

CAPACITEIT MDL 74 / ZIJ-INSTRUMENTEN 78 / OPLEIDEN IN DE
PERIFERIE 79 / AANDACHTSGEBIED: HEPATOLOGIE 80
AIOS EN HUN ARBEID 81 / EXTRA CONTROLE KAN MAAGKANKER
VOORKOMEN 82 / HEPATITIS-B-VACCINATIE 84 / LEENDERT SCHALM
GRONDLEGGER HEPATOLOGIE IN NEDERLAND 86 / ONDERVOEDING 88
DARMTRANSPLANTATIES BIJ KINDEREN 90 / CBO-RICHTLIJN 93



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 14 / NUMMER 4 / DECEMBER 2008

'OPLEIDEN MOET FLEXIBEL EN DYNAMISCH'

MDL-tekort in de media

sommige belanghebbenden geopperd. Enkele ziekenhuizen in nood willen participeren. De NVZ denkt aan modulaire opbouw van de opleidingen: zij-in-uitstromers – afhankelijk van de arbeidsmarkt – worden dan belangrijker. Dit creëert mogelijkheden, maar ook onrust. Enkele MDL-artsen die vertrekken van perifeer ziekenhuis A naar B, worden geconfronteerd met een *goodwill*-teruggave van 50% zolang er géén nieuwe MDL-arts komt.

Op 7 november verwelkomden we Joerg Walter Baumann, opgeleid in Nordhorn, als 2^e MDL-arts in Hengelo en 300^{ste} MDL-arts in Nederland. Inmiddels bedraagt het aantal actieve MDL-artsen al weer 301, waarvan 293 lid zijn van onze vereniging. We denken dat no. 500 zich vóór 2020 registreert. Het Capaciteitsorgaan denkt echter dat er hooguit 475 MDL-artsen nodig zijn in 2025.

Het totaal aantal MDL-vacatures bedraagt op dit moment 69 fte. Virtueel hebben we nu 370 MDL-artsen. De verwachting is dat het aantal vacatures de komende drie jaar minimaal 70 blijft, op voorwaarde dat u niet in de WAO belandt, niet met de VUT gaat, niet voortijdig overlijdt, niet gaat parttimen en de vrouwen-in-opleiding niet vaker zwanger worden. Kortom: een onmogelijke situatie. Een vijftal gepensioneerde MDL-artsen werkt nog actief om de nood te lenigen.

Oproep

Meld alstublieft uw vacatures:

http://www.mdl.nl/vacatures_md-artsen.

Chris Mulder

‘Dat gaat levens kosten’

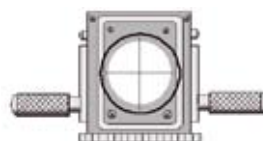
“Het is aannemelijk dat dit levens kost”, citeerde *NRC Handelsblad* mij halverwege oktober. We spraken over de almaar groter wordende wachttijden in ons specialisme, veroorzaakt door het steeds verder oplopende tekort aan MDL-specialisten. Goed beschouwd geen nieuws. We hameren er al jaren op. Bijna tot vervelends toe is menig *Periscoop* ermee gevuld. Ook richting media hebben wij meerdere keren de noodklok geluid. De boodschap was duidelijk en niet mis te verstaan, de data zijn keihard en de voorbeelden steeds schrijnender. Het leidde bij het Ministerie van Volksgezondheid en het Capaciteitsorgaan tot irritatie.

Aansluitend kregen we dit jaar een reductie van instroom opgelegd, door ons geïnterpreteerd als een strafforting. Ministerie en Capaciteitsorgaan moeten nu opnieuw reageren omdat de noodsignalen niet stoppen. Men meldt allereerst dat in 2009 de instroom wordt uitgebreid. Dat klopt, we komen daarmee terug op het niveau van 2007... Het tweede argument van het ministerie is, dat veel werk zou kunnen worden gedaan door internisten. Dat is een decennia-oude discussie. Hoeveel neurologische, cardiologische, pulmonologische, reumatologische en dermatologische zorg kun je laten doen door internisten? Ongetwijfeld erg veel, maar dan allemaal suboptimaal. Die discussie is gepasseerd. Hetzelfde geldt voor MDL-zorg, zowel vanuit het perspectief van patiënten als van specialisten en ziekenhuizen. Een positie als basisarts voor tweedelijnszorg sluit ook niet aan bij de terecht hoge ambities van de internist, dus zie je vrijwel alle internisten specifieke aandachtsgebieden instromen. Tot voor kort werd ons aangerekend dat er weinig advertenties verschenen voor MDL-artsen. Dat is nu dankzij u veranderd, zie ook de recente banenmonitor in *Medisch Contact*.

Halverwege oktober dit jaar was het nijpende tekort ineens nieuws en vielen, na mijn uitspraken in *NRC Handelsblad*, de media over mij heen. Bedoelde of zei ik iets anders dan mijn voorgangers en ikzelf al jaren van de daken schreeuwen? Is het geringe aantal opleidingsplaatsen iets van de laatste weken? In het geheel niet. In mijn eerste *Periscoop*, begin dit jaar, beschreef ik de instroom van opleidingen als “een rampzalige ontwikkeling waarvoor we, helaas tot nu toe tevergeefs, de aandacht van minister Klink hebben gevraagd.”

‘Rampzalig’ was kennelijk niet erg genoeg. Pas als ‘het levens gaat kosten’ schrikt men wakker. Laat dat niet leiden tot cynisme, we zullen linksom of rechtsom samen met alle betrokken partijen het aantal MDL-artsen uitbreiden en daarmee de toegankelijkheid van onze zorg verder verhogen.

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



NVZ: ‘Opleiden moet flexibel en dynamisch’

Alle medisch-specialismen en andere betrokken partijen in de medische zorg blij maken, is moeilijk. Misschien wel onmogelijk. Bij de pakken neerzitten is geen optie. Directeur Gita Gallé en senior beleidsadviseur Niels Oerlemans van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) zien mogelijkheden in extra opleidingsplaatsen maar vooral in flexibele opleidingsystemen en taakherschikkingen.

Wat doet de NVZ als er een tekort is of ontstaat aan medisch-specialisten? Gallé: “Signalen over arbeidsproblemen ontvangen we onder meer via onze leden. Wij bestuderen die problemen en kijken wat we daaraan kunnen doen. Bij een tekort aan een bepaalde groep medisch-specialisten kunnen we bijvoorbeeld onze stem laten horen in het Capaciteitsorgaan, waarin we zitting hebben. Dit Orgaan adviseert de minister van VWS, die de beslissende stem heeft. De afgelopen jaren heeft de minister het advies van het Capaciteitsorgaan overgenomen. Wijkt hij daarvan af, dan is dat meestal ‘naar boven’, ofwel eerder meer opleidingsplaatsen dan minder. Dat juichen wij als NVZ toe, want dan valt er nog wat te kiezen voor ziekenhuizen.”

De opleidingen van medisch-specialisten worden bekostigd vanuit het Opleidingsfonds. De minister van VWS bepaalt jaarlijks het maximaal beschikbare budget daarvoor. Oerlemans: “Als NVZ hebben wij ons sterk gemaakt voor dit fonds. Het opleiden van professionals voor en door ziekenhuizen is een algemeen maatschappelijk belang. Dat moet zonder winstoogmerk en tegen kostendekkende vergoeding worden uitgevoerd. Het fonds moet een stabiele arbeidsmarkt waarborgen en concurrentie tussen ziekenhuizen op zorgproducten mogelijk maken.”

Weerbarstige praktijk

Volgens Oerlemans blijft het ramen van de opleidingsbehoefte een moeilijke zaak. “Het Capaciteitsorgaan werkt met een bepaald model. Bij de raming van de opleidingsbehoefte voor medisch-specialisten wordt gekeken naar tekorten, demografie van de beroepsbevolking, feminisering, parttime percentage, ontwikkelingen in het vakgebied, taakherschikking en nog vele andere zaken. Hoe meer je meet, des te beter je kunt voorspellen. Maar de praktijk laat zich niet altijd vangen in mooie plannen en berekeningen. Waarom zou bijvoorbeeld een medisch-specialisme in een bepaald

ziekenhuis advertenties voor vacatures plaatsen als het weet dat daarop toch geen enkele reactie komt? Dat geld kan beter worden gebruikt. Zo kunnen aanzienlijke afwijkingen optreden in de werkelijk benodigde, de zichtbaar benodigde én het toegekende aantal opleidingsplaatsen.” Daarnaast is het moeilijk de werkelijkheid te voorspellen. Technologische ontwikkelingen spelen daarbij een belangrijke rol. Gallé: “Een specialist kan voor een bepaalde handeling nu bijvoorbeeld één uur nodig hebben. Op basis daarvan kun je specialisten opleiden, maar wat doe je als blijkt dat die handeling in de toekomst in twee minuten kan worden gedaan? Moet de opleiding van al die aio’s dan worden afgebroken? Dat is niet alleen kapitaalvernietiging, maar ook erg demotiverend voor de AIOS.”

CBOG en BOLS

Om een subsidiebesluit te kunnen nemen, vraagt VWS aan het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) een toewijzingsvoorstel. Het CBOG besteedt deze taak uit aan het overlegplatform BOLS, waaraan deelnemen: NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Samenwerkende Topklinische opleidings-

Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoedingen

Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoedingen, kortweg het Capaciteitsorgaan, is circa tien jaar geleden opgericht door een groot aantal veldpartijen uit de zorg. Het Ministerie van VWS subsidieert de stichting. Een van de doelen van het orgaan is het opstellen van ramingen voor de opleidingscapaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgoedingen. Daarbij gaat het Capaciteitsorgaan uit van de te verwachten zorgbehoefte.

Het Capaciteitsorgaan kent een plenair orgaan ofwel bestuur, kamers en werkgroepen.

Die zijn samengesteld uit organisaties van medische en tandheelkundige beroepsgroepen, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen. Het plenair orgaan ziet toe op een methodisch verantwoorde werkwijze in de kamers volgens een vastgesteld model voor de ramingen. De kamers en werkgroepen komen tot een inhoudelijk oordeel over de benodigde instroom in de opleidingen. In totaal buigen zo’n tachtig tot honderd deskundigen zich vier keer per jaar over uit te brengen adviezen.

Senior beleidsadviseur
Niels Oerlemans van
NVZ vereniging van
ziekenhuizen



Directeur Gita Gallé van
NVZ vereniging van
ziekenhuizen



ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Orde van Medisch Specialisten. BOLS is opgericht om jaarlijks een voorstel voor de instroom van artsen in opleiding tot specialist (AIOS) te maken. Oerlemans: “Als een ziekenhuis een opleiding in het verleden verzorgde, mocht het dat automatisch ook in de toekomst doen. Je kunt je afvragen of dat wel zo moet. Ook bij de medisch-specialisten bestaan regionale verschillen in de arbeidsmarkt. Als je opleidt in de regio, heb je meer kans dat mensen daar ook blijven. Op die manier kun je landelijk aan een goede verdeling van specialismen werken. Gelukkig komt daarin de laatste jaren meer structuur en beleid.” Maar Oerlemans erkent dat de invloed van de NVZ om specialisten bij bepaalde ziekenhuizen onder te brengen, beperkt is. “Wij kunnen niet tegen een specialist zeggen waar hij moet gaan werken. Anders geformuleerd: ziekenhuizen moeten ervoor zorgen dat ze aantrekkelijk zijn om er te werken.”

Meer opleidingsplaatsen

Dat organisaties en instanties in de zorg voor een deel achter de feiten aanhollen, is volgens Gallé een onontkoombaar verschijnsel.

NVZ vereniging van ziekenhuizen

Als brancheorganisatie behartigt NVZ vereniging van ziekenhuizen de belangen van de honderdveertig leden. Dat maakt NVZ een van de belanghebbende partijen op het speelveld van de medische zorg. De leden zijn algemene ziekenhuizen (circa 85) en categorale instellingen, zoals astmacentra, kankercentra, radiotherapeutische instituten, revalidatiecentra en dialysecentra.

In het algemeen richt NVZ zich op drie gebieden voor haar leden: werkgeverschap, ondernemerschap en zorgverlenerschap. Alles wat kritisch is voor het zorgverleningsproces heeft haar aandacht. De arbeidsmarktproblematiek is daarvan één aspect. Daarvoor houdt de NVZ zich onder meer bezig met CAO's van ziekenhuizen, arbeidsvoorwaarden van specialisten, aantallen medewerkers, maar ook opleidingen en de kwaliteit van die opleidingen. Bij medewerkers gaat het om medisch-specialisten, verpleegkundigen, maar ook om financiële medewerkers, koks en ict-medewerkers. In de praktijk richt NVZ zich in eerste instantie op het primaire zorgverleningsproces. Artsen en verpleegkundigen komen dan het eerst in beeld.

“Nieuwe technologische ontwikkelingen zie je niet altijd aankomen en als dat wel zo is, kun je niet altijd inschatten wat de gevolgen daarvan zijn. Bovendien spelen beroeps- en politieke belangen een rol. Als anesthesisten nu aan de bel trekken omdat ze specialisten tekortkomen, dan duurt het jaren voordat het tekort is weggewerkt. Hetzelfde geldt voor MDL-artsen. De realiteit komt vertraagd door, zowel bij de signalering als bij de oplossing van het probleem. Daarom moeten er voor deze specialismen links- of rechtsom extra opleidingsplaatsen komen.”

Flexibel opleidingssysteem

Maar Gallé ziet niet alleen heil in het creëren van extra opleidingsplaatsen. “Het schort ook aan ons opleidingssysteem. We moeten veel sneller en flexibeler op een veranderende vraag reageren. Laten we voor het gemak stellen dat een specialistenopleiding zes jaar duurt. Het betekent dat een probleem zes jaar aanhoudt, voordat het wordt opgelost. Dat moet minimaal vijftig procent korter. En dat kun je doen door opleidingen anders in te richten. Wij zijn daarom een groot voorstander van modulair onderwijs. Dat biedt meer mogelijkheden om tussentijds bij te sturen. Wat heb je eraan als je nu extra specialisten opleidt, terwijl de kans levensgroot is dat die niet allemaal aan de bak komen? En dat terwijl elders een ander specialistentekort opduikt. Met snel schakelen dring je het medisch-specialistentekort adequaat terug. In Engeland en Amerika is die aanpak de gewoonste zaak van de wereld. In Nederland zijn we die weg nu aarzelend ingeslagen, maar we kunnen en moeten daarin verdergaan.”

Taakherschikking

Ook taakherschikking biedt volgens Gallé een mogelijkheid om het nijpend tekort aan specialisten te lenigen. “Werkgevers kunnen de taken van de verschillende medische functies onder de loep nemen en kijken of die anders kunnen worden verdeeld. De *nurse practitioner* en *physician assistant* zijn daarvan een goed voorbeeld. Het uitgangspunt moet zijn dat de competenties van hulpverleners bepalen wie welke taken verricht en niet de hiërarchie van een beroepsstructuur. Door taakherschikking krijgen artsen meer tijd voor patiënten met ernstige, complexe of ongebruikelijke problemen. Technologische ontwikkelingen spelen ook hierbij een rol. Die zullen bestaande hiërarchieën onder druk zetten. Dat vindt misschien niet iedereen leuk, maar als het de patiënt ten goede komt, moeten we die winst niet laten liggen. Flexibele systemen beginnen bij flexibel denken.”

ERVARINGEN VAN ZIJ-INSTROMERS

‘Ziekenhuizen schreeuwen om artsen. En ik moest wachten met mijn opleiding...’

Artsen die tijdens hun opleiding tot specialist de overstap maken naar het MDL-specialisme, zijn vrij eensgezind in hun overwegingen. Dat blijkt uit een rondgang langs een aantal zij-instromers. Interessante pathologie, meer variatie, de combinatie diagnostiek en praktisch bezig zijn, de contacten met patiënten. “Je stelt als MDL-arts niet alleen de diagnose. Je begeleidt patiënten en helpt ze verder”, zegt Margriet Wobbles van het UMC Utrecht.

Het UMC heeft veel moeite gedaan om een MDL-opleidingsplaats voor haar te regelen. Wobbles maakte de overstap na 2,5 jaar interne geneeskunde. “De kennis die ik in die tijd heb opgedaan, kan ik ook bij MDL toepassen.”

De ervaringen van Margriet Wobbles met het overstaptraject zijn typerend voor het capaciteitsprobleem waarmee de NVMDL worstelt. Zij kijkt daar met een vreemd gevoel op terug. “Er was in eerste instantie geen plek voor mij. Uiteindelijk kon ik in maart 2008 toch beginnen en heb dus nauwelijks tijd verloren. Maar het had zó twee jaar langer kunnen duren. Er zijn in ons vak veel vacatures, maar er worden te weinig specialisten opgeleid. Ziekenhuizen schreeuwen om artsen en ik moest wachten. Hoe kan dat?”

Te laat gestart

Marleen de Leest (VU medisch centrum; overgestapt van reumatologie) ervaart eveneens de nadelen van het tekort aan MDL-artsen en opleidingsplaatsen. “Het is voor de patiëntenzorg geen goede zaak als een ziekenhuis maar één MDL-arts heeft als er vijf nodig zijn. Ook de opleiding staat daardoor onder druk. Er moeten opleiders beschikbaar zijn die ook nog eens voldoende tijd hebben voor begeleiding.”

Ivar Harkema, AZ Groningen: “Voordeel is, dat je je in deze arbeidsmarkt wel kunt oriënteren bij verschillende ziekenhuizen. Je hoeft je geen zorgen te maken over een baan. Maar de werkdruk neemt toe en de wachtlijsten groeien. Naar mijn idee is te laat gestart met het creëren van extra opleidingsplaatsen. Het duurt nog wel even voordat het effect van een inhaalslag merkbaar is.”

Tijdens haar opleiding tot reumatoloog deed De Leest een onderzoek dat raakvlakken had met MDL. Zo ontstond de belangstelling voor haar nieuwe vakgebied. “Bij reumatologie zou ik voornamelijk poliklinisch bezig zijn. Wat mij in MDL aanspreekt, is de afwisseling. Je bent klinisch en poliklinisch bezig én je doet endoscopieën. Je hebt onder andere te maken met auto-immuunziekten, leverziek-

ten, infecties en kwaadaardige aandoeningen. Ik denk dat het vak meer mogelijkheden biedt voor mijn toekomst. Ik merk dat de meeste mensen overstappen, omdat ze een voorkeur hebben voor een smaller vakgebied.”

Goede bagage

Ivar Harkema: “Ik zocht vooral ruimte voor eigen diagnostiek. Ik had wel de mogelijkheid om mijn opleiding interne geneeskunde af te maken, maar ik heb daar uiteindelijk niet voor gekozen. Als je beide niet goed kunt bijhouden, vervalt de meerwaarde. Ik heb aan interne geneeskunde wel een goede bagage overgehouden.”

De Leest heeft wisselende reacties op de voor haar plezierige keuze gehad. “De MDL-artsen waren natuurlijk positief. Bij interne geneeskunde waren de reacties neutraal. Reumatologie reageerde in eerste instantie echter heel teleurgesteld.”

Michel Aquarius, AZM/VieCuri Ziekenhuis Venlo: “De overstap bracht veel papieren rompslomp met zich mee. Totdat alles rond is, leef je in onzekerheid. Vooral met de opleidingsplaats is het afwachten tot het laatste moment. Door het tekort is het niet moeilijk een baan te vinden, maar dat was niet de reden om over te stappen. Het gaat mij om de vakinhoudelijke kant. Ik was erop voorbereid dat mijn beslissing mij niet in dank zou worden afgenomen. Door al die onzekerheid heb ik het besluit pas geventileerd toen ik het had genomen. Na de eerste shock begrepen ze mijn keuze wel.”



Margriet Wobbles



Marleen de Leest



Ivar Harkema



Michel Aquarius

PRAKTIJKERVARING IN DE PERIFERIE

‘Opleiden is onze verantwoordelijkheid’

Arnold Stronkhorst reageert een tikje verbaasd op de vraag hoe hij en zijn drie collega’s het redden om zoveel aandacht te besteden aan artsen in opleiding. Onderbezetting, capaciteitsgebrek, wachtlijsten... Dit is ook de realiteit in Eindhoven, maar: “We richten onze programma’s in op onze scholingsverantwoordelijkheid. Het is gewoon een onderdeel van je werk.”

Arnold Stronkhorst is één van de vier MDL-specialisten die verbonden zijn aan het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Een perifeer ziekenhuis dat nauw samenwerkt met het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Zolang hij in Eindhoven werkt – sinds 1993 – leidt hij jonge artsen op. Eerst volgens een eigen programma van het ziekenhuis. Nu volgens de officiële richtlijnen. “Het is leuk om te doen. Het geeft een goed gevoel als je ziet hoe mensen groeien in dit vak. Je werkt aan de continuïteit van het specialisme en je leert zelf ook van de opvattingen van jonge mensen. Opleiden confronteert je met de vraag: waarom doe ik dit zo? En dat is heel gezond”, aldus Stronkhorst.

“Ik kan het iedereen aanraden om een perifeer ziekenhuis te kiezen voor de opleiding. Het levert extra praktijkervaring op die ik zeer waardevol vind.” Jennifer Wilbrink volgt haar opleiding tot MDL-arts in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. “Het is bovendien minder bureaucratisch. Je kunt veel werk verrichten. En de kans is groot dat je later in een perifeer ziekenhuis komt te werken.”

Productie draaien

In het samenspel met het Academisch Ziekenhuis hebben beide een specifieke rol in de opleiding. Stronkhorst: “Bij ons doen ze veel praktijkervaring op. In het Academisch Ziekenhuis zetten ze de puntjes op de i van kennis. In een academisch ziekenhuis ziet de AIOS een beperkt aantal patiënten per dag. Hier draaien we drie, soms vier poli’s en ziet de AIOS op een endoscopieafdeling tien tot twaalf patiënten voor onderzoek. Productie draaien, efficiënt werken en kwalitatief goed werk leveren kun je alleen maar leren door het te doen. Die ervaring relativeert datgene waarmee je tijdens de studie te maken krijgt. Die overgang moet je zorgvuldig begeleiden.” Opleiden is vooral: naast de AIOS functioneren en hen geleidelijk



Arnold Stronkhorst en Jennifer Wilbrink: “In een perifeer ziekenhuis doe je veel praktijkervaring op.”

aan het werk laten overnemen. Meedoen met het beoordelen van patiënten en de diagnose stellen. “Eerst kijken ze een tijdje mee met het scopiëren. Dan mogen zij zelf aan de knoppen zitten, maar moet je meesturen. Als dat goed gaat en er is voldoende ervaring opgedaan, dan krijgt een AIOS een ‘klein’ eigen programma.” Jennifer Wilbrink herkent die aanpak. Zij leert vooral door veel zelf te doen en door de contacten met patiënten. In haar weekrooster zijn patiëntenbesprekingen een vast onderdeel. Zij volgt nu een eigen scopieerprogramma, omdat zij voldoende scopieën onder toezicht heeft gedaan. “Je krijgt het vak echt in de vingers. Ik kan altijd voor hulp en raad terecht bij de specialisten. Ik heb totaal niet het gevoel dat ik aan mijn lot word overgelaten. Er wordt rekening gehouden met het feit dat ik nog in opleiding ben.”

Er is voortdurend overleg met het Academisch Ziekenhuis. Voordat de opleiding begint, wordt de kandidaat beoordeeld en wordt vastgesteld of het beter is de eerste twee jaar naar een perifeer ziekenhuis te gaan of de laatste. “Je bespreekt de vorderingen. Wat zijn de zwakke punten? Aan welke onderdelen van de opleiding moeten wij extra aandacht besteden? Waar schiet de kennis tekort?”

Open en toegankelijk

Wie MDL-arts wil worden, staat een druk programma te wachten. Zeker in een perifeer ziekenhuis waar zich de confrontatie met de praktijk voltrekt. Toch ervaart Wilbrink maar één nadeel: de langere reistijd naar Eindhoven.

Door alle drukte blijft er tijdens het werk weinig tijd over voor het doornemen van vakliteratuur. “Maar opofferen van vrije tijd hoort er volgens mij bij. Het is onmogelijk om alles in de reguliere tijd te doen. Sommige werkzaamheden laten zich nu eenmaal niet goed plannen. Je kunt beter in de avonduren of het weekeinde leren dan tijdens een verloren moment overdag. Doordat je in de praktijk werkt, zeggen de boeken je veel meer. Leren gaat daardoor sneller.” Stronkhorst: “Ik begrijp dat AIOS het zwaar vinden. Als opleider heb je ook op dat punt een verantwoordelijkheid. Je moet altijd beschikbaar zijn voor de AIOS. Dat kost ons tijd, ja. Maar dan lever je maar iets in van je spreekuur. Je moet in het oog houden dat AIOS hier komen om te leren. Voor het overige behandelen we ze als collega’s. Ons uitgangspunt is: open en toegankelijk zijn. Niet alleen om de kneepjes van het vak te leren, maar ook om het programma tot een goed einde te brengen.”

AANDACHTSGEBIED HEPATOLOGIE

‘Mentor zou veel kunnen betekenen voor AIOS’

Als Tim Schreuder toekomstige AIOS een advies mag geven, dan zou dat zijn: neem eerst de tijd voor je onderzoek en begin daarna pas aan je opleiding. Hij heeft beide tegelijk gedaan: “Het is gelukt, dankzij een strikte discipline, maar ik heb af en toe op het punt gestaan het bijltje erbij neer te gooien.” Tim Schreuder is nu de eerste jonge MDL-arts met certificatie hepatologie en werkzaam in het VU medisch centrum.

Tim Schreuder is de eerste AIOS die sinds de herstructurering van de opleiding tot MDL-arts koos voor het aandachtsgebied hepatologie.¹ Ook is hij een voorbeeld van een succesvolle zijinstromer. Toen hij in Rijnstate in Arnhem aan zijn opleiding begon, stond voor hem vast dat hij internist zou worden. De eerste kennismaking met het MDL-specialisme had verregaande gevolgen. “Ik ontdekte dat het een interessant vakgebied was. Maar wat mij vooral aansprak, was de combinatie van endoscopisch onderzoek en beschouwend specialisme. Zo moet je bij leverpatiënten je intensief verdiepen in hun symptomatologie en goed differentiaal diagnostisch nadenken. Door de variabiliteit in duur van behandeling van patiënten (bijvoorbeeld chronische-hepatitis-C-patiënt versus varicesbloeding bij levercirrose) is mijn interesse verder aangewakkerd.”

Geïnfecteerd

De keuze voor hepatologie is voor een groot deel te danken aan Chris Mulder, die de AIOS begeleidde. “Je kunt zeggen dat Chris mij heeft geïnfecteerd door zijn gedrevenheid voor het vak. Je leert veel van hem en hij gaat voor zijn AIOS door het vuur.” Tijdens de opleiding begon Schreuder aan zijn promotieonderzoek waarmee hij volgend jaar hoopt te promoveren. Het betreft de diagnostiek en behandeling van niet-alcoholische vetting van de lever. Een en ander werd gestart tijdens een hepatologiestage in het AMC Lever-Centrum onder leiding van Peter Jansen.

“De ruimte voor het onderzoek heb ik af en toe moeten bevechten. Met de VU had ik de afspraak dat ik één dag in de twee weken aan mijn onderzoek kon besteden. Dat was niet altijd even makkelijk te



Tim Schreuder: “Wat mij vooral aansprekt in de MDL, is de combinatie van endoscopisch onderzoek en beschouwend specialisme.”

realiseren. Tijdens mijn niet-academische stage was onderzoek erg moeilijk door hoogfrequente patiëntencontacten. Daar staat tegenover dat mijn klinische kennis een enorme groei doormaakte en ik endoscopische technieken leerde.”

Sturing

Schreuder heeft ideeën over wat anders zou kunnen in de opleiding. Hij geeft die mening met de kanttekening dat hij zijn opleiding is begonnen vóór de Kaderwet. “Ik ben ervan overtuigd dat een mentor veel zou kunnen betekenen voor AIOS. Niet in de zin van ‘werk uit handen nemen’, maar vooral: sturing geven aan de gehele opleiding of het aandachtsgebied. Zo ben ik, zonder mentor, begonnen aan de opleiding MDL met als aandachtsgebied hepatologie. Hierbij was ik er niet van op de hoogte wat allemaal precies van mij werd verwacht. Zo heb ik deels mijn opleiding zelf samengesteld. Een buitenlandse transplantatiestage heb ik uiteindelijk in Queen Elisabeth in Birmingham (UK) geregeld door op internet uit te zoeken wie het afdelingshoofd was en een brief te sturen. Dat had resultaat. Ik was van harte welkom, als ik zelf de financiering maar regelde. Heb ik gedaan. Hier denk ik dat de aanwezigheid van een mentor als bemiddelaar van groot belang had kunnen zijn. De AIOS kan dan gebruikmaken van het netwerk van een dergelijke mentor bij de zoektocht naar ‘de juiste plek’, waarbij de mentor erop let dat de interesse in wetenschappelijk onderzoek en klinisch werk van de AIOS aansluit bij de betreffende stage.”

Na de vraag wat een oplossing zou kunnen zijn voor het tekort aan MDL-artsen, valt het even stil. “Moet je dat wel aan mij vragen? Een mooi voorbeeld is dat op onze afdeling recentelijk een AIOS-neurologie stage liep – als consulente MDL in de volgens mij inmiddels enigszins verouderde functie als AGNIO. In die periode maakte zij natuurlijk in extenso kennis met ons vakgebied. Na het afronden van de stage is zij als neurologe vertrokken. Binnen zes maanden kwam zij terug op sollicitatie voor een opleidingsplek MDL. Misschien is het een goed idee om zo veel mogelijk mensen een dag mee te laten lopen in ons werk. Daarna wil je echt niets anders meer.”

¹ Voor de nieuwe opleidingsstructuur:

MAGMA 2-2007, p. 38-39, ‘Bouwen aan een dik portfolio’.

AIOS en hun arbeid

Overtreden opleiders en AIOS MDL met de huidige dienstroosterstructuur de wet? Een heikel punt, zeker nu de in 2007 gewijzigde Arbeidstijdenwet lijkt te worden gehandhaafd. Enige tijd geleden voerde de Arbeidsinspectie een pilot-inventarisatie van werktijden van AIOS uit. Dit leverde nogal schrikbarende uitkomsten op. Daarom heeft inmiddels een landelijke inventarisatie plaatsgevonden, waarvan de resultaten binnenkort worden bekendgemaakt.

Tijd om ook de arbeidssituatie van AIOS MDL te peilen. De juniorvereniging NVMDL i.o. (voormalig Touché) verrichtte onlangs een schriftelijke audit over dienstroosters onder alle 21 MDL-opleidingsziekenhuizen. Ook andere arbeidsomstandigheden, zoals onregelmatigheidstoelagen (ORT) en parttime regelingen, kwamen hierbij aan bod.

Zoals neergelegd in de nota *Arbeidsomstandigheden onder AIOS MDL* (in september 2008 verspreid onder opleiders en AIOS)¹ blijkt uit deze audit de AIOS MDL een harde werker in de dienst. Noeste arbeid, vaak zonder enige compensatieregeling. Gemiddeld tien keer per jaar en veertien uur per zaterdag/zondag zijn AIOS in het weekeinde bezig, terwijl doordeweeks vier keer per maand zo'n anderhalf uur bovenop de normale dienst wordt gewerkt. In een enkel geval hebben AIOS vijf dagen per week dienst met aaneensluitend weekenddienst. Hoewel exacte tijdsregistratie veelal niet beschikbaar is, zouden bij een formele beoordeling van de Arbeidsinspectie dit soort roosters enig risico kunnen inhouden. In een beschikbaarheidsdienst moet bij ieder (telefonisch) contact binnen een half uur in principe 30 minuten arbeid worden gerekend. En na 31 minuten gaat de teller opnieuw lopen... Sinds kort kunnen oplei-

ders en AIOS met het computerprogramma *Working Time Evaluator* individuele dienstroosters toetsen aan de relevante regelgeving. Het programma is te downloaden: www.dejongeorde.artsennet.nl. De totale werktijd van AIOS mag niet worden overschreden. Maar nog belangrijker: rusttijden moeten worden aangehouden. Zorgelijk, zo toont de nota, blijkt daarom de stand van zaken rond de compensatieregeling. AIOS MDL in meerdere (academische) centra hebben gewoonweg geen regeling. Sommige perifere opleiders tonen zich inmiddels voorbeeldig en laten AIOS aansluitend op een weekenddienst compenseren. Zeker als een dienst langer dan gemiddeld blijkt te duren (denk aan spoedscopieën in de nacht) geen overbodige voorzorgsmaatregel.

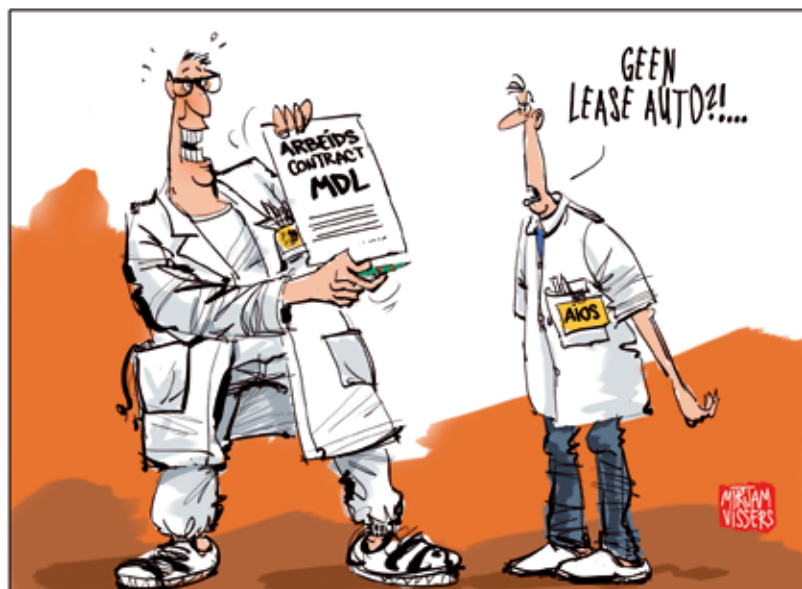
Perifere opleiders zijn ook voorlopers als het gaat om de ORT. De huidige CAO-regelgeving verplicht een ORT-regeling: iets wat menig academisch AIOS MDL (nog) niet terugziet op het salarisstrookje. Voor alle opleiders is de boodschap: tijd kost geld.

Parttime werken blijkt in de praktijk geen garantie voor parttime diensten. Dit is geen goede zaak. Opleiders, wees consequent in uw keuze. Discussie hierover lijkt dan ook gewenst. Zo mag het ook niet zo zijn dat eventuele gaten in het rooster op het conto komen van de overige AIOS. Een gebalanceerde oplossing is nodig, maar niet eenvoudig te formuleren.

AIOS zijn 'productieneutraal': AIOS-arbeid mag en kan niet worden gezien als productie. Het verkrijgen van ervaring is immers het hoofddoel van de opleiding MDL. Een van de instrumenten om dit

doel te bereiken, is het verrichten van diensten. Bij het opstellen van dienstroosters, maar ook bij supervisie tijdens de dienst moet dit het uitgangspunt zijn.

Eric Tjwa, voorzitter
NVMDL i.o.



¹ Voor leden van de NVMDL te raadplegen via www.mdl.nl op de pagina 'Assistentenvereniging'.

PROMOTIEONDERZOEK ANNEMARIE DE VRIES

Extra controle kan maagkanker voorkomen

Jaarlijks wordt in Nederland bij bijna 2000 personen maagkanker vastgesteld. De prognose van patiënten met maagkanker is vaak beperkt. Belangrijkste reden voor deze slechte prognose is, dat maagkanker veelal in een veel te laat stadium wordt ontdekt. Genezing is dan goed beschouwd niet of nauwelijks meer mogelijk. En toch begint ook dit carcinoom met een ‘gewone’ infectie en ontsteking van het maagslijmvlies, gevolgd door een cascade van afwijkingen, uitmondend in maagkanker.

De cascade van ontsteking van het maagslijmvlies door de bacterie *Helicobacter pylori* (gastritis) via het verlies van de klierbuisstructuur (atrofische gastritis) en vervanging door slijmvlies gelijkend op darmslijmvlies (intestinale metaplasie) naar onrustige cellen in het slijmvlies (dysplasie) en uiteindelijk maagkanker, is al heel lang bekend. Waarom is hiervoor de laatste jaren zo weinig aandacht geweest? Een eensluidend antwoord op deze vraag is er niet. “Het is inderdaad vreemd. Vaak werd voorrang gegeven aan ander onderzoek. Maagkanker is goed beschouwd een vergeten ziekte, waarschijnlijk doordat veel artsen het idee hebben dat maagkanker niet vaak meer voorkomt in Nederland. Maar dit klopt niet: maagcarcinoom komt bijvoorbeeld meer dan drie keer zo vaak voor als adenocarcinoom van de slokdarm, waarvoor sinds jaren preventieprogramma’s bestaan door endoscopische controle van Barrett’s slokdarm”, zegt Ernst Kuipers, hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. “Gelukkig is met het onderzoek van Annemarie opnieuw aandacht gekomen voor de preventie van maagkanker.”

Annemarie de Vries promoveerde vrijdag 31 oktober cum laude op het proefschrift *Detection, Surveillance and Treatment of Pre-malignant Gastric Lesions related tot Helicobacter pylori infection*. Haar onderzoek toont dat het vaststellen en vervolgens endoscopisch controleren van voorloperafwijkingen van maagkanker een belangrijke bijdrage kan leveren aan de preventie van maagkanker.

De Vries onderzocht 92.250 pathologieverslagen van patiënten bij wie tussen 1991 en 2005 een voorloperafwijking van maagkanker (atrofische gastritis, intestinale metaplasie of dysplasie) werd gecon-



stateerd. Bij 1.470 van deze patiënten werd maagkanker geconstateerd op een gemiddelde leeftijd van 73,5 jaar. “Wij zagen dat de kans op maagkanker bij deze patiënten aanzienlijk is, met name bij patiënten met dysplasie, de meest ernstige vorm van de voorloperafwijkingen. Maar ook bij deze patiënten werd vaak geen endoscopische controle verricht. Natuurlijk wil dat niet zeggen, dat de kans nihil zou zijn op een maagcarcinoom als je deze patiënten blijvend zou hebben gevolgd. Maar het is waarschijnlijk, dat maagkanker dan wel in een eerder stadium wordt vastgesteld met een veel betere kans op genezing”, zegt Annemarie de Vries.

Ernst Kuipers: “Dit promotieonderzoek is zeker begonnen met een sprong in het diepe. Een bestaande onderzoeklijn voor dit onderwerp was er niet. Vooraf is dan moeilijk te voorspellen hoe het onderzoek vorm zal krijgen. Annemarie is met groot enthousiasme begonnen, en met veel eigen initiatief heeft zij mooie onderzoeksresultaten behaald, die bovendien internationaal veel aandacht hebben gekregen. Ook zijn er onderzoeken opgestart waarmee andere promovendi weer verder gaan”, zegt een trotse promotor.

In haar dankwoord beschrijft Annemarie haar sprong in het diepe: “Beste Ernst, je vertelde me aan het begin van deze promotietijd dat *fulltime* tijd voor onderzoek bijzonder is en je vergeleek deze kans met het hebben van vakantie, een periode zonder verplichtingen. Enigszins verbaasd heb ik me tijdens deze beginperiode zorgen gemaakt over jouw en mijn toekomstige vakanties. (...) Inmiddels denk ik dat je vooral bedoelde dat vakanties altijd te kort zijn.”

Met haar promotie op zak zal Annemarie de Vries haar opleiding tot MDL-arts vervolgen, op dit moment in het Sint Franciscus Gasthuis en over een jaar in het Erasmus MC te Rotterdam.

Voor meer informatie: a.c.devries@erasmusmc.nl

ADVERTENTIE NYCOMED

Wereldwijd is het hepatitis-B-virus één van de meest voorkomende virale infecties. Het virus wordt onder andere overgebracht door bloedcontact, seksueel contact en door perinatale transmissie. Er is een goed vaccin beschikbaar dat bescherming geeft bij een infectie. Het huidige beleid in Nederland is gericht op risicogroepenvaccinatie. Nog dit jaar wordt besloten of het beleid zo blijft of wordt aangepast.

Start Nederland binnenkort algemene hepatitis-B-vaccinatie?

Prevalentie hepatitis B

Van de huidige wereldbevolking hebben ongeveer 2 miljard mensen een besmetting doorgemaakt met het hepatitis-B-virus. Jaarlijks overlijden circa 1,2 miljoen mensen aan hepatitis B. Er wordt geschat dat circa 350 miljoen mensen drager zijn van het virus. In Nederland is de prevalentie van HBsAg-positieve dragers ongeveer 0,2% (1). Jaarlijks worden circa 1400 tot 1600 'nieuwe' chronische hepatitis-B-casussen gemeld (Osiris) en 200 tot 300 nieuwe acute infecties. Ongeveer tweederde van de acute infecties treedt op na seksueel contact; de helft heteroseksueel, de andere helft door homoseksueel contact. Bij de screening van zwangeren in Nederland wordt bij 0,4% een hepatitis-B-dragerschap ontdekt (jaarlijks circa 800 vrouwen).

Transmissie

Transmissie van het HB-virus vindt plaats door bloed-bloedcontact (prikaccidenten), seksueel contact, en verticaal: van moeder op kind. Het virus is zeer besmettelijk: minder dan 0,1 µl besmet bloed kan het virus overdragen en 10–30% van de prikaccidenten met HB-besmet bloed leidt tot infectie. De kans op transmissie van hepatitis B is afhankelijk van de *virusload* in het bloed.

Het vaccin

In 1981 is het plasmavaccin tegen hepatitis B op de markt gekomen, in 1987–1988 gevolgd door het recombinant hepatitis-B-vaccin (gemaakt op gistcellen *Saccharomyces cerevisiae*). Het vaccin bevat HBsAg, geabsorbeerd op aluminiumhydroxide. Het huidige vaccin (Engerix-B of HBVaxPRO) bevat geen thiomersal meer. Het vaccinatieschema bestaat uit drie injecties op 0, 1 en 6 maanden. Er zijn afwijkende schema's om een snelle bescherming te krijgen (0, 7 en 21 dagen, gevolgd door een injectie op 12 maanden). Bijwerkingen op de vaccinatie komen zelden voor en zijn meestal lokaal.

Respons op de vaccinatie

De respons op de vaccinatie, gedefinieerd als een anti-HBs >10 IU/L, is gemiddeld zo'n 95%. Personen die goed responderen, zijn langdurig beschermd, een revaccinatie is vooralsnog niet geïndiceerd.

De respons op de vaccinatie is afhankelijk van een aantal factoren, waarvan leeftijd wellicht de belangrijkste is. Het percentage personen dat na twee injecties met het hepatitis-B-vaccin een anti-HBs >10 IU/L heeft, is op vijf- tot tienjarige leeftijd 90%. Dit percentage daalt naar circa 50% op vijftigjarige leeftijd. Ook na drie injecties is het percentage responders hoger op jonge leeftijd dan bij ouderen. Naast leeftijd hebben enkele andere factoren invloed op de respons, zoals geslacht, geneesmiddelengebruik, (over)gewicht en genetische factoren (associaties met HLA-allelen en cytokine-polymorfismen).

Huidige regelgeving omtrent hepatitis-B-vaccinatie

Algehele vaccinatie

Al in 1992 heeft de WHO het advies gegeven om wereldwijd tot algemene vaccinatie te komen. In het rapport wordt aanbevolen dat alle landen voorbereidingen treffen om vanaf 1997 (en in landen met een prevalentie van 8% of hoger vanaf 1995) de hepatitis-B-vaccinatie op te nemen in het algemene vaccinatieprogramma (2). In de meeste landen is dit sindsdien ook gebeurd.

In 2006 is een WHO-rapport verschenen over de vaccinatiecoverage van drie hepatitis-B-injecties. Sinds begin jaren negentig is de vaccinatiegraad tegen hepatitis B wereldwijd gestegen van <10% tot 60% in 2005.

In mei 2003 hadden 151 van de 192 (79%) WHO-landen algemene (landelijke) vaccinatie tegen hepatitis B geïmplementeerd. Daartoe

behoorden 72% van de landen waar de HBsAg-prevalentie >8% is. De WHO stelde zich ten doel om in 2007 hepatitis-B-vaccinatie in alle landen geïmplementeerd te hebben en een vaccinatiegraad van 90% te behalen in 2010 (4, 5). Landen waarin algehele vaccinatie tegen hepatitis B *niet* is opgenomen in het vaccinatieprogramma, zijn onder andere: Nederland, de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk en landen in Midden-Afrika.

Risicogroepenbenadering

In Nederland wordt het beleid van *vaccinatie in risicogroepen* gevolgd. Risicogroepen zijn:

- mensen die (binnen afzienbare tijd) regelmatig bloed of bloedproducten krijgen;
- personen met een vergelijkbare chromosomale afwijking als het syndroom van Down, gepaard gaande met een verstoorde afweerfunctie;
- partners, gezinsleden of huisgenoten van hepatitis-B-dragers;
- verstandelijk gehandicapten in dagverblijven of tehuizen;
- patiënten met een chronische leverziekte.

Bovenstaande personen krijgen de vaccinatie vergoed volgens de Zorgverzekeringswet.

Daarnaast zijn er risicogroepen die vergoeding krijgen via de AWBZ: pasgeborenen van hepatitis-B-draagsters, pasgeborenen waarvan één of beide ouders uit een middelmatig tot hoog endemisch gebied komen, en kinderen met het syndroom van Down.

Voor speciale groepen is er een vaccinatiecampagne waarbij de vaccinatie wordt vergoed door VWS: mannen die seks hebben met mannen, harddruggebruikers en prostituees. Heteroseksuelen met wisselende contacten vallen sinds november 2007 niet meer in deze doelgroep (6).

Daarnaast zijn er werksituaties waar een verhoogd risico op besmetting met het HB-virus aanwezig is of kan zijn. Hierbinnen is een aantal beroepsgroepen gedefinieerd die vanwege hun werk een verhoogd risico hebben. Daarnaast kan op basis van een risico-inventarisatie besloten worden tot vaccinatie van werknemers. Een werkgever is wettelijk verplicht medewerkers te beschermen tegen mogelijke risico's op de werkvloer.

Voor- en nadelen algehele hepatitis-B-vaccinatie

In Nederland is de discussie over de invoering van algehele hepatitis-B-vaccinatie nog niet afgerond. Dit najaar zal de Gezondheidsraad opnieuw een advies uitbrengen over het al dan niet wijzigen van het vaccinatiebeleid in het Rijksvaccinatieprogramma.

Tot op heden is de risicogroepenbenadering gevolgd. Daarbij wordt de vaccinatiegraad gemonitord in een deel van de risicogroepen. De vaccinatiegraad is rond de 50% in de groep prostituees alsmede

druggebruikers. Maar in homomannen, de belangrijkste risicogroep voor een acute HB-infectie, is deze veel lager.

De *compliance* om het vaccinatieschema te voltooien, verschilt per risicogroep, maar bedraagt slechts 50–75%. Al met al wordt de meerderheid van de risicogroepen niet goed bereikt (7). Actieve inzet, persoonlijke voorlichting en monitoring zijn nodig om de vaccinatiegraad hoog te houden. De hiermee gepaard gaande kosten zijn echter enorm, terwijl de kosten van algemene vaccinatie relatief laag zijn. Het vaccin is erg goedkoop en een dergelijke vaccinatie kan moeiteloos worden ingebouwd in de oproep voor DKTP- of zelfs HPV-vaccinatie.

De vaccinatiegraad in medewerkers in de gezondheidszorg is over het algemeen hoog. De verantwoordelijkheid van bescherming op de werkvloer ligt bij de werkgevers die hierin een actieve rol spelen. Overwegingen die pleiten tegen het invoeren van algehele vaccinatie, zijn: de relatief lage prevalentie in Nederland, het feit dat veel hepatitis-B-dragers immigranten zijn, iets waarop vaccinatie in Nederland geen invloed heeft, en de belasting van nog een extra vaccin op kinderleeftijd.

Vóór invoering pleiten echter: het feit dat met het huidige beleid de doelstellingen nauwelijks worden gehaald; dat het huidige beleid een continue monitoring en actieve opstelling vraagt; dat met de voortgaande globalisering sprake is van ernstige acute hepatitis-B-infecties – soms met levertransplantatie of overlijden als gevolg – onder jonge autochtonen die seksueel contact hebben in het verre buitenland ofwel met immigranten in Nederland afkomstig uit endemische gebieden.

Uit een publicatie van Kretzschmar et al (8) blijkt dat de meest effectieve manier om de incidentie van hepatitis B over circa twintig jaar omlaag te krijgen, is: het invoeren van algehele vaccinatie bij pasgeborenen, kinderen van immigranten en de risicogroepen. Enkele laag-endemische landen hebben besloten de vaccinatie (nog) niet in te voeren. Het risicogroepenbeleid blijkt echter minder effectief dan gehoopt. Mogelijk leidt dit tot heroverweging van het eerder genomen besluit, met als resultaat een effectieve beperking van het aantal acute en chronische hepatitis-B-infecties op korte en lange termijn (9).

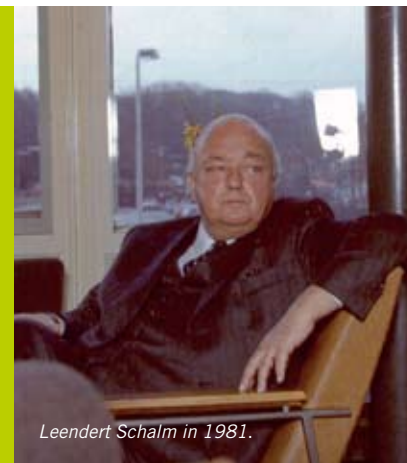
Half november vergadert een internationale commissie (Viral Hepatitis Prevention Board Meeting) namens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in Rotterdam om het Nederlandse preventiebeleid ten aanzien van hepatitis B onder de loep te nemen.

Greet J. Boland, Nationaal Hepatitis Centrum
Harry L.A. Janssen, Erasmus MC, Rotterdam

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

GEMEENTE ZIEKENHUIS ARNHEM TOONAANGEVEND LEVERCENTRUM

‘Leendert Schalm grondlegger hepatologie in Nederland’



Leendert Schalm in 1981.

Op de vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie in 1982 ter gelegenheid van haar eerste lustrum werd ook het eerste erelidmaatschap toegekend. De keuze was niet moeilijk: dr. Leendert Schalm (1909–1982), die van 1945–1975 de hepatologie in Nederland heeft vormgegeven. Zestig jaar na het verschijnen van *Ziekten van de Lever en Galwegen* nogmaals hulde voor één van de grondleggers van de hepatologie in Nederland.

Na zijn promotie bij Hijmans van den Bergh en interne opleiding in Utrecht vestigde Leendert Schalm zich in 1940 als internist in Arnhem. Wat wij nu hepatologie noemen, was voor hem het belangrijkste aandachtspunt. Grote bekendheid verwierf hij in 1948 met het leerboek *Ziekten van de Lever en Galwegen*, bijna veertig jaar nadat in ons land het laatste leerboek op dit gebied (van P.K. Pel) was verschenen. Schalm was inmiddels geneesheer-directeur van het Gemeente Ziekenhuis (GZ) én hoofd van de interne opleiding.

Onderzoek

Leendert Schalm, aan wie de scholing door Hijmans van den Bergh wel was besteed, heeft in het GZ te Arnhem – een niet-academische kliniek – kans gezien origineel en baanbrekend onderzoek te verrichten. Om te beginnen op het gebied van de bilirubine-stofwisseling. Samen met Schulte, Weber en Witmans werden in de jaren vijftig talrijke experimenten gedaan om geconjugeerde en ongeconjugeerde bilirubine in het serum te onderscheiden. Dit was belangrijk voor de differentiële diagnostiek van icterus. Later is dit voortgezet door Brandt, die promotieonderzoek (1957) deed naar de urobilino-genen in gal, feces en urine, voor de diagnostiek van complete galwegobstructies en het aantonen van hemolyse. Deze galkleurstoffen, die in het colon onder invloed van bacteriën uit bilirubine ontstaan, worden deels onderworpen aan een enterohepatische circulatie, terwijl ook een fractie in de urine aantoonbaar is. Door alle moderne imagingtechnieken is het onderzoek naar urobilino-genen nu buiten beeld geraakt.

Het experimentele onderzoek in Arnhem omvatte ook onderzoek naar de regeneratie en de compensatoire hypertrofie van de lever. Samen met chirurg Bax en patholoog Mansens werd bij konijnen en

varkens (in een dierenlaboratorium in de kelder van het ziekenhuis) research verricht. Onderbinding van een galweg of bloedvoorziening van een leverdeel leidde tot hypertrofie van het andere deel. Hiermee werd aangetoond dat de lever de hoeveelheid functionerend leverweefsel op een ‘normaal’ niveau probeert te houden, hetgeen ook een grote reservecapaciteit betreft. De proeven over regeneratie waren bedoeld om regeneratie bij cirrose te bewerken, maar in dit stadium van een leverziekte werken deze fysiologische mechanismen niet meer.

Levertransplantatie

Het ‘competitieprincipe’ werd ook toegepast bij de eerste (helaas niet succesvolle) auxiliaire levertransplantatie, die in 1968 in Arnhem door de chirurgen Van de Heyde en Sluis in Nederland werd verricht. Deze transplantatie was mede gebaseerd op het eerdere Leidse dierexperimentele onderzoek.

Het was ook de basis van de auxiliaire levertransplantaties die later in het Erasmus MC (1980–1990) werden verricht. Kernpunt hierbij was, dat het in de onderste buikhelft aangebrachte transplantaat slechts aanslaat wanneer dit in een fysiologisch voordeel verkeert ten opzichte van de ‘zittende’ lever.

GZ Arnhem als toonaangevend levercentrum

Dit alles was zeer vruchtbaar voor de organisatie in het toenmalige Gemeente Ziekenhuis (GZ). Vanaf de vroege jaren vijftig tot in de jaren zeventig verschenen hierover maandelijks ‘Nuttige notities’ in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* onder redactie van Bax. Hierin werd verslag gedaan van een bijzondere ziektegeschiedenis, met vaak als resultaat een goede richtlijn. Een soort verslag van praktische ‘beleidslijnen *avant la lettre*’. Een bijzondere vermelding verdient de ‘Nuttige notitie no 9’ (de negende van Bax) over de eerste geslachtsveranderende operatie in het GZ, waarvan er later nog vele zouden volgen.

In de jaren zestig en zeventig kreeg het GZ onder leiding van Schalm en Brandt landelijke en internationale bekendheid als centrum voor patiënten met een chronische leverziekte.

Belangrijk onderzoek was: het risico van bloedtransfusies voor hepatitis (‘Infectiosa en serumhepatitis’). In 1963 werd een groot Arnheems onderzoek gepresenteerd over de waarde van screening op verhoogde transaminases ter voorkoming van hepatitis door transfusie. Schalm c.s. publiceerden in de jaren vijftig en zestig veel over de

complicaties en behandeling van chronische hepatitis. Later over auto-immune ('lupoïde') hepatitis. Hierbij wees Schalm als eerste in Nederland op de noodzaak van de behandeling met corticosteroiden, die jarenlang in – op geleide van kliniek en laboratorium – 'uitgetitreerde' doses moest worden toegepast.

Op een gegeven moment kwam daar het onderzoek naar de cholestase, de geneesmiddelbeschadiging en behandeling van de portale hypertensie (door middel van shuntchirurgie) nog bij. Eiwitbelastingstesten voorafgaande aan de shuntchirurgie met gebruikmaking van ammoniakbepalingen en EEG-controle, onder supervisie van Van Leusen en neuroloog Schouwink, waren hierbij essentieel.

Dit alles had tot gevolg dat Arnhem op landelijk gebied een toonaangevende kliniek werd met veel leverpatiënten. De chirurgen specialiseerden zich in geavanceerde leverchirurgie. Radiologen, microbiologen, neurologen en vooral pathologen (Bronkhorst) leverden individueel een grote bijdrage. Uit het oorspronkelijk promotie-onderzoek van Schalm, 'De gemiddelde doorsnede der erythrocyten als differentiaal-diagnosticum bij icterus', ontstond ook een vruchtbare 'erythrocyten-lijn' (Werre).

Zo wisten Schalm en zijn opvolgers vele assistenten in een perifere opleidingskliniek tot een proefschrift te motiveren. Tussen 1950 en 2000 verschenen vanuit deze kliniek een kleine dertig proefschriften. Schalm was bovendien nauw betrokken bij de organisatie en oprichting van de European Association for the Study of the Liver en de International Association for the Study of the Liver. Hij was een erkende autoriteit en gastspreker overal in de wereld. Een hoogtepunt was de organisatie van de EASL in Arnhem in 1972. Schalm kreeg voor zijn werk de Hijmans van den Bergh-penning.

Na het vertrek van Brandt en Van Berge Henegouwen in 1988 en het ontstaan van het fusieziekenhuis Rijnstate in Arnhem verschoof het onderzoeksgebied met de komst van Chris Mulder. Zijn specialisaties interventie-endoscopie, IBD en later coeliakie leverden opnieuw veel bijzondere publicaties en promoties op. Het hepatologie-onderzoek en de leverkliniek verdwenen vanaf de jaren tachtig echter meer en meer naar de academische centra.

Voor de hepatologie in Nederland is de Arnhemse periode, gestart onder de grote pionier Leendert Schalm, heel belangrijk geweest. Hetzelfde geldt voor het onderwijs- en opleidingsklimaat in Arnhem, dat tot de dag van vandaag met verve in stand wordt gehouden.

Gerard van Berge Henegouwen en Karl Brandt

Voormalig stafleden Rijnstate Ziekenhuis (voorheen Gemeente Ziekenhuis) Arnhem



1962/1964: Grote visite in het Gemeente Ziekenhuis te Arnhem. Schalm bestudeert te midden van zijn assistenten de laboratoriumwaarden van een patiënt.



Are you lonesome tonight?

Het is vaker gebeurd. Ik word midden in de nacht angstig wakker: ik word uitgenodigd om op een podium voor een volle zaal een verhaal te houden, dat ik helemaal niet heb voorbereid of ik zie tijdens een congres in het buitenland mijn naam in het programma bij een onderwerp, dat mij niet bekend voorkomt. Na enige ogenblikken blijkt het een droom. Ik kan de dekens weer over me heen trekken en rustig gaan slapen: natuurlijk heb ik de usb-stick bij de hand of – zoals nog niet zo lang geleden – een carroussel met dia's. Er kan niets meer misgaan.

Dat geldt niet voor het sprekersdiner.

Lang geleden sprak ik, op verzoek van de organisatoren, in het Duits tijdens het congres van de Duitse internistenvereniging in Wiesbaden. Christoffel Williams was niet op dat verzoek ingegaan: "I apologize, I will speak in English. That is the prize you have to pay for 1945." Ik was jaloers. Je moet maar durven! Mijn presentatie, in onberispelijk Hoogduits vertaald door de Duitse vrouw van een co-assistent, werd met geroffel op de banken ontvangen: alle naamvallen klopten. Bij de paneldiscussie was dat wat minder het geval. Toch was ik na afloop tevreden en opgelucht. Tot het diner! De Duitse collega's gingen staan en zongen een lied. Daarna hiertoe uitgenodigd de vier Franse sprekers en vervolgens de Engelsen. Toen moest ik. Ik was helemaal alleen. Ik ging staan en zong met een rood hoofd: "Daar was een wuf, dat spon, op een houten spinnewiel en daar zat geen torteltje aan."

Vorige week overkwam het me weer, nu in Jakarta: de faculty was door de gouverneur van Jakarta uitgenodigd op het paleis. Op weg ernaar toe werden we door het drukke verkeer geleid door motorpolitie met blauw zwaailicht. De ontvangst was statig en plechtig. Daarna Balinese danseressen en twee zangeressen, begeleid door een pianist. En toen kwam het! Volkomen onverwacht werd ik door de zangeressen op het podium getrokken. Ze gaven me een microfoon en vroegen welk nummer ik wilde zingen. Wanhopig keek ik om heen. Op de piano lag een tekstboek met op de eerste pagina 'Are you lonesome tonight'. Met twee backing vocals bracht ik het nummer tot het eind.

Geen aandacht voor ondervoeding op de polikliniek?

Er zijn nauwelijks cijfers bekend over de prevalentie van ondervoeding op de polikliniek. De Stuurgroep Ondervoeding en de afdeling Diëtetiek & Voedingswetenschappen van het VUmc hebben daarom een onderzoek uitgevoerd met als doel: het bepalen van het percentage ondervoede patiënten dat de polikliniek bezoekt alsmede zicht krijgen op welke polikliniekafdelingen ondervoeding het meest voorkomt.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode maart–mei 2008, in negen ziekenhuizen verspreid over Nederland: Amphia Ziekenhuis (Breda/Oosterhout), Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen), Catharina Ziekenhuis (Eindhoven), Haga Ziekenhuis (Den Haag), Martini Ziekenhuis (Groningen), Máxima Medisch Centrum (Veldhoven), Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (Rotterdam), VU medisch centrum (Amsterdam) en Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede).

Iedere patiënt die op één van de onderzoeksdagen op de polikliniek kwam, kreeg bij aanmelding een vragenlijst uitgedeeld door de balie-medewerker. Geïnformeerd werd naar leeftijd, geslacht, het gewicht van respectievelijk één maand en zes maanden geleden, of patiënten onder behandeling waren van een diëtist, en een aantal ziektebeelden. Vervolgens werd door een – op elke afdeling aanwezige – onderzoeker de vragenlijst gecontroleerd en het gewicht gemeten. Lengte werd in drie ziekenhuizen gemeten en in de andere ziekenhuizen nagevraagd. Op basis van BMI en percentage gewichtsverlies kon het aantal patiënten met ondervoeding worden vastgesteld.

Resultaten

In totaal zijn gegevens verzameld van 2288 polikliniekpatiënten (1086 mannen en 1202 vrouwen) met een gemiddelde leeftijd van 57 jaar. Ondervoeding bleek voor te komen bij 5% van de patiënten, waarvan slechts 16% onder behandeling was van een diëtist. De poliklinieken waar ondervoeding het meest voorkwam, waren mond- en kaakchirurgie (17%), oncologie (10%), revalidatie (8%), heelkunde (7%), MDL-ziekten (7%) en longziekten (7%). Daarnaast viel op, dat in de groep niet-ondervoede patiënten 39% overgewicht en 19% obesitas had. Ook hiervan is de graad van herkenning en behandeling laag; 8% van de patiënten met overgewicht en 14% van de patiënten met obesitas was onder behandeling van een diëtist.

Ondervoeding kwam voor bij 9% van de patiënten met een MDL-ziekte, 7% van de patiënten met kanker, 6% van de patiënten met een chronische longziekte en 5% van de preoperatieve patiënten.

Conclusie

Hoewel de prevalentie van ondervoeding op de polikliniek relatief laag is, is er veel kwaliteitsverbetering te realiseren, aangezien slechts een klein deel van de patiënten wordt herkend en behandeld. De verwachting is dat een betere herkenning en behandeling van de ondervoede patiënten op de polikliniek, te beginnen met de 'hoogerisico'-poliklinieken, zal resulteren in een afname van het aantal patiënten dat ondervoed in het ziekenhuis wordt opgenomen. Dit sluit ook aan bij de onlangs verschenen Kabinetsnota 'Gezonde voeding van begin tot eind' (4 juli 2008), waarin dit doel expliciet is verwoord.

Daarnaast is de prevalentie van overgewicht erg hoog, en de herkenning en behandeling hiervan ook laag. Omdat zowel ondervoeding als overgewicht de medische behandeling kunnen beïnvloeden, zou idealiter de voedingstoestand van patiënten op de polikliniek bij elk bezoek moeten worden bepaald.

Eva Leistra, Hinke Kruijzena en Anja Evers

Stuurgroep Ondervoeding

ondervoeding@snellerbeter.nl / www.stuurgroepondervoeding.nl

	Aantal (% totale populatie)	Slechte voedings- toestand ¹	Matige voedings- toestand ²	Geen ondervoeding ³
Maag-darm- leverziekte	129 (10,5%)	11 (8,5%)	2 (1,6%)	116 (89,9%)
Kanker	99 (9,3%)	7 (7,1%)	3 (3,0%)	89 (89,9%)
Chronische longziekte	180 (14,7%)	10 (5,6%)	1 (0,6%)	169 (93,9%)
Pre-operatief	108 (8,8%)	4 (3,7%)	–	104 (96,3%)

¹ BMI <18,5 kg/m² en/of onbedoeld gewichtsverlies >5% in de afgelopen maand of >10% in de afgelopen 6 maanden

² BMI ≥18,5 kg/m² en onbedoeld gewichtsverlies 5-10% in de afgelopen 6 maanden

³ BMI ≥18,5 kg/m² en geen onbedoeld gewichtsverlies

ADVERTENTIE PENTAX

Darmtransplantaties bij kinderen in Nederland

In het afgelopen halfjaar zijn voor het eerst in Nederland darmtransplantaties bij kinderen uitgevoerd, beide in het UMCG in Groningen. De eerste transplantatie was een gecombineerde lever-alvleesklier-dunnedarm- en colontransplantatie. De tweede transplantatie was een dunnedarm- en colontransplantatie. In beide gevallen waren het kleuters met *microvillous inclusion disease* (MID). Aan deze eerste darmtransplantaties bij kinderen ging een uitgebreide voorbereiding vooraf. In het UMCG is vanaf 1999 een infrastructuur gecreëerd, zodat in 2001 formele toestemming volgde. Vanaf die periode zijn kinderen naar Groningen verwezen voor de indicatiestelling dunnedarmtransplantatie. Sinds 2001 zijn in Groningen drie volwassenen succesvol getransplanteerd. Vanaf 2006 staan ook kinderen op de wachtlijst.

Darm, lever, proximale colon en alvleesklier

Het eerste jongetje ('we noemen hem Thomas') werd vlak vóór zijn vijfde verjaardag opgeroepen. In de eerste maanden na de geboorte bleek dat hij MID had. De ouders werden begeleid door het home-parenteral nutrition team (home-TPN) van het AMC onder leiding van Hans Sauerwein en Marc Benninga.

Kinderen met MID zijn volledig afhankelijk van parenterale voeding. Als gevolg hiervan kreeg Thomas frequente lijnproblemen en TPN-geïnduceerde cholestase. Daarnaast werd zijn ontwikkeling in zekere mate geremd door de beperkte actieradius vanwege deze behandeling en de vele ziekenhuisopnames. In mei 2006 werd Thomas daarom op de wachtlijst gezet voor een geïsoleerde darmtransplantatie. Deze status werd uitgebreid naar een gecombineerde darm-levertransplantatie vanwege het voortschrijden van de TPN-cholestase en het ontstaan van portale hypertensie. In 2008 kwam het donoraanbod. Vanwege de aanwezigheid van afwijkingen in het colon bij MID werd besloten om ook het proximale colon van de donor mee te transplanteren. Tevens werd besloten om de alvleesklier en bloc mee te transplanteren. De gehele procedure nam ruim twaalf uur in beslag.

Na de operatie

De postoperatieve fase werd gekenmerkt door een herpes-6-virusinfectie waarbij Thomas de eerste week na transplantatie hoge koorts ontwikkelde en een bijna oncontroleerbare stoma-output. Zijn elektrolytenbalans was uitermate moeizaam te corrigeren. Door reductie van immuunsuppressie kwam de virale infectie langzaam tot stilstand, waarna hij in een relatief korte tijd herstelde. Andere complicaties waren een strengileus en een stomaprolaps waarvoor reïnterventies noodzakelijk waren. Vanwege een recidief van het prolaps werd uit-

eindelijk besloten tot het voortijdig opheffen van het dubbelloops ileostoma. In het laatste deel van de opname kon de enterale voeding in een rap tempo worden uitgebreid, en na een periode van 2½ maand na transplantatie kon Thomas in een goede conditie, volledig enteraal gevoed, naar huis. Het lukt hem nu om alle voeding (voornamelijk drinkvoeding) zelf tot zich te nemen.

Darmtransplantatie: tweede ervaring

De tweede darmtransplantatie bij een kind werd uitgevoerd in september 2008. Deze kleuter met MID was tot dat moment ook via het home-TPN-team in het AMC en kinderartsen in het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag begeleid. Hij ontwikkelde geen TPN-cholestase. Ook dit jongetje kwam – in maart 2007 – op de wachtlijst van het UMCG voor een geïsoleerde dunnedarm- en colontransplantatie en kreeg in september een donoraanbod. De darmtransplantatie verliep voorspoedig en was binnen een tijdsbestek van zes uur afgerond. Na een kortstondig verblijf op de Kinder-IC wordt hij nu verpleegd op de afdeling. De enterale voeding werd snel uitgebreid en na drie weken was hij volledig enteraal te voeden.

Microvillous inclusion disease

Wereldwijd is MID in 6% van de darmtransplantaties de indicatie. Tot nu toe hebben 1200 patiënten een darmtransplantatie ondergaan, in bijna de helft van de gevallen gecombineerd met een levertransplantatie. Ruim de helft hiervan zijn kinderen. Registratie van patiënten na transplantatie vindt plaats via een database in Canada en is te raadplegen via www.intestinaltransplant.org. Eénjaarsoverleving na geïsoleerde darmtransplantatie is in het huidige tijdvak rond de 80% en vijfjaarsoverleving rond de 50–60%.

MID is voor beide kinderen de indicatie geweest om transplantatie uit te voeren. Deze ziekte wordt gekenmerkt door structurele afwijkingen van de epitheliale architectuur. In het afgelopen halfjaar is door samenwerking van de afdelingen Celbiologie, Genetica en Kindergeneeskunde van het UMCG het defect van *microvillous inclusion disease* opgehelderd. Celbioloog Sven van IJzendoorn en geneticus Martin Wapenaar zijn in staat gebleken om een myosine-eiwit aan te wijzen als het structurele eiwit dat defect is bij deze ziekte. Deze ontdekking zal het mogelijk maken *genetic counseling* aan te bieden en maakt het ontwikkelen van genetische therapieën mogelijk.

Edmond Rings, Gerard Dijkstra en Vincent Nieuwenhuijs, UMC Groningen

ORATIE PETER D. SIERSEMA

‘Van onderzoek naar (be)handelen’

Op het gebied van MDL-oncologie bijdragen aan een verdere verbetering van de prognose van patiënten met kanker in het maagdarmkanaal of met voorlopers daarvan. Die ambitie sprak Peter D. Siersema uit in zijn oratie ‘Van onderzoek naar (be)handelen’. Hij deed dat als MDL-arts, endoscopist en onderzoeker verbonden aan het UMC Utrecht.

Siersema gaf vanuit zijn praktijk een aantal voorbeelden van onderzoek dat is voortgekomen uit klinische problemen en dat moet leiden tot beter handelen en behandelen op de korte of lange termijn. Zijn zoektocht richt zich vooral op biomarkers die vroegtijdig een verhoogd risico op kanker kunnen voorspellen. Eén van de eerste onderzoeken waarbij Siersema betrokken was, had betrekking op Barrett-slokdarm. Patiënten met deze ziekte hebben een verhoogde kans op een specifieke vorm van slokdarmkanker, adenocarcinoom. Die kans is niet hoog (0,5%) maar de incidentie neemt ook in Nederland sterk toe. Het onderzoek was gericht op biomarkers die zich, naast de histologische diagnose, lenen om Barrett-patiënten met een verhoogde kans op adenocarcinoom te onderscheiden. Daartoe is *flow cytometrie* onderzocht als mogelijkheid. Deze methode bleek echter onvoldoende gevoelig voor een betrouwbare voorspelling, terwijl daaraan dringend behoefte is. “Wij onderzoeken nu of micro-RNA’s kunnen worden gebruikt als biomarker voor een vroegtijdige signalering.”

Klachten met voedselpassage

Bij patiënten met een zóver gevorderde vorm van slokdarmkanker dat opereren geen zin heeft, wordt overgegaan tot een palliatieve behandeling om klachten met de voedselpassage te verminderen. De twee meest gebruikte methoden zijn een stent, een buisje in de slokdarm, en brachytherapie, een éénmalige inwendige bestraling van de slokdarm. Het plaatsen van een stent leidt tot een snelle verbetering van de passageklachten, maar de brachytherapie bracht meer verbeteringen over de gehele periode. Het totaal aantal complicaties was in de stentgroep hoger dan in de brachytherapiegroep. Bij stents ontstaan op langere termijn meer bloedingen. Brachytherapie leidt ook tot een lichte verhoging van de kwaliteit van leven.

Inmiddels is in Nederland de PLAMET-studie gestart naar het gebruik van plastic stents en twee typen zelfontplooibare metalen stents. Daarnaast wordt onderzocht of een algoritme te maken is voor het doen van keuzes met betrekking tot de meest optimale stent



voor een individuele patiënt, rekeninghoudend met kwaliteit van leven van patiënten, behandelkosten en type stent. Dit is een multicenterstudie in meer dan 25 Nederlandse ziekenhuizen.

Prognose maagdarmkanker

Siersema concludeerde uit de behandelingsresultaten van de verschillende vormen van maagdarmkanker, dat de prognose van de meeste vormen de laatste vijftig jaar weinig of niet is verbeterd. “Alhoewel de éénjaarsoverleving van slokdarmkanker en alvleesklierkanker door betere operatietechnieken en peri-operatieve zorg met name in de expertcentra wel is verbeterd, weerspiegelt zich dat nog onvoldoende in gunstiger vijfjaarsoverlevingscijfers.” Dikkedarmkanker vormt de uitzondering: door de combinatie van chemotherapie en radiotherapie en chirurgie is de vijfjaarsoverleving gestegen van 45% naar bijna 60%. Wel is de incidentie vanaf 1990 met meer dan 10% toegenomen. Dikkedarmkanker is bij vrouwen na borstkanker de meest voorkomende tumor en bij mannen na prostaatkanker. “De kans dat een patiënt geneest van dikkedarmkanker, is nu groter dan de kans dat dit niet gebeurt. Ook de tijdige herkenning van patiënten met erfelijke familiale dikkedarmkanker en de kleinschalig ingezette screening spelen wellicht een rol.” De laatste onderzoekslijn die Siersema toelichtte, had betrekking op IBD-gerelateerde dikkedarmkanker. Volgens de bestaande richtlijnen moeten patiënten met inflammatoire darmziekten elke twee jaar een onderzoek van de gehele dikke darm ondergaan (colonoscopie). Uit een recente studie blijkt dat ten minste 17% van de patiënten eerder dikkedarmkanker ontwikkelt dan waarop de richtlijn is gebaseerd.

Voor IBD geldt dat het lastig is om dysplasie in biopsieën uit de dikke darm vast te stellen. Daarom wordt ook voor deze ziekte onderzoek gedaan naar biomarkers voor betrouwbare voorspellingen. Ook start een onderzoek naar de waarde van chemopreventieve maatregelen bij patiënten met langdurige IBD.

Aandacht voor risicofactoren

Uit oogpunt van preventie is het belangrijk om veel aandacht te besteden aan de risicofactoren voor dikkedarmkanker. MDL Oncologie Utrecht doet mee aan onderzoek hiernaar in een grote Europese database. “In deze database wordt de relatie tussen dieet, voedingsstatus, leefstijl en omgevingsfactoren en de incidentie van verschillende vormen van kanker onderzocht. In de database zijn gegevens opgenomen van meer dan een half miljoen personen verspreid over heel Europa.”

Herbert Falk (1924–2008)

Op 8 augustus 2008 overleed dr. Herbert Falk thuis in zijn geliefde Freiburg.

Herbert Falk was bij velen bekend door zijn workshops en symposia over gastro-enterologie en hepatologie. Met een geweldige visie wist hij vanaf de jaren zestig een strategie te ontwikkelen voor het organiseren van congressen van topkwaliteit. Op unieke wijze bracht hij wetenschappers en clinicus bijeen. De congressen vonden over de hele wereld plaats onder auspiciën van de Falk Foundation. Meer dan 100.000 professionals uit meer dan honderd landen hebben tot heden aan internationale Falk-symposia en -workshops deelgenomen. Zijn cursussen werden door meer dan een miljoen bezoekers gevolgd.

Ruim vóór maar ook na de 'val van de muur' was Herbert Falk in het Oostblok actief met



educatieve symposia. Falk heeft daardoor een grote rol gespeeld bij het overbrengen van 'westerse' kennis en normen voor betere medische zorg.

Ofschoon men bij door farmaceuten georganiseerde congressen altijd beducht is op het marketing-element, was dit bij Falk nooit aan de orde. Hij was hierin een voorbeeld *avant la lettre*. Wat hij allemaal tot stand heeft gebracht, vindt men goed verwoord in zijn boek *Promotion of knowledge reflected in time, personal memories and outlook of Herbert Falk* uit 2006.

Persoonlijk bewaar ik de beste herinneringen aan de wetenschappelijk voortreffelijke 'Bile Acid meetings', met als meest recente voorbeeld de twintigste: *Bile acid biology and therapeutic actions* (Falk Symposium 164) in juni 2008 in Amsterdam.

Voor zijn vrouw Ursula en zijn zoon Martin zal het een zware taak zijn om de Foundation in de geest van Herbert Falk voort te zetten. Hij was een groot mens, aan wie de hele MDL-wereld veel te danken heeft.

Gerard P. van Berge Henegouwen, UMC Utrecht

Paul Yap

Met een wetenschappelijk symposium in Leuven, getiteld 'Globalisation in Hepatology', is emeritus professor Paul (Sing Hiem) Yap op 12 september jongstleden in het zonnetje gezet door diverse (oud)medewerkers en hoogwaardigheidsbekleders, onder wie de ambassadeur van Indonesië in België.

Paul Yap heeft zeer veel betekend voor de hepatologie in zowel Nederland als België. Als geen ander heeft Paul een brug geslagen tussen kliniek en laboratorium. Yap keerde terug van het prestigieuze Albert Einstein College in New York met een ruime ervaring en kennis op het gebied van moleculaire technieken. Deze zette hij vervolgens in Nijmegen in voor het onderzoek naar de basale mechanismen van de *acute fase respons* tot virale hepatitis en malaria. De medewerkers van Yap waren doorgaans Young Ambitious Persons. Dat moest ook wel, als je je staande wilde houden in het vaarwater van iemand die met zo'n groot enthousiasme op zijn doel afging. Van een lange vermoeiende ERCP-sessie snel naar het lab om nog even de resultaten van die dag door te nemen. Die combinatie van klinisch en wetenschappelijk onderzoek op hoog niveau was hét visitekaartje van Paul.

Als het hem niet lukte iemand te overtuigen, dan kon er teleurstelling zijn en onbegrip. Zoals die keer dat Paul als kenner en liefhebber van de Aziatische keuken met een collega naar Tokio toog en dacht zijn collega daar de culinaire avond van zijn leven te kunnen bezorgen. Helaas voor Paul: de collega koos de veilige Hollandse weg en gaf de voorkeur aan een solide hamburger bij McDonalds... Paul kon het maar niet begrijpen, al moest ook hij er later om lachen.

Eind jaren tachtig verhuisde Paul van Nijmegen naar Leuven, waar hij verantwoordelijk werd voor het hepatologisch onderzoek. Dit onderzoek was vooral gericht op de infectieroutes van het hepatitis B- en C-virus. Een gebied waaraan hij belangrijke bijdragen leverde.

Wij, oud-medewerkers die veel aan hem hebben te danken, hopen – en velen met ons – dat hij met Angela zal genieten van nog vele mooie en rustige jaren. Hoewel, dat laatste zal nog even op zich laten wachten: Paul wil zich eerst gaan inzetten om de hepatologie in zijn geboorteland Indonesië op een hoger niveau te brengen. Zijn *track record* kennende zijn we ervan overtuigd dat hij daarin zal slagen. Wij wensen hem daarbij alle succes.

Prof. dr. Han Moshage (promovendus 1987; thans MDL, UMC Groningen) en *dr. Theo van Ditzhuijsen* (promovendus 1988; thans MDL, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch)



CBO-RICHTLIJN

Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen

Na drie jaar noeste arbeid door vertegenwoordigers van alle bij obesitas betrokken beroepsgroepen, waaronder de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen is de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' geaccordeerd en verschenen.^{1,2} De richtlijn wil een richtsnoer zijn in de dagelijkse praktijk rondom diagnostiek en behandeling van obesitas (BMI ≥ 30 kg/m² bij volwassenen) en geeft dit via een stroomdiagram voor kinderen en voor volwassenen aan. Bij volwassenen worden, na vaststelling van BMI en buikomvang en aanvullende diagnostiek, de gecombineerde leefstijlinterventies van dieet, lichamelijke activiteit en psychologische interventie aangegeven, waarbij bij onvoldoende gewichtsverlies (<5% in één jaar) in bepaalde categorieën van BMI en co-morbiditeit medicatie een plaats heeft en afhankelijk van BMI en co-morbiditeit ook chirurgie. Overgewicht (BMI 25–30 kg/m²) wordt niet actief opgespoord en bij een hulpvraag wordt geadviseerd verdere gewichtstoename te voorkomen. Uitzondering is hier een te grote buikomvang of aanwezigheid van type-2 diabetes mellitus. Het stroomdiagram voor kinderen geeft een richtlijn voor het vaststellen van obesitas en nadere diagnostiek en therapie, maar geeft ook aan wanneer dit in de eerste lijn of meer in het specialistische traject

moet gebeuren. In algemene zin worden hier farmacologische en chirurgische interventies afgeraden.

Misschien wel de belangrijkste boodschap, waarvan patiënt en zorgverlener zich niet bewust zijn, is dat effecten van interventies op het lichaamsgewicht vaak worden overschat, terwijl het effect op de gezondheid vaak wordt onderschat. In dit kader is een beperkt succesvol gewichtsverlies van 0 tot 4,9%, mits gecombineerd met meer bewegen en gezonder eten, een klinisch relevante uitkomst. Een gewichtsverlies van 5–9,9% wordt als matig succesvol, een van 10–14,9% als succesvol en een van $\geq 15\%$ als zeer succesvol bestempeld. Het uitbrengen van de richtlijn betekent echter nog geen implementatie in de praktijk: afspraken over de regie en verantwoordelijkheden in de ketenzorg rondom obesitas en geassocieerde co-morbiditeit moeten nog worden gemaakt.³

Lisbeth Mathus-Vliegen, MDL-arts, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

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

ONDERZOEK

TOPIC-STUDIE NAAR THIOPURINE-OPTIMALISATIE Farmacogenetische testen bij IBD

Farmacogenetica beoogt medicamenteuze behandeling te verbeteren door genetische factoren bij de keuze van (de dosering van) een medicijn te betrekken. Mogelijk worden hierdoor bijwerkingen voorkomen en de effectiviteit verbeterd. Genotypering van thiopurine S-methyltransferase (TPMT) voorafgaand aan behandeling met azathioprine of 6-mercaptopurine is hiervan een voorbeeld. Door bepaling van genetische afwijkingen in TPMT voor aanvang van behandeling kan een gedeelte van de beenmergsuppressies worden voorkomen. In de Topic-studie wordt bij IBD-patiënten onderzocht of TPMT-genotypering voorafgaand aan behandeling met een thiopurine kosten-effectief is in het Nederlandse zorgsysteem.

Onderzoeksoepzet en patiëntenpopulatie

De Topic-studie is een prospectief gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bij 1000 patiënten die voor het eerst starten met azathioprine of 6-mercaptopurine. Na randomisatie wordt één groep behandeld met een standaarddosering op basis van lichaamsgewicht en één groep met een

dosering gebaseerd op lichaamsgewicht én genotypering. Het onderzoek betreft patiënten met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa die (voor het eerst) starten met een thiopurine.

De primaire uitkomstmaten zijn: percentage bijwerkingen, effectiviteit op vijf maanden, kosten van de behandeling en kwaliteit van leven.

Onderzoekers

De projectleiding is in handen van Barbara Franke, moleculair geneticus in het UMC St. Radboud en Dirk de Jong als MDL-arts. Om het grote aantal patiënten te kunnen includeren, is een flink aantal deelnemende centra noodzakelijk. Inmiddels is de studie opgestart in achttien ziekenhuizen, loopt het toetsingstraject in zes ziekenhuizen en zijn de eerste 86 patiënten gerandomiseerd. Geïnteresseerde centra kunnen zich nog steeds opgeven voor deelname. Het onderzoek wordt in de meeste ziekenhuizen ervaren als makkelijk invoegbaar in hun praktijk. Voor de uitvoering van de studie is een ZonMw-subsidie verkregen.

Wilt u meer weten?

Studiecoördinator is Corine van Marrewijk, afdeling Antropogenetica, tel (024) 361 77 52, e-mail topic@antrg.umcn.nl.

GENOME-WIDE APPROACHES TOWARDS IDENTIFICATION OF SUSCEPTIBILITY GENES IN COMPLEX DISORDERS

Lude Franke, Universiteit van Utrecht, 27 mei 2008

Het humane genoom bevat miljoenen plekken waar mensen van elkaar verschillen. Met de recente komst van zogenaamde ‘DNA-chips’ is het mogelijk geworden naar honderdduizenden van deze genetische varianten ineens te kijken. Met behulp van deze chips hebben we het DNA van een groot aantal coeliakiepatiënten systematisch vergeleken met dat van gezonde controlepersonen. Verscheidene genetische varianten lieten een significant verschil tussen deze groepen zien. Een aantal van deze varianten ligt verrassend bij genen die coderen voor verschillende interleukinen of chemokinen, zoals IL2, IL12A, IL18RAP, IL18R1, IL21, CCR1, CCR2, CCRL2, CCR3, CCR5 en CCXCR1.

Daarnaast observeerden we dat sommige van deze genetische varianten ook het risico op type 1-diabetes, reuma en de ziekte van Crohn verhogen, wat wijst op een gemeenschappelijke genetische basis voor deze immuungerelateerde ziekten.

Dit proefschrift beschrijft daarnaast nieuwe statistische strategieën waarop deze DNA-chips nog meer kunnen worden ingezet.

Curriculum vitae

Lude Franke werd geboren te Oldenzaal (1980). In 1998 begon hij zijn studie medische biologie aan de Universiteit Utrecht en startte in 2001 het grafisch ontwerp bureau Ludesign, tegenwoordig CleverFranke genaamd. Lude Franke vervulde zijn stage bij de afdeling Medische Genetica van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, waar hij genexpressie- en genetische onderzoeksdata integreerde. Eind 2003 begon Lude als aio bij de afdeling Medische Genetica, Universitair Medisch Centrum Utrecht, waar hij zijn afstudeeronderzoek vervolgde. Dit leidde uiteindelijk tot onderhavig proefschrift. Tijdens zijn aio-periode was Franke drie maanden te gast bij dr. Lon Cardon, Wellcome Trust Centre for Human Genetics, Oxford. Per 2008 is Lude post-doc bij de afdeling Genetica van het Universitair Medisch Centrum Groningen en bij de afdeling Gastroenterologie van Queen Mary, University of London.

Het promotieonderzoek van Lude Franke werd gefinancierd door Celiac Disease Consortium, Netherlands Genomics Initiative.

Het proefschrift is te downloaden van: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2008-0527-200625/franke.pdf>

PREVENTION AND INTERVENTION STRATEGIES IN ACUTE PANCREATITIS

Marc G.H. Besselink, UMC Utrecht,
19 september 2008

In de afgelopen tien jaar steeg de incidentie van acute pancreatitis in Nederland met 50% tot ruim 3400 opnames in 2006. 80% van de sterfgevallen hangt samen met bacteriëmie en geïnfecteerde pancreasnecrose. Dit proefschrift beschrijft diverse onderzoeken uitgevoerd in vijftien ziekenhuizen van de Acute Pancreatitis Werkgroep Nederland, waaronder alle Nederlandse universitair-medische centra.

In twee gerandomiseerde, placebogecontroleerde trials werd aangetoond dat: a) ursodeoxycholzuur bij patiënten met symptomatisch galsteenlijden niet in staat is om acute biliare pancreatitis danwel galsteenkoliëken te voorkomen en b) probiotica bij patiënten met voorspeld ernstige pancreatitis niet in staat zijn om infecties te voorkomen. Gebruik van probiotica leidde onverwacht tot een hogere sterftkans. Dit negatieve effect bleek uitsluitend op te treden bij patiënten met orgaanfalen.

In drie meta-analyses werd aangetoond dat: a) enterale voeding, in vergelijking met parenterale voeding, leidt tot een significante daling van het aantal infecties en sterfte bij acute pancreatitis, b) een protocollaire ERCP niet zinvol is bij patiënten met biliare pancreatitis zonder cholangitis en c) antibiotica-profylaxe niet in staat is om infecties en sterfte bij acute pancreatitis te voorkomen.

Bij de meerderheid van patiënten met geïnfecteerde necrose bleek een minimaal invasieve operatie technisch haalbaar. Ook was uitstel van interventie tot na 30 dagen na aanvang van de ziekte geassocieerd met een lagere sterfte.

Curriculum vitae

Marc Besselink (1976) werd geboren in Hengelo (Ov.) en studeerde geneeskunde in Utrecht. In 2002 startte hij als onderzoeker bij de afdeling Heelkunde van het UMC Utrecht, met als promotoren prof. dr. H.G. Gooszen en prof. dr. L.M.A. Akkermans en co-promotoren dr. M.A. Boermeester (AMC) en dr. K.J. van Erpecum.

Marc Besselink was (mede-)aanvrager van subsidies verkregen bij onder andere SENTER (Propatria-trial), ZonMw (Pantertrial) en Nutricia Nederland (Python-trial) en is een ZonMw-agiko. Sinds 2005 is Besselink in opleiding tot chirurg in het St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein en het UMC Utrecht. Hij is (co-)auteur van ruim 45 *peer-reviewed* artikelen, *invited-reviews* en boekhoofdstukken.

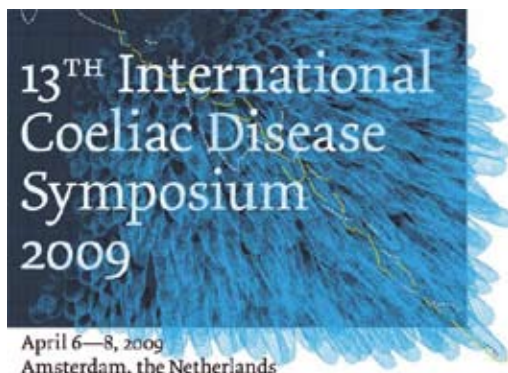
Het proefschrift is te verkrijgen via:
m.besselink@umcutrecht.nl



Bijzondere ervaringsverhalen – ziekte van Crohn & colitis ulcerosa

Van Ingeborg Kuys verscheen in 2007 haar autobiografie *Vreemde kronkels*. Voor haar nieuwe publicatie interviewde zij dertien IBD-patiënten. Zoals tv-presentatrice Nance Coolen, aanstormend wielertalent Maxime Groenewegen (traint onder begeleiding van Leontien van Moorsel), Klaas Dokter, die zijn bergexpeditie met tien andere IBD-patiënten naar de Aconcagua in Zuid-Amerika beschrijft (zie ook *MAGMA 4-2007*) en Sandra Kort, die uit ervaring kan vertellen dat infliximab tijdens de zwangerschap niet per se hoeft te leiden tot afwijkingen of vroeggeboortes. Naast onder anderen Joost Klaase (chirurg, Medisch Spectrum Twente) leverden ook de professoren Chris Mulder (VUmc) en Severine Vermeire (UZ Leuven) een bijdrage.

Bijzondere ervaringsverhalen – ziekte van Crohn & colitis ulcerosa is verkrijgbaar in de boekhandel en via www.vreemdekronkels.nl.



DE AFDELING

FRIESLAND HARD OP ZOEK NAAR MDL-ERS

‘Kom naar Fryslân! It kin heve!’

Bij de oprichting van de Vereniging van Nederlandse Maagdarkwartsen in 1913 was Friesland vertegenwoordigd door collega De Groot uit Leeuwarden. Anno 2008 werken in Friesland negen MDL-artsen, verspreid over vijf ziekenhuizen. Ook verrichten tien internisten endoscopieën. Helaas is dit aantal niet voldoende om het grote aantal patiënten dat zich aandient, te helpen.

In twintig jaar heeft zich een bloeiend MDL-specialisme in Friesland ontwikkeld. De onderlinge samenwerking tussen de verschillende MDL-afdelingen is zeer goed. Er wordt intensief gebruikgemaakt van elkaars mogelijkheden: videocapsule-onderzoek, manometrie en niet te vergeten de endo-echografie.

Vakinhoudelijk zijn alle mogelijkheden in de provincie aanwezig (aan de dubbelballon-endoscopie wordt gewerkt). Ook andere voor MDL-patiënten belangrijke faciliteiten als radiologie (interventie-radiologie, PET-CT-scan), chirurgie (uitgezonderd transplantatiechirurgie), radiotherapie, pathologie en intensive care voldoen aan de hoogste normen.

De lijnen met de universitaire medische centra zijn letterlijk en figuurlijk kort. De meeste samenwerking bestaat met UMC Groningen, maar ook Amsterdam en Utrecht liggen binnen redelijk bereik. Contact vindt plaats via de noordelijke GE-regioavonden (met het UMCG) en de provinciale refereeravonden.

Helaas is het nog niet gelukt actief te participeren in de MDL-opleiding. Blijft dit de komende jaren een utopie?

Uitbreiding MDL-zorg

Op dit moment zijn er in Friesland minimaal drie vacatures voor een MDL-arts: Heerenveen, Leeuwarden en Sneek. In de naaste toekomst volgt Drachten. Het aantal vacatures zal de komende jaren zeker verdubbelen: door leeftijdsgebonden factoren, uitbreiding van werkzaamheden (screening!) en doordat een aantal internisten nu noodgedwongen MDL-taken vervult.

Wonen en werken

De provincie Friesland staat bekend als een zeer aantrekkelijk woongebied (tussen IJsselmeer en Waddenzee) met zeer veel onderwijs- en recreatiemogelijkheden. Voor Friese MDL-ers in spé ligt de ‘Bonkevaart’ binnen bereik. Dus... “Kom naar Fryslân! It kin heve!”

Piet Spoelstra

Lees verder op pagina 96.

‘KOM NAAR FRYSLÂN! IT KIN HEVE!’

Intensieve samenwerking MDL in Friesland

Medisch Centrum Leeuwarden

In dit STZ-ziekenhuis richtte Piet Spoelstra in 1989 de MDL-vakgroep op. In 1993 kwam Rik Jebbink, daarna volgden Klaas van der Linde (2003) en Marleen de Vree (2008). De internisten Jan Willem Kappelle en Margot Themmen springen bij met gastro-duodenoscopieën en colonoscopieën.

MDL en Interne Geneeskunde vormen samen één maatschap en nemen zo deel aan de opleiding voor internisten. MDL Leeuwarden beschikt over de meest gangbare endoscopische technieken, waaronder endo-echografie. Dit jaar nog wordt gestart met videocapsule-onderzoek van de dunne darm.

IBD- en hepatitisverpleegkundigen verzorgen een deel van de spreekuren. Er zijn twee *nurse practitioners* voor patiënten met voedingsproblemen en sinds kort ook een oncologieverpleegkundige. De voorbereidingen voor een Somatisch Psychiatrisch Centrum en een Bekkenbodembodem Centrum bevinden zich in de eindfase.

Met de vijf MDL-chirurgen wordt intensief samengewerkt. Zodra het team kan worden versterkt met een vijfde MDL-arts, zal de toegezegde intensieve samenwerking met Dokkum worden gerealiseerd.

V.l.n.r.: Jan Willem Kappelle, Marleen de Vree, Margot Themmen en Klaas van der Linde (boven). Rik Jebbink en Piet Spoelstra (onder).



Leeuwarden



Dokkum

Dokkum

In De Sionsberg in Dokkum behandelen vier internisten patiënten met MDL-ziekten. Overleg vindt zonodig plaats met de MDL-artsen in Leeuwarden of het UMC Groningen. Diagnostische en therapeutische endoscopieën worden uitgevoerd door collega-internisten Karel van Wieringen (*links*) en Witte Numan (*rechts*).



Sneek-Emmeloord

Sneek-Emmeloord

In het Antonius Ziekenhuis Sneek-Emmeloord zijn de internisten Frits van der Neut (*links*), Thijs Verkuijl (*rechts*) en sinds 1 juni MDL-arts Niek Verhagen werkzaam. Therapeutische scopieën worden zowel in Sneek als Emmeloord verricht, de ERCP's vinden plaats in Sneek. De plannen voor dubbelballon-endoscopieën zijn vèrgevoerd.



Heerenveen

Heerenveen

In het Tjongerschans ziekenhuis bestaat de MDL-vakgroep uit MDL-arts Jan-Henk Voskuil (*links*) en MDL-internist Willem Tel (*rechts*). MDL wordt er in de volle breedte beoefend, zowel diagnostisch als therapeutisch. Heerenveen beschikt als nieuw ziekenhuis over een goed geoutilleerd endoscopiecentrum. Momenteel wordt gewerkt aan een eigen MDL-maatschap.

Drachten

In Nij Smellinghe werken drie MDL-artsen, sinds 2003 in een zelfstandige maatschap: Hugo Wolters (1998), Jan Mark Götz (2002) en Marijke Rasch (2005). MDL Drachten verricht alle gangbare scopieën en sinds vijf jaar ook videocapsule-onderzoeken. De endo-echografieën vinden plaats in samenwerking met het Martini Ziekenhuis in Groningen. Van oudsher zijn er steeds twee scopiërende internisten, die in beperkt programma colo- en gastroscopieën verrichten.

V.l.n.r.: Hugo Wolters, Marijke Rasch en Jan Mark Götz.



Drachten