

Tijdschrift van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen

MAGMA

Jaargang 12
Nummer 2
Juni 2006

Bevolkingsonderzoek darmkanker: de pilot

Minister vertraagt landelijke invoering



Ulrike de Wit
250^{ste} MDL-arts





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 patiënten-organisaties. De uitgave van MAGMA wordt mogelijk gemaakt door ALTANA Pharma bv. MAGMA verschijnt vier keer per jaar.

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 vragen:
ALTANA Pharma bv
Postbus 31
2130 AA HOOFDORP
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 én voor de dynamiek van het vakgebied maag-darm-leverziekten.

COVERFOTO

Rode bloedcellen. Als bloed in de ontlasting wordt ontdekt, is dat aanleiding tot nader endoscopisch onderzoek.

Foto: Corbis.

Delft slaat een enorme slag en neemt als 5^e en 6^e MDL-arts aan: Rutger Quispel en Claudia Rogge (AZU). Het is duidelijk dat zij daarmee op een MDL-opleiding willen afstomen.

Amabel Scherpenzeel uit het LUMC gaat in 2007 naar het Kennemer Gasthuis. Thijs Schwartz, de chef interventie-endoscopie van het UMCU, gaat – voor velen onverwacht – naar Amersfoort als opvolger van Onno Cluysenaer. Onno neemt afscheid op 21 september. Mariëlle Romberg-Camps (AZM) vertrekt naar Sittard, alwaar zij de 3^e MDL-arts wordt. Ulrike de Wit uit het AZM komt als 4^e MDL-arts naar Venlo. Margot van Herwaarden (UMCU) start als 4^e MDL-arts in Deventer. Daarnaast volgt Maartje Bartelink (LUMC) in 2007 Hugo Hazenberg op als MDL-arts in Deventer. Jan van den Brande (AMC) start in Hilversum als 2^e MDL-arts. Het Mezos Medisch Centrum locatie Nieuwegein/Utrecht zoekt nog een 7^e MDL-arts. Leeuwarden zoekt een 5^e MDL-arts en praat met kandidaten. Bronovo Ziekenhuis (Den Haag) praat weer met kandidaten. Lars Park (LUMC) gaat om privé-redenen niet naar Apeldoorn, maar start als 4^e MDL-arts in het Haaglanden Ziekenhuis in Den Haag.

Vanuit Maastricht nu toch groot nieuws. Ad Masclee wordt 4^e MDL-arts in het AZM en het nieuwe afdelingshoofd MDL. Hij sondeert actief naar 2-3 mensen die hem willen volgen. De afdeling blijft functioneren binnen de vakgroep Interne. De managers vertelden recent dat nurse practitioners niet kunnen, omdat de afdeling zulke enorme tekorten genereert (800.000 in 2005). Een reëler budget lijkt gewenst en een must voor de toekomst. Reinhold Stockbrugger gaat 1 september aanstaande met pensioen. Peter Mensink uit het Erasmus MC blijft aldaar als 15^e staffid. De problemen in Leiden komen waarschijnlijk in rustiger vaarwater. Daan Hommes (AMC) wordt het nieuwe afdelingshoofd. Hiervoor hebben wij in *NTvG* noch *MC* een advertentie gezien. Dit betekent dat na Groningen, Utrecht en AMC nu ook Leiden afdelingshoofden aanstelt zonder advertentie. Het AMC verliest, na Guido Tytgat, met het vertrek van Sander van Deventer nu in drie jaar tijd zijn 3^e IBD-steunpi-

laar. Op de schouders van Pieter Stokkers rust een zware taak. De kandidaat voor Nijmegen CWZ heeft afgehaakt. Het lijkt erop dat de bruggenbouwer die de internisten zoeken, toch een klapbrug was. Mogelijk moet de MDL aldaar ook opteren voor een vacaturestelling voor 2 kandidaten. De internisten moeten openstaan voor trekkers, om de MDL die positie te geven die zij in een STZ-ziekenhuis verdient. Twee ijzersterke kandidates waren eerder niet gewenst door de zwijgende meerderheid. De directie van het Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg is rijp voor een separate maatschap MDL en belt rond (2 fte), u kunt de directeur mailen (pzwart@tsz.nl). Marriët van Kouwen, pas twee jaar in Breda, vertrekt door liefde gedreven en gaat terug naar het Radboud Ziekenhuis, zij wordt aldaar de 7^e MDL-arts. Dit betekent dat Breda actief zoekt naar 1, maar mogelijk naar 2 collegae. De adherentie van 400.000 mensen rechtvaardigt zeker 7-8 fte's MDL. Het management begrijpt dit beter dan de maatschap. Het aantal praktiserende MDL-artsen bedraagt 253 en als 250^{ste} MDL-arts konden wij verwelkomen op 1 april Ulrike de Wit (zie het interview op blz. 31). Hiervan zijn 247 lid van ons Genootschap.

Op dit moment zijn er nog 2 MDL-artsen die dit jaar afstuderen, op zoek naar een baan. Uit de lichte 2005 is nog 1 collega op zoek naar een baan. Van de 24 MDL-artsen die in 2007 afstuderen, hebben 5 al een vervolgbaan en zijn er nog 20 voor de markt beschikbaar. De meerderheid is beschikbaar in het eerste kwartaal van 2007 en sondeert her en der naar vervolgbanen. Opvallend is dat bij de gecombineerde maatschappen de internisten actief betrokken blijken en keer op keer vragen: hoe denkt u over de samenwerking MDL/INT en wilt u in een gecombineerde maatschap blijven? Een maatschap van 15-18 personen praat dan met één kandidaat. Eerlijkheid wordt niet gewaardeerd en lokale MDL-artsen houden vaak hun mond bij heikele punten. Carrières worden dan gegund en niet zozeer afgedwongen door een sterk cv.

C.M.

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.

‘Kwaliteit is onze reclame’

Op het zakje van de slager stond vroeger: ‘kwaliteit is onze reclame’. Handig gevonden, want het bespaarde hem advertentiekosten. Het getuigde ook van goed zakelijk inzicht, weten we sinds kort: verzekeraars die het meeste geld aan reclame hebben uitgegeven in de aanloop naar het nieuwe zorgstelsel, zijn de meeste klanten kwijtgeraakt en de ‘zuinige’ hebben klanten gewonnen. Dit uiteraard geheel terzijde.

‘Kwaliteit is onze reclame’, dat zie ik de doorsnee MDL-arts nog niet op de deur van de scopieerkamer schroeven. Want bewijs maar eens dat je kwaliteit levert. Kwaliteit van zorg mag dan een populair onderwerp zijn, het concretiseren ervan is een helse opgave. Want wat ga je meten? De opleiding en ervaring van de MDL-arts, het niveau van de verpleegkundigen, de leeftijd van de apparatuur, de uitlooptijd in de wachtkamer, de verslaglegging? Kiezen moet, want alles meten kan niet.

En als we dan gekozen hebben en een fatsoenlijke liniaal gemaakt, waar leggen we dan de lat? Gaan we kijken naar het halen van minimumvereisten? Verlangen we een bepaalde, gemiddelde kwaliteit of is alleen het beste goed genoeg? En krijgen we dan ook de polsstok om over die hoge lat te scheren?

En om het nog wat ingewikkelder te maken: wie is waarvoor verantwoordelijk? Hoe verhoudt onze professionele verantwoordelijkheid zich ten opzichte van die van het management van het ziekenhuis, de verzekeraar, de overheid? Wat is de rol van de Orde van Medisch Specialisten? En wat is de positie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg? De vraag stellen is gemakkelijker dan haar beantwoorden.

Een van de kerntaken van ons Genootschap is het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de MDL-zorg in Nederland. Daarover

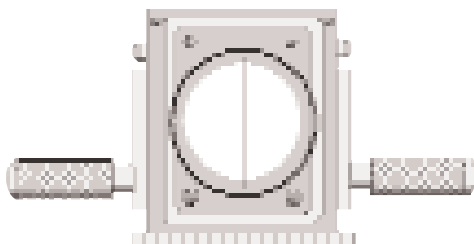
bestaat geen verschil van mening. Op velerlei manieren geven we daar nu al gestalte aan. We zien toe op de kwaliteit van onze opleidingen en van de bij- en nascholing. We visiteren de klinieken, lichten ze door en doen aanbevelingen ter verbetering. We erkennen gemakkelijker – en vaker – dat we een complexe verrichting beter kunnen overlaten aan een collega met veel ervaring dan zelf te gaan ‘hobbyen’. We hebben richtlijnen, standaarden, protocollen en wat dies meer zij. Kortom: we zijn goed bezig, maar nog lang niet klaar.

De nieuw gevormde Commissie Kwaliteit zal het bestuur van ons Genootschap gaan adviseren over onze rol bij kwaliteitsbewaking, -toetsing en -verbetering. De commissie kijkt daarbij naar de positie Orde, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de instellingen en andere betrokkenen, en geeft aan waar wij ondersteuning kunnen vinden. De commissie kan delven uit ons rijk gevulde grondstoffen-depot. Allerlei andere commissies hebben op deelterreinen al belangrijk onderzoek gedaan en zijn met voorstellen en aanbevelingen gekomen. Het is nu zaak uit al dat materiaal te gaan inzetten op enkele welomschreven thema’s, zoals prescriptie-indicatoren en patiëntveiligheid.

Werken aan kwaliteit is een continu proces, waarbij het vooral belangrijk is niet verstrikt te raken in het ‘alles-hangt-met-alles-samen-web’. Het adagium is: maat houden, prioriteiten stellen en stap voor stap verdergaan, in het belang van optimale zorg rond patiënten met maag-, darm- en leverziekten.

Was getekend,

Melvin Samsom
- voorzitter -



MDL Kenniscentrum ondersteunt verder onderzoek

Betere detectie en behandeling van virale hepatitis noodzaak

Virale hepatitis is een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. In Nederland hebben ongeveer 60.000 patiënten hepatitis B of C. Zonder behandeling treedt na 20 jaar follow-up in 15 tot 20% van de gevallen progressie naar cirrose op.

In geval van hepatitis C is met *state of the art*-behandeling (PEG-interferon in combinatie met ribavirine) in 50% tot 80% van de gevallen genezing mogelijk, afhankelijk van het genotype. Hoewel bij hepatitis B de behandelingsresultaten beperkter zijn, kan met interferonbehandeling of langdurige behandeling met remmers van de virale replicatie ook aanzienlijke winst worden geboekt.

Helaas staat virale hepatitis in Nederland nog onvoldoende op de agenda. Slechts een kleine minderheid van de patiënten is als zodanig bekend en antivirale behandeling wordt slechts bij uitzondering gegeven, ook als dat volgens de richtlijnen wel degelijk nodig zou zijn. Meestal wordt bovendien bij gestoorde levertests alcohol als voor de hand liggende oorzaak aangenomen, en helemaal niet aan virale hepatitis gedacht. In een pilotstudie door het huisartsenlaboratorium Saltro in Utrecht bij 200 patiënten met meer dan twee maal verhoogde ALAT-waarden (door de huisarts aangevraagd), bleek bij 5% van de patiënten hepatitis B of C de onderliggende oorzaak.

Wellicht zou het huisartsenlaboratorium een belangrijke rol kunnen spelen bij het boven water krijgen van de grote ijsberg van virale hepatitis. Het MDL Kenniscentrum speelt een rol als ‘denktank’ in dit proces en ondersteunt verder onderzoek hiernaar.

Karel van Erpecum, UMC Utrecht
Solko Schalm, Erasmus MC, Rotterdam

Proef met bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker van start

BEGIN JUNI ZAL WORDEN GESTART MET HET UITNODIGEN VAN VROUWEN EN MANNEN TUSSEN 50 EN 74 JAAR IN DE REGIO'S AMSTERDAM EN NIJMEGEN OM DEEL TE NEMEN AAN HET PROEF-BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR DIKKEDARMKANKER. IN TOTAAL ZULLEN 20.000 PERSONEN WORDEN UITGENODIGD IN EEN TIJDPERIODE VAN EEN JAAR.

Het aantal gevallen van darmkanker is in Nederland de afgelopen vijftien jaar sterk toegenomen. Vroege opsporing is de beste manier om het aantal mensen dat aan de ziekte overlijdt, te verminderen. Uit dit implementatieonderzoek moet blijken of een landelijk bevolkingsonderzoek in Nederland logistiek en organisatorisch mogelijk is en welke test in Nederland momenteel het meest geschikt is.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door het UMC St. Radboud Nijmegen (UMCN) en het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC) met ondersteuning van de regio's Amsterdam en Oost van het Integraal Kanker-

centrum (IKA en IKO). ZonMw verzorgt de financiering.

AMSTERDAM

De coördinatie voor de regio Amsterdam is in handen van het nieuwe Colorectal Cancer (CRC)-Expertisecentrum in het AMC, onder leiding van Paul Fockens en projectleider MDL-arts Evelien Dekker. Arts-onderzoeker Anne van Rijn zal de gesprekken met de positief bevonden deelnemers voor haar rekening nemen.

In de toekomst hoopt het AMC-CRC Expertisecentrum bestaande screeningsmethoden te verbeteren en patiëntvriendelijker te maken. Ook

richt men zich op het ontwikkelen van nieuwe, gevoeliger technieken die specifiek DNA of eiwitten van tumoren in de ontlasting aantonen. Het CRC-Expertisecentrum heeft een eigen endoscopiekamer en zal in de toekomst veel colonoscopieën laten uitvoeren door speciaal

Twee FOBT's

Er zijn verschillende Faecal Occult Blood Tests (FOBT) op de markt. In de proefonderzoeken worden er twee gebruikt om te bepalen welke het meest geschikt is voor toepassing op grote schaal. Het zijn de *HemOccult II*-test (drie kaartjes) en *OC-Sensor mu* (één buisje).

De *HemOccult* is een klassieke test die gebruikmaakt van een met *guaiac* geïmpregneerd kaartje waarmee peroxidase-activiteit kan worden aangetoond. Hemoglobine vertoont op peroxidase gelijkende activiteit.

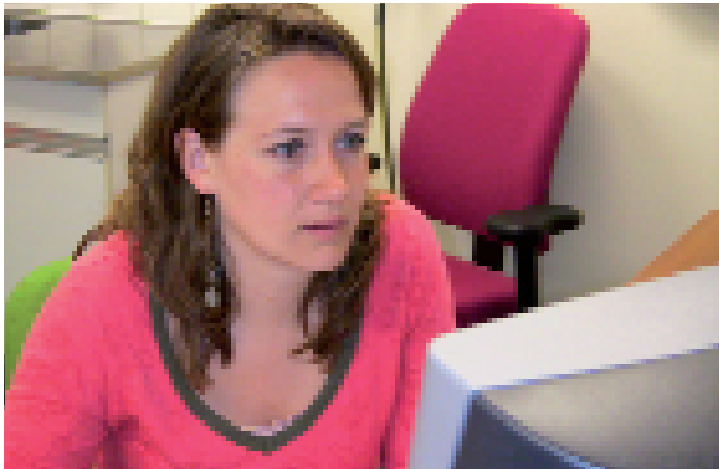
De *OC-sensor mu* is een immunochemische test, waarmee humaan hemoglobine kan worden opgespoord. Behalve naar de *positivity rate*, de specificiteit en de positief voorspellende waarde van een positieve test, zal met name worden gekeken naar de participatiegraad voor beide testen. Iedere genodigde voor het onderzoek krijgt een van deze twee testen thuisgestuurd. Dit wordt middels randomisatie bepaald. Bij de *HemOccult II*-test wordt de deelnemer gevraagd om op drie ontlastingsdagen een monster aan te brengen op de drie toegestuurde kaartjes.

De *OC-Sensor mu* is eenmalig; de deelnemer dient via een soort mascarastokje een monster te nemen. De kaartjes en buisjes gaan met een toestemmingsverklaring naar het laboratorium voor analyse.

De centra in Amsterdam en Nijmegen zullen 'hun' deelnemers binnen twee weken schriftelijk informeren over de uitslag en de vervolgpprocedure in gang zetten.



Leo van Rossum (links) en collega Martijn van Oijen in hun nieuwe laboratorium in Nijmegen.



Arts-onderzoeker
Anne van Rijn,
CRC-Expertisecentrum
AMC.

daartoe opgeleide verpleegkundigen.

Anne van Rijn: "Als een deelnemer een positieve testuitslag heeft, zal deze worden uitgenodigd in het Expertisecentrum en wordt een colonoscopie aangeboden. Daarnaast vragen wij de deelnemers om ook een virtuele colonoscopie te ondergaan. Dit gebeurt in onderzoeksverband. In de toekomst is het misschien mogelijk de virtuele colonoscopie als triage te gebruiken."

NIJMEGEN

De coördinatie voor de regio Nijmegen is in handen van het Universitair Centrum voor Darmdiagnostiek Dekkerswald (UCDD), een

zelfstandig screeningscentrum waarin de belangen van regionale ziekenhuizen voor diagnostiek en behandeling optimaal kunnen worden gerealiseerd. Volgens prof. dr. Jan Jansen, MDL-arts in het UMC St. Radboud, heeft een zelfstandig screeningscentrum tot voordeel dat wachttijden voor de behandeling van darmkanker korter kunnen worden.

Het UCDD voert in samenwerking met het UMC St. Radboud en wetenschappelijke afdelingen, zoals Epidemiologie, medisch-wetenschappelijk onderzoek naar bestaande en nieuwe screeningsmethoden. Het UCDD richt zich vooral

Lees verder op pagina 31.

MIRJAM VISSERS

...MIRJAM VISSERS...
...MIRJAM VISSERS...
...MIRJAM VISSERS...



...MIRJAM VISSERS...
...MIRJAM VISSERS...
...MIRJAM VISSERS...

Minister vertraagt bevolkingsonderzoek

Minister Hoogervorst heeft in een brief aan de Tweede Kamer, medio mei, de inhoudelijke koers aangegeven om tot uiteindelijke besluitvorming over bevolkingsonderzoek naar darmkanker te komen. Dat neemt nog enige tijd in beslag. De minister wil eerst de uitslag van een paar lopende initiatieven afwachten. Die initiatieven zijn:

1. Het implementatieonderzoek dat loopt in de regio's Amsterdam en Nijmegen.
2. Het UMC Rotterdam is voornemens om met gebruik van de gegevens uit Amsterdam en Nijmegen een onderzoek te starten naar de effecten en kosteneffectiviteit bij darmkankerscreening met twee verschillende FOBT's.
3. Door het Academisch Ziekenhuis Maastricht vindt onderzoek plaats naar alternatieven voor FOBT. De resultaten en kosten van screenen met colonoscopie worden vergeleken met screenen middels sigmoidoscopie of FOBT.
4. Het Erasmus MC wil starten met een onderzoek naar de twee verschillende FOB-testen die ook worden gebruikt in Amsterdam en Nijmegen. Tevens wil men de opkomst, uitvoerbaarheid, kosteneffectiviteit en acceptatie met betrekking tot sigmoidoscopieonderzoek en vergelijken met FOBT.

De minister verwacht op zijn vroegst per 2010 een landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker gefaseerd te kunnen laten starten. Dit betekent dat het bevolkingsonderzoek pas echt op gang zou komen tien jaar na het advies daartoe van de Gezondheidsraad. De brief van de minister kan de indruk niet wegnemen dat het hier gaat om een verdragingsactie en dus een bezuinigingsmaatregel. De studies in Rotterdam en Maastricht zijn zonder twijfel nuttig, maar geven geen antwoord op de vraag of oudere Nederlanders bereid zijn deel te nemen aan een bevolkingsonderzoek. Het lopende onderzoek in Amsterdam en Nijmegen geeft dat antwoord wel. Het onderzoek in Rotterdam moet nog beginnen.

DBC's voor MDL nog steeds aanhoudende bron van zorg

Sinds de invoering van de DBC-registratie begin 2005 hebben MDL-artsen te maken gehad met een voor ons zeer weerbarstig administratief systeem, dat voor veel onrust en verwarring heeft gezorgd.

Het belangrijkste probleem is gelegen in het feit dat we nog steeds voor ons honorarium afhankelijk zijn van twee registratiemethoden: de Functionele Budgettering (FB)-systematiek als virtuele parameter voor onze productie en daarnaast de enige mogelijkheid om te factureren: de DBC's.

Vóór 2005 werden scapieën voor derden geregistreerd met: 1) een korte kaart; 2) een EPB (eerste polikliniekbezoek als FB-parameter) en 3) het gedeclareerde tarief voor de verrichting. De EPB is destijds ingevoerd, omdat een deel van het honorariumtarief in de korte kaart werd ondergebracht. De FB-parameter is belangrijk, omdat zowel voor ziekenhuis als MDL-arts hiermee kan worden gecontroleerd of de afgesproken productie wordt gehaald. Een toename kan leiden tot vermeerdering van de *lumpsum*, terwijl *mutatis mutandis* een afname resulteert in een vermindering van de *lumpsum*.

Toen in 2005 de DBC-systematiek werd ingevoerd, bleek dat onze scapie voor derden van karakter was veranderd. Terwijl deze tot die tijd de DBC-status had met code Zorgtype 31, werd de scapie voor derden nu plotseling een OVP (ondersteunend product). In principe zou dat geen problemen moeten geven, want de normtijden voor al onze scapieën zijn zorgvuldig opgesteld en als betrouwbaar gevalideerd. Het probleem werd veroorzaakt, doordat een OVP geen DBC-status (meer) heeft en dus geen recht geeft om tevens een EPB te registreren.

Door deze administratieve ommezwaai konden wij als MDL artsen plotseling onze scapieën voor derden niet meer factureren. Immers, alle scapieën voor derden zitten in het A-segment. Dit segment wordt gefinancierd met een *lumpsum* en de hoogte van de *lumpsum* wordt bepaald door de FB-parameters. Het gevolg is dat MDL-artsen er bij de verdeling van de *lumpsum* achter de voordeur fors bij in dreigen te schieten. Het ziekenhuis heeft last van de vermindering van EPB's, omdat ook hier de productieparameters onterecht teruglopen, terwijl wel hetzelfde werk wordt verricht.

Vanaf mei 2005 heeft de Beroeps Belangen Commissie (BBC) MDL deze problematiek bij zowel DBC Onderhoud als het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) aangekaart. Hoewel alle partijen – het Ministerie van VWS, het CTG, DBC Onderhoud, de Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland – verklaard hebben dat het hier gaat om een onbedoeld en ongewenst neveneffect van de DBC-invoering, is het tot op de dag van vandaag niet gelukt om deze administratieve dwaling te corrigeren.

HOE NU VERDER?

Inmiddels is door vrijwel wekelijks overleg met DBC Onderhoud en VWS de problematiek wat duidelijker op de agenda komen te staan. VWS heeft aangegeven dat dit onbedoelde en ongewenste neveneffect voor zowel MDL, internisten als chirurgen spoedig moet worden opgelost.

Op dinsdag 26 april is hierover door alle betrokken partijen overleg gevoerd. De oplossing wordt momenteel gezocht in het opnieuw verlenen van een DBC-status aan *scapieën voor derden* met als code Zorgtype 31. Wanneer de software-specialisten dit als technisch haalbaar beoordelen, wordt deze nieuwe registratievorm per januari 2007 ingevoerd. Het ziet er dus enigszins hoopvol uit voor scapiërende specialisten. Helaas heeft de ervaring ons geleerd, dat ook in het zicht van de haven er nog steeds zandbanken kunnen bestaan. Het feit echter dat VWS zelf aangeeft dat deze slepende en voor iedereen hinderlijke problematiek moet worden opgelost, maakt dat wij voorzichtig optimistisch mogen zijn.

OVERIGE VALKUILEN

Binnenkort zal er een nieuwe Instructie DBC-registratie MDL 2006 worden gepubliceerd. Hierin wordt een aantal nieuwe registratiemethoden geformaliseerd.

1. Het eenmalig consult wordt officieel benoemd als consult DBC. Het betreft een eenmalig consult met maximaal € 100 als kosten. Het consult DBC komt in het B-segment niet voor. Hoe dit in de praktijk zal functioneren, moet de toekomst leren. We hopen op signalering van knelpunten uit het veld.

2. Een vervolg-DBC mag direct na een exacerbatie en/of opname worden gesloten. Dit maakt het voor een ziekenhuis mogelijk om dure opnames eerder dan na de reguliere looptijd van 365 dagen te factureren.
3. Helaas is voor de MDL het begrip 'Klinisch zonder Dagen' niet ingevoerd. De problematiek bij de snijdende disciplines was, dat wanneer het ene specialisme een operatie uitvoerde, door een ander specialisme geen ingreep of verrichting kon worden geregistreerd omdat er geen opnamedagen meer beschikbaar waren. Dat is opgelost door de mogelijkheid om de ingreep te registreren als 'Klinisch zonder Dagen'. Wij hadden voor – onder andere – onze ERCP's en endo-echografieën graag eenzelfde mogelijkheid gehad. Ondanks ons herhaaldelijk aandringen is DBC Onderhoud hierop niet verder ingegaan. Wij blijven uiteraard ook over deze administratieve *Axolotel* aandringen op eenvormigheid en gelijkwaardigheid met andere disciplines.

TOT SLOT

In 2005 heeft opnieuw een rondrekening plaatsgevonden. De resultaten zullen eind 2006 beschikbaar komen. In dertien ziekenhuizen hebben MDL-artsen meegedaan aan het capaciteitsonderzoek. Hierbij wordt gemeten hoeveel dagen een MDL-arts voor klinische werkzaamheden in het ziekenhuis aanwezig is. Deze parameter is nodig om een eerlijke rondrekening te garanderen. Omdat er nog geen betrouwbare landelijke registratie van DBC's bestaat, zal bij de rondrekening gebruikgemaakt worden van de databestanden van de betreffende capaciteitsziekenhuizen. Gezien de EPB-registratieproblematiek is het zaak dat de BBC in goed overleg met DBC Onderhoud ervoor zorgt, dat de door sommige ziekenhuizen gehanteerde 'spook-DBC's' niet tot verwatering van onze normtijden leiden.

Kortom, *never a dull moment* in het zompige moeras van de MDL-DBC's. De Beroeps Belangen Commissie probeert maximaal pro-actief de problematiek op te lossen en is blij met iedere suggestie of signalering vanuit het veld.

Marten Otten

Voorzitter Beroeps Belangen Commissie MDL

Vervolg van pagina 29.

ook op de mogelijkheden van ‘genetics’ en ‘proteomics’ in de screening op darmkanker. Het onderzoek van familiale darmkanker wordt voortgezet en uitgebreid.

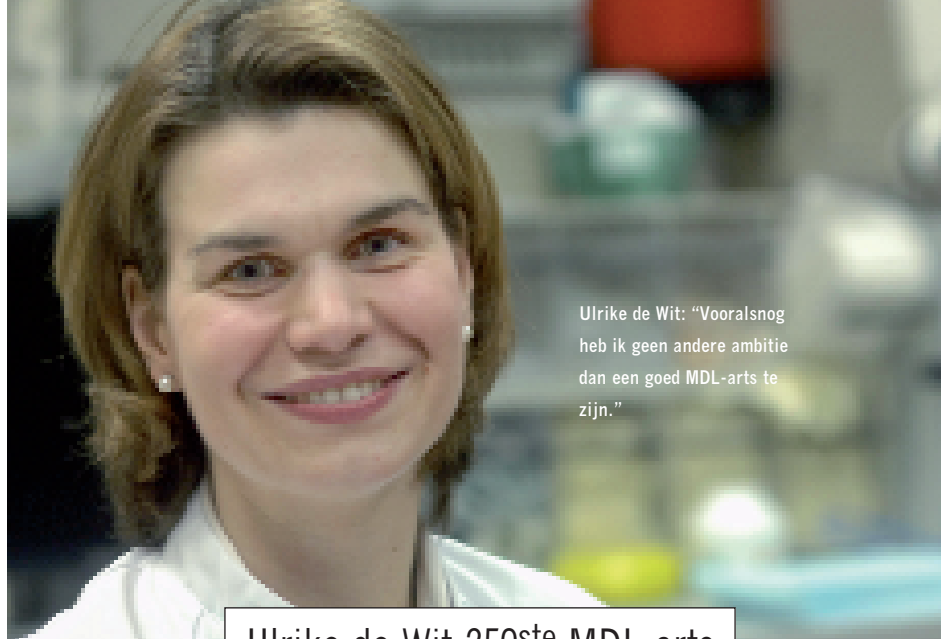
Prof. dr. Jan Jansen: “Belangrijk onderdeel van de voorbereidingen was de inrichting van de ketenzorg die nodig is bij een positieve uitslag. Dit houdt in dat afspraken zijn gemaakt met (huis)artsen en ziekenhuizen in de beide regio’s waar de deelnemers van het onderzoek zich kunnen melden. Daarnaast is gesproken met zorgverzekeraars over de vergoeding van de kosten die zich voordoen bij een positief testresultaat.”

50% RESPONS

Er worden per regio in totaal 10.000 mailings verstuurd. Testen wijzen uit dat de eerste reacties na ongeveer een week binnenkomen. Anne van Rijn en Leo van Rossum verwachten een respons van 50%, dus ongeveer 5000 monsters. “Per locatie verwachten we 200-400 positieve patiënten te vinden”, zegt Anne van Rijn van het AMC. Leo van Rossum vult aan: “Uit de literatuur blijkt dat de *positivity rate* van de *HemOcult* \pm 4% is, ofwel 400 per 10.000 geretourneerde testen. Van de *OC-sensor mu* zal dat tussen de 7 en 10% liggen (waarschijnlijk rond de 8%), ofwel ongeveer 800 per 10.000 testen. Hierover zijn wat minder gegevens bekend, omdat de test nog niet zo lang bestaat.”

Bij een positief resultaat zal de betrokken deelnemer evenals zijn huisarts per brief op de hoogte worden gebracht. In deze brief wordt tevens een voorstel gedaan voor een eerste afspraak. Een maand na het versturen van de test zal iedere persoon die voor de screening is uitgenodigd, ter evaluatie een vragenlijst worden toegezonden. Van zowel respondenten als non-respondenten willen de projectgroepen weten waarom mensen reageerden of juist nalieten te reageren. Alle 20.000 personen zal worden gevraagd vragen over *quality of life* te beantwoorden.

Meer informatie over dit onderzoek en de voortgang daarvan kunt u vinden op de website www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl. Dit is een site van het Integraal Kankercentrum (IKC). Hierop zijn ook veel gestelde vragen te lezen.



Ulrike de Wit: “Vooralsnog heb ik geen andere ambitie dan een goed MDL-arts te zijn.”

Ulrike de Wit 250^{ste} MDL-arts

FOTO: LE GIESEN

“Praktische kant trekt mij”

HET IS 4 APRIL ALS DR. ULRIKE DE WIT-GÜNTHER VROEG OPSTAAT OM OP TIJD IN HET VIECURI MEDISCH CENTRUM IN VENLO TE ZIJN. HAAR MAN BRENGT DE KLEINE CHARLOTTE NAAR OMA EN GAAT NAAR ZIJN WERK IN HELMOND. OM 8 UUR STELT ULRIKE ZICH VOOR AAN DE MEDEWERKERS VAN DE MDL-AFDELING. OPLEIDING AFGEROND; HET ECHTE WERK GAAT BEGINNEN VOOR DE 250^{STE} GEREgistreERDE MDL-ARTS IN NEDERLAND.

Ulrike de Wit (34) is afkomstig uit Hamburg. In die stad en in Wenen werd ze opgeleid tot arts, met bijzondere belangstelling voor MDL. In Hamburg promoveerde ze op een onderzoek naar ijzerstapelingsziekten. Tijdens haar studie ontmoette ze haar man en besloot naar Nederland te gaan. “Het MDL-specialisme trok me aan door de combinatie van beschouwend en praktisch werk. Daarom besloot ik de opleiding te gaan volgen bij het Maxima MC in Eindhoven, toen in het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het laatste jaar in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.”

Ze had zich als MDL-arts kunnen vestigen in Duitsland, maar koos voor Venlo, omdat ze daar vier dagen per week kan werken en omdat de wat informelere Nederlandse verhoudingen haar bevalen. “Persoonlijk vind ik dat de gezondheidszorg hier beter en gezonder is georganiseerd dan in Duitsland. Er wordt hier ook wel gemopperd, maar daar is wat mij betreft weinig reden toe.” Ook haar man werkt vier dagen en dat is prettig als er tijd en aandacht moet zijn voor het gezin.

De eerste werkdag begon met de ochtendoverdracht, gevolgd door een stevig scopieprogramma. Eerste taak: leren omgaan met het geautomatiseerde verslagleggingsstelsel waarin tekst en beeld zijn geïntegreerd. Na de lunch met de endoscopieverpleegkundigen volgden in de middag nog drie ERCP’s. “Daar had ik nog even hulp nodig van een collega, maar verder was het zoals ik het in de opleiding al had meegemaakt: de gebruikelijke pathologie.” Na de vrije woensdag stond op donderdag de eerste eigen poli op het programma. “Daar begin je met het opbouwen van een eigen patiëntengroep.”

De contacten met patiënten ervaart Ulrike de Wit als zeer plezierig. Haar vrijwel vlekkeloze Nederlands heeft een licht, haast deftig, Duits accent. “Patiënten vragen bijna altijd waar ik vandaan kom. Een gemakkelijke opening voor een gesprek. Weerstand heb ik niet ontmoet, ook niet bij oudere patiënten die de oorlog hebben meegemaakt. Het is allemaal lekker ontspannen.”

Ulrike de Wit wil zich eerst oriënteren. “Vooralsnog heb ik geen andere ambitie dan een goed MDL-arts te zijn. Over enige tijd zal ik wel tegen zaken aanlopen die beter kunnen. Daar zal ik me dan zeker voor inzetten.” Het team in Venlo bestaat nu uit Rob Adang, Frank Wolters, Pieter Friederich en Ulrike de Wit.

Groot onderzoek paratuberculose

HET CENTRAAL INSTITUUT VOOR DIERZIEKTE CONTROLE (CIDC) IN LELYSTAD, ONDERDEEL VAN DE UNIVERSITEIT VAN WAGENINGEN, COÖRDINEERT DE KOMENDE DRIE JAAR EEN INTERNATIONAAL ONDERZOEK NAAR PARATUBERCULOSE BIJ (MELK)VEE. HET ONDERZOEK IS VOOR MDL-ARTSEN VAN BELANG, OMDAT ER MOGELIJK EEN RELATIE IS TUSSEN M. PARATUBERCULOSIS – DE VEROORZAKER VAN DE ZIEKTE – IN MELK- EN ZUIVELPRODUCTEN EN DE ZIEKTE VAN CROHN.

De titel van het project luidt: *Development of improved tools for detection of paratuberculosis in livestock, M. paratuberculosis in food and for the assessment of the risk of human exposure*. Het wordt mede gefinancierd door de Europese Unie vanuit het programma *Food quality and food safety policy*.

De titel geeft al aan dat het project breed is opgezet. Ook het grote aantal partners (28) wijst daarop. Partners komen uit Europa, Canada, Nieuw Zeeland, de VS en Argentinië. Bij de aanvraag voor de EU-bijdrage speelt naast diergezondheid en dierwelzijn het belang voor de volksgezondheid een belangrijke rol.

Hoewel – zoals de titel aangeeft – het ontwikkelen van nieuwe *tools* de kern is van het onderzoeksproject, spelen bredere belangen een rol. De EU wil dat er consensus ontstaat over tal van aspecten van de paratuberculoseproblematiek. Brussel vroeg daarom een brede opzet en afstemming met lopend onderzoek binnen en buiten Europa.

Gezien de verscheidenheid aan problemen rond paratuberculose en de verschillende belangen van bijvoorbeeld houders van melkvee in Noordwest-Europa, van schapen in Schotland, geiten in Spanje en herten in Nieuw Zeeland, zijn veel partners bij het onderzoek betrokken.

VIJF THEMA'S

Het project is opgezet rond vijf brede thema's met elk een verantwoordelijk onderzoeker. Aparte onderdelen van het project zijn de ontwikkeling van een EU-website over paratuberculose en de informatievoorziening – onder andere via de website – aan belanghebbenden als consumentenorganisaties, patiëntenverenigingen, zuivelindustrie, melkveehouders en overheden.

De vijf thema's zijn:

Diagnostiek

Dit thema omvat naast standaardisatie/harmonisatie van meettechnieken binnen de EU ook het verbeteren van de diagnostiek, zowel serologisch als via de detectie van het organisme middels kweek- en moleculaire technieken.

Gastheer-pathogene interactie

Ontwikkelen van een hanteerbaar diermodel ten bate van diagnostiekontwikkeling (met name cellulaire respons) en – uiteindelijk – het mogelijk maken van vaccinontwikkeling.

Voedselveiligheid

Naast de ontwikkeling van verbeterde technieken om paratuberculose in de melk- en zuivelproducten aan te tonen, is ook de standaardisatie/harmonisatie van technieken bij dit thema van belang, om te voorkomen dat er binnen de EU met verschillende maten wordt gemeten. Daarnaast worden er binnen dit onderzoeksthema verschillende methoden beproefd om paratuberculose in verschillende matrixen te doden of eruit te verwijderen.

Risico-analyse en controle

Een belangrijk aspect is hier het bepalen van de daadwerkelijke waarde van de reeds beschikbare testen en nieuwe testen, zodat op eenzelfde wijze bijvoorbeeld de prevalentie wordt bepaald; wat aan bestrijding mogelijk is en wat de feitelijke risico's (via het voedsel) voor de consument zijn.

Relatie met de ziekte van Crohn

Gezien de bijna zwart-witverschillen in resultaten tussen de laboratoria die onderzoek doen naar de relatie Crohn-paratuberculose, is ook hier een standaardisatie van gebruikte technieken noodzakelijk. Dit thema omvat het bestuderen van de eigenschappen van paratuberculose, zoals virulentiefactoren en specifieke antigenen middels *micro-array* technieken. Het thema omvat ook gastheerspecifieke eigenschappen zoals immunologische respons bij Crohnpatiënten ten opzichte van een gezonde populatie en het aanleggen van een serumbank van patiënten uit landen met een hoge en een lage paratuberculoseprevalentie.

Douwe Bakker

Department of Bacteriology and TSE's, Central Institute for Animal Disease Control (CIDC), Lelystad.

E-mail: douwe.bakker@wur.nl.

NIEUWS

Geen problemen door nieuw zorgstelsel

Navraag bij enkele grote en kleinere ziekenhuizen wijst uit dat MDL-afdelingen geen direct effect ondervinden van het nieuwe zorgstelsel. Qua patiënten aanbod is er niets veranderd en ook op administratief gebied doen zich geen problemen voor. Eén afdeling merkte wel op dat tegenwoordig een klein deel van de patiënten vraagt of ze ook bij de huisarts onder controle kunnen staan in plaats van bij de MDL-arts. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de kosten. Behandeling door de huisarts telt immers niet mee voor het eigen risico.

Advertentie

Onderzoek naar kennis en houding van Nederlandse huisartsen en specialisten

Zelden chirurgie bij refluxziekte

REFLUXZIEKTE IS EEN FREQUENT VOORKOMENDE CHRONISCHE AANDOENING¹ DIE MEESTAL WORDT BEHANDELD MET ZUURREMMERS. VERWIJZING NAAR DE CHIRURG VINDT RELATIEF WEINIG PLAATS. VIA EEN ENQUÊTE ONDER HUISARTSEN, INTERNISTEN EN MDL-ARTSEN IS UITGEZOCHT WAAROM DAT ZO IS. CONCLUSIE: ZUURREMMENDE MEDICATIE WERKT DOORGAANS GOED EN GEEFT NAUWELIJKS PROBLEMEN. OPERATIEF INGRIJPEN WORDT – TEN ONRECHTE – GEASSOCIEERD MET LAGE SUCCES- EN HOGE COMPLICATIEPERCENTAGES VAN EEN OPERATIEVE INGREEP.

In de huidige behandelingsrichtlijnen wordt gastro-oesophageale refluxziekte (*gastro-oesophageal reflux disease*, GORD) voornamelijk gedefinieerd op basis van symptomatologie, waarbij wereldwijd inmiddels dezelfde criteria worden gevolgd². Slechts een deel van de groep met zuurgerelateerde klachten consulteert de huisarts^{3,4}. Deze behandelt het overgrote deel van de patiënten zelf met zuurremmende medicatie, en in de loop van de tijd wordt – afhankelijk van de ernst en de hardnekkigheid – 15–25% doorverwezen naar de specialist en/of voor endoscopie^{4,5,6}.

Zuurremmende medicatie is zowel op korte als langere termijn een bewezen effectieve behandeling van refluxziekte. Met protonpompremmers (PPI) kan 64% van de patiënten worden genezen of kan de ziekte in remissie worden gebracht^{6,7}. Naast zuurremmende behandeling bestaat al jaren ook de mogelijkheid om refluxziekte operatief te behandelen. De in Nederland meest toegepaste operatie hiervoor is de Nissen-fundoplicatie. Deze operatie is – zoals onder andere uit Nederlands onderzoek is gebleken – effectief in het behandelen van refluxziekte¹⁰. De langetermijnresultaten zijn vergelijkbaar met die van behandeling met protonpompremmers^{11–14}. In de meeste management-protocollen voor GORD zijn de indicaties voor chirurgische behandeling beperkt tot die patiënten die niet reageren op PPI en jonge patiënten die opzien tegen het levenslang slikken van zuurremmende medicatie¹⁵.

In veel landen wordt weinig verwezen voor de Nissen-fundoplicatie¹⁵. In Nederland werd in 2003 465 keer een Nissen-fundoplicatie uitgevoerd bij een geschatte prevalentie van refluxziekte van 15% en een chronisch PPI-gebruik van 2–3%¹⁶. Dat is minder dan één promille van het totale aantal mensen dat

chronisch PPI gebruikt. Ondanks dat de prevalentie van GORD in veel Westerse landen vergelijkbaar is, is het aantal uitgevoerde procedures in Nederland relatief laag. In Zweden worden bijvoorbeeld tien keer meer procedures uitgevoerd per hoofd van de bevolking.

Verschillende factoren kunnen hieraan debet zijn. Onvoldoende of geen actuele kennis over succes en complicaties van chirurgische procedures bij verwijzers. Relatief grote tevredenheid van patiënten met medicamenteuze behandeling en onvoldoende capaciteit voor uitvoering van procedures in de ziekenhuizen. Gezien de goede resultaten en relatief lage complicatiekansen bij deskundige uitvoering^{10–14} zou het kunnen zijn, dat als gevolg van genoemde factoren patiënten in Nederland ten onrechte behandeling wordt onthouden. Omdat er in de Nederlandse ziekenhuizen geen capaciteitsprobleem lijkt te bestaan en omdat er geen aanwijzingen zijn dat de Nederlandse refluxpatiënt meer tevreden is dan die in andere landen, hebben wij besloten het verwijstraject te inventariseren.

Doel van dit onderzoek is om de kennis, opinie en houding van huisartsen, internisten en gastro-enterologen ten opzichte van de operatieve behandeling van refluxziekte in Nederland te onderzoeken.

METHODE

In september 2004 is een vragenlijst gestuurd naar een assecte steekproef van 451 huisartsen (5,8% van de Nederlandse huisartsenpopulatie), 145 internisten (10% van de populatie) en 103 MDL-artsen (50% van de populatie). Drie maanden later is een herinnering verzonden naar de artsen die nog niet hadden gereageerd.

In de vragenlijst is, naast kenmerken van de respondenten (leeftijd, geslacht, werkkring, verwijsmogelijkheden, urbanisatiegraad), het beleid bij patiënten met refluxklachten geïnventariseerd. Dit is gedaan aan de hand van meerdere vragen naar prevalentie, diagnostiek en medicamenteuze behandeling, en acht vragen naar kennis, houding en verwijscriteria voor refluxchirurgie. Ten slotte zijn enkele casussen voorgelegd om de consistentie in de beantwoording te kunnen beoordelen.

De resultaten worden hieronder besproken.

DISCUSSIE

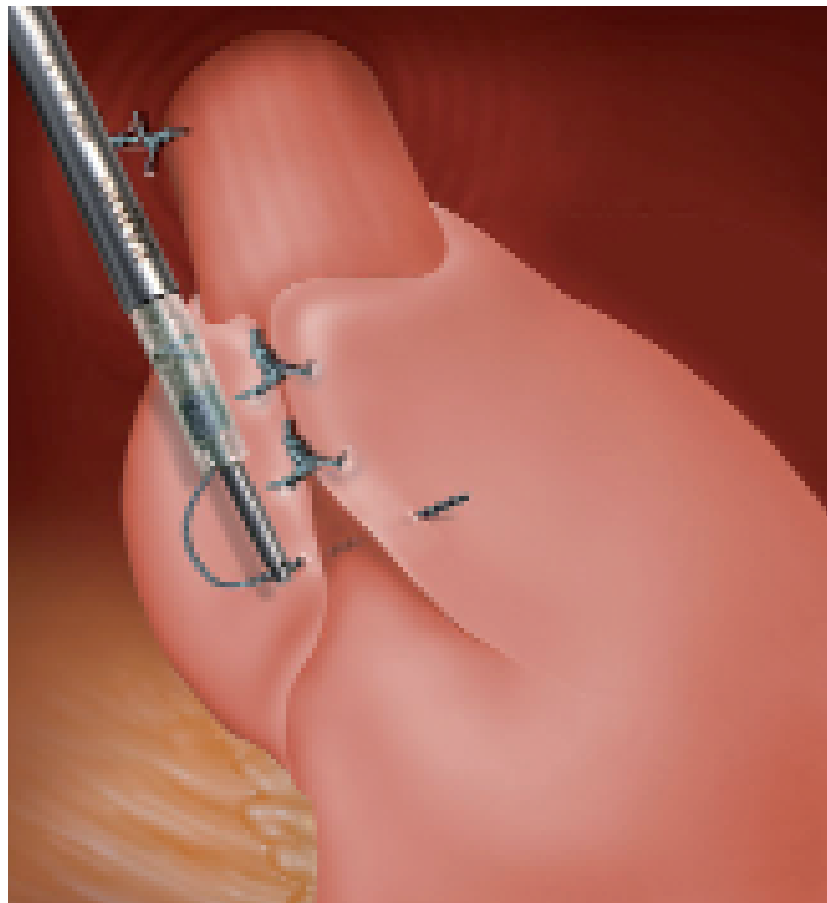
Onder verwijzende huisartsen en internisten is het niet aantrekkelijk van de mogelijkheid tot antirefluxchirurgie gebaseerd op veronderstelde lage succes- en hoge complicatiepercentages

van een operatieve ingreep. Cijfers die niet overeenstemmen met de werkelijkheid. Patiënten met refluxziekte in Nederland worden door de grote meerderheid van behandelende artsen met succes empirisch, zonder uitgebreide aanvullende diagnostiek, behandeld. Daarbij wordt zowel in de eerste als in de tweede lijn conform de richtlijnen relatief vaak gekozen voor behandeling met protonpompremmers, waarvan de dosering na enige tijd kan worden verlaagd. De huisartsen kiezen relatief vaker voor een step-upbeleid (beginnen met lichtere medicatie en geleidelijk ophogen als de klachten niet adequaat zijn bestreden). Dit heeft te maken met de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie in de huisartspraktijk en de daarmee samenhangende relatief grotere kans dat refluxklachten incidenteel zijn en chronische behandeling niet nodig is.

De kennis over refluxchirurgie bij MDL-artsen is in onze enquête zowel subjectief als objectief actueel en goed. Huisartsen en internisten vinden zichzelf niet goed geïnformeerd. Dat blijkt ook feitelijk zo te zijn. Een schijnbare tegenstrijdigheid is, dat onder alle artsen tweederde redelijk positieve ervaringen heeft met refluxchirurgie, maar dat toch de helft als belangrijkste bezwaren een groot complicatierisico en een teleurstellend laag succespercentage noemt. MDL-artsen blijken veel beter op de hoogte van de feiten, en ze verwijzen verhoudingsgewijs meer patiënten voor chirurgie.

Deze enquête is gehouden onder een representatieve groep huisartsen, internisten en MDL-artsen. Het is mogelijk dat, gezien de lage respons en de verschillen in respons tussen de verschillende beroepsgroepen, vooral gerespondeerd is door artsen met specifieke interesse en ervaring met refluxziekte en de chirurgische behandeling daarvan. Dit kan betekenen dat de kennis, ervaring en houding ten opzichte van refluxchirurgie onder de niet-respondenten geringer of afwijzender is dan onder de respondenten en dat derhalve de geneigdheid tot verwijzing voor dit doel in werkelijkheid in Nederland nog lager ligt dan wij in dit onderzoek vaststelden.

Een vergelijkbaar onderzoek naar de houding van artsen ten aanzien van verwijzing voor refluxchirurgie hebben wij in de literatuur niet gevonden. In het licht van recente ontwikkeling van endoscopische behandelingstechnieken bij refluxziekte, die deels dezelfde nadelen hebben als chirurgie, is het opvallend dat een groot deel van de behandelende artsen zelf aangeeft onvoldoende op de hoogte te zijn van behandelingsalternatieven. Het lijkt van groot belang om de kennis van huisartsen en internisten op dit gebied te verbeteren, hoewel MDL-artsen dezelfde argumenten hanteren om niet te verwijzen. Derhalve moet ook aandacht worden besteed aan de interpretatie van de kennis. Mogelijk dat alleen actualisering van de kennis van MDL-artsen al leidt tot verandering van houding ten opzichte van verwijzing naar de chirurg. Dat zou echter moeten worden onderzocht. Daarnaast is van belang om het patiëntenperspectief in deze overweging te betrekken. Pas dan kan een reële afweging worden gemaakt over optimale chronische GORD-behandeling.



Beeld van een
Nissen-fundoplicatie.

Een wellicht belemmerende factor voor verwijzing zou kunnen zijn dat alle respondenten refluxchirurgie duidelijk als een centrumactiviteit beschouwen en dat kennis over de dichtstbijzijnde plaats voor operatie, door een team met voldoende ervaring, ontbreekt. Het verdient op basis van dit onderzoek aanbeveling de potentiële verwijzers onder de huisartsen en internisten beter te informeren over voor- en nadelen van refluxchirurgie en op de hoogte te stellen van de mogelijkheden van de chirurgische centra in hun verwijsregio. Ten slotte is vergelijking van de Nederlandse resultaten met die van een populatie artsen in een land waar veel meer refluxchirurgie wordt verricht relevant, om zo wellicht nog andere relevante belemmerende factoren aan het licht te brengen.

Drs. M.C. Boote (semi-arts), dr. M.E. Numans (huisarts, m.e.numans@umcutrecht.nl) en dr. N.J. de Wit (huisarts) zijn verbonden aan de divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Prof. dr. H.G. Gooszen is verbonden aan de divisie Chirurgie van het UMCU.

De resultaten van de enquête zijn in tabelvorm te vinden op de website www.mdl.nl. Ook de literatuurverwijzingen staan op deze website.

Als vezels en laxeren niet meer helpen...

PEC? Of ‘pek en veren’?

ERNSTIGE CHRONISCHE OBSTIPATIE KOMT RELATIEF VEEL VOOR. HET IS VAAK EEN MOEILIJK TE BEHANDELEN MULTICAUSALE AANDOENING MET EEN AANZIENLIJK VERLIES AAN KWALITEIT VAN LEVEN. HET IS EEN RELATIEF VERONACHTZAAMD ONDERWERP IN DE GASTRO-ENTEROLOGISCHE WETENSCHAP.

VEEL PATIËNTEN KOMEN UITEINDELIJK WEL UIT MET MIDDELEN ALS MACROGOL EN MAGNESIUMOXIDE.

VAAK HEBBEN ZE VIA DROGIST, DIËTISTE, HUISARTS EN INTERNIST AL VAN ALLES GEPROBEERD. VAN ZEER VEZELRIJK VOEDSEL TOT BISACODYL EN BIFOSFAATKLYSMATA. SOMS IS ECHTER MEER NODIG.

In deze casus gaat het om een patiënte van 45 jaar met langdurige ernstige obstipatie en diabetes mellitus type I. Bij haar werd wegens recidiverende sigmoidvolvulus in 2003 sigmoidresectie verricht. Nadien leed zij aan een zeer traag colon, met recidiverend coprostase, éénmaal per zeven dagen stoelgang, ondanks macrogol, psyllium, bisacodyl, klysmata en dergelijke.

Bij colonoscopie werden geen afwijkingen gevonden, behalve een enorme lengte en hypotoon aspect. De *slow transit* werd geobjectiveerd met markerpassageonderzoek; na vijf dagen waren nog 18 van de 24 radiopaque markers verspreid in het gehele colon te zien. Kortom: een inert colon.

AANVULLEND ONDERZOEK

- Bij X-defecografie en gynaecologisch onderzoek: geen afwijkingen.
- Laboratorium: geen afwijkingen, behalve glucose; ook normaal serumkalium- en schildklierhormoonwaarden.
- Geen aanwijzingen voor een slokdarmmotiliteitsstoornis.
- Een maagontledigingsonderzoek met een Tcm99-gelabelde pannenkoek liet een normale curve zien.

Derhalve luidde de werkdiagnose: inert colon/coloparese, waarschijnlijk op basis van diabetische neuropathie van het autonome zenuwstelsel en status na sigmoidresectie.

Terwijl veel patiënten met ernstige obstipatie, waaronder veel patiënten met neurologisch lijden (zoals M. Parkinson), wel reageren op magnesiumoxyde, doet patiënte niets op 3 x 1000 mg. Een macrogolplossing eenmaal per week 4-5 liter helpt haar een beetje.

Zij wil haar dikke darm er wel uit laten halen. Hierover heeft ze iets gelezen op internet.

Het advies van de MDL-arts is om dit niet te laten doen. Totale colectomie heeft vaak een slecht resultaat. Maar er moet wel wat gebeuren. De patiënte is radeloos en de wanhoop nabij.

Arts en patiënte delen het gevoel met de rug tegen de muur te staan.

Naar aanleiding van een recent congresverhaal van een chirurg uit Academisch Ziekenhuis Maastricht over de Malone-procedure bij kinderen met ernstige coprostase volgt in eigen ziekenhuis overleg met gastro-intestinaal chirurg en uroloog over deze Malone Antegrade Continence Enema-procedure (MACE). Hierbij wordt de appendix na retrograde implantatie als conduit gebruikt voor darmlavage.

Hierover bestaat de nodige literatuur. Er is echter voornamelijk ervaring bij kinderen met coloparese bij onder andere spina bifida. Hiermee bestaat weinig ervaring in onze regio en al helemaal niet bij volwassenen. Patiënte wil niet naar Maastricht voor zo'n soort operatie. Na onderling beraad en meer literatuuronderzoek duiken artikelen op over de Percutane Endoscopische Colostomie (PEC).

LITERATUUR OVER PEC

- Rawat DJ et al, *Gastrointestinal Endoscopy* 2004. Veertien kinderen van 2-10 jaar met chronische obstipatie; bij drie door M. Hirschprung, bij zeven idiopathische obstipatie; bij vier door anorectale afwijkingen. Na PEC zijn dertien van de veertien klachtenvrij, met geregelde darmlavage via het kleine colostoma.
- Heriot AG et al, *Dis Colon Rectum* 2002. De casus van een 52-jarige vrouw, met idiopathische chronische obstipatie. Goed resultaat met PEC.
- Thompson AR, *Gastrointestinal Endoscopy* 2004. Deze auteur doet melding van de PEC bij inmiddels meer dan 50 patiënten met ernstige chronische obstipatie, waaronder *slow transit* colons, verschillende neurogene colopareses. Hij zag geen belangrijke complicaties en vindt een blijvend goed resultaat in de meerderheid van de met PEC behandelde patiënten.

Wat opvalt bij de vergelijking van PEC met de MACE-procedure, is dat een PEC minder invasief is dan de MACE en bovendien reversibel. Bij de MACE worden ook nogal wat stomaproblemen gezien, zo'n 30%, zoals ook gemeld door de uitvinder: Malone J.S. et al, *Lancet 1990, Br J Urology 2004*.

Een Percutane Endoscopische Colostomie is een relatief simpele procedure voor een endoscopist met interventie-ervaring en veel PEG's in het pakket (en guts).

De PEC wordt besproken met patiënte en zij geeft na veel uitleg informed consent. De PEC vindt plaats op 25 januari 2005.

VERKORTE PROCEDURE

- Preoperatief antibiotica i.v. midazolam en fentanyl i.v.
- Steriel afdekken en desinfectie van de buikhuid.
- Colonoscopie; transilluminatie ter hoogte van het colon transversum.
- Lidocaïne-infiltratie van de buikhuid rond punctieplaats; proefpunctie tot in het colon, in beeld voor de endoscopist. Incisie.
- Daarna met de Troicard punctie in eenmaal tot in het colon lumen.
- Troicard gevat met de lis in de scoop en in positie gehouden.
- Na verwijderen van de naald wordt de voerdraad ingebracht via de canule van de Troicard. De draad met de lis in de colonoscoop gevat en via de anus uitgeleid. De draad geknoopt aan de FREKA-sonde, 15 French. De sonde wordt door te trekken aan het uiteinde van de draad aan de buikkant via anus, rectum, colon door colon- en buikwand heen getrokken: een transcolische *pullthrough*. Fixeren en afdoppen.

BELOOP

De patiënte heeft de eerste dagen vrij veel pijn, geen koorts. Het bloedbeeld en verdere laboratoriumwaarden zijn geheel normaal. Een CT-scan abdomen laat geen afwijkingen zien. Tijdelijk Dipidolor daags i.m. en paracetamol blijken afdoende. Ontslag volgt na vier dagen.

Spoedig daarna heeft de patiënte met 1-2 liter macrogol per dag via de PEC-sonde een redelijk normale stoelgang, eenmaal per twee dagen. In verband met lichte lekkage en om cosmetische redenen volgt in april 2005 vervanging van de PEC-sonde door een button.

Follow-up tot maart 2006. Patiënte is tevreden, de defecatie komt regelmatig. Er zijn geen problemen opgetreden, ook blijven de elektrolyten normaal.

CONCLUSIE

Deze casus presenteert een nieuwe behandeling van ernstige chronische obstipatie door een relatief weinig ingrijpende nieuwe endoscopische procedure: de PEC.

Het probleem is: n=1 (in Den Haag). De auteur realiseert zich dat hij grensverleggend dan wel grensoverschrijdend heeft gehandeld, maar voelt zich gesterkt doordat geen redelijk alternatief voorhanden was. Totale colectomie voor een inert colon wordt bijna overal ontraden, met een MACE bestaat relatief

weinig ervaring en deze procedure is ook behoorlijk ingrijpend. Daarom de PEC. Is dit het navolgen waard of verdient de pionier 'PEK en veren'?

Naar verluidt is ook eenmaal een PEC verricht in Utrecht. Wie heeft nog meer ervaring met deze procedure? Is dit iets voor een landelijke trial? Is het een geschikt promotieonderwerp in een academisch motiliteitscentrum? Graag uw reactie!

Jan Nicolai, Haga Ziekenhuis, locatie Leyenburg. Casus besproken in 2005 tijdens het Diner Pensant te Den Haag.

Tel: 070-3592085

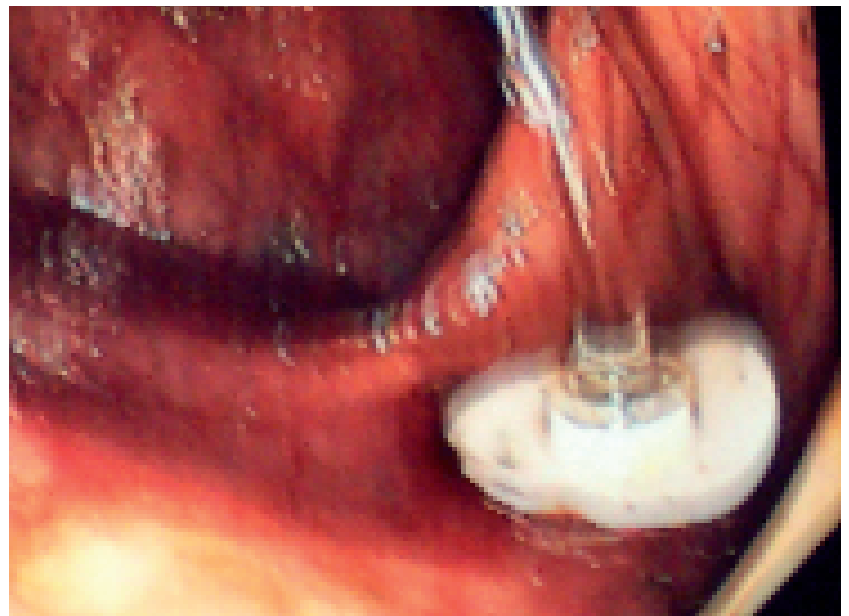
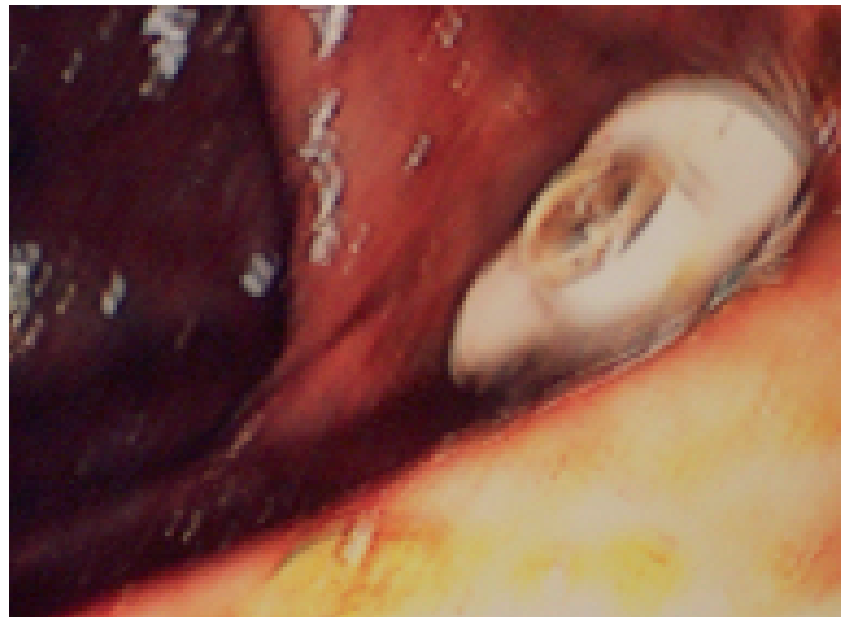
E mail: j.nicolai@hagaziekenhuis.nl

Boven:

De inwendige flens van de PEC-sonde in het colon transversum.

Onder:

De spoelende waterstraal met macrogol, die via de PEC het colon binnenkomt.



6-Thioguanine bij inflammatoir darmlijden: een kritische aanbeveling

Het gebruik van 6-thioguanine bij IBD-patiënten, intolerant of refractair voor azathioprine of 6-mercaptopurine, werd afgeraden na berichten over hepatotoxiciteit (met name nodulaire regeneratieve hyperplasie (NRH)).

De rol van 6-thioguanine als (enige) oorzakelijke factor van NRH is minder duidelijk dan gesuggereerd: ook azathioprinegebruik en auto-immuunziekten zelf kunnen deze leverafwijking veroorzaken. In 2004 startte een Europese 6-thioguaninewerkgroep met het opstellen van richtlijnen voor toekomstig gebruik.¹ De werkgroep beschouwt de noodzaak tot een immuunsuppressieve (onderhouds)behandeling – nadat voorafgaande therapie met 5-aminosalicylaten, azathioprine/6-mercaptopurine, methotrexate en/of infliximab heeft gefaald – als de belangrijkste indicatie voor 6-thioguanine. De maximale dosering is 25 mg per dag. Verder dient vóór

aanvang van de therapie een informed consent te worden getekend. Tijdens het gebruik van 6-thioguanine dienen patiënten frequent en stringent te worden gecontroleerd (zie tabel), het liefst (eigenlijk alleen) met registratie in onderzoeksverband. Therapie moet worden gestaakt bij tekenen van hepatotoxiciteit of portale hypertensie. Kortom: 6-thioguanine kan – bij de juiste indicatie en onder strenge controle op hepatotoxiciteit – nog steeds worden overwogen als onderhoudstherapie bij IBD-patiënten.

Nanne de Boer, MDL-afdeling, VUmc
(KHN.deBoer@vumc.nl)

¹ N.K.H. de Boer, W. Reinisch, A. Teml et al. 6-Thioguanine treatment in inflammatory bowel disease: a critical appraisal by a European 6-TG working party; *Digestion* 2006.

Parameters	Wanneer ?
Routineparameters hematologie	Aanvang: 1, 2, 4, 8 en 12 weken - elke 3 maanden
ASAT, ALAT, GGT, AF en bilirubine	Aanvang: 1, 2, 4, 8 en 12 weken - elke 3 maanden
CRP (effectiviteitcontrole)	Aanvang: 1, 2, 4, 8 en 12 weken - elke 3 maanden
6-Thioguaninenucleotides	Ter controle van compliance en monitoring van extreme spiegels na 2-3 maanden
Leverbiopt en gastroscopie	Na 6 tot 12 maanden. Vervolgens na 3 jaar en dan elke 3 jaar

ONDERZOEK

Prikkelbare-darmsyndroom

Ten onrechte was tot voor kort weinig aandacht voor psychologische behandeling van het prikkelbare-darmsyndroom (PDS) zoals hypnotherapie en relaxatietherapie. De hypnotherapie beoogt op meerdere niveaus de darm-hersen-as aan te grijpen en is bewezen zeer effectief te zijn ten aanzien van klachtenreductie en kwaliteit van leven bij patiënten met PDS en functionele dyspepsie. Relaxatietraining (het aanleren van ontspanningsoefeningen) heeft met name centrale effecten en leidt op korte en lange termijn tot klachtenreductie. Vergelijkend onderzoek tussen verschillende psychologische behandelingen ontbreekt.

Vraagstelling

Is hypnotherapie effectiever dan standaardbehandeling en relaxatietraining bij langdurig bestaande PDS-klachten?

Geeft hypnotherapie specifieke verschillen in effect in vergelijking met relaxatietherapie?

Inclusiecriteria

Patiënten die voldoen aan Rome-II-criteria met langer dan twaalf maanden klachten. Geen voorgaande grote buikchirurgie, geen ernstige psychopathologie, geen ernstige klachten met betrekking tot andere orgaansystemen.

Parameters

Primair: symptoomscore (dagboek).
Secundair: kwaliteit van leven en psychometrie (vragenlijst).

Procedure

In totaal zijn 120 patiënten nodig voor een gerandomiseerde, gecontroleerde studie met drie

armen: standaardbehandeling, relaxatietraining, hypnotherapie.

Vanaf november 2004 zijn 86 patiënten geïncludeerd. De hypnotherapie wordt gegeven in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis op de afdeling interne geneeskunde door Michelle Vidakovic-Vukic, internist-hypnotherapeut. Relaxatietraining vindt plaats in het Slotervaart Ziekenhuis op de afdeling medische psychologie onder supervisie van drs. S.J. Visser.

Deze studie is voorbereid in samenwerking met het Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling gastro-enterologie (dr. A.A.M. Masclee).

Anmelden: naam, adres en telefoonnummer van de patiënt kunt u doorgeven aan de onderzoescoördinator Michelle Vidakovic-Vukic, telefoon: 020 – 6152905 of e-mail michelle@compaenet.nl.

Nurse practitioner en physician assistant

De herziening van ons gezondheidsstelsel moet ruimte scheppen voor vernieuwing. Het anders verdelen van medische verpleegkundige taken wil een oplossing zijn voor het personeelstekort in de zorg. Het moet goed opgeleide mensen behouden voor de gezondheidszorg door een nieuw carrièreperspectief te bieden. In die ontwikkeling past de komst van de *nurse practitioner* (NP) en *physician assistant* (PA).

De opleiding tot *nurse practitioner* en *physician assistant* is een hbo-masters die respectievelijk twee en tweeënhalf jaar duurt. Er zijn nu 55 PA-studenten in opleiding en nog geen afgestudeerden. In theorie kunnen in vijf jaar maximaal 1900 PA's worden opgeleid. In de praktijk zullen dat er naar verwachting 600 tot 1200 worden. Er zijn nu ruim 100 afgestudeerde *nurse practitioners*. 190 studenten volgen de opleiding. Staatssecretaris Mark Rutten van OCW geeft voor het komende studiejaar 7,9 miljoen euro uit aan 75 extra opleidingsplaatsen voor hbo-afgestudeerden in de zorg. Dat geld gaat naar de opleiding van *nurse practitioner* en *physician assistant*.

Beide functies hebben nog geen wettelijke basis. Voor de PA is dat wel wenselijk vanuit het oogpunt van zelfstandigheid en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. In een brief aan de Tweede Kamer schrijft de minister dat beide beroepen nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd om nu al over te gaan tot een wettelijke regeling. Wel wil hij door een experimenteel artikel toe te voegen aan de Wet BIG de mogelijkheid bieden om de NP en PA zelfstandig handelingen te laten verrichten die zijn voorbehouden aan artsen. Daaronder valt het voorschrijven van geneesmiddelen. Beiden hebben niet de bevoegdheid om geneesmiddelen voor te schrijven, terwijl daaraan in de praktijk wel behoefte is.

De verschillen

Wat zijn nu de verschillen tussen een NP en een PA?

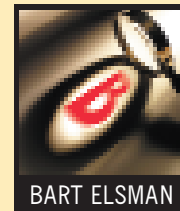
De functie van *nurse practitioner* is gebaseerd op het verpleegkundige model. Zij verricht verpleegkundige en een beperkt aantal medische taken die gerelateerd zijn aan één of enkele patiëntengroepen. Voor de medische taken werkt zij onder supervisie van een arts; voor de overige heeft zij een eigen verantwoordelijkheid. Zij functioneert altijd binnen een door de medicus vastgestelde medische diagnose of therapie.

De *physician assistant* gaat uit van het medische model. De functie is gebonden aan een medisch specialisme. Zij behoort uitsluitend tot de medische discipline. Zij verricht medische handelingen (voorbehouden handelingen) die betrekking hebben op een medische differentiatie of specialisatie. Zij werkt altijd onder supervisie van een arts en functioneert binnen de afspraken van de arts die de supervisie uitoefent.

In de discussies wordt de functie van NP gezien als een verbijzondering van het verpleegkundige beroep en de PA als een nieuw beroep. De NFU – de koepelorganisatie voor Universitair Medische Centra – is niet gelukkig met de functiebenaming *nurse practitioner*. Zij heeft geadviseerd om “in het kader van het beroepscontinuüm te spreken van verpleegkundigen, specialistisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten”. Zij wil verder de expertise van verpleegkundigen beperken tot intensieve klinische zorg, chronisch zieken en psychiatrie.

Is poep vies?

Jara! 2800 gram kleindochter onder de blauwe zonnebank. Ze ligt in een transparante plastic bak te spartelen, bloot, alleen een luier aan en een wit badstof oogmaskertje.



Opa sluit zijn ogen en beleeft een kort visioen: een rollator staat in de branding, hij zit met opgerolde broekspijpen in een rieten strandstoel en leest de Volkskrant, kleindochter ligt naast hem op het strand te zonnen, in bikini en met een oogmaskertje van witte badstof...

Onze kleindochter Jara kan alles: drinken, plussen, poepen. Haar poep is niet vies. Poep van vreemde mensen is vies, maar die van jezelf en van je kinderen weer minder vies, in die volgorde.

Toch willen ouders babypoep kennelijk niet meer ruiken. Bijna alle jonge vaders hebben tegenwoordig zo'n apparaat: een plastic bak die op een slacentrifuge lijkt. Het ding heet Nappywrapper. Je stopt er een vuile luier in en draait met een knop op de deksel, waarbij de luier wordt samengeperst tot een luchtdicht afgesloten worstje.

Het is met ontlasting net als met winden: die van jezelf zijn niet vies, van je kinderen een beetje, maar die van de buurman in de tram, die zijn heel erg vies. Waarom is dat? Daar is vast een psychoflatulogische verklaring voor (of is het flaturopsychologisch?), alleen ken ik die niet. Als je je eigen winden vies vindt, moet er iets mis zijn. Dan ga je naar de dokter. Zo kwam er jaren geleden een oudere man op de polikliniek, omdat hij vond dat zijn winden roken naar de vagina van zijn vrouw.

Hoe kom ik op dit onderwerp? Een paar weken geleden deden we een feces transplantatie bij een patiënte met een therapieresistente infectie met *Clostridium difficile*. Eerst werd de darm schoongemaakt met Klean Prep. Daarna brachten we door de coloscoop 500 ml suspensie van ontlasting van haar zoon in het coecum en colon transversum. Waarom van haar zoon? Omdat dit ook in de literatuur zo beschreven staat. Want ontlasting van je kind is minder vies. Zoals de poep van je pasgeboren kleinkind helemaal niet vies is!

Met de patiënte gaat het overigens goed. Ze is opgeknapt en de *C. difficile* is niet meer aan te tonen.

*Mogelijk nieuw aangrijpingspunt voor
behandeling colorectaal carcinoom*

APOPTOSIS AND COLORECTAL CANCER. STUDIES ON PATHOGENESIS AND POTENTIAL THERAPEUTIC TARGETS

Jan Jacob Koornstra, Groningen,

11 januari 2006

Colorectaal carcinoom ontstaat in de meeste gevallen heel geleidelijk, vanuit normaal darmweefsel via het tussenstadium van adenomateuze poliepen tot uiteindelijk kanker. Men neemt aan dat bij de ontwikkeling van kanker in colonepithelcellen een toenemende verstoring optreedt in de regulatie van apoptose: het vermogen tot geprogrammeerde celdood als mechanisme om potentieel bedreigende cellen op te ruimen, bijvoorbeeld cellen die genetische schade hebben opgelopen.

De promovendus onderzocht in een systematische literatuurstudie de veranderingen in apoptose die gezien kunnen worden tijdens de adenoom-carcinoomsequentie. Daarnaast werd een nieuwe immunohistochemische techniek om apoptotische cellen in het colon aan te tonen, geëvalueerd en gevalideerd. Deze methode is gebaseerd op het aantonen van gekleefd cytokeratine 18, een epitoom die specifiek in apoptotische epitheliale cellen tot expressie komt. Als zodanig is de methode meer betrouwbaar dan de meest gebruikte (TUNEL-) methode.

Ook werd de potentiële toepassing onderzocht van het recent ontdekte eiwit TRAIL, een stof die dankzij sterke apoptose-inducerende eigenschappen als een veelbelovend nieuw middel tegen kanker wordt beschouwd. Epithelcellen van adenomen en carcinomen bleken sterke expressie te tonen van pro-apoptotische receptoren voor TRAIL. Dit suggereert potentiële gevoeligheid voor TRAIL. Deze resultaten werden zowel gezien in sporadische als erfelijke (FAP/HNPCC) adenomen en carcinomen.

Ten slotte werden apoptosemechanismen bestudeerd die mogelijk bijdragen aan de chemopreventieve werking van NSAID's als sulindac. In normaal colon van FAP- en HNPCC-patiënten werd lagere β -catenine-expressie gezien na sulindac-toediening in een placebocontroleerde biomarkerstudie.

Samengevat beschrijft het proefschrift huidige inzichten in de relatie tussen dysregulatie van apoptose en de colorectale carcinogenese, en potentiële nieuwe behandelingsmogelijkheden van colorectale adenomen en carcinomen met TRAIL- of TRAIL-receptoragonisten.

CURRICULUM VITAE

Jan Jacob Koornstra (Alkmaar, 1969) studeerde geneeskunde in Groningen. Hij verrichtte zijn promotieonderzoek tijdens de

opleiding tot internist respectievelijk MDL-arts bij de vakgroepen Maag-, Darm- en Leverziekten, Medische Oncologie en Pathologie van het UMCG. Het onderzoek werd financieel ondersteund door KWF Kankerbestrijding en de Maag-Lever-Darm-Stichting. De opleiding tot MDL-arts zal in februari 2007 zijn afgerond.

Het proefschrift is online beschikbaar via www.rug.nl/bibliotheek/collecties/dissertaties. Reprints van artikelen of exemplaren van het proefschrift kunnen worden opgevraagd bij j.j.koornstra@int.umcg.nl.

THE IMPORTANCE OF RISK- STRATIFICATION. RESULTS OF THE ZAANDAM AUDIT

Hans Oomen, Vrije Universiteit Amsterdam,

20 januari 2006

Het beoordelen en vergelijken van uitkomsten van colorectale chirurgie kan alleen als de ruwe cijfers worden gecorrigeerd voor *case-mix* en *patient-mix*. De POSSUM (*Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity*)-systematiek is een goede methode om risicoanalyse te doen en mortaliteit te voorspellen. De methode werd getest in een groep van 1602 Zaanse patiënten die aan het colorectum werden geopereerd voor alle indicaties. POSSUM en de variaties: Portsmouth- en ColoRectal.

Daarnaast werden de resultaten van de chirurgie van diverticulair lijden bestudeerd. In totaal werden 263 patiënten acuut (n=114) of electief (n=149) geopereerd. De postoperatieve mortaliteit was in de electieve groep 4,7% en in de acute 16,7%. Aangetoond werd dat een Hartmann-procedure voor diverticulitis in een hoog percentage van de gevallen weer kon worden opgeheven, waarbij de operatiemortaliteit 3,1% was.

Met POSSUM worden in de diverticulitisgroep de risicofactoren bepaald, waarbij blijkt dat een verhoogde kans op postoperatieve mortaliteit voornamelijk wordt bepaald door patiënt- en ziektegebonden factoren. Bij patiënten die overleden na een acute operatie, was er bovendien veel ernstige co-morbiditeit.

De resultaten werden vergeleken tussen patiënten die een electieve sigmoidresectie ondergingen voor carcinoom (n=120) of diverticulitis (n=121). Hoewel de carcinoompatiënten significant meer risicofactoren hadden, was hun mortaliteit – hoewel niet significant – met 1,7% lager dan in de diverticulitisgroep (3,3%). P-POSSUM en cr-POSSUM gaven in de hele groep

een juiste voorspelling van de mortaliteit. Diverticulitis lijkt een belangrijke factor te zijn voor de kans op postoperatieve mortaliteit.

Een van de voorwaarden voor deelname aan de 'Dutch TME trial' was een chirurgische training en kwaliteitscontrole. Onderzocht werd of als bijproduct van de trial in Nederland een specialisatie optrad in de rectumchirurgie. Het bleek dat per chirurg meer rectumresecties werden uitgevoerd en dat er een verschuiving optrad van rectumamputatie naar de technisch moeilijker anteriorresectie. Dit bij gelijkblijvende mortaliteit. Deelname aan trials lijkt dus een goede methode om in korte tijd chirurgische kwaliteitsverbetering te bereiken.

Ten slotte werd aan de hand van de Prismant-gegevens onderzocht welke factoren bij colorectale resecties een relatie hebben met de operatiemortaliteit. In aflopende belangrijkheid zijn dit: urgentie van de ingreep, leeftijd, geslacht en soort ziekenhuis. Ziekenhuisvolume speelt geen rol en perifere ziekenhuizen hebben betere resultaten.

CURRICULUM VITAE

Hans (J.L.T.) Oomen (1943, Amstelveen) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na vervulling van de militaire dienstplicht werd hij van 1971 tot 1977 tot chirurg opgeleid in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.

Sinds september 1977 werkt hij als algemeen chirurg in Zaanstad, eerst in het Juliana Ziekenhuis, na de fusie met het Johannes Ziekenhuis in het Zaaans Medisch Centrum.

SCREENING AND TREATMENT OF MALNOURISHED HOSPITAL PATIENTS

Hinke Kruizenga, Vrije Universiteit

Amsterdam, 17 mei 2006

Ondervoeding bij ziekte komt veel voor, maar wordt in slechts de helft van de gevallen herkend en behandeld. Om dit te verbeteren is een snel en eenvoudig screeningsinstrument ontwikkeld: de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ).

De verpleegkundige kan de drie SNAQ-vragen stellen als deel van de verpleegkundige anamnese bij opname in het ziekenhuis. Het SNAQ screenings- en behandelplan is onderzocht op validiteit, reproduceerbaarheid en (kosten)effectiviteit in een algemene klinische populatie (interventiegroep n=297, controlegroep n=291).

De belangrijkste resultaten waren:

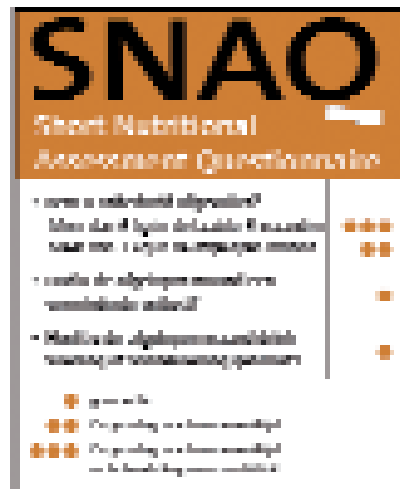
- SNAQ is valide en reproduceerbaar;
- betere herkenning van ondervoeding (van 50% naar 80%);
- eerdere start van de voedingsbehandeling;
- verbeterde voedingsintake van de ondervoede patiënten;
- verbeterde taakverdeling tussen de diëtist, verpleegkundige en voedingsassistent;
- verkorting van de opnameduur bij ernstig ondervoede patiënten;
- het SNAQ screenings- en behandelplan is kosteneffectief.

Aangezien er geen prevalentiegetallen zijn voor ondervoeding voor de poliklinische populatie, hebben we in een dwarsdoorsnede-onderzoek de voedingstoestand gemeten van alle (n=705) patiënten die op één dag de polikliniek van het VUmc bezochten. 6% bleek in een slechte voedingstoestand te zijn en slechts 15% van deze patiënten kreeg een voedingsbehandeling. Door implementatie van de SNAQ op de poliklinische hoog-risico-afdelingen kan de herkenning en behandeling van ondervoeding stijgen van 15% naar 71%.

CURRICULUM VITAE

Hinke Kruizenga (1975) heeft, na afronding van de hbo-opleiding Voeding & Diëtetiek, Voeding & Gezondheid gestudeerd aan de Wageningen Universiteit. Sinds 1999 is zij werkzaam bij de afdeling Diëtetiek & Voedingwetenschappen van het VUmc in Amsterdam. Van 2002 tot december 2005 is ze bezig geweest met haar promotieonderzoek naar de effecten van vroege herkenning en behandeling van ondervoede patiënten in het ziekenhuis. Dit onderzoek werd uitgevoerd onder leiding van prof. dr. ir. J.C. Seidell en dr. M.A.E. van Bokhorst-van der Schueren. Op dit moment is ze projectleider ondervoeding van het VWS-project 'Vroege herkenning & behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen'.

Het doel van dit project is implementatie van screening op ondervoeding bij opname en instelling van geprotocolleerde voedingsbehandeling in 70% van de Nederlandse ziekenhuizen (zie ook www.snellerbeter.nl/ondervoeding). Daarnaast is Hinke Kruizenga docent Klinische Voeding bij het Instituut voor Gezondheidswetenschappen van de Vrije Universiteit.



Nederlandse richtlijnen behandeling hepatitis-B- en hepatitis-C-infectie

ONLANGS HEEFT HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN EEN 'COMMISSIE VOOR KWALITEIT EN RICHTLIJNEN' IN HET LEVEN GEROEPEN. DEZE COMMISSIE KWALITEIT HEEFT RECENTELIJK HET INITIATIEF GENOMEN OM, IN SAMENWERKING MET DESKUNDIGEN OP HET GEBIED VAN HET HEPATITIS-B-VIRUS (HBV) EN HEPATITIS-C-VIRUS (HCV), RICHTLIJNEN OP TE STELLEN VOOR BEHANDELING VAN VIRALE HEPATITIS-B- EN HEPATITIS-C-INFECTIES.

Wereldwijd zijn de laatste jaren verscheidene consensusrichtlijnen voor de behandeling van chronische hepatitis B, en acute en chronische hepatitis C verschenen. Voor chronische hepatitis B betreft dit de richtlijnen van de *European Association for the Study of the Liver* (EASL, 2003), van de *American Association for the Study of Liver Diseases* (AASLD, 2004) en van de *Asian Pacific Association for the Study of the Liver* (APASL, 2005). Deze richtlijnen geven een overzicht van diagnostiek en behandeling van zowel hepatitis-B-e-antigeen (HBeAg)-positieve als HBeAg-negatieve patiënten. Voor de behandeling van hepatitis C zijn in de Engelstalige literatuur eveneens richtlijnen verschenen van de EASL (1999) en daarnaast van de *National Institutes of Health* (NIH, 2002). De meest recente consensusrichtlijn voor antivirale therapie bij hepatitis C is resultaat van een Franse consensusbijeenkomst in 2003.

Gezien het feit dat bovengenoemde richtlijnen niet altijd bekend zijn bij of toegankelijk voor artsen die in Nederland virale hepatitisinfecties behandelen, is besloten om Nederlandse richtlijnen op te stellen. Tevens bestaat er momenteel in Nederland geen standaard voor beleid op het gebied van diagnostische onderzoeken en antivirale behandeling bij hepatitis B en C. Het betreft hier de indicatiestelling en uitvoering van antivirale behandeling door artsen, het evalueren van effectiviteit van therapie op gestandaardiseerde momenten met biochemische en virologische testen en de vergoeding van zowel medicamenteuze behandeling als diagnostiek door de verzekeraars.

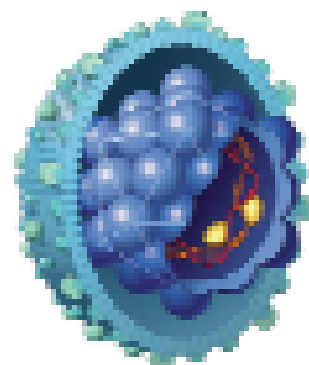
De doelgroep voor deze richtlijnen betreft MDL-artsen, internisten (infectiologen) en virologen binnen Nederland. De omvang van de aanbevelingen zal beperkt blijven tot de indicatiestelling voor en het vervolgen van antivirale behandeling bij deze virale hepatitisiden. Mede gezien het feit dat het Nederlands Huisartsengenootschap reeds eigen richtlijnen heeft opgesteld voor de verwijzing van patiënten met virale hepatitis, zal de verwijzing door huisartsen niet binnen de omvang van de momen-

teel op te stellen richtlijnen vallen. Uiteindelijk doel is het opstellen van een compacte, praktische richtlijn, die een leidraad kan bieden bij de behandeling van de patiënten met hepatitis B of C door bovengenoemde behandelaars. Het gaat dan met name om patiënten met een mono-infectie en zonder complexe co-morbiditeit (wat aangepast beleid voor behandeling van de virus hepatitis noodzakelijk zou maken).

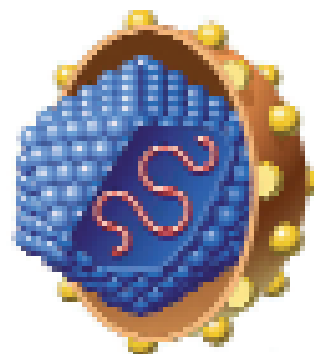
Om te komen tot deze Nederlandse richtlijnen, is er een commissie samengesteld uit deskundigen op het gebied van hepatitis B en/of C uit de vakgebieden MDL-ziekten en virologie. Deze commissie zal het komende jaar een wetenschappelijk onderbouwde leidraad voor behandeling opstellen. De richtlijnen zullen het wereldwijd geaccepteerde beleid voor antivirale therapie bij virale hepatitis B en C omvatten. Gezien de snelheid van nieuwe ontwikkelingen in dit vakgebied is het cruciaal de richtlijnen actueel te houden. De opgestelde richtlijnen dienen dan ook na enkele jaren te worden herzien.

Erik Buster, Harry Janssen

Afdeling MDL, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam



Hepatitis-B-virus.



Hepatitis-C-virus.



Onderwijsdagen arts-assistenten opnieuw een succes!

In januari 2006 werden in Lunteren opnieuw de onderwijsdagen voor arts-assistenten MDL georganiseerd. Doel van deze jaarlijks terugkerende onderwijsdagen is het op interactieve wijze verdiepen van kennis van MDL-ziekten, onder supervisie van experts op een specifiek gebied. Mede vanwege het sterk toegenomen aantal MDL-artsen in opleiding (circa 80 personen) is ervoor gekozen de groep te splitsen in een groep jongerejaars (op 18 en 19 januari 2006) en een groep ouderejaars (24 en 25 januari 2006).

De eerste dag werd onder leiding van Hans Vasen, André Smout en Joep Bartelsman het erfelijk en sporadisch colorectaal carcinoom besproken. Hierbij werd onder andere ingegaan op de indicatie voor MSI-bepaling en de achtergrond hiervan.

Bij de groep ouderejaars bestond het middagprogramma uit praktijkmanagement. Rob de Man en Lucette Schipper lichtten een tip van de sluier op over aspecten verbonden aan het zoeken naar een plek in een maatschap. Daarnaast werd inzicht gegeven in de verschillende organisatiestructuren van een ziekenhuis. Allemaal zaken waarmee aankomende MDL-artsen veelvuldig te maken gaan krijgen, maar weinig van afweten. Na een heerlijk diner was er voor beide groepen een quiz, onder leiding van André Smout en Joep Bartelsman. De avond werd afgesloten met een borrel, waarbij ruimte was om ook de MDL-ers van de andere centra te spreken.

De tweede dag stond in het kader van IBD: epidemiologie en genetische achtergrond, medicamenteuze behandeling en extra-intestinale afwijkingen. Dit alles onder leiding van Maurice Russel, Bas Oldenburg, Bert den Hartog en Chris Mulder. De dag werd afgesloten met een indrukwekkend en verhelderend verhaal over tuchtrecht door Bert den Hartog.

Net als vorig jaar werden de onderwijsdagen zeer positief beoordeeld door alle

deelnemers. Met name de ruimte voor discussie en interactie, alsmede de nieuwe onderwerpen tuchtrecht en praktijkmanagement werden hoog gewaardeerd in de evaluatie. De onderwijscommissie ziet het als een uitdaging om in samenspraak met het Concilium het programma voor januari 2007 samen te stellen. Namens alle arts-assistenten MDL danken wij de moderatoren en voorzitters voor hun inspanning.

*Monique van Leerdam
Rutger Quispel*



Speciale koelbox donororganen

Werktuigbouwkundige Arjan van der Plaats van het UMC Groningen promoveerde 14 november 2005 op een bewaarsysteem voor donororganen. Van der Plaats ontwikkelde een machine die gedoneerde levers actief doorspoelt, en zorgt voor een constante toevoer van voedingsstoffen en zuurstof en voor afvoer van de afvalstoffen. Het prototype van het systeem bestaat uit een elektromechanisch gedeelte en een deel waarin de lever wordt bewaard. Een koelbox houdt het orgaan op een constante temperatuur. Twee elektromotoren en een zuurstofcilinder pompen zuurstofrijke spoelstroom door de lever. De pomp- en drukkenmerken van de leverslagader en de poortader worden daarbij zo goed mogelijk benaderd.

Op dit moment worden gedoneerde levers op smeltend ijs bewaard. Van der Plaats onderzocht het functioneren van het prototype door varkenslevers 24 uur in het systeem te bewaren. Hieruit bleek dat de machine voldeed aan de gestelde eisen van transplantatiespecialisten. Het prototype kon de druk en temperatuur 24 uur constant houden, kon continu de juiste hoeveelheid zuurstof aan de lever toedienen en bracht geen schade toe aan de levercellen. Hierdoor nam de kwaliteit van het orgaan minder snel af. Ook bleek het systeem gedurende 24 uur volledig steriel te zijn. Doordat de levers beter bewaard kunnen blijven in het nieuwe bewaarsysteem, blijven de organen langere tijd bruikbaar voor een transplantatie.

MDL in Deventer: revolutie rond het millennium

Bij mijn komst in het Deventer Ziekenhuis (1999) werd de MDL verricht door internisten. Er was een 'inloospreekuur', waar patiënten zich zonder afspraak voor gastro- en sigmoidoscopie konden melden. Ze werden dan 'ter plekke' geclysteerd. Dat leverde soms middeleeuwse taferelen op: twaalf hoogbejaarde patiënten die op een blokje van drie naast elkaar gelegen toiletten werden gelaxeerd... De internist beende heen en weer tussen poliklinisch spreekuur en sigmoidoscopie.

Het waren er duizenden per jaar. De verslaglegging bestond uit een handgeschreven krabbel op een doordrukvel, waarvan de leesbaarheid en uitbreidbaarheid sterk kon wisselen. Gemiddeld stond er 'gb'. Dit handgeschreven vel ging met de patiënt mee naar de verwijzer (het doorslagje werd later wel uitgetypt). Barrettcontrole vond à vue plaats, biopten werden zelden genomen. Dit alles werkte in de praktijk kennelijk toch tot grote tevredenheid van patiënten en verwijzers. De huisartsen waren blij met de 'gb', want dat zei genoeg en bespaarde ook hen het nodige typewerk.

Alle slokdarmstents en ERCP's werden door Hugo Hazenberg gedaan. Voor dat laatste had hij zich speciaal laten trainen door Nico van Benthem. Door tijdgebrek was het aantal coloscopieën bijzonder laag, circa 50 per jaar. Het preferente onderzoek was een sigmoidoscopie en X-colon.

In 2001 werd het inloospreekuur voor sigmoidoscopieën afgeschaft en konden verwijzers rechtstreeks een coloscopie afspreken. Later is besloten dat sigmo's alleen nog zijn af te spreken na speciaal overleg: in principe wordt elke significante klacht bij ons middels coloscopie nader geanalyseerd. Inmiddels is het aantal coloscopieën 2300 per jaar.

Pas in 2005 is het inloospreekuur voor de gastroscopie afgeschaft. Desondanks zijn de wachttijden kort gebleven: 3 werkdagen voor een gastro, 14 werkdagen voor een coloscopie, 4 werkdagen voor een endo-echografie met of zonder punctie.

Prioriteit nummer één begin 2000 was het op orde brengen van het aantal scopen, de verslaglegging en de diensten. Al snel ontvouwden Hugo Hazenberg en ik een aparte MDL-dienst, met als resultaat dat we veel interne, maar nog veel meer MDL-diensten draaiden. In 2001 kwam Michiel Ledeboer bij de club, maar nog steeds was de dienstbelasting onevenredig zwaar. Na goed overleg met de internisten beperkten wij ons tot de MDL-diensten, waarbij we dan wel langs onze 'eigen' patiënten visite liepen.

Er bleek een enorm raakvlak met de enthousiaste gastro-intestinale chirurgen Marinus Eeftinck Schattenkerk en Eric Hans Eddes. Dit leidde tot een gemeenschappelijke klinische afdeling met gezamenlijke overdracht, grote visite, MDL-radiologie én een mooie output, onder andere op het gebied van de *self expandable* enterale stents (zie onze recente publicatie in het *NTvG*). Er is nog steeds een actieve database van colon- en andere stents die ver boven de honderd uitloopt, met goede resultaten.

De MDL heeft nu de beschikking over een uitstekende endoscopieafdeling waar alle endoscopische technieken, waaronder ook endo-echografie, beschikbaar zijn. Qua endoscopiepersoneel hadden en hebben we niets te klagen: het ziekenhuis investeert in de opleiding van het eigen personeel.

In 2000 kwam in Deventer de stafmaatschap tot stand. Daarmee werd de verzelfstandiging van de MDL enorm gefaciliteerd. Uiteindelijk zijn we als zelfstandige vakgroep MDL binnen de stafmaatschap verder gegaan, met

als sluitstuk thans een 'eigen' poli en secretariaat. Nu blijkt ook pas goed, wat wij allemaal doen. Onze productie wordt separaat bijgehouden en is overtuigend. De adherentie is 30-60% hoger dan die van het ziekenhuis als geheel. De kwaliteit is hoog, met in de MDL geïnteresseerde interventieradiologen (de eerste MRCP-studies kwamen uit Deventer) en een MDL-geïnteresseerde hoogleraar pathologie. Ook participatie in de opleiding tot MDL-arts – in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum – zit eraan te komen (visitatie in 2006).

Wij prijzen ons gelukkig dat dit alles heeft geresulteerd in de benoeming van MDL als speerpunt van het Deventer Ziekenhuis.

Met het Erasmus Medisch Centrum bestaat een bijzondere samenwerking. Wij trainen daar onszelf (lineaire interventie-endo-echografie), en ook qua patiëntenzorg en wetenschap zijn er allerlei verbanden.

Plannen voor de toekomst zijn er genoeg. We hebben zojuist een vierde en vijfde MDL-arts aangenomen: Margot van Herwaarden en – vanaf 2007 – Maartje Bartelink. Daarnaast zijn we bezig met het opleiden van coloscopie- en IBD-verpleegkundigen, intensieve samenwerking met alle huisartsen en het opzetten van een geïntegreerd chirurgisch-gastro-enterologisch MDL-centrum (opnieuw in samenwerking met het Erasmus MC). *Last but not least* verheugen wij ons enorm op de nieuwbouw die we in 2008 gaan betrekken.

Frank ter Borg



Van links naar rechts: MDL-artsen Hugo Hazenberg, Michiel Ledeboer en Frank ter Borg; MDL-chirurgen Eric Hans Eddes en Marinus Eeftinck Schattenkerk.