

STAND VAN ZAKEN **2** / AFSCHIED JOEP BARTELSMAN **4**  
RICHTLIJN SEDATIE **7** / FELLOWSHIP DIGESTIEVE ONCOLOGIE **9**  
STAGE DARMFALLEN **11** / ALCOHOLGEBRUIK **13** / THEMA: TUSSEN  
OVERHEID EN VERZEKERAAR **14-19** / DARMKANKERSCREENING **20**  
CASUÏSTIEK **25** / IBD-VERPLEEGKUNDIGE 2011 **27**  
PROEFSCHRIFTEN **28-29** / DE AFDELING **31**



# MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING  
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 18 / NUMMER 1 / MAART 2012

A close-up photograph of a hand holding a medical device, possibly a syringe or a specialized pipette. The device has a black body and a clear scale with white markings. The scale shows numbers 200, 250, and 300. The hand is positioned at the top left, and the device extends towards the bottom right. The background is a soft, out-of-focus white.

**VERGOEDING DIEETADVIES:  
VAN DBC NAAR EERSTE LIJN NAAR DBC**

## Diëtetiek onder vuur

Diëtisten hebben de afgelopen jaren in verschillende projecten – geïnitieerd en uitgevoerd door de Stuurgroep Ondervoeding in het kader van de actie ‘Snelle Beter’, met steun van VWS – gefungeerd als trekker en behandelaar. Het laatste project, dat tot medio 2012 loopt, vond plaats in de eerste lijn. Door de nieuwe bezuinigingen op met name de eerstelijnsdiëtetiek zien we dat, ondanks alle tijd en energie die is gestoken in een multidisciplinaire aanpak, de gestarte initiatieven geen vervolg krijgen, omdat 50% van de patiënten de behandeling door een diëtist niet zelf kan betalen. Zij krijgen dus niet de zorg die zij nodig hebben. Ziektegerelateerde ondervoeding komt in Nederland veel voor. Gemiddeld is één op de vijf patiënten in de ziekenhuizen en de zorg- en verpleeginstellingen ondervoed. Van de oudere patiënten met co-morbiditeit boven de 60 is 30% tot 40% ondervoed. Het grootste volume aan ondervoede patiënten bevindt zich in de eerste lijn. De Stuurgroep Ondervoeding, die sinds 2005 actief is, heeft valide screeningsinstrumenten, implementatie voedingsbehandeling, en implementatie multidisciplinaire samenwerking tussen ziekenhuis, huisarts en diëtist ontwikkeld. Door deze projecten zijn de diëtisten op de kaart gezet. Ondervoeding, de kennis over en de zorg voor dit probleem zijn verbeterd. De verwijdering van diëtistische zorg uit het basispakket sinds 1 januari 2012 heeft grote gevolgen voor de tijdige behandeling van de ondervoede patiënt in de thuiszorg. Bij de preoperatieve patiënten zal voedingsinterventie worden uitgesteld tot opname en mogelijk achterwege worden gelaten. De gevolgen zijn (nog) niet in maat en getal uit te drukken, maar het stemt ons nu al droevig. Uit onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum blijkt ziektegerelateerde ondervoeding een probleem is waarmee een jaarlijks bedrag van ongeveer 2 miljard euro is gemoeid. Puur in geld uitgedrukt kost een ondervoede patiënt veel geld, naast dramatiek. De keuze om deze patiënten met problemen niet langer te helpen, is daarom zeer ondoordacht. En zijn wij op de polikliniek MDL zeer bezorgd. Er is veel bewijs dat patiënten met inflammatoire darmziekten, zoals Crohn en Colitis, dan wel patiënten met chronisch leverlijden frequent ondervoed zijn en gebaat zijn met voedingshulp. Wij kunnen niet zonder diëtetiek.

Op dit moment zijn we bezig om de Ziekenhuisdiëtist te ontwikkelen tot een klinisch medisch specialisme met een competentiegericht opleidingsplan van drie jaar. De huidige ontwikkelingen leren ons dat dit proces moet worden vertraagd, omdat we de eerstelijns diëtetiek niet kunnen laten verdampen. Maar ook moeten we ons intramuraal wapenen teneinde de toekomstige patiënt te beschermen.

*Chris Mulder*

### TRANSFERS

#### Noorden

Hugo Wolters verlaat Drachten en start als 6<sup>e</sup> MDL-arts in het Martini Ziekenhuis. In Drachten ontstaat nu een ernstig probleem. Ze vragen 2 fte MDL.

#### Oosten

Zutphen hoopt op de eerste MDL-arts. Verder heerst in het oosten een bedrieglijke stilte. In Oost-Gelderland zet de herverdeling van laagvolume/hogecomplexe zorg door. De ERCP's zouden de pancreaschirurgie wel eens kunnen volgen. In Enschede is een acuut probleem ontstaan door zwangerschappen. Gelukkig komt Peter Mensink (ex-EMC) terug uit Mackay, Australië om het team aan alle kanten te versterken. Het CWZ te Nijmegen hoopt in 2013 op een extra MDL-arts. Joost Drenth mag van zijn RvB de MDL met 20% uitbreiden. Erwin van Geenen (ex-VUmc) verlaat Bronovo in Den Haag en gaat volop voor de pancreaspathologie in Radboud.

#### Zuiden

Tilburg heeft nog steeds 3 vacatures. Het Admiraal de Ruiter Ziekenhuis in Goes praat met MDL-kandidaten. In Den Bosch is er acute nood. Er is werk voor minimaal 2 extra MDL-artsen, de DOT-financiering, ‘Geld en Macht’, belemmert een en ander. Het Beatrix Ziekenhuis in Gorinchem heeft nu 2 MDL-artsen, waarvan één Neder-Belg. Ze willen uitbreiden met 2 MDL-artsen. Als er geen Nederlanders happen, zullen ze weer kijken in België. Er zijn momenteel in Vlaanderen te weinig transfers.

*Lees verder op pagina 23.*

## Schrappen en concentreren

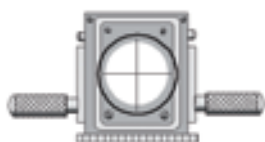
Tot een jaar of vijftien geleden werden de schaarse MDL-artsen veelal beschouwd als superspecialisten. Hun patiëntenpopulatie was dienevolgeselecteerd, maar als superspecialist deed vrijwel iedere MDL-arts alles binnen zijn of haar vakgebied. Dat vakgebied is sterk uitgebreid, mede door snelle endoscopische en medicamenteuze ontwikkelingen. Het aantal MDL-artsen volgde deze trend, we vormden in de afgelopen tien jaar het snelst groeiende specialisme en die snelle groei zal doorzetten. De NVMDL heeft ondertussen meer dan 500 leden. Daarbij zijn we echter nog steeds geneigd allemaal alles te willen doen, ondanks meer collega's, meer pathologie, en meer mogelijkheden. Die route is niet vol te houden, er blijft sprake van een aanhoudend tekort aan MDL-artsen, en het werk blijft uitbreiden, onder andere op gebieden van darmkankerscreening en oncologie.

Begrijp me niet verkeerd, dit is geen pleidooi om terug te keren naar de rol van superspecialist. Het archaïsche pleidooi voor trechterzorg via een generalist, een soort huisarts in het ziekenhuis, komt nog regelmatig bovendrijven, maar sluit al lang niet meer aan bij de huidige diversiteit in de tweede- en derdelijnsgeneeskunde, en wordt bovendien ontkracht door een veelheid aan literatuur die telkens weer aantoonst dat experts betere, snellere, en kosteneffectievere zorg leveren. Wat ik bedoel, is dat het zaak is dat wij als beroepsgroep enerzijds duidelijker kaders gaan stellen welke patiënten terecht bij ons horen, en welke in de huisartsenpraktijk of elders thuishoren, en anderzijds onderling veel meer diversifiëren. Het benoemen van specifieke hepatitisbehandelcentra, en het certificeren en contracteren van screeningscoloscopieartsen zijn slechts eerste voorbeelden van die ontwikkeling. Er zullen vele andere moeten volgen, niet alleen voor concentratie van frequent voorkomende problematiek, maar ook voor zeldzamere aandoeningen en ingrepen. Het is zot om enerzijds de initiatieven van de NVvH toe te juichen ten aanzien van concentratie van bijvoorbeeld slokdarmresecties, en zelf endoscopische resecties van vroegcarcinomen overal te ontwikkelen. Het vertrouwen van de patiënt winnen we alleen als we zelf laten zien dat we veilig en goed bezig zijn. Kortom, genoeg werk aan de winkel, suggesties en lokale initiatieven als *best practice*-voorbeelden zijn zeer welkom. Dit is bij uitstek een reden om dergelijke initiatieven een belangrijk onderwerp te maken van het komende derde landelijke symposium van de NVMDL.

Was getekend,

*Ernst Kuipers*

- voorzitter -



## UEGW Amsterdam 2012

Van 20 tot 24 oktober wordt – zoals u weet – in de RAI het 20<sup>e</sup> UEGW gehouden. De organisatie wordt centraal aangestuurd: John Atherton uit Engeland is de drijvende kracht. Wetenschappelijke abstracten vormen het middelpunt, met *invited lectures* hieromheen.

De UEGW is qua aantallen gelijkwaardig geworden aan de Digestive Disease Week vanuit de AGA. Wel dienen we nog een slag te maken om de basale secties beter en sterker te maken. Hiervoor vraag ik uw medewerking!

Het zou zeer stimulerend zijn als de Nederlandse hepatogastro-enterologie in al zijn facetten haar sterkste werk aanbiedt voor deze internationale vergadering in oktober. Hopelijk kan dit de eerste UEGW worden waarbij de basale research adequaat, in de vorm van *orals*, vanuit de abstracten is vertegenwoordigd.

Dit jaar hopen we ook de *postgraduate*-cursus naar een hoger plan te trekken. Veel materiaal zal daarbij elektronisch aan u worden overhandigd, zodat u met zo min mogelijk papier hoeft rond te lopen.

En naast het reguliere programma zullen er veel feestelijkheden worden ingebouwd om deze 20<sup>e</sup> vergadering tot een ware happening te maken. We hopen dan ook op een grote opkomst van u allen!

EACCMT Accredited | www.uegw.org

20<sup>th</sup> United European Gastroenterology Week

# UEGW

## AMSTERDAM 2012

**October 20 – 24, 2012**

Amsterdam / Netherlands

Venue: Amsterdam RAI

**ANNIVERSARY: 20 YEARS UEGW**

**20<sup>th</sup> ANNIVERSARY SCIENTIFIC HIGHLIGHTS**

- Special anniversary presentations, events and exhibitions
- Best original research in European and world gastroenterology and hepatology
- Latest advances in clinical management
- Cutting-edge basic and translational research

**FEATURES FOR 2012 WILL INCLUDE**

- Clinical symposia on obesity and alcohol in GI and liver disease
- The modern role of multidisciplinary care
- Live endoscopy on 2 days
- Focus on IBD, including treatment advances
- The expanding role of the gastroenterologist in GI oncology
- Cutting-edge interactive symposia with keynotes, clinical cases, debates and tandem talks
- "Today's science, tomorrow's medicine" 2-day symposium on the role of obesity in inflammation and disease
- Hands-on endoscopy and ultrasound learning areas

And lots more exciting initiatives to celebrate UEGW's 20<sup>th</sup> Birthday



## AFSCHEID

Bij het afscheid van Guido Tytgat in 2002 kwam er een Liber amicorum: 'De Gouden Jaren', ongeveer dertig jaar gastro-enterologie in Wilhelmina Gasthuis en AMC. Maar eigenlijk was het een Liber amicorum voor 'het Gouden Trio': Guido Tytgat als onvermoeibare ophitser, Kees Huibrechtse als galweggoeroe en Joep zelf als clinicus.

Joep, de bindende factor met het ongeëvenaarde sociale intellect, zonder wie de MDL van het AMC nooit zou zijn geworden wat zij nu is. Joep ging met emeritaat op 2 december 2011.

**J**oep Bartelsman kwam in 1976 als assistent in opleiding tot gastro-enteroloog in het Wilhelmina Gasthuis, na zijn opleiding bleef hij als stafid. Een beslissing bepalend voor de toekomst van de MDL in WG en later AMC, de gastro-enterologie in Nederland en voor het geluk van velen rondom hem.

### Top-allrounder

Het meest kenmerkende van Joep is dat eigenlijk alles zijn belangstelling had en heeft. Met in het centrum steeds de patiënt, daarnaast de technologie (van de primitieve stents uit de jaren '70 en '80 tot de geavanceerde stenttechnologie van vandaag) en natuurlijk de proctologie, een bijna verwaarloosd gebied binnen de MDL.

Joep was en is een allrounder. Zo ontwikkelde hij zich tot top-MDL-arts van Nederland. De rest van de wereld, kijkend naar het AMC, zag voornamelijk Guido schitteren, Kees, Paul, Marco, Jacques, Sander of wie dan ook. Joep was bezig. Met het MDL-onderwijs bijvoorbeeld. Voor vele generaties studenten was hij een held, voor assistenten was hij dé vraagbaak. Zijn nieuwsgierigheid naar mensen en zijn warmte maak-

# Joep

ten hem tot een geliefd arts. Joep weet nog steeds geschiedenissen van patiënten tot meer dan dertig jaar geleden punt voor punt terug te halen.

En Joep ving alles op. Guido Tytgat, Kees Huibrechtse, later Paul Fockens, Jacques Bergmans en vele anderen zijn in staat gesteld héél veel te reizen en wereldwijd bekend te worden dankzij Joep. Joep wist ook alles van complicaties. Joep was duidelijk over complicaties, hij begeleidde de slachtoffers van de voortgaande techniek en werd daarin specialist.

### Cabaret

Samen met Hugo Hermans was Joep aanjager van vele cabarets, waarvan een beperkt aantal collega's bij herhaling het slachtoffer werd. Maar ook bij hen prevaleert na 20 à 30 jaar de warme herinnering...

Joep regelde de openingsceremonie van de UEGW 2001 in Amsterdam. Deze zag er zó professioneel uit dat *de Volkskrant* er schande van sprak, niet wetend dat de Surinaamse brassband uit Amsterdam-Zuidoost kwam, door Joep voor een koopje ingehuurd en ontzettend trots om eindelijk eens voor vijf à zesduizend mensen te mogen optreden.



Joep en Guido in 1982.

### Leren scopiëren

Toen ik in 1984 vanuit Leiden als beginnend gastro-enteroloog in het AMC arriveerde, werd mij door Joep verteld dat ik als Leidenaar natuúrlijk eerst twee weken zou moeten meekijken voordat ik een fiberscope überhaupt zou mogen aanraken. Op de dag van mijn komst bleek Gerard van Olffen echter door een griepje geveld. De attitude veranderde volledig. Vanaf half negen die ochtend scopieerde ik volop mee, hoewel ik af en toe mompelde dat ik graag wat supervisie had.

Na enige maanden mocht ik naar de heilige ERCP-kamer en onder de bezielende leiding van Kees Huibrechtse of Joep de ERCP-scope hanteren. Als je supervisie nodig had, hoorde je Kees te vragen. Maar Kees was bezig. Dus riep je Joep. Als je Tygonstents moest plaatsen, hoorde je dat met Frieda den Hartog Jager te doen. Aangezien zij parttime werkte, belde je toch weer heel vaak... Joep.

### Tien jaar

Bij het afscheid van Kees Huibrechtse en Guido Tytgat in 2002 zag Joep ertegenop om alleen verder te gaan. Maar hij bleef en groeide door tot afdelingshoofd en later voorzitter van de divisie. Ook deze laatste tien jaar was het onderwijs zijn kind. Dat was waar je hem over hoorde. De nieuwste stent interesseerde hem minder: wel leuk natuurlijk, maar toch...

Joep, je was voor velen van ons dé opleider. Wij allen, verspreid over Nederland, gunnen het je van harte: alle goeds!

*Chris Mulder, VUmc*

## STIJLVOL ÉN ZINDEREND

Op 2 december 2011 werd het Muziekgebouw aan het IJ gevuld met collegae, vrienden, patiënten en bekenden van professor Joep Bartelsman. Het eerste deel van de middag stonden vier verhandelingen over de toekomst van de academische MDL-zorg op het programma. De verhalen werden echter grotendeels gevuld met herinneringen aan de rol van Joep in onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. Daarna – inmiddels waren zo'n 750 gasten gearriveerd – vond de eenmalige talk-show 'Bartelsman en Witteman' plaats. Samen met klasgenoot Paul Witteman voelde Joep vier gasten aan de tand: Coen Teulings (CPB), Louise Gunning (GR), Mirjam Bartelsman (Nieuwsuur) en Marc Benninga (AMC).

Na een levendige discussie kwam het grote moment: het afscheidscollege van Joep. Op geheel eigen wijze ging Joep een deel van zijn carrière door en gaf ons toehoorders wijze lessen mee voor onze toekomst. Joep eindigde met een muzikale knipoog naar het ouder worden en gaf daarmee het startsein voor een zinderende receptie met 'walking dinner'. De festiviteiten werden afgesloten met een bijzonder cabaret, waarin de rap van Guido Tytgat een hoogtepunt was.

Joep kreeg het afscheid dat hij verdiende met een lange carrière in het AMC. Joeps inzet voor iedereen die hem nodig had – student, patiënt, onderzoeker of bestuurder – zal ons tot voorbeeld blijven. Tegelijk realiseren we ons dat we nooit aan Joeps brede interesses en talenten zullen kunnen tippen. Een fenomeen nam afscheid, daar in het Muziekgebouw aan het IJ.

*Paul Fockens, hoofd afdeling MDL-AMC*

### Symposium NVMDL op 26 april

Wat doe je als je een calamiteit veroorzaakt? Hoe haal je het beste uit de DOT? Hoe vaak moet je een verrichting doen voor je het echt goed kan? Hoe wordt jouw praktijk de beste en is dat echt Topsport?

**Op 26 april a.s. vindt het 3<sup>e</sup> NVMDL Symposium plaats in het Koninklijk Instituut voor de Tropen in Amsterdam. Programma en inschrijving: [www.mdl.nl](http://www.mdl.nl), [congres@mdl.nl](mailto:congres@mdl.nl).**



FOTO'S MAX RAMALI





# Met aanhoudende remissie gaat het leven verder<sup>1</sup>



Voor



Na



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



**HUMIRA**<sup>®</sup>  
adalimumab

**Aanhoudende remissie<sup>1</sup>**

Productinformatie elders in dit tijdschrift



**Abbott**

A Promise for Life

# Beweging in sedatierichtlijn

Op 11 januari vond in Utrecht een drukbezochte ‘invitational conference’ plaats ten kantore van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Zo’n zestig deelnemers van diverse pluimage discussieerden over de plannen van de IGZ met de Richtlijn Sedatie. Kort en goed, de Inspectie constateert dat de *Richtlijn Procedurele sedatie en analgesie* (PSA) maar niet wordt afgerond, terwijl zij merkt dat deze zaken op veel plaatsen nog niet goed zijn geregeld. De Inspectie heeft dan ook gemeend het initiatief te moeten nemen om te zorgen dat de kern van de Richtlijn wordt uitgevoerd.

**H**et stuk dat de IGZ daartoe heeft opgesteld, is stevig. Voor velen van u gaat er een berg werk aan komen. Verheugend is, dat er veel ruimte is voor lokale invulling, dat de competentie en niet het specialisme centraal staat, en vooral dat het geheel in lijn is met wat we u in ‘Veldhoven’ meermaals hebben voorgehouden. Binnen een jaar moet lokaal helder zijn wat er nu bij u gebeurt én hoe de richtlijn gaat worden geïmplementeerd. Daartoe moet er een lokale sedatiecommissie komen die hierin leidend moet zijn.

## Enschede als voorbeeld

In Enschede hebben we afgelopen anderhalf jaar dit traject al doorlopen naar aanleiding van een calamiteit. Met een brede groep specialisten, waaronder twee anesthesiologen, hebben we in kaart gebracht wat er nu gebeurt aan PSA. We hebben: a. heldere afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden, over benodigde competenties; b. een pre-sedatiescreening opgezet en haar functioneren geëvalueerd; c. vastgelegd wat er door de verschillende medewerkers aan competentie moet worden verkregen; en d. heldere afspraken gemaakt over inzet van de anesthesist en dat alles in een strak beslisdigram vastgelegd. Dat is in essentie wat de Inspectie van iedere instelling gaat vragen.

Terugkijkend was het veel en soms ‘bokkig’ werk. De grote meerwaarde lag in de

gesprekken tussen de verschillende vakgroepen, het toenemend begrip in elkaars wensen en problemen. Het meest verrassend was achteraf dat de verschillen veel minder groot waren dan zij zich in eerste gesprekken lieten aanzien.

Het Enschedese model is uiteraard goed te kopiëren en lokaal aan te passen. Dat geldt bijvoorbeeld de propofoltoediening. Omdat steeds competentie – en niet specialisme – als uitgangspunt is gekozen, zou dat door u gegeven kunnen worden. Maar dan is scholing, zoals in kapbeademing en intubatie, noodzakelijk. Aan u de keus dat zelf op te pakken of met anesthesiemedewerkers te gaan organiseren.

## Tot slot

In de laatste minuten van bovengenoemde conferentie werd nog een pijnpunt weggenomen. Het ‘plotseling in de richtlijn verschenen gebod bij alle ASA III de anesthesist te consulteren’ was volgens professor Knappe, de voorzitter van de richtlijncommissie, een ‘verschrijving’ en zal worden verwijderd. Als dat is gebeurd, staat niets ons meer in de weg als MDL het voortouw te nemen en te zorgen dat onze praktijk nog beter en veiliger wordt. We hebben de expertise, de passie, en als het goed is, nu ook de steun van de Inspectie. Dat laatste zal zeker nodig zijn: implementatie zal geld en tijd gaan kosten. Maar dit stuk, ‘het toetsingskader’ in IGZ-termen, biedt ook de

MDL de mogelijkheid door te gaan met vormgeven van haar eigen praktijk: veiliger, beter en patiëntvriendelijker.

Jeroen Kolkman<sup>1</sup>, Sven van de Hazel<sup>2</sup> en Paul Fockens<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medisch Spectrum Twente, <sup>2</sup>Slingeland Ziekenhuis Doetinchem, <sup>3</sup>AMC Amsterdam

## Buismaagbrochure SPKS

**Hoe ziet het leven met een buismaag eruit? Wat zijn de klachten en wat kun je ertegen doen? Gaan deze klachten ooit over? Veel gestelde vragen na een buismaagoperatie. De nieuwe buismaagbrochure van SPKS geeft vanuit een patiëntenperspectief antwoord op deze – en andere – vragen.**

De SPKS verspreidt de brochure onder de ziekenhuizen die na 2012 een buismaagoperatie zullen blijven uitvoeren, met het verzoek deze mee te geven aan alle patiënten die een buismaagoperatie moeten ondergaan. U kunt de brochure ook bestellen **via [secretariaat@spks.nl](mailto:secretariaat@spks.nl)** en/of downloaden van **[www.spks.nl](http://www.spks.nl)**.





Het leven van uw IBD patiënten kan ingrijpend  
veranderen met **mucosaal herstel**<sup>1,2</sup>...


... en **mucosaal herstel** wordt  
ingezet met **REMICADE**<sup>3-5</sup>



Postbus 581, 2003 PC Haarlem  
Tel: 0800 - 9999 000  
e-mail: [medicalinfo.nl@merck.com](mailto:medicalinfo.nl@merck.com)  
[www.msd.nl](http://www.msd.nl)  
Voor meer productinformatie en de  
referenties zie verkorte SPC elders in dit blad.

REMICADE (infiximab) is een geregistreerd  
handelsmerk van Janssen Biologics B.V.

Raadpleeg de volledige productinformatie  
(SPC) alvorens REMICADE voor te schrijven

 **Remicade**<sup>®</sup>  
(infiximab)



Ongeveer één vijfde van de gediagnosticeerde maligniteiten bevindt zich in de tractus digestivus. De verwachting is dat mede als gevolg van de vergrijzing dit percentage in de toekomst alleen maar zal toenemen. Diagnostiek en behandeling van (pre)maligne aandoeningen vormen een belangrijk en groot deel van het werk van de MDL-arts. Door de voortschrijdende ontwikkelingen in kennis en technieken krijgt de MDL-arts ook een steeds prominenter functie bij de behandeling van kanker.

## In gastro-intestinale oncologie staat MDL-arts centraal

**D**e MDL-arts is meestal de eerste specialist die de diagnose kanker vaststelt en dit communiceert met de patiënt. Er ontstaat vaak een sterke arts-patiëntrelatie. Traditioneel wordt in Nederlandse ziekenhuizen de patiënt doorverwezen voor behandeling door andere specialisten (chirurgen, medisch oncologen, radiologen en radiotherapeuten). Patiënten krijgen afspraken met de diëtiste, maatschappelijk werkers, gespecialiseerde verpleegkundigen et cetera. Deze multidisciplinaire aanpak is belangrijk, maar complex voor zowel professionals als patiënt. Het gevaar is dat de kwaliteit van zorg hieronder lijdt. Een multidisciplinair behandeltraject schreeuwt om goede coördinatie en een vast aanspreekpunt. Adequaat overzicht en kennis van de gastro-intestinale oncologie als geheel is daarbij onontbeerlijk.

De opleiding MDL kent hierin zijn beperkingen. Ik ben van mening dat de MDL-arts een centrale rol zou moeten vervullen als hoofdbehandelaar tijdens het oncologisch behandeltraject. Voor mij was dit een belangrijke reden om na het afronden van de opleiding MDL een jaar in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te gaan werken.

### Fellowship gastro-intestinale oncologie in NKI-AVL

Het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (NKI-AVL) is het enige zelfstandige oncologische centrum in Nederland. Sinds oktober 2011 werk ik hier met veel plezier als fellow MDL-arts samen met vijf collegae uit de vaste staf



Foke van Delft: "De fellow MDL-arts raakt nauw betrokken bij intensieve multimodaliteitsbehandelingen als chemoradiotherapie voor maag-, slokdarm- en rectummalignteiten."

(MDL-artsen en internisten), verpleegkundig specialisten en medisch oncologen-opleiding die hier hun MDL-stage lopen. In het NKI-AVL werk je in een overzichtelijk multidisciplinair team met veel ruimte voor onderling laagdrempelig overleg. Naast interessante endoscopie is behandeling met cytostatica een belangrijk onderdeel van het werk. Het contact met collegae uit andere specialismen is zeer intensief en behandelingen in studieverband worden soepel gecoördineerd door een goed lopend trialbureau.

Het NKI-AVL biedt de mogelijkheid een éénjarig fellowship in de gastro-intestinale oncologie te volgen. De fellow MDL-arts raakt nauw betrokken bij intensieve multi-

modaliteitsbehandelingen als chemoradiotherapie voor maag-, slokdarm- en rectummalignteiten. Zijdelings is hij betrokken bij palliatieve en complexe behandelingen met cytostatica. Daarnaast is er ruimte ervaring op te doen met geavanceerde endoscopische technieken (dilataties, stents, endosonografie/FNA, poliepectomie). Er zijn veel multidisciplinaire overlegmomenten waar de fellow MDL-arts een centrale rol speelt. De unieke setting van het NKI-AVL als oncologisch centrum biedt zeer veel mogelijkheden de reeds opgedane oncologische kennis en ervaring uit te breiden en heeft mij duidelijk verdieping gegeven.

*Foke van Delft*

MDL-arts, fellow oncologie, NKI-AVL

# 1 sachet doserings maal daags

Voor de behandeling van colitis ulcerosa

Salofalk<sup>®</sup>

3g



Dat de zon 1 maal daags opkomt is voor u vanzelfsprekend...  
...dat u uw patiënten het gemak gunt van  
1 sachet voor 1 dosering 1 maal daags natuurlijk ook!

[www.drfalkpharma-benelux.eu](http://www.drfalkpharma-benelux.eu)





# De D van Darmfalen: stage in UMC St Radboud

**W**aar zou MDL zijn zonder de D? Inderdaad, een patiënt zonder darm, of met een te korte darm heeft een ernstig probleem. Immers, als de darm door (een reeks van) operaties te kort is of door een zenuw- of spieraandoening niet goed meer beweegt, komt de normale voedselopname in het gedrang. Eten verergert in die situaties vaak de klachten van de patiënt, omdat er diarree met onverteerd voedsel ontstaat (*short bowel*) of buikpijn bij een motiliteitsstoornis. In al deze situaties is sprake van darmfalen.

## Darmfalen Unit

Als afdeling MDL van het UMCN hebben wij in 2008 samen met de afdeling Heelkunde de Darmfalen Unit Nijmegen (<http://darmfalenunitnijmegen.nl/>) opgericht. Binnen dit centrum worden patiënten met (dreigend) darmfalen gezien en een behandelplan opgesteld om de voedingstoestand te optimaliseren en de klachten, met name bij motiliteitsstoornissen, te verminderen. Soms maakt een hersteloperatie

onderdeel uit van dit plan, maar hoe dan ook is er tijdelijk of permanent sprake van een behoefte aan kunstmatige voeding, hetzij via de darm, hetzij via de bloedbaan (totale parenterale voeding, TPV). In de vroege jaren zeventig van de vorige eeuw startten wij als een van de eerste centra in Europa met het trainen van patiënten om zelfstandig deze TPV, gegeven via een centrale lijn, *port-a-cath* of *shunt*, thuis toe te dienen. Inmiddels is deze populatie sterk gegroeid tot momenteel zo'n 135 patiënten. Geert Wanten, MDL-arts, leidt het Darmfalenteam. Het team bestaat verder uit diëtisten, gespecialiseerde verpleegkundigen en een ziekenhuisapotheker. Ook zijn er intensieve contacten met de abdominale- en vaatchirurgen, respectievelijk voor hersteloperaties en het verzorgen van de toegang tot de bloedbaan.

## Darmfalen in MDL-opleiding

Wij vinden dat diagnostiek en behandeling van patiënten met darmfalen een plaats heeft binnen de opleiding tot MDL-arts.

Daarom hebben wij met ingang van 2012 de stage 'darmfalen' opnieuw ingericht en onderdeel gemaakt van de opleiding tot MDL-arts binnen het Radboud UMC. Doel van deze stage is het ontwikkelen van kennis op het gebied van gastro-intestinale motiliteit, voeding en darmfalen. De AIOS maakt tijdens de stage, die vier maanden duurt, onderdeel uit van het Radboud Darmfalen Team. Daarbij ziet hij/zij in de consultatieve sfeer alle patiënten uit de kliniek waarbij voedingsproblematiek is geconstateerd dan wel sprake is van darmfalen. Op de polikliniek ziet de AIOS nieuwe patiënten voor PEG/PRG-plaatsing, of patiënten waarbij de indicatie voor TPV moet worden gesteld. De AIOS wordt tijdens deze polikliniek ondersteund door een diëtist en een gespecialiseerd verpleegkundige. Omdat veel patiënten uit deze populatie een onderliggend motiliteitsprobleem hebben, wordt de AIOS onderricht in het zelfstandig verrichten van functieonderzoek van slokdarm en maag. De AIOS heeft ook de verantwoordelijkheid voor de patiënten die klinisch voor de indicatiestelling tot TPV of vanwege complicaties op de Darmfalen Unit zijn opgenomen. Tevens zal de AIOS verantwoordelijk zijn voor de PEG-plaatsingen. Als laatste is hij/zij betrokken bij de vaatbespreking. Deze is noodzakelijk, omdat veel van de problemen in de (poli)klinische zorg rondom TPV-patiënten ontstaan door intraveneuze toegangsproblemen. De stage in deze nieuwe vorm wordt door de AIOS zeer gewaardeerd. Dit type zorg is uniek in Nederland en geeft je net dat beetje extra tijdens je opleiding. Het is ook plezierig om te weten wat je moet doen als de chirurg een patiënt heeft geopereerd waarbij hij een 'zwarte, niet-vitale' darm tegenkwam. Heb je belangstelling voor een stage 'Darmfalen', meld je dan bij Mariëtte van Kouwen, [m.kouwen@mdl.umcn.nl](mailto:m.kouwen@mdl.umcn.nl) of Geert Wanten, [g.wanten@mdl.umcn.nl](mailto:g.wanten@mdl.umcn.nl).

*Mariëtte van Kouwen, Geert Wanten en Joost Drenth*  
UMC St Radboud, Nijmegen



(Van links naar rechts) Geert Wanten, MDL-arts (stagecoördinator), Cindy van Eldijk en Renate Vissers (TPV-verpleegkundigen), Marieke Penning (AIOS MDL).

NU OOK  
IN NEDERLAND

# Een nieuwe kijk op een schoon colon



*Klein volume* medicijn met *lekkere smaak*<sup>2,4,5</sup>  
*Schoon colon*: tweevoudig werkingsmechanisme<sup>1-5</sup>

**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:** Darmreinigers 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**<sup>®</sup>  
SCHOON met SMAAK



## Vroegsignalering alcoholgebruik in tweede lijn

In Nederland drinken veel mensen meer dan gezond is: 10,3% van de volwassen Nederlandse bevolking is probleemdrinker. Het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) is een samenwerkingsverband tussen diverse partijen in de gezondheidszorg en daarbuiten, dat de implementatie van vroegsignalering en kortdurende interventies voor probleemdrinkers in diverse omgevingen wil stimuleren. De MDL-afdeling van het Meander Medisch Centrum Amersfoort is één van de ziekenhuizen die in 2011 een pilot 'Vroegsignalering alcoholgebruik' is gestart.

Overmatig alcoholgebruik gaat gepaard met substantiële gezondheidsproblemen en brengt enorme kosten met zich mee. Medisch specialisten en met hen samenwerkende verpleegkundigen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het terugdringen van overmatig alcoholgebruik. Helaas is vroegsignalering van alcoholgebruik nog geen gemeengoed. Dit blijkt onder meer uit een enquête gehouden onder 270 medisch specialisten (respons:

17%). Een minderheid vraagt regelmatig of altijd naar alcoholgebruik. Een nog geringer aantal specialisten zegt kortdurende interventies aan te bieden aan patiënten die overmatig alcohol gebruiken. Slechts 16% van de specialisten kent de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' (2009).

### Pilot vroegsignalering alcoholgebruik

In 2011 is de MDL-afdeling van het Meander Ziekenhuis te Amersfoort een pilot gestart met als doel het tijdig herkennen van alcoholproblematiek en het aanbieden van een kort advies aan patiënten met riskant en/of schadelijk alcoholgebruik. Bij minimaal 80% van alle electief opgenomen patiënten wordt de AUDIT-C – een gevalideerd screeningsinstrument – ingezet, uitgevoerd door de zaalarts. Bij een positieve score krijgen patiënten een kortdurende interventie door een *physician assistant* aangeboden. Ook MC Haaglanden (SEH-afdeling) en UMC St Radboud (cardiovasculair risicomanagement) hebben met ondersteuning van het PVA een dergelijke pilot uitgevoerd.

### Meer informatie en voorlichtingsmateriaal

Het PVA organiseert in 2012 drie nationale bijeenkomsten waarbij ziekenhuizen worden begeleid bij de implementatie van vroegsignalering en kortdurende interventies op de afdeling. U kunt hiervoor contact opnemen met Miranda Laurant (m.laurant@iq.umcn.nl) of Erica van der Schrieck-de Loos (e.vanderschrieck@cbo.nl).

Op de website van het PVA ([www.vroegsignaleringalcohol.nl](http://www.vroegsignaleringalcohol.nl)) vindt u materialen die u kunnen helpen bij de implementatie. De multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' kunt u downloaden van de website [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).

Miranda Laurant,  
Erica van der Schrieck-de Loos  
PVA-werkgroep Tweede Lijn

### De NVMDL onderschrijft de doelstellingen van het PVA.

## OPROEP

## Patiënten gevraagd voor CRUCIAL-trial

In het Erasmus MC, UMCG, UZ Gent en VUmc loopt de CRUCIAL-trial. CRUCIAL staat voor: *Conservative treatment versus elective Repair of the Umbilical hernia In patients with Ascites and Liver cirrhosis*.

Het betreft een gerandomiseerde klinische trial, waarin bij patiënten met levercirrose en een navelbreuk een electieve correctie van de breuk wordt vergeleken met het huidige, afwachtende beleid. Beide patiëntengroepen worden twee jaar gevolgd.

Hebt u patiënten die voor deze studie in aanmerking komen of wilt u informatie, neem dan contact op via [b.degoede@erasmusmc.nl](mailto:b.degoede@erasmusmc.nl) of [g.kazemier@vumc.nl](mailto:g.kazemier@vumc.nl).

### Inclusiecriteria

- Primaire navelbreuk
- Levercirrose
- Ascites (of succesvol behandeld)
- Leeftijd  $\geq$  18 jaar

### Exclusiecriteria

- Recidief navelbreuk
- Eerdere buikwandoperaties rond de navel
- ASA-score 5 of hoger
- Symptomatische navelbreuk, waarvoor een spoedoperatie geïndiceerd is
- Open v. umbilicalis; >5mm
- Minder dan 3 maanden tot levertransplantatie

### Eindpunten

- Totaal aantal complicaties gerelateerd aan de navelbreuk na 2 jaar
- Gradering van de complicaties volgens de LHCR
- Cumulatief aantal recidief navelbreuken na correctie per groep
- Pijn
- Kwaliteit van leven
- Kosteneffectiviteit



## VERGOEDING DIEETADVIES

# Van DBC naar eerste lijn naar DBC

De versoerde vergoedingsregels die vanaf begin dit jaar gelden voor dieetadvies, laten nu al diepe sporen na. Het aantal patiënten dat een diëtist consulteert, daalt met veertig procent. De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) verwacht een ware kaalslag onder de leden. Binnen de ziekenhuizen proberen specialisten en diëtisten tot nieuwe afspraken te komen.

**D**e afgelopen jaren steeg het aantal patiënten dat een diëtist consulteerde, jaarlijks met ongeveer tien procent. In 2010 vroegen in totaal 300.000 mensen in de eerste lijn om dieetadvies. Onderzoek dat de NVD heeft gedaan in de tweede week van januari, toont aan dat het aantal verwachte patiëntcontacten met veertig procent terugloopt. Anja Evers, directeur van de NVD: “Bij de vaststelling van de nieuwe regeling, afgelopen juni, zei minister Schippers dat een gereede kans bestond dat de zorgverzekeraars de vergoeding in de aanvullende verzekering zouden opnemen. Dat blijkt in november maar mondjesmaat te gebeuren. Er zijn zorgverzekeraars die

dieetadvies helemaal niet vergoeden en er zijn verzekeraars die de vergoeding hebben opgenomen in het duurste pakket. Dat kost de verzekerde dertig tot veertig euro in de maand, wat in feite neerkomt op niet-verzekeren. Lang niet iedere patiënt kan zich de extra kosten veroorloven.”

## Kaalslag

Volgens Evers zijn de gevolgen dramatisch. “Veel van patiënten mijden de diëtist, terwijl dieetadvies voor mensen met een chronische aandoening, zoals prikkelbaredarmsyndroom, kanker, ondervoeding of diabetes, bittere noodzaak is. Hetzelfde geldt voor mensen die overgevoelig zijn voor gluten, en die kampen met stofwisselingsziekte of voedselallergie. En zeker voor MDL-patiënten is de noodzaak van een voedingsadvies met goede begeleiding evident. In onze branche zijn de eerste tekenen van kaalslag al zichtbaar: voor Nederlands grootste diëtistenorganisatie Liv Voeding en Leefstijladvies is op 2 februari het faillissement uitgesproken.”

Tot dit jaar bestond in een aantal ziekenhuizen de tendens om van dieetadvies een eerstelijns behandeling te maken. Nu de verzekeraars dit advies in de ziekenhuizen

alleen nog vergoeden als voor de patiënt een DBC is geopend, treedt weer een omgekeerde beweging op. “Je ziet dat bijvoorbeeld MDL-maatschappen op een aantal plaatsen nieuwe afspraken maken met de afdeling diëtiek”, aldus Evers. “Buiten het ziekenhuis blijft dieetadvies alleen vanuit het basisverzekeringspakket vergoed als het onderdeel is van gecoördineerde multidisciplinaire zorg voor COPD, diabetes mellitus of cardiovasculaire risico's. Die vergoeding geldt dan voor een maximum van vier behandeluren per jaar. De contractering van die vier uur wordt overigens beperkt door verzekeraars, waardoor niet alle patiënten recht hebben op dezelfde zorg. Ook dit is onbegrijpelijk.”

## Onzorgvuldige actie

Volgens de directeur van de NVD lijkt deze hele exercitie van de minister op een zeer ondoordachte en onzorgvuldige actie. “Er is geen sprake geweest van een redelijke overgangperiode waarin partijen zich op de nieuwe situatie hebben kunnen voorbereiden. Maar erger nog is het feit dat de nieuwe regeling zeker zal leiden tot gebruik van dure medicijnen en dus extra zorgkosten. Verschuiving van de eerste naar de

### INITIATIEF VAN STICHTING EERSTELIJNS ONDERVOEDINGS INSTITUUT (EOI)

## Landelijk meldpunt (dreigend) ondervoed & geen diëtist

Patiënten die (dreigend) ondervoed zijn, krijgen geen vergoeding meer voor dieetadvies en ontvangen hierdoor mogelijk geen optimale behandeling. Ondervoeding kan leiden tot een verhoogde kans op opname in een ziekenhuis, verzorgings- of verpleeghuis, tot frequenter bezoek aan de huisarts, verhoogd medicijngebruik en afname van kwaliteit van leven.

Het 'Landelijk meldpunt (dreigend) ondervoed & geen diëtist' van Stichting EOI wil alle situaties inventariseren waarin bij (dreigende)

ondervoeding de interventie van een diëtist noodzakelijk is, maar de diëtist uit kostenoverwegingen niet kan worden ingezet. Zo ontstaat inzicht om welke patiëntencategorie het gaat. Het meldpunt koppelt de uitkomsten terug naar overheid, professionals en andere belanghebbenden.

Stichting EOI hoopt dat inzicht ook leidt tot mogelijke oplossingen. Deelname aan het meldpunt is anoniem, melding kan gedaan worden door patiënt, mantelzorger of zorgverlener. Op [www.eoi.nl](http://www.eoi.nl) vindt u het meldingsformulier.





Anja Evers:  
 “Verschuiving van de eerste naar de tweede lijn betekent vijftig procent kostenstijging.”

tweede lijn betekent vijftig procent kostenstijging. Onbegrijpelijk vinden wij ook dat de minister aan de ene kant € 70 miljoen investeert in het aanstellen van beweegcoaches en aan de andere kant voor € 42 miljoen de diëtist wegbezuinigt.”

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) spande in februari een kort geding aan tegen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De NVD heeft de rechter gevraagd de maatregel op te schorten en ten minste een overgangsregeling in te stellen. Maandag 12 maart dient het kort geding.



CUM HOC ERGO PROPTER HOC

## Omdat het duur heet, is het te duur

Geneesmiddelen worden geregistreerd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Het College van Zorgverzekeraars (CVZ) adviseert vervolgens over al dan niet opname in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Sinds vier jaar bestaat de regeling ‘Voorwaardelijke Financiering’, voornamelijk voor dure geneesmiddelen. ‘Duur’ is hierbij een *selffulfilling prophecy*. Zelfs als iets macro-economisch goedkoop is, dan heet het hier toch nog ‘duur’. Bij dergelijke voorwaardelijk vergoede ‘dure’ geneesmiddelen wordt na vier jaar door de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ geëvalueerd of de effectiviteit-kostenverhouding acceptabel is. Deze regeling introduceert daarmee andere argumenten voor ziektekostenvergoeding dan medische (werkzaamheids-)redenen.

### Evaluatie

De eerste middelen uit de regeling ‘Voorwaardelijke Vergoeding’ worden thans geëvalueerd, namelijk infliximab voor colitis ulcerosa of psoriasis en oxalimumab bij astma. En – u raadt het al – alle drie middelen, geïndiceerd bij aandoeningen waar het niet om ‘K’ gaat, worden door het CVZ weliswaar effectief geacht, maar desalniettemin te kostbaar. Vergoeding dreigt daarmee te stoppen. En dan begint het zwartepieten: de farmaceut leverde te weinig gegevens, de verzekeraar dan wel VWS is onbetrouwbaar, de dokters schrijven het te vaak voor, het middel is onvoldoende werkzaam, en zo meer van dit soort voornamelijk retrospectieve wijsheden.

### Doktersvreemd

Nu zijn betreffende geneesmiddelen natuurlijk schrikbarend duur en alle veldpartijen begrijpen dat de gezondheidskosten niet ongeremd de pan kunnen blijven uitrijzen. Anderzijds is de dokter geen financieel maar een medisch adviseur. Een 20-jarige colitispatiënte adviseren om dan maar een proctocolectomie te ondergaan, blijft een doktersvreemde, misschien zelfs wel tegen de WGBO ingaande handeling. Zulke niet-medische afwegingen horen niet thuis in de beperkte ruimte van een spreekkamer. Een patiënt heeft recht op het beste advies en niet op het goedkoopste.

Indien de maatschappelijke solidariteit met deze stelregel verdwijnt, zal het maatschappelijke veld moeten spreken en niet de dokter. En dan: gelijke monniken, gelijke kappen. Colitis verschilt niet van levertransplantatie of rectumkanker. Alle patiëntengroepen moeten hun dokters kunnen vertrouwen en dienen niet bang hoeven zijn dat een consult gekleurd wordt door (financiële) schijnargumenten.

Ad van Bodegraven, VUmc



## MDL-poli in Den Bosch beperkt instroom

Bij de MDL-poli van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch dreigden onacceptabele wachttijden. De vakgroep zag zich genooddaakt begin januari een instroombeperking in te stellen. De oplossing – twee extra MDL-artsen – stuit op financieringsproblemen.

In de eerste maanden van 2011 verhuisden alle afdelingen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis naar de nieuwbouw bij de Randweg in 's-Hertogenbosch-West. Ook de twee poli's van de MDL-vakgroep kwamen daar samen. “We zagen deze stap als een mooie gelegenheid om de efficiency van ons werk te verbeteren en daarmee ook de wachttijden te bekorten”, aldus Ivo van Munster, lid van de vakgroep.

“De efficiëncyslag is gelukt, maar wat betreft de wachttijden zijn we ingehaald door de onverwachte toename van het aantal patiënten. Sinds de verhuizing groeide het aantal scopieën met twintig procent, het

bezoek aan de poli met dertig procent. De verbetering in efficiency is dus volledig opgeslokt door de groei van de vraag. Daardoor namen de wachttijden toe tot drie maanden en als we geen maatregelen namen, zou dat wel eens negen maanden kunnen worden. Dat is natuurlijk onacceptabel. We moesten iets doen. Beperking van de instroom is voorlopig de enige oplossing.”

### Enige uitweg

De werkdruk op de twee oude locaties was al hoog, maar dat geldt voor vrijwel alle MDL-afdelingen in Nederland. Daarnaast

Ivo van Munster: “Volgend jaar staan we, net als al onze collega's, voor een nieuwe uitdaging als het bevolkingsonderzoek darmkanker van start gaat.”

kende de vakgroep in het jaar voorafgaande aan de verhuizing veel verloop. Als gevolg van pensionering en ziekte moesten vier artsen worden vervangen. Van Munster: “De verhuizing hiernaartoe kostte ook veel tijd en energie. En alles moest zich natuurlijk eerst settelen. Maar we hebben nu een prachtige nieuwe poli en goed geoutilleerde scopieafdeling. We kunnen dus ook meer patiënten aan, maar niet de aantallen die zich sinds de verhuizing meldden. Gemiddeld zijn dat er voor de poli wekelijks zestig, terwijl we daarvan nu maar een fractie aankunnen. We selecteren de oncologiepatiënten en de spoedgevallen. Met hen maken we een afspraak binnen één tot anderhalve week. Van de minder urgente gevallen proberen we er twintig onder te brengen bij de internisten in ons eigen ziekenhuis. De overige vijftientig adviseren we een arts te zoeken in de ziekenhuizen in Eindhoven, Veldhoven, Oss of Tilburg. Alleen op deze manier kunnen we kwalitatief goede zorg leveren, in plaats van steeds maar brandjes blussen. Ons ziekenhuis heeft immers de ambitie het veiligste en patiëntvriendelijkste ziekenhuis van Nederland te worden. Mede in dat kader plannen we, sinds we hier zitten, steeds één van de collega's bij toerbeurt vrij voor het superviseren van de EHBO-assistenten, de klinische afdelingen, de consulten en behandeling van de spoedpatiënten. Deze werkwijze komt de kwaliteit ten goede, maar gaat natuurlijk ten koste van de aantallen patiënten die wij kunnen behandelen.”

### Twee extra fte's

Voordat de vakgroep besloot de instroom van patiënten te beperken, zocht zij in overleg met de Raad van Bestuur advies bij een gespecialiseerde onderzoeksgroep van de Universiteit van Maastricht. Deze kwam in december met een eerste rapport over de polikliniek. Daaruit blijkt dat in de proces-



## ONDERZOEK

sen en procedures op enkele details verbeteringen mogelijk zijn, maar de echte oplossing ligt in de uitbreiding van de staf met twee fte's. Het rapport over de endoscopie-afdeling levert de onderzoeksgroep later af. Van Munster: "Het advies om voor de poli twee extra fte's aan te trekken, spoorde met ons eigen gevoel. Maar uitbreiding is moeilijk. Niet eens zozeer omdat we landelijk een groot tekort aan MDL-artsen kennen. We zijn een groot perifeer ziekenhuis en met zeven collega's vormen wij een flinke afdeling. We zijn ook een STZ-ziekenhuis en staan aan de rand van een aantrekkelijke stad. Allemaal pluspunten. We hadden het afgelopen jaar dan ook helemaal geen probleem bij het aantrekken van de vier nieuwe collega's. Nee, het probleem ligt in het feit dat de ziektekostenverzekeraars vanaf 1 januari voor uitbreiding geen financiële middelen meer beschikbaar stellen. We moeten die financiering zoeken in onze eigen stafmaatschap. En dat is natuurlijk niet in een handomdraai geregeld."

### Nieuwe uitdaging

Hoe lang de instroombeperking gaat duren? Dat is moeilijk te zeggen, aldus Van Munster. "We gaan natuurlijk waar mogelijk de aanbevelingen voor efficiencyverbetering uitvoeren. Door natuurlijk verloop – patiënten die genezen en overlijden – zal de poli de komende maanden meer ruimte bieden. Over enkele weken kunnen we misschien twintig tot vijftig nieuwe patiënten zien in plaats van vijftien. Maar volgend jaar staan we, net als al onze collega's, voor een nieuwe uitdaging als het bevolkingsonderzoek darmkanker van start gaat. We willen ons daarvoor certificeren, en moeten dan de wachttijden voor de scopieën terugbrengen tot drie weken. Daarvoor gaan we in elk geval scopiërende verpleegkundigen opleiden en opnieuw het aantal fte's uitbreiden. Als die norm van twee weken gehandhaafd blijft, vraag ik me overigens af hoeveel MDL-afdelingen zich voor dat onderzoek zullen kwalificeren. Het belang van de patiënt zal van ons allemaal optimale inzet en samenwerking vragen."

## ENDOSCOPISCHE VERSUS CHIRURGISCHE BEHANDELING GEÏNFECTEERDE NECROTISERENDE PANCREATITIS

# TENSION-STUDIE

**G**eïnfecteerd necrotiserende pancreatitis is een levensbedreigende ziekte, waarbij vaak een interventie nodig is. Nederlands onderzoek toonde aan dat de chirurgische 'step-upbenadering' – bestaande uit percutane drainage, indien nodig gevolgd door minimaal invasieve necrosectomie – superieur is aan necrosectomie door laparotomie.<sup>1</sup> Deze chirurgische step-upbenadering kent echter nog steeds een risico van 40% op sterfte of grote complicaties.<sup>1</sup>

Een nieuwe, wereldwijd steeds vaker toegepaste behandeling is endoscopische transluminale drainage met necrosectomie. Hierbij wordt de geïnfecteerd necrose endoscopisch via maag of duodenum benaderd. Verschillende relatief kleine cohortstudies suggereren dat de endoscopische behandeling gepaard gaat met een gezamenlijk sterfte- en complicatierisico van ongeveer 16%.<sup>2-8</sup> Ook deze endoscopische behandeling kan step-up worden uitgevoerd, waarbij eerst endoscopisch wordt gedraïneerd, indien nodig gevolgd door endoscopische necrosectomie.

### TENSION

De Pancreatitis Werkgroep Nederland (PWN) vergelijkt beide step-upbehandelingen in de recent gestarte gerandomiseerde studie: *Transluminal Endoscopic step-up approach versus minimally invasive Surgical step-up approach in patients with infected pancreatic Necrosis*, ofwel TENSION-trial (ISRCTN09186711).

Met TENSION hopen wij de vraag te beantwoorden of de endoscopische step-upbenadering superieur is aan de chirurgische step-upbenadering in de behandeling van geïnfecteerd pancreasnecrose. Wij verwachten dat de endoscopische step-upbena-

dering een lagere pro-inflammatoire immuunrespons induceert, wat leidt tot minder nieuw orgaanfalen en daaraan gerelateerde sterfte. Complicaties als littekenbreuken en pancreasfistels treden minder op, omdat een operatie minder vaak nodig is. Dit leidt tot een sneller herstel, betere kwaliteit van leven en afname van kosten. Voor deze studie werd een subsidie van de MLDS en Fonds NutsOhra verkregen.

### Succes hangt van u af

Het succes van TENSION hangt af van de bereidheid van alle Nederlandse ziekenhuizen om dergelijke patiënten, voor de looptijd van de studie, over te plaatsen naar deelnemende ziekenhuizen vóórdat interventie heeft plaatsgevonden. Vroegtijdige drainage of operatie maakt deelname aan TENSION namelijk onmogelijk. Wij vragen u dus vriendelijk alle patiënten met necrotiserende pancreatitis en/of peripancreatische vochtcollecties in een vroeg stadium aan te melden bij de PWN (zie [www.pancreatitis.nl](http://www.pancreatitis.nl)).

*Sandra van Brunschot, Hjalmar van Santvoort, Hein Gooszen en Paul Fockens,* namens de Pancreatitis Werkgroep Nederland

**Kijk op [www.mdl.nl/MAGMA](http://www.mdl.nl/MAGMA) voor de literatuurverwijzingen bij dit artikel.**

**U vindt daar ook een lijst met de leden van de Pancreatitis Werkgroep Nederland. Met een \* worden lokale hoofdonderzoekers en contactpersonen van de TENSION-trial aangegeven.**



# Viread™ bij chronische hepatitis B

Snelle en aanhoudende suppressie<sup>1-4</sup>  
Toenemende HBsAg seroconversie<sup>1,3,5</sup>  
Geen resistentie<sup>1-3</sup>

**Viread® labelwijziging: gebruik bij zwangerschap**

Het gebruik van tenofovir disoproxilfumarate tijdens de zwangerschap kan zo nodig worden overwogen<sup>1</sup>

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

174/NL/12-01/PM/1013

 GILEAD

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

Hoe staat het met de MDL-zorg in Friesland? Anno 2012 betekent deze vraag steeds vaker: wáár zorgen wij voor de Friese MDL-patiënt? Wie werken met elkaar samen, wie specialiseert zich? Een kort overzicht.

## Verschuivingen in Friese MDL-landschap

**O**ok in Friesland is het tekort aan MDL-artsen duidelijk zichtbaar. De wachttijden zijn lang en er zijn niet-ingevulde vacatures. De MDL-zorg wordt geleverd door tien MDL-artsen en ten minste zeven internisten in alle vijf ziekenhuizen van de provincie: De Sionsberg Dokkum, Nij Smellinghe Drachten, De Tjongerschans Heerenveen, Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en Antonius Ziekenhuis Sneek. De totale MDL-ploeg wordt binnenkort versterkt: het is gelukt om een jonge MDL-klare aan te trekken in Heerenveen, Leeuwarden en Sneek.

Voor de 650.000 Friese inwoners is naast alledaagse zorg ook de meer gespecialiseerde MDL-zorg beschikbaar, te weten dunnedarmonderzoek (videocapsule en ballon-endoscopie), *upper* en *lower* endo-echografie, anorectaal en oesofagus-functieonderzoek, behandeling van virale hepatitis en bekkenbodempathologie. Uiteraard leveren niet alle ziekenhuizen dezelfde zorg. Om die reden worden patiënten naar elkaar doorverwezen en maken we gebruik van elkaars mogelijkheden.

De patiëntenstroom wordt deels bepaald door samenwerkingsverbanden tussen bepaalde ziekenhuizen. Zo is een NMA-goedgekeurd huwelijk gesloten tussen het MCL en de Tjongerschans. De Sionsberg zoekt op dit moment aansluiting bij ziekenhuis Nij Smellinghe. Het Antonius Ziekenhuis heeft geen officiële fusieplannen, maar werkt in de praktijk wel veel samen met het MCL. Daarnaast heeft het Antonius Ziekenhuis zijn adherentiegebied de laatste jaren uitgebreid richting de Noordoostpolder. Zo werken de collega's uit Sneek ook parttime in Emmeloord. Er is een polikliniek en een endoscopie-programma. Het MCL heeft een dependance in Harlingen, waar twee

MDL-ers en één internist polikliniek doen en endoscopieprogramma's draaien. Of door de onderlinge samenwerking op termijn vakgroepen en maatschappen zullen fuseren, is nog volstrekt onduidelijk. Op de MDL-werkvloer bestaat er wat dit betreft nog geen daadwerkelijke (zakelijke) samenwerking.

### Zorgverzekeraar koerst op specialisatie

Vorig jaar lanceerde De Friesland Zorgverzekeraar het project 'Friesland Voorop'. Doel is het behoud van bereikbare en betaalbare hoog kwalitatieve zorg in Friesland. Het Friese zorglandschap zal verschuiven, omdat de grootste zorgverzekeraar in de provincie ervoor kiest de basiszorg gespreid aan te bieden en de meer gespecialiseerde complexe zorg te concentreren. Er zijn zeven expertgroepen gevormd, die zich buigen over onder andere chronische zorg, oncologie en ouderenzorg. In de expertgroepen zijn medisch specialisten, huisartsen, patiëntenvertegenwoordigers en De Friesland Zorgverzekeraar vertegenwoordigd. Ze moeten zorgscenario's

bedenken rondom een specifiek zorgtraject. Uiteindelijk is het een overkoepelende stuurgroep die beslist over de voorstellen.

### Chirurgie op kop

Los van de plannen van De Friesland Zorgverzekeraar is er in de provincie al het nodige gebeurd aan zorgreorganisatie. De Friese chirurgen lopen hierin voorop. Zo is bijvoorbeeld, geleid door de eisen van de Inspectie met betrekking tot aantallen, onlangs de pancreaschirurgie geconcentreerd in Heerenveen en de slokdarmchirurgie in Leeuwarden. Daarnaast gaat sinds kort alle (overige) oncologische chirurgie uit Dokkum naar Drachten. Al in een eerder stadium fuseerden de chirurgen uit Drachten, Heerenveen en Sneek tot één grote maatschap, wat heeft geleid tot concentratie van specifieke operaties op bepaalde locaties. Dit in ogenschouw nemend, is het niet uitgesloten dat er ooit één Friese MDL-maatschap zal ontstaan.

*Klaas van der Linde en Marijke Rasch*  
MDL-artsen Medisch Centrum Leeuwarden



Marijke Rasch en Klaas van der Linde: "De patiëntenstroom wordt deels bepaald door samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen."



# Zijn onze screeningsinstellingen goed en veilig?

Bij mijn bespreking van kwaliteit en veiligheid rond het bevolkingsonderzoek darmkanker heb ik mij in de vorige MAGMA vooral geconcentreerd op organisatorische aspecten. Maar hoe staat het met kwaliteit en veiligheid op het niveau van de screeningsinstelling?

**S**amen met de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en de NVMDL is hard gewerkt aan een certificatieschema voor endoscopie. Dit schema bevat de normen die de beroepsgroep stelt voor kwaliteit en veiligheid en kan worden gehanteerd bij interne of externe certificatie van endosco-

pieafdelingen. Het is als zodanig tijdens de laatste algemene ledenvergadering van de NVMDL geautoriseerd. In Engeland wordt gebruikgemaakt van een GRS (Global Rating Scale) waarbij continue monitoring van kwaliteit en veiligheid volgens een vast patroon wordt geborgd. Per instelling zal een aantal afdelingen nauw bij de screening zijn betrokken. Allereerst de endoscopieafdelingen en de dagbehandeling. Maar ook de afdelingen radiologie (CT-cografie) en chirurgie (complicaties en chirurgische interventies) en eventueel pathologie. Voor deze laatste zou voor een centraal laboratorium per regio kunnen worden gekozen.

## Endoscopie

Er zijn drie aandachtsgebieden voor endoscopieafdelingen: techniek, personeel en attitude.

### Techniek

De apparatuur die wordt gebruikt, zal onder een kwaliteitskeurmerk moeten staan. In Nederland zijn diverse kwaliteit- en veiligheidssystemen aanwezig, die alle in verschillende combinaties worden toegepast. In het verleden zijn tal van kwaliteitsnormen vastgelegd, zoals in 2004 (*Werkgroep Reiniging en Desinfectie Endoscopen*), 2008 (*Kwaliteit van de Reiniging en Desinfectie van Flexibele Endoscopen*) in het brief-

# Als er iets is dat u nodig heeft in lastige situaties... dan is het flexibiliteit.

De unieke flexibiliteit van de nieuwe EC-3490Ti maakt onderzoek van de mucosa ook onder moeilijke omstandigheden mogelijk. De innovatieve colonoscoop is ideaal voor de detectie en behandeling van poliepen of laesies op plaatsen die u met een conventionele colonoscoop lastig of geheel niet kunt bereiken. De EC-3490Ti levert een uitstekende beweeglijkheid dankzij een extreme buigradius van 210°.

De HD+ beeldkwaliteit wordt gecombineerd met een dunne buitendiameter en een werkkanal van 3.2 mm. De unieke combinatie van eigenschappen maakt deze colonoscoop bij uitstek geschikt voor EMR en ESD.



**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

**Nieuwsgierig? Bezoek onze stand tijdens het NVGE voorjaarscongres op 22 en 23 maart!**

rapport RIVM R 8152-2 van A.J.C. de Bruijn) en 2010 (*Flexibele Endoscopie Reiniging en Desinfectie* van SFERD, Stuurgroep Flexibele Endoscopie Reiniging en Desinfectie).

Ik voorzie dat het gebruik van één kwaliteit- en veiligheidssysteem voor heel Nederland vooralsnog niet realiseerbaar is. Wat wel mogelijk is en moet zijn: het samenstellen van een minimumeisenpakket, waarbij borging op de voorgrond staat.

### *Personeel*

Adequaat opgeleid endoscopiepersoneel zal aanwezig moeten zijn. Zij moeten alle handelingen kunnen verrichten die bij diagnostische en therapeutische coloscopieën aan de orde kunnen komen. Het is wenselijk een certificering in te stellen voor endosco- pieverpleegkundigen, waarbij nascholing en training een plaats moeten krijgen.

Een betrekkelijk nieuw fenomeen is de *nurse endoscopist*. Hoewel hiervoor (nog) geen officiële opleiding bestaat, werken in Nederland zeker 30 endosco- pieverpleegkundigen als *nurse endoscopist*, altijd onder supervisie van een MDL-arts. In het advies- rapport aan de NVMDL werd door de implementatiewerkgroep geadviseerd *nurse endoscopists* in te zetten in het screenings- programma. Nagedacht moet worden of zij moeten worden ingezet in het screenings- programma zelf (gezien de hoge pathologie- opbrengst van ongeveer 50%) of dat zij worden ingezet in follow-upprogramma's en reguliere coloscopieën met een lagere opbrengstverwachting, zoals bijvoorbeeld bij IBS. Er is al een omschreven opleidings- plan opgesteld voor de *nurse endoscopist*, waarin door leden van de NVMDL veel energie is gestoken. Ook wordt de zeer actieve vereniging van MDL-verpleegkun- digen (V&VNMDL) betrokken bij de uitrol van de screening in Nederland.

### *Attitude*

Wij moeten ons realiseren dat wij te maken krijgen met mensen die niet om een endo- scopie hebben gevraagd. Bij een positieve FIT-test kunnen emoties hoog oplopen. Dit vraagt van ons een maximale, op service, ingestelde attitude.

## **Trainingscentra**

Om een zo hoog mogelijke kwaliteit te leve- ren, worden eisen gesteld aan de vaardig- heid van endoscopisten, zoals dit nu ook het geval is. Coecumintubatie boven bijvoor- beeld 92%, acceptabele complicatieni- veaus, Adenoom Detectie Ratio, intervalcar- cinomen, re- scopieën na onvolledige voor- bereiding, zijn enkele aspecten waarop zij worden beoordeeld. Het is niet de bedoe- ling om endoscopisten die op een bepaald punt te laag scoren, direct de toegang tot het screeningsprogramma te ontzeggen. Maar mogelijk geeft het aanleiding tot extra training en educatie. Het lijkt ons zinvol endoscopisten trainingen aan te bieden ten- einde het niveau van de coloscopie zo hoog mogelijk te krijgen. Het is de vraag of hier- toe centrale trainingsfaciliteiten moeten worden opgericht of dat een model van rondreizende trainers volstaat. Dit laatste heeft als voordeel dat men getraind wordt in de eigen omgeving en met de eigen assisten- tie. Daarnaast hoeft geen investering te wor- den gedaan in trainingscentra.

## **Dagbehandeling**

De dagbehandelingsfaciliteiten kunnen gelegen zijn op speciale afdelingen of op endoscopie-afdelingen. Mensen die zijn gesedeerd, mogen niet onbewaakt op een gang liggen in afwachting van transport. Ook op de afdeling zal permanente bewa- king aanwezig moeten zijn met voldoende controles. De – nog te accorderen – sedatie- richtlijn zal deze contouren aangeven. Alle behandelingsgegevens zullen digitaal moe- ten worden opgeslagen om controle van kwaliteit mogelijk te maken.

## **Protocollen en richtlijnen**

Het hele proces zal volgens richtlijnen moe- ten verlopen. Ofwel: protocollen waarop men kan terugvallen en waaraan men kan worden getoetst. De richtlijnen in Neder- land zijn volop in ontwikkeling. Een richt- lijn 'Coloscopie' kan mijns inziens betrekke- lijk eenvoudig worden ontwikkeld, omdat er veel voorbeelden zijn: zowel nationaal als internationaal.

Een aanbevelingsrichtlijn over de wijze van poliepectomie is een goed idee. Hierin krijgt men een visuele handleiding over de

wijze waarop de verschillende poliepen kunnen worden verwijderd. De bestaande richtlijn 'Follow-up na poliepectomie' zal onder de loep worden genomen. Te begin- nen met de juiste uitvoering van de huidige adviezen. Daarnaast kan worden gekeken of de intervaltermijnen kunnen worden aange- past, uiteraard *evidence based*. Wellicht kan de FIT-test een rol spelen in de poliep- follow-up.

Richtlijnen over de behandeling van calami- teiten na coloscopie en/of poliepectomie zullen eenduidig ontwikkeld moeten wor- den.

## **Radiologie**

In vele instellingen wordt CT-colografie gebruikt. Er bestaat echter nog geen lande- lijk protocol of richtlijn CT-colografie. De NVMDL zou in overleg met de NVVR hier- toe een aanzet kunnen geven.

## **Chirurgie (en eventueel radiotherapie en oncologie)**

Elke instelling zal moeten aangeven hoe de organisatie en borging is rondom chirur- gische interventies bij complicaties en tumo- ren. Er zal duidelijkheid moeten zijn over bijvoorbeeld de wachttijden.

## **Als laatste: de deelnemer**

De deelnemer zal van tevoren op de hoogte moeten worden gesteld over het onderzoek zelf, mogelijke complicaties, de opbrengst en eventuele gevolgen. Er dient een risico- inventarisatie plaats te vinden op indivi- dueel niveau. Dit laatste zal dus moeten geschieden in de instelling waar de colosco- pie wordt uitgevoerd. Dit kan via een direct contact, maar mogelijk ook via ICT-syste- men.

## **Conclusie**

Er is veel werk aan de winkel, zowel lande- lijk als in de eigen instelling. Gelukkig zijn wij een ervaren, actieve en constructieve beroepsgroep, zodat het mogelijk moet zijn alles te realiseren vóór september 2013.

*Michiel van Haastert*, MDL-arts  
Martini Ziekenhuis Groningen

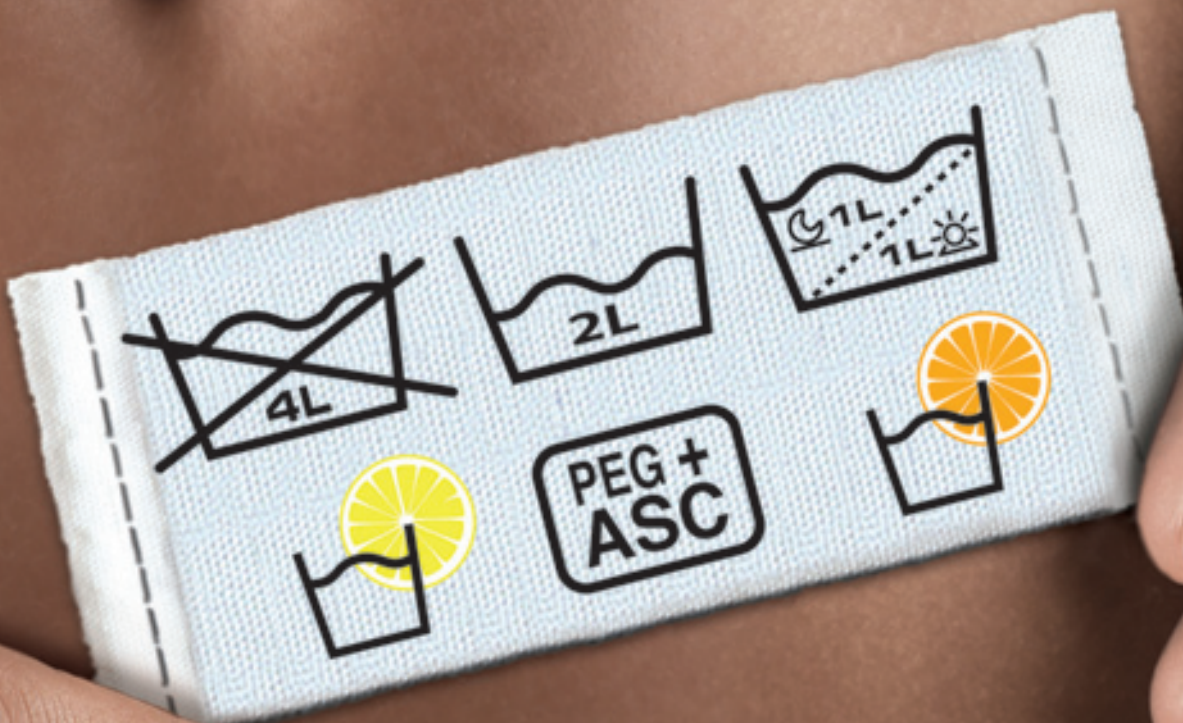


**MOVIPREP®**

PEG + ASC (PEG 3350 + Natriumascorbaat + Ascorbinezuur + Natriumsulfaat + Elektrolyten)

**4L efficacy. 2L compliance.<sup>1</sup>**

**Het meest gebruikte merk ter wereld op het gebied van darmvoorbereiding\* is er nu met keuze in smaak, waaronder sinaasappelsmaak**



**MOVIPREP® ORANGE**

PEG + ASC (PEG 3350 + Natriumascorbaat + Ascorbinezuur + Natriumsulfaat + Elektrolyten)

**4L efficacy. 2L compliance.<sup>1</sup>**

\* IMS data, Q2 2011

1. LN G. et al. Randomized trial of low-volume PEG solution versus standard PEG + electrolytes for bowel cleansing before colonoscopy. Am J Gastroenterol 2008;103:883-893.



## Vervolg MDL-Transfers van pagina 2.

### Westen

Robert Verdonk verlaat de levertransplantatie in het UMCG en start op 1 januari 2013 als 12<sup>e</sup> MDL-arts in het Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. Veruit de grootste perifere MDL-groep in Nederland.

Itta Minderhout (UMCU) gaat per 1 augustus beginnen in het Tergooi Ziekenhuis. Zij volgt daar Herman Sikkens op, ze hopen op een lokale MDL-opleiding.

Foke van Delft (ex-AMC) blijft tot 1 oktober als fellow oncologie in het AVL. Babs Taal stopt als GE-interniste in het AVL na een indrukwekkende carrière, ze zoeken een digestief oncoloog als opvolgster. Margriet Wobbles (UMCU) komt als 3<sup>e</sup> MDL-arts naar Gouda, er is nog budget voor 2 extra MDL-artsen. Beverwijk praat met een kandidaat 5<sup>e</sup> MDL-arts. De MDL van Alkmaar en Beverwijk wordt samen één MDL-groep. Het EMC praat met een collega als opvolger van Monique van Leerdam. Het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam-Zuid praat met een kandidaat als 6<sup>e</sup> MDL-arts. Leiden is in gesprek met buitenlanders, die zijn schijnbaar beter. Kijkend naar de *pubmeds* en de Hirsh-indexes van 'genoemde' kandidaten denk ik, dat we in Nederland echt een betere kandidaat hebben. Het Haaglanden wil de MDL in Bronovo wat al te graag overnemen, lokaal zoekt men voor Bronovo 2-3 MDL-artsen.

### Algemeen

De DOT deformeert, als we niet oppassen, ons talent. In Amsterdam dreigt 'China aan de Amstel' héél veel werk te genereren. De GGD zoekt en vindt hepatitis B en C. De hepatologen in de regio zijn er klaar voor.

Er zijn inmiddels 374 MDL-artsen, waarvan 364 lid van de NVMDL. Het aantal van 400 MDL-artsen nadert razendsnel. Er zijn 187 MDL-artsen i.o.

## OPROEP

### “Dokter, ik boer zo veel”

Patiënten met klachten van ernstige ructus bezoeken frequent het spreekuur van de MDL-arts. Het overgrote deel van deze patiënten heeft ook klachten die behoren bij gastro-oesofageale refluxziekte. Hierdoor wordt ructus vaak niet als zodanig herkend en veelal toegeschreven aan refluxziekte. Niet zelden zien MDL-artsen patiënten die meerdere artsen hebben bezocht alvorens aandacht aan het boeren wordt geschonken, ondanks het feit dat deze klacht op de voorgrond kan staan.

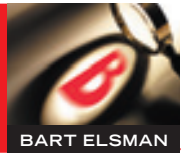
Ernstige klachten van ructus worden vaak veroorzaakt door een gedragsstoornis, ook wel bekend als supragastrisch boeren. Diafragma-ademhalingsoefeningen kunnen bij patiënten die zich presenteren met klachten van ructus zonder aanwijzingen voor refluxziekte, leiden tot een verbetering van de klachten.

In het AMC is recent een pilotstudie gestart om de mogelijkheden van diafragma-ademhalingsoefeningen bij patiënten met ernstige klachten van ructus verder te onderzoeken. Patiënten die in aanmerking komen voor deze studie, worden behandeld in een logopedisch centrum.

**Indien u patiënten wilt doorverwijzen voor analyse van deze klachten en een mogelijke behandeling, vragen wij u contact op te nemen met Boudewijn Kessing via (020) 566 8708 of b.f.kessing@amc.nl.**

André Smout, Arjan Bredenoord en Boudewijn Kessing  
AMC Amsterdam

## COLUMN



### RED DE ANUS

*2 december was voor mij een overdonderende, onvergetelijke afscheidsdag. Het filmpje, gemaakt door André, Kees en Kristien is inmiddels 1390 keer bekeken ('Youtube LipDub Joep'). Hoe moet ik hen en honderden anderen bedanken? In ieder geval op deze plaats: heel erg bedankt!*

*En het zwarte gat? Tot nu toe ben ik daar niet in gevallen: eerst een lange vakantie in de zomer in Zuid-Afrika, gevolgd door dagelijkse schaats-tochtjes in Nederland.*

*Dat brengt me op dat andere zwarte gat: de anus. In het begin van mijn loopbaan in de darmen kon de anus nog rekenen op onze warme belangstelling. Door de opkomst van de flexibele endoscopie hadden we net de slokdarm op de KNO-arts veroverd. We bekeken het hele maagdarmkanaal met buigzaam instrumentarium, behalve de onderste 5 cm. Niet de ERCP-kamer, maar de proctoscopiekamer was het centre court van de afdeling.*

*Hoe anders is de situatie nu. De anus wordt beschouwd als een noodzakelijke toegangspoort voor coloscopisch onderzoek, waarbij zo nu en dan nog even wordt omgekeken.*

*Recent onderzoek heeft (nogmaals) aange-toond, dat op deze manier belangrijke aandoeningen worden gemist, die wel met een starre proctoscoop kunnen worden vastgesteld. Ook is de proctoscopie belangrijk in de diagnostiek van inflammatoire darmziekten. Toch worden nu assistenten opgeleid tot MDL-arts, die nog nooit een goed onderzoek van de anus hebben verricht.*

*Moeten we het onderzoek van de anus dan uitbesteden aan de chirurgen? Maar die doen ook liever een laparoscopische colectomie!*

*Ik vind, dat het onderzoek van de anus deel moet blijven uitmaken van het vakgebied en dus de opleiding MDL.*

*Bij deze roep ik iedereen op zich aan te sluiten bij de actiegroep RED DE ANUS. U kunt zich aanmelden via het redactieadres van MAGMA.*

# WIJ WACHTEN OP VERGOEDING



## De eerste DAA (Direct Acting Antiviral)

Voor de behandeling van het hepatitis C-virus (G1)

**Raadpleeg de volledige bijsluiter (SPC)  
alvorens VICTRELIS voor te schrijven.**

Zie elders in dit blad voor de verkorte SPC.



Postbus 581, 2003 PC Haarlem, tel.: 0800-9999000  
medicalinfo.nl@merck.com, www.msd.nl www.univadis.nl

**VICTRELIS**<sup>®</sup>  
boceprevir, MSD 

## HCV-BESMETTING VIA BLOEDDONATIE: VERGETEN, MAAR NIET VERDWENEN...

**I**n de ontdekking van het hepatitis-C-virus (HCV) eind jaren tachtig van de vorige eeuw en de ontwikkeling van testen om HCV aan te tonen, hebben ertoe geleid dat bloeddonoren vanaf begin jaren negentig worden gescreend op HCV. Daarmee is de kans op HCV-besmetting via bloedproducten dramatisch gedaald. In de huidige tijd wordt de kans op overdracht van HCV via bloedproducten geschat op slechts 1 op 130 miljoen donaties. Dat betekent echter niet dat het probleem van door bloedproducten opgelopen HCV-ziekte in de jaren tachtig van de vorige eeuw nu niet meer bestaat.

### Casus

Zo was ruim een jaar geleden een 66-jarige vrouw opgenomen in het MUMC Maastricht vanwege eindstadium levercirrose op basis van hepatitis-C-infectie. Die diagnose was pas kort tevoren gesteld. Patiënte was in 1986 met succes behandeld voor acute leukemie en had in die periode vele bloedproducten toegediend gekregen. Tot 2006 was het goed met haar gegaan, maar daarna ging haar conditie geleidelijk achteruit zonder dat haar behandelende artsen een duidelijke verklaring konden vinden. Vrij snel na opname op de MDL-afdeling in 2010 is patiënte overleden. De zeer betrokken familie vroeg zich af of patiënte niet veel leed bespaard had kunnen worden door adequate informatie over risico op HCV-besmetting, screening en tijdig ingezette antivirale behandeling.

Een terechte vraag, waarop al eerder door diverse instanties de aandacht is gevestigd. Zo heeft de Gezondheidsraad in 1997 een rapport gepubliceerd over het probleem van HCV-besmetting via bloedproducten en daarin geadviseerd om het Nederlandse publiek hierover uitvoerig te informeren. De overheid heeft zich in deze zeer terughoudend opgesteld, ook nadat in 2004 de Gezondheidsraad dit advies opnieuw heeft bekrachtigd.

### Gezondheidsraad

Hoe omvangrijk is het HCV-probleem van polytransfusees van voor 1990? In 1997 werd in het rapport van de Gezondheidsraad geschat dat van de 60.000 HCV-geïnfecteerden in Nederland zo'n 1.400–14.000 personen dit virus onbewust zouden hebben opgelopen via besmette bloedproducten.

Bekend is dat onder Nederlandse hemofiliepatiënten de prevalentie van HCV rond de 50% bedroeg. Aan deze groep patiënten is terecht veel aandacht besteed qua HCV-diagnostiek en behandeling. Een vergeten maar niet verdwenen groep patiënten die in de jaren tachtig veelvuldig bloedproducten toegediend hebben gekregen, zijn patiënten met onder andere hematologische ziekten. Zoals onze patiënte: na intensieve behandeling van de oorspronkelijke ziekte genezen, maar 20–25 jaar later geconfronteerd met de sluipende, maar ernstige gevolgen van HCV-besmetting.

### Oproep

Nu, ruim twintig jaar na invoeren van goede HCV-screening, dienen we nog steeds bedacht te zijn op de gevolgen van HCV-besmetting zoals chronische leverziekte, cirrose en hepatocellulair carcinoom. Het is spijtig dat de overheid in het verleden niet krachtiger is opgetreden. Aan ons als MDL-artsen en -behandelaren in ieder geval de plicht om bij patiënten die vóór 1990 aan veelvuldige toediening van bloedproducten blootgesteld zijn geweest, op HCV-ziekte verdacht te zijn en waar mogelijk te behandelen. HCV-ziekte via toediening van bloedproducten is nog niet verdwenen. Laten wij zorgen dat dit niet vergeten wordt!

De heer *Jo Dassen*, familielid, stelt uw reacties en suggesties zeer op prijs: [j.g.h.dassen@kpnplanet.nl](mailto:j.g.h.dassen@kpnplanet.nl).

*Ad Masclee*, Maastricht

### WETENSCHAP

## Van carcinoïd naar NET: afscheidssymposium Babs Taal

NET is een verzamelnaam voor tumoren, die hun oorsprong kunnen vinden in allerlei organen, maar meestal ontstaan in het maag-darmkanaal of de long. Kenmerkend voor NET zijn het langzame beloop en de productie van verschillende hormonen, die ook hartschade kunnen aanrichten. Multidisciplinaire samenwerking binnen ziekenhuizen in Nederland, maar ook in Europa, met de vorming van kenniscentra, is van belang om meer inzicht te krijgen in deze zeldzame aandoening. In het NKI/AVL bestaat een lange traditie van behandeling met radioactief MIBG bij het destijds nog gehete carcinoïd. Ook is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan: op gebied van epidemiologie, markers ter evaluatie van therapie en het vroeg opsporen van hartschade.

Daarnaast is meer nadruk gelegd op de histologische classificatie, omdat dit het biologische gedrag voorspelt. Met de komst van *targeted therapy* is voor een subgroep van patiënten duidelijk winst te behalen.

### Symposium

Babs Taal heeft een belangrijk deel van haar bijna dertigjarige carrière in het NKI-AVL besteed aan de behandeling van en wetenschappelijk onderzoek naar NET. Nu draagt zij de coördinatie van de NET-werkgroep in het NKI-AVL over aan Margot Tesselaar.

Op **vrijdag 30 maart 2012 van 13.00-18.00 uur** neemt Babs Taal afscheid in het Piet Borst Auditorium, NKI/AVL Amsterdam met het symposium 'Van carcinoïd naar NET'.

Accreditatie is aangevraagd bij de NIV en NVMDL. U kunt zich aanmelden met opgave van uw BIG-nummer bij: [mdlsecretariaat@nki.nl](mailto:mdlsecretariaat@nki.nl).



# de **wijf**

## dimensies van Pentasa bij colitis ulcerosa



**Pentasa**  
de enige sachet  
2g 1 x dags  
als onderhouds-  
behandeling

 **Pentasa**<sup>®</sup>  
mesalazine 5-ASA

**PENTASA 5 FACTOREN, 1 DOEL: REMISSIE**

effectiviteit

therapietrouw

breed assortiment

ervaring

ondersteuning

Naam van het geneesmiddel: Pentasa<sup>®</sup>. Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg 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. Volw. 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 vermindert 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 salicylzuurderivaten. 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 aanbevelen. 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, Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g), suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11762, zetpil onder RVG 15064. Afleverstatus: UR.





## TREATMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE; MEDICAL AND SURGICAL ASPECTS

*Emma J. Eshuis, Universiteit van Amsterdam, 14 oktober 2011*

**D**e ontwikkeling van potente nieuwe medicatie heeft de afgelopen twee decennia veel veranderd in de behandeling van inflammatoire darmziekten. Biologicals als infliximab en adalimumab hebben een grote effectiviteit laten zien bij de behandeling van IBD. Uit de literatuur blijkt dat, ondanks deze medicatie, het

grootste deel van patiënten met Crohn nog altijd niet ontkomt aan een operatie.

In dit proefschrift worden medicamenteuze en chirurgische aspecten van de behandeling van inflammatoire darmziekten belicht. Deel I beschrijft de effectiviteit en veiligheid van anti-TNF-therapieën. In deel II wordt nader ingegaan op de chirurgische aspecten van de behandeling. Tot slot wordt in deel III de vraag onderzocht of er in geval van recidiverende Crohn in het

terminale ileum het best medicamenteus of middels een ileoceaalresectie kan worden behandeld. Dit deel bevat het protocol van de landelijk lopende LIR!C-trial (*laparoscopic ileocolic resection versus infliximab treatment of recurrent distal ileitis in Crohn's disease*).

**Curriculum vitae**

Emma Eshuis (Amsterdam, 1983) onderbrak eind 2007 haar coschappen gedurende drie jaar voor haar promotieonderzoek in het AMC onder begeleiding van prof. dr. W.A. Belman, prof. dr. P. Fockens, dr. P.C.F. Stokkers en dr. C.Y. Ponsioen. Eind 2011 rondde zij studie en promotie af en sinds 1 december 2011 is zij in opleiding tot MDL-arts in het AMC. Op dit moment verricht zij haar vooropleiding interne geneeskunde in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.

**Het proefschrift is te verkrijgen via [e.j.eshuis@amc.uva.nl](mailto:e.j.eshuis@amc.uva.nl).**

## STUDIES ON SMOKING IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND LIVER TRANSPLANT RECIPIENT

*Frans van der Heide, Rijksuniversiteit Groningen, 30 november 2011*

**D**it proefschrift beschrijft een aantal studies naar de rol van roken bij chronische inflammatoire darmziekten (IBD) en na levertransplantatie. Wij bevestigen het opmerkelijke tegengestelde effect van actief roken op het ontwikkelen van IBD; roken vergroot de kans op de ziekte van Crohn (ZvC) en verkleint die op

colitis ulcerosa (CU). Echter, wij vonden geen nadelige effecten op het beloop van ZvC. Voor CU konden wij het gunstige effect van roken op het ziektebeloop wel bevestigen. Dit effect bleek dosisafhankelijk.

Genetische aanleg heeft ook een belangrijke invloed op het ontwikkelen van IBD. Vooral bij ZvC zijn veel geassocieerde genetische varianten gevonden. Wij vonden een verschil in geassocieerde genen tussen rokende en niet-rokende ZvC-patiënten. Dit impliceert een complexe gen-omgevingsinteractie bij ZvC.

Na levertransplantatie zijn rookgeassocieerde ziekten als hart- en vaatziekten en maligniteiten belangrijke problemen. Wij vonden een hoog en constant percentage rokers voor en na transplantatie, veel ex-rokers die weer starten met roken, en een fors verhoogd aantal maligniteiten in rokers. Wij pleiten voor een rookinterventieprogramma na levertransplantatie en frequente screening op maligniteiten.

**Curriculum vitae**

Frans van der Heide (Ternaard, 1981) studeerde geneeskunde in Groningen (2007). Daarna werkte hij als AGNIO bij de MDL in het UMC Groningen. Hier begon hij ook met zijn promotieonderzoek. In augustus 2009 startte Frans met de opleiding tot MDL-arts in het UMCG. De vooropleiding interne geneeskunde volgde hij in het Medisch Spectrum Twente te Enschede. Vanaf augustus 2011 zet hij de vervolgopleiding tot MDL-arts voort in Enschede.

**Het proefschrift is te verkrijgen via [f.vanderheide@mst.nl](mailto:f.vanderheide@mst.nl).**



## PROGNOSIS AND SURVIVAL IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

*Paul M. van Schaik, Rijksuniversiteit Utrecht, 26 januari 2012*



**O**nderhavig proefschrift bestaat uit twee delen, waarbij in het eerste deel met name is gekeken naar de prognose en overleving van patiënten die zijn geopereerd aan een colorectaal carcinoom en naar hun kwaliteit van leven na de operatie. Het tweede deel bekijkt de uitvoerbaarheid van de schildwachtklieprocedure en

onderzoekt of de detectie van micrometastasen van invloed is op de prognose en overleving.

Uit het onderzoek blijkt dat de schildwachtklieprocedure technisch goed uitvoerbaar is, met een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 100%. Ook werden bij 30,3% van de patiënten met een Dukes B colorectaal carcinoom micrometastasen gevonden. Inzake de invloed van micrometastasen op de prognose en overleving bleek, dat patiënten die metastasen ontwikkelden, in de loop der tijd significant meer micrometastasen (41% versus

16%) en een significant slechtere ziektevrije overleving (51% versus 72%) hadden dan patiënten die geen metastasen ontwikkelden.

### Curriculum vitae

Paul M. van Schaik (Velp, 1974) volgde de opleiding geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. In 2007 begon hij aan de opleiding tot chirurg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waar ook de basis werd gelegd voor zijn proefschrift. Promotor is prof. dr. I.H.M. Borel Rinkes (UMC Utrecht), co-promotor is dr. K. Bosscha (Jeroen Bosch Ziekenhuis).

Van 2009 tot 2011 vervolgde Paul van Schaik zijn opleiding tot chirurg in het UMC Utrecht. Op dit moment is Paul bezig aan zijn laatste twee jaar, met als differentiatie vaatchirurgie (JBZ). Vanaf 2013 zal Paul werkzaam zijn als chirurg in het UMC Utrecht met als vervolgopleiding vaatchirurgie (fellow).

**Het proefschrift is te verkrijgen via [pmvanschaik@gmail.com](mailto:pmvanschaik@gmail.com).**

## GASTROINTESTINAL ISCHEMIA; DIAGNOSIS AND CLINICAL PRESENTATION

*Rinze ter Steege, Rijksuniversiteit Groningen, 8 februari 2012*



**O**nderhavig proefschrift bestudeert een aantal aspecten van gastro-intestinale ischemie.

In het eerste deel wordt de rol van gastro-intestinale ischemie in de pathogenese van inspanningsgebonden gastro-intestinale klachten bestudeerd. Door vasoconstrictie van de splanchnische vaten tijdens lichamelijke inspanning

wordt bloed van de buikorganen naar de actieve spieren gedistribueerd. Dit kan maagdarmschemie veroorzaken.

Deel twee behandelt de methode om mucosale ischemie aan te tonen.

In het laatste deel worden studies beschreven die de klinische presentatie en het atherosclerotisch risicoprofiel van patiënten met chronische gastro-intestinale ischemie (CGI) onderzoeken.

Patiënten met CGI rapporteerden vaker postprandiale pijn, gewichtsverlies, een verandering van eetpatroon en diarree.

Vergeleken met het atherosclerotisch risicoprofiel in andere vaatbeelden, typeren CGI-patiënten zich door een oververtegenwoordiging van het vrouwelijk geslacht en een significant lagere prevalentie van toegenomen BMI, diabetes mellitus en hypercholesterolemie.

### Curriculum vitae

Rinze ter Steege (Hoogeveen, 1978) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het artsexamen werd behaald in 2002. In 2005 startte hij zijn promotieonderzoek in het Medisch Spectrum Twente onder leiding van prof. dr. J.J. Kolkman. In 2007 begon Rinze hier ook de opleiding tot MDL-arts, die hij in februari 2012 heeft afgerond in het UMC Groningen. Rinze ter Steege zal vanaf 1 mei 2012 als MDL-arts in het Medisch Centrum Leeuwarden gaan werken.

**Het proefschrift is te verkrijgen via [rinzetersteege@hotmail.com](mailto:rinzetersteege@hotmail.com).**





ONZE LIEVE VROUWE GASTHUIS:

# Ouderwets opleiden op nieuwe manier

De MDL-afdeling van het OLVG in Amsterdam werkt voor het opleidingstraject samen met het AMC en het Slotervaartziekenhuis. De drie ziekenhuizen schrijven in overleg de regionale en lokale opleidingsplannen op basis van het rapport Herstructurering Opleiding Maag-Darm-Leverziekten (HOM).

**E**indverantwoordelijk voor de MDL-opleidingen in het OLVG zijn Bert Baak (opleider) en Annet van der Sluys Veer (plaatsvervangend opleider). Samen met de vier andere artsen op de afdeling leren ze arts-assistenten de praktijk volgens de HOM-richtlijnen, waarin competentiegericht opleiden centraal staat. “Voor deze nieuwe manier van opleiden volgen we zelf cursussen”, aldus Baak. “Binnen onze groep is de opleider een half dagdeel per week vrijgesteld van patiëntenzorg. In die tijd kan hij of zij protocollen nakijken die assistenten hebben gemaakt, beoordelingsgesprekken voeren en poligesprekken doen.”

## Foefjes

Baak: “Er is ooit een boekje verschenen, *Teaching on the Run*, dat het nieuwe opleiden heel goed samenvat. Je moet dat, volgens het HOM-rapport, competentiegericht doen, maar het moet tegelijk in te passen zijn in de praktijk. Het boekje leert je een paar foefjes om dat te realiseren. Heel nuttig om van het gevoel af te komen dat opleiden alleen maar tijd kost, terwijl het in de praktijk valt te combineren met gewone patiëntenzorg. De assistenten doen de scopieën samen met ons. We doen ook samen de poli en de kliniek en bespreken dat na. Zo pak je die expliciete onderwijsmomenten op een nieuwerwetse manier, maar in wezen doe je gewoon het ouderwetse opleiden.”

## Twee assistenten

Volgens Annet van der Sluys Veer telt de afdeling constant twee opleidingsassistenten, waarvan zij en haar collega er ieder één onder hun hoede hebben. “De assistenten

hebben twee jaar opleiding en praktijkervaring in de interne geneeskunde achter de rug. Soms zijn ze gepromoveerd. De sollicitatiegesprekken voor de AIOS en de aannames doen we samen met het AMC en het Slotervaart Ziekenhuis. Gezamenlijk houden wij een regionale onderwijsmiddag en maandelijks hebben we een refereeravond. Regelmatig stemmen we tussendoor af en we zijn nu druk bezig met het schrijven van de regionale en lokale opleidingsplannen, allemaal op basis van de HOM-richtlijnen.” Baak: “De voorgenomen fusie tussen ons ziekenhuis en het St. Lucas Andreas zal straks natuurlijk gevolgen hebben voor onze

opleiding. Op dit moment werkt het Lucas Andreas samen met het VU medisch centrum en put het uit een heel andere bron van assistenten dan wij. Maar dat zal veranderen, ook al omdat het VUmc en het AMC steeds meer op academisch niveau naar elkaar toe neigen. En dan volgen wij vanzelf.”

## Softe kant

Baak: “We zijn allemaal door de poort van *teach the teacher*-sessies heengegaan. Als opleider heb je zelf ook wat te leren, vooral over het geven van feedback. Vroeger zei je: ‘dat is hartstikke fout, dat moet je niet meer doen’. Tegenwoordig zeg je: ‘je hebt een paar dingen goed gedaan en er zijn ook een paar verbeterpunten’.” Van der Sluys Veer: “We proberen het ook met humor te doen, niet alles even bloedserieus.”



Van links naar rechts: Dirk van Leeuwen, Annet van der Sluys Veer, Bert Baak (vóór, door zijn knieën), Marcel Cazemier (achter, op zijn tenen), Marloes van Ierland-van Leeuwen en Jeroen Jansen.



# OLYMPUS

Your Vision, Our Future



## EVIS EXERA III

**Advancing the Art of Endoscopy.**

In the pursuit of the perfect endoscopy system, Olympus introduces EVIS EXERA III as the next milestone towards improved clinical outcomes.

For more information, please visit [www.olympus-europa.com](http://www.olympus-europa.com)

## EVIS EXERA III