

STAND VAN ZAKEN 2 / INTERVIEW AD MASCLEE 4
ERFELIJKE DARMKANKER 7 / HCC-WERKGROEP 9
SURINAME 11 / THEMA: KWALITEIT 13-19 / IDEA-STUDIE 21
GOODWILL 23 / CASUÏSTIEK 25 / ZUIDERZEEKLASSIEKER 27
PROEFSCHRIFTEN 29 / DE AFDELING 31



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 19 / NUMMER 1 / MAART 2013



**HKZ-CERTIFICATIE
GOEDE ZORG IN VEILIGE OMGEVING**

Van wie is de MLDS?

De MLDS betreft patiënten bij haar onderzoeksbeleid en beoordelingsprocedures. In 2012 hadden we daartoe The Choice. Onderzoek moest passen binnen het kader Darmkanker; het winnende onderzoek kreeg zo'n € 250.000. Toen de verkiezing zich toespitte op de laatste twee projecten, werd ik door collega's per mail benaderd of ik voor hen wilde stemmen. De laatste dag van The Choice liet een nek-aan-nekrace zien. Of deze actie de winnaar of de verliezer heeft bepaald? Het is niet duidelijk wie de beslissende stem heeft gegeven en onderzoekers lobbyen. De MLDS concentreert zich ook in 2013 op darmkankeronderzoek. Ik ben bang dat marginalisatie dreigt; wat is het verschil tussen KWF en MLDS? En waaruit moet onderzoek worden gefinancierd voor de lever (algemeen, niet viraal), stomaproblematiek, congenitale afwijkingen als atresie van anus en/of slokdarm, de prikkelbare darm, Crohn (niet monoclonaal), coeliakie, het verzakkende bekken en orphanziekten als collageneuze colitis, auto-immune enteropathie en/of eosinofiele ziektes? Is dat kansloos? Van wie is de MLDS eigenlijk en voor wie zou ze moeten zijn? Het lijkt – en dit geldt niet alleen de MLDS, maar ook KWF, Hartstichting, Alzheimer Stichting – dat het fonds van zichzelf wordt. Het wordt een marketingorganisatie met één doel: 'geef mij geld'. Alpe d'Huez is gegroeid van zes vrienden, die zes keer de Alpe d'Huez opgingen op 6-6-2006, omdat één van die toppers zijn moeder verloren had aan borstkanker, naar nu ongeveer € 25 miljoen voor kwaliteit van leven bij of na kanker per jaar. Familie van een overleden patiënt had € 112.000 bijeen gefietst op de Alpe d'Huez omdat ze hadden gedacht het te kunnen besteden aan onderzoek naar darmlymfomen.

De goede doelen struikelen over kanker. Kanker is emotie en kanker doet het goed. We lopen van Parijs naar Rotterdam voor kanker. We fietsen de Alpe d'Huez op voor kanker. We hebben de Zuiderzeetour voor darmkanker. We hebben de MLDS, die doet kanker. De inspraak van MDL-professionals wordt marginaal. Vroeger collecteerden ze voor de MDL. Niet veel, maar toch.

Om in de gunst van het publiek te blijven, selecteert men onderwerpen die profileren. Het publiek betrekken bij haar

keuze en daarmee de keuze uit handen geven, zelfs al is het aan lobbyende professionals, vind ik ongewenst.

Keuzes die door veel patiëntenverenigingen, denk aan Lever Stichting, Stoma Vereniging, Atresie Verenigingen, Prikkelbare Darm Vereniging, Coeliakie Vereniging, Crohn Vereniging en andere belanghebbenden, worden ervaren als 'anti-keuze' en ertoe leiden dat een potentieel van bijna 100.000 patiënten binnen de MDL niet meer wordt benut. Deze patiënten herkennen zich niet in één monothema en gaan op zoek naar een oplossing. Een Buikfonds ligt daarbij voor de hand.

Misschien moeten we als NVMDL, NVGE, NVH, NVGIC en Nederlandse Vereniging voor Kinder-MDL eens in overleg treden met de MLDS over wat nu eigenlijk de bedoeling is. Marginalisatie in het veld van het kankeronderzoek of zorgen voor onderzoek in brede MDL-zin?

Chris Mulder

TRANSFERS

Noorden

Marleen de Vree (AMC/Leeuwarden) en Rinze ter Steege (UMCG/Leeuwarden) versterken de MDL-groep UMCG met als doel en missie de levertransplantatie (MV) en interventie-stootkracht (RS). Daarnaast zoekt het UMCG 2 hepatologen. Els Haagsma is sinds 1 maart met pensioen.

Leeuwarden zoekt, dat mag duidelijk zijn, zeer dringend mensen. Hoe de CRC-screening daar moet worden vormgegeven, blijft nu problematisch. Er wordt hulp gegeven door 3 pensionado's (Bergmann, Westerveld en Spoelstra), collegae aldaar zijn partiel inzetbaar en 2 kunnen nog full-time werken. Ze hebben een open sollicitatie van iemand die op 1-1-2015 kan starten. Hans Lubbinge werkt als 2^e MDL-arts in Drachten sinds 1 januari.

Jaap Thijs gaat met pensioen in Hoogeveen. Hardenberg, Assen, Stadskanaal en natuurlijk Hoogeveen zoeken zeer dringend MDL-artsen. Emmen en Hoogeveen gaan fuseren. De continuïteit van de patiëntenzorg is in het geding.

Lees verder op pagina 20.

Flottielje MDL op koers

Bij het aantreden in een nieuwe functie is de eerste indruk vaak bepalend. Als opvolger van Ernst Kuipers tref ik een enthousiast en deskundig NVMDL-bestuur en een beroepsvereniging waarin het woord ‘nee’ gewoon niet bestaat.

We zijn een dynamische beroepsgroep, die je kunt beschouwen als een flottielje van schepen met een gemeenschappelijk doel die telkens weer gezamenlijk koers zetten naar een volgende bestemming. Onze vloot is niet groot vergeleken met andere specialismen. Ze bestaat uit jonge en makkelijk wendbare schepen. Het MDL-moederschap vaart voorop met langszij de NVGE- en NVH-fregatten. De schepen zijn vrij een eigen koers te varen, maar houden elkaar daarbij wel goed in de gaten, want uiteindelijk moet 's avonds in dezelfde haven voor anker worden gegaan.

Binnen onze NVMDL werken vele leden in tal van commissies aan beroepsbelangen, kwaliteit, wetenschap, opleiding et cetera. De buitenwereld ervaart ons als een constructieve partner. In de succesvolle aanloop naar de start van het bevolkingsonderzoek op darmkanker is dat ervaren als een opvallende plus en sterk punt van onze beroepsgroep. Een stevig debat of discussie hoort daarbij. Dat is gezond, maar daarbij mogen niet het doel en de eindbestemming uit het oog worden verloren.

We werken als NVMDL-bestuur aan een nieuw beleidsplan. Het NVMDL-thema van de jaren 2008–2013 was ‘Zichtbaar presteren’. Veel van de vijf jaar geleden geformuleerde doelstellingen zijn gehaald en gerealiseerd, een uitzonderlijke prestatie!

Samen met NVH en NVGE gaan we het beleid voor de komende jaren vaststellen. Nadrukkelijke wens van de drie verenigingen is verdere samenwerking en integratie.

In het najaar vieren we gezamenlijk ons honderdjarig bestaan, een mijlpaal waarbij uitgebreid zal worden stilgestaan.

De koers wordt uitgezet en de schepen wachten op verdere briefing. Voor het zover is, past eerst een woord van grote dank aan Ernst Kuipers die vele jaren aan het roer heeft gestaan en zoveel heeft gerealiseerd. Laten we die koers in grote lijnen aanhouden, zodat MDL nog meer in de breedte kan excelleren.

Ik zie ernaar uit om met dit bestuur en NVMDL-NVGE-NVH samen aan onze toekomst te werken!

Was getekend,
Ad Masclee
-voorzitter a.i.-



Kwaliteit

Met de komst van het bevolkingsonderzoek darmkanker heeft het begrip kwaliteit een steeds grotere lading gekregen. Soms lijkt het er wel eens op alsof MDL-artsen voordien geen kwaliteitseisen kenden. Niets is natuurlijk minder waar en Michiel Ledebor frist ons geheugen wat dat betreft gelukkig op. De NVMDL heeft haar zaakjes op gebied van kwaliteit goed op de rails gezet, zegt de nieuwe voorzitter Commissie Kwaliteit. Tijd om achterover te leunen is er echter niet. Anno 2013 moet een volgende stap worden gezet. “De zaken goed voor elkaar hebben, is nu niet meer voldoende. Je zult moeten worden gecertificeerd voor veiligheid en kwaliteit, anders mis je de boot. Dat verlangt de samenleving.”

Op het gebied van certificering zijn al grote stappen gezet. Samen met het HKZ heeft de NVMDL een geheel eigen veiligheidsmanagementsysteem (VMS) opgezet in de vorm van een HKZ-certificatieschema. Aan de hand hiervan kan toetsing plaatsvinden en kan externe certificering worden verkregen. MDL-arts Erik Schoon (Catharina Ziekenhuis Eindhoven) die dit schema heeft samengevat in Excelformat, beschrijft de implementatie van het VMS op de endoscopieafdeling.

Onder het kopje *kwaliteit* komt ook uitgebreid de screeningstest – *iFOBT* – in het bevolkingsonderzoek aan de orde. Prof. dr. Rien Blankenstein (hoofd afdeling Klinische Chemie VU-medisch centrum) twijfelt aan de kwaliteit van de voor het bevolkingsonderzoek uitverkoren test omdat deze volgens hem niet is gevalideerd. Hij is bang dat hierdoor de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek nodeloos in gevaar komt. *FOB Gold*, zegt de klinisch chemicus, zal onterecht doorverwijzen, wat zal leiden tot onnodige endoscopieën en overbelaste MDL-artsen.

Ir. Harriët van Veldhuizen (programmameerder invoering bevolkingsonderzoek darmkanker, RIVM), dr. Hans Bonfrer (klinisch chemicus, adviseur voor RIVM, lid LCIBD) en prof. dr. Ernst Kuipers (MDL-arts, lid LCIBD) betwijfelen of het zo'n vaart zal lopen. De coloscopiecapaciteit zal strikt worden gemonitord, zodat waar nodig bijstelling kan plaatsvinden. Ook de kwaliteit van *FOB Gold* trekt het drietal niet in twijfel en wijst daarbij op een binnenkort te publiceren *review* dat concludeert dat geen enkele kwantitatieve *iFOBT* als significant beter aan te merken is dan andere. MAGMA houdt u op de hoogte!



Méér regionale samenwerking tussen MDL-afdelingen in de periferie

AD MASCLEE PLEIT VOOR VERREGAANDE SAMENWERKING TUSSEN NVMDL, NVGE EN NVH

‘MDL moet veel meer als één club naar buiten treden’

“Wil je een stukje vlaai bij je koffie? Dat doen we altijd wanneer iemand helemaal uit het westen ons komt opzoeken.” De gastvrije en vriendelijke ontvangst voelt als een warme deken. De zachte g van de nieuwe voorzitter is enigszins bedrieglijk. Ad Masclee is geen geboren Limburger. Wel getogen. Vanaf z’n zesde heeft hij in Roermond gewoond waar zijn vader op een ingenieursbureau werkzaam was. “Dat echte Limburgs is er niet ingesleten, nee. En als ze hier in het Maastrichts dialect met elkaar beginnen, versta ik er bitter weinig van.” Na zijn studie in Nijmegen, vanaf 1990, werkte hij als MDL-arts in het LUMC. Sinds 2006 is Masclee hoogleraar maagdarmlieverziekten en hoofd van de gelijknamige onderafdeling aan de Universiteit van Maastricht.

Hij heeft “natuurlijk” moeten nadenken toen Ernst Kuipers hem belde met de vraag zijn opvolger te worden. “Ernst heeft nogal wat betekend voor onze club en zo iemand volg je dus niet zo maar op.” De sfeer binnen de NVMDL, de overige bestuursleden, de vele commissies waaraan zo’n beetje iedereen binnen het vakgebied zijn steentje bijdraagt, gaven voor hem de doorslag. “Je kunt gewoon niet ‘nee’

zeggen. Dat zou een klap in het gezicht zijn van al die collega’s die naast hun dagelijkse praktijk soms wel avond aan avond bezig zijn binnen onze vereniging. En natuurlijk voel je je ook gevleid als je wordt gevraagd. En natuurlijk vind ik het ook leuk om te doen. De afstand? Die geeft totaal geen problemen. Ik kan prima werken in de trein en woon op nog geen tien minuten fietsen van het station.”

Masclee lijkt wat zijn keuze voor het MDL-vak op zijn collega’s. Ook hij werd tijdens zijn opleiding interne geneeskunde getriggerd door het kijken naar en het zelf mogen doen – als derdejaars had hij een parttime baantje – van een coloscopie, dat eind jaren zeventig zo’n beetje net op gang kwam. “De afwisseling binnen ons vak. Jong en oud. Man en vrouw. De puzzelstukjes. Niet alleen wetenschappelijk maar ook het daad-

werkelijk doen. Geen dag hetzelfde. De vol-
doening die je kunt hebben na een
geslaagde lastige endoscopie. Het begelei-
den van patiënten met een chronische aan-
doening en de band die je met hen
opbouwt.”

Hij heeft zich een paar uitdagingen ten doel
gesteld. Een verregaande samenwerking
tussen NVMDL, NVGE en NVH. “We
moeten veel meer als één club naar buiten
treden. Het komt nu te vaak voor dat we
drie gezichten laten zien. Met drie verschil-
lende monden praten. Soms worden we
zelfs als elkaars concurrenten gezien. Dat
kan natuurlijk niet. Wij moeten veel meer
met elkaar optrekken. Elkaar versterken in
plaats van langs elkaar heen te werken.”
Masclee pleit voor samenwerking, daaruit
kan een fusie voortvloeien. Het gaat om
meer onderling begrip tussen de verenigin-
gen. Misschien moeten een federatie wor-
den gevormd met één beleidsplan waarin
alle drie zich kunnen herkennen. “Die
samenwerking vind ik echt essentieel. We
zullen naar buiten toe één geluid moeten
laten horen. Ten minste als het je ernst is
serieus te worden genomen. Neem bijvoor-
beeld het bevolkingsonderzoek dikkedarm-
kanker. Dat kan alleen een successtory wor-
den als wij, en daarmee bedoel ik dan de
NVMDL, de NVGE en NVH, gezamenlijk
naar buiten toe optreden. Gebeurt dat niet,
dan zitten wij, de MDL-artsen, niet in de
driver's seat. Dan doen we mee. Meer ook
niet.”

Uitdaging nummer twee is méér regionale
samenwerking tussen MDL-afdelingen in
de periferie. MDL moet over een breder
front excelleren, noemt hij het. “Academi-
sche ziekenhuizen en grote perifere klinie-
ken kennen afdelingen met zes tot soms wel
meer dan tien MDL-artsen. In de kleinere
ziekenhuizen in de periferie zijn dat er
gemiddeld twee tot drie. In kennis en kunde

***Wij moeten meer regisseur
binnen ons vakgebied zijn
dan uitvoerder***

zijn zij net zo goed als die grotere medische
centra, maar omdat ze klein zijn, kunnen ze
niet alles zelf doen en moeten er patiënten
worden doorverwezen. Samenwerken bin-
nen regionale netwerken kan hier uitkomst
bieden. Het maakt een afdeling in één klap
vier tot vijf keer zo groot met een breed
palet aan voorzieningen binnen een regio.”
Wat kunnen MDL-artsen doen om die stij-
ging in de gezondheidszorgkosten af te
vlakken? Dat ziet Masclee als derde uitda-
ging. Hij realiseert zich een gevoelig onder-
werp aan te snijden als hij zegt dat MDL
wellicht taken moet afstoten. “Aan die dis-
cussie valt niet te ontkomen. Ik denk dan
ook dat we er goed aan doen er zelf over te
beginnen door als MDL-artsen met voor-
stellen te komen hoe we bijvoorbeeld
bepaalde endoscopische verrichtingen kun-
nen uitbesteden.”

In lijn hiermee is uitdaging nummer vier.
“MDL moet meer regisseur binnen zijn vak-

gebied zijn dan zoals nu uitvoerder”, legt hij
uit. En dat niet alleen. Het doen van endo-
scopieën vergt relatief veel tijd, waardoor
andere zaken blijven liggen. “Waarom zou-
den we dat niet uitbesteden, denk ik dan,
zodat we andere dingen kunnen doen. Ik zie
taken voor ons weggelegd op het gebied van
voeding en preventie. Zeker met de komst
van het bevolkingsonderzoek. Vanaf vol-
gend jaar worden duizenden mensen meer
gescreend dan nu. Daar zullen ongetwijfeld
mensen bij zitten met een verhoogd risico-
profiel, zoals overgewicht. Spreken we hen
daarop aan? Gaan we hun uitleggen dat
gezonder eten een heleboel narigheid in de
toekomst kan voorkomen? Het zou mooi
zijn als we ons ook die rol kunnen aanme-
ten. Maar dat kan alleen als we andere, meer
routinematige taken afstoten.”
De vraag of dat gaat lukken, lacht hij weg
met “dat zal voor menig collega een pijn-
punt zijn. Toch denk ik dat we er niet aan
kunnen ontkomen.”

AGENDA

Ook in 2013 spraakmakend NVMDL- symposium

Noteer in uw agenda: het niet te missen vierde MDL-symposium op woensdag 12 juni 2013 in het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam, met als dagvoorzitter Tom van 't Hek.

Aan de orde komen de nieuwe honoreringsstructuur, de CRC-screening, de visitaties en de opleiding MDL. Parallel daaraan bespreken onze paramedici de stand van zaken met betrekking tot hun nieuwe specialisaties en differentiaties. Theatermakers zullen ons laten zien hoe lief we nou eigenlijk echt zijn voor elkaar en vooral voor onze patiënten. En *last but not least* geven spraakmakende MDL-collegae in flitspresentaties hun visie op de komende honderd jaar MDL.

Kortom, zorg dat u en uw afdeling niet ontbreken op deze dag waarover nog lang zal worden nagepraat!

Organisatiecommissie NVMDL-symposium

Monique Knopen, verpleegkundige, Thijs Grasman, AIOS MDL, Willem Moolenaar, MDL-arts, Maurice Russel, MDL-arts, Maarten Tushuizen, MDL-arts.



*Add-on
nu beschikbaar!*



Met Humira®
geeft u
patiënten
grip op de
behandeling
van colitis
ulcerosa

*Nu opgenomen in de
ECCO-richtlijnen
voor colitis ulcerosa
bij naievere patiënten¹*

1. Dignass A et al. J Crohns Colitis. 2012 Dec;6(10):991-1030. doi:10.1016/j.
Productinformatie elders in dit tijdschrift.

HUM-2021-0667

HUMIRA®
adalimumab

abbvie

ERFELIJKE DARMKANKER:

Is het bevolkingsonderzoek toereikend?



Darmkanker is een van de meest voorkomende vormen van kanker. Het *lifetime*-risico op darmkanker bedraagt voor een willekeurige Nederlander 4–5%. De meeste mensen bij wie darmkanker wordt gediagnosticeerd, hebben geen familieleden met darmkanker (sporadische darmkanker). Ongeveer 15–20% van de darmkankerpatiënten heeft een familielid met darmkanker. Ongeveer 5% van de darmkanker is erfelijk, bij de overige patiënten spreken we van familiale darmkanker.

Het Lynchsyndroom (voorheen HNPCC) is de meest voorkomende vorm van erfelijke darmkanker, gevolgd door polyposis vormen van darmkanker veroorzaakt door mutaties in het APC-gen of MUTYH-gen. Het Lynchsyndroom wordt veroorzaakt door mutaties in de *mismatch-repairgenen* (MLH1, MSH2, MSH6 en PMS2). Naast een verhoogde kans op coloncarcinoom (25–70%) is er ook een verhoogde kans op endometriumcarcinoom (25–70%) en andere vormen van kanker (urinewegen, ovarium, pancreas, dunne darm). De gemiddelde leeftijd waarop colonkanker wordt gediagnosticeerd, is 41–47 jaar bij MLH1- en MSH2-mutaties en 50–54 jaar bij MSH6-mutaties. Van PMS2 is dat nog niet helemaal duidelijk, maar waarschijnlijk ligt de gemiddelde leeftijd bij diagnose in de buurt van die van MSH6-dragers. Aan mutatiedragers en aan familieleden die 50% kans hebben op dragerschap, wordt daarom geadviseerd vanaf 25-jarige leeftijd tweemaal een coloscopie te laten verrichten.

In 2011 is door het Ministerie van VWS besloten in 2013 (geleidelijk) te starten met het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Het bevolkingsonderzoek is bedoeld voor mensen tussen de 55 en 75 jaar (4,4 miljoen mensen). Zij worden iedere twee jaar uitgenodigd deel te nemen en ontvangen daarvoor thuis een zelfafnametest (iFOBT). Bij een afwijkende uitslag volgt een uitnodiging voor een coloscopie. De schatting is dat met bevolkingsonderzoek op termijn ongeveer 2400 sterfgevallen per jaar kunnen worden voorkomen.

De gemiddelde leeftijd van diagnose ligt voor mensen met het Lynchsyndroom (en ook voor FAP; familiäre adenomateuze polyposis) ver vóór de leeftijd waarop met het bevolkingsonderzoek wordt gestart. Dit betekent dat het bevolkingsonderzoek voor families met erfelijke darmkanker niet toereikend is. Bovendien hebben dragers van de aanleg voor erfelijke darmkanker en ook een deel van de mensen met eerstegraads verwanten met darmkanker (zonder de diagnose Lynch syndroom) een zodanig groot risico op het krijgen van darmkanker, dat ze intensiever gecontroleerd moeten

worden dan de tweemaaljaarlijkse controle door middel van de zelfafnametest (iFOBT). Ten slotte hebben mensen met het Lynchsyndroom een verhoogde kans op andere tumoren, waaraan ook aandacht moet worden besteed, soms door andere specialisten.

Het blijft dus van het grootste belang mensen met het Lynch syndroom te herkennen en hun intensieve controles aan te bieden. Daarom breng ik de verwijscriteria zoals die zijn geformuleerd in de Richtlijn erfelijke darmkanker van 2008, opnieuw onder uw aandacht (zie tabel 1).

Wellicht helpt het bevolkingsonderzoek de kennis over darmkanker bij de Nederlandse bevolking te vergroten. Dat bevordert de kans dat wij families met erfelijke darmkanker kunnen identificeren die tot op heden niet onder onze aandacht zijn gekomen en daarmee verstoken zijn gebleven van de juiste zorg.

Tom Letteboer
Klinisch geneticus, UMC Utrecht
t.g.w.letteboer@umcutrecht.nl

Tabel 1 – Samenvatting criteria voor verwijzing naar klinische genetica op basis van de Richtlijn erfelijke tumoren 2010 (STOET/VKGN)

1. colorectaal carcinoom of baarmoederkanker (endometriumcarcinoom) < 50 jaar
2. drie of meer (eerste- of tweedegraads) familieleden met CRC of een met Lynchsyndroom geassocieerde maligniteit (zoals van de baarmoeder, de maag, de dunne darm, de galgallen, de eierstokken, de hogere urinewegen en de talgklieren), allen < 70 jaar
3. mutatie in één van de *mismatch-repairgenen* in de familie
4. een synchrone of metachrone met Lynchsyndroom geassocieerde maligniteit < 70 jaar
5. bij Lynchsyndroom passende tumor < 60 jr (Crohn's like, mucineus/zegelring-differentiatie, medullair groeipatroon).

¹<http://www.stoet.nl/uploads/richtlijnenboekje.pdf>



Focus op perfectie

Wie op het hoogste niveau mee wil blijven tellen, moet continu zijn grenzen verleggen. Dat geldt ook voor ons. Elke dag zoeken we naar innovatieve en nóg betere oplossingen. In de wetenschap dat zelfs de kleinste stap vooruit al een wereld van verschil kan maken. Neem onze Salofalk® 3 g Granu-Stix® voor zowel de acute- als



1x daags

onderhoudsbehandeling van colitis ulcerosa. Deze is in tegenstelling tot andere toedieningsvormen bewezen effectiever dan tabletten in de behandeling van actieve distale colitis ulcerosa.¹ Salofalk® 3 g Granu-Stix® werkt in het totale colon tot aan het rectum en heeft het gemak van een 1x daagse dosering. www.drpharm.nl

Salofalk® 3 g Granu-Stix® bij colitis ulcerosa Het resultaat van steeds beter willen worden



Focus op perfectie



Landelijke werkgroep hepatocellulair carcinoom van start

Met de steun van de NVH is een aantal MDL-artsen een landelijk initiatief rondom hepatocellulair carcinoom (HCC) gestart. In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 400 nieuwe patiënten de diagnose HCC gesteld. Bij de meerderheid van deze patiënten is ook sprake van een onderliggende chronische leverziekte, veelal viraal (HBV, HCV) of metabool van oorsprong ((N)ASH). Naast de diagnostische dilemma's zijn de behandelingsmogelijkheden talrijk. Deze worden naast de karakteristieken van de tumor afgestemd op de aard en omvang van de onderliggende leverziekte en de patiëntenpreferentie. In behandelcentra wordt dit behandelvoorstel standaard geformuleerd in een multidisciplinair overleg met minimaal als aanwezigen HBP-chirurgen, (interventie)radiologen en internist-oncologen.

De combinatie van een weinig frequente ziekte met de veelheid aan behandelingsmodaliteiten binnen Nederland als goed georganiseerd gezondheidssysteem maakt deze ziekte uitermate geschikt voor landelijke samenwerking op diverse terreinen.

Doel van de werkgroep is om gezamenlijke activiteiten te ontwikkelen op het gebied van:

- epidemiologie en registratie van patiënten en de uitkomsten van hun behandeling;
- opslag van biologische materialen voor onderzoek onder gecontroleerde omstandigheden;
- gezamenlijke klinische en basale onderzoeksprotocollen;
- gezamenlijke subsidieaanvragen voor onderzoek.

Deelnemers aan de werkgroep zijn de academische ziekenhuizen, waarbij sommige klinieken gezien hun relatief lage volume aan HCC pas zullen aanhaken als er concrete onderzoeksvragen ter tafel liggen. Gezien het bij uitstek multidisciplinaire karakter van de diagnostiek en behandeling van deze ziekte is het de bedoeling de werkgroep discipline-overstijgend uit te breiden.

We hopen hiermee een fundament te hebben gelegd dat de ontwikkeling van goed klinisch en basaal onderzoek op dit gebied mogelijk maakt.

Rob de Man

voorzitter HCC-werkgroep

Voor meer informatie:

r.deman@erasmusmc.nl.

AFSCHEID

Ridderorde voor 'moeder' coeliakiediagnostiek

Op 23 januari 2013 werd Mary von Blomberg bij haar pensionering en afscheid benoemd tot Officier in de Orde van Oranje Nassau, als blijk van erkenning voor haar enorme bijdrage aan de coeliakiediagnostiek in Nederland.

In 1992 raakte medisch immunoloog Mary von Blomberg betrokken bij het onderzoek naar coeliakie dankzij de komst van Salvador Pena van Leiden naar het VUmc. Contacten werden aangehaald met Luisa Mearin, kinderarts LUMC, die serologiescreening van de risicogroepen deed. Van professor Hekkens, immunoloog binnen de MDL (LUMC) kreeg zij een pot met gliadine, en kwam zo op het spoor van gluten. Mary richtte haar focus op de risicogenen binnen coeliakie, de DQ-typering.

Haar publicaties over coeliakie geven een mooi beeld van de stormachtige ontwikkeling van de afgelopen twintig jaar. In veel coeliakieonderzoeken van anderen was Mary bovendien een

sterke bindende factor. Zo vond Luisa Mearin op basis van bloedonderzoek onder 6.000 kinderen van 2 tot 4 jaar coeliakie bij 1 op de 200 kinderen. De labdiagnostiek van dit Leidse onderzoek (*Lancet 1999*) kwam van Mary von Blomberg.

Klinische immunologie

Mary is een van de mensen die de medische immunologie in Nederland op de kaart hebben gezet. De huidige verdeling van de opleidingsgelden tot medisch specialist geeft de klinische immunologie echter geen plek, zodat gevreesd moet worden voor de verdere ontwikkeling van het vak.

Veel van Mary's 'kinderen', zoals Frits Koning (immunoloog, Leiden), Luisa Mearin (kinderarts, Leiden), Chris Mulder (MDL-arts, VUmc) en Cisca Wijmenga (klinisch geneticus, Groningen), hebben meer in het voetlicht gestaan dan zij. Al het werk kon echter alleen

worden verricht dankzij een enorme laboratoriumachtergrond en de gedrevenheid van Mary als voorziener van spijtmateriaal, DNA-materiaal et cetera.

Wij zijn heel blij met haar ridderorde.



In veel Nederlandse coeliakieonderzoeken was Mary von Blomberg een sterke bindende factor.

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 samenstelling:** 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[®]
SCHOON met SMAAK

Als het avontuur lonkt

Sinds oktober 2012 werk ik samen met mijn vrouw in Suriname, voor de duur van één jaar. Al heel lang hadden wij de wens om tijdelijk onze diensten aan te bieden in een ander land. Mijn echtgenote is internist-infectioloog en ik MDL-arts. Zuid-Afrika lukte niet, Nieuw-Zeeland was niet wat we ervan hadden gedacht. Het werd uiteindelijk het streekziekenhuis in Nickerie (spreek uit: Nie-kee-rie) in het westen van Suriname. Het vierde ziekenhuis van het land en het enige ziekenhuis buiten de hoofdstad Paramaribo. De Surinaamse internist van het ziekenhuis was plots overleden en er is een grote behoefte aan medisch specialisten in het globaal 40.000 zielen tellende district.

District Nickerie staat ook wel bekend als het rijstbouwdistrict. Het is een gebied met polders, irrigatiekanalen, zwamp en bos. Tussen Nickerierivier en zee ligt het bijzondere natuurgebied Bigi Pan. Aan de overkant van de Corantijnrivier, in het westen, ligt Guyana. Pas na tweehonderdvijftig kilometer oostwaarts kom je in Paramaribo.

Het streekziekenhuis telt ongeveer honderd bedden en draait op buitenlandse basisartsen en specialisten. Surinaamse artsen zijn liever vrijgevestigd in 'de stad'. Samen met een Cubaanse interniste zorgen wij voor de niet-chirurgische patiënt. Dat betekent ook veel acute cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen. Ik doe drie dagdelen MDL-poli en twee dagdelen endoscopie. De endoscopie kan ik dankzij giften van Nederlandse collegae en industrie in zijn volle breedte uitvoeren. Met de oude fiberscopen lukt het prima om stents te plaatsen, ERCP's te doen, acute bloedingen te behandelen en PEG-sondes te plaatsen. Omdat ik speciale interesse heb in kanker, heb ik de oncologische zorg naar mij toe getrokken. Ook omdat de palliatieve zorg door de huis-

artsen vaak niet voldoende is. Adjuvante en palliatieve chemotherapie voor coloncarcinoom doen we met 5-FU en Leuovorin. Verder zijn er consulten, spoedscopieën, onderwijs en zorg voor opgenomen patiënten.

Nickerianen eten veel witte rijst en veel mannen drinken sterke drank (sopie). Er worden laagdrempelig NSAID's geslikt en

antibiotica zijn bij de Chinees verkrijgbaar. De *H.pylori*-incidentie is erg hoog en ik zie dus veel mensen met obstipatie, dyspepsie, gastritis, maag- en duodenumulcera. Wat betreft leverziekten valt me op dat er veel hepatitis C vóórkomt, vooral onder de Javaanse bevolking. Helaas wordt de behandeling niet vergoed. Hepatitis B kan ik wel behandelen, met Tenofovir.

Het werken in Suriname is een mooie ervaring en onze inzet wordt erg gewaardeerd. Het zou ook voor u – gepensioneerde collega of creatieve jonge klare – een fantastische ervaring kunnen zijn! Het endoscopiecentrum is al opgetuigd, u kunt zó aan de slag. U komt terecht in een fijn klimaat met een hartelijke gemeenschap, inclusief tennisbaan en zwembad. Als u niet hoeft te werken, dan kunt u het bos in: de Surinaamse jungle zal u opslokken. Vanaf 1 oktober 2013 zoekt men weer een allround MDL-arts. Ook voor periodes minder dan een jaar kunt u contact opnemen:

fokevandelft@gmail.com.

Foke van Delft, MDL-arts



Foke van Delft in actie tijdens het behandelen van een bloedend *ulcus ventriculi*.

Viread™ bij chronische hepatitis B


Snelle en aanhoudende suppressie¹⁻³

Toenemende HBsAg seroconversie¹⁻³

Geen resistentie na 6 jaar¹⁻³

Viread® labelwijziging: gebruik bij zwangerschap

Het gebruik van tenofovirdisoproxilfumaaraat tijdens de zwangerschap kan zo nodig worden overwogen¹

Eén lever.  Eén leven.

Eénmaal daags één tablet VIREAD.

174/NL/13-01/PM/1014



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

BEVOLKINGSONDERZOEK DARMKANKER

‘Werken met ongevalideerde test is wetenschappelijk een doodzonde’



In oktober 2012 maakte het RIVM de winnaar bekend van de aanbesteding voor de screeningstest in het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Diezelfde maand stelde het RIVM de aanbesteding open naar de analyse van de test. Vierentwintig laboratoria schreven zich in. Daaronder niet het laboratorium van het VUmc. De reden: de uitverkoren test is niet gevalideerd, althans, ik heb de validatie niet kunnen achterhalen, aldus Rien Blankenstein, hoofd van de afdeling Klinische Chemie van het VUmc.

“**W**erken met een ongevalideerde test is wetenschappelijk gezien een doodzonde”, vindt Blankenstein. “De geselecteerde test, FOB Gold, is slecht gedocumenteerd. Ik heb maar drie publicaties kunnen vinden, afkomstig van twee onderzoeksgroepen. De ene groep constateert dat de geselecteerde test gelijkwaardig is aan de andere onderzochte tests, maar dat verschillende afkapwaarden moeten worden gehanteerd. De andere groep concludeert dat OC-Sensor wat betreft reproduceerbaarheid en temperatuurstabiliteit ‘beter presteert dan Magstream en veel beter dan FOB Gold’. Zelf hebben wij, samen met andere groepen, sinds 2008 veel onderzoek gedaan naar het opsporen van colorectaal carcinoom. Daarbij hebben we de OC-Sensor gebruikt, waarmee in Nederland inmiddels een ruime ervaring is opgebouwd en die zijn kwaliteit heeft bewezen. Voor die test zijn de optimale afkap-

grenzen voor doorverwijzing vastgesteld. Voor de geselecteerde test moeten die grenzen nog worden bepaald. Het is uitgesloten dat – in eventueel onderhands additioneel onderzoek dat het RIVM uitbesteedt – al het werk dat al is gedaan met de OC-Sensor, nog vóór de start van de landelijke screening met de FOB Gold-test kan worden herhaald.”

Kwaliteit in gevaar

Blankenstein vreest dat met de geselecteerde test de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek nodeloos in gevaar komt. Volgens hem staat de patiëntveiligheid op het spel: onterecht wel of niet doorverwijzen heeft grote consequenties voor de individuele patiënt en moet dus worden voorkomen. Als te veel mensen worden doorverwezen, leidt dat tot veel onnodige endoscopieën en raken de MDL-artsen overbelast. Bij te weinig doorverwijzingen ontstaat het probleem van onderdetectie. “Wat ik ook niet begrijp,” aldus Blankenstein, “is het gebrek aan transparantie. Toen

wij overwogen ons in te schrijven op de aanbesteding voor uitvoering van de screening, hebben we de leverancier van de FOB Gold-test gevraagd naar informatie over de validatie van de test en bijbehorende apparatuur, in de vorm van een validatierapport, publicaties of literatuurverwijzingen. Het antwoord luidde dat alle vragen worden beantwoord in de Nota van Inlichtingen bij de aanbesteding. Nadere informatie mocht het bedrijf van het RIVM niet verstrekken. Dat vind ik onbegrijpelijk. De test is gewoon op de markt, de informatie moet toch beschikbaar zijn voor alle potentiële afnemers. Los daarvan zijn wetenschappelijke publicaties per definitie openbaar. Het zou dus niet veel moeite hoeven kosten enkele literatuurverwijzingen te geven die de prestaties van de test beschrijven. Ik vind dat elk laboratorium dat buiten het kader van de screening tests uitvoert, en dat gebeurt natuurlijk ook, moet kunnen aansluiten op de screening in het bevolkingsonderzoek. Dat kan alleen als het beschikt over de juiste informatie.”

REACTIE

Invoering bevolkingsonderzoek darmkanker: goede kwaliteit voor een goede prijs

Volgens de wettelijke verplichtingen is voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker een Europese aanbesteding uitgevoerd voor de iFOBT plus bijbehorende analyseapparatuur. Voor deze aanbesteding is door een team met verschillende deskundigheden een programma van eisen opgesteld, waaraan de screeningstest zou moeten voldoen. Dit programma van eisen is besproken en goed bevonden in de Landelijke Commissie

Invoering Bevolkingsonderzoek Darmkanker (LCIBD) waarin alle betrokken partijen zijn vertegenwoordigd.

Beoordeling

De ingediende offertes zijn beoordeeld op basis van het programma van eisen waarbij zowel knock-outcriteria zijn gehanteerd als

Lees verder op pagina 19.

HKZ-CERTIFICATIESCHEMA

Goede zorg in veilige omgeving

Enige jaren geleden (2008) besloot de NVMDL in het kader van speerpunt Veilige endoscopie een op de endoscopieafdeling toegespitst veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te maken. De NVMDL wilde zelf de regie houden bij het ontwikkelen van bruikbaar gereedschap dat ons echt helpt goede zorg te leveren in een veilige omgeving. Dit vanwege onze specifieke verantwoordelijkheid met betrekking tot de uitvoering van endoscopieën vooruitlopend op de CRC-screening, het globale karakter van bestaande VMS-systemen én om ook ZBC's een mogelijkheid tot toetsing te bieden.



Met een subsidie van de Orde werd in 2009 het HKZ benaderd voor de begeleiding van dit proces. Met medewerking van vele inhoudsdeskundigen (artsen, verpleegkundigen, patiënten, planners, technici, hygiënist) werd een aantal risicoanalyses uitgevoerd.

Volgens daarvoor geldende normen is daarna het HKZ-certificatieschema vastgesteld en getest in het Diaconessenziekenhuis Utrecht. Concepten zijn voorgelegd aan de kwaliteitscommissie, ingebracht in ledenvergaderingen en geaccordeerd door het bestuur van de NVMDL.

Inmiddels vindt u op www.mdl.nl ons eigen VMS in de vorm van een HKZ-certificatieschema, aan de hand waarvan toetsing kan plaatsvinden en externe certificering verkregen kan worden. Het NIAZ accepteert HKZ-certificatie en doet deze niet over. De IGZ zal een gecertificeerde afdeling niet separaat toetsen, tenzij daar aanleiding voor is. Het staat uiteraard ieder vrij een eigen VMS te kiezen. Op een recente ledenvergadering werd nogmaals door middel van presentaties een uitgebreide toelichting gegeven op het begrip VMS en het HKZ-certificatieschema.

Er wordt nu hard gewerkt op diverse endoscopieafdelingen om het eigen VMS vorm te geven. In het algemeen zal dat inhouden dat er een inventarisatie plaatsvindt van alles wat er al aan veiligheidsstructuur is: scopendesinfectie, protocollen, scholing, time-out et cetera en wordt vooral duidelijk waar er lacunes zijn, zodat deze kunnen worden opgevuld. Zo is de kans groter dat u ooit de verkeerde patiënt behandelt als u geen goed identificatiesysteem hebt. En is de mogelijk-

heid dat u ooit op een cruciaal moment misgrijpt groter als u geen goed voorraadbeheersysteem hebt. Kortom, een onveilige omgeving vergroot de kans dat u zich ooit zult moeten verantwoorden voor onnodig leed.

Het HKZ-certificatieschema is opgezet volgens de *plan-do-act-check*-cyclus. Een VMS wordt daarmee een levend systeem, waaraan regelmatig onderhoud nodig blijft.

Er blijft nog een aantal vragen open: wat voor rol speelt VMS bij de kwaliteitsvisie van de toekomst? Gaat het bestuur van de NVMDL het bezit van een gecertificeerd VMS voor de endoscopieafdeling verplicht stellen en wanneer?

Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Wij hebben het HKZ-certificatieschema overzichtelijk samengevat in een Excelformat. Dit werkbaar schema is inmiddels door vijftien ziekenhuizen opgevraagd en door een aantal daarvan in gebruik genomen.

U kunt het bij mij aanvragen via erik.schoon@cze.nl. Bij een recente NIAZ-audit werd er waardering voor de aanwezigheid van het VMS uitgesproken. Toch vind ik dat we nog niet helemaal klaar zijn voor een externe certificering. We willen ons verder perfectioneren en gaan voor méér dan de 6!

*Erik Schoon, MDL-arts
Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Voormalig lid-kwaliteitscommissie
NVMDL en voorbereidingscommissie
HKZ-certificatieschema*

Eerste gecertificeerde ZBC in Nederland

De DC Groep is het eerste Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) in Nederland waaraan het HKZ-certificaat Cliënt- en Patiëntveiligheid is toegekend voor een goed werkend Veiligheids Management Systeem (VMS) voor de endoscopieafdeling.

Veel professionals werkten vanuit hun kennis en ervaring al volgens allerlei veiligheidseisen, zonder dat dit was ondergebracht in een systeem. In het begin zagen zij geen noodzaak hun werkwijze te veranderen. Immers, er waren al twee kwaliteitskeurmerken (ZKN-certificaat en ISO 9001:2008). En 'bij ons gebeurt er nooit iets onveilig'. Toch ontstond het besef dat veiligheid meer is dan alleen maar fysieke veiligheid en zich niet alleen op de werkvloer afspeelt.

Nulmeting

Veiligheidsmanagement is in wezen simpel: weten wat er gedaan moet worden om een bepaald niveau van veiligheid te bewerkstelligen en dit in een kwaliteitsmanagementsysteem borgen. Met een 'nulmeting' is eerst bepaald waar de verandering moest plaatsvinden door informatie te verzamelen over menskracht, vakkennis en dergelijke. Immers, het zijn de mensen die de veranderingen moeten realiseren en anticiperen op de bedreigingen die zich in hun werk voordoen.

Interne trainingen

Vanaf de start van het eerste DC in Amsterdam in 1995 werd door de kwaliteitsafdeling gestreefd naar optimalisering en het in kaart brengen van deze gegevens. Op alle volgende locaties heeft de kwaliteitsmedewerker de locatiemanager en professionals getraind en begeleid op het gebied van proces- of zorgpadenanalyse in combinatie met hun taken en verantwoordelijkheden. Daarbij lag het focus op het kunnen signaleren van risico's op afdelings- en individueel (patiënten)niveau.

Implementatie en evaluatie

De verdere implementatie is opgebouwd aan de hand van de Demingcirkel: *plan, do, check, act*.

Plan: Structuur en betrokkenheid (eindverantwoordelijkheid) van de directie is in kaart gebracht en op papier gezet.

Do: De uitvoering van het veiligheidsmanagementsysteem in de praktijk. Identificatie van risicovolle processen is gedaan door Prospectieve Risico Inventarisaties en analyse door professionals. Daar waar nodig zijn verbetermaatregelen toegepast.

Check: Meten en analyseren aan de hand van Bow-Tie-methode.

Act: Het borgen van continue verbetering.

De afdeling Kwaliteit en Veiligheid van de DC Groep analyseert elk



Alfons Geraedts in actie samen met de endoscopieverpleegkundigen Hanneke van der Wurf (l) en Monique Kleingeld (r).

kwartaal de geregistreerde afwijkingen en verbetermaatregelen die zijn gemeld door de locaties. Hierbij kunnen we zien of er een trend is in de afwijkingen en of deze structureel zijn opgelost. Het register voor medische noodsituaties wordt wekelijks geraadpleegd. De operationeel directeur zal nieuwe (bijna-)incidenten bespreken met de betrokken locatiemanager om te kijken hoe deze in de toekomst kunnen worden voorkomen.

Certificering

Toen werd gestart met DC Skoop, kon geruisloos worden aangeschoven bij het vele werk dat al was gedaan door andere vakgebieden binnen de DC Groep en kon dit direct worden toegespitst op de endoscopieafdeling.

Ongeveer drie jaar na de nulmeting was het certificeringsschema voor de Cliënt- en Patiëntveiligheid klaar om getoetst te worden in ZBC-setting. Vrijwel gelijktijdig verscheen via HKZ het certificatieschema *Patiëntveiligheid voor endoscopieafdelingen*.

Op een paar kleine puntjes na waren wij er al helemaal klaar voor. Inmiddels zijn alle endoscopieafdelingen afzonderlijk bezocht met een positief resultaat.

DC Skoop is met zijn zes vestigingen nu officieel de eerste in Nederland met dit certificaat.

Het certificaat is op 23 januari tijdens een symposium met als onderwerp 'Hogere kwaliteit door ketens van focuszorg' officieel uitgereikt aan de DC Groep (zie www.dc-groep.com).

Martine de Jong, MSc, mdejong@dc-groep.com

Alfons Geraedts, MDL-arts, ageraedts@dc-groep.com

Een Richtlijnen-app voor MDL

“Zo erg is het nu ook weer niet, dat ik binnen de NVMDL geen vrienden meer overhoud, al heb je wel gelijk als je bedoelt dat een voorzitter van de Commissie Kwaliteit niet direct geliefd is.” We praten in Deventer met Michiel Ledeboer. Bestuurslid van de NVMDL, voorzitter van de commissie Kwaliteit en sinds begin dit jaar toegetreten tot de redactie van MAGMA.

“**D**e combinatie van denkwerk en handvaardigheid maakt ons vak zo leuk en boeiend. Je bent ook nog eens beschouwelijk bezig. Die combinatie deed me uiteindelijk voor MDL kiezen.” Ledeboer is de veertig gepasseerd wanneer hij in 2001 in Deventer als MDL-arts begint. “Na mijn afstuderen heb ik twee jaar in Leiden promotieonderzoek gedaan naar de motoriek van het maagdarmkanaal, slokdarm en galblaas. Daar is de liefde voor dit vak ontstaan. Eenmaal opgeleid tot internist heb ik vervolgens MDL gedaan en ook medische biologie. Vandaar dat ik vergeleken met veel van mijn collega’s op betrekkelijk late leeftijd als specialist ben begonnen.”

Het Deventer Ziekenhuis kent één grote maatschap waarvan alle specialisten lid zijn. Ledeboer is drie jaar voorzitter van deze maatschap geweest. Dat kostte hem één dag per week. “Dat voorzitterschap doe je er niet zo maar even bij. Veel overleg met de raad van bestuur over met name personele zaken. Veel van mijn werkzaamheden lagen op het HRM-vlak. Hoe kunnen we uitbreiden? Hoe lossen we bepaalde meningsverschillen op? Kan die of die afdeling met minder personeel? Voortdurend zoeken naar de beste balans tussen de wensen van het ziekenhuis, de raad van bestuur aan de ene kant en die van de maatschap waarin alle specialisten zijn vertegenwoordigd, aan de andere kant. We wilden er als maatschap en raad van bestuur wel altijd uit komen.” Toen hem vorig jaar werd gevraagd de Commissie Kwaliteit binnen de NVMDL te lei-

den, was hij net maatschapsvoorzitter af. Hij heeft er wel even over moeten nadenken. Vond zich niet de aangewezen persoon. Vond zichzelf te cynisch. Stond ook wat sceptisch tegenover al die eisen. Net alsof door het stellen van kwaliteits- en veiligheidseisen alles vanzelf beter wordt. “Het is net als met Greenpeace, je kunt niet tegen zijn maar hebt soms wel je bedenkingen over de manier waarop.” Hij heeft ‘ja’ gezegd. Zoals bijna iedereen binnen MDL dat doet als zij of hij ergens voor wordt gevraagd. Ook dit kost hem gemiddeld een dag per week. “Het is wel een volstrekt andere daginvulling dan toen ik voorzitter van de maatschap was. Het overleg heeft plaatsgemaakt voor leeswerk, erg veel leeswerk. Maar ook dit doe ik met veel plezier.”

De NVMDL heeft haar zaakjes op gebied van kwaliteit goed op de rails gezet, oordeelt Ledeboer. Geheel volgens het boekje is het kwaliteitsplan *Tijd voor kwaliteit* en later het beleidsplan *Zichtbaar Presteren* tot stand gekomen. “Gekeken is naar waar de problemen precies zaten, naar de veiligheid, naar algemene kwaliteitseisen en algemene

richtlijnen. Vandaaruit is *Tijd voor kwaliteit* opgesteld en is de Commissie Kwaliteit in het leven geroepen. Er kwamen veiligheids- en kwaliteitseisen voor MDL-afdelingen en voor het doen van endoscopieën.” Maar dat was 2008. De techniek en het instrumentarium zijn verder verbeterd, de wetenschap heeft niet stil gezeten, patiënten zijn nog mondiger geworden, kwaliteitseisen worden opgeschroefd, social media bemoeien zich met alles en nog wat en dus ook met patiëntveiligheid, zorgverzekeraars krijgen een steeds belangrijker stem in het geheel. “We kunnen niet stil zitten. Ik geloof best dat de meeste ziekenhuizen en hun MDL-afdelingen het goed voor elkaar hebben, maar dat is anno 2013 onvoldoende. Je zult moeten worden gecertificeerd voor veiligheid en kwaliteit, anders mis je de boot. Dat verlangt de samenleving.”

“Weet je, hoe gek het ook mag klinken: het werkt. Zoals verteld stond ik er in eerste instantie buitengewoon sceptisch tegenover. Nu zie ik dat het in het geheel niet zinloos is dat wordt gecontroleerd of de apparatuur compleet is, of alles werkt, of alles klaarstaat en of het team compleet is.”

Hij begrijpt de weerstand tegen een HKZ-certificatie. De tijd die het kost om protocollen op te zetten. Alles moet stapje voor stapje worden beschreven. “Dat kost vreselijk veel tijd. De productie binnen een maatschap komt onder druk. Het kost geld. Dat roept allemaal tegenkrachten op. Niet tegen de certificering zelf. Niemand is tegen meer

.....
Niemand is tegen méér veiligheid en kwaliteit. Het gedoe eromheen wekt de wrevel en weerzin



We hebben onze zaakjes op gebied van kwaliteit goed op de rails gezet

Michiel Ledeboer:

“Je zult moeten worden gecertificeerd voor veiligheid en kwaliteit, anders mis je de boot. Dat verlangt de samenwerking.”

veiligheid en meer kwaliteit. Het gedoe eromheen wekt de wrevel en weerzin.” Ondanks deze weerzin vindt hij dat elke MDL-afdeling uiterlijk in 2018 een HKZ-certificatie moet hebben. “We zijn dan vijf jaar verder en zullen tegen die tijd niet alleen de kwaliteits- en veiligheidseisen moeten hebben bedacht, maar ook hebben geïmplementeerd.”

Behalve dit HKZ-keurmerk wil Ledeboer de komende periode drie andere zaken bewerkstelligen. “De landelijke Complicatie Registratie is ingevoerd, maar wordt nog niet door alle MDL-groepen gebruikt. De Commissie Kwaliteit buigt zich daar nu over. Waarom gebeurt dat nog niet overal, wat moet wel als complicatie worden geregistreerd, wat is geen complicatie en hoe strikt moet je daarin zijn?”

“Daarnaast hebben we de DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) gevraagd een landelijk kwaliteitsregister aan te leggen

voor endoscopieën. Dat moet, zoals dat nu ook met operaties gebeurt, online beschikbaar komen. Ook dat komt de kwaliteit en veiligheid ten goede, wanneer je kunt zien hoe je het doet vergeleken met anderen. Dit vraagt van de MDL-artsen om meer te gaan registreren, maar dit moet zo effectief mogelijk gebeuren.”

“Last but not least willen we wat doen aan dat woud van richtlijnen. We kennen er 43. En ze staan allemaal op onze site. De vraag is echter of we hiermee iedereen bereiken. Toen de eerste richtlijnen verschenen misschien nog wel. Maar nu met 43 richtlijnen... Wie heeft de tijd om 's avonds even rustig een richtlijn door te nemen? Laat staan overdag wanneer je met patiënten bezig bent. Of ze nu wel of niet op onze website staan, het biedt geen enkele garantie dat de richtlijnen ook worden gelezen. Laat staan om met suggesties te komen ter

verbetering. Of tot het samenvoegen van enkele richtlijnen. We kijken nu of we aansluiting kunnen vinden binnen Europa. Hoe doet Engeland het? Kunnen we aanhaken bij een van hun richtlijnen? Ook kijken we of er een manier is de richtlijnen te vereenvoudigen en samen te voegen.”

“Onze grootste wens is te komen tot een Richtlijnen-*app*. Het aantal PDA's en *tablets* neemt met de dag toe. Op vergaderingen wordt steeds minder papier gebruikt, bijna iedereen zit met een schermje voor zijn neus. De hardware is bij MDL-artsen voor meer dan 95% aanwezig, schat ik zo in. Een *app* zou dan toch fantastisch zijn. E-learning, zoekfuncties, *best practices*, alles kan erin worden samengevat.”

Toekomstmuziek? “Ik denk van niet. Als je ziet hoeveel *apps* er nu al bestaan en elke dag bijkomen, op ieder gebied, dan moet zo'n Richtlijnen-*app* voor MDL-artsen er toch ook kunnen komen?”

VOLLEDIG VERGOED



WINST MET VICTRELIS*



Toevoeging van VICTRELIS aan SOC biedt:

- Aanzienlijke verhoging van de SVR³
- Manageable bijwerkingenprofiel^{1,2}
- Flexibiliteit^{1,2}

*VICTRELIS is geïndiceerd voor de behandeling van chronische infectie met het hepatitis C-virus (CHC) genotype 1, in combinatie met peginterferon alfa en ribavirine, bij volwassen patiënten met gecompenseerde leverziekte die niet eerder behandeld zijn of bij wie eerdere behandeling heeft gefaald.

Referenties: **1.** F. Poordad et al. Boceprevir for Untreated Chronic HCV Genotype 1 Infection. NEJM 2011, 364, 13: 1195-1206. **2.** B.R. Bacon et al. Boceprevir for Previously Treated Chronic HCV Genotype 1 Infection. NEJM 2011, 364, 13: 1207-17. **3.** SPC VICTRELIS

Raadpleeg de volledige productinformatie (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



REACTIE

Invoering bevolkingsonderzoek darmkanker: goede kwaliteit voor een goede prijs

ook punten werden gegeven voor de verschillende onderdelen, waaronder de prijs. Deze criteria zijn vooraf bekendgemaakt. Uit de beoordeling kwamen twee leveranciers naar voren die voldeden aan de gestelde knock-outcriteria. Van deze twee leveranciers is de opdracht gegund aan FOB Gold, vanwege de beste prijs-kwaliteitsverhouding. Hiermee is gegund aan een andere leverancier dan waarmee in de proefbevolkingsonderzoeken is gewerkt. In het programma van eisen zijn onder meer eisen gesteld aan de specificiteit en sensitiviteit van de iFOBT, die humane hemoglobine in ontlasting meet. De test heeft een CE-markering en voor het analyseren van de test op de te gebruiken apparatuur is een validatierapport beschikbaar gesteld door de leverancier. *Van Roon et al.*¹ concludeert in een recente review (2012) dat geen enkele kwantitatieve iFOBT als significant beter aan te merken is dan andere.

Afkapwaarden

In de Nederlandse proefbevolkingsonderzoeken is gebruikgemaakt van een iFOBT op basis waarvan de afkapwaarde voor het bevolkingsonderzoek is vastgesteld. Bij het gebruik van een test van een andere firma moeten deze afkapwaarden opnieuw worden bepaald. De omrekeningsfactor houdt rekening met de verschillende-hoeveelheidsbuffer in de zelfafnamebuisjes. Een afkapwaarde van 75 ng/ml (de afkapwaarde voorgesteld door de Gezondheidsraad voor de in de proefbevolkingsonderzoeken gebruikte test) komt overeen met 88 ng/ml voor FOB Gold. Een vergelijkende studie tussen de twee testbuizen voor de analytische fase werd reeds in een eerder stadium uitgevoerd.² Het AMC heeft deze berekende afkapwaarde getoetst door 200 gehomogeniseerde fecesmonsters waaraan verschillende hoeveelheden hemoglobine zijn toegevoegd (middels verse erythrocyten), met beide methoden te bemonsteren en

meten. De conclusie van dit onderzoek is dat de berekende afkapwaarde kan worden ingezet voor het landelijk bevolkingsonderzoek.

Of deze afkapwaarde tot eenzelfde aantal gedetecteerde adenomen en carcinomen gaat leiden, wordt van meet af aan nauw gemonitord. Dat is namelijk niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van de test, maar bijvoorbeeld ook van de pre-analytische fase en de kwaliteit van de coloscopie. Met betrekking tot de pre-analytische fase hebben zowel de leverancier van FOB Gold als het AMC inmiddels in laboratoriumonderzoek laten zien, dat de buffer van de FOB Gold aanzienlijk is verbeterd. Dat is de reden waarom in de vierde ronde van het proefbevolkingsonderzoek ook wordt gekeken naar de mogelijke opbrengsten door een verbeterde buffer. Verder heeft het RIVM met de betrokken partijen op alle onderdelen van het proces kwaliteitsafspraken gemaakt. De coloscopiecapaciteit wordt gemonitord, zodat waar nodig bijstelling kan plaatsvinden. Al deze omstandigheden in ogenschouw nemend, vinden wij – anders dan de heer Blankenstein – het niet noodzakelijk al het proefbevolkingsonderzoek dat in Nederland is uitgevoerd, te herhalen.

Transparantie

Bij een aanbesteding, en daarmee ook de aanbesteding van de laboratoria, zijn zowel transparantie als *level playing field* voorwaarden. De aanbestedende dienst dient alle inschrijvers van dezelfde informatie te voorzien. Dit kan alleen worden gewaarborgd door alle communicatie tijdens een aanbesteding via de contactpersoon van de aanbestedende dienst te laten lopen. Dit is dan ook de reden, dat het de leverancier van de iFOBT-test tijdens het proces van aanbesteding niet was toegestaan om informatie te verstrekken. Tijdens het proces van inschrijving bij de aanbesteding van de analysedien-

sten zijn door laboratoria 164 vragen gesteld. Deze vragen zijn beantwoord in Nota's van Inlichtingen, zodat alle inschrijvers dezelfde informatie ter beschikking hebben.

Het is jammer dat de heer Blankenstein niet in deze fase zijn vragen heeft gesteld en zonder zich te laten informeren over de wijze waarop een aanbestedingsprocedure werkt, vroegtijdige conclusies heeft getrokken ten aanzien van de transparantie van aanbestedingstrajecten.

Wij kunnen ons voorstellen dat nu de iFOBT voor het landelijke bevolkingsonderzoek is gegund aan een andere leverancier, dit voor onderzoekers met lopende (proefbevolkings)onderzoeken kan leiden tot problematiek rond de continuering van het onderzoek. Van de overheid wordt echter, terecht, verwacht dat zij op transparante wijze, zonder belangenverstrengeling en met een goede prijs-kwaliteitsverhouding inkoop.

Ir. Harriët van Veldhuizen, programmaleider invoering bevolkingsonderzoek darmkanker, RIVM

Dr. J.M.G. (Hans) Bonfrer, klinisch chemicus, adviseur voor RIVM, lid LCIBD

Prof. dr. Ernst J. Kuipers, MDL-arts, lid LCIBD

(LCIBD = Landelijke Commissie Implementatie Bevolkingsonderzoek Darmkanker)

Referenties

1. A. van Roon, Faecal immunochemical tests for colorectal cancer screening in average-risk individuals. In: *Colorectal cancer screening by means of faecal immunochemical testing (FIT)*. Proefschrift, p. 38–71.
2. De resultaten worden verwerkt in een artikel en daarna ook op www.mdl.nl geplaatst.



Vervolg MDL-Transfers van pagina 2.

Oosten

Doetinchem zoekt per direct zijn 5^e MDL-arts, de CRC-screening dreigt. Nijmegen, gesteund door zijn RvB, mag op basis van de prestatiebekostiging snel blijven groeien, Jasper Kersten blijft er als 10^e MDL-arts. Willemijn Erkelens, die aan de basis staat van de MDL-doorstart in het Gelre Ziekenhuis te Apeldoorn, verleent MDL-steun in locatie Gelre Zutphen. Ze zoeken nog nieuwe collega's. Hans de Graaf start als 10^e MDL-arts in Zwolle. Jordy Burger komt als 11^e MDL-arts in Rijnstate. Zijn differentiatie wordt oncologie.

Zuiden

Den Bosch doet zijn best en praat met kandidaten. Tilburg mag fuseren van de NMA, de MDL mag extra groeien van 6 naar 8 fte. Peter Jansen, pensionado AMC, is in gesprek met Maastricht om de Euregionale samenwerking van MDL en Heelkunde tussen Aken en Maastricht op gebied van HPB en levertransplantatie meer gestalte te geven. Hajo Flink (Erasmus MC) start 1-6-2013 in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven, hij gaat de lever doen. In Roermond heeft Guido Houtmeijers, een Vlaamse Nederlander, zich 'bekeerd' van internist tot MDL-arts.

Westen

Leiden zoekt 2 MDL-artsen, één voor IBD en één voor CRC. De CRC-screening creëert hiervoor geld. Auke Bogte blijft als MDL-arts na zijn opleiding in het UMCU. Paul Didden blijft in het EMC, zijn differentiatie is interventie-endoscopie.

Algemeen

Er zijn op 1 april 397 MDL-artsen, van wie 387 lid van de NVMDL. We blijven aanhikken tegen de 400^e. Door pensionering en/of vertrek naar management wordt deze horde niet genomen. Als we de werkende 65-plussers meetellen, zitten we op 413 MDL-artsen. De zes regionale coördinatoren MDL voor de darmkankerscreening – Mariëtte van Kouwen (UMCN), Michiel van Haastert (Martini Ziekenhuis), Willem Moolenaar (Medisch Centrum Alkmaar), Bert den Hartog (Rijnstate), Rob Adang (Sittard) en Manon Spaander (EMC) – zijn inmiddels aangesteld. Er is binnen MDL alom bereidheid tot meewerken aan het bevolkingsonderzoek, maar tegelijk wordt in het veld een aantal knelpunten gesignaleerd. Heel veel ziekenhuizen zoeken dringend MDL-versterking, de CRC-screening valt in dat opzicht wel wat zwaar op de maag.

PENTAX MEDICAL

Excellence in focus

Duidelijk.

Eenvoud. Onderscheidend.

Toonaangevend & leidend in flexibele HD Endoscopie

PENTAX Medical
Excellence in Focus™

T: +31 (0)76 531 30 31
F: +31 (0)76 531 30 00

E: lifecare@pentax.nl
I: www.pentaxmedical.com



**Vanaf heden beschikbaar
de allereerste HD+ Duodenoscoop
ED34-i10T**

IDEA-studie: dieetbehandeling op maat bij eosinofiele oesofagitis

Eosinofiele oesofagitis is een chronische ontsteking waarbij eosinofiele infiltratie optreedt in de slokdarm. Eosinofiele oesofagitis wordt wereldwijd én in Nederland de laatste jaren steeds vaker vastgesteld.¹ Bij volwassenen kenmerkt de aandoening zich door intermitterende klachten van dysfagie en/of voedselimpactie. Endoscopie toont vaak longitudinale groeven, witte exsudaten of ringvormige stricturen in de oesofagus, en biedt de mogelijkheid tot het nemen van bipten voor het stellen van de diagnose. Voedselallergieën lijken een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van eosinofiele oesofagitis.²

Bij de behandeling van eosinofiele oesofagitis wordt doorgaans gestart met een protonpompinhibitor of *fluticason aerosol* (doorgeslikt), maar deze middelen bieden niet bij alle patiënten voldoende verbetering. Dieetbehandeling met exclusie van voedselallergenen is efficiënt gebleken bij kinderen.³ Bij volwassenen is het nut van dieetbehandeling ook aangetoond in onderzoeksverband, maar de uitgebreide exclusie van voedsel bemoeilijkt therapietrouw en brede klinische toepassing. Een specifiek, op de patiënt toegesneden dieet zou de therapietrouw kunnen verbeteren.

IDEA-studie

In het AMC is recent een studie gestart waarin volwassen patiënten met eosinofiele oesofagitis worden behandeld met een op maat gemaakt dieet: *Individually tailored Dietary treatment of Eosinophilic oesophagitis in Adults*, kortweg de IDEA-studie. In deze studie onderzoeken wij of een specifiek dieet, gebaseerd op de ImmunoCAP ISAC allergietest, de klachten en ontsteking bij eosinofiele oesofagitispatiënten kan doen afnemen. Patiënten zullen gedurende de studie intensief worden begeleid door een diëtiste en worden endoscopisch gevolgd. We hopen dat deze studie leidt tot een nieuwe, minder vérstreckende dieetbehandeling voor volwassenen met eosinofiele oesofagitis.

Succes hangt van u af

Voor deelname aan de studie zijn wij op zoek naar 40 volwassen eosinofiele oesofagitispatiënten, liefst met een atopische diathese. Om deze studie tot een succes te maken, vragen wij u vriendelijk om uw patiënten met eosinofiele oesofagitis door te verwijzen naar ons centrum of contact op te nemen met een van de onderzoekers.

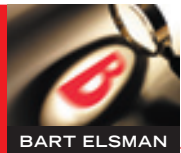
Bram van Rhijn en Arjan Bredenoord

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

T: 020-5665584 / 020-5661745

E: b.d.vanrhijn@amc.uva.nl / a.j.bredenoord@amc.uva.nl

Kijk op www.mdl.nl bij MAGMA 1-2013 voor de referenties bij de IDEA-studie.



Het zwarte gat

Ik heb een jaar over de rand gekeken, maar ik ben er niet ingevallen. Veel vakantie, schaatzen in de winter, fietsen in de zomer, van Amsterdam naar Rome, koffiedrinken met buurvrouwen, oppassen op de kleinkinderen en HOVO-cursussen geschiedenis. Maar wat miste ik? De dagelijkse besprekingen met de collega's, maar toch vooral de verhalen van patiënten. Daarom doe ik het weer: verhalen over ziekten.

Zoals de ziektegeschiedenis van mevrouw W., 72 jaar. Ze werd verwezen wegens buikpijn en diarree. Bij coloscopie zag ik in de hele dikke darm kleine witte puntvormige verhevenheden. Toen ze met haar vriendin een week later op de polikliniek kwam, haalde de vriendin enkele grote kleurenfoto's uit haar tas met afbeeldingen van haar blaas van twintig jaar geleden, met precies dezelfde afwijkingen als die in de darm van mevrouw W. Inmiddels wist ik, dat de colonbipten een granulomateuze ontsteking lieten zien door schistosomiasis. En inderdaad, ook de vriendin was behandeld voor schistosomiasis, maar dan in de blaas, tien jaar later ook nog gecompliceerd door een blaascarcinoom.

*Een bijzonder duo: de vriendinnen hadden in 1991 hun laatste vakantie buiten Europa gehad. Ze hadden gezwommen in het Lake Malawi, waarbij mevrouw W. besmet is geraakt met *S. mansoni* en haar vriendin met *S. haematobium*.*

Verhalen over relaties en over beroepen. Zoals het beroep van Anneke, 21 jaar, met buikklachten en diarree: schoonheidsspecialiste bij koeien. Ze reist met een gespecialiseerde fotograaf door heel Europa om koeien te fotograferen, die er zo voordelig mogelijk moeten uitzien. Met een soort mascara kleurt ze de zwarte vlekken bij. Ze wast de staart met shampoo enzovoort. De foto's zijn bestemd voor de online verkoop van het sperma van de verwekker.

Die wordt helaas bij de covergirls van de bladen nooit vermeld.

Met aanhoudende remissie gaat het leven verder¹



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



HUMIRA
adalimumab

Aanhoudende remissie¹

abbvie

¹ CHARM: Colombel and Sandborn, Gastroenterology ADHERE: Panaccione R et al. J. Crohn's Colitis. Productinformatie elders in dit tijdschrift

Blijft goodwill?

De goodwillbetaling kennen we als investering in een praktijk en als aanvullende pensioen-voorziening. Nog maar enkele jaren geleden was goodwill de gouden standaard, maar een recente uitspraak van het Scheidsgerecht leert dat we in een nieuwe werkelijkheid leven.

Een MDL-arts heeft bij aantreden goodwill betaald, maar besluit na een aantal jaren in de periferie zich in een groot opleidingsziekenhuis te vestigen. Voor de instandhouding van de MDL-praktijk worden – zonder overleg met of kennisgeving aan de betreffende MDL-arts – door de directie twee buitenlandse artsen via een bemiddelingsbureau ingehuurd, die na een jaar een vast contract krijgen.

De vertrokken MDL-arts meent dat het hem zo onmogelijk werd gemaakt zijn praktijk aan een ander te verkopen en bedingt goodwill. Het Scheidsgerecht meende dat het meeviel met het financiële verlies en dat hier bij vertrek zonder opvolging sprake was van een bewust genomen ondernemersrisico en dat het ziekenhuis niet onzorgvuldig had gehandeld (ondanks het gebrek aan communicatie).

De uitspraak van het Scheidsgerecht heeft grote gevolgen voor specialistisch Nederland, vooral in vakgebieden waar sprake is van een tekort aan specialisten. Als het ziekenhuizen zo eenvoudig wordt gemaakt zich de goodwill van specialisten toe te eigenen, moeten aspirant-medische stafleden (migranten of nieuwe vestigers) zich ernstig afvragen of zij dit financiële risico willen lopen.

Het betekent dat gevestigde specialisten een groot risico lopen hun investering kwijt te raken en dat ziekenhuizen, waar een goodwillverplichting is, nog moeilijker aan specialisten zullen komen.

Jan Mark Götz, MDL-arts
Medisch Spectrum Twente

OPROEP

Voor voltooiing TREND-studie is uw bijdrage nodig

De TREND-studie is een multicentrische gerandomiseerde studie die de kosteneffectiviteit van Transanale Endoscopische Microchirurgie (TEM) en Endoscopische Mucosa Resectie (EMR) voor de resectie van grote rectumadenomen met elkaar vergelijkt.

Niet-gerandomiseerde studies laten zien dat EMR kosteneffectiever zou kunnen zijn en gepaard zou kunnen gaan met minder complicaties, maar tot op heden zijn er geen gerandomiseerde studies gepubliceerd.

Om deze in januari 2009 gestarte studie tot een goed einde te kunnen brengen, zijn nog 30 patiënten nodig. We vragen u elk rectumadenoom groter dan 3 cm (gelokaliseerd tussen 1–15 cm ab ano) bij ons aan te melden. Wij nemen graag het *informed consent*-gesprek voor onze rekening!

Kijk voor informatie op www.trendstudie.nl. U kunt bellen met Gijsbert Musters, arts-onderzoeker Afdeling Chir/MDL AMC: (020)5669111, sein 59507.

Darmpatiënt heeft baat bij 'biologicals'

Mensen met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa functioneren aanzienlijk beter bij het gebruik van infliximab (Remicade®) en adalimumab (Humira®), de zogenaamde biologicals. Deze medicatie is voor hen vaak het laatste redmiddel om hun ziekte de baas te blijven. Dat blijkt opnieuw uit onderzoek van de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN).

De twee biologicals hebben een positieve invloed op het algehele welbevinden, de deelname aan werk en sociale activiteiten. Dit is één van de uitkomsten van het onderzoek dat de CCUVN eind 2012 uitvoerde onder 501 IBD-patiënten. De kwaliteit van leven stijgt fors onder infliximab- en adalimumabgebruikers op *alle* gevraagde aspecten. Zij beoordeelden hun algemeen welbevinden vooraf met het cijfer 4,2. Door het gebruik van een biological stijgt dit naar een 7,3. Een aanzienlijke verbetering.

Biologicals hebben ook een positieve werking bij jongeren. Zo stijgt het gemiddelde cijfer van werk/school van een 3,8 naar een 6,6.

De uitkomsten sluiten aan bij eerdere bevindingen (zie *MAGMA 42011*) uit onderzoek van de CCUVN en laat opnieuw zien dat Crohn- en colitis ulcerosa-patiënten dankzij de behandeling met biologicals naar school en werk kunnen (blijven) gaan. Daarmee leveren deze mensen een belangrijke bijdrage aan de samenleving. Dit weegt op tegen de kosten van de dure behandeling. Niet alleen financieel, ook in de kwaliteit van leven. De CCUVN pleit er opnieuw voor dat deze medicatie voor deze doelgroep van (voornamelijk jongere) patiënten beschikbaar blijft.

De resultaten van het onderzoek door de CCUVN kunt u opvragen via dvdhorst@crohn-colitis.nl.



Toonaangevend

Al meer dan 25 jaar richt Ferring zich met Pentasa op verbetering van kwaliteit van leven van IBD-patiënten!

- Maatwerk met een breed en effectief assortiment 1 x daagse toedieningsvormen
- Ondersteuning met de bekende IBD-patiëntenbrochures, MDL-Life, wetenschappelijk onderzoek, congressen en nascholing.



 **PENTASA**[®]
MESALAZINE
Zet de toon, met passie

FERRING
PHARMACEUTICALS

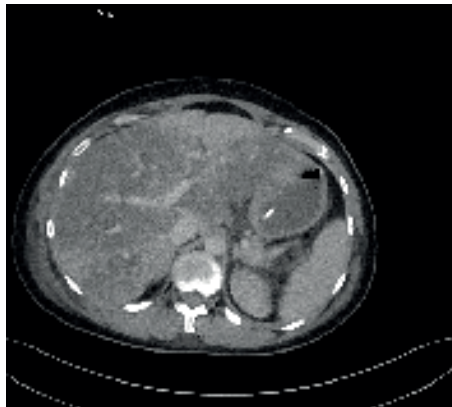
Naam van het geneesmiddel: Pentasa[®] **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg of 1 g mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1 of 2 g mesalazine, suspensie voor rectaal gebruik bevat 1 g mesalazine per 100 ml, zetpil bevat 1 g mesalazine. **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 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 (500 mg) en RVG 105712 (1 g); Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 13179 (2 g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** feb 2010

EEN 43-JARIGE ZWANGERE MET ACUUT LEVERFALEN

1 Een 43-jarige zwangere wordt bij een amenorroeduur van 34 weken en 5 dagen opgenomen in verband met pre-eclampsie. Laboratoriumonderzoek bij opname toont normale lever- en nierfunctie (kreatinine 74 $\mu\text{mol/l}$, ALAT 25 IU/l). Na enkele dagen ontwikkelt patiënte hevige buikpijn en wegens foetale nood wordt besloten een spoedsectie te verrichten. Deze verloopt ongecompliceerd, een gezonde dochter wordt geboren en het bloedverlies is gering. Postoperatief is bij de moeder sprake van snelle klinische verslechtering met encefalopathie, anurie, hypoglycaemie, leverenzymstoornissen (ALAT 9284 U/ml, bilirubine 252 $\mu\text{mol/l}$) en hemostasestoornissen (INR 2.7, Factor V 0.14 IU/ml). Er zijn geen aanwijzingen voor sepsis. CT-abdomen laat heterogeen leverparenchym met niet-aankleurende gebieden zien, verdacht voor ischemie (figuur 1), zonder vasculaire afwijkingen. Serologisch onderzoek voor hepatitis A,B,C en E is negatief en er zijn geen aanwijzingen voor auto-immuunhepatitis of toxische hepatitis. Patiënte wordt overgeplaatst naar een transplantatiecentrum. Met de werkdiagnose acuut leverfalen op basis van *hemolyse, elevated liver enzymes, low platelet* (HELLP)-syndroom, danwel *acute fatty liver of pregnancy* (AFLP) wordt patiënte op de *high urgency*-levertransplantatielijst geplaatst en wordt een *heart-beating* levertransplantatie verricht. Pathologie van het explantaat toont macroscopisch meerdere rupturen met een necrotische rechter leverkwab (figuur 2). Microscopisch wordt uitgebreide panlobulaire, confluerende necrose en hemorrhagie beschreven, met in het nog vitale leverparenchym cholestase en micronodulaire steatose. Het beeld past bij zowel HELLP-syndroom als AFLP. Vier weken na transplantatie wordt patiënte in goede conditie ontslagen uit het ziekenhuis.

Figuur 1.

CT-abdomen. De lever toont zowel links als rechts uitgebreide gebieden zonder aankleuring, verdacht voor ischemie.



Evaluatie

Specifiek door zwangerschap geïnduceerd acuut leverfalen is zeldzaam. De voornaamste oorzaken zijn het HELLP-syndroom en ALFP.

Het HELLP-syndroom treedt op bij 0,1 tot 0,5% van de zwangerschappen, meestal in het 2^e of 3^e trimester of postpartum.¹ Rupturen en infarctering zijn gevreesde hepatische complicaties met een mortaliteit van 15 tot 59%.²

AFLP is zeer zeldzame, potentieel fatale zwangerschapscomplicatie. De oorzaak ligt waarschijnlijk in een gestoord foetaal mitochondriaal vetzuur metabolisme. Door snelle onderkenning en prompte beëindiging van de zwangerschap is de mortaliteit tegenwoordig teruggebracht tot circa 10%.³

Levertransplantatie voor zwangerschapgeïnduceerd acuut leverfalen is zeer zeldzaam en de literatuur is beperkt tot case series.^{4,5} Prognostische modellen als de King's College-criteria en Clichy-criteria zijn niet voor deze populatie gevalideerd en lijken te falen in het identificeren van patiënten die gebaat zijn bij levertransplantatie. Stijgend lactaat en encefalopathie zijn prognostisch ongunstige factoren. Snelle onderkenning van leverfalen is cruciaal, gezien het fulminante beloop.⁶

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Ubbo Wiersema: u.wiersema@erasmusmc.nl.

Ubbo Wiersema*, Joris van Gulick**, Herold Metselaar*
*Erasmus MC; **Amphia Ziekenhuis

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen bij deze casus.

Figuur 2.

Lever-explantaat-macroscopie. Meerdere rupturen in het kapsel, tevens rafele resectierand nabij vena cava-impressie. Bij lamelleren is vrijwel de gehele rechter leverkwab necrotisch veranderd.



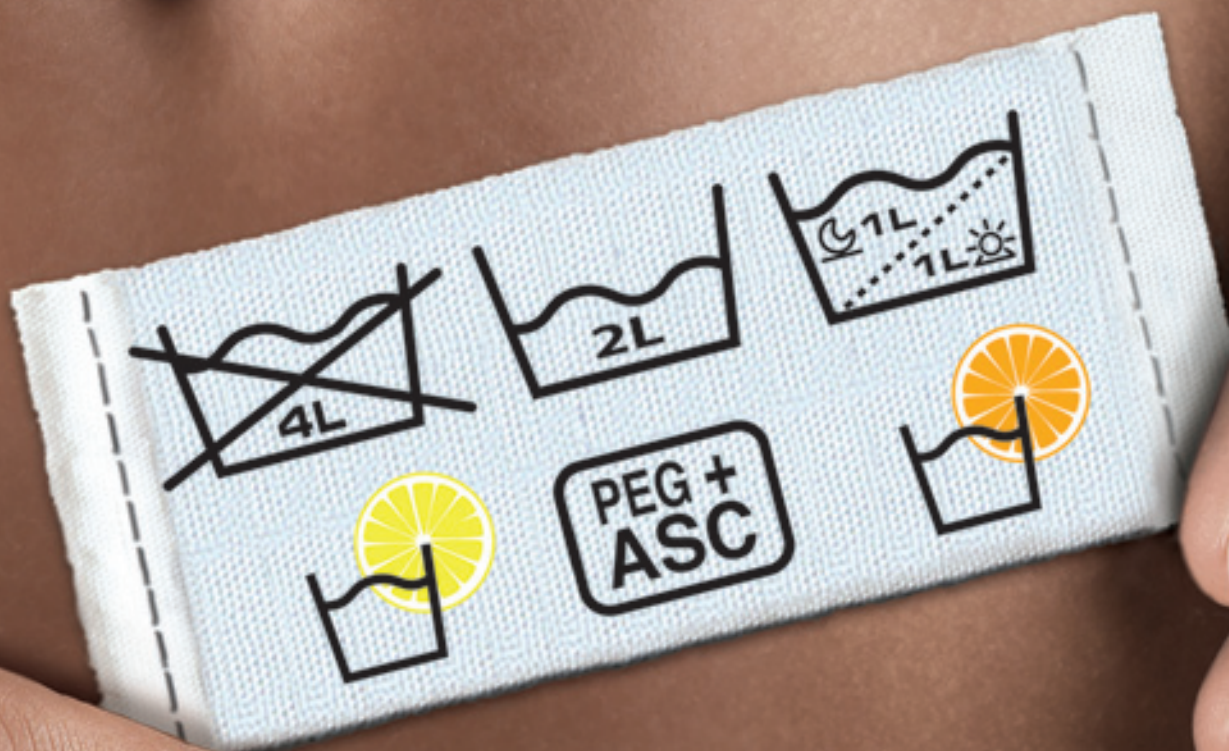
MOVIPREP[®]

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

4L efficacy. 2L compliance.¹

**Het meest gebruikte merk
ter wereld op het gebied
van darmvoorbereiding***

WWW.MOVIPREP.NL



* IMS data, MAT Q2 2012

1. Ell C. 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.

MOVIPREP[®] ORANGE

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

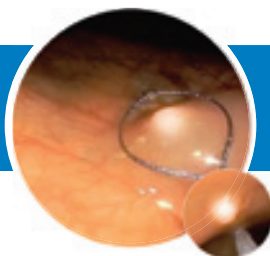
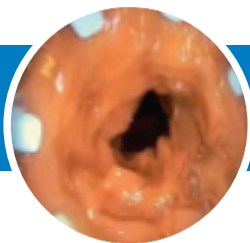
4L efficacy. 2L compliance.¹

ENDOCUFF™

Verbeterde visualisatie, tip controle, en intubatie tijdens endoscopie

Het ENDOCUFF™ Endoscoop opzetstuk ondersteunt de tip van het instrument op een prettige manier en houdt de tip van de endoscoop in het midden van het colon. Een verbeterde positie voor een beter zicht.

Tijdens het terugtrekken van de endoscoop reduceren de flexibele armpjes van de ENDOCUFF™ het risico van het wegglijden. De arts ervaart een betere controle en feedback waardoor een grondiger onderzoek mogelijk is.



Voor meer informatie en/of demonstratie kunt u contact opnemen met

Bezoek ons dit jaar op de onderstaande congressen/beurzen:

NVGE, Veldhoven	22 + 23 maart
NVMDL, Amsterdam	12 juni
UEG Week, Berlijn	12 t/m 16 oktober
MEDICA, Düsseldorf	20 t/m 23 november

 **MEDIVATORS**
A Cantel Medical Company

Sourethweg 11
6422 PC Heerlen
T +31 (0)45 5471471
F +31 (0)45 5429695
csnl@medivators.com
www.medivators.com

ON THE WORK-UP OF (REFRACTORY) COELIAC DISEASE

Greetje J. Tack, Vrije Universiteit Amsterdam, 15 november 2012



Dunnedarmbiopsien zijn de gouden standaard voor de diagnose coeliakie bij volwassenen. De verrichte studie naar enterocytschade, gemeten aan serum-*intestinal fatty-acid binding protein* (I-FABP)-waarden, toont een correlatie met de mate van vlokatrofie en antistoffen in het ziekteverloop van coeliakie. Mogelijk kunnen follow-

upbiopsien in de toekomst worden vervangen door bloedonderzoek. De enige doeltreffende behandeling is een strikt glutenvrij dieet. De pilotstudie naar een enzym (An-Pep DSM) dat gluten afbreekt voor het de dunne darm bereikt, laat zien dat dit een veilig alternatief is; echter, meer onderzoek is vereist.

Enkele patiënten hebben ondanks een adequaat dieet klachten en persisterende darmschade met of zonder afwijkende darmcellen (refractaire coeliakie (RCD)) en een verhoogd risico op een enteropathie-geassocieerd T-cellymfoom (EATL). In dit proefschrift worden nieuwe serologische parameters beschreven die mogelijk differentiëren tussen ongecompliceerde en gecompliceerde vormen van coeliakie. Tevens wordt aanbevolen om het (moleculair) diagnostisch onderzoek van RCD uit te breiden om EATL vroeg-

tijdig te kunnen opsporen. Nieuwe behandelopties zijn onderzocht: 6-tioguanine bij RCD I, cladribine en (autologe) stamceltransplantatie bij RCD II zijn veilig en mogelijk effectief. Stamceltransplantatie (allogeen) bij patiënten met EATL voorkomt een recidief echter niet.

Ondanks de nieuwe inzichten met betrekking tot diagnose en behandeling is verder onderzoek noodzakelijk.

Curriculum vitae

Greetje J. Tack (Leeuwarden, 1979) startte in 1997 met de opleiding verpleegkunde en in 1998 kon ze instromen in de opleiding ergotherapie in Amsterdam. In 2001 was er eindelijk plek bij de opleiding geneeskunde aan de Vrije Universiteit (VU). Na afronding van deze studie startte Greetje in mei 2008 met haar promotieonderzoek naar (refractaire) coeliakie op de MDL-afdeling van het VUmc. In mei 2010 begon Greetje aan haar vooropleiding interne geneeskunde in het Sint Lucas-Andreas Ziekenhuis in Amsterdam. Sinds mei 2012 is Greetje Tack werkzaam in het Kennemer Gasthuis te Haarlem, waar ze haar opleiding tot MDL-arts voortzet.

Het proefschrift is te verkrijgen via g.tack@vumc.nl.

HUMAN LIVER CELL LINES FOR THE AMC-BIOARTIFICIAL LIVER

Gerardus (Geert) A.A. Nibourg, Universiteit van Amsterdam, 23 november 2012



Het onderzoek van onderhavig proefschrift behelst de ontwikkeling van een bioartificiële lever om patiënten met acuut en acuut-op-chronisch leverfalen te overbruggen naar levertransplantatie of leverregeneratie. Meer specifiek beschrijft het de zoektocht naar een humane levercellijn die als biocomponent voor de AMC-bioartificiële lever kan fungeren. Deze zoektocht leidt uiteindelijk naar de HepaRG-celijn, een bipotente leverstamcellijn die in de AMC-BAL matureert en hoge leverspecifieke functionaliteit vertoont.

Vervolgens laat het onderzoek zien dat behandeling met deze HepaRG-AMC-BAL het leven van ratten met acuut leverfalen substantieel verlengt.

Het onderzoek is ten dele gesubsidieerd door het SKE-fonds van het AMC en Hep-Art Medical Devices B.V.

Curriculum vitae

Geert Nibourg (Boxtel, 1978) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Leuven en Utrecht. Na enige tijd werkzaam te zijn geweest als ANIOS spoedeisende hulp in het Universitair Medisch Centrum Utrecht, startte hij in 2006 zijn promotieonderzoek op het de afdeling Experimentele Chirurgie en het Tytgat Instituut voor Lever- en Darmonderzoek van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (supervisie prof. dr. T.M. van Gulik, dr. R.A.F.M. Chamuleau en dr. R. Hoekstra). Sinds 1 april 2011 is Geert Nibourg in opleiding tot MDL-arts in de regio AMC Amsterdam.

Het proefschrift is te verkrijgen via g.a.nibourg@amc.uva.nl.

Check-Out Procedure motiveert

“Onze Check-Out Procedure is een idee geweest van onze verpleegkundigen. Geheel in lijn met de Time-Out Procedure, die wij overigens al in 2009 op de afdeling hebben geïntroduceerd voor elke behandeling, voeren we sinds 2012 ook een controle uit voor de patiënt de behandelkamer weer verlaat.” Paul Bus is één van de vier MDL-artsen van het Laurentius Ziekenhuis in Roermond.

Het MDL-team telt naast vier artsen één physician assistant, twaalf endoscopieverpleegkundigen, twee MDL-verpleegkundigen en vier secretaresses. Intensief wordt samengewerkt met de drie GE-chirurgen.

“De invoering van de Time-Out Procedure heeft van ons destijds een veel hechter team gemaakt”, vertelt Bus. “Die gedeelde verantwoordelijkheid die er natuurlijk altijd al was, is zichtbaar geworden. Het hele team is er zeer enthousiast over, maar vooral de verpleegkundigen hebben het als een vooruitgang ervaren. Ze weten nu veel beter met welke vraagstelling het onderzoek wordt uitgevoerd en welke problemen er te verwachten zijn. Helemaal *top*, zou je kunnen zeggen.”

Door het werken met die Time-Out Procedure zijn de verpleegkundigen zelf met het idee gekomen van een Check-Out Procedure. In de behandelkamer prijken groot twee posters aan de muur. Die van TOP en die van COP. Geheel analoog aan TOP gaat het bij COP ook om basale zaken. Is de bril teruggegeven? Had de patiënt een kunstgebit? Zijn er evenveel ‘PA-potjes’ als vermeld op de PA-aanvraag? Is het gebruikte materiaal aangevuld? Is er een vervolfspraak? “Het werkt méér dan fantastisch”, vertelt Bus enthousiast. “We krijgen bijvoorbeeld geen telefoontjes meer van het PA-lab over verschillen tussen geooogste poliepen en het aantal gemeld op het meegestuurde formulier. Dat is allemaal bijzonder motiverend. Voor ons hele team.”

De kwaliteit van hun endoscopieën oordeelt Bus als ‘gewoon goed’, al vindt hij het wel lastig om daarover te oordelen: “Wat neem je als criteria? Hoe vaak je poliepen vindt of hoeveel tijd het gemiddeld neemt voordat de colonscoop is teruggetrokken?” “Ik denk dat ons aantal complicaties re-

lijk gemiddeld is, maar beter weten doen we dat als de terugrapportage komt van de NVMDL-complicatieregistratie.” Hoewel Bus de registratie van complicaties bij endoscopieën toejuicht, heeft hij ook zo zijn vraagtekens. “Als je een moeilijk te verwijderen poliep vindt, kun je de weg van de minste weerstand kiezen en verwijzen naar de chirurg. Of je probeert de patiënt een operatie te besparen en tracht de poliep toch endoscopisch te verwijderen. In het tweede geval heb je een veel groter risico op een complicatie. Wie van de twee is de betere MDL-arts? Betekent het per definitie als je minder complicaties hebt, dat je het beter doet?”



Voorste rij (v.l.n.r.): Guido Houtmeyers¹, Laura Jacobs², Paul Bus¹, Jolanda Busschers³, Judith Joris³, Tamara op het Roodt⁴, Eric de Goede¹, Susan Toebosch¹. *Achterste rij (v.l.n.r.):* Toine Bell⁵, Angelique Pollen², Anja Dings³, Jeroen Heemskerk⁵, Silvie Coenen⁶, Margriet Nelissen³, Trudie Veneygen³, Jeroen Leijtens⁵, Gert Rouing⁷. *Niet op de foto:* Maïke Aerts³, Anita L'Ortye³, Corinne van de Pas³, Magda Heijnen³, Rianne Geelen⁴, Monique de Moor², Bernadette Meijers².

¹MDL-arts; ²secretaresse; ³endoscopieverpleegkundige; ⁴MDL-verpleegkundige/NP i.o.; ⁵GE-chirurg; ⁶PA MDL; ⁷afdelingsmanager.

We zijn voor steeds meer indicaties bij IBD geregistreerd.¹

Zo boekt Remicade elke dag vooruitgang in IBD.¹⁻⁵

Toen Remicade twaalf jaar geleden werd geïntroduceerd, betekende dit een belangrijke stap vooruit in de behandeling van Crohn. Het was de eerste tnf alfablokker voor Crohn en bood patiënten verlichting zoals nooit tevoren. Inmiddels zijn er wereldwijd meer dan anderhalf miljoen mensen met Remicade behandeld⁵ en het worden er elke dag meer. Maar de vooruitgang stopte niet twaalf jaar geleden. Sindsdien is er met Remicade meer klinisch onderzoek gepubliceerd dan met welke tnf alfablokker voor IBD dan ook.⁶ Hierdoor worden voortdurend nieuwe mogelijkheden ontdekt om patiënten nog beter te behandelen. Remicade is inmiddels dan ook niet alleen geregistreerd voor ernstige Crohn, maar ook voor matige Crohn, Crohn bij kinderen, Crohn met fistelvorming en colitis ulcerosa bij volwassenen en nu ook bij kinderen.¹ Momenteel wordt bovendien onderzoek gedaan naar het verbeteren van de respons bij Crohn-patiënten door doseringen te personaliseren.⁷ Zo blijft Remicade vorm geven aan vooruitgang. Voor uw patiënten en u, nu en in de toekomst.

Remicade geeft vorm aan vooruitgang.  **Remicade**[®]
(influximab)



Postbus 581
2003 PC Haarlem
Tel: 0800-9999000
e-mail: medicalinfo.nl@merck.com
www.msd.nl