

AANTAL SPELERS IN FARMACOTHERAPIE NEEMT TOE 28 / RECTALE
TOEDIENING OMEPRAZOL BIJ KINDEREN 31 / KWALITEIT KAN ALTIJD
BETER 34 / BOUWEN AAN EEN DIK PORTFOLIO: OPLEIDING MDL
GEHERSTRUCTUREERD 38 / ORATIES 40 / COELIAKIE: VOORKOMEN
IS BETER DAN GENEZEN 42 / PROEFSCHRIFTEN 44



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 13 / NUMMER 2 / JUNI 2007

FARMACOTHERAPIE

Bouwen aan MDL-zorg: kwaliteit en opleiding

Els Haagsma (UMCG) heeft zich als MDL-arts laten registreren. In 1994 hebben we de naam gastro-enteroloog omgebouwd tot MDL-arts om de lever binnenboord te halen. De naamtruc heeft gewerkt, fantastisch. Herold Metselaar, hepatoloog in hart en nieren, was al langer om, maar krijgt nu ook zijn professoraat in het Erasmus MC op de MDL. Melvin Samson (UMCU) verlaat de MDL en treedt toe tot de raad van bestuur van het UMC St. Radboud. We wensen hem veel succes in zijn nieuwe loopbaan.

Yolande Keulemans, nu nog actief in het Kennemer Gasthuis Haarlem, vertrekt naar het Academisch Ziekenhuis Maastricht. De reden van haar verhuizing is romantisch en we wensen haar veel geluk toe in het zuiden. Daarnaast komt Marieke Pierik uit Leuven voor de IBD naar Maastricht. De MDL-groep in Maastricht ligt op koers en groeit naar 9,4 fte.

Marco Oudkerk Pool vertrekt uit Zwolle naar Apeldoorn, waar hij de 4^e MDL-arts wordt. Na een langdurig en voor beide partijen pijnlijk proces kan de ontvlechting van MDL en interne geneeskunde in Apeldoorn nu worden voltooid. Zwolle heeft mede hierdoor 4 vacatures, er zijn 2 MDL-artsen i.o. Liekele Oostenbrug uit Ede komt de MDL in Heerlen versterken. Hij volgt zijn vrouw, die cardiologe wordt in Heerlen. Ede zoekt weer een 4^e, maar mag ook een 5^e MDL-arts aantrekken.

Erik Keulen (Radboud) wordt de 2^e MDL-arts in Helmond. In het Kennemer Gasthuis, waar nu 2 vacatures zijn, start Willem Marsman uit het AMC als 4^e MDL-arts. Er zijn hier 2 MDL-artsen i.o.

Jacco Tenthof van Noorden (UMCU) start als 8^e MDL-arts in de Mesos-combinatie Utrecht/Nieuwegein. In Nieuwegein zijn 4 MDL-artsen i.o. Christien Kothe uit Lelystad is als 1e MDL-arts gestart in het Boven-IJ Ziekenhuis in Amsterdam. In de Flevopolder zijn nu 2 vacatures, 1 in Almere en 1 in Lelystad. Bundeling van krachten wordt overwogen.

Annet Voorburg (AMC) start als 5e MDL-arts in het Diaconessen Ziekenhuis te Utrecht. Marcel Spanier (AMC) en Manon Spaander (EMC) blijven langer om hun boekjes af te ronden. Eric de Goede, gestart als 5^e MDL-arts in Heerlen, stopt en gaat toch terug naar België.

In Nijmegen, het CWZ, gaat Ruud de Koning (58) onverwacht ‘met de vut’. Dit betekent dat het CWZ nu dringend op zoek gaat naar een 4^e MDL-arts.

Gerard van Berge Henegouwen scopieert mee als hulp. In Zaandam stopt Toon van Putten (vut, 57). Er wordt dringend een 3^e MDL-arts gezocht. Het aantal praktiserende MDL-artsen bedraagt 272, hiervan zijn er 266 lid van ons Genootschap.

Bijdragen welkom

De redactie van MAGMA stelt bijzonder veel prijs op bijdragen van een ieder die geïnteresseerd is in maag-darm-leverziekten. Zowel wetenschappelijke artikelen als casuïstische beschouwingen zijn welkom. Ook voor tips en suggesties voor te behandelen onderwerpen houdt de redactie zich aanbevolen. Wij nodigen u graag uit uw bijdrage te sturen naar het redactieadres (zie colofon).

Correspondenten academische centra:
Academisch Medisch Centrum Amsterdam,
Joep Bartelsman;
VU medisch centrum,
Elly Klinkenberg-Knol;
Academisch Ziekenhuis Maastricht,
Wim Hameeteman;
UMC St. Radboud Nijmegen,
Fokko Nagengast;
Erasmus MC Rotterdam,
Harry Janssen;
Universitair Medisch Centrum Groningen,
Gerard Dijkstra;
Universitair Medisch Centrum Utrecht,
Bas Oldenburg;
Leids Universitair Medisch Centrum,
Cock Lamers.

De slag om nieuwe medicijnen

Vroeger was het simpel. Een nieuw geneesmiddel kwam op de markt en als je het nuttig en nodig vond, schreef je het voor. Geen discussie over. Die tijd ligt ver achter ons. Wat ooit begon met formularia waaraan je je – bij voorkeur – had te houden, is nu uitgelopen op een permanente slag om nieuwe geneesmiddelen.

Vorig jaar publiceerden het AMC en het Erasmus MC een onderzoek naar, wat deftig heet, de diffusie van nieuwe kankergeneesmiddelen in Nederland in vergelijking met andere Europese landen. Wat bleek? Ons vergoedingensysteem leidt ertoe dat nieuwe kankergeneesmiddelen tot een factor vier trager beschikbaar komen dan in ons omringende landen. De commissie Farmacotherapie van ons Genootschap vertelt in deze editie van MAGMA dat zij zich tegenwoordig vooral moet bezighouden met het strijden voor de – gelijke – beschikbaarheid van nieuwe middelen voor patiënten die deze nodig hebben. Infliximab is in onze kring even befaamd als berucht voorbeeld.

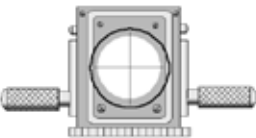
Het gaat niet aan het probleem van het budgetbeslag van nieuwe geneesmiddelen te ontkennen. Het is er en het is serieus. De output van de farmaceutische R&D stagneert. Er komen steeds minder New Chemical Entities (NCE's) op de markt. En de tijd van blockbusters lijkt voorbij. Wat er aan nieuwe middelen komt, is vaak *high tech*, zeer specifiek en dus bestemd voor een beperkte markt. Het gevolg: ze zijn duur of peperduur, want de investeringen moeten toch worden terugverdiend.

De eersten die de consequenties merken, zijn de ziekenhuizen, want hun budgetten groeien niet voldoende mee. Het gevolg: te weinig geld om aan alle wensen te kunnen voldoen. De Regeling dure geneesmiddelen die voorziet in een 80%-vergoeding, heeft de situatie wel verbeterd maar niet definitief opgelost. De voorschrijver staat onder druk en er is weinig reden aan te nemen dat hierin snel verandering komt.

We zullen ons als beroepsgroep moeten instellen op de realiteit. En dat betekent dat we ons zo moeten organiseren, dat we vanaf het eerste moment betrokken zijn bij de besluitvorming over de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen. Nu gebeurt dat vaak pas als er al een beslissing is genomen. Dus te laat. Niemand heeft behoefte aan mosterd als de maaltijd al voorbij is.

Onze farmacotherapiecommissie heeft de handschoen opgepakt. “De successen die wij behalen, zijn voor een groot deel te danken aan de inzet van onze collega’s. Hoe alerter en massaler zij bedenkelijke ontwikkelingen aandragen, des te beter kunnen wij daarop inspelen en proberen daarin veranderingen te bewerkstelligen”, zegt Henk Festen in deze editie. En gelijk heeft hij!

Melvin Samson
- voorzitter -



COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. DE UITGAVE VAN MAGMA WORDT MOGELIJK GEMAAKT DOOR ALTANA PHARMA BV, EEN NYCOMED ONDERNEMING. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. OPLAGE 2400 EXEMPLAREN REDACTIE CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN MARLEEN GROENEVELD JOEP BARTELSMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN EINDREDACTIE FRANS VAN DEN MOSSELAAR 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: ALTANA PHARMA BV POSTBUS 31 2130 AA HOOFDDORP E-MAIL: INFO@ALTANAPHARMA.NL VORMGEVING M.ART HAARLEM GRAFISCHE VORMGEVING DRUK DRUKKERIJ KOOPMANS ZWANENBURG 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 CORBIS.

Multicenter-onderzoek in het Erasmus MC Nieuwe behandeling voor hepatitis-C-patiënten ter verbetering van de kwaliteit van leven

Patiënten met hepatitis C hebben een lagere kwaliteit van leven dan gezonde leeftijdsgenoten. Ook hebben zij een lagere kwaliteit van leven dan patiënten met hepatitis B. Een training om deze kwaliteit van leven te verbeteren door het aanleren van probleemoplossende vaardigheden – *Problem Solving Therapy* (PST) – is reeds effectief gebleken bij andere (chronische) patiënten.

De afdeling MDL van het Erasmus MC organiseert daarom samen met de afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie een multicenter interventie-onderzoek.

Het onderzoek zal financieel worden ondersteund door de stichting Nuts Ohra en de Nederlandse Vereniging van Hepatologie.

Vraagstellingen

- Geeft de *Problem Solving Therapy* (PST) een verbetering in de kwaliteit van leven bij patiënten met hepatitis C?
- Leidt een eventuele verbetering van kwaliteit van leven bij hepatitis-C-patiënten tot een vermindering van het zorggebruik?

Werving patiënten

Patiënten vanaf 18 jaar met chronische hepatitis C kunnen (vanaf september 2007) deelnemen aan het onderzoek. Exclusiecriteria zijn: onvoldoende beheersing van het Nederlands; een psychiatrische stoornis; behandeling met Interferon tijdens de training. De werving van patiënten zal niet alleen plaatsvinden binnen ziekenhuizen, maar ook via de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV).

Voortgang van het onderzoek

De Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Erasmus MC heeft het onderzoeksprotocol inmiddels goedgekeurd. Op dit moment vindt overleg plaats met (mogelijk) deelnemende centra. Voor aanvullende informatie kunt u terecht bij drs. A. Beerhuizen (wetenschappelijk onderzoeker), tel. (010) 408 82 34, email: a.beerhuizen@erasmusmc.nl.

FARMACOTHERAPIE

Zo'n vijf jaar geleden hebben de MDL-artsen de commissie Farmacotherapie voor hun vakgebied in het leven geroepen. Hoe functioneert de commissie? Wat heeft ze bereikt? En hoe ziet de toekomst eruit? Een gesprek met de huidige en voormalige voorzitter: Rob de Knegt en Henk Festen. Over één zaak zijn beiden het eens: het is niet meer zoals het was.

Aantal spelers in farmacotherapie neemt toe

De commissie Farmacotherapie bestaat uit vijf leden. Onlangs heeft de commissie besloten een roulatiesysteem te introduceren: elk jaar treedt een lid terug en neemt een nieuw lid zitting in de commissie. Op die manier vervullen alle leden circa vier à vijf jaar hun functie. “Die aanpak heeft verschillende redenen”, verklaart de huidige voorzitter De Knegt. “In de eerste plaats zorgen we zo voor nieuw bloed en nieuwe inzichten, terwijl tegelijkertijd de opgebouwde kennis in de commissie aanwezig blijft. Daarnaast is het goed dat niet al het commissiewerk, dat de leden naast hun reguliere werk verrichten, steeds op dezelfde schouders terechtkomt.”

Het doel en de middelen

De oprichting van de commissie vindt haar oorsprong in de snelle ontwikkelingen die zich op het gebied van geneesmiddelen en farmacotherapie voordeden en nog steeds voordoen. De Knegt: “Na onze installering hebben we eerst zelf ons werkgebied vastgesteld. Het idee was dat we ons met de problematiek van farmacotherapie in de ruimste zin van het woord zouden bezighouden. Daarbij gaat het in het bijzonder om nieuwe geneesmiddelen. Welke zijn er? Wat is hun positie? Is een nieuw medicijn meteen eerste keus, vervanging van een ander medicijn of wordt het naast andere geneesmiddelen voorgeschreven? Voorop staat dat we als MDL-artsen iedere patiënt een optimale therapie willen geven. Daar staat tegenover dat we steeds meer moeten kijken naar de beschikbare middelen. Het vervelende is dat nieuwe therapieën vaak een stuk duurder zijn en we in verband met de beperkte financiële middelen keuzes moeten maken. Daarmee is al meteen één van de huidige problemen aangestipt. Vijf tot tien jaar geleden hadden artsen een acceptabele vrijheid in het voorschrijven van geneesmiddelen. Dat verandert in toenemende mate. De overheid schuift steeds meer taken en verantwoordelijkheden voor een goede zorg door naar ziektekostenverzekeraars. Die kijken vooral hoe het zo goedkoop mogelijk kan, waardoor vele keuzemogelijkheden voor ons sneuvelen. Daar kunnen we natuurlijk niet passief onder blijven.”

Protest

In de afgelopen jaren heeft de Farmacotherapiecommissie de nodige keren met succes actie ondernomen. Eén van die acties betrof de rechtszaak tegen zorgverzekeraar Menzis, die huisartsen financieel beloonde als zij patiënten generieke geneesmiddelen voorschreven in plaats van innovatieve. Festen: “Hoewel we de zaak zelf hebben verloren, leidde dit protest er wel toe dat de regel van financiële vergoedingen werd bijgesteld.” Ook in het geval van het geneesmiddel Remicade was de commissie succesvol. “Voorheen bestonden per regio verschillen in de vergoeding voor het gebruik van Remicade. Zo kon het gebeuren dat een patiënt in de ene regio een vergoeding kreeg van vijftig procent en in de andere regio van tachtig of negentig procent. Dat was afhankelijk van de afspraken die waren gemaakt met de zorgverzekeraar. Begrijpelijk, maar volledig onacceptabel. Nu geldt landelijk een vast vergoedingspercentage. Dat is een hele verbetering”, aldus Festen. Acties met betrekking tot geneesmiddelen vonden verder plaats voor cisapride, deNol en tegaserod. Signalen daarvoor krijgt de commissie uit het veld. “De successen die wij behalen, zijn voor een groot deel te danken aan de inzet van onze collega's. Hoe alerter en massaler zij bedenkelijke ontwikkelingen aandragen, des te beter kunnen wij daarop inspelen en proberen daarin veranderingen te bewerkstelligen.”

Officiële gesprekspartner

Door haar actieve opstelling heeft de commissie met tal van partijen contact moeten zoeken. Tot die partijen behoren onder meer het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het College voor Zorgverzekeraars (CVZ), het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma). De Knegt: “Gevolg is dat we voor die partijen nu een officiële gesprekspartner zijn als het gaat om farmacotherapie. Enerzijds kunnen ze niet meer om ons heen, anderzijds zijn wij voor hen een belangrijk adviesorgaan als het gaat om farmacotherapie. Ik denk dat we behoorlijk

trots kunnen zijn op die status. Ik kan op dit moment niet zo snel een wetenschappelijke vereniging noemen die zo'n functionerende farmacotherapiecommissie heeft en op dat niveau gesprekken voert.”

De Knegt en Festen zijn het erover eens dat krachtenbundeling met onder meer andere wetenschappelijke verenigingen van belang is. Maar dat blijkt nog een hele opgave. “Er is een tijd geweest dat ziektekostenverzekeraars zelfzorgmiddelen niet vergoedden. Wij als MDL-artsen waren daar een fel tegenstander van en probeerden de regel samen met de Nederlandse Internisten Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en Het Nederlands Huisartsen Genootschap te frustreren. Die samenwerking kwam niet van de grond. We zijn toen alleen doorgegaan. In plaats van simpele drogisterijmiddelen schreven we duurdere geneesmiddelen voor die wel werden vergoed en waarvoor de patiënt niet zelf hoefde op te draaien. We hadden zelfs een complete lijst met alternatieve middelen opgesteld. Uiteindelijk is de regel afgeschaft, maar deze actie geeft tegelijkertijd ook aan hoe moeilijk het is de krachten te bundelen, ook tussen wetenschappelijke verenigingen. Dat moet beter kunnen!”

Cocktail met politiek

Tijden veranderen en daarmee ook het werk van de Farmacotherapiecommissie. Festen: “Toen we als commissie begonnen, stond optimalisatie van farmacotherapieën eigenlijk als enige doelstelling op onze agenda. Dat is nog steeds zo, maar we zien langzaam maar zeker een verschuiving in het geneesmiddelenlandschap optreden. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de veranderende, dat wil zeggen: terugtrekkende, rol van de overheid en de toenemende invloed van de zorgverzekeraars, de farmaceutische industrie alsook de patiëntenverenigingen. Gevolg is dat onze medische doelstelling door de jaren heen doordrenkt is met een meer politieke inhoud. Willen we ons sterk blijven maken voor onze oorspronkelijke doelstelling, dan zullen we ons ook meer met die politieke kant moeten bezighouden, of we dat nu leuk vinden of niet. Maar daarmee dreigen we ook aan de grenzen van onze expertise te komen. We zijn op de eerste plaats medisch specialisten en geen juristen of lobbyisten. Dat is een andere tak van sport.”

Ook De Knegt verwacht dat politieke en economische invloeden in toenemende mate hun werk gaan beïnvloeden. “Zorgverzekeraars zullen vergoedingen van geneesmiddelen gaan beperken. Als dat farmaceutisch geen verschillen oplevert, is dat prima. Maar zo soepel zal dat niet gaan. Als MDL-artsen zeggen we: je hebt nooit genoeg aan één middel. Anders geformuleerd: je hebt altijd een alternatief nodig. Wat als een patiënt dat ene medicijn niet kan verdragen? Dan worden hem op dat moment alternatieven onthouden, omdat hij nieuwe aanvragen moet indienen of zelf de beurs moet trekken. Een



De huidige voorzitter van de commissie Farmacotherapie: Rob de Knegt.

onverkwikkelijke zaak, die ons als artsen benauwt en waarvan de patiënt de dupe is.”

Richtlijnen

Nieuwe geneesmiddelen zijn meestal een stuk duurder dan bestaande. Daarnaast kan niet van alle nieuwe geneesmiddelen worden gezegd of ze het gewenste effect sorteren. Festen: “Natuurlijk willen wij niet meteen alle nieuwe geneesmiddelen tot onze beschikking hebben, maar als er farmaceutische ontwikkelingen zijn waarbij de patiënt baat heeft, dan is het onze plicht ons daarvoor hard te maken. Dan moeten wij de betrokken partijen overtuigen van het nut van dat medicijn en ervoor zorgen dat de benodigde financiering op tafel komt. In dat verband is het ook van belang een nieuw geneesmiddel in de richtlijnen op te nemen. Voor richtlijnen van



VOOROP STAAT DAT WE ALS MDL-ARTSEN IEDERE PATIËNT EEN OPTIMALE THERAPIE WILLEN GEVEN

De voormalige voorzitter
van de commissie
Farmacotherapie: Henk
Festen.



▷ wetenschappelijke verenigingen kan dat relatief snel. Bij richtlijnen die het door de overheid gesteunde Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO landelijk accordeert, gaat daar meer tijd overheen. Wellicht omdat zij eerst meer zekerheid willen over het effect van een geneesmiddel. Daarvoor moeten ze dan weer aankloppen bij de specialisten. In het algemeen kun je zeggen dat overheid en zorgverzekeraars zich terughoudend opstellen bij de implementatie van nieuwe medicijnen. Patiënten- en beroepsverenigingen kiezen daarentegen voor een snelle invoering.” Waartoe dat kan leiden, laat een rechtszaak zien over een medicijn bij cardiologie. “In de richtlijn van cardiologie stond een medicijn voorgeschreven dat de zorgverzekeraar niet vergoedde. Dat heeft tot een rechtszaak geleid, waarbij de rechter de zorgverzekeraar in het gelijk stelde. Dat soort zaken moeten we zien te voorkomen. Overigens ben ik van mening dat de cardiologen sterker hadden gestaan als het een CBO-richtlijn was geweest”, aldus Festen.

Strategische krachtenbundeling

De vraag welk medicijn wanneer in een interne of CBO-richtlijn moet worden opgenomen, is één vraag. Een andere is hoe je dat het beste voor elkaar krijgt. De Knegt: “Enkele jaren geleden werd daar bij vrijwel uitsluitend naar de wetenschappelijke kant van het verhaal gekeken. Nu spelen ook andere aspecten en partijen een rol. Zo

wint de mening van patiëntenverenigingen steeds meer terrein. Je zou kunnen zeggen dat geneesmiddelen voor aandoeningen die tot de verbeelding spreken en veel mensen treffen, de hoogste ogen gooien. Aids is daarvan een voorbeeld.”

Volgens De Knegt is het een trend dat partijen elkaar steeds vaker opzoeken om gezamenlijk hun doelen te bereiken. “De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland klopte bij ons aan om te kijken hoe we de *compliance* van patiënten konden bewaken en verbeteren. Zo’n samenwerking is belangrijk, niet alleen voor de patiënten, omdat zij bij een goed gebruik van de geneesmiddelen de meeste baat hebben, maar ook omdat op die manier de inzet van duurdere geneesmiddelen niet nodig is en andere patiënten daarvan kunnen profiteren.” Samenwerking zoeken ook farmaceutische bedrijven. Zij zien onder meer de invloed die patiëntenverenigingen kunnen hebben en steunen hen graag financieel. Festen: “Hoe beter de samenwerking en krachtenbundeling, des te groter de kans op succes. Dat geldt voor alle partijen. We hebben nu eenmaal te maken met een veranderend krachtenveld. Voor ons als commissie Farmacotherapie is het zaak onze positie te behouden en te versterken. Ik heb daar alle vertrouwen in. MDL-artsen zijn van nature optimistisch. Daarnaast zijn we denkers en doeners, die graag de goede vruchten plukken van internisten en chirurgen.”

PARTIJEN ZOEKEN ELKAAR STEEDS VAKER OP OM HUN DOELEN TE BEREIKEN

FARMACOTHERAPIE

Pathologische gastro-oesofageale reflux (GOR) is een belangrijke oorzaak van morbiditeit bij jonge kinderen. Ernstige vormen van pathologische GOR komen voor bij kinderen met aangeboren afwijkingen, zoals een oesofagusatresie of een congenitale hernia diafragmatica (CHD) [1-4]. Vroegtijdige behandeling met adequate medicatie is voor deze kinderen van levensbelang. De behandeling bestaat op dit moment uit een combinatie van een antacidum, een prokineticum en een protonpompremmer.

EERSTE RESULTATEN ‘OPEN LABEL’ GERANDOMISEERDE STUDIE

Rectale toediening omeprazol bij kinderen met pathologische gastro-oesofageale reflux

Hoevel omeprazol veelvuldig wordt toegepast bij kinderen jonger dan één jaar, bestaat in de literatuur geen overeenstemming over de juiste dosis omeprazol, mede omdat effectiviteitsstudies vaak zijn uitgevoerd bij kinderen ouder dan één jaar. In het algemeen worden deze jonge kinderen behandeld met een dusdanig lage dosering omeprazol, dat er voor hen geen bruikbaar commercieel product voorhanden is. De kinderen krijgen allerlei ad hoc bereide ‘suspensies’, waardoor ze een niet-reproduceerbare dosis omeprazol krijgen toegediend met mogelijk een onvoorspelbare biologische beschikbaarheid [5]. Een goed alternatief zou een omeprazolzetpil kunnen zijn, maar deze toediening is niet commercieel verkrijgbaar. Uit kleinschalig onderzoek bij proefdieren en volwassenen blijkt dat rectale toediening van omeprazol effectief kan zijn [6-8]. Op basis van deze literatuurgegevens zijn in de apotheek van ziekenhuis Rijnstate omeprazolzetpillen ontwikkeld, die twee jaar houdbaar zijn in het donker bij kamertemperatuur. Het doel van dit onderzoek is dan ook om voor kinderen jonger dan een jaar met pathologische GOR de effectiviteit en de farmacokinetiek na rectale en orale omeprazoltoediening te bepalen.

Methode

De studie is een *open label* gerandomiseerde studie bij twintig kinderen met klinische verschijnselen van pathologische GOR ten gevolge van een oesofagusatresie of een CHD, die reeds zijn gestart met omeprazol (oraal), Gaviscon en domperidon. Pathologische GOR wordt gediagnosticeerd als één van de parameters van de intra-oesofageale pH-metrie afwijkt van de normaalwaarden van Vanderplas (aantal refluxepisodes pH <4, langste refluxepisode pH <4, aantal refluxepisodes pH <4 langer dan 5 min, en totale tijd pH <4) [9,10]. Inclusiecriteria zijn >3 kg lichaamsgewicht, leeftijd ongeveer zes weken, Kaukasisch ras en schriftelijke toestemming van beide ouders. De studieduur is zes weken met twee pH-metrie-proce-

dures. Er wordt gerandomiseerd naar omeprazolsuspensie (1 mg·kg⁻¹·d⁻¹) en omeprazolzetpillen (1 mg·kg⁻¹·d⁻¹), rekeninghoudend met twee strata (oesofagusatresie en CHD). Tijdens de 48-uurs-pH-meting wordt zowel de intra-oesofageale als de intragastrische pH gemeten. Op de tweede meetdag van de tweede pH-metrie zijn via een venflon gedurende 6 uur negen bloedmonsters van 1 ml afgenomen (dalspiegel en na toediening van omeprazol op 30, 60, 90, 120, 150, 180 min, 4 en 6 h). De analyse van de bloedmonsters wordt door het laboratorium van de Apotheek Haagse Ziekenhuizen uitgevoerd. Het primaire eindpunt is therapeutische effectiviteit gebaseerd op de 24-uurs-pH-meting met omeprazol. Indien de pH-waarden met omeprazol binnen de normaalwaarden vallen, wordt de behandeling therapeutisch effectief genoemd. Secundaire eindpunten zijn intragastrische pH (pH >3 en pH >4), farmacokinetische parameters en scorelijsten.

Resultaten

Tien kinderen zijn tot nu toe in de studie geïncludeerd (tot december 2006). Bij acht van de tien kinderen werd pathologische GOR gediagnosticeerd. Vier kinderen werden behandeld met omeprazolsuspensie en vier kinderen met omeprazolzetpillen. Bij drie van de vier kinderen die behandeld werden met omeprazolzetpillen, was de behandeling therapeutisch effectief. Bij slechts twee van de vier kinderen die behandeld werden met omeprazolsuspensie, was de behandeling therapeutisch effectief. Van drie kinderen zijn tot op heden farmacokinetische resultaten verkregen. In beide groepen werd de intragastrische pH significant verhoogd. Voorlopige conclusie: bij vijf van de acht kinderen met pH-metrie bewezen GOR blijkt de behandeling met omeprazol therapeutisch effectief, zowel met de ontwikkelde zetpillen als de orale suspensie. De omeprazolzetpillen zijn ontwikkeld vanwege de orale doseerproblematiek van omeprazol bij kinderen jonger dan een jaar.

- ▷ Voor de behandeling van pathologische GOR is van belang, dat de intragastrische pH zo lang mogelijk > 4 wordt gehouden. Dit omdat de activiteit van pepsine sterk afneemt bij een pH > 4 en pepsine in combinatie met zuur de belangrijkste oorzaak van endoscopische of microscopische schade is. De intragastrische pH-metingen laten duidelijk zien, dat omeprazol de tijd dat de pH >4 is, verlengt. De C_{max} en de t_{max} na rectale toediening van omeprazol lijken conform de C_{max} en de t_{max} van orale omeprazoltoediening bij kinderen te zijn, hoewel hierover weinig literatuurgegevens bestaan [11].

Conclusie

De rectale omeprazolformulering biedt een welkome aanvulling bij de behandeling van kinderen met pathologische GOR en zal binnen dit studieverband verder worden ontwikkeld en bestudeerd.

Namens de auteurs,
Petra Bestebreurtje, ziekenhuisapotheker, Blaricum

OPROEP

Gevraagd: deelname aan STENT-IN-2-studie Colonstentplaatsing versus spoedchirurgie bij acute maligne linkszijdige colonobstructie

Het colorectaal carcinoom is een van de meest frequent voorkomende maligniteiten in de westerse wereld. De incidentie in Nederland bedraagt ongeveer 9500 patiënten per jaar. Van deze groep presenteert 7–29% zich met een (sub)totale obstructie van het colon. De standaardbehandeling voor deze patiënten bestaat uit een spoedoperatie: de doorgankelijkheid van het colon wordt hersteld met een resectie, bypass of colostomie. Deze spoedoperatie heeft een mortaliteit van 15–34% en een morbiditeit van 32–64%. Sinds begin jaren negentig is het mogelijk in het linkszijdige colon de continuïteit te herstellen door een enterale stent te plaatsen. Deze kunnen worden gebruikt als overbrugging na een electieve operatie én als palliatieve behandeling indien sprake blijkt van een incurabele ziekte. Uit ongecontroleerde studies komt naar voren dat het plaatsen van een enterale stent als overbrugging na een electieve operatie leidt tot een betere uitgangssconditie van de patiënt, een afname van de mortaliteit, de morbiditeit en het aantal stoma's. De meest voorkomende complicaties van enterale stentplaatsing zijn migratie (11,8%), re-obstructie (7,3%) en perforatie (4%), leidend tot een cumulatieve mortaliteit van 0,58%. Hierbij dient te worden benadrukt, dat een perforatie bij de stentplaatsing kan leiden tot tumorspil, wat als gevolg heeft dat een potentieel curabele ziekte incurabel wordt. Op dit moment zijn er geen goede gerandomiseerde studies beschikbaar die colonstentplaatsing als overbrugging naar electieve chirurgie hebben vergeleken met spoedchirurgie voor de behandeling van een acute linkszijdige colonobstructie. Het doel van de STENT-IN-2-studie is dan ook om de effectiviteit van beide behandelstrategieën in een grote multicentrisch gerandomiseerde trial met elkaar te vergelijken. Hierbij wordt de effectiviteit bepaald aan de hand van de kwaliteit van leven, morbiditeit en

Voor meer informatie: pbestebreurtje@tergooiziekenhuizen.nl.
De referenties bij dit artikel staan op de website www.mdl.nl.

Auteurs

Drs. P. Bestebreurtje, ziekenhuisapotheker, Tergooiziekenhuizen, locatie Blaricum
Dr. A.A. van Sorge, ziekenhuisapotheker, Apotheek Alysis Zorggroep, Arnhem
Dr. C.A.J. Knibbe, ziekenhuisapotheker/klinisch farmacoloog, Apotheek St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Dr. S.N. de Wildt, kinderarts, klinisch farmacoloog i.o., Kinderchirurgie en Kindergeneeskunde, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam
Prof. dr. D. Tibboel, kinderarts-intensivist, Chirurgische Intensive Care, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

mortaliteit. Voor patiënten die deelnemen aan deze studie, gelden de volgende inclusie- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria

- Symptomen van maligne linkszijdige (colondescendens, sigmoïd of rectum) colonobstructie die minder dan één week bestaat, gedefinieerd als obstructieve symptomen met karakteristieke afwijkingen op een CT-abdomen of dilatatie van het colon op een blanco buikoverzichtsfoto met typische afwijkingen op een coloninloophfoto passend bij maligne colonobstructie.
- Ouder dan 18 jaar.
- Informed consent.

Exclusiecriteria

- Peritonitis, perforatie, koorts, sepsis of andere serieuze complicaties die acute chirurgische interventie vereisen.
- ASA IV of V.
- Obstructie ten gevolge van een andere maligniteit dan coloncarcinoom of benigne obstructie.
- Tumor op minder dan 10 cm van de anaalring.
- Niet in staat vragenlijsten over kwaliteit van leven in te vullen.

Heeft u een patiënt die hieraan voldoet, wilt u deelnemen aan deze studie of wenst u meer informatie, neem dan contact met ons op. Zie ook www.stent-in.nl.

Jeanine van Hooft, MDL-arts, Medisch Spectrum Twente en arts-onderzoeker AMC (053-4872000, j.e.vanhooft@amc.nl)
Ilja Peute, onderzoeksverpleegkundige AMC (06-30023579)
Paul Fockens, MDL-arts, AMC (020-5663534 of 06-53980538, p.fockens@amc.nl)

ONDERZOEK

In de decembereditie van *MAGMA 2006* besteedden wij ruim aandacht aan het klinische en basale onderzoek naar maag-darm-leverziekten in de academische centra van Nederland. Vanwege personele wisselingen op de MDL-afdeling in het academisch ziekenhuis Maastricht ontbrak het Maastrichtse onderzoek. Hieronder alsnog een overzicht van de belangrijkste onderzoekslijnen.

BASAAL ONDERZOEK NAAR ZIEKTEN VAN MAAG, DARM EN LEVER

Uitbreiding onderzoek in academisch ziekenhuis Maastricht

Het academisch ziekenhuis Maastricht gaat in 2008 fuseren met de medische faculteit tot Maastricht-UMC+. De + staat voor het feit dat niet alleen de medische faculteit maar ook de faculteit gezondheids- en moleculaire levenswetenschappen bij de fusie is betrokken. De beoogde fusie is een katalysator voor de samenwerking van de klinische MDL-groep in het azM met basale onderzoeksgroepen binnen het onderzoeksinstituut NUTRIM. Het onderzoek binnen NUTRIM heeft als centraal thema ‘voeding’, maar dan in de meest brede zin van het woord.

IBD

In Zuid-Limburg bestaat een traditie op het gebied van epidemiologisch onderzoek naar IBD. Dit populatie-gebaseerde IBD-cohort is al jaren een dankbare bron van wetenschappelijke artikelen en proefschriften. De MDL-groep zal onder prof. dr. Ad Masclee de onderzoekslijn IBD sterk gaan uitbreiden. En met de komst in najaar 2007 van dr. Marieke Pierik (vanuit Leuven) wordt ingezet op een verdere verdieping van het IBD-werk middels translationeel onderzoek. Via diermodellen naar humaan onderzoek: genetica en immunologie (*defense*), veranderingen in epitheliale integriteit en intraluminale processen (darmmicrobiota). De expertise van dr. Daisy Jonkers (MDL), dr. Fred Troost (MDL) maar ook van prof. dr. Wim Buurman (heelkunde) zal worden gecombineerd om de vertaalslag naar basaal onderzoek te kunnen maken.

Neurogastro-enterologie en motiliteit

Bij functionele buikklachten speelt een verhoogde gevoeligheid van de darm voor prikkels (nutriënten, stress) een belangrijke rol. Mogelijk dat chronische ontstekingsprocessen in de darm via veranderingen in het immuunsysteem en zenuwactiviteit hieraan ten grondslag liggen. In de komende jaren zullen mechanismen van ontstaan van

hypersensitiviteit worden bestudeerd, zowel in diermodel als humaan. Veel van het onderzoek en de modellen die worden gebruikt bij IBD, kunnen ook voor IBS worden toegepast. Zo kan de keten vanaf het darmlumen (intraluminaal: nutriënten, microbiota) via darmwand (epitheliale integriteit, *innate defense*) naar enterisch zenuwstelsel, centraal zenuwstelsel (*signalling*) en systemische circulatie worden bestudeerd. Er is voor de patiëntenzorg en voor klinische studies in Maastricht inmiddels een vernieuwde, goed geoutilleerde ‘Motility Unit’ beschikbaar.

Oncologisch onderzoek

Het oncologisch onderzoek focust op het ontstaan van dysplasie en vroegdetectie van kanker, met name colonkanker. Hiertoe worden nieuwe endoscopische technieken ingezet (confocale endomicroscopie). Maar het accent zal vooral liggen op genetische en epigenetische aspecten (prof. A. de Bruine, PA-afdeling) en markers (*proteomics*).

Leveronderzoek

Bij onderzoeksinstituut NUTRIM staat de relatie voeding–ziekte centraal. Daarbij speelt de lever als metabole fabriek een prominente rol. Zo bestuderen zij de relatie overgewicht, diabetes en leversteatose. De MDL-groep gaat zich op twee van die metabole processen in de lever concentreren: bijvoorbeeld NASH, maar eventueel ook detoxificatie (geneesmiddelen). Hier zal met farmacologie en toxicologie (oxidatieve stress, et cetera) worden samengewerkt. Overgewicht kan ook worden behandeld door bepaalde fysiologische darmprocessen zoals de *ileal brake* te activeren. Hier zal het metabole onderzoek goed met kennis van de darmfysiologie kunnen worden gecombineerd.

Kwaliteit kan altijd beter

Kwaliteit is op het gebied van maag-, darm- en leverziekten al vele jaren onderwerp van discussie. Wat is kwaliteit? Hoe meet je die? En nog belangrijker: hoe kun je die kwaliteit behouden en verbeteren? Een gesprek met MDL-arts Maurice Russel, voorzitter van de commissie Kwaliteit van het Nederlands Genootschap van Maag-, Darm- en Leverartsen.



MDL-arts Maurice Russel, voorzitter van de commissie Kwaliteit

Kwaliteit is een lastig begrip en moeilijk te meten, ook in de zorg. Russel: “Bekend zijn de jaarlijkse onderzoeken die onder andere het *Algemeen Dagblad* en het weekblad *Elsevier* uitvoeren naar de kwaliteit van Nederlandse ziekenhuizen. Wie de uitkomsten naast elkaar legt, zal teleurgesteld zijn, omdat op basis van hun resultaten geen harde conclusies zijn te trekken. De correlatie tussen de onderzoeken is praktisch nul. Met andere woorden: wij als medisch specialisten kunnen er niets mee. We gaan in Nederland ervan uit dat de kwaliteit in de zorg ‘goed’ is. Naar mijn idee is ze dat ook, maar dat betekent niet dat we daarom niets aan kwaliteit hoeven te doen. In de jaren negentig zijn in Amerika, Australië en Engeland grootschalige onderzoeken naar kwaliteitszorg gehouden. Daaruit kwam naar voren dat duizenden mensen in ziekenhuizen sterven als gevolg van fouten. In Nederland zijn dergelijke onderzoeken nooit gedaan. Maar je kunt je natuurlijk wel de vraag stellen of het in onze ziekenhuizen nu zoveel anders gaat. Dat is niet zo. Dus zullen ook in onze ziekenhuizen patiënten sterven als gevolg van fouten. Dat alleen al is voldoende reden om te werken aan kwaliteit. Enerzijds moeten we erop toezien dat we een eenmaal hoog kwaliteitsniveau vasthouden, anderzijds moeten we ernaar streven dat kwaliteitsniveau te verbeteren. Kwaliteit kan altijd beter.”

Hand in eigen boezem

Op alle vakgebieden is het tegenwoordig van belang transparant en open te zijn. De maatschappij vraagt daarom en de overheid stimuleert dat. De prijs van een vliegticket is daarvan een goed voorbeeld. Reizigers die een vliegticket kopen, moeten meteen kunnen zien wat zij daarvoor kwijt zijn en niet achteraf met allerlei oncontroleerbare en vage kosten worden geconfronteerd. Die transparantie en openheid moeten ook op medisch gebied een vanzelfsprekendheid zijn.

Wellicht dat nog niet iedereen in de medische zorg daaraan toe is, maar volgens Russel is dat een kwestie van wennen. “Van belang is dat we die openheid beter vanuit onszelf kunnen initiëren dan dat buitenstaanders op een discutabele manier met cijfers en meningen aan de haal gaan. We moeten het normaal vinden dat we onszelf controleren en verantwoording afleggen over ons werk. Als je je werk goed doet, mag en kan dat geen probleem zijn.” Het kwaliteitsaspect speelt daarbij een cruciale rol. “Kwaliteit en het streven naar verbeteringen moeten een tweede natuur van ons zijn en een integraal onderdeel uitmaken van de *plan-do-check-act*-cyclus.”

Kwaliteit

Het Genootschap van Maag-, Darm- en Leverartsen houdt zich natuurlijk al jaren bezig met het onderwerp kwaliteit. Dit uit zich onder meer door kwaliteitsvisitaties, opleidingseisen en controle hierop door het Consilium en door nascholingsactiviteiten. Het bestuur heeft echter gemeend om van het onderwerp kwaliteit een speerpunt te maken voor de komende jaren. Om het kwaliteitsaspect meer handen en voeten te geven, is de commissie Kwaliteit in het leven geroepen. Deze commissie is zo’n anderhalf jaar geleden intensief van start gegaan. In totaal bestaat de commissie uit acht MDL-artsen en een kwaliteitsspecialist in de persoon van Sacha Simons (Havenziekenhuis Rotterdam). Russel: “Als commissie coördineren we die zaken, die te maken hebben met kwaliteit in ons vakgebied. Waar nodig werken we samen met andere medisch specialisten en wetenschappelijke verenigingen. Doel is op een objectieve manier aan te tonen dat onze kwaliteit goed is en die verder verbeteren te verbeteren. Daarvoor concentreren we ons op drie gebieden. Voor elk van die gebieden hebben we een subcommissie ingesteld. Dat zijn: prestatie-indicatoren, richtlijnen en patiëntveiligheid.

Het meeste werk zit in de opzet en de voorbereidingen. Wat is er allemaal? Wie nemen zitting in de commissie Kwaliteit, welke subcommissies ga je instellen en waarmee gaan die subcommissies zich bezighouden? Inmiddels hebben we die stappen genomen. Een ander probleem is de begripsomschrijving van kwaliteit. Wat is precies kwaliteit? Hoe definieer je die? Wij gaan ervan uit dat het bij kwaliteit in de medische zorg gaat om de verhouding tussen de gewenste of vereiste zorg en de daadwerkelijk geleverde zorg. Centraal daarbij staat de vraag of de zorg die uitkomsten oplevert, die redelijkerwijs mogen worden verwacht.”

Subcommissie Richtlijnen

De subcommissie Richtlijnen, bestaande uit Rob Adang (VieCuri MC voor Noord-Limburg), Bas Oldenburg (UMC Utrecht) en Maurice Russel (Medisch Spectrum Twente), houdt zich, zoals de naam al aangeeft, bezig met de richtlijnen voor MDL-artsen. Die richtlijnen hebben betrekking op diagnostiek en behandeling van ziektebeelden. “Eén van de taken van deze commissie is het verzamelen van *evidence based*- en *best practice*-richtlijnen en het actueel en bekend houden van bestaande richtlijnen. Daarnaast heeft deze commissie een nieuw format voor richtlijnen opgesteld. Bestaande multidisciplinaire richtlijnen die in samenwerking met onder meer het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO zijn ontwikkeld, hebben vaak een omvang van honderd pagina’s of meer. Soms gaan die zelfs boven de tweehonderd pagina’s uit. Dat is niet erg praktisch, om het maar eens eufemistisch uit te drukken. Ons

nieuwe format heeft een vaste indeling, helder taalgebruik en telt maximaal tien pagina’s. Inmiddels worden enkele bestaande richtlijnen in dit format geconverteerd, zoals de richtlijn ‘diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom’ en ‘follow-up colonpoliepen’. Daarnaast hebben we zelf nieuwe richtlijnen ontwikkeld voor hepatitis B en C. De volgende is het prikkelbaar-darmsyndroom. De praktijk geeft mede aan voor welk ziektebeeld we een richtlijn ontwikkelen. Veel voorkomende ziektebeelden komen het eerst aan de beurt. Op die manier hebben onze richtlijnen een sterke verankering in de praktijk.” Op de website van het Genootschap MDL presenteert de commissie de richtlijnen in conceptvorm en in definitieve versie.

Subcommissie Prestatie-indicatoren

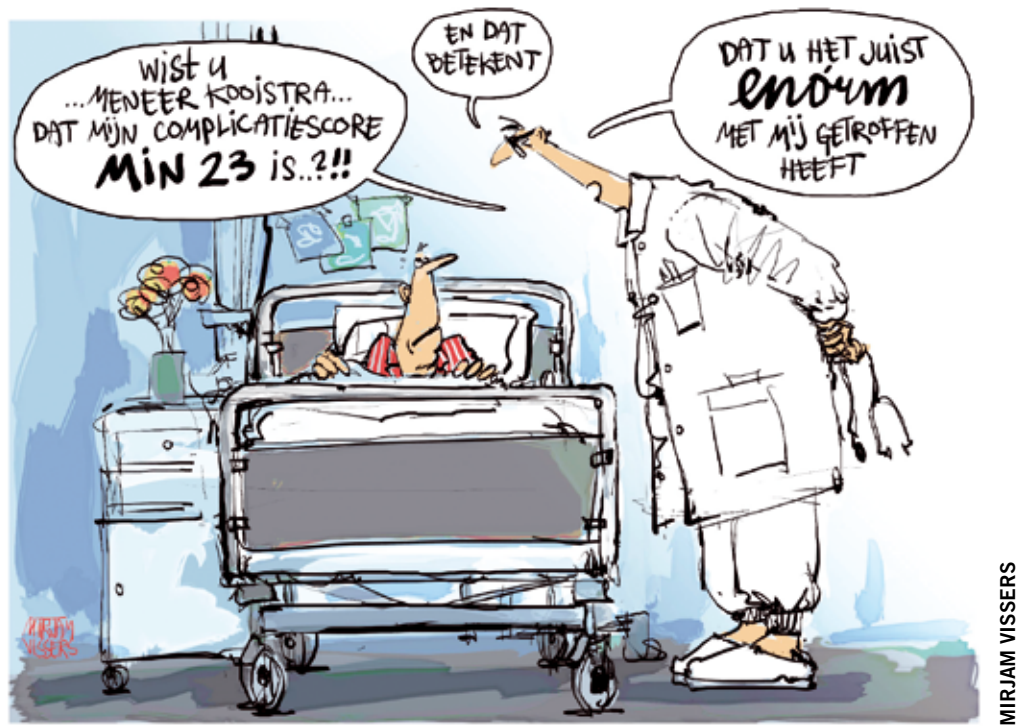
De subcommissie Prestatie-indicatoren, bestaande uit Willemien Erkelens (Reinier de Graaf Groep Delft), Willem Moolenaar (Medisch Centrum Alkmaar) en Erik Schoon (Catharina Ziekenhuis Eindhoven), heeft als taak een aantal prestatie-indicatoren te selecteren en de normering ervan uit te werken. Daarbij moet zij aan de leden het begrip kenbaar maken en de invloed van deze indicatoren in de praktijk onderzoeken. Dat moet erin uitmonden, dat deze commissie aan de buitenwereld kan laten zien dat MDL-artsen hoogwaardige kwaliteit leveren. Russel: “Naast de ontwikkeling van inkoopindicatoren en prestatie-indicatoren voor intern gebruik streven we ernaar dat een aantal prestatie-indicatoren wordt opgenomen in de basisset van Nederlandse ziekenhuizen. Zij vormen dan een vast onderdeel van de totale zorgkwaliteit. Eenmaal per jaar moeten alle ziekenhuizen in Nederland hun gegevens aanleveren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Aan de hand van die gegevens kan de Inspectie zien of en in welke mate ziekenhuizen aan hun prestatie-indicatoren voldoen. Op basis van de cijfers kan de Inspectie, waar nodig, een ziekenhuis daarop aanspreken. Een voorbeeld van een prestatie-indicator op MDL-gebied is adequate assistentie bij endoscopieën. In Nederlandse ziekenhuizen moet een MDL-arts zeven dagen per week en vierentwintig uur per dag beschikbaar zijn voor een endoscopie. Die regel zou ook moeten gelden voor professionele assistentie daarbij. Dat verhoogt de kwaliteit van de zorg. Het voordeel van zo’n prestatie-indicator is daarom, dat je aan de hand van cijfers op een vrij eenvoudige en objectieve manier kunt beoordelen hoe het staat met de kwaliteitszorg in een ziekenhuis.”

Subcommissie Patiëntveiligheid

De subcommissie Patiëntveiligheid, waarvan Kristien Tytgat (UMC Utrecht) en Laurens van der Waaij (Martini Ziekenhuis Groningen) de leden zijn, richt zich naast de uitwerking van het thema patiëntveiligheid op de registratie van complicaties. Russel: “De commissie is bezig om een elektronische complicatieregistratie voor endoscopieën in alle Nederlandse ziekenhuizen op te stellen. De gegevens



WE MOETEN NIET BANG ZIJN TE LATEN ZIEN WAT WE DOEN EN MET WELKE RESULTATEN



▷ van de ziekenhuizen worden anoniem online centraal aangeleverd en vervolgens verwerkt. Op basis daarvan kunnen we zien hoeveel complicaties gemiddeld optreden bij endoscopieën. Daarnaast is het mogelijk om, gemeten naar het gemiddelde, te bepalen in welk ziekenhuis veel of weinig complicaties optreden. Zo kan een ziekenhuis het misschien wel beter doen dan het had gedacht. Maar andersom is natuurlijk ook mogelijk.” Toch is de opzet van zo’n complicatieregistratie volgens Russel niet zo eenvoudig als het lijkt. “Je moet eerst goed definiëren wat een complicatie is. Daarnaast is het van belang dat alle ziekenhuizen alle complicaties opgeven. Sommige artsen doen meer risicovolle endoscopische ingrepen, bijvoorbeeld door een grote poliep uit het colon te verwijderen in plaats van de patiënt hiervoor te laten opereren. Het gevaar van complicaties is bij hem of haar groter dan bij iemand die minder moeilijke endoscopieën uitvoert. Maar is de uitkomst ook beter? Moet die arts besluiten bepaalde endoscopieën dan niet te doen? Waar ligt de grens? Erg belangrijk voor de kwaliteitsverbetering is de discussie over elke complicatie in de maatschap of vakgroep zelf.” Na de zomer van dit jaar zullen acht ziekenhuizen in Nederland deelnemen aan een pilot voor digitale complicatieregistratie. De resultaten daarvan worden eind 2007 of begin 2008 verwacht en geëvalueerd. “Als blijkt dat de pilot naar tevredenheid is verlopen, kunnen we deze digitale complicatieregistratie aan alle ziekenhuizen aanbieden. Wat we vervolgens kunnen doen, is van deze complicatieregistratie een prestatie-indicator maken. Het zou een buitengewone prestatie zijn, als het systeem van complicatieregistratie in de loop van 2008 in 90% van de ziekenhuizen operationeel is”, aldus Russel.

Niet zonder gevolgen

Het werk van de commissie heeft gevolgen voor MDL-artsen. Russel: “Een MDL-arts kan bijvoorbeeld niet zomaar een richtlijn

naast zich neerleggen. Dat kan juridische consequenties hebben. Gaat bijvoorbeeld ergens iets mis en blijkt bij nader onderzoek dat een arts niet volgens de richtlijn heeft gehandeld, dan zal hij of zij daarvoor goede argumenten moeten hebben. Is dat niet het geval, dan heeft de betreffende arts een probleem. Daarnaast spelen richtlijnen in financieel opzicht een rol. De bepaling of een diagnostisch onderzoek of behandeling wordt uitgevoerd, heeft gevolgen voor de kostprijs van onze zorg en voor de onderhandelingen met de verzekeraar. Daarvoor moeten we overleggen met de Beroepsbelangencommissie. Maar dat is niet de enige commissie waarmee we nauw samenwerken. Dat gebeurt ook met de commissie Kwaliteitsvisite en het Concilium.”

Openheid

Russel is een voorstander van een zo groot mogelijke openheid. “We moeten niet bang zijn te laten zien wat we doen en met welke resultaten. Als we ons werk goed doen, is er geen reden om gegevens die ook voor de maatschappij van belang zijn, alleen voor onszelf te houden.” Maar enige voorzichtigheid is volgens Russel wel geboden. “We moeten ervoor waken dat cijfers uit hun verband worden gerukt of verkeerd worden geïnterpreteerd. Het moet niet zo zijn dat artsen in hun werk worden gehinderd vanwege resultaten die openbaar worden gemaakt. Daarom is het van belang dat we zorgen voor een goede leeswijzer. In het geval van complicatieregistratie is dat al enigszins aangeduid: sommige behandelingen hebben een grotere kans op het optreden van complicaties dan andere. Kijkt een buitenstaander alleen naar de cijfers, dan zou hij of zij kunnen concluderen, dat bij het ene ziekenhuis meer complicaties optreden dan bij het andere en het andere dus kwalitatief veel beter is. Goede voorlichting is in dit verband essentieel. Ook dat is één van onze taken.”

ADVERTENTIE

OPLEIDING MDL-ARTSEN GEHERSTRUCTUREERD

Bouwen aan een dik portfolio



Prof. dr. Frits Nelis

Wie begint aan de opleiding tot maag-darm-leverarts, doet er goed aan alvast een stevige trolley te kopen waarin hij zijn portfolio gemakkelijk kan meenemen, want de verzamelmap wordt te zwaar om te tillen. Maar liefst negentien aandachtsgebieden (thema’s genoemd) moet de MDL-arts in spé hebben bestudeerd. Zijn kennis en vaardigheid wordt bij elk thema op zeven dimensies beoordeeld en schriftelijk vastgelegd. Ook alle ziektebeelden die de arts ziet en alle verrichtingen die hij doet, komen in het ‘grote boek’. Alleen een compleet gevulde portfolio levert de begeerde registratie tot MDL-arts op.

Bijna een jaar heeft een kleine commissie, bestaande uit Frits Nelis, Alfons Geraedts als secretaris van het Concilium en Chris Mulder, gewerkt aan het compleet beschrijven van de opleiding tot MDL-arts, inclusief de toetsing van de verschillende onderdelen. Het meer dan honderd pagina’s tellende document omschrijft precies wat de MDL-arts moet weten, welke ervaringen hij moeten hebben opgedaan en hoe hij zich als arts behoort op te stellen en te gedragen. Competentiegericht opleiden is het trefwoord. Een wettelijk verplichte wijze van opleiden, die geldt voor alle specialismen. Frits Nelis: “Wij hebben ervoor gekozen de thema’s ziektegericht te beschrijven. Zo is er een thema leverziekten en levertransplantatie, en thema’s als ziekten van de galwegen, ziekten van het pancreas en inflammatoir darmlijden. Bij elk van de thema’s geven we aan wat de arts moet weten, welke ervaring hij moet opdoen en hoe hij zijn werk uitvoert in relatie met anderen als de verpleging of andere specialisten, en uiteraard hoe hij omgaat met de patiënt. Als je spreekuur uitloopt, moet je even de wachtkamer inlopen om dat te vertellen. Ook dat hoort bij goed je werk doen.”

Binnen diverse thema’s zijn punten aangewezen die extra aandacht vragen. De kennis en vaardigheden verworven rond deze ‘Kritische Beroeps Situaties’ moeten met bijzondere aandacht worden getoetst. Bij leverziekten zijn dat bijvoorbeeld auto-immuunhepatitis, levercirrose en levertransplantatie. Nelis: “Het is evident dat je bijvoorbeeld bij levertransplantatie moet kunnen aantonen, dat je uitstekend kunt samenwerken met anderen en de patiënt zeer goed kunt voorlichten. Als je dat niet kunt, zal je je op die punten extra moeten scholen.”

Galwegen als voorbeeld

“Een voorbeeld maakt duidelijk hoe thema’s en competenties met elkaar samenhangen. Bij ziekten van de galwegen moet je niet alleen

de ziektebeelden kennen en weten te diagnosticeren, je moet ook een aantal richtlijnen kennen en toepassen, je moet patiënten goed kunnen voorlichten, goed weten om te gaan met chirurgen en radiologen en je moet professioneel accepteren dat je bij ERCP een percentage pancreatitis veroorzaakt.”

Medisch handelen	Kennis van etiologie, pathofysiologie, symptomatologie, diagnostiek, behandeling en prognose van ziekten van de galwegen en infecties van de galwegen c.q. sepsis. Kennis en gebruik van de richtlijnen <i>Acute pancreatitis, Endoscopische ingrepen bij patiënten met anti-stolling en Sedatie en/of analgesie bij endoscopische ingrepen</i>
Communicatie	Voorlichten van patiënten
Kennis en wetenschap	Werken op basis van <i>evidence based medicine</i>
Samenwerking	Met collega’s en zorgverleners binnen en buiten de kliniek, inzonderheid met gastro-intestinale chirurgen en radiologen
Organisatie	Doelmatige diagnostiek
Maatschappelijk handelen	Voorlichting geven over risico’s van invasieve diagnostiek en therapie en complicaties daarvan (ERCP, galwegprotheses)
Professionaliteit	Leren omgaan met complicaties

Toetsen

De vorderingen die de arts in opleiding maakt, zullen voortdurend worden getoetst. Dat kan op verschillende manieren. De meest toe-

gepaste vorm van toetsing wordt zonder twijfel de Kritische Praktijk Beoordeling (KPB), wat erop neerkomt dat de opleider herhaaldelijk bij het spreekuur komt zitten, bijvoorbeeld als een patiënt met een aandoening komt die een slechtnieuwsgesprek nodig maakt. Uiteraard zijn er ook technische beoordelingen van bijvoorbeeld endoscopieën en er is de 360o feedback, zeg maar: een rondje langs alle collega’s, de verpleegkundigen, assistenten en secretaresses. Nelis: “Een endoscopieverpleegkundige weet exact hoe goed iemand is bij scopieën en een secretaresse kan prima beoordelen of iemand zijn spreekuur goed organiseert of het iedere keer weer laat uitlopen.”

Modulair

De nieuwe MDL-opleiding bestaat uit twee jaar interne geneeskunde en vier jaar MDL-specialisatie. Het laatste jaar van de opleiding kan een MDL-arts kiezen voor verdieping in één van vier aandachtsgebieden: hepatologie, oncologie, neurogastro-enterologie & motiliteit, of geavanceerde endoscopie. De opleiding is ten dele modulair van opzet, ten dele in lijnstructuur. De volgorde waarin de negentien thema’s aan de orde komen, is niet zo belangrijk. Bijna alle modules zijn in elke opleidingskliniek te doen, maar er zijn een paar uitzonderingen. In de eerste vijf jaar komen de thema’s één tot en met zeventien aan de orde. De geavanceerde endoscopie omvat onder andere het opdoen van ervaring met ERCP. Dit is iets wat niet iedereen meer zal kunnen doen, omdat het aantal MDL-artsen is gegroeid terwijl het aantal ERCP’s stabiel blijft. De volledige verdieping in de hepatologie kan alleen door ook enige tijd deel te nemen aan een levertransplantatieteam in Leiden, Groningen of Rotterdam. Een geval apart is de abdominale echografie, die als negentiende en facultatieve module is toegevoegd, en die verplicht is voor het Europees diploma. De abdominale echografie is in Nederland voorbehouden aan radiologen, hoewel gynaecologen en urologen al lang zelf echo’s maken. Alleen in Rotterdam doen ook MDL-artsen echo’s en worden arts in opleiding daarin getraind. De verwachting is echter, dat dit zich snel over Nederland zal verspreiden.

Professionalisering opleiders

In het opleidingsprogramma is een apart hoofdstuk opgenomen over het professionaliseren van de opleiders. Vrijwel alle universiteiten bieden programma’s die zijn gericht op het verwerven van kennis en vaardigheid in het opleiden. Bij iedere MDL-opleidingskliniek zullen ten minste een of twee opleiders zo’n programma moeten hebben gevolgd. De anderen kunnen dat in de loop van de tijd doen. Per opleider betekent dat zes dagen ‘terug naar de schoolbanken’. Hoe dat bekostigd gaat worden, is nog niet helemaal duidelijk.

Voordelen

Nelis ziet grote voordelen in de nieuwe manier van opleiden: “Deze wijze van werken is systematisch en objectief. Je kunt precies aanwijken wat voldoende is gedaan om gekwalificeerd te zijn en waar nog tekorten zitten. Het zal de opleider én de arts in opleiding dwingen bij elk gesprek over de vorderingen duidelijke doelen te stellen, en

bij te sturen als bijvoorbeeld blijkt dat iemand te weinig endoscopieën doet of systematisch tekortschiet in samenwerking met anderen. Er zullen wel wat regionale accentverschillen blijven, maar ik verwacht dat de opleiding als geheel uniformer wordt.” Het grootste voordeel is het vroegtijdig signaleren als competenties nog niet zijn bereikt. Nadelen zijn er ook: de belasting voor de opleider en de arts in opleiding zal toenemen, vooral ook omdat alles moet worden gedocumenteerd.

Ernst Kuipers sluit hier namens het Concilium op aan: “De overheid heeft ons wettelijk verplicht tot een precieze beschrijving van onze opleiding, met gebruikmaking van een competentiemodel en veel documentatie. Natuurlijk zal dit voor opleiders een belangrijke belasting met zich meebrengen. Maar het heeft ook grote voordelen, onder andere voor de landelijke uniformiteit van de opleiding en het monitoren van de ontwikkeling van een arts in opleiding. Er ligt nu een belangrijk stuk werk, waarvoor wij de commissie, en in het bijzonder Frits Nelis, zeer dankbaar zijn.”

Procedure

De nieuwe opleiding is allereerst in het Concilium en aansluitend binnen het Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen breed besproken. Ook de artsen in opleiding hebben erover meegepraat. Het programma is goedgekeurd tijdens de voorjaarsvergadering en gaat nu naar het Centraal College en vervolgens naar de minister van Volksgezondheid, die er zijn handtekening onder moet zetten. Dat gebeurt naar verwachting nog dit jaar.

De thema's	
1	Algemene basisvaardigheden, wetenschap en management
2	Gastro-intestinale oncologie
3	Inflammatoir darmlijden
4	Infecties van het maag-darmkanaal, bacterieel, viraal en parasitair
5	Ischemische aandoeningen
6	Maagzuurgerelateerde aandoeningen
7	Aandoeningen van de lever en levertransplantatie
8	Aandoeningen van de pancreas
9	Aandoeningen van de galwegen
10	Bekkenbodempromblematiek en proctologie
11	(Mal)absorptie en (mal)digestie
12	Neurogastro-enterologie en motiliteit
13	Voeding
14	Spoedeisende maag-darm-leverziekten
15	Genetische en aangeboren aandoeningen
16	Diagnostische endoscopie
17	Algemene therapeutische endoscopie (onder andere bloedingen, poliepectomie, ERCP – <i>niet verplicht</i>)
18	Geavanceerde endoscopie: ERCP, stents, EMR, EUS
19	Abdominale echografie

Een koekje van ander deeg

“Koekje erbij? Deze vraag wordt in een reclame voor een koekje van Nederlands fabricaat tot vervelens toe gesteld. Een vraag die een coeliakiepatiënt meestal negatief moet beantwoorden. Een koekje bevat immers bijna altijd gluten en daar kan een coeliakiepatiënt niet tegen.”

Met deze inleiding begon prof. dr. Frits Koning op 23 maart 2007 zijn oratie in het Poortgebouw van de Rijksuniversiteit Leiden. Met zijn oratie ging hij in op de recente ontwikkelingen rond coeliakie en de perspectieven voor patiënten. Koning is hoogleraar in de immunologie, in het bijzonder de eiwitchemische aspecten van immuungemedieerde ziekten, aan de Universiteit van Leiden. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat glutenfragmenten in het maagdar kanaal door het enzym weefseltransglutaminase worden gemodificeerd. Hierdoor kunnen deze fragmenten binden aan HLA-DQ2 of -DQ8. Als vervolgens T-cellen op deze DQ-glutencomplexen reageren, ontstaat een ontsteking in de darm en daardoor coeliakie.

Hoewel dit duidelijk maakt wat er mis is als een patiënt coeliakie heeft, is niet duidelijk waarom het overgrote deel van de HLA-DQ2- en HLA-DQ8-positieve mensen geen coeliakie ontwikkelt. Terwijl zo’n 30% van de Nederlandse bevolking HLA-DQ2 positief is, krijgt slechts 1% van de bevolking coeliakie. Additionele genetische en omgevingsfactoren spelen hoogstwaarschijnlijk een belangrijke rol in dit proces. Het achterhalen van deze factoren is een belangrijk



Prof. dr. Frits Koning

doel van het huidige onderzoek dat in het Nederlandse Coeliakie Consortium wordt uitgevoerd. In dit consortium wordt tevens gestreefd naar de ontwikkeling van preventie en verbeterde diagnose, nieuwe therapie en veiliger voeding voor coeliakiepatiënten. Frits de Koning schetste een aantal recente ontwikkelingen.

Preventie/diagnose

Door het invoeren van HLA-screening in families waar coeliakie voorkomt, zou onderscheid kunnen worden gemaakt tussen kinderen met een hoog, een laag of juist geen risico. Dit is een efficiënte manier om in een aantal gevallen zekerheid te bieden en in andere gevallen de ziekte te voorkomen.

Therapie

DSM heeft een enzym ontwikkeld dat gluten zo efficiënt afbreekt, dat ze het afweersysteem van patiënten niet langer kunnen stimuleren. Dit enzym heeft speciale eigenschappen waardoor het in de maag kan werken. Dit zou dus kunnen leiden tot de ontwikkeling van een enzympil, die een coeliakiepatiënt samen met een glutenbevattende maaltijd kan innemen.

Voeding

Door de identificatie van de toxische glutenfragmenten kan voeding nu zeer gericht op het voorkomen van zulke fragmenten worden getest. Ook kan gericht worden gezocht naar granen die deze toxische fragmenten niet bevatten. Daarmee komt er uitzicht op een alternatief voor het levenslange glutenvrije dieet.

Over klein en groot

Op vrijdag 13 april aanvaardde Joost Ph. Drenth zijn ambt als hoogleraar moleculaire gastro-enterologie en hepatologie aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Met moleculaire diagnostiek zijn betere uitspraken mogelijk over het klinisch beloop van ziekten en het effect van interventies. Met zijn oratie vroeg Drenth aandacht voor de interpretatie en vertaling van deze kennis van laboratorium naar klinische praktijk en patiënt, in het bijzonder op het gebied van erfelijke levercysten.

Drenth onderzoekt als moleculair gastro-enteroloog veranderingen in het menselijk DNA in relatie tot ziekten van het maagdarmsstelsel. Kleine variaties in DNA kunnen een rol spelen bij het ontstaan van ziekten. Om te achterhalen om welke variaties het

gaat, wordt het DNA-profiel van patiënten vergeleken met dat van gezonde mensen. Voor een juiste risico-inschatting moeten beide groepen wel voldoende groot zijn. Vaak is dit niet het geval en wordt het effect van de DNA-variatie op het ontstaan van ziekte fout ingeschat. Drenth pleitte in zijn oratie daarom voor het opbouwen van biobanken en de ontwikkeling van grote onderzoeksnetwerken, om zo te komen tot de noodzakelijke schaalvergroting. Daarbij wordt van onderzoekers in de nabije toekomst een grote inspanning gevraagd. Hoewel de techniek er is om DNA-variaties snel en op grote schaal vast te stellen, zullen we ook voor iedere individuele patiënt goed in kaart moeten brengen wat de ziekteverschijnselen zijn en hoe de reactie op behandeling is, zo stelde hoogleraar Drenth. Al met al zal het ontwikkelen van deze onderzoeksstrategie – waarbij genetische kennis bij kennis over de patiënt moet worden gevoegd – een enorme inspanning zijn. Drenth ziet hierbij een belangrijke rol voor de arts-onderzoeker. Deze artsen vertalen observaties uit de klinische praktijk in onderzoeksvraagstellingen. Hierdoor is de arts-onderzoeker bij uitstek in staat om het ziekbed en het laboratorium met elkaar te verbinden. Als we in Nederland in de toekomst een bijdrage willen blijven leveren aan het klinisch wetenschappelijk onderzoek, dan zullen we ook in artsen moeten investeren en hen de mogelijkheid geven zich in het doen van dergelijk onderzoek te bekwamen. Drenth benadrukt de rol voor de overheid om de financiële grondslag hiervoor te realiseren, maar noemt het ook een taak van onderzoekers om jonge artsen enthousiast te maken voor onderzoek. Tot slot pleitte Drenth voor concentratie van zorg rond de patiënt met hepatitis C. Deze infectieuze leverziekte kan leiden tot levercirrose en kanker. Genezing is mogelijk, maar slechts 6% van de patiënten wordt behandeld, omdat artsen onbekend zijn met de behandelmogelijkheden. Bovendien stoppen veel patiënten voortijdig de behandeling, omdat goede begeleiding ontbreekt. Door de zorg onder te brengen in speciale poliklinieken, kunnen meer patiënten van hepatitis C genezen dan nu het geval is.



Prof. dr. Joost Drenth

COLUMN



BART ELSMAN

LABOUR DAY

Dinsdag 1 mei. Dag van de arbeid. Nederland werkt. De rest van Europa en het AMC niet.

Als vroegere ambtenaren van de GU (Gemeente Universiteit) hebben we nog steeds een vrije dag. Ik fiets bij onbewolkte hemel op de Zuiderzeedijk tussen Durgerdam en Uitdam, een van de vele mooiste stukjes Nederland. In het weekend is het er druk met wandelaars, vogelspeurders en skaters. Nu kom je er niemand tegen. Ed Nijpels schrijft vandaag in de Volkskrant, dat 80% van de Nederlanders tussen 60 en 65 jaar niet meer werkt. Ik hoor bij de 20%, maar vandaag voelt het als pensioen: op de fiets, als Nederland werkt. Ook onze collega-MDL-artsen hangen de endoscoop nogal eens vroeg aan de wilgen.

Van de laatste acht die afscheid namen, zijn er vijf voortijdig gestopt op een leeftijd van 57, 59, 61 en 62 (2x) jaar. Is daar in onze manpower- en womanpower-calculaties wel rekening mee gehouden?

Maar er is ook hoop voor de toekomst. Er worden steeds vaker kinderen geboren vanuit een relatie van twee MDL-artsen. Alleen al in Amsterdam Oud-Zuid ken ik vier van die kinderen. Er liggen er nu twee in een wieg in het statige hoofdkantoor van de Amsterdam Gut Club aan de Van Eeghenstraat. Magma wordt er in tweevoud bezorgd. Met de papepel dus! Thomas en Lucas, we rekenen op jullie!

GEZOCHT: AANSTAANDE OUDERS VAN KIND MET VERHOOGDE KANS OP COELIAKIE

Voorkomen is beter dan genezen

Wat zou mooier zijn dan coeliakie op een eenvoudige manier te kunnen voorkomen? Het zou betekenen niet langer levenslang een glutenvrij dieet hoeft te worden gevolgd, en dat geen risico meer wordt gelopen op de complicaties van coeliakie, zoals osteoporose, infertiliteit en darmkanker. Onderzoekers van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) zijn daarom op zoek naar aanstaande ouders van een kind met een verhoogde kans op coeliakie. In negen Europese landen, waaronder Nederland, starten wetenschappers met een onderzoek dat moet uitwijzen of het geven van kleine hoeveelheden gluten aan zuigelingen gedurende de periode van borstvoeding het ontwikkelen van coeliakie zou kunnen voorkomen.

Baby's gezocht!

De hypothese van het onderzoek komt mede voort uit een eerder groot onderzoek, uitgevoerd door de Umeå Universiteit te Zweden. Onderzoekers daar ontdekten dat het geven van kleine hoeveelheden gluten aan baby's gedurende de periode van borstvoeding het ontwikkelen van coeliakie zou kunnen voorkomen. Dit kan gebaseerd zijn op het feit dat het immuunsysteem zich sensibiliseert doordat gluten herhaaldelijk, met kleine hoeveelheden, worden ingenomen. En dat daarbij borstvoeding een beschermende rol speelt bij de introductie van de gluten.

Het PREVENTCD-project

De grote Europese studie is in januari 2007 gestart, genaamd PREVENTCD. Dit staat voor 'Prevent Coeliac Disease', ofwel

'voorkom coeliakie'. De Europese Commissie (EU) ziet de noodzaak van dit project en financiert het met € 3,7 miljoen. Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) is het coördinerend Europese centrum, met dr. Luisa Mearin, kindergastro-enteroloog in het LUMC, als coördinator. Caroline Hogen Esch is de arts-onderzoeker in het LUMC van dit project. Daarbij werkt PREVENTCD nauw samen met de Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV; www.glutenvrij.nl).

In het kort

- **Doel:** het voorkomen van coeliakie
- **Gezocht:** zwangere vrouwen en pasgeboren baby's met eerste-graads verwantschap met coeliakiepatiënten
- **Gewenst:** borstvoeding
- **Waar:** Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
- **Voor meer info:**
 - bezoek de website: www.preventcd.com
 - mail of bel: preventcd@lumc.nl of 071-5262806 (Caroline Hogen Esch)
- **Het onderzoeksteam:**
 - dr. Luisa Mearin, kindergastro-enteroloog, afdeling kindergeneeskunde, LUMC
 - drs. Caroline Hogen Esch, arts-onderzoeker, afdeling kindergeneeskunde, LUMC

Dertiende wereldcongres coeliakie in Amsterdam

Het dertiende wereldcongres voor coeliakie zal in april 2009 worden gehouden in het Muziekgebouw aan 't IJ in Amsterdam. De organisatie verwacht 700 tot 800 deelnemers voor het wetenschappelijke congres, en 500 tot 600 deelnemers voor het zogenaamde 'lekencongres'.

De organisatie hoopt op een grote deelname van Nederlandse MDL-artsen. Het lekencongres kan met steun van de Europese en Amerikaanse patiëntenverenigingen een succes worden, zo bleek vorig jaar in New York bij het twaalfde wereldcongres. Daar

spraken patiënten, diëtisten en enkele huisartsen over praktische kwesties als huidproblemen bij coeliakie en tand-emailproblemen bij kinderen met coeliakie. De opzet van het programma was verrassend origineel.

De begroting van het congres belooft ongeveer € 500.000. De NCV doneerde als eerste € 20.000. Het coeliakiecongres kan een goede voorbereiding zijn op de UEGW die wellicht in 2011 of 2012 in Amsterdam wordt gehouden.

Frits Koning, Chris Mulder (Leiden/Amsterdam)

Tilburg rent glutenvrij tijdens *Tilburg Ten Miles*

Onder de noemer 'Tilburg rent Glutenvrij' wil de Stichting voor Coeliakie Tilburg deze darmziekte en het glutenvrije dieet extra onder de aandacht brengen. Na het succes van 2005 roept zij 500 lopers op om tijdens de *Tilburg Ten Miles* op zondag 2 september deel te nemen in een speciaal T-shirt.

Op de website www.tilburgrent.nl kan men zich inschrijven, een loopshirt bestellen en een donatie doen. Bovendien kan men zich aanmelden voor een gratis trainingsprogramma, dat wordt aangeboden door HealthCity. Ook wordt – met medewerking van tv-kok Rudolph van Veen – een speciale avond mét glutenvrij diner georganiseerd.



NCV opnieuw de snelst groeiende patiëntenvereniging in 2006

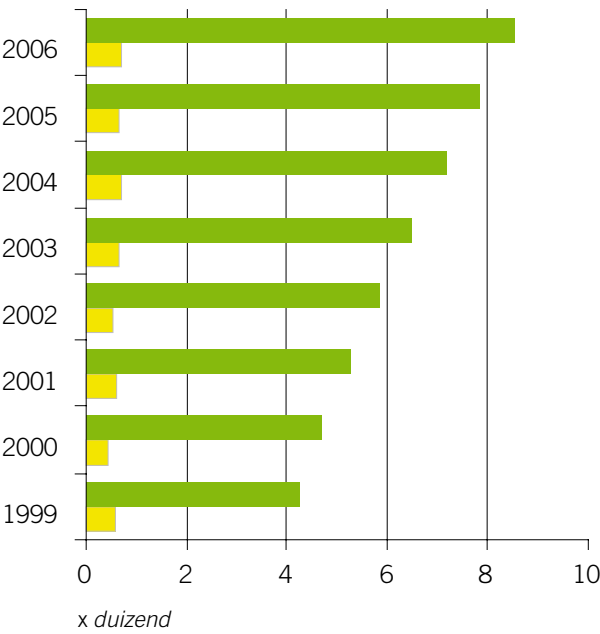
Als voorzitter van de Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV) kon ik op de jaarvergadering 2007 bekendmaken, dat onlangs het 9000^{ste} lid zich heeft aangemeld. Met daarbij als bijzonderheid dat deze 'boven water' is gekomen als gevolg van de steeds meer gebruikelijke familiescreening.

Met 9000 leden is de NCV sinds het jaar 2000 verdubbeld. Het betekent ook dat 65% van de gediagnosticeerde patiënten (circa 14.000) inmiddels lid is. Het moge duidelijk zijn dat dit er nog veel meer kunnen worden: naar schatting 75.000 mensen in Nederland hebben coeliakie, maar weten dit zelf (nog) niet. De kosten daarvan zijn hoog: voor onze maatschappij jaarlijks vele tientallen miljoenen aan sociale (verzuim-) en medische kosten en voor de betreffende coeliakiepatiënten een verminderde kwaliteit van leven. De toeloop van nieuwe leden hebben we vooral te danken aan MDL-specialisten en kinderartsen: circa 30% van onze nieuwe leden melden zich via hen aan. Veel verwachting koesteren we van de CBO-richtlijn die binnenkort moet uitkomen. Hopelijk kan deze een doorbraak betekenen op het huisartsenfront, waar het met de kennis van de ziekte en de diagnose ervan nu nog droevig is gesteld.

Tot slot doe ik weer een oproep tot deelname aan de *Run for coeliakie*, de bekende hardloepwedstrijd in september 2007 in Tilburg.

Voor meer informatie verwijs ik u naar www.glutenvrij.nl, de populaire website die maandelijks circa 19.000 unieke bezoekers trekt.

Louk de Both, voorzitter Nederlandse Coeliakie Vereniging



FECAL INCONTINENCE: TESTS & THERAPY

Annette Dobben, Universiteit van Amsterdam,
14 december 2006

Fecale incontinentie wordt gedefinieerd als het ongewenste verlies van gas, dunne of vaste ontlasting door het anale kanaal. De diagnostische *work-up* bestaat, naast anamnese en lichamelijk onderzoek, uit anorectale functietesten en beeldvormende technieken. Gezien de substantiële variatie in toegepaste diagnostische testen was het voornaamste doel van dit proefschrift om een efficiënte diagnostische strategie te ontwikkelen voor patiënten met matig tot ernstige fecale incontinentie, resulterend in een predictiemodel waarmee patiënten met een hoge respectievelijk lage kans op behandel succes kunnen worden geïdentificeerd. Uit dit proefschrift blijkt dat bekkenbodetherapie bij veel patiënten met matige tot ernstige chronische fecale incontinentie enigszins verbetering geeft van de fecale incontinentieklachten, maar slechts bij een klein aantal patiënten een substantiële verbetering. Aanvullende testen zoals anorectale functietesten en (endo-anale) beeldvorming kunnen maar zeer beperkt de uitkomst van bekkenbodetherapie bij deze patiëntenpopulatie voorspellen. Derhalve kan een huisarts een patiënt direct voor bekkenbodetherapie doorverwijzen, mits serieuze pathologie is uitgesloten.

Curriculum vitae

Annette de Bruijne-Dobben (Groningen, 1966) volgde de opleiding hbo-v in Zwolle. Daarna woonde en werkte zij enige tijd in Soroka Medical Center, Beersheva, Israël. Na terugkeer in Nederland werkte zij als verpleegkundige in het VUmc. Onderzoek en onderwijs kregen steeds meer haar interesse. Tijdens haar functie als sitemanager bij ‘Good Clinical Practice’ te Amsterdam volgde zij de docentencursus, werkte mee aan de ontwikkeling van de post-hbo-opleiding voor researchverpleegkundigen in Rotterdam en gaf les aan diezelfde opleiding. Daarop volgde een functie als researchcoördinator op de afdeling radiologie van het AMC Amsterdam, alwaar Annette Dobben de post-hbo-opleiding voor radiologisch laboranten opzette. Na het succesvol afronden van de universitaire Master of Science-studie ‘Evidenced Based Practice’ (UvA) werkte zij aan haar promotie in het onderzoek ‘An efficient diagnostic strategy in fecal incontinence’ dat wordt gecoördineerd door prof. dr. J. Stoker, AMC Amsterdam.

CELIAC DISEASE. FROM BASIC INSIGHT TO THERAPY DEVELOPMENT

Dariusz Stepniak, Rijksuniversiteit Leiden,
14 december 2006

Coeliakie is een ziekte die wordt gekarakteriseerd door chronische intolerantie tegen gluten, een mengsel van eiwitten die aanwezig zijn in tarwe. De enige beschikbare behandeling voor de coeliakiepatiënten is een strikt glutenvrij dieet. Het volgen van dit dieet is niet alleen duur maar ook zeer lastig, omdat glutenvrij voedsel vaak gecontamineerd is met gluten. Het onderzoek beschreven in dit proefschrift is toegespitst op het vraag hoe de toxiciteit van gluten gereduceerd kan worden. Een van de mogelijkheden is gebaseerd op het concept van *in vivo*-vernietiging van immunogene glutenpeptides door het oraal toedienen van een enzym. Voor dit doel werd de geschiktheid van prolylendoprotease van *Aspergillus niger* onderzocht voor een potentiële behandeling van coeliakiepatiënten. Aangetoond werd dat dit enzym een goede kandidaat is voor een klinische studie naar *in vivo*-degradatie van gluten.

Curriculum vitae

Dariusz Tomasz Stepniak is geboren in 1976 in Polen. In 1995 begon hij de studie biotechnologie aan de Universiteit van Wroclaw. Stepniak liep zijn wetenschappelijke stages bij het Instituut Immunologie en Experimentele Therapie van de Poolse Academie der Wetenschappen in Wroclaw, en bij de afdeling Moleculaire Genetica van de Rijksuniversiteit Groningen. Na het behalen van het doctoraal examen in 2000 trad Stepniak als aio in dienst van de afdeling Immunologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam. In 2002 begon hij met zijn promotie-onderzoek bij de afdeling Immunohematologie en Bloedtransfusie van het Leids Universitair Medisch Centrum in de groep van prof. dr. Frits Koning. Vanaf januari 2007 werkt Dariusz Stepniak als postdoc in het La Jolla Institute for Allergy and Immunology in San Diego CA.

GENETIC STUDIES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Klaas van der Linde, Erasmus Universiteit Rotterdam,
14 december 2006

Het promotieonderzoek richtte zich op genetische factoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van inflammatoire darmziekten (IBD), waarbij in het bijzonder het interleukine-10 (IL-10)- en caspase recruitment domain 15 (CARD15)-gen zijn onderzocht. In het anti-inflammatoire IL-10-gen is binnen een IBD-familie de puntmutatie Gly15Arg gevonden. In een *in vitro*-stimulatietest is aannemelijk gemaakt dat deze mutatie tot een functionele verandering leidt met een verlaagde IL-10-secretie tot gevolg. In een grote groep van patiën-

ten met de ziekte van Crohn en controles bleek de frequentie van deze mutatie overigens zeer laag en niet geassocieerd met de ziekte. Het CARD15-gen kent drie mutaties die sterk zijn geassocieerd met de ziekte van Crohn. In de Rotterdamse IBD-groep bleken G908R en L1007fs geassocieerd met de ziekte. Daarnaast werd een associatie gevonden tussen dragerschap van ten minste één CARD15-mutatie en ziektegedrag. In één IBD-familie werden ook gezonde familieleden gevonden met homozygoot L1007fs-dragerschap, wat illustreert dat CARD15-mutaties niet per se leiden tot ziekte. Dit ondersteunt de hypothese dat IBD een genetische heterogeniteit kent.

Curriculum vitae

Klaas van der Linde (1965) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en behaalde zijn artsenbul in 1994. Na de opleiding tot internist (Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht en het Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam) volgde Van der Linde de MDL-opleiding in Rotterdam bij prof. dr. Solko Schalm en later prof. dr. Ernst Kuipers. Sinds 2003 is hij werkzaam als vierde MDL-arts in het Medisch Centrum Leeuwarden. Promotoren van onderhavig onderzoek waren prof. dr. Ernst Kuipers en prof. J.H.P. Wilson.

STAGING INVESTIGATIONS IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER: A CRITICAL RE-APPRAISAL

Evelyn P.M. van Vliet, Erasmus Universiteit Rotterdam,
22 december 2006

Momenteel worden jaarlijks 1400 mensen in Nederland getroffen door slokdarmkanker en dit aantal stijgt nog steeds. Wanneer de diagnose slokdarmkanker is gesteld, dient te worden onderzocht hoe uitgebreid het kankerproces in het lichaam aanwezig is. Op dit moment zijn veel onderzoeken beschikbaar die hiervoor kunnen worden gebruikt. Uit dit proefschrift blijkt, dat meestal kan worden volstaan met drie onderzoeken, te weten endo-echografie (doorgroei van de tumor in de slokdarmwand), CT-scan (uitzaaiingen van de slokdarmkanker) en echografie van de halsstreek (kwaadaardigheid van de lymfeklieren). In de tweede plaats kon worden vastgesteld dat de resultaten van deze onderzoeken van een hogere kwaliteit zijn als de onderzoeken worden uitgevoerd door terzake ervaren artsen en radiologen. Dat onderstreept het belang van het verrichten van onderzoeken in een centrum met ervaring op het gebied van slokdarmkanker. Ten derde werd gevonden dat, in tegenstelling tot de bestaande opinie, er wel degelijk verschillen bestaan tussen inkomensgroepen bij de behandeling van slokdarmkanker in Nederland. Patiënten met een hoger inkomen ondergingen vaker een opera-

tie (curatief) of werden behandeld met chemotherapie (betere kwaliteit van leven, met mogelijkheid van levensverlenging). Patiënten met een lager inkomen werden vaker behandeld met een stent (uitsluitend gericht op verbetering van de kwaliteit van leven).

Curriculum vitae

Evelyn van Vliet (Naaldwijk, 1982) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Haar afstudeeronderzoek verrichtte zij onder begeleiding van dr. P.D. Siersema op de MDL-afdeling van het Erasmus MC. Het doctoraalexamen werd behaald op 20 juli 2004. Vanaf september 2004 werkte Evelyn van Vliet aan haar promotieonderzoek (promotor: prof. dr. E.J. Kuipers; co-promotor dr. P.D. Siersema). In januari 2007 is Evelyn van Vliet gestart met haar co-schappen, waarna zij zich wil specialiseren in maag-, darm- en leverziekten.

PAEDIATRIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: SCOPING THE FUTURE. GENETICS, DIAGNOSTICS AND THERAPEUTICS

Lissy de Ridder, Universiteit van Amsterdam,
24 januari 2007

In dit proefschrift worden chronische darmontstekingen (inflammatory bowel disease; IBD) op de kinderleeftijd bestudeerd. De genetische achtergrond van kinderen met IBD is nader onderzocht. De mutaties NOD2/CARD15 3020Cins en OCTN rs3792876 bleken statistisch significant vaker voor te komen, indien de ziekte van Crohn op kinderleeftijd was begonnen. Endoscopie op de kinderleeftijd is geëvalueerd en bleek een hoge diagnostische opbrengst te combineren met een hoge veiligheid. De medicijnen azathioprine en infliximab zijn grondig bestudeerd. Het niet verdragen van azathioprine bleek niet geassocieerd met de aanwezigheid van mutaties in het TPMT- of ITPA-gen. Infliximabbehandeling bij 62 kinderen met de ziekte van Crohn in Nederland (744 infusies) liet zien dat 14,5% van de patiënten na het staken van de infusies respons behield, terwijl 59,7% afhankelijk was van herhaalde infliximabinfusies en 22,6% respons verloor ondanks herhaalde infusies. Onderhoudstherapie met infliximab lijkt een zeer effectieve en voldoende veilige behandeling bij kinderen met refractaire ziekte van Crohn.

Curriculum vitae

Lissy de Ridder studeerde geneeskunde aan de UvA te Amsterdam van 1988 tot 1995. Zij volgde de opleiding kindergeneeskunde in het Bosch MediCentrum (thans: Jeroen Bosch Ziekenhuis) en in het Emma Kinderziekenhuis/AMC. In april 2003 werd deze opleiding afgerond. In 2003 startte haar fellowship kindergastro-enterologie in het Emma Kinderziekenhuis/AMC onder leiding van Jan Taminiâu

en Marc Benninga. Onderdeel van dit fellowship was een stage van één maand in het Hospital for Sick Kids in Toronto, Canada, waar prof. Anne Griffiths haar de fijne kneepjes van de klinische behandeling van pediatrische IBD bijbracht. Bij de aanvang van dit fellowship startte zij haar promotieonderzoek, eveneens in het Emma Kinderziekenhuis/AMC. In juli 2006 werd zij aangesteld als kindergastro-enteroloog in het VU medisch centrum te Amsterdam.

COMBINED MODALITY TREATMENT OF PSEUDOMYXOMA PERITONEI

Robert M. Smeenk, Universiteit van Amsterdam, 2 februari 2007

Pseudomyxoma peritonei (PMP) is een zeldzame aandoening die wordt gekenmerkt door de verspreiding van slijm en (in principe) non-invasieve slijmvormende tumorcellen door de buikholte volgens een kenmerkend redistributiefenomeen. Deze tumorcellen zijn meestal afkomstig van een slijmvormende tumor (mucineus adenoom of goed gedifferentieerd adenocarcinoom) in de appendix. De huidige behandeling in de meeste oncologische centra bestaat uit cytoreductieve chirurgie (CRC), waarbij alle tumor in de buikholte en op het buikvlies wordt verwijderd, in combinatie met hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), ofwel het spoelen van de buikholte met verwarmde chemotherapie. Smeenk beschrijft de pathogenese, diagnose en vooral de resultaten van genoemde behandeling van PMP. Uit zijn studie blijkt dat deze gecombineerde modaliteittherapie de langetermijnoverleving van patiënten aanzienlijk lijkt te verbeteren. Daartegenover staat een hoog risico op complicaties, dat echter duidelijk gerelateerd is aan een leercurve op het gebied van patiëntselectie en chirurgische expertise. Daarom dienen deze patiënten in gespecialiseerde centra te worden behandeld.

Curriculum vitae

Robert Matthijs Smeenk is geboren op 4 september 1977 te Moshi, Tanzania. Op driejarige leeftijd kwam hij naar Nederland. Na het eindexamen gymnasium in Breda (1995) zocht hij zijn heil aan de Vrije Universiteit te Amsterdam (geneeskunde). In 2001 startte Smeenk met zijn co-schappen, waaronder tien weken keuze-co-schap chirurgie in Suriname. In 2003 behaalde hij zijn artsexamen, waarna een baan als AGNIO chirurgie in het Flevo Ziekenhuis te Almere volgde. In september 2004 werd Smeenk AGNIO chirurgie en arts-onderzoeker in het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam. Onder leiding van dr. F.A.N. Zoetmulder en dr. V.J. Verwaal heeft deze onderzoeksperiode geleid tot de huidige dissertatie. Vanaf 1 juli 2006 is Robert Smeenk in opleiding tot algemeen chirurg in het AMC Amsterdam.

COMPLICATIONS AFTER LIVER TRANSPLANTATION: A FOCUS ON BOWEL AND BILE DUCTS

Robert C. Verdonk, Rijksuniversiteit Groningen, 7 februari 2007

Levertransplantatie heeft de afgelopen decennia een enorme vlucht genomen, met een uitstekende langetermijnoverleving voor patiënten. In zijn proefschrift beschrijft MDL-arts i.o. Robert C. Verdonk een tweetal complicaties na orthotope levertransplantatie (OLT): stricturen van de galwegen en inflammatoire darmziekten. Galwegstricturen zijn een belangrijke oorzaak van morbiditeit na OLT. In een drietal studies wordt de pathogenese van dergelijke stricturen verder onderzocht, evenals de behandeling en prognose voor transplantaat en patiënt. Tevens wordt een nieuwe classificatie voor galwegstricturen gepresenteerd, die van prognostisch belang lijkt te zijn. Patiënten getransplanteerd voor primaire scleroserende cholangitis of auto-immuunhepatitis kunnen na OLT een recidief of de novo inflammatoire darmziekte ontwikkelen. Dit ondanks levenslang immuunsuppressiegebruik. Uit drie studies beschreven in het proefschrift blijkt, dat onder meer het type immuunsuppressie, CMV-infectie na transplantatie en duur van IBD vóór transplantatie van belang zijn voor de kans op IBD na OLT.

Curriculum vitae

Robert Verdonk (1979) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na het artsexamen (2004) werkte hij gedurende twee jaar als arts-assistent/arts-onderzoeker bij de MDL-afdeling van het UMC Groningen (UMCG). Sinds 2006 is hij in opleiding tot MDL-arts. De vooropleiding wordt doorlopen in het UMCG, de vervolgopleiding in Zwolle en UMCG.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND HAEMOSTASIS: CLINICAL AND BIOCHEMICAL STUDIES

Anton A. Vrij, Universiteit Maastricht, 16 februari 2007

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa (afgekort IBD) zijn chronische darmontstekingen waarbij de bloedstolling is geactiveerd, zowel tijdens actieve als rustige episodes van de ziekte. Naast bloederige diarree treden ook verschijnselen als trombose op. De promovendus volgde gedurende twaalf maanden nieuw gediagnosticeerde patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa in een actieve en rustige fase. Het beloop van hemostase-eiwitten is vergeleken met dat van patiëntencontroles met vasculitis (arteritis temporalis), evenals patiëntencontroles zonder ontsteking. Bloedstolling bleek geactiveerd in de actieve en

rustige fase, met een patroon vergelijkbaar met dat van patiënten met vasculitis. Alleen factor XIII was significant verlaagd bij een actieve IBD, ten opzichte van de vasculitisgroep. Patiënten met een ernstige prednisonrefractaire colitis ulcerosa kregen in een open studie aanvullend een Laag Molecuul geWicht Heparine (LMWH; nadroparine) in therapeutische dosering. De klinische, endoscopische en microscopische ontstekingsactiviteit nam na acht weken af. Echter, juist het aantal microthrombi, die bij het merendeel van de patiënten aantoonbaar waren, bleek na behandeling met nadroparine niet significant te zijn afgenomen. In een dubbelblinde gerandomiseerde vervolgstudie, verricht in het AZM en het UMCG, werd aan patiënten met een lichte tot matig actieve colitis, onvoldoende reagerend op mesalazine, LMWH (reviparine) of een placebo aan de behandeling toegevoegd. De ontstekingsactiviteit nam af, maar niet significant ten opzichte van de placebogroep. Het aanvankelijk verhoogde thrombinepotentiaal kon worden verlaagd gedurende de eerste vier weken LMWH-behandeling, maar nam weer toe na zes en acht weken LMWH-behandeling. Toevoegen van reviparine ging niet gepaard met significant meer bijwerkingen. Resumerend lijkt bij IBD sprake van een langdurige stollingsactiviteit. Laag molecuulgewicht heparine kan worden verstrekt aan deze patiënten ter voorkoming van thrombo-embolische complicaties, maar niet als een gevestigde, specifieke therapie tegen IBD.

Curriculum vitae

Ton Vrij (1964, Amsterdam) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na zijn artsexamen (1989) startte hij zijn opleiding tot internist in 1991 te Heerlen, alwaar in 1993 het promotieonderzoek aanving (co-promotor dr. J.W.J. van Wersch). Tijdens de vervolgopleiding in het AZM (internistenregistratie in 1997) respectievelijk de opleiding tot gastro-enteroloog in het AZM (2000) werden de interventiestudies begeleid en uitgewerkt (promotores prof. dr. R.W. Stockbrugger en prof. dr. H.C. Hemker). Sedert 2001 is hij werkzaam als MDL-arts in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo.

COMPLICATED COELIAC DISEASE. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Abdul Al-toma, Vrije Universiteit Amsterdam, 28 maart 2007

Coeliakie is een chronische ontsteking van de dunne darm bij mensen met een specifieke erfelijkheidsachtergrond op basis van een overgevoelighedsreactie op gluten. De ziekte werd tot de vroege jaren negentig beschouwd als een onschuldige ziekte van kinderen. De laatste tien jaar is het besef gegroeid dat de meerderheid van de patiënten deze aandoening ontwikkelt na hun dertigste jaar; en ongeveer 20% pas boven de zestig.

De groep die wordt gediagnosticeerd boven de vijftig jaar presenteert zich bij herhaling met een refractaire coeliakie met afwijkende T-cellen als voorstadium van een lymfoom. Refractaire coeliakie met aberrante T-cellen is een complicatie die pas sinds 2000 als zodanig bekend is. De meerderheid van deze patiënten sterft aan een geassocieerd lymfoom (EATL).

In Nederland worden nu per jaar meer dan 1000 mensen met coeliakie gediagnosticeerd, waarvan 250 boven de vijftig jaar. Binnen deze laatste groep ontwikkelt 5 à 10% binnen tien jaar na de diagnose alsnog een lymfoom. Refractaire coeliakie met aberrante T-cellen was voorheen niet te behandelen. De klassieke immuunsuppressiva, steroïden en thiopurines hielpen niet. Dit proefschrift geeft gedetailleerd het huidige management van refractaire coeliakie en geassocieerde lymfomen weer. De doorbraak in diagnostiek met videocapsule, dubbele ballon-endoscopen waarmee de hele dunne darm kan worden bekeken, en PET-scan helpen in de diagnostiek. We zien dat HLA-DQ2 homozygote coeliakie-patiënten een sterk verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van deze complicaties. Het lijkt verstandig immuunhistologisch onderzoek (CD3/CD8) en standaard DQ-typering in te zetten bij alle nieuwe coeliakiepatiënten die worden gediagnosticeerd boven de vijftig jaar. De therapie van autologe beenmergtransplantatie, die in het VUmc als eerste ter wereld wordt toegepast, is herkend als een doorbraak (*Pubmed: Blood* 2007). Het gebruik van immuunsuppressiva, het pionierswerk in de behandeling van refractaire coeliakie, middels cladribine gevolgd door hoge dosis chemotherapie met stamceltransplantatie wordt uitgebreid besproken. Het lijkt voor het eerst dat een hematologische premaligniteit kan worden voorkomen. Het proefschrift lijkt een mijlpaal bij de diagnostiek en behandeling van (refractaire) coeliakie.

Curriculum vitae

Abdul-Baqi Al-toma werd in 1963 geboren in Basra, Irak. In Irak was hij werkzaam als internist. Eind jaren '90 kwam Al-toma naar Nederland. Hij behaalde in 2001, met hulp van de UAF, zijn Nederlands artsexamen in Utrecht en startte in het VUmc 'opnieuw' de opleiding inwendige geneeskunde met voortgezette specialisatie als MDL-arts. De laatste drie jaar deed hij naast zijn opleiding onderzoek. Sinds 1 oktober 2006 is Al-toma werkzaam als MDL-arts in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Het proefschrift is op te vragen via a.altoma@antonius.net.

MDL IN NOORD-LIMBURG

Het VieCuri MC: kwaliteit van zorg én werkomgeving

Het VieCuri, Medisch Centrum voor Noord Limburg, is ontstaan uit een fusie van de ziekenhuizen St. Maartens Gasthuis in Venlo en het St. Elisabeth Ziekenhuis in Venray. Het fusieproces werd gestart in 1988 en in september 2002 afgerond met de vorming van één patiëntgerichte ziekenhuisorganisatie onder de huidige naam. Het VieCuri MC is een groot regionaal ziekenhuis met 569 bedden en een adherentiegebied van 235.000 personen. In totaal zijn er meer dan 140 specialisten werkzaam.

Samenwerking en opleiding

Gedurende de afgelopen jaren is binnen het VieCuri MC hard gewerkt aan zorginnovatie en verbetering van het opleidingsklimaat. Recent heeft dit geresulteerd in een toelating van VieCuri tot de vereniging Samenwerkende Topklinische (opleidings)Ziekenhuizen (STZ). Om de medische zorg in de regio verder te verstevigen, tekende het VieCuri MC een convenant voor samenwerking met het Laurentius Ziekenhuis Roermond en het St. Jans Gasthuis Weert. Uitgangspunt van de samenwerking is het bieden van verantwoorde medisch-specialistische zorg aan de patiënt in de eigen regio en het optimaliseren van de medische kwaliteit.

De vakgroep MDL

De vakgroep MDL maakt deel uit van de gecombineerde maatschap Internisten (9 fte) en MDL-artsen (nu nog 3 fte). In 1998 heeft Rob Adang zich als eerste MDL-arts in het VieCuri gevestigd, waarna in korte tijd een uitbreiding heeft kunnen plaatsvinden door een vruchtbare samenwerking met de vakgroep interne geneeskunde. Inmiddels zijn ook Frank Wolters en Pieter Friederich werkzaam als MDL-artsen in het VieCuri en deze maand volgt de vacature voor een vierde MDL-er. Mede door de schaarste op de markt, maar ook door de geografische ligging zullen wij ons voor het aantrekken van onze vierde collega niet alleen oriënteren op Nederland, maar ook op België en Duitsland. Over een paar jaar vertrekt onze laatste scopiërende internist, waarna wij hopen te kunnen uitbreiden naar vijf MDL-artsen. Op dit moment oefenen wij de MDL in de volle breedte uit, met extra aandacht voor hepatologie, IBD en erfelijke darmtumoren. Wij hebben wekelijks een MDL-patiënten-, MDL-radiologie- en MDL-chirurgiebespreking. Eens in de drie weken is er een MDL-pathologiebespreking.

Innovatie

Onze MDL-georiënteerde chirurgen nemen deel aan een regionale samenwerking 'Samen scherp' met het Jeroen Bosch Ziekenhuis en



Reikhalzend kijken wij uit naar een nieuwe collega die bij ons de lege plaats komt opvullen. Van links onder naar rechts boven: Frank Wolters, Pieter Friederich, Agno van Neerven, Rob Adang en Monique van den Kerkhof.

het Ziekenhuis Bernhoven te Oss en Veghel. Doel daarvan is de 'grote' oncologische GE-chirurgie te regionaliseren, waarbij de slokdarmchirurgie waarschijnlijk in het VieCuri zal gaan plaatsvinden. Mede in dit kader streeft de vakgroep ernaar om bij het aantrekken van een vierde MDL-arts de echo-endoscopie aan het bestaande endoscopisch arsenaal toe te voegen.

Als een van de eerste vakgroepen in Nederland hebben wij een verpleegkundig endoscopiste (VE), Monique van de Kerkhof, opgeleid. Daarvoor hebben wij de VieCuri-innovatieprijs 2006 gewonnen. De functie van VE bevalt zo goed, dat wij op dit moment een tweede kandidaat, Agno van Neerven, opleiden. Een groot deel van ons team van verpleegkundigen heeft de aantekening MDL-verpleegkundige, zodat wij na uitbreiding ook vorm willen geven aan een IBD- en hepatologieverpleegkundige op de polikliniek.

Kwaliteit van zorg

Met groot enthousiasme neemt Pieter Friederich namens de vakgroep deel aan het landelijke project *Sneller Beter*. Zodra wij 'op formatie' zijn, hopen wij dat onze wachtlijsten voor polikliniek en endoscopie tot het verleden behoren. Frank Wolters participeert in het kader van *Sneller Beter* in de projectgroep Proces Herinrichting Coloncarcinoom, teneinde de doorlooptijd en kwaliteit van zorg van patiënten bij wie een colorectaal carcinoom wordt gediagnosticeerd, te optimaliseren.

Werken bij VieCuri

Wij zijn een jonge en enthousiaste vakgroep MDL, waarbinnen een nieuwe collega alle mogelijkheid tot ontplooiing van persoonlijke ambities heeft. In Noord-Limburg is het fraai wonen en zijn de wegen nog berijdbaar. Gecombineerd met de mooie natuur, ruime mogelijkheden tot recreatie en een Bourgondisch ingestelde samenleving vlakbij Maastricht, België en Duitsland denken wij een aantrekkelijke werkplek te kunnen bieden.

