

STAND VAN ZAKEN 94 / ONE-STOP-LEVERTUMOREN-
POLIKLINIEK 99 / IBD-VERPLEEGKUNDIGEN 100 / INTAKE
COLONOSCOPIE 102 / VERPLEEGKUNDIG ENDOSCOPISTEN 103
FONDSSENWERVING / 105-113 / BARRETT-CONSORTIUM 115
CCUVN-ENQUETE 116 / INKOMEN MDL-ARTSEN 117
PROEFSCHRIFTEN 120 / DE AFDELING 123



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 15 / NUMMER 4 / DECEMBER 2009



MDLS: MINIMAAL VIJF MILJOEN VOOR ONDERZOEK

Gezondheidsraad adviseert
bevolkingsonderzoek darmkanker

Klink kan voor open doel scoren

Minister Klink heeft de kans voor open doel te scoren.

Waarom hij dat precies verdient, is mij een raadsel. En toch viel de bal precies voor zijn voeten; één klein tikje is genoeg. Zonder deze uitgelezen kans zou Klink niets hebben verandert aan het schreeuwende capaciteitstekort van medisch specialisten.

Zo zag het er in ieder geval naar uit. Berichten dat ons land een eiland wordt binnen Europa met veel te weinig specialisten, wil hij niet horen. Hij vervreemdt van zijn ambtenaren, die schuchter lijken toe te geven dat zijn rigide vasthouden aan die veel te lage capaciteit als een dwangbuis begint te werken. De minister zelf schijnt daarvan geen last te hebben, schrijft veel van zijn beleidsbrieven zelf en vergeet regelmatig loyale doch kritische ambtenaren te raadplegen. Hulde aan de marktwerking! Het heeft ons beleidsmakers gegeven die, als ze al met elkaar praten, elkaar niet willen horen.

Maar toen kwam die 17^{de} november en belandde de bal, als uit het niets, voor zijn voeten. Dankzij het advies van de Gezondheidsraad om iedere man en vrouw in de leeftijds-categorie 55 tot 75 jaar elke twee jaar te screenen op darmkanker, heeft de minister een opgelegde kans gekregen zich voor eens en voor altijd onsterfelijk te maken. Een niet te missen kans om het aantal opleidingsplaatsen in onze sector en daarbuiten met vele tientallen te verhogen.

De redenen ervoor worden hem op een goudschaaltje aangedragen. De iFOBT voorkomt jaarlijks 1400 sterfgevallen. Daarvoor kun je moeilijk je ogen sluiten. Tik in die bal en creëer meer opleidingsplaatsen. Een geheid doelpunt, tenzij hij over de bal maait.

Transfers

Het aantal MDL-artsen loopt op tot 333 op 1 januari 2010, 325 zijn lid van de NVMDL. De komende tien jaar gaan 75 collegae met pensioen, 20 MDL-artsen binnen twee jaar.

Zuiden

Tom Seerden uit Antwerpen komt naar Breda als 4e MDL-arts. September 2010 volgt Marianne van Heerde (EMC) als 5^e, een MDL-io is bijna gestrikt als 6^e MDL-arts per 1-1-2011. Op 1 januari start Burkhard Hamacher (Aken) als 6^e MDL-arts in Heerlen.

Westen

Rachelle West verlaat in 2010 het EMC voor het St. Franciscus Ziekenhuis Rotterdam als 5^e MDL-arts. In het Maasstad Ziekenhuis komt Erwin Golpaert uit Gent/Aalst als 4^e MDL-arts, ze zoeken nog een 5^e. Pieter Stokkers volgt in februari 2010 Nancy van Ooteghem op als 5^e MDL-arts in het SLAZ. Op 1 november jl. startte Anne Dahele (opgeleid in Engeland) in het VUmc voor een registratiejaar.

De nood in Amsterdam neemt toe. Er zijn 2 vacatures in het Slotervaart Ziekenhuis, 2 in het AVL, 1 in het SLAZ, 1 in het BovenIJ Ziekenhuis, 2 in het OLVG en 2 in het VUmc. Op de advertentie van het AMC voor 3 MDL-artsen heeft nog niemand gereageerd, en Stokkers verlaat nu ook het AMC. Het grote nieuws: prof. André Smout (Utrecht) gaat de laatste vijf jaar van zijn carrière de motoriek van het AMC leiden.

Rond Amsterdam blijft de nood ook hoog. In Zaandam 2 vacatures, 1 in Purmerend en meerdere in Hoorn. Casper Noomen (AZL) start als 6^e MDL-arts in Alkmaar. Hilversum praat met kandidaten voor hun 6^e MDL-arts, en zoekt een opvolger voor collega Sikkens (met pensioen in mei 2010). Almere is rond met Marco Mundt als 5^e MDL-arts, daarnaast helpt Onno Cluysenaer (gepensioneerd, ex-Amersfoort) bij de scopieload. Amersfoort praat met een 6^e MDL-arts.

Oosten

Tim Schreuder is sinds 1 oktober jl. de 4^e MDL-arts in Doetinchem. Nofel Mahmmod verlaat Ede om het IBD-cohort van Piet van Hees in het Antonius Ziekenhuis Nieuwegein over te nemen. Ede had toestemming voor een 6^e MDL-arts en moet nu op zoek naar 2 MDL-artsen. Apeldoorn heeft 3 Duitse endoscopisten (Hans Rolfs, Ali Oztekin, Claus Doberauer) als opvolgers van Halil Akol en Tim Schreuders. Zij gaan de scopieën doen; internisten en chirurgen doen de MDL-voorwacht. Rijnstate wil in 2010 waarschijnlijk groeien met 1 à 2 fte's. Deventer praat met een kandidaat voor de 5^e MDL-arts.

Noorden

Delfzijl slaat een grote slag met David Janik uit Olemouc/Ostrava (Tsjechië), per half november de 1^e MDL-arts in Oost-Groningen. Marijke Rasch verlaat Drachten, waar nu 1 MDL-arts overblijft en 3 vacatures zijn, en start in Leeuwarden als 5^e MDL-arts. De kleinere ziekenhuizen in Noord-Nederland hebben een steeds groter MDL probleem.

COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. OPLAGE 2500 EXEMPLAREN REDACTIE JOEP BARTELSMAN WIM HAMEETEMAN HARRY JANSSEN WILLEM MOOLENAAR CHRIS MULDER MARCO MUNDT MARTEN OTTEN EINDREDACTIE VAN LUYKEN COMMUNICATIE ADVISEURS REDACTIEADRES PROF. DR. CHRIS J.J. MULDER VU MEDISCH CENTRUM POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020) 444 05 54 E-MAIL: CJMULDER@VUMC.NL ABONNEMENTEN ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN: SECRETARIAAT NVMDL POSTBUS 657 2003 RR HAARLEM E-MAIL: SECRETARIAAT@MDL.NL VORMGEVING M.ART HAARLEM DRUK THIEME MEDIA SERVICES DELFT ISSN: 1384-5012 MAGMA MAGMA IS, VOLGENS VAN DALE, 'DE GESMOLTEN MASSA VAN SILICATEN EN OXIDEN IN HET BINNENSTE DER AARDE'. HET STAAT ALS NAAM VAN DIT TIJDSCHRIFT VOOR HET BINNENSTE VAN DE MENS EN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN. COVERFOTO MARILÈNE DUBOIS.

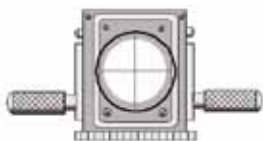


Op weg naar 500 leden

De NVMDL is snel op weg naar het 500^{ste} lid, een mijlpaal die naar verwachting komend jaar wordt bereikt. Exacte aantallen worden natuurlijk niet per week verstrekt, om aspirant-leden niet in de verleiding te brengen hun aanmelding te vertragen totdat de teller op 499 staat... De boodschap is slechts aan alle praktiserende aios en MDL-artsen zich aan te melden bij een zeer actieve vereniging die de directe belangen van de MDL-artsen beter dan wie ook behartigt. Degenen die al jaren het *MDL Smoelenboek* ontvangen, hebben gemerkt dat de versies elkaar sneller opvolgen en ook steeds dikker worden. Sommigen betreuren dat, omdat niet iedereen alle collega's meer bij naam en werkplek kent. De meesten juichen het sterk toe, mede omdat het uitbreidende aantal MDL-artsen de mogelijkheid biedt het vak sneller verder te ontwikkelen.

Een groot ledenaantal vergroot ook de slagkracht voor het oppakken van noodzakelijke projecten, variërend van herstructurering van de opleiding en ontwikkelen van richtlijnen tot tal van kwaliteitsprojecten. Zoals de *webbased* landelijke complicatieregistratie, met grote complimenten en dank aan de ontwikkelaars! We zijn de eerste beroepsvereniging met een dergelijke registratie. Al deze initiatieven helpen de kwaliteit van zorg te verbeteren en zetten tegelijk de MDL op de kaart. Vele leden zijn daarbij actief. Tegelijk kan worden gemeld dat het actieve aantal leden minder dan 20% van het totaal bedraagt. Een scheve verhouding, vooral wanneer men bedenkt dat velen deelnemen in meer dan één commissie of werkgroep. Een beperkte deelname aan dergelijke werkzaamheden is te begrijpen vanuit oogpunt van grote praktijkdrukke voor velen van ons. Toch wil ik het belang daarvan voor alle NVMDL-leden nogmaals onderstrepen, en daarbij een ieder mede namens het bestuur van harte oproepen om per toerbeurt een bijdrage te leveren aan werkzaamheden voor de vereniging. Alle actieve leden worden van harte voor hun inzet bedankt! Misschien moeten we het 500^{ste} lidmaatschap reserveren als erelidmaatschap voor deze actieve personen...

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



Vriendjespolitiek? Onzin

Het is een hardnekkige suggestie dat vriendjespolitiek een rol speelt bij de toekenning van subsidies. Dit is mede aanleiding geweest om in deze MAGMA aandacht te besteden aan de doelstellingen en de werkwijze van de Maag Lever Darm Stichting en KWF Kankerbestrijding. Twee organisaties die belangrijk zijn voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek en daarmee voor de ontwikkeling van het MDL-specialisme.

De keerzijde van het subsidiëren van wetenschappelijk onderzoek en een behoefte die vele malen groter is dan de financiële middelen, is dat projecten worden afgewezen. Die teleurstelling draagt wellicht bij aan de suggestie dat bij het toewijzen van subsidies andere overwegingen een rol spelen dan wetenschappelijke beoordelingscriteria.

Het idee van vriendjespolitiek is ongetwijfeld niet uit de lucht komen vallen, maar zal, als je goed zoekt, zijn gebaseerd op vooronderstellingen. De manier waarop de MLDS en KWF Kankerbestrijding de subsidies nu toewijzen, is totaal anders dan in hun begintijd. Juist om de schijn van belangenverstrengeling te voorkomen, zijn de onafhankelijke, wetenschappelijke raden gaan werken met buitenlandse referenten. Zij beoordelen de aanvragen voor subsidie op kwaliteit, hun vakinhoudelijke en wetenschappelijke waarden. De rol van de besturen beperkt zich nu tot het formeel overnemen van de adviezen van topdeskundigen. Bij MLDS en KWF is de verantwoordelijkheid voor de keuze neergelegd bij een Wetenschappelijke Raad en daarmee bij specialisten die alle belangrijke disciplines van het vak vertegenwoordigen. Dat zijn respectievelijk veertien en twintig personen, een bewust gekozen omvang die een groot corrigerend vermogen heeft. Zij beoordelen als eerste de waarde en de kwaliteit van alle ingediende verzoeken. In tweede instantie worden de geselecteerde projecten nog eens beoordeeld, maar dan door twee of drie topspecialisten – bij voorkeur uit het buitenland – uit het vakgebied waarop het onderzoek betrekking heeft.

“Onzin”, is kort en krachtig de reactie van Peter Siersema, de MDL-arts die in de Raad van Toezicht van de MLDS zit, op de suggestie van onduidelijke waarderingen en keuzes. Hij maakt sinds 2007 deel uit van de Raad van Toezicht en heeft geen moment twijfel gehad over de betrouwbaarheid van de beoordelingen en de toewijzingen.

WINST VROEGE OPSPORING GAAT DEELS VERLOREN DOOR LATE DIAGNOSTIEK

Gezondheidsraad kiest iFOBT voor bevolkingsonderzoek darmkanker

De Gezondheidsraad heeft minister Klink op 17 november jongstleden het advies *Bevolkingsonderzoek naar darmkanker* aangeboden. Hieronder een korte weergave van het uitgebrachte advies en de daaraan ten grondslag liggende argumentatie, toegespitst op testmethode en capaciteitsberekening, aangevuld met een eerste reactie van NVMDL-voorzitter Ernst Kuipers.

Voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker is de immochemische Fecaal Occult Bloedtest (iFOBT) als testmethode gekozen. De Gezondheidsraad adviseert de minister om mannen en vrouwen van 55 tot 75 jaar iedere twee jaar volgens deze methode te screenen. Met één screening wordt ongeveer 65% van alle gevallen van darmkanker ontdekt. Bij een opkomst van 60% daalt het aantal sterfgevallen met veertienhonderd per jaar. De Gezondheidsraad verwacht dat het bij een gefaseerde invoering vijf jaar kost om de vereiste capaciteit aan coloscopie op te bouwen. Bij deze opkomst groeit het aantal coloscopieën met 78.000 per jaar (26 fte's).

Ernst Kuipers, voorzitter van de NVMDL, is verheugd dat de Gezondheidsraad heeft gekozen voor de testmethode die een breed gedragen voorkeur heeft van de beroepsgroep. "Eerdere proefbevolkingsonderzoeken in Amsterdam/Nijmegen en Rijnmond hebben laten zien dat met deze test een hoge participatie kan worden bereikt, waarbij de test bovendien een beduidend hogere gevoeligheid heeft dan de klassieke guaiac FOBT."

Voordelen 'superieur'

Uit de proefonderzoeken en uit modelberekeningen blijkt dat de iFOBT-methode het beste scoort op resultaat én kosten. Bij een verwachte opkomst van 60% – gebaseerd

op de proefonderzoeken – worden 1400 sterfgevallen aan darmkanker voorkomen. De opkomst voor de iFOBT-test was 13% hoger dan bij de al langer bestaande, vergelijkbare guajaktest. Het advies kwalificeert de voordelen voor de opkomst en de opbrengst als 'superieur'.

"Gerekend naar het aantal uitnodigingen werden er 2,5 keer zo vaak darmkanker en voortgeschreden adenomen ontdekt [ten opzichte van gFOBT]. Door het hogere percentage positieven en de hogere opkomst is er wel vaker coloscopie nodig (35 per 100 uitnodigingen bij 60% opkomst). Toch is iFOBT-screening duidelijk kosteneffectiever dan gFOBT-screening", aldus de Gezondheidsraad.

Dat verschil heeft vooral te maken met het aantal keren dat ontlasting nodig is: drie keer voor de gFOBT-test en één keer voor de iFOBT. Bovendien kunnen de resultaten van de iFOBT geautomatiseerd worden afgelezen, wat gunstig is voor de kwaliteit en de kosten.

De Gezondheidsraad heeft berekend dat de kosten van iFOBT 2.200 euro per gewonnen levensjaar bedragen. Dat is gunstig ten opzichte van andere screeningsprogramma's (bijvoorbeeld 11.300 euro voor het onderzoek naar baarmoederhalskanker). Om één sterfgeval door darmkanker te voorkomen, moeten 785 mensen een iFOBT doen en 40 in vervolg daarop een coloscopie ondergaan.

Ernst Kuipers: "Aanvullend onderzoek suggereert dat op termijn de screening zelfs kan leiden tot kostenbesparing, doordat de kosten van behandeling van darmkanker de afgelopen jaren zeer snel zijn gestegen (zie *Vogelaar I et al. JNCI 2009*)."

Coloscopiecapaciteit

De landelijke invoering is een omvangrijk project: 3,5 miljoen mannen en vrouwen komen in aanmerking voor onderzoek. Dit aantal maakt een gefaseerde invoering onvermijdelijk. Die tijd is nodig om de screeningsregio's in staat te stellen de capaciteit op te bouwen, vraag en aanbod op elkaar af te stemmen, kinderziektes op te lossen en langere wachttijden voor patiënten met de klachten te voorkomen. De benodigde coloscopiecapaciteit bedraagt niet 129.000, zoals eerder berekend door het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK), maar hoogstens 78.000 bij volledige invoering. "De benodigde coloscopiecapaciteit kan nog verder worden beperkt door op korte termijn de richtlijnen voor surveillance te actualiseren, mede tegen de achtergrond van het beschikbaar komen van een screeningsprogramma, waarin veel kleine poliepen gevonden zullen worden."

De Gezondheidsraad gaat voor zijn prognose uit van de periode 2010–2015. De NPK op het gemiddelde van de komende dertig jaar. Door de beginleeftijd voor het bevolkingsonderzoek te verleggen van 50 naar 55 jaar zijn 20.000 minder coloscopieën nodig. De commissie stelt voor de verwijsdrempel te verhogen van 50 naar 75 ng/ml, waardoor het verwijsspercentage terugloopt van 8,4 naar 6,4. Hierdoor vermindert het aantal coloscopieën nog eens met 23.000.

Jaar	Uitnodigingen	Coloscopieën	Darmkanker-incidentie t.o.v. geen screening		Darmkanker-sterfte t.o.v. geen screening	
2010	258 000	12 500	1 091	[11%]		
2011	570 000	26 000	1 793	[17%]		
2012	969 000	42 000	2 325	[22%]	-39	[-0,7%]
2013	1 286 000	56 000	2 649	[25%]	-164	[-3%]
2014	1 685 000	72 000	2 824	[25%]	-276	[-5%]
2015	1 873 000	78 000	1 996	[18%]	-434	[-8%]
2030	2 151 000	126 000	-1 345	[-9%]	-2 099	[-28%]
2039	2 000 000	127 000	-1 836	[-12%]	-2 480	[-29%]
Gemiddeld per jaar (2010-2039)	1 871 000	101 000	-268	[0%]	-1 428	[-19%]

Bevolkingsonderzoek naar darmkanker, Tabel 14 (pag. 124): Aantallen per jaar voor de Nederlandse bevolking bij vijfjaarsopbouw van een iFOBT-screeningsprogramma met 60% opkomst; geen discontering. Bron: MISCAN-Colon.

De Gezondheidsraad verwacht dat het bevolkingsonderzoek het opportunistisch screenen zal ontmoedigen. “Verder neemt naar verwachting het aantal coloscopieën dat vanwege symptomen wordt verricht, geleidelijk af na introductie van een screeningsprogramma. Ook dit maakt capaciteit vrij.”

Rechtstreeks verwijzen

De Gezondheidsraad constateert op basis van de proefonderzoeken dat de winst door vroege opsporing van darmkanker deels tenietgaat doordat de verwijzing niet of zeer laat leidt tot diagnostiek en behandeling. “In het geval van darmkanker geldt bovendien dat er grote verschillen zijn in kwaliteit van coloscopie. Daarom adviseert de commissie dat de screeningsorganisaties cliënten rechtstreeks verwijzen; de huisarts houdt daarbij een begeleidende rol en wordt altijd geïnformeerd. De commissie adviseert hierover afspraken te maken met de zorgverzekeraars. Dit maakt het mogelijk gericht te verwijzen naar die ziekenhuizen waar coloscopie voldoet aan hoge kwaliteitseisen en waar gecertificeerde endoscopisten en andere specialisten een toegewijd team vormen”, aldus het advies van de Gezondheidsraad.

Ernst Kuipers in reactie hierop: “Het effect van screenen staat of valt met optimale coloscopie in geval van een positieve test. Er

zijn veel data die laten zien dat dit per centrum en per dokter aanzienlijk kan verschillen. Monitoring in het kader van een screeningsprogramma is daarom zinvol. We kijken daartoe onder andere naar de wijze waarop onze Engelse bureaus dit hebben geregeld. De directeur van het Engelse screeningsprogramma, Roland Valori, heeft hierover op onze Najaarsvergadering een presentatie gegeven. In samenwerking gaan we na of en hoe we gebruik kunnen maken van het Engelse systeem in de Nederlandse praktijk.”

Regiefunctie CvB

Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) van het RIVM vervult de regiefunctie en verdeelt de subsidie over de vijf regionale screeningsorganisaties. Het CvB is verantwoordelijk voor de kwaliteit van het screeningsprogramma en de uitvoering daarvan. De Inspectie voor de Volksgezondheid houdt hierop toezicht via het traject ‘Zichtbare Zorg Bevolkingsonderzoeken’. De vijf regio’s volgen eenzelfde invoeringsplan, houden hetzelfde invoeringsschema aan en zijn elk verantwoordelijk voor de opbouw van de benodigde capaciteit. Begonnen wordt met de oudste categorie: 65–75 jaar. Door die fasering kan in het zesde jaar de gehele doelgroep van 55–75 jaar volgens schema worden uitgenodigd. Bij een volledige dekking in jaar 6 en een opkomst van 60% worden er jaarlijks

1,9 miljoen personen uitgenodigd en 1,1 miljoen screeningstesten gedaan. De Gezondheidsraad rekent voor dat de capaciteit voor coloscopie en de vervolgd Diagnose bij een gefaseerde invoering geen problemen zal opleveren. De Gezondheidsraad betreft de *nurse endoscopist* niet bij zijn berekeningen, omdat over hun inzetbaarheid nog “te weinig bekend is en het om de moeilijkste coloscopieën gaat.” “Een kwaliteitssysteem met vijf regionaal coördinerende MDL-artsen à 0,3 fte betekent 1,5 fte. Dit brengt het totaal benodigde aantal endoscopisten op 4,5 fte in jaar 1 en 27,5 fte in jaar 6 van de invoering van het screeningsprogramma. De grotere instroom van aio’s is mede hierop berekend en moet voldoende zijn om deze fte’s te leveren.”

Ernst Kuipers: “De proefonderzoeken hebben geleerd dat deze colonoscopieën bewerkelijk zijn door de hoge prevalentie van pathologie. We zullen in de praktijk moeten zien met hoeveel mensen dit zo optimaal mogelijk wordt gedaan. Met een positief advies van de Raad staan we een stuk dichterbij een daadwerkelijke invoering van een screeningsprogramma in ons land!”

Het volledige advies Bevolkingsonderzoek naar darmkanker kunt u downloaden van www.mdl.nl.



HUMIRA[®]

adalimumab

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



 **Abbott**
Immunology

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

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

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

ONE-STOP-LEVERTUMORENPOLIKLINIEK

Binnen twee weken duidelijkheid over diagnose en behandeling

Jaarlijks wordt bij honderden mensen in Nederland een solide ruimte-innemend proces in de lever vastgesteld. Meestal betreft het een goedaardige tumor in de vorm van een hemangioom, adenoom of focale nodulaire hyperplasie. Bij zo'n 300 patiënten is echter sprake van maligne ziekte van lever of galwegen (1).

Het is belangrijk om in een vroeg stadium een onderscheid te maken tussen een benigne of maligne levertumor. Daarmee wordt de kans op curatieve behandeling van de maligniteit verhoogd en wordt in geval van benigne ziekte onnodig chirurgisch ingrijpen mogelijk voorkomen. Voor de benigne tumoren is onderscheid tussen FNH en adenoom van groot belang voor een adequaat behandelplan. Gelukkig is de laatste jaren veel vooruitgang geboekt in beeldvorming van de lever met behulp van geavanceerde technieken als CT, MRI en contrastechografie. Daarbij wordt onder andere gebruikgemaakt van leverspecifieke contrastmedia, om een beter onderscheid te kunnen maken tussen kwaadaardige en goedaardige levertumoren. Ook de classificering van FNH versus adenoom is verbeterd (2).

In het Erasmus MC hebben we begin 2009 een 'one-stop'-polikliniek geopend voor patiënten met levertumoren waarover bij collega-artsen in den lande twijfel bestaat over de aard van de tumor of waarbij door de verwijzend specialist advies wordt gevraagd met betrekking tot de juiste behandelmodaliteit.

Na aanmelding met brief en bestaande beeldvorming op cd-rom wordt de patiënt binnen één week op onze 'one-stop-levertumorenpolikliniek' beoordeeld. Daarbij ligt de nadruk op het identificeren van risicofactoren voor het ontstaan van benigne of maligne leverhaarden. Op de MDL-polikliniek wordt bloed afgenomen en een contrast-echografie verricht. Aansluitend wordt de beeldvorming die elders reeds werd gedaan, gereviseerd. In de hepato-biliaire werkgroep – samengesteld uit ervaren radiologen, chirurgen, oncologen en MDL-artsen – wordt vervolgens bepaald of aanvullende diagnostiek noodzakelijk is en wordt uiteindelijk een diagnose en behandelingsvoorstel geformuleerd.

Wekelijks zien wij vier nieuwe patiënten op deze polikliniek. De AIOS-MDL in het Erasmus MC doen zodoende veel ervaring op met de grote verscheidenheid aan levertumoren, de diagnostiek en de verschillende behandelingsmodaliteiten. Maar bovenal biedt het de verontruste patiënt binnen twee weken duidelijkheid over de aard van de tumor en de therapeutische behandel mogelijkheden.

Dave Sprengers, MDL io, Rob de Man, MDL-arts

One-stop-levertumorenpolikliniek MDL, Erasmus MC

Voor meer informatie: r.deman@erasmusmc.nl

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

INGEZONDEN BRIEF

'MDL-arts meer dan welkom in interne maatschap'

Geachte redactie,

Met veel belangstelling lees ik altijd het bericht 'MDL-transfers' op de binnenzijde van het voorblad van MAGMA. Ook de laatste editie meldt weer stabiele maar grote tekorten aan MDL-artsen. Tevens "krachtig doorzettende trend om kleinere ziekenhuizen te verruilen voor grotere (opleidings)klinieken", *einde citaat*.

Zelf in een klein ziekenhuis werkzaam (Zutphen, regio 100.000, zes internisten, 70 ERCP's, 2000 duodenoscopieën en 2000 coloscopieën, 90 colorectaal carcinomen per jaar) en met meerdere mislukte pogingen tot het verkrijgen van een MDL-arts achter de rug, vind ik bovengenoemd citaat een verdrietige ontwikkeling weergeven.

De MDL-gemeenschap Nederland zou mijns inziens een voorbeeld moeten nemen aan hun voorgangers, de longartsen en cardiologen. Deze hebben, alvorens zich te clusteren, eerst gezorgd dat alle ziekenhuizen in Nederland waren voorzien van hun expertise.

Immers: de gemiddelde MDL-patiënt zit niet te wachten op een zesmans-maatschap in de verte, maar op goede MDL-zorg in de buurt. De MDL-patiënt heeft daar eenvoudig recht op.

Begrijp me goed, ik kan het me van een jonge klare MDL-arts goed voorstellen dat hij zich graag wentelt in de warmte van een groot MDL-nest. Het vereist natuurlijk een zekere moed om je als eerste MDL-arts te vestigen in een interne maatschap. Het belang van de MDL-patiënt zou echter mijns inziens zwaarder moeten wegen. Overigens: de warmte die een interne maatschap uitstraalt naar hun eerst MDL-arts moet niet worden onderschat!!

Ik zou de MDL-gemeenschap willen vragen eens goed na te denken over bovenbeschreven materie. We hebben ruimte voor één en op termijn – waarschijnlijk binnen enkele jaren – twee MDL-artsen.

Aart van Dobbenburgh, internist

Gelre Ziekenhuizen, locatie Zutphen
a.vandobbenburgh@gelre.nl

NURSE PRACTITIONER MARIA DE JONG MAKKELIJK BEREIKBAAR VOOR IBD-PATIËNTEN

‘Volgende week is het kermis in Volendam. Hoeveel biertjes mag ik drinken?’

Maria de Jong begint te stralen als zij vertelt over haar ervaringen als nurse practitioner i.o. en het IBD-team van het AMC waarvan zij deel uitmaakt. Het heeft alle voordelen gebracht die ervan werden verwacht. “Het is fantastisch”, zegt ze uit de grond van haar hart. “Iedereen wordt er beter van. Patiënten, artsen en verpleegkundigen.”

Het Amsterdams Medisch Centrum behandelt jaarlijks tweeduizend patiënten met Inflammatory Bowel Disease. In het AMC worden niet alleen de ‘moeilijke’ patiënten behandeld, ook stabiele ‘ongecompliceerde’ patiënten. Door het oprichten van een gespecialiseerd IBD-team en het inzetten van twee IBD-nurse practitioners zijn de werkzaamheden zó verdeeld dat de vier artsen alle tijd kunnen besteden aan patiënten die veel aandacht nodig hebben. “De IBD-verpleegkundigen nemen een aanzienlijk deel van de zorg voor patiënten voor hun rekening, maar het is voor de MDL-artsen zeker niet rustiger geworden”, bevestigt Pieter Stokkers. “We zien minder patiënten per poli, maar de patiënten die bij ons komen hebben meer klachten en verdienen meer aandacht. De grote kwaliteitswinst is dat we die aandacht kunnen bieden.”

Te weinig patiënten

Het IBD-team bestaat sinds vijf jaar en wordt inmiddels gevormd door vier MDL-

artsen met als aandachtsgebied IBD, met Pieter Stokkers als hoofd, één MDL-arts-in-opleiding, drie onderzoeksverpleegkundigen en twee nurse practitioners-in-opleiding.

Maria de Jong begon ruim een jaar geleden aan de Master of Advanced Nursing Practice aan de Hogeschool InHolland. Eén van haar eerste werkzaamheden? Binnen het AMC bekendheid geven aan de functie van de IBD-nurse practitioner binnen het IBD-team. Met posters in wachtkamers en met folders werden artsen én patiënten gewezen op de mogelijkheid van een specialistische behandeling door de IBD-nurse practitioner. Voor Maria de ideale start van deze nieuwe stap in haar loopbaan, na vijf jaar verpleegkundige te zijn geweest op de MDL-verpleegafdeling. Zij vond in het IBD-team wat zij vooral zocht: alle ruimte voor eigen initiatieven en meer verantwoordelijkheden. Zij kon met name meehelpen de functie van de IBD-nurse practitioner goed van de grond te krijgen.

“Ik wilde me verder specialiseren en daarvoor zag ik maar twee mogelijkheden. Een functie in het management of in het onderwijs. Best wel interessant, maar ik zou veel minder contact met patiënten hebben. Terwijl dat juist het werk voor mij zo leuk maakt. Bovendien vind ik MDL een interessant vakgebied. Het is breed en veelzijdig, maar het biedt ook mogelijkheden voor het verdiepen van je kennis en ervaring. En je hebt te maken met veel bijzondere ontwikkelingen. Ik merkte dat ik toe was aan meer zelfstandigheid. Het kwam regelmatig voor dat ik op de verpleegafdeling door mijn praktijkervaring bij bepaalde patiëntengroepen eigenlijk al wist wat het beleid zou zijn, maar ik moest altijd wachten op de

beslissing van de arts. Dat komt de efficiency niet ten goede.”

Protocollen maken

De wensen van Maria sloten goed aan op de behoeften van het IBD-team, waarin twee nurses practitioners een deel van de werkzaamheden van de specialisten moesten overnemen. Een betere motivatie om aan de zware opleiding te beginnen, was niet denkbaar. Zij is nu bezig met het tweede en laatste jaar. De meeste verpleegkundigen die afhaken, kunnen de combinatie van een hbo-masteropleiding, een gezin en een drukke baan niet bolwerken, soms ook krijgen zij te weinig ondersteuning op hun werk.

De begeleiding van Maria door Pieter Stokkers heeft echter niet veel te leiden onder de werkdruk. “We hebben strakke afspraken

Mexicaanse griep

Op dit moment hebben Maria de Jong en haar collega-IBD-nurse practitioner het erg druk met de vele vragen over de griepvrijheid en vaccinatie. “Omdat voor de patiënt en de huisarts vaak niet duidelijk is dat IBD-patiënten onder de risicogroep vallen vanwege de immunosuppressiva die zij gebruiken, krijgen wij dagelijks tien à vijftien telefoontjes. Voorheen zou dit allemaal als telefonisch consult bij de arts moeten worden geboekt. Wij hebben de tijd/mogelijkheid om de patiënt uitgebreid voor te lichten.”



Van links naar rechts: IBD-verpleegkundige Suzan Stolte, MDL-arts Pieter Stokkers en Maria de Jong, nurse practitioner/IBD-verpleegkundige i.o.

gemaakt”, zegt Maria. “Elke dinsdag is een vast moment ingepland voor de opleiding, dat bestaat uit het bespreken van mijn rol-ontwikkeling, schoolopdrachten alsmede onderwijs aan het bed voor lichamelijk onderzoek en klinisch redeneren. Pieter doet dit vol enthousiasme. Ik ben erg blij met hem als leermeester. De school houdt goed in gaten of studenten de aandacht krijgen die nodig is en grijpen in als dat moet. Begeleiders tekenen dan ook een contract voor de begeleiding.”

Maria had mazzel dat bij de start van de opleiding het aanbod aan patiënten nog bescheiden was. Dat bood haar de gelegenheid protocollen op te stellen voor het werk van de nurse practitioner op basis van de CBO-kwaliteitsrichtlijnen. Zo zijn er nu protocollen over het starten van medicatie. Er is een duidelijke afstemming wat de taken van de nurse practitioner zijn en die van de arts. In de praktijk blijken die protocollen ook heel handig voor artsen-in-opleiding tijdens hun IBD-stage.

Bij twijfel altijd vragen

De nurse practitioner ziet zelfstandig stabiele patiënten. Zij doet de anamnese, het lichamelijk onderzoek, stelt een differentiaaldiagnose op en maakt samen met de arts een behandelplan. Maria: “Je weet zelf hoever je kunt gaan en wanneer je een arts moet raadplegen. Bij twijfel altijd vragen.

Zo verdien je vertrouwen en krijg je dat vertrouwen ook. We mogen om juridische redenen nog geen medicijnen voorschrijven. Die wet gaat wel komen. Dat zou handig zijn, wij krijgen namelijk frequent het verzoek van patiënten voor herhaalrecepten.” Nurse practitioners zijn zelfstandige zorgverleners die tussen de arts en de verpleegkundige functioneren. Zij zijn een belangrijke factor voor de continuïteit in de zorg, omdat zij van het begin af aan veel contacten hebben met patiënten, en voor patiënten en familieleden makkelijk bereikbaar zijn. Bij het AMC ook via e-mail, een mogelijkheid die steeds meer wordt gebruikt. Het schriftelijk informeren van de huisarts over het ziektebeeld van de patiënt, de behandeling en de aandachtspunten kost veel tijd. Vooral door het inventariseren van relevante informatie uit de verschillende bronnen. Met als gevolg dat dit werk zich opstapelt op het bureau van de arts. Wanneer een patiënt is gestart met nieuwe medicatie, wordt deze brief in het kader van de taakverschuiving inmiddels door de nurse practitioner geschreven. “De arts moet uiteindelijk de brief vaststellen en uitbrengen.”

Veel lagere drempel

De drempel naar een nurse practitioner in de dagelijkse praktijk is veel lager dan voor een arts. “Ik krijg soms vragen die ze een arts nooit zouden stellen. Misschien dat

leeftijd ook een rol speelt”, zegt Maria.

“Ik kreeg een telefoontje van een patiënt: ‘Volgende week is het kermis in Volendam. Hoeveel biertjes mag ik drinken in combinatie met mijn medicatie?’ Een arts zal niet zo gauw de vraag krijgen: ‘Dokter, mag ik nog wel blowen?’”

Het contact met jongeren is voor Maria aanleiding geweest om haar onderzoek – verplicht onderdeel van het laatste opleidingsjaar – te richten op de rol van de nurse practitioner bij de overgang van patiënten van de kindergeneeskunde naar de MDL-praktijk voor volwassenen. IBD is een ziekte die ook op jonge leeftijd vóórkomt en een chronisch karakter heeft.

Het werken met een nurse practitioner is binnen het AMC een doorbraak. Het academisch ziekenhuis is kritisch over deze functie, omdat de werkzaamheden veel overeenkomsten hebben met die van artsen in opleiding en co-assistenten. Is het verantwoord de beschikbare opleidingscapaciteit van een ziekenhuis te verdelen over twee functies? Het was voor Maria de Jong dan ook een spannende ervaring om voor de raad van bestuur van het AMC een presentatie te geven over haar ervaringen als nurse practitioner. “Ik merkte dat de belangstelling voor wat we met het IBD-team aan het doen zijn, groeide. Ik ben daar heel positief over!”

ONZE LIEVE VROUWE GASTHUIS IN AMSTERDAM SCHAKELT NURSE PRACTITIONERS IN Colonoscopie-intake krijgt 'dikke acht' van patiënten

Als patiënten worden gescopieerd nadat ze door de huisarts of een niet-MDL-specialist zijn geïnformeerd, blijken ze niet altijd goed op de hoogte van de *ins* en *outs* van de scopieprocedure. Ook is de darmvoorbereiding regelmatig onvoldoende.

Het OLVG maakt sinds begin 2006 gebruik van screeningsgesprekken ('intake') voorafgaand aan de coloscopie. Deze intake wordt gedaan door een nurse practitioner.

Het mag duidelijk zijn dat poliklinische intake meerdere voordelen heeft. Zo wordt het mogelijk comorbiditeit vast te stellen en eventuele medicatie-aanpassingen te doen. Verder is sprake van uitgebreide voorlichting en het verkrijgen van informed consent, waardoor patiënten zowel lichamelijk als geestelijk beter zijn voorbereid. In het geval van een poliepectomie of het nemen van biopsie is er twee weken na de coloscopie een follow-upgesprek op de polikliniek om de PA-uitslag met de patiënten te bespreken. Ten slotte kan tijdens het intakegesprek de mate van urgentie van het onderzoek worden bepaald. Hierdoor kan de planning worden verbeterd.

Niet alleen de afdeling MDL heeft positief gereageerd. De eerste honderd patiënten die zijn gescreend, hebben een patiënttevredenheidsenquête ingevuld. Het screeningsgesprek werd – gemiddeld – gewaardeerd met een dikke acht. De bijgevoegde op- en aanmerkingen hebben geholpen om de procedure verder te verbeteren. Het OLVG heeft een faxproject met de huisartsen uit het adherentiegebied. Dit betekent dat huisartsen direct een aanvraag voor endoscopie via de fax kunnen doen. Per week resulteert dit in 25 tot 30 aanvragen voor een coloscopie. Een eerste triage vindt plaats door de MDL-arts die de faxen beoordeelt. Daarna krijgt de patiënt een uitnodiging voor een intakegesprek. De vakgroep MDL van het OLVG is begonnen met één nurse practitioner die naast de IBD-zorg ook zorg droeg voor deze screening. Inmiddels is er sprake van een team van screeners (twee nurse practitioners, waarvan één in opleiding, een verpleegkundige en een physician assistant). Dit team treft verder voorbereidingen om groepsvoorlichtingen te gaan geven.

Karin Fienieg, nurse practitioner MDL en *Bert Baak*, MDL-arts OLVG, Amsterdam

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

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

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

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

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

*HBV DNA measured using Roche COBAS AmpliCor® PCR assay (LLOQ=300 copies/mL). **Patients enrolling in the open-label rollover cohort Trial 901 for long-term efficacy analysis initially received a combination of Baraclude 1mg and lamivudine 100mg daily. Subsequently the protocol was amended for patients to receive monotherapy with Baraclude 1mg daily. †The Baraclude-treated NA-naïve cohort consisted of 108 patients at Week 240, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients, n=103) and 027 (HBeAg-negative patients, n=5) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901. ††Virological breakthrough defined as $\geq 1 \log_{10}$ increase from nadir by PCR. ‡Calculated as the cumulative probability through 240 weeks. ‡‡All nucleoside-naïve patients with detectable HBV DNA (≥ 300 copies/mL) at Week 48, Week 96, Week 144, Week 192, Week 240 or end of treatment were monitored for resistance. §Different dosing regimen after 96 weeks; for more information please refer to SPC. §§The Baraclude-treated NA-naïve resistance cohort consisted of 663, 278, 149, 120 and 108 patients at Week 48, 96, 144, 192 and 240, respectively, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients) and 027 (HBeAg-negative patients) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901.

 **Bristol-Myers Squibb**

Please see prescribing information overleaf.

 **Baraclude**
(entecavir) 0.5mg film-coated tablet
Standing strong against resistance
in NA-naïve patients

LANDELIJKE RICHTLIJNEN OPLEIDING EN CERTIFICERING GEWENST

Inzet verpleegkundig endoscopisten levert waardevolle bijdrage aan MDL

Door het tekort aan MDL-artsen en de naderende invoering van het bevolkingsonderzoek naar colorectaal carcinoom is er toenemende belangstelling voor de inzet van verpleegkundig endoscopisten. Studies die tot op heden zijn verricht naar de prestaties van verpleegkundig endoscopisten, hebben aangetoond dat deze competent en veilig werken. In het buitenland, met name in Engeland, wordt deze groep endoscopisten al volop ingezet. In Nederland werd de eerste verpleegkundig endoscopist in 2003 in Alkmaar geïntroduceerd. Ondertussen is hun aantal geleidelijk toegenomen tot bijna twintig.

Leercurve

In 2006 werden concept-richtlijnen voor het opleiden van verpleegkundig endoscopisten opgesteld (zie *MAGMA* 1/2006). Deze werden echter kritisch ontvangen op de ledenvergadering van het Nederlands Genootschap van MDL-artsen. Er was weerstand binnen de eigen beroepsgroep en onzekerheid over kosteneffectiviteit. Uit een recente enquête vanuit het Erasmus MC onder Nederlandse MDL-artsen komt naar voren, dat 48% van de respondenten inmiddels positief staat tegenover het inzetten van verpleegkundig endoscopisten, vooral voor CRC-screening (1). Verder heeft het UMCG als eerste resultaten beschreven van een uitgebreid coloscopie-trainingsprogramma voor verpleegkundig endoscopisten (2). De leercurve van verpleegkundig endoscopisten blijkt vergelijkbaar met die van AIOS-MDL. Geen endoscopist in het UMCG verricht zo veel diagnostische coloscopieën als de verpleegkundig endoscopist, wat heeft bijgedragen aan het terugdringen van de wachttijden. Deze veelbelovende resultaten zullen moeten worden bevestigd, in eerste instantie door



Arnold Stronkhorst geeft onderwijs aan *physician assistant* Natasja Verheijde. Ze worden geassisteerd door Carla Smink, endoscopieverpleegkundige.

een ZonMW-ondersteund multicenteronderzoek vanuit het Erasmus MC, waarin een vergelijking wordt gemaakt van kwaliteit, patiëntervaringen en kosten van sigmo- en colonoscopieën tussen verpleegkundig endoscopisten en AIOS-MDL. Ziekenhuizen die al zijn gestart met verpleegkundig endoscopisten, zijn erg positief. Input van deze ziekenhuizen kan een belangrijke bijdrage leveren bij het opstellen van uniforme opleidingsrichtlijnen. In Eindhoven is men in 2004 gestart met het opleiden van een verpleegkundig endoscopist. De verpleegkundige volgde na de gecertificeerde Engelse endoscopie-opleiding de hbo-masteropleiding tot *physician assistant* (PA). Deze is gericht op het zelfstandig en structureel uitvoeren van een aantal medische taken, met speciale aandacht voor endoscopietechniek, herkenning en interpretatie van beelden, kennis van ziektebeelden en sedatie van patiënten. Conform de wet BIG verricht de verpleegkundige nu endoscopieën onder supervisie van een MDL-arts. Bovendien ondersteunt ze bij het voor- en natraject van patiënten.

Conclusie

Er is voldoende bewijs dat verpleegkundig endoscopisten een goede en waardevolle bijdrage kunnen leveren binnen de MDL. Echter, uniforme landelijke richtlijnen voor de opleiding en certificering tot verpleegkundig endoscopist – noodzakelijk om de kwaliteit van de endoscopieën door verpleegkundig endoscopisten in Nederland te waarborgen – ontbreken. Daarom is het hoog tijd dat deze richtlijnen worden ontwikkeld, zowel vanuit de beroepsgroep van MDL-artsen als vanuit de nu als endoscopist werkende verpleegkundigen en eventueel de beroepsvereniging van endoscopieverpleegkundigen.

Jan Jacob Koornstra (UMC Groningen),
Arnold Stronkhorst/Erik Schoon
(Catharina Ziekenhuis Eindhoven),
Paul van Putten (arts-onderzoeker
Erasmus MC)

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

Multidisciplinary Battles and Bridges in GI Surgery

De Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie (NVGIC) organiseerde in 2009 het themajaar 'Multidisciplinary battles in GI Surgery'. Richard van Hillegersberg, chirurg in het Universitair Medisch Centrum Utrecht en voorzitter van het organiserend comité: "Zorg dat je als chirurg, MDL-arts, medisch oncoloog of radioloog up-to-date bent op controversiële gebieden binnen de multidisciplinaire behandeling. Een bezoek aan themadagen of een congres kan al veel doen."

In toenemende mate werken chirurgen samen met andere disciplines, met name bij gastro-intestinale tumoren. MDL-artsen, medisch oncologen en radiologen zijn hier samen bezig met het bepalen van de optimale behandeling. Door de multidisciplinaire benadering kan een spanningsveld ontstaan als de vraag zich voordoet welk specialisme een bepaalde (be)handeling het beste kan uitvoeren. Van Hillegersberg: "Van logistieke aard is bijvoorbeeld de vraag wie de colonoscopie moet uitvoeren. Maar deze vraag geldt ook de behandeling met nieuwe technieken. Het is niet altijd even duidelijk wat de beste keus is. Uiteindelijk moet dit bij elke patiënt opnieuw worden bekeken."

Afsluitend congres

In 2009 organiseerde het NVGIC twee themabijeenkomsten op 24 maart en 11 september.

Het afsluitend congres vindt plaats op 10 en 11 december in Rotterdam. Van Hillegersberg: "De eerste dag staan de maag en de gastro-oesofagale overgang centraal. Op de tweede dag richten we ons op de colorectale tumoren. We hebben een aantal grote sprekers, zoals op donderdag S. DeMeester, chirurg in de Verenigde Staten, H. Stein uit Nurnberg en M. Griffin uit Newcastle. Op vrijdag spreken onder meer A. d'Hoore uit Leuven en de Franse T. Ponchon, een MDL-arts met veel ervaring in het verwijderen van colontumoren."

De onderwerpen worden grotendeels in de vorm van pro-contradebatten behandeld. "Pro-contradebatten zijn altijd spannend en onverwacht", vindt Van Hillegersberg. "Het publiek kan bovendien door middel van stemkastjes zijn mening geven." Op beide dagen vindt daarnaast een satelliet-symposium plaats, waarvan de eerste over NOTES, een minimaal-invasieve transorale chirurgische techniek.

U kunt zich nog aanmelden via www.congresscompany.nl.

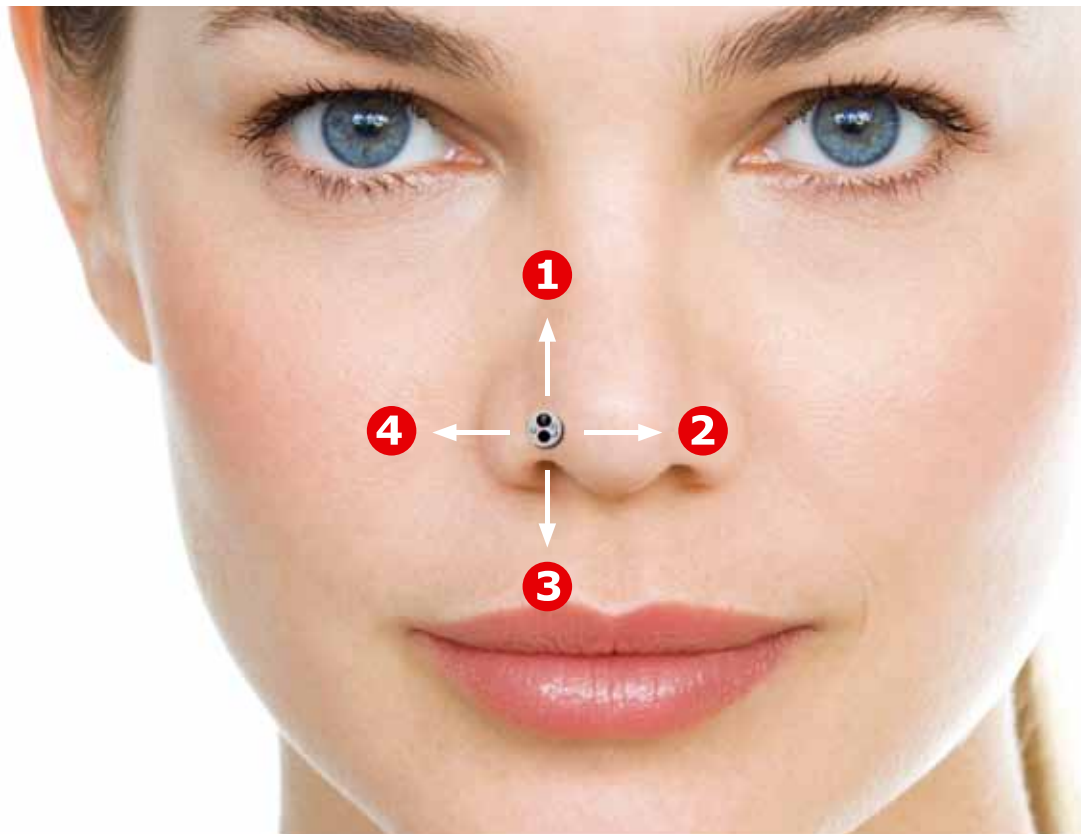
Hi LINE
HD+

Smooth Operator

Introducing the worlds thinnest transnasal Gastroscope EG-1690K with 4-way angulation.

PENTAX Nederland B.V.
Life Care

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



www.pentaxlifecare.nl

PENTAX

NIEUWE MLDS-VOORZITTER JOHN JORRITSMA

‘Minimaal vijf miljoen voor onderzoek’

Met John Jorritsma heeft de Maag Lever Darm Stichting een ambitieuze en resultaatgerichte voorzitter gekregen. Hij steekt dat ook niet onder stoelen of banken. “Laten we voorzichtig beginnen. Ik zou vijf miljoen euro voor wetenschappelijk onderzoek een goede afspiegeling vinden van wat recht doet aan de maag-, darm- en leverproblematiek.”

De Maag Lever Darm Stichting had dit jaar ruim 1 miljoen euro beschikbaar voor het subsidiëren van wetenschappelijke projecten. Er zijn op dit moment 22 projecten in uitvoering. Sinds 1985 heeft MLDS 16 miljoen euro geïnvesteerd in 195 projecten. Met het beschikbare budget kunnen programma's van twee jaar worden gefinancierd. De stichting is het enige gezondheidsfonds waar Nederlandse onderzoekers subsidie kunnen aanvragen voor het hele terrein van maag-, darm- en leverziekten.

“Wij onderscheiden ons van vele andere organisaties doordat wij ons niet richten op één aspect, maar op alle tweehonderd MDL-ziekten”, zegt John Jorritsma. “In dat brede scala zijn heel veel mensen bezig met onderzoeken die stuk voor stuk nuttig en noodzakelijk zijn. Wil je een flinke stap verder komen en nog meer resultaten zien, dan moet je meer onderzoek kunnen faciliteren. Heb je meer geld nodig. Of je dat besteedt aan meer onderzoek of een verdieping van onderzoeken, weet ik niet. Daarover kunnen anderen beter oordelen.”

“Wij richten ons niet op één aspect, maar op alle tweehonderd MDL-ziekten”

Hoger plan

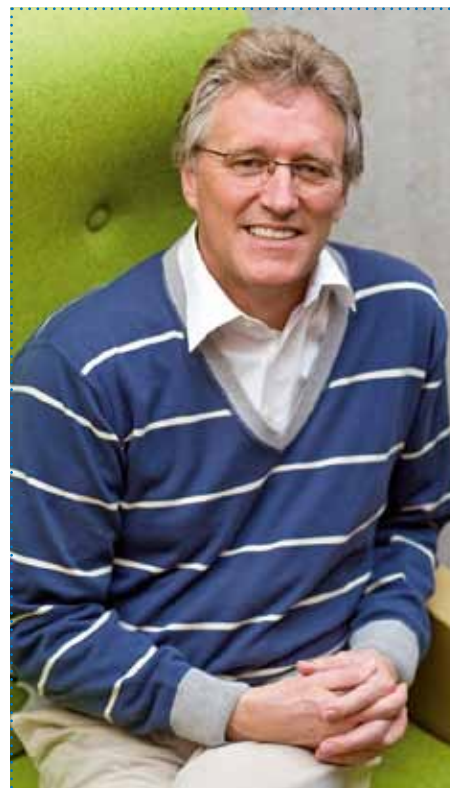
De ideeën van Jorritsma – sinds 5 oktober voorzitter – over wetenschappelijk onderzoek passen in zijn visie op wat nodig is voor de Maag Lever Darm Stichting. “De organisatie doet het goed, maar de ernst van de MDL-problematiek maakt het noodzakelijk MLDS op een hoger plan te tillen. Dertien procent van de ziekenhuisopnamen betreft MDL-ziekten en twaalf procent van de patiënten overlijdt – daar mogen we geen genoegen mee nemen.”

Het bereiken van een hoger plan begint voor Jorritsma met een zo groot mogelijke herkenning en erkenning van de MDL-ziekten. “Iedereen moet MLDS meteen associëren met een bepaald beeld en moet op een verjaardag meteen in twee zinnen kunnen zeggen waar de stichting voor staat. Zover zijn we nog lang niet.”

MLDS heeft een solide financiële basis. Donateurs, legaten, fondsenwerving en de collecte leverden in 2008 een inkomen op van 4,2 miljoen euro. Erkenning is er al en niet zo zuinig ook: de collecte leverde dit jaar – dwars tegen de recessie in – 1,65 miljoen euro op. Dat is anderhalve ton meer dan in 2008. Voor 2009 wordt gekoerst op een totaal inkomen van 5,7 miljoen euro.

Adviezen Wetenschappelijke Raad

De Raad van Toezicht en de directie van MLDS hebben geen bemoeienis met de inhoudelijke beoordeling van de projecten.



John Jorritsma

John Jorritsma is in 2008 benoemd tot Commissaris van de Koningin in de provincie Fryslân. Hij is een geboren Fries (1956, Bolsward), maar opgegroeid in Brabant. Hij was directeur van de Brabantse Ontwikkelings Maatschappij, burgemeester van Cranendonck en statenlid van Brabant. In al die functies is hij altijd ook maatschappelijk actief geweest. “Ik ben nu ambassadeur van de provincie, maar ik vind dat ik mijn bestuurlijke ervaringen breder mag inzetten. Als in Nederland twee miljoen mensen aan een MDL-ziekte lijden, dan vind ik het maatschappelijk relevant om daarvoor veel aandacht te vragen en de bekendheid van de MLDS te vergroten.”

FONDSENWERVING

- ▷ Zij hebben bemoeienis met het vaststellen van het onderzoeksbudget en het nemen van een honoreringsbesluit op basis van het advies van de Wetenschappelijke Raad. De projecten die meedingen naar subsidie, moeten wel passen in de missie van MLDS: het bestrijden van maag-, darm- en leverziekten en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Er wordt beoordeeld op wetenschappelijke kwaliteit en relevantie. De veertien personen die de wetenschappelijke raad vormen, zijn specialisten die de verschillende aspecten van MDL vertegenwoordigen. Zij hebben in 2008 83 aanvragen beoordeeld. De totale aanvraag bedroeg 8 miljoen euro. Daarvan kwamen er 33 in aanmerking voor een nadere beoordeling door drie deskundigen uit het buitenland. Die *peers* leggen hun oordeel vast in een rapport. Aan de hand daarvan en een schriftelijke reactie van de aanvragers bepaalt de Wetenschappelijke Raad welke projecten voor de beschikbare subsidie in aanmerking komen.

In een nieuwsbrief van MLDS verklaart prof. dr. Ronald Oude Elferink, lid van de Wetenschappelijke Raad waarom de weg van het eerste onderzoek naar een concrete therapie alleen maar langer wordt. “Dat heeft niet alleen te maken met de zorgvuldigheid van werken, maar ook met het onderzoeksgebied dat steeds moeilijker en ingewikkelder wordt. Je kunt zeggen dat we ons de afgelopen jaren vooral hebben bezighouden met de basale ziekten. Nu worden de onderzoeksvragen gecompliceerder. We willen preciezer weten wat er aan de

hand is, omdat we gericht willen behandelen en over steeds specifiekere medicijnen willen beschikken. Bovendien kost het steeds meer tijd om aan alle voorwaarden te voldoen die wet en regelgeving stellen aan wetenschappelijk onderzoek.”

Samenwerking bedrijfsleven

De inkomsten van de donateurs van MLDS kennen een stijging. Het aantal legaten neemt toe, evenals de opbrengst van de collecte. De stichting zoekt samenwerking met het bedrijfsleven, maar met behoud van haar onafhankelijke positie. “We willen dat de bijdrage van het bedrijfsleven niet meer dan vijftien procent van ons inkomen bedraagt. De samenwerking moet transparant zijn”, zegt Jorritsma. “Het belang van die samenwerking heeft een veel grotere impact dan alleen een financiële impuls. Het feit dat ons logo in beeld komt bij Activa-reclame, is een goede promotie die bijdraagt aan onze naamsbekendheid. Dat moet je niet onderschatten als herkenning. Ik denk dat het voor een deel het succes van onze inkomsten verklaart.”

Meer geld ophalen bij publiek en sponsors in een markt met vele goede doelen kan niet meer zonder marketingtechnieken. Nee, het goede doel is geen product geworden dat verre is komen te staan van de persoonlijke betrokkenheid. “Die betrokkenheid is volop aanwezig”, aldus Jorritsma. “Dat kan niet anders met ziekten die ingrijpend of dodelijk zijn en gepaard gaan met grote emoties. Die betrokkenheid zie je overal terug in de organisatie met heel veel vrijwil-

ligers. Kijk naar wie zich beschikbaar hebben gesteld als ambassadeurs in de strijd tegen slokdarmkanker: Dirk Kuijt, Heleen Stekelenburg en Monique Rigter.”

Samenstelling Wetenschappelijke Raad

Prof. dr. ir. P.A. van den Brandt – Universiteit Maastricht

Dr. G. Bouma – Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

Prof. dr. C.H.C. Dejong – Maastricht Universitair Medisch Centrum

Prof. dr. J.P.H. Drenth – Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen

Dr. J.C. Escher – Erasmus Medisch Centrum – Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

Prof. dr. P.L.M. Jansen, voorzitter – Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Dr. J.J. Kolkman – Medisch Spectrum Twente, Enschede

Prof. dr. J. Morreau – Leids Universitair Medisch Centrum

Prof. dr. R.P.J. Oude Elferink – Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Prof. dr. M.P. Peppelenbosch – Universitair Medisch Centrum Groningen

Dr. E.J. Schoon – Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Prof. dr. A.J.P.M. Smout – Universitair Medisch Centrum Utrecht

Prof. dr. E.W. Steyerberg – Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Prof. dr. C. Wijmenga – Universitair Medisch Centrum Groningen

Ouders opvoeden

De MLDS heeft een website in voorbereiding die kinderen op een interactieve manier bewust maakt van het belang van een gezonde leefstijl. Preventie kan niet vroeg genoeg beginnen. Twintig procent van de kinderen heeft buikpijn. Een gezonde stoelgang is het resultaat van gezond leven en gezond eten. Door kinderen daarbij te betrekken, hoopt de MLDS ook te bereiken dat zij hun ouders meenemen en laten nadenken over hun eetgewoonten. Soms moeten kinderen hun ouders opvoeden...

Een website is een effectief communicatiemiddel dat kan voorzien in een grote behoefte aan informatie. www.mlids.nl heeft in 2008 bijna twee miljoen bezoekers gehad.



‘GELD NIET HET BELANGRIJKSTE; INHOUD TELT’

Voor een project van KWF Kankerbestrijding laat je alles vallen

KWF Kankerbestrijding heeft sinds de oprichting in 1949 vele miljoenen geïnvesteerd in onderzoek naar kanker. Tachtig procent van de te besteden gelden (inkomsten van 99 miljoen euro in 2008) gaat naar onderzoek en opleiding. Zij financiert de helft van al het kankeronderzoek in Nederland. Fundamenteel onderzoek blijft onverminderd belangrijk, maar KWF Kankerbestrijding stimuleert nu vooral onderzoeken die kennis vertalen in praktische toepassingen voor diagnostiek en behandeling.

KWF Kankerbestrijding heeft een zekere invloed op de onderzoeksprojecten die in aanmerking komen voor financiering, maar die beperkt zich tot de randvoorwaarden, bezweert Ton Hanselaar, sinds 2002 directeur van KWF Kankerbestrijding. “Projecten moeten uiteraard relevant zijn voor KWF Kankerbestrijding, bijdragen aan onze missie en kwaliteit hebben. Van het onderzoeksteam verwachten wij dat zij de capaciteiten hebben om de onderzoeksdoelstellingen te realiseren. Het oordeel over de inhoud van de projectaanvragen laten wij over aan topspecialisten die deel uitmaken van de Wetenschappelijke Raad en die bevoegd zijn om onafhankelijk te oordelen en advies te geven”, aldus Ton Hanselaar.

“Het inhoudelijk oordeel over projectaanvragen laten wij over aan topspecialisten”

KWF Kankerbestrijding geeft ook niet aan dat het geld moet worden besteed aan bijvoorbeeld kanker met de grootste kansen op overlijden?

Hanselaar: “Dat hoeven we niet te doen. Onderzoekers zijn zich heel goed bewust van ontwikkelingen. Wat wij aan aanvragen krijgen, is over het algemeen een afspiegeling van wat de grootste problemen op het gebied van kanker zijn en/of waar de grootste mogelijkheden zijn om vooruitgang te boeken. Nee, we kiezen er niet voor om het geld in één onderzoek te steken. We kiezen ervoor om ons te focussen op een hogere kwaliteit van de onderzoeken.”

Op dit moment financiert KWF Kankerbestrijding 350 projecten. Een deel van het onderzoeksbudget gaat naar onderwijsbeurzen om specialisten in opleiding de gelegenheid te bieden hun opleiding te combineren met een promotieonderzoek. Een ander deel gaat naar KWF-Fellows die zich verder kunnen bekwamen op een deelgebied van kankeronderzoek.

Kankeronderzoek op hoog peil

Wat heeft zestig jaar financieren van onderzoek naar kanker opgeleverd?

Hanselaar: “Het kankeronderzoek in



Nederland staat op een hoog peil en is ook internationaal gezien toonaangevend. Dat is geen doel op zichzelf. De essentie daarachter is: hoe meer wij weten over kanker, des te beter zijn wij in staat de strijd tegen kanker met succes te voeren. Dat is de reden waarom wij vanaf het begin wetenschappelijk onderzoek financieren. Bij de oprichting in 1949 had je 25 procent kans dat je na vijf jaar kanker overleefde. In 2007 is dat 55 procent. Dat wil zeggen dat de overlevingskans elk jaar met een half procent is vergroot. Daaraan heeft KWF Kankerbestrijding een belangrijke bijdrage geleverd. Ik kende de reputatie van KWF Kankerbe-

FONDSENWERVING

▷ strijdung uit eigen ervaring uit de tijd dat ik arts was (patholoog – *redactie*) en aanvragen voor subsidie heb ingediend. Toen ik voor een project met enige schroom een onderzoeker uit het buitenland benaderde voor zijn medewerking, hoefde hij niet lang na te denken. Zijn antwoord was meteen: 'Ja, natuurlijk. Voor een project van KWF Kankerbestrijding laat je alles vallen.' Voor die reputatie zijn wij keihard gegaan." Met een budget van 71 miljoen euro voor onderzoek, onderwijs, voorlichting en ondersteuning van patiënten is KWF Kankerbestrijding een invloedrijke organisatie. Zonder geld geen onderzoek. De rol die de overheid had voor het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, wordt meer en meer overgenomen door goede-doelen-

organisaties en het bedrijfsleven. Hanselaar verrast met de uitspraak dat "geld niet het belangrijkste is. Het gaat primair om de inhoud. Wat wil je bereiken? Wat kun je bijdragen aan de strijd tegen kanker? Uit ervaring weet ik dat in een vroegtijdig stadium om geld vragen alle partijen alleen maar frustrateert en weinig oplevert. Voor een project met een goede inhoud is altijd geld te vinden. Bij ons staat de teller op 1 januari steeds weer op nul. In 2002 bedroeg ons inkomen 55 miljoen euro. In 2008 was dat 99 miljoen. Dat hebben we niet bereikt door alleen maar meer en meer te vragen. Dat werkt niet. Wij doen aan opbrengstoptimalisatie: wij vragen zo veel geld als nodig is voor de doelen die wij stellen."



Van links naar rechts: prof. Hans Clevers, prof. Cock van der Velde, prof. Fred Falkenburg, HM de Koningin, prof. Anton Berns, prof. Daniel Peeper, prof. Jelle Barentsz, minister Ronald Plasterk.

KWO-prijs 2009 voor onderzoek darmkanker

Hans Clevers is één van de zes wetenschappers aan wie de KWO-prijs 2009 is toegekend. De Koningin Wilhelmina Onderzoeksprijs van KWF Kankerbestrijding gaat naar onderzoekers die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de kankerbestrijding.

Clevers krijgt de prijs én een bedrag van twee miljoen euro voor fundamenteel onderzoek naar de functie van stamcellen in de normale darm en in darmkanker. Zijn onderzoek leidt tot nieuwe inzichten in het ontstaan en bestrijden van darmkanker.

"In een vroegtijdig stadium om geld vragen frustrateert alle partijen alleen maar en levert weinig op"

De stuwende kracht

Waarmee onderscheidt KWF Kankerbestrijding zich dan van vergelijkbare organisaties?

"Met onze missie. Wij zijn de stuwende kracht achter de strijd tegen kanker. Wij pakken samen met andere partijen die strijd op en maken ons daar met zijn allen sterk voor. Wij spreken mensen aan op wat zij kunnen bijdragen aan die strijd. Als donateur, vrijwilliger of onderzoeker. Die missie inspireert en motiveert. Mensen willen zich daarmee vereenzelvigen. Zij hebben vaak emotionele ervaringen met kanker achter de rug en willen iets doen. Bij ons vinden zij medestrijders. Het is een boodschap die aanspreekt en ons helpt om echt stappen verder te komen."

Een goed voorbeeld van die betrokkenheid is de Alpe d'HuZes, de grootste particuliere inzamelingsactie voor de kankerbestrijding. Deelnemers gaan de uitdaging aan om op één dag ten minste zes keer de Alpe d'Huez op te fietsen en daarvoor sponsors te werven. Het begon met een bijdrage van 300.000 euro aan kankeronderzoek. Dit jaar fietsten de deelnemers bijna zes miljoen euro bij elkaar. Voor volgend jaar is de doelstelling zelfs tien miljoen euro.

Projecten die geen vervolg krijgen

Ook KWF Kankerbestrijding heeft een Wetenschappelijke Raad die in onafhankelijkheid oordeelt over de aanvragen voor financiering. De raad werkt met beoordelingscommissies die bepaalde expertisegebieden vertegenwoordigen. Uitgangspunt is projecten van vier jaar te financieren. Na twee jaar vindt een rapportage plaats over de voortgang van het onderzoek. Na vier

Nederlander geeft, maar hoeveel?

jaar moeten de onderzoekers aantonen dat zij de doelstellingen van hun onderzoek hebben bereikt. Dat is nog geen garantie voor een vervolg in de praktijk

Hanselaar: “De stap van wetenschap naar praktijk is moeilijk. Ook voor projecten die succesvol leken te zijn. Wij hebben nu een team onder leiding van oud-voorzitter van de Wetenschappelijke Raad gevraagd naar die projecten te kijken en te analyseren waarom die geen vervolg hebben gekregen. De eerste uitkomsten zijn verrassend. De oorzaken zijn heel divers, maar soms heel eenvoudig op te lossen. Zo was er voor een vervolgonderzoek een bepaald stukje eiwit nodig dat de farmaceutische industrie niet kon leveren, omdat de vraag maar heel klein was. Met ons netwerk van topspecialisten hebben we een ziekenhuisapotheek gevonden die het eiwit zo beschikbaar had. Vaak is de medisch-ethische regelgeving een belemmering om door te gaan. Een onderzoeker is daarvan niet goed op de hoogte. Door samen te zoeken naar oplossingen voor de problemen kun je laten zien dat het niet zo ingewikkeld is als hij denkt.”

MDL-artsen en -onderzoekers delen volgens Hanselaar regelmatig in de onderzoeken of fellowships van KWF Kankerbestrijding. Er is veel onderzoek naar dikkedarmkanker gesubsidieerd. “In het kader van ons preventiebeleid hebben wij samen met ZonMW een actieve rol gespeeld in de discussie over het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Wij hebben meegewerkt om die screening weer vlot te trekken. Wij hebben lobbywerk gedaan voor het advies van de Gezondheidsraad (*pagina 96/97 van deze MAGMA*) en vol overtuiging gepleit voor het bevolkingsonderzoek. Ook dat is een onderdeel van onze rol als stuwende kracht achter kankerbestrijding.”

Meer informatie

Op www.kwfkankerbestrijding.nl vindt u bij Onderzoek de projectendatabase waarin alle lopende en reeds afgeronde onderzoeken zijn opgenomen die door KWF Kankerbestrijding zijn gefinancierd.

Hoeveel geeft de Nederlander precies aan goede doelen? Een exact antwoord op deze onschuldige vraag is niet goed te geven. Niet alleen worden verschillende definities gebruikt voor het goede doel, maar ook telt de een alleen appels, terwijl de ander vooral naar de peren kijkt.

Volgens de officiële cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gaven de Nederlandse huishoudens in 2007 ongeveer 1% van hun totale bestedingen uit aan goede doelen. Ter vergelijking: de Nederlandse overheid besteedde dat jaar aan officiële ontwikkelingshulp ongeveer 0,8% van het bruto nationaal inkomen.

Die gemiddeld € 308 per huishouden in 2007 is aanmerkelijk minder dan de gemiddeld € 357 in 1992. Vanaf dat jaar, aldus het CBS, varieerde het gemiddelde bedrag dat huishoudens jaarlijks uitgeven aan goede doelen aanzienlijk. Na een daling tot onder de € 300 bleef het vervolgens een aantal jaren rond die € 300 schommelen. Pas in 2004 gaven huishoudens weer beduidend meer en steeg het bedrag tot bijna € 350 euro, om in 2007 weer te dalen.

Dit laatste wordt echter bestreden door het Centraal Bureau Fondsenwerving (CBF), dat in zijn jaarverslag 2007 constateert dat de uitgaven aan goede doelen in 2007 juist zijn gestabiliseerd vergeleken met 2006. Het verschil, aldus het CBF, zit in de definitie. Het CBS rekent tot de uitgaven aan goede doelen zowel uitgaven aan collectes en donaties als contributies aan maatschappelijke organisaties zoals sportverenigingen, vakbonden, kerkelijke organisaties, politieke partijen en beroepsverenigingen. Het CBF doet dit niet. Het bureau registreert de gegevens van 931 goededoelenorganisaties die onder het publiek fondsen werven. Tot deze organisaties behoren “charitatieve, culturele, wetenschappelijke en andere het algemeen nut beogende rechtspersonen”. Contributies aan maatschappelijke organisaties worden niet meegerekend.

Maar er is nog een belangrijker verschil met de officiële CBS-cijfers. De bedragen die



deze 931 charitatieve fondsen jaarlijks ophalen, worden ook verkregen uit legaten en fondsenwerving. Iets waarmee het CBS geen rekening houdt in zijn statistieken. Deze geven recht toe recht aan weer hoeveel een huishouden jaarlijks uitgeeft aan contributies, collectes en donaties. Volgens het CBS zijn de afgelopen 15 jaar de contributies aan maatschappelijke organisaties vrijwel gelijk gebleven met € 153 in 1992 tegen € 159 in 2007. De uitgaven aan collectes en donaties daalden van € 204 in 1992 naar € 149 in 2007. Met 7.226.000 huishoudens is dit zo'n € 1,1 miljard.

Het CBF spreekt in zijn jaarverslag 2007 van € 3,2 miljard die de 931 goededoelenorganisaties dat jaar ontvingen: € 1,2 miljard dankzij fondsenwerving en € 2,0 miljard dankzij subsidies en andere bijdragen voor het goede doel.

Volgens het Nederlandse Donateurspanel, dat regelmatig het publieksvertrouwen in goede doelen peilt, bereikte Nederland in 2007 een duidelijk dieptepunt: men gaf veel minder dan in voorgaande jaren. Dat klopt met de CBS-waarneming.

Dit dieptepunt uit 2007 hebben we overigens al weer achter ons gelaten. Het panel meldt in juni 2009 – op basis van een representatieve steekproef – dat het donateursvertrouwen uit het dal klimt. “Voor het eerst sinds september 2007 is er weer een stijgende lijn te zien en nemen de donaties toe.”

VIER MILJOEN EURO VOOR VERDER ONDERZOEK NAAR COELIAKIE

‘Samenwerking met bedrijfsleven heeft ons anders leren denken’

Het Coeliac Disease Consortium heeft in zes jaar tijd baanbrekend onderzoek gedaan naar oorzaak en gevolgen van coeliakie.

Dit heeft verrassende en tastbare resultaten opgeleverd die de bestrijding van de ziekte ten goede komen.

Het consortium heeft nu vier miljoen euro gekregen van het Regie-orgaan Genomics om het fundamenteel onderzoek voort te zetten tot 2012 en de opgedane kennis te vertalen naar toepassingen voor patiënten.

Studies van het Coeliac Disease Consortium tonen aan dat bij deze ziekte veel meer genen betrokken zijn dan altijd is aangenomen. Veel van deze genen spelen bovendien een rol bij andere immuunziekten, zoals diabetes I. Het consortium heeft een gestandaardiseerde testkit ontwikkeld die binnenkort op de markt komt. Hiermee kunnen voedselbedrijven op een betrouwbare manier vaststellen hoe veilig het voedsel is: welke gluten zijn aanwezig en in welke hoeveelheden? Ook is aangetoond dat het mogelijk moet zijn een veiliger graanproduct te ontwikkelen. Ten slotte is er een enzym in ontwikkeling dat gluten efficiënt afbreekt.

Coeliakie is een veel voorkomende ziekte, waarbij voeding een deel van de oorzaak vormt. De incidentie ligt tussen de 0,5 en 1 procent. Intolerantie voor bepaalde varianten van gluten uit tarwe, gerst en rogge kan tot ernstige darmklachten leiden. Een leven lang glutenvrij eten is de enige remedie om een chronische ontsteking in het maag-darmkanaal te voorkomen. Bij een klein percentage patiënten kan de ziekte zich ontwikkelen tot refractaire coeliakie, een moeilijk te behandelen complicatie. Dankzij financiële steun van het Nationaal Regie-orgaan Genomics kon bestaand onderzoek naar coeliakie worden verbreed en verdiept. Een belangrijke taak van het regie-orgaan is het opstellen van een nationaal plan voor onderzoek naar erfelijk materiaal en het beheer over de ruim 400 miljoen euro die het kabinet daarvoor beschikbaar heeft gesteld.

Toegevoegde waarde

Gezien de rol van voeding zou een samenwerking tussen het Leids Universitair Medisch Centrum en de Universiteit van

Wageningen, specialist op het gebied van voeding, niet verrassend mogen zijn. In Wageningen zijn wetenschappers al langer bezig tarwerassen te ontwikkelen die minder problemen opleveren voor de spijsvertering. Toch noemt Frits Koning het een ‘unieke situatie’ dat een subsidie van het regie-orgaan de samenwerking tussen Leiden, Wageningen én Groningen (genetische studies) heeft bevorderd. En ook nog eens met het bedrijfsleven en patiëntenverenigingen. “De belangrijkste toegevoegde waarde van de samenwerking in het Coeliac Disease Consortium (CDC) is, dat we een beter inzicht hebben gekregen in allerlei dwarsverbanden die buiten het zicht van ons vakgebied vallen. Door die gecombineerde kennis kom je veel verder met je onderzoek. Je hebt niet meer de neiging om je terug te trekken in je eigen vakgebied als je een studie hebt afgerond”, zegt Frits Koning, CDC-coördinator.

Ook de samenwerking met het bedrijfsleven heeft Koning als zinvol ervaren. “Het is interessant om kennis te nemen van een andere manier van denken, die ons ook de ogen heeft geopend. Als onderzoeker ben je gewend om je onderzoek af te ronden met een publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift. Bedrijven verbazen zich daarover, omdat je daarmee je kennis vrijgeeft en iedereen daarvan vrijelijk gebruik kan maken. Zo doen wetenschappers hun organisatie tekort. Het is geen pleidooi om niet te publiceren, maar wel om eerst tot tien te tellen en goed na te gaan wat je eventueel via patenten zou moeten beschermen.”

Nieuwe testkit

Die ervaring met het vastleggen van patenten is in praktijk gebracht bij de ontwikkeling van de testkit die binnenkort op de

.....
“Vóór publicatie goed nagaan wat je via patenten zou moeten beschermen”
.....



Frits Koning: "Door gecombineerde kennis vanuit verschillende vakgebieden kom je veel verder met je onderzoek."

"De testkit is bedoeld voor de voedselindustrie", zegt Koning. "Het is geen predictor die patiënten in hun eten kunnen steken om dat op veiligheid te controleren. Die wens leeft wel, maar zover zijn we nog lang niet."

Complex mengsel

Gluten zijn een complex mengsel van eiwitten afkomstig uit tarwe. De ziekte is sterk geassocieerd met moleculen, HLA-DQ2 en HLA-DQ8. Deze moleculen blijken fragmenten van gluteneiwitten te kunnen binden en te 'presenteren' aan inflammatoire T-cellen die zich in de *lamina propria* van patiënten bevinden. De daaropvolgende T-celreactie leidt tot chronische ontsteking. Gegeven het complexe karakter is samenwerking tussen diverse partijen een voorwaarde om resultaten te boeken.

Het consortium richtte zich in de eerste fase op het ontwikkelen van veiliger voeding, verbeterde diagnostiek, preventie en therapie van coeliakie. Onderzocht is welke genetische factoren de kans op ontwikkeling van de ziekte verhogen, hoe de voedselveiligheid voor patiënten beter gegarandeerd kan worden en of een nieuwe therapie mogelijk is met een enzym dat gluten afbreekt.

Een ontwikkeling waarvoor veel patiënten belangstelling hebben, is het gebruik van een enzym dat gluten afbreekt. Het consortium heeft aangetoond dat een door DSM ontwikkeld enzym gluten efficiënt afbreekt, ook onder omstandigheden die het maag-darmkanaal stimuleren. Dit biedt uitzicht op een nieuwe therapie: door het enzym samen met gluten te eten kan de schadelijke werking van gluten mogelijk worden voorkomen.

Landelijke impact

Voor de tweede fase heeft het Coeliac Disease Consortium twee doelen gesteld: kennis toepassen voor de behandeling van patiënten en verder fundamenteel onderzoek om te bepalen hoe en waarom coeliakie en de daaraan verbonden complicaties kunnen ontstaan. Om de behandeling van coeliakie te optimaliseren en standaardiseren wordt een klinisch coeliakie-expertisecentrum opgericht. Voor verder klinisch en fundamenteel onderzoek zijn grote groepen patiënten nodig. "Patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol bij het leggen van contacten met patiënten die willen meedoen aan onderzoek."

Voor de tweede fase is het consortium uitgebreid met het VU medisch centrum en de Erasmus Universiteit. "Die verbreding is bedoeld om de landelijke impact van het onderzoek te vergroten."

markt wordt gebracht. Dit nieuwe type komt tegemoet aan een belangrijk bezwaar van bestaande testkits: deze zijn niet gestandaardiseerd en daardoor minder betrouwbaar in hun toepassing. De aanwezigheid van fragmenten van het toxische gluten kan nu zeer nauwkeurig worden vastgesteld, zodat de voedselveiligheid beter is te garanderen.

NIEUWS

DERDE NATIONAAL VOEDINGSCONGRES 2010

Update in klinische en transmurale voeding

Dinsdag 9 februari 2010 zal voor de derde keer het Nationaal Voedingscongres plaatsvinden: een 'update in klinische en transmurale voeding'. Het congres wordt georganiseerd door de Alliantie Voeding Gelderse Vallei, het samenwerkingsverband van Ziekenhuis Gelderse Vallei en de vakgroep Humane Voeding van de Wageningen Universiteit. Klinische zorg en kennis uit de voedingswetenschap komen hier bij elkaar. Het congres is bij uitstek geschikt voor MDL-artsen, internisten, huisartsen, diëtisten, voedingsverpleegkundigen en voedingswetenschappers. Voor het congres is accreditatie aangevraagd bij de NVGE.

Er zal een klinische en wetenschappelijke update worden gegeven met betrekking tot de rol van voeding en microbiotica bij functionele

buikklachten (Ad Masclee en Willem de Vos). Chris Mulder zal u aansluitend meenemen in de nieuwste inzichten op het gebied van coeliakie. Ook onderwerpen als nierziekten (Gerjan Navis), COPD (Annemie Schols), neurologie (Huub Savelkoul) en hartziekten (Daan Kromhout) staan op het programma. Hierbij wordt steeds gekeken naar de rol van voeding in de behandeling en bij (secundaire) preventie.

Meer informatie

Ga voor het programma naar:
www.alliantievoeding.nl/nationaal_voedingscongres.htm.
 Aanmelden kan via www.interactie.org/voeding.



 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB

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

We hebben al veel bereikt en onze ambitie gaat verder!



REMICADE
10
JAAR
GASTRO ENTEROLOGIE

Gastrostart helpt onderzoek op weg

De Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie vindt het belangrijk om onderzoek op haar vakgebied te stimuleren. Zij doet dat door projecten te financieren die te pril zijn voor subsidie van grotere organisaties, maar veelbelovend genoeg om die een kans te geven. Gastrostart heeft op deze manier sinds 2004 vijfendertig onderzoeken in gang gezet.

“We hebben niet de zekerheid dat de onderzoeken die wij financieren een vervolg krijgen met een grotere subsidie. De beslissing daarover kunnen we niet beïnvloeden”, zegt Jan Kleibeuker, die in mei aantrad als voorzitter van de commissie Gastrostart. “Wij verplichten de onderzoekers wel om na een jaar over de resultaten te rapporteren en duidelijk te maken waartoe hun onderzoek heeft geleid.” De commissie beoordeelt de kwaliteit van het voorgestelde onderzoek en weegt de hypothese. In de commissie zijn alle universitaire medische centra met één afgevaardigde vertegenwoordigd. Verder zijn vertegenwoordigd: NVGE, Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie. Zo nodig schakelt de commissie externe deskundigen in om een aanvraag te beoordelen. “Alle leden beoordelen alle aanvragen, maar niet als ze afkomstig zijn uit hun eigen ziekenhuis.”

Risico's en resultaten

Gastrostart is het resultaat van het succesvolle internationale congres, de Holland Digestive Week, waarmee de NVGE eind jaren tachtig haar lustrum vierde. De financiële baten zijn ten goede gekomen aan het opleidingsprogramma voor Oost-Europa en de oprichting van de stichting Gastrostart. De NVGE heeft dit initiatief overgenomen toen de financiële middelen van de stichting op waren.

“We vinden het belangrijk om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren. Daarvoor nemen wij een bedrag op in de begroting, waarmee we startende projecten een subsidie van maximaal 7500 euro kunnen geven”, aldus Kleibeuker. Hij legt uit dat Gastrostart het mogelijk maakt voorbereidend onderzoek te doen of technieken operationeel te maken om later een goed onderbouwd subsidieverzoek te kunnen indienen bij bijvoorbeeld de Maag Lever Darm Stichting of KWF Kankerbestrijding. Het is géén subsidie voor langdurig onderzoek of het volgen van stages.

Het aantal aanvragen wisselt, maar is doorgaans zo groot dat de commissie daadwer-

“Zekerheid over resultaten kun je niet bieden als je niet verder bent dan een onderzoekshypothese”

kelijk een keuze moet maken. Een belangrijk criterium is dat het een beginnend en innoverend onderzoek moet zijn op gastro-enterologisch/hepatologisch gebied. Alleen leden van de deelnemende verenigingen komen in aanmerking voor financiering. Kleibeuker: “Grote instellingen kijken bij het toewijzen van subsidies ook naar de risico's. Hoe zeker is het dat een onderzoek tot de verwachte resultaten leidt? Die zekerheid kun je niet bieden als je nog niet verder bent dan een onderzoekshypothese. Gastrostart zorgt ervoor dat potentiële kanshebbers zich alsnog kunnen bewijzen.”

Sluitingsdata

De sluitingsdata voor het indienen van de subsidieaanvragen zijn: 1 maart, 1 juni, 1 september en 1 december.

Samenstelling commissie Gastrostart

Prof. dr. J.H. Kleibeuker (UMC Groningen) is *voorzitter en penningmeester* van de commissie Gastrostart.

Leden: prof. dr. U.H.W. Beuers (AMC); dr. G. Bouma (VUmc); dr. G.R. van den Brink (LUMC); dr. P. van Duijvendijk (UMC St. Radboud); dr. R.A. de Man (Erasmus MC); dr. S.W.M. Olde Damink (UMC Maastricht); dr. B. Oldenburg (UMC Utrecht).

Marie José van Gijtenbeek voert het secretariaat.

Asacol 800 mg...

...werkt waar het moet werken.

ASACOL[®]

Bij Colitis Ulcerosa

NEDERLANDS-VLAAMS IDATE-CONSORTIUM

Intensieve samenwerking zorgt voor innovatie in behandeling Barrett

Er is veel gebeurd op het terrein van de zorg voor patiënten met Barrett-slokdarm. Was tien jaar geleden het vinden van hooggradige dysplasie in biopoten van een patiënt met Barrett in vele centra gelijk aan het doorverwijzen van die patiënt naar de chirurg voor een oesofaguscardiaresectie, tegenwoordig wordt zo'n patiënt endoscopisch behandeld. Kleine zichtbare afwijkingen in Barrett kunnen veilig en effectief worden verwijderd middels endoscopische resectie (ER). Aanvullend kan radiofrequente ablatie (RFA) worden geboden. In zeven centra verspreid over Nederland en Vlaanderen zijn mensen speciaal getraind in de toepassing van beide technieken.

Over de effectiviteit en de veiligheid van endoscopische resectie (ER) zijn de laatste jaren steeds meer solide gegevens beschikbaar gekomen, niet in de laatste plaats door onderzoek van eigen (AMC-)bodem. Steeds meer data suggereren dat zelfs bij vroege stadia van slokdarmkanker endoscopische behandeling de voorkeur geniet boven radicale chirurgie. Dit komt doordat de kans op lymfkliermetastasen bij een endoscopisch radicaal verwijderd carcinoom dat beperkt is tot de mucosa, nagenoeg nihil is. Dit steekt gunstig af tegen een mortaliteit van 3–4% waarmee een oesofagus-cardiaresectie gepaard gaat. Zelfs bij Barrett-carcinomen die zeer oppervlakkig in de submucosa invaderen, lijkt de kans op lymfkliermetastasen erg laag en is endoscopische behandeling goed te verdedigen.

Recent onderzoek heeft aangetoond dat radiofrequente ablatie (RFA) zeer effectief is in het volledig doen verdwijnen van al het Barrett-epitheel. In tegenstelling tot oudere ablatiemethoden zoals PDT en APC komt stenosevorming niet of nauwelijks voor, en is de kans op volledige eradicatie van al het Barrett-epitheel duidelijk groter. De combinatie van ER voor zichtbare afwijkingen en RFA voor ablatie van het (resterende) vlakke Barrett-epitheel is daarmee steeds

belangrijker aan het worden.

Deze 'multimodaliteitsbehandeling' stelt behoorlijk wat eisen aan de capaciteiten en opleiding van de endoscopist. Maar ook aan die van de endoscopie-verpleegkundige én van de patholoog die de resectiepreparaten ter beoordeling krijgt.

IDATE

Inmiddels is een intensieve samenwerking ontstaan tussen het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein (Bas Weusten) en het AMC (Jacques Bergman), zowel op het gebied van zorg voor deze patiëntencategorie als bij onderzoek. Alle patiënten worden geprotocolleerd en in onderzoeksverband behandeld en er is een gemeenschappelijke researchfellow. De eerste promovendus, Joep Gondrie, is anderhalf jaar geleden afgeleverd. Beiden hebben samen in totaal twaalf centra in Europa opgeleid in ER en RFA (www.endosurgery.eu).

Verspreid over Nederland zijn in de volgende centra een endoscopist, endoscopie-verpleegkundige en GE-patholoog gezamenlijk getraind in detectie, behandeling en (histologische) beoordeling van Barrett-vroegneoplasie: het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven (Erik Schoon), Isala Klinieken in Zwolle (Ed Schenk), UMCG in Gronin-

gen (Frans Peters), Haga Ziekenhuis in Den Haag (Martin Houben). Samen met het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein (Bas Weusten), het AMC en het UZ Leuven (Raf Bisschops) zijn deze centra verbonden in een consortium dat de naam IDATE (*Initiative for Detection And Treatment of Early neoplasia in the upper GI-tract*) draagt.

Patiënten die in deze IDATE-centra worden behandeld, krijgen een kwalitatief goede en gestandaardiseerde behandeling. De combinatiebehandeling met ER en RFA is in Amsterdam, Eindhoven, Leuven, Nieuwegein en Zwolle beschikbaar; Den Haag en Groningen volgen op korte termijn. Alle verrichtingen worden prospectief geregistreerd en voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt. Het project wordt ondersteund door een gemeenschappelijke arts-onderzoeker (Frederike van Vilsteren) en lokale onderzoeksverpleegkundigen, mede dankzij de financiële steun van Astra-Zeneca.

Toekomst

Met de komst van ER-technieken, de training van gespecialiseerde centra en het beschikbaar komen van RFA zijn grote stappen gemaakt in de behandeling van patiënten met vroege vormen van Barrett-carcinoom en hooggradige dysplasie. De vraag is of patiënten met laaggradige dysplasie niet ook in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor radiofrequente ablatie. Om dat uit te zoeken loopt er momenteel een studie, gefinancierd door de Maag-Lever-Darm Stichting, naar de effectiviteit en doelmatigheid van RFA voor patiënten met laaggra-

Lees verder op pagina 119.

MDL-artsen krijgen een acht van patiënt

Patiënten met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa zijn erg tevreden met hun MDL-arts en belonen deze arts zelfs met een acht. Dit is een van de conclusies van het onderzoek naar de kwaliteit van de maag-, darm- en leverzorg en de specialisten binnen deze MDL-zorg, dat de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN) onlangs hield onder haar panelleden.

Hoe beoordelen patiënten de kwaliteit van maag-, darm- en leverzorg en de specialisten binnen de MDL-zorg? Wat zien zij als verbeterpunten en wat vinden zij van de informatieverstrekking? Aan het onderzoek van de CCUVN onder haar panelleden namen 479 mensen deel, voldoende om op geaggregeerd niveau uitspraken te kunnen doen over de waardering van Crohn- en CU-patiënten voor de MDL-arts. De arts scoorden hun mooie cijfer op deskundigheid, toegankelijkheid, persoonlijke aandacht, informatievoorziening en bereikbaarheid. De hoogste score, een 8,4, kregen zij voor deskundigheid, terwijl de bereikbaarheid als laagste uit de bus kwam met een 7,5.

Ook werd gevraagd naar de ervaringen van patiënten met de internist. Deze kregen een 7,6 als gemiddeld rapportcijfer.

Hoewel ruim driekwart van de ondervraagden de afgelopen twee jaar geen contact bleek te hebben gehad met een gespecialiseerde verpleegkundige, zijn de patiënten erg te spreken over de persoonlijke aandacht die zij van hen ontvingen: de MDL-verpleegkundige scoorde een 7,8 en de IBD-verpleegkundige een 7,6. De CCUVN ziet daarom graag een grotere rol weggelegd voor de MDL- en IBD-verpleegkundigen. Een goede verdeling van patiëntenzorg tussen artsen en verpleegkundigen levert voor artsen minder tijdsdruk op en voor patiënten meer zorg.

Verbeterpunten

Ondanks de mooie cijfers kwamen er ook verbeterpunten uit het onderzoek naar voren, met name op het gebied van samen-



CCUVN-voorzitter Tineke Markus overhandigt de eerste box met passen aan Chris Mulder, MDL-arts en voorzitter van de NVGE.

werking. Vooral patiënten die meerdere aandoeningen hebben, zijn minder te spreken over de communicatie als hun situatie door meerdere zorgverleners wordt besproken. Ook zouden behandelingen en adviezen beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

Een vijfde van de ondervraagden blijkt in de afgelopen twaalf maanden een onprettige ervaring te hebben gehad, waarbij gebrek aan respect en onvoldoende aandacht de meest gehoorde klachten waren. Binnen deze groep respondenten maakte twee derde hiervan melding. Wel blijkt het aantal onprettige ervaringen minder te zijn dan in het algemeen binnen de gezondheidszorg. Bij het (twee)jaarlijkse onderzoek van Newcom Research & Consultancy onder zorgconsumenten meldt één op de drie patiënten een onprettige ervaring.

Voorlichting

Patiënten hebben veel behoefte aan informatie. Hoewel de deelnemers aan het

onderzoek de algemene voorlichting over het ziektebeeld als 'goed' beoordelen en het duidelijk is bij welke specialist ze met hun vragen terecht kunnen, bestaat bij hen wel behoefte aan aanvullende informatie op algemene onderwerpen, medicatie en bijwerkingen.

Ruim de helft van de ondervraagden bleek niet door de arts te zijn doorverwezen naar de CCUVN voor voorlichting. Dat vindt de vereniging natuurlijk jammer en ook een gemiste kans voor de patiënt. Immers, de vereniging heeft naast voorlichtingsmateriaal veel ervaringskennis in huis waarmee patiënten hun voordeel kunnen doen. De vereniging leidt haar medewerkers op, zodat zij als ervaringsdeskundigen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van leven door het geven van tips en het bieden van een luisterend oor.

WC-pas

Eén van de meest bestelde artikelen bij de CCUVN is de wc-/informatiepas. De pas op creditcardformaat bevat nuttige informatie én kan door patiënten worden gebruikt als 'wc-pas', zodat zij ook terecht kunnen op locaties waar geen openbaar of klantentoilet aanwezig is.

De pas is nu verpakt in een box van vijftig stuks: handig voor in de wachtkamer of op het bureau van de MDL-arts. Kortom, een goed gebaar naar uw patiënt, die zo vaak op zoek is naar een toilet!

Barbara Warnar, CCUVN

Bestellen

De gratis box met 50 wc-/informatiepassen is te bestellen via het servicebureau (0348-420 780) of een e-mail naar info@crohn-colitis.nl.

Inkomens MDL-artsen ten onrechte met bijna 13% gekort

Het is weer het oude liedje: de medisch specialist wordt in de media afgespiegeld als een veelverdiener die nodig moet worden aangepakt. De overheid worstelt met een budgetoverschrijding in de zorg en komt nu met drastische bezuinigingsmaatregelen en handelt daarbij onterecht de kaasschaafmethode.

Sinds 1 januari 2008 wordt de honorering van medisch specialisten volledig gefinancierd via het DBC-systeem. Ziekenhuizen krijgen voor het A-segment tot op heden geld op basis van de FB-systematiek. Een soort lumpsum waarvan de hoogte bepaald wordt door het aantal eerste polibezoeken, dagverplegingen en opnames. Inmiddels is gebleken dat het DBC-stelsel heeft geleid tot scheve inkomensverschuivingen. Met name de ondersteuners zagen hun inkomen sterk stijgen. Het navrante is dat deze ondersteuners geen invloed hebben op hun eigen inkomen: zij zijn volledig afhankelijk van wat de overige poortspecialismen aan productie leveren. Per DBC wordt namelijk een vast percentage aan het ondersteunend specialisme toegekend. Uit de forse toename van het ondersteunershonorarium blijkt nu dat de gekozen percentages te hoog zijn ingeschat.

Wat is eenvoudiger dan deze systeemfout te erkennen, de percentages aan te passen en op die manier de balans tussen werk en honorering voor een ieder recht te zetten? De NZa en VWS denken daar anders over. Het voornemen een dergelijke 'herijking' toe te passen, is van tafel omdat de gegevens niet goed onderbouwd zouden zijn. De minister heeft echter toch zijn bezuinigingen nodig (200 miljoen overschrijding van het budget en 175 miljoen voor de ondersteunerscompensatie). Daarom is nu een generieke korting van 375 miljoen aangekondigd. De NZa berekent dat dit zal resulteren in 11% en later zelfs 12,7% korting voor *alle* specialisten.

Terecht loopt de Orde hiertegen te hoop. De ondersteuners blijven nog steeds (buiten hun schuld!) een onevenredig hoog inkomen houden en die specialismen die door de DBC-systematiek toch al benadeeld zijn, krijgen nog eens een extra korting van bijna 13% aan de broek. Ook voor ons als MDL leidt dit tot een onevenredige en onterechte daling van ons inkomen.

De OMS onderneemt juridische stappen. Zij organiseert voorlichtende regiobijeenkomsten. De locatie en data vindt u op: <http://orde.artsen-net.nl>. Daarnaast is er een privaat initiatief voor het tekenen van een petitie tegen deze aanvechtbare overheidsmaatregelen. U vindt de petitie op <http://bezorgd.intrest.com>. Het lijkt me zinvol om ieder initiatief in deze te steunen. Alleen als we massaal onze afkeuring laten blijken, maken we een kans op een rechtvaardiger verdeling van de DBC-gelden.

Marten Otten, MDL-arts

COLUMN



BART ELSMAN

YES, WE CAN!

De Gezondheidsraad adviseert de minister om te starten met een tweejaarlijks bevolkingsonderzoek op basis van iFOBT voor personen van 55–75 jaar. Bij volledige invoering zijn jaarlijks 78.000 coloscopieën nodig. Dat kunnen we gemakkelijk aan, als...

- de MDL-artsen die manager zijn geworden, weer dokters worden: managers hebben we genoeg, MDL-artsen te weinig;
- alle fulltime werkende MDL-artsen weer hun vijfde dag in de week gaan werken. Voor de administratie heb je toch niet een hele dag nodig?
- alle parttime werkende MDL-artsen fulltime gaan werken;
- de kinderen pas om zeven uur bij de crèche mogen worden afgehaald;
- gepensioneerde MDL-artsen verplicht worden minstens drie dagen per week te werken;
- de van thuis meegenomen lunchpakketten tijdens de coloscopie worden opgegeten;
- al die Duitse collega's snel Nederlands leren bij de 'nonnen' in Vught;
- we ook de nonnen coloscopieën leren;
- we maar twee keer per jaar een congres bezoeken;
- we geen verhalen meer houden in Roemenië, Mongolië en Zuid-Afrika;
- we ons alsmaar weer laten vaccineren voor allerlei soorten griep;
- we geen riskante sporten meer beoefenen, zoals wielrennen, skiën of schaatsen;
- we voorlopig niet meer inschrijven voor Teach de Teachers van de Teach de Teachers-cursussen;
- we internisten weer leren hoe ze een coloscopie moeten doen.

*We kunnen het makkelijk aan.
We gaan ervoor!*

NIEUW voor de behandeling van
volwassenen met gecompenseerde
chronische hepatitis B

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

Uitgebreide productinformatie verkrijgbaar bij GILEAD
Telefoon: 020 718 3650 Email: gileadnl@gilead.com

 GILEAD

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

VERSLAG VAN EEN MDL-ARTS-IN-OPLEIDING

NVGE zorgt voor multidisciplinair najaarscongres

Zoals gebruikelijk werd het najaarscongres van de NVGE in Veldhoven voorafgegaan door een dag cursorisch onderwijs in maag-darm-leverziekten. Sprekers afkomstig uit diverse disciplines en academische centra bogen zich over de MDL-oncologie. Naast de veel voorkomende maligniteiten als maag- en coloncarcinoom werden de nieuwste inzichten in gastro-intestinale stromaceltumoren (GIST) en carcinoïden besproken. Ook de toegevoegde waarde van MRI bij tumoren in de lever kwam uitvoerig aan bod. Interessant was het overzicht betreffende de diagnostiek en behandeling van cysteuze afwijkingen in het pancreas en de mogelijkheden van – en vooral: beperkingen in – de behandeling van het cholangiocarcinoom. De afsluitend gepresenteerde casuïstiek sloot mooi aan bij de presentaties en werd kritisch van commentaar voorzien door het panel.

Opvallend was ook dit keer weer de aanwezigheid van een groot aantal MDL-artsen n.m.i.o. (niet meer in opleiding) en hun actieve bijdrage in de discussies na de presentaties. Of dit laatste komt door of wellicht juist leidt tot enige terughoudendheid of schuchterheid van MDL-artsen i.o. om hieraan een bijdrage te leveren, is onderwerp van weer een andere discussie. Dat er bij iedereen nog genoeg flexibiliteit, absorberend vermogen en ruimte voor verbetering is, bleek uit de scores van de kennistoets voor en na het onderwijs. Het najaarscongres werd op 8 oktober geopend door de gastro-intestinale chirurgen. Zoals gebruikelijk in de meeste ziekenhuizen begonnen zij een half uur eerder dan de (meer) beschouwende specialismen. Opvallend aan het door de NVGC gepresenteerde onderzoek was het gevarieerde karakter ervan, waardoor het ook voor niet-chirurgisch-ingewijden zowel goed te volgen als klinisch relevant was.

Bij het ochtendprogramma van de NVH kwamen daarentegen voorname-lijk de niches van het hepatologieonderzoek, zoals polycysteuze leverziekten en alpha-1-antitrypsine-deficiëntie, aan bod. Het programma van de NVGE en NESPEN werd gekenmerkt door een varia aan onderwerpen die door het multidisciplinaire karakter zowel een typisch chirurgische, gastro-enterologische als internistische achtergrond hadden.

Ook tijdens de ledenvergadering van de NVGE sprong de diversiteit van de leden in het oog, evenals het grote aantal (wetenschappelijke) verenigingen en (sub)commissies namens wie wel en niet werd gesproken.

Een van de hoogtepunten van de ledenvergadering van de MLD-artsen-in-opleiding was de installatie van twee nieuwe bestuursleden, Wout Mares en Leon Moons, Ardi Oberndorff en Rachel West namen afscheid en werden bedankt voor hun inspanningen. Het lunchprogramma werd in beslag genomen door ano-rectale problematiek en een symposium over fecale incontinentie. Tijdens het middagprogramma werd het management van gastro-intestinale bloedingen vanuit diverse disciplines bediscussieerd. Het NVH-middagprogramma bestond uit een gedeelte virale hepatitis en acute hepatologie bij chronische leverziekte. Daarna vierde de NVH de presentatie van het nieuwe Nederlandse hepatologieleerboek (het eerste sinds 1948!).

De afsluitende plenaire presentaties volgden de voorkeuren van de NVGE-voorzitter en waren zowel klinisch als basaal. De donderdag werd afgesloten met de uitreiking van de AstraZeneca Gastrointestinale Research Award aan Marc Besselink.

De vrijdagochtend stond vooral in het teken van dunnedarmpathologie en -diagnostiek, waarbij de pro's en contra's van videocapsule- en dubbelballon-endoscopie werden toegelicht. Vervolgens werden uitgebreid de nieuwe richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van het maagcarcinoom vanuit de diverse disciplines toegelicht en bediscussieerd. De endoscopieverpleegkundigen en -assistenten besloten het congres met een uitgebreid middagprogramma.

Maarten Tushuizen, Alkmaar

lid van de NVMDL-commissie Kwaliteit namens de NVMDL-i.o.

Vervolg van pagina 115.

dige eptiheeldysplasie in Barrett-oesofagus. Deze studie (de SURF-studie: SURveillance versus Radiofrequency Ablation) wordt gecoördineerd vanuit het AMC, maar loopt ook – of gaat binnenkort lopen – in de andere IDATE-centra. Nog spannender is

de vraag of in de toekomst *alle* patiënten met Barrett-oesofagus, dus ook diegenen zonder dysplastische veranderingen, behandeld moeten worden met radiofrequente ablatie. Het is natuurlijk nog veel te vroeg om daar een uitspraak over te doen, maar het zou in één opzicht in ieder geval aanlokkelijk zijn: een verlossing van de Barrett-

surveillancescopieën met dat eindeloze gebiopteer. Voor zowel de dokter als de patiënt die het periodiek moet ondergaan, zou dat een niet onaantrekkelijk vooruitzicht zijn.

Bas Weusten, Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

SECONDARY PREVENTION OF HEPATITIS B IN THE NETHERLANDS

Irene K. Veldhuijzen, Erasmus Universiteit Rotterdam,
4 september 2009

Screening op hepatitis B is een vorm van secundaire preventie, waarbij antivirale middelen kunnen worden gebruikt om het ontstaan van hepatitis-B-gerelateerde leverziekten te voorkomen. Omdat de behandel mogelijkheden met antivirale middelen sterk zijn toegenomen, wordt het belangrijker om patiënten met chronische hepatitis B tijdig op te sporen.

In onderhavig proefschrift is de nauwkeurigheid onderzocht van een richtlijn voor verwijzing van hepatitis-B-patiënten van de eerste lijn naar de specialist. De verwijsrichtlijn op basis van HBsAg-status en ALAT-waarde blijkt goed bruikbaar. Minder dan de helft van de patiënten wordt geselecteerd voor doorverwijzing naar de specialist, waaronder zich bijna 90% van de patiënten met een verhoogde virale load bevinden.

Met behulp van wiskundige modellering is het effect van verschillende maatregelen op de sterfte en ziektelast van chronische hepatitis B bepaald. Als alle patiënten met actieve chronische hepatitis

B in Nederland ontdekt en behandeld zouden worden, dan kan de levergerelateerde sterfte met 80% worden gereduceerd als vanaf het begin een antiviraal middel met een laag resistentieprofiel wordt gekozen. Dit effect is toe te schrijven aan zowel de vermindering van de complicaties van cirrose, als het voorkomen van het ontstaan van cirrose.

Maar ook al is de impact van antivirale behandeling potentieel groot, er wordt niet optimaal van geprofiteerd aangezien slechts een klein deel van de patiënten die behandeling nodig hebben, daadwerkelijk wordt behandeld. Screening kan de opsporing van hepatitis-B-patiënten verbeteren. Er is daarom ook gekeken naar de kosteneffectiviteit van screening van migranten. Systematische screening van migranten lijkt kosteneffectief, zelfs bij lage schattingen voor de HBsAg-prevalentie, deelname aan screening, verwijzing en het starten van behandeling.

Curriculum vitae

Irene Veldhuijzen (De Bilt, 1975) studeerde biomedische gezondheidswetenschappen aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Ze werkte eerst een aantal jaren op het RIVM, en is sinds 2002 als infectieziekten-epidemioloog werkzaam bij de GGD Rotterdam.

Productinformatie Asacol® Tablet

Samenstelling en farmaceutische vorm: Asacol® maagsapresistente tabletten bevatten per tablet 400 of 800 mg mesalazine. **Indicaties:** Behandeling van lichte tot matige colitis ulcerosa, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven. **Dosering voor volwassenen:** 800-2400 mg per dag, verdeeld over meerdere giften. De tabletten mogen niet gebroken worden doch dienen in hun geheel te worden doorgeslikt. **Contra-indicaties:** Ernstige lever- en nierfunctiestoornissen; bestaande zweren van maag en twaalfvingerige darm; verhoogde neiging tot bloeding. Overgevoeligheid voor mesalazine, salicylaten in het algemeen of andere bestanddelen. **Waarschuwingen:** Voorzichtigheid bij patiënten met astma. Gebruik van Asacol® bij verminderde nierfunctie wordt ontraden. Met name gedurende het begin van de behandeling is regelmatige controle van de nierfunctie gewenst. Asacol® in tabletvorm wordt ontraden bij lactose-intolerantie. Asacol® is niet bedoeld voor de behandeling van peuters en kleuters. **Interacties:** de volgende geneesmiddelen worden beïnvloed door mesalazine: sulfonureumderivaten, coumarine, methotrexaat, probenecide, sulfapyrazon, furosemide, spironolacton en rifampicine. Lactulose kan de vrijgifte van mesalazine uit de tabletten verminderen. Voorzichtigheid is geboden in combinatie met overige antistollingsmiddelen. **Zwangerschap en borstvoeding:** Er zijn onvoldoende gegevens bekend. **Rijvaardigheid:** Geen gegevens bekend, let op de bijwerkingen. **Bijwerkingen:** Misselijkheid, diarree, braken, hoofdpijn, duizeligheid en stemmingsveranderingen. Bijwerkingen op het renale systeem. Overgevoelighedsreacties en huidreacties zijn gemeld. Methemoglobinespiegels kunnen verhoogd zijn. **Overige informatie:** Verpakkingsgrootte: blisterverpakking met 90 tabletten. Kanalisatie: UR Vergoedingsstatus: volledig vergoed. Volledige informatie op aanvraag beschikbaar. Asacol® 400 RVG 11737, Asacol® 800 RVG 18636 (mei 2007).

Referenties: 1. Riley SA, Tavares IA, Bennett A, et al. Delayed-release mesalazine (5-aminosalicylic acid): coat dissolution and excretion in ileostomy subjects. Br J Clin Pharmacol 1988; 26: 173-7. 2. Dew MJ, Ryder RE, Evans N, et al. Colonic release of 5-amino salicylic acid from an oral preparation in active ulcerative colitis. Br J Clin Pharmacol 1983; 16: 185-7. 3. Ishaq S, Green JB. Tolerability of aminosalicylates in inflammatory bowel disease. Biodrugs 2001; 15: 339-49. 4. Goebbell H, Klotz U, Nehlsen B, et al. Oroileal transit of slow release 5-aminosalicylic acid. Gut; 1993; 34: 669-75. 5. Keller J, Goebbell H, Klotz U, et al. Release patterns of 5-aminosalicylic acid in human small intestine: Importance of galenic preparation. Med Klin 1998; 93: 294-9. 6. IB1-tekst Pentasa, RVG 14797 (12-2005). 7. IMS Health, Knowledge Link Q3 2006 data.

NYCOMED

Verkorte productinformatie behorende bij advertentie elders in dit blad

samenstelling Tabletten à 10 mg en 20 mg rabeprazolnatrium. **indicaties** Behandeling van actieve ulcus duodeni (UD), actieve benigne ulcus ventriculi (UV), symptomatische, eroderende of ulceratieve gastro-oesofageale reflux (GOR), langdurige behandeling van gastro-oesofageale reflux (onderhoudsdosis t.b.v. GOR), symptomatische behandeling van matige tot zeer ernstige gastro-oesofageale reflux (symptomatische GOR), Zollinger-Ellison syndroom, eradicatie van H. pylori in combinatie met geschikte antibacteriële therapie bij patiënten met peptische ulcera. **dosering en wijze van toediening** (volwassenen/ouderen) UD en UV: 20 mg, 1x daags. De meeste patiënten met een actief UD genezen binnen 4 weken; sommigen binnen 8 weken. De meeste patiënten met een actief benigne UV genezen binnen 6 weken; sommigen binnen 12 weken. GOR: 20 mg, gedurende 4-8 weken 1x daags. Onderhoudsdosis GOR: op geleide van klachten van de patiënt 10 of 20 mg eenmaal daags. Symptomatische GOR: bij patiënten zonder oesofagitis eenmaal daags 10 mg. Nadat de symptomen zijn verdwenen, alleen indien nodig, eenmaal daags 10mg. Zollinger-Ellison syndroom: Startdosis 60 mg eenmaal daags, eventueel verhogen tot maximaal 120 mg per dag. Eradicatie: **Pariet** 20 mg tweemaal daags + claritromycine 500 mg tweemaal daags + amoxicilline 1 g tweemaal daags. **Pariet**-tabletten dienen heel te worden doorgeslikt. Nier- en leverinsufficiëntie: geen aanpassingen van de dosis vereist. Zie 'Waarschuwingen' voor aanpassing bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Kinderen: **Pariet** wordt niet aanbevolen voor gebruik bij kinderen. **contra-indicaties** Bekende overgevoeligheid voor rabeprazolnatrium of voor hulpstoffen die in de samenstelling gebruikt zijn. **Pariet** is gecontraïndiceerd tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding. **waarschuwingen** De mogelijkheid van een maligniteit in maag of slokdarm moet vóór aanvang van de behandeling worden uitgesloten. Patiënten die langdurig worden behandeld (vooral langer dan een jaar) moeten onder geregeld toezicht blijven. Een risico van kruisovergevoeligheid met andere protonpompremmers of gesubstitueerde benzimidazolen kan niet worden uitgesloten. Er zijn meldingen gedaan van bloeddyscrasieën. Afwijkingen in de leverenzymen zijn gerapporteerd. Bij patiënten met lichte tot matige leverinsufficiëntie werden geen aanwijzingen voor significante veiligheidsproblemen in verband met het geneesmiddel waargenomen. Bij de behandeling van patiënten met ernstige leverdysfunctie moet de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen. Gelijktijdige toediening van atazanavir wordt niet aanbevolen. **interacties** Rabeprazolnatrium veroorzaakt een ingrijpende en langdurige remming van de maagsapsecretie en heeft derhalve mogelijk interactie met verbindingen met een pH-afhankelijke absorptie. Gelijktijdige toediening van rabeprazolnatrium met ketoconazol of itraconazol kan leiden tot een significante vermindering van de plasmaspiegels van de antischimmelmiddelen. Bij patiënten die dergelijke geneesmiddelen gelijktijdig met **Pariet** gebruiken, moet daarom worden nagegaan of een dosisaanpassing gewenst is. Er is geen interactie met vloeibare antacida waargenomen. De absorptie van atazanavir is afhankelijk van de pH. Daarom dienen protonpompremmers niet gelijktijdig te worden toegediend met atazanavir. **bijwerkingen** De meest gemelde bijwerkingen in gecontroleerd klinisch onderzoek waren hoofdpijn, diarree, buikpijn, asthenie, flatulentie, huiduitslag en droge mond. Andere vaak voorkomende bijwerkingen waren infectie, slapeloosheid, duizeligheid, hoest, faryngitis, rhinitis, misselijkheid, braken, obstipatie, aspecifieke pijn, rugpijn, asthenie en griepachtige ziekte. **verpakkingen** Doos met 7 of 28 tabletten. **prijzen** Volgens Z-Index. **vergoeding** Volledige vergoeding. **uitgebreide productinformatie** Op verzoek beschikbaar. **datum** augustus 2008.

JANSSEN-CILAG b.v.

Internet: www.janssen-cilag.nl
E-mail: janssen-cilag@acnl.jnj.com
Telefoon: 0800-242 42 42

Pariet®
Een Janssen-Cilag product

Rijnmond. In 2006 begon ze haar promotieonderzoek onder begeleiding van co-promotoren dr. R.A. de Man en dr. J.H. Richardus en promotor prof. dr. H.L.A. Janssen. Tijdens haar promotieonderzoek rondde ze ook een Master in Public Health af bij het Netherlands Institute for Health Sciences.

Het proefschrift is te verkrijgen via
veldhuijzeni@ggd.rotterdam.nl.

FISH CONSUMPTION, DOES IT BENEFICIALLY AFFECT MARKERS OF COLORECTAL CARCINOGENESIS?

Gerda K. Pot, Wageningen Universiteit, 2 oktober 2009

Kanker is momenteel de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Dikkedarmkanker is daarbij één van de meest voorkomende vormen van kanker. Voeding speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van dikkedarmkanker. Dit proefschrift beschrijft verschillende studies waarin de mogelijk beschermende rol van visconsumptie op dikkedarmkanker is onderzocht. De belangrijkste studie uitgevoerd binnen dit proefschrift is een interventieonderzoek naar de effecten van het verhogen van de visconsumptie op verschillende voorstadia van dikkedarmkanker. 242 deelnemers kregen twee extra porties zalm of kabeljauw per week of geen extra vis. Na zes maanden interventie werd gemeten in darmmateriaal of er verschillen waren in celdeling, celdood, DNA-schade of ontsteking. Er werden echter geen verschillen gevonden na consumptie van zalm danwel kabeljauw. De belangrijkste boodschap van dit proefschrift is dat er geen sterk bewijs is gevonden dat het verhogen van visconsumptie voorstadia van dikkedarmkanker gunstig kan beïnvloeden.

Het onderzoek werd gefinancierd door de Europese Unie (6th Framework, contractno 506359 SEAFOODplus).

Curriculum vitae

Gerda Karolien Pot (Maastricht, 1978) verhuisde na vier jaar middelbare school voor één jaar naar Mérida, Venezuela. In 1998 behaalde Gerda Pot het diploma gymnasium-B in Maastricht en begon zij met de studie Voeding en Gezondheid aan de Wageningen Universiteit. Na zich aanvankelijk vooral te hebben beziggehouden met het vakgebied toxicologie, besloot Gerda zich meer te richten op de humanoria. Zij volgde een stage bij het voormalige TNO Voeding te Zeist. In 2003 behaalde zij met lof haar doctoraal en accepteerde een baan bij de afdeling Human Nutrition van de Wageningen Universiteit. In april 2004 startte Gerda Pot aldaar haar promotieonderzoek. Ze organiseerde mede het onderzoek in Engeland, Ierland en Schotland in 2005, en nam deel aan de onderzoeksreis naar de VS in 2007. In 2009 werd Gerda Pot uitverkoren deel te nemen aan het European Nutrition Leadership Programme.

Het proefschrift is te verkrijgen via gerda.pot@wur.nl.

NEW INSIGHTS INTO AEROPHAGIA, BELCHING AND GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX

*Maarten Hemmink,
Universiteit Utrecht, 15 oktober 2009*

Gastro-oesofageale refluxklachten komen zeer frequent voor en zijn voor patiënten een belangrijke reden om de MDL-arts te bezoeken. Een 24-uurs pH-impedantiemeting kan een goede aanvulling zijn op het diagnostisch arsenaal van de MDL-arts. In dit proefschrift gaan we uitgebreid in op de wijze waarop deze metingen het best kunnen worden uitgevoerd en hoe de data geanalyseerd en geïnterpreteerd moeten worden. Daarnaast wordt de pathofysiologie van refluxziekte bestudeerd. Refluxpatiënten melden vaak een relatie tussen periodes met verhoogde psychologische stress en toename van refluxklachten. Echter, een studie naar de perceptie van zuur toonde aan dat acute psychologische stress de gevoeligheid van de slokdarm voor zuur bij zowel gezonde vrijwilligers als bij patiënten met klachten van zuurbranden niet beïnvloedt.

Patiënten met excessief boeren als belangrijkste en presenterende klacht blijken, in plaats van veelvuldig lucht in te slikken (aerofagie), extreem veel supragastrische boeren te laten. We hebben aangetoond dat deze patiënten baat kunnen hebben bij een behandeling door een logopedist.

Deze supragastrische boeren blijken ook bij gezonde vrijwilligers en patiënten met refluxziekte voor te komen, doch in veel lagere frequenties dan bij patiënten met excessief boeren als belangrijkste klacht. Bij de patiënten met refluxklachten blijkt dat supragastrisch boeren frequent voorkomt in relatie met reflux-episodes. Supragastrisch boeren lijkt soms tot stand te komen als antwoord van de patiënt op een onaangenaam gevoel in de slokdarm, maar blijkt ook reflux-episodes te kunnen uitlokken. Tot slot hebben we een groep patiënten beschreven die een grote hoeveelheid lucht hebben in de maag of de darmen. Deze patiënten slikken veelvuldig lucht in en hebben echte aerofagie. Dit veelvuldig lucht slikken leidt in deze groep patiënten tot klachten van een opgezette buik, een opgeblazen gevoel en overmatig boeren.

Curriculum vitae

Maarten Hemmink studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en behaalde op 16 juli 2006 zijn arts-examen (*met grote onderscheiding*). Hierna werkte hij als arts-onderzoeker op de MDL-afdeling in het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein onder begeleiding van dr. A.J. Bredenoord, dr. B.L.A.M. Weusten, dr. R. Timmer en prof. A.J.P.M. Smout. In juli 2009 begon hij met de vooropleiding tot MDL-arts in het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.

Het proefschrift is te verkrijgen via
m.hemmink@antoniuziekenhuis.nl.

 **Bristol-Myers Squibb**

SUCCESVOLLE REORGANISATIE DANKZIJ BESTAANDE TEAM

LUMC: 'Nu is het tijd om te oogsten'

Op 1 juli 2006 nam Daan Hommes het stokje van de MDL-afdeling over van Cock Lamers. Dankzij het bestaande team kon de reorganisatie van de afdeling goed worden geborgd. Nieuwe teamleden werden toegevoegd. Na vier jaar hard werken aan nieuwe structuren kunnen we naar verwachting vanaf 2010 zichtbaar oogsten. Hiermee zijn we eigenlijk al begonnen op 25 juni 2009, toen minister Klink in het LUMC het nieuwe zorgproces CuraRata opende, een geïntegreerde oplossing voor academische zorg en translationeel onderzoek (www.curarata.nl) die op de MDL-afdeling van het LUMC werd ontwikkeld.

Organisatie

De infrastructuur van de afdeling is enerzijds gebouwd op de aandachtsgebieden IBD, CRC en leverziekten en anderzijds op de kerntaken zorg, onderzoek en opleiding. Roeland Veenendaal is waarnemend afdelingshoofd & opleider en leidt de afdeling endoscopie, samen met teamleidster Cindy Matthew-Magdalena en verpleegkundig hoofd Bert van der Laan.

Lever

Bart van Hoek, per 1 december benoemd als hoogleraar in de leverziekten, leidt samen met Minneke Coenraad de afdeling Leverziekten – met levertransplantatie, auto-immuunhepatitis en PSC. Onze gediplomeerde verpleegkundig specialisten Els Rijnbeek en Josine van den Ing en researchverpleegkundigen Lida Beneken-Kolmer en Babs de Klerk complementeren het leverteam.

IBD

De IBD-afdeling staat onder dagelijkse leiding van Herma Fidder, die in 2007 vanuit Leuven Leiden is komen versterken. Met verpleegkundig specialiste Rosalinde van

Helden en researchverpleegkundigen Maartje De Ley en Marthe Verwey vormt zij een hecht team van IBD-zorg en -onderzoek.

Oncologie

Een zware afdelingsdelegatie is verantwoordelijk voor de oncologie, met bijzondere aandacht voor (hereditaire) CRC. James Hardwick, Alexandra Langers en de kersverse hoogleraar Hans Vasen zijn zowel betrokken bij de translationele zorg als het basale onderzoek. Gijs van den Brink, die onlangs de Europese ERC grant won, is hoofd van het MDL Research Lab en concentreert zich op de morfogenese van darmkanker en op het snijvlak van kanker en ontsteking.

Lab

Het sterk gegroeide MDL-lab, met vier post-docs, twaalf AIOS en vijf analisten, wordt mede gesuperviseerd door Hein Verspaget, eveneens hoofd van de biobank-

werkgroep, en Izak Biemond, chef van het dierexperimenteel MDL-onderzoek.

AIOS

We hebben momenteel zeven MDL-AIOS werkzaam in diverse stages, zoals (advanced) endoscopie, IBD, leverziekten en oncologie: Casper Noomen, Rogier Stuyt, Patrick van der Veek, Akin Inderson, Jesse Sarneel, Andrea van der Meulen de Jong en Eduard van Hoboken.

Kom eens langs...

Er wordt intensief samengewerkt met regionale ziekenhuizen, onder andere met het Haga Ziekenhuis voor de gemeenschappelijke MDL-opleiding.

Kortom, de afdeling bruist! Onze deuren staan wijd open, zowel voor enthousiast talent als voor samenwerking binnen onze aandachtsgebieden.

Kijk daarom eens op onze website <http://www.lumc.nl/con/7010/>.

Of kom gewoon langs!



Van links naar rechts: Eduard van Hoboken, Herma Fidder, Akin Inderson, Minneke Coenraad, James Hardwick, Patrick van der Veek, Els Rijnbeek, Alexandra Langers, Daan Hommes, Marthe Verwey, Hein Verspaget, Alexandra van der Meulen-de Jong, Casper Noomen, Cindy Matthew-Magdalena, Roeland Veenendaal, Jesse Sarneel, Josine van den Ing, Bart van Hoek, Maartje De Ley, Rosalinde van Helden, Mirjam van der Steen, Gijs van den Brink, Lokke Stevens en Bert van der Laan.

Maagzuur?

Pariet werkt direct!

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



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

 JANSSEN-CILAG B.V.

1) Robinson, M. Review article: pH, healing and symptom relief with rabeprazole treatment in acid-related disorders. Aliment Pharmacol Ther 2004 Nov;20 Suppl 6:30-7.
2) Pantoflickova D, et al. Acid inhibition on the first day of dosing: comparison of four proton pump inhibitors. Aliment Pharmacol Ther 2003 Jun 15;17(12):1507-14.
3) Verkorte SPC tekst Pariet elders in deze uitgave.