

STAND VAN ZAKEN 38 / BIOSIMILARS 40-43 / RE-REGISTRATIE  
 6TG 44 / IBD 45 / NIEUWS 47 / THEMA: SAMENWERKING EN  
 SPECIALISATIE 48-55 / BEVOLKINGSONDERZOEK 56-57  
 ACTUEEL: ANTI-STOLLING 59 / OPLEIDING 62 / ORATIE 63  
 CCUVN 65 / CASUÏSTIEK 67 PROEFSCHRIFT 67  
 DE AFDELING 68



# MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING  
 VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 20 / NUMMER 2 / JUNI 2014

## Wegwijzer

Zoek hier uw bestemming en  
 volg het vermelde routenummer

### Poliklinieken en afdelingen

bestemming	nummer	zone
Activiteitentherapie	19	E
Anesthesiologie	94	M
Apotheek	24	E
Auditorium	11	M
Behandeling Longgeneeskunde	45	M
Bloedafname	85	M
Brijder Verslavingszorg	62	F
Cardiologie	94	M
Chirurgie	72	F
Dagverpleging	30	E
Dagbehandeling Geriatrie	14	M
Dagbehandeling Oncologie	18	E
Dagbehandeling Revalidatie	34	E
Dermatologie	79	F
Dialyse Spaarne	18	E
Diëtetiek	11	M
Endoscopie	18	E
Ergotherapie	18	E
Fysiotherapie	E2	F
Gipskamer	6	M
HTC		
Huisartsenpost via Uitgang Noord		

### Poliklinieken en afdelingen

bestemming	nummer	zone
Oncologie dagbehandeling	14	M
Oogheelkunde	26	E
Orthopedie	91	M
Orthoptie	26	E
Patiëntenregistratie	44	M
Patiëntenvoorlichting	43	M
Pijnbestrijding	67	F
Plastische Chirurgie	90	M
Psychologie	17	E
Raad van Bestuur	5	M
Radiologie	58	F
Radiotherapie	10	M
Antoni van Leeuwenhoek	44	M
Receptie	65	F
Reumatologie	28	E
Revalidatie	18	E
Revalidatie dagbehandeling		
Schoonenberg Hoorcentrum via Uitgang Noord	88	M
Spoedeisende Hulp	22	E
De Strooming	41	M
Stijtecentrum	25	E
Trombosedienst	55	F
	64	F
	60	F

SUCCESS VAN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING  
 'WIJ KENNEN GEEN KONINKRIJKJES'

Interne Geneeskunde	53	F
Islamitische gebedsruimte	61	F
Jeugdriagg	8	M
Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO)	80	M
Kerkzaal	85	M
Kinderfysiotherapie	29	E
Kindergeneeskunde	21	E
	17	F
	63	F
	43	F
	56	F
Vergaderzalen		
Verloskunde		
Winkel		
Verpleegafdelingen		
Bevalcentrum	95	M
Verpleegafdeling Cardiologie	F3	M
Verpleegafdeling Chirurgie	D2	E
	F2	M

## Een ridderorde lonkt

Sinds 1 januari loopt het bevolkingsonderzoek darmkanker in Nederland. *Overall*: complimenten voor jullie! Hier en daar een probleempje. Patiënten met een positieve iFOBT worden ingedeeld voor een scopie bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis, ook al zijn ze elders uitgebreid bekend. Het RIVM/Colonis geeft aan dat patiënten desgewenst kunnen veranderen. Wij hebben de indruk dat dit beter moet. Bovendien: als de zorgverzekeraar geen contract heeft met het BVO-centrum om de hoek, wordt de scopie nu wel of niet vergoed. Voor de patiënten geeft dit onzekerheid. Het RIVM dient de regie te houden. De patiënt, die de scopie nodig heeft, moet hun en ons focus blijven.

Op de VU doen we patiënten met ASA-classificatie 1 t/m 4. Veel ZBC's stoppen al bij ASA-3. We krijgen mensen die elders al uitvoerig bekend zijn, maar hun 'ZBC binnen een groter ziekenhuis' verwijst ze door. Met liefde en empathie moeten wij deze patiënten overtuigen dat ze 'bij ons' moeten zijn. Een extra rondje cardio, anesthesie is al gauw nodig en brengt extra (niet vergoede) kosten met zich mee.

Het intakespreekuur lijkt een aanwinst en moeten we wellicht standaard maken, niet alleen voor BVO, maar ook voor huisarts en intramuraal verwijzingen. De co-morbiditeit is vaak onverwacht groot en het gebruik van anticoagulantia is fors. De nieuwe antistolling met de NOAC's wordt een killer, zoals blijkt uit recente data op de DDW. In 2005–2007 hebben we een pilotscreening gedaan bij gepensioneerd ABN-personeel van 75–80 jaar, de één nog vitaler dan de ander. Bij het BVO zien we veel biologisch al oude mensen van 65–75 jaar. Bij de endoscopie zelf blijkt er opvallend veel pathologie te zijn. Alle poliepen in één sessie verwijderen is vaak ongewenst. Het RIVM/Colonis-beleid lijkt nu binnen drie maanden al rigide en mogelijk risicovol.

Een BVO-scopie per uur lijkt gezien de pathologiezwaarte met forse poliepen wat kort. De capaciteit die in het landelijk optimisme géén probleem leek, wringt nu. Veel ziekenhuizen zien mijns inziens ten gevolge van het BVO hun wachttijden oplopen. Jonge-klare collega's zijn te zeldzaam. Het BVO-verslag is gericht op poliepen, een drama qua tijd. De bevoorrechte MDL-dokters die hierover mogen gaan publiceren, hebben honderden 'dataslaafjes in de vorm van MDL-artsen rondlopen, die uren voor hen zwoegen. Maar dan heb je ook wat. Als je per ongeluk een Crohn of oude uitgebluste CU vindt, kun je dit niet duidelijk kwijt in het scopieverslag en PA-aanvraag, tenzij je die biopten onder

een poliepomschrijving stopt. Kortom, het loopt, het kraakt wat en het gaat. Hopelijk krijgen de BVO-scopisten letterlijk en figuurlijk loon naar werken. VWS mag de beroepsgroep dankbaar zijn. De vraag is wie de MDL-penaanvoerder wordt van alle artikelen waarvoor de data nu worden gecreëerd. Een ridderorde lonkt. De NVMDL moet de vinger aan de hand van de scoop houden.

*Chris Mulder*

## TRANSFERS

### Noorden

Tim Schreuder, tot hepatoloog opgeleid in VUmc, AMC en Birmingham, verlaat na vijf jaar Doetinchem en wordt hepatoloog in Groningen. Rina Bijlsma blijft in Groningen voor de hepatologie, levertransplantatie en de oncologie. Groningen heeft nu meer dan 10 MDL-artsen en ligt vol op koers.

### Oosten

Frank Oort (VUmc) start begin 2015 in Rijnstate, daarnaast is Rijnstate erin geslaagd een tweede vrouw aan te trekken: Carmen Horjus (Radboud). Er zijn daar nu 12 MDL-artsen. Henri Braat (ex-AMC) verlaat het Erasmus MC na vijf jaar en start als 6<sup>de</sup> MDL-arts in het Gelre Ziekenhuis te Apeldoorn, met als specifieke aandachtsgebieden oncologie en immunologie. Claudia Tigchelaar (UMCU) gaat als 6<sup>de</sup> MDL-arts vanuit het UMCU naar Deventer.

### Westen

Eric Gielisse (VUmc) start als 'chivo' bij de digestieve oncologie in het AVL voor één jaar. Bindia Jharap (VUmc) werkt één jaar als IBD-oloog in het Mount Sinai Hospital bij Jean-Frederique Colombel, waarna ze terugkomt. Leiden zoekt nog een 'chivo' leverziekten/transplantatie. Zij willen hiervan een traditie maken. Deze opleiding buiten het curriculum (jaar 7) zal de hepatologie in Nederland nog krachtiger maken. Jeroen Maljaars (LUMC) versterkt dit jaar het Leidse IBD-team.

*Lees verder op pagina 25.*

**U kunt MAGMA 2-2014 met bijlagen te allen tijde raadplegen via [www.mdl.nl/MAGMA](http://www.mdl.nl/MAGMA).**

## Selfie

*Selfie*: een zelfportret gemaakt met smartphone, tablet of MacBook, wie doet er niet aan mee? We laten onszelf graag zien in bijzondere of komische situaties en delen die foto's met vrienden, familie en collega's. Zó willen we ons presenteren. Maar dat hoeft niet noodzakelijk de dagelijkse werkelijkheid te zijn.

Hoe ziet een *selfie* van de gemiddelde Nederlandse MDL-arts eruit? Dan zien we een man (nog wel, maar niet lang meer), begin veertig, wat jonger dan de gemiddelde medisch specialist, die werkt in een grotere maatschap in de randstad, zijn certificaat voor het bevolkingsonderzoek inmiddels heeft behaald en toch vooral de geavanceerde endoscopie als zijn speerpunt voert.

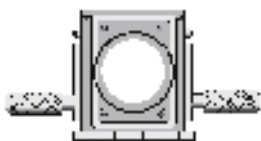
Klopt dit met het beeld dat de buitenwacht van ons als MDL-arts heeft? We zijn met 'onze' MDL-ziekten inmiddels gegroeid tot een middelgroot medisch specialisme, hebben naamsbekendheid en worden gewaardeerd als harde werkers. Maar enige bescheidenheid is wel op zijn plaats. We zijn immers de groep medici die nog steeds kampt met onderbezetting en te lange wachttijden. En bovenal zijn we artsen die veel tijd en aandacht aan endoscopieën besteden.

Overheid en verzekeraars zien van ons MDL-ers graag een ander beeld en verwachten dat we onze capaciteitsproblemen snel oplossen. Dat kan: met het uitbreiden van de opleidingscapaciteit voor MDL-artsen, maar ook door taken te verschuiven, bijvoorbeeld naar verpleegkundig specialisten. Al deze punten hebben volop de aandacht van het bestuur en Concilium NVMDL. Bij implementatie van taakherschikking is voorwaarde dat we de hoge kwaliteit van zorg die we nu leveren, behouden. Laten we toch vooral voldoende mensen opleiden en trainen op terreinen als hepatologie en MDL-oncologie en aandacht besteden aan onderwerpen als voeding en preventie.

Het is goed om jezelf een spiegel voor te houden. Waar staan we? Waar willen we naartoe, rekening houdend met wat de zorg, patiënten en organisaties van ons verwachten? In opleidingstermen: tijd voor onze jaarlijkse 360 graden-feedback.

Aan al dat spiegelen mag best een leuke *selfie* als smaakmaker worden toegevoegd.

Was getekend,  
*Ad Masclee*  
- voorzitter -



## Samenwerking en specialisatie:

Kan het mooier? Het thema van deze MAGMA past in de MDL-zorg Nederland, waar de betrokken artsen volop bezig zijn met kwaliteit. Hiervoor is een 'kritische houding' nodig die we dagelijks gebruiken in onze opleiding: wat gaat goed en wat kan beter? MDL-zorg gaat immers over excelleren in de breedte!

De PERK-studie geeft het fraaie inzicht dat er vele goede ERCP-isten zijn, ook buiten de academische ziekenhuizen. Goed om te weten dat we kunnen varen op de geboden kwaliteit. Het blijkt dat overal in Nederland een hoop expertise en jarenlange ervaring is opgebouwd. Volgens Waylon en Ilse de Lange, onze kandidaten van het Eurovisiesongfestival, gaat het om het winnen, niet om het meedoen. Vertaald naar de ERCP-zorg: goede kwaliteit leveren aan de patiënt, dat is het doel van een ERCP-ist en niet alleen het (mee)doen. De vraag rijst dan direct wat we kunnen doen om diegenen die lager dan 85% succes scoren, te helpen hun resultaten te verbeteren. Is dat alleen een taak van het individu of ook van de eigen maatschap, de databasebeheerder of ons bestuur? Want het kunnen geven van feedback biedt ons een kans, het vraagt om een vervolg. Hier ligt de taak na te denken over de mogelijkheden. Dat zouden aanvullende trainingsprogramma's of een uitwisseling naar een andere kliniek kunnen zijn. Samen kunnen we de ERCP-zorg naar een hoger plan brengen. Dát we kunnen samenwerken en elkaar dingen kunnen leren, laten de Barrett-werkgroep en Pancreatitis Werkgroep Nederland zien. Fraaie, rechttoe rechtaan programma's en gedreven mensen in alle geledingen.

Het lezen van deze MAGMA gaf me een gevoel van gepaste trots op de MDL-zorg in Nederland. Naast ons primaire doel, het helpen van de patiënt, laten we zien dat er nu ook een duidelijke doelstelling bij is gekomen: elkaar helpen en feedback geven op de geboden zorg.

*Marloes van Ierland-van Leeuwen*  
MDL-arts, OLVG

CBG ONDERWERPT BEOORDELING BIOSIMILARS AAN STRENGE CRITERIA

# Is het goed voor de patiënt?

“Wij hebben bij elke beoordeling of een medicijn wel of niet wordt toelaten op de Nederlandse markt, één drijfveer: is het goed voor de patiënt.” Bert Leufkens formuleert het tijdens ons gesprek over biosimilars telkens weer anders, maar elke keer is de patiënt het middelpunt. Wordt hij of zij er beter van of niet? Daar draait het om als het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) zich buigt over de vraag een geneesmiddel wel of niet toe te laten tot de Nederlandse markt. Professor dr. H.G.M. Leufkens, hoogleraar farmaco-epidemiologie aan de Universiteit Utrecht, is voorzitter van het CBG.

**L**eufkens vindt de angst en terughoudendheid bij MDL-artsen als het gaat om het wel of niet voorschrijven van biosimilars, allerm minst verwonderlijk. “De ontwikkelingen zijn ook hard gegaan de afgelopen jaren. We hadden nauwelijks kennisgemaakt met de biologische geneesmiddelen of de eerste biosimilars dienden zich aan. Zoiets kan verlamrend werken. Je bent opgeleid met de wetenschap dat er maar weinig medicijnen zijn tegen een bepaalde ziekte en dan ineens komen er biologische geneesmiddelen op de markt waarmee die ziektes wel kunnen worden behandeld. En dan, een paar jaar later, komen er biosimilars op de markt die de ziekte ook genezen of de pijn verlichten. Geneesmiddelen die hetzelfde doen als die waaraan artsen net gewend zijn in de klinische praktijk. Zoiets werkt verwarrend. Maar dat betekent in het geheel niet dat de door het CBG goedgekeurde biosimilar minder of slechter is dan het biologische geneesmiddel dat is nagemaakt.”

Die reserves en terughoudendheid als het gaat om biosimilars zijn dan wel begrijpelijk, maar volkomen onterecht. Hij pakt de koffiemok en het theeglas die op tafel staan en zet ze naast elkaar. Beide zijn even groot, hebben nagenoeg dezelfde vorm en ook het oortje is zo goed als identiek. “We zien wel een paar kleine verschillen, maar het totale beeld is vergelijkbaar. Functioneel zijn beide gelijk. Je kan er op een makkelijke manier uit drinken. En ook de kwaliteit van beide is onomstreden. Daar gaat het ons om in de beoordeling. Wij vragen niet waaruit men het liefste drinkt, een mok of een glas, en kijken ook niet naar de prijs. Wij kijken of er significante verschillen bestaan tussen origineel en het nagemaakte middel zonder ook maar één moment het belang van de

patiënt uit het oog te verliezen. Dat laatste lijkt in de discussie over het wel of niet voorschrijven van biosimilars wel eens te worden vergeten, maar bij ons is alles afgestemd op de patiënt en niemand anders.”

Bij de beoordeling van biosimilars wordt niet opnieuw gekeken of het medicijn werkt. Leufkens: “Daar gaan we van uit. Als het referentiegeneesmiddel is goedgekeurd en het klinische voordeel ervan is vastgesteld, hoeven we dat niet meer voor de biosimilar over te doen. Want bedenk wel, dat een biosimilar er is dankzij dat referentiegeneesmiddel. Het is nagemaakt. Zonder de één zou de ander niet bestaan.”

Dit betekent overigens in het geheel niet dat het CBG met een half oog biosimilars onderzoekt. Integendeel. Het belangrijkste onderdeel van de beoordeling is een vergelijking tussen de biosimilar en het referentiegeneesmiddel, waarmee moet worden aangetoond dat er geen sprake is van significante verschillen. Het CBG past bij de beoordeling van de biosimilar strenge criteria toe, waarbij kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van de twee geneesmiddelen worden vergeleken.

De onderzoeken naar de kwaliteit omvatten uitgebreide vergelijkingen van de structuur en de biologische activiteit van de werkzame stoffen, terwijl uit de onderzoeken naar de veiligheid en werkzaamheid moet blijken dat er geen significante verschillen zijn wat betreft de baten en risico's, waaronder het risico op immunoreacties. En eenmaal toegelaten tot de Nederlandse en Europese markt, moeten biosimilars worden vervaardigd volgens dezelfde kwaliteitsnormen als alle andere geneesmiddelen, voeren regelgevende instanties regelmatig

Bert Leufkens (CBG):

“Bij de beoordeling van biosimilars wordt niet opnieuw gekeken of het medicijn werkt.”

.....

inspecties uit op de productieplaatsen en worden biosimilars, net als het referentieproduct, gevolgd via farmacovigilantie.

Strengere toelatingscontroles, werkzame medicijnen. Waarom dan toch die reserves? “De politiek laat zich horen en de dwang van verzekeraars om goedkopere biosimilars voor te schrijven, werkt mogelijk contraproductief”, denkt Leufkens. “Dan komt er een moment dat artsen het hebben gehad met al die bemoeizucht. Ik denk dat ook dát een belangrijke rol speelt waarom biosimilars weinig populair zijn in ons land.”

Hij noemt het een “goede eigenschap” dat een dokter alleen voorschrijft wat hij kent. Waarvan hij weet dat zijn patiënt er baat bij heeft. “Om dan over te stappen naar iets anders, iets nieuws, daarvoor moet je wel een goede reden hebben.”

Misschien ligt het ook wel aan de naam en associeert men biosimilars te veel met namaak-medicijn. Leufkens: “In de VS worstelt men kennelijk ook met de naam en heeft men het naast biosimilars ook over *follow-up of follow-on biologicals*.”

“Ongecontroleerde uitwisseling tussen biologicals zonder goede medische monitoring, afhankelijk of het biosimilars of het referentieproduct betreft, moet worden vermeden. Hoe het ook zij, artsen moeten erop kunnen vertrouwen dat de biosimilars doen wat ze beloven. En dat doen ze ook. Want dat is uiteindelijk onze taak bij de beoordeling van elk medicijn dat hier op de markt verschijnt.”



**Reserves over  
biosimilars:  
begrijpelijk, maar  
onterecht**



# 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**<sup>®</sup>  
MESALAZINE  
Zet de toon, met passie

**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

**Naam van het geneesmiddel:** Pentasa<sup>®</sup> **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. **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 overgevoelighedsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. **Bijwerkingen:** Na rectale toediening kunnen lokale reacties, zoals pruritus, rectaal ongemak en aandrang optreden. Verder komt vaak voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, lupus erythematosus-achtige reacties, abnormale nierfunctie. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. **Registratienummers:** Tabletten onder RVG 14797 (500 mg) en RVG 105712 (1 g); Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** augustus 2010

# De biosimilars komen!

Het gaat gebeuren. Binnen afzienbare tijd zullen we te maken krijgen met een nieuw fenomeen: *biosimilars* voor middelen als Remicade en Humira. Van nature bestaat bij artsen een kritische houding ten opzichte van ‘generieke producten’. Het origineel is immers de vertrouwde gouden standaard. De twijfel of generiek wel de vergelijking met het referentieproduct kan doorstaan, is vooral gevoed ten tijde van de komst van generieke PPI’s. De meeste MDL-artsen hebben ervaren dat patiënten soms minder goed op generieke middelen reageerden (Otten, Lekkerkerker, Mulder, *NTvG 2009*;153:414). Hierdoor is er een zekere scepsis ontstaan ten opzichte van ‘generiek’. Bij de biosimilars lijkt dat probleem niet te bestaan. Zoals Leufkens (zie *vorige pagina*) stelt: “We zien een paar kleine verschillen, maar het totale beeld is vergelijkbaar. Functioneel zijn beide gelijk.” En daar gaat het om bij de werkzaamheid van geneesmiddelen: doet-ie-het-of-doe-ie-het-niet?

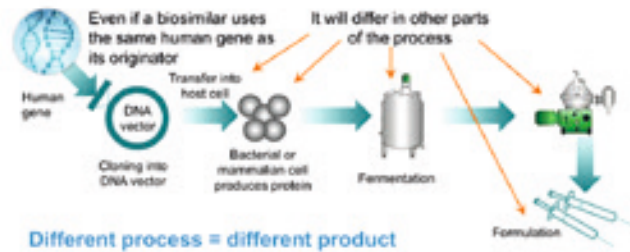
## Biologicals

Wanneer de effectiviteit vergelijkbaar is maar de prijs lager, lijkt de keuze niet zo moeilijk. Het probleem van de biologicals zijn immers de enorme kosten van de behandeling (€ 15.000 tot € 30.000 per patiënt per jaar). Het budget van het ziekenhuis is begrensd en daarom zullen ook wij als MDL-artsen moeten laten zien dat we proberen zo kosteneffectief als mogelijk met deze middelen om te gaan. Immers, we willen met het beschikbare geld zo veel mogelijk patiënten zo goed mogelijk behandelen. Dat impliceert dat we naar een methodiek zullen moeten zoeken om de effectiviteit van de voorgeschreven biological te meten.

De Farmacotherapie Commissie (FTC) is in overleg met VWS en zorgverzekeraars om een *web-based*-programma te ontwikkelen waarbij zowel het starten als het stoppen van een biological aan vaste parameters is onderworpen volgens de bestaande START/STOP-criteria. De effectiviteit van de behandeling moet worden vastgesteld aan de hand van door de patiënt gedefinieerde symptomen op een VAS-score. Na drie maanden

Testing of biosimilars is generally much more complex than that required of generics

Small molecule generic	Biosimilars
Low molecular weight and complexity	High molecular weight, complex 3-D structure
Chemical synthesis	Produced by living organisms
Manufacturing process easy to reverse-engineer	Manufacturing process cannot be replicated
Identical copy of active ingredient	Although required to contain the same primary amino acid sequence, the biosimilar is not identical to the originator, but rather highly similar



behandeling wordt aan de hand van dezelfde symptom score bepaald of het anti-TNF werkzaam is. Als de symptom score verbetert, mag het middel worden gecontinueerd. Zo niet, dan moet het worden gestopt. De effectiviteit is in grote lijnen bekend: 30% goed, 30% beter, 30% niet werkzaam. Het is de bedoeling om in tien à vijftien ziekenhuizen met dit programma een pilotstudie te starten.

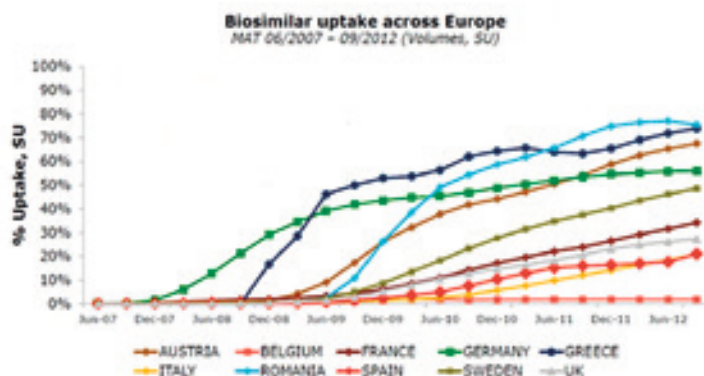
## Biosimilars als alternatief

In de afgelopen periode is er overleg over biosimilars gevoerd door stakeholders die met anti-TNF te maken hebben. Bij die besprekingen zijn wij steeds meer overtuigd geraakt van de zeer vergelijkbare effectiviteit van deze middelen. Er zijn zelfs partijen die spreken van ‘biobetters’, gezien de hogere effectiviteit van sommige van deze producten. Over de prijs van biosimilars is nog weinig bekend. Er gaan geruchten dat een biosimilar in Zuid-Korea voor 50% van de huidige prijs beschikbaar is. Overigens zijn de ontwikkel- en registratiekosten van biosimilars schrikbarend hoog. Dat is ook de reden waarom voor deze middelen geen prijzenslag als bij de PPI’s is te verwachten.

De FTC is van mening dat het verantwoord is om biosimilars voor te schrijven bij nieuwe patiënten en ervaring met deze middelen op te bouwen. Wij zijn zeker geen voorstander van substitutie bij goed ingestelde patiënten.

Marten Otten

Voorzitter Farmacotherapie Commissie



Source: IMS MIDAS, 9th 09/2012

# 6-Thioguanine eindelijk ‘rediscovered’

Sinds 2000 wordt 6-Thioguanine (6TG) in toenemende mate gebruikt om IBD-patiënten te behandelen. Geen wonder, want wanneer immunomodulatie nodig is, blijkt dat 50–60% van de patiënten Imuran (Azathioprine) en Purinethol (6MP) wegens onacceptabele bijwerkingen moet staken. 80% van deze groep verdraagt 6TG wél. De reden is duidelijk: bij 6TG is er maar één stap nodig om het werkzame 6TGN te maken. Bij AZA en 6MP zijn hiervoor veel meer stappen nodig en ontstaan er bovendien onvoorspelbare, toxische of onwerkzame metabolieten.

Inmiddels wordt voorzichtig geschat dat circa 1500 patiënten op 6TG zijn ingesteld. Het gebruik is sterk toegenomen sinds bekend werd dat de gevreesde RNH (regeneratieve nodulaire hyperplasie) in de lever slechts in een klein percentage optreedt bij (te) hoge doseringen. Vermoedelijk is dit bij de andere thiopurines ook het geval. Het advies uit de VU is om eens in de vijf à tien jaar een leverbiopt te verrichten. Toch kleeft er een bezwaar aan het *off label use* (OLU) van thioguanine. OLU maakt farmacovigilantie onmogelijk. Trials worden niet door de industrie gesteund en de bijsluiter van 6TG vermeldt dat het een middel voor de behandeling van acute leukemie is. Dat is voor patiënten niet geruststellend. De overheid probeert OLU terug te dringen. Niet zo gek wanneer we bedenken dat 75% van de MDL-medicatie als OLU wordt gebruikt. Denk onder andere aan

ciclosporine, AZA, 6MP, MTX, octreotide, Tildiem (diltiazem), ISDN (isosorbidedinitraat), amitryptiline, citalopram of erythromycine. De re-registratie met een nieuwe indicatie (bekend als *drug rediscovery*) van een bestaand geneesmiddel is om zeer uiteenlopende redenen een langdurige, kostbare zaak en een frustrerende procedure (zie ook *MAGMA* 3-2013, pag. 87). Na een jarenlang zeer moeizaam traject is het TEVA Nederland BV (namens HLW Pharma) gelukt om in november 2013 een registratiedossier voor gebruik van 6TG bij IBD in te dienen bij het CBG. De basis voor het dossier wordt gevormd door zestien publicaties waarvan veertien studies uit Nederland. De registratie zelf wordt over circa een jaar verwacht.

In februari 2014 heeft IGZ toestemming verleend aan ACE Pharmaceuticals om 6TG beschikbaar te maken. Het is inmiddels verkrijgbaar als ACES-TG® in tabletten van 10 en 20 mg met een breukgleuf voor individueel doseren.

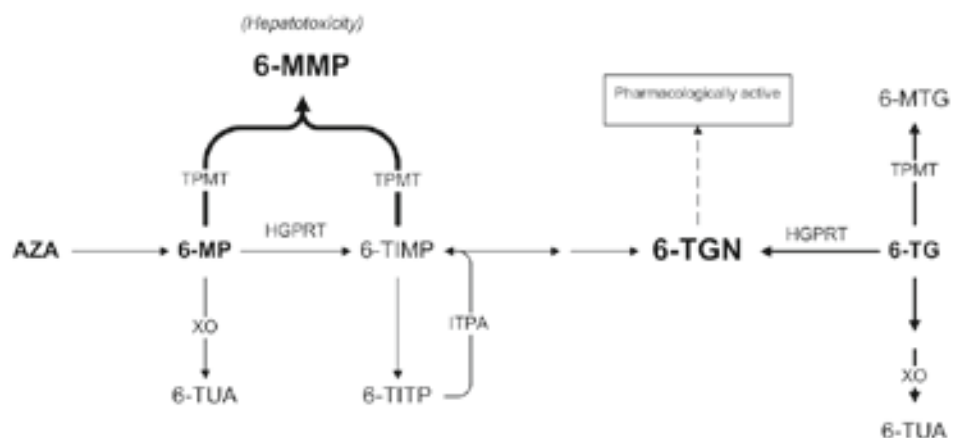
De Farmacotherapie Commissie is van mening dat wij als MDL-artsen het initiatief van HLW Pharma zouden moeten steunen door preferentieel ACES-TG®, tot registra-

tie met artsenverklaring, voor te schrijven. Daarvoor bestaat een aantal goede redenen:

1. De grondstof 6TG is niet meer leverbaar. Daarom is de magistrale bereiding van de capsules (18, 21, 24 en 32 mg) door Apotheek Zorg gestaakt.
  2. Omdat CVZ een negatief advies voor gebruik van Lanvis bij IBD heeft afgegeven, wordt het middel door een aantal zorgverzekeraars niet meer vergoed.
  3. We krijgen een zuiver en nieuw product voor onze patiënten, met een echt GMP-certificaat, voor gebruik bij IBD.
  4. ACES-TG® is gluten- en lactosevrij.
  5. De vergoeding is op dit moment in aanvraag bij Zorgverzekeraars Nederland
  6. Het is de verwachting dat 6TG steeds vaker zal worden gebruikt.
  7. 6TG maakt onderdeel uit van de START/STOP-criteria.
  8. We werken mee aan de ‘rediscovery’ van eindelijk een ‘echt voor IBD geregistreerd geneesmiddel’.
- Kortom, voldoende aanleiding om dit mooie initiatief te steunen.

Marten Otten

Voorzitter Farmacotherapie Commissie



Figuur 1. Het purinemetabolisme is complex en wordt gekenmerkt door een veelheid van vaak toxische metabolieten.





TWINTIGSTE IBD-DAG LEIDEN

## ‘In Australië doe je research in je vrije tijd’

“Ik was helemaal niet bezig met wat ik later zou gaan doen. Na mijn afstuderen had ik gewoon een baan nodig. Ik had een huis met een hypotheek en moest gewoon geld verdienen.” Geoff Forbes – gastroenterologist and Clinical Professor aan de Universiteit van Western Australië – moet glimlachen bij de herinnering. “We wilden allemaal graag naar de UK. Veel van mijn studiegenoten gingen op goed geluk. Dat was mij iets te gortig, met dat huis en die hypotheek. Ik heb elf brieven geschreven en wat getelefoneerd. E-mail was er niet.”

Forbes krijgt een baan aangeboden. In het

King’s College in Londen op de afdeling leverziekten. “Onder leiding van Roger Williams werden daar de eerste levertransplantaties gedaan. Dat was mijn kennismaking met MDL.”

Geoff Forbes noemt het *serendipity*, een prettige speling van het lot, dat hij zich specialiseerde als gastro-enteroloog. MAGMA praat met hem en Andrea van der Meulen aan de vooravond van de 20<sup>ste</sup> IBD-dag in Leiden. Geoff Forbes is *guest of honour*.

“In Australië”, vertelt Forbes “doe je research erbij. Je doet het in de avonduren, in je vrije tijd. En vaak zonder extra finan-

ciële middelen. Zo hebben we in het Royal Perth Hospital, samen met de radiologen, een manier ontwikkeld voor het opsporen van *colorectal cancer*. Daarin zitten de nodige uren vrije tijd, maar we wilden gewoon tot een oplossing komen. In het belang van onze patiënten.”

In Perth ontdekten Forbes en zijn team dat anti-TNF refractaire Crohn-patiënten door de combinatie van immunotherapie en transplantatie van allogene stromale beenmergstemcellen (van gezonde, wildvreemde mensen) beter werden.

Forbes is op de Leidse IBD-dag aanwezig om daarover te vertellen.

### IBD-dag Leiden

De Leiden IBD-dag vierde op vrijdag 7 maart haar twintigste verjaardag in het Corpus in Leiden. Tramedico maakte deze dag wederom mede mogelijk. Eerst werd casuïstiek interactief besproken met het publiek. Janneke van der Woude, Coen Baeten, Pieter Stokkers en ondergetekende hielpen om dit in goede banen te leiden. Na te zijn bijgeschoold op het gebied van broze botten (Natasha Appelman) en de zwangere patiënt (Janneke van der Woude), vertelde Rinse Weersma over ontwikkelingen op genetisch gebied. Marc Ferrante hield een boeiende presentatie over nieuwe medicamenteuze therapieën. Geoff Forbes nam ons mee in de materie van allogene mesenchymale stamceltherapie bij patiënten met M. Crohn. Reden om hem uit te nodigen vanuit Australië, is de gezamenlijke wetenschappelijke interesse. Enkele jaren geleden werd in het LUMC een fase 1-studie verricht naar autologe stromale stamcellen bij de ziekte van Crohn. Momenteel loopt een fase 2-studie naar mesenchymale stamcellen als behandeling bij fistels.

We blikten deze dag terug met enkele sleutelfiguren van de afgelopen jaren (zoals Willem Bemelman, Ruud van Hogezaand, Daan Hommes) en ondertussen kijken we vooruit. De komende jaren zal de Leiden IBD-dag een samenwerking zijn met het Erasmus MC (Janneke van der Woude) en UZ Leuven (Severine Vermeire).

Noteert u vrijdag 23 januari 2015 alvast in uw agenda!

Andrea van der Meulen



Andrea van der Meulen (*links*): “Reden om Geoff Forbes (*rechts*) uit te nodigen voor de IBD-dag Leiden, is onze gezamenlijke wetenschappelijke interesse voor klinische toepassingen op basis van mesenchymaal stamcelonderzoek.”

# We zijn voor steeds meer indicaties bij IBD geregistreerd.<sup>1</sup>

## Zo boekt Remicade elke dag vooruitgang in IBD.<sup>1-5</sup>

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 behandeld<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>1</sup> Momenteel wordt bovendien onderzoek gedaan naar het verbeteren van de respons bij Crohn-patiënten door doseringen te personaliseren.<sup>7</sup> Zo blijft Remicade vorm geven aan vooruitgang. Voor uw patiënten en u, nu en in de toekomst.

Remicade geeft vorm aan vooruitgang.  **Remicade**<sup>®</sup>  
(influximab)



Postbus 581  
2003 PC Haarlem  
Tel: 0800-9999000  
e-mail: [medicalinfo.nl@merck.com](mailto:medicalinfo.nl@merck.com)  
[www.msd.nl](http://www.msd.nl)



## 'BEWEEGACTIVITEITEN VOOR IBD-PATIËNTEN' Maasstad Ziekenhuis winnaar IBD Idee 2014

Tijdens het voorjaarscongres in Veldhoven werd de winnaar van het IBD Idee 2014 bekendgemaakt. De prijs is in 2013 in het leven geroepen op initiatief van Joep Bartelsman, tot 2011 hoofd van de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten in het Amsterdamse AMC. IBD Idee wordt onder-



Juryvoorzitter Joep Bartelsman overhandigde samen met Tineke Markus, directeur van De Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN) de prijs aan de winnaars. *V.l.n.r.: Tineke Markus, Frederieke de Bruijne, Frank Kubben en Joep Bartelsman.*

steund door MSD en jaarlijks uitgereikt voor het beste idee om het leven van patiënten met inflammatoire darmziekte (IBD) te verbeteren. De winnaars van 2014 zijn master physician assistant Frederieke de Bruijne en MDL-arts Frank Kubben van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. Zij bedachten het programma 'Beweegactiviteiten voor IBD-patiënten'. De gelukkige winnaars krijgen € 25.000 om hun plan samen met MSD uit te werken en te realiseren.

### Beweegactiviteiten

Het winnende IBD Idee 2014 is gericht op het starten van beweegactiviteiten voor IBD-patiënten in het Rotterdamse ziekenhuis. Doel is om kracht en conditie van IBD-patiënten te laten toenemen en vermoeidheid te laten afnemen. Kubben en De Bruijne willen in samenwerking met fysiotherapeuten een plan voor beweegactiviteiten opzetten en een *app* ontwikkelen om de betrokkenheid van patiënten te bevorderen en hun beweegactiviteiten te kunnen volgen.

"Hiermee krijgen onze IBD-patiënten een extra hulpmiddel voor het managen van hun eigen ziekte, hetgeen naar verwachting zal bijdragen aan 'patiënt-empowerment' en aan de verbetering van hun levenskwaliteit", vertelt De Bruijne.

De prijs voor het beste IBD Idee werd vorig jaar voor het eerst uitgereikt. Om te kunnen winnen moet een idee in ieder geval innovatief zijn, de kwaliteit van leven voor een IBD-patiënt verbeteren en (nog) niet tot de standaardzorg in Nederland behoren. De winnaar van dit jaar voldoet helemaal aan deze criteria.

**Meer informatie over IBD Idee vindt u op [www.ibdidee.nl](http://www.ibdidee.nl).**

## Afscheid professor Cor Baeten

Op 4 april jongstleden ging Cor Baeten, hoogleraar Colorectale Chirurgie in het Maastricht UMC+, met emeritaat. Gedurende zijn indrukwekkende carrière van 38 jaar heeft professor Baeten altijd veel interesse gehad voor het proctum, in het bijzonder het lot van de feacaal-incontinenten dan wel geobstipeerde patiënt. Zo introduceerde hij onder andere de dynamische gracilisplastiek en sacrale neuromodulatie (zie *MAGMA 3-2012, pag. 95*) in Nederland.

Het afscheid van professor Baeten werd gevierd met een symposium waarbij verschillende promovendi zijn werk de revue lieten passeren. Dit werk zal worden voortgezet door zijn teamleden van het Pelvic Care Center Maastricht.



*Op de foto (v.l.n.r.): verpleegkundige Marion Huysmans-Bosch, professor Cor Baeten en de chirurgen Stephanie Breukink, Laurents Stassen en Jarno Melenhorst. Arts-onderzoeker Paul Janssen staat niet op de foto.*

“Het is soms best wel verwarrend, maar toch zijn er verschillen tussen een verpleegkundig specialist (VS), een verpleegkundig endoscopist (VE) en een physician assistant (PA).” We praten met Thea Korpershoek, voorzitter van de V&VN MDL, de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden voor maag-darm-leverziekten.

## Samen kunnen we patiëntenzorg nog beter maken

“**M**DL was mijn laatste afdeling tijdens mijn verpleegkundige opleiding. Dat vond ik toen zo inspirerend dat ik daar nooit meer ben weggegaan”, vertelt Thea Korpershoek. Daarna werkte ze als MDL-verpleegkundige en als afdelingshoofd van de verpleegafdeling MDL. Zij is nu verpleegkundig specialist in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht.

De V&VN MDL is ontstaan na het samengaan van twee beroepsverenigingen. “De endoscopie en de MDL-verpleegkundigen

kenden ieder hun eigen beroepsvereniging. In 2010 zijn we gefuseerd.”

De beroepsvereniging is voor endoscopieverpleegkundigen en -assistenten, verpleegkundig endoscopisten, verpleegkundig specialisten, MDL-verpleegkundigen en voedingsverpleegkundigen. “Een physician assistant kan alleen buitengewoon lid zijn van de V&VN MDL. Heel Nederland telt zo’n 30 verpleegkundig specialisten MDL (VS), ruim 20 physician assistants (PA) en 58 verpleegkundig endoscopisten (VE).” “De physician assistant en de verpleegkun-

dig specialist kennen beiden een eigen opleiding”, legt Korpershoek uit. “De PA hoeft geen verpleegkundige achtergrond te hebben (en kanis daarom buitengewoon lid van de V&VN MDL) en volgt een algemene brede medisch opleiding met verplichte stages bij verschillende specialismen. Deze opleiding duurt 2,5 jaar.

De tweejarige opleiding tot VS is alleen toegankelijk voor HBO-verpleegkundigen. In overleg met haar mentor bepaalt de VS-in-opleiding welke stages belangrijk en nuttig zijn voor de werkzaamheden binnen de MDL.”

“De VS en de PA”, vervolgt ze, “mogen en kunnen dezelfde (poli)klinische taken uitvoeren en hebben daarin dezelfde verantwoordelijkheden. Het verschil is dat de PA op het medisch domein behandelt en begeleidt, en de VS op medisch én verpleegkundig domein. De beide functies staan dus naast elkaar. Beiden mogen behandelingen inzetten en medicatie voorschrijven.”

“De VE, de VS en de PA mogen in principe alle drie een endoscopie verrichten. Hierbij is het wel van belang dat ze voldoen aan de door de NVMDL gestelde voorwaarden. De VE is een gespecialiseerd verpleegkundige en speciaal opgeleid om endoscopieën te verrichten. Zij heeft geen bevoegdheden om zelfstandig een behandelplan op te stellen en medicatie voor te schrijven, zoals een VS en een PA. Verpleegkundig endoscopisten (VE) werken onder verantwoordelijkheid en in de verlengde-armconstructie van de MDL-arts.”



FOTO: FREDERIKE ROOZEN-SLIEKER, ASZ

Thea Korpershoek, voorzitter V&VN MDL: “We hebben elkaar nodig.”

Aanpassing van de Wet BIG per 1 januari 2012 en een Algemene Maatregel van Bestuur heeft verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) de mogelijkheid gegeven zelfstandig een aantal handelingen te indiceren en te verrichten. “We kunnen nu inderdaad een eigen praktijk beginnen. Maar of dat ook echt gaat gebeuren? Ik denk voorlopig van niet. Het zou ook contraproductief zijn. Onze toegevoegde waarde ligt toch vooral in de samenwerking met de MDL-arts. Samen kunnen we betere zorg leveren. Als verpleegkundig specialist kan ik tijdens mijn poliklinisch spreekuur meer tijd inruimen voor een patiënt dan een MDL-arts. Ook ik kan het ziektebeeld bespreken, behandelingen indiceren, onderzoeken aanvragen en medicatie voorschrijven. Dat komt de patiëntenzorg ten goede en maakt een MDL-afdeling nog efficiënter.”

Ze moet toegeven dat het wennen is, die zelfstandigheid. Voor de verpleegkundig specialist én voor de MDL-arts. Dat komt gedeeltelijk omdat ook bij veel MDL-artsen niet duidelijk op het netvlies staat wat de verschillende functies zoals de PA, VS, VE en de MDL-verpleegkundige nu wel en niet zelfstandig mogen doen.

Het is bovendien zoeken naar de juiste balans. Wie doet wat precies en onder wiens verantwoordelijkheid? Wat mag de verpleegkundig specialist nu wel en niet zelfstandig? Waarbij mogen en kunnen wel eens met elkaar worden verward. “Kortom, het is soms in het duister tasten. Processen moeten worden beschreven en geborgd. Wij als verpleegkundig specialisten zullen onze verantwoordelijkheid moeten nemen. Waar aan de andere kant ons die verantwoordelijkheid wel weer moet worden gegund.

Maar hoe je het nu wendt of keert, we hebben elkaar nodig. Door samenwerking met duidelijke afspraken over wie wat doet en waar de verantwoordelijkheden liggen, kunnen we de zorg nog beter maken. En daar gaat het uiteindelijk toch om.”

## Barrett-therapie in het oosten

Op initiatief van professor Jacques Bergman startte in 2007 in het AMC een EMR- en RFA\*-trainingsprogramma waaraan het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, Catharina Ziekenhuis Eindhoven, HAGA Ziekenhuis Den Haag, Isala Klinieken Zwolle, UMCG en het UZ Leuven deelnamen. In dit zeer inspirerende project werd geleerd hoe vroege laesies in Barrettslokdarm te herkennen, geschiktheid voor endotherapie te beoordelen, alsmede resectietechnieken en complicaties van behandelingen. Naast een endoscopist namen een verpleegkundige en een patholoog deel aan het programma. Na uitgebreid theoretisch onderwijs werd hands on getraind in diermodellen onder leiding van (inter)nationale EMR-experts. Vervolgens werden de eerste resecties bij patiënten onder supervisie in het AMC en op locatie in de centra uitgevoerd (zie verder *MAGMA 4-2009*, p. 115).

### Toepassing

Vanwege de hoge kans op ontstaan van nieuwe maligne laesies volgt na een succesvolle EMR dikwijls aanvullende RFA van het Barrettsegment. Hooggradige Barrettdysplasie is verder een geaccepteerde indicatie voor RFA. Wellicht zal op termijnbehandeling van laaggradige dysplasie ook kosten-effectief blijken.

Bij juiste toepassing van deze techniek is volledige Barrett-ablatie bij meer dan 95% van de patiënten te bereiken. Ook de RFA-techniek werd onder begeleiding van de AMC-staf in de deelnemende centra geïmplementeerd. Tussen de ziekenhuizen die deelnamen aan het trainingsprogramma, bestaat een voortgaande nauwe samenwerking. Inmiddels is een groot aantal belangrijke publicaties verschenen.

### Isala klinieken

Vanuit vele ziekenhuizen uit de regio worden patiënten naar Zwolle verwezen voor beoordeling en behandeling van slokdarmafwijkingen. In ons centrum zijn nu ruim honderd patiënten, veelal poliklinisch, behandeld. Er was geen proceduregerelateerde mortaliteit. Eén perforatie werd endoscopisch behandeld. Wegens submucosale invasie in het EMR-preparaat volgde bij zes patiënten aanvullend een slokdarmresectie.

Het aantal vroegcarcinomen zal de komende jaren toenemen. De genoemde Barrettcentra zijn goed toegerust om op adequate en veilige wijze slokdarmvroegcarcinomen integraal te behandelen. Belangrijkste winst voor de patiënt is uiteraard het voorkómen van een slokdarmresectie en de late complicaties van deze procedure.

*Ed Schenk*

Isala Klinieken, Zwolle

\*EMR: endoscopische mucosale resectie. RFA: radiofrequente ablatie.



**Xifaxan<sup>®</sup>550**  
Rifaximine- $\alpha$

**NIEUW**

# Robuuste bescherming tegen recidiverende episodes van hepatische encefalopathie<sup>1</sup>



Dagelijkse behandeling met XIFAXAN<sup>®</sup> 550 geeft in vergelijking met de huidige standaardtherapie\* de volgende significante voordelen:

- 58% relatieve risicoreductie op doorbraakepisodes van HE ( $p < 0,001$ )<sup>1</sup>
- 50% relatieve risicoreductie op ziekenhuisopnames door HE ( $p = 0,01$ )<sup>1</sup>
- verbetert de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij patiënten met recidiverende HE ( $P = 0,0093$ )<sup>2</sup>

\* In de hoofdstudie<sup>1</sup> werd gelijktijdig lactulose gebruikt door 91% van de patiënten. Zie elders in deze uitgave voor referenties en verkorte SPC.

Product onder licentie van Alfa Wassermann S.p.A.  
XIFAXAN is een handelsmerk van de Alfa Wassermann groep dat in licentie gegeven is aan de Norgine groep.

## ERCP-KWALITEITSREGISTRATIE IN NEDERLAND

# Meten is weten

Kwaliteitsbewaking van endoscopische procedures staat hoog op de agenda. Zeker als het gaat om een hoogrisicoprocedure als een ERCP. Zo getuigen het NVMDL-beleidsplan *Excelleren in de breedte* alsmede de vraag van de Inspectie voor Volksgezondheid om te komen tot een normering en inzicht in de kwaliteit van ERCP in Nederland. De eerste vraag die dan rijst, is: hoe goed is de kwaliteit van ERCP in Nederland? Voldoen we aan gestelde normen? En hoe doen wij het ten opzichte van de landen om ons heen?

## Inzicht

Tot voor kort konden wij het antwoord op deze vragen niet geven. De PERK-studie heeft daarin echter verandering gebracht. In grote lijnen laat de studie zien dat het procedurele succes van ERCP in Nederland gemiddeld rond de 85% ligt. De vooraf gestelde procedurele moeilijkheidsgraad, een intacte papil en eerder mislukken van het ERCP, komen naar voren als onafhankelijke voorspellers voor falen. Het jaarlijkse volume is een voorspeller voor succes. Globaal is dit terug te zien in *Tabel 1*.

Hoe kunnen we vanuit deze wetenschap nu de vertaalslag maken die leidt tot verhoging van de kwaliteit? Het eerste antwoord op deze vraag is altijd: instellen van een volumennorm. Dit is een relatief eenvoudige maatregel die zal bijdragen aan de verhoging van de kwaliteit. Toch is dit naar mijn mening niet de weg die wij met z'n allen moeten inslaan. Ik zie het als een eenmalige injectie in een project dat daarna weer ongestuurd verder gaat. Bovendien doe je hiermee vele ERCP-isten met goede resultaten

tekort en *vice versa*. Het gericht sturen op kwaliteit in plaats van op een drempelgetal is een veel betere methode en biedt ook mogelijkheden het project op meerdere punten bij te sturen. Het eindresultaat zal veel beter zijn en hiermee de kwaliteit van ERCP in Nederland.

## Zelfregulatie

Dit proces van kleine stapjes richting verbetering is al geruime tijd gaande en behoeft hier en daar misschien alleen maar wat duwtjes in de goede richting. Hiermee doel ik op het proces van zelfregulatie. De afgelopen jaren is er een sterke tendens ontstaan waarin uiteindelijk minder ERCP-isten meer ERCP's zijn gaan doen. Maatschappen worden groter en het is heel normaal geworden dat niet iedereen meer alles doet. Zelfs taakverdeling tussen nabijgelegen ziekenhuizen leidt op microniveau tot concentratie van ERCP's. Waarschijnlijk heeft ook de start van de PERK-studie hier een duwtje in de goede richting gegeven. Daarnaast is deze tendens inmiddels ook al in de oplei-

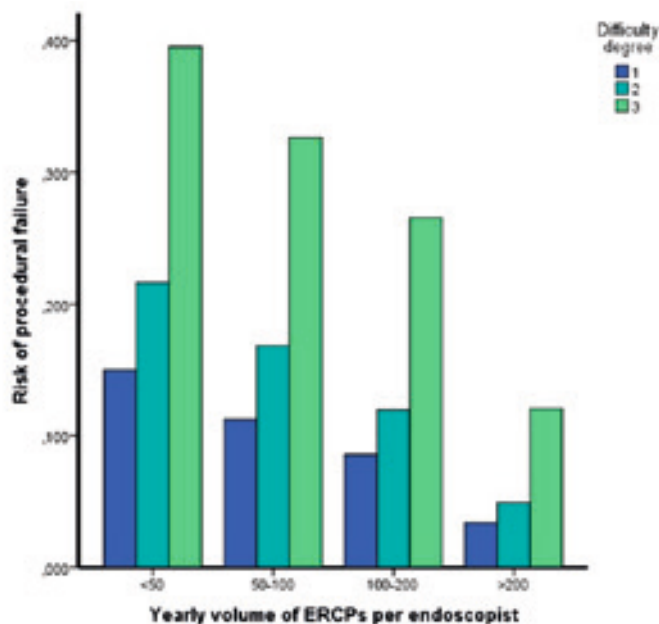
ding doorgedrongen. Er worden minder AIOS opgeleid tot ERCP-ist; degenen die wel worden opgeleid, krijgen hierdoor meer blootstelling aan procedures en stromen op een hoger competentieniveau uit.

## Feedback

De PERK-studie heeft ons nog een belangrijk instrument verschaft: de mogelijkheid tot terugkoppeling van individuele prestaties ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Dit maakt het mogelijk dat iedere ERCP-ist feedback krijgt op zijn eigen getallen. Deze feedback alleen zorgt al voor verbetering en geeft voer voor discussie over taakverdeling binnen de maatschappen. Momenteel wordt er hard gewerkt aan de koppeling aan verslagsystemen, zodat dit feedbackinstrument voor iedereen beschikbaar is zonder dubbelregistratie. Naar mijn mening is dit hét instrument om de kwaliteit van ERCP in Nederland te laten excelleren.

*Arjun D. Koch*

MDL-arts, Erasmus MC



**Tabel 1.**

De relatie tussen procedureel succes en volume van uitgevoerde ERCP's

SUCCES VAN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

# ‘Wij kennen geen koninkrijkjes’

“Hein heeft absoluut de juiste spirit. Zonder hem is het nog maar de vraag of we er ooit zouden zijn gekomen”, zegt Marc Besselink (hepato-pancreato-biliair chirurg AMC) zonder enige aarzeling. Hein Gooszen (hoogleraar Academisering van Operatieve Processen RadboudUMC) zwakt de bewering onmiddellijk af met “het is vooral teamwork dat we zo ver zijn gekomen. En veel, heel veel enthousiasme bij alle leden van de werkgroep.”

**W**e praten met de oud-voorzitter Gooszen en huidig bestuurslid Besselink van de Pancreatitis Werkgroep Nederland. “Hoe uniek deze multidisciplinaire samenwerking is, merk je pas goed wanneer je in het buitenland bent.” Besselink vertelt over een recente ervaring tijdens een congres van de Association for Academic Surgery in San Diego. “Ik vroeg de vijfhonderd academische chirurgen in de zaal wie er ooit betrokken was geweest bij de opzet van een multicentrisch onderzoek. Niet meer dan vijf handen gingen de lucht in. Zoiets is in Nederland ondenkbaar.”

Gooszen: “Typisch de Verenigde Staten. Multidisciplinair, multicenter onderzoek is daar zeldzaam. Maar dat geldt ook voor andere terreinen waar specialisten in Nederland wel samenwerken en in de VS in het geheel niet. Samenwerken is meer onze cultuur. Niet alleen onderling als specialisten maar ook tussen ziekenhuizen. Peter Banks, een befaamde Amerikaanse MDL-arts erkende recent dat wij in Nederland mijlenver op hen vóór liggen. ‘Wij halen jullie op het gebied van patiëntgebonden onderzoek nooit meer in’, vertrouwde hij me toe.” Samenwerken met andere disciplines zit Gooszen in de genen. Bij het RadboudUMC is hij behalve hoogleraar Academisering van Operatieve Processen ook Afdelingshoofd Operatiekamers om een betere samenwer-

king te bewerkstelligen tussen de afdeling OK en de snijdende afdelingen, de afdeling anesthesiologie, de afdeling radiologie en vele anderen die met de OK hebben te maken. “Mijn dag is goed,” schrijft hij op de website [www.samenok.nl](http://www.samenok.nl) “na een inspirerend overleg waar wederzijdse ambitie op scherp wordt gezet, waar wegen worden gezocht naar inhoud en oplossing. Het moment dat ik niet meer zal vergeten, is dat ik, teruglopend van een onderhoud met Melvin Samsom, plotseling zag hoe de tomeloze veelkoppige ambitie van de Afdeling OK kon worden samengevat in ‘1-DaTE: one day Diagnosis and Treatment Environment’: alle dokters, diagnostische en therapeutische apparatuur aanbieden in één dag, rondom de patiënt op de OK, in plaats van het bewandelen van een onzekere en onduidelijke weg na de operatie langs poliklinieken, laboratoria en diagnostische afdelingen.”

Besselink weet niet beter dan dat onderlinge samenwerking tot de beste resultaten leidt. “Wij kennen geen koninkrijkjes”, verklaart hij het succes van de Pancreatitis Werkgroep Nederland. “En dat is maar goed ook, want wij moeten wel samenwerken. Zonder dat waren nooit die onderzoeksresultaten geboekt waarop we nu met enige trots kunnen terugkijken. Dat kan niet met een klein groepje specialisten, laat staan in één ziekenhuis.”

Inmiddels zijn drie multicenter, multidisciplinaire gerandomiseerde trials gepubliceerd in een ander top-3 algemeen medisch tijdschrift. *The Lancet* publiceerde de resultaten van de PROPATRIA-trial. *The New England Journal of Medicine* plaatste de resultaten van de PANTER-trial en *JAMA* die van de PENGUIN-trial.

De werkgroep telt ruim tachtig leden. Chirurgen (40%), MDL-artsen (40%), radiologen (25%) en intensivisten (15%) uit de acht universitair-medische centra en uit zestien grote opleidingsziekenhuizen. Het doel van de werkgroep is het verbeteren van de behandeling en diagnostiek van patiënten

## Expertpanel

Wat doe je als je te maken krijgt met een ernstige acute pancreatitis? Een zeldzame ziekte waarmee je als ziekenhuis slechts enkele keren per jaar te maken krijgt? Dan neem je direct contact op met het Expertpanel via [www.pancreatitis.nl](http://www.pancreatitis.nl). Binnen 24 uur komt het Expertpanel met een advies over de behandeling van de patiënt.

Het panel, opgericht in 2006, is een initiatief van de Pancreatitis Werkgroep Nederland en de Alveeskliervereniging. Het bestaat uit achttien deskundigen op het gebied van acute pancreatitis; acht chirurgen, zes MDL-artsen en vier radiologen, afkomstig uit acht verschillende Nederlandse ziekenhuizen.

Dit schoolvoorbeeld van multidisciplinaire samenwerking werd in 2010 genomineerd voor de IGZ ZorgVeiligPrijs. Het Expertpanel ontving uiteindelijk de tweede prijs.





met pancreatitis door een combinatie van centralisatie, consultatie en multicenter-onderzoek.

De werkgroep werd in 2002 als de Acute Pancreatitis Werkgroep Nederland op initiatief van Hein Gooszen opgericht. Marc Besselink was de eerste arts-onderzoeker. In 2007 werd besloten de naam te veranderen in Pancreatitis Werkgroep Nederland nadat ook onderzoek naar chronische pancreatitis werd opgestart.

“Binnen de werkgroep is iedereen gelijk. Niemand is erop uit om met een idee van een ander aan de haal te gaan. Daaraan zijn veel onderzoeken in het verleden kapot gegaan of in de kiem gesmoord”, vertelt Gooszen. “Elk idee krijgt bij ons een eer-

lijke kans. Niets wordt op voorhand afgeblazen. Of afgedaan met ‘niet interessant’ of ‘zie ik niet zitten’. Dat bestaat gewoon niet. Afblazen gebeurt op het moment dat de groep als geheel tot die conclusie komt.” Het succes van de werkgroep wordt ook bepaald door onze structuur met voltijds klinische promovendi, leggen beiden uit. Promotieonderzoek na je afstuderen en vóór een verdere specialisatie is in ons land heel normaal, in scherpe tegenstelling met omliggende landen en Scandinavië. Dankzij die structuur kan de Pancreatitis Werkgroep Nederland beschikken over voldoende, “uitermate gemotiveerde” onderzoekers. Natuurlijk komt onderzoek ook in het buitenland voor, maar het grote verschil is dat de promovendi in Nederland hun

promotieonderzoek op uitsluitend klinisch-wetenschappelijk onderzoek kunnen doen, waar in het buitenland hoofdzakelijk empirisch of technisch onderzoek wordt gedaan.

*Last but not least* wijst Besselink op het rouleren binnen de werkgroep. De voorzitter, de hoofdonderzoekers van de trials en de locatie van het datacentrum rouleren. Het datacentrum van de werkgroep is eind maart verhuisd van het RadboudUMC Nijmegen naar het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Ook de voorzitter Marco Bruno, maag-darm-leverarts in het Erasmus MC in Rotterdam is nieuw. “Voor die roulatie is bewust gekozen. Dáármee voorkom je het ontstaan van koninkrijkjes.”

NIEUW

FERRING

PHARMACEUTICALS

Lokaal werkend corticosteroid bij  
milde tot matige actieve colitis ulcerosa

# CORTIMENT®

## KRACHT VAN CORTICOSTEROÏD LAGE SYSTEMISCHE BELASTING

SIMPELWEG  
KUNNEN  
GENIETEN



Cortiment®MMX®

Kracht met gewenst veiligheidsprofiel

### Verkorte samenvatting van de productkenmerken

Naam van het geneesmiddel: Cortiment 9 mg. Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: Een tablet bevat 9 mg budesonide. Farmaceutische vorm: tabletten met verlengde afgifte. Therapeutische indicaties: Inductie van remissie bij lichte tot matig ernstige actieve colitis ulcerosa). Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. Cortiment bevat o.a. sojaolie. Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Gebruik met voorzichtigheid bij patiënten met een infectie, hypertensie, diabetes mellitus, osteoporose, ulcus pepticum, glaucoom of cataract, of wanneer diabetes of glaucoom in de familie voorkomt, of met een andere aandoening waarbij het gebruik van glucocorticoiden ongewenste effecten kan hebben. Het overstappen vanaf een andere steroïdenbehandeling kan resulteren in symptomen die samenhangen met veranderingen in de systemische steroïdenwaarden zoals: allergieën, goedaardige intracraniale hypertensie. Het verlagen van de dosis systemische steroïde moet in dat geval met de nodige voorzichtigheid plaatsvinden. Door suppressie van de ontstekingsreactie en het immuunsysteem neemt de vatbaarheid voor en de ernst van infecties toe. De klinische presentatie kan atypisch zijn, en ernstige infecties, zoals sepsis en tuberculose, kunnen worden gemaskeerd, waardoor ze een vergevorderd stadium kunnen bereiken voordat ze worden herkend. Als patiënten zijn geïnfecteerd of wanneer verdenking op infectie bestaat, overweeg dan om de behandeling met glucocorticoiden te verminderen of te staken. Glucocorticoiden kunnen suppressie van de HPA-as veroorzaken en de stressrespons verminderen. Wanneer patiënten een operatie of andere stressvolle situaties ondergaan, wordt aanvullende behandeling met systemische glucocorticoiden aanbevolen. Een verminderde leverfunctie kan invloed hebben op de eliminatie van glucocorticoiden. Het risico van systemische bijwerkingen neemt toe bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis (bijv. levercirrose). Wanneer de behandeling wordt gestaakt kan het nuttig zijn om de dosis geleidelijk aan te verlagen. Bijzondere zorg is noodzakelijk wanneer het gebruik van systemische corticosteroiden wordt overwogen bij patiënten met bestaande of eerdere ernstige affectiviteitsstoornissen of wanneer deze voorkomen bij familieleden in de eerste graad. Er kunnen systemische effecten van steroïden optreden, met name wanneer deze worden voorgeschreven in hoge doses of gedurende langere tijd. De Cortiment tabletten bevatten lactosemonohydraat en mogen daarom niet worden ingenomen door patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, Lapp lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie. Wees voorzichtig met gelijktijdig gebruik van Cortiment met ketoconazol of met grote hoeveelheden grapefruitsap. Omdat bekend is dat corticosteroiden een immunologisch effect hebben, is het waarschijnlijk dat gelijktijdige toediening van Cortiment tabletten de immuunreactie op vaccins vermindert. Bijwerkingen: vaak komt voor: misselijkheid, pijn in de boven-buik, hoofdpijn, slapeloosheid, stemmingswijziging, daling cortisolwaarde in bloed, influenza, virusinfectie van de bovenste luchtwegen. Registratiehouder: Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX, Hoofddorp. Afleverstatus: U.R. Datum tekst: september 2013

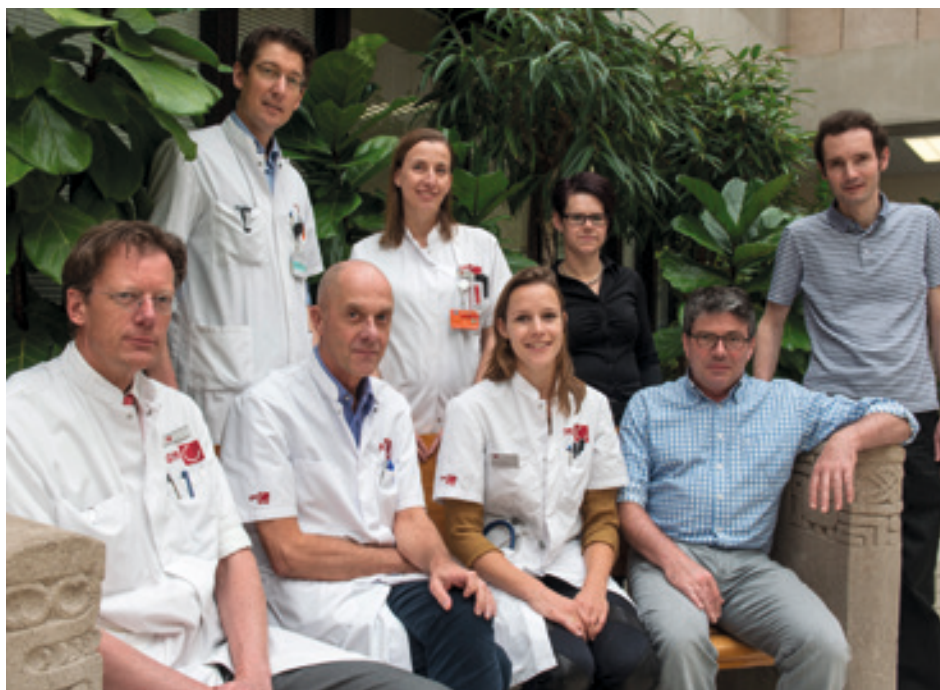
# Achalasie in het AMC

**H**et hoog-complexe en laagfrequente karakter van achalasia heeft de afgelopen jaren wereldwijd geleid tot toegenomen concentratie van de achalasiEZorg. De ziekte is altijd al relatief zeldzaam geweest. Door (onder andere) de ontwikkelingen in de hoge-resolutiemetrie is het inmiddels mogelijk verschillende subtypes van achalasia te onderscheiden, die elk weer anders op therapie reageren. Ook de introductie van per-orale endoscopische myotomie (POEM) heeft geleid tot veranderingen in het beleid. De verwachting is dat deze techniek in de toekomst een steeds grotere rol zal gaan spelen in de behandeling van achalasiEPatiënten.

POEM is een techniek op het snijvlak van endoscopie en chirurgie, waarbij door middel van een endoscopisch gecreëerde submucosale tunnel in de slokdarm de circulaire spieren van de distale slokdarm en slokdarmsfincter worden doorgenomen. De procedure wordt uitgevoerd op de endoscopiekamer onder algehele anesthesie, in het AMC inmiddels al ruim 60 keer. De therapiekeuze is niet meer voor elke achalasia hetzelfde, maar steeds meer *patient-tailored*, waarbij leeftijd, geslacht, manometrisch profiel, uitkomst van de slikfoto én wens van de patiënt uiteindelijk bepalen welke therapeutische stap wordt gekozen.

## Samenwerking

In het AMC werken chirurgen, MDL-artsen met aandachtsgebieden motiliteit en endoscopie, kinderartsen en diëtisten nauw samen om tot een goed beleid te komen. Naast de grote groep bekende achalasiEPatiënten consulteren ieder jaar ongeveer 120 nieuwe onbehandelde of elders behandelde achalasiEPatiënten onze poliklinieken. Er is een wekelijkse gemeenschappelijke MDL-chirurgiepoli voor achalasiEPatiënten,



Het AMC-achalasiETeam (v.l.n.r.): (staand) Arjan Bredenoord (MDL-arts), Marlies Schijven (chirurg), Ramona Wolf-Samplonius (doktersassistente), Sem Hillenius (functieonderzoeker); (zittend) Paul Fockens (MDL-arts), André Smout (MDL-arts), Fraukje Ponds (arts-onderzoeker), Jac Oors (functieonderzoeker).

Niet afgebeeld: René van den Wijngaard (bioloog), Marc Benninga (kinderarts), Aaltje Lei (onderzoeksverpleegkundige).

een gespecialiseerd motiliteitscentrum voor functiemetingen van de slokdarm en een onderzoeksteam met promovendi en researchverpleegkundigen.

Naast onderzoek op pathofysiologisch en diagnostisch vlak worden er meerdere internationale trials uitgevoerd waarin de effectiviteit van POEM wordt vergeleken met ballondilatatie (POEMA-trial) of met Heller-myotomie (ELMA-trial). Er worden in het AMC ongeveer 20 chirurgische myotomieën per jaar verricht en nog eens 20–30 endoscopische myotomieën.

## Patiëntenvoorlichting

Om patiënten te informeren over de aard van hun ziekte en behandelmogelijkheden

heeft *whizkid*-chirurg Marlies Schijven samen met een vertegenwoordiger van de patiëntenorganisatie 'Leven met Achalasia' de website [www.achalasia.nl](http://www.achalasia.nl) gemaakt. Daarnaast is er een Nederlandstalige achalasiEWiki en een facebookpagina opgezet. Op de achalasiEWBSITE is een forum geplaatst, zodat patiënten ook onderling kunnen communiceren.

*Arjan Bredenoord en Paul Fockens*  
AMC Amsterdam

## Websites

<http://nl.wikipedia.org/wiki/Achalasia>  
<http://www.achalasia.nl>  
<https://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Patienteninformatie/Achalasia.htm>

# Eerste bevindingen audits endoscopiecentra

In januari 2014 is de landelijke screening naar darmkanker (verder: BVO) in heel Nederland gestart. In dit artikel richt ik mij op eerste indrukken over de coloscopiecentra en de kwaliteitsnormen die daaraan zijn gesteld. Zoals bekend is gebruikgemaakt van het *Protocol voor de toelating en auditing van coloscopiecentra en endoscopisten* (RIVM januari 2014, versie 3.0).

Nog even samengevat: de organisatie van het BVO ligt bij de vijf screeningsorganisaties in Nederland. Elke organisatie heeft een RCMDL (regionaal coördinerend MDL-arts voor de coloscopiecentra), een TCMDL (technisch coördinerend MDL-arts voor de individuele endoscopisten), een RCP (regionaal coördinerend patholoog) naast een projectleider vanuit de screeningsorganisatie. Deze werken allen volgens vastgestelde protocollen.

## Algemeen

Bij de start van de audits in 2013 ontstond een bijzondere situatie door de landelijke screening. Naast de periodieke audits van de NVMDL werd een tweede audit verplicht teneinde te kunnen meedoen aan de landelijke screening die specifiek was gericht op de endoscopiecentra.

Dit gebeurde op basis van vrijwilligheid, waarbij duidelijk was dat risico's werden genomen op een negatieve uitkomst. Toch was het enthousiasme groot, wat bleek door het bijzonder hoog aanmeldingspercentage van bijna 100% door ziekenhuizen en ZBC's. Dit getuigt mijns inziens van een professionele houding van endoscopisten en centra.

Bij aanvang van de audits was in bijna elk centrum enige gereserveerdheid te bemerken. Maar na de audit bleek dit vrijwel overal omgeslagen. Veel centra hebben van de audits gebruikgemaakt om hun processen rondom de endoscopie te optimaliseren. Een belangrijk onderdeel hiervan waren de inspanningen die werden verricht om alle protocollen, richtlijnen enzovoorts tot één

geheel te smeden, waardoor men als bestuurder van een centrum *in control* blijft over het gehele proces rondom de patiënt die een endoscopie ondergaat. Van intake tot follow-up.

In Nederland is de endoscopische zorg gelukkig goed op orde. Er is een duidelijk bewustzijn bij organisaties en personeel dat kwaliteit en veiligheid leidend moeten zijn. Er wordt gewerkt volgens een groot aantal protocollen, zoals SFERD, WIP, erfelijke darmkanker, follow-up poliepen enzovoort.

## Sedatierichtlijn

Een belangrijk thema anno 2014 is de nieuwe sedatierichtlijn en de implementatie daarvan. Wij hebben gezien dat vele ziekenhuizen en ZBC's worstelen met de exacte invulling in praktisch opzicht. De audits in het kader van de screening hebben zichtbaar bijgedragen aan de uitvoering van dit protocol, wat blijkt uit de zorgvuldigheid van de intake voor sedatie, de borging van de veiligheid van patiënten door het opstellen van procedures en de aanschaf van monitoren voor permanente bewaking.

Omdat BLS en BLS+ een eis zijn geworden, zijn alle artsen en deelnemende verpleegkundigen nu geschoold in Reanimatie en Basis Life Support.

## ICT-perikelen

In nagenoeg elk ziekenhuis en ZBC in Nederland is de endoscopische verslaglegging gedigitaliseerd, wat een grote verbetering is in kwaliteit bij het traceren van verrichtingen.

ColonIS is het centrale informatiesysteem waarmee het BVO werkt. Dit heeft koppelingen naar alle relevante datasystemen zoals het GBA, endoscopieverslagleggingssystemen, pathologie enzovoorts. Bij het opstarten van het BVO bleken er toch de nodige kinderziekten in te zitten, dit ondanks een uitgebreide pilot die in 2013 heeft plaatsgehad. Veel is gesproken over de grote hoeveelheid informatie die in ColonIS moet worden geregistreerd. Daarnaast hebben de richtlijnen voor de verwijdering van poliepen en de registratie hiervan tot forse discussies geleid. Op dit moment wordt een nieuwe richtlijn hiervoor besproken.

## Contractering

In *MAGMA 1-2014 (pag. 17/21)* heb ik al geschreven over de problemen rondom de contractering van de zorgverzekeraars.

## Uitnodigingen en testen

Omdat de start van de screening oorspronkelijk in 2013 zou beginnen met de leeftijdsgroepen 75 en 65 jaar, zijn deze door het uitstel van het BVO doorgeschoven naar het eerste kwartaal van 2014. Dit heeft tot gevolg gehad dat er in 2014 een veel groter aantal positieve iFOBT-testen wordt gevonden dan berekend. Men ging ervan uit dat 6,4% van de iFOBT-testen een positieve uitslag zouden geven, dit blijkt meer dan

twee keer zo hoog te zijn. Dit betekent een grotere belasting voor de beginnende coloscopiecentra.

Daarnaast kan het vóórkomen dat het centrale regelsysteem (gevoed door alle *slots*) als feedback krijgt dat minder uitnodigingen moeten worden verstuurd omdat in bepaalde regio's of ziekenhuizen wachttijden (gemeten naar afstand en tijd) worden overschreden. In andere regio's of ziekenhuizen hoeft de capaciteit echter geen probleem te zijn. Toch wordt ook voor hen het aantal verstuurd uitnodigingen naar beneden bijgesteld, zodat er lokaal opeens *slots* onbezet zijn. Het kan betekenen dat mensen in bepaalde gebieden (nog) niet worden uitgenodigd en/of naar ziekenhuizen veel verder weg worden gestuurd, terwijl dit niet nodig zou zijn c.q. niet zou gebeuren als per regio de capaciteit wordt geregeld.

### Wat wordt nu de toekomst?

Wij zullen op de ingezette weg doorgaan. Momenteel wordt gewerkt aan een auditprogramma waarbij jaarlijks alle centra op deelaspecten zullen worden beoordeeld. Eén keer in de drie jaar zal een volledige audit plaatsvinden. Hiermee hopen we de kwaliteit hoog te houden, te borgen en nieuwe ontwikkelingen snel te implementeren.

Het wordt een uitdaging om centra of individuele endoscopisten die de kwaliteitsnormen niet halen, op juiste wijze te behandelen. Het aantal leeftijdsgroepen zal per jaar toenemen, zodat er een steeds groter appèl op de centra wordt gedaan. Als laatste ben ik erg benieuwd wat de opstelling van de zorgverzekeraars zal zijn in 2015 en de jaren erna. Het bevolkingsonderzoek gaat alleen werken als bij alle partijen het besef aanwezig is dat kwaliteit en veiligheid leidend moeten zijn, niet alleen in een dergelijk programma maar ook in de dagelijkse praktijk. Gelukkig kunnen wij constateren dat dit besef bij de endoscopisten en centra in grote mate aanwezig is.

*Michiel van Haastert*

## Aanpassingen in landelijke dataset?

**Nu het bevolkingsonderzoek eindelijk van start is gegaan, moeten we inderdaad constateren dat we met name voor de patiënten die dit jaar 75 en 76 jaar worden, net op tijd waren. Grote poliepen en carcinomen worden frequent gevonden.**

Voor de MDL-artsen die meedoen aan de screening, was alles even wennen. Dat iedereen uiteindelijk voor het examen is geslaagd, laat gelukkig zien dat de kwaliteit van Nederlandse MDL-artsen hoog is. En voor veel collega's bleek 'examen doen' leuk en leerzaam.

Veel voorbereidend werk is door verschillende commissies verricht. De kwaliteitscriteria zijn uitgebreid in vergaderingen aan de orde geweest. ColonIS is gebouwd om alle data te kunnen verzamelen die nodig zijn om het bevolkingsonderzoek te monitoren en te evalueren en zo nodig bij te sturen. Met de dataset die is gedefinieerd, hebben de verschillende bedrijven het eigen verslagsysteem aangepast. Deze systemen zijn ontworpen om te monitoren, waarbij nog onvoldoende aandacht besteed is aan de gebruikersvriendelijkheid en de communicatie naar huisarts of collega's.

### Verbeterpunten

In de praktijk lopen we tegen verschillende aspecten in de dataset aan, die nog verbeterd kunnen worden. Daarom is door RIVM en NVMDL de MDL-redactieraad in het leven geroepen. Deze commissie zal inventariseren waar het systeem hapert, wat kan worden verbeterd en dan zoeken naar oplossingen. Voor de MDL-artsen in deze commissie is het van belang dat er vanuit de beroepsgroep feedback komt over de dataset.

### Oproep

Wij willen daarom iedereen die aan het BVO deelneemt, vragen verbeterpunten aan te dragen, feedback te geven over de dataset en suggesties te doen voor een efficiënte(re) verslaglegging van het bevolkingsonderzoek. Wij hopen van zo veel mogelijk mensen een bijdrage aan de eerste evaluatie te mogen ontvangen!

**Mail vóór 20 juni 2014 naar [redactie.dataset@rivm.nl](mailto:redactie.dataset@rivm.nl)** (graag met duidelijke omschrijving). U kunt ook via [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) een wijzigingsverzoek invullen: het formulier vindt u met de zoekterm 'Invulformulier\_wijzigingsverzoek\_dataset\_en\_berichten\_november\_2013'.

Met vriendelijke groet,  
*Monique van Leerdam*  
mede namens de MDL-redactieraad

# MOMENTS LIKE THIS...

SOVALDI<sup>®</sup> verandert de behandeling van Chronische Hepatitis C op ingrijpende wijze en biedt meer mensen kans op genezing



Meer productinformatie elders in deze uitgave.



HCV/NL/14-02/PM/1072/MAGMA

# NOACs: Bloedlink!

Regelmatig blijkt dat patiënten niet volledig op de hoogte zijn van de medicatie die zij gebruiken. Tijdens therapeutische endoscopische procedures zoals poliepectomie in het kader van het BVO coloncarcinoom kan dit tot problemen leiden als patiënten antitrombotische medicatie gebruiken. Voorheen konden dergelijke problemen (deels) worden ondervangen door vooraf te vragen of zij werden gecontroleerd door de trombosedienst. Met de komst van de nieuwe orale anticoagulantia (NOACs) en de relatieve naamsonbekendheid hiervan gaat dit echter niet meer op.

In Nederland zijn de vitamine-K-antagonisten acenocoumarol (*Sintrom*) en fenprocoumon (*Marcoumar*) de meest voorgeschreven anticoagulantia. Indicaties voor het gebruik van anticoagulantia zijn bijvoorbeeld atriumfibrilleren en behandeling van diepveneuze trombose. De instelling en controle van deze medicatie vindt in ons land voornamelijk plaats door de trombosediensten.

In de afgelopen jaren is het arsenaal van antitrombotische therapie uitgebreid met onder andere de NOACs. De drie momenteel in Nederland meest gebruikte NOACs zijn de trombineremmer dabigatran (*Pradaxa*) en de factor-Xa-remmers apixaban (*Eliquis*) en rivaroxaban (*Xarelto*). De NOACs worden in een vaste dosering voorgeschreven en er zijn geen INR-controles nodig. Begeleiding door een trombosedienst behoort daardoor tot het verleden. Daarnaast bleken de NOACs in alle trials gelijkwaardig aan vitamine-K-antagonisten bij de preventie van trombo-embolische complicaties ten gevolge van non-valvulair

atriumfibrilleren en superieur in het voorkomen van herseninfarct of systemische trombo-embolische complicaties. Verder veroorzaakten de NOACs in alle onderzoeken minder intracranieële bloedingen. Een andere veelvuldige indicatie voor het gebruik van NOACs is voorkoming van veneuze trombo-embolie na orthopedische operaties zoals heup- en knieprothese. De duur van behandeling is tot 15 dagen na een knieprothese en tot 40 dagen na een totale heupprothese.

Enkele beperkingen die verbonden zijn aan het gebruik van NOACs, zijn het ontbreken (althans op dit moment) van een specifiek antidotum, het ontbreken van specifieke laboratoriumtesten om de werkzaamheid te meten, en de relatief hoge kosten vergeleken met de huidige standaardtherapie. Daarnaast bestaat enige zorg over het grotere aantal patiënten met een tractus-digestivusbloeding.

De INR is specifiek ontwikkeld voor het meten van de effecten van vitamine-K-an-

tagonisten en is daarom ongeschikt voor het aantonen, uitsluiten of de concentratiebepaling van de NOACs. Ook andere standaardlaboratoriumtesten die in de praktijk worden gebruikt om de stolling van de patiënt in te schatten, zoals de protrombinetijd (PT), *activated partial thrombin time* (aPTT) en trombinetijd (TT), zijn niet altijd geschikt voor aantonen, uitsluiten of concentratiebepaling van NOACs. Patiënten kunnen bijvoorbeeld een normale PT (of INR) hebben bij een klinisch relevante dabigatran-concentratie. Bij gebruik van dabigatran is de aPTT-curve lineair in het normale en laag-therapeutische gebied, maar is bij overdosering ongeschikt als meetinstrument. Dabigatran kan specifiek worden gemeten in het bloed door de verdunde trombinetijd (dT) te bepalen. De PT is verlengd in aanwezigheid van rivaroxaban en apixaban. De anti-Xa-test geeft een specifieke weergave van de hoe-

**Lees verder op pagina 65.**

Tabel 1. Advies over tijdstip laatste inname NOAC voorafgaand aan ingreep

Hoog risico-ingreep*		
	Kreatineklaring, mL/min	Tijdstip van laatste dosis vóór de procedure
<b>Dabigatran</b>	>50	48 uur
	30-50	72 uur
<b>Rivaroxaban</b>	>30	48 uur
<b>Apixaban</b>	>30	48 uur
Laag risico-ingreep		
	Kreatineklaring, mL/min	Tijdstip van laatste dosis vóór de procedure
<b>Dabigatran</b>	>50	24 uur
	30-50	48 uur
<b>Rivaroxaban</b>	>30	24 uur
<b>Apixaban</b>	>30	24 uur

\*Hoog risico-procedure is **niet** gelijk aan hoog *bloedings*risico-procedure.



# Focus op perfectie

- ✓ Salofalk® Granu-Stix® voor de inductie van remissie én als onderhoudsbehandeling van colitis ulcerosa.<sup>1</sup>
- ✓ Er is circa 80% van de toegediende orale dosis mesalazine beschikbaar in het colon, het sigmoïd en het rectum.<sup>1</sup>



- ✓ Salofalk® 3g Granu-Stix® significant effectiever dan Salofalk® tabletten in de behandeling van actieve distale colitis ulcerosa.<sup>2</sup>
- ✓ Patiënten geven de voorkeur aan een eenmaal daagse dosering.<sup>3</sup>

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

Focus op perfectie





**Vervolg MDL-Transfers van pagina 37.**

#### Zuiden

Tamara Munnecom (MUMC) start als 6<sup>de</sup> MDL-arts in het VieCuri in Venlo. Ziekenhuis Bernhoven Veghel ligt, zoals we al eerder hebben geschetst, volledig op koers en heeft 2 MDL-artsen losgeweekt die na opleiding in het RadboudUMC graag in deze Bernhoven-locatie starten: Ruud Schrauwen en Marieke Penning. Jan van Spreeuwel gaat echter per 1 augustus Bernhoven verlaten om te genieten van een welverdiend pensioen. Wink de Boer maakt deel uit van de Raad van Bestuur en werkt nog parttime als MDL-arts. Eind 2014 zal de MDL-groep van Bernhoven dan uit 8 artsen bestaan.

Het Catharina Ziekenhuis realiseert zich dat ze vergeleken met andere MDL-klinieken, zonder opleiding, in Zuid-Nederland nog een inhaalslag moeten maken. Zij zoeken een 7<sup>de</sup> en 8<sup>ste</sup> MDL-arts vóór 2015. Loes Nissen blijft voorlopig als MDL-onderzoeker werken in het Radboud Ziekenhuis.

#### Algemeen

Momenteel studeren ongeveer 30 à 40 MDL-artsen per jaar af. Er zijn 232 MDL-artsen in opleiding. Sommigen maakten zich zorgen dat dit grote aantal geen emploti zou kunnen krijgen. Het lijkt erop dat bij solliciteren in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam grotere aantallen kandidaten zich presenteren. De rest van Nederland, met name de periferie, heeft nog grote problemen om mensen aan te trekken. Wink de Boer, éminence grise uit Bernhoven, maakt zich zorgen dat jongeren steeds vaker een plek zoeken in de buurt waar ze hun opleiding hebben gevolgd, waardoor clustering dreigt van mensen die in dezelfde kliniek zijn opgeleid.

Er zijn nu in Nederland 411 MDL-artsen actief, van wie er 404 lid zijn van onze vereniging. Het BVO leidt tot extreme vraag naar pensionado's bij gebrek aan kant-en-klare MDL-artsen. Er werken nu nog 23 pensionado's zeer actief mee in de MDL. We stormen op 450 actieve MDL-artsen af.

#### KWALITEIT

## Trans.IT staat voor kwaliteitsverbetering endoscopieën

**“De Trans.IT database heeft voor grote kwaliteitsverbetering gezorgd, niet alleen wat de verslaglegging betreft, maar zeker ook van de endoscopie zelf” aldus Pieter ter Borg en Rob Ouwendijk, MDL-artsen in het Ikazia Ziekenhuis te Rotterdam.**

**Aan de wieg van de database stonden vijf ziekenhuizen, het UMCU te Utrecht, Erasmus MC te Rotterdam, Vlietland Ziekenhuis te Vlaardingen, Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem en het Ikazia Ziekenhuis.**

Inmiddels gebruiken 43 ziekenhuizen hetzelfde verslagleggingssysteem. Van alle aangesloten ziekenhuizen worden de onderzoeksgegevens elke nacht automatisch en anoniem naar de centrale database verstuurd. “Meten is weten”, zegt Ouwendijk. “Middels deze database kan voor het eigen ziekenhuis worden gekeken naar de individuele verschillen per arts, ziektebeeld et cetera. Maar de gegevens worden ook automatisch gespiegeld aan de gemiddelde uitkomst van alle aangesloten gebruikers. Dankzij Trans.IT is dit nu in één oogopslag zichtbaar. Als deelnemend ziekenhuis wordt ingelogd en alle vastgelegde kwaliteitsindicatoren van het eigen ziekenhuis worden middels een grafiek vergeleken met de gemiddelde anonieme data van de andere deelnemende ziekenhuizen.

Met behulp van de database is bovendien veel meer vergelijkingsmateriaal beschikbaar, zoals poliepdetectie en BBPS-score. Verder is het mogelijk het landelijke percentage weer te geven, het percentage van het betreffende ziekenhuis en de score van de eigen scopisten.

“De deelnemende ziekenhuizen zijn bijzonder enthousiast”, weet Ter Borg. “We hebben op deze manier inzicht in de eigen prestaties, kunnen deze vergelijken met gegevens uit de benchmark en dat werkt kwaliteitsverhogend.”

**Voor meer informatie: [www.trans-it.org](http://www.trans-it.org).**



## IFMS

*Op de fiets van Amsterdam naar Barcelona. Dag 11 na 1150 km. De enige gedachte aan het vakgebied MDL is die over het perianale gebied. Is Eule's Radfahrsitzcrème echt beter dan vaseline? Ik merk het nog niet.*

*Met veel plezier denk ik aan een IFMS-meeting enkele weken geleden. IFMS stond voor Individueel Functioneren Medische Specialisten, maar omdat dat niet werkte, staat de I nu voor Intercollegiaal. Het is bedacht door onze beroepsgroep zelf in overleg met verzekeraars. In ruil waarvoor?*

*We kwamen met enkele bejaarde endoscopisten samen met een drankje, een broodje en een aardige meneer, die IFMS als beroep heeft. Wij zijn allen in dienst van een particuliere zorgverstrekker, die bij de verzekeraar het liefste jongetje van de klas wil zijn. Zo zaten wij daar: ik met 67 jaar de jongste. We hadden elkaar nog nooit in het werk meegeemaakt. Nou ja, ik heb W.D. in 1969 in het Wilhelmina Gasthuis een semi-flexibele gastroscopie zien verrichten gedurende enkele uren, de patiënt met zijn hoofd achterover. Het was verschrikkelijk. Maar sindsdien is hij, naar horen zeggen, vooruitgegaan en doet hij het nog steeds goed, terwijl hij 75 jaar is. Ik geloof het, want hij kan nog steeds goed fietsen en dat heb ik niet van horen zeggen. Dat heb ik ook aan die meneer verteld. Het was heel gezellig, de tijd vloog voorbij en je kreeg er ook nog punten voor.*

*Ik kijk uit naar de volgende bijeenkomst. Eerst nog naar Barcelona.*

MDL-ARTS VAN DE TOEKOMST IS EEN VROUW

# Aandacht voor ‘gender’ tijdens opleiding

Onder MDL-artsen neemt het aantal vrouwen gestaag toe. Tijdens een recente opleidingsbijeenkomst werd de aanwezigen gevraagd of hun opleiding een aantrekkelijke plek is voor zowel mannen als vrouwen. “Natuurlijk”, zo reageerde het merendeel. Immers, vrouwen krijgen tegenwoordig alle kansen om te kiezen voor de studie die zij ambiëren. Tot zover geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Eenmaal aan het werk ontstaan die verschillen echter wel, wat het verzilveren van diezelfde kansen en de doorstroom van vrouwen, ook artsen, belemmert. Stereotype beelden en oude patronen spelen hierbij een rol. Zullen die in de loop van de jaren ‘vanzelf’ verdwijnen of vraagt dit om maatregelen?

***Een betere werk-privébalans blijft lastig, of je nou man of vrouw bent***

## Verschuiving

Kijk je naar de medische wereld, dan is – naast alle technologische ontwikkelingen – het eerste wat opvalt: het grote aantal vrouwelijke artsen en studenten. Waren zij in de twintigste eeuw in de minderheid, inmiddels is die verhouding in een rap tempo aan het kantelen. Zelfs zó dat sommigen nu de noodklok luiden over de feminisering in de zorg. Een wat overdreven reactie, maar één die wel onderstreept dat het doorschieten naar de ene of andere kant niet wenselijk is. Geschat wordt dat in 2020 de man-vrouwverhouding bij medisch specialisten min of meer gelijk zal zijn en dat dit zal doorzetten naar 43% mannen en 57% vrouwen in 2030. Ook onder MDL-artsen is deze ontwikkeling gaande. Ondanks de forse instroom van vrouwen is de (werk)omgeving van artsen daarop nog maar ten dele ingesteld en ondervinden zij vooral hinder van onzichtbare factoren, zogenaamde *mindbugs*.

## Mindbugs

*Mindbugs* krijg je (onbewust) mee tijdens je opvoeding, op school, je vrije tijd en in werksituaties. Ze zijn diepgeworteld in onze cultuur en spelen een belangrijke rol bij keuzes. Onze hersenen laten zich namelijk vooral leiden door associaties met eerdere ervaringen, oordelen en/of stereotypen. Zo kun je snel beslissen. Iets wat in vroeger tijden vaak letterlijk van levensbelang was, maar nu meestal niet. Dit mechanisme is echter nog steeds actief en drukt, of we het willen of niet, een stempel op ons doen en laten. Ondanks onze hedendaagse denkbeelden over gelijkheid en emancipatie beïnvloeden stereotype ideeën en rollenpatronen mede ons dagelijks handelen en

gedragen we ons vaak traditioneler dan we denken. Ook in opleidingsituaties.

*Mindbugs* zijn volop actief in de medische wereld. De meest bekende is dat ‘ambities verdwijnen als vrouwelijke artsen kinderen krijgen’. Vaak zien opleiders dit beeld bevestigd als vrouwelijke assistenten aangeven dat ze tijdens hun opleiding niet naar het buitenland willen. Navraag bij deze assistenten zou leren dat ze vol ambitie zijn en graag buitenlandervaring willen opdoen, maar gezien hun gezinssituatie dat in een later stadium of op een andere manier willen vormgeven. Ongemerkt zitten oude patronen en verwachtingen nieuwe in de weg. Ieder kijkt door een eigen bril, die kleurt onze blik en handelen. Het laat ons ook onvoldoende realiseren dat mannen en vrouwen zich verschillend gedragen in groepen en dat beoordelingssystemen vaak minder gender-neutraal zijn dan gedacht. *Mindbugs* leiden daarnaast ook tot zelfstereotypering, met als gevolg dat sommige vrouwelijke studenten zich op voorhand oriënteren op specialisaties met deeltijdopleidingen. Tot slot het voorbeeld van de vrouwelijke assistent die aangeeft behoefte te hebben aan een betere werk-privébalans. Een wens die regelmatig wordt opgevat als een typisch ‘vrouwending’ of persoonlijke keuze. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat het medische systeem de hedendaagse wens om werk en gezin te combineren, lastig maakt, of je nou man of vrouw bent.

## Bewustwording

Wil je vrouwelijke artsen tijdens hun opleiding alle kansen geven om hun ambities te realiseren en het meeste uit hun opleiding te halen, is *gender-awareness* een vereiste.

## Leren van zweren bij verteren en afweren

De mens is een van de succesvolste soorten op aarde dankzij zijn zeer goed ontwikkelde spijsverteringssysteem, dat in staat is uit alle soorten voedselbronnen een energieverslindend brein te voeden. De mens kan dankzij zijn aanpassingsvermogen infecties, ziektes en honger bestrijden, waardoor de levensverwachting enorm is toegenomen. De aanpassingen die voortkomen uit de westerse levensstijl, bedreigen nu echter onze gezondheid. Dat stelde Gerard Dijkstra op 29 april in zijn oratie bij de aanvaarding van het hoogleraarschap Inflammatoire darmziekten en dunnedarmtransplantatie aan de Universiteit van Groningen.

Zo wordt het spijsverteringssysteem tegenwoordig blootgesteld aan totaal andere voeding, waardoor mensen die daar genetisch gevoelig voor zijn, last krijgen van zweren in de darm of aandoeningen zoals de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa. Roken blijkt daarbij een bijzondere risicofactor omdat de ziekte van Crohn daardoor verergerd wordt, terwijl de gunstige componenten uit schadelijke sigarettenrook patiënten met colitis ulcerosa juist zouden kunnen helpen. De kennis over alle genetische en door de omgeving bepaalde risicofactoren neemt snel toe. Dat maakt het in de toekomst wellicht mogelijk om te voorspellen wie deze zweerziekten in de darmen zal ontwikkelen en op welke manier dat het beste te voorkomen en behandelen is.

De dunne darm is essentieel voor de opname van voldoende voeding en vocht. Wanneer de dunne darm niet goed functioneert of door ziekte weggenomen moet worden, kan kunstmatige voeding via een infuus in een ader worden toegediend. Als ook dat niet meer lukt, is een patiënt aangewezen op het ontvangen van een dunne darm van een ander persoon. Helaas vallen de langeretermijnresultaten van zo'n transplantatie nog tegen. De darm bevat veel afweercellen en staat voortdurend in contact met voedsel en bacteriën, waardoor een afstotingsreactie, die zich uit als zweren in de dunne darm, voortdurend op de loer ligt. Het kweken van een nieuwe dunne darm uit stamcellen is veelbelovend voor de toekomst, maar ondertussen valt nog veel te 'leren van de zweren die ontstaan bij het verteren en het afweren' in de darm.

De volledige oratie van Gerard Dijkstra kunt u nalezen via [www.mdl.nl/MAGMA](http://www.mdl.nl/MAGMA).



Gerard Dijkstra:  
 “Nauwe samenwerking tussen dokters en fundamenteel onderzoekers en zorgvuldige registratie van gegevens en verzamelen van biomaterialen binnen zorgprocessen is nodig om een nieuw tijdperk van de geneeskunde te kunnen ingaan.”

Ofwel: erkennen dat anno 2014 binnen de medische wereld, ook de opleidingen, stereotyperingen en gedrag vóórkomen die kansen en ambities in de weg kunnen staan. Het afdoen als tijdelijk verschijnsel of bagatelliseren, zal de doorstroom blijven vertragen. Daar is niemand bij gebaat.

Bewustwording is de eerste stap, vervolgens is het belangrijk hierover met elkaar in dialoog te gaan zonder te vervallen in beladen termen als seksisme en discriminatie, dat is immers niet aan de orde. Ook moet worden achterhaald welke *mindbugs* actief zijn in het systeem en bij individuen, hoe deze het beste kunnen worden ‘opgeruimd’ en dat ook (pro)actief te (blijven) doen.

Wil je volgende generaties (MDL-)artsen, waaronder veel vrouwen, niet alleen in hun studiekeuze, maar ook in hun werk alle kansen geven om hun talenten optimaal te ontwikkelen en de doorstroom van vrouwen bevorderen, dan gaat dat niet vanzelf of niet snel genoeg. Het vraagt om een gerichte aanpak, juist tijdens de opleiding. De meeste winst valt daarbij te behalen door het ontwikkelen en vergroten van *gender-awareness* en het ‘opruimen’ van *mindbugs*. Alle artsen van de toekomst hebben bij het ontwikkelen van hun talenten hier profijt van, niet alleen vrouwen.

*Maleene de Ridder*

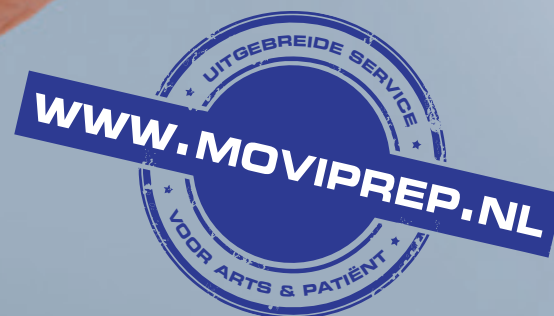
### Meer informatie

Maleene de Ridder is coach voor medici en auteur van *Ambitie met een grote M, voluit leven als medicus, moeder en mijzelf*. Via [info@maleenederidder.com](mailto:info@maleenederidder.com) kunt u een gender-awarenesschecklist aanvragen.

# VERTROUWEN DOOR HELDER ZICHT

**MOVIPREP®**

UW PARTNER IN SUCCESVOLLE  
DARMVOORBEREIDING



**MOVIPREP® ORANGE**

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



**MOVIPREP®**

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







## MONOCLONALS IN SURINAME

**H**et medisch behandelpakket voor patiënten met IBD in Suriname bestaat uit sulfasalazine, corticosteroiden en azathioprine. Data over de lokale prevalentie van deze ziektes ontbreken, maar de indruk bestaat dat deze beslist lager ligt dan in Nederland.

Medio november 2012 meldde zich een 23-jarige vrouw voor advies, zij was sedert 2009 bekend met een ileocoecale Crohn. Nadat de initiële prednisontherapie goed was aangeslagen, werd zij overgezet op azathioprine 100 mg per dag. Hiermee ging het goed tot maart 2012, toen bij haar perianale abcessen ontstonden en zij veel diarree kreeg. Ook viel zij 20 kilo af en kon zij haar werk als onderwijzeres niet meer uitoefenen.

Bij lichamenlijk onderzoek werd een bleke, moeizaam lopende vrouw gezien met een lengte van 1,74 m en een gewicht van 52 kg. In de buik was wat drukpijn rechtsonder en perinaal waren er *anal tags* en een produktieve fistelopening te zien. MRI-onderzoek toonde een ontstoken laatste ileumlis over een traject van 25 cm en een perinaal hoefijzervormig fistelcomplex, maar geen actief abces.

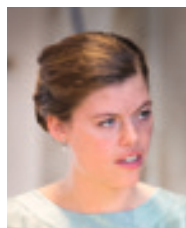
Op grond van bovenstaande gegevens was de indicatie voor biologicals duidelijk en, rekening houdend met de toedieningswijze, leek voor deze patiënte Humira® de beste oplossing. Echter, biologicals waren in Suriname niet beschikbaar. Om deze in Suriname te krijgen, was onder andere de hulp van de heer J. Looman (Abbvie) van belang. De uiteindelijke levering van het geneesmiddel vond plaats via de USA, Jamaica en daarvandaan weer naar Paramaribo. Inmiddels was het Staatsziekenfonds Suriname akkoord gegaan met vergoeding, zodat de behandeling met Humira® uiteindelijk medio juli 2013 kon worden gestart.

De therapie sloeg aan: de diarree verdween, de fistel droogde op en ook de pijn verdween. Patiënte ging vooruit, zij kon in september 2013 haar werk hervatten. In november 2013 was zij 10 kg aangekomen. Wij zijn verheugd dat het haar momenteel nog steeds goed gaat.

*Vijay Jarbandhan, Leopold Engels*  
MDL-artsen, Paramaribo

## CROHN'S DISEASE: MUCOSAL IMMUNOLOGY AND IMMUNE MODULATING THERAPY

*Charlotte P. Peters, Universiteit van Amsterdam, 14 januari 2014*



**D**e oorzaak van M. Crohn is nog onbekend. De ziekte wordt gekenmerkt door een combinatie van genetische aanleg, prikkels uit de omgeving (dieet, antibioticagebruik, stress) en een niet goed functionerend afweersysteem. Onlangs zijn nieuwe afweercellen ontdekt: *innate lymphoid cells* (ILCs). Deze cellen kunnen zowel beschermende als ontstekingscellen maken en vormen een belangrijke eerstelijnsverdediging in de darm. In resectiepreparaten van Crohnpatiënten blijken niet alleen minder beschermende ILCs aanwezig te zijn, maar ook werd een geheel nieuwe subpopulatie ILC geïdentificeerd: ILC1. Deze ILC1 dragen mogelijk bij aan zowel de ontwikkeling van de ziekte als het chronische karakter door overmatige productie van interferon-gamma (IFN $\gamma$ ). Met deze kennis kunnen in de toekomst hopelijk nieuwe therapieën worden ontwikkeld. Nieuwe therapieën zijn hard nodig aangezien maar een deel van de patiënten goed reageert op de huidige behandelingen. Daarnaast zijn er geen goede objectieve maten, zoals een CRP, om respons op therapie te monitoren. In dit proefschrift is een begin gemaakt met de ontdekking van zogenaamde biomarkers, die te meten zijn in het bloed en al na één week behandeling een onderscheid kunnen maken tussen goede of slechte respons op remissie-inductietherapie. Daarnaast worden de effectiviteit van de huidige

biologicals, adalimumab en infliximab, alsmede de ervaringen van zeer refractaire patiënten die infliximab-adalimumab-infliximab ondergaan, in de dagelijkse praktijk in Noord-Holland beschreven. Samenvattend beschrijft dit proefschrift vele aspecten van de ziekte van Crohn: de dagelijkse praktijk en effectiviteit van behandeling van de ziekte van Crohn, een nieuwe manier om respons op remissie-inductietherapie te meten, en potentieel nieuwe behandelingsdoelen voor de ziekte van Crohn: ILCs.

### Curriculum vitae

Charlotte Paula Peters (IJsselstein, 1984) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na enkele buitenlandse stages in Paramaribo, Zambia en zelfs de ER van Kansas City, besloot zij in 2009 translationeel promotie-onderzoek in de IBD te starten bij Paul Fockens, Hergen Spits, Anje te Velde en Cyriel Ponsioen, voorafgegaan door Pieter Stokkers. Dit translationele onderzoek werd verricht in het Tytgat Instituut en op de afdeling MDL van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. Charlotte ontving een AGIKO-stipendium van ZonMW en begon op 1 april 2012 aan de opleiding tot MDL-arts vanuit het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Het proefschrift is te verkrijgen via [C.P.Peters@amc.uva.nl](mailto:C.P.Peters@amc.uva.nl)

# “Wij zoeken de samenwerking op”

“Onze afdeling MDL is de afgelopen jaren in snel tempo gegroeid”, aldus Frank Hoentjen, MDL-arts uit het RadboudUMC. De cijfers geven hem gelijk: een groei van het aantal stafleden van vijf naar elf en toename van AIOS van vier naar twaalf. In 2012 opende het gloednieuwe endoscopiecentrum haar deuren en dit jaar wordt het arsenaal aan endoscopen volledig vernieuwd. Het endoscopiecentrum is daarmee echt het bruisende hart van de afdeling in het RadboudUMC. Frank: “We hebben de hele organisatie ingericht naar vier klinische speerpunten die het kader bepalen waarbinnen de afdeling zich beweegt. Dit betreft de IBD, hepatologie, darmfalen en oncologie. Per speerpunt is sprake van een duidelijk beleid én structuur om niet alleen de patiëntenzorg maar ook wetenschap en opleiding zo goed mogelijk te faciliteren.”

## Patiëntenparticipatie

Deze structuur wordt geïllustreerd door de ontwikkelingen binnen IBD. Naast Frank Hoentjen geven Aura van Esch en Dirk de Jong als MDL-artsen smoel aan dit speerpunt. Ze worden ondersteund door Maria van Vugt als IBD-verpleegkundige en

Judith Schoemacher als IBD physician assistant in opleiding. Dirk de Jong: “Wij willen de beste hoogwaardige zorg, precies op maat voor onze patiënt.” Patiëntenparticipatie en ‘personalized healthcare’ zijn van oudsher sterk ontwikkeld in het RadboudUMC. Door invoer van EPIC (een elektronisch patiëntendossier) kunnen patiënten zelf hun eigen dossier volgen en direct vragen aan hun behandelaar stellen. Aura van Esch, hoofd van het endoscopiecentrum, vult aan: “Binnenkort gaan we van start met een nieuwe IBD-registratie waarbij de patiënt zelf het polibezoek thuis voorbereidt door online vragen te beantwoorden. Hierdoor kruipen we nog dichterbij de huid van de patiënt die zo mee helpt sturen. Dit is vooral van belang voor IBD-patiënten die niet goed reageren op een standaardbehandeling.” “Samen op zoek naar een oplossing,” vult Frank aan, “want dat is onze drijfveer. Ik wil echt iets meer bieden, en ik wil mijn patiënten uitzicht bieden op nieuwe therapieën door bijvoorbeeld deelname aan trials via ons MDL-trialbureau.”

## Samenwerking

Na de snelle groei van de afdeling MDL in de afgelopen jaren verschuift het focus nu

naar het optimaliseren van de kwaliteit van zorg, het aangaan en intensiveren van multidisciplinaire samenwerking en het opbouwen van regionale partnerschappen.

“Als MDL-artsen zoeken wij de samenwerking op”, vertelt Frank bevlogen. “De complexiteit van de diagnostiek en behandeling van MDL-ziekten is duidelijk toegenomen en dit vergt overleg en afstemming met andere specialisten. Wij werken nauw samen met andere spelers en als IBD-groep hebben wij een spreekuur met de chirurgen en wekelijkse besprekingen met de pathologen, chirurgen, radiologen en kinderartsen.”

Ook regionaal streven de MDL-artsen nauwe samenwerking na. Dit komt met name tot uiting in het gezamenlijk opleiden van MDL-AIOS. Zo is er een formeel partnerschap met het Jeroen Bosch Ziekenhuis en samen met het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem wordt de opleiding tot MDL-arts vorm gegeven. Aura: “Je ziet ook een verschuiving van taken. Wij nemen sinds anderhalf jaar de ERCP’s voor patiënten uit het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer voor onze rekening.”



Geert Wanten<sup>1</sup>, Jasper Kersten<sup>1</sup>, Sanne Bogers<sup>2</sup>, Joost Drenth<sup>1</sup> (afdelingshoofd), Fokko Nagengast<sup>1</sup>, Dirk de Jong<sup>1</sup> (IBD), Loes Nissen<sup>3</sup> (specialisatie IBD), Frank Hoentjen<sup>1</sup> (IBD), Mark Broekman<sup>4</sup>, Erwin van Geenen<sup>1</sup>, Aura van Esch<sup>1</sup> (IBD), Lauranne Derickx<sup>4</sup>, Mariette van Kouwen<sup>1</sup>, Tanya Bisseling<sup>1</sup> (IBD).  
<sup>1</sup>MDL arts; <sup>2</sup>physician assistant; <sup>3</sup>arts-assistent MDL; <sup>4</sup>arts-onderzoeker;