

## **Inhoud PulmoScript december 2006**

Ten geleide	2
<b>Bestuur</b>	
Van de bestuurstafel	3
Notulen ledenvergadering NVALT 6 oktober 2006 te Utrecht	4
Samenvattingen wetenschappelijke vergadering NVALT	11
<b>Werk in uitvoering</b>	
De EASE-studie: De effectiviteit en veiligheid van de "Airway Bypass Procedure" bij patiënten met ernstig longemfyseem.	15
<b>Commissies, secties en werkgroepen</b>	
Commissie Beroepsbelangen: Projectgroep DBC NVALT	15
Commissie Accreditatie: Gem. Accreditatie Internet Applicatie: GAIA	17
Sectie Assistenten: AIOSCOPE	19
<b>Nascholing</b>	
Variability in genetics and $\beta$ 2-adrenoceptor mediated clinical responses in bronchial asthma	20
Samenvatting proefschrift Anneke van Veen	
Determinants of future work disability in asthma and COPD	23
<b>Pulmopen</b>	
Gregor Mannes	28
<b>Ingezonden</b>	
Werken aan uw toekomst: honderd jarig NVALT lustrum 2008	29
Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2006	30
interstitiële long aandoeningen inclusief sarcoïdose en beroeps- en omgevingsgerelateerde longaandoeningen management en research	31
Marathon Eindhoven	32
Secretariaat	33

## Ten geleide

Bij het verschijnen van deze editie van PulmoScript is Sinterklaas al weer onderweg naar Spanje en horen we de Kerstman al “ho, ho, ho” roepend vanaf de Noordpool aankomen. De tijd van contemplatie en goede voornemens is weer aangebroken. We hebben weer een goed verenigingsjaar achter de rug en als wetenschappelijk secretaris wil ik iedereen die heeft bijgedragen aan de wetenschappelijke verheffing van onze NVALT van harte danken.

Ook uw wetenschappelijk secretaris kijkt terug op een mooi jaar. Oogstte de wetenschappelijke vergadering in het voorjaar al veel lof, de najaarsvergadering kreeg niet alleen inhoudelijk de handen op elkaar, ook de opkomst was nu bovengemiddeld! Het gedoog beleid ten aanzien van de wegblijvers gaat op de helling, een zeker (nu nog) kamerlid is aangezocht ons in deze te adviseren.

De thema sessie rondom de respiratoire allergie was van hoge kwaliteit. Door goede onderlinge afstemming waren de sprekers er in geslaagd het een werkelijk geheel te laten zijn, zodat met recht over een thema sessie gesproken mag worden. Bijzondere dank gaat uit naar onze gast, professor Roy Gerth van Wijk. Na de lunch de pro-con discussie over longtransplantatie. Moderator professor Geert Verleden uit Leuven had er vijf uur voor in de trein gezeten! Dat was niet voor niets geweest. Erik Verschuuren (UMCG) en Diane van Kessel (St. Antonius) maakten er een heus spektakel van. Na een lange discussie bleek de waarheid als altijd ongeveer in het midden te vinden ...De voordracht van collega Verleden over het longtransplantatie programma in Leuven was ook van hoog niveau. Het illustreerde dat alleen koppeling van gedegen wetenschappelijk onderzoek aan een klinisch transplantatie programma zal leiden tot een verbetering van de klinische uitkomsten. In kwantitatieve zin was de eerste poster sessie een succes. De belangstelling vanuit de beroepsgroep viel echter nogal tegen. De poster commissie beraadt zich en belooft harde maatregelen voor de komende najaarsvergadering. Het is een unieke gelegenheid, heet van de pers, kennis te nemen van het onderzoek zoals dat gedaan wordt in Nederland.

De voorliggende PulmoScript is als altijd meer dan lezenswaardig, niet in de laatste plaats omdat een nieuwe rubriek aantreft. Peter van Tilburg, recent aangetreden als nieuw bestuurlid van onze vereniging, heeft de eer de eerste ‘Aioscope’ voor zijn rekening te nemen. Een soort junior Pulmopen, waardoor we als ouderen een dieper inzicht kunnen krijgen in de roerselen van de AIOS-ziel. De eerste aflevering is in dit opzicht al meer dan geslaagd. Het feit dat de echte AIOS zeer geschikt is om als kop van Jut te dienen, blijkt terug te voeren op afstamming van de (Engelse) Juten. Die Engelse afstamming ligt ongetwijfeld ook ten grondslag aan de identiteitsproblemen van de nog onvolwassen AIOS, zoals beschreven in de laatste alinea. Wijlen W.F. Hermans heeft regelmatig op prachtige wijze over de problemen van dit kostschool volkje gepubliceerd. Laten we overigens blij zijn dat het roze boa's betrof en de heren niet in Bunny pakjes ten tonele verschenen ...

Onder dankzegging aan diegenen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze PulmoScript wens ik u veel leesplezier, een witte Kerst en veel goede voornemens de NVALT betreffende. Ik hoop u uiteraard allen op de voorjaarsvergadering te mogen ontmoeten.

Paul Bresser, wetenschappelijk secretaris

## Van de bestuurstafel

Het einde van het jaar is een geschikt moment voor bezinning en vooruitblik. Welke wapenfeiten zijn er te melden in 2006? Zonder de illusie te hebben volledig te zijn kunnen er een aantal worden genoemd:

De start van de projectgroep DBC, het vervolg waarover u in dit nummer wordt geïnformeerd;

Het opzetten voor een aanspreekpunt en procedure voor de vergoeding van 'dure geneesmiddelen'; De ontwikkeling van een organisatiestructuur voor de oncologische NVALT-studies, dat vooral vanuit juridisch perspectief noodzakelijk is gebleken; De inventarisatie van ervaren knelpunten in de zorg bij het opstellen van het basispakket door CVZ; De aandacht van de Raad voor Wetenschapsbeleid voor het functioneren van de werkgroepen; De opwaardering van de website en structureel onderhoud dat verzorgd wordt door Wilma van Gemert; Het ontplooiën van activiteiten binnen de Nederlandse Longstichting (NLS); De deelname aan het GAIA project (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie) van de KNMG, waarover u in dit nummer meer leest; Het beschikbaar komen van een Europese syllabus met kerncompetenties via de ERS taskforce HERMES. Over de meeste van bovengenoemde onderwerpen zult u ook in het komende jaar nog voldoende horen.

Dat geldt zeker ook voor de toekomstplannen van onze vereniging.

Op 31 oktober heeft het bestuur tijdens een beleidsdag gesproken over de missie, de doelen en de strategie van de NVALT voor de komende jaren. Daar is alle aanleiding toe, omdat het aantal taken van de vereniging sterk is toegenomen en daarmee het beroep dat op vele leden wordt gedaan. Dit maakt het verder professionaliseren van de vereniging vrijwel onvermijdelijk. De bedoeling is te komen tot een beleidsplan met doelstellingen op basis waarvan keuzes kunnen worden gemaakt omtrent de organisatiestructuur van de NVALT. Het bestuur wordt bij de ontwikkeling van het beleidsplan begeleid door Michiel Wesseling van de KNMG, die ervaring heeft op dit terrein. Als voorbereiding op de beleidsdag hield hij een achttal interviews met vertegenwoordigers van het Concilium, de Sectie School voor Longziekten, de Commissie Beroepsbelangen, de Raad voor Wetenschapsbeleid, het bestuur en het secretariaat. Tijdens de beleidsdag kwamen de contouren van het beleidsplan reeds in beeld en inmiddels ligt het eerste concept op tafel. Peter Niesink (directeur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) vertelde over zijn ervaringen met het proces van professionalisatie dat zijn vereniging recent heeft doorgemaakt. Doelstellingen werden geformuleerd op het gebied van opleiding, nascholing inclusief het benodigde instrumentarium, wetenschappelijk onderzoek, collectieve en individuele belangenbehartiging evenals communicatie met en tussen de eigen leden alsmede externe partijen.

Op basis van het beleidsplan zal het bestuur een aantal scenario's ontwikkelen. Met name de rolverdeling tussen het bestuur, de commissies en werkgroepen, het secretariaat, de leden en de relatie met sponsors en externe partijen zullen worden beschreven. Als hierin voldoende inzicht is verkregen, zullen vervolgens de gevolgen voor het management, de bemensing, de financiering (waaronder de contributie), ict en het eventueel uitbesteden van werkzaamheden worden uitgewerkt.

Het beleidsplan en deze scenario's zullen ter bespreking aan u worden aangeboden. Het bestuur hecht grote waarde aan de discussie die ongetwijfeld zal losbarsten en zal deze zorgvuldig voorbereiden. Uiteindelijk zal het resultaat een pakket aan voorstellen zijn, dat ter besluitvorming zal worden voorgelegd.

Door de tijdelijke uitval van Diny van der Wijst is het secretariaat niet alleen in het financiële hart getroffen. Wij wensen haar het allerbeste en een voorspoedig herstel. Behalve dat een aantal van haar taken worden waargenomen door de overige medewerkers van het secretariaat, is ter overbrugging externe ondersteuning gezocht en gevonden.

Graag gaat het bestuur met u in 2007 de uitdagingen aan die voor ons liggen. Waarschijnlijk zijn we dan een heel eind op dreef als wij in 2008 het 100 jarig bestaan van de NVALT gaan vieren.

Het bestuur wenst u goede feestdagen en een gezond nieuw jaar.

Jos Rooyackers,  
secretaris

## Notulen ledenvergadering NVALT 6 oktober 2006 te Utrecht

Aanwezig (getekend op presentielijst: 103 )



### 1. Opening

De voorzitter opent de vergadering en heet eenieder van harte welkom. Er wordt een moment stilte gevraagd voor Prof.dr. N. Orië uit Groningen en de Heer R. Spanjaard uit Wassenaar die recent overleden zijn.

### 2. Notulen vergadering 21 april 2006

Geen op- of aanmerkingen. De notulen worden onder dankzegging van Rooyackers en de Jong goedgekeurd.

### Notulen bijzondere ledenvergadering 29 juni 2006.

De notulen worden geaccordeerd.

### Notulen tweede bijzondere ledenvergadering 20 juli 2006. De notulen worden geaccordeerd

### 3. Mededelingen vanuit het Bestuur

de Voorzitter:

- Van den Elshout deelt mee dat de sponsorcontracten nagenoeg zijn afgerond. Vanuit de sponsors wordt steeds meer verantwoording gevraagd over donaties en tegenprestaties. Het contact met de leden wordt door de sponsors als een belangrijke tegenprestatie gezien. Vandaar ook dat Ivax de Bronkhorst-syllabus rond zal brengen. Het Bestuur zal de rol van de sponsors heroverwegen en met de leden bespreken in hoeverre de NVALT bereid is afhankelijk te zijn van deze sponsors. Het beperken van de sponsors zal een verhoging van de contributie betekenen.
- De subsidies voor de richtlijnen en visitaties zijn definitief gestopt. De richtlijnen zullen worden gecontinueerd en zullen uit reserves van de Vereniging worden bekostigd. Dit kan een contributieverhoging tot gevolg hebben. De Minister heeft aangegeven dat de Wetenschappelijke Verenigingen zelf verantwoordelijk zijn voor deze kwaliteitsaspecten.
- De professionalisering van het Bestuur. Het werk van het Dagelijks Bestuur is nog steeds vrijwilligerswerk. De onderhandelingen en besprekingen met derden vergen veel voorbereiding en de gesprekspartners zijn vaak uitstekend voorbereid. Voor bepaalde functies van het Dagelijks Bestuur en eventueel andere commissies zou een vergoeding tegenover moeten staan, waardoor de belangen beter behartigd zouden kunnen worden. Het Bestuur zal hier nader op terugkomen en middels een opiniepeiling de mening van de leden vragen.
- De DBC's. Tijdens de bijzondere ledenvergadering is een projectgroep geïnstalleerd. De voorzitter, R. Djamin, zal aansluitend berichten over de voortgang. De bezoldiging van de projectgroep zou geschieden volgens het waarnemertarief van de OMS. Inmiddels blijkt dit waarnemertarief niet meer te bestaan. Na inventarisatie bij diverse ziekenhuizen is een onkostenvergoeding van € 80,- p/uur vastgesteld tot 1 januari 2007. De genoemde begroting zal overeenkomstig worden aangepast. De vergadering gaat akkoord.
- De opleiding. Per 1 juli jl. is het Centraal Orgaan Beroepen in de Gezondheidszorg (COBG) geïnstalleerd. Dit is een landelijk overkoepelend orgaan dat alle personeel in de Gezondheidszorg vertegenwoordigt. Het Capaciteits Orgaan dat de instroom van aios vaststelt wordt ondergebracht in het COBG.

Alle Wetenschappelijke Verenigingen krijgen opleidingsplaatsen toegewezen. De rol van de Opleidings- en Onderwijsregio's (OOR's) wordt centraal gesteld. De scheve verhouding binnen onze

Vereniging tussen academische ziekenhuizen en perifere ziekenhuizen zal bewaakt moeten worden. Het aantal toegewezen opleidingsplaatsen voor de Longziekten wordt door de CROL verdeeld. Klein vraagt zich af of per 1 januari als het aantal op te leiden aiOS vastgesteld wordt vanuit het COBG, en of dit aantal afwijkt van wat de NVALT de afgelopen jaren heeft vastgesteld? Van den Elshout geeft aan dat het inderdaad de bedoeling is dat dit 1 januari 2007 in zal gaan. Er is discussie gaande tussen de OMS, de NVZ en de NFU. De NVALT loopt qua aantal in de pas met de adviezen die gegeven worden voor de instroom. Probleem is dat er voor de Longziekten 8 academische ziekenhuizen en 14 perifere ziekenhuizen zijn met een volledige opleiding en dat samenwerkingsovereenkomsten wisselend zijn ingevuld.

Djamin vraagt hoe de voorzitter aankijkt tegen het mandaat dat de wetenschappelijke vereniging heeft om de verdeling per opleidingskliniek te bepalen. Van den Elshout antwoordt dat het COBG het totaal aantal opleidingsplaatsen Longziekten vaststelt. De wetenschappelijke verenigingen i.c. de plaatsingscommissies, CROL, bepalen hoe de verdeling plaatsvindt. Dit is ook de intentie van de NVALT.

De Graaff merkt op dat de verdeling binnen de OOR's problemen kan gaan opleveren. Hij vraagt zich af of de NVALT gezamenlijk optrekt met andere wetenschappelijke verenigingen. Van den Elshout merkt op dat "den Haag" alleen onderhandelt met de OMS. Binnen de Plenaire Raad Wetenschap Opleiding en Kwaliteit (Raad WOK) waar alle wetenschappelijke verenigingen vertegenwoordigd zijn, is dit probleem al een aantal keren uitgebreid besproken.

- NVALT-studies. De Werkgroep Oncologie entameert een aantal studies NVALT 1 t/m NVALT 8. Het Bestuur en de Werkgroep Oncologie zijn bezig met het opstellen van een goede structuur voor deze NVALT-studies, waarin juridische zaken en financiële aspecten goed geregeld zijn.

- Dure Geneesmiddelen. Er is opnieuw een discussie ontstaan over de vergoedingen van dure geneesmiddelen. Er is hierover in het verleden al uitvoerig gecorrespondeerd met het Ministerie. Het Bestuur zal ook in de toekomst deze problemen bewaken. De voorzitter doet een oproep om de problemen door te geven aan het secretariaat van de NVALT.

- De stichting Beroepsopleiding Longfunctie Assistenten (sBLA) heeft een nieuw Bestuur, J. van den Aardweg, H. Grotjohan en namens de longfunctieassistenten: H. van Helvoort. De Raad van Toezicht van de sBLA wordt voorgezeten door A. Rudolphus en Y. Heydra.

De secretaris:

- Er zijn een aantal mededelingen vanuit het Forum van de ERS (FERS).

Het Forum wordt uitgebreid met steeds meer landen, ook met landen buiten Europa.

Binnen de HERMES is de kernsyllabus ontwikkeld en gelanceerd tijdens de ERS in München. Deze syllabus is vertaald in het Nederlands. Het komende jaar zal deze syllabus binnen de verschillende landen worden bekeken en beoordeeld. Na een jaar zal de fine-tuning plaatsvinden. De kernsyllabus zal steeds meer gebruikt gaan worden als een Europees document voor de kerncompetenties van de longarts. Men heeft ook een start gemaakt voor een curriculum voor de longartsopleiding.

Het FP-7 programma van de Europese Unie. Het Europees Parlement heeft een amendement aangenomen om de Longziekten alsnog als hoofdprogramma op te nemen in het FP-7 programma. Dit is door de Europese Commissie niet overgenomen. Dit betekent dat de Longziekten zo goed mogelijk ondergebracht moeten worden in de categorie "Overige Chronische Ziekten". Er zijn inmiddels wel meer banden tussen de Europese Unie en de ERS ontstaan.

#### **4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen**

Best Practice m.b.t. de komst van de Nurse Practitioners,

##### **J. Aerts, Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam**

Het Sint Franciscus Gasthuis is een middelgroot ziekenhuis. Men heeft een Nurse Practitioner Oncologie.

De nurse-practitioner (NP) specialiseert zich op een specifiek deskundigheidsgebied. Daarbij worden verpleegkundige handelingen gecombineerd met het uitvoeren van geprotocolleerde en gestandaardiseerde handelingen die traditioneel door de arts worden uitgevoerd. Een NP is geen coördinerend oncologieverpleegkundige (COV). De voornaamste redenen tot het inzetten van een NP is: - coördinatie - kwaliteit oncologische zorg, - ondersteuning bij oncologische studies. De inzet van een NP gebeurt in principe niet in de diagnostische fase.

De NP combineert medische/verpleegkundige en psychosociale zorg. De NP biedt continuïteit en is een zeer goed aanspreekpunt voor zowel de patiënten als de zaalarts. De NP heeft een eigen spreekuur (tegelijk met de longarts), is telefonisch bereikbaar en ontlast daarmee de longarts. De NP is opgeleid boven HBO-niveau en kan daardoor studieondersteuning bieden o.a. bij het indienen METC en datamanagement. Andere taken zijn het geven van voorlichting en klinische lessen. Verder onderhoudt de NP contacten met de IKC.

De inbedding van de NP: de NP functioneert onder verantwoording van de medisch specialist en krijgt leiding van de afdelingsmanager. De vraag van de RVB zal altijd zijn wat de komst van een NP nu feitelijk oplevert. Hiervoor heeft Aerts een aantal management-vraagstukken opgesteld.

*Neemt de kwaliteit toe?* De komst van een NP geeft een duidelijke kwaliteitsverbetering.

*Is er een duidelijke taakafbakening mogelijk tussen medisch specialist, NP en gespecialiseerde verpleegkundige?* De taakafbakening tussen de specialist en de NP is goed af te bakenen. Dit geldt ook voor de taakafbakening tussen de NP en de gespecialiseerde verpleegkundige. De NP doet lichamenlijk onderzoek.

*Vindt er daadwerkelijk substitutie plaats?* Dat is moeilijk te beantwoorden. Patiënten worden nu vaker gezien, vergeleken met wanneer de patiënt alleen door de longarts gezien wordt.

*Geeft dit hogere productie(mogelijkheden) van de specialist?* In zekere zin wel doordat zaken beter gestructureerd worden.

*Leidt deze functie tot lagere kosten?* In zekere zin is dat zo. Bij problemen vangt de NP een aantal patiënten op voordat ze naar de longarts gaan.

*Leidt deze functie tot hogere consultfrequentie?* De patiënt wordt meer gezien.

Grotjohan vraagt zich af hoe het SFG de financiering voor elkaar heeft gekregen. Aerts antwoordt dat in hun ziekenhuis een kandidaat was die zich wilde specialiseren. De baten en lasten zijn berekend en de NP is vervolgens opgeleid en gestart.

De Graaff geeft aan dat er in zijn ziekenhuis een aantal Specialistisch Verpleegkundigen Longziekten (SVL) werkzaam zijn. Men denkt eraan de stap te nemen naar een NP. Degene die opgeleid gaat worden moet hiervoor naar Groningen. Hoe heeft het SGF dit geregeld? Aerts antwoordt dat je deze mensen inderdaad een tijd kwijt bent. Wel komen ze voor het doen van stages weer terug in het ziekenhuis. Probleem is ook dat er tijdens vakanties geen waarneming is voor de NP.

Wielders vraagt zich af wat het verschil is tussen de SVL en een NP. Aerts antwoordt dat er geen verschil is als je een SVL Oncologie hebt die al een lange tijd meeloopt. Als zo'n SVL er nog niet is, is de NP zeker een meerwaarde voor de afdeling.

## **Djamin DBC's**

### **Projectgroep**

- Uitgangspunten die genomen zijn.
- Er zullen een aantal veranderingen komen per 1-1-2007 pakket
- Prioriteiten en de plannen voor de komende maanden
- Er zal een Database opgesteld worden

### **Projectstructuur**

- Leden: Remco Djamin, Pascal Wielders, Gregor Mannes, Koen Liesker.

Er zullen wellicht nog een aantal longartsen bijkomen.

Men wordt ondersteund door Wil van Leuven, die management taken in Arnhem vervult en het proces zal bewaken en Steven Drevers, consultant binnen de DBC's.

### **Uitgangspunten projectgroep**

- Loon naar werken. Kijkend naar de DBC's zouden alle handelingen gedeclareerd moeten kunnen worden.

- Vereenvoudiging van de typeringslijst

- Beperking administratieve lasten.

- De producttypering en DBC's zijn onomkeerbaar

Men is inmiddels een 5-tal keren bij elkaar geweest en men heeft tot doel dat men een aantal essentiële zaken wil bereiken.

### **Wat te verwachten?**

**1-1-2007.** Deze datum had eigenlijk 1 juni 2006 moeten zijn.

- Vervallen van 25 exacerbatie/recidief -> 21

- Vervallen van 16 medebehandeling -> 11

•Enkele specifieke problemen: B.v. Bronchoscopie bij een controlepatiënt COPD en die men nu niet kwijt kan. Dit geldt ook voor de radiotherapie bij een mesothelioom. De problemen van het niet kunnen declareren van handelingen op de IC worden aangepakt. Op dit moment staat er dat deze handelingen alleen kunnen worden gedeclareerd als ze op verzoek zijn van de 1<sup>e</sup> lijn.

- Vervolg met dagbehandeling mogelijk voor een aantal diagnoses
- Bestraling mesothelioom ook in dagbeh. en klinisch

- Introductie van IC-producten voor longartsen

- 039670 ACUTE BEADEMING (IC) INVASIEF DOOR LONGARTS.

- 039671 ACUTE BEADEMING (IC) NONINVASIEF DOOR LONGARTS.
- 039672 IC MEDEBEHANDELING DOOR LONGARTS.
- 039673 IC BESPREKING DOOR LONGARTS (PER PATIENT 1 MAAL TE REGISTREREN)

Acuut

- Instructie DBConderhoud 1-1-2007
- Invoering verbeterpakket 1-1-2007 (beperkte verbeteringen)
- Problematiek op te lossen voor verbeteringspakket 1-6-2007 o.a.:
- Klinisch zonder dagen wil met ook voor de longziekten introduceren. Dit zal echter pas op 1 juni 2007 in kunnen gaan.

### **Loon naar werken**

- IC vergoeding
- Aanpassing tarieven n.a.v. introductie Consult DBC
- Vergoeding voor diagnostische activiteiten voor andere specialismen. Bijvoorbeeld de longfunctiebeoordelingen voor patiënten die geopereerd moeten worden voor een ander specialisme. Dit soort activiteiten moet geregeld worden in de DBC's van andere specialismen.
- Zijn de juiste normtijden bepaald? Er vinden op dit moment een aantal rondrekeningen plaats. Het belang van goed registreren is evident.
- Kunnen we als artsen straks bij gelijkblijvende productie onze normtijd halen?
- Hoe zitten de longartsen in de nieuwe rondrekening?
- Wat wordt het uurtarief? Dit wordt geregeld via de orde.

### **Vereenvoudiging.**

- Hoe verstandig de lijst vereenvoudigen?
- Welke codes worden veel gebruikt en welke niet?
- Welke DBC's vallen veel uit en waarom?
- Hoe de validatie eenvoudig en goed te laten lopen?
- Welke consequenties heeft dit voor declaraties op landelijk en lokaal niveau?
- 1e mogelijkheid invoering 1-1-2008

### **Informatie / Database**

Om te voorkomen dat beslissingen worden genomen op basis van vermoedens en geluiden wil de projectgroep een database opbouwen met gegeven over DBC's en activiteiten.

- Toestemming van de ziekenhuizen en maatschappen
- Database samenstellen.
- Bevragen en informatie analyseren en toepassen

### **Database**

- NVOG-model Casemix data
- Strikt vertrouwelijk!
- Anoniem
- Niet voor derden!
- Terugkoppeling benchmark

Brief volgt

Voorbeelden invoegen:

### **Conclusies**

- Projectgroep actief
- Prioriteiten
- Database in de maak

### **Goede registratie essentieel!**

Van de Ven vraagt zich af hoe het zit met de consult-DBC's. Djamin geeft aan dat men heeft aangegeven dat de aanpassing van de tarieven geen bezuinigingsmaatregel is. Dat betekent dat het erbij komt bij de vervolg DBC's.

De data voor de database komen via Casemix (is een bedrijf dat ziekenhuizen ondersteunt met databases). Het aanleveren van alle data door de ziekenhuizen betreffende de DBC's verloopt moeizaam. Men zal nu eerst een momentopname maken en kijken hoe het tot nu toe gaat met de DBC's.

Klein vraagt zich af wat de veranderingen van de DBC's zijn zoals afgelopen week in het nieuws werden gemeld. Djamin merkt op dat er een plan is geïnitieerd door de OMS, dat inmiddels is overgenomen door Hoogervorst. Over de maatregelen, zoals die in de pers zijn verschenen bestaat echter nog geen consensus.

De Graaff vraagt zich af indien de longartsen mee zouden liften in DBC's van andere specialisten, dit niet afgaat van het gehele bedrag wat voor de longziekten bestemd is afgaat? Djamin antwoordt dat als er een analyse gemaakt wordt van alle activiteiten van de longarts, blijkt dat slechts 90% van deze activiteiten gedeclareerd kunnen worden. Deze actie past in het streven om alle voor patiëntgebonden activiteiten een honorarium te bewerkstelligen.

De voorzitter dankt Djamin voor zijn uiteenzetting.

## **5. Mededelingen vanuit het Concilium**

Er is sinds één jaar een versnelde procedure voor de visitaties. Dit betekent dat het uiteindelijke rapport veel sneller naar de MSRC gestuurd kan worden en er veel sneller een oordeel van de MSRC komt.

## **6. Verslag Raad voor het Wetenschapsbeleid (RVW)**

Update 6 oktober 2006

Leden van de RvW zijn.

Henk Jansen (vz)

Emiel Wouters

Jan van Noord

Harry Groen

Paul Bresser (secr) als link naar het Bestuur

Richard Dekhuijzen

### **Doelstelling**

Bijdragen aan het versterken en uitdragen van de wetenschappelijke positie van de longarts en de NVALT

De RvW komt ongeveer 2 maal per jaar bij elkaar. Hieronder volgen 2 aandachtspunten waar men onlangs over heeft gesproken.

### **Aandachtspunten**

De rol van de werkgroepen

De rol bij goedkeuring/financiering van dure geneesmiddelen

Enkele werkgroepen binnen de Vereniging zijn zeer actief, andere werkgroepen leiden een slapend bestaan.

De werkgroepen vormen het belangrijkste gremium voor

- Onderlinge update mbt klinisch handelen
- Identificeren van lacunes in kennis
- Initiëren van klinisch-wetenschappelijk onderzoek

### **Beleidsplan 2001 RvW**

Inventariseren van de te onderscheiden wetenschapsgebieden binnen het gebied van de Longziekten en Tuberculose, de hiaten zullen moeten worden beschreven.

Dit, opdat niets van de bij wetenschappelijk onderzoek verkregen verworvenheden verloren gaat voor de medische zorg voor onze patiënten en de ontwikkelingen in de research niet worden gefrustreerd.

### **Hoe dit aan te pakken?**

1. Duidelijk omschrijven van verantwoordelijkheden en mandaten van werkgroepen

-Mission statement

-Doelstellingen t.a.v. klinische ontwikkelingen, onderwijs en nascholing, en wetenschappelijk onderzoek

-Werkwijze

-Effectparameters / indicatoren

-geformaliseerde terugkoppeling tussen werkgroepen en bestuur NVALT: hoe?



## **Hoe dit aan te pakken?**

2. Sommige werkgroepen zijn zeer bloeiend en productief en andere groepen (veel) minder.  
Dus: belemmeringen t.a.v. een bloeiend bestaan van werkgroepen identificeren en slechten:  
-Behoeftte aan een faciliterende instantie t.b.v. coördineren en uitvoeren van klinisch-wetenschappelijk onderzoek?  
-Drive van de leden, chemie?

## **Invloed van de NVALT bij goedkeuring en financiering van dure geneesmiddelen**

Nu: worden individuele leden geconsulteerd  
Status?  
Overleg met College Beoordeling Geneesmiddelen (CBG)

## **De RvW**

Geeft gevraagd en ongevraagd advies  
Ontvangt graag uw ideeën en suggesties

## **7. Aanpassing huishoudelijk reglement Commissie Richtlijnen**

De vergadering gaat akkoord met de aanpassing van het Huishoudelijk Reglement.

## **8. Aanpassing huishoudelijk reglement Commissie Cursorisch Onderwijs**

De vergadering gaat akkoord met de aanpassing van het Huishoudelijk Reglement

## **9. Mededelingen vanuit de Nederlandse Longstichting**

### Historie

In februari 2005 is het Platform Longen opgericht  
Samenwerking NVALT, AF, NCFS, SBN, LKI, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim en NLS.  
Er zijn 4 portefeuilles: 1. Onderzoek 2. Voorlichting 3. Longen en arbeid/milieu 4. Structuur en financiering  
De NLS coördineert.

### Stand van zaken portefeuille Onderzoek

Rapport TU Twente – weeslongziekten afgerond in maart 2006. Conclusie: Massa en focus !  
Lobby voor prioritering longziekten in 7<sup>e</sup> kaderprogramma onderzoek van de EU.  
Doel: meer geld voor onderzoek!

### Stand van zaken portefeuille Voorlichting

#### Project IDIAL

Uniformering van voorlichtingsmateriaal voor longziekten  
5 onderwerpen: longfunctieonderzoek, bronchoscopie, thoracoscopie, BAL en pleurapunctie. Een aantal onderwerpen sluiten aan bij de NVALT richtlijnen.  
Aanvraag (project IDIAL) bij CBO ingediend (€ 26.800). Uitsluitel ultimo december 2006.

### Portefeuille Longen en Arbeid/Milieu

Congres Fijn Stof en Longen op donderdag 22 juni 2006 in Utrecht.  
Er waren 100 deelnemers (weinig longartsen)  
Veel publiciteit  
Artikel in laatste Pulmoscript (J. Rooijackers)

### Portefeuille structuur en financiën

Evaluatie activiteiten NLS en Platform Longen  
Ervaringen en resultaten van de afgelopen 1,5 jaar  
Stand van zaken  
Middellange en lange termijn wensen/mogelijkheden  
Met name accent op toekomstige structuur

### Ervaringen en resultaten afgelopen 1,5 jaar

## ***Positief***

Na jaren van weinig of geen communicatie wordt er weer met elkaar gesproken  
Samenwerking heeft meerwaarde

Rapport Universiteit Twente niet wetenschappelijk; conclusies (massa en focus) wel juist

### **Negatief**

Het gaat niet hard

Ambitie ligt niet hoog

Lang niet alle doelstellingen voor de 1<sup>e</sup> fase zijn bereikt

Wordt er wel voldoende invulling gegeven aan de hogere doelstelling (longenland op de kaart)?

Er zijn al veel overlegstructuren

### Omgevingsfactoren

Uitvallen van Rein Welschen (vz NLS en Platform)

Nieuwe bestuurder Astma Fonds

Bestuurlijke veranderingen SBN

Trage toekenning subsidies (IDIAL)

Interne positie Raad van Wetenschap bij NVALT

### Niet bereikte doelen:

Overzicht van onderzoek sinds 2000

'Facts and figures' als basis voor lobbywerk

Maatschappelijke agenda voor onderzoek voor weeslongziekten (geld wel beschikbaar)

### *S(trengths)*

Relevante partijen zitten met elkaar om tafel

### *O(pportunities)*

Bundelen van krachten en lobbyen

Inhoud geven aan de Europese dimensie

Gezamenlijk bepalen waar de echte behoeften liggen

### *W(eaknesses)*

Longenland is gefragmenteerd

NLS/Platform heeft geen bureau en geen geld

### *T(hreats)*

Het motief voor de inzet en het gevoel voor urgentie

zie 2 afbeeldingen

### Korte termijn agenda NLS (tot einde 2006\*):

Onderzoek organisatiestructuur andere stichtingen (Hartstichting, Nierstichting, etc.)

Formulering Business plan II voor de Nederlandse Longstichting

Overzicht onderzoek vanaf 2000

Project IDIAL

\* Eind 2006 is het budget uitgeput.

### Wat betekent dit voor de NVALT?

Welke kansen wil de NVALT benutten?

En met welke inzet ?

En met welke ambitie ?

De NVALT dient voor einde 2006 keuzen te maken. De voortzetting van Platform Longen staat op het spel.

## **10. Jaarverslag 2005**

Er zijn geen opmerkingen, het jaarverslag wordt geaccordeerd.

## **11. Verkiezingen:**

### **a. Bestuur**

Namens het Concilium zal zitting nemen in het Bestuur dr. H.B. Kwa.

Namens de Commissie Beroepsbelangen wordt drs. R.J. Djamin in het Bestuur opgevolgd door dr. A.Rudolphus

### **b. Concilium**

De zittingstermijn van dr. S. E. Overbeek is verstreken, zij stelt zich niet herkiesbaar.

### **c. Commissie Beroepsbelangen**

De zittingstermijn van drs. H.J.A.M. Otten is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.

De Commissie Beroepsbelangen zal worden uitgebreid met drs. E. Lammers.

**d. Commissie Bronkhorst Colloquia**

De zittingstermijn van Prof.dr. H.C. Hoogsteden is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.

**e. Commissie Cursorisch Onderwijs**

Daar dr. H.B.Kwa zitting zal nemen in het Bestuur, zal hij namens het Concilium in de Commissie Cursorisch Onderwijs worden opgevolgd door drs. F. Visser. De Commissie Cursorisch Onderwijs zal worden uitgebreid met dr. B. van der Bruggen – Bogaarts.

**f. Commissie Richtlijnen**

De zittingstermijn van drs. A. van Henten, dr. P. Bresser, drs. A. Roldaan, dr. J.H. Smit is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar.

**g. Commissie Visitatie Longziekten**

De zittingstermijn van drs. P.J. de Bruyn, drs. A. Termeer en drs. W.C.J. van Veldhuizen is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar. De maximale zittingstermijn van collega R.H.U. Rammeloo is verstreken, hij treedt af. De Commissie zal worden uitgebreid met, dr. M.H.H. Hochstenbag, drs. A. M. Janssens

A. van der Heijden zal als voorzitter worden opgevolgd door A. Termeer.

**12. Voorstellen kandidaat leden**

De aanwezige kandidaat-leden worden voorgesteld.

**13. Rondvraag**

Hier wordt geen gebruik van gemaakt

**14. Sluiting**

De voorzitter sluit de vergadering om 17.10 uur.

## **Samenvattingen wetenschappelijke vergadering NVALT vrijdag 6 oktober 2006**

R. Gerth van Wijk  
(Erasmus MC, Rotterdam)

Allergische rhinitis is een zeer prevalentie aandoening. Uit het in 1992 uitgevoerde ELON onderzoek kan worden opgemaakt dat circa 20% van de ondervraagde Nederlanders last heeft van nasale allergie. Allergische rhinitis is ook vaak geassocieerd met andere allergische aandoeningen. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat meer dan 90% van allergisch astma patiënten en meer dan 80% van de patiënten met atopisch eczeem tevens allergische neusklachten heeft. Het belang van allergische rhinitis wordt ook onderstreept door de ARIA richtlijnen. Voor het eerst wordt de invloed van rhinitis op het dagelijks leven, school en werk meegewogen bij het vaststellen van de ernst van de aandoening. Het is bekend dat rhinitis kan leiden tot slaapproblemen. Maastrichts onderzoek heeft aangetoond dat leerprestaties tijdens het hooikoortsseizoen ongunstig worden beïnvloed. Het is dan ook altijd de moeite waard om allergische rhinitis te behandelen, ook bij patiënten die primair vanwege astma of eczeem worden gezien. Bij de keuze van geneesmiddelen kan de arts zich laten leiden door het karakter en de ernst. In alle gevallen zijn nasale steroïden superieur aan antihistaminica of leukotriënen antagonisten. Bij milde rhinitis zal eerder de voorkeur gegeven worden aan antihistaminica, terwijl nasale steroïden met name effectief zijn wanneer neuspassage stoornissen op de voorgrond staan. Er is plaats voor een combinatie van antihistaminica en leukotriënen antagonisten, maar de effectiviteit van de combinatie is minder dan die van inhalatiesteroïden.

Aan de basis van de behandeling van allergie staat het vermijden van allergenen. Echter het Nederlandse SGO onderzoek heeft aangetoond dat mono-interventie (i.c. het gebruik van matras hoezen) niet effectief is bij allergische rhinitis. Hoewel aangenomen wordt dat een breder pakket aan saneringsadviezen wel effectief zou kunnen zijn, zijn er met betrekking tot allergische rhinitis geen studies hierover beschikbaar.

Naast vermijden van allergenen en het toepassen van farmacotherapie is introductie van immunotherapie een optie. De werkingsmechanismen van conventionele injectie mechanismen wordt steeds beter in kaart gebracht. De relatieve patiënt onvriendelijkheid en de kans op allergische reacties heeft ertoe geleid dat veel aandacht en onderzoek wordt besteed aan sublinguale immunotherapie. Hoewel er steeds meer papers met positieve resultaten worden gepubliceerd, blijft er controverse. Een recent afgerond onderzoek in Rotterdam laat geen enkel effect van sublinguale immunotherapie zien bij kinderen. Hoewel er voldoende "proof of principle" is, is er meer onderzoek nodig naar optimale doseringen, lange termijn effecten en kosten-effectiviteit voordat deze therapie een vaste plaats kan innemen in het therapeutisch arsenaal. Interessant zijn de nieuwe ontwikkelingen op immunotherapie gebied. Zo is in een recente studie met 25 patiënten aangetoond dat injecties met ragweed allergenen geconjugeerd aan een toll-like receptor 9 agonist aanleiding geeft tot langdurige onderdrukking van hooikoortsverschijnselen. Dergelijke ontwikkelingen zijn veelbelovend, echter ook dit onderzoek kan gezien worden als een eerste stap op weg naar het beschikbaar komen van nieuwe, innovatieve therapieën.

## Bronchoscopische Behandeling van Resectabele Bronchus Carcinoiden

Hes A.P. Brox<sup>1</sup>, Elle K. Risse<sup>2</sup>, Marinus A. Paul<sup>3</sup>, Katrien Grünberg<sup>2</sup>, Richard P. Golding<sup>4</sup>, Peter W.A. Kunst<sup>1</sup>, Jan Peter Eerenberg<sup>3</sup>, Johan C. van Mourik<sup>3</sup>, Pieter E. Postmus<sup>1</sup>, Wolter J. Mooi<sup>2</sup>, Tom G. Sutedja<sup>1</sup>

Afdelingen Longziekten<sup>1</sup>, Pathologie<sup>2</sup>, Chirurgie<sup>3</sup> en Radiologie<sup>4</sup>, VU Medisch Centrum, Amsterdam

**Inleiding:** Bronchuscarcinoiden behoren tot het spectrum van neuroendocriene longtumoren en worden beschouwd als de minst maligne tumoren uit dit spectrum<sup>1</sup>. Aan de hand van de Travis classificatie wordt onderscheid gemaakt tussen typische (TC) en atypische carcinoiden (AC) op basis van het aantal mitosefiguren per 2 mm<sup>2</sup> en de aan- of afwezigheid van necrose<sup>2</sup>. Deze classificatie is gebaseerd op retrospectieve analyses van chirurgische verwijderd tumormateriaal. AC gedraagt zich meer maligne dan TC, maar voor beide entiteiten geldt dat zelfs in geval van lymfkliermetastasen de overlevingscijfers nog steeds zeer redelijk tot uitstekend zijn (vijfjaarsoverleving bij positieve lymfklieren voor TC tot 100% en voor AC tot 78%)<sup>3;3;4</sup>. Standaard therapie voor zowel TC als AC is thans chirurgische resectie. Een meer weefselsparende, minimaal invasieve behandelingsmethode zou in sommige patiënten echter zeer wel tot de mogelijkheden kunnen behoren.

**Rationale:** In een aantal patiënten, presenterend met een obstruerend intraluminaal bronchiaal carcinoid is destijds bronchoscopische debulking uitgevoerd om de conditie van patiënten preoperatief te verbeteren waarna chirurgische resectie plaatsvond. In het resectiepreparaat konden in een groot deel van de gevallen geen aanwijzingen meer gevonden worden voor tumorrestant<sup>5;6</sup>. Sindsdien hebben wij deze initiële bronchoscopische therapie (IBT) consistent toegepast in alle patiënten, naar ons verwezen met verdenking van bronchiaal carcinoid. Analyses van behandelingsuitkomsten, kosten-baten en kwaliteit van leven (QoL) voor IBT en directe chirurgische resectie zijn uitgevoerd.

**Methoden:** Patiënten met verdenking van een bronchiaal carcinoid ondergaan een IBT om maximale hoeveelheid weefsel te verkrijgen voor histologische diagnose, om de conditie te verbeteren in geval van obstructiepneumonie en om zelfs indien mogelijk de tumor volledig te verwijderen. In de meeste gevallen geschiedt IBT middels mechanische verwijdering en aanvullende diathermie. Binnen zes weken wordt een High Resolution Computed Tomography (HRCT) scan verricht om te bepalen of er sprake is van tumor restant en indien er resttumor is of deze dan intra- of extraluminale groei vertoont. Een flexibele bronchoscopie wordt verricht ter beoordeling van het behandelingsresultaat. Is er sprake van volledige tumor verwijdering, dan worden de patiënten daarna vervolgd middels bronchoscopieën en HRCT scans. In geval van extraluminale ziekte of persistente intraluminale ziekte volgt chirurgische resectie. Zo ook in geval van late recidieven, na eerdere volledige tumorverwijdering middels IBT. Bronchoscopisch gereserceerde patiënten

worden gecontroleerd met behulp van bronchoscopie en HRCT; de eerste twee jaar ieder half jaar en daarna jaarlijks. Kosten werden berekend voor beide strategieën afzonderlijk. Kosten gemaakt door refererende ziekenhuizen werden niet meeberekend, aangezien aangenomen mag worden dat deze voor beide groepen gelijk zullen zijn.

Retrospectieve QoL analyse is gedaan met behulp van een HADS- en een ziekte-specifieke vragenlijst. HADS is een internationaal gevalideerde vragenlijst dat als screeningsmiddel voor angst- en depressieve gevoelens/stoornissen kan worden gebruikt <sup>7</sup>. De andere vragenlijst bevatte vragen omtrent de ziekte, behandeling en eventuele klachten.

**Resultaten:** Tot augustus 2006 zijn 71 patiënten (57 TC, 14 AC) volgens onze IBT strategie behandeld. In 33/71 (46%) werd complete remissie verkregen met behulp van IBT (30 TC, 3 AC) met een mediane follow-up periode van 65 maanden (bereik 2-180). Zevenendertig patiënten (11 AC) ondergingen een chirurgische resectie (in twee patiënten vanwege een laat-recidief na initiële complete verwijdering middels IBT: beide na follow-up (FU)  $\geq$  100 maanden). Een patiënt, met een deels extraluminaal tumorrestant weigerde aanvullende chirurgie en is nog steeds in leven zonder noemenswaardige progressie (FU  $\geq$  100 maanden). Details van follow-up staan vermeld in tabel 1. Zes patiënten zijn overleden: slechts één ten gevolge van gemetastaseerd atypisch carcinoid (tabel 2).

Kosten-baten analyse heeft aangetoond dat de kosten van IBT (inclusief FU) vergelijkbaar zijn met die voor directe chirurgie. Kosten voor de hele groep en per patiënt waren voor IBT € 358.836 en € 9.968 en voor chirurgie € 343.486 en 9.814.

HADS scores in de IBT groep waren lager dan in de chirurgie groep; dit verschil was niet significant. Meer opvallend was dat 24/35 chirurgische patiënten (69%) persisterende en significante post-operatieve klachten ervaren (e.g. littekenpijn, kortademigheid, recidiverende luchtweginfecties).

**Conclusie:** Volledige tumorverwijdering werd in 46% van de gevallen verkregen met behulp van IBT. Ziekte-specifieke mortaliteit was zeer laag, IBT is zeker niet duurder dan chirurgie en ook de QoL wordt niet verslechterd door deze aanpak. IBT is een duidelijk alternatief voor onmiddellijke chirurgische resectie en dient in de behandeling van iedere patiënt met een bronchuscarcinoid te worden geïmplementeerd voorafgaande aan de beslissing of inderdaad een chirurgische resectie dient plaats te vinden.

**Tabel 1:** Follow-up (FU) levende patiënten in maanden vanaf IBT tot August 2006

Histologie	Treatment (n)	Uitkomst (n)	Mediane FU	Range FU	Opmerkingen
TC	IBT (27)	CR (26)	92	(14-180)	
		Residue (1)	110		Weigerde chirurgie
	Chirurgie (26)	CR (25)	66	(16-172)	
		Recidief (1)	103.5 16		IBT – chirurgie Chirurgie – Aug. 2006
AC	IBT (3)	CR (3)	14	(14-74.5)	
	Chirurgie (9)	CR (8)	51.5	(13-86.5)	
		Recidief (1)	115.5 18.5		IBT – chirurgie chirurgie – Aug. 2006

TC=Typisch Carcinoid, AC= Atypisch Carcinoid, IBT= Initiële Bronchoscopische Therapie, CR=Complete Remissie

**Tabel 2:** Overleving (FU) in maanden en doodsoorzaken overleden patiënten

Histologie	Behandeling	Uitkomst	FU	Doodsoorzaak	Opmerkingen
TC	IBT (4)	CR (4)	83	Gemetastaseerd Sarcoom	
			48	Onbekend	
			114	Cardiovasculair	
			2	Longembolie	Cardiovascular morbidity
AC	Chirurgie (2)	CR (1)	65. 5	Vermoord	
		Metastasen (1)	47	Pneumonia	Died with liver metastases

TC=Typisch Carcinoid, AC= Atypisch Carcinoid, IBT= Initiële Bronchoscopische Therapie, CR=Complete Remissie

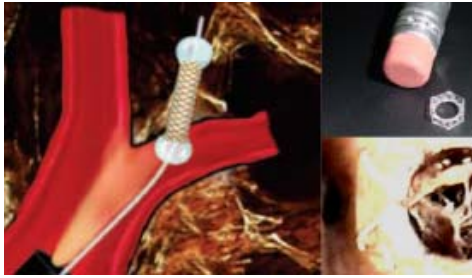


*Dr. J.T. Annema,  
winnaar Swieringa Prijs 2005*

#### Referenties

- (1) Davila DG, Dunn WF, Tazelaar HD et al. Bronchial carcinoid tumors. Mayo Clin Proc 1993; 68(8):795-803.
- (2) Travis WD, Rush W, Flieder DB et al. Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid. Am J Surg Pathol 1998; 22(8):934-944.
- (3) Martini N, Zaman MB, Bains MS et al. Treatment and prognosis in bronchial carcinoids involving regional lymph nodes. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107(1):1-6.
- (4) Ducrocq X, Thomas P, Massard G et al. Operative risk and prognostic factors of typical bronchial carcinoid tumors. Ann Thorac Surg 1998; 65(5):1410-1414.
- (5) Sutedja TG, Schreurs AJ, Vanderschueren RG et al. Bronchoscopic therapy in patients with intraluminal typical bronchial carcinoid. Chest 1995; 107(2):556-558.
- (6) van Boxem TJ, Venmans BJ, van Mourik JC et al. Bronchoscopic treatment of intraluminal typical carcinoid: a pilot study. J Thorac Cardiovasc Surg 1998; 116(3):402-406.
- (7) Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. Psychol Med 1997; 27(2):363-370.

## De EASE-studie: De effectiviteit en veiligheid van de “Airway Bypass Procedure” bij patiënten met ernstig longemfyseem.



Recent is er aan het therapeutisch arsenaal van de longarts een zeer interessante bronchoscopische techniek toegevoegd: de “Airway bypass Procedure”, ook wel de “Exhale® stent procedure” genaamd. De afdeling longziekten van het Universitair Medisch Centrum Groningen is betrokken bij een internationale Multi-centerstudie naar het therapeutisch effect en veiligheid van deze innovatieve techniek bij patiënten met een ernstig longemfyseem. Deze

bronchoscopische techniek maakt gebruik van het bestaan van de uitgebreide collaterale ventilatie die bij patiënten met een bulleus longemfyseem aanwezig is. De “Airway Bypass Procedure” houdt in dat bij patiënten met een homogeen verdeeld ernstig bulleus emfyseem nieuwe verbindingen (bypasses) tussen de centrale luchtwegen en het longparenchym worden gemaakt (J Thorac Cardiovasc Surg 2003; 125: 1294-9 en J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 131:60-4). Bij deze techniek wordt onder doppler-geleide met een naaldcatheter een gaatje geprikt door de luchtwegwand heen om vervolgens in dat gaatje een kleine drug-eluting stent te plaatsen (3mm) om deze verbinding definitief te maken (zie figuur). Door plaatsen van maximaal 6 stents in beide longen kunnen grote delen van de longen zich gemakkelijker ‘ontluchten’, met als gevolg een belangrijke daling van het residuaal volume (RV). Het resultaat van deze behandeling laat in patiënten met een ernstig emfyseem, 6 maanden na het plaatsen van de stents een ruime daling in het RV zien (gemiddeld -1.1L) en een klinisch significante verbetering van klachtenscores in een aantal specifieke ademhalingsvragenlijsten zoals mMRC en SGRQ (PATS 206;3:A726). De resultaten van de EASE-studie zullen moeten aantonen hoe effectief deze behandeling ook op de lange termijn kan zijn. In de toekomst lijkt deze behandeling ook op de patiënten met een bulleus emfyseem die een uitgesproken hyperinflatie hebben en een ernstig beperkt inspanningsvermogen. Daarnaast lijkt deze techniek ook inzetbaar als “overbrugging” naar een longtransplantatie bij deze patiëntengroep.

In de EASE-studie wordt het effect van de “Airway Bypass Procedure” vergeleken met de huidige standaard behandeling voor patiënten met een eindstadium COPD. Patiënten die deelnemen worden gerandomiseerd na een revalidatieperiode van 6-10 weken voor de “Airway Bypass Procedure”(2/3 van de deelnemers) of voor een “sham-controle”(1/3 van de deelnemers). Op dit moment komen patiënten met een ernstig bulleus longemfyseem (GOLD IV en RV/TLC (box)  $\geq$  69%) in aanmerking voor eventuele deelname. Meer informatie over de EASE-studie kunt u vinden op [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov). Voor extra informatie of aanmelding van patiënten kunt u contact opnemen met S.L. Snijders, arts-onderzoeker ([s.l.snijders@int.umcg.nl](mailto:s.l.snijders@int.umcg.nl); 050 – 361 61 61) of D.J. Slebos, longarts ([d.j.slebos@int.umcg.nl](mailto:d.j.slebos@int.umcg.nl) ; 050 – 361 23 57)

## Projectgroep DBC NVALT

Met ingang van 1 januari 2008 zal, volgens de huidige plannen, de lumpsumfinanciering verdwijnen en zal honorering plaatsvinden op basis van DBC's. Hierbij zal 70% van de DBC's vallen onder “vrije” prijsvorming. Het is van groot belang om als vereniging goed geprepareerd te zijn voor deze omwenteling, wat momenteel nog niet het geval is. Sinds 1 september is er binnen de NVALT een projectgroep DBC's van start gegaan. De projectgroep is aangesteld door het bestuur en legt hier ook verantwoording aan af. Deze is als volgt samengesteld: Pascal Wielders(Catharina Eindhoven), Gregor Mannes(Twenteborg Almelo), Koen Liesker(OLVG Amsterdam), Hans Grotjohan(Isala

Zwolle) en Remco Djamin(Amphia Breda). Daarnaast worden wij ondersteund door Steven Drevers(Q-consult), Wil van Leuven(Rijnstate Arnhem), Wim Ratering(Rijnstate Arnhem) en Trudy de Jong(NVALT).

## Doelen

De projectgroep heeft zichzelf de volgende doelen gesteld:  
Het declarabel maken van alle patiëntgebonden activiteiten(loon naar werken!),  
vereenvoudiging van de typeringslijst en beperking van de administratieve lasten voor de longarts.

## **Actielijst**

Met bovenstaande doelen in het achterhoofd is een prioriteitenlijst samengesteld, waarbij er gekozen is voor concrete haalbare zaken: het declarabel maken van activiteiten van de longarts op de Intensive Care; het declarabel maken van activiteiten, die de longarts verricht voor derden en niet binnen een long-DBC vallen(longfunctiebeoordelingen, pleurapuncties, bronchoscopieën, EUS o.a.); adequate aanpassing van de tarieven bewerkstelligen na invoering van de consult-DBC en het verdwijnen van de zorgtypes medebehandeling en exacerbatie/recidief; introductie van "klinisch zonder dagen" binnen de longgeneeskunde; controle op de juistheid van data en methodiek van de rondrekening, zoals die momenteel plaatsvindt, teneinde te komen tot betrouwbare normtijden; vereenvoudiging van de typeringslijst en validatie; het samenstellen van een landelijke database met daarin alle DBC-data van de Nederlandse longartsen.

## Stand van zaken

Er vindt inmiddels regulier overleg plaats met de Orde van Medisch Specialisten, DBC-onderhoud en de NZA(voormalig CTG/Zaio).

Er is een analyse gemaakt van bovengenoemde onderwerpen met de daarbij behorende oplossingen, waarbij er nu al op diverse fronten vooruitgang geboekt wordt.

## **Casemix data**

Het is van groot belang dat er inzicht verkregen wordt in de rechte tellingen van DBC's, de verdeling, de uitval, de correcte normtijden, de zorgprofielen en dergelijke. Een aantal wetenschappelijke verenigingen is ons voorgegaan en heeft inmiddels een goed inzicht in de aard en omvang van hun DBC's. Derhalve hebben wij onlangs alle maatschappen en vakgroepen schriftelijk benaderd met het verzoek om de Casemixdata over 2005 te mogen inzien. Uiteraard zal anonimiteit worden gewaarborgd en zullen deze data niet aan derden worden verstrekt. Groot voordeel voor de betreffende maatschap/vakgroep is dat wij u een analyse kunnen presenteren, waarin duidelijk wordt gemaakt hoe uw kliniek zich verhoudt tot het landelijke gemiddelde.

## **Website**

Op de NVALT-website onder "DBC's" zal ik u op de hoogte houden van de laatste ontwikkelingen. Hierop kunt u bijvoorbeeld een Excel-file raadplegen, die wij hebben samengesteld en waarin u de honoraria en prijzen van alle DBC's kunt terugvinden. Ook de veranderingen die ingaan per 1 januari 2007 staan hier vermeld.

Uiteraard zijn wij sterk afhankelijk van ontwikkelingen op andere niveaus, zoals de uiteindelijke hoogte van het uurtarief. Met de inspanningen van deze projectgroep hopen wij echter op het niveau van onze vereniging de zaken goed voor elkaar te hebben.

Remco Djamin



## **Gemeenschappelijk Accreditatie Internet Applicatie: GAIA**

Geachte leden van de NVALT

Per 1 januari 2006 zijn alle medisch specialisten voor hun herregistratie verplicht aan te tonen dat zij voldoende geaccrediteerde bij/nascholing hebben gevolgd gedurende de voorgaande vijf jaren. Dit geeft een ander gewicht aan het behalen en registreren van accreditatiepunten.

Om de logistiek van de accreditatie voor de verschillende wetenschappelijke verenigingen te stroomlijnen heeft de KNMG het GAIA project opgezet (**G**emeenschappelijk **A**ccreditatie **I**nternet **A**pplicatie)

Het bestuur van de NVALT heeft besloten hieraan deel te nemen. Inmiddels hebben vrijwel alle wetenschappelijke verenigingen en accreditatiecommissies toegezegd aan het GAIA project deel te nemen. Zij vertegenwoordigen 97% van alle geregistreerde medisch specialisten

Bij/nascholing wordt op zowel medisch-technisch gebied als algemeen gebied ( medische ethiek, managementvaardigheden, communicatie, zorgstelsel etc) aangeboden. Het bestuur van de NVALT heeft ervoor gekozen om de medisch technische nascholing door de eigen accreditatiecommissie te laten beoordelen en de algemene groep centraal door een inhoudelijk deskundig orgaan van de KNMG te laten beoordelen, het ABMS (Accreditatie Bureau Medisch Specialisten)

### **Het GAIA-project**

De Wetenschappelijke Verenigingen, waaronder ook de NVALT, hebben afgesproken te gaan werken met één geautomatiseerd systeem voor accreditatie van nascholing. Het gaat om één applicatie die zowel gebruikt kan worden door de Wetenschappelijke Verenigingen, als door artsen (deelnemers aan nascholing) en aanbieders van nascholing. In samenwerking met de KNMG heeft softwareleverancier Xaurum de applicatie, intussen bekend onder de naam GAIA (**G**emeenschappelijke **A**ccreditatie **I**nternet **A**pplicatie), ontwikkeld.

Het streven is dat in 2006 de meeste Wetenschappelijke Verenigingen gebruik zullen maken van het GAIA-systeem. In GAIA is te zien welke Wetenschappelijke Verenigingen al met dit nieuwe systeem werken. Ook Registratiecommissies hebben baat bij deze applicatie, omdat artsen voor hun herregistratie de behaalde accreditatiepunten voor bij- en nascholing digitaal en uniform bij de Registratiecommissies kunnen aanleveren.

### **Twee fasenproject**

Het project bestaat uit twee fasen waarin de functionaliteit wordt ontworpen, ontwikkeld, getest en na een pilot geïmplementeerd. Fase 1 bestaat uit het volledig digitaal aanvragen en accrediteren van bij- en nascholingen en het tonen van het cursusaanbod in het nascholingsoverzicht. Deze fase is inmiddels gereed. Fase 2, het bijschrijven van punten in het persoonlijk dossier van de arts, komt aansluitend aan de orde (eind 2006/begin 2007). U wordt hierover in een volgende fase geïnformeerd. Nadere informatie is reeds op de website van de KNMG te vinden. [LINK](#)

De NVALT wil per 1 november 2006 volledig overgaan op het GAIA systeem.

Dit betekent dat u per 1 november alleen nog maar accreditatieaanvragen kan indienen via dit systeem. Zodra u de aanvraag heeft verstuurd, krijgt u een factuur van de Wetenschappelijke Vereniging bij wie u de aanvraag heeft ingediend. Zodra de betaling is ontvangen, zal de aanvraag in behandeling worden genomen en heeft u binnen maximaal 5 weken een reactie. De status van de aanvraag kunt u altijd in het systeem volgen.

Klik [hier](https://www.pe-online.org/edu/?taalid=7&orgid=19) (https://www.pe-online.org/edu/?taalid=7&orgid=19) om uw aanvraag in te dienen.

### **Nadere informatie over GAIA** (zie ook de website [www.nvalt.nl](http://www.nvalt.nl))

- Handleiding bedoeld voor aanbieders van bij- en nascholing (maak hier een link) verwijzing naar PDF.
- Lijst veelgestelde vragen voor aanbieders (maak hier een link) verwijzing naar PDF
- Informatie voor artsen (zie onder) [www.knmg.nl/accreditatie](http://www.knmg.nl/accreditatie)

### **Enkele belangrijke wetenswaardigheden voor aanbieders van bij- en nascholing.**

1. Er is zoveel mogelijk naar gestreefd om aanbieders met meerdere contactpersonen te voorzien van identieke logingegevens. Hierdoor heeft u altijd een compleet overzicht van bij- en nascholingen van uw hele organisatie. De nieuwe logingegevens ontvangt u als u voor de eerste keer online een accreditatie-aanvraag uitvoert. Een aantal aanbieders heeft inmiddels inloggegevens ontvangen omdat enkele Wetenschappelijke Verenigingen al met GAIA werken. De logingegevens zijn uniek en kunnen voor elke aanvraag bij elke willekeurige Wetenschappelijke Vereniging (elke deelnemende vereniging) worden gebruikt. Met deze logingegevens kunt u direct nascholingen ter accreditatie aanbieden. U hoeft geen autorisatie meer aan te vragen.
2. U hoeft de accreditatieaanvraag slechts eenmaal in te dienen voor meerdere beroepsgroepen: houd er wel rekening mee dat in de overgangperiode (2006) er nog maar een beperkt aantal Wetenschappelijke Verenigingen meedoet. Het ABMS (Accreditatie Bureau Medisch Specialisten) is het centrale loket voor het aanvragen van algemene bij- en nascholing voor medisch specialisten. De algemene nascholing betreft de niet-medisch inhoudelijke nascholing op het gebied van gezondheidsrecht, communicatie, medische ethiek, zorgstelsel etc. Via GAIA is toegang te verkrijgen tot het ABMS (ABMS aanvinken). Hier is ook te zien welke verenigingen allemaal deelnemen aan het ABMS.
3. Alle correspondentie over de door u ter accreditatie aangeboden nascholing verloopt via het systeem, dus niet meer via uw gewone mailbox. Wanneer er in het systeem een bericht voor u klaarstaat, ontvangt u automatisch een bericht per e-mail. Zo kunt u het proces makkelijk volgen.
4. Facturen kunt u uiteraard ook in het dossier bijvoegen: deze ontvangt u als pdf-bestand. Elke vereniging stuurt een aparte factuur. Er zijn diverse moderne online betalingsmogelijkheden gecreëerd. Het is ook nog mogelijk het bedrag over te maken via een gewone bankoverschrijving. Zodra u de aanvraag heeft verstuurd krijgt u een factuur van de betreffende vereniging bij wie u de aanvraag heeft ingediend. Zodra de betaling is ontvangen zal de aanvraag in behandeling worden genomen en heeft u binnen maximaal vijf weken een antwoord terug. De status van de aanvraag kunt u steeds in het systeem volgen.
5. U ontvangt geen beschikkingsbrief meer, wel een bericht via het systeem wanneer de door u aangevraagde nascholing is geaccrediteerd.
6. Het accreditatienummer vervalt: in plaats daarvan is uw nascholing wel herkenbaar door een uniek ID.

### **Wat verandert er niet?**

1. De eisen en voorwaarden voor aanvragen bij de NVALT blijven gewoon zoals ze zijn
2. De algemene voorwaarden accreditatie en het beoordelingskader blijven van toepassing
3. De aanvraagtermijn: deze blijft 2 maanden
4. De tarieven blijven voorlopig ongewijzigd en (vooralsnog) mogelijk verschillend per accrediterende vereniging.

## **Wat verandert er voor artsen?**

Artsen houden hun accreditatie-uren straks bij in een persoonlijk dossier. Het streven is dat artsen deze applicatie (het persoonlijk dossier) eind 2006 / begin 2007 kunnen gebruiken. Voorwaarde voor ingebruikname is dat de vereniging van het betreffend specialisme al accrediteert via GAIA. Doelstelling is dat eind 2006 alle deelnemende Wetenschappelijke Verenigingen de applicatie gebruiken.

Over de wijze waarop de punten voor artsen kunnen worden bijgeschreven wordt u nader geïnformeerd. Uitgangspunt van GAIA is in ieder geval dat alle processen waar mogelijk volledig digitaal plaatsvinden.

## **Vragen?**

Voor inhoudelijke vragen kunt u terecht bij het secretariaat van de NVALT.

Eerste aanspreekpersoon: Mw. Anja van Beijsterveldt.

Voor vragen van technische aard, storingen en bugs kunt u terecht bij de helpdesk: e-mail: [accreditatie@fed.knmg.nl](mailto:accreditatie@fed.knmg.nl).

Voor algemene informatie over het project raadpleegt u de website van de KNMG [www.knmg.nl/accreditatie](http://www.knmg.nl/accreditatie). Hier kunt u zich ook abonneren op de Nieuwsbrief GAIA van de KNMG.

W de Lange

Voorzitter commissie accreditatie NVALT

## **AIOSCOPE**

Een nieuwe naam voor een nieuwe vaste column!

Een complex van woorden, elk relevant voor een longarts in opleiding. Behoeft de afkorting aios geen nadere toelichting, het Angelsaksische woord scope kan in meerdere opzichten worden vertaald. Het vertaalt als het ware het open vizier dat een aios dient te hebben vanuit zijn/haar werk als longarts, vanuit de functie van assistent naar het punt waarop hij/zij als praktiserend longarts aan de slag gaat. Hierbij gebruik makend van zijn directe collegae: aios, stafleden en verpleging, om uit te groeien tot een zelfstandig functionerend medisch specialist. Net als het woord 'Angelsaksisch' zelf dat verwijst naar twee volken, de Angelen en Saksen, die met de Juten de voorouders vormden van de huidige bevolking van Engeland. Met enige flexibiliteit zit ook de bronchoscoop verwerkt in de titel, evenals het feit dat een aios in zijn opleidingstijd er de pe(e) in kan hebben. Kortom, een polyvalente titel voor een column waarin leden van de sectie assistenten een spreekbuis krijgen om een eigen onderwerp onder de aandacht te brengen in de Pulmoscript: AIOSCOPE. De spits wordt afgebeten door ondergetekende, met een verslag van het 11e NVALT assistentenweekend.

Precies 50 dagen nadat vrijwel alle in 2006 verstopte eieren werden teruggevonden, trok een groepje partners onder leiding van een heuse boswachter de natuur in. Enkele momenten eerder was de ontvangst geweest op het NVALT assistentenweekend, dat evenals voorgaande jaren in het eerste weekend van juni werd georganiseerd. Om 11 uur 's ochtends waren alle deelnemers gearriveerd op landgoed De Wipfelberg in Beekbergen: het pinksterweekend 2006 was begonnen!

De aftrap (drie dagen voor de openingswedstrijd van 6 juni in Duitsland) bestond uit de Algemene Leden Vergadering van de Sectie Assistenten, waarin de agendapunten ternauwernood konden worden voltooid. De kop was er af, voor beide partijen. Na de afsluiting van de vergadering kwamen namelijk ook net onze partners terug van de eerste

zonnige ochtend in tijden. Een korte pauze met een versnapering en een kennismaking met enkele sponsors, werd al snel afgewisseld voor wederom een wat serieuzer deel. Het wetenschappelijk programma bestond dit jaar behoudens een lezing over de wereld van inspanningsastma, topsport en doping uit een presentatie gegeven door de voorzitter van LVAG (Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen). Hij gaf inzicht in de meest recente ontwikkelingen binnen het opleidingsklimaat van aios in het algemeen. Ter afsluiting werd een lunch genuttigd.

Het echte werk kon beginnen! Na veel onderhandelingen, lobbyen en overleg was de feestcommissie erin geslaagd een dagvullend programma in elkaar te draaien. De afslag van deel twee van het weekend vond plaats enkele autokilometers buiten Apeldoorn. Een middagje golf viel ons ten deel. Met een gezelschap van bijna 40 personen werd een heuse pitch & putt competitie gespeeld. Heerlijk in het zonnetje, zonder clubhuispauze na 'de negende', door tot aan de borrel. Tussentijds werd geïntegreerd, vals gespeeld, Tiger Woods aspiratie diep begraven, gesnakt naar bier, gegolfd, gezocht naar ballen en verlangd naar de laatste hole.

Na de prijsuitreiking kon eenieder zich nog even terugtrekken op de kamer, zonnebrand smeren, opfrissen en verkleden. Het werd het alsmar gezelliger. De vakinhoudelijke discussies maakten tijdens het diner plaats voor een groot feestgebeuren. De enkeling die niet bleef overnachten werd uitgewuifd en zag niet dat het licht nog lang bleef branden in de Engelse pub op het landgoed. Ter afsluiting van het weekend werd zondagochtend een poging gewaagd samen te ontbijten.

Oh ja, een kleine delegatie van 6 personen heeft op aanraden van een local (ik zal zijn naam niet onthullen, maar hij is inmiddels longarts in het SFG te Rotterdam) de Pink Party in een lokale discotheek bezocht.



Wanneer je als groep gemiddeld 18 jaar ouder bent dan de reguliere bezoeker, zo'n 8 BMI punten lager zit, volledig in het roze gekleed de disco induikt en niet door hebt dat PINK een afgeleide is van Pinksteren... Gelukkig was er een garderobe om alle roze boa's, brillen en jassen in te verstopten. Ook de laatste paaseieren van 2006 waren gevonden! Het was geslaagd en ik kijk al uit naar 2 juni 2007.

Peter MB van Tilburg

Voorzitter sectie assistenten NVALT

## **Variability in genetics and $\beta$ 2-adrenoceptor mediated clinical responses in bronchial asthma**

Samenvatting proefschrift Anneke van Veen  
AMC Amsterdam Promotie: 6 juli 2006

Astma is een luchtwegziekte die gepaard gaat met een chronische ontstekingsreactie in de luchtwegen, gekarakteriseerd door een variabele luchtwegobstructie en verhoogde prikkelbaarheid van de luchtwegen door specifieke en aspecifieke prikkels zoals allergenen, temperatuurswisselingen, mist, inspanning etc. De chronische inflammatie van de luchtwegen leidt tot occlusie met mucus, infiltratie van de mucosa met inflammatoire cellen, verdikking van de basaalmembraan, en hypertrofie van de gladde spiercellen. De toegenomen spiertonus, zwelling van de bronchuswand en remodelling leiden tot bronchusobstructie en flow limitatie. De karakteristieke symptomen zijn een piepende

ademhaling, dyspnoe, en hoest. De diagnose astma kan worden bevestigd door spirometrie en het bepalen van de mate van hyperreactiviteit door middel van een histamine- of metacholine provocatietest. Indien er een luchtwegobstructie wordt vastgesteld is deze geheel of gedeeltelijk op te heffen door het inhaleren van  $\beta_2$ -agonisten. Deze luchtwegverwijders staan naast de ontstekingsremmers in de vorm van inhalatie corticosteroiden, centraal in de behandeling van astma.

De bèta agonisten hebben 2 belangrijke effecten:

1. Ze verwijderen de luchtwegen
2. Ze beschermen de luchtwegen tegen vernauwende prikkels

Er zijn twee langwerkende  $\beta_2$ -agonisten (LABA's) beschikbaar, die worden geadviseerd indien er persisterende symptomen zijn tijdens behandeling met een onderhoudsdosis inhalatiesteroïden en een kortwerkende  $\beta_2$ -agonist (SABA) als zo nodig.

*In vitro* onderzoek bracht enkele belangrijke verschillen aan het licht tussen de twee beschikbare LABA's salmeterol en formoterol. Een van die verschillen was dat de werking van formoterol sneller optrad dan die van salmeterol. Bij het behandelen van de acute symptomen van astma is dit natuurlijk een relevant verschil. Een ander verschil werd gevonden in de intrinsieke activiteit van beide middelen. De intrinsieke activiteit die bepaald wordt door receptor affiniteit en maximaal effect van het middel, was voor salmeterol (partiële agonist) lager dan voor formoterol (volle agonist). De klinische implicaties van dit verschil waren echter onduidelijk.

De eerste klinische trials konden de gevonden *in vitro* verschillen tussen beide LABA's niet bevestigen. De luchtwegverwijderende en protectieve effecten waren even groot voor formoterol en salmeterol en in beide gevallen bleef het effect meer dan 12 uur meetbaar. De verklaring hiervoor is dat er waarschijnlijk een groot aantal reserve receptoren aanwezig zijn in de luchtwegen, waarbij het maximale effect van de LABA al bereikt wordt bij een minder dan 100% receptor bezetting.

*In vitro* onderzoek had laten zien dat de verschillen tussen salmeterol en formoterol toenamen onder omstandigheden van functioneel antagonisme. Indien het luchtwegverwijderende effect van beide middelen gemeten werd na het toedienen van een contraherende prikkel daalde de intrinsieke activiteit van salmeterol naar 0.36, terwijl de intrinsieke activiteit van formoterol gehandhaafd bleef op 0.84. Blijkbaar was het bronchoprotectieve effect een gevoeliger methode om de verschillen in efficacy tussen beide middelen aan te tonen, maar klinische trials met deze opzet waren nog niet uitgevoerd. De interactie van een LABA met de kortwerkende rescue medicatie, zoals salbutamol, was ook nog niet klinisch onderzocht, terwijl *in vitro* onderzoek ook hier potentieel relevante verschillen had laten zien tussen beide LABA's. Bij de interactie tussen onderhoudsbehandeling met LABA's en rescue medicatie in de vorm van een SABA dient men met twee mechanismen rekening te houden.

1. Het ontwikkelen van tolerantie door receptor downregulatie. Dit fenomeen treedt op tijdens onderhoudsbehandeling met beide LABA's en heeft door de vermindering in het aantal receptoren ook invloed op het effect van een SABA, de zogenaamde cross tolerantie.
2. Een partiële agonist zoals salmeterol is in staat het effect van een agonist met hogere efficacy te antagoneren. *In vitro* onderzoek had dit bevestigd door het meten van een afname in effect van diverse kortwerkende  $\beta_2$ -agonisten in aanwezigheid van salmeterol.

Klinisch zou dit kunnen betekenen dat de rescue medicatie gegeven aan patiënten tijdens een exacerbatie astma minder goed werkt tijdens een onderhoudsbehandeling met een LABA door het optreden van tolerantieontwikkeling. Deze afname in het effect van rescue medicatie zou groter kunnen zijn voor salmeterol dan voor formoterol door het optreden van partieel antagonisme. In hoofdstuk 3 van mijn proefschrift hebben we de invloed van

onderhoudsbehandeling met salmeterol of formoterol op de effectiviteit van de kortwerkende  $\beta_2$ -agonist fenoterol gemeten.

We hebben dosis response curven gemaakt voor de volle agonist fenoterol na 2 weken voorbehandeling met formoterol, salmeterol of placebo. Het bronchoprotectieve en het luchtwegverwijdende effect na het toedienen van een obstructieve prikkel (methacholine) werd gemeten. De resultaten lieten een significante afname zien van het bronchoprotectieve effect van fenoterol na voorbehandeling met een LABA in vergelijking met placebo. Deze afname was groter na voorbehandeling met salmeterol in vergelijking met formoterol. De gevonden verschillen tussen salmeterol en formoterol waren echter klein en alleen statistisch significant bij de hoogste dosering fenoterol. We denken dat in een situatie met een hoge mate van functioneel antagonisme zoals bij ernstige bronchusobstructie en hoge inflammatoire activiteit dit verschil klinisch relevant zou kunnen zijn.

De genoemde tolerantieontwikkeling die optreedt tijdens onderhoudsbehandeling met  $\beta_2$ -agonisten werd nader bekeken in de hoofdstukken 4 en 5. Tolerantieontwikkeling voor de bronchoprotectieve effecten van  $\beta_2$ -agonisten werd al in vele publicaties beschreven, waar tot 70% verlies van het effect werd aangetoond. Aangenomen wordt dat deze tolerantieontwikkeling een afspiegeling is van een vermindering in het aantal aanwezige receptoren: receptor downregulatie. De mate waarin deze receptor downregulatie optreedt, is niet voor iedereen gelijk. In de jaren '90 werden voor het eerst 4 single nucleotide polymorfismen (SNP's) aangetoond in het DNA dat codeert voor het  $\beta_2$ -receptor gen. Deze SNP's resulteerden in aminozuur veranderingen in het receptoreiwit en bleken *in vitro* de mate van receptor downregulatie na blootstelling aan  $\beta_2$ -agonisten te beïnvloeden. De bekendste substituties zijn Arg/Gly16 en Gln/Glu27, waarbij de Gly-16 variant een verhoogde mate van downregulatie liet zien en de Glu-27 variant hiertegen leek te beschermen. Dit zou kunnen betekenen dat een bepaalde groep patiënten kwetsbaarder is voor het optreden van tolerantieontwikkeling dan anderen. Het gevolg hiervan is een vermindering van het effect van de onderhoudsbehandeling met een LABA, en een afname van het effect van rescue medicatie in de vorm van een SABA (crosstolerantie). De klinische studies die hierop volgden lieten echter zeer tegenstrijdige resultaten zien, en de klinische relevantie bleef discutabel.

Recent werden meer SNP's beschreven in de promotor regio van het  $\beta_2$ -receptor gen, leidend tot een totaal aantal van 13 SNP's. Een aantal van deze SNP's beïnvloeden receptor expressie en regulatie *in vitro*. De gevonden SNP's laten een sterk linkage disequilibrium zien en van de  $2^{13}$  mogelijke combinaties komen slechts 12 verschillende haplotypen voor in de populatie, in de meerderheid van de gevallen slechts 3 haplotypen betreffend. Hierdoor werd ook duidelijk dat de *in vitro* onderzoeken uit het verleden gebruik hadden gemaakt van "kunstmatige" haplotypen die niet in de humane populatie voorkomen. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de tegenstrijdige klinische bevindingen. Wij hebben van onze studiepopulatie de haplotypen vastgesteld en ze op basis van hun receptor genotype ingedeeld. Er kwamen slechts drie haplotypen voor, die zes verschillende genotypen vormden. We hebben dosis-effect curven gemaakt van fenoterol versus  $PD_{20}$  metacholine en  $FEV_1$  na twee weken voorbehandeling met terbutaline of placebo en lieten zien dat er zowel in basiseffect van  $\beta_2$ -agonisten, als in de mate van tolerantieontwikkeling voor deze effecten tijdens onderhoudsbehandeling, verschillen bestaan tussen de 6 verschillende genotypen. De verschillen waren echter klein en voor alle onderzochte genotypen bleef er ook na tolerantieontwikkeling een klinisch relevant protectief effect over van de medicatie. Naar onze mening is er tot op heden geen reden bepaalde patiënten op basis van hun genotypen te onthouden van behandeling met  $\beta_2$ -agonisten. Hierbij moet wel worden aangemerkt dat bepaalde genotypen ondervertegenwoordigd waren in onze populatie. Enkele van deze genotypen komen veel vaker voor in de Afro-Amerikaanse populatie, en zouden nader onderzocht moeten worden.

Tolerantieontwikkeling voor de systemische effecten van  $\beta_2$ -agonisten is gemakkelijker aantoonbaar dan voor bronchusverwijdende effecten, maar de relatie tussen  $\beta_2$ -receptor

polymorfismen en systemische effecten is onbekend. Verschillen in de mate van tolerantieontwikkeling voor systemische effecten tussen receptor genotypen zouden invloed kunnen hebben op de therapeutische breedte tijdens onderhoudsbehandeling. In hoofdstuk 5 werden 20 astmapatiënten gegenotypeerd voor aminozuren 16 en 27 van het  $\beta_2$ -receptor gen.

Tijd-effect curven werden gemaakt voor FEV<sub>1</sub> en plasma kalium na subcutane toediening van terbutaline na 2 weken voorbehandeling met terbutaline inhalaties of placebo in een cross-over studie. De resultaten lieten een gelijke mate van tolerantieontwikkeling zien voor beide genotypen.

Het onderliggende mechanisme van de eventuele invloed van de aminozuursubstituties in het  $\beta_2$ -receptor eiwit op receptordownregulatie is tot op heden niet duidelijk. Een van de mogelijkheden is dat deze polymorfismen geassocieerd zijn met receptordownregulatie, doordat zij in linkage disequilibrium zijn met een polymorfisme in de promotor regio van het gen. In hoofdstuk 6 werd het effect geanalyseerd van het -367 SNP op de transcriptie snelheid van het  $\beta_2$ -AR gen in de context van het complete natuurlijke locus. Door gebruik te maken van het additionele volle disequilibrium met het +79 SNP (aa27) in de  $\beta_2$ -AR coderende sequentie, werd een allel specifieke transcript kwantificering verricht in mononucleaire cellen uit het perifere bloed van zes -367 heterozygote mild – matig ernstige astmatici. De resultaten lieten zien dat de -367 T → C substitutie een significante reductie tot gevolg heeft van de constitutionele transcriptie snelheid van het  $\beta_2$ -AR gen, maar geen rol speelt in het bepalen van de mate van agonist geïnduceerde receptor downregulatie.

Dit proefschrift laat zien dat de verschillende SNP's in het  $\beta_2$ -AR gen soms tot functionele effecten leiden. Bij het onderzoek naar klinische effecten van deze SNP's dient rekening te worden gehouden met het sterke linkage disequilibrium, waarbij dus gebruik moet worden gemaakt van bestaande haplotypen. Hoewel op enkele vlakken duidelijke verschillen kunnen worden aangetoond tussen de verschillende genotypen, zijn deze verschillen zo klein dat klinische relevantie niet erg waarschijnlijk is. Nader onderzoek is echter nodig naar de minder vaak voorkomende genotypen, vooral die genotypen die in de Afro-Amerikaanse gemeenschap wel in hogere frequenties voorkomen. Dit mede gezien de uitkomsten van de SMART studie die een hogere mortaliteit vond in deze populatie onder behandeling met salmeterol. Ook de onderliggende mechanismen waardoor de SNP's hun effect uit kunnen oefenen behoeven nog verdere opheldering.

## **Determinants of future work disability in asthma and COPD**

Samenvatting proefschrift Karin Orbon (21 september 2006)

*Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL) in samenwerking met afd. huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum*

Astma en COPD (*chronic obstructive pulmonary disease*) zijn beiden veel voorkomende chronisch respiratoire ziektebeelden, die voor het merendeel in de huisartspraktijk worden gediagnosticeerd en behandeld. Deze aandoeningen behoren tot de hoofdoorzaken van ziekte en sterfte onder volwassenen in de westerse landen. Ze gaan vaak samen met participatieproblemen op het werk en bij niet werkgerelateerde activiteiten zoals vrijetijdsbesteding en het uitvoeren van huishoudelijke taken. Deze participatieproblemen, in dit proefschrift 'sociaal-economische participatieproblemen' genoemd, kunnen een substantiële impact hebben op het privé-leven van patiënten. Tevens vormen ze een aanzienlijke economische belasting voor de maatschappij. Het is daarom van belang dat personen met een verhoogd risico in een vroeg stadium worden geïdentificeerd, om

vroegtijdige interventie en preventie mogelijk te maken. Dit proefschrift richt zich met name op het identificeren van lange termijn voorspellers van sociaal-economische participatieproblemen bij patiënten met astma of COPD in de algemene bevolking. Daarnaast is ook de samenhang tussen werkstatus en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij COPD patiënten onderzocht. Ook is gekeken naar het effect van een astma zelfmanagement programma in de huisartspraktijk op deze sociaal-economische participatieproblemen.

### **Werkstatus en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij COPD patiënten**

De samenhang tussen werkstatus en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in de 1<sup>e</sup> lijnsgezondheidszorg werd onderzocht. Hiervoor werden de 'baseline'-data gebruikt van 210 COPD patiënten in de werkzame leeftijd, die deelnamen aan een gerandomiseerde gecontroleerde klinische trial uitgevoerd in 44 Nederlandse huisartspraktijken. Deelnemers ondergingen uitgebreide longfunctietesten en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werd bepaald met de 'Chronic Respiratory Disease Questionnaire' (CRQ). Deelnemers werden ingedeeld in 3 categorieën werkstatus: 'betaald werk', 'arbeidsongeschikt', of 'vrijwillig onbetaald werk', zoals bijvoorbeeld huisvrouw of VUT.

Een van de belangrijkste bevindingen uit dit dwarsdoorsnede onderzoek was dat betaald werkende COPD patiënten een klinisch relevant hogere kwaliteit van leven hadden, dan overigens vergelijkbare patiënten die een WAO-uitkering ontvingen (0,52 punten hogere score op een 7-punts Likert schaal). Er was echter geen verschil tussen de betaald werkende en de vrijwillig onbetaald werkende COPD patiënten in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Er waren geen verschillen tussen de drie werkstatus-groepen in de objectieve ernst van de luchtwegobstructie (gemiddelde FEV<sub>1</sub>=63,5% van de voorspelde waarde).

Multivariate regressie-analyses tonen aan dat binnen de categorie betaald werk een hoger aantal luchtweg irriterende werkomstandigheden (zoals blootstelling aan stof en droge lucht) samenhangt met een lagere kwaliteit van leven. De meerderheid (83%) van de betaald werkende patiënten rapporteerden tijdens hun werk worden blootgesteld aan luchtweg irriterende factoren die leiden tot gezondheidsklachten (bijvoorbeeld kortademigheid, piepende ademhaling). Tevens bleek een hoger aantal ervaren gezondheidsklachten tijdens of direct na het werk gerelateerd te zijn aan een lagere kwaliteit van leven. Ondanks deze negatieve correlatie ervaren de betaald werkende COPD patiënten toch een klinisch relevant hogere kwaliteit van leven dan vergelijkbare patiënten met een WAO-uitkering. Deze resultaten suggereren dat continuering of hervatting van deelname aan het arbeidsproces een positieve invloed zou kunnen hebben op de kwaliteit van leven van deze patiënten. Door de cross-sectionele aard van deze analyses is het helaas niet mogelijk om in deze relatie oorzaak en gevolg van elkaar te onderscheiden. Hierdoor kan niet worden vastgesteld of een hoge kwaliteit van leven deelname aan het arbeidsproces bevordert, of dat deelname aan het arbeidsproces de kwaliteit van leven verbetert. Waarschijnlijk werkt het in beide richtingen.

### **Determinanten van sociaal-economische participatieproblemen bij astma; Longfunctie stoornis en ervaren respiratoire symptomen**

*Hoofdstuk 3* en *4* richten zich op de tweede onderzoeksvraag van dit proefschrift: "Wat is de impact van longfunctiestoornis en respiratoire klachten op toekomstige sociaal-economische participatieproblemen (belemmeringen in zowel betaalde als niet betaalde activiteiten) in de algemene bevolking?". In *hoofdstuk 3* wordt onderzocht of jongeren (leeftijd 10-22 jaar bij aanvang van de studie) met astma of asymptomatische bronchiale hyperreactiviteit een verhoogd risico hebben op sociaal-economische participatieproblemen tijdens hun opleiding en/of vroege professionele carrière. *Hoofdstuk 4* richt zich op de vraag of in de algemene bevolking toekomstige participatie-problemen op het werk of andere sociaal-economische activiteiten kunnen worden voorspeld aan de hand van aanwezigheid van respiratoire symptomen of luchtwegobstructie.



De studie beschreven in *hoofdstuk 3* was de eerste studie onder jong-volwassenen, die de impact van astma en asymptomatische bronchiale hyperreactiviteit heeft onderzocht op een spectrum van meer of minder radicale participatieproblemen tijdens hun opleiding en/of vroege carrière gedurende een 14-jaars follow-up periode. Voor deze prospectieve studie werden de data gebruikt van een follow-up onderzoek in een geboortecohort jong-volwassenen uit de algemene Nederlandse bevolking (n=206). Op basis van data verkregen tijdens de baseline-meting werden de deelnemers ingedeeld in de categorieën astma (n=52) of niet-astma (n=154). Bij de baseline- en de follow-up meting (14 jaar later) werd met behulp van een vragenlijst de aanwezigheid van respiratoire symptomen nagevraagd, en werd spirometrie en een histamine provocatie test uitgevoerd. Bij de follow-up meting werd informatie omtrent mogelijke beperkingen voorafgaand aan of tijdens de carrière nagevraagd, zoals problemen tijdens school en/of vervolg-opleiding en het aantal dagen werkverzuim in het afgelopen jaar, zowel specifiek ten gevolge van luchtwegklachten als in het algemeen ('*all-causes*'). Ook werd tijdens de follow-up meting de blootstelling aan luchtweg irriterende werkomstandigheden en het aantal lichamelijke klachten tijdens of direct na het werk geïnventariseerd, en werd de functionele gezondheidsstatus van de deelnemers bepaald.

Het merendeel van de jongeren in dit onderzoek bleek relatief onbeperkt te zijn gedurende hun opleiding en in hun carrière. Er waren geen statistisch significante verschillen in werkstatus en contract type (fulltime / parttime) tussen de groepen astma en niet-astma. Vroegtijdige uitval tijdens opleiding, een baan weigeren wegens mogelijke respiratoire klachten, en werkeloosheid kwamen in beide groepen weinig voor (minder dan 10% van alle deelnemers), maar leken consequent iets vaker voor te komen in de astma-groep. Tijdens de follow-up meting rapporteerde 9% van alle deelnemers ziekteverzuim en dagen met beperkingen in andere sociaal-economische activiteiten wegens luchtwegklachten van minimaal één dag gedurende de voorafgaande 12 maanden. Uit deze studie kwam naar voren dat astmatici een verhoogde kans hebben op '*all cause*' ziekteverzuim van het werk én op dagen met beperkingen in andere sociaal-economische activiteiten (respectievelijk OR=1,7 en OR=1,8). De verschillen waren echter meestal in de orde van grootte van slechts enkele dagen per jaar (80% van alle jongeren verzuimde minder dan 7 dagen per jaar van het werk of tijdens andere sociaal-economische activiteiten). Astmatici bleken ook een significant verhoogd risico te hebben op ziekteverzuim van het werk specifiek wegens luchtwegklachten (OR=2,6).

In de groep astmatici rapporteerden meer deelnemers werkgerelateerde symptomen (60% versus 33%) en beperkingen in hun functionele gezondheidsstatus (15% versus 9%) te ervaren in vergelijking met de groep niet-astma. De resultaten zoals gepresenteerd in *hoofdstuk 3* tonen ook aan dat asymptomatische bronchiale hyperreactiviteit geen negatieve invloed lijkt te hebben op de opleiding en vroege carrière van de jong-volwassenen. Noch longfunctie, noch bronchiale hyperreactiviteit (beide gemeten gedurende adolescentie) bleken determinanten te zijn voor toekomstig ziekteverzuim van werk of beperkingen in andere sociaal-economische activiteiten. Ziekteverzuim en beperkingen in andere sociaal-economische activiteiten bleken echter wél geassocieerd te zijn met ziekte-gerelateerde psychosociale factoren, zoals meer vermoeidheid en een ervaren lagere functionele gezondheidsstatus.

In *hoofdstuk 2* en *3* werden geen indicaties gevonden dat longfunctie of bronchiale hyperreactiviteit determinanten zijn voor toekomstige sociaal-economische participatieproblemen. Subjectieve klachten over longen of luchtwegen daarentegen bleken wél geassocieerd te zijn met werkstatus (*hoofdstuk 2*) en met ziekteverzuim van werk en beperkingen in sociaal-economische activiteiten zoals vrijetijdsbesteding en huishouden (*hoofdstuk 3*).

Het doel van de studie gepresenteerd in *hoofdstuk 4* was te onderzoeken of in de algemene bevolking toekomstige participatieproblemen tijdens het werk of tijdens andere sociaal-economische activiteiten kunnen worden voorspeld aan de hand van aanwezigheid van respiratoire symptomen of luchtwegobstructie. In dit hoofdstuk is vooral gekeken naar de

toegevoegde waarde van het bepalen van luchtwegobstructie naast het vaststellen van aanwezigheid van respiratoire symptomen bij het voorspellen van deze participatieproblemen gedurende de komende 5 tot 10 jaar. Zowel de objectieve als subjectieve maat voor ziekte ernst werden onderzocht als onafhankelijke variabelen in een multivariate logistische regressie analyse met verschillende definities van toekomstige sociaal-economische participatieproblemen als afhankelijke variabelen. Deze prospectieve analyses werden uitgevoerd in een cohort personen uit algemene Nederlandse bevolking zonder een medische geschiedenis van chronische respiratoire ziekte en in de leeftijdscategorie 25 tot 55 jaar oud bij aanvang van de studie. Bij de baseline, de 5- en 10-jaars follow-up meting werd een longfunctie test uitgevoerd en een korte vragenlijst naar respiratoire symptomen ingevuld (*MRC-questionnaire 'British Medical Research Council respiratory questionnaire'*). Tijdens de 10-jaars follow-up meting werd tevens ziekteverzuim van werk, WAO-status en beperkingen in andere sociaal-economische activiteiten middels een vragenlijst nagevraagd.

Tien-jaars follow-up data waren beschikbaar van 220 deelnemers. Van 85 deelnemers waren alleen 5-jaars follow-up data beschikbaar, waardoor in de 5-jaars analyses in totaal 305 deelnemers werden geïnccludeerd. In de 5-jaars populatie rapporteerden 42% van de deelnemers 1 of meer ziekteverzuimdagen van het werk in het voorafgaande jaar, terwijl 15% van de deelnemers 'hoog' ziekteverzuim (meer dan 14 dagen in het voorafgaande jaar) rapporteerden. Net als in *hoofdstuk 2* werd er wederom geen correlatie tussen objectieve ( $FEV_1\%$  van voorspelde waarde afkomstig uit de longfunctietest) en subjectieve maten (respiratoire symptomen) gevonden. De 5-jaars analyses toonden aan dat deelnemers zonder medische geschiedenis van chronische respiratoire ziekte, maar met preklinische respiratoire symptomen, een significant hoger risico hadden op ziekteverzuim van werk gedurende 1 of meer dagen per jaar ( $OR=1,8$ ). De risicoschatting voor symptomatische personen op 'hoog' ziekteverzuim was zelfs hoger ( $OR=3,0$ ). De aanwezigheid van respiratoire symptomen lijkt ook samen te hangen met een verhoogd risico voor arbeidsongeschiktheid en andere niet werk-gerelateerde beperkingen. De 10-jaars analyses lieten een zelfde beeld zien.

Het meten van luchtwegobstructie naast het informeren naar de aanwezigheid van respiratoire symptomen had géén toegevoegde waarde bij het voorspellen van sociaal-economische participatieproblemen in de komende 5 tot 10 jaar. De resultaten van *hoofdstuk 4* impliceren dat personen die een verhoogd risico hebben op participatieproblemen vroegtijdig kunnen worden geïdentificeerd met behulp van kort en eenvoudig te gebruiken respiratoire symptomen vragenlijst. Dit schept in theorie de mogelijkheid om tijdig voorzorgsmaatregelen te treffen.

De discrepantie tussen fysiologische gezondheidsparameters, symptoomperceptie en sociaal-economische participatieproblemen werd gevonden in de studies beschreven in *hoofdstuk 2, 3 en 4*. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de literatuur, waarin wordt beschreven dat subjectieve en objectieve parameters van ziekte ernst onafhankelijke variabelen zijn, die verschillende aspecten van ziekte ernst beschrijven.

### **Effecten van zelf-management programma bij astma**

De laatste onderzoeksvraag luidde: "Kan een zelf-management programma bij patiënten met astma het risico op sociaal-economische participatieproblemen verminderen, en welke rol spelen attitude en zelfredzaamheid hierbij?". De effecten van een zelf-management programma bij patiënten met astma in de huisartspraktijk op het aantal dagen met respiratoire sociaal-economische participatieproblemen wordt beschreven. Tevens wordt de modifierende rol van zelfredzaamheid en attitude in deze relatie geëvalueerd. Voor deze studie werden data gebruikt van een 2 jaar durende gerandomiseerde gecontroleerde klinische trial.

Deelnemende huisartspraktijken werden willekeurig ingedeeld naar het gaan implementeren van het zelf-management programma of het blijven geven van de gebruikelijke zorg. In deze trial waren 161 patiënten met stabiel astma geïnccludeerd, welke inhalatiesteroïden gebruiken

in de leeftijdscategorie 16 tot 60 jaar. Patiënten in zelf-management praktijken (n=98) werden voorgelicht over astma en kregen een training waarin geleerd werd hoe ze, overeenkomstig met een zelf-management plan, zelf hun dosis inhalatiesteroïden konden aanpassen op basis van veranderingen in hun piekstroom-waarde en de ernst van respiratoire alarmsymptomen. Zowel de deelnemers met gebruikelijke zorg als in het zelf-management programma noteerden wekelijks het aantal dagen met sociaal-economische participatieproblemen ten gevolge van respiratoire klachten. Elke 6 maanden werd bij alle deelnemers spirometrie uitgevoerd. Het attitude- en zelfredzaamheidsniveau werd bepaald tijdens de baseline meting en na 6 en 24 maanden van het programma. Het attitudeniveau geeft de waarschijnlijkheid weer dat de patiënt het programma naleeft en inspanning wil leveren voor zelf-management van zijn astma. Het zelfredzaamheidsniveau is een weergave van de mate van zelfvertrouwen en gevoel van controle te hebben over zijn astma. De meest belangrijke bevinding was dat, ondanks het feit dat het percentage patiënten met respiratoir-gerelateerde participatieproblemen in het algemeen laag was (34%), het zelf-management programma het risico op deze problemen nog verder reduceerde (OR=0,47). Een ander belangrijk resultaat was dat een hoger niveau van zelfredzaamheid bij aanvang van het programma significant samenhangt met een lager aantal dagen met deze participatieproblemen. Ook het attitudeniveau leek negatief gecorreleerd te zijn met deze problemen maar behaalde het significantie niveau niet. In de groep met gebruikelijke zorg werden geen correlaties gevonden tussen attitude, zelfredzaamheid en participatieproblemen. Dit wijst erop dat een hoger attitude- en zelfredzaamheids-niveau bij aanvang alléén in combinatie met het onderzochte zelf-management programma samenhangt met minder dagen met sociaal-economische participatieproblemen ten gevolge van respiratoire klachten. In het algemeen geldt dat de deelnemers in beide groepen al een hoog attitude- en zelfredzaamheidsniveau hadden bij aanvang van de trial. In de groep patiënten met het zelf-management programma nam het attitudeniveau significant toe. Er waren ook aanwijzingen voor een verbeterend effect van het zelf-management programma op het zelfredzaamheidsniveau van de patiënten. Deze verbetering was echter niet statistisch significant.

### **Hoofdconclusies**

Dit proefschrift laat zien dat COPD patiënten met betaald werk een betere gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven ervaren, vergeleken met patiënten met eenzelfde ernst van luchtwegobstructie met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Er zijn aanwijzingen dat er nog steeds ruimte is voor verbetering van de kwaliteit van leven van betaald werkende COPD patiënten, door het verbeteren van de werkomgeving, bijvoorbeeld door vermindering van blootstelling aan luchtwegirriterende werkomstandigheden zoals blootstelling aan stof en droge lucht.

De belangrijkste conclusie in dit proefschrift is dat subjectieve parameters van ziekte belangrijkere determinanten van toekomstige sociaal-economische participatieproblemen zijn dan fysiologische ziekteparameters binnen een populatie huisartsenpatiënten met hoofdzakelijk milde longfunctie afwijkingen. Personen met een verhoogd risico op sociaal-economische participatieproblemen in de komende 5 tot 10 jaar kunnen vroegtijdig worden geïdentificeerd met behulp van een korte en makkelijk toepasbare symptomen vragenlijst. Daarnaast blijkt dat een astma zelf-management programma in de huisartspraktijk het risico op sociaal-economische participatieproblemen ten gevolge van deze respiratoire aandoening significant verminderde.

### **Aanbevelingen voor huisartsen en bedrijfsartsen**

Voor de bedrijfsarts en de huisarts is het belangrijk te weten dat het hebben van betaald werk mogelijk een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van leven van patiënten met een milde chronisch respiratoire aandoening. Dit pleit ervoor te stimuleren dat patiënten betaald werk blijven doen voor zo lang als dat redelijkerwijs mogelijk is. Bij de professionele begeleiding van deze patiënten zou speciale aandacht gegeven moeten worden aan de ziektebeleving door de patiënten en psychosociale en werkgerelateerde factoren die

geassocieerd zijn met ziekteverzuim en andere participatieproblemen. Zowel de huisarts als de bedrijfsarts zouden de begeleiding van werknemers die een verhoogd risico hebben op toekomstig ziekteverzuim op elkaar moeten afstemmen. Patiënten met een verhoogd risico op participatieproblemen zouden vroegtijdig moeten worden geïdentificeerd, zodat tijdig eventuele voorzorgsmaatregelen getroffen kunnen worden. Uit dit onderzoek komt naar voren dat aanwezigheid van respiratoire symptomen een sterkere voorspeller is voor toekomstige participatieproblemen dan objectief meetbare longfunctie beperkingen (luchtweg obstructie). Daarom lijkt een respiratoire symptomenvragenlijst (bijvoorbeeld de onderzochte *MRC-questionnaire*) een handig hulpmiddel voor het identificeren van werknemers met een verhoogd risico op toekomstige participatieproblemen. Huisartsen zouden patiënten met respiratoire symptomen kunnen stimuleren hierover contact op te nemen met hun bedrijfsarts of zouden de patiënt om toestemming kunnen vragen om dit voor hen te doen. Alhoewel personen met tekenen of symptomen van een chronisch respiratoire ziekte meer beperkingen in hun carrière schijnen te ervaren, zijn de verschillen in de meeste gevallen slechts gering. De meerderheid zal met behulp van de professionele begeleiding van zowel bedrijfsarts als huisarts een zo goed als onbeperkte carrière kunnen opbouwen. Om discontinuering van arbeidsparticipatie te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen is het belangrijk de optimale balans te vinden tussen de individuele gezondheidsgerelateerde capaciteiten en de arbeids-omstandigheden. De arbozorg kan een rol spelen bij het verlagen van blootstelling aan luchtweg irriterende factoren bij werknemers met een verhoogd risico op participatieproblemen en adviseren over eventuele andere benodigde werk(plek)-aanpassingen.

## Pulmopen

“Blijft de NVALT welvaartsvast?”

Als je vanuit je positie als longarts de gezondheidszorg in de wereld bekijkt realiseer je je dat het specialisme longziekten eigenlijk een vorm van “welvaart geneeskunde” is. Hiermee bedoel ik niet zoiets als de huidige privé-klinieken, waar mensen met voldoende financiële middelen alle mogelijke medische zorg kunnen krijgen. Nee, het specialisme longziekten komt pas in beeld als de gezondheidszorg een zekere omvang begint te krijgen en het aantal medisch specialisten begint toe te nemen. Zo lang dit niet het geval is en er onvoldoende mankracht en geld is zal eerst de meest basale medische zorg gewaarborgd dienen te worden. In de landen van west-europa zijn longartsen goed vertegenwoordigd. In de landen van de opkomende markten zoals bijvoorbeeld oost-europa is het nog een specialisme in ontwikkeling. In de derde wereld landen zijn longartsen meestal een relatieve zeldzaamheid, ondanks de uitgebreid aanwezige pulmonologische problematiek zoals pneumonieën en tbc. De longartsenvereniging van bijvoorbeeld Zuid-Afrika (ongeveer 43 miljoen inwoners) telt maar 100 leden, terwijl deze zelfs niet allemaal in Zuid-Afrika werkzaam zijn. Het gros van hen is werkzaam in de grote universitaire ziekenhuizen. In de meeste andere ziekenhuizen wordt de longgeneeskunde door internisten gedaan, waarbij bedacht moet worden dat longartsen in Zuid-Afrika in feite internisten zijn met een extra specialisatie. In de kleinere ziekenhuizen is domweg meer behoefte aan internisten en chirurgen om het grote aanbod aan allerhande pathologie zo goed mogelijk te behandelen met de beperkt beschikbare middelen. Als er echte rampen in de wereld gebeuren zijn longartsen niet de dokters waar men het eerst op zit te wachten. Lang geleden heb ik eens bij Artsen Zonder Grenzen geïnformeerd of er behoefte bestond aan een longarts (i.o), maar nee, daar zagen ze weinig mogelijkheden voor...

Gelukkig werken wij in een land waar longartsen een duidelijke plaats in de gezondheidszorg hebben verworven, zelfs een apart specialisme zijn geworden en niet meer een subspecialisme van de interne geneeskunde zijn. Als NVALT en als longartsen moeten we dan ook zorgen dat we deze plaats waarmaken door zorg te dragen voor een goede kwaliteit van ons werk, door te zorgen voor een goede opleiding voor onze assistenten en door alert

te zijn op nieuwe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Dit laatste geldt niet alleen de medische ontwikkelingen (bv OSAS), maar ook de veranderingen binnen de structuur van de gezondheidszorg in Nederland. Wat dit laatste betreft gebeurt er erg veel in deze jaren (bv het DBC gebeuren, het nieuwe opleidingsfonds, het gebeuren rond de SEH-artsen etc) en als we hierin actief willen blijven meepraten en mee beslissen zal dat een extra inzet van de leden van de NVALT vereisen, vooral omdat we een relatief kleine vereniging zijn. Er komen nieuwe spelers op de markt die de krachtsverhoudingen zullen veranderen, want geld en macht zullen doorslaggevend zijn. Als we onze positie willen verstevigen zullen we alert moeten zijn en is het in mijn ogen van belang om als NVALT als éénheid naar buiten te treden om zo als gesprekspartner te kunnen functioneren in deze markt. Natuurlijk zijn de belangen tussen de verschillende ziekenhuizen en de verschillende maatschappen niet altijd dezelfde. Als longartsen en NVALT moet het echter mogelijk zijn om deze problemen onderling op te lossen en verder te kijken dan de korte termijn. Het verbaast me dan ook dat er bij herhaling mensen en maatschappen binnen de NVALT zijn, die het in discussies nodig vinden om te dreigen met juridische "toetsing" dan wel juridische maatregelen. Alsof dit iets aan de argumenten toevoegt! Naar mijn inschatting heeft dit gedrag meer te maken met druk van "derden" (bv ziekenhuisdirecties) en/of met min of meer "blinde" persoonlijke ambities. Als we ons zo laten uitspelen zal de eenheid binnen de NVALT verdwijnen en daarmee ook onze mogelijkheden om een goede positie in deze "nieuwe markt" te realiseren. Ik ben benieuwd naar de mening hierover van iemand die in belangrijke mate heeft bijgedragen aan mijn opleiding. Hij is iemand met een scherpe blik, zowel in klinische, in politieke als ook in zakelijke zin. Hij is nuchter, doortastend en staat voor z'n zaak. De pulmopen gaat naar een Groninger die zich zonder moeite handhaaft in het wereldse Amsterdam: Piet Postmus!

Gregor Mannes

## Werken aan uw toekomst: honderd jarig NVALT lustrum 2008

Hieronder ziet u de lustrumcommissie bijeen tijdens de inspectie van een toekomstige feestlocatie voor het honderd jarig lustrum van de NVALT, **30 en 31 mei 2008**. Zoals u kunt zien, wordt er hard en enthousiast gewerkt, staan we met de schoenen in de modder, worden kosten nog moeite gespaard om tot een werkelijk vernieuwend programma te komen, en wordt de NVALT goed op de kaart geplaatst. De locatie?, die blijft geheim. Een ding is duidelijk: u wilt dit lustrum niet missen. Of om het met de woorden van Paul Janssen, longarts en medelustrumcommissie lid te zeggen: "ik kan nauwelijks meer wachten". Reserveert u daarom de datum alvast in uw agenda. Wordt vervolgd.



*De commissieleden bijeen bij de inspectie van een feestlocatie: Martin Boeree, Wessel Hanselaar, Monique Hochstenbag, Constance van Hussen, Paul Janssen, Trudy de Jong, Anton Vonk Noordegraaf,*

*Jeroen Hiltermann en Diny van der Wijst, medecommissieleden waren bij het maken van de foto's afwezig*

Namens de lustrumcommissie

Anton Vonk Noordegraaf

## **Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2006**

Geachte voorzitter, collegae en andere aanwezigen,

Ik spreek hier namens de jury van de Novartis Pulmonologie Prijs die naast mijzelf bestaat uit vier andere Nederlandse longartsen, nl. Wanda de Kanter-Koppenol uit Beverwijk, Ellen Cobben-Beld uit Apeldoorn, Gregor Mannes uit Almelo en Rob Slingerland uit Rotterdam.

De Novartis Pulmonologie Prijs van € 5000,-- wordt uitgereikt aan een Nederlandse longarts, die, en zo staat het letterlijk in de omschrijving, naast de reguliere werkzaamheden een substantiële bijdrage heeft geleverd aan de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg. Niet door uitnemend wetenschappelijk onderzoek of het beste proefschrift maar vooral door extra activiteiten om de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren.

Dit jaar zijn door collega's in totaal 6 kandidaten genomineerd. Het werk van alle 6 wordt door de jury hoog gewaardeerd en als bijzonder waardevol beoordeeld. Toch is de jurykeuze unaniem op één van deze 6 kandidaten gevallen. Deze kandidaat krijgt de prijs niet door één enkele bijzondere activiteit maar voor extra inzet voor de patiëntenzorg op meerdere fronten. Je zou het derhalve een soort oeuvre prijs kunnen noemen. De prijs gaat dit jaar naar Jan Festen.

Beste Jan.

Je hebt je tijdens je loopbaan als longarts meerdere malen onderscheiden door extra werkzaamheden en dat doe je nu na je pensionering nog steeds. Ik wil een viertal activiteiten van jou belichten.

Je hebt, inmiddels al lang geleden, samen met Karel Roos uit Amsterdam landelijk de opleiding tot longfunctielaboranten opgezet. Hierbij heb je niet alleen veel tijd in de organisatie ervan gestoken maar ook als docent in het onderwijs. Ik hoorde dat jij recent in een restaurant in je diner een wasknijper hebt aangetroffen. Nu begrijp ik dat ook. Hoe kan het toepasselijker. De kok moet ongetwijfeld een patiënt van jou geweest zijn die meermalen bij longfunctie onderzoek zelf de wasknijper op de neus heeft gekregen.

De andere drie extra activiteiten betreffen alle de oncologie.

Jij was in Nederland de pionier met lasertherapie en het plaatsen van stents. Toen er nog geen pulmonale stents waren ben jij als eerste begonnen met het plaatsen van de spiraalvormige metalen stents die toen eigenlijk alleen voor vaten bedoeld waren. Pas later volgden andere collega's. Je hebt daarmee een belangrijke bijdrage geleverd aan de kwaliteit van leven van vele patiënten die vaak in een terminale levensfase verkeerden.

Een tweede bijzonder initiatief van jou in de oncologie was het samen met Gerben Bootsma opzetten van de sneldiagnostiek bij bronchuscarcinomen. Wederom als eerste in Nederland.

Ook nu je al enige jaren gepensioneerd bent ben je bij de oncologie betrokken gebleven. Een ieder van ons kent wel het Longkanker Informatie Centrum. Daarbij zijn 5 longartsen betrokken. Ernst Lammers als initiator en voorzitter, Piet Postmus, Harrie Groen, Franz Schramel en jij. Het Centrum heeft vele goede voorlichtingsfolders ontwikkeld, geeft nieuwsbrieven uit, organiseert communicatietrainingen voor behandelteams en beheert een website met zorgvuldige en éénduidige informatie. Website: [www.longkanker.info](http://www.longkanker.info). Vooral deze website is een zeer belangrijke vraagbaak geworden voor patiënten en relaties. Dit blijkt o.a. uit het feit dat er inmiddels ongeveer 20.000 bezoekers per maand zijn. Zij kunnen vragen stellen die dan vooral door jou beantwoord worden. Inmiddels heb ik op de site meer dan 2200 vragen met ook de vooral door jou gegeven antwoorden vermeld gezien.

Ik heb begrepen dat je daar gemiddeld 2 dagen per week mee bezig bent en dat je dat geheel pro Deo doet. Hulde daarvoor.

Ondanks al deze verdiensten ben je altijd uitermate bescheiden gebleven. Je was altijd de stille harde werker op de achtergrond. Zoals je dat nu, na je pensionering, via de site van het Longkanker Informatie Centrum nog steeds bent. Des te meer trof mij een artikel in een krant met daarbij een foto met jouw hoofd met een groot zwaard er naast. Collega's belden mij met de vraag wat jij als brave borst toch misdaan had. Ik heb ze, na navraag, gelukkig gerust kunnen stellen. Jij werd toen geridderd in een Geestelijke Orde.

Jan, jij krijgt de 8<sup>ste</sup> prijs en voegt je daarmee bij het illustere gezelschap van de vorige 7 winnaars. Aafke Meinesz in Groningen met haar bijzondere inzet voor thuisbeademing, Bert Baas in Tiel voor het opzetten van een centrum voor palliatieve terminale zorg, Harry Heijerman in Den Haag voor de sociale aspecten van CF, Paul van Spiegel in Amsterdam voor de rookstop lobby, Anco Boonstra voor zijn activiteiten voor patiënten met pulmonale hypertensie, Kees Westermann in Nieuwegein voor zijn inzet voor patiënten met de ziekte van Rendu-Osler-Weber en Jules van den Bosch met zijn zorg voor longtransplantatie patiënten en patiënten met interstitiële longziekten.



Heel graag overhandigen Peter Sterk jou namens de firma Novartis de bloemen en ik jou namens de jury de oorkonde en de cheque.

6 oktober 2006  
Wim van Veldhuizen.



## interstitiële long aandoeningen inclusief sarcoïdose en beroeps- en omgevingsgerelateerde longaandoeningen management en research

### Doelstellingen

Op 18 april is te Maastricht officieel de **ild care foundation** opgericht. Deze foundation stelt zich ten doel de zorg voor patiënten met interstitiële longaandoeningen (ild) te optimaliseren. Er zal gestreefd worden naar verbreding van de kennis met als doel verbetering van vroegtijdige herkenning en waar mogelijk voorkomen van het ontstaan (preventie) en het zoeken naar nieuwe therapeutische mogelijkheden.

Het bijeen te brengen vermogen van de foundation is bestemd om financiële steun te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van ild.

### Nog veel te doen

Veelal is de oorzaak van dergelijke longaandoeningen nog onbekend. Bovendien is het lang niet altijd eenvoudig een verband te leggen tussen een mogelijke oorzaak en het ontstaan

van een bepaalde longafwijking. Testen die een verband tussen blootstelling en een aandoening bij de betrokkenen kunnen aantonen dienen te worden ontwikkeld. Deze nieuwe diagnostische hulpmiddelen en verbreding van de kennis kunnen van groot belang zijn voor het in de toekomst voorkomen van bepaalde longaandoeningen.

De foundation zal een brug trachten te slaan tussen de gezondheidszorg en het bedrijfsleven. Er zal naar gestreefd worden om de industrie te interesseren voor innovatieve onderzoeksprojecten. Daarnaast zal een nauwe samenwerking een preventieprogramma kunnen opzetten om te streven naar een gezondere werkomgeving en het tijdig herkennen van schadelijke invloeden. Een bijkomend voordeel van een dergelijke samenwerking kan een enorme kostenbesparing zijn in de vorm van vermindering van arbeidsverzuim, het terugdringen van aanspraak op medische en sociale voorzieningen.

Onderzoek naar de impact van de aandoening voor patiënten en betrokkenen, de mogelijke oorzaken en invloed van erfelijke aanleg zal worden gestimuleerd en waar mogelijk ondersteund. Eveneens zal worden gestreefd naar het initiëren van onderzoek ter ontwikkeling van nieuwe behandelmogelijkheden.

Het Bestuur van de **ild care foundation** hoopt dat velen dit streven willen ondersteunen.

Contactgegevens voor informatie

### **ild care foundation**

Secretariaat:

p.a. Secretariaat Longziekten azM,  
t.a.v. Mw. Manon Lenaerts-Lambrichs

Postbus 5800

6202 AZ Maastricht

tel: 043 3876497

fax: 043 3874718

e-mail adres: [ildcare@lung.azm.nl](mailto:ildcare@lung.azm.nl)

## **Marathon Eindhoven**



Zondag 8 oktober hebben een aantal longartsen deelgenomen aan de halve marathon van Eindhoven. Een evenement dat uitgegroeid is tot het tweede carnaval. Het aantal aanmeldingen onder longartsen bedroeg begin van het jaar een kleine honderd. Maar, zoals dat vaak gaat blijkt bij 50% schoonmoeder plots jarig te zijn, en in andere gevallen is daar opeens een andere afspraak of zelfs een onverwachte vakantie, en dat terwijl toch voor het goede doel, de **ild care foundation**, gelopen werd. Uiteindelijk is door een groep van twintig deelnemers bestaande onder andere uit een aantal longartsen en huisartsen

gelopen voor het goede doel (*foto: aantal van de enthousiaste deelnemers*). De firma Zambon heeft gesponsord. Door deze deelnemers is totaal 392.2 km gelopen. Waren de verwachtingen begin van het jaar dat tenminste 40.000 euro zou worden opgehaald, dan moest de verwachting helaas om bovenstaande redenen worden bijgesteld tot 750 euro. Daar schrijver deze in een eerdere fase had toegezegd een verslagje te schrijven was een escape om niet deel te nemen, hoewel ook mijn schoonmoeder natuurlijk jarig was, niet mogelijk. Eens schitterde ik op de voorpagina van Pulmoscript tijdens de marathon van Leiden. De tand des tijds heeft er helaas voor gezorgd dat de halve marathon nu aanvoelt als een dubbele triatlon. De voorbereidingen waren voortreffelijk. Aan een aantal voorwaardes vooraf, zoals veel drinken en veel koolhydraten, voldeed ik al de hele



zomervakantie, waarbij vooral de nadruk lag op Belgisch bier, rode wijn en m.n. in Frankrijk gekoelde witte wijn. De overige voorbereidingen: het lopen dus, startte ik wat later op. Begin september waren er wat langere afstanden tot 15 km. Eindhoven stond 8 oktober volledig in het teken van de marathon. Het weer was voortreffelijk, er waren volop toeschouwers langs het hele parcours. Hoewel het parcoursrecord van 1.04 uur de richtlijn was, moest ik na 500 m helaas vaststellen dat dat niet haalbaar zou zijn. Uiteindelijk finishte ik in 1.48.53 uur en daar ben ik deze fase van mijn leven volstrekt tevreden mee. Het was vooral de gezelligheid na afloop van de marathon, waar ik een dag later last van had. De **ild care** foundation dankt de enorme inzet van alle lopers en hoopt dat er nog vele van de initiatieven zullen volgen.  
(*Verslag: Dr. Jacques Creemers*)

## Secretariaat

Het secretariaat van de NVALT is in verband met de feestdagen gesloten vanaf zaterdag 23 december 2006 tot dinsdag 3 januari 2006.

Wij wensen u hele fijne feestdagen en een voorspoedig en gezond 2007 toe.

Anja van Beijsterveldt  
Wilma van Gemert  
Constance van Hussen  
Trudy de Jong  
Diny van der Wijst