeling hiervan kan plaatsvinden in HOVON-verband (HOVON 90 en 91)¹. Bij recidief EATL bestaan er geen standaardbehandelingsopties. Preklinische onderzoeken steunen het verkennend onderzoek naar belinostat in T-cellymfomen. Belinostat vertoonde in vitro een groeiremmende werking tegen cellijnen van T-cellymfomen, waaronder de ALCL- en NK/T-cellymfoom-subtypen. Er is klinische werking van belinostat waargenomen in een lopend Fase-II-onderzoek naar belinostat-monotherapie bij patiënten met recidiverend of refractair huidlymfoom (CTCL) of perifere T-cellymfoom (PTCL). De werkzaamheid wordt bij PTCL- en CTCL-patiënten afzonderlijk geanalyseerd. Van de eerste elf evalueerbare patiënten in de PTCL-groep werd bij twee patiënten een volledige respons (CR) met een significante duur (>9 maanden en voortdurend) waargenomen. Het objectieve responspercentage in beide onderzoeksgroepen, CTCL en PTCL, voldoet aan de vooraf bepaalde criteria om door te gaan naar stap II. De inschrijving loopt.

Doel van het onderzoek

Het primaire doel van dit onderzoek is het bepalen van het objectieve responspercentage bij patiënten met perifere T-cellymfoom die belinostat-monotherapie ontvangen. Secundaire doelen van het onderzoek zijn het bepalen van: de veiligheid van belinostat-monotherapie, tijd tot respons, duur van respons, tijd tot progressie (TTP), progressievrije overleving (PFS), progressievrijpercentage na een jaar, overlevingspercentage na een jaar en totale overleving (OS).

Het is een open-label, multicentrisch werkzaamheids- en veiligheidsonderzoek zonder controlegroep onder patiënten met recidiverend of refractair perifere T-cellymfoom, bij wie ten minste één voorafgaande systemische therapie is mislukt. Ook patiënten met EATL kunnen worden geïncludeerd, de leeftijdsgrens is 75 jaar.

Interventie

De patiënten krijgen elke drie weken op dag 1 t/m 5 gedurende 30 minuten een iv-infuus met belinostat 1000 mg/m², totdat er ziekteprogressie of onbeheersbare, behandelingsgerelateerde toxiciteit optreedt. Het primaire eindpunt van het onderzoek is het objectieve responspercentage (ORR), gedefinieerd als volledige respons (CR) of gedeeltelijke respons (PR) op basis van onafhankelijk radiologisch onderzoek. De veiligheid wordt tijdens het onderzoek en gedurende dertig dagen na de laatste toediening van het onderzoeksgeneesmiddel geëvalueerd.

Primaire onderzoeksparameters/uitkomst van het onderzoek

De primaire variabele van het werkzaamheidsonderzoek is ORR. De beste algehele respons van een individuele patiënt volgens de IHP/IWG-criteria is de beste respons die is geregistreerd van het begin van de

behandeling tot ziekteprogressie/recidive of, indien eerder, tot terugtrekking uit het onderzoek. ORR wordt door een onafhankelijk radiologisch comité beoordeeld.

Secundaire onderzoeksparameters/uitkomst van het onderzoek

De secundaire werkzaamheidsvariabelen zijn: tijd tot respons, duur van respons, tijd tot progressie (TTP), progressievrije overleving (PFS), progressievrijpercentage na een jaar, overlevingspercentage na een jaar en totale overleving (OS). Variabelen van het veiligheidsonderzoek zijn: incidentie van ongewenste bijwerkingen en ernstige ongewenste bijwerkingen, tijd tot intreden en duur van ongewenste bijwerkingen, laboratoriumparameters, voortijdig terugtrekken, vitale functies, ECOG-performancestatus, totale cumulatieve ontvangen dosis versus geplande dosis, en incidentie en tijdstip van verlaging en uitstel van de dosis.

Deelname

Een patiënt met recidief EATL kan participeren in dit fase I/II-onderzoek. U kunt hiervoor contact opnemen met Chris Mulder (c.mulder@vumc.nl) of Otto Visser (o.visser@vumc.nl).

Otto Visser, internist-hematoloog
VUmc, afdeling Hematologie

OPLEIDING

Voor opleiders én AIOS: nieuwsbrief Opleidingsfonds

Het Ministerie van VWS heeft een digitale nieuwsbrief met het laatste nieuws over het Opleidingsfonds: ontwikkelingen, wijzigingen, antwoorden op veelgestelde vragen, interviews met mensen uit het veld en tips voor bestuurders, opleiders en AIOS. De nieuwsbrief verschijnt niet in een vaste frequentie. Er zijn inmiddels twee nieuwsbrieven verschenen, die ook op de website van het Opleidingsfonds zijn geplaatst: www.minvws.nl/opleidingsfonds. Wilt u zich abonneren? Ga naar <http://abonneren.minvws.nl> en meld u aan.



¹stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland (HOVON), www.bovon.nl.

ZIEKTE VAN WHIPPLE

Na honderd jaar nog geen consensus over diagnostisch pad

George H. Whipple beschreef in 1907 een aandoening die werd gekenmerkt door vetstapeling in de intestinale mucosa, gewichtsverlies, vette diarree, buikpijn en artritiden. Zoals men destijds al vermoedde, wordt de ziekte van Whipple veroorzaakt door een infectieus agens. De oorzakelijke bacterie draagt de naam *Tropheryma whipplei* (*trophe* = voeden, *eryma* = barrière). Tot voor kort werd de diagnose gesteld op basis van een positieve PAS-kleuring van duodenumbiopsies. De specificiteit van deze techniek is echter suboptimaal. Met het bekend worden van het gehele genoom van *T. whipplei* zijn moleculaire testen ontwikkeld om het DNA van deze bacterie aan te tonen.

Pilotstudie

In het VUmc is recent een *realtime* PCR (rt-PCR) voor *T. whipplei* ontwikkeld die zeer sensitief en specifiek is gebleken. In een pilotstudie van twintig willekeurig gekozen patiënten die een in essentie niet afwijkende colon-

mucosa vertoonden, bleken drie colonbiopsies positief. Eén van de monsters was sterk positief, hetgeen wijst op een hoge DNA-load. Deze patiënte bleek bij nadere analyse sinds jaren last te hebben van artralgiën, gewichtsverlies, moeheid, verminderde eetlust en microcytaire anemie. Nabepaling van colonbiopsies en duodenumbiopsies liet positieve PAS-kleuring zien. Rt-PCR op deze biopsies en aanvullend op bloed en synoviaalvocht van een pijnlijk gewricht waren allen positief, maar liquor liet geen aanwezigheid van *T. whipplei*-DNA zien. Patiënte wordt op dit moment behandeld met langdurige antibiotica.

De overige positieve monsters behoorden toe aan patiënten die geen klachten gerelateerd aan de ziekte van Whipple vertoonden. Uit een vervolgonderzoek onder consecutieve patiënten die een gastroscopie en/of coloscopie ondergingen, bleek wederom een aantal patiënten positief voor *T. whipplei*-DNA. Waarschijnlijk is de bacterie in deze patiënten een *innocent bystander* of passant.

Indien de ziekte van Whipple wordt vermoed, is het gebruikelijk duodenumbiopsies te onderzoeken op PAS-positiviteit. De rol van moleculaire technieken, waaronder (rt-)PCR, behoort vooralsnog niet tot de standaard bij het stellen van de diagnose.

Oproep

Bij vermoeden c.q. een diagnose van de ziekte van Whipple bij één of meer van uw patiënten zouden wij graag patiëntenmateriaal (duodenumbiopsies, colonbiopsies, faeces, sputum, liquor, synoviaalvocht) zowel kwalitatief als kwantitatief willen onderzoeken op de aanwezigheid van *T. whipplei*-DNA. Zodoende kan meer inzicht worden verkregen over de natuurlijke habitat van dit pathogeen en zijn verspreiding in het menselijk lichaam.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Matthijs Grasman, arts-onderzoeker in het VU medisch centrum: t.grasman@vumc.nl.

Matthijs E. Grasman

WETENSCHAP

CELSIUS-STUDIE

Capsule-endoscopie bij Lynchsyndroom

Bij personen met het Lynchsyndroom bestaat, naast een sterk verhoogde kans op colorectaal- en endometriumcarcinoom, ook een verhoogde kans op het krijgen van dunnedarmcarcinoom. Het *lifetime*-risico wordt geschat op ongeveer 5%. Tot nu toe werd bij deze patiënten geen surveillance verricht naar dunnedarmkanker. Dit was deels het gevolg van het ontbreken van onderzoekstechnieken om de dunne darm te kunnen bekijken. Met de introductie van de videocapsule-endoscopie en de dubbeleballon-endoscopie zijn de mogelijkheden van onderzoek in de dunne darm inmiddels sterk verruimd.

Kortgeleden is een landelijk onderzoek gestart bij personen met aanleg voor het

Lynchsyndroom, gecoördineerd vanuit het UMC Groningen. Het doel van de CELSIUS-studie (Capsule Endoscopie bij Lynch

Deelnemende ziekenhuizen

UMCG, Groningen
AMC, Amsterdam
UMC St Radboud, Nijmegen
VUmc, Amsterdam,
Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis,
Amsterdam
LUMC, Leiden
Erasmus MC, Rotterdam
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
AZM, Maastricht

Syndroom voor Intestinale tUmor Screening) is om de prevalentie en incidentie van neoplastische afwijkingen in de dunne darm bij Lynchsyndroom te bepalen door middel van capsule-endoscopie, eventueel gevolgd door dubbele-ballon-endoscopie. Het onderzoek wordt financieel ondersteund door KWF Kankerbestrijding en wordt uitgevoerd in negen grote Nederlandse ziekenhuizen.

Oproep

Kent u patiënten met het Lynchsyndroom en met interesse in deelname aan dit onderzoek, neemt u dan contact op met hoofdonderzoeker Jan Jacob Koorstra, e-mail: j.j.koorstra@mdl.umcg.nl

EEN ZELDZAME BIJWERKING VAN THIOPURINES

Een veertigjarige vrouw is sedert één jaar bekend met een linkszijdige colitis ulcerosa. Behandeling met mesalazine per os gecombineerd met clysmata mesalazine en beclomethason leidt tot onvoldoende verbetering van haar klachten. Tweedelijns therapie met prednison 40 mg in afbouwschema en azathioprine 2 mg/kg wordt gestart. Bloedcontroles na één, twee en vier weken zijn niet afwijkend.

Vijf weken later ontwikkelt patiënte koorts, dyspnoe en droge hoest. Bij presentatie zien wij een niet-zieke licht dyspnoeïsche dame met een temperatuur van 39 °C. Auscultatie van de longen is zonder afwijkingen. Bij laboratoriumonderzoek is het CRP verhoogd tot 103 mg/L en vallen verder een leucopenie ($2,4 \times 10^9/L$) en anemie (5,4 mmol/L) op. Een X-thorax (figuur 1) toont een normaal beeld van hart en longen, echter op een HR-CT van de longen (figuur 2) worden multipele deels confluerende nodulaire densiteiten omgeven door matglasgebieden in beide bovenkwabben gezien. Bronchoscopie met BAL volgt, maar alle ingezette kweken op bacteriën, virussen, schimmels en onder andere *Pneumocystis Jiroveci* en tuberculose zijn negatief.

De werkdiagnose op dat moment is azathioprine-geïnduceerde pneumonitis. Vier dagen na het staken van de azathioprine is patiënte koortsvrij en nemen haar respiratoire symptomen af. Het leucocytenaantal herstelt binnen twee weken. TPMT-genotypering toont een *1/*3C-genotype compatibel met intermediaire enzymactiviteit.

In tegenstelling tot de bekende dosis-afhankelijke bijwerkingen zoals leucopenie zijn pulmonale bijwerkingen van thiopurines uitermate zeldzaam, maar kunnen zeer fulminant en lethaal verlopen. In de afgelopen 35 jaar zijn in de literatuur zeven cases beschreven van pulmonale toxiciteit door thiopurines bij IBD-patiënten (vier keer M. Crohn, drie maal colitis ulcerosa). Een breed scala aan longafwijkingen variërend van interstitiële afwijkingen tot ARDS-beeld is beschreven. In zes van de zeven gevallen werd de patiënt behandeld met azathioprine, slechts één met 6-mercaptopurine. In de meerderheid van de gevallen ontstaan de klachten ongeveer vier weken na start van de thiopurine, echter tot tien jaar later is beschreven. Staken van de thiopurine is de beste behandeling, eventueel gecombineerd met hoge dosis corticosteroiden indien sprake is van hypoxemie. Opvallend is dat in onze casus een dosis-afhankelijke myelosuppressie optrad gecombineerd met de zeer zeldzame, waarschijnlijk idiosyncratisch verlopende, pulmonale bijwerking.

Conclusie

Clinici die (IBD-)patiënten behandelen met thiopurines, dienen zich te realiseren dat pulmonale klachten ook kunnen worden veroorzaakt door het medicament zelf. Uiteraard dient eerst een grondige work-up te worden gedaan naar een infectieuze oorzaak alvorens de werkdiagnose 'thiopurine-geïnduceerde pneumonitis' mag worden gesteld.

Alexander G.L. Bodelier en Wim Hameeteman, UMC Maastricht

Voor illustratiemateriaal: zie www.mdl.nl.

COLUMN



BART ELSMAN

BIDDEN

Zoals vermeld in het Katholiek Nieuwsblad veronderstelde ik bij de promotie van Arine Vlieger over complementaire therapieën in de kindergeneeskunde, dat door de ontkerstening de vraag naar alternatieve therapieën zou zijn toegenomen.

In een Amerikaanse enquête antwoordde 36%, dat zij gebruikmaakten van 'alternatieve therapie'. Als bidden werd toegevoegd, steeg dit percentage tot 62%: 43% bidt voor de eigen gezondheid, 24% bidt voor anderen. 75% denkt er baat bij te hebben.

Mijn moeder hield bij ziekte in de familie een 'novene': zij bad negen opeenvolgende dagen in de kapel van Maria van Haarlem.

Voor specifieke aandoeningen beschikt de katholieke kerk over patroonheiligen. De patroonheilige voor proctologische patiënten is St. Fiacre, een Ierse monnik die in 670 overleed. In de 17e eeuw liet kardinaal Richelieu de botten van St. Fiacre opgraven om ze zonodig tegen zijn anus aan te leggen.

Sint Elmo is de patroonheilige voor patiënten met appendicitis, prikkelbare darmen en coeliakie. In het jaar 303 werd hij op gruwelijke wijze gedood: het proximale deel van zijn darm werd vastgemaakt op een spoel die door een wiel werd rondgedraaid. Steek daarom een kaars aan voor een patiënt met buikpijn, wrijf over zijn/haar buik en bid: "Sint Elmo, verlos deze onschuldige van zijn/haar lijden en bid bij de Vader voor een perfecte gezondheid en verlossing van de pijn. Amen."

In een recent Cochrane review werd het effect van bidden bestudeerd aan de hand van tien RCT's met meer dan 7000 deelnemers, voor wie wel of niet werd gebeden. De meeste studies toonden geen verschil in resultaat wat betreft gezondheid tussen beide groepen.

Conclusie: waarschijnlijk helpt het niet, maar het kan ook geen kwaad.

Ik kan het mijn moeder dus niet kwalijk nemen. Misschien kan zij daarboven toch nog wat bereiken.



Een nieuw antwoord op terugkerend brandend maagzuur

NIEUW

- Werkt anders dan bestaande middelen tegen brandend maagzuur
- Pakt als enige de bron van brandend maagzuur aan
- Bij klachten slechts 1 tablet per dag nodig
- Handige meeneemverpakking
- Nu zonder recept verkrijgbaar bij drogist en apotheek

Pantozol Control. Brandend maagzuur onder controle

Kijk voor meer informatie op www.pantozolcontrol.nl
Lees voor het kopen de aanwijzingen op de verpakking.



TEKORT AAN MDL-ARTSEN NIET ZOMAAR OPGELOST

Gebruik Europees netwerk

De vacaturedruk voor MDL-artsen zal niet op korte of middellange termijn vanuit Nederland zelf kunnen worden opgelost. Daarom zetten Van BH & Partners zich in om MDL-artsen uit Duitstalige en andere EU-gebieden naar Nederland te halen. Alleen al in Duitsland zijn 4000 en in Oostenrijk 800 gecertificeerde MDL-artsen werkzaam.

In Nederlandse ziekenhuizen zijn al langer én naar tevredenheid Duitse specialisten, waaronder MDL-artsen, anesthesisten en cardiologen, actief. Naast de goede collegiale verhoudingen (minder hiërarchisch) en het betere salaris speelt het kunnen uitoefenen van het vak in de volle breedte een grote positieve rol. In het algemeen zijn deze MDL-artsen goed opgeleid en kunnen zij zich onze taal binnen enige maanden eigen maken. Bijkomend voordeel is, dat Duitse MDL-artsen zijn opgeleid om zelf bij hun eigen patiënten chemotherapie toe te passen.

Uiteraard zijn er verschillen te overbruggen en zijn er nadelen die voor sommige kandidaten deze beslissing moeilijk en voor potentiële opdrachtgevers (ziekenhuisbesturen, maatschappen) het risico te groot maken. Zo moeten deze artsen wennen aan ons systeem. Vrij gevestigde MDL-artsen 'doen' alleen poliklinische patiënten en verichtingen vanuit een praktijk aan huis; ziekenhuis-MDL-artsen in Duitsland alleen kliniek. Begeleiding bij de overschakeling naar Nederland is daarom belangrijk.

Intermediair

Vanuit een gerichte opdracht zoekt ons team in haar uitgebreide Europese netwerk contact met geïnteresseerde MDL-artsen. Potentiële kandidaten zullen – alvorens te worden voorgedragen aan de opdrachtgever – zorgvuldig worden gescreend, zowel vak-

inhoudelijk als persoonlijk. Deze screening vindt plaats aan de hand van een in samenwerking met de opdrachtgever opgesteld competentieprofiel. Daarnaast voorzien wij in een zorgvuldige en grondige follow-up.

Ook begeleiden we de artsen bij:

- verwerving van NL-certificaten en het voldoen aan de door de MSRC gestelde eisen;
- inpassing in de Nederlandse werksituatie (ziekenhuis en maatschap);
- wegwijs raken in de verschillende MDL-zorgpaden zoals door de NVMDL opgesteld;
- aanpassing van familie en gezinsleden aan de nieuwe Nederlandse situatie. Hierbij moet onder meer worden gedacht aan voorlichting over huisvesting, scholing, kinderopvang en verzekeringen.

Wij zijn momenteel in gesprek met mogelijke kandidaten in Duitsland en met enige contacten in Oostenrijk en Tsjechië.

Gebruik uw Europese netwerk

Natuurlijk kunnen wij niet het hele tekort aan MDL-artsen oplossen. Maar het zou een goede zaak zijn, wanneer meer (oud-) hoogleraren en NVMDL-leden hun Europese netwerk zouden gebruiken om nieuwe MDL-artsen te werven.

Prof. dr. Gerard P. van Berge Henegouwen,
MDL-arts te Velp
gbergehe@telfort.nl

MEDISCH CONTACT: "Artsentekort niet overal even nijpend"

Robert Crommentuyn maakte in *Medisch Contact* van 16 juli jongstleden bekend dat er een opleving van de banenmarkt voor artsen is. Een ziekenhuis in de periferie zoals het Delfzicht Ziekenhuis in Delfzijl heeft echter de afdeling klinische gynaecologie en klinische kindergeneeskunde gesloten omdat, na vertrek van vier gynaecologen die de 60 gepasseerd waren, geen opvolgers konden worden gevonden.

Ook meldde hij dat de banenmarkt in het tweede kwartaal 2009 19 nieuwe vacatures voor MDL-artsen liet zien met een extra vacature nood van 5% per 100 MDL-artsen. De MDL voert nu de banenmarkt krachtig aan. Mede hierdoor ontstaan ook op politiek niveau een zekere herkenning en erkenning van onze nood. Blijf daarom al uw vacatures adequaat adverteren en op de website van onze vereniging neerzetten!

Een klein vergelijkend onderzoek naar de actuele wachttijden op independer.nl laat zien hoe de situatie verergert. Voor een polibezoek aan MDL-artsen moeten patiënten nu in 60 ziekenhuizen langer dan vier weken wachten. Er zijn al zeven ziekenhuizen die de maximale wachttijd volgens de Treeknorm voor gastroscopie ver overschrijden.

We zullen dit najaar de enquête naar de vacature nood, zoals bij u al eerder is neergelegd in 2008 (*MAGMA 2009:10-11*), herhalen om optimaal geïnformeerd te blijven over de vacature nood. Daarnaast zullen we kijken hoe de endoscopieproductie in Nederland zich ontwikkelt. We hebben dit al eerder gedaan in 1999 en 2004 (*Neth J Med 2006;64:371*) en het lijkt verstandig met uw medewerking cijfers om de vijf jaar inzichtelijk aan 'de overheid' te presenteren.

Chris Mulder

Contrastechografie: aanwinst in diagnostiek leverafwijkingen

Radiologische technieken zijn niet weg te denken bij de diagnostiek van leverafwijkingen. De meeste focale leverafwijkingen worden bij toeval gevonden bij echografische analyse bij bovenbuiksklachten of tijdens screeningsonderzoek naar tumoren bij levercirrose. Voor verdere differentiatie volgt meestal CT of MRI. Maar nieuwe ontwikkelingen zorgen ervoor dat echografie zich kwalitatief kan meten met MRI en CT en zelfs meer aandacht verdient. CT wordt het meest toegepast in de diag-

nostiek van levertumoren. CT gaat echter gepaard met een stralingsdosis. Van MRI zijn de kosten hoog en is de beschikbaarheid beperkt. Bij beide typen onderzoeken dient intraveneus contrast te worden gegeven. Deze contrastmiddelen kunnen, vooral bij patiënten met verminderde nierfunctie, een verdere verslechtering van de nierfunctie veroorzaken. Dit effect komt zowel voor bij jodiumhoudende (CT) contrastmiddelen als bij gadolineumhoudende (MRI) contrastmiddelen. Zowel CT als MRI met intraveneus contrast hebben dus duidelijk nadelen.

Ontwikkeling echografisch onderzoek

Verschillende ontwikkelingen hebben bijgedragen aan de verbetering van echo-apparatuur, waarvan *kleuren Doppler* en *Harmonic Imaging* de voornaamste zijn. Een belangrijke beperking, namelijk de karakterisering van levertumoren, is niet opgelost. Levertumoren zijn vaak bijna iso-echoeën. Bij CT en MRI maakt men gebruik van de bloedvoorziening van levertumoren. Na intraveneuze injectie van contrast ontstaan verschillende fasen waarin beelden worden gemaakt: een blanco fase, een arteriële fase,

Een nieuw antwoord op terugkerend brandend maagzuur

NIUW

Pantozol Control.
Brandend maagzuur onder controle

Kijk voor meer informatie op www.pantozolcontrol.nl
Lees voor het kopen de aanwijzingen op de verpakking.

95-0109-0775

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, eradicatie 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 antischimmelmiddelen. 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, specifieke pijn, rugpijn, asthenie en griepachtige ziekte. **verpakkingen** Doos met 7 of 28 tabletten. **prizen** Volgens Z-Index. **vergoeding** Volledige vergoeding. **uitgebreide productinformatie** Op verzoek beschikbaar. **datum** augustus 2008.

een portale fase en een late fase (uitwasfase). De ontwikkeling van echocontrastmiddelen maakt het mogelijk om tijdens echografisch onderzoek deze fasen te onderscheiden en te gebruiken voor karakterisering. De huidige *microbubble* contrastmiddelen garanderen voldoende diagnostische betrouwbaarheid. Microbubbles kunnen 'overall' worden gedetecteerd: in grote bloedvaten, maar ook in de microcirculatie.

Bij contrastechografie wordt een leverlaesie onderscheiden van het normale leverweefsel, volgens hetzelfde concept als bij CT of MRI. Met als voordeel dat de echocontrastmiddelen geen nefrotoxisch effect hebben. Het gas uit de microbubbles wordt geëlimineerd via de longen.

Vergelijkende studies laten zien dat de diagnostische betrouwbaarheid van contrastechografie gelijk is aan die van CT of MRI, concordantie tot 90% is mogelijk. Contrastechografie maakt in circa 90% van de gevallen een correct onderscheid tussen maligne en benigne laesies, en kan met een exactheid van circa 80% het type van de laesie vaststellen. De incidentie van focale leverlaesies bedraagt waarschijnlijk 7,5%, zodat mogelijk 1,2 miljoen Nederlanders een afwijking in de lever hebben. Goedaardige hemangiomen zijn het

meest talrijk en kunnen zeer goed met contrastechografie worden vastgesteld, zodat daarvoor CT of MRI niet meer noodzakelijk zijn. De zeldzamere afwijkingen zoals adenoom, focale nodulaire hyperplasie of een gecompliceerde cyste kunnen echter ook adequaat worden gediagnosticeerd met behulp van contrastechografie. Hetzelfde geldt voor maligniteiten (hepatocellulair carcinoom en levermetastasen).

Met de uitbreiding van zorg zullen vaker onverwachte – gelukkig meestal goedaardige – leverafwijkingen worden gevonden. Met de toename van overgewicht zullen ook vaker pseudolaesies worden gevonden, zoals focale non-steatose in een steatotische lever. Zeker in de diagnostiek van veel voorkomende benigne afwijkingen zijn veiligheid, beschikbaarheid en kosten van groot belang. Contrastechografie voldoet aan deze voorwaarden, maar bovenal zijn de specificiteit en sensitiviteit uitstekend. Hemangiomen worden in 78–93% en focale nodulaire hyperplasie in 85–100% juist gediagnosticeerd; voor het onderscheid tussen benigne en maligne afwijkingen is de specificiteit 93%, de sensitiviteit 98% en de diagnostische accuratesse 88–91%. AASLD¹ en EASL² zetten contrastechografie op gelijke lijn met CT en

MRI. In Nederland is nog niet iedereen deze mening toegedaan.

Contrastechografie in Nederland

In zowel het Erasmus MC als in het UMC St. Radboud (en enkele andere grote Nederlandse ziekenhuizen) wordt gebruikgemaakt van contrastechografie. In Rotterdam wordt het onderzoek uitgevoerd door MDL-artsen, in vrijwel alle andere ziekenhuizen door radiologen. Het gebruikte contrastmiddel van keuze is Sonovue[®], waarmee de meeste ervaring bestaat.

Contrastechografie is volgens de gebruikers niet meer weg te denken, en geeft goede resultaten met betrekking tot de diagnostiek van focale leverhaarden. Niet alleen heeft het een vergelijkbare gevoeligheid ten opzichte van CT en MRI, het versnelt het diagnostische traject, bespaart CT- en MRI-tijd, reduceert kosten en is in de diagnostiek van focale leverhaarden veilig.

Pavel Taimr en Rob de Knecht, MDL-artsen, Erasmus MC Rotterdam
Heleen Dekker, radioloog, UMC St Radboud, Nijmegen

Voor illustratiemateriaal: zie www.mdl.nl.

¹ American Association for the Study of Liver Diseases ² European Association for the Study of the Liver

BARRETT'S ESOPHAGUS REVISITED: EPIDEMIOLOGY, RISK STRATIFICATION AND CANCER PREVENTION

Pieter Jan F. de Jonge, 20 mei 2009, Erasmus Universiteit Rotterdam

Screening en endoscopische surveillance van patiënten met Barrett oesofagus is omstreden. Het onvermogen om binnen de algehele populatie te voorspellen wie deze premaligne afwijking heeft én onduidelijkheid over het natuurlijk beloop van Barrett oesofagus vormen belangrijke beperkingen. In dit proefschrift worden studies beschreven naar de epidemiologie van Barrett oesofagus met betrekking tot trends in de incidentie van Barrett oesofagus in Nederland, de progressie tot hooggradige dysplasie en adenocarcinoom, alsmede het risico op colorectaal carcinoom. Tevens zijn risicofactoren voor het optreden van adenocarcinoom bij patiënten met Barrett oesofagus onderzocht, waarbij het mannelijk geslacht, hogere leeftijd, laaggradige dysplasie, roken, een BMI>25 en werk in een voorovergebogen houding als belangrijke onafhankelijke voorspellers werden geïdentificeerd.

Naast epidemiologische studies omvat het proefschrift klinische studies naar de waarde van videocapsule-endoscopie in de slokdarm ter detectie van refluxgerelateerde slokdarmafwijkingen en basale studies naar de preventieve effecten van protonpompremmers bij patiënten met gastro-oesofageale refluxziekte op de ontstekingsreactie en oxidatieve stress in slokdarmweefsel.

Curriculum vitae

Pieter Jan F. de Jonge (Oud-Beijerland, 1983) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na het behalen van de propedeutische fase (*cum laude*) startte hij in 2002 tevens met de Master of Science-opleiding Clinical Epidemiology. In juli 2005 behaalde Pieter Jan zijn doctoralexamen en rondde hij gelijktijdig de studie Clinical Epidemiology af. Aansluitend werkte Pieter Jan tot januari 2008 als promovendus op de MDL-afdeling van het Erasmus MC. Promotores van onderhavig proefschrift waren prof. dr. Ernst J. Kuipers en prof. dr. Peter D. Siersema. Begin 2008 startte De Jonge met zijn co-schappen. Vanaf januari 2010 zal hij in Rotterdam worden opgeleid tot MDL-arts.

Het proefschrift is te verkrijgen via: p.dejonge@erasmusmc.nl.

MDL IN ALKMAAR

Kaaskoppen en teamwork

Het zijn de mensen die het doen: een waarheid als een koe. Een koe geeft melk en daarvan maak je... Juist, van kaas weten ze in Alkmaar alles. Van mensenwerk ook. Als Alkmaars MDL-team stellen wij ons zelf graag aan u voor, trots als wij zijn op onze samenwerking, enthousiasme en vernieuwingsdrift.

Hans Tuynman, opleider-MDL en voorzitter van het Amsterdams Gastro-enterologisch Genootschap (Gutclub), mag je elk moment van dag of nacht wakker maken voor welke MDL-casus dan ook. Hij is de grondlegger en inspirator van de Alkmaarse MDL-praktijk en MDL-opleiding van vandaag. Hans wordt krachtig bijgestaan door Willem Moolenaar, generalist met speerpunt oncologie en aankomend voorzitter van de Commissie kwaliteit van de NVMDL; Arnoud van Oijen, waarnemend opleider en Barrett-onderzoeker; Dimitri Heine, zorgpadontwikkelaar en man met de gouden handen die geen interventie uit de weg gaat; Michael Klemt-Kropp, leverkenner in hart en nieren en wandelende bibliotheek; en Elvira George, charmante en immer betrokken en zorgzame kinderarts-MDL.

Samen met chef de clinique Azem Karimbeg, die klaargestoomd wordt om de MDL-zorg in Suriname verder te helpen opbouwen en assistenten-in-opleiding Maarten Tushuizen en Andries van der Linden, *eager, angry and coming young men*, dragen zij de verantwoordelijkheid voor de MDL-zorg voor 350.000 inwoners van Alkmaar en omstreken. Zij worden bijgestaan door gedreven medewerkers, zoals twee *nurse practitioners* ten behoeve van de colorectale oncologie, twee *nurse endoscopists* die al



V.l.n.r.: Dimitri Heine, Maarten Tushuizen, Hans Tuynman, Arnoud van Oijen, Elvira George, Michael Klemt-Kropp en Willem Moolenaar

sinds jaar en dag screening- en surveillance-coloscopieën doen, een IBD-nurse en een *nurse practitioner* hepatologie.

Vernieuwing

Recent zijn infrastructuur en behuizing van de klinische afdeling (24 bedden), polikliniek, Echo-VC-DB-endoscopie-afdeling (vijf kamers) en functie-afdeling (pH-impedantie-manometrie) geheel vernieuwd. Met het in ZIS en HIS geïntegreerde Endobase® – opvolger van het door *grand old man* Jan Lourens ontworpen en op Apple-Macintosh draaiende ICT-systeem – is snelle en beeldende verslaglegging een genot.

De afdeling is blij met de korte lijnen en het uitstekende opleidingsklimaat binnen het grote Medisch Centrum Alkmaar (STZ-ziekenhuis, 900 erkende bedden). Als opleidingsziekenhuis hebben we een nauwe en

welke samenwerking met de universitaire centra, met name het VUmc. Behalve met deze centra vindt research ook plaats in Gutclub-verband.

Aan verbetering van onze dienstverlening werken we continu. Vier maal per jaar verschijnt een MDL-bulletin voor de verwijzers en eenmaal per jaar vindt een minisymposium plaats waar NHG-standaarden worden gekoppeld aan MDL-zorgpaden, in aanbouw volgens Leuvens model. Zie hier voor het interview met Dimitri Heine over het ICT-ondersteunde klinisch pad voor IBS op pag. 76/77.

Toekomst

In Alkmaar wordt noest gebouwd aan de MDL-afdeling van de toekomst. Wie hieraan als MDL-arts met ons mee wil timmeren, nodigen wij van harte uit! Een business-seat bij AZ is inbegrepen.

Maagzuur?

Pariet werkt direct!

- *Stabiele en betrouwbare maagzuurremmer*
- *Snelle en effectieve werking*^{1,2}
- *Geen metabole interacties*³
- *Kleine, patiëntvriendelijke tablet*
- *Volledige vergoeding*



Voor meer informatie, kijk op:
www.pariet.nl

 JANSSEN-CILAG B.V.

1) Robinson, M. Review article: pH, healing and symptom relief with rabeprazole treatment in acid-related disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004 Nov;20 Suppl 6:30-7.

2) Pantoflickova D, et al. Acid inhibition on the first day of dosing: comparison of four proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther* 2003 Jun 15;17(12):1507-14.

3) Verkorte SPC tekst Pariet elders in deze uitgave.