

STAND VAN ZAKEN **2** / DARMKANKER: INITIATIVES IN EUROPE **4**
DUITSE COLLEGA'S IN NEDERLAND **7 & 9** / ORATIE **11** / THEMA
DURE GENEESMIDDELEN: OVERHEVELING TNF- α -REMMERS **12-23**
PROBLEEMGEORIËNTEERD ONDERWIJS **25** / CASUÏSTIEK **27**
PROEFSCHRIFTEN **29** / DE AFDELING **31**



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 17 / NUMMER 1 / MAART 2011

OVERHEVELING TNF- α -REMMERS: LANDVERSCHUIVING VOOR ZORGAPOTHEKEN



Marktwerving

Vaak wordt gezegd dat artsen zich niet met marktwerving moeten bemoeien, laat staan specialisten. Op de keeper beschouwd zit daar best wel wat in, ook schoenmakers houden zich tenslotte bij hun leest. En de overheid dan? Die moet zich zeker verre houden van marktwerving, helemaal als het gaat om onderwijs. Kijk naar de opleiding tot medisch specialist. Dit organiseerden de UMC's in het verleden zelf. En dit gebeurde, zo goed en zo kwaad als dat ging, binnen hun eigen budget. Maar ja, er moest worden bezuinigd en de UMC's werden van deze taak ontheven; de overheid ging het zelf doen.

Uit oogpunt van gelijkheid kreeg elk UMC eenzelfde zak met geld voor het opleiden van een x-aantal studenten tot medisch specialist. Elke UMC werd over dezelfde kam geschoren. Deze gelijkheid ging sommige Kamerleden te ver. Dankzij een sterke regionale lobby slaagde Groningen erin anderhalf keer zo veel te bemachtigen, terwijl ook Limburg en Rotterdam er meer kregen. Groningen en Limburg, zo heet het dan, kunnen anders niet opboksen tegen de aantrekkelijke Randstad; Rotterdam heeft met slechts één UMC het grote Brabant als 'achterland' en kreeg ook meer AIO-plekken.

De verdeling is nu als volgt. Voor de 300 afgestudeerden aan de VU en aan de UVA zijn er twee keer 100 specialis-tenplekken. Groningen en Rotterdam hebben er voor 300 afgestudeerden elk 150, Limburg 125 en de rest hangt daar zo'n beetje tussenin. Dit verschil in aanbod moet voldoende zijn om de markt verder zijn werk te laten doen, meent de overheid.

Het heeft niets met marktwerving te maken. Het is je reinste discriminatie. Een in Amsterdam afgestudeerde arts heeft 33% kans op een AIO-plek en in Groningen of Rotterdam 50%. Op papier, de praktijk discrimineert nog meer. Want eenmaal afgestudeerd in Groningen of Maastricht lonkt voor menig een de Randstad, ongeacht het aantal specia-listenplekken. In feite dingen naar die 200 plaatsen in Amsterdam veel meer dan 600 afgestudeerden mee. Hoe het anders kan? Geef de ziekenhuizen in dezen hun verantwoordelijkheid terug en probeer als overheid niet de marktwerving te sturen. Maar wellicht is het een idee om ergens midden in het land één heel groot MOC neer te zetten, één medisch opleidingscentrum waar alle specialisten moeten worden opgeleid.

TRANSFERS

Noorden

Muhammed Bubic en Stephan Schmittgens blijven in Drachten werken. Pieter Spoelstra (1946) werkt nog even door in Leeuwarden tot Rinze ter Steege hem in 2012 opvolgt.

Westen

In het IJsselland Ziekenhuis in Capelle praat men met een kandidaat 6^e MDL-arts.

Delft slaagt erin het verlies van 3 MDL-artsen binnen een jaar goed te maken met de komst van Bart Veldt als 6^e MDL-arts. Men zoekt daarnaast een 7^e MDL-arts. In het OLVG start hopelijk nog dit jaar een 6^e MDL-arts.

David Hirsch neemt, na een korte periode in Amstelveen, waar in het Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam. In Zaandam start weer een internist als endoscopist, Pascale Dekkers blijft de enige geregistreerde MDL-arts. Peter Houben (Terneuzen) start als 4^e MDL-arts in het Slotervaart Ziekenhuis.

In Dordrecht zoekt men dringend een 6^e, maar ook een 7^e MDL-arts en praat informeel over dissociatie.

Gouda zoekt een 3^e en 4^e MDL-arts. Het EMC gaat onverdroten door: Pieter Dewint uit België is gestart voor de IBD en Thomas van Wollegghem, ook uit België, voor hepatologie. Jelle Haringsma verlaat na bijna 20 jaar de Academie en start als 5^e MDL-arts in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam. De MDL-groep EMC is verreweg de grootste in Nederland en breidt uit.

Hanna Telleman (VUmc) start als 6^e MDL-arts in Almere op 1 april a.s. Richard de Vries (Rijnstate) komt terug in de MDL en werkt de komende jaren in het VUmc.

Els Hoekstra (AMC) verlaat Nederland en start als MDL-arts in Zwitserland, ze volgt haar partner die er als bankier werkzaam is.

Woerden zoekt liefst dit voorjaar 2 MDL-artsen.

Oosten

De maatschap Ede heeft Wout Maris (AZM) als 6^e MDL-arts in 2011 binnengehaald.

In het CWZ te Nijmegen is er ondanks de komst van Karin Kok en Conny van Enckevort een groeiende MDL-wachtlijst.

Lees verder op pagina 25.

Eerlijk bezuinigen

Bestaat eerlijk bezuinigen? Is het mogelijk de tering naar de nering te zetten op een manier die recht doet aan alle specialisten? Dat is niet eenvoudig in een periode waarin er sterke verschillen bestaan in zorgvraag en daaraan gekoppelde groei. Het Capaciteitsorgaan heeft berekend dat de MDL-artsen in de afgelopen tien jaar procentueel de snelst groeiende medisch-specialistische beroepsgroep zijn geweest met een groei van 125%. Gebaseerd op het aantal vacatures en de verwachte introductie van het darmkankerbevolkingsonderzoek is voor de komende tien jaar nog een keer een dergelijke groei te verwachten. Dit is niet omdat wij dat zo graag willen, maar gebaseerd op zorgontwikkelingen en kwaliteit.

Bovenstaande vraag moet worden geadresseerd in een tijd dat de ziekenhuisbudgetten de komende jaren slechts beperkt zullen groeien, met 2,5% per jaar. Als ijkjaar is 2007 genomen. Dat lijkt alleszins eerlijk. Echter, als die beperking uniform wordt afgewenteld op alle specialismen en wordt gebaseerd op een historisch budget, dreigt voor ons en daarmee voor onze patiënten een sterke onderbedeling. Deze manier van budgetteren benadeelt opkomende specialismen op een keiharde manier, waardoor hun noodzakelijke groei achterblijft of zelfs in de kiem wordt gesmoord. Daarbij moet worden opgemerkt dat voortschrijdend inzicht, nieuwe technieken en steeds betere gezondheidszorg juist vragen om nieuwe ontwikkelingen, die in vele gevallen leiden tot verbetering van kwaliteit en uitkomst, en in ons geval niet zelden ook tot aanzienlijke besparing van kosten voor opname en duurdere alternatieve ingrepen.

Voor alle duidelijkheid, er zal moeten worden bezuinigd, ook in de gezondheidszorg. Maar scheer niet iedereen over één kam. Houd rekening met de groei en de krimp van verschillende specialismen. Dat is wel zo eerlijk richting patiënt: degene die om de zorg vraagt.

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



Dure geneesmiddelen: een hoofdpijndossier

Veel MDL-collegae maken zich zorgen over de aanstaande 'Overheveling TNF- α -remmers'. De minister heeft per brief laten weten dat de maatregel op 1 januari 2012 definitief zal worden ingevoerd. In deze MAGMA laten wij vrijwel alle betrokken partijen aan het woord: NVZ, Apotheekzorg, NPCF, VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de reumatologen en een MDL-collega/IBD-specialist. Sommigen beschouwen de maatregel vooral als een ordinaire bezuiniging, anderen als onvermijdelijke stap om de bestaande opneemfinanciering van het GVS te beperken: het jaarlijks groeiende bedrag van € 900 miljoen aan extramuraal specialistische geneesmiddelen. Alleen over het *hoe* wordt verschillend gedacht.

VWS legt uit waarom de maatregel noodzakelijk is. Men baseert zich op een CVZ-advies om de huidige willekeur van vergoedingen binnen een eenduidiger systematiek van aanspraak en bekostiging onder te brengen. Het overhevelen sluit aan bij de wijze van financiering van andere medisch-specialistische behandelingen en legt de regie bij de medisch specialist als voorschrijver.

De minister wil op termijn alle dure geneesmiddelen (oncologie, weesgeneesmiddelen, auto-immuun) onder de ziekenhuiszorg brengen. De keuze om TNF- α -remmers als eerste over te hevelen, is ingegeven door het feit dat binnen deze groep zes middelen beschikbaar zijn. Men hoopt hiermee marktwerking en prijsconcurrentie te stimuleren. Dit is een van de eerste opvattingen waarover de meningen uiteenlopen. Dermatologen, oogartsen, reumatologen en MDL-artsen gebruiken ieder hun vertrouwde, maar verschillende remmers die zeker niet uitwisselbaar zijn. Ook wordt van verschillende kanten de vrees geuit dat directies van ziekenhuizen dwangmaatregelen zullen opleggen, waardoor patiënten van noodzakelijke geneesmiddelen verstoken zullen blijven. Omdat het inzicht en de financiële mogelijkheden per ziekenhuis verschillen, bestaat de vrees van 'postcodegeneeskunde'.

Een belangrijk hoofdpijnpunt vormt de momenteel voortreffelijke thuiszorg voor patiënten die met TNF- α -remmers starten. Zijn de ziekenhuizen (financieel) in staat om deze zorg te handhaven? VWS stelt dat hiervoor compensatie (*add-on*) beschikbaar zal komen. Alle partijen pleiten ervoor om toch vooral de kwaliteit van de zorg voor deze complexe en kwetsbare groep patiënten voor ogen te houden.

En wat doen wij als MDL-artsen? Zullen we gespecialiseerde centra voor complexe IBD-patiënten gaan opzetten?

Hier past het Chinese gezegde in periodes van grote stress: *Het zijn interessante tijden!*

Oordeelt u zelf.

Marten Otten, Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Colorectal Cancer Initiatives in Europe

Gastroenterology is poorly understood and not very much appreciated by the lay public and politicians. However, once they were informed they were amazed and impressed at the contribution gastroenterology makes to healthcare. Gastroenterology is a multidisciplinary profession with the aim of delivering a patient-centred service. The role of the Public Affairs Committee (one of the four sub-committees of the United European Gastroenterology Federation) is to highlight the importance of gastroenterology to the public, healthcare providers and political leaders. From a public health perspective it was apparent that colorectal cancer screening is a health priority. There is compelling evidence that screening is cost effective in all economic modelling exercises which have been performed by the Public Health School in Rotterdam. In 2003 the Council of Europe declared that all citizens over the age of 50 have a right to a quality assured colorectal cancer screening programme as well as breast and cervical cancer screening in Europe. Colorectal cancer screening is less developed than cervical and breast cancer screening programmes.

The Public Affairs Committee commissioned a survey to assess the knowledge of colorectal cancer of a thousand individuals over the age of 50 years in 22 different European countries including the Netherlands. The result showed a depressing lack of knowledge of colorectal cancer but a strong willingness to participate in a screening programme. A European survey of national societies has shown that 14 countries already have screening programmes, 13 have planning strategies and 5 have no plans yet. The major reason for non-implementation is lack of political will and financial constraints. Although all experts agree that any screening is better than none, there is no consensus on a single programme.



There are two possibilities – a one or two step approach. A one step approach is a colonoscopy as a primary screening investigation. However, this is expensive, requires manpower and is not without risk. Only as few as 20% have had a colonoscopy.

Flexible sigmoidoscopy has been advocated. The long awaited U.K. sigmoidoscopy trial has shown a decrease in mortality of 40% colorectal cancer. This was all due to left-sided colon cancer. However, sigmoidoscopy requires investment in equipment and training of personnel.

A two step approach utilising a faecal occult blood (FOBT) is the only screening method that has been shown in controlled trials to reduce mortality. However, this test is being replaced by faecal immunological test (F.I.T.) which has the advantage of being automated as a more reliable in terms of specificity and sensitivity. It depends on colonic blood loss, does not require dietary

restrictions and is more acceptable to patients than a F.I.T. test. Important results from Rotterdam and Amsterdam have confirmed the superiority of F.I.T. test compared to FOBT. The other advantage is that it has a cut-off point that can be adjusted to accommodate colonoscopy capacity. Colonoscopy is the second step of all screening programmes. The acceptability of colonoscopy in this context is as high as 90%.

Colonoscopy should be performed by skilled endoscopists using the best of equipment and conditions. This quality assured programme needs to be carefully audited to ensure acceptable completion rates, detection rates of polyps and cancer and complications. It is important that gastroenterology training takes this into account.

The most recent three major European initiatives are the European Declaration on Colorectal Cancer, spearheaded by Professor Reinhold Stockbrugger and supported

by prominent European Parliamentarian Pavel Poc, and has been co-signed by over 50% of European Parliamentarians. It emphasises that any screening programme must be accompanied by a public awareness campaign and its primary prevention concentrating on lifestyles, promoting exercise and a healthy diet. Thirty minutes of exercise per day can reduce the risk of colorectal cancer by 30%.

The second initiative is to highlight the importance of familial colon cancer that is often overlooked. This has been a concern of the Felix Burda Foundation, a German organisation founded by the parents of a young man who died of colorectal cancer. Patients with a family history should be offered a colonoscopy as the primary investigation.

The third initiative will be the publication of the European Guidelines for the implementation of a quality assured programme which will be the reference manual for any health authority contemplating a screening programme. Throughout Europe there is at last the political will to implement colorectal cancer screening. It is important that gastroenterologists are to the forefront of this drive which makes a significant contribution to public health.

Professor Colm Ó'Moráin
Dean of Health Sciences (Trinity College Dublin),
President-Elect of the United European Gastroenterology Federation

Darmkankerscreening in Nederland

In 2009 kwam het adviesrapport uit van de Gezondheidsraad aan de toenmalige minister. Hierin wordt een positief advies gegeven over het uitvoeren van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. De minister heeft hierop het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Centrum voor Bevolkingsonderzoek opdracht gegeven een uitvoeringstoets te verrichten, waarbij alle betrokken partijen hun aandeel in de screening hebben ingebracht. De voorlopige conclusie is positief en wordt door alle partijen onderschreven. Wel moet er nog veel worden geregeld voordat kan worden gestart met de daadwerkelijke screening, die trapsgewijs over vijf jaar gaat worden ingevoerd, te starten medio 2013.

Capaciteit

Momenteel is een commissie aan het werk die een advies moet uitbrengen aan het bestuur van de NVMDL over de implementatie van darmkankerscreening in Nederland.

Er is al veel bekend over capaciteit, maar er ontbreken nog gegevens. Allereerst is weinig bekend over het commitment van de Nederlandse MDL-artsen als een substantieel aantal coloscopieën gaat worden gevraagd. En hoe staat het met de endoscopische capaciteit en dan vooral de restcapaciteit van de endoscopie-units? Capaciteitsproblemen door screeningscoloscopieën zullen zich vooral in het eerste decennium na invoering voordoen. Na ongeveer tien jaar wordt een soort *break-even point* bereikt, waarna de screeningscoloscopieën volledig zullen zijn geabsorbeerd door de dan aanwezige MDL-artsen in Nederland, zo is de verwachting. Omdat de screening trapsgewijs wordt geïntroduceerd, kunnen we de problematiek spreiden over meerdere jaren, zodat er voldoende tijd is om maatregelen te nemen. Op dit moment kijken we naar de inzet en rol van de nurse-endoscopist in het screeningsprogramma.

Omdat darmkankerscreening gezonde personen betreft en het onderzoek een zekere morbiditeit en mortaliteit met zich meebrengt (uniek in bevolkingsonderzoeken), zal de kwaliteit en de veiligheid voorop moeten staan. Welke minimumeisen zullen worden gesteld aan endoscopisten? Welke aan de endoscopie-units? Daarnaast zullen hoge eisen gelden voor voorlichting, verslaglegging, databeheer en complicatiebeheer. Allemaal zaken waarmee wij als MDL-Nederland ons voordeel kunnen doen.

Darmkankerscreening is – naast bewezen effectief – een uitgelezen mogelijkheid om in Nederland een uniforme hoge kwaliteit te leveren en te borgen. Als dat lukt, mogen we trots zijn op de gemeenschappelijke inspanning van velen die al op één of andere manier bijgedragen hebben in de ontwikkeling van het landelijke bevolkingsonderzoek naar darmkanker.

Michiel van Haastert, UMC Groningen

NIEUWS

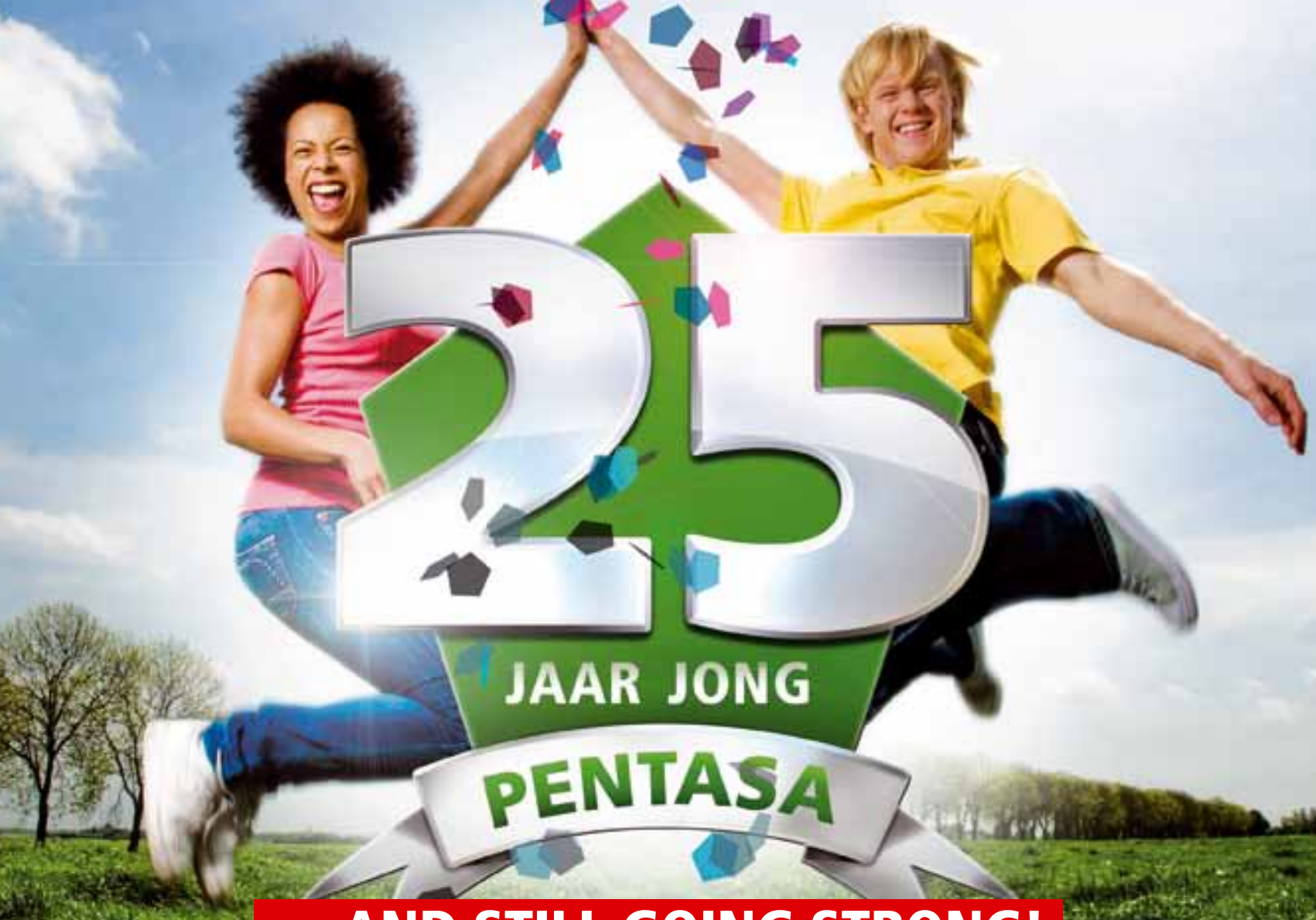
Stichting NET-groep komt op voor patiënten met neuro-endocriene tumor

Begin november 2010 is de Stichting NET-groep opgericht. De groep maakte zich daarmee los van de SPKS, omdat zij verwachten als zelfstandige organisatie de belangen van patiënten met een (zeldzame) neuro-endocriene tumor (NET) nog beter te kunnen behartigen.

De stichting beheert de website www.net-kanker.nl, is actief op het gebied van lotgenotencontact en werkt nauw samen met het NKI/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis Amsterdam, Erasmus MC Rotterdam en UMC Groningen. Drie NET-specialisten uit deze kenniscentra zijn lid van de Raad van Advies. Daarnaast schrijft de NET-groep samen met

verpleegkundig specialisten uit deze ziekenhuizen een nieuwe patiëntenfolder, die begin 2011 uitkomt.

Op 14 mei 2011 is er een informatiebijeenkomst over NET voor patiënten en professionals in Amersfoort. **Kijk voor meer informatie op www.net-kanker.nl.**



... AND STILL GOING STRONG!

Bijvoorbeeld de introductie van de 250 gram tablet in 1986 en de patiëntvriendelijke Pentasa Compact in 2010. Daarnaast de PINCE studie¹ in 2005 (combinatie oraal en klysma bij CU effectiever dan oraal alleen) die is opgenomen in de CBO richtlijn inflammatoire darmziekten bij volwassenen². En de meest recente mijlpaal is de publicatie van de PODIUM studie³ in 2009 die liet zien dat 1dd 2g effectiever is dan 2dd 1g bij CU (12% patiënten meer in remissie en patiënten langer in remissie).



Stuur uw limerick in en maak kans op eeuwige roem en een fraaie prijs!

Vier 25 jaar jong met ons mee en mail een limerick waarin Pentasa voorkomt naar info@ferring.nl of ga naar www.ferring.nl en click op de button Pentasa 25 jaar jong (login: Pentasa25jaar). Alle inzendingen worden in ieder geval beloond met een leuke attentie. De genomineerde limericken worden gepubliceerd in een unieke bureaul kalender 2012. Naast de eeuwige roem zullen er drie genomineerden beloond worden met een bijzondere prijs!

Naam van het geneesmiddel: Pentasa[®]

Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg of 1 g mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1 of 2 g mesalazine, suspensie voor rectaal gebruik bevat 1 g mesalazine per 100 ml, zetpil bevat 1 g mesalazine. **Therapeutische indicaties:** Oraal: ter behandeling van lichte tot matige vormen van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. Suspensie voor rectaal gebruik: proctitis, proctosigmoiditis en linkszijdige colitis. Zetpil: proctitis. **Dosering en wijze van toediening:** Aan te passen aan de ernst van de ziekte. Volv. en oudere kinderen: Oraal: **Colitis ulcerosa** acute fase: max. 4 g per dag in meerdere doses. Onderhoudsbehandeling: 2 g per dag. **Ziekte van Crohn** acute fase: 2-4 g per dag verdeeld over meerdere doses. De dosering kan naar gelang het ziekteverloop geleidelijk verminderd worden tot 2 g per dag. Bij maagklachten tabletten/sachets tijdens of vlak na de maaltijd innemen. Pentasa kan met wat water of yoghurt ingenomen worden. Het granulaat mag niet gekauwd worden. Suspensie voor rectaal gebruik: 1 flacon suspensie iedere avond voor het slapen gaan, gedurende twee tot vier weken. Zetpil: 1-2 maal daags 1 zetpil via de anus. Bij gevoelige anus is het aan te raden de zetpil vóór het inbrengen glad te maken met een beetje water. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor mesalazine of overige bestanddelen van het product, of voor salicyluurderivaten.

Ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Voorzichtig bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine en met een verminderde leverfunctie. Bij verminderde nierfunctie niet aanbevolen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoeligheidsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. **Bijwerkingen:** Na rectale toediening kunnen lokale reacties, zoals pruritus, rectaal ongemak en aandrang optreden. Verder komt vaak voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, lupus erythematosus-achtige reacties, abnormale nierfunctie. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. **Registratienummers:** Tabletten onder RVG 14797 (500 mg) en RVG 105712 (1 g); Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** feb 2010.

Referenties: 1. Marteau et al, GUT 2005;54(7):960-965 2. Richtlijn diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen, 2009. www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Gastro-intestinale-aandoeningen 3. Dignass et al. Clin Gastroenterology and Hepatology 2009;7(7):762-769

ULRICH BEUERS (AMC) EN RON WINOGRAD (IJSSELLAND ZIEKENHUIS):

‘Duitsland en Nederland kunnen van elkaar leren’

Niet alle in Nederland werkzame MDL-artsen zijn hier geboren, getogen en opgeleid. Steeds vaker worden hooggekwalificeerde collega’s uit het buitenland gerekruteerd om het nijpende tekort aan MDL-artsen in ons land aan te vullen. Een portret van twee collega’s uit Duitsland die het ‘MDL-inburgeringstraject’ inmiddels met glans hebben doorlopen en succesvol aan het werk zijn in respectievelijk Amsterdam en Capelle aan den IJssel.

Hoewel de rode draad door de geneeskundestudie, het co-assistentenschap en uiteindelijk de opleiding tot MDL-arts in de meeste landen sterk overeenkomt met het Hollandse traject, zijn er ook verschillen. Zo bestaat in Duitsland geen numerus fixus. De toestroom van geneeskundestudenten wordt beperkt door alleen studenten met de hoogste eindexamencijfers toe te laten. Ook de dagelijkse werkzaamheden van MDL-artsen wijken af. Dit laatste vormde één van de redenen voor Beuers en Winograd om de overstap naar Nederland te wagen.

Beuers: ‘Afsluitend MDL-examen zou wenselijk zijn’



Ulrich Beuers is sinds 2006 als hoogleraar MDL, in het bijzonder cholestatische leverziekten, verbonden aan het AMC in Amsterdam. Zeer recent werd hij hoofd-opleider MDL.

Na twintig jaar in München te hebben gewerkt¹, was Beuers toe aan een nieuwe uitdaging. Hij kreeg meerdere aanbiedingen uit Nederland en koos uiteindelijk voor het AMC. Zijn goede contacten met Peter Jansen en Ronald Oude Elfrink en hun gemeenschappelijke wetenschappelijke interesse gaven, in combinatie met de stad Amsterdam, uiteindelijk de doorslag. Een opmerkelijk besluit: er zijn niet veel artsen met een overeenkomstige leeftijdspositie die de beroemde universiteitskliniek van München verlaten.

De start in Amsterdam was voor Beuers niet gemakkelijk. Ulrich Beuers was senior

supervisor in een kliniek met meer dan 120 bedden. In Amsterdam werden dat er plotseling 16. Een bescheiden aantal bedden betekent efficiënt werken en de ligduur tot een minimum beperken. Een direct gevolg hiervan is dat patiënten vlot moeten worden ontslagen om verdere onderzoeken poliklinisch te laten verrichten. In Duitsland wordt vaak getracht om de diagnostiek tijdens één enkele opname af te ronden.

Ontspannen omgangsvormen

Gelukkig kon Beuers – dankzij zijn Nederlandstalige geneeskundestudie in Gent en een opfriscursus Nederlands – zich direct verstaanbaar maken. Tijdens zijn eerste grote visite op de MDL-afdeling vielen Beuers meteen de ontspannen omgangsvormen op tussen arts-assistenten en hemzelf in de rol van supervisor. Arts-assistenten durven laagdrempelig vragen te stellen en actief mee te denken met het medisch beleid. Zo ontstaat al gauw een prettig gevoel van *team play*, een perfecte basis voor de patiëntenzorg. Toch is het volgens Beuers belangrijk dat arts-assistenten correcte omgangsvormen, vooral met hun patiënten, maar ook met studenten en hun chefs, in acht nemen. Patiënten moeten te allen tijde beseffen wie de eindverantwoordelijkheid draagt voor het medisch beleid. Een reden waarom hij nog steeds graag zelf het woord voert tijdens de grote visites met de patiënten.

Lees verder op pagina 9.

Viread™ bij chronische hepatitis B

Snelle en aanhoudende suppressie¹⁻⁴

Toenemende HBsAg seroconversie^{1,3,5}

Geen resistentie¹⁻³

Eén lever.  Eén leven.

Eénmaal daags één tablet VIREAD.

110104/003



Gilead Sciences Netherlands B.V.
www.gilead.com
Voor productinformatie zie elders in dit blad

viread™
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

right from the start

Vervolg van pagina 7.

Kennisniveau en opleiding

Na vier jaar AMC stelt Beuers vast dat het kennisniveau van de arts-assistenten MDL in Duitsland en Nederland vrijwel overeenkomt. De Duitse assistenten maken echter opvallend langere werkweken. Bovendien is een deeltijdopleiding tot MDL-arts in Duitsland nog steeds uitzonderlijk. Beuers staat overigens niet negatief ten opzichte van parttime werken, voor jonge ouders natuurlijk een prachtige mogelijkheid, zolang het de continuïteit van de patiëntenzorg maar niet in gevaar brengt.

Een ander verschil is de afronding van de opleiding. De Duitse MDL-assistenten krijgen aan het eind van hun opleiding na goedkeuring van hun supervisors een pittig mondeling examen bij een landelijke commissie. Beuers vindt een dergelijk afsluitend examen ook in Nederland wenselijk. Het biedt de arts-assistent de mogelijkheid om aan het eind van de opleiding te tonen dat de overall basiskennis van het vak tot in de puntjes wordt beheerst. Tegelijkertijd vormt het naderende examen voor de niet-zo-geëngageerde assistenten – bestaan die ook? – tijdens hun gehele opleiding een stok achter de deur om zich regelmatig te verdiepen

in de diverse ziektebeelden.

Om goede MDL-artsen te kunnen opleiden, is het volgens Beuers essentieel om de selectie aan de poort zeer zorgvuldig, fair en kritisch uit te voeren. Indien de arts-assistent eenmaal tot de opleiding is toegelaten, dient geregeld op individuele basis feedback te worden gegeven. Een IC-stage ziet hij als een onmisbaar onderdeel van de opleiding. Ulrich Beuers is als kersverse opleider nauw betrokken bij het ontwikkelen van een nieuw curriculum voor de opleiding tot MDL-arts. Wellicht vinden we in de toekomst zijn suggesties en ideeën daarin terug.

Winograd: “Dat de baas bepaalt, heeft ook voordelen”

Ron Winograd is sinds mei 2009 werkzaam als MDL-arts in het IJsselland ziekenhuis in Capelle aan den IJssel.¹

Winograd beoefent het MDL-vak het liefst in de volle breedte. Hoewel hij door meerdere perifere klinieken in Duitsland werd benaderd om baas te worden, zag hij daar om die reden vanaf. Een groot gedeelte van de werkzaamheden als baas in een perifeer ziekenhuis bestaat uit managementgerelateerde functies. Het alternatief van een private kliniek was voor Winograd evenmin een aantrekkelijke optie. De verrichtingen zijn uitsluitend poliklinisch, waarbij alleen ongecompliceerde gastroscopieën en colonoscopieën worden uitgevoerd. Zodra het

spannend wordt, moet de patiënt naar een academisch ziekenhuis of groot perifeer ziekenhuis worden doorverwezen.

Rond 2006 besloot Winograd zich te oriënteren op MDL-vacatures in Nederland. Hij stelde voor zichzelf een aantal voorwaarden op voor zijn toekomstige werkplek: een perifeer ziekenhuis in de nabijheid van een grote stad in de randstad, met het gehele spectrum aan endoscopische verrichtingen. Via een bemiddelingsbureau belandde Winograd uiteindelijk in het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel. Aanvankelijk in dienstverband, maar binnen een jaar – in mei 2010 – trad hij toe tot de maatschap Interne-MDL. De overstap van Aken naar Capelle was voor hem geen enorme cultuurshock. Hoewel het aantal MDL-bedden bescheiden was ten opzichte van Aken, viel hem de grote efficiency op. Patiënten zijn niet langer dan noodzakelijk opgenomen en worden na ontslag meestal door hun eigen poli-arts teruggezien. In Duitsland worden ontslagen patiënten meestal terugverwezen naar de huisarts of op de polikliniek van een universiteitsziekenhuis verder gecontroleerd.

Winograd bevestigt de hiërarchische rangorde bij de MDL-opleiding in Duitsland. Als arts-assistent is het ongebruikelijk om de opleiders of de professor vragen te stellen. Een discussie over het te voeren beleid

is eveneens een zeldzaamheid. Wel merkte Winograd tijdens zijn eigen opleiding dat met het vorderen van de jaren en de ervaring de drempels wat lager kwamen te liggen.

Keerzijde

Natuurlijk is er ook een keerzijde aan het werken als MDL-arts in Nederland. De echo's en PTC's moeten weer aan de (interventie)radiologen worden uitbesteed. En dat men vaak streeft naar consensus tussen alle betrokken behandelaars alvorens een behandeling daadwerkelijk kan worden toegepast, leidt niet zelden tot vertraging van de besluitvorming. Winograd stipt hier het potentiële voordeel van het hiërarchische systeem in Duitsland aan: de baas bepaalt het beleid zonder voorafgaand uitgebreide discussies. “Dit is het plan, jij voert het uit, volgende keer krijgen we de resultaten. Succes. Einde discussie.” Vooralsnog heeft Ron Winograd het enorm naar zijn zin in Capelle. Hij is dan ook van plan zich permanent in Nederland te vestigen.

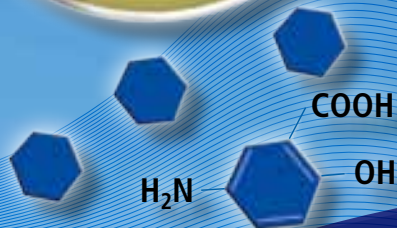
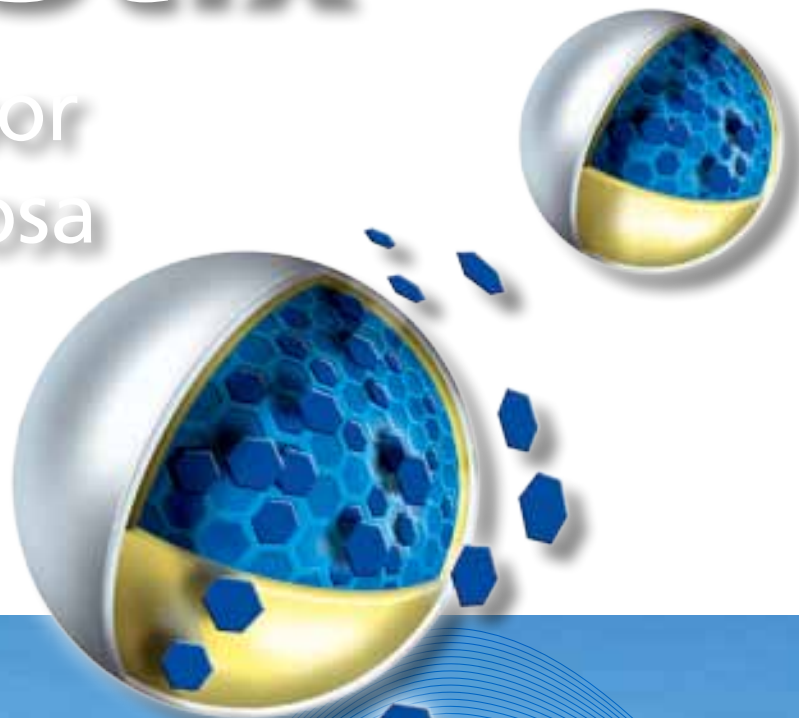
Philip Friederich, Meander MC, Amersfoort

¹ Ga voor de uitgebreide CV's van Ulrich Beuers en Ron Winograd en meer informatie over hun werkomgeving in Duitsland naar www.mdl.nl/MAGMA.



Salofalk® Granu-Stix®

Eenmaal daags voor
al uw colitis ulcerosa
patiënten



500 mg • 1000 mg • 1,5 g



www.drpharmabenebelux.eu

Claudius Prinsenlaan 136A 4818 CP Breda Tel +31 (0)76 524 42 00 info@drpharmabenebelux.eu

Nieuw!
1 dd acuut én
in remissie

'MDL-arts spil in oncologische zorg'

Ter gelegenheid van zijn benoeming tot Bijzonder Hoogleraar in de Gastro-intestinale Oncologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam gaf Marco Bruno op vrijdag 7 januari 2011 zijn eerste openbare les: *Over papyrusrollen, krabben, en de top 10: voorkómen, genezen en palliëren.*



Bruno sprak over de bijzondere positie die de MDL-arts inneemt binnen de oncologische multidisciplinaire zorg voor MDL-patiënten en de noodzaak de gastro-intestinale oncologie te profileren en te positioneren binnen de opleiding tot MDL-arts. Hij schetste het hoge niveau van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van MDL-ziekten in Nederland, maar vroeg tegelijkertijd overheid en subsidiegevers om meer aandacht voor het financieel ondersteunen van onafhankelijk klinisch onderzoek teneinde de rol van *evidence based*

medicine te versterken. Vervolgens besprak Bruno het belang van de zogenaamde voorstadia van kanker die een cruciale rol spelen bij surveillanceprogramma's bij verschillende soorten van gastro-intestinale tumoren. Daarna volgde een overzicht van het lopende wetenschappelijke onderzoek op het gebied van de gastro-intestinale oncologie binnen de afdeling MDL-ziekten van het Erasmus Medisch Centrum op het gebied van pancreas, colon en oesophagus.

De complete oratie van Marco J. Bruno vindt u op www.mdl.nl/MAGMA.

Honderd jaar MDL in Nederland

In 2013 vieren de NVMDL en de NVGE het 100-jarig bestaan. Ter gelegenheid hiervan zal er een prachtig jubileumboek verschijnen. Voor de totstandkoming van dit boek is recent een Eeuwboekcommissie in het leven geroepen. Om de inhoud van het jubileumboek meer kleur te geven, is de commissie op zoek naar foto's en verhalen van bijzondere (Nederlandse) MDL-momenten en -personen. Tevens horen wij graag uw anekdotes en grappige, ontroerende of lachwekkende persoonlijke ervaringen. Met name de pensionado's en 'rotten in het vak' willen wij graag stimuleren om in het geheugen en in oude fotoalbums te duiken en de opbrengst hiervan te delen met de commissie!

U kunt al uw informatie, anekdotes en foto's opsturen naar:

Flevoziekenhuis

T.a.v. M.W. Mundt, MDL-arts

Postbus 3005

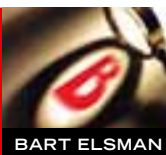
1300 EG ALMERE

of per e-mail naar: mmundt@flevoziekenhuis.nl.

Alvast grote dank voor uw bijdrage om dit boek tot een groot succes te maken!

Marco Mundt

Mede namens de Eeuwboekcommissie van de NVMDL



GLUREN BIJ DE BUREN

Een paar jaar geleden werd een medewerster van de Nederlandse ambassade in een groot Aziatisch land teruggestuurd naar Nederland, nadat bij colonoscopie een obstruerende rectumtumor was vastgesteld. Een colonoscopie op onze afdeling liet geen afwijking zien, de uit B. meegenomen polaroidfoto toonde een gave portio. Ach, het is ons allemaal weleens overkomen: een accidentele inspectie van de vagina.

Pas nog werd ik geroepen voor supervisie van een niet vlottende sigmoidoscopie. Het duurt soms even vóór je je realiseert dat je niet in een darm aan het kijken bent. Zelfs de voor een klinische demonstratie in Nederland ingehuurd wereldtopper CW slaagde erin, terwijl op groot scherm een groot aantal enthousiaste collega's meekeken, langdurig de portio te inspecteren voordat hij zich realiseerde de verkeerde porte d'entree te hebben gekozen.

Ik herinner me een langdurige therapeutische sessie bij een jonge vrouw met ernstige obstipatie en impactie van harde ontlasting in het rectum. Klysma's hadden geen effect. Ik zou een jonge collega wel even laten zien hoe we dat oplossen. De patiënte werd in knie-elleboogpositie en bedekt door een 'gatdoek' op de proctoscopietafel gebracht. Bij toucher werd nog steeds harde ontlasting gevoeld. Via een zorgvuldig ingebrachte spoelkatheter bracht ik bij herhaling een grote hoeveelheid zoutoplossing op lichaamstemperatuur in. De gatdoek raakte doorweekt, het water liep over de vloer. De patiënte gaf alsmaar aan, dat ze het prima vond en dat we wat haar betreft konden doorgaan. Maar ontlasting kwam er niet. Ook nu weer kwam ik er nogal laat achter, dat we niet de darm aan het spoelen waren. De patiënte was niettemin erg dankbaar voor onze inspanningen.

MARGOT VAN DER STARRE EN HARRIE KEMNA (NVZ):

‘Overheveling is nodig, maar wel met de juiste waarborgen’

De NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) begrijpt de noodzaak van kostenbeheersing die ten grondslag ligt aan de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. Maar het proces moet wel zorgvuldiger worden aangepakt en de randvoorwaarden geregeld. Nu komt het overhevelen te veel neer op ‘over de schutting gooien’.

Samen met de NFU en de NVZA steunt de NVZ het principe dat dure geneesmiddelen binnen het ziekenhuiskader worden bekostigd en dat deze middelen onder regie van het ziekenhuis worden verstrekt. Harry Kemna, senior beleidsadviseur NVZ: “De logica van bekostiging van deze specialistische zorg via het ziekenhuis bestaat eruit dat de medisch specialist als hoofdbehandelaar van deze therapieën eenvoudiger kan sturen op kwaliteit en doelmatigheid. De medisch specialist, de ziekenhuisapotheker en de gespecialiseerd verpleegkundige werken immers al samen in de kliniek. De lijnen zijn kort en er is een directe relatie met de patiënt. Dit behandelteam is bij uitstek in staat deze specialistische zorg, waar dit kan, verder te optimaliseren, hierbij ondersteund met informatie over de verleende zorg en de uitkomsten ervan. Door de overheveling komt de regie over deze zorg weer bij het ziekenhuis.

Margot van der Starre, directeur NVZ: “Kostenbeheersing is nodig. De kosten van dure geneesmiddelen zijn de afgelo-

pen jaren jaarlijks met 20–40% gestegen. Er gaat op dit moment elk jaar € 900 miljoen naar de extramurale bekostiging van specialistische geneesmiddelen. Dit enorme bedrag maakt deze middelen tot explosief materiaal. Zorgverzekeraars zijn nauwelijks in staat om deze ontwikkeling te beheersen. Het Ministerie van VWS meent dan ook terecht dat besparingen nodig zijn om ook in de toekomst nieuwe geneesmiddelen te kunnen toelaten tot het verzekerde pakket. Maar het is wat al te eenvoudig om te stellen dat artsen dure middelen gemakkelijk voorschrijven, dat de farmaceutische industrie grote winsten boekt en dat daar dus gouden bergen te halen zijn. ‘We hevelen de TNF- α -remmers over en we boeken alvast € 50 miljoen aan besparingen.’ Dat is wat te simpel gedacht. Hier is geen sprake van overhevelen, maar eerder van over de schutting gooien. Het komt er nu op neer dat VWS, zonder de randvoorwaarden te regelen, de branche opzadelt met een verkapte bezuiniging. Zo zijn de bekostiging van het afleveren, de distributie en toediening in de thuis situatie niet geregeld. Wij staan op het standpunt dat de geneesmiddelen voor honderd procent moeten worden vergoed via *add-on* bekostiging of integrale opname van de kosten in de DBC-prijs. Onbegrijpelijk dat niet eerst overleg

.....
Niemand van VWS heeft gebeld of we wilden meedenken

heeft plaatsgehad met betrokken partijen. Niemand van VWS heeft gebeld met de vraag of we wilden meedenken.”

Als NVZ had mogen meedenken, wat zou zij dan aan standpunten en ideeën hebben ingebracht?

Kemna: “Wil je de ziekenhuizen verantwoordelijk maken voor de bekostiging van extramurale specialistische geneesmiddelen, te beginnen bij de TNF- α -remmers, dan moet je ze een redelijke termijn geven om dat te organiseren. Dat vergt minimaal een jaar, bijvoorbeeld om de thuis service goed te regelen. Wat dat betreft zijn we blij dat de invoeringsdatum begin februari van dit jaar definitief op 1 januari 2012 is gezet. Ons harde uitgangspunt is dat randvoorwaarden als toegankelijkheid, kwaliteit, veiligheid, service, patiëntgerichtheid en keuzevrijheid goed zijn geborgd. Kijk, dat VWS maatregelen wil nemen om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden, dat begrijpen wij heel goed. Alternatieven voor overheveling zijn er niet echt. Die zouden dan gezocht moeten worden in vaststelling van prijzen door de overheid, overname van de regie door zorgverzekeraars, invoering van eigen bijdragen en eigen risico's, of versmalling van het verzekerde pakket. In dat licht is de overheveling naar de ziekenhuizen een logische en te prefereren keuze. Maar dat moet dan wel gebeuren met realistische uitgangspunten en de juiste waarborgen. De opgelegde besparing die de ziekenhuisapotheken moeten realiseren door te onderhandelen met de farmaceuten, is niet haalbaar. In het geval van de TNF- α -remmers gaat het om unieke



Margot van der Starre, directeur NVZ: “Het geld ligt niet zomaar voor het oprapen.”



Harrie Kemna, senior beleidsadviseur: “De opgelegde besparing door te onderhandelen met de farmaceuten, is niet haalbaar.”

middelen. Alleen bij nieuwe patiënten zouden de medisch specialisten, afhankelijk van de geregistreerde indicatie en alleen waar dit mogelijk is, in eerste instantie kunnen kiezen voor een preferent middel. Uiteraard met inachtneming van de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen. Want vanzelfsprekend moet bij die keuze de kwaliteit altijd leidend zijn.”

“Met andere woorden,” vult Van der Starre aan, “goedkoop waar het kan, duur waar het moet. In plaats van vooraf niet onderbouwde kortingen van 12,5% op te leggen op basis van een onrealistische besparingsdoelstelling, had VWS veel beter kunnen besluiten tot inbouw van de juiste prikkels voor doelmatige inkoop. Verder kunnen benchmarks die medicatie en ziektelast van patiënten vergelijken, een belangrijke rol spelen. Een mooi voorbeeld daarvan is de *DREAM study* die de reumatologen in twaalf ziekenhuizen hebben opgezet. De kosten die dit soort patiëntregistraties met zich meebrengen, zullen ruimschoots worden terugverdiend. NVZ stimuleert deze ontwikkelingen. Als sector verbinden wij ons aan het uitgangspunt dat je kritisch omgaat met collectieve middelen.”

Hoe ziet u de rol van de zorgverzekeraars in dit proces van overheveling?

Van der Starre: “Wij hopen dat de zorgverzekeraars, in de geest van de zorgverzekeringswet, met initiatieven komen om hun rol nog serieuzer op te pakken. De betrokkenheid van Achmea bij de Dutch Surgical Colorectal Audit vinden wij een goed signaal. Deze database registreert gegevens over darmkankerpatiënten en darmoperaties, en levert daarmee spiegelinformatie voor chirurgen. Het ontwikkelen van zo’n database vergt investeringen die ziekenhuizen niet alleen kunnen opbrengen. Achmea heeft de financiering op zich genomen en gaat daarmee in de rol zitten waarin wij de zorgverzekeraars graag zien. Dit goede voorbeeld verdient dus navolging.”

Zijn de ziekenhuizen straks in staat bij de thuiservice dezelfde kwaliteit te leveren die de zorgapotheken nu bieden?

“Jazeker, dat kan”, stelt Kemna. “Er zijn nu ook al ziekenhuizen die zelf de instructie, infusie en complicatiebewaking regelen. Maar dit zal tijd kosten en vergt de nodige personele, budgettaire

Intramuraal en extramuraal zijn verouderde begrippen

en logistieke maatregelen. Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen de aflevering, toediening en begeleiding thuis zelf te organiseren of uit te besteden aan een zorgapothek, openbare apotheker of thuiszorgorganisatie. Essentieel is dat de regie over deze zorg weer komt te liggen bij het ziekenhuis.”

Van der Starre: “Dat de thuiservice binnen de verantwoordelijkheid komt te liggen van de ziekenhuizen, past helemaal in die centrale regievoering die wij voorstaan. ‘Intramuraal’ en ‘extramuraal’, dat zijn absoluut verouderde begrippen. Als het gaat om de gezondheidszorg, presteert Nederland op alle fronten beter dan andere landen, behalve als het gaat om de overdracht tussen eerste, tweede en derde lijn. Bij ons zitten nogal wat schotten in de keten. Die kunnen we onder meer afbreken door de specialist de rol te geven van hoofdbehandelaar die weliswaar kan uitbesteden, maar het coördinatiepunt van de behandeling blijft.”

LISETTE HAVERMANS, DIRECTEUR APOTHEEKZORG:

‘Landverschuiving voor zorgapotheken’

De zorgapotheken zien door de aangekondigde overheveling van TNF- α -remmers hun werkveld drastisch veranderen. Hun dienstverlening zal niet langer worden vergoed uit de prijs van het geneesmiddel, maar uit het ziekenhuisbudget. Niet de farmaceut is dan hun klant, maar het ziekenhuis. Hoe reageren zij op deze ontwikkeling?

Lisette Havermans, algemeen directeur van Apotheekzorg, maakt zich geen zorgen over de gevolgen voor de zorgapotheken. Wel ziet ze grote veranderingen op haar sector afkomen. Apotheekzorg is distributeur van Humira en verzorgt het merendeel van de patiënten die Humira gebruiken. De andere zorgapotheken zijn Red Swan (Enbrel) en Medizorg (Humira). In totaal gaat het om 30.000 patiënten die TNF- α -blokkers gebruiken, van wie een deel wordt begeleid door verpleegkundigen, dit alles binnen een zorgvuldig systeem van monitoring en begeleiding door de zorgapotheek.

Havermans: “Wij weten natuurlijk al een tijd dat de overheveling in de pen zit. Inmiddels zijn wij met LOZA, Stichting Landelijk Opererende Zorgapotheken, bij het Ministerie van VWS geweest om te plei-

Ik moet er niet aan denken dat patiënten met een koeltas de bus in moeten

ten voor een heldere omschrijving én vergoeding van de complexe farmaceutische thuiszorg. We snappen dat de overheveling noodzakelijk is, zo hebben we gezegd, maar hebt u alstublieft oog voor de risico’s. Verlies het belang van de patiënt niet uit het oog. Als de kwaliteit van de thuiszorg niet wordt gegarandeerd, dan zien wij het nog gebeuren dat patiënten die immobiel zijn, naar de poli moeten voor instructie en injectie. Dat zou voor veel mensen een drama betekenen. En ik moet er niet aan denken dat patiënten met een koeltas de bus in moeten, waar zij nu hun medicijnen tot in de koelkast bezorgd krijgen.”

Therapietrouw

“Wij denken dat het concept van de thuiszorg met de overheveling behouden kan blijven. De directeur geneesmiddelen van VWS heeft ons verzekerd dat zorgvuldige invoering de komende maanden alle aandacht heeft en dat patiënten er niet onder mogen lijden. Hoe de ziekenhuizen die thuiszorg gaan invullen, dat is natuurlijk aan hen. Het vraagt in elk geval een heel nauwe samenwerking tussen apotheek, specialist, polikliniek en verpleegkundige om dit samen goed vorm te geven. Dat op zich is voor ziekenhuizen een heel project. Het ligt voor de hand dat zij de eerste instructie en begeleiding zelf doen. Maar ik hoop dat ze niet te licht denken over de distributie en de zorg bij de patiënt thuis. Daartoe is de gemiddelde thuiszorgmedewerker niet in staat. Waar wij onder meer goed in zijn, is begeleiding en bevordering van terapietrouw. Het is bekend dat maar liefst 70% van de patiënten een jaar na de start van hun therapie hun geneesmiddelen niet volgens de voorschriften gebruiken. Je moet er toch niet aan denken dat dit ook de praktijk wordt bij dure geneesmiddelen! Wij, als zorgapotheken, hebben een taak in het beperken van de spillage. Wij bellen patiën-

ten op om te horen of we de geplande nieuwe levering kunnen bezorgen. Als een patiënt dan meldt dat hij nog voor weken voorraad heeft, dan wijst dat er mogelijk op dat hij zijn medicijnen niet consequent gebruikt. In dat opzicht spelen wij een belangrijke rol in de proactieve herhaalmedicatie.”

Pilots

“Ziekenhuizen zullen niet alle activiteiten uitbesteden. Dat zal per product, per specialisme en per zorgprogramma verschillen.

Lisette Havermans, directeur Apotheekzorg:

“Zorgapotheken hebben een taak in het beperken van spillage. Dit geldt nog sterker bij dure geneesmiddelen.”



Het is aan ons om ervoor te zorgen dat wij een onmisbare partner zijn en het noodzakelijke maatwerk leveren. We zullen moeten laten zien dat we ons huiswerk hebben gedaan en dat wij in de loop van de jaren een waardevolle speler zijn geworden.”

“Op dit moment spreken wij met ziekenhuizen over het opzetten van pilots om te ervaren hoe we de samenwerking het best kunnen inrichten. Ze blijken te kiezen voor heel verschillende modellen. Een aantal wil zelf de inkoop doen en de zorg geheel of gedeeltelijk uitbesteden. Andere ziekenhuizen

zeggen: ‘Van ons mogen jullie het hele traject verzorgen, maar je belt bij de patiënt wel aan onder onze naam’.

Door te innoveren kunnen wij de kwaliteit zelfs op een hoger plan brengen. Zo kunnen we voor de specialisten ons elektronisch patiëntendossier ontsluiten, zodat ze hun recepten daar kunnen inschieten en de verslagen van onze verpleegkundigen kunnen inzien. Tot nu toe komen wij pas in het spel als de specialist zijn besluiten heeft genomen. In de nieuwe situatie kunnen we vanaf het begin het zorgprogramma samen vorm-

Thuiszorg kan behouden blijven, de pilots zullen dat laten zien

geven. En voor de verdere toekomst zijn wij, wat ons betreft, niet alleen onderaannemer van het ziekenhuis, maar ook medebehandelaar voor de specialist, zowel in de DBC als in de ‘ziekenhuisverplaatste’ zorg.”

GERRIT SALEMINK, MEDISCH ADVISEUR ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND:

‘Zorgverzekeraars behouden verantwoordelijkheid

De overheveling van de dure geneesmiddelen, zoals de TNF- α -blokkers, naar het ziekenhuisbudget betekent niet dat de zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid voor de bekostiging van deze middelen verliezen, aldus Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Zij blijven zich bewust van hun zorgplicht op dit onderwerp.

Gerrit Saleminck, medisch adviseur bij ZN: “De afgelopen jaren hebben de zorgverzekeraars via het preferentiebeleid aanzienlijke successen geboekt bij de beheersing van de kosten. Het betrof dan steeds de hardlopers en blockbusters, veel voorgeschreven geneesmiddelen die uit patent waren gelopen. Dat ligt anders in het geval van de dure geneesmiddelen, vaak recombinantmiddelen die met gentechniek zijn ontwikkeld. Daarbij is de zorgverzekeraar die met een farmaceut onderhandelt, in het nadeel, omdat hij niet degene is die het middel aan de klant voorschrijft. Zeker bij de extramurale aflevering en vergoeding

betalen de verzekeraars daardoor altijd de volle prijs. Dat gaat veranderen. Straks onderhandelt de behandelaar – dat wil zeggen: het ziekenhuis – wel rechtstreeks met de geneesmiddelenleverancier. We verwachten dan ook dat de ziekenhuizen die deze middelen voor hun hele populatie inkopen, in staat zijn kortingen te bedingen. Alleen zullen die kortingen waarschijnlijk niet zo hoog zijn als de overheid verwacht. Zij ziet over het hoofd dat in het bestaande systeem de uitleverservice, toedieningsinstructies en medicatiebewaking via de zorgapotheken ook uit de prijs van deze middelen worden betaald. Wat bovendien meespeelt, is dat de farmaceuten tot nu toe dachten: ‘als de patiënt extramuraal gaat, dan krijgen wij alsnog de volle prijs’. Dat gaat straks niet langer op. Maar de praktijk zal uitwijzen waartoe de onderhandelingen leiden.”

Zorgplicht

“De ziekenhuizen en specialisten bereiden zich op dit moment heel actief voor op de nieuwe situatie. We verwachten dan ook dat zowel de inkoop als de uitlevering van de dure geneesmiddelen zal leiden tot doelmatigheid zonder kwaliteitsverlies. Dat verandert niets aan de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars om ervoor te waken dat

patiënten toegang krijgen en houden tot de middelen die zij nodig hebben. Zij behouden hun zorgplicht. Over de manier van inkoop, de prijsvorming en de systematiek wordt op dit moment volop gediscussieerd. De NZa is daar druk mee en de zorgverzekeraars denken na over de voor- en nadelen van de verschillende opties.”

Volgens ZN vervullen de zorgverzekeraars hun zorgplicht ook via hun betrokkenheid bij ontwikkelingen op het gebied van centrale dataregistraties. Saleminck: “Vanaf het moment dat voor een deel van de zorg vrije onderhandelingsprijzen gelden, hebben de zorgverzekeraars geld apart gezet voor centrale registratie van bijvoorbeeld gewrichtsprothesen. Wij vinden zulke centrale dataverzamelingen belangrijk, opdat de behandelaars hun prestaties kunnen vergelijken en verbeteren. Inmiddels werkt een flink aantal beroepsgroepen met zulke registraties en auditsystemen. De cardiologen bijvoorbeeld voor implantaten, de chirurgen voor darm- en borstkanker en de oogartsen voor cataract. Als zorgverzekeraars zijn we zelf ook betrokken bij het kwaliteitsbeleid van de medisch specialisten. Zo zijn wij lid van adviesgroepen en zitten we in het bestuur van Stichting Kwaliteitsgeld Medisch Specialist, SKMS.”

WILNA WIND, DIRECTEUR NPCF, MAAKT BEZWAAR TEGEN OVERHEVELING TNF- α -REMMERS: ‘Het nieuwe systeem zit vol weeffouten’

Bij de overheveling van TNF- α -remmers voorziet de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) problemen met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van dit soort middelen. Het nieuwe systeem legt bovendien een financiële knuppel in handen van de ziekenhuisdirecties die kan leiden tot perverse prikkels in de relatie behandelaar-patiënt. In de huidige vorm een onacceptabel voornemen dus.



Wilna Wind, directeur NPCF: “Bij de instellingen wordt een zak met geld in het midden gegooid om te verdelen tussen de verschillende maatschappen. Voor de buitenwacht een ondoorzichtig proces.”

Als de nadruk komt te liggen op financieel-economische uitgangspunten, zal dat ten koste gaan van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van dure geneesmiddelen. Volgens Wilna Wind, algemeen directeur van de NPCF, blijkt dat duidelijk uit de ervaring rond de behandeling van borstkankerpatiënten. “Prijstdruk leidde in dat geval tot een wisselend beeld. In de ene regio was wel een optimale behandeling beschikbaar, in de andere niet. Daarmee ontstaat een vorm van postcodezorg.”

Tel je zegeningen

“Geen specialist zal een duur geneesmiddel als een TNF- α -remmer achteloos voorschrijven”, stelt Wind. “Dat gebeurt altijd op basis van een behandelprotocol. Er is ook geen patiënt die zo’n middel wil gebruiken als dat niet per se noodzakelijk is. De impact van de behandeling is immers groot en er bestaat altijd kans op bijwerkingen. Als iemand ingesteld staat op een bepaald geneesmiddel en daarop goed reageert, zou ik zeggen: tel je zegeningen. Dwing de specialist niet zo iemand op een ander product te zetten, met alle risico dat het medisch evenwicht verstoord raakt en extra kosten moeten worden gemaakt om behandeling weer in balans te krijgen. En denk aan al het ongemak voor de patiënt.”

Patiënt is verliezer bij power play

“Wij voorzien dat de nieuwe situatie aanleiding geeft tot *power play* tussen allerlei partijen. Dat farmaceuten bereid zullen zijn de ziekenhuisapotheken de beoogde 10 à 15% korting te geven, is een illusie. Daar zijn de producten te uniek en is de positie van de

industrie te sterk voor. Er zal een flinke strijd losbarsten. Bij de instellingen wordt een zak met geld in het midden gegooid om te verdelen tussen de verschillende maatschappen. Voor de buitenwacht is dat een ondoorzichtig proces, een *black box*.”

“Overigens, een partij die ik in deze hele discussie mis, is die van de zorgverzekeraars. Het zijn voornamelijk de instellingen, de specialisten en de patiëntenverenigingen die zich teweestellen. Wij vinden dat ook de zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid moeten nemen en zich niet afzijdig moeten houden, zoals ze tot nu toe doen. Ze zijn te zeer gefocust op kosten en te weinig op de kwaliteit. Ze leunen maar zo’n beetje achterover en tonen weinig betrokkenheid bij het dossier. Ik zou zeggen: zorgverzekeraars, kom uit je luie stoel. Kijk hoe je samen met de andere partijen kunt komen tot het ideale model om dure geneesmiddelen goed en doelmatig in te zetten zonder kwaliteitsverlies voor de patiënt.”

Soepele dienstverlening

“Eén van de voordelen van vergoeding binnen het GVS is het efficiënte systeem, via de zorgapotheken, van bezorging en begeleiding bij de patiënt thuis, waarbij afrekening plaats heeft rechtstreeks met de zorgverzekeraar. Die soepele dienstverlening dreigt nu verloren te gaan. Het gevaar bestaat dat de instellingen van de patiënt gaan eisen dat hij of zij voor de behandeling vaker naar het ziekenhuis komt. Dat kan kostentechnisch immers gunstiger zijn. Zo’n ontwikkeling zou haaks staan op de beleidsintentie om zo veel mogelijk zorg thuis te regelen. Die ver-

plaatsing van zorg van thuis naar instelling vinden wij een volstrekt irrationele beweging.”

“Kwaliteit en patiëntveiligheid horen centraal te staan. Beide bereik je door te werken volgens richtlijnen, protocollen en een goed behandelplan met maximale inbreng van de arts en de patiënt. Daarbij horen ook afspraken over de plaats van behandeling: thuis of in de instelling. Dat aspect mis ik in het verhaal van de overheveling. Dat stoelt veel meer op een bureaucratisch dan op een medisch-inhoudelijk model. Doelmatigheid moet een plek krijgen, zeker, maar niet de belangrijkste plek. En helemaal onwenselijk is een situatie waarin de ziekenhuisdirectie zich met een financiële knuppel opstelt achter de arts. De relatie tussen de arts en de patiënt moet niet worden beïnvloed door

perverse financiële prikkels. Het kan niet zo zijn dat een specialist die kwaliteit voorop stelt, dat in zijn inkomen gaat voelen of dat bijvoorbeeld een onderzoek wordt geweigerd.”

Goed én doelmatig

Wind: “Voor alle duidelijkheid: ook wij zijn voorstander van doelmatig omgaan met medicijnen. Er is niets op tegen als de arts bij de start van de behandeling, met het oog op doelmatigheid, niet met het duurste middel begint. Als dat middel niet werkt, kan hij gaan voor de tweede of desnoods de derde keuze.”

“Een lichtpuntje is de verschuiving van de overheveling naar 1 januari 2012. Dat geeft in elk geval wat meer ruimte om goede voorbereidingen te treffen. De argumenten vanuit het veld, onder meer geformuleerd in

Dat farmaceuten de beoogde 10 à 15% korting zullen geven, is een illusie

het rapport van de EGV, de Stichting Eerlijke Geneesmiddelen Voorziening, hebben hun uitwerking gelukkig niet gemist. Dat rapport wordt onderschreven door twintig patiëntenverenigingen en tien medische beroepsverenigingen. Die eendrachtigheid heeft effect. En hoe langer het uitstel, hoe groter de kans dat we de voordelen van het huidige systeem overeind kunnen houden. Want nog steeds geldt, wat ons betreft, dat het voornemen zoals het er nu ligt, medisch inhoudelijk onacceptabel is.”



WIL BOSCH, ADVISEUR OVERHEIDSBELEID GEZONDHEIDSZORG:

‘Maak sluitende afspraken en wacht niet af’

De argumenten voor de overheveling van dure geneesmiddelen naar intramurale bekostiging snijden zeker hout, aldus Wil Bosch. Aan de andere kant acht hij, als adviseur over overheidsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg, de kans reëel dat de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan. Specialisten, ziekenhuis-apothekers en ziekenhuis-directies kunnen maar beter gezamenlijk proberen mogelijke problemen voor te blijven.

“Als je kijkt naar het huidige systeem, kun je constateren dat het gebruik van de zogenoemde dure geneesmiddelen zorginhoudelijk prima is geregeld”, aldus Wil Bosch, directeur van WB-Zorg. “De specialist kan vrij het middel kiezen dat hij het meest effectief acht. De patiënt krijgt het middel thuis bezorgd, zo nodig met begeleiding en instructie. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten automatisch vanuit het GVS. Om dit goed geoliede, op kwaliteit gerichte systeem te veranderen moet je stevige argumenten hebben. En die heeft de overheid. In de eerste plaats, omdat de kosten voor de gezondheidszorg niet in het huidige tempo kunnen blijven stijgen. Het GVS komt neer op openeindfinanciering, waarmee de kosten niet te sturen zijn. Kostenreductie is alleen mogelijk via prijsconcurrentie en daarvan zal sprake zijn na de overheveling.”

Pressiemiddelen

Bosch: “Vanuit het standpunt van de minister valt deze ingreep dus heel goed te begrijpen. Maar nu de kwaliteit. Wat gebeurt er als de landelijke vergoedingslimiet wordt ingeruild voor een prijs per ziekenhuis? Ontwikkelt dan elk ziekenhuis een eigen voorkeurslijst voor dure medicijnen op basis van de prijs/kwaliteitverhouding? En wat gebeurt er als een specialist zich, uit vermeende kwaliteitsoverwegingen, niet aan dat formularium conformeert? Dit kan een bron van conflict worden binnen de instellingen. Niets menselijks is de ziekenhuisdirecties vreemd, dus moeten ze sterk in de schoenen staan om niet te grijpen naar voor de hand liggende pressiemiddelen. Werkt een specialist of maatschap niet voldoende mee om de ‘doelmatigheidsdoelstellingen’ te halen? Schrappen van de gevraagde extra verpleegkundige of de aanschaf van apparatuur ligt dan voor de hand.”

“Daar komt nog een ander drukmiddel bij”,

aldus Bosch, “En wel vanuit het principeakkoord over de bekostiging van vrij gevestigde medisch specialisten, dat afgelopen december is gesloten tussen de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Ministerie van VWS. Daarmee verplichten de specialisten zich jaarlijks voor € 30 miljoen minder aan geneesmiddelen voor te schrijven. Lukt ze dat niet, dan zal het verschil met terugwerkende kracht op hun budget worden ingehouden.”

Vrijheid van handelen

“Ik vrees dan ook dat de overheveling ertoe zal leiden dat niet-zorginhoudelijke mechanismen de vrijheid van handelen van de specialist gaan beperken. Aan de andere kant is die overheveling onvermijdelijk. De specialist kan niet blijven voorschrijven zonder te letten op de kosten. De patiënt zal zijn eisen moeten afstemmen op de mogelijkheden. De farmaceutische bedrijven kunnen niet ongeremd zelf hun prijzen blijven bepalen. Wel zal een goed evenwicht moeten worden gezocht tussen de belangen van betrokken partijen. Daarbij moeten wat mij betreft de kwaliteit en het belang van de patiënt voorop blijven staan. En ik hoop ook dat de minister en haar ministerie inmiddels hebben geleerd dat ze bij dit soort maatregelen het veld de tijd moeten geven om zich goed op de veranderingen voor te bereiden.”

Gelopen race

“Tot nu toe lijken alle partijen zich in te graven in hun eigen positie. Dat heeft weinig zin. Ze kunnen maar beter uitgaan van een voldongen feit. Ondertussen zouden ze er goed aan doen samen scenario’s te ontwikkelen om de gevolgen van de overheveling zo goed mogelijk op te vangen. Binnen de ziekenhuizen geldt dat bijvoorbeeld voor de directies, de ziekenhuisapotheken en de specialisten. Wachten tot de overheveling een feit is, dat is pas vragen om problemen.”

Farmaceutische bedrijven kunnen niet ongeremd hun eigen prijzen blijven bepalen



HUIB KOOIJMAN (VWS):

‘Er moet een adequate financiering komen voor ziekenhuizen’

Volgens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kent de markt van dure geneesmiddelen te weinig prikkels voor prijsconcurrentie. Vandaar de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. “Als de ziekenhuizen in dat kader extra diensten gaan verlenen, moeten ze daarvoor wel worden gecompenseerd”, aldus Huib Kooijman

Huib Kooijman is bij VWS beleidscoördinator en plaatsvervangend hoofd van de afdeling vergoeding en doelmatig gebruik van medische producten. Volgens hem bestaan er nogal wat misvattingen over de voorgenomen maatregel: “Het is zeker niet zo dat de overheveling alleen maar is ingegeven uit kostenoverwegingen. In 2008 stelde het CVZ in zijn rapport *Uitvoeringstoets afbakening intra- en extramurale farmaceutische zorg* dat het bestaande systeem in de praktijk leidt tot financierings- en verstrekkingsgeschillen en oneigenlijk voorschrijfgedrag niet uitsluit. Het college constateerde dat het systeem aanleiding geeft voor discussies tussen zorg-

verzekeraars en ziekenhuizen over betaling van de zorg, en daarvan kunnen patiënten de dupe worden. Onder meer om deze effecten te vermijden, adviseerde het CVZ een eenduidige systematiek voor aanspraak en bekostiging. Met de overheveling van dure geneesmiddelen is ervoor gekozen de bekostiging in het ziekenhuissysteem onder te brengen. Dat sluit aan bij het feit dat deze middelen deel uitmaken van de medisch-specialistische behandeling. Uit oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en verantwoord gebruik is het wenselijk dat de regie en de verantwoordelijkheid dichtbij de gebruiker, dus de medisch specialist, liggen.”

Huib Kooijman (Ministerie van VWS): “Door met deze specifieke groep van TNF- α -remmers te beginnen, valt een besparing te realiseren die niet ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg.”

Waarom de keuze voor TNF- α -remmers als eerste geneesmiddelengroep die wordt overgeheveld naar volledig intramurale bekostiging?

“De verschuiving in de bekostiging van dure geneesmiddelen is een complexe operatie. Het gaat om meerdere geneesmiddelengroepen, zoals oncolytica, weesgeneesmiddelen, immunoglobulinen en groeihormonen. Dat noodzaakt tot een zorgvuldige, gefaseerde benadering. We beginnen daarom met één geneesmiddelengroep. En we beginnen met de TNF- α -remmers, omdat binnen die groep een relatief ruim aanbod bestaat van vergelijkbare middelen. Als die middelen allemaal onder ziekenhuis-bekostiging komen te vallen, ontstaan betere prikkels voor prijsconcurrentie (tussen geneesmiddelenleveranciers). Die prikkels ontbreken nu, aangezien sommige van die middelen in het extramurale geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) zijn opgenomen. In die constructie doet de voorschrijver de inkoop zonder financiële verantwoordelijkheid te dragen. Het idee is dat specialisten en ziekenhuisapothekers een ziekenhuseigen formularium vaststellen waarbij ze – waar mogelijk – de behandeling van het gros van de patiënten beginnen met één van die vergelijkbare middelen. Dat geeft de ziekenhuizen inkoopmacht. De ervaring leert dat het aanwijzen van een ‘voorkeursmiddel’ werkt. Door met deze specifieke groep van TNF- α -remmers te beginnen, valt een besparing te realiseren

Lees verder op pagina 20.

Uit oogpunt van doelmatigheid moet de regie dichtbij de specialist liggen

De € 50 miljoen kostenreductie is gebaseerd op een voorzichtige inschatting

Vervolg van pagina 19.

die niet ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. Het is zeker niet gezegd dat er een kostenreductie valt te realiseren bij alle middelen die in de tweede fase binnen de ziekenhuisbegroting gaan vallen. Zeker niet bij de middelen met een beperkt aantal alternatieven.”

Wat de ziekenhuizen steekt, is dat zij straks de kosten voor de thuiszorg moeten dragen. De plannen melden niets over compensatie voor de investeringen die zij op dat vlak moeten doen.

“Ook in het nieuwe systeem moet het gebruik van dure geneesmiddelen in de thuissituatie, waar patiënten dat willen en waar dat medisch verantwoord is, zijn gewaarborgd. Als de ziekenhuizen op dat gebied diensten gaan verlenen, zijn daarmee kosten gemoeid. Daarvoor zullen ze dan gecompenseerd worden, dat spreekt vanzelf. Natuurlijk moet er een adequate financiering komen voor de ziekenhuizen. Die waarborg hebben we vanaf het begin op onze radar gehad. De financiering van de thuiszorg zou in de DBC's kunnen worden opgenomen. Hoe die ziekenhuizen de dienstverlening uiteindelijk gaan declareren, daaraan zal de NZa invulling geven. Het is in elk geval absoluut niet de bedoeling dat patiënten door deze verschuiving in de bekostiging niet langer in de thuissituatie behandeld kunnen worden.

Het veld stelt dat € 50 miljoen besparing een illusie is. Zo veel zal de farmaceutische industrie nooit inleveren.

“Die doelstelling van € 50 miljoen komt neer op een prijsverlaging van 10 tot 12,5%. Deze doelstelling is gebaseerd op een voorzichtige inschatting. Uit het buitenland zijn ervaringen bekend waar het onderbrengen

van dit soort geneesmiddelen in de ziekenhuisbegroting wel degelijk tot lagere prijzen heeft geleid.”

“Door de TNF- α -remmers als eerste geneesmiddelengroep over te hevelen naar het ziekenhuisbudget, denken we betere prikkels voor prijsconcurrentie te introduceren. Daarmee willen we een eerste besparing realiseren die niet ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. De ziekenhuizen steunen de intentie om deze middelen eenduidig onder te brengen onder het ziekenhuisregime. Logisch dat zij en andere betrokken partijen waarborgen willen voor een zorgvuldige overheveling. Wij vinden dat net zo belangrijk. De zorgen die zij uiten, hebben dan ook onze volle aandacht.”

Dan is er nog het bezwaar dat de nieuwe betalingsstructuur dwingt tot vervanging van middelen waar dat niet verantwoord is.

“Wij sturen er helemaal niet op aan dat ziekenhuizen met maar één of twee middelen gaan werken. Het enige dat wij doen, is de prikkel zo organiseren dat ziekenhuizen – daar waar mogelijk – voorkeursmiddelen kunnen aanwijzen. Natuurlijk moeten bij alle verschillende ziektebeelden de noodzakelijke TNF- α -remmers beschikbaar blijven voor de patiënten. Het feit dat ziekenhuizen een voorkeursmiddel aanwijzen, hoeft niet te betekenen dat bij elk ziektebeeld hetzelfde middel moet worden gebruikt. In hoeverre switchen verantwoord is, blijft een medische aangelegenheid. Daarin moet het medisch veld een eenduidig standpunt innemen. Wij hebben de indruk dat tot nu toe

geen overeenstemming bestaat over de eventuele risico's. Laten we ervan uitgaan dat het voorkeursmiddel dat het ziekenhuis kiest, alleen betrekking heeft op nieuwe patiënten en inkoopkracht alleen gerealiseerd kan worden bij deze patiënten. Ook dan zijn kortingen haalbaar, want ziekenhuizen kunnen langdurige contracten aangaan met leveranciers. Het behouden van hun relatie met het ziekenhuis zal de farmaceuten immers ook wat waard zijn.”

Partijen in het veld vinden dat het voortdurend schuiven met de invoeringsdatum op zijn zachtst gezegd niet de schoonheidsprijs verdient. Van 1 januari 2011 naar 1 januari 2012 naar 1 juli 2011. En dan wordt het nu 1 januari 2012.

“Het laat ons zeker niet koud dat partijen al die tijd in onzekerheid verkeren. We hebben daar beslist oog voor, maar het gaat om een ingewikkelde besluitvorming die aan vele invloeden bloot staat. Zo is de laatste verschuiving een gevolg van politieke besluitvorming. De Tweede Kamer besloot afgelopen september dat moest worden afgezien van het voornemen een eigen bijdrage in tweedelijns GGZ in te voeren. De Kamer besloot dat het gat van € 25 miljoen dat daardoor in de financiering zou ontstaan, moest worden gedicht door de overheveling van TNF- α -remmers alsnog per 1 juli 2011 te laten plaats hebben. Toenmalig minister Klink heeft daar destijds wel het voorbehoud bij gemaakt dat invoering op die datum uitvoerbaar moet zijn. Tegelijk stelde hij betrokken partijen bij hernieuwd uitstel tot 1 januari 2012 verantwoordelijk voor de financiële dekking daarvan. Nu die dekking is gevonden, kon minister Schippers de datum van overheveling definitief op 1 januari 2012 stellen.”

Natuurlijk moeten alle specifieke TNF- α -remmers beschikbaar blijven

TIM JANSEN, REUMATOLOOG EN VOORZITTER COMMISSIE KWALITEIT NVR:

‘Reumatologen maken uitstel mogelijk’

Na veel heen en weer schuiven heeft de minister van VWS de datum van overheveling van TNF- α -remmers definitief vastgesteld op 1 januari 2012. Dat kon, omdat de reumatologen de minister hebben geholpen een gat van € 25 miljoen in de overheidsbegroting te dichten.



Tim Jansen: "Chronisch doorbehandelen met TNF- α -remmers kan tot nadelige effecten leiden."

De oplossing ligt niet bij substitutie, maar bij terugdringen van het gebruik

Juli vorig jaar blokkeerde de Tweede Kamer invoering van eigen bijdragen in de tweedelijns GGZ. Daardoor kwam de minister € 25 miljoen tekort op zijn gezondheidsbegroting. Om dat gat te dichten zou de overheveling van TNF- α -remmers toch weer worden vervroegd naar 1 juli 2011. De minister gaf nog wel een opening: ze was alsnog bereid tot uitstel als betrokken partijen met een alternatieve oplossing zouden komen om het besparingsverlies te dekken. Die oplossing is aangedragen door de reumatologen.

Package deal

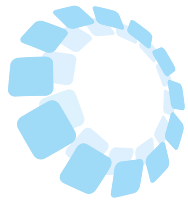
Volgens Tim Jansen, voorzitter van de commissie kwaliteit van de NVR, Nederlandse Vereniging van Reumatologie, heeft zijn beroepsgroep een *package deal* gesloten met VWS. Jansen: "Als vereniging hebben wij onze verantwoordelijkheid genomen door aan te bieden de komende twee jaar onderzoek te doen naar de mogelijkheid om de medicatie bij patiënten met langdurige remissie te stoppen. Dat kan allereerst die patiënten ten goede komen. Chronisch doorbehandelen met TNF-remmers over een lange periode kan tot nadelige effecten leiden. Zo is aangetoond dat patiënten in gebieden met veel zon, zoals Florida, een grotere kans lopen een huidtumor te krijgen. Uit eigen ervaring en uit wetenschappelijke studies weten we ook dat bepaalde patiënten goed enige tijd zonder medicijn kunnen. Velen zullen zelfs snel reactiveren zonder TNF-blokker. Dat heeft ons ertoe gebracht VWS voor te stellen samen na te

denken over een win-winsituatie, met goede waarborgen voor onze patiënten. Daarbij hoort hernieuwde vergoeding van de medicatie als deze weer moet worden hervat."

DREAM-studie

De komende periode nodigt de NVR collega's uit om deel te nemen aan de evaluatiestudie die wordt uitgevoerd onder de paraplu van DREAM, de Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring. Zij hebben al ervaring met een multicenter follow-up bij het opstarten van TNF-blokkers. Dit is een samenwerkingsverband tussen twaalf ziekenhuizen in Noordoost-Nederland. In hun regio wordt ongeveer een derde van de reumazorg in Nederland geboden.

Jansen: "Op basis van de ervaring die we met deze 'stopstudie' opdoen, kunnen we straks beter voorspellen bij welke patiënten we de medicatie kunnen afbouwen zonder kwaliteitsverlies voor de reumapatiënt. Als reumatologen schrijven wij verschillende TNF- α -blokkers voor, met allemaal hun eigen specifieke eigenschappen. Substitutie is meestal onmogelijk. Dus daar ligt niet de oplossing voor het financieringsprobleem. Wel bij terugdringen van het gebruik. De totale kosten van TNF-blokkers bij reumatoïde artritis zijn nu € 115 miljoen. Als succesvol stoppen regelmatig lukt, dan zal dit in potentie leiden tot een forse besparing. En de patiënten bij wie we de medicatie met TNF- α -remmers verantwoord kunnen afbouwen, worden er ook beter van."



MonoFer[®]
ijzer isomaltoside 1000

IJzercorrectie in

bezoek



- Innovatieve iMatrix technologie¹
- Snelle ijzercorrectie in **1** bezoek¹
- Grootste doseringsbereik 100-2000 mg*¹
- Geen test dosis nodig¹



IBD-centra moeten kwetsbare patiënt beschermen

Minister Edith Schipper (VWS) heeft aangegeven per 1 januari 2012 de vergoeding van *alle* TNF-remmers over te hevelen naar het ziekenhuisbudget. Daarmee gaan de ziekenhuizen 20% van de inkoops prijs van deze geneesmiddelen betalen. Wat betekent dit voor de complexe IBD-patiënt die een indicatie heeft voor een TNF- α -remmer? Hoe zullen de ziekenhuizen TNF- α -remmers financieren in een tijd dat nog meer forse bezuinigingsmaatregelen op stapel staan?

Mogelijke scenario's

1. De verstrekking van *biologics* aan patiënten wordt beperkt, er ontstaat 'postcodebeleid', artsen verwijzen niet of gaan juist terugverwijzen teneinde TNF- α -remmers 'lokaal' te laten verstrekken. Inperking van de verstrekking betekent een kortetermijnoplossing: na één jaar zal het budget toch ongestoord zijn doorgegroeid, VWS zal een overschrijding niet accepteren en nieuwe kortingen of strafmaatregelen opleggen. Een vicieuze cirkel.
2. Overschrijding van het ziekenhuisbudget van dure geneesmiddelen wordt geaccepteerd door ziekenhuisdirecties. Niet erg waarschijnlijk, meer voorstelbaar is dat deze zal worden afgewenteld op het budget van de afdeling MDL. Dit zal per ziekenhuis leiden tot andere situaties en behandelmogelijkheden.
3. De overhevelingsregeling wordt ingetrokken. Eveneens onwaarschijnlijk, want de stijging in het inmiddels € 450 miljoen omvattende *biologics* budget zal hoe dan ook moeten worden ingedamd.
4. De (be)handelingsvrijheid van MDL-specialisten zal worden beknot. Hier spelen mogelijk de raden van bestuur per ziekenhuis een verschillende rol. Dit kan ertoe leiden dat een patiënt in ziekenhuis A wel de noodzakelijke behandeling krijgt die hem in ziekenhuis B wordt ontzegd. Een zeer onwenselijke situatie die ons als MDL-artsen in een lastig parket brengt.
5. Farmaceutische bedrijven zouden kortingen kunnen geven om de gewenste € 50 à € 60 miljoen aan bezuinigingen op te brengen. Dat lijkt niet erg realistisch. Vooral nog zijn er geen goedkope

of even effectieve *biosimilars* beschikbaar. Het is juridisch onwaarschijnlijk dat VWS in staat zal zijn om de fabrikant dergelijke kortingen op te leggen.

Kwetsbaar

Al deze scenario's zullen in meer of mindere mate ten koste gaan van een adequate en effectieve behandeling van de toch al zo kwetsbare complexe IBD-patiënt.

Een mogelijk alternatief zou kunnen zijn om in de toekomst complexe IBD-patiënten te behandelen in gespecialiseerde MDL-centra, die met academische ziekenhuizen geaffilieerd zouden kunnen zijn. Het doel hierbij is door schaalvergroting financiële doelmatigheid te koppelen aan optimale zorg. Door concentratie van de behandeling van complexe IBD-patiënten komt onze intentie te streven naar efficiënte, effectieve en kwalitatief uitstekende zorg duidelijk naar voren. Bovendien is in dat geval in iedere regio binnen acceptabele grenzen topreferente zorg in Nederland te leveren.

Ad van Bodegraven,
MDL-arts, VUmc

NIEUWS

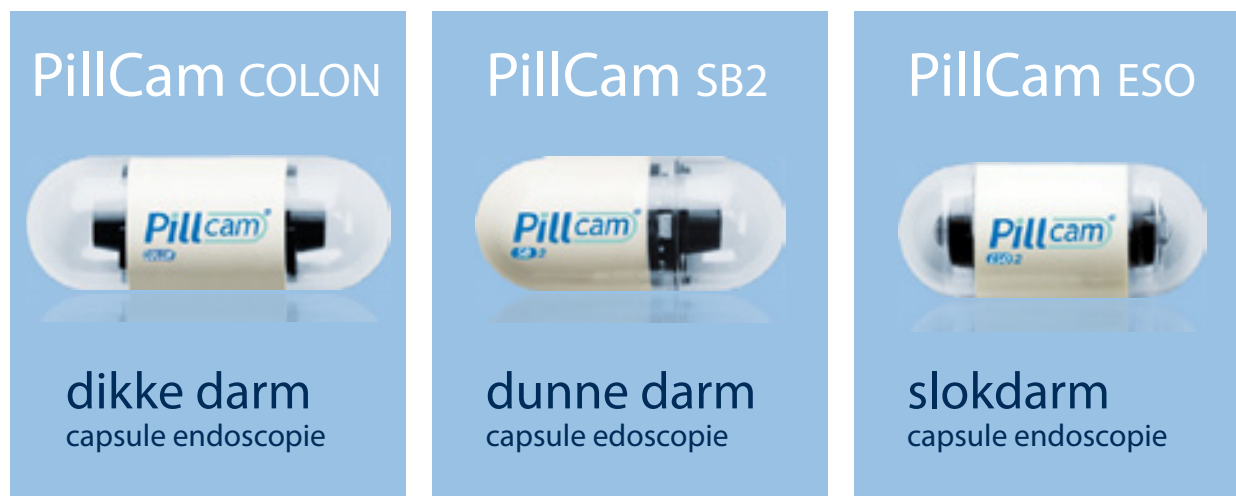
Elly Klinkenberg-Knol met pensioen

Op 30 december 2010 ging Elly Klinkenberg-Knol met pensioen. Elly, geboren in Amsterdam, studeerde interne geneeskunde aan de VU en zou er vervolgens 41 jaar blijven. Eerst als fulltime staf lid interne geneeskunde, maar in 1980 – na de geboorte van haar tweede kind – stapte ze over naar de nieuwe afdeling MDL en specialiseerde zij zich tot MDL-arts. Na het vertrek van afdelingshoofd en hoogleraar Stefan Meuwissen in 2000 werd Elly interim-afdelingshoofd, tot de komst van Chris Mulder in 2003. Met pensioen gaan betekent echter niet: stoppen met werken. Elly: "Er is nog steeds een groeiend tekort aan MDL-artsen, met name buiten de Randstad. Veel MDL-artsen zijn babyboomers en stromen de komende jaren uit. Daarom werken veel pensionado's door. Zelf ga ik twee dagen per week in het Slotervaart Ziekenhuis werken, op een kleine, hechte afdeling. En verder blijf ik hier aan de VU tot de zomer van 2011 onderwijs geven, voor 0,1 fte. Dat maakt de cirkel rond."



Video Capsule Endoscopie

FMH is officieel distributeur
van Given Imaging in Nederland



PillCam®

Vanaf 1 maart 2011 is FMH Endoscopy BV exclusief leverancier van alle Given Imaging producten voor de Nederlandse markt geworden. FMH neemt hiermee de verkoopactiviteiten van Acertys te Nieuwegein over.

Graag nodigen wij u uit voor een persoonlijke toelichting op het NVGE congres in Veldhoven op 17 en 18 maart. Uiteraard kunt u ons ook bellen voor een afspraak met één van onze vertegenwoordigers.



FMH Endoscopy BV

Landjuweel 16-9
3905 PG Veenendaal

Tel. 0318-543223

Fax 0318-523635

E-mail info@endoscopy.nl

Web www.endoscopy.nl



Probleemgeoriënteerd AIOS-onderwijs Nijmegen verdient navolging

Onderwijs geven kan anders. Op 11 november werd in de opleidingsregio Nijmegen hiervoor het bewijs geleverd. Bij het theoretisch onderwijs aan AIOS MDL wordt al jaren gebruikgemaakt van het klassieke onderwijsmodel: een docent geeft lezingen aan de hand van een powerpointpresentatie. Bij deze vorm van onderwijs hebben de toehoorders een passieve rol. Onderzoek heeft uitgewezen dat zo minder dan 10% van de overgedragen kennis beklijft. Bovendien benadert een lezing het onderwerp thematisch, terwijl in de klinische praktijk het probleem van de patiënt centraal staat. Voor de (jonge) dokter zit een patiënt met klachten en de vraag is primair wat hij/zij mankeert.

Als opleiders MDL in het UMC St. Radboud in Nijmegen vonden wij het tijd voor iets anders. Beiden zijn we opgeleid aan de Maastrichtse faculteit Geneeskunde, waar het basisonderwijs probleemgeoriënteerd is. Als artsen een probleemgeoriënteerd denkmodel gebruiken om een goede diagnose te stellen, waarom doen we dit dan niet in ons onderwijs? In antwoord hierop organiseerden wij de eerste Onderwijs RegioDag, waarbij 13 AIOS MDL uit Arnhem, Nijmegen en Den Bosch samenkwamen om een drietal patiëntencasi door te nemen. Eén patiënt bijvoorbeeld had een leveradenoom en werd vervolgens zwanger, waarbij niet alleen de foetus maar ook het adenoorn groeide. Wat te doen: opereren, hoe bevallen, en wat zijn de risico's? De AIOS bespraken het patiëntenprobleem in twee groepen waarna ze met elkaar in gesprek gingen over het gekozen beleid. Welke keuze maak je en waarom? Het werd een boeiende discussie waarbij vele vragen beantwoord werden, maar ook open eindjes bleven. Daarom bespraken de opleiders daarna de *evidence* uit de literatuur die het te bepalen beleid ondersteunt.

De dag werd afgesloten met een champagnequiz, met twintig endoscopische en klinische meerkeuzevragen. Danielle Josemanders, AIOS in het Radboud, werd de overtuigende winnaar en kon met een fles champagne naar huis. Al met al een geslaagd initiatief en een prima gelegenheid om elkaar als AIOS in de regio te leren kennen. Enkelen kwamen zelfs met het voorstel om dit maandelijks te organiseren. De onderwijsopzet van onze RegioDag kan dienen als model voor andere vergelijkbare initiatieven. Het MDL-onderwijs mag, nee, moet moderner!

Mariëtte van Kouwen en Joost Drenth, UMC St. Radboud, Nijmegen

Vervolg MDL-Transfers van pagina 2

Men praat informeel over een MDL-maatschap. Joost Drenth (Radboud) wil naar 10 MDL-artsen en heeft 2 MDL-artsen op het oog. Hij praat met de RvB over zijn uitbreiding.

Zuiden

De problemen in Zeeuws-Vlaanderen nemen toe. Men praat met Belgen. Zeeland lijkt mij vol uitdagingen voor mensen die het vak in de volle breedte willen blijven beoefenen. Anders dan in MAGMA 4–2010 staat vermeld, is het gelukt 2 MDL-artsen aan te trekken in Roosendaal. Het zijn Eric Halet (Gent) en Faiq Lal Mohamed (Paramaribo). Harry van Roermond (62 jaar) gaat met de VUT.

Venlo zoekt 2 MDL-artsen. Men praat informeel gelukkig wel met enige kandidaten die hun opleiding in 2012–2013 afronden.

Algemeen

Op 1 januari 2011 zijn er 352 MDL-artsen actief, waarvan 344 lid van de NVMDL.

Kwaliteit, veiligheid en vertrouwen

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen nodigt u van harte uit deel te nemen aan het tweede NVMDL-symposium 'MDL op KOP'.

Esther Crombag, wielerkampioen, universitair docent Rechtenfaculteit Maastricht en blind sinds haar elfde, zal ons vertellen hoe belangrijk vertrouwen hebben en vertrouwen krijgen zijn als je graag op kop wilt rijden. Op zijn minst dient het vertrouwen gerechtvaardigd te zijn. Leerzame en inspirerende bespiegelingen hierover zullen ook gegeven worden door collega

Jan Maarten van den Berg, inspecteur IGZ. Daarnaast worden wij door onze MDL-collega's bijgepraat over de stand van zaken van de kwaliteits- en veiligheidsprojecten waar wij binnenkort allen mee te maken krijgen. We hopen derhalve iedere professional (en uiteraard allen daarvoor in opleiding) die zich betrokken voelt bij de MDL-zorg in Nederland te mogen begroeten op 19 mei aanstaande!

Willem Moolenaar,
voorzitter commissie kwaliteit NVMDL



Kijk voor meer informatie over programma, accreditatie, kosten en inschrijving op www.mdl.nl. U kunt ook bellen of mailen naar Marie José van Gijtenbeek, secretariaat NVMDL: 023-551 30 16 of secretariaat@mdl.nl.

NU OOK
IN NEDERLAND

Een nieuwe kijk op een schoon colon



Klein volume medicijn met *lekkere smaak*^{2,4,5}
Schoon colon: tweevoudig werkingsmechanisme¹⁻⁵

Referenties

1. Love J, et al. Can J Gastroenterol 2009;23(10):706-710. 2. Lai A, et al. Clin Radiol 1996;51:566-569. 3. Hamilton D, et al. Br J Clin Pract 1996;50(2):73-75. 4. Hookey Am J Gastro 2009;104(3):703-709 5. Turner D, et al. Endoscopy 2009;41:1038-1045.

Verkorte productinformatie

Naam van het geneesmiddel: PicoPrep. **Kwalitatieve en kwantitatieve samen-stelling:** natrium-picosulfaat 10 mg, magnesiumoxide, licht, 3,5 g, watervrij citroenzuur 12 g. **Farmaceutische vorm:** Poeder voor drank. **Therapeutische indicaties:** Om de darm te reinigen voorafgaand aan een röntgenologisch onderzoek of endoscopie of voorafgaand aan chirurgie wanneer dit klinisch noodzakelijk wordt geacht. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen of voor één van de hulpstoffen, congestief hartfalen, maagretentie, gastro-intestinale ulceratie, toxische colitis, toxisch megacolon, ileus, misselijkheid en braken, acute abdominale aandoeningen die een operatie vergen zoals acute appendicitis, bekende of vermoede gastro-intestinale obstructies of perforaties, ernstige dehydratie, rhabdomyolyse, hypermagnesiëmie, actieve inflammatoire darmaandoening en bij patiënten met ernstig verminderde nierfunctie. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Darmreiners dienen alleen te worden ingezet voor darmchirurgie als hier een duidelijke noodzaak voor is. Voorzichtigheid moet worden betracht bij recente gastro-intestinale chirurgie, een verminderde nierfunctie, een hartaandoening of inflammatoire darmaandoening en bij patiënten die geneesmiddelen gebruiken

die de water/elektrolyten-balans kunnen beïnvloeden. PicoPrep kan de absorptie van regelmatig voorgeschreven orale geneesmiddelen veranderen. Bij onvoldoende inname van water en elektrolyten kunnen er klinisch significante deficiënties ontstaan, met name bij minder fitte patiënten. Het is noodzakelijk direct corrigerende maatregelen te nemen om de vocht/elektrolyten-balans te herstellen indien zich signalen of symptomen van hyponatriëmie voordoen. De periode van darmreiniging dient niet langer dan 24 uur te duren. Dit geneesmiddel bevat lactose en 5 mmol (of 195 mg) kalium per sachet. PicoPrep moet niet worden gebruikt als gewoon laxans. **Bijwerkingen:** Vaak komen hoofdpijn, misselijkheid en proctalgie voor. Verder komen o.a. voor: overgevoeligheidsreacties, hyponatriëmie en hypo-kaliëmie, aftoedvormige zweren in het ileum, huiduitslag. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX, Hoofddorp. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** augustus 2010.

FERRING
PHARMACEUTICALS

natrium picosulfaat + magnesium citraat
PICOPREP[®]
SCHOON met SMAAK

NITROFURANTOÏNE-GEÏNDUCEERDE AUTO-IMMUUNHEPATITIS: HERSTEL ZONDER IMMUNOSUPPRESSIE

1 Een 75-jarige vrouw werd verwezen in verband met een verhoogde bezinking en levertestafwijkingen (ASAT 82 u/l, ALAT 90 u/l). Zij was bekend met *morbus Sjögren* en recidiverende urineweginfecties. Haar medicatie bestond uit naproxen, esomeprazol en losartan/hydrochloorthiazide. Zij presenteerde zich met vermoeidheid en malaise. De vrouw ontkende het gebruik van alcohol. Virale hepatitisserologie was negatief en er waren geen aanwijzingen voor een stapelingsziekte. Wel was er een positieve ANA (voorheen negatief) en een verhoogd totaal IgG, ASM was negatief. In verband met een forse stijging van de leverenzymen (ASAT 252 u/l, ALAT 274 u/l) werd een leverbiopt verricht.

Bij herhaalde anamnese bleek patiënte inmiddels geruime tijd een onderhoudsdosis nitrofurantoïne te gebruiken, wat we onmiddellijk staakten. Het biopt liet ernstige confluërende ontstekingsactiviteit in de portale velden en interfasehepatitis zien. Gecombineerd met laboratoriumonderzoek past dit bij auto-immunhepatitis. Inmiddels was er echter reeds een forse daling

van de leverenzymen. We besloten af te zien van behandeling met corticosteroiden. Binnen enkele weken trad herstel van de levertesten op.

Conclusie

Nitrofurantoïne is een veelgebruikt middel in de behandeling van urineweginfecties. Bij chronisch gebruik kan dit verschillende vormen van hepatotoxiciteit geven, onder andere auto-immunhepatitis. Dit gaat gepaard met een positieve ANA en verhoogd totaal IgG.

Aangenomen wordt dat de metabolieten binden aan cytochroom p450 en zo een immuunrespons genereren. Het beeld kan geheel herstellen door de nitrofurantoïne te staken, zonder behandeling met corticosteroiden.

Elske Gootjes¹, Juup van Meyel², Jan Veenstra¹

1. St. Lucas Andreas Ziekenhuis, Afdeling Interne geneeskunde
en 2. Maag-Darm-Leverziekten

EEN 79-JARIGE MAN MET EEN PIJNLOZE GALBLAASPERFORATIE

2 Een 79-jarige man met een voorgeschiedenis van onder andere diabetes mellitus type II wordt doorverwezen naar de Spoedeisende Hulp met een ileus. Anamnestic heeft patiënt twaalf dagen geen ontlasting gehad, zonder klachten van buikpijn of braken. De huisarts heeft hem met laxantia en klysma's niet verder kunnen helpen. Bij lichamelijk onderzoek heeft hij – met een lage bloeddruk, snelle polsslag en ademfrequentie – kenmerken van een sepsis. Hij overlijdt even na aankomst op de Spoedeisende Hulp ten gevolge van aspiratie bij fecaal braken. Bij post-mortemonderzoek wordt een galblaasperforatie, colonperforatie en een galsteen ter grootte van 7 cm aangetroffen in het sigmoïd die een ileus heeft veroorzaakt. Mogelijk was bij deze patiënt sprake van een autonome neuropathie bij langer bestaande diabetes type II. Diabetische autonome neuropathie komt veel voor bij diabetici en kan in elk deel van de tractus digestivus senso-motorische afwijkingen veroorzaken. Dit kan leiden tot verminderde darmmotiliteit en tot sensibiliteitsstoornissen van de tractus digestivus. Diabetici hebben daarnaast

een verhoogde kans op galstenen vanwege een toegenomen galblaasvolume en een afgenomen ejectionfracatie wat weer leidt tot hypotoniciteit en stase van gal.

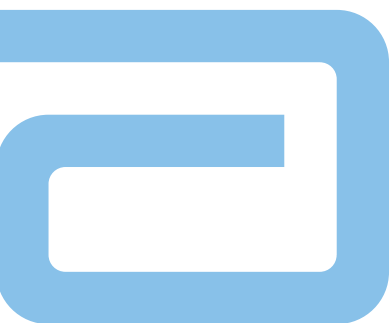
Aangezien patiënt anamnestic weinig heeft gemerkt van zijn galblaas- en colonperforatie, is het goed mogelijk dat hij aan diabetische autonome neuropathie leed. Belangrijke ziektebeelden kunnen bij diabetici makkelijk worden onderschat omdat zij zich met een ander klachtenpatroon kunnen presenteren.

Willemijn van der Boon, St. Jansdal Ziekenhuis, Spoedeisende hulp, ANIOS SEH

Jaap Lagendijk, Meander Medisch Centrum, Pathologie, klinisch patholoog

Amanda Dijk, St. Jansdal Ziekenhuis, Interne geneeskunde, internist-hematoloog

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de volledige tekst, beeldmateriaal en referenties.



Met aanhoudende remissie gaat het leven verder¹



Voor



Na



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



HUMIRA
adalimumab

Aanhoudende remissie

Productinformatie elders in dit tijdschrift

 **Abbott**
A Promise for Life

CHROMOSOMAL INSTABILITY IN PATHOGENESIS AND PROGNOSIS OF COLORECTAL CANCER

Cindy Postma, Vrije Universiteit Amsterdam, 12 november 2010

Biologische kenmerken van tumoren worden tegenwoordig steeds belangrijker als diagnostische, prognostische en voorspellende (*predictive*) markers. Colorectale tumoren vertonen vaak chromosomale instabiliteit, wat resulteert in verlies of toename van delen van een chromosoom of soms hele chromosomen. In dit proefschrift worden zeven kankergerassocieerde chromosomale veranderingen beschreven, die sterke indicatoren zijn voor progressie van colorectaal adenoom naar carcinoom. De meest interessante chromosomale afwijking is *gain* van chromosoom 20q, omdat dit niet alleen één van de meest frequente chromosomale afwijkingen in de progressie van adenoom naar carcinoom is, maar ook geassocieerd is met een groep van poliepeuze en vlakke adenomen met een agressiever fenotype. Bovendien hadden patiënten met deze afwijking een slechtere overleving. Genen gelokaliseerd op dit deel van chromosoom 20, of hun eiwit, kunnen mogelijk fungeren als markers voor vroege detectie van dikkedarmkanker in ontlasting of bloed. Anderzijds kunnen ze ook fungeren als mogelijke nieuwe targets voor farmacologische interventie. Tevens kon respons op chemo-

therapie worden voorspeld aan de hand van chromosomale instabiliteit.

Curriculum Vitae

Cindy Postma (Arnhem, 1974) behaalde in 1997 haar diploma 'Bachelor of Science' in de cyto-/histopathologie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Zij werkte een aantal jaren fulltime als researchanalist bij de afdeling Pathologie van het VU medisch centrum. In 2002 is zij, naast haar werk als researchanalist, gestart met de studie Geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en in 2008 behaalde zij haar arts-examen. Het onderzoek dat Cindy in de afgelopen jaren als researchanalist/AIO heeft uitgevoerd onder begeleiding van prof. dr. G.A. Meijer (promotor) en dr. B. Carvalho en dr. B. Ylstra (co-promotoren) heeft geresulteerd tot dit proefschrift. Het onderzoek werd gesubsidieerd door de KWF Kankerbestrijding. In januari 2010 startte Cindy Postma met de (voor)opleiding MDL in het IJsselland Ziekenhuis te Capelle a/d IJssel.

Het proefschrift is te verkrijgen via cindypostma@online.nl.

OPTIMIZING TREATMENT STRATEGIES USING NUCLEOS(T)IDE ANALOGUES FOR PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B

Jurriën G.P. Reijnders, Erasmus Universiteit Rotterdam, 24 november 2010

Langdurige behandeling met nucleos(t)ide-analogen (virusremmers) is tegenwoordig een veelvuldig gebruikte behandelingsmethode voor een chronische hepatitis-B-infectie. Deze behandeling lijkt op de behandeling van hiv met virusremmers, en leidt bij meer dan 90% van de huidige patiënten tot een complete remissie van de chronische hepatitis-B-infectie. Om langdurige onderdrukking van de chronische hepatitis-B-infectie te bewerkstelligen met behulp van nucleos(t)ide-analogen therapie is het voorkómen van resistentie tegen antivirale middelen echter essentieel.

In dit proefschrift wordt aangetoond dat patiënten inderdaad *langdurig* met nucleos(t)ide-analogen moeten worden behandeld, aangezien een blijvende remissie na het staken van de behandeling slechts bij een beperkt aantal patiënten kan worden bereikt. Het staken van de behandeling na HBsAg-seroconversie, zoals nu nog wordt aanbevolen in de huidige mondiale richtlijnen, lijkt dan ook niet de juiste keuze.

Daarnaast worden de krachtige antivirale eigenschappen van tenofovir en entecavir, hun uitstekende resistentieprofielen en de veiligheid van deze middelen nu ook bevestigd in grootschalige, onafhankelijke cohortstudies. Tenofovir en entecavir dienen dan ook de nucleos(t)ide-analogen van eerste keuze te zijn. Door de kleine kans op resistentie kan er waarschijnlijk ook langer worden gewacht met het aanpassen van de behandeling bij patiënten die

onder tenofovir- of entecavirmonotherapie geen complete onderdrukking van het hepatitis-B-virus bereiken. Dit is in tegenstelling tot wat wordt aanbevolen bij patiënten die met oudere middelen zoals lamivudine of adefovir worden behandeld. Indien bij een hepatitis-B-patiënt antivirale resistentie tegen een nucleoside- (lamivudine, telbivudine, entecavir) of nucleotide-analogen (adefovir, tenofovir) wordt gedetecteerd, moet respectievelijk tenofovir of entecavir worden toegevoegd aan de behandeling. Of het toevoegen van een nucleos(t)ide-analogen in plaats van het omzetten naar tenofovir- of entecavirmonotherapie daadwerkelijk nodig is, moeten additionele studies met een langere follow-up uitwijzen.

Curriculum vitae

Jurriën G.P. Reijnders (Klundert, 1982) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Tijdens zijn studie volgde hij tevens een Master of Science-opleiding op het gebied van Genetic Epidemiology. In november 2006 startte Jurriën met zijn promotieonderzoek naar de behandeling van chronische hepatitis B met nucleos(t)ideanalogen onder supervisie van prof. dr. H.L.A. Janssen. Per september 2009 begon Jurriën met de opleiding tot MDL-arts in het Erasmus MC. De vooropleiding interne geneeskunde verricht hij in het Ikazia Ziekenhuis Rotterdam.

Het proefschrift is te verkrijgen via j.reijnders@erasmusmc.nl.

IBD-patiënt in goede handen in Martini Ziekenhuis Groningen

De maatschap maag-darm-leverartsen in het Martini Ziekenhuis in Groningen heeft een lange geschiedenis. In de jaren zeventig waren Nico Hellemans en Bert Bartelink werkzaam als gastro-enterologen in respectievelijk het Diakonessenhuis en het RKZ. Na de fusie van beide ziekenhuizen tot het Martini Ziekenhuis in 1992 kwam het al snel tot de vorming van één van de eerste zelfstandige MDL-maatschappen van het land, bestaande uit Jerry Bergmann, Herbert van der Heide en Michiel van Haastert.

De maatschap werd in 2003 uitgebreid met Laurens van der Waaij. In 2008 werd na vele jaren werken op twee locaties het nieuwe fraaie Martini Ziekenhuis geopend met een goed uitgeruste scopieafdeling. De maatschap werd in 2008 uitgebreid met Renzo Veenstra en eind 2009 volgde Willem Thijs collega Bergmann op.

Compleet pakket

De huidige maatschap beoefent de MDL in de breedste zin. Endo-echografie wordt door Laurens van der Waaij ook voor omliggende ziekenhuizen verricht, de single-balloonscopie (collegae Veenstra en Thijs) is sinds een jaar operationeel en de videocapsule volgt binnenkort. Daarmee hebben wij een compleet pakket dunnedarmdiagnostiek. De ERCP's worden ook voor omliggende ziekenhuizen verricht. Natuurlijk streven we naar een snelle en optimale service, nu op een goed ingerichte kamer op de röntgenafdeling, maar waarschijnlijk binnen afzienbare tijd op de daartoe al aanwezige röntgenkamer in het endoscopiecentrum.

Samenwerking met GI-chirurgen

De samenwerking met de gastro-intestinaal chirurgen is zeer goed. Sinds ruim één jaar worden de MD-patiënten op de SEH buiten kantooruren gezien door de arts-

assistenten chirurgie en is de dienstdoende MDL-arts aanwezig op het ochtendrapport chirurgie. Sinds januari 2011 hebben we een gezamenlijke verpleegafdeling met de chirurgie.

Er is een wekelijkse MDL-radiologiebespreking en een maandelijks MDL-pathologiebespreking. In een wekelijks door de MDL-artsen voorgezeten GE-oncologisch overleg worden alle patiënten met een GE-maligniteit besproken en na de operatie teruggerapporteerd. Naast onder anderen radiotherapeut, oncoloog en patholoog is bij geselecteerde patiënten een HPB-chirurg van het UMCG aanwezig. Er is een goed functionerend zorgpad voor patiënten met colorectale tumoren en het zorgpad voor slokdarm- en maagkanker is bijna afgerond. Slokdarmchirurgie vindt in het Martini-ziekenhuis plaats en ook pancreaschirurgie wordt in samenwerking met de HPB-chirurgen bij ons verricht.

IBD

Uiteraard betreft een belangrijk deel van ons werk de behandeling van de IBD-patiënten. We worden daarin bijgestaan

door onze IBD-verpleegkundige Ans Ottenhof. Remicade wordt toegediend op de dagverpleging en deels via een infusiekliniek (White Dolphin). Tot heden hebben wij geen problemen met betrekking tot de kosten van de Remicade. Sinds ruim een jaar is het Martini Ziekenhuis in resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE) ingedeeld. Dit is een plezierige en efficiënte bestuursstructuur die innovatie ondersteunt en veel verantwoordelijkheden decentraal neerlegt.

Toekomst voor nieuwe collega

Concluderend werken wij in Groningen in een maatschap waarin de onderlinge verhoudingen en sfeer zeer plezierig zijn, met een goede samenwerking met andere disciplines in een modern goed uitgerust ziekenhuis. De druk op onze programma's neemt langzaam toe. Collega Bergmann neemt sinds zijn pensionering nog waar voor een aantal dagdelen per week, maar verdere uitbreiding van de maatschap hopen we binnen afzienbare tijd te bewerkstelligen. Ook voor niet-geboren Groningers blijkt na een aantal jaren dat er niets boven Groningen gaat.



Van links naar rechts: Renzo Veenstra (MDL-arts), Laurens van der Waaij (MDL-arts), Adrie Stael (chirurg), Herbert van der Heide (MDL-arts), Ans Ottenhof (IBD-verpleegkundige), Michiel van Haastert (MDL-arts), Willem Thijs (MDL-arts), Wendy Kelder (chirurg), Peter Baas (chirurg). Op de foto ontbreekt Annet Olieman (chirurg).



Hi LINE
HD+

Clear. Easy. Different.

Because you can only decide on what you can see.



Three technologies to support your diagnosis:

Hi Line HD+ for outstanding image quality which supports orientation and detection.

i-scan Surface Enhancement (SE) for accentuation of suspicious looking tissue in real time, at the touch of a button.

i-scan Tone Enhancement (TE) simplifies lesion characterization through mucosal structure enhancement.

Hi Line and i-scan.

Outstanding precision in endoscopy.

Kom naar onze stand op het NVGE op
17 en 18 maart 2011.

PENTAX Nederland B.V.
Life Care

Lage Mosten 35
4822 NK BREDA - Nederland
Tel.: 076 - 531 30 31
Fax: 076 - 531 30 00
E-Mail: lifecare@pentax.nl

www.pentaxlifecare.nl

PENTAX