

PULMO *Script*

Officieel orgaan van de NVALT

Jaargang 19, nummer 4, december 2008



In dit nummer:

- Oprichting LAN
- Stichting NVALT studies
- Notulen huishoudelijke vergaderingen

Colofon

PulmoScript is het officieel orgaan van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Secretariaat NVALT en Redactie PulmoScript
Luijbenstraat 15
5211 BR 's-Hertogenbosch
Telefoon 073 - 612 61 63
Telefax 073 - 612 61 54
e-mail: secretariaat@nvalt.nl
internetsite: www.nvalt.nl

Redactieraad:
Dr. P. Bresser, voorzitter
Dr. H.J. Pennings
Mevr. T. de Baaij
Mevr. W. Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij nr. 1: 15 februari 2009

PulmoScript verschijnt eenmaal per kwartaal in een oplage van 1000 exemplaren.

Elke auteur en adverteerder is verantwoordelijk voor zijn of haar bijdrage. Hetzelfde geldt voor inlichtingen door derden verstrekt.

Van Engelen - tekst, vormgeving en drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



Inhoud

Inhoud	3
Ten geleide	4
Bestuur	
Van de bestuurstafel	5
Notulen huishoudelijke vergadering 31 oktober 2008	6
Oprichting LAN	10
Werk in uitvoering	
Stichting NVALT studies	11
Pulmopen	
Samenwerken: van "of" naar "hoe"; van disciplinair naar multidisciplinair naar interdisciplinair Wim Timens	12
Nascholing	
Non-invasive diagnosis and follow-up of right ventricular overload Samenvatting proefschrift Drs. I.R. Henkens	14
Systemic sclerosis, assessment and treatment Tight control in a tight disease Samenvatting proefschrift Dr. M.C. Vonk, reumatologe	21
Treatment of COPD Exacerbations in Primary and Secondary Care Samenvatting proefschrift I. Roede	24
Commissies, secties en werkgroepen	
Werkgroep Mesotheliomen	26
Ingezonden	
Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2008	27
Congresagenda	28

Bij de voorplaat: Twaalf organisaties op het terrein van chronische longaandoeningen hebben samen de Long Alliantie Nederland (LAN) opgericht.

Ten geleide

Geachte Lezer,

Aangezien onze wetenschappelijk secretaris ter verzwaring van zijn wetenschappelijke bagage zichzelf een verblijf in London heeft aangedaan wordt deze pen, ietwat onvoorzien, tijdelijk ter hand genomen door de algemeen secretaris.

In dit nummer treft U allereerst het verslag aan van de meer dan uitstekend bezochte algemene ledenvergadering op 31 oktober. Het gezamenlijk wetenschappelijke programma met de leden van de VvAwT bleek een groot succes en mocht zich verheugen in een zeer constructieve uitwisseling van kennis.

In de Pulmopen breekt collega Wim Timens een lans om niet alleen multidisciplinair samen te werken, maar breidt hij het uit naar interdisciplinair denken. Het neerhalen van bestaande muren en een kijkje in elkaars keuken lijkt een goed recept om wetenschappelijke inzichten te verdiepen en te leiden tot onverwachte "brainwaves". Binnen de NRS zal deze vorm van samenwerken hopelijk leiden tot zeer fraaie resultaten.

Verder beveel ik U van harte het artikel van Annemarie Dingemans aan over de Stichting NVALT studies. De oprichting van deze stichting maakt het mogelijk om binnen de NVALT zelfstandig onderzoek

te blijven doen, met in acht name van alle eisen die de nieuwe Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO) hieraan stelt. Tevens biedt deze stichting een raamwerk, waarbinnen het voor de werkgroepen van de NVALT mogelijk is onderzoek onder te brengen. Uiteraard wel met het voorbehoud dat zij van tevoren de financiën geregeld hebben. Daarnaast in deze uitgave van Pulmoscript de samenvattingen van maar liefst drie proefschriften, waarbij de aanwezigheid van longafwijkingen beschreven worden vanuit drie uiteenlopende specialismen..

In de eerste proefschriftsamenvatting beschrijft collega Henkens de preoperatieve evaluatie van de rechter ventrikel bij patiënten met de Tetralogie van Fallot die in aanmerking komen voor pulmonalis-klepvervanging. Daarnaast blijkt een nieuwe grafische representatie van ECG-vectoren te leiden tot verfijnde electrocardiografische diagnostiek van rechter ventrikel belasting zoals gezien kan worden bij pulmonale hypertensie.

In het tweede proefschrift geeft collega Vonk, rheumatologe, een zeer duidelijk overzicht van de pulmonale lokalisatie van sclerodermie. Ook vestigt zij de aandacht op het klinische belang van een bij toeval gevonden openstaande oesofagus.

Dit zeer lezenswaardige proefschrift bevestigt maar weer eens het belang van het discipline(specialisme)-overstijgend denken.

In de laatste bijdrage heeft college Roede de behandeling van de exacerbaties bij COPD nader onder de loep genomen en met name de plaats en duur van de antibiotische behandeling. Haar studie onderschrijft de tendens dat met een kortere toedieningsduur van antibiotica volstaan kan worden. Daarnaast roept het onderzoek toch weer nieuwe vragen op, aangezien (onverwacht) de inzet van antibiotica de kans op nieuwe exacerbaties lijkt te verminderen. Aangezien het hier een observationele studie betreft zal nader onderzoek aangewezen zijn alvorens aanpassing van de huidige richtlijnen te verwachten is.

Ik hoop dat wij U met deze Pulmoscript een leeszame kerstmis kunnen bereiden en wens U, mede namens het Bestuur van de NVALT, een voorspoedig en gezond 2009 toe.

Met vriendelijke groet
Herman-Jan Pennings,
secretaris

Van de Bestuurstafel

NVALT 2008, een bruisend jaar

Voor u ligt alweer de laatste PulmoScript van het jaar 2008 waarin op longgebied erg veel is gebeurd. Zo is onze vereniging dit jaar voor het eerst in zijn bestaan gaan professionaliseren, wat concreet betekent dat de leden van het dagelijks bestuur sinds januari worden betaald. Zoals ik al eerder aangaf is dat bittere noodzaak om de zaken die op ons af komen de aandacht te geven die ze verdienen. Het idee van "liefdewerk oud papier" is sterk achterhaald en gaf ons bij vergaderingen met andere partijen regelmatig een kennisachterstand. Door bovengenoemd besluit kunnen vergaderingen nu ook deels in normale werktijd voorbereid worden in plaats van altijd 's avonds of in het weekend. Een ander voorbeeld van professionalisering is de bezoldiging van de DBC commissie. Zij kunnen het veelvuldige overleg met DBC-onderhoud nu beter voorbereiden en zijn daardoor beter in staat de plaats van de longziekten binnen het DBC- terrein te bepalen.

In mei vond een fantastisch eeuwfeest plaats in Maastricht. Gedurende twee dagen werd u niet alleen bijgepraat over de wetenschappelijke hoogstandjes van uw vereniging, maar was er ook veel gelegen-

heid tot bijpraten met uw collega's. Uit de vele reacties die het secretariaat en de lustrum commissie van u kregen kunnen wij afleiden dat u dit feest zeer gewaardeerd heeft en de banden binnen de NVALT weer goed zijn aangehaald.

Verder zijn er dit jaar veel bestuurlijke activiteiten ontplooid. Op 26 november jongstleden is de Long Alliantie Nederland (LAN) opgericht die zich primair zal gaan richten op kwaliteit van zorg, preventie en kennisuitwisseling (zie foto voorpagina). Nadat de ledenvergadering op 31 oktober instemde met toetreding heeft de NVALT zich als één van de 12 verenigingen hierbij aangesloten. De NVALT zal in de persoon van Huib Kerstjens zitting nemen in het eerste bestuur. Het NVALT-bestuur is erg blij dat Huib met zijn uitgebreide expertise op dit gebied deze belangrijke functie als eerste NVALT vertegenwoordiger wil vervullen.

Tenslotte heeft ook de NRS (Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband) in 2008 grote stappen gezet. Een kerngroep bestaande uit Miel Wouters, Kees van Herwaarden, Peter Sterk, Dirkje Postma en Pieter Hiemstra heeft een startnotitie gemaakt waarin zij hun ideeën over onderzoek uiteenzetten. De bedoeling van het NRS is om onderzoekers bijeen te

brenghen, thema's te identificeren (wellicht ziekte-overstijgend), ideeën uit te wisselen en nieuwe dwarsverbanden tot stand te brengen. Het NRS moet een platform worden voor samenwerking van onderzoekers, voor het verbeteren van onderzoekvoorwaarden, en een plaats waar (ook) jonge onderzoekers graag willen komen om elkaar 'multi-disciplinair' te ontmoeten. Naast Astma en COPD zal de NRS zich ook gaan richten op de weeslongziekten, wat een goede ontwikkeling is gezien de conclusies van het rapport "Onderzoekend samenwerken: kiezen voor slagkracht" uitgevoerd op verzoek van de NLS.

Zoals u ziet is in 2008 veel in gang gezet met als gemeenschappelijk doel de longziekten in Nederland beter op de kaart te zetten. Cruciaal in deze roerige periode is dat er met alle belanghebbende partijen (en dat zijn er vele) goed gecommuniceerd wordt. De NVALT heeft de belangrijke taak om dat proces goed te bewaken en waar nodig bij te sturen.

Ik wens u allen een heel goed 2009,

Met vriendelijke groet
Namens het bestuur
Peter Wijkstra

Notulen ledenvergadering NVALT

31 oktober 2008 te Utrecht

Aanwezig (getekend op presentielijst: 103)

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering en heet eenieder van harte welkom. De voorzitter vraagt een ogenblik stilte voor dr. D.K.A. Olthof uit Wageningen die in mei 2008 overleden is en de heer P.M.J. Berger uit Breda die in juni 2008 overleden is.

2. Notulen vergadering 21 april 2008

Geen op- of aanmerkingen. De notulen worden onder dankzegging van Pennings en de Baaij goedgekeurd.

3. Mededelingen vanuit het Bestuur

- Wijkstra geeft aan dat kwaliteit een belangrijk onderwerp is. Binnen de NVALT zijn er 2 voorzitters nl. die van de commissie richtlijnen en die van de commissie visitatie longziekten, respectievelijk Roldaan en Termeer. Om de continuïteit tijdens de vele vergaderingen, m.n. ook bij de orde, te kunnen waarborgen heeft het Bestuur Christian Melissant bereid gevonden om het deel kwaliteit voor zijn rekening te nemen. Gezien het belang hiervan stelt het bestuur voor Melissant toe te voegen aan het Bestuur. Officieel zal Melissant in de voorjaarsvergadering van 2009 benoemd worden.

- Het voorstel tot het opheffen van de CROL. De discussie over de opleidingsplaatsen is vaak moeilijk. Belangrijk is dat het Bestuur op dit vlak gesteund wordt door een commissie. Het Bestuur heeft de laatste maanden gediscussieerd over de plek van een dergelijke commissie. De CROL heeft geconcludeerd dat zij, door het instellen van een nieuwe projectgroep opleiding, geen duidelijke taken meer had. De CROL heeft er alle vertrouwen in dat de nieuwe projectgroep de belangen van de NVALT met betrekking tot de problematiek rond de opleidingsplaatsen optimaal zal begeleiden. Het voorstel is dan ook de CROL op te heffen, dit zal officieel gebeuren in de voorjaarsvergadering van 2009.

De projectgroep Opleiding zal in de volgende ledenvergadering officieel worden ingesteld. De projectgroep zal bestaan uit leden van de CROL, het Concilium en een aantal opleiders. Voor het verkrijgen van voldoende draagvlak zal er een klankbordgroep, bestaande uit een aantal opleiders, benoemd worden.

- De Nederlandse Longstichting.

Stand van zaken oktober 2008

Het Businessplan van april 2007 is uitgevoerd:

1. Longziekten Feiten en Cijfers, mei 2008
2. Samenwerking op gebied van onderzoek:

Rapport: Onderzoekend samenwerken:

1. Kiezen voor Slagkracht, dec. 2007. Dit rapport is besproken tijdens een Miniconferentie, Utrecht, 9 sept. 2008
2. Project IDIAL: Uniform en onafhankelijk voorlichtingsmateriaal: te leden op website Kies Beter: Klaplomp, september 2008

Toekomst:

1. Afhankelijk van een aantal zaken:
1. Vergadering Platform Longen 6 november a.s.
2. Voortgang NRS.
3. Ontwikkeling LAN.

- Stand van zaken NRS (Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband). De NRS is ontstaan uit een initiatief vanuit de NVALT, m.n. vanuit de Raad voor het Wetenschapsbeleid. Er werd te weinig gedaan vanuit de NVALT richting het stimuleren van onderzoek. Er is een bijeenkomst geweest in het najaar van 2007 en in januari 2008 waar in eerste instantie met de hoogleraren longziekten en basale onderzoekers, gekeken is hoe het onderzoek verder gestimuleerd kan worden.

Het doel van het NRS is een ondersteunende landelijke structuur aan te bieden voor multidisciplinair Longziekten onderzoek met voldoende massa, focus en slagkracht, hierbij uitgaande van de interesse van onderzoekers op basis van

gezamenlijk gedragen prioriteiten. Het is nadrukkelijk de bedoeling om in de volgende stadia een link te maken met andere basale onderzoekers, industrie etc. Er is nu een kerngroep geformeerd, bestaande uit Van Herwaarden, Wouters, Sterk, Postma en Hiemstra. Postma zal het eerste jaar optreden als coördinator. In het voorjaar van 2009 zal een dag georganiseerd worden om de onderzoekers in Nederland bijeen te brengen en te discussiëren over bepaalde onderwerpen. Voor de start zal Astma, COPD gekozen worden, maar ook de weeslongziekten zal een plek binnen de NRS krijgen.

- Pennings geeft aan dat de NRS goed aansluit bij de ontwikkelingen op Europees niveau. Schaalgrootte is hierbij van eminent belang. Dit geldt niet alleen voor het wetenschappelijk onderzoek, maar ook voor het feit dat de NVALT als wetenschappelijke vereniging vertegenwoordigd is binnen de ERS. De ERS blijkt steeds belangrijker te worden om het gedachtegoed van de longarts binnen de EU en het Europees Parlement voor het voetlicht te brengen. De ERS heeft onlangs een document gemaakt waarin men aangeeft het aanspreekpunt te willen worden voor het wetenschappelijk deel van de longgeneeskunde op Europees niveau. De ERS biedt ook veel mogelijkheden voor nascholing, internationale congressen en e-learning. Vandaar dat het belangrijk is dat de NVALT zichtbaar is binnen de ERS en participeert binnen de ERS-structuur.

De NVALT is al enkele jaren in overleg met de ERS om een dual lidmaatschap -NVALT/ERS- te creëren. Het voorstel van de NVALT is om op korte termijn met de nieuwe voorzitter van de ERS, Jorrit Gerritsen, dit dual lidmaatschap te bespreken.

- Op Europees niveau heeft de ERS een White Lungbook uitgegeven, dat ge-updated gaat worden.

- De Nederlandse leden van de ERS hebben een vertegenwoordiger binnen de ERS. De National Delegate van Nederland was René Aalbers. Aalbers zal zich terug-

trekken als National Delegate. Daarom zal er op korte termijn door de ERS een verkiezing uitgeschreven worden om ERS leden in Nederland te vragen zich kandidaat te stellen. Pennings verzoekt belangstellenden voor deze functie zich te melden bij het Bestuur.

- De NVALT website is onlangs aanzienlijk ge-up-date. Binnenkort zal er een link gelegd worden naar het Tijdschrift Longartsen Vademecum. Verder zal er een enquête geplaatst worden op de website om te kijken wie er gebruik maakt van de NVALT-bibliotheek en of er nog tijdschriften gemist worden, of problemen ervaart met het inloggen.

- Het COPD-Zorgprofiel.

-Aanleiding:

-2008 indruk dat VWS B-segment wil uitbreiden en voor longziekten COPD in B-segment komt

-ZN hebben NVALT naar analogie van 2007 (zorgprofielen OSAS-Interstitieel longziekten) uitgenodigd mee te denken over de inhoud van het zorgprofiel COPD

-Toen COPD niet in B-segment opgenomen werd, toch besloten traject te continueren

-Doelstelling is zorginkopers een leidraad te geven waarin de inhoud van zorg beschreven wordt. Deze bouwstenen zijn gedefinieerd a.d.h.v. richtlijnen en in overleg met de wetenschappelijke verenigingen gedefinieerd.

-bij vormgeving COPD zorgprofiel door NVALT ook mee verdisconteert het ontstaan van talrijke transmurale initiatieven met noodzaak tot profilering zorg door de longarts.

-Deelnemers:

Kenniscentrum ZN, CBO, delegatie zorgverzekeraars, delegatie NVALT

- Referenties o.a. CBO richtlijn Ketenzorg COPD, alsmede medicamenteus en niet-medicamenteus beleid COPD.

-Beschreven worden de elementen van zorg in diagnostische, behandel- en follow-up fase

-Aangegeven dat dit een ideaal plaatje betreft, waarbij de huidige financiering van zorg niet aansluit!

4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen

Mannes doet verslag van de laatste ontwikkeling in m.b.t. de projectgroep DBC. Projectgroep DBC's NVALT

Samenstelling:

Remco Djamin(voorzitter)
Pascal Wienders
Koen Liesker
Gregor Mannes
Hans Grotjohan
Steven Dreviers(extern adviseur)

Punten

Huidige situatie
B-segment
DBC Problemen
Toekomst
Speerpunten

Huidige situatie

Per 1-1-2008 vindt er een afrekening in DBC's plaats en zijn de vrijgevestigde specialisten hier voor het honorarium volledig van afhankelijk. De ziekenhuizen worden nog gebudgetteerd op basis van FB-parameters, met uitzondering van het B-segment.

Onderhanden werk: DBC's in 2007 gestart worden in 2008 afgerekend tegen DBC-tarief 2007. De Orde heeft voorgesteld om met betrekking tot het honorarium, 50% toe te rekenen aan 2007(vulling van de lumpsum) en 50% aan 2008. De NZA heeft dit voorstel overgenomen, hoewel men lokaal tot een andere verdeling mag komen. Dit geeft inverdieneffect.

Bij gelijkblijvende produktie zal inkomen 2009 naar verwachting dan ook hoger liggen dan in 2008

B-segment

Met ingang van 1-1-2008 maken de slaapaandoeningen, naast de interstitiële longafwijkingen, deel uit van het B-segment. Voor 2009 is een uitbreiding van het B-segment voorzien, maar voor de Longziekten vindt geen uitbreiding plaats.

DBC problemen

#registratie OSAS. De behandeling met CPAP/BiPAP geeft soms problemen in de registratie. In overleg met DBC-onderhoud is gekozen voor een praktische oplossing.

#registratie Longchirurgie. Er is een oplossing gevonden voor het probleem dat de DBC's met chirurgische behandelas niet valide waren. (pk behandel-as)

#Pleurale therapie Er is een oplossing gevonden voor pleuradrainages die plaatsvinden bij oncologische patiënten, waarvoor geen parallele DBC kon worden geregistreerd.

#DBC's binnen Centra voor Thuis beademing, longrevalidatie/tuberculosecentra.

De projectgroep is hier slechts zijdelings bij betrokken. Wel lijkt er een rol te zijn bij het ontwikkelen van DBC's voor de CTB's.

#registratie EUS/EBUS. Tarieven hiervoor zijn ontwikkeld.

Toekomstige ontwikkelingen

belangrijkste ontwikkeling op DBC-gebied het project DOT(DBC's op weg naar transparantie).

De doelstelling is om de DBC-registratie eenvoudiger en uniformer te maken.

Het aantal DBC's moet daarbij teruggebracht worden van 30.000 naar 3.000 zogenaamde zorgproducten.

Belangrijk verschil met de huidige situatie is dat deze zorgproducten niet worden ingevoerd door de registrerende arts, maar afgeleid aan de hand van de verichtingen.

Deze zorgproducten worden ingedeeld op basis van de ICD10-classificatie. Tevens kunnen diverse specialismen "draineren" op hetzelfde zorgproduct.

De opzet is om in 2009 te gaan proefdraaien in een aantal koploperziekenhuizen met een uitrol naar de andere ziekenhuizen. Vanaf 1-1-2010 dient het systeem operationeel te zijn (volgens de zienswijze van VWS).

Aandachtspunten bij de ontwikkeling zijn:

- Medisch herkenbare zorgproducten
- Streven naar monodisciplinaire zorgproducten(liever geen pneumonie samen met de internist)
- Homogene zorgproducten met betrekking tot inzet en kosten
- Adequate verdeling van de huidige totale normtijd over de nieuwe zorgproducten (zeer belangrijk: er mag geen normtijd "weglekken"!)

Speerpunten projectgroep

- 1 DOT(zie boven)
- 2 Roadshow: het plan bestaat om tijdens vier sessies, verdeeld over het land uitleg te gaan geven over DBC's en de nieuwe systematiek
- 3 Website: deze dient verder ontwikkeld te worden, teneinde een goede terugkoppeling naar de achterban te verzorgen
- 4 DBC ketenzorg: hiervoor is nog weinig ruimte binnen de huidige systematiek. Gelet op de ontwikkelingen op COPD-gebied, denken wij dat het belangrijk is om de projectgroep te betrekken bij ontwikkelingen rondom de DBC ketenzorg COPD.

Rudolphus doet verslag van de Commissie Beroepsbelangen

Samenstelling:

- DBC's: Remco Djamin.
- ICT: Arjan Rudolphus
- Ketenzorg COPD: Ernst Lammers
- Dure geneesmiddelen: Arjan Rudolphus
- Juridische zaken: Nico 't Hullenaar
- Complicatie registratie: Hans van Helmond (Frans Krouwelsgen lid CBB)
- Academische zaken: Arjan Rudolphus
- Secretaris: Ed van de Graaf
- Hans Grotjohan tevens lid DBC werkgroep

Belangrijkste Taken CBB NVALT 2008

- DBC's
- Ketenzorg COPD
- Oprichting LAN

Inkoopgids Zorgverzekeraars Nederland

- Contact Centraal College Zorgverzekeringen
- nieuwe zorg producten
- dure geneesmiddelen

Overleg en bewaking profielen:

- 2008: OSAS
- 2009: Interstitiele longziekten
- COPD

Belang hierbij zijn de richtlijnen!!!!!!!!!!!!

Contact Centraal College Zorgverzekeringen

- Geneeskundige zorg in basis-verzekeringsspakket
- hulpmiddelen zorg
- farmaceutische zorg

Belang hierbij zijn de richtlijnen!!!!!!!!!!!!

Wens CBB:

Richtlijnen voor alle (groepen) ziektebeelden. Richtlijnen niet ouder dan 5 jaar.

Regelmatig herziening standpunt van betrokken werkgroepen over nieuwe behandelwijzen, dure geneesmiddelen en hulpmiddelen.

Wijkstra vult aan dat er op dit moment een aantal richtlijnen gemaakt worden, nl. hemoptoë, chronische hoest, niet kleincellig longcarcinoom, beroepsastma en moeilijk astma. Voor al deze richtlijn zal subsidie van de OMS gevraagd worden.

5. Mededelingen vanuit het Concilium
Van der Zee doet verslag.

“Projectgroep opleiding”

•De projectgroep wordt opgericht omdat de wetenschappelijke verenigingen steeds minder grip lijken te krijgen op de capaciteit van opleiding. In dit voorjaar bleek dat er voor 2009 al een aanzienlijke overtekening was voor instroom van de longziekten t.o.v. dat wat de NVALT had aangegeven. Het Bestuur heeft toen opdracht gegeven tot de oprichting van een projectgroep. De belangrijkste vraag voor de projectgroep is:

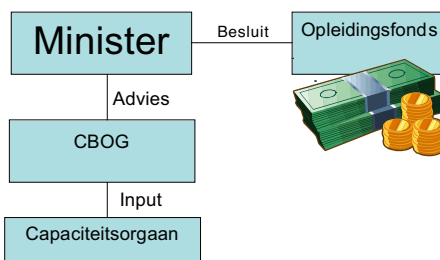
Hoe kan de NVALT invloed uitoefenen op capaciteit en verdeling van de opleiding

Voorlopige acties:

- Overleg met CBOG
 - Officieel adviesaanvraag aan CBOG mbt enkele opleidingsaspecten
 - Rapportage naar bestuur en opleiders
- De Opleidingscapaciteit heeft verschillende aspecten Het meest ideale is een beetje overschot of een klein tekort
- Een klein overschot is **Goed** voor het specialisme (aandachtsgebieden, onderzoek)
 - Makkelijk opvullen vacatures
 - Lastig om een baan te krijgen
 - Makkelijk waarnemers
 - Slecht voor ontwikkeling salaris en vergoedingen
 - Een tekort is **Slecht** voor het specialisme (alleen “core bussiness”)
 - Onvervulde vacatures
 - Makkelijk baan krijgen
 - Geen waarnemers
 - Goede onderhandelingspositie voor salaris en vergoedingen

Bepaling opleidingscapaciteit NVALT tot voor kort:

- Advies capaciteitsorgaan (bandbreedte)
- Wetenschappelijke vereniging kiest voor plaats binnen de bandbreedte
- NVALT koos meestal ergens in het midden van de bandbreedte



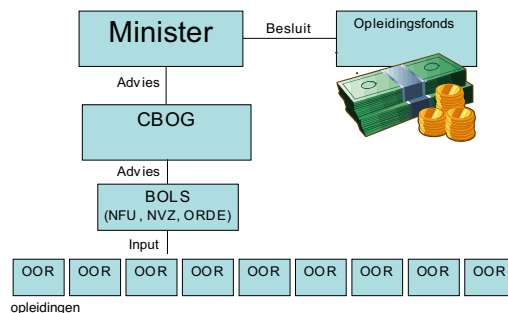
Huidige structuur voor bepaling van de Capaciteit van de opleiding

De situatie is afgelopen jaar drastisch veranderd. De Minister beheert het geld, en geeft dit geld aan het Opleidingsfonds voor opleidingsplekken. Alleen voor de capaciteit wordt het CBOG nog gevoed met informatie door het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan zal volgend jaar opgaan in het CBOG. De Minister hoeft zich niet te houden aan het advies van het CBOG en zal streven naar een licht overschot.

Verdeling van opleidingsplaatsen:

Criteria:

- Nu nog: vnl. verdeling per regio (adherentie)
- Gewenst: op basis van kwaliteitsindicatoren



Uiteindelijk besluit de Minister welke opleiding financiering krijgt toegewezen. De Minister wil graag nieuwe opleidingsklinieken en geeft iedere nieuwe opleidingskliniek per definitie één opleidingsplek.

Verdeling van opleidingsplaatsen. Wat kun je als NVALT nog doen?

- Beleid bepalen!**: streven naar licht overschot of krapte model.
 - Implementeren van beleid** (“hoe invloed uitoefenen?”):
 - Invloed op berekeningen capaciteitsorganen door aanleveren aanvullende argumenten (pro-actief)
 - Invloed op opleidingen (vooralsnog minder opleiden dan CO en minister aangeeft?)
 - Minder aanvragen (via OOR)
 - Minder opleiden dan financiering toestaat
 - Invloed dmv (aanpassen) kwaliteit van de opleiding
 - Kwaliteitsnormen als beperkende factor gebruiken
- De projectgroep is bezig om een advies te formuleren wat er met bovenstaande overwegingen gedaan kan worden.

Concilium

• Nieuwe Opleidingsplan ter inzage op www.nvalt.nl

Voortgang nieuwe opleidingsplannen

Adviesronde (A):

– Klinische geriatrie

– MDL

– Longziekten

– Reumatologie

– Anaesthesiologie

– Heelkunde

– Klinische genetica

– Radiologie

Werkgroep (B):

– Cardiologie

– Dermatologie

– KNO

– Nucleaire geneeskunde

– Neurologie

– Oogheelkunde

– Orthopedie

– Pathologie

– Psychiatrie

– Kindergeneeskunde

– Obstetrie en gynaecologie

Nieuwe opleidingsplan

• Adviesronde

• Aanpassen Specifiek Besluit Longziekten en Tuberculose

• Verwijzing in Specifiek Besluit naar opleidingsplan

• Dan: actuele regelgeving en norm voor visitaties!!!

Lees het Opleidingsplan als:

• KPB Klinische praktijk beoordeling

• CAT Critical appraisal of topic

• OSATS Objective structured assessment of technical skills

• 360 graden FB

• POP Persoonlijk ontwikkelingsplan

• BOVAB Beoordeling ontslag-, verwijzen en andere brieven

Op de vraag van Lammers hoe de projectgroep opleiding tot stand is gekomen en welke plaats deze zal krijgen, antwoordt de voorzitter dat het opheffen van de CROL en de oprichting van de projectgroep beide een voorstel is aan de ledenvergadering. In het voorjaar zal dit pas zijn beslag krijgen. Dit is ook gecommuniceerd met de CROL en de opleiders. Smeenk vult aan dat de nieuwe projectgroep ook een klankbordgroep van opleiders zal oprichten om het draagvlak binnen de NVALT te vergroten.

6. Update richtlijn Diagnostiek en behandeling Cystic Fibrosis

Doordat Heijerman is verhinderd een

toelichting op deze richtlijn te geven, kan men eventuele vragen over de richtlijn stellen aan Heijerman. De richtlijn is te vinden op de website van de NVALT.

7. Jaarverslag 2007

Het jaarverslag wordt goedgekeurd. Op 27 november zal het Dagelijks Bestuur van de NVALT een hele dag spreken met diverse werkgroepen van de NVALT.

8. Goedkeuring LAN statuten en huiselijk reglement

Wijkstra geeft aan dat er vanuit de SKK (Stichting Ketenkwaliteit COPD) een initiatief gekomen is om te komen tot de Long Alliantie Nederland (LAN). Dit is een samenwerkingsverband van verschillende organisaties die allemaal de zorg van patiënten, en preventie van longziekten, een warm hard toedragen. Het is niet primair een onderzoeks-instituut. Alle partijen zijn benaderd en hebben vergaderd om de LAN vorm te gaan geven.

De LAN moet een structureel forum worden waar alle partijen samenkomen en waar een gezamenlijke visie wordt uitgedragen. Ook moet het een centraal aanspreekpunt worden voor andere partijen. De visie is primair gericht op de verzorging en preventie van chronische longaandoeningen. Ook voor de weeslongziekten zal op termijn een plaats binnen de LAN zijn.

Het convenant en de statuten van de LAN hebben op de website van de NVALT gestaan. In het convenant staat beschreven wat de startsituatie van de LAN zal zijn. Er hebben zich onlangs 12 partijen, waaronder de NVALT, aangemeld om lid te worden van de LAN. Van deze 12 partijen zullen er 6 partijen lid worden van het dagelijks bestuur, t.w. de NVALT, de CAHAG, de fysiotherapeuten, de patiënten, de longverpleegkundigen en de farmaceuten. Eind november zal de LAN officieel opgericht gaan worden.

Op de vraag van Grutters waarom de NLS en het Platform Longen geen deel uitmaken van de LAN, antwoordt Wijkstra dat de NLS en het Platform Longen op termijn wellicht zullen ophouden te bestaan. Voor wat betreft de NRS en de LAN zal op termijn bekeken worden hoe deze partijen samengesmolten kunnen worden.

Rooijackers merkt op dat een nieuwe Vereniging meestal wordt opgericht wanneer er een aantal gemeenschappelijke activiteiten zijn die vorm gegeven moeten worden. Wijkstra geeft aan dat vanuit

de SKK een aantal zaken zijn opgestart, zoals de zorgstandaarden COPD. Deze zaken zullen een vervolg krijgen binnen de LAN.

Wijkstra vraagt de goedkeuring van de ledenvergadering dat de NVALT gaat participeren in de LAN. De ledenvergadering heeft geen bezwaar.

9. Verkiezingen

Er zijn geen tegenkandidaten ingediend.

a. Bestuur

De maximale zittingstermijn van mevrouw M. Mensen is verstreken. Zij zal worden opgevolgd door Mevrouw dr. J.H. van Loenhout-Rooijackers.

De zittingstermijn van dr. H.B. Kwa is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.

b. Concilium

De maximale zittingstermijn van Mevrouw M. Mensen is verstreken, zij zal worden opgevolgd door Mevrouw dr. J.H. van Loenhout-Rooijackers.

De zittingstermijn van dr. H.B. Kwa is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.

c. Commissie Accreditatie

De zittingstermijn van dr. J.W.K. van den Berg en drs. J.L. van der Lichte is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar.

d. Commissie Richtlijnen

De zittingstermijn van dr. J.W.K. is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.

10. Voorstellen kandidaat-leden

Er zijn afmeldingen binnengekomen van Daniëlle Cordeiro, OLVG Amsterdam, Martijn Kross MCA Alkmaar, Elske Looyens, VU Amsterdam, Marieke Overbeek, VU Amsterdam, Eric Wierda, AMC Amsterdam, Ivonne Wilting, Haga Ziekenhuis Den Haag.

Wijkstra heet de nieuwe leden welkom.

11. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

Hiervan wordt geen gebruik gemaakt.

12. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 17.00 uur.

Partijen in zorg en onderzoek richten Long Alliantie Nederland op

‘Sector slaat handen ineen voor chronische longziekten’

Twaalf organisaties op het terrein van chronische longaandoeningen hebben samen de Long Alliantie Nederland (LAN) opgericht. De LAN moet een gezamenlijke visie ontwikkelen op preventie en behandeling van chronische longaandoeningen. De LAN wil het aantal mensen met chronische longaandoeningen en het aantal sterfgevallen terugdringen en de kwaliteit van leven bevorderen.

Chronische longaandoeningen komen veel voor. Ruim 500.000 mensen hebben astma en ruim 300.000 mensen lijden aan COPD. COPD is de vijfde doodsoorzaak in Nederland. De totale uitgaven aan zorg voor deze aandoeningen bedragen ruim 800 miljoen euro. De verwachting is dat het aantal mensen met chronische longaandoeningen de komende jaren verder zal toenemen.

De betrokken organisaties vonden het hoog tijd de handen ineen te slaan om er gezamenlijk voor te zorgen dat de preventie en behandeling van chronische longaandoeningen een forse impuls krijgen. Op dit moment ontbreekt op landelijk niveau een eenduidige visie op het gewenste beleid rond astma en COPD. De LAN zal zich hier op richten.

Bovendien zal de LAN werken aan landelijke afspraken en regelingen die professionals nodig hebben om in de praktijk kwalitatief goede zorg te kunnen bieden. Gevraagd en ongevraagd zal de LAN van advies dienen en activiteiten organiseren. Een eerste activiteit van de LAN is het ontwikkelen van een zorgstandaard COPD; hiervoor geldt de huidige voorlopige zorgstandaard als uitgangspunt. Voor overheid, politiek, partners in de zorg, verzekeraars, media en andere organisaties wil de LAN het centrale aanspreekpunt zijn.

De organisaties

- Astma Fonds Longstichting
- Astma Fonds Longpatiëntenvereniging
- Vereniging Nederland Davos
- COPD & Astma Huisartsen Advies Groep
- Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie
- Afdeling Longverpleegkundigen van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Afdeling Praktijkverpleegkundigen & praktijkondersteuners van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Vereniging van Astmacenta Nederland
- Samenwerkende Artsenlaboratoria en diagnostische centra in Nederland

Stichting NVALT studies

Anne-Marie C. Dingemans

Namens Ad Schreurs en Harry Groen, bestuur Stichting NVALT Studies

Sinds enige jaren is de Werkgroep Oncologie van de NVALT (secretaris F.M.M.H. Schramel; voorzitter H.J.M. Groen) actief bezig om eigen klinische studies te verrichten om hiermee wetenschap te bedrijven en tevens de kwaliteit van de oncologische zorg te verbeteren. Het is een duidelijke keuze om eigen, en niet-industrie geïnitieerde, studies te verrichten die aansluiten bij praktijk gerichte vraagstellingen en die een groot draagvlak binnen de werkgroep hebben. Dit blijkt een vruchtbaar concept: inmiddels is NVALT 11 van start gegaan en zijn NVALT 1, NVALT 2¹ en NVALT 7² gepubliceerd/geaccepteerd in vooraanstaande tijdschriften. Zowel NVALT 3³ en NVALT 6⁴ zijn afgerond en gepresenteerd op ASCO en WCLC, de publicaties zijn in voorbereiding. NVALT 4 is ook afgerond en de resultaten worden eind van dit jaar bekend. Inmiddels heeft dit er toe geleid dat op internationale congressen de naam NVALT bekend is!

Daarnaast blijkt dat ongeveer de helft van alle longartsenpraktijken regelmatig meedoen met NVALT studies. In deze centra verbeterd de kwaliteit van oncologische zorg. Men raakt bekend met het snel en adequaat melden van bijwerkingen, leert op de correcte manier te stadiëren en tumormetingen te verrichten, en noteert prognostische factoren zoals performance status routinematig in de status.

Tot voor kort werden contracten met de farmaceutische industrie aangegaan door de Werkgroep, de financiën werden afgehandeld door de NVALT.

In maart 2006 is de EU-directive 2001/20/EC in Nederland geïmplementeerd (www.ccmo.nl) in de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO). Dit heeft consequenties voor het verrichten van mensgebonden onderzoek. De WMO is tot stand gekomen om proefpersonen extra (rechts-)bescherming te geven. Het doel van de EU-richtlijn is harmoniseren van geneesmiddelen onderzoek in alle lidstaten. Internationale samenwerking zou dan ook makkelijker worden. Maar niets is minder waar, uiteindelijk heeft elke

lidstaat deze EU-directive op eigen wijze geïmplementeerd. In het Nederland heeft de implementatie geleid tot toename van regels, papierwerk en verantwoordelijkheden. Er wordt voorbij gegaan aan het feit dat een aanzienlijk deel van het geneesmiddelenonderzoek niet geïnitieerd wordt door de farmaceutische industrie en dat het doen van onderzoeker geïnitieerde studies door de vereiste papieren formaliteiten en onduidelijkheden omtrent verantwoordelijkheden voor de studies nagenoeg onmogelijk wordt gemaakt.

Dit is de reden geweest om de Stichting NVALT Studies op te richten. De stichting zal optreden als sponsor en zodoende ook als verrichter van de studies in het kader van de WMO ten behoeve van het door (werkgroep)leden van NVALT geïnitieerde medisch-wetenschappelijk onderzoek. Dit houdt in dat de verantwoordelijkheid in het kader van WMO bij de stichting ligt en niet bij de individuele onderzoeker. Met de onderzoekers zal per onderzoek een samenwerkingsovereenkomst worden gesloten. Geldstromen van de diverse studies zullen wel separaat gehouden worden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de stichting het doen van studies zal belemmeren; het faciliteert de werkgroepsonderzoekers. Een duidelijk budget dient bij iedere ingediende studie aanwezig te zijn. Iedere Werkgroep moet zijn eigen centrale en perifere datamanagement regelen. Ten aanzien van de geldstromen is een Stichting Beheer Dergengelden in het leven te roepen. Het juridische voordeel van deze stichting is dat de binnen deze stichting aanwezige geldmiddelen niet kunnen worden aangesproken voor claims of schulden die bij de stichting NVALT-studies zouden kunnen voorkomen.

Aangezien het mogelijk is dat er tegelijkertijd meerdere studies in behandeling zijn, moet voorkomen worden dat een tekort van de Stichting NVALT Studies of een tekort binnen een bepaalde studie gedekt wordt met middelen van andere studies. Door de geldstromen van de industrie naar de onderzoekers en eventueel datacentrum

via de Stichting Beheer Dergengelden te geleiden, wordt dat voorkomen. Binnen de Stichting Beheer Dergengelden kunnen de geldstromen gelabeld worden en bijgehouden worden welke middelen bij welke studie horen. Zo houdt iedere studie zijn eigen 'potje'. Daarnaast kan uit dit 'potje' ook de Stichting NVALT Studies of NVALT/WSLT worden betaald voor eventuele aan het onderzoek geleverde bijdragen.

Kort samengevat: De stichting treedt op als verrichter van studies in het kader van de WMO en beheert de geldstromen, maar de stichting initieert geen studies en regelt ook niet het datamanagement voor studies.

Uiteindelijk hopen we dat deze nieuwe wet geen belemmering zal zijn en dat er vele nieuwe NVALT studies zullen volgen!

Referenties

1. Gilligan D, Nicolson M, Smith I, et al: *Preoperative chemotherapy in patients with resectable non-small cell lung cancer: results of the MRC LU22/NVALT 2/ EORTC 08012 multicentre randomised trial and update of systematic review.* *Lancet* 369:1929-37, 2007
2. Smit EF, Groen HJ, Smit HJ, et al: *A randomized phase II study of pemetrexed (P) versus pemetrexed-carboplatin (PC) as second line treatment for patients (pts) with advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC)- NVALT 7, JCO, 2008, 8050*
3. Wymenga M, Biesma B, Vincent A, et al: *Can baseline complete geriatric assessment (CGA) predict toxicity in elderly non-small cell lung cancer (NSCLC) patients (pts) receiving combination chemotherapy? Results from the first 100 pts in the prospective multicenter NVALT-3 study, JCO, 2007, 7537.*
4. Maas KW, Phernambucq EC, Sharouni SY, et al: *A phase II study of weekly docetaxel/cisplatin and concurrent radiotherapy followed by surgery in patients with stage III non-small cell lung cancer (NSCLC), JCO, 2007, 18050.*

12 **Samenwerken: van “of” naar “hoe”; *van disciplinair naar multidisciplinair naar interdisciplinair.***

In begin 2007 vond er een interessant KNAW symposium plaats: 'Interdisciplinarity in Research Practice' (te vinden op www.knaw.nl met powerpoints van de belangrijkste voordrachten). Het aardige van dit symposium is, als we kijken naar het gebied van de longziekten, dat het thema gemakkelijk te verbreden valt van wetenschappelijk onderzoek naar ook patiëntenzorg, onderwijs en opleiding. Daarmee pak ik graag de thema's op die de afgelopen tijd in de PulmoPen bijdragen aan de orde zijn gekomen. Peter Sterk heeft een belangrijk thema aangeroerd: niet alleen hoe krijgen we het wetenschappelijk onderzoek beter van de grond, maar ook hoe motiveren we jonge longonderzoekers en hoe krijgen we goede mensen geïnteresseerd in dit onderzoeksveld? Goede samenwerking is daarbij een must en de oprichting van het Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband (NRS), die zich in eerste instantie richt op samenwerking in onderzoek, kan hierbij een goede start vormen. Maar wetenschappelijk onderzoek is niet los te zien van de kliniek en dus de opleiding, en onderzoek en kliniek weerspiegelen zich in het universitair onderwijs. Omgekeerd: bij de studenten (misschien moet je zelfs zeggen: al bij scholieren) wordt motivatie gekweekt door rolmodellen, door enthousiaste colleges, bedside teaching en co-schappen waarin goede en “top-of-the-bill” klinische zorg tot uiting komt, waarin je duidelijk maakt hoe wetenschappelijk onderzoek zich vertaalt in klinische concepten, hoe klinische vragen zich laten vertalen in nieuwe onderzoeksvraagstellingen! Voor medisch studenten en ook studenten van natuurwetenschappelijke disciplines kweekt dit enthousiasme voor het vakgebied, zowel kliniek als wetenschap. Samenwerking in de longziekten moet zich dan ook breder uitstrekken dan de wetenschap. Daar waar de NRS een prima start is om de organisatie van samenwerking in het onderzoek van de grond te tillen, zijn min of meer gelijk-tijdig meer klinisch georiënteerde initia-

tieven zoals de Long Alliantie Nederland van de grond gekomen. Onder andere de Nederlandse Longstichting en NVALT hebben in de verschillende initiatieven goed voorbereidend werk gedaan en deze ontwikkelingen gefaciliteerd. Gezien de gemeenschappelijke belangen in synthese van kliniek en onderzoek zal de uitdaging in de nabije toekomst liggen in het nog verder samen doen gaan van de verschillende samenwerkingsverbanden tot, idealiter, één nieuwe organisatie.

Dit zal niet altijd gemakkelijk zijn; Paul Bresser gaf al aan dat soms persoonlijke belangen moeten wijken. Wat misschien nog wel moeilijker is: het gaat misschien niet eens zozeer om belangen, maar juist om idealen. Degenen die al veel energie gestopt hebben in het tot stand brengen van bovengenoemde initiatieven, vaak met idealen en zonder direct persoonlijk belang, moeten het dan afstand te doen van “hun” organisatie en het vertrouwen opbrengen dat hun idealen ook in het nieuwe grotere verband nog voldoende tot uiting komen. Het gegeven dat we al zover zijn gekomen geeft wel het vertrouwen dat dit stapsgewijs toch bereikt kan worden.

Dan terug naar de titel van dit stuk: als we het hebben over samenwerken wat bedoelen we dan precies en wat beogen we? Bovengenoemde samenwerkingen gaan deels over samengaan van bestaande groepen en centra rondom facetten van longziekten of rondom specifieke longziekten en zijn tot nu toe hier vaak belicht vanuit het oogpunt van de longartsen. Dat is niet onlogisch: deze vormen de kerndiscipline voor de longziekten en de beroepsvereniging, de NVALT, heeft veel energie gestoken in het van de grond komen van een en ander. De samenwerking betreft natuurlijk ook verschillende disciplines die betrokken zijn bij longziekten; dan wordt misschien nog wel belangrijker hoe er wordt samengewerkt. Want als vervolg op de organisatie van de samenwerking komt de daadwerkelijke samenwerking niet aan op disciplines, maar op individuen. Daarmee verschuift ook het perspectief. De ove-

rige bij longziekten betrokken disciplines zijn als zodanig algemeen niet primair op longziekten gericht, maar dit geldt vaak juist wel voor de individuele professional binnen een dergelijke discipline. Als voorbeeld: de discipline klinische pathologie is niet specifiek gecentreerd rondom longziekten, maar voor mijzelf geldt wel dat zowel klinisch-pathologisch werk als onderzoek, onderwijs en opleiding geheel gefocust is op het gebied van de longziekten. Dit geldt evenzeer voor veel professionals binnen alle andere disciplines die zich bezighouden met longziekten. Iedere discipline brengt, per definitie, zijn eigen kennisgebied in. Samenwerking op het niveau van individuele professionals bestaat al lang: multidisciplinariteit is dus niets nieuws. Maar multidisciplinair betekent eigenlijk niets anders dan dat verschillende disciplines zich vanuit het eigen kennisgebied bezighouden met een patiënt of wetenschappelijk probleem. Samenwerking betekent hierbij dat die specifieke kennis op effectieve wijze gecombineerd wordt. Vergeleken met organisatie van samenwerkingsverbanden is op niveau van die individuele samenwerking veel minder (of niet?) sprake van een kerndiscipline; immers voor elke individuele professional is het eigen kennisgebied binnen diens discipline gericht op de patiënt met longziekten of het wetenschappelijk onderzoek dienaangaande. Dit heeft zijn consequenties ook voor de organisatorische verbanden: om samenwerking ook in de uitvoer te doen slagen, ligt er (ook hier) een uitdaging om alle disciplines die de daadwerkelijke uitvoering moeten verzorgen een gevoel van betrokkenheid en evenwaardigheid te geven.

Is multidisciplinariteit, het combineren van de kennisgebieden uit de verschillende disciplines rondom longziekten voldoende als vorm voor de toekomstige gewenste samenwerking? Ik denk dat de samenwerkingen zoals die nu al functioneren laten zien dat dit synergie oplevert: het geheel is al meer dan de som der delen. Maar het

is natuurlijk niet voor niets dat er zorg ontstaat is over de aantrekkingskracht van het vakgebied longziekten, het interesseren van jonge mensen voor het wetenschappelijk onderzoek hierin. In het hierboven genoemde KNAW symposium kwam vooral het begrip interdisciplinariteit aan de orde. De kracht van een discipline is het eigen kennisgebied en de ontwikkeling daarvan, juist ook buiten de samenwerking, waarbij voortdurende nieuwe kennis ontstaat die in de samenwerking wordt ingebracht. Interdisciplinaire samenwerking wordt gekenmerkt door niet alleen combineren van die expertise, maar echt gemeenschappelijk werken aan een probleem of dit nu een patiëntenprobleem of een wetenschappelijke vraag betreft. Dat betekent dus wel je eigen kennisontwik-

keling, maar daarbij over de muren van de discipline kijken, een deel van de kennis daar tot je nemen en proberen ook in andermans discipline mee te denken. Dit heeft binnen het wetenschappelijk onderzoek op verschillende plaatsen al vorm gekregen en buiten de toegenomen synergie heeft dit een ander belangrijk effect: de onderzoekers raken gemotiveerder en meer geboeid. Ze zien de meerwaarde van deze manier van samenwerken en gaan het vanzelfsprekend vinden om ook de kennisgebieden van andere disciplines op te zoeken zonder veel drempels, daarbij overigens wel de eigen discipline bewust blijvend en waarderen. Ook in de klinische poot zien we dit terug: de ontwikkeling van zorgpaden rondom de patiënt leidt tot meer interdisciplinair werken en is gebaat

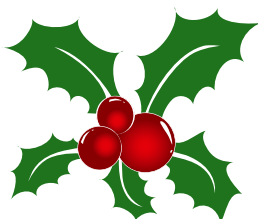
bij deze manier van samenwerken en in de opleidingen tot medisch specialist is meer en meer sprake van stages in aanpalende disciplines. Een belangrijk effect van deze interdisciplinariteit: meer enthousiasme, meer plezier in het werk! En wat werkt in alle disciplines nu beter om jonge collega klinici en onderzoekers te werven en te motiveren dan uit te stralen dat het werk reuze interessant is en dat juist deze manier van samenwerken elk vak boeiend maakt!

Graag geef ik de PulmoPen door aan Nick ten Hacken die interdisciplinariteit al lang goed vorm weet te geven in zijn samenwerking met vele andere disciplines.

Wim Timens
Groningen

Kerstvakantie Secretariaat

Het secretariaat van de NVALT is gesloten van donderdag 25 december tot maandag 4 januari.
Wij wensen u allen fijne kerstdagen en een voorspoedig 2009!



Non-invasive diagnosis and follow-up of right ventricular overload

Drs. I.R. Henkens, arts onderzoeker, Leids Universitair Medische Centrum

Promotors: Prof. Dr. E.E. van der Wall and Prof. Dr. M.J. Schalij.
Co-promotor: Dr. H.W. Vliegen

Referent: Prof. Dr. B.J. Mulder

Comitee for opposition:
Prof. Dr. E.E. van der Wall,
Leids Universitair Medisch Centrum
Prof. Dr. M.J. Schalij,
Leids Universitair Medisch Centrum
Dr. H.W. Vliegen,
Leids Universitair Medisch Centrum
Prof. Dr. B.J. Mulder,
Amsterdams Medisch Centrum
Dr. A. Vonk,
Vrije Universiteit Medisch Centrum
Dr. A. Boonstra,
Vrije Universiteit Medisch Centrum
Dr. C.A. Swenne,
Leids Universitair Medisch Centrum
Prof. Dr. A. van der Laarse,
Leids Universitair Medisch Centrum

Verdediging op donderdag 20 november, 13:45, Academiegebouw, Rapenburg 73, te Leiden.

Samenvatting

Rechter kamer overbelasting bestrijkt een breed spectrum tussen volume overbelasting en druk overbelasting. Vaak is er sprake van een combinatie van druk en volume overbelasting, waardoor het hart niet optimaal kan functioneren. In de algemene introductie wordt de anatomie van de rechter ventrikel beschreven, evenals de rol van de rechter kamer in de situatie van normale hemodynamiek en de situatie van pathologische hemodynamiek ten gevolge van rechter kamer druk en/of volume overbelasting.

Hoofdstuk I is een algemene introductie over de onderwerpen van het proefschrift: rechter ventrikel druk en volume overbelasting worden uitgebreid besproken, waarmee de lezer een goed beeld wordt geschetst van de normale anatomie van de

rechter ventrikel, de pathofysiologie van rechter ventrikel druk en volume overbelasting, begeleidende symptomen, behandelopties, en follow-up.

Deel I

In **Hoofdstuk II** bespreken we de duur van het herstel na pulmonaalklep vervanging bij volwassen patiënten met een gecorrigeerde tetralogie van Fallot. Chirurgische behandeling kort na de geboorte heeft er voor gezorgd dat Fallot patiënten tegenwoordig doorgaans de volwassen leeftijd kunnen bereiken zonder groeivertraging of ernstige conditionele beperkingen. Niettemin vereist de in aanleg abnormale pulmonaalklep na initiële chirurgische correctie van de rechter ventrikel uitstroombaan op termijn een re-interventie; er is dan meestal sprake van een combinatie van stenose en lekkage van de pulmonaalklep. Pulmonaalklep vervanging is een relatief eenvoudige chirurgische procedure en kent een lage mortaliteit. Wij analyseerden hoe lang de patiënten nodig hadden voor hun herstel – gedefinieerd als de tijdsduur tussen operatie en het weer aan het werk of naar school gaan – omdat dit een van de belangrijkste gegevens is voor een jonge patiënt. Hierbij vonden we niet dat de herstelduur werd bepaald door het functioneren volgens de New York Heart Association classificatie of door rechter ventrikel functie, maar juist door de leeftijd van de patiënt.

In **Hoofdstuk III** behandelen we het belang van preoperatieve beoordeling van rechter ventrikel functie in volwassen Fallot patiënten. Chirurgische correctie van de rechter ventrikel uitstroombaan op zeer jonge leeftijd stelt de chirurg in veel gevallen niet in staat de pathologische pulmonaalklep zodanig te repareren, dat deze geen nieuwe interventie meer vereist. Omdat residuele pulmonaalklep stenose op lange termijn schadelijker wordt geacht voor de rechter ventrikel functie dan pulmonaalklep lekkage, zal de chirurg in de meeste gevallen kiezen voor een rechter

ventrikel uitstroombaan met een minimale gradiënt en pulmonaalklep regurgitatie hierbij accepteren. Desondanks worden de op langere termijn verminderde rechter ventrikel functie en rechter ventrikel dilatatie wel geweten aan het langdurige bestaan van aanzienlijke pulmonaalklep lekkage. Wij observeerden echter dat de ernst van de preoperatieve pulmonaalklep lekkage niet gerelateerd is aan het effect van pulmonaalklep vervanging. In plaats daarvan zijn het de preoperatief gemeten rechter ventrikel dimensies en functie die de mate van postoperatieve positieve remodelering en verbetering van functie van de rechter ventrikel voorspellen.

In **Hoofdstuk IV** bestuderen we de potentiële gunstige effecten van pulmonaalklep vervanging op het repolarisatie patroon van het myocard van volwassen patiënten met een tetralogie van Fallot. Cardiale aritmieën en plotse dood zijn belangrijke problemen voor artsen die zorgen voor deze patiënten. Bij volwassen Fallot patiënten met ernstig verwijde rechter ventrikels worden geleidingsproblemen en repolarisatie afwijkingen geacht een hoger risico te geven op ernstige ventriculaire ritmestoornissen. Wij vonden dat als gevolg van pulmonaalklep vervanging rechter ventrikel dimensies afnamen, de gemiddelde depolarisatie duur afnam en het repolarisatie patroon minder afwijkend werd. Door het relatief kleine aantal patiënten in onze studie was het niet mogelijk om een klinisch significant effect te detecteren op de incidentie van ernstige ventriculaire ritmestoornissen. Dit neemt echter niet weg dat de geobjectiverde veranderingen suggereren dat pulmonaalklep vervanging een positief effect heeft op zowel de depolarisatie duur als de repolarisatie heterogeniteit, waarmee in theorie de kans op het ontstaan van ventriculaire aritmieën zou moeten afnemen.

Deel II

In **Hoofdstuk V** bepalen we het beloop van het ontstaan van veranderingen in

de rechter ventrikel als gevolg van een zich ontwikkelende pulmonale arteriële hypertensie, daarbij gebruik makend van dierexperimenteel onderzoek. Met een progressief toenemende pulmonale vaatweerstand als gevolg van voortgaande pulmonaal arteriële vaatziekte, wordt van de rechter ventrikel verlangd dat deze zijn arbeid per hartslag verhoogt teneinde het hartminuutvolume te garanderen. Wij hebben ratten bestudeerd voor en respectievelijk 14 en 25 dagen na toediening van monocrotaline, een stof die de longvaten beschadigt. Opvallend hierbij was dat al na 14 dagen, nog voor er sprake was van rechter ventrikel hypertrofie ten gevolge van pulmonale arteriële hypertensie, de gevolgen van noodzakelijke toename van de arbeid van de rechter ventrikel konden worden gedetecteerd met een 3-dimensionaal vectorcardiogram, gereconstrueerd uit een 3-afleidingen lichaamsoppervlak ECG. Het lijkt er dus op dat 3-dimensionale elektrocardiografie zeer gevoelig is voor vroege veranderingen in rechter kamer afterload. Dit is van belang, omdat het ECG binnen de medische praktijk zeer veel wordt gebruikt.

In Hoofdstuk VI leveren wij het bewijs voor onze hypothese dat het gebruik van een 3-dimensionaal vectorcardiogram, gereconstrueerd uit een standaard 12-afleidingen lichaamsoppervlakte ECG, de detectie van rechter ventrikel druk overbelasting kan verbeteren. Dit 3-dimensionale vectorcardiogram levert namelijk additionele parameters voor analyse, waaronder de ventriculaire gradiënt, een mathematische weergave van de heterogeniteit van de duur van de verschillende ventriculaire actiepotentialen in het myocard. De ventriculaire gradiënt ligt normaliter binnen nauwe grenzen van grootte en oriëntatie. Het toepassen van de ventriculaire gradiënt verbeterde de diagnostische accuratesse van het ECG voor rechter ventrikel druk overbelasting significant in onze studie populatie van 72 patiënten gematched met 144 gezonde controles. Van belang hierbij was, dat net als in ons eerdere experiment bij ratten, het 3-dimensionale vectorcardiogram ook milde tot matige pulmonale arteriële hypertensie detecteerde, iets wat doorgaans wordt gemist bij conventionele ECG analyse (Figuur 2). Aanvullend MRI onderzoek liet zien dat er een redelijke correlatie bestaat tussen de ventriculaire gradiënt en rechter ventrikel massa en volume (Figuur 3). De

veranderingen in de ventriculaire gradiënt bij patiënten met pulmonale arteriële hypertensie zijn waarschijnlijk een afspiegeling van de veranderingen in actiepotentialiaal duur heterogeniteit, gerelateerd aan remodelering van de rechter ventrikel als gevolg van een toegenomen rechter ventrikel druk belasting.

In Hoofdstuk VII bespreken we de rol van het ECG voor diagnostiek en follow-up van patiënten met pulmonale arteriële hypertensie. Hoewel er een brede inter-individuele variatie bestaat in de algemene populatie, is een intra-individuele variatie in ECG karakteristieken doorgaans gering, behalve wanneer tussentijdse gebeurtenissen leiden tot myocardiale schade en/of adaptatie. Wij beschrijven twee ECGs van een patiënt, vóór en na ontwikkeling van idiopathische pulmonale arteriële hypertensie, welke aanleiding gaven tot het vermoeden van de aanwezigheid van een rechter ventrikel druk overbelasting. Daarnaast bespreken we de beschikbare literatuur over specifieke elektrocardiografische details, die geassocieerd zijn met rechter ventrikel druk overbelasting. Er is nu voldoende bewijs om de rol van het ECG te herdefiniëren: het is niet alleen een adequaat instrument voor follow-up, maar ook voor de diagnose van rechter ventrikel druk overbelasting in geselecteerde groepen patiënten die het risico lopen op het ontwikkelen van pulmonale arteriële hypertensie.

In Hoofdstuk VIII testen we onze hypothese dat het ECG kan worden gebruikt voor de follow-up van patiënten met pulmonale arteriële hypertensie, op basis van de ernst van de pulmonale vaatweerstand. Hoewel het 12-afleidingen ECG minder gevoelig is voor een verhoogde rechter ventrikel druk dan het 3-dimensionale vectorcardiogram, zijn artsen doorgaans niet in staat het laatstgenoemde te reconstrueren, laat staan te analyseren. We hebben onze aandacht daarom gericht op het conventionele ECG voor het longitudinaal monitoren van het effect van behandeling. Eerdere studies wezen uit dat het conventionele ECG vaak milde tot matige pulmonale arteriële hypertensie niet detecteert, terwijl het ECG doorgaans wel afwijkend is bij patiënten met ernstige pulmonale arteriële hypertensie. We hebben daarom een groep patiënten met pulmonale arteriële hypertensie verdeeld in twee groepen op basis van de aanwezigheid van milde

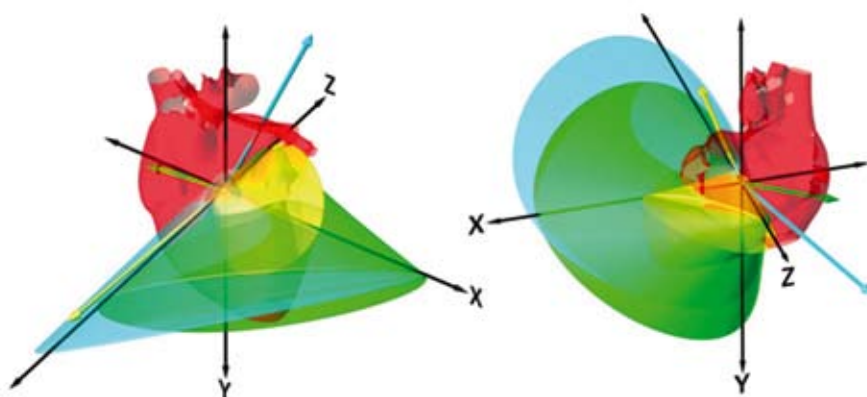
tot matige, dan wel ernstige pulmonale arteriële hypertensie – gedefinieerd als een pulmonale vaatweerstand kleiner of groter dan 500 dynes·s·cm⁻⁵ (twee keer het maximum van de normaalwaarde) ten tijde van diagnose. Vervolgens hebben we bepaald welke patiënten verbeterden, verslechterden of stabiel bleven, op basis van de gemeten pulmonale vaatweerstand tijdens een tweede hart catheterisatie. Er werden geen ECG veranderingen gevonden bij patiënten die stabiel bleven. Echter, in patiënten met milde tot matige pulmonale arteriële hypertensie die verslechterden, alsook in patiënten met ernstige pulmonale arteriële hypertensie die verbeterden, werden consequent ECG veranderingen gezien. Routinematige ECG opname in patiënten met aangetoonde pulmonale arteriële hypertensie kan daarom een belangrijke bijdrage leveren aan beoordeling van het effect van therapie.

In Hoofdstuk IX evalueren we of de hartfrequentie in rust een net zo belangrijke prognostische marker is bij patiënten met pulmonale arteriële hypertensie als bij patiënten met linkszijdig hartfalen. De hartfrequentie in rust, een weerspiegeling van de hemodynamiek en noradrenerge activiteit, is doorgaans hoger in patiënten met een krappe cardiale reserve. We hebben van een cohort van 140 patiënten met pulmonale arteriële hypertensie de ECGs geanalyseerd, gemaakt ten tijde van diagnose en na respectievelijk een en twee jaar follow-up. Hierbij keken we naar de prognostische waarde ten aanzien van het optreden van dood of (hart-) longtransplantatie. De hartfrequentie in rust bleek een betere prognostische parameter dan hemodynamische data of de afgelegde afstand tijdens de 6-minuten looptest – beiden geaccepteerde prognostische markers in patiënten met pulmonale arteriële hypertensie – zowel op het moment van diagnose als tijdens follow-up (Figuur 4). Een hogere hartfrequentie in rust en een belangrijke toename van de hartfrequentie tijdens follow-up zijn daarom een teken van een verhoogd risico op overlijden in patiënten met pulmonale arteriële hypertensie (Figuur 5). De van het ECG afgeleide hartfrequentie in rust is daarmee een belangrijke prognostische marker die dient te worden bepaald vóór start van therapie voor pulmonale arteriële hypertensie en regelmatig gedurende follow-up. Er kan dan vroegtijdig worden ingeschat of patiënten intensievere therapie nodig

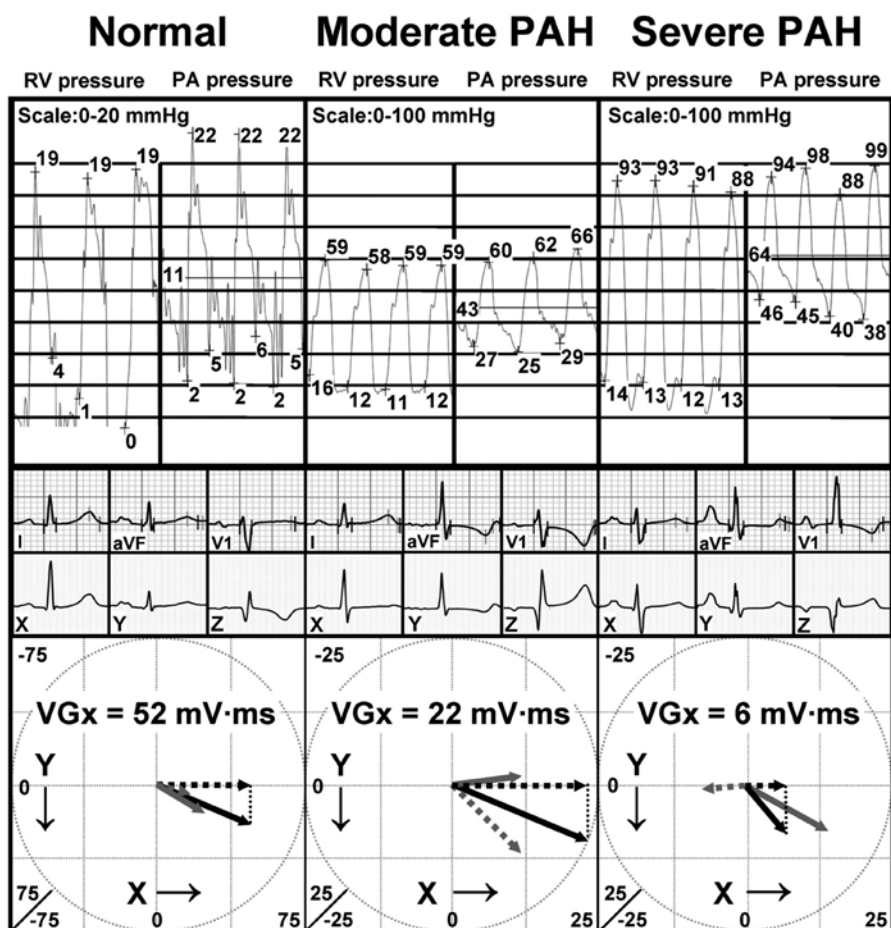
hebben of wellicht kandidaat zijn voor een (hart-)longtransplantatie.

Conclusies

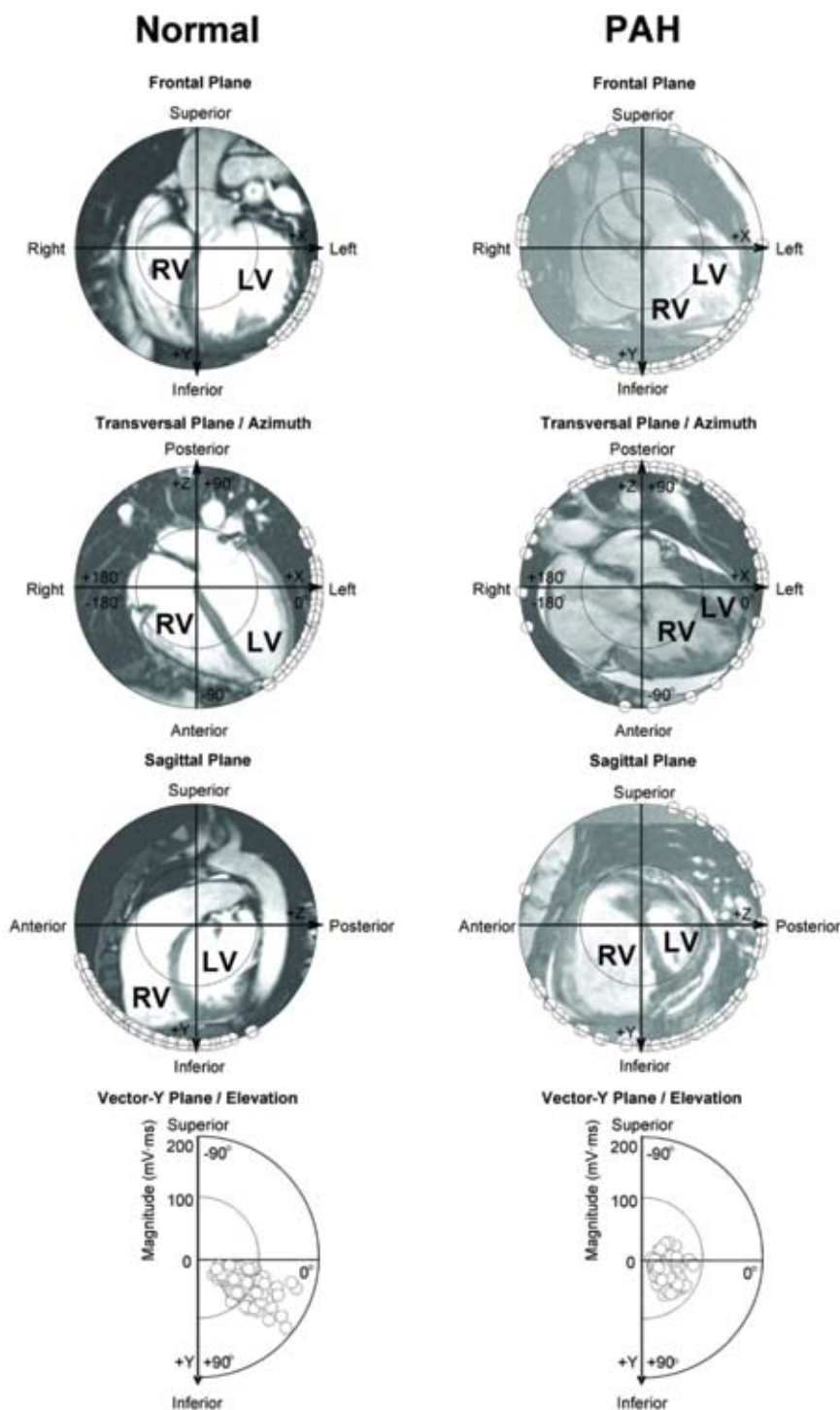
- Pulmonaalklep vervanging is het meest geschikt voor volwassen Fallot patiënten die niet in aanmerking komen voor percutane klepvervanging en oudere patiënten moeten rekenen op een langer herstelduur na operatie, ongeacht hun pre-operatief functioneren of rechter ventrikel functie.
- Het tijdstip waarop pulmonaalklep vervanging wordt uitgevoerd, dient te worden gebaseerd op de rechter ventrikel functie en niet zozeer op de ernst van de pulmonaalklep lekkage.
- Pulmonaalklep vervanging heeft bij volwassen Fallot patiënten een gunstig effect op electrocardiografische parameters van repolarisatie heterogeniteit.
- Vroege veranderingen in de rechter ventrikel bij zich ontwikkelende pulmonale arteriële hypertensie kunnen worden gedetecteerd met gereconstrueerde 3-dimensionale ECG opnames.
- De ventriculaire gradiënt is zeer gevoelig voor rechter ventrikel druk overbelasting, zowel in ratten als in mensen. Gebruik van deze parameter maakt een betere electrocardiografische detectie van pulmonale arteriële hypertensie mogelijk.
- De rol van het electrocardiogram ten tijde van diagnose en follow-up moet niet worden onderschat bij patiënten met pulmonale arteriële hypertensie: zelfs standaard 12-afleidingen ECGs blijken een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan het monitoren van het therapie effect.
- De hartfrequentie in rust is een belangrijke prognostische marker bij patiënten met pulmonale arteriële hypertensie. Idealiter zou de hartfrequentie in rust vóór en regelmatig ná het starten van therapie moeten worden bepaald, aangezien zowel een hogere hartfrequentie in rust, als een toename van de hartfrequentie in rust in het beloop der tijd een slechte prognose aangeeft, wat intensievere behandeling en/of long transplantatie vereist.



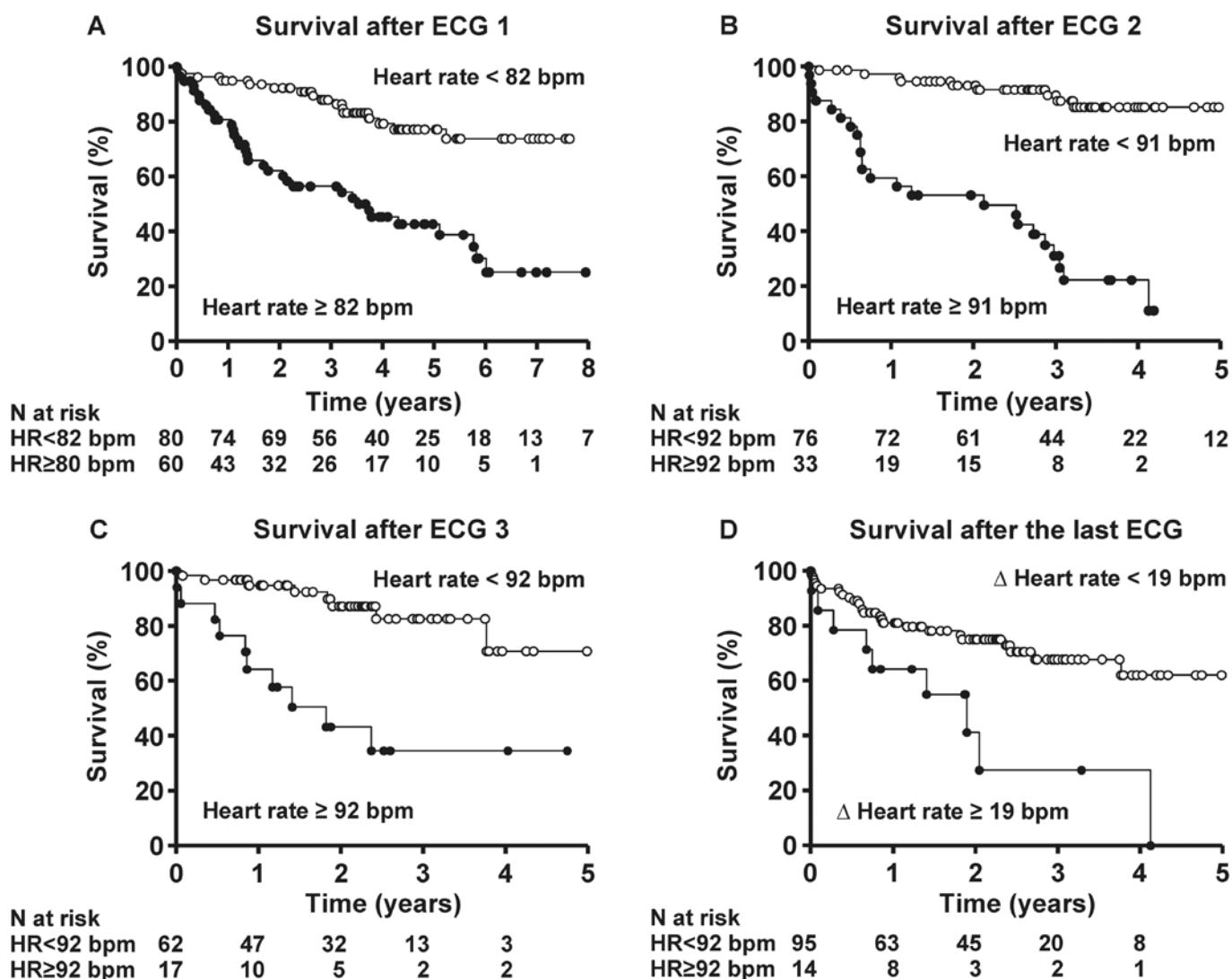
Figuur 1: een drie-dimensionale weergave van de resultante elektrische vectoren van het myocard van een patiënt met pulmonale arteriële hypertensie en de normale range van de resultante myocardiale vectoren. De resultante QRS vector is weergegeven in geel, de resultante T vector in blauw en de resultante Ventriculaire Gradiënt in groen. Het is duidelijk dat rechter ventrikel druk overbelasting de elektrische eigenschappen van het myocard sterk beïnvloedt. Daarom is electrocardiografie geschikt voor het opsporen van rechter ventrikel druk overbelasting. Grafisch ontwerp door Jurgen Kuivenhoven, industrieel ontwerper bij Skottkarra, Amsterdam.



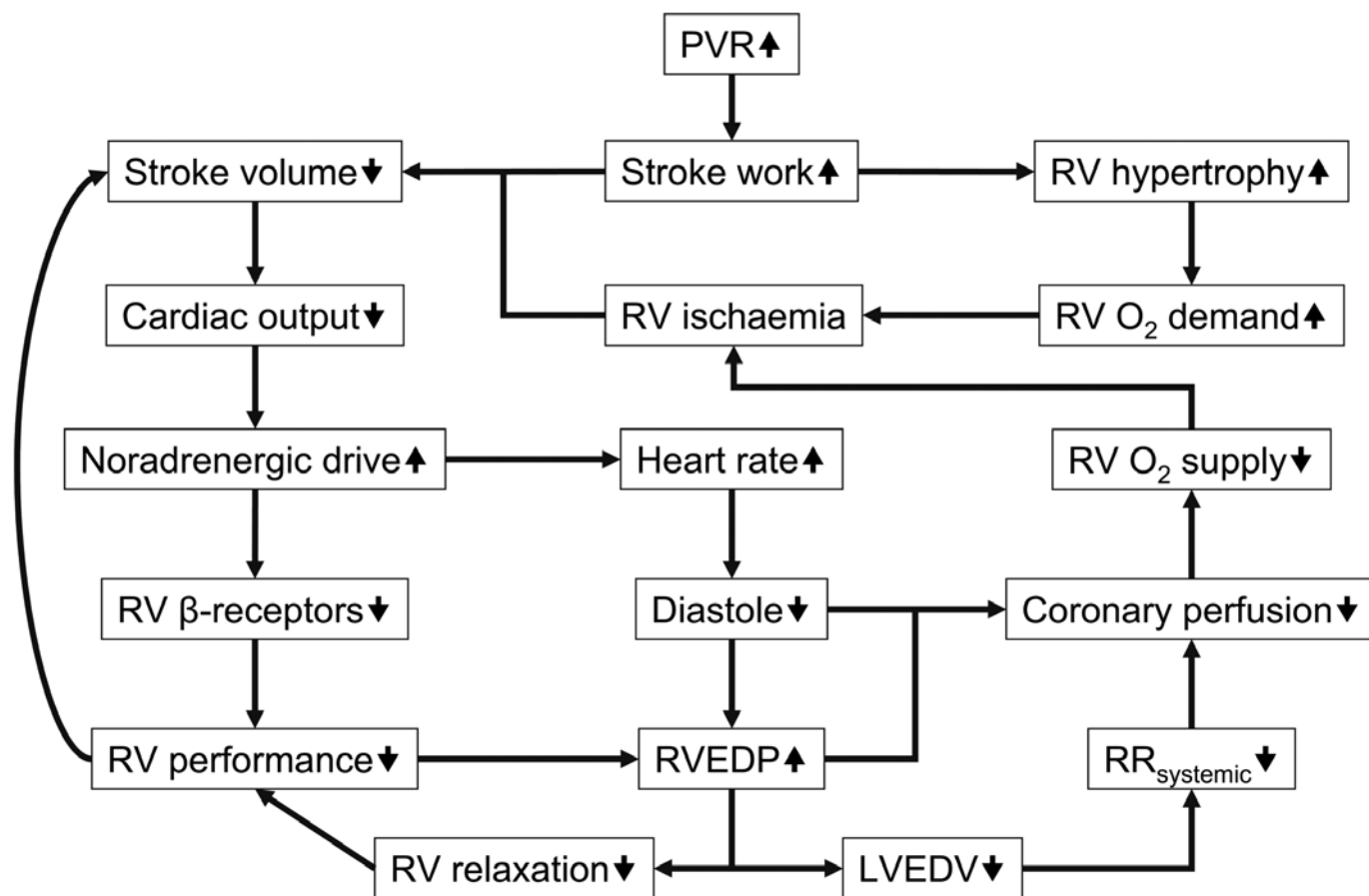
Figuur 2: het effect van een verschillende mate van chronische rechter ventrikel druk overbelasting op het ECG en vectorcardiogram wordt geïllustreerd aan de hand van een patiënt zonder pulmonale arteriële hypertensie (gecatheteriseerd ter uitsluiting van familiale pulmonale arteriële hypertensie na een inconclusief transthoracaal echocardiogram; links), een patiënt met matige pulmonale arteriële hypertensie (midden) en een patiënt met ernstige pulmonale arteriële hypertensie (rechts). Bovenste delen: rechter ventrikel en pulmonaal arterie drukken. Horizontale lijnen: gemiddelde pulmonaal arteriële druk; 11 mmHg in de patiënt zonder pulmonale arteriële hypertensie, 43 mmHg in de patiënt met matige pulmonale arteriële hypertensie en 64 mmHg in de patiënt met ernstige pulmonale arteriële hypertensie. Nota bene: de schaal van de drukken loopt van 0 tot 20 mmHg bij de gezonde persoon en van 0-100 bij de patiënten met pulmonale arteriële hypertensie. Tweede rij: corresponderende ECG afleidingen I, aVF, en V1; er waren geen ECG afwijkingen aanwezig bij de patiënt met matige pulmonale arteriële hypertensie, ondanks een chronische rechter ventrikel druk overbelasting. Derde rij: de ventriculaire gradiënt projecties (QRST integraal) op de X, Y en Z as, welke inzichtelijk maken dat de projectie van de ventriculaire gradiënt op de X as geleidelijk kleiner wordt, naarmate de rechter ventrikel druk belasting toeneemt. Onderste rij: de relatie tussen de QRS integraal, de T golf integraal en de ventriculaire gradiënt wordt weergegeven aan de hand van de projectie van de ventriculaire gradiënt op de X as (VGX) in het frontale vlak. De ventriculaire gradiënt ononderbroken zwarte lijn) is de vectoriële som van de QRS (onderbroken grijze lijn) en T (ononderbroken grijze lijn) integralen. VGx is de projectie van de ventriculaire gradiënt op de X as (onderbroken zwarte lijn). Nota bene: alle getallen in de onderste rij worden uitgedrukt in mV·ms, met een schaal van 0-75 mV·ms voor de gezonde persoon met normale rechter ventrikel drukken en een schaal van 0-25 mV·ms voor de patiënten met matige en ernstige pulmonale arteriële hypertensie.



Figuur 3: Over elkaar geprojecteerde weergaven van de ruimtelijke oriëntatie van alle individuele ventriculaire gradiënt vectoren in de frontale, transversale en sagittale vlakken, evenals van de ventriculaire gradiënt in het Vector-Y vlak. Linker kolom: gezonde personen; rechter kolom: patiënten met pulmonale arteriële hypertensie. De achtergrond van de bovenste drie plots zijn frontale, transversale en sagittale MRI plakken van een arbitrair gekozen gezonde persoon (links) en een patiënt met pulmonale arteriële hypertensie (rechts). De MRI plakken zijn zo gekozen dat de AV-knoop region zich in de oorsprong bevindt, welke overeenkomt met de gebruikelijke vectoriële weergave van de elektrische activiteit van het hart. De azimuths van de ventriculaire gradiënt kunnen direct worden afgelezen in het transversale vlak, terwijl de grootte en elevatie van de ventriculaire gradiënt in het Vector-Y vlak kan worden afgelezen. Van belang is te weten dat het Vector-Y vlak voor elke vector anders is. Daarom bestaat er geen representatieve MRI plak die hiervoor kan worden gebruikt. Alle ventriculaire gradiënt Y vlakken zijn over elkaar heen geprojecteerd om een vergelijking van grootte en elevatie mogelijk te maken. Deze weergaven illustreren dat - ondanks de aanzienlijke heterogeniteit in grootte en richting van de ventriculaire gradiënt onder gezonde personen - de ventriculaire gradiënt bij patiënten met pulmonale arteriële hypertensie kleiner is en een duidelijk andere richting kent. Als gevolg van de grote verschillen in mate van ernst van de pulmonale arteriële hypertensie varieert de ventriculaire gradiënt zelf ook aanzienlijk binnen de groep van patiënten met pulmonale arteriële hypertensie. 'O'=een individuele ventriculaire gradiënt.



Figuur 4: hartfrequentie in rust en event-free survival in patiënten met pulmonale arteriële hypertensie. Kaplan-Meier survival analyse gebaseerd op afkapwaarden van hartfrequentie in rust afgeleid van receiver-operating-characteristics. A) Survival analyse gebaseerd op hartfrequentie in rust vóór aanvang van behandeling. B) Survival analyse gebaseerd op hartfrequentie in rust afgeleid van het eerste ECG c.a. een jaar ná aanvang van behandeling. C) Survival analyse gebaseerd op de hartfrequentie in rust afgeleid van het tweede ECG ná aanvang van behandeling. D) Survival analyse gebaseerd op de verandering in hartfrequentie in rust tussen het eerste ECG vóór aanvang van behandeling en het laatste ECG ná aanvang van behandeling.



Figuur 5: hartfrequentie in rust bij idiopathische pulmonale arteriële hypertensie. Een verhoogde pulmonale vaatweerstand (PVR) leidt tot een noodzakelijke toename in arbeid (stroke work), waardoor er compensatoir rechter ventrikel hypertrofie ontstaat en rechter ventrikel zuurstof consumptie toeneemt. Het slag volume (stroke volume) neemt uiteindelijk af, waardoor de cardiac output afhankelijk wordt van een compensatoire toename in hartfrequentie. De hartfrequentie neemt toe als gevolg van rechter atrium rek en een toename van de noradrenerge activatie. Dit laatste zorgt ervoor dat er een afname ontstaat van het aantal β -adrenerge receptoren in de rechter ventrikel. Chronische noradrenerge overactivatie leidt tot een afname van rechter ventrikel functie, waardoor het slagvolume verder afneemt en de eind-diastolische druk in de rechter ventrikel toeneemt. De slecht relaxerende rechter ventrikel induceert een verminderd eind-diastolische volume in de linker ventrikel (LVEDV) en een verminderde linker ventrikel functie. De bemoeilijkte vulling van de linker ventrikel en een afgenomen slagvolume leiden tot systemische hypotensie, meest uitgesproken bij inspanning. Zowel systemische hypotensie als een verhoogde rechter ventrikel druk beperken de systolische coronaire flow in die mate, dat de rechter ventrikel, net als de linker ventrikel, alleen nog tijdens diastole van zuurstof wordt voorzien. De zowel absoluut als relatief kortere diastolische vullingstijd bij een toenemende hartfrequentie kunnen de coronaire perfusie verder belemmeren en tot ischemie van de rechter ventrikel leiden, hetgeen weer verdere afname van rechter ventrikel functie tot gevolg heeft. Daarom is de hartfrequentie in rust een goede weerspiegeling van rechter ventrikel functie. Therapie voor pulmonale arteriële hypertensie die gepaard gaat met een afname van de hartfrequentie in rust, kan daarom zorgen voor behoud of verbetering van rechter ventrikel functie.

Systemic sclerosis, assessment and treatment Tight control in a tight disease

Dr. M.C. Vonk, reumatologe UMC St Radboud Nijmegen

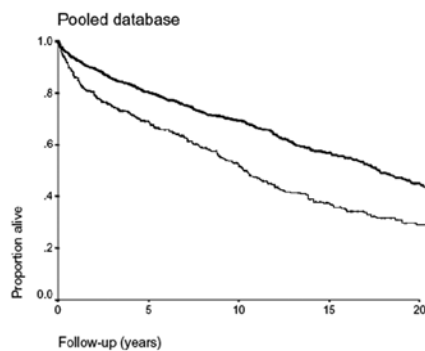
In dit proefschrift worden de resultaten beschreven van onderzoek naar de hedentijdse evaluatie van de complicaties van systemische sclerose. Bovendien zijn mogelijkheden ter verbetering van deze evaluatie en behandelingsmogelijkheden beschreven. De studies die in dit proefschrift zijn uitgevoerd met het Nijmegen Sclerodermie cohort, gestart in 1989 en momenteel bestaande uit 323 patiënten, behandeld in het UMC St. Radboud en de Sint Maartenskliniek te Nijmegen. Enkele hoofdstukken uit dit proefschrift die voor de longarts interessant zouden kunnen zijn, worden hier samengevat.

Inleiding

De naam sclerodermie komt van het Griekse woord skleros, wat hard betekent en derma, wat huid betekent, samen dus "harde huid". Sclerodermie, of beter systemische sclerose (SSc) is een zeldzame ziekte, die wereldwijd voorkomt en in Nederland 8.9 per 105 volwassenen treft. De ziekte komt 4 maal zoveel voor bij vrouwen als bij mannen en treedt het meest op tussen de 30-50 jarige leeftijd. SSc is een verworven bindweefsel aandoening met onbekende oorzaak die zich karakteriseert door verdikking en induratie van de huid, spieren, gewrichten en inwendige organen, in het bijzonder de slokdarm, longen, hart en nieren. Kenmerkend voor SSc zijn vasculaire afwijkingen, activatie van T-lymfocyten, de productie van autoantistoffen en cytokines. Door deze combinatie van verschijnselen wordt SSc beschouwd als een gegeneraliseerde auto-immuunziekte. Autoantistoffen zijn bij 95% van de patiënten aantoonbaar. De autoantistoffen anti-topoisomerase I en anticentromeer antistoffen zijn specifiek voor SSc, maar ook andere antistoffen kunnen voorkomen, zoals anti-RNP en Jo1 antistoffen.

Op grond van de uitgebreidheid van de huidafwijkingen wordt sclerodermie onderverdeeld in de diffuse cutane vorm

(dcSSc), met huidbetrokkenheid die zich uitstrekt tot boven de ellebogen en knieën, en de gelimiteerde cutane vorm (lcSSc), met huidbetrokkenheid beperkt tot de onderarmen, onderbenen en het gezicht. Over het algemeen is de prognose van patiënten met lcSSc gunstiger dan die van patiënten met dcSSc. De mortaliteit en morbiditeit van SSc worden vooral bepaald door de inwendige orgaanbetrokkenheid. De mortaliteit van SSc is hoog: de 5-jaars mortaliteit is tenminste 30% en is rond 50% in patiënten met een snel progressieve dcSSc (figuur 1)



Figuur 1: Lange termijn overleving in laag en hoog risico patiënten. Laag risico patiënten hebben geen nier-, hart- of long betrokkenheid gedurende de eerste 3 jaar na inclusie in de studie, zijn lcSSc en hebben geen anti-topoisomerase antistoffen. (Ioannidis JPA, Vlachoyiannopoulos PG, Haidich AB, Medsger TA, Lucas M, Michet CJ et al. Mortality in systemic sclerosis: an international meta-analysis of individual patient data. *American Journal of Medicine*. 2005;118:2-10.)

Behandeling

Behandelingsopties in SSc zijn enerzijds symptomatisch en anderzijds gericht op voorkomen van (progressie) van orgaancomplicaties. Symptomatische behandeling bestaat bijvoorbeeld uit protonpomp

remmers en calciumantagonisten. Behandelingsmogelijkheden ter preventie van orgaanschade zijn Methotrexaat, Cyclophosphamide en bij geselecteerde patiënten met een slechte prognose ook stamceltransplantatie, nu nog in onderzoeksverband.

Orgaancomplicaties

Hartafwijkingen

Cardiale complicaties bij SSc zijn vaak zonder duidelijke symptomen. Het meest voorkomend is de zogenaamde "pathcy fibrosis" van het myocard met diastolische dysfunctie als eerste verschijnsel. Klinische relevante systolische dysfunctie treedt laat op. Andere complicaties zijn geleidingsstoornissen en pericarditis.

Nierafwijkingen

De klassieke nieraantasting bij sclerodermie is de zogenaamde renale crise, met maligne hypertensie en nierfalen. Tot de introductie van ACE remmers was dit de voornaamste doodsoorzaak van SSc.

Dysfunctie van de tractus digestivus Deze complicatie ontstaat door neuropathie van de tractus digestivus. In ruim 90% van de patiënten zijn er oesophagus motiliteitsstoornissen, maar dysmotiliteit kan in de gehele tractus digestivus optreden met als gevolg malabsorptie en incontinentie. Door teleangiëctasiën kan chronisch bloedverlies optreden met als gevolg anemie.

Long complicaties

Longfibrose

Longfibrose is de voornaamste doodsoorzaak bij SSc. Longfibrose komt waarschijnlijk in 80% van de patiënten voor en is meestal pathologisch te classificeren als NSIP. Patiënten met SSc zijn gewend aan beperkingen door hun systeem ziekte zoals deconditionering, vermoeidheid en beperkingen van het bewegingsapparaat, en vermelden pas laat spontaan klach-

ten van dyspnoe d'effort. In de afgelopen jaren zijn er twee studies verschenen met voorzichtig positieve resultaten bij longfibrose.

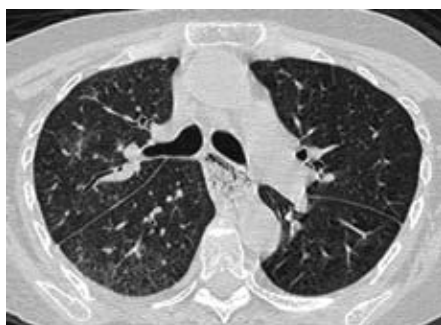
Pulmonale hypertensie

Pulmonale hypertensie (PH) is een dodelijke complicatie van sclerodermie die bij 10% van de patiënten optreedt. Bij SSc kunnen verschillende vormen van pulmonale hypertensie voorkomen. Ten eerste is er pulmonale arteriële hypertensie (PAH). PAH wordt waarschijnlijk door het ontstekingsproces van SSc veroorzaakt en kenmerkt zich door vasculopathie, resulterend in hypertrofie van intima, media en adventitia waardoor er progressieve zuurstof opname stoornissen ontstaan. Door de sterk toegenomen pulmonale vaatweerstand treedt progressieve belasting van de rechter ventrikel op, uiteindelijk resulterend in RV falen. Andere vormen van PH die bij SSc voorkomen zijn geassocieerd aan longfibrose, linkerventrikel dysfunctie, chronisch tromboembolische PH en PVOD. Er dient dus altijd een compleet onderzoek te worden verricht. De beschikbare behandelingen voor PAH geven ook bij SSc goede resultaten, maar de meerderheid van de patiënten reageert slechts tijdelijk. De vooruitzichten van PH bij sclerodermie zijn slechter dan elke andere vorm van PH.

In hoofdstuk 2 wordt de epidemiologie van SSc en de longcomplicaties in Nederland beschreven. De gegevens zijn afkomstig van een nationale enquête onder reumatologen en klinisch immunologen gecombineerd met de POEMAS studie. POEMAS, een door onderzoekers geïnitieerde studie staat voor "Pulmonale hypertensie Opsporing Een Multidisciplinaire Aanpak bij Sclerodermie" en heeft als doel om de optimale screeningsmethode voor het ontstaan van PH in SSc patiënten vast te stellen. In de POEMAS studie is gedetailleerde informatie over 654 SSc patiënten verzameld. Met de enquête werd informatie over 346 andere sclerodermie patiënten verkregen, inclusief de eventuele aanwezigheid van PAH zoals vastgesteld met een rechterhart katheterisatie. De prevalentie in Nederland bleek 8.9 per 105 inwoners > 18 jaar te zijn, gebaseerd op 1000 patiënten, en de incidentie was 0.77 patiënten per 105 per jaar. De prevalentie van PAH geassocieerd aan SSc bleek 9.9%. Een definitie van longfibrose in SSc is niet

voorhanden. Indien de HRCT-scan wordt gebruikt om deze complicatie vast te stellen, blijkt longfibrose aanwezig bij 47% van de SSc patiënten, en wanneer de totale long inhoud wordt gebruikt, is deze 19%.

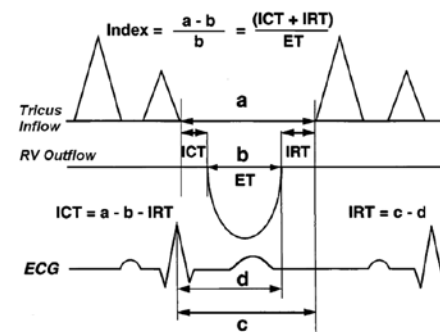
De voorspellende waarde van een openstaande oesophagus op de HRCT-scan voor de diagnose SSc is onderzocht in hoofdstuk 5. Deze studie bevat 105 opeenvolgende SSc patiënten uit het Nijmeegse sclerodermie cohort en 107 opeenvolgende controle patiënten. De controle patiënten waren patiënten zonder SSc waarbij de HRCT-scan werd verricht met als vraagstelling interstitiële longafwijkingen. De eerst beschikbare HRCT-scan van de patiënten en controles werden gescoord op een openstaande oesophagus en interstitiële longafwijkingen in willekeurige volgorde door twee onafhankelijk werkende radiologen die geblindeerd waren voor de diagnose. Figuur 2 toont de oesophagus dilatatie in een SSc patiënt. De positief voorspellende waarde van een openstaande oesophagus voor de diagnose SSc bleek 83% te zijn. Wij concludeerden dat indien er een openstaande oesophagus aanwezig is op de HRCT-scan de aanvrager geattendeerd zou moeten worden op de mogelijkheid van SSc in deze patiënt.



Figuur 2: HRCT-scan van een patiënt met SSc op het niveau van de hoofd carina. De pijl geeft de oesophagus dilatatie aan, gemeten als de lunale coronaire diameter. (Oesophageal dilatation on HRCT-scans of the lungs as a sign of scleroderma. M.C. Vonk, C.E. van Die, M.M. Snoeren, K.J. Bhansing, P.L.C.M. van Riel, J. Franssen, F.H.J. van den Hoogen. *Online First Ann Rheum Dis Dec. 2007*)

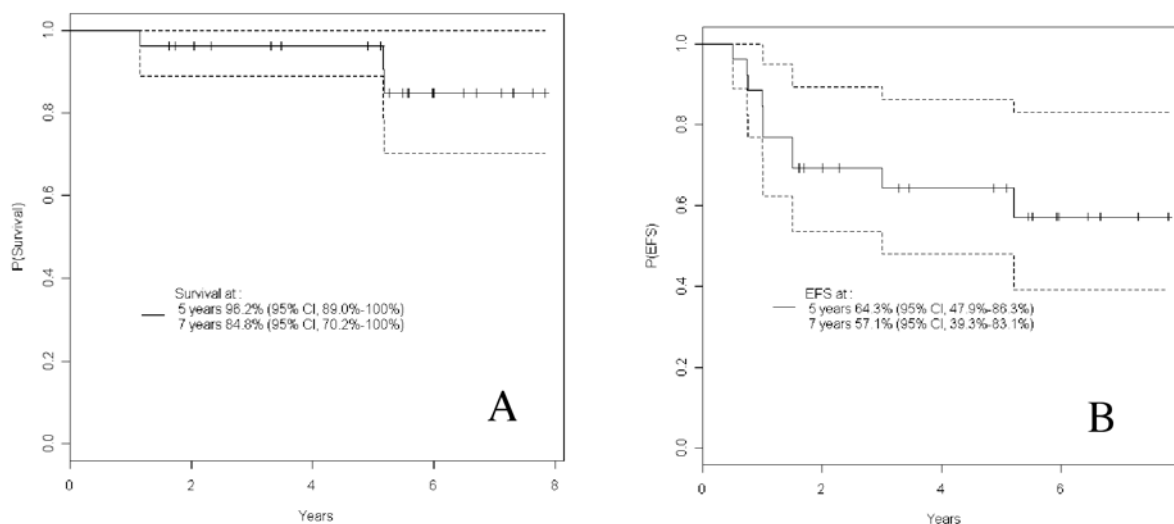
In hoofdstuk 7 wordt de rechter hartkamer (RV) Tei-index (figuur 3) geïntroduceerd als methode om de niet-invasieve diagnose van PAH in SSc patiënten te ver-

beteren. In 98 patiënten van het Nijmeegse sclerodermie cohort werden de echografische systolische longslagader druk (PAP), einddiastolische PAP en de RV Tei-index berekend. In patiënten met een verdenking was op PAH werd een rechter hart katheterisatie verricht, en de resultaten hiervan werden vergeleken met de echocardiografische metingen. Wij vonden dat de gemiddelde RV Tei-index in SSc patiënten boven de normaal waarde was. Wanneer de echografische systolische PAP gecombineerd werd met een verhoogde RV Tei-index, nam de voorspellende waarde van de echocardiografie toe en zou het aantal negatieve rechterhart katheterisaties afnemen.



Figuur 3: Schema voor het meten van de RV Tei-index. De index is gedefinieerd als de isovolumetrische contractie tijd (ICT) plus de isovolumetrische relaxatie tijd (IRT) gedeeld door de ejectie tijd (ET). (Right ventricle Tei-index: a tool to increase the accuracy of non-invasive detection of pulmonary arterial hypertension in connective tissue diseases. M.C. Vonk, M.H. Sander, F.H.J. van den Hoogen, P.L.C.M. van Riel, F.W.A. Verheugt, A.P.J. van Dijk. *Eur J Echocardiography 2007;8:317-321*)

Het doel van de studie beschreven in hoofdstuk 8 was om de zes minuten looptest (6MWT) afstand in SSc patiënten te vergelijken met verwachte waarden van gezonde controles en om vast te stellen of er verschillen aanwezig waren tussen groepen SSc patiënten met en zonder longcomplicaties. Honderd vierentachtig SSc patiënten verrichtten een 6MWT samen met longfunctie onderzoek en echocardiografie om de aanwezigheid van longfibrose, PH of PAH vast te stellen. Wij vonden dat de mediane 6MWT



Figuur 4: Kaplan-Meier survival curve (Figure A) and Event Free Survival (EFS) curve (Figure B) in 26 ernstige dcSSc patiënten met tenminste 6 maanden follow-up na autologe haematopoietische stam cel transplantatie en 95% confidence intervals.

(Long-term follow-up results after autologous haematopoietic stem cell transplantation for severe systemic sclerosis. M.C.Vonk, Z. Marjanovic, F.H.J. van den Hoogen, S. Zohar, A.V.M.B. Schattenberg, F.W.M.B. Preijers, W.E.Fibbe, J. Larghero, A.P.J. van Dijk, J. J. Bax, P. Roblot, P.L.C.M. van Riel, E. Gluckman, J.M. van Laar, D. Farge Ann Rheum Dis 2008;67:98-104)

afstand in SSc patiënten significant lager is dan verwacht, namelijk 80% van voorspeld. De afstand is verminderd in alle 4 groepen, met en zonder longcomplicaties, maar de laagste waarde werd gevonden in patiënten met longfibrose en PH, gevolgd door patiënten met PAH. Er werden significante correlaties gevonden met verschillende longfunctie testresultaten, maar niet met de aanwezigheid van autoantistoffen, ziekte duur of de aanwezigheid van bloedarmoede.

Hoofdstuk 9 rapporteert de lange termijn resultaten van patiënten met ernstige, dcSSc die behandeld zijn met autologe perifere stamcel transplantatie (HSCT). Er werden 26 patiënten geëvalueerd. Perifere bloedstamcellen werden verkregen met cyclofosfamide en rHU G-CSF en gereïnfundeerd na positieve CD34+ selectie. Voor de conditioning werd cyclofosfamide gebruikt. Na een mediane follow-up van 5.3 jaar vertoonden 81% van de patiënten een gunstige klinische respons. De ingeschatte 5- jaaroverleving

was 96.2% en de “event-free survival”, dat is overleving zonder sterfte of progressie van SSc, was 64.3%, figuur 4. Deze studie bevestigt dat HSCT bij geselecteerde patiënten met dcSSc resulteert in een blijvende verbetering van de huidafwijkingen en een stabilisatie van de long-, hart- en nierfunctie in ieder geval tot 7 jaar na de transplantatie.

Dr. Madelon C. Vonk, reumatoloog
UMC St Radboud
e-mail: M.Vonk@reuma.umcn.nl

Proefschrift "Treatment of COPD Exacerbations in Primary and Secondary Care"

Ineke Roede

Promotie op 2 december 2008 aan de Universiteit van Amsterdam

Promotor: Prof. dr. Patrick J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde
Co-promotoren: Dr. Jan M. Prins, internist-infectioloog, afdeling Inwendige Geneeskunde, divisie Infectieziekten, Tropische Geneeskunde en AIDS, Dr. Paul Bresser, longarts, Dr. Corianne A.J.M. de Borgie, klinische epidemioloog

Dit proefschrift behandelt drie aspecten van de behandeling van COPD: de korte termijn effecten van behandeling van COPD exacerbaties, de duur van antibiotische behandeling bij een exacerbatie en de lange termijn effecten van antibiotica op het optreden van een volgende exacerbatie.

In **hoofdstuk 2** wordt onderzocht hoe huisartsen exacerbatie COPD in de dagelijkse praktijk behandelen en of dit in overeenstemming is met de Nederlandse richtlijnen. Medische dossiers van 35.589 patiënten van vier 1e lijns gezondheidscentra in Nederland werden retrospectief geanalyseerd. Er waren 458 patiënten geregistreerd met de diagnose COPD (1,3%). Gedurende twee jaar follow-up had 47% van deze patiënten geen exacerbatie, 35% had een of twee exacerbaties en 18% had drie exacerbaties of meer. Bij 536 exacerbaties schreven huisartsen in 30% een kuur corticosteroiden voor, in 29% een kuur antibiotica, in 23% corticosteroiden plus antibiotica en in 18% werd de onderhoudsmedicatie aangepast. Bij patiënten met een of twee exacerbaties gedurende de follow-up werd vaker een kuur corticosteroiden voorgeschreven, alleen of samen met antibiotica. Onze conclusie luidde vooral antibiotica vaker werden voorgeschreven dan geadviseerd in de huidige richtlijnen.

Hoofdstuk 3. Gebaseerd op de conclusies uit hoofdstuk 2 werd een gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd in huisartsenpraktijken, waarbij werd onderzocht of de behandeling voor de patiënt met exacerbatie COPD of chronische bronchitis kon wor-

den geoptimaliseerd. Het doel was om de gebruikelijke behandeling te vergelijken met een gestandaardiseerde behandeling, bestaande uit een kuur orale corticosteroiden, waarbij antibiotica werden voorgeschreven conform de NHG-standaard voor COPD. In de uiteindelijke analyse zaten 89 patiënten, 53 in de interventie- en 36 in de controlearm. Corticosteroidkuren werden voorgeschreven in 90% (48/53) van de exacerbaties in de interventiegroep en in 75% (27/36) in de controlegroep en antibiotica in respectievelijk 19% (10/53) en 44% (16/36). De gezondheidstoestand van de patiënten gemeten na 3 weken met de CCQ vragenlijst (Clinical COPD Questionnaire), kwam in beide studiegroepen niet terug op het baselineniveau. Het aantal patiënten in beide studiegroepen dat was hersteld, verbeterd, of verslechterd verschilde niet. De CCQ score ten opzichte van de baseline-score was verbeterd in 46/53 (87%) van de patiënten in de interventiegroep vergeleken met 32/36 (89%) van de patiënten in de controlegroep. Na drie maanden had 23% van de patiënten in de interventiegroep vergeleken met 25% uit de controlegroep een nieuwe exacerbatie doorgemaakt. Wij concludeerden dat het studieprotocol effectief was geïmplementeerd, maar dat in de 1e lijn de gestandaardiseerde behandeling met een kuur corticosteroiden de korte termijn resultaten niet verbeterde. Het aantal antibiotica voorschriften was wel significant verminderd, zonder nadelige uitkomsten voor de patiënten op korte termijn.

Hoofdstuk 4 behandelt de kortdurende antibiotische behandeling van exacerbatie COPD of chronische bronchitis en laat een meta-analyse zien van dubbelblinde studies. 21 studies met in totaal 10.698 patiënten werden geselecteerd. Antibiotische behandeling van maximaal vijf dagen werd vergeleken met een behandeling van langer dan vijf dagen. In de vroege follow-up (tot 25 dagen) werd geen verschil gevonden in de kans op klinisch herstel tussen de korte en conventionele behandeling [samenge-

stelde odds ratio (OR) 0,99; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,90-1,08]. Ook tijdens de late follow-up (17-45 dagen) en in het bacteriologische herstel werd geen verschil gevonden tussen beide behandelgroepen (samengestelde OR 1,0 [95% BI 0,9-1,10] en 1,05 [95% BI 0,87-1,26] respectievelijk). Evenmin werd er verschil gezien in de vroege follow-up in studies met hetzelfde antibioticum in beide studiearmen, noch wanneer de studies werden gegroepeerd naar antibiotische klasse in de korte arm. Wij concludeerden dat een korte antibiotische kuur even effectief is als de traditionele langere kuur bij patiënten met milde tot matig ernstige exacerbatie van chronische bronchitis en COPD.

In **hoofdstuk 5** wordt de behandeling met amoxicilline-clavulaanzuur gedurende drie dagen vergeleken met een behandelingsduur van 10 dagen bij patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen met een type 1 COPD exacerbatie. In totaal 56 patiënten die binnen 72 uur verbeterden werden gerandomiseerd naar een behandeling met amoxicilline-clavulaanzuur (625 mg) of placebo, vier maal daags gedurende zeven dagen. Na drie weken én na drie maanden was het aantal patiënten dat was hersteld in beide behandelgroepen vergelijkbaar, hoewel dit door het lage aantal geïnccludeerd patiënten niet statistisch bevestigd kon worden. Microbiologisch herstel, herstel van symptomen, het gebruik van corticosteroiden, de duur van zuurstof therapie en de duur van de ziekenhuisopname waren vergelijkbaar in beide behandelgroepen. De conclusie luidde dat een 3-daagse behandeling met amoxicilline-clavulaanzuur een veilig en effectief alternatief lijkt voor de standaard 10-daagse behandeling van patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen met exacerbatie COPD, en die na drie dagen initiële therapie herstel laten zien.

In **hoofdstuk 6** evalueerden we het risico op een volgende exacerbatie na behande-

ling van een exacerbatie met orale corticosteroiden zonder en met antibiotica in een historisch populatie cohort van patiënten van 50 jaar en ouder, die medicatie gebruiken voor obstructieve longaandoeningen. De Pharmo dataset bevat gegevens van uitgifte van medicijnen van meer dan twee miljoen personen in Nederland. 18.928 patiënten hadden tenminste één exacerbatie, gedefinieerd als een recept voor orale corticosteroiden, met of zonder antibiotica. Ten tijde van de eerste exacerbatie waren beide behandelgroepen vergelijkbaar wat betreft mogelijke vertekende factoren. Er was een significant verschil in (mediane) tijd tot de tweede exacerbatie van 321 dagen in de alleen orale corticosteroiden groep tegenover 418 dagen in de orale corticosteroiden en antibiotica groep; tussen de tweede en derde exacerbatie was dit 127 respectievelijk 240 dagen. Uit een analyse waarin alle exacerbaties werden betrokken bleek dat het beschermende effect van orale corticosteroiden en antibiotica het sterkst was in de eerste drie maanden na behandeling (hazard ratio 0,62). Gebruik van antibiotica tussen de exacerbaties, ongeacht de indicatie, was eveneens geassocieerd met een lager risico op een volgende exacerbatie. Bovendien was de sterfte in de orale corticosteroiden en antibiotica groep gedurende de follow-up significant lager (hazard ratio 0,82).

In hoofdstuk 7 worden de observaties van de studie beschreven in hoofdstuk 6 uitgebreid naar een goed gedefinieerde populatie van COPD patiënten, waarbij gebruik wordt gemaakt van gegevens van De Tweede Nationale Studie uit 2001 aangevuld met gegevens van Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). In aanmerking kwamen patiënten van 50 jaar en ouder met een geregistreerde diagnose "COPD" (volgens de Internationale Classificatie van 1e lijns zorg code R95), die respiratoire onderhoudsmedicatie gebruiken en die ten minste één exacerbatie doormaakten, gedefinieerd als een prescriptie orale corticosteroiden met of zonder antibiotica. De (mediane) follow-up duur was 1353 dagen. 842 patiënten hadden een of meer exacerbaties. De Kaplan-Meier analyse liet zien dat er geen verschil was tussen de tijd tot de tweede exacerbatie voor de groep patiënten behandeld met alleen corticosteroiden en de groep die daarnaast ook antibiotica had gekregen. De (mediane) tijd tot de derde exacerbatie was wel significant verschillend, 189 dagen ver-

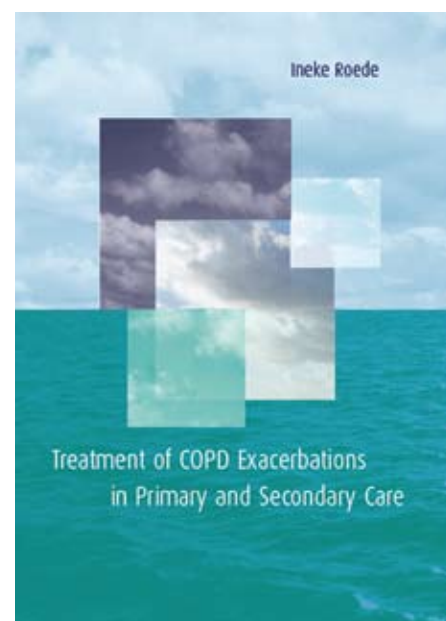
sus 258 dagen. Uit de analyse waarin alle exacerbaties werden meegenomen (Cox proportional hazard analyse) bleek dat het beschermende effect van antibiotica gedurende de eerste drie maanden na behandeling het grootst was (HR 0,72). Gebruik van antibiotica zonder dat corticosteroiden werden voorgeschreven verminderde de kans op een volgende exacerbatie bijna met de helft (HR 0,62). We concludeerden dat het toevoegen van antibiotica aan een kuur orale corticosteroiden geassocieerd was met een kleinere kans op een volgende exacerbatie, met name bij patiënten die meerdere exacerbaties hebben. Bovendien werd gedurende de follow-up een lagere "all-cause" mortaliteit gevonden bij patiënten die met orale corticosteroiden en antibiotica waren behandeld.

Gevolgen voor de dagelijkse praktijk en verder onderzoek

In de lange termijn follow-up hebben we aangetoond dat het toevoegen van antibiotica aan orale corticosteroiden geassocieerd was met een verlaagd risico op een volgende exacerbatie, vooral bij patiënten die vaker exacerbaties hebben; en verder met een verlaagd "all-cause" mortaliteitsrisico. Deze observaties zijn nieuw en kunnen grote impact hebben op de behandeling van exacerbaties van COPD patiënten. Het terugbrengen van de frequentie van exacerbatie is klinisch belangrijk, omdat exacerbaties een langdurig en aanhoudend effect op de gezondheidstoestand kunnen hebben, vooral bij patiënten met frequente exacerbaties. Bovendien worden exacerbaties geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven, een verhoogde kans op ziekenhuisopname, hogere kosten en daarnaast meer sterfte. Daar staat tegenover dat –wanneer alle exacerbaties met antibiotica zouden worden behandeld– dit een grote impact heeft op het totale antibiotica gebruik in de bevolking, wat weer leidt tot toename van resistentie onder respiratoire ziekteverwekkers. Antimicrobiële resistentie moet altijd in overweging worden genomen wanneer antibiotica worden voorgeschreven. Het is nog te vroeg om voor alle patiënten met frequente exacerbaties antibiotica en een kuur corticosteroiden te adviseren. Een beperking van onze observationele studies, beschreven in hoofdstuk 6 en 7, is de kans op selectie "bias" (vertekening van de resultaten) als gevolg van de behandeling, veroorzaakt door onbekende, mogelijk belangrijke prognostische verschillen tussen patiënten. In deze studies was klinische

informatie van patiënten niet beschikbaar, bij voorbeeld de ernst van de symptomen en de spirometrische gegevens. Onze resultaten moeten daarom worden bevestigd in een prospectief opgezette studie, waarbij profielen worden benoemd voor patiënten die het meeste profijt hebben van toegevoegde antibiotica. Deze profielen moeten niet alleen zijn gebaseerd op classificatie van ernst van de longfunctiebeperkingen volgens GOLD-criteria, maar moeten ook informatie bevatten over ziekte geschiedenis, huidige klinische symptomen, medicijngebruik, co-morbiditeit en nieuw ontwikkelde markers of indicatoren toepasbaar of zelfs al in gebruik in de 1e-lijns setting, zoals de BODE-index.

De waarde van antibiotische behandeling van exacerbatie van COPD is vooral aangetoond in klinische settings, voornamelijk bij patiënten met ernstige symptomen (type 1 of 2 exacerbatie, dus 2 of 3 van de eerder genoemde symptomen) en gediagnosticeerd volgens GOLD-criteria. Deze populatie verschilt van die van de huisartspraktijk, waarvan bekend is dat van de COPD patiënten 80% dit in een milde tot matig ernstige vorm heeft, terwijl bij sommige patiënten de diagnose is gebaseerd op andere criteria dan afwijkende spirometrie-waarden. In bepaalde patiënten uit de huisartspraktijk echter zal antibiotische behandeling dezelfde voordelen hebben op de korte termijn zoals aangetoond in klinische studies. Op grond van onze



resultaten is de scheidslijn tussen patiënten die wel en die niet zullen profiteren van antibiotische behandeling moeilijk te trekken. Misschien moeten beslissingen over het al dan niet voorschrijven van antibiotica eveneens op de lange termijn effecten (re-exacerbatie en mortaliteit) worden gebaseerd en niet alleen op korte

termijn effecten (herstel). Het wel of niet antibiotisch behandelen van patiënten met exacerbatie COPD zal vooralsnog zorgvuldig moeten worden afgewogen.

Onze studies hebben laten zien dat voor patiënten met exacerbatie COPD een kuur van ten hoogste 5 dagen equivalent

is aan een traditionele langere behandeling. Naar onze mening is er nu voldoende bewijs om kortdurende antibiotische behandeling op te nemen in de richtlijnen over behandeling van exacerbatie COPD in de eerste lijn.

COMMISSIES, SECTIES EN WERKGROEPEN

Financiële tegemoetkoming voor alle mesotheliompatiënten

Sinds 1 december 2007 kunnen alle patiënten met maligne mesotheliom in aanmerking komen voor een financiële tegemoetkoming van € 17.050 van de overheid. Tot dan konden alleen werknemers daar aanspraak op maken. Een deel van de patiënten (ca. 60% van de bemiddelbare zaken) ontvangt een schadevergoeding van ca. € 55.000; dit betreft (ex-) werknemers met een aansprakelijk te houden werkgever. Voor tegemoetkoming en schadevergoeding kan de patiënt terecht bij het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) dat in 1999 is opgericht door het Comité Asbestslachtoffers, werkgevers- en werknemersorganisaties, het Verbond van Verzekeraars en de overheid.

Longarts een zeer belangrijke schakel
De uitkering van € 17.050 wordt gedaan op basis van de Regeling tegemoetkoming asbestslachtoffers (IAS) of via de nieuwe Regeling tegemoetkoming niet-loondienstgerelateerde slachtoffers van mesotheliom (TNS). De patiënt moet de tegemoetkoming zelf bij leven aanvragen. Gezien de snelle progressie van de ziekte mesotheliom is haast geboden bij deze aanvraag. De longarts is hierin een belangrijke schakel. Hij is meestal de eerste die de patiënt kan wijzen op de mogelijkheid van een tegemoetkoming en schadevergoeding via het IAS. Hij kan wijzen op de

noodzaak van het invullen van een medische machtiging. En hij kan ervoor zorgen dat materiaal van de patiënt ter beoordeling aan het Nederlands Mesotheliomen Panel (NMP) wordt voorgelegd.

Hoe werkt de aanvraag van de tegemoetkoming?

De mesotheliompatiënt meldt zich zelf of via zijn contactpersoon aan bij het Instituut Asbestslachtoffers: telefonisch (070-3068770 tot 31/12; per 1/1/09: 079-7507150), met de antwoordkaart uit de folder of per e-mail (info@asbestslachtoffers.nl). De medewerker van het IAS gaat met hem na hoe het contact met asbest heeft plaatsgevonden en helpt bij het invullen van de formulieren. De patiënt tekent zelf de formulieren en overhandigt deze aan het IAS samen met de medische machtiging en een machtiging aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) om eventuele schade via de rechter te verhalen. Het IAS vraagt tegelijkertijd het Nederlands Mesotheliomen Panel (NMP) om bevestiging van de gestelde diagnose maligne mesotheliom. In geval van twijfel wordt een herbeoordeling gevraagd aan de mesotheliomenwerkgroep van de longartsenvereniging NVALT. Daarna adviseert het IAS de SVB om de tegemoetkoming wel of niet toe te kennen en te betalen. Beslist de SVB positief, dan ontvangt de patiënt

€ 17.050,- (niveau 2008, bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd).

Snelle behandeling aanvragen

IAS en SVB streven er naar de aanvragen zo snel mogelijk af te ronden. Binnen 2 maanden ontvangt ten minste 80% van de patiënten met maligne mesotheliom een tegemoetkoming en binnen 6 maanden ontvangt 80% van betreffende patiënten een schadevergoeding.

Geen kosten voor de patiënt en gratis voorlichtingsmateriaal

Voor het slachtoffer en eventuele nabestaanden is de dienstverlening van het IAS gratis, als aan de volledige procedure wordt meegewerkt. Het IAS heeft een folder en een informatieboekje uitgegeven waarin de procedure beknopt en op eenvoudige wijze wordt uitgelegd. Folder en informatieboekje zijn als volgt te bestellen: per email secrias@ias.nl of telefonisch 070-3499754. Op de website www.asbestslachtoffers.nl is meer informatie te vinden.

Drs. S.A. (Simone) Aarendonk
Beleidsmedewerker Instituut Asbestslachtoffers
2 december 2008

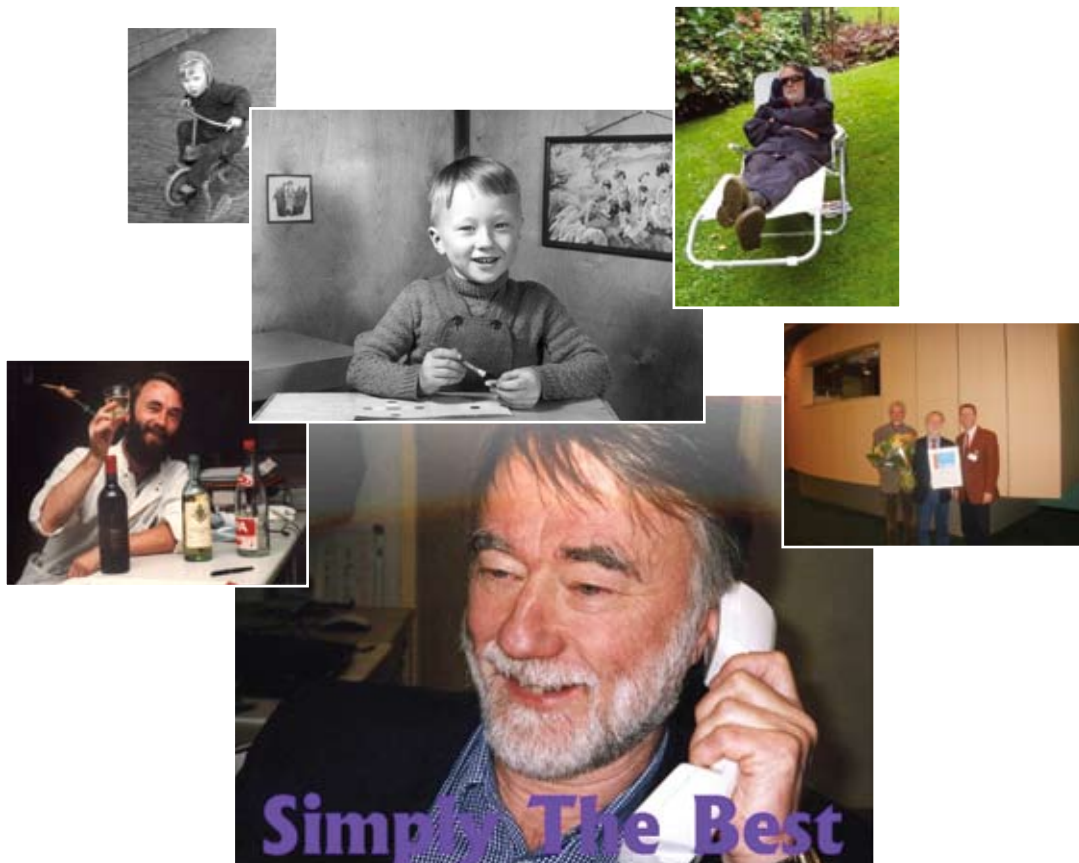
Sjaak Burgers, longarts,
voorzitter mesotheliomenwerkgroep

Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2008

Richard van Altena

Jury

E.C.M. Cobben
R. Slingerland
W.C.J. van Veldhuizen
G.P.M. Mannes



Uit de aanbevelingsbrief voor de winnaar

- een uiterst bevlogen arts voor longziekten en tuberculose....
- het betreft in toenemende mate patiënten van de onderkant of buitenkant van de maatschappij...
 - met zijn team weet hij een sfeer te creëren van vertrouwen en respect...
 - onvermoeibaar, met een plezierige dosis bijzondere humor....
- vrijwel iedereen kent hem van bij- en nascholingen met enthousiasmerende casuïstiek...
 - een breed geroemde telefonische consultfunctie....

Punten Datum Nascholing

December 2008

1	1 dec	Histology Matters
	1 dec	Vervolgbijscholing regionalisering tuberculosebestrijding - Utrecht (NL)
3	2 dec	Asthma-A clinical update - Rotterdam (NL)
2	2 dec	Osteoporose anno 2008: "Bezint eer ge begint" - Roermond (NL)
2	3 dec	aria symposium - Roosteren (NL)
	4 dec	Astma Fonds, Wetenschappelijk Jaarsymposium
16	9 dec	Basicursus stralingsbescherming deskundigheidsniveau 4A/M voor medisch specialisten - Amsterdam (NL)
12	10 dec	AstraZeneca Clinic "Interstitial Lung Disease" - London (GB)
5	11 dec	Chronisch respiratoir falen; een therapeutische uitdaging - "s-Hertogenbosch (NL)
	11 dec	Nederlands Astmacentrum Davos; Astma Altijd Anders
12	11 dec	NVIC Mechanische Beademingsdagen 2008 - Ede (NL)
3	12 dec	16e Allergiemiddag - Lage Vuursche (NL)
	12 dec	COPD-ketenzorg, Recente ontwikkelingen in onderzoek, veld en beleid - Utrecht (NL)
5	12 dec	Longchirurgie 2008 - Amsterdam (NL)
9	18 dec	TOPICS Non-invasieve beademing - Leeds (GB)

Januari 2009

15	8 jan	Slaapcursus der Lage Landen deel 1 - Edegem (BE)
5	9 jan	Pulmonale Hypertensie; een zaak van hart en longen - Amsterdam (NL)
14	12 jan	Clinic "Palliatieve zorg bij COPD" - Liverpool (GB)
	14 jan	Jaarsymposium Pulmonologie 2009. 12 maanden longziekten in vogelvlucht. - Utrecht (NL)
4	16 jan	11e Nationale Longkanker Symposium - Zaandam (NL)
	16 jan	Vliegende tering: tuberculosemigratie in vogelvlucht. Studiedagen Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding VvAwT - Lunteren (NL)
	16 jan	XIde nationale longkanker symposium
	21 jan	Van Hielprik tot Donorlong VII - Amersfoort (NL)
	22 jan	Symposium Longfibrose
20	27 jan	Erasmus Longstichting Clinic: "Tuberculosis" 2009 - Kaapstad (ZA)

Februari 2009

18	2 feb	WinterILD Course Davos - Pathologic, radiologic and clinical correlations in interstitial lung diseases - Davos (CH)
20	5 feb	Bronkhorst - Blankenberge (BE)

Maart 2009

	5 mrt	Wagenvoort Colloquium Pulmonale Hypertensie II
4	13 mrt	Sarcoidosis: an update - Maastricht (NL)
	19 mrt	TOPICS - Chronische hoest - Hull (GB)
	25 mrt	WASOG conference of diffuse lung disease

April 2009

12	6 apr	Longartsenweek NVALT
12	14 apr	Werkbezoek zuidelijk Afrika ('Afrika reis')
10	17 apr	"Asthma and COPD: Chasing the differences" - Davos (CH)
6	17 apr	Voorjaarsvergadering NVALT

Punten Datum Nascholing

29

Mei 2009

7 mei Ergometrie cursus 2009 Amsterdam
7 mei European School of Oncology, Athene
29 mei ASCO Orlando Florida

Juni 2009

16 15 juni Bronchitis 8 'Obstructive Lung Diseases from Conception to Old Age' - Groningen (NL)

Juli 2009

20 31 juli 13th World Conference on Lung Cancer - San Francisco (US)

September 2009

12 22 sept Werkbezoek zuidelijk Afrika ('Afrika reis')

Oktober 2009

6 09 okt Najaarsvergadering NVALT

November 2009

19 nov Bronkhorst

E-Learning / Individuele Nascholing

4 Capita longziekten 2008
4 CME-mail@ Capita Longziekten
1 OncoMotief_6
3 Symposium Swierenga Stichting
1 Webcast 'Angiogeneseremmers: stand van zaken en toekomst'

Refereeravonden Informatie over de exacte data kunt u verkrijgen bij de betreffende klinieken. Accreditatie: 2 punten

Het kwaliteitsbeleid van de NVALT wordt mede mogelijk gemaakt door

hoofdsponsors



GlaxoWellcome



Boehringer
Ingelheim